



Eigen risico 2008

Monitor

Eigen risico 2008

maart 2009

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Thema's	11
1.2.1 Consumentenbelang	11
1.2.1.1 Transparantie	11
1.2.1.2 Compensatieregeling verplicht eigen risico	11
1.2.2 Betaalbaarheid	12
1.2.3 Keuzeondersteuning	12
1.2.4 Administratieve lasten	12
1.3 Doelstellingen	13
1.4 Uitvoering onderzoek	13
1.5 Leeswijzer	14
2. Stelsel van eigen betalingen in de Zvw	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Eigen risico	15
2.2.1 Verplicht eigen risico	15
2.2.2 Vrijwillig eigen risico	16
2.3 Eigen bijdrage	16
2.3.1 Zorggebonden eigen bijdrage	16
2.3.2 Eigen betalingen	16
2.4 Verhouding tussen eigen betalingen	17
3. Consumentenbelang: transparantie	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Modelovereenkomsten	19
3.3 Transparantie zorgverzekeraars	19
3.4 Transparantie compensatieregeling	20
3.5 Conclusies en acties NZa	21
4. Consumentenbelang: compensatieregeling eigen risico	23
4.1 Inleiding	23
4.2 Compensatieregeling	23
4.3 Opzet	24
4.4 Bevindingen	25
4.4.1 Algemeen oordeel opzet	25
4.4.2 Vaststelling rechthebbenden	25
4.4.2.1 Volledigheid farmaciebestanden 2006 en 2007	25
4.4.2.2 Rekeningnummers rechthebbenden	26
4.4.2.3 NAW-gegevens rechthebbenden	27
4.4.3 Beschikkingen en feitelijke uitbetaling	27
4.4.4 Aanvragen compensatie en bezwaarschriften	28
4.4.4.1 Aanvragen compensaties	28
4.4.4.2 Bezwaarschriften	28
4.4.5 Perverse prikkel	29
4.5 Conclusies en acties NZa	29
5. Betaalbaarheid	31
5.1 Inleiding	31
5.2 Keuze vrijwillig eigen risico	31
5.3 Hoogte kortingen eigen risico	32
5.4 Conclusies en acties NZa	33

6. Keuzeondersteuning	35
6.1 Inleiding	35
6.2 De regeling	35
6.3 Voorwaarden voor een goede werking	36
6.4 Invulling gedifferentieerd eigen risico	37
6.4.1 Zorgarrangementen	37
6.4.2 Gezondheidsbevorderende en op preventie gerichte programma's	38
6.4.3 Geneesmiddelen en hulpmiddelen	38
6.5 Conclusies en acties NZa	39
7. Administratieve lasten	41
7.1 Inleiding	41
7.2 Inschattingen vooraf	41
7.3 Eigen risico	42
7.3.1 Incidentele kosten	42
7.3.2 Structurele kosten	42
7.4 Compensatieregeling	42
7.5 Mogelijkheden om de administratieve lasten te verlagen	43
7.6 Conclusies en acties NZa	43
8. Conclusies	45
8.1 Inleiding	45
8.2 Conclusies en aanbevelingen	45
8.2.1 Consumentenbelang: transparantie	45
8.2.2 Consumentenbelang: compensatieregeling	45
8.2.3 Betaalbaarheid	46
8.2.4 Keuzeondersteuning	46
8.2.5 Administratieve lasten	47

Vooraf

Een stelsel van eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) moet mensen stimuleren om meer afgewogen gebruik van medische voorzieningen te maken. Als verzekerden niet al te snel gebruik maken van medische voorzieningen, neemt de kostenstijging in de gezondheidszorg af en vallen de kosten voor de verzekerden uiteindelijk gemiddeld lager uit.

In het stelsel van eigen betalingen neemt het eigen risico bij zorgverzekeringen een belangrijke plaats in. Met ingang van 1 januari 2008 geldt voor alle verzekerden van achttien jaar en ouder een verplicht eigen risico van € 150 (€ 155 in 2009). Daarnaast kan iedere verzekerde, in ruil voor een korting op de premie, bij zijn zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2008 de ontwikkelingen op het gebied van het eigen risico gemonitord. Over de tussentijdse bevindingen heeft zij gerapporteerd in een tweetal rapportages in juli en december 2008. Deze monitor Eigen Risico 2008 omvat de integrale rapportage over het eigen risico. Centraal daarbij staan de thema's consumentenbelang, betaalbaarheid, keuzeondersteuning en administratieve lasten.

Deze monitor gaat onder andere in op het verplicht (en vrijwillig) eigen risico in de modelovereenkomsten van zorgverzekeraars, op de informatie die zij over het verplicht eigen risico verstrekken (transparantie) en op de uitvoering van de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico. Daarnaast komt aan de orde of en op welke manier zorgverzekeraars vanaf 2009 het gedifferentieerd verplicht eigen risico inzetten voor keuzeondersteuning en ook de administratieve lasten van het verplicht eigen risico.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

mw. drs. C.C. van Beek MCM
voorzitter a.i.

Managementsamenvatting

Op 1 januari 2008 is de no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 (€ 155 in 2009). Verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten worden voor dit verplicht eigen risico financieel gecompenseerd. Naast het verplicht eigen risico kan iedere verzekerde voor de zorgverzekering, in ruil voor een korting op de premie, kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De zorgverzekeraars hebben vanaf 2009 de wettelijke mogelijkheid om het verplicht eigen risico als sturingsinstrument te gebruiken.

De NZa heeft in 2008 de ontwikkelingen op het gebied van het eigen risico nauwgezet gevolgd. Aanleiding was een verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de NZa om in 2008 een monitor eigen betalingen uit te voeren. De NZa heeft op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bovendien een toezichtstaak bij de uitvoering van de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico door het CAK en de zorgverzekeraars. Ook wilde de NZa zelf onderzoeken waarom verzekerden nauwelijks voor een vrijwillig eigen risico kiezen. De monitor Eigen Risico is opgebouwd rond de thema's consumentenbelang, betaalbaarheid, keuzeondersteuning en administratieve lasten.

Consumentenbelang: transparantie

Zorgverzekeraars mogen zelf bepalen welke hoogtes van het vrijwillig eigen risico zij aanbieden (€ 100, € 200, € 300, € 400, of € 500) en ook welke premiekorting zij verzekerden daarvoor geven. De bepalingen over het verplicht en het vrijwillig eigen risico moeten zorgverzekeraars in hun modelovereenkomst opnemen. De zorgverzekeraars hebben dit in overeenstemming met de Zvw gedaan. Dit is belangrijk voor de rechtszekerheid van de consument. Verder is het van belang dat de informatieverstrekking over dit onderwerp voor de verzekerde transparant is. De informatie van zorgverzekeraars in de informatiepakketten en op de websites is doorgaans juist, maar in (meer dan) de helft van de gevallen op één punt onvolledig. Het gaat daarbij om informatie over de manier waarop de verzekerde het verplicht eigen risico aan de zorgverzekeraar moet betalen. Ook de informatie over de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico is niet in alle gevallen volledig. Wel verwijzen vrijwel alle zorgverzekeraars hiervoor naar het CAK.

De NZa heeft het Nivel gevraagd enkele vragen over de compensatieregeling voor te leggen aan consumentenpanels. Het Nivel constateert dat een aanzienlijke groep verzekerden weinig inzicht heeft in de compensatieregeling. Er is wel voldoende informatie beschikbaar, maar deze bereikt de doelgroep te weinig. Door het informatietekort bij verzekerden dreigt onderbenutting van de compensatieregeling. Ook dreigen meer administratieve lasten dan nodig, omdat ook niet-geïnformeerde verzekerden zonder recht op compensatie een aanvraag bij het CAK kunnen doen. De NZa adviseert het Ministerie van VWS dan ook om meer aandacht te schenken aan de overdracht van meer toegespitste en meer gedetailleerde informatie over de regeling. De NZa wijst voor 2009 in dit verband ook op de informatie over de invoering van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) in dat jaar.

Consumentenbelang: compensatieregeling

Verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten of verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven, hebben recht op gedeeltelijke compensatie van hun verplicht eigen risico. De compensatie bedraagt € 47 per rechthebbende. Verzekerden hebben recht op compensatie als zij in de twee opeenvolgende jaren die vooraf gaan aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep (FKG). Datzelfde geldt 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. Deze compensatieregeling wordt uitgevoerd door het CAK. De NZa heeft de uitvoering van de compensatieregeling op verschillende momenten getoetst.

Uit de toetsing vooraf is gebleken dat de procedures die de betrokken partijen voor de uitvoering van de compensatieregeling hebben opgesteld, het risico van fouten in de uitvoering in sterke mate beperken. Een adequate opzet garandeert echter geen probleemloze uitvoering. Dit blijkt ook uit de uitvoering van de compensatieregeling.

In 2008 kwamen ongeveer 1,85 miljoen verzekerden voor compensatie van het verplicht eigen risico in aanmerking. De stand van zaken halverwege maart 2009 was dat er een aanzienlijke vertraging in de uitbetaling van de compensatie aan ruim 46.000 rechthebbenden (2,5%) is opgetreden. De oorzaken hiervan zijn dat een aantal zorgverzekeraars onvolledige farmaciebestanden over 2006 of 2007 hadden aangeleverd en dat rekeningnummers en/of de NAW-gegevens van de rechthebbenden ontbreken of onjuist zijn. Redenen dat deze gegevens niet bekend of onjuist zijn, zijn overlijden, emigratie, een geheim adres van de rechthebbende en geen overeenkomst tussen de naam en het rekeningnummer bij de bank, waardoor het CAK de betaling niet kon uitvoeren.

Het CAK is voor juiste en volledige gegevens afhankelijk van de zorgverzekeraars. De NZa heeft de zorgverzekeraars waar het hier om gaat gemaand in maart 2009 volledige farmaciebestanden aan te leveren. De partijen hebben voldoende acties ingezet om de ontbrekende gegevens van de rechthebbenden te achterhalen. Op het moment van vaststelling van de monitor Eigen Risico 2008 lopen er nog acties op verschillende onderdelen. Het CAK heeft om bankrekeningnummers te achterhalen naar de rechthebbenden antwoordcoupons gestuurd en een zogeheten piepsysteem ingesteld. Het CAK moet zich in 2009 verantwoorden over de acties om de vertraagde uitbetaling te verhelpen.

Een reactie op een bezwaarschrift bevat geen inhoudelijk oordeel, omdat het CAK vanuit privacyoogpunt niet over declaratie- en gezondheidsgegevens beschikt. Een verzekerde kan hierdoor de reden van afwijzing niet controleren. De NZa adviseert het Ministerie van VWS de bezwaarprocedure goed te evalueren met het oog op de positie van de klager. Een belangrijke peiler van het zorgverzekeringsstelsel is immers dat een verzekerde zijn recht kan halen.

Van de compensatieregeling verplicht eigen risico kan een perverse prikkel uitgaan naar het voorschrijfgedrag van de zorgaanbieder. Om voor de compensatie in aanmerking te komen, kan de verzekerde de zorgaanbieder namelijk vragen om extra medicijnen of andere medicijnen voor te schrijven. De NZa adviseert de zorgverzekeraars om specifiek aandacht te besteden aan hun materiële controles om deze perverse prikkel vanuit de regeling te verminderen.

De uitvoering van de compensatieregeling heeft de komende jaren nadrukkelijk de aandacht van de NZa. Met ingang van 2008 is het toezicht op de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK structureel geregeld en moet het zich hierover jaarlijks verantwoorden.

Betaalbaarheid

De NZa bestudeert in samenwerking met de Universiteit van Tilburg op dit moment de opzet van een onderzoek naar het effect van het eigen risico op het zorggebruik van verzekerden. In de monitor Eigen Risico beperkt de NZa zich tot de analyse van de keuze van verzekerden voor het vrijwillig eigen risico in 2008.

Vanuit het oogpunt van betaalbaarheid is het keuzegedrag van verzekerden voor een vrijwillig eigen risico van belang. Van het stelsel gaat nauwelijks tot geen remmende werking uit, omdat het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico minimaal is. Slechts 5% van de verzekerden heeft in 2008 een vrijwillig eigen risico. Omdat een meerderheid van de verzekerden eenvoudigweg geen eigen risico wil, zal in die situatie op korte termijn weinig verbetering optreden. Bovendien blijken verzekerden hoge eisen te stellen aan de hoogte van de premiekortingen die vanuit het oogpunt van zorgverzekeraars nauwelijks in te willigen zijn.

Keuzeondersteuning

Vanaf 2009 is de beleidsvrijheid voor zorgverzekeraars voor het verplicht eigen risico groter. Zij kunnen ervoor kiezen om (kosten van) zorg die wordt geleverd door preferente zorgaanbieders, niet ten laste van het verplicht eigen risico te brengen. De helft van de zorgverzekeraars (ongeveer 58% van het totale aantal verzekerden) gebruikt in 2009 het verplicht eigen risico als sturingsinstrument om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen. Het gaat daarbij voornamelijk om zorg uit het B-segment.

