

Monitor

Eigen risico

Eerste rapportage

Inhoud

1. Inleiding	5
2. Consumentenbelang	6
2.1 Modelovereenkomsten en transparantie	6
2.1.1 Modelovereenkomsten	6
2.1.2 Transparantie	6
2.2 Ex-ante evaluatie compensatieregeling eigen risico	7
2.2.1 Gegevensaanlevering en verantwoordelijkheden	8
2.2.2 Risico's uitvoering compensatieregeling	8
2.3 Conclusies en acties NZa	9
3. Betaalbaarheid	11
3.1 Keuze vrijwillig eigen risico	11
3.2 Hoogte kortingen eigen risico	11
3.3 Conclusies NZa	12
4. Keuzeondersteuning	13
4.1 De regeling	13
4.2 Gebruik van differentiatie verplicht eigen risico in 2009	13
4.3 Conclusies en acties NZa	14

1. Inleiding

Vanaf 1 januari 2008 is de no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico van € 150. Daarnaast heeft de verzekerde, vanaf de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel, voor de basisverzekering de mogelijkheid voor een vrijwillig eigen risico te kiezen. De zorgverzekeraar moet in zijn modelovereenkomst aangeven welke hoogtes van het vrijwillig eigen risico hij aanbiedt (€ 100, € 200, € 300, € 400 of € 500) en welke korting op de premiegrondslag hij daar tegenover zet.

Het Ministerie van VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd in 2008 een monitor eigen betalingen uit te voeren. Daarnaast is in de monitor zorgverzekeringsmarkt 2007 aangekondigd dat de NZa de achtergronden van de keuze voor een vrijwillig eigen risico gaat onderzoeken.

Dit is de eerste tussentijdse rapportage met bevindingen uit de monitor. In het najaar van 2008 volgt een tweede tussentijdse rapportage, waarna begin 2009 een integrale rapportage volgt. In deze rapportage staat een aantal thema's met betrekking tot het eigen risico centraal.

Het eerste thema is het consumentenbelang. Voor de rechtszekerheid van de consument moeten het verplicht en vrijwillig eigen risico in overeenstemming met wet- en regelgeving worden opgenomen in de modelovereenkomst. Ook is het van belang dat de informatieverstrekking van zorgverzekeraars op dit onderwerp voor de verzekerde transparant is. Voor de verzekerde moet het verschil tussen en de financiële gevolgen van het verplichte en het vrijwillige eigen risico duidelijk zijn. Voor het verplicht eigen risico krijgen mensen met meerjarige, onvermijdbare kosten, door bijvoorbeeld chronische ziekte, een financiële compensatie. De uitvoering van de compensatieregeling, door het Centraal Administratiekantoor (CAK) en zorgverzekeraars, moet goed verlopen. Het gaat om een grote groep verzekerden (ongeveer 1,9 miljoen) en dus een aanzienlijk consumentenbelang. Het tweede thema is de betaalbaarheid. Vanuit dit oogpunt is het keuzegedrag van verzekerden voor een vrijwillig eigen risico van belang. Als het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico minimaal blijft gaat van dit systeem nauwelijks tot geen remmende werking uit. Daarnaast zijn de effecten van het eigen risico op het zorggebruik van belang.¹

Het derde thema is de keuzeondersteuning. Uitgangspunt voor de uitvoering van het verplichte eigen risico is dat verzekeraars een bepaalde mate van beleidsvrijheid hebben. Vanaf 2009 wil het kabinet deze beleidsvrijheid groter maken door de invoering van een gedifferentieerd eigen risico.² Dit houdt in dat verzekeraars er voor kunnen kiezen (kosten van) zorg geleverd door bepaalde zorgaanbieders niet ten laste van het eigen risico te brengen. Dit biedt voor zorgverzekeraars mogelijkheden voor keuzeondersteuning.

