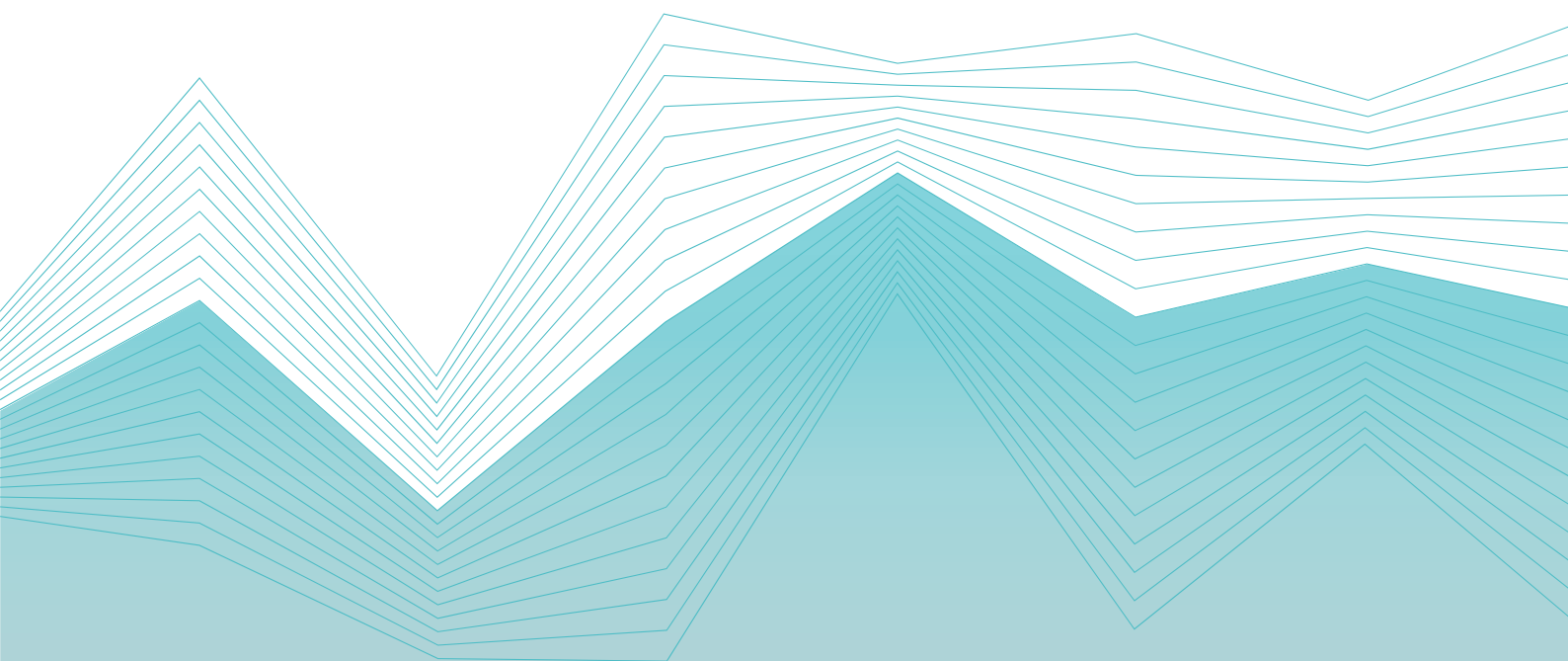


Kennis van verzekerden over eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet

Een verdiepend onderzoek naar kennis van verzekerden over het
eigen risico, eigen bijdragen en compensatieregelingen



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Kennis van verzekerden over eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet

Een verdiepend onderzoek naar kennis van verzekerden over het
eigen risico, eigen bijdragen en compensatieregelingen

Thamar van Esch
Anne Brabers
Madelon Kroneman
Judith de Jong

Augustus 2018

ISBN 978-94-6122-508-5

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie.
Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is
toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt een kennisvraag over de kennis van verzekerden over eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet. De kennis van verzekerden over het eigen risico, over het verschil tussen het eigen risico en eigen bijdragen en over compensatieregelingen is in kaart gebracht. Er is daarbij gebruik gemaakt van reeds verzamelde data binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel uit de periode 2009-2018.

De auteurs

Utrecht, augustus 2018

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doel	12
1.3 Vraagstelling	12
1.4 Eigen betalingen	14
1.5 Het verplicht eigen risico	15
1.6 Eigen bijdragen	16
1.7 Compensatieregelingen	17
2 Kennis over het eigen risico	23
2.1 Achtergrond	23
2.2 Vijf op de zes verzekerden weten dat voor de huisarts geen eigen risico geldt	24
2.3 Kennis over eigen risico is verbeterd sinds 2009	25
2.4 Vrouwen onder de 40 en ouders van kinderen jonger dan 18 zijn beter op de hoogte over het eigen risico bij geboortezorg en tandzorg voor kinderen	27
2.5 Verschillen tussen groepen verzekerden	29
2.6 Tot slot	32
3 Kennis over het verschil tussen eigen bijdragen en het eigen risico	35
3.1 Achtergrond	35
3.2 Verzekerden weten vaak niet of het eigen risico of een eigen bijdrage geldt, of allebei	36
3.3 Vrouwen onder de 40 en ouders van kinderen jonger dan 18 zijn beter op de hoogte van het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage voor kraamzorg	36
3.4 Tot slot	38
4 Bekendheid met en kennis over compensatieregelingen	39
4.1 Achtergrond	39
4.2 Lichte toename van het aandeel verzekerden dat op de hoogte is van compensatieregelingen	40
4.3 Ruim negen van de tien verzekerden weten dat de hoogte van de zorgtoeslag afhangt van het inkomen	42
4.4 Kennis over gespreid betalen van het eigen risico	42
4.5 Tot slot	43
5 Conclusie en beschouwing	45
5.1 Achtergrond	45
5.2 Kennis van verzekerden licht toegenomen	46