De grootste belemmering die zorgverzekeraars bij de uitvoering van deze regeling ervaren, is dat het verplicht eigen risico niet wordt kwijtgescholden, maar wel op andere vormen van zorg van toepassing blijft. Dit betekent dat wanneer de verzekerde zorg gebruikt die wel onder het verplicht eigen risico valt, hij alsnog met een verplicht eigen risico wordt geconfronteerd. Dit komt niet ten goede aan de (financiële) inzichtelijkheid en effectiviteit van de regeling. Wanneer zorgverzekeraars meer kennis van dit sturingsinstrument hebben en er meer ervaring mee hebben opgedaan, krijgen zij beter inzicht in de toepasbaarheid ervan. Zo kunnen zorgverzekeraars verzekerden stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen. De NZa blijft de ontwikkelingen in de manier waarop zorgverzekeraars het verplicht eigen risico invullen dan ook volgen.

Administratieve lasten

De NZa heeft de administratieve lasten voor zorgverzekeraars bij de uitvoering van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling onderzocht. De uitkomsten geven een indicatie van de kosten op macroniveau.

De kosten voor de zorgverzekeraars van de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico blijken marginaal. Dit in tegenstelling tot de administratieve lasten van het verplicht eigen risico. De inventarisatie onder zorgverzekeraars wijst uit dat de administratieve lasten hoger liggen dan de schattingen die het Ministerie van VWS en Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) vooraf hebben gedaan. Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat in 2008 de incidentele kosten op macroniveau iets minder dan € 9 miljoen bedragen (met een bandbreedte van € 6 tot € 14 miljoen). De structurele kosten op

macroniveau kwamen in 2008 op ongeveer € 40 miljoen (bandbreedte van € 31 tot € 46 miljoen). Uitgaande van de resultaten van de evaluatie van de no-claimteruggave en de bovenstaande indicatie van de NZa, is een stijging in de structurele kosten waar te nemen.

Zoals uit de bandbreedtes blijkt, lopen de administratieve lasten van zorgverzekeraars sterk uiteen. De regeling verplicht eigen risico geeft zorgverzekeraars veel ruimte voor een eigen aanpak. De verschillen in administratieve lasten komen dan ook voort uit de aanpak die zorgverzekeraars kiezen en uit verschillen in de noodzaak om hun computersystemen al dan niet aan te passen. Besparingen op de lasten zijn mogelijk als zorgverzekeraars de premie-inning en het opleggen van het eigen risico administratief integreren. Belangrijk aandachtspunt daarbij is dat de werking van het eigen risico niet op voorhand mag worden beperkt.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Vanaf 1 januari 2008 is de no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 (€ 155 in 2009). Daarnaast kan de verzekerde vanaf de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel in 2006 bij zijn zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. 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 stelt.

Deze monitor Eigen Risico is tot stand gekomen tegen de volgende achtergrond. Aanleiding is een verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de NZa om in 2008 het systeem van eigen betalingen te monitoren. Daarnaast heeft de NZa een toezichtstaak bij de uitvoering van de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico.¹ Verder had de NZa zelf aangekondigd de keuze voor een vrijwillig eigen risico te willen onderzoeken. Verzekerden kiezen namelijk nauwelijks voor een vrijwillig eigen risico (5%).²

1.2 Thema's

De NZa stelt in deze monitor Eigen Risico 2008 de volgende thema's centraal: het consumentenbelang, de betaalbaarheid, de keuzeondersteuning en de administratieve lasten.

1.2.1 Consumentenbelang

1.2.1.1 Transparantie

Voor de rechtszekerheid van de consument moeten zorgverzekeraars het verplicht en het vrijwillig eigen risico in overeenstemming met de wet- en regelgeving opnemen in de modelovereenkomst. Ook is het van belang dat de informatieverstrekking van zorgverzekeraars over dit onderwerp voor de verzekerde transparant is. Voor hem moet het verschil tussen het verplicht en het vrijwillig eigen risico duidelijk zijn, evenals de financiële gevolgen van beide.

Verder moeten verzekerden kunnen achterhalen wanneer zij in aanmerking komen voor een compensatie van het verplicht eigen risico. Hiertoe moet de compensatieregeling verplicht eigen risico voor verzekerden transparant zijn.

1.2.1.2 Compensatieregeling verplicht eigen risico

Voor het verplicht eigen risico krijgen verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten, bijvoorbeeld door een chronische ziekte, een

¹ Met de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) wijzigt artikel 16 van de Wmg. Hierdoor is geregeld dat de NZa toezicht houdt op het CAK bij de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico. Vooruitlopend op de invoering van de Wtcg heeft de NZa, mede vanwege het monitorverzoek van het Ministerie van VWS, de uitvoering door het CAK al getoetst. In de Wmg was het toezicht van de NZa op de uitvoering van deze regeling door de zorgverzekeraars al geregeld.

² NZa, Monitor zorgverzekeringsmarkt 2007 ('De balans 2007')

financiële compensatie. Deze compensatie bedraagt € 47 per rechthebbende.³ Verzekerden hebben recht op compensatie als zij de twee opeenvolgende jaren die vooraf gaan aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep (FKG). Datzelfde geldt 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. Het gaat om een grote groep verzekerden (ongeveer 1,85 miljoen) en dus om een aanzienlijk consumentenbelang. De uitvoering van de compensatieregeling is in handen van het Centraal Administratiekantoor (CAK).

1.2.2 Betaalbaarheid

Vanuit het oogpunt van betaalbaarheid 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 stelsel nauwelijks tot geen remmende werking uit.

1.2.3 Keuzeondersteuning

Uitgangspunt voor de uitvoering van het verplicht eigen risico is dat zorgverzekeraars een bepaalde mate van beleidsvrijheid hebben. Vanaf 2009 is de beleidsvrijheid groter doordat een gedifferentieerd verplicht eigen risico is ingevoerd.⁴ Dit houdt in dat zorgverzekeraars ervoor kunnen kiezen om (kosten van) zorg die door bepaalde zorgaanbieders is geleverd, niet ten laste van het verplicht eigen risico te brengen. Dit biedt een zorgverzekeraar mogelijkheden voor keuzeondersteuning. Voor de verzekerde moet wel inzichtelijk zijn welke financiële gevolgen aan zijn zorggebruik zijn verbonden. De verschillen tussen zorgverzekeraars op dit aspect moeten eveneens duidelijk zijn. Zorgverzekeraars gaan mogelijk ook selectief contracteren en bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg minder zorgkosten vergoeden. Dit betekent dat de informatie over hierover niet alleen aanwezig moet zijn, maar dat zij ook samenhangend moet worden gepresenteerd. In navolging van de zorgverzekeraars zullen vergelijkingssites hun informatie moeten aanpassen.

1.2.4 Administratieve lasten

Door de invoering van het verplicht eigen risico maken zorgverzekeraars en het CAK uitvoeringskosten. Dit zijn, voor alle duidelijkheid, lasten die voortkomen uit verplichtingen die het Ministerie van VWS aan marktpartijen oplegt en dus geen lasten die voortkomen uit verplichtingen vanuit de NZa. Voor de beoordeling van de effectiviteit van het verplicht eigen risico moet de NZa kunnen bepalen of de baten tegen de kosten opwegen en of de kosten niet omlaag kunnen.

Ook consumenten hebben te maken met uitvoeringslasten. Zij moeten informatie tot zich nemen en de correspondentie met de verzekeraar bijhouden. Wanneer het gaat om verzekerden die financieel moeten worden gecompenseerd, moeten zij vast stellen of zij die compensatie inderdaad krijgen. Als daarover onduidelijkheid is, kunnen zij een

³ De hoogte van de compensatie is het verschil tussen het verplicht eigen risico (€ 150) en het geraamde eigen risico dat verzekerden die geen recht hebben op de compensatie gemiddeld moeten betalen (€ 103).

⁴ Staatsblad 2008, 371 Wijziging Besluit zorgverzekering onder meer in verband met aanpassing verplicht eigen risico.

bezwaarschrift indienen bij het CAK.⁵ De NZa heeft zich in 2008 beperkt tot de administratieve kosten van zorgverzekeraars.

1.3 Doelstellingen

Gegeven de vier thema's die in deze monitor Eigen Risico centraal staan, is de meervoudige doelstelling ervan:

- Vaststellen of zorgverzekeraars het verplicht (en het vrijwillig) eigen risico goed in hun verzekeringen opnemen en of zij hierover voldoende transparantie bieden.
- Vaststellen of zorgverzekeraars de compensatieregeling voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten door bijvoorbeeld chronische ziekte goed uitvoeren.
- Vaststellen waarom verzekerden nauwelijks kiezen voor een vrijwillig eigen risico.
- Vaststellen of en op welke manier zorgverzekeraars (vanaf 2009) het gedifferentieerd verplicht eigen risico inzetten voor keuzeondersteuning.
- Vaststellen van de administratieve lasten van het verplicht eigen risico voor zorgverzekeraars.

1.4 Uitvoering onderzoek

Via haar reguliere activiteiten om modelovereenkomsten te beoordelen en met het oog op het transparantietoezicht stelt de NZa vast op welke manier de zorgverzekeraars het verplicht en het vrijwillig eigen risico regelen en of de informatie die zij daarover geven voldoende is. Ook heeft de NZa via de modelovereenkomsten voor het polisjaar 2009 vastgesteld in hoeverre zorgverzekeraars gebruik maken van de mogelijkheid om het verplicht eigen risico te differentiëren. Daarnaast heeft de NZa via twee consumentenpanels van het Nivel vragen gesteld over de transparantie van de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico.

Om de uitvoering van de compensatieregeling te kunnen beoordelen, heeft de NZa een aantal zaken getoetst: de opzet van de informatieaanlevering door de zorgverzekeraars aan het CAK, de opzet van de informatie uit de eigen AWBZ-administratie van het CAK en de overall-opzet van de uitvoering door het CAK. Deze toetsing deed de NZa aan de hand van informatie die zij heeft opgevraagd bij het CAK, Vektis, Vecozo en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Daarnaast heeft de NZa regelmatig contact gehad met de projectleiding van de compensatieregeling verplicht eigen risico van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Ook is gebruik gemaakt van informatie die al binnen de NZa aanwezig was.

De NZa past het standaard kostenmodel (SMK) toe om de administratieve lasten van de uitvoering van het verplicht eigen risico te bepalen.

In 2008 publiceerde de NZa een aantal nieuwsberichten waarin zij inging op enkele belangrijke en actuele aspecten van het verplicht en het

⁵ Een belangrijk probleem bij het verplicht eigen risico is de afbakening van de groep verzekerden die recht heeft op compensatie. Het is mogelijk dat enkele honderdduizenden chronisch zieken niet snappen waarom zij niet worden gecompenseerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen met hoge bloeddruk, migraine en maagaandoeningen. Zie: Richard van Kleef, Wynand van de Ven en Rene van Vliet, Een effectieve eigen risico in de zorg, in: ESB, 27 juli 2007, p. 459-461.

vrijwillig eigen risico. Deze monitor heeft betrekking op een integrale beoordeling van het eigen risico.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 biedt een overzicht van het stelsel van eigen betalingen binnen de Zvw. In de hoofdstukken 3 en 4 staat het consumentenbelang centraal. Onderdeel van het consumentenbelang is de transparantie van zorgverzekeraars over het verplicht en het vrijwillig eigen risico en over de compensatieregeling (hoofdstuk 3). In het belang van de consument heeft de NZa de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK getoetst (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 komt de betaalbaarheid van de zorg aan bod. Keuzeondersteuning is het onderwerp van hoofdstuk 6. Hierin wordt aandacht besteed aan de differentiatie van het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars. In hoofdstuk 7 staan de administratieve lasten van het verplicht eigen risico centraal. De NZa sluit deze monitor in hoofdstuk 8 af met haar conclusies en een aantal aanbevelingen.

2. Stelsel van eigen betalingen in de Zvw

2.1 Inleiding

Een stelsel van eigen betalingen in de Zvw stimuleert verzekerden om meer afgewogen gebruik te maken van medische voorzieningen. Als verzekerden niet al te snel gebruik maken van medische voorzieningen, neemt de kostenstijging in de gezondheidszorg af en is er uiteindelijk sprake van gemiddeld lagere kosten voor de verzekerden. Daarnaast doen eigen betalingen een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden.⁶ Om deze redenen zijn op 1 januari 2005 in de Ziekenfondswet eigen betalingen ingevoerd in de vorm van de no-claimteruggaveregeling, die vervolgens ook in de Zvw is opgenomen. Op 1 januari 2008 is deze regeling vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 per kalenderjaar, dat op 1 januari 2009 is verhoogd naar € 155.

In dit hoofdstuk komen de verschillende vormen van eigen betalingen aan de orde (paragraaf 2.2 en 2.3). Daarnaast beschrijft het op welke manier de eigen betalingen op elkaar inwerken (paragraaf 2.4). In het stelsel van eigen betalingen in de Zvw wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Een eigen risico: hieronder vallen het verplicht en het vrijwillig eigen risico.
- Een eigen bijdrage: hieronder vallen de zorggebonden eigen bijdrage en de eigen betaling in geval van niet-gecontracteerde zorg.

2.2 Eigen risico

2.2.1 Verplicht eigen risico

Zoals hiervoor al is opgemerkt, is de no-claimteruggaveregeling vervangen door een verplicht eigen risico ter hoogte van € 150 per kalenderjaar in 2008 en € 155 per kalenderjaar in 2009. De zorgverzekeraar brengt de kosten van het verplicht eigen risico in rekening bij de verzekerde. Naast het verplicht eigen risico blijft voor de verzekerde de keuzemogelijkheid voor een vrijwillig eigen risico bestaan.