¹ De NZa gaat er hierbij van uit dat het eventuele individuele financiële nadeel van een eigen risico wegvalt tegen het financieel voordeel van lagere macrokosten en dus lagere verzekeringspremies.

² Brief minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer, Verplicht eigen risico: voorhangprocedure en stand van zaken, 23 mei 2008

2. Consumentenbelang

2.1 Modelovereenkomsten en transparantie

In het belang van de consument moeten de zorgverzekeraars de bepalingen over het verplicht (en vrijwillig) eigen risico op een juiste wijze in de modelovereenkomst opnemen. Daarnaast moet de informatieverstrekking op dit punt juist en volledig zijn.

2.1.1 Modelovereenkomsten

Een modelovereenkomst is een model van een zorgverzekering waarin de zorgverzekeraar een overzicht geeft van de rechten en plichten die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar tegenover elkaar zullen hebben als een overeenkomst volgens het betreffende model wordt gesloten (artikel 1 onder j Zvw). De zorgverzekeraar moet onder andere in de modelovereenkomst opnemen welke bepalingen gelden voor het verplicht (en vrijwillig) eigen risico. Er moet worden opgenomen voor welke verzekerden het verplicht eigen risico geldt en hoe hoog het verplicht eigen risico is. Daarnaast moet voor de verzekerde duidelijk zijn welke zorg is uitgesloten van het verplicht eigen risico.³

Tijdens de beoordeling van de modelovereenkomsten voor polisjaar 2008 door de NZa is gebleken dat alle zorgverzekeraars de bepalingen omtrent het verplicht eigen risico in overeenstemming met wet- en regelgeving hebben opgenomen. Ook hebben voor 2008 alle zorgverzekeraars gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de uitsluitingen voor het verplicht en vrijwillig eigen risico te synchroniseren.

2.1.2 Transparantie

De NZa onderzoekt jaarlijks de transparantie van de informatieverstrekking van zorgverzekeraars. Voor 2008 is in de informatiepakketten en op de websites onderzocht of de zorgverzekeraars de volgende informatie geven:

- De verzekerde moet de eerste € 150 aan zorgkosten zelf betalen. Na het verplicht eigen risico gaat een eventueel vrijwillig eigen risico in.
- Er bestaat een tegemoetkoming voor mensen met meerjarige, onvermijdbare kosten, door bijvoorbeeld een chronische ziekte.
- Het verplicht eigen risico geldt niet voor huisartsenzorg en kraamzorg. Gelden deze uitzonderingen ook voor het vrijwillig eigen risico?
- Als de aanbieder de nota rechtstreeks naar verzekeraar opstuurt, krijgt de verzekerde van de verzekeraar een nota voor het verplicht eigen risico. In geval verzekerde de nota eerst zelf betaald, krijgt de verzekerde maar een deel van de nota gerestitueerd van de verzekeraar.

³ Buiten het verplicht eigen risico vallen:

- zorg zoals huisartsen plegen te bieden (met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht)
- zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
- zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid Zvw, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.

Op een enkeling na, geven de zorgverzekeraars in hun informatiepakketten informatie over het verplichte eigen risico. Op de websites geven alle zorgverzekeraars hierover informatie. De informatie in de informatiepakketten en op de websites is doorgaans juist maar ook in (meer dan) de helft van de gevallen onvolledig. Dat wil zeggen informatie ontbreekt over het verschil in inhouding van het eigen risico tussen een polis met en zonder gecontracteerde zorg en informatie over de compensatie voor mensen met meerjarige, onvermijdbare kosten.

Voor de monitor Zorgverzekeringsmarkt heeft de NZa een enquête onder verzekerden uitgezet. In deze enquête is de verzekerden de volgende stelling voorgelegd: 'Per 1 januari 2008 is een verplicht eigen risico ingevoerd van € 150.' Gebleken is dat 58% van de respondenten hiervan niet op de hoogte was. Deze uitkomst laat zien dat de informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan verzekerden belangrijk is, maar kennelijk de verzekerden nog niet altijd bereikt.

