

Monitor

Eigen risico

Tweede rapportage

december 2008

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Consumentenbelang	5
2.1 Compensatieregeling eigen risico	5
2.1.1 Ex-ante evaluatie compensatieregeling eigen risico	5
2.1.2 Tussentijdse evaluatie	6
2.1.2.1 Volledigheid farmaciebestanden 2006 en 2007	6
2.1.2.2 Bank- en girorekeningnummers rechthebbenden	7
2.1.2.3 NAW-gegevens rechthebbenden	7
2.1.3 Berichtgeving CGRaad	7
2.2 Conclusies en acties NZa	8
3. Keuzeondersteuning	9
3.1 De regeling	9
3.2 Invulling gedifferentieerd eigen risico	9
3.2.1 Zorgarrangementen	10
3.2.2 Gezondheidsbevorderende en op preventiegerichte programma's	10
3.2.3 Geneesmiddelen en hulpmiddelen	11
3.3 Conclusies en acties NZa	11

1. Inleiding

Vanaf 1 januari 2008 is de no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 (€ 155 in 2009). Daarnaast heeft de verzekerde, vanaf de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel, voor de basisverzekering de mogelijkheid voor een vrijwillig eigen risico te kiezen. De zorgverzekeraar moet in zijn modelovereenkomst aangeven welke hoogtes van het vrijwillig eigen risico hij aanbiedt (€ 100, € 200, € 300, € 400 of € 500) en welke korting op de premiegrondslag hij daar tegenover zet.

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

In juli 2008 heeft de NZa een eerste tussentijdse rapportage uitgebracht met haar bevindingen. Hierin kwamen de thema's consumentenbelang, betaalbaarheid en keuzeondersteuning aan de orde. Dit is de tweede tussentijdse rapportage met bevindingen uit de monitor. In deze tweede rapportage staat wederom een aantal thema's met betrekking tot het eigen risico centraal. Begin 2009 volgt een integrale rapportage, waarin alle thema's worden belicht.

Allereerst wordt verder ingegaan op het thema consumentenbelang. Voor het verplicht eigen risico krijgen mensen met meerjarige, onvermijdbare kosten, door bijvoorbeeld chronische ziekte, een financiële compensatie. In de eerste rapportage stond de ex-ante evaluatie van de uitvoering van de compensatieregeling door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten B.V. (CAK) en de zorgverzekeraars centraal. In deze rapportage wordt de tussentijdse evaluatie beschreven.

Daarnaast wordt verder ingegaan op het thema keuzeondersteuning. Uitgangspunt voor de uitvoering van het verplichte eigen risico is dat verzekeraars een bepaalde mate van beleidsvrijheid hebben. Vanaf 2009 is deze beleidsvrijheid groter geworden door de invoering van een gedifferentieerd eigen risico.¹ Dit houdt in dat verzekeraars er voor kunnen kiezen (kosten van) zorg geleverd door bepaalde zorgaanbieders niet ten laste van het eigen risico te brengen. Dit moet leiden tot doelmatige zorginkoop en keuzeondersteuning door zorgverzekeraars.

¹ Staatsblad 2008 nr. 371

2. Consumentenbelang

2.1 Compensatieregeling eigen risico

Verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten of verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven hebben recht op een gedeeltelijke compensatie van hun verplicht eigen risico. De compensatie bedraagt € 47 per rechthebbende.² Naar verwachting komen ongeveer 1,8 miljoen verzekerden in aanmerking voor de compensatie. Verzekerden hebben recht op compensatie als zij de twee opeenvolgende voorafgaande jaren aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep (FKG)³, of als zij op 1 juli van het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zonder onderbreking meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven.

Vanaf 2009 krijgen mensen die in 2006 en 2007 hoge ziekenhuiskosten hadden (of hoge kosten voor medisch specialistische zorg) ook compensatie voor het verplicht eigen risico.

De compensatieregeling wordt uitgevoerd door het CAK. Het Ministerie van VWS vormt samen met het CAK en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een stuurgroep. De taak van deze stuurgroep is de voortgangsbewaking van de uitvoering van de compensatieregeling en het tijdig bijsturen gaandeweg het proces.