Net als bij de no-claimteruggaveregeling geldt het verplicht eigen risico uitsluitend voor verzekerden van achttien jaar en ouder, voor wie een nominale premie is verschuldigd. Bij het verplicht eigen risico blijven dezelfde zorgvormen buiten beschouwing als bij de no-claimteruggaveregeling. Het gaat om de volgende zorgvormen:

- 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 Besluit zorgverzekering (Bzv), met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.

Een duidelijk verschil met de no-claimteruggaveregeling is dat verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten door bijvoorbeeld chronische ziekte financieel voor het verplicht eigen risico

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 31 094, nr. 3

worden gecompenseerd. Het CAK keert de compensatie aan de verzekerden uit (zie hoofdstuk 4).

Vanaf 2009 is het voor zorgverzekeraars mogelijk om het verplicht eigen risico in te zetten als sturingsinstrument. Door de kosten van zorg bij bepaalde zorgaanbieders niet ten laste te brengen van het eigen risico, kan een zorgverzekeraar zijn verzekerden stimuleren om gebruik te maken van doelmatige zorgaanbieders (zie hoofdstuk 6).

2.2.2 Vrijwillig eigen risico

Een zorgverzekeraar kan naast het verplicht eigen risico de verzekerden van achttien jaar of ouder laten kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In de Zvw zijn tranches voor het vrijwillig eigen risico opgenomen. Het gaat om bedragen van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. Een zorgverzekeraar moet in zijn modelovereenkomst aangeven welke hoogtes van het vrijwillig eigen risico hij aanbiedt. Voor het dragen van een eigen risico krijgt de verzekerde een korting op de premiegrondslag. De zorgverzekeraar bepaalt de hoogte van deze premiekorting en neemt deze op in de modelovereenkomst.

De minister van VWS staat toe dat een zorgverzekeraar de uitsluitingen die voor het verplicht eigen risico gelden (huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en mondzorg tot 22 jaar), ook op het vrijwillig eigen risico toepast. Dit synchroniseren is echter niet als zodanig in de Zvw geregeld. De NZa volgt de uitleg van de minister. Zij vindt dat zorgverzekeraars de mogelijkheden voor een gedifferentieerd verplicht eigen risico ook moeten kunnen gebruiken voor het vrijwillig eigen risico. Voorwaarde daarvoor is optimale transparantie voor de verzekerden.

2.3 Eigen bijdrage

2.3.1 Zorggebonden eigen bijdrage

Verzekerden moeten in sommige gevallen een zorggebonden eigen bijdrage betalen. Dit is geregeld in artikel 11 derde lid van de Zvw.⁷ Eigen bijdragen gelden voor kraamzorg, hulpmiddelen, geneesmiddelen, ziekenvervoer, psychotherapie en mondzorg.

2.3.2 Eigen betalingen

Het is mogelijk dat een bepaalde vorm van zorg op grond van de zorgverzekering door een gecontracteerde zorgaanbieder moet worden verleend, maar dat de verzekerde op het moment dat de behoefte aan die zorg zich voordoet, de zorg toch wil afnemen van een zorgaanbieder die zijn zorgverzekeraar niet heeft gecontracteerd. Hierbij kan worden gedacht aan behoeften aan zorg die tijdens een vakantie ontstaan, maar ook aan gevallen waarin de verzekerde de zorg hoe dan ook bij een bepaalde, niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder wil afnemen. Artikel 13 van de Zvw verschaft de verzekerde in zo'n geval het recht om de zorg toch van zo'n andere zorgaanbieder te betrekken en wel tegen een vergoeding die de zorgverzekeraar vooraf heeft vastgesteld. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen

⁷ Artikel 11 derde lid Zvw: Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

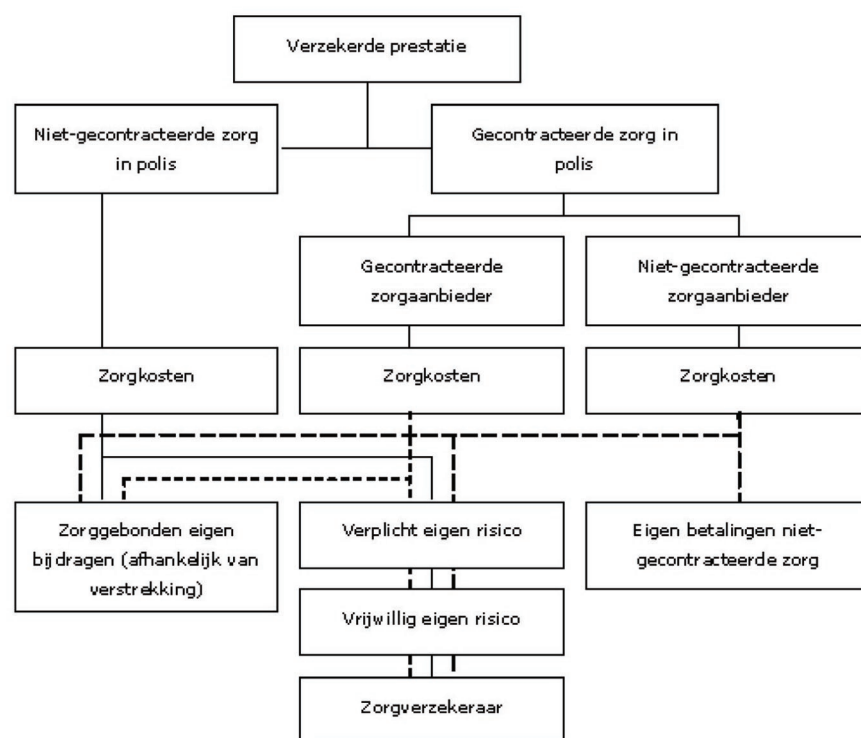
Nederlandse zorgaanbieders en zorgaanbieders die in het buitenland zijn gevestigd.

Dit betekent dat de verzekerde te maken kan krijgen met een eigen betaling van een gedeelte van de rekening. Doordat de zorgverzekeraar de manier waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst moet opnemen, wordt deze vergoeding onderdeel van een zorgverzekering die op grond van dat model is gesloten. Dit brengt met zich mee dat de zorgverzekeraar deze berekeningswijze ook in de zorgpolis – die de weergave van de zorgverzekering vormt – moet opnemen (bijvoorbeeld % van het Wmg-tarief of een marktconform bedrag). De NZa heeft in haar Richtsnoer informatieverstrekking⁸ nader aangegeven waaraan de informatieverstrekking op dit punt moet voldoen.

2.4 Verhouding tussen eigen betalingen

In figuur 1 is schematisch weergegeven hoe de verschillende vormen van eigen betalingen op elkaar inwerken. Hierbij is onderscheid gemaakt in prestaties met gecontracteerde zorg en prestaties zonder gecontracteerde zorg.

Figuur 1. schematische weergave verhouding eigen betalingen



Legenda: Verhoudingen eigen betalingen

———— Niet-gecontracteerde zorg in polis

- - - - - Gecontracteerde zorg in polis, zorg van gecontracteerde aanbieder

- - - - - Gecontracteerde zorg in polis, zorg van niet-gecontracteerde aanbieder

Een zorgverzekeraars moet bij de verrekening van de eigen betalingen met het eigen risico een bepaalde systematiek hanteren. De waarde van de verzekerde prestatie brengt hij eerst in mindering op het verplicht

⁸ Te raadplegen op www.nza.nl

eigen risico. Als het verplicht eigen risico helemaal is 'geconsumeerd', brengt de verzekeraar de waarde van de verleende zorg bij de verzekeringnemer in rekening tot aan het vrijwillig eigen risico dat hij voor de betreffende verzekerde heeft gekozen. Heeft de verzekerde vervolgens nog meer zorg nodig, dan levert of betaalt de zorgverzekeraar zonder dat er nog vorderingen op de verzekeringnemer zijn.

De zorggebonden eigen bijdragen en de eigen betalingen in geval van niet-gecontracteerde zorg, worden niet meegeteld voor het volmaken van het verplicht en het vrijwillig eigen risico.

In deze monitor besteedt de NZa uitsluitend aandacht aan het eigen risico. De eigen bijdrage blijft buiten beschouwing.

3. Consumentenbelang: transparantie

3.1 Inleiding

In het belang van de consument moeten de zorgverzekeraars de bepalingen over het verplicht en het vrijwillig eigen risico op een juiste manier in de modelovereenkomst opnemen (paragraaf 3.2). Daarnaast moet de informatieverstrekking op dit punt juist en volledig zijn (paragraaf 3.3).

Verzekerden moeten kunnen achterhalen wanneer zij in aanmerking komen voor een compensatie van het verplicht eigen risico. De informatie over de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico moet voor verzekerden transparant zijn (paragraaf 3.4).

3.2 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 ten opzichte van elkaar zullen hebben als zij een overeenkomst volgens het betreffende model sluiten (artikel 1 onder j Zvw). De zorgverzekeraar moet onder andere in de modelovereenkomst opnemen welke bepalingen voor het verplicht en het vrijwillig eigen risico gelden. Hij moet opnemen voor welke verzekerden het verplicht eigen risico geldt en hoe hoog dit eigen risico is. Voor de verzekerde moet ook duidelijk zijn welke zorg van het verplicht eigen risico is uitgesloten (zie paragraaf 2.2.1).

Tijdens haar beoordeling van de modelovereenkomsten voor het polisjaar 2008 is de NZa gebleken dat alle zorgverzekeraars de bepalingen over het verplicht eigen risico in overeenstemming met de wet- en regelgeving hebben opgenomen. Ook hebben alle zorgverzekeraars voor 2008 gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de uitsluitingen voor het verplicht en het vrijwillig eigen risico gelijk te schakelen (synchronisatie). Voor 2009 geldt dat bij de zorgverzekeraars binnen één concern die uitsluitingen niet meer volledig zijn gesynchroniseerd (zie paragraaf 6.4).

3.3 Transparantie zorgverzekeraars

De NZa onderzoekt jaarlijkse 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 verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten, bijvoorbeeld omdat zij een chronische ziekte hebben.
- Het verplicht eigen risico geldt niet voor zoals huisartsen plegen te bieden en zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed. Gelden deze uitzonderingen ook voor het vrijwillig eigen risico?
- Als de zorgaanbieder zijn nota rechtstreeks naar verzekeraar stuurt, dan krijgt de verzekerde van de verzekeraar een nota voor het verplicht eigen risico. Wanneer de verzekerde de nota eerst zelf

betaalt, dan krijgt hij van de verzekeraar slechts een gedeelte van de nota gerestitueerd.

Op een enkeling na geven alle zorgverzekeraars in hun informatiepakketten informatie over het verplicht eigen risico. Op de websites geven alle zorgverzekeraars hier informatie over. De informatie in de informatiepakketten en op de websites is doorgaans juist, maar is in (meer dan) de helft van de gevallen op één punt onvolledig. Er ontbreekt informatie over het verschil in inhouding van het eigen risico tussen een polis met gecontracteerde zorg en een polis zonder gecontracteerde zorg (betalingswijze aan de zorgverzekeraar). Ook is de informatie over de compensatie voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten niet volledig. Wel verwijzen vrijwel alle zorgverzekeraars op hun website daarvoor naar het CAK.

Voor de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 heeft de NZa een enquête onder verzekerden uitgezet. In deze enquête heeft zij 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.

In 2008 was de verwachting dat zorgverzekeraars in 2009 meer selectief zouden contracteren en dat zij in een aantal gevallen het verplicht eigen risico zouden differentiëren. Dit vergroot de noodzaak dat zorgverzekeraars in hun informatievoorziening niet alleen op de verschillende onderdelen transparant zijn, maar dat zij de informatie ook samenhangend presenteren. Dit betekent dat de verzekerde niet gedwongen moet zijn om op basis van verspreid opgenomen bepalingen ingewikkelde rekensommen te maken. Hij moet in staat zijn om op een eenvoudige manier snel de financiële gevolgen van zijn zorggebruik te overzien. Aangezien zorgverzekeraars op dit vlak kunnen verschillen, zullen ook vergelijkingssites op dit punt voldoende informatie moeten verstrekken.

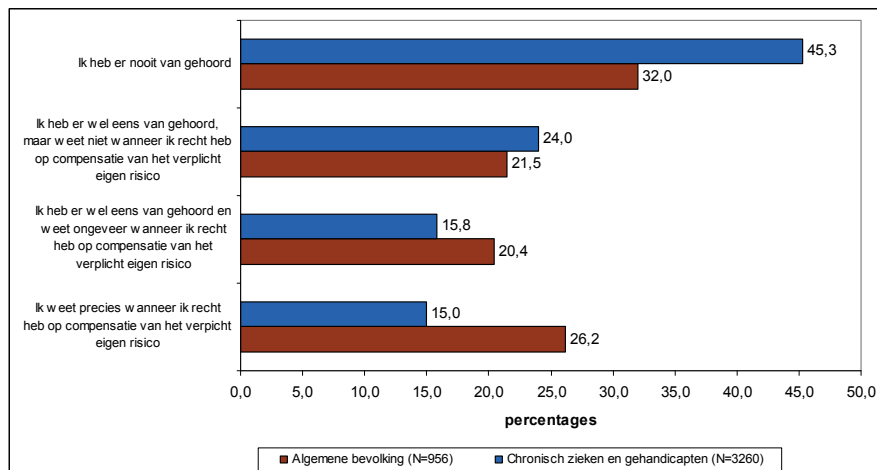
3.4 Transparantie compensatieregeling

De NZa heeft het Nivel gevraagd om een aantal vragen over de bekendheid met de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico voor te leggen aan het Consumentenpanel Gezondheidszorg (waarvan de samenstelling representatief is voor de algemene bevolking) en aan het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG-panel). Van de ondervraagde mensen was niet bekend of zij daadwerkelijk recht hebben op deze compensatie.⁹

Uit de analyse van het Nivel blijkt dat een aanzienlijke groep van verzekerden weinig inzicht heeft in de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico.