Naar verwachting zullen zorgverzekeraars in 2009 meer selectief contracteren en in een aantal gevallen het eigen risico differentiëren. Dit vergroot de noodzaak van informatievoorziening door zorgverzekeraars die niet alleen op de verschillende onderdelen transparant moet zijn maar ook samenhangend gepresenteerd moet worden. Dus de verzekerde moet niet gedwongen zijn ingewikkelde rekensommen te maken op basis van verspreid opgenomen bepalingen. Daarentegen moet hij in staat zijn op eenvoudige wijze snel de financiële consequenties van zorggebruik te overzien. Aangezien verzekeraars kunnen verschillen zullen ook vergelijkingssites op dit punt afdoende informatie moeten verstrekken.

2.2 Ex-ante evaluatie compensatieregeling eigen risico

Verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten of verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven hebben recht op een gedeeltelijke compensatie van hun verplicht eigen risico. De compensatie bedraagt € 47 per rechthebbende.⁴ Naar verwachting komen ongeveer 1,9 miljoen verzekerden in aanmerking voor de compensatie (dit is exclusief het aantal verzekerden dat in een AWBZ-instelling verblijft). Verzekerden hebben recht op compensatie als zij de twee opeenvolgende voorafgaande jaren aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep (FKG)⁵, of als zij op 1 juli van het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zonder onderbreking meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven.⁶

De compensatieregeling wordt uitgevoerd door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten B.V. (CAK). Het Ministerie van VWS vormt samen met het CAK en ZN een stuurgroep. De taak van deze stuurgroep is de voortgangsbewaking van de uitvoering van de compensatieregeling en het tijdig bijsturen gaandeweg het proces. Het toezicht op het CAK voor de uitvoering van deze regeling is bij de NZa belegd. De NZa onderzoekt zowel vooraf als achteraf de uitvoering van deze compensatieregeling. In deze rapportage wordt aandacht besteed

⁴ De hoogte van de compensatie is het verschil tussen het verplichte eigen risico (€ 150) en het geraamde gemiddeld te betalen eigen risico door verzekerden die geen recht hebben op de compensatie (€ 103).

⁵ De (in de Regeling zorgverzekering) aangewezen FKG's zijn dezelfde als die voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars, met uitzondering van de FKG "hoog cholesterol".

⁶ Vanaf 2009 krijgen mensen die in 2006 en 2007 hoge ziekenhuiskosten hadden (of hoge kosten voor medisch specialistische zorg) ook compensatie voor het verplicht eigen risico. In 2010 worden hier ook de hulpmiddelen aan toegevoegd.

aan de ex-ante evaluatie van de compensatieregeling verplicht eigen risico.

2.2.1 Gegevensaanlevering en verantwoordelijkheden

Voor de uitvoering van de compensatieregeling heeft het CAK gegevens nodig. Allereerst de burgerservicenummers (BSN) die in 2006 en 2007 zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep (FKG). Vektis maakt in opdracht van de zorgverzekeraars de selectie van FKG-verzekerden op basis van de farmaciebestanden van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de volledigheid van de bestanden die zij aan Vektis leveren.⁷ Van belang is dat de farmaciebestanden 2006 van een aantal zorgverzekeraars in eerste instantie onvolledig/onbruikbaar waren. Diverse verzekeraars hebben vervolgens herziene bestanden aangeleverd. Daarnaast zijn de bij deze selectie van BSN behorende NAW-gegevens noodzakelijk. Vektis stuurt de geselecteerde BSN naar Vecozo. Vecozo verstrekt vervolgens de bij deze selectie behorende NAW-gegevens aan het CAK en aan de zorgverzekeraars. Vervolgens moet het CAK beschikken over de bij deze selectie van BSN behorende bank- of girorekeningnummers. De verzekeraars zijn verantwoordelijk voor de aanlevering van de bij de geselecteerde BSN behorende bank- of girorekeningnummers aan het CAK. Ten slotte heeft het CAK de BSN van verzekerden die op 1 juli 2008 meer dan een half jaar in een AWBZ- instelling verblijven nodig. Over deze gegevens beschikt het CAK zelf.