Voor de uitvoering van de compensatieregeling verricht het CAK de volgende werkzaamheden:

- vaststellen welke verzekerden recht hebben op compensatie;
- verzenden van de beschikkingen aan verzekerden die recht hebben op compensatie;
- verwerken van bezwaarschriften;
- verwerken van aanvragen voor compensatie door verzekerden die geen beschikking hebben ontvangen, maar menen hier wel recht op te hebben;
- uitbetalen van de compensatie.

2.1.1 Ex-ante evaluatie compensatieregeling eigen risico

In de vorige rapportage is aandacht besteed aan de ex-ante evaluatie van de compensatieregeling. Hierin stonden de opzet en de gegevensaanlevering centraal. Uit deze ex-ante evaluatie is gebleken dat de procedures, die de betrokken partijen voor de uitvoering van de compensatieregeling hebben opgesteld, het risico op fouten in de uitvoering in sterke mate beperken. Een adequate opzet garandeert echter geen probleemloze uitvoering. De aansluiting die partijen tussen de verschillende schakels in de keten hebben gecreëerd, blijft een belangrijk punt van aandacht. De NZa veronderstelt hierbij een voortdurende coördinatie door het projectteam dat de uitvoering van de compensatie begeleidt, waardoor tijdig kan worden ingegrepen wanneer zaken fout dreigen te gaan.⁴

² De hoogte van de compensatie is het verschil tussen het verplichte eigen risico (€ 150) en het geraamde gemiddeld te betalen eigen risico door verzekerden die geen recht hebben op de compensatie (€ 103).

³ 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".

⁴ De uitvoering van de compensatieregeling wordt in 2008 begeleid door een projectteam van Zorgverzekeraars Nederland en het CAK.

2.1.2 Tussentijdse evaluatie

In deze rapportage volgt een tussentijdse evaluatie van de uitvoering van de compensatieregeling verplicht eigen risico door het CAK. De evaluatie ging uit van de stand van zaken medio september 2008 en is, daar waar nodig, geactualiseerd naar december 2008. Onderzocht is of de juiste personen een beschikking hebben ontvangen.

In september 2008 heeft het CAK circa 1,85 miljoen beschikkingen verstuurd. De selectie van de juiste rechthebbenden vindt plaats op basis van de farmaciebestanden 2006 en 2007 van de zorgverzekeraars en de bestanden met personen die in AWBZ-instellingen verblijven van het CAK. Op basis van de farmaciebestanden heeft Vektis de FKG-indeling opgesteld. Het CAK gebruikt deze indeling om te bepalen welke verzekerden in aanmerking komen voor de compensatie. Van de geselecteerde rechthebbenden zijn verder van belang de bank- en girorekeningnummers, actuele NAW-gegevens en burgerservicenummers (BSN). De zorgverzekeraars leveren de bank- en girorekeningnummers en de BSN⁵ van hun FKG-verzekerden aan het CAK.

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

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

Deze drie onderdelen worden in de volgende paragrafen beschreven.

2.1.2.1 Volledigheid farmaciebestanden 2006 en 2007

De gebruikte farmaciebestanden over 2006 zijn – in tegenstelling tot 2007 – geen onderwerp geweest in het vereveningsonderzoek van de NZa.⁶ Hierdoor is het inzicht in de volledigheid van de bestanden 2006 beperkt. Uit de interne cijferbeoordeling blijkt echter dat de bestanden in grote lijnen volledig zijn. Over 2007 hebben twee zorgverzekeraars een onvolledig farmaciebestand aangeleverd. Het gaat om 0,03% van het landelijk aantal verzekerden (4.359 personen). Zowel over 2006 als 2007 wordt de onvolledigheid van de farmaciebestanden voornamelijk veroorzaakt door volmachten.

De zorgverzekeraars hebben de BSN van de rechthebbende FKG-verzekerden tijdig aangeleverd (via Vektis).

De onvolledigheid van de farmaciebestanden valt ruimschoots binnen de tolerantie die de NZa hanteert bij het toezicht op de verevening. De onvolledigheid betekent echter in de praktijk dat naar schatting ongeveer 1.800 tot 1.900 rechthebbenden geen beschikking van het CAK ontvangen.⁷ En omdat de onvolledigheid betrekking heeft op 2007 zal de uitvoering van de compensatie ook in 2009 door dit probleem worden gehinderd. Gezien het bovenstaande onderneemt de NZa twee acties. Allereerst maant zij de zorgverzekeraars aan alsnog volledige farmaciebestanden aan te leveren voor de uitvoering van de compensatie voor 2008. Het betreft daarbij de zorgverzekeraars bij wie, voor zover

⁵ De aanlevering van de BSN aan het CAK verloopt via Vektis, de bank- en girorekeningnummers leveren de zorgverzekeraars rechtstreeks zelf aan het CAK.