⁹ Het Consumentenpanel Gezondheidszorg bestaat uit ruim 2.800 mensen. In oktober 2008 hebben 1.376 panelleden een vragenlijst ontvangen met onder andere vragen over de compensatie van het verplicht eigen risico. In totaal retourneerden 991 mensen de vragenlijst (respons 72%). Het NPCG-panel bestaat uit ruim 3.500 zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking van vijftien jaar en ouder. In oktober 2008 hebben 3.922 panelleden een vragenlijst ontvangen met onder andere vragen over de compensatie van het verplicht eigen risico. Deze vragen waren exact gelijk aan de vragen die aan de leden van het Consumentenpanel waren gesteld. In totaal retourneerden 3.416 mensen de vragenlijst (respons 87,1%). Bron: Nivel

Figuur 2. In hoeverre bent u bekend met de regeling compensatie eigen risico?



Bron: enquête Nivel

Het Nivel constateert ook dat een groep mensen die niet over informatie over de compensatieregeling beschikt, wel recht op deze compensatie meent te hebben.

Het informatietekort bij verzekerden kan twee effecten hebben. Het eerste effect is dat onderbenutting dreigt. De regeling gaat ervan uit dat de rechthebbende zelf geen actie hoeft te ondernemen om de compensatie te ontvangen. Uit deze monitor blijkt echter dat de uitvoering zodanig verloopt dat een groep van rechthebbenden (nog) geen compensatie ontvangt als zij die niet zelf bij het CAK aanvragen (zie hoofdstuk 4). Het tweede effect dat dreigt is dat mensen juist doordat zij niet goed zijn geïnformeerd, ten onrechte een compensatie aanvragen. Dat dit ook daadwerkelijk gebeurt, is af te lezen uit het grote aantal afwijzingen door het CAK (zie paragraaf 4.4.4.2). De uitvoeringslasten van het CAK nemen hierdoor toe.

Vanuit het oogpunt van zowel onderbenutting als administratieve lasten is het wenselijk dat de informatievoorziening op het gebied van de compensatieregeling verplicht eigen risico verbetert. Het Nivel geeft aan dat er wel sprake is van voldoende informatie, maar dat deze informatie de doelgroep te weinig bereikt. De NZa wijst in dit verband ook op de informatie over de invoering van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) in 2009. Het risico bestaat dat bij de verspreiding van informatie over deze nieuwe wet de compensatieregeling te weinig de aandacht van de verzekerde weet te trekken.

3.5 Conclusies en acties NZa

De zorgverzekeraars hebben de bepalingen over het verplicht en het vrijwillig eigen risico in de modelovereenkomsten opgenomen in overeenstemming met hetgeen in de Zvw is geregeld. Over de gehele linie geven zorgverzekeraars in hun informatiepakketten en websites juiste informatie over het verplicht en het vrijwillig eigen risico, maar op één punt zijn zij daarin niet volledig. Het gaat daarbij om informatie over de manier waarop de verzekerde het verplicht eigen risico aan de zorgverzekeraar moet betalen. Voor de compensatieregeling verwijzen vrijwel alle zorgverzekeraars naar het CAK.

Ten tijde van de beoordeling van de modelovereenkomsten voor het polisjaar 2009 heeft de NZa extra aandacht besteed aan de manier waarop zorgverzekeraars de differentiatie van het verplicht eigen risico vormgeven (zie hoofdstuk 6).

De NZa concludeert op basis van onderzoek van het Nivel dat onderbenutting van de compensatieregeling dreigt omdat de informatieverstrekking over de regeling de doelgroepen in substantiële mate niet of onvoldoende bereikt. Ook dreigen meer administratieve lasten dan nodig, omdat niet-geïnformeerde verzekerden wel een aanvraag bij het CAK kunnen doen. De NZa adviseert het Ministerie van VWS dan ook om meer aandacht te schenken aan de overdracht van meer toegespitste en meer gedetailleerde informatie over de regeling. De NZa wijst voor 2009 in dit verband ook op de informatie over de invoering van de Wtcg in 2009. Het risico bestaat dat bij de verspreiding van informatie over deze nieuwe wet, de compensatieregeling te weinig de aandacht van de verzekerde weet te trekken.

4. Consumentenbelang: compensatieregeling eigen risico

4.1 Inleiding

Op grond van de compensatieregeling verplicht eigen risico krijgen verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten financiële compensatie voor het verplicht eigen risico. Deze compensatieregeling is in 2008 ingevoerd en wordt uitgevoerd door het CAK (paragraaf 4.2). In dat jaar was het Ministerie van VWS nauw betrokken bij de uitvoering van de regeling doordat zij samen met het CAK en ZN een stuurgroep vormde. De taak van deze stuurgroep is om de voortgang van de uitvoering van de compensatieregeling te bewaken en tijdens het proces zo nodig tijdig bij te sturen.

De NZa houdt op grond van artikel 16 onder f van de Wmg toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door het CAK van de uitvoering van de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico in overeenstemming met artikel 118a van de Zvw. Artikel 16 onder b van de Wmg geeft de NZa eveneens de taak om toezicht te houden op de uitvoering van de regeling door de zorgverzekeraars (paragraaf 4.3 en 4.4).

4.2 Compensatieregeling

Verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten of verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven, hebben recht op een gedeeltelijke compensatie van hun verplicht eigen risico. Deze compensatie bedraagt € 47 per rechthebbende.¹⁰ Verzekerden hebben recht op compensatie als zij in de twee opeenvolgende jaren die vooraf gaan aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in een FKG¹¹. Datzelfde geldt 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. Het was de verwachting dat in 2008 ongeveer 1,85 miljoen verzekerden voor de compensatie in aanmerking zouden komen. Vanaf 2009 krijgen verzekerden die in 2006 en 2007 hoge ziekenhuiskosten hadden (of hoge kosten voor medisch specialistische zorg) ook compensatie voor het verplicht eigen risico.

Voor de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico voert het CAK de volgende werkzaamheden uit:

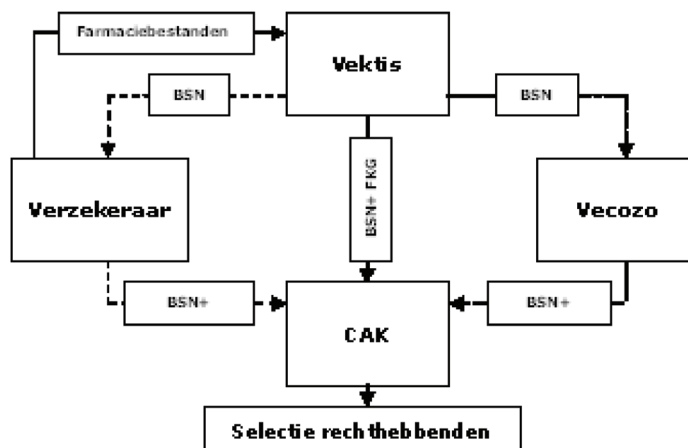
- Vaststellen welke verzekerden recht hebben op compensatie.
- Versturen van de beschikkingen aan verzekerden die recht hebben op compensatie.
- Verwerken van aanvragen van compensatie door verzekerden die geen beschikking hebben ontvangen, maar die denken hier wel recht op te hebben.
- Verwerken van bezwaarschriften.
- Uitbetalen van de compensatie.

¹⁰ De hoogte van de compensatie is het verschil tussen het verplicht eigen risico (€ 150) en het geraamde gemiddeld te betalen eigen risico door verzekerden die geen recht hebben op de compensatie (€ 103).

¹¹ 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'.

Voor de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico heeft het CAK diverse gegevens nodig. Allereerst zijn dat de burgerservicenummers (BSN's) van de verzekerden die in 2006 en 2007 zijn ingedeeld in een FKG. Vektis selecteert in opdracht van de zorgverzekeraars de 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. Daarnaast zijn de naam- en adresgegevens (NAW-gegevens) die bij deze selectie van BSN's behoren noodzakelijk. Vektis stuurt de geselecteerde BSN's naar Vecozo. Vecozo verstrekt dan de NAW-gegevens die bij deze selectie behoren aan het CAK en aan de zorgverzekeraars. Vervolgens moet het CAK beschikken over de bank- of girorekeningnummers van de BSN's die bij deze selectie horen. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de aanlevering van deze gegevens aan het CAK. Het CAK heeft verder de BSN's nodig van verzekerden die op 1 juli 2008 meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven. Over deze gegevens beschikt het CAK zelf. Aan de hand van deze gegevens selecteert het CAK de verzekerden die recht hebben op compensatie. Dit proces is in figuur 3 schematisch weergegeven.

Figuur 3. Schematische vaststelling rechthebbenden



4.3 Opzet

De NZa heeft op meerdere momenten de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico getoetst:

- vooraf, om tijdig mogelijke risico's in de opzet van de uitvoering te kunnen signaleren (begin 2008);
- tijdens de uitvoering (eind 2008); en
- een voorlopige eindtoetsing (februari/maart 2009).

De tussentijdse toetsing was gebaseerd op de stand van zaken van halverwege september 2008 en is, daar waar nodig, geactualiseerd naar de situatie van december 2008. De NZa heeft daarover in nieuwsberichten gerapporteerd. De voorlopige eindtoetsing heeft betrekking op de stand van zaken van halverwege maart 2009. Daarin staan de volgende zaken centraal:

- de afwikkeling van de onvolledigheden die in de tussentijd zijn geconstateerd;
- de omvang en de resultaten van de compensaties die verzekerden zelf hebben aangevraagd;

- de omvang, de aard en de afwikkeling van bezwaarschriften;
- het verloop van de feitelijke uitbetaling van de compensaties.

4.4 Bevindingen

In paragraaf 4.4.1 komt het algemene oordeel over de opzet van de uitvoering van de compensatieregeling aan de orde. Vervolgens gaat paragraaf 4.4.2 nader in op enkele onderdelen van de uitvoering waar de NZa tekortkomingen heeft gesignaleerd en welke verbeteracties daaraan zijn verbonden. Paragraaf 4.4.3 schetst het meest recente beeld van de stand van zaken bij de feitelijke uitbetaling en de bezwaarschriften.

4.4.1 Algemeen oordeel opzet

Bij de toetsing vooraf is onder andere gekeken naar de totale opzet van de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico door het CAK. Het proces en de opzet voor de uitvoering van de regeling (het projectplan van het CAK, de voorbereidingen van Vektis) gaven de NZa geen aanleiding tot opmerkingen. Daarnaast zijn aan de procesgang op zich weinig risico's verbonden. Wat de borging van de privacy betreft, heeft de NZa vastgesteld dat iedere partij uitsluitend die persoonsgegevens krijgt die zij nodig heeft voor het specifieke onderdeel dat zij uitvoert.

Een belangrijk punt van aandacht bij de uitvoering blijft de aansluiting tussen de verschillende schakels in de keten. De NZa veronderstelde bij de toetsing vooraf een voortdurende coördinatie door het projectteam van ZN en CAK. Dit zou hen in staat moeten stellen tijdig in te grijpen als zaken fout dreigen te lopen. Voor de NZa vormt in dat geval de verantwoordelijkheidsverdeling zoals die in de Zvw omschreven is het uitgangspunt. Dit betekent dat de NZa zorgverzekeraars aanspreekt op mogelijke tekortkomingen bij de aanlevering van gegevens aan het CAK en het CAK op mogelijke tekortkomingen bij de daadwerkelijke uitbetaling.

4.4.2 Vaststelling rechthebbenden

Het CAK moet voor de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico allereerst vaststellen welke verzekerden recht hebben op de compensatie. Hiervoor krijgt het CAK informatie van verschillende partijen. De opzet van de informatieaanlevering (door de zorgverzekeraars, Vektis en Vecozo aan het CAK en de informatie uit de eigen AWBZ-administratie van het CAK) gaf de NZa geen aanleiding tot opmerkingen.

De uitvoering zelf heeft geleid tot opmerkingen van de NZa over de volgende onderdelen:

- volledigheid farmaciebestanden 2006 en 2007 van zorgverzekeraars;
- bank- en girorekeningnummers van rechthebbenden;
- NAW-gegevens van rechthebbenden.

In de paragrafen 4.4.2.1 tot en met 4.4.2.3 gaat de NZa op deze drie onderdelen in.

4.4.2.1 Volledigheid farmaciebestanden 2006 en 2007

De farmaciebestanden die het CAK voor de compensatieregeling verplicht eigen risico heeft gebruikt, zijn primair opgesteld voor de verevening. Voor de verevening is de juistheid van de gegevens van belang. De farmaciebestanden worden vanaf 2008 ook gebruikt voor de compensatieregeling. Naast de juistheid van de bestanden is hiervoor de

volledigheid van belang. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de volledigheid van de bestanden die zij aan Vektis leveren. Voor de selectie van de FKG-verzekerden gebruikt Vektis de farmaciebestanden 2006 en 2007 van de zorgverzekeraars. Tijdens de toetsing bleek dat de farmaciebestanden 2006 van een aantal zorgverzekeraars in eerste instantie onvolledig of onbruikbaar waren. Diverse zorgverzekeraars hebben vervolgens herziene bestanden aangeleverd.