2.2.2 Risico's uitvoering compensatieregeling

Aan de hand van deze gegevens selecteert het CAK de verzekerden die recht hebben op compensatie. Het vaststellen van deze selectie op zichzelf lijkt geen risicovol aspect van de uitvoering van de regeling. Belangrijker zijn de waarborgen over de volledigheid en betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevensbestanden waaruit het CAK de rechthebbende verzekerden selecteert. Om hier inzicht in te krijgen en een oordeel – vooraf – te geven over de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK is een compacte ex-ante evaluatie uitgevoerd. Daarbij is gekeken naar de opzet van de informatieaanlevering door de zorgverzekeraars, Vektis en Vecozo aan het CAK, de informatie uit de eigen AWBZ-administratie van het CAK en de overall-opzet van de uitvoering door het CAK.⁸ Op basis hiervan is het volgende (ex-ante) oordeel te geven over de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK.

De risico's bij de uitvoering van de compensatieregeling zijn naar verwachting beperkt:

- Het proces en de opzet voor de uitvoering van de regeling (projectplan CAK, voorbereidingen Vektis) geven geen aanleiding voor het maken van opmerkingen. Aan de procesgang op zich zijn weinig risico's verbonden.
- De risico's ten aanzien van de volledigheid van de gebruikte farmaciebestanden over 2006 zijn beperkt. Op basis van interne data is een cijferbeoordeling uitgevoerd om de volledigheid van de door de zorgverzekeraars aangeleverde farmaciebestanden over 2006 te beoordelen. Conclusie hiervan is dat de ingediende bestanden over het algemeen volledig zijn. Voor 2007 is de controle op de

⁷ Vektis controleert de aangeleverde data op volledigheid en interne consistentie.

⁸ Dit is gedaan aan de hand van door de NZa opgevraagde informatie bij het CAK, Vektis, Vecozo en het CVZ. Daarnaast is een gesprek gevoerd met de projectleider CER van ZN. Verder is gebruik gemaakt van binnen de NZa reeds aanwezige informatie (Care).

betrouwbaarheid van de bij het CVZ aangeleverde farmaciebestanden voor de verevening geprotocolleerd en voert de NZa een review uit op de controlewerkzaamheden. In de nazomer van 2008 heeft de NZa inzicht in de volledigheid en betrouwbaarheid van de farmaciebestanden 2007.

- De gegevensaanlevering door de zorgverzekeraars (bank- en girorekeningnummers) en door Vecozo (NAW-gegevens) brengt geen bijzondere risico's mee.
- Aan de selectie van rechthebbenden in AWBZ-instellingen door het CAK zijn geen bijzondere risico's verbonden. De actualiteit van de AWBZ-administratie geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.
- In het uitvoeringstraject van de compensatieregeling is aandacht besteedt aan de borging van de privacy. Iedere partij krijgt uitsluitend die persoonsgegevens die nodig zijn voor het specifieke onderdeel dat de betreffende partij uitvoert.

Het ex-ante oordeel van de NZa luidt dat betrokken partijen voor de uitvoering van onderdelen van de compensatieregeling procedures hebben opgesteld die het risico van fouten in de uitvoering in sterke mate beperken. Het betreft echter wel een beoordeling van de opzet van de uitvoering van de compensatieregeling. Een dergelijke beoordeling laat onverlet dat fouten bij de uitvoering kunnen ontstaan. De NZa houdt bij de uitvoering ook toezicht.