⁶ Voor 2007 is de controle op de betrouwbaarheid van de bij het CVZ aangeleverde farmaciebestanden voor de verevening geprotocolleerd en voert de NZa een review uit op de controlewerkzaamheden.

⁷ 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.

bekend bij de NZa, de volmachten geen volledige farmaciebestanden hebben aangeleverd. Daarnaast voegt de NZa aan het controleprotocol 2008 een brief toe, waarin zij aandacht vraagt voor de volledigheid van de farmaciebestanden voor de uitvoering van de compensatieregeling.

2.1.2.2 Bank- en girorekeningnummers rechthebbenden

Een groot aantal bank- of gironummers van rechthebbenden is onbekend. Medio september 2008 konden de zorgverzekeraars van 13,3% van de rechthebbenden (234.000 personen) op grond van FKG geen bank- of girorekeningnummer aanleveren. Dit betreft FKG-ers van wie alleen een rekeningnummer voor premie-incasso bekend is, maar niet voor de compensatie, bijvoorbeeld bij collectiviteiten. Het CAK heeft met de beschikking tevens een antwoordcoupon aan deze personen gestuurd, waarop het rekeningnummer kon worden aangegeven. De respons hierop is groot. Begin december 2008 is van ongeveer 32.000 rechthebbenden op grond van FKG geen bank- of girorekeningnummer bekend.

Daarnaast was medio september 2008 van circa 90.000 rechthebbenden op grond van verblijf in een AWBZ-instelling (4,9% van alle rechthebbenden) geen bank- of girorekeningnummer bekend bij het CAK. Oorzaak hiervan is dat bij deze verzekerden de eigen bijdrage AWBZ rechtstreeks wordt ingehouden op het pensioen en/of de uitkering (broninhouding). Ook bij deze rechthebbenden is een antwoordcoupon met de beschikking meegestuurd. Ook hier is de respons groot.⁸ Begin december 2008 is van ruim 1.300 rechthebbenden op grond van verblijf in een AWBZ-instelling geen bank- of girorekeningnummer bekend.

Gezien de grote respons op de antwoordkaarten lijkt het probleem van de ontbrekende rekeningnummers eenvoudig op te lossen.

2.1.2.3 NAW-gegevens rechthebbenden

Van 0,6% van de rechthebbenden (10.390 personen) waren medio september 2008 geen actuele NAW-gegevens bekend. Het CAK en ZN zijn bezig om deze gegevens te achterhalen. Begin december 2008 ontbreken van nog ongeveer 1.800 rechthebbenden de NAW-gegevens. Daarnaast geldt dat deze verzekerden de compensatie ontvangen als zij zich zelf bij het CAK melden.

Van ruim 10.000 rechthebbenden zijn zowel het bank- of girorekeningnummer als de NAW-gegevens niet aangeleverd bij het CAK.

2.1.3 Berichtgeving CGRaad

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CGRaad) heeft voor patiënten een meldpunt ingericht waar zij terecht kunnen met opmerkingen over de compensatie. In november signaleerde de CGRaad op basis van binnengekomen berichten dat veel verzekerden die meenden recht te hebben op de compensatie, geen bericht krijgen van het CAK. Dit wordt echter niet veroorzaakt door problemen bij de uitvoering door zorgverzekeraars of het CAK. De problemen die de CGRaad noemt, hebben te maken met het ontwerp van de regeling. Zo wordt het medicijngebruik door reumapatiënten soms niet goed geregistreerd, bijvoorbeeld omdat het medicijnen betreft die apothekers zelf bereiden en daardoor geen landelijke code krijgen of omdat het

⁸ Ter illustratie: In totaal was van 324.000 rechthebbenden (17,5%) geen bank- of girorekeningnummer bekend. Nadat de helft van de beschikkingen was verzonden (medio september) hebben 39.000 rechthebbenden hun rekeningnummer via de antwoordcoupon al doorgegeven aan het CAK.

medicijnen zijn die op de medicijnlijst voorkomen als een wekelijkse 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 VWS aan dat met het beschikbaar komen van meer gegevens, de regeling in latere jaren verder wordt verfijnd.

