

Vergaderjaar 2010–2011

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 325

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juni 2011

De uitgaven in de zorg stijgen snel. Medisch-technologische ontwikkelingen bieden meer mogelijkheden voor nieuwe behandelingen en geneesmiddelen, er is meer vraag naar zorg door sociaal-culturele ontwikkelingen, er is extra vraag door een groeiende groep chronisch zieken en meer mensen die verschillende aandoeningen tegelijk hebben en we vergrijzen. De zorgsector is bovendien arbeidsintensief met als gevolg sneller stijgende prijzen. Het verplicht eigen risico is een van de instrumenten om de collectieve zorguitgaven ook op de lange termijn betaalbaar te houden. Het beoogt niet alleen een financieringsverschuiving van collectief naar privaat te bewerkstelligen, het verplicht eigen risico geeft ook uitdrukking aan de eigen verantwoordelijkheid die een ieder heeft voor een gezond leven. Het draagt eraan bij dat alleen een beroep op de zorg wordt gedaan als dat echt nodig is.

Het verplicht eigen risico is ingevoerd in 2008. Destijds is een bedrag van € 150 vastgesteld, dat jaarlijks wordt geïndexeerd met de groei van de Zvw-uitgaven. Het verplicht eigen risico bedroeg in 2009 € 155, in 2010 € 165 en in 2011 € 170. Eind mei heb ik uw Kamer het wetsvoorstel voor de verhoging van het verplicht eigen risico (met € 40 per 1 januari 2012) toegezonden. Onder het eigen risico vallen alle zorgkosten met uitzondering van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, verloskunde en kraamzorg en ketenzorg voor chronisch zieken.

Bij de invoering van het verplicht eigen risico heeft uw Kamer erop aangedrongen het instrument te laten evalueren twee jaar nadat het inwerking is getreden.

De evaluatie is uitgevoerd door Ecorys Nederland B.V. in samenwerking met Berenschot Groep B.V. De evaluatie heeft plaatsgevonden in twee fasen.

De eerste fase van de evaluatie vond plaats in het voorjaar van 2010 en het standpunt hierop is u op 16 juni 2010 (Kamerstukken II, 29 689, nr. 302) toegezonden. Deze eerste fase van de evaluatie gaf een globale analyse

van de werking van het instrument. Op 1 november 2010 (Kamerstukken II, 29 689, nr. 312) heb ik in reactie op uw brief van 23 september 2010 (Kenmerk 2010D35471) op uw verzoek nog een nadere schriftelijke uitleg gegeven op het rapport.

In de tweede fase van de evaluatie is door onderzoeksbureau Ecorys een verdiepingsslag op verzekerdenniveau uitgevoerd. Het rapport dat u bijgaand aantreft bespreekt de resultaten van de gehele evaluatie.¹

Het rapport beantwoordt de volgende zeven deelvragen die hieronder in mijn standpunt nader worden toegelicht.

1. Wat is het effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik en eventuele gezondheidsschade?
2. Wat zijn de financiële effecten van het verplicht eigen risico?
3. Welke informatie verschaffen zorgverzekeraars aan hun verzekerden?
4. In hoeverre zijn verzekerden en huisartsen op de hoogte van het verplicht eigen risico?
5. Wat zijn de algemene en specifieke uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling?
6. Hoe verloopt de uitvoering van de Compensatie eigen risico (CER) door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK) en de betrokken ketenpartners?
7. Op welke manier vullen zorgverzekeraars het sturingsinstrument in, in hoeverre maken verzekerden daarvan gebruik en wat zijn de effecten van het sturingsinstrument?

Tot slot schetst het rapport varianten voor een verplicht eigen risico.

1

Wat is het effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik en eventuele gezondheidsschade?

Door middel van een econometrische analyse op basis van empirische gegevens op verzekerdenniveau, is in de evaluatie onderzocht in hoeverre er sprake is van een gedragseffect van het verplicht eigen risico. Uit de empirische gegevens blijkt dat de chronisch zieken (verzekerden met een FKG of DKG) geen gedragseffect laten zien. Dit komt waarschijnlijk doordat chronisch zieken van tevoren weten dat ze het eigen risico toch wel vol zullen maken. Bij de schatting van het gedragseffect is deze groep daarom verder buiten beschouwing gelaten. De hieronder vermelde gedragseffecten betreffen dus alleen de groep niet chronisch zieken. Verder is het van belang om aan te geven dat het onderzoek zich gericht heeft op de jaren 2007 en 2008 waarbij is uitgegaan van het dan geldende eigen risico van 150 euro.