Een belangrijk punt van aandacht bij de uitvoering blijft de aansluiting tussen de verschillende schakels in de keten die partijen hebben gecreëerd. De NZa veronderstelt voortdurende coördinatie door het projectteam waarin ZN en CAK zitting hebben die hen in staat stelt tijdig in te grijpen als zaken fout dreigen te lopen. Voor de NZa is in dat geval de verantwoordelijkheidsverdeling uitgangspunt, zoals in de Zvw omschreven. Dat betekent dat zij zorgverzekeraars zal aanspreken op mogelijke mankementen bij de aanlevering van gegevens aan het CAK en het CAK op mogelijke mankementen bij de daadwerkelijke uitbetaling.

2.3 Conclusies en acties NZa

De bepalingen over het verplicht (en vrijwillig) eigen risico in de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars komen overeen met hetgeen in de Zvw is geregeld. Over de gehele lijn geven zorgverzekeraars juiste informatie over het verplichte (en vrijwillige) eigen risico in hun informatiepakketten en websites maar zij zijn daarin niet volledig. Het gaat daarbij meestal om ontbrekende informatie over de compensatieregeling voor chronisch zieken en de betalingswijze van het verplicht eigen risico van de verzekerde aan de zorgverzekeraar.

Ten tijde van de beoordeling van de modelovereenkomsten voor polisjaar 2009 en het transparantieonderzoek besteedt de NZa extra aandacht aan de vormgeving van de differentiatie van het eigen risico door zorgverzekeraars.

De procedures die de betrokken partijen voor de uitvoering van de compensatieregeling hebben opgesteld, beperken het risico van fouten in de uitvoering in sterke mate. Een adequate opzet garandeert evenwel geen probleemloze uitvoering. De aansluiting die partijen tussen de verschillende schakels in de keten hebben gecreëerd blijft een belangrijk punt van aandacht. Hierbij veronderstelt de NZa voortdurende coördinatie door het projectteam en dat door hen tijdig wordt ingegrepen wanneer zaken fout dreigen te gaan. In het vierde kwartaal van 2008

gaat de NZa een ex-post evaluatie uitvoeren naar de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK.

3. Betaalbaarheid

3.1 Keuze vrijwillig eigen risico

In de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007 heeft de NZa aangekondigd onderzoek te doen waarom het vrijwillig eigen risico voor verzekerden zo weinig aantrekkelijk is. Met het oog op de betaalbaarheid van het zorgstelsel is het van belang dat verzekerden kiezen voor een eigen risico, om een remmend effect van zorggebruik te bewerkstelligen.

Het percentage verzekerden boven de 18 jaar met een eigen risico is verder afgenomen, van 6,2% in 2006 naar 5,3% in 2007 tot 5,1% in 2008. Verzekerden met een eigen risico hebben vaker een hoog eigen risico gekozen. Het gemiddelde eigen risico voor verzekerden die wel een eigen risico hebben gekozen is in 2008 hoger dan in 2007 (€ 299 tegenover € 293). Het eigen risico van € 400 is het minst aantrekkelijk.

In de NZa-enquête is aan de respondenten, die in 2008 hebben gekozen voor € 0 eigen risico, gevraagd wat de reden voor hun keuze was. De redenen zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Redenen voor keuze eigen risico € 0

Redenen	
Ik wil geen eigen risico	51%
Ik vond de premiekorting te laag	27%
Ik verwacht veel zorgkosten in het komende jaar	7%
De collectieve verzekering waaraan ik deelneem heeft geen eigen risico	7%
Ik heb veel zorgkosten gehad in het afgelopen jaar	5%
Een andere reden dan in de vraag genoemd	3%

Bron: enquête NZa

De helft van de verzekerden geeft aan geen eigen risico te willen. Een kwart geeft aan de premiekorting voor een vrijwillig eigen risico te laag te vinden en heeft daarom niet voor een eigen risico gekozen. Aan de respondenten die ervan op de hoogte waren dat er per 1 januari 2008 een verplicht eigen risico is ingevoerd heeft 43% in 2008 voor een lager vrijwillig eigen risico gekozen vanwege het verplicht eigen risico dan in 2007.