5.3	Weinig verzekerden kennen het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage	46
5.4	Verzekerden kennen de zorgtoeslag maar relateren die niet aan het eigen risico	47
5.5	Verzekerden met een laag inkomen, lage ervaren gezondheid en lage opleiding minste kennis	47
5.6	Sterke punten en beperkingen	48
	Literatuur	51
	Bijlage A Methoden	53
	Bijlage B Vragen Consumentenpanel Gezondheidszorg	55

Samenvatting

In deze kennisvraag richten we ons op kennis van verzekerden over twee vormen van eigen betalingen die voortkomen uit zorg die vergoed wordt binnen de Zorgverzekeringswet, namelijk het eigen risico en eigen bijdragen. Ook kijken we naar de kennis van verzekerden over compensatieregelingen, namelijk de zorgtoeslag, zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen, gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken en zorgkosten aftrekken van de belasting. Binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel zijn in de afgelopen tien jaar regelmatig vragen gesteld met betrekking tot de kennis van verzekerden over eigen betalingen en compensatieregelingen. In deze kennisvraag brengen we die informatie bij elkaar. Zo geven we inzicht in veranderingen in kennis van verzekerden over eigen betalingen en compensatieregelingen door de jaren heen en geven we aan of er groepen verzekerden zijn waarbij de kennis van deze zaken extra aandacht behoeft.

We beantwoorden in deze kennissynthese drie onderzoeksvragen. Hieronder geven we per onderzoeksvraag de belangrijkste bevindingen.

- 1. Weten verzekerden welke zorgvormen onder het eigen risico vallen en welke niet?*
 - Vijf op de zes verzekerden weet in 2018 dat voor een bezoek aan de huisarts geen eigen risico geldt. Voor kraamzorg is dit één op de drie.
 - Van geboortezorg en tandzorg voor kinderen weten vooral vrouwen tot 40 jaar c.q. verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar dat daar geen eigen risico voor geldt.
 - Gemiddeld over alle zorgvormen is de kennis van waar het eigen risico voor geldt licht gestegen van 54% tot 60% tussen 2009 en 2018. Echter, voor sommige zorgvormen daalde het percentage verzekerden dat wist of er eigen risico voor geldt.
 - Gemiddeld over alle zorgvormen weten vrouwen, jongeren, hoger opgeleiden en verzekerden met een hoger inkomen en verzekerden zonder chronische aandoening en met een betere ervaren gezondheid vaker of het eigen risico geldt.
- 2. Zijn verzekerden bekend met het verschil tussen eigen bijdragen en het eigen risico?*
 - Verzekerden weten vaak niet of het eigen risico of een eigen bijdrage geldt, of allebei.
 - Vrouwen tot 40 jaar en verzekerden met kinderen onder de 18 jaar zijn beter op de hoogte van het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage voor kraamzorg.
 - Verzekerden met een hogere opleiding en verzekerden met een hoger inkomen weten vaker welke vorm van eigen betaling geldt voor de verschillende soorten van zorg.
- 3. Zijn verzekerden op de hoogte van compensatieregelingen, zoals de zorgtoeslag?*
 - De bekendheid van verzekerden met compensatieregelingen is iets toegenomen tussen 2015 en 2018. De meeste verzekerden zijn op de hoogte van de zorgtoeslag en de minste van een zorgverzekering via de gemeente 'zonder' eigen risico.
 - Verzekerden met lage inkomens zijn iets beter op de hoogte van de zorgtoeslag en de zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen. Verzekerden met een hoger inkomen zijn meer bekend met het aftrekken van zorgkosten van de belasting. Ouderen, verzekerden met een slechte ervaren gezondheid en verzekerden met drie of meer chronische aandoeningen, zijn beter op de hoogte van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen.
 - De meeste verzekerden weten niet dat de zorgtoeslag ook een bijdrage is voor het eigen risico.
 - Ongeveer één op de drie verzekerden zegt precies te weten wat bedoeld wordt met het gespreid betalen van het eigen risico; ongeveer evenveel hebben er nog van gehoord.

Kennis van verzekerden is licht toegenomen

Uit deze kennisvraag blijkt dat de kennis van verzekerden over het eigen risico en hun bekendheid met compensatiemaatregelen over de jaren licht zijn toegenomen. Het gaat hierbij over de vraag waarvoor het eigen risico geldt, en of verzekerden bekend zijn met de zorgtoeslag, zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen, gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken en de mogelijkheid om zorgkosten af te trekken van de belasting. Mogelijk zijn verzekerden beter op de hoogte naarmate het eigen risico en de compensatiemaatregelen langer bestaan. Bovendien is het eigen risico fors gestegen en is daar veel publiciteit over geweest. Wellicht heeft ook de extra voorlichting vanuit VWS en zorgverzekeraars een positief effect gehad op de kennis van verzekerden.

Voor enkele zorgvormen waarvoor geen eigen risico geldt