Uit het onderzoek van de NZa is gebleken dat twee zorgverzekeraars over 2006 en drie zorgverzekeraars over 2007 een onvolledig farmaciebestand hebben aangeleverd. Het gaat hierbij om vier verschillende zorgverzekeraars. De onvolledigheid van de farmaciebestanden valt ruimschoots binnen de tolerantie die de NZa hanteert bij het toezicht op de verevening. De onvolledigheid betekent in de praktijk echter dat ongeveer 3.500 rechthebbenden geen beschikking van het CAK ontvangen.¹² Omdat de onvolledigheid van de farmaciebestanden ook betrekking heeft op 2007, zal dit probleem de uitvoering van de compensatieregeling in 2009 eveneens hinderen.

Op basis van deze bevindingen heeft de NZa drie zorgverzekeraars gemaand om voor de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico voor 2008 alsnog volledige farmaciebestanden aan te leveren. Het gaat om zorgverzekeraars bij wie, voor zover bij de NZa bekend, de volmachten geen farmaciebestanden hebben aangeleverd. De NZa heeft deze zorgverzekeraars gevraagd om ervoor te zorgen dat het CAK vóór 1 maart 2009 over volledige farmaciebestanden beschikt en de NZa hierover zo spoedig mogelijk te berichten. De vierde zorgverzekeraar heeft zelf in het kader van de verevening gemeld dat hij een onvolledig farmaciebestand heeft aangeleverd. Begin maart 2009 hadden alle vier de zorgverzekeraars hun verbeterde bestanden aangeleverd.

De NZa heeft het voornemen om elk jaar in juni de bestuursverklaringen van zorgverzekeraars voor het vereveningstoezicht te controleren op de volledigheid van gegevens van volmachten. Wanneer er sprake is van onvolledigheid, maant de NZa de zorgverzekeraars waar het om gaat direct om alsnog bij het CAK volledige farmaciebestanden aan te leveren (via de daarvoor opgestelde procedure).

4.4.2.2 Rekeningnummers rechthebbenden

Tijdens de uitvoering van de compensatieregeling bleek dat een groot aantal bank- of gironummers van rechthebbenden onbekend was. Halverwege september 2008 konden de zorgverzekeraars van 13,3% van de rechthebbenden (234.000 personen) op grond van de FKG geen bank- of girorekeningnummer aanleveren. Het gaat daarbij om FKG-ers van wie uitsluitend een rekeningnummer voor premie-incasso bekend is en niet voor de compensatie, bijvoorbeeld bij collectiviteiten. Daarnaast was halverwege september 2008 bij het CAK van circa 90.000 rechthebbenden op grond van verblijf in een AWBZ-instelling (4,9% van

¹² Landelijk is ongeveer 70% van de verzekerden opgenomen in een bestand farmacie. Daarvan is 19% een FKG-verzekerde, waarvan 81% recht heeft op de compensatie. Een globale indicatie van het aantal gemiste rechthebbenden bij de volmachten (uitgaande van gemiddelde consumptie) leidt theoretisch tot $(12.734 + 264 + 4.095) * 70\% * 19\% * 81\% = 1.841$ personen. Na de tussentijdse rapportage van december 2008 bleek dat een vierde zorgverzekeraar abusievelijk een deel van de declaratieregels over 2007 niet heeft aangeleverd en over 2006 de gegevens van een volmacht niet heeft aangeleverd. In de inmiddels herziene farmaciebestanden van deze zorgverzekeraar zijn 10.659 verzekerden meer opgenomen. Theoretisch was het aantal oorspronkelijk gemiste rechthebbenden $10.659 * 19\% * 81\% = 1.640$ personen. Totaal gemist: $1.841 + 1.640 = 3.482$.

alle rechthebbenden) geen bank- of girorekeningnummer bekend. Oorzaak hiervan is dat bij deze verzekerden de eigen bijdrage AWBZ rechtstreeks wordt ingehouden op het pensioen en/of de uitkering (broninhouding). Het CAK heeft tegelijk met de beschikking aan deze personen een antwoordcoupon gestuurd, waarop zij het rekeningnummer konden aangeven. De respons hierop was groot.¹³ Begin december 2008 was van ongeveer 32.000 rechthebbenden op grond van de FKG en van ruim 1.300 rechthebbenden op grond van verblijf in een AWBZ-instelling geen bank- of girorekeningnummer bekend.

Begin januari 2009 heeft het CAK een rappél verstuurd aan de rechthebbenden die nog niet hadden gereageerd. Eind februari 2009 kwamen daarop nog steeds reacties binnen. Half maart 2009 was van ongeveer 16.000 rechthebbenden (0,9%) nog geen (juist) rekeningnummer bekend. In het relatief korte tijdsbestek tussen december 2008 en half maart 2009 is het totale aantal rechthebbenden waarvan het rekeningnummer onbekend is, dus bijna gehalveerd.

Als redenen voor het niet reageren op de antwoordcoupon noemen de betrokken partijen: overlijden, niet doorgestuurde of retourgestuurde antwoordcouponnen (bij verhuizingen), niet begrijpen wat de bedoeling is en de compensatie voor het verplicht eigen risico niet willen hebben.

4.4.2.3 NAW-gegevens rechthebbenden

Halverwege september 2008 waren van 0,6% van de rechthebbenden (10.390 personen) zowel het bank- of girorekeningnummer als de NAW-gegevens niet aangeleverd bij het CAK. Eind 2008 waren deze gegevens van ruim 10.000 rechthebbenden onbekend. Half maart 2009 was dat nog voor ongeveer 9.600 rechthebbenden het geval. Reden hiervan is dat zij op een geheim adres verblijven. Deze personen zijn volledig afgeschermd en in het kader van de Wtcg wordt nader onderzoek gedaan naar de grootte van deze groep. Daarnaast kunnen de NAW-gegevens door emigratie en overlijden onbekend zijn.

Het CAK wacht voor bovenstaande groepen af totdat de rechthebbende zich zelf meldt (piepsysteem). Als de NAW-gegevens in een later stadium wel bekend worden, ontvangt de rechthebbende (of de nabestaanden) alsnog de compensatie. Het recht op compensatie blijft in ieder geval vijf jaar bestaan.

4.4.3 Beschikkingen en feitelijke uitbetaling

In september 2008 heeft het CAK circa 1,85 miljoen beschikkingen verstuurd. De uitbetaling van de compensaties is in het algemeen goed en tijdig verlopen. Het CAK heeft ruim 1,8 miljoen betalingen uitgevoerd. Hiervan hebben er bijna 20.000 in 2009 plaatsgevonden omdat de betaalgegevens van de rechthebbenden pas op dat moment waren achterhaald. Van de betalingen waren halverwege maart 2009 ruim 17.000 (1%) betaalopdrachten retour ontvangen. Bij het grootste gedeelte van de retour ontvangen betaalopdrachten bleken de naam van de rechthebbende en het rekeningnummer (ongeveer 13.000) niet overeen te stemmen. Dit kan voorkomen als een verzekerde recht heeft op compensatie, maar via een verzekeringnemer is verzekerd. Het rekeningnummer van de verzekeringnemer is dan bij de zorgverzekeraar bekend. Het CAK maakt dan een koppeling tussen de naam van de verzekerde en het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

¹³ Ter illustratie: in totaal was van 324.000 rechthebbenden (17,5%) geen bank- of girorekeningnummer bekend. Nadat de helft van de beschikkingen was verzonden (half september) hebben 39.000 rechthebbenden hun rekeningnummer via de antwoordcoupon al aan het CAK doorgegeven.

Het CAK heeft aan de rechthebbenden waar de betaling van is terugontvangen, een antwoordcoupon gestuurd om de juiste rekeningnummers te achterhalen.

De stand van zaken halverwege maart 2009 was als volgt:.

Tabel 1. Aantal rechthebbenden dat (nog) geen compensatie heeft ontvangen

Aangeleverde informatie	Omvang	Actie
Farmaciebestanden 2006 en 2007 onjuist	3.500	Nieuwe farmaciebestanden
Rekeningnummer ontbreekt	16.000	Antwoordcoupon en rappel
Rekeningnummer en NAW-gegevens ontbreekt	9.600	Piepsysteem
Betalings retour vanwege onjuist rekeningnummer	17.000	Antwoordcoupon
Totaal aantal rechthebbenden	46.100	

Ondanks alle ingezette acties om de gegevens te achterhalen, zal het niet mogelijk zijn om het aantal rechthebbenden dat de compensatie niet krijgt uitgekeerd tot nul te reduceren. Ook in het geval van een goed verloop van de procedure en van gedetailleerde en toegespitste informatie is het namelijk onvermijdelijk dat in een aantal gevallen de gegevens van de rechthebbenden niet te achterhalen zijn.

Naar de mening van de partijen die bij de uitvoering van de compensatierekening verplicht eigen risico betrokken zijn, kan de Belastingdienst bij de regeling een nuttige rol vervullen. Inschakeling van de Belastingdienst is een mogelijke oplossing om onjuiste en ontbrekende rekeningnummers te voorkomen.

4.4.4 Aanvragen compensatie en bezwaarschriften

4.4.4.1 Aanvragen compensaties

Verzekerden die van het CAK geen beschikking ontvangen, maar menen dat zij toch recht hebben op de compensatie, kunnen deze zelf aanvragen. Het CAK heeft ruim 64.000 aanvragen van verzekerden ontvangen. Daarin zijn ook aanvragen begrepen van verzekerden die hun beschikking niet hebben afgewacht en van verzekerden die meerdere aanvragen hebben ingediend. Het CAK heeft ruim 85% van de aanvragen moeten afwijzen, omdat deze niet voldeden aan de wettelijke criteria voor de compensatie. De meeste overige aanvragers waren al als rechthebbende bekend en hebben de compensatie gekregen.

4.4.4.2 Bezwaarschriften

Het CAK heeft over (het afwijzen van) de compensatie 11.386 bezwaarschriften ontvangen. Naar eigen zeggen zijn de meeste bezwaarschriften tijdig verwerkt. Alleen in de opstartfase heeft het CAK gebruik gemaakt van de wettelijk maximaal toegestane termijn van zes weken.

Nagenoeg alle bezwaren zijn afgewezen.¹⁴ Reden hiervoor is dat ruim 80% van de bezwaarschriften niet was gebaseerd op de criteria voor de compensatie, maar op het feit dat de verzekerden het niet eens waren met de criteria of het 'gewoon probeerden' om de compensatie te krijgen. Bij de overige circa 20% voldeden de aanvragers niet (volledig)

¹⁴ Uitzondering hierop vormt een tiental bezwaren, waarvan het CAK na controle niet kon vaststellen dat de verzekerden *niet* aan de AWBZ-vereiste van verblijf in een instelling voldeden. Deze aanvragers zullen de compensatie alsnog ontvangen.

aan de criteria, bijvoorbeeld als zij slechts één jaar in een FKG waren ingedeeld.

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad) heeft voor patiënten een meldpunt ingericht waar zij terecht kunnen met opmerkingen over de compensatieregeling. Zowel in november 2008 als in maart 2009 bracht de CG-Raad zijn bevindingen naar buiten. De CG-Raad wees op enkele tekortkomingen. Hij signaleerde dat veel verzekerden die meenden recht te hebben op de compensatie, geen bericht krijgen van het CAK. De problemen die de CG-Raad noemt, hebben te maken met het ontwerp van de regeling. Zij worden niet veroorzaakt door fouten in de uitvoering door de zorgverzekeraars en het CAK.¹⁵ Daarnaast wijst de CG-Raad er op dat de bezwaarprocedure tekortschiet. Volgens de CG-Raad vermeldt het CAK in zijn reactie op een bezwaarschrift niet precies de reden van afwijzing. Hierdoor kan de verzekerde het bezwaar niet controleren. De CG-Raad begint daarom een beroepszaak bij de rechtbank in Rotterdam.

Het CAK geeft aan dat het niet inhoudelijk kan ingaan op de afwijzing. Het beschikt namelijk uit privacyoverwegingen niet over declaratie- en gezondheidsgegevens die noodzakelijk zijn voor een inhoudelijk oordeel. Als een bezwaarschrift wordt ingediend, gaat het CAK bij Vektis na of de aanvrager binnen de FKG valt. Is dat niet het geval, dan ontvangt hij een algemeen geformuleerde afwijzing.

4.4.5 Perverse prikkel

Voor de toekomst kan van de compensatieregeling verplicht eigen risico een perverse prikkel uitgaan naar het voorschrijfgedrag van aanbieders. Om voor de compensatie in aanmerking te komen, kan de verzekerde de zorgaanbieder immers vragen om extra medicijnen voor te schrijven. Op die manier kan de verzekerde voldoen aan de dagdosering die voor de compensatie vereist is.

De NZa verwacht dat het zich voordoen van die perverse prikkel zichtbaar wordt bij de uitvoering van de compensatieregeling 2011. Bij de uitvoering daarvan wordt uitgegaan van de farmaciegegevens over 2009 en 2010. Het is mogelijk om de perverse prikkel te verminderen wanneer zorgverzekeraars hun materiële controles goed uitvoeren. De NZa adviseert hen hieraan specifieke aandacht te besteden.