3.2 Hoogte kortingen eigen risico

De verzekerde die kiest voor een eigen risico krijgt daarvoor een korting op de premiegrondslag. Uit tabel 2 blijkt dat de gemiddelde absolute kortingen voor de verschillende hoogten van het eigen risico in 2008 min of meer gelijk zijn gebleven aan 2007.

Tabel 2. Gemiddelde absolute korting op de nominale premie per eigen risico 2006-2008 (afgeronde bedragen)

	2006	2007	2008
€ 100 eigen risico	€ 42	€ 44	€ 41
€ 200 eigen risico	€ 80	€ 85	€ 84
€ 300 eigen risico	€ 117	€ 123	€ 121
€ 400 eigen risico	€ 152	€ 162	€ 163
€ 500 eigen risico	€ 186	€ 200	€ 202

Bron: enquête NZa

Door invloed van het risicovereveningssysteem en het ontbreken van voldoende besparingen op administratie- en zorgkosten zijn de kortingen laag. Daarnaast is in 2008 de mobiliteit gering. Hoewel het voor het binnenhalen van deze prijsbewuste verzekerden zinvol kan zijn om hogere premiekortingen voor eigen risico te bieden, lijken verzekeraars er van uit te gaan dat het grootste gedeelte van de verzekerden toch geen eigen risico kiest. Het is mogelijk dat zorgverzekeraars in de afbouw van de ex-postverevening een reden zien om hogere kortingen te geven. Eigen risico's moeten het gebruik van zorg remmen, en dat is steeds belangrijker. Hogere kortingen op hun beurt zouden verzekerden kunnen aanzetten tot het kiezen van een eigen risico, indien de komende jaren de premie verder stijgt.

Aan de respondenten van de NZa-enquête is gevraagd welke premiekorting zij minstens zouden willen krijgen wanneer zij verplicht worden een eigen risico van € 500 te nemen (zie tabel 3).

Tabel 3. De gewenste korting bij € 500 eigen risico

Premiekorting van ten minste:	totaal
€ 100	4%
€ 200	8%
€ 300	16%
€ 400	13%
€ 500	39%
€ 600	21%

Bron: enquête NZa

Uit tabel 2 blijkt dat de gemiddelde korting € 202 bedraagt bij een vrijwillig eigen risico van € 500. Uit tabel 3 blijkt dat de respondenten een hogere korting willen krijgen dan de verzekeraars op dit moment geven bij een vrijwillig eigen risico van € 500. Van de respondenten wenst 60% een korting gelijk aan of hoger dan het eigen risico van € 500 te krijgen.

3.3 Conclusies NZa

Het macro-effect van het vrijwillig eigen risico op de betaalbaarheid van zorg is minimaal. Dit komt omdat slechts 5% van de verzekerden een eigen risico kiest. Daarin zal op korte termijn weinig verbetering komen, omdat een meerderheid van de verzekerden eenvoudigweg geen eigen risico wil. Bovendien blijken verzekerden hoge eisen te stellen aan de hoogte van de premiekortingen die vanuit het oogpunt van zorgverzekeraars nauwelijks zijn in te willigen.

4. Keuzeondersteuning

4.1 De regeling

De NZa heeft in verschillende publicatie gewezen op de wenselijkheid van keuzeondersteuning. Keuzeondersteuning maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk verzekerden te laten kiezen voor preferente zorgaanbieders waardoor hun zorginkoop wordt versterkt.

Het kabinet heeft voorgesteld dat in 2009 een gedifferentieerd eigen risico mogelijk moet zijn. Dat betekent dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen bepaalde zorg niet ten laste van het eigen risico te brengen. Dit maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om de kosten van het gebruik van bijvoorbeeld preferente, gecontracteerde zorgaanbieders voor de verzekerde goedkoper te maken dan andere niet-preferente zorgaanbieders. Met andere woorden, zij kunnen het eigen risico inzetten voor keuzeondersteuning.