2.2 Conclusies en acties NZa

Uit de tussentijdse evaluatie blijkt dat de uitvoering van de compensatieregeling door alle betrokken partijen vooralsnog goed loopt. Op basis van de stand van zaken per half september en begin december 2008 blijkt dat de selectie van rechthebbenden in het algemeen goed en tijdig is verlopen. Daar waar gegevens ontbreken zijn acties ingezet om de benodigde informatie te achterhalen. Een uitzondering betreft een groep van ongeveer 1.800 tot 1.900 verzekerden die niet is geselecteerd door tekortkomingen in de FKG-bestanden van verzekeraars.

Hiertoe onderneemt de NZa twee acties. Allereerst maant zij de zorgverzekeraars aan alsnog volledige farmaciebestanden aan te leveren voor de uitvoering van de compensatie voor 2008. Het betreft dan de zorgverzekeraars bij wie, voor zover bij de NZa bekend, de volmachten geen volledige farmaciebestanden hebben aangeleverd. Daarnaast voegt de NZa aan het controleprotocol 2008 een brief toe, waarin zij aandacht vraagt voor de volledigheid van de farmaciebestanden voor de uitvoering van de compensatieregeling.

Over de uitbetaling van de compensatie, de verwerking van bezwaarschriften en het aantal onterecht verzonden beschikkingen is op dit moment nog geen uitspraak te doen. Dit wordt betrokken bij de ex-post evaluatie van de uitvoering van de compensatieregeling. Hierover wordt in de integrale rapportage gerapporteerd.

3. Keuzeondersteuning

3.1 De regeling

Vanaf 2009 hebben de zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico te differentiëren. De zorgverzekeraars kunnen vormen van zorg aanwijzen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven. Het doel hiervan is dat zorgverzekeraars het verplicht eigen risico als sturingsinstrument kunnen inzetten. Ze kunnen verzekerden zo stimuleren om gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen die de verzekeraar heeft gecontracteerd of om zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen.

Om zorgverzekeraars voldoende gelegenheid te geven om ervaring met dit sturingsinstrument op te doen, wordt dit instrument 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 mee te laten tellen voor het eigen risico. Voorwaarde is dat de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma volgt ter voorkoming van een van deze aandoeningen.

Met andere woorden, de zorgverzekeraars kunnen het eigen risico inzetten voor keuzeondersteuning. Een belangrijk aspect hierbij is de synchronisatie van het verplichte en het vrijwillige eigen risico. Dit betekent dat voor beide soorten eigen risico dezelfde uitsluitingen gelden. De Zvw stelt daaraan geen beperkingen. De NZa acht een synchronisatie vanuit het oogpunt van de verzekerde zeer wenselijk. Gedifferentieerde eigen risico's in combinatie met meer selectieve contractering is voor verzekerden minder inzichtelijk. Dit geldt zeker wanneer differentiatie wel gaat gelden voor het verplichte, maar niet voor het vrijwillige eigen risico.

3.2 Invulling gedifferentieerd eigen risico

Van de 30 zorgverzekeraars hebben 18 zorgverzekeraars 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 15 zorgverzekeraars ook daadwerkelijk zorg aangewezen die niet ten laste komt van het eigen risico. In totaal betreft dit 58% van de verzekerden.

De overige zorgverzekeraars geven in 2009 geen uitvoering aan de regeling. Zij hebben dit wel overwogen, maar hebben er toch van afgezien. De zorgverzekeraars noemen hiervoor een aantal redenen. Allereerst geven zij aan dat de tijd tussen het bekend worden van de regeling en de invoering ervan relatief kort was. Hierdoor kon het niet meer in het inkoopbeleid voor 2009 worden meegenomen. 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 verlies op de verzekerde à € 155 (verplicht eigen risico), en de inkoopprijs van de zorg.