4.5 Conclusies en acties NZa

Uit de toetsing vooraf is gebleken dat de procedures die de betrokken partijen voor de uitvoering van de compensatieregeling hebben opgesteld, het risico van fouten in de uitvoering in sterke mate beperken. Een adequate opzet garandeert echter geen probleemloze uitvoering. Dit is ook gebleken bij de uitvoering van de compensatieregeling. Duidelijk is echter ook dat de betrokken organisaties alles in het werk stellen om tekortkomingen die tijdens de uitvoering aan het licht komen, zo snel mogelijk te repareren. Daarnaast

¹⁵ Zo wordt het medicijngebruik door reumapatiënten soms niet goed geregistreerd, bijvoorbeeld omdat het om medicijnen gaat die apothekers zelf bereiden en daardoor geen landelijke code krijgen of omdat het medicijnen zijn die op de medicijnlijst voorkomen als een wekelijks injectie in plaats van een tablet. Daarnaast komen sommige aandoeningen niet op de medicijnlijst voor en vallen sommige groepen patiënten pas in 2009 of 2010 binnen de afbakening van de regeling. In reactie hierop geeft het Ministerie van VWS aan dat het met het beschikbaar komen van meer gegevens, de regeling in latere jaren verder verfijnt.

blijkt dat het Ministerie van VWS werkt aan verbetering van de regeling om te voorkomen dat groepen verzekerden ten onrechte geen compensatie ontvangen.

De feitelijke stand van zaken halverwege maart 2009 was dat er een aanzienlijke vertraging in de betaling van de compensatie aan ruim 46.000 rechthebbenden is opgetreden. Hiervoor is een aantal oorzaken aan te geven en de verantwoordelijke partijen hebben verschillende acties ingezet om de ontbrekende gegevens van de rechthebbenden te achterhalen:

- Onvolledige farmaciebestanden 2006 en 2007. Enkele zorgverzekeraars leveren nadat zij hiertoe door de NZa zijn gemaand nog volledige bestanden bij Vektis.
- Ontbrekende of onjuiste rekeningnummers van rechthebbenden. Het CAK heeft deze groep een antwoordcoupon gestuurd om het juiste rekeningnummer te achterhalen.
- Ontbrekende NAW-gegevens en rekeningnummer. Het CAK wacht voor deze groep af totdat de rechthebbenden zich zelf voor de compensatie melden (piepsysteem).

Het CAK is voor het ontvangen van juiste en volledige gegevens afhankelijk van de zorgverzekeraars. De NZa heeft de zorgverzekeraars die het betreft gemaand om in maart 2009 volledige bestanden aan te leveren. De partijen hebben voldoende acties ingezet om de ontbrekende gegevens van de rechthebbenden te achterhalen. Op dit moment lopen er nog acties op verschillende onderdelen. Het CAK moet zich in 2009 verantwoorden over de acties om de vertraagde uitbetaling te verhelpen.

Een reactie op een bezwaarschrift bevat geen inhoudelijk oordeel, omdat het CAK vanuit het oogpunt van privacy niet over declaratie- en gezondheidsgegevens beschikt. Een verzekerde kan hierdoor de reden van afwijzing niet controleren. De NZa adviseert het Ministerie van VWS de bezwaarprocedure nog eens te evalueren met het oog op de positie van de klager. Een belangrijke peiler van het zorgverzekeringsstelsel is immers dat een verzekerde zijn recht kan halen.

Van de compensatieregeling verplicht eigen risico kan een perverse prikkel uitgaan naar het voorschrijfgedrag van de zorgaanbieder. Om in aanmerking te komen voor de compensatie, kan de verzekerde de aanbieder vragen om extra of andere medicijnen voor te schrijven. Met het oog op vermindering van deze perverse prikkel van de regeling adviseert de NZa de zorgverzekeraars om specifiek aandacht te besteden aan de materiële controles op het gebied van farmacie.

De uitvoering van de compensatieregeling krijgt de komende jaren nadrukkelijk aandacht van de NZa. In het Protocol Accountantsonderzoek CAK is het toezicht op de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK met ingang van 2008 structureel geregeld. Dat geldt ook voor de jaarlijkse verantwoording door het CAK met ingang van 2008. Dit is geregeld in de Handleiding Jaarverslaggeving CAK. Daarnaast moeten zorgverzekeraars zich in hun uitvoeringsverslag verantwoorden over de uitvoering van de Wtcg, met als aandachtspunten borging van de volledigheid van de aanlevering van de farmaciegegevens aan het CAK.

5. Betaalbaarheid

5.1 Inleiding

Bij de invulling van deze monitor Eigen Risico nam de NZa zich voor om vast te stellen of het eigen risico een effect heeft op de kosten van zorg. Dit past bij de invulling van de monitortask van de NZa, dat wil zeggen het vaststellen van effecten op de betaalbaarheid van zorg. Omdat zich in 2008 nog geen effecten laten vaststellen, wilde de NZa zich in dat jaar beperken tot het ontwerpen van een meetmethode. Zij heeft dit evenals de focus van deze effectmeting verschoven naar 2009.¹⁶

De NZa heeft al wel nader bekeken waarom het vrijwillig eigen risico voor verzekerden zo weinig aantrekkelijk is. Dit hoofdstuk gaat in op de keuze voor het vrijwillig eigen risico en op de achtergronden van deze keuze (paragraaf 5.2). Ook komt aan de orde welke korting de verzekerde voor een vrijwillig eigen risico krijgt en welke korting hij zou willen ontvangen (paragraaf 5.2).

5.2 Keuze vrijwillig eigen risico

Het percentage verzekerden boven de achttien jaar met een vrijwillig eigen risico is verder afgenomen: van 6,2% in 2006 naar 5,3% in 2007 en vervolgens tot 5,1% in 2008.¹⁷ Verzekerden met een vrijwillig eigen risico hebben vaker een hoog vrijwillig eigen risico gekozen. Het gemiddelde vrijwillig eigen risico voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico is in 2008 dan ook hoger dan in 2007 (€ 299 tegenover € 293). Het vrijwillig eigen risico van € 400 is het minst aantrekkelijk.

In de NZa-enquête is aan de respondenten die in 2008 voor een vrijwillig eigen risico van € 0 hebben gekozen, gevraagd wat de reden voor hun keuze was. Hun antwoorden zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. Redenen voor keuze vrijwillig eigen risico van € 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 2008

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

¹⁶ Mede in verband met de verdere invulling van de samenwerking met de Universiteit Tilburg.

¹⁷ Het percentage verzekerden dat voor 2009 heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico is nog niet bekend.

5.3 Hoogte kortingen eigen risico

De verzekerde die kiest voor een vrijwillig eigen risico, krijgt daarvoor een korting op de premiegrondslag. Uit tabel 3 blijkt dat de gemiddelde absolute kortingen voor de verschillende hoogten van het vrijwillig eigen risico in 2009 min of meer gelijk zijn gebleven aan 2007 en 2008.

Tabel 3. Gemiddelde absolute korting op de nominale premie per vrijwillig eigen risico 2006-2009 (afgeronde bedragen)

	2006	2007	2008	2009
€ 100 eigen risico	€ 42	€ 44	€ 41	€ 42
€ 200 eigen risico	€ 80	€ 85	€ 84	€ 84
€ 300 eigen risico	€ 117	€ 123	€ 121	€ 121
€ 400 eigen risico	€ 152	€ 162	€ 163	€ 162
€ 500 eigen risico	€ 186	€ 200	€ 202	€ 205

Bron: database modelovereenkomsten NZa

Vanwege de verschillende maatregelen in het systeem om risicoselectie tegen te gaan (te weten verbod op premiedifferentiatie, verevening, bepalingen ten aanzien van de hoogtes van het vrijwillig eigen risico), is een belangrijke prikkel voor zorgverzekeraars vervallen om verzekerden door een hoge korting op de premie aan te zetten tot een keuze voor een hoger vrijwillig eigen risico. Bovendien zijn aan het vrijwillig eigen risico uitvoeringskosten verbonden. Verder zetten de vroegere particuliere ziektekostenverzekeraars het eigen risico vaak in als een marketinginstrument en niet als een kostenverlagend instrument.

Hoewel het voor het binnenhalen van prijsbewuste verzekerden voor zorgverzekeraars zinvol kan zijn om hogere premiekortingen voor het vrijwillig eigen risico te bieden, lijken zorgverzekeraars ervan uit te gaan dat het grootste gedeelte van de verzekerden hoe dan ook geen vrijwillig 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 wordt steeds belangrijker. Hogere kortingen op hun beurt zouden verzekerden kunnen aanzetten tot het kiezen van een vrijwillig eigen risico wanneer in 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 4).

Tabel 4. De gewenste korting bij een eigen risico van € 500

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

Bron: enquête NZa

Uit tabel 3 blijkt dat de gemiddelde korting bij een vrijwillig eigen risico van € 500 ongeveer € 200 bedraagt. Tabel 4 laat zien dat de respondenten een hogere korting verlangen dan de zorgverzekeraars op dit moment bij een vrijwillig eigen risico van € 500 geven. Van de

respondenten wenst 60% een korting te krijgen die gelijk is aan het vrijwillig eigen risico van € 500 of die hoger is dan dat bedrag.

5.4 Conclusies en acties NZa

Het macro-effect van het vrijwillig eigen risico op de betaalbaarheid van zorg is minimaal. Dit komt omdat slechts 5% van de verzekerden voor een vrijwillig 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.

6. Keuzeondersteuning

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de inzet van het verplicht eigen risico voor keuzeondersteuning door zorgverzekeraars centraal. De NZa heeft in verschillende publicaties gewezen op de wenselijkheid hiervan. Keuzeondersteuning maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om verzekerden te laten kiezen voor preferente zorgaanbieders, waardoor zorgverzekeraars hun zorginkoop versterken. In paragraaf 6.2 komen de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om het verplicht eigen risico te differentiëren aan de orde. Paragraaf 6.3 beschrijft de voorwaarden voor een goede werking van de regeling. In paragraaf 6.4 wordt aandacht besteed aan de invulling van het gedifferentieerd verplicht eigen risico door zorgverzekeraars.

6.2 De regeling

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel tot vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico¹⁸ is gesteld dat met ingang van 1 januari 2009 een gedifferentieerd verplicht eigen risico mogelijk moet zijn. In mei 2008 is een voorhangprocedure in werking gesteld om het Besluit zorgverzekering te wijzigen.

Allereerst zou een percentage van de zorgkosten worden vastgesteld dat meetelt voor het verplicht eigen risico. Dit percentage was bedoeld als een langere en effectieve remweg. Uit onderzoek van het Centraal Planbureau (CPB) blijkt echter dat een vast percentage voor alle zorgvormen dat lager is dan honderd, niet tot het beoogde grotere gedragseffect leidt.¹⁹ Bovendien heeft het tot gevolg dat de opbrengst van de eigen betalingen lager uitvallen, waardoor ongewenste financieringseffecten optreden. Ook leidt een lager percentage bij de zorgverzekeraars tot aanzienlijk hogere administratieve lasten en uitvoeringskosten. De minister heeft het percentage van de zorgkosten voor het verplicht eigen risico dan ook op honderd vastgesteld.

Daarnaast kunnen bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) vormen van zorg worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen of hij de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico houdt. Het doel hiervan is dat zorgverzekeraars het verplicht eigen risico als sturingsinstrument kunnen inzetten om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen die de verzekeraar heeft gecontracteerd of om hen te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen.

Om zorgverzekeraars voldoende gelegenheid te geven om ervaring met dit sturingsinstrument op te doen, wordt het niet beperkt tot bepaalde zorgvormen. Ook is in de regeling de mogelijkheid opgenomen dat zorgverzekeraars kunnen besluiten de kosten van zorg die samenhangt met de behandeling van diabetes, depressie, hartfalen, overgewicht of chronisch obstructief longlijden, niet voor het verplicht eigen risico te laten meetellen wanneer de verzekerde een door de zorgverzekeraar

¹⁸ 31 094 Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico.

¹⁹ Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw. CPB-notitie 25 april 2008 aan het Ministerie van VWS

aangewezen programma volgt ter voorkoming van een van deze aandoeningen.

Met andere woorden, de zorgverzekeraars kunnen het verplicht eigen risico inzetten voor keuzeondersteuning.

6.3 Voorwaarden voor een goede werking

Een belangrijke voorwaarde voor de werking van een gedifferentieerd verplicht eigen risico is dat verzekerden goed op de hoogte zijn van de financiële gevolgen van hun 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 op 1 januari 2008 een verplicht eigen risico is ingevoerd.²⁰

Over het effect van het niet in rekening brengen van het verplicht eigen risico op het keuzegedrag van verzekerden is nog niet veel bekend. Uit experimenten komt het beeld naar voren dat negatieve prikkels (zoals een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders) verzekerden meer prikkelen dan positieve prikkels (zoals het niet in rekening brengen van het verplicht eigen risico).²¹

De NZa heeft geen onderzoek verricht naar het effect van een gedifferentieerd verplicht eigen risico op het keuzegedrag van verzekerden. Wel is in een enquête onder verzekerden onderstaande casus voorgelegd.²²

Vraag

Stel dat uw verzekeraar u geen verplicht eigen risico van € 150 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 dat het naar ziekenhuis A zou gaan en geen € 150 betaalt. Een kwart zou naar ziekenhuis B blijven gaan en wel € 150 betalen. Uiteraard is dit geen wetenschappelijk verantwoorde meting, maar het vormt wel een indicatie voor een mogelijk effect van een gedifferentieerd verplicht eigen risico.