4.2 Gebruik van differentiatie verplicht eigen risico in 2009

In april 2008 hebben enkele zorgverzekeraars, vooruitlopend op de AMvB, al laten weten het eigen risico voor 2009 gedifferentieerd te gaan toepassen.⁹ De NZa volgt de mate waarin zorgverzekeraars het instrument gaan inzetten.

Een belangrijke voorwaarde voor de werking van een gedifferentieerd eigen risico is dat verzekerden goed op de hoogte zijn van de financiële gevolgen van de keuze voor een zorgaanbieder. Bij gebrek aan inzicht zal van keuzeondersteuning geen sprake zijn. In deze zin vooronderstelt een beleid van keuzeondersteuning van een zorgverzekeraar een adequate voorlichting aan verzekerden. Dat dit nodig is blijkt uit de enquête van de NZa onder verzekerden. Slechts 35% van de respondenten gaf aan te weten dat per 1 januari 2008 een verplicht eigen risico was ingevoerd.

Een belangrijk aspect is de synchronisatie van het verplichte en het vrijwillige eigen risico op dit punt. De Zvw stelt daaraan geen beperkingen. De NZa acht een synchronisatie vanuit het oogpunt van de verzekerde zeer wenselijk. Door gedifferentieerde eigen risico's in combinatie met meer selectieve contractering dreigt de inzichtelijkheid voor verzekerden een risico te worden. Deze dreiging speelt des te meer als differentiatie wel gaat gelden voor het verplichte maar niet voor het vrijwillige eigen risico.

Over het effect van het niet in rekening brengen van het eigen risico op het keuzegedrag van verzekerden is nog niet veel bekend. Uit experimenten komt het beeld naar voren dat verzekerden meer worden geprikkeld door negatieve incentives (zoals een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders) dan een positieve prikkel (zoals het niet in rekening brengen van het eigen risico).¹⁰

⁹ Zorgverzekeraar CZ heeft inmiddels al laten weten in 2009 een gedifferentieerd eigen risico in te voeren.

¹⁰ Lieke Boonen en Erik Schut, Effect van prikkels op keuze voor zorgaanbieders, in: ESB, 2 november 2007, p. 651-653

De NZa heeft geen onderzoek verricht naar het effect van een gedifferentieerd eigen risico op het keuzegedrag van verzekerden. Wel is in de enquête onder verzekerden de volgende casus voorgelegd.

Vraag

Stel dat uw verzekeraar u geen verplicht eigen risico van 150 euro in rekening brengt als u naar ziekenhuis A gaat. U gaat normaal gesproken naar ziekenhuis B. Desgevraagd deelt uw huisarts (of andere verwijzer) u mee dat hij geen voorkeur heeft voor een van beide ziekenhuizen. Ook is de reisafstand naar beide ziekenhuizen ongeveer gelijk. Wat doet u?

Van de respondenten geeft 75% aan naar ziekenhuis A te gaan en betaalt geen € 150. Een kwart blijft naar ziekenhuis B gaan en betaalt wel € 150. Uiteraard is dit geen wetenschappelijk verantwoorde meting, maar het vormt wel een indicatie voor een mogelijk effect van een gedifferentieerd eigen risico.

4.3 Conclusies en acties NZa

De NZa gaat na in hoeverre zorgverzekeraars keuzeondersteuning door een gedifferentieerd eigen risico invoeren. Zij beoordeelt eveneens de transparantie. Weliswaar is het in het belang van de zorgverzekeraar zelf om de verzekerde goed op de hoogte te brengen van de financiële gevolgen van een keuze voor een zorgaanbieder. Maar deze informatie moet ook juist zijn. En, zoals al eerder aangegeven, zullen ook vergelijkingsites de informatiebehoefte van verzekerden moeten dekken. De NZa rapporteert begin 2009 over de bevindingen.