Bovendien hebben de zorgverzekeraars twijfels over de wijze waarop verzekerden de regeling ervaren. De verzekerde zal denken dat het

eigen risico voor de rest van het jaar vervalt wanneer hij de preferente zorg gebruikt. Het eigen risico wordt echter niet 'kwijtgescholden', maar de kosten van zorg worden 'niet ten laste gebracht van het eigen risico'. Als de verzekerde andere zorg gebruikt die wel onder het eigen risico valt, wordt hij dus alsnog geconfronteerd met een eigen risico. De zorgverzekeraars verwachten dat de verzekerde dit als negatief ervaart en dit zal bestempelen als bevestiging van 'het kleine lettertjes imago' van de verzekeraars. Dit belemmert zorgverzekeraars om invulling te geven aan de differentiatie van het eigen risico. Ook komt het niet ten goede aan de financiële inzichtelijkheid voor de verzekerde.

Eerder is aangegeven dat de NZa een synchronisatie tussen het verplicht en vrijwillig eigen risico vanuit het oogpunt van de verzekerde zeer wenselijk acht. 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 alleen voor het verplicht eigen risico. De kosten komen wel ten laste van een eventueel door de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico. De zorgverzekeraars geven hiervoor als reden dat slechts een gering deel van de verzekerden een vrijwillig eigen risico heeft. Daarnaast wordt aangegeven dat er een terugverdieneffect is als de verzekerde kiest voor een kwalitatief goede zorgverlener. Dit effect weegt echter niet op tegen het vrijstellen van € 500 vrijwillig eigen risico.

3.2.1 Zorgarrangementen

In de Memorie van Toelichting (MvT) is opgenomen dat de regeling naar verwachting zal worden ingevuld met zorgarrangementen waarbij voldoende inzicht bestaat in de verhouding tussen prijs en kwaliteit, aangezien zorgverzekeraars risicodragend zijn voor het verplicht eigen risico. Het zal naar verwachting dan ook gaan om zorgvormen waarbij de zorgverzekeraars over die aspecten daadwerkelijk en effectief kunnen onderhandelen met zorgaanbieders, zoals het B-segment en zorgvormen waarvoor prestatie-indicatoren zijn.

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

Vooruitlopend op de regeling had een zorgverzekeraar medio 2008 laten weten het eigen risico voor 2009 gedifferentieerd te gaan toepassen. Uiteindelijk heeft de zorgverzekeraar echter geen vormen van zorg aangewezen die buiten het eigen risico vallen, omdat dit uitvoeringstechnisch en qua communicatie een aantal haken en ogen had.

3.2.2 Gezondheidsbevorderende en op preventie gerichte programma's

In de MvT is aangegeven dat een aantal zorgverzekeraars dacht aan de mogelijkheid verzekerden te stimuleren 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 deels of geheel buiten het verplicht eigen risico te laten vallen. Voorwaarde daarbij is dat de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma heeft gevolgd voor een van deze vijf aandoeningen.

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

3.2.3 Geneesmiddelen en hulpmiddelen

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

Slechts bij één zorgverzekering vallen de kosten van de anticonceptiepil, geleverd door de pilexpres, buiten het eigen risico. Bij de overige zorgverzekeringen wordt deze keuzeondersteuning niet ingezet voor preferent aangewezen geneesmiddelen of hulpmiddelen. De meerderheid van de zorgverzekeraars heeft ook niet overwogen dit voor 2009 in te voeren. Een enkele zorgverzekeraar vindt deze mogelijkheid wel interessant, maar het tijdsbestek voor implementatie per 2009 was te kort.

3.3 Conclusies en acties NZa

De helft van de zorgverzekeraars (ongeveer 58% van het totaal 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. Dit betreft voornamelijk zorg uit het B-segment.

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

Wanneer zorgverzekeraars met dit sturingsinstrument meer kennis en ervaring hebben, krijgen zij meer inzicht in de toepasbaarheid. Zo kunnen zij bijvoorbeeld verzekerden stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen. Maar ze kunnen verzekerden ook stimuleren om te kiezen voor preferente geneesmiddelen en hulpmiddelen. In 2009 hebben de zorgverzekeraars het eigen risico hiervoor nog niet ingezet.

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 is. Dit komt niet ten goede aan de (financiële) inzichtelijkheid en effectiviteit van de regeling. De NZa blijft de ontwikkelingen omtrent de invulling van het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars volgen.