Een ander belangrijk aspect is de synchronisatie van het verplicht en het vrijwillig 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 immers de inzichtelijkheid voor verzekerden een risico te worden. Deze dreiging speelt des te meer als differentiatie wel gaat gelden voor het verplicht eigen risico maar niet voor het vrijwillig eigen risico.

²⁰ Enquête NZa februari 2008

²¹ Lieke Boonen en Erik Schut, Effect van prikkels op keuze voor zorgaanbieders, in: ESB, 2 november 2007, p. 651-653

²² Enquête ten behoeve van de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008

6.4 Invulling gedifferentieerd eigen risico

Van de dertig zorgverzekeraars hebben er achttien in hun modelovereenkomsten voor 2009 opgenomen dat zij gebruik kunnen maken van de mogelijkheid om vormen van zorg aan te wijzen die niet ten laste worden gebracht van het verplicht eigen risico. Uiteindelijk hebben vijftien zorgverzekeraars ook daadwerkelijk zorg aangewezen die niet ten laste van het verplicht eigen risico komt. In totaal gaat het daarbij om 58% van de verzekerden.

De overige zorgverzekeraars geven in 2009 geen uitvoering aan een differentiatie van het verplicht eigen risico. Zij hebben dit wel overwogen, maar er toch van afgezien. De zorgverzekeraars noemen hiervoor een aantal redenen. Zo geven zij aan dat de tijd tussen het bekend worden van de regeling en de invoering ervan relatief kort was. Hierdoor konden de zorgverzekeraars het niet meer in het inkoopbeleid voor 2009 meenemen. Vanuit het oogpunt van het inkoopvoordeel komt de regeling voor zorgverzekeraars te vroeg. Zij hebben vaak nog te weinig inzicht in het inkoopvoordeel om een goede afweging te maken tussen het verlies op de verzekerde ter grootte van € 155 (het verplicht eigen risico) en de inkoopprijs van de zorg.

Een andere reden voor zorgverzekeraars om in 2009 het verplicht eigen risico niet te differentiëren, is dat zij twijfels hebben over de manier waarop verzekerden de regeling ervaren. Volgens hen zal een verzekerde denken dat wanneer hij de preferente zorg gebruikt, het verplicht eigen risico voor de rest van het jaar vervalst. Verzekerden krijgen het verplicht eigen risico echter niet 'kwijtgescholden', maar de kosten van zorg worden 'niet ten laste gebracht van het verplicht eigen risico'. Als de verzekerde andere zorg gebruikt die wel onder het verplicht eigen risico valt, dan wordt hij dus alsnog met een verplicht eigen risico geconfronteerd. De zorgverzekeraars verwachten dat de verzekerde dit als negatief ervaart en dit zal bestempelen als bevestiging van 'het kleine-letters-ijmago' van zorgverzekeraars. Dit belemmert hen om invulling te geven aan de differentiatie van het verplicht eigen risico. Differentiatie komt bovendien niet ten goede aan de financiële inzichtelijkheid voor de verzekerde.

In paragraaf 6.3 is aangegeven dat de NZa vanuit het oogpunt van de verzekerde een synchronisatie tussen het verplicht en het vrijwillig eigen risico zeer wenselijk vindt. Binnen één concern hebben de zorgverzekeraars niet gesynchroniseerd tussen het verplicht en vrijwillig eigen risico op dit punt. Bij deze zorgverzekeraars geldt het gedifferentieerd eigen risico uitsluitend voor het verplicht eigen risico. De kosten komen wel ten laste van een eventueel vrijwillig eigen risico van de verzekerde. De zorgverzekeraars geven hiervoor als reden dat slechts een gering gedeelte van de verzekerden een vrijwillig eigen risico heeft. Daarnaast voeren zij aan dat er sprake is van een terugverdieneffect als de verzekerde voor een kwalitatief goede zorgverlener kiest. Dit effect weegt echter niet op tegen het vrijstellen van € 500 vrijwillig eigen risico.

6.4.1 Zorgarrangementen

In de Memorie van Toelichting (MvT) bij de regeling verplicht eigen risico is opgenomen dat de regeling naar verwachting wordt ingevuld met zorgarrangementen waarbij voldoende inzicht bestaat in de verhouding tussen de prijs en de kwaliteit van de zorg. De reden is dat zorgverzekeraars voor het verplicht eigen risico risicodragend zijn. Het zal naar verwachting dan ook gaan om zorgvormen waarbij de zorgverzekeraars over die aspecten daadwerkelijk en effectief met

zorgaanbieders kunnen onderhandelen, zoals het B-segment en de zorgvormen waarvoor prestatie-indicatoren zijn vastgesteld.

De zorgverzekeraars die invulling hebben gegeven aan de differentiatie van het verplicht eigen risico, hebben dit beperkt tot bepaalde zorgvormen binnen het B-segment. Zij geven aan dat zij ten aanzien van deze DBC's over voldoende kwaliteitsinformatie beschikken, zodat de vrijstelling wordt gekoppeld aan kwalitatief goede zorg.

Vooruitlopend op de regeling had één zorgverzekeraar halverwege 2008 laten weten dat hij het verplicht eigen risico voor 2009 gedifferentieerd zou toepassen. Uiteindelijk heeft deze zorgverzekeraar echter geen vormen van zorg aangewezen die buiten het verplicht eigen risico vallen. De reden is dat hier uitvoeringstechnisch en qua communicatie een aantal haken en ogen aan zaten.

6.4.2 Gezondheidsbevorderende en op preventie gerichte programma's

In de MvT bij de regeling verplicht eigen risico is aangegeven dat een aantal zorgverzekeraars dacht aan de mogelijkheid verzekerden te stimuleren om gezondheidsbevorderende en op preventie gerichte programma's te volgen. Zorgverzekeraars wilden dit doen door de kosten van de wettelijk verzekerde zorg die samenhangt met de behandeling van diabetes, depressie, hartfalen, chronisch obstructief longlijden en overgewicht gedeeltelijk of geheel buiten het verplicht eigen risico te laten vallen. Voorwaarde daarbij is dat de verzekerde een gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma voor één van deze vijf aandoeningen heeft gevolgd dat door de zorgverzekeraar is aangewezen.

In de praktijk blijkt dat geen enkele zorgverzekeraar deze kosten in 2009 buiten het verplicht eigen risico houdt. Wel heeft een meerderheid van de zorgverzekeraars overwogen om hier invulling aan te geven. Gebleken is echter dat het voor zorgverzekeraars nog onduidelijk is wat deze mogelijkheid precies inhoudt. Daarnaast vinden zorgverzekeraars het lastig om haar aan de verzekerden uit te leggen.

6.4.3 Geneesmiddelen en hulpmiddelen

In de MvT bij de regeling verplicht eigen risico is ook aangegeven dat enkele zorgverzekeraars het sturingsinstrument willen gebruiken om hun verzekerden te stimuleren geneesmiddelen te gebruiken waarop de zorgverzekeraar zijn preferentiebeleid geneesmiddelen richt. In die situatie kan de zorgverzekeraar bepalen dat de kosten van de preferente geneesmiddelen die hij heeft aangewezen - die weliswaar goedkoper zijn, maar gelijkwaardig aan niet-preferente geneesmiddelen - geheel of gedeeltelijk niet voor het verplicht eigen risico meetellen. Dit is ook mogelijk voor preferente hulpmiddelen die de zorgverzekeraar heeft aangewezen.

Bij slechts één zorgverzekering vallen de kosten van de anticonceptiepil, die is geleverd door De Pilexpres, buiten het eigen risico. Bij de overige zorgverzekeringen zetten zorgverzekeraars deze keuzeondersteuning niet in voor preferent aangewezen geneesmiddelen of hulpmiddelen. De meerderheid van de zorgverzekeraars heeft zelfs niet overwogen deze keuzeondersteuning voor 2009 in te voeren. Een enkele zorgverzekeraar vindt deze mogelijkheid wel interessant, maar het tijdsbestek om die per 2009 te implementeren was te kort.

6.5 Conclusies en acties NZa

De helft van de zorgverzekeraars (ongeveer 58% van het totale aantal verzekerden) gebruikt in 2009 het verplicht eigen risico als sturingsinstrument om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen die de verzekeraar heeft gecontracteerd. Het gaat daarbij voornamelijk om zorg uit het B-segment.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de regeling verplicht eigen risico en de effecten daarvan voor hen nog niet helemaal duidelijk zijn. Ook hebben zij vaak nog onvoldoende inzicht in de verhouding tussen het inkoopvoordeel van doelmatige zorgarrangementen en de kosten als zij het eigen risico niet in rekening brengen. Voor het B-segment is deze onzekerheid voor een aantal zorgverzekeraars kennelijk al minder groot dan voor andere zorg.

Wanneer zorgverzekeraars over het verplicht eigen risico als sturingsinstrument meer kennis hebben en er ervaring mee hebben opgedaan, dan krijgen zij meer inzicht in de toepasbaarheid ervan. Zij kunnen bijvoorbeeld verzekerden stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen. Maar zorgverzekeraars kunnen verzekerden ook stimuleren om te kiezen voor preferente geneesmiddelen en hulpmiddelen. In 2009 hebben de zorgverzekeraars het verplicht eigen risico hiervoor nog niet ingezet.

De grootste belemmering die zorgverzekeraars bij de uitvoering van de regeling verplicht eigen risico ervaren, is dat het verplicht eigen risico niet wordt kwijtgescholden, maar wel op andere vormen van zorg van toepassing blijft. Dit betekent dat wanneer de verzekerde zorg gebruikt die wel onder het verplicht eigen risico valt, hij alsnog met een verplicht eigen risico wordt geconfronteerd. Dit komt niet ten goede aan de (financiële) inzichtelijkheid en effectiviteit van de regeling. De NZa blijft de ontwikkelingen bij de invulling van het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars volgen.

7. Administratieve lasten

7.1 Inleiding

In haar streven de administratieve kosten te verlagen, toetst de NZa de lasten die voortkomen uit verplichtingen die zij aan marktpartijen oplegt. De verplichtingen voor marktpartijen die volgen uit het eigen risico zijn niet het gevolg van verplichtingen die de NZa oplegt. Voor de beoordeling van de effectiviteit van het verplicht eigen risico moet de NZa echter wel kunnen bepalen of de baten opwegen tegen de kosten en of de kosten niet omlaag kunnen.

De NZa heeft de administratieve lasten voor zorgverzekeraars bij de uitvoering van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling onderzocht (paragraaf 7.3 en 7.4).²³ Daarbij zijn zowel de incidentele kosten (opstartkosten) als de structurele kosten belicht. Hiervoor heeft de NZa de methodiek van het standaard kostenmodel gebruikt. Dit model is toegepast op een aantal zorgverzekeraars, die samen ongeveer 20% van de markt vertegenwoordigen. Daarnaast heeft de NZa deze zorgverzekeraars gevraagd welke mogelijkheden zij zien om de administratieve lasten te verlagen (paragraaf 7.5).²⁴

Door het beperkte aantal zorgverzekeraars dat de NZa in haar onderzoek heeft betrokken en vanwege de grote verschillen in kosten, is het niet mogelijk om de uitkomsten te generaliseren voor alle zorgverzekeraars. De uitkomsten geven wel een indicatie van de administratieve lasten op macroniveau. Vanwege de verschillen in kosten geeft de NZa ook een bandbreedte aan.

7.2 Inschattingen vooraf

Bij de invoering van het verplicht eigen risico heeft het Ministerie van VWS een inschatting gemaakt van de administratieve lasten voor de zorgverzekeraars. Zij heeft hiervoor advies gevraagd aan het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal). De aandacht voor de administratieve lasten was mede een gevolg van discussies over de administratieve lasten van de no-claimteruggaveregeling.

Volgens Actal zouden de structurele administratieve lasten voor zorgverzekeraars minimaal € 18 tot € 24 miljoen bedragen. Omdat deze schatting was gebaseerd op gegevens over 1997 en 1998, verwachtte Actal voor 2007 en daarna hogere lasten.²⁵ Dit betekent dat de administratieve lasten zouden stijgen. Uit evaluatieonderzoek blijkt namelijk dat de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling, die aan het verplicht eigen risico voorafging, de zorgverzekeraars per verzekerde van achttien jaar en ouder ongeveer € 2 kostte.²⁶

²³ De NZa zag binnen haar capaciteit niet de mogelijkheid om ook de administratieve lasten voor de verzekerden te onderzoeken.

²⁴ Uitgangspunt voor de analyse was het SKM. De invulling ervan gebeurde via enkele ronden van informatieverzameling. Uiteindelijk zijn de kosten berekend per deelproces van de administratie van het eigen risico. Aan elk deelproces konden de zorgverzekeraars kosten toedelen. Daarbij kon sprake zijn van een benadering in plaats van een precieze vaststelling van de kosten omdat toebedeling van bedrijfskosten niet altijd op het niveau van deze deelprocessen plaatsvindt.