De evaluatie laat een gedragseffect zien voor verzekerden die 17 jaar oud waren in 2007 en 18 jaar in 2008 van – 2,6%-punt tot – 7,3%-punt. Indien dit gedragseffect representatief zou zijn voor de gehele populatie (uitgezonderd chronisch zieken) zou dit een gedragseffect tussen de € 275 miljoen en € 772 miljoen euro impliceren. Juist van de groep 17–18 jarigen wordt echter aangenomen dat zij relatief prijsgevoelig zijn, ondermeer samenhangend met hun relatief lage zorgkosten en inkomen. De bandbreedte van het gedragseffect voor de gehele populatie zal daarom naar alle waarschijnlijkheid lager zijn. Wat dat effect is, is niet op basis van dit onderzoek in te schatten.

2

Wat zijn de financiële effecten van het verplicht eigen risico?

De beoogde financieringsverschuiving van het verplicht eigen risico is bijna volledig gerealiseerd. De evaluatie spreekt van een financieringsver-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

schuiving bij een verplicht eigen risico € 150 van ongeveer € 1,3 miljard. De meest recente CVZ cijfers laten een opbrengst zien van € 1,32 miljard in 2008. Voor 2008 was een opbrengst geraamd van € 1,39 miljard. Ten opzichte van de no-claimteruggaveregeling betekent dit een daling van € 0,5 miljard. Hierbij moet men zich wel realiseren dat de no-claimteruggaveregeling € 255 euro bedroeg en het verplicht eigen risico € 150. Bij een verhoging van het eigen risico neemt de financieringsschuif van collectief naar privaat verder toe.

3 en 4

Welke informatie verschaffen zorgverzekeraars aan hun verzekerden en in hoeverre zijn verzekerden en huisartsen op de hoogte van het verplicht eigen risico?

Uit de evaluatie blijkt dat verzekerden goed worden geïnformeerd door hun zorgverzekeraars over de hoogte van het verplicht eigen risico en over de zorgvormen die onder de werkingssfeer van het verplicht eigen risico vallen. Verzekerden zijn ondanks de juiste informatievoorziening niet altijd even goed op de hoogte van vooral de werkingssfeer van de regeling. Het kabinet vindt dit een cruciaal onderdeel om de werking van het verplicht eigen risico als instrument te bevorderen. Hierover zal ik daarom contact opnemen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om te bezien of het mogelijk is dat informatie op efficiëntere en transparantere wijze beschikbaar komt.

De huisartsen en andere zorgverleners zijn wel goed op de hoogte van de werking van het verplicht eigen risico. Zij houden echter niet of nauwelijks rekening met het verplicht eigen risico in hun voorschrijf- of verwijsgedrag.

Het kabinet denkt dat indien de beroepsgroepen, vooral huisartsen en apothekers, verzekerden er actief op wijzen dat voor bepaalde zorg een verplicht eigen risico verschuldigd is en andere zorg juist niet, verzekerden een betere afweging kunnen maken in zijn zorgvraag – gebruik ik wel of geen zorg, naar welke zorgaanbieder ga ik – en bijbehorende uitgaven.

5 en 6

Wat zijn de algemene en specifieke uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling, en hoe verloopt de uitvoering van de Compensatie eigen risico (CER) door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK) en de betrokken ketenpartners?

De evaluatie laat zien dat de uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico hoger zijn dan verwacht, namelijk € 40 miljoen in plaats van € 27 miljoen euro. Vooral portokosten vormen een grote component van de uitvoeringslasten. Er zijn hierbij echter grote verschillen tussen zorgverzekeraars wat betreft de uitvoeringskosten. Het kabinet acht het bedrag aanvaardbaar, aangezien het van belang is dat verzekerden goed op de hoogte zijn van de kosten die ten laste worden gebracht van hun verplicht eigen risico. Verdere digitalisering zou mogelijk de uitvoeringskosten kunnen terug dringen.

Bij de invoering van de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico waren er enkele aanloopproblemen. In mijn bovengenoemde brief van 1 november 2010 heb ik aangegeven op welke wijze deze problemen zijn ondervangen. De transparantie van de regeling zoals gemeten in 2009 was voor verzekerden nog niet optimaal. De regelgeving is met ingang van 1 januari 2011 vereenvoudigd, waardoor verzekerden een beter zicht hebben op de criteria op grond waarvan een compensatie wordt

toegekend. Uit de evaluatie blijkt dat er op dit moment geen noemenswaardige problemen zijn in de uitvoering van de regeling. De uitvoeringskosten van de compensatieregeling door het CAK zijn marginaal, € 5,5 miljoen structureel. Hiervoor worden jaarlijks ongeveer 1,9 miljoen beschikkingen aan verzekerden verstuurd.

7

Op welke manier vullen zorgverzekeraars het sturingsinstrument in, in hoeverre maken verzekerden daarvan gebruik en wat zijn de effecten van het sturingsinstrument?

De zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid bepaalde zorgvormen en/of zorgaanbieders van het verplicht eigen risico uit te sluiten. Het gaat daarbij om preferente zorgaanbieders, hulpmiddelen en geneesmiddelen evenals de zorg die in de vorm van een programma wordt aangeboden. Dit wordt het sturingsinstrument genoemd.

Uit de evaluatie blijkt dat het sturingsinstrument tot op heden niet het effect heeft dat in beginsel beoogd werd met dit instrument. Dit heeft verschillende oorzaken. Voor zorgverzekeraars blijkt het lastig om verzekerden een positief beeld te geven van het sturingsinstrument. Verzekerden kunnen vaak toch geconfronteerd worden met een eigen risico, namelijk als zij zorg consumeren die niet expliciet is uitgesloten van het eigen risico. De verzekerde zou dan kunnen denken dat de zorgverzekeraar geen betrouwbare partij is. Bovendien zijn verzekerden veelal niet bekend met het sturingsinstrument, ook omdat niet alle zorgverzekeraars hiervan gebruik maken.

Tot op heden is het sturingsinstrument beperkt ingezet door zorgverzekeraars. Het kabinet acht het raadzaam om het instrument voorsnog te laten voortbestaan. In de evaluatie wordt de verwachting uitgesproken dat bij een hoger eigen risico het belang en de effectiviteit van het sturingsinstrument zullen toenemen. De consument zal bij een hoger verplicht eigen risico eerder geneigd zijn een zorgverzekeraar te kiezen waarbij het verplicht eigen risico (gedeeltelijk) wordt kwijtgescholden indien men naar de preferente zorgaanbieder gaat. Bovendien blijkt dat het sturingsinstrument vooral wordt ingezet voor zorgarrangementen in het B-segment waar voldoende inzicht bestaat in de prijs-kwaliteitverhouding. Aangezien het B-segment de komende jaren wordt uitgebreid zal het sturingsinstrument een grotere waarde kunnen krijgen. ZN heeft destijds aangedrongen op de invoering van het instrument. Ik ben voornemens nogmaals met ZN van gedachten te wisselen over mogelijkheden om de effectiviteit van het instrument te vergroten.

Varianten op het verplicht eigen risico

In het rapport zijn tot slot verschillende beleidsvarianten voor het verplicht eigen risico besproken. Verzekerden zijn verzocht hun mening te geven over de verschillende varianten van eigen betalingen. Een verschoven eigen risico – waarbij het eigen risico pas vanaf een bepaald bedrag begint, afhankelijk van de leeftijd van de persoon – heeft duidelijk niet de voorkeur van verzekerden, deze variant wordt als te gecompliceerd beschouwd. Ook Ecorys heeft meerdere kanttekeningen bij deze variant waarbij vooral transparantie en uitvoeringslasten doorslaggevend zijn. Bovendien is op individueel niveau leeftijd niet altijd een graadmeter voor hoge zorgkosten.

Ook blijkt uit de evaluatie dat de uitbreiding van de werkingsfeer van het verplicht eigen risico met de huisarts dan wel de invoering van een eigen betaling voor huisartsenzorg resulteert in een significante toename van

het gedragseffect. Ten opzichte van andere vormen van zorg maakt de verzekerde voor een huisartsenbezoek vaker een kostenafweging. Bij de afweging om de huisarts onder het eigen risico te brengen dient de verhoging van de effectiviteit van het instrument te worden afgezet tegen andere doelstellingen zoals toegankelijkheid. Vooralsnog acht ik het niet wenselijk een eigen betaling voor de huisarts in te voeren.

Conclusie

Op basis van de analyse is het kabinet van mening dat het verplicht eigen risico om verschillende redenen een doeltreffend instrument is. In de evaluatie komt echter ook een aantal verbeterpunten naar voren, vooral gericht op de uitvoering, informatievoorziening en de inzet van het sturingsinstrument. Zoals hierboven aangegeven zal het kabinet hier de komende tijd aandacht aan besteden.

Hoewel er nog onzekerheid bestaat over de precieze hoogte van het gedragseffect, is wel aangetoond dat het verplicht eigen risico een significante remmende werking heeft op het zorggebruik. Vooralsnog wordt aangenomen dat de negatieve gezondheidseffecten van het verplicht eigen risico gering zullen zijn. Bovendien is de beoogde financieringsverschuiving bijna volledig gerealiseerd. Het verplicht eigen risico en de verdere verhoging dragen ertoe bij dat de nominale premie minder hard zal stijgen, zodat de collectieve zorguitgaven ook op de langere termijn betaalbaar blijven.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
E. I. Schippers