²⁵ Brief Actal 25 april 2007, RL/AZ/2007/093

²⁶ R. Goudriaan, H. Bartelings V. Thio en R.W.D.J. Snijders, Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I, Onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS, APE, 2006

Het Ministerie van VWS schatte de incidentele kosten van de invoering van het verplicht eigen risico op macroniveau op maximaal € 700.000. Over de hoogte van de structurele kosten heeft het geen uitspraak gedaan. Het Ministerie van VWS stelde vast dat de structurele kosten oplopen als de zorgverzekeraars het verplicht eigen risico periodiek bij de verzekerden in rekening brengen, in plaats van in één keer na afloop van het kalenderjaar.²⁷

7.3 Eigen risico

7.3.1 Incidentele kosten

Onder de incidentele kosten van het verplicht eigen risico vallen de automatiseringskosten (aanpassing systeem) en de eerste ronde van informatieverstrekking over het nieuwe verplicht eigen risico aan verzekerden.

De incidentele kosten variëren sterk. Dit is het gevolg van verschillen in de noodzaak om computersystemen aan te passen en verschillen in het communicatiebeleid van zorgverzekeraars. Waar de ene zorgverzekeraar gebruik heeft gemaakt van een relatief goedkope bijlage bij het versturen van overig informatiemateriaal, organiseerde een andere voorlichtingsbijeenkomsten voor verzekerden. Dit alles resulteert in incidentele kosten van € 0,30 tot € 1,2 per verzekerde (achttien jaar en ouder). Uitgaande van een gemiddelde van € 0,7 per verzekerde van achttien jaar en ouder bij de onderzochte zorgverzekeraars, bedragen de incidentele kosten op macroniveau iets minder dan € 9 miljoen. Daarbij is sprake van een bandbreedte van € 6 tot € 14 miljoen.

7.3.2 Structurele kosten

De structurele kosten van het verplicht eigen risico bestaan voornamelijk uit het versturen van specificaties en nota's, uit klantcontacten over vragen en uit incassotrajecten. De belangrijkste kostenpost is het versturen van specificaties, al dan niet in combinatie met nota's; de reden is de omvang ervan. Zorgverzekeraars blijken minimaal twee keer per jaar een bericht aan verzekerden te sturen. Kostenbesparingen zijn mogelijk door de oplegging van het eigen risico te integreren met de premie-inning. In totaal variëren de structurele kosten van ongeveer € 2,3 tot € 3,7 per verzekerde (van achttien jaar en ouder). Gemiddeld bedragen de structurele kosten iets meer dan € 3 per verzekerde. Dit komt op macroniveau in 2008 neer op een bedrag van ongeveer € 40 miljoen. Uitgaande van de laagste en de hoogste kosten per verzekerde, is sprake van een bandbreedte van € 31 tot € 46 miljoen.

7.4 Compensatieregeling

Uit de inventarisatie van de NZa blijkt dat de kosten voor de uitvoering van de compensatieregeling voor zorgverzekeraars marginaal zijn. De belangrijkste activiteit die zorgverzekeraars hiervoor moeten verrichten, is het aanleveren van de farmaciebestanden aan Vektis. Aangezien dit dezelfde bestanden zijn als die zij al bij het CVZ aanleveren voor het vereveningssysteem, vergt dit relatief weinig inspanning. Andere handelingen zijn uitbesteed aan Vektis en Vecozo en de kosten hiervan zijn zeer beperkt.

²⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 31 094, nr. 3

7.5 Mogelijkheden om de administratieve lasten te verlagen

Zorgverzekeraars hebben een grote mate van vrijheid in de uitvoering van het verplicht eigen risico. Er is dan ook sprake van verschillen in administratieve lasten van het verplicht eigen risico tussen zorgverzekeraars onderling. Deze komen voort uit de aanpak die zij kiezen en uit verschillen in noodzaak om computersystemen al dan niet aan te passen.

Voor de hoogte van de administratieve lasten van het verplicht eigen risico hangt dus af van hoe efficiënt de aanpak van een zorgverzekeraar is. Daarbij kan het voorkomen dat hij er voor kiest om te investeren in de relatie met de verzekerde, waardoor de kosten hoger kunnen uitvallen dan bij zorgverzekeraars die dit minder doen. Besparingen op de lasten zijn mogelijk als zorgverzekeraars de premie-inning en het opleggen van het eigen risico administratief integreren. Daarbij is een belangrijk aandachtspunt dat de werking van het eigen risico kan worden beperkt. Voor de verzekerde moet het bijvoorbeeld duidelijk zijn dat een verhoging van de maandelijkse betaling aan de zorgverzekeraar niet het gevolg is van een premieaanpassing, maar samenhangt met het eigen zorggebruik.

De NZa heeft geen signaal ontvangen dat regels voor het verplicht eigen risico of voor de compensatieregeling voor zorgverzekeraars onnodig lastenverhogend uitwerken.

7.6 Conclusies en acties NZa

De kosten voor de zorgverzekeraars om de compensatieregeling uit te voeren, zijn marginaal. Dit is in tegenstelling tot de administratieve lasten van het verplicht eigen risico. De inventarisatie onder zorgverzekeraars wijst uit dat de administratieve lasten hoger liggen dan de ex-ante schattingen van het Ministerie van VWS en Actal. Uitgaande van de resultaten van de evaluatie van de no-claimteruggave en de indicatie van de NZa, is bij de uitvoering van het verplicht eigen risico een stijging van de structurele kosten waar te nemen.

De administratieve lasten van het verplicht eigen risico voor zorgverzekeraars kunnen sterk uiteenlopen. Verschillen komen voort uit de gekozen aanpak en uit verschillen in de noodzaak om computersystemen al dan niet aan te passen. Besparingen op de lasten zijn mogelijk als zorgverzekeraars de premie-inning en het opleggen van het eigen risico administratief integreren. Belangrijk aandachtspunt daarbij is dat de werking van het eigen risico hierdoor niet op voorhand mag worden beperkt.

De NZa heeft geen signaal ontvangen dat de regels voor het verplicht eigen risico of voor de compensatieregeling voor de zorgverzekeraars onnodig lastenverhogend uitwerken.

8. Conclusies

8.1 Inleiding

Het Ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd in 2008 een monitor eigen betalingen uit te voeren. De NZa heeft bovendien een toezichtstaak bij de uitvoering van de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico. Zij had eerder al aangekondigd de keuze voor een vrijwillig eigen risico te willen onderzoeken.

Binnen deze monitor Eigen Risico 2008 stonden de volgende thema's met bijbehorende doelstelling centraal:

- Consumentenbelang: vaststellen of zorgverzekeraars het verplicht en het vrijwillig eigen risico goed opnemen in hun zorgverzekeringen en hierover voldoende transparantie bieden.
- Consumentenbelang: vaststellen of de compensatieregeling voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten goed wordt uitgevoerd;
- Betaalbaarheid: vaststellen waarom verzekerden nauwelijks voor een vrijwillig eigen risico kiezen.
- Keuzeondersteuning: vaststellen of en op welke manier zorgverzekeraars het gedifferentieerd verplicht eigen risico voor keuzeondersteuning inzetten.
- Administratieve lasten: vaststellen van de administratieve lasten van het verplicht eigen risico voor zorgverzekeraars.

8.2 Conclusies en aanbevelingen

8.2.1 Consumentenbelang: transparantie

Voor de rechtszekerheid van de consument is het van belang dat de bepalingen over het verplicht en het vrijwillig eigen risico in de modelovereenkomst voldoen aan de regels uit de Zvw, en dat zorgverzekeraars over deze bepalingen transparante informatie verstrekken. Alle zorgverzekeraars hebben de bepalingen over het verplicht en het vrijwillig eigen risico in de modelovereenkomsten opgenomen in overeenstemming met de wet- en regelgeving. De informatieverstrekking over het verplicht (en het vrijwillig) eigen risico in de informatiepakketten en op websites van zorgverzekeraars is over het algemeen juist, maar op één punt niet volledig. Er ontbreekt namelijk informatie over de betalingswijze van het verplicht eigen risico van de verzekerde aan de zorgverzekeraar. Voor de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico verwijzen vrijwel alle zorgverzekeraars naar het CAK. Volgens het Nivel dreigt dat de doelgroepen onvoldoende gebruik maken van de compensatieregeling omdat de informatieverstrekking hierover hen niet of onvoldoende bereikt. Ook bestaat de kans op onnodige administratieve lasten, omdat niet-geïnformeerde verzekerden bij het CAK wel een aanvraag voor compensatie kunnen doen. De NZa adviseert het Ministerie van VWS dan ook om aan de informatieverstrekking over de regeling verplicht eigen risico meer aandacht te schenken.

8.2.2 Consumentenbelang: compensatieregeling

De uitvoering van de compensatieregeling is niet helemaal probleemloos verlopen. De procedures die vooraf zijn vastgesteld om de regeling uit te voeren, hebben het risico van fouten weliswaar sterk beperkt, maar niet

volledig voorkomen. De betrokken partijen doen er alles aan om de tekortkomingen zo snel mogelijk te verhelpen. Daarnaast werkt het Ministerie van VWS aan verbetering van de regeling om te voorkomen dat groepen verzekerden ten onrechte geen compensatie ontvangen.

De stand van zaken halverwege maart 2009 was dat ruim 46.000 rechthebbenden nog geen compensatie hebben ontvangen. Dit betekent dat 2,5% van de rechthebbenden de compensatie met een aanzienlijke vertraging ontvangt. De partijen hebben voldoende acties ingezet om de ontbrekende gegevens van de rechthebbenden te achterhalen. Op dit moment lopen er nog acties op verschillende onderdelen. De NZa vraagt het CAK om zich over deze acties te verantwoorden. Verder adviseert de NZa het Ministerie van VWS om de bezwaarprocedure te evalueren met het oog op de positie van de klager.

Van de compensatieregeling kan een perverse prikkel uitgaan naar het voorschrijfgedrag van de zorgaanbieder. Om in aanmerking te komen voor de compensatie, kan de verzekerde de zorgaanbieder namelijk vragen om extra medicijnen of andere medicijnen voor te schrijven. De NZa adviseert zorgverzekeraars om specifiek aandacht te besteden aan hun materiële controles om deze perverse prikkel van de regeling naar het voorschrijfgedrag van de zorgaanbieder te verminderen.

De uitvoering van de compensatieregeling krijgt in de komende jaren nadrukkelijk aandacht van de NZa. Met ingang van 2008 is het toezicht op de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK structureel geregeld en moet het zich hierover structureel verantwoorden.

8.2.3 Betaalbaarheid

Op macroniveau is het effect van het vrijwillig eigen risico op de betaalbaarheid van zorg vrijwel nihil. Oorzaak hiervan is dat slechts 5% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico kiest. De meerderheid van de verzekerden blijkt geen eigen risico te willen. Bovendien zijn de premiekortingen die verzekerden voor een eigen risico verlangen dusdanig hoog dat zorgverzekeraars hieraan nauwelijks tegemoet kunnen komen.

8.2.4 Keuzeondersteuning

In 2009 gebruikt de helft van de zorgverzekeraars het verplicht eigen risico als sturingsinstrument om het gebruik van gecontracteerde, doelmatige zorgarrangementen door verzekerden te stimuleren. De (effecten van) de compensatieregeling zijn voor zorgverzekeraars nog niet helemaal duidelijk. Ook is hun inzicht in de verhouding tussen enerzijds het inkoopvoordeel van doelmatige zorg en anderzijds de kosten van het niet in rekening brengen van het eigen risico nog onvoldoende. In 2009 hebben zorgverzekeraars het eigen risico nog niet ingezet om de keuze voor preferente geneesmiddelen en hulpmiddelen door verzekerden te stimuleren.

Het voornaamste knelpunt voor zorgverzekeraars bij de uitvoering van de regeling verplicht eigen risico is dat dit eigen risico niet wordt kwijtgescholden, maar op andere vormen van zorg van toepassing blijft. Dit is niet bevorderlijk voor de (financiële) inzichtelijkheid en effectiviteit van de regeling. De NZa blijft de invulling van het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars volgen.

8.2.5 Administratieve lasten

De NZa heeft de administratieve lasten voor zorgverzekeraars bij de uitvoering van het eigen risico en de compensatieregeling onderzocht. De uitkomsten geven een indicatie van de kosten op macroniveau.

De kosten voor de uitvoering van de compensatieregeling blijken voor zorgverzekeraars marginaal. De administratieve lasten van het verplicht eigen risico daarentegen zijn aanzienlijk hoger dan aanvankelijk is ingeschat. Zo blijken de incidentele kosten van het verplicht eigen risico ongeveer € 9 miljoen te bedragen (met een bandbreedte van € 6 tot € 14 miljoen). Het Ministerie van VWS schatte deze kosten op maximaal € 700.000. De structurele kosten in 2008 komen op macroniveau uit op ongeveer € 40 miljoen (bandbreedte van € 31 tot € 46 miljoen). Uitgaande van de resultaten van de evaluatie van de no-claimteruggave en de indicatie van de NZa, is in de structurele kosten van de uitvoering van het verplicht eigen risico een stijging waar te nemen.

De administratieve lasten van het verplicht eigen risico kunnen per zorgverzekeraar verschillen. Dit is afhankelijk van de aanpak en de noodzaak om computersystemen al dan niet aan te passen. Besparingen op de lasten zijn mogelijk als zorgverzekeraars de premie-inning en het opleggen van het eigen risico administratief integreren. Belangrijk aandachtspunt daarbij is dat dit de werking van het eigen risico niet op voorhand beperkt.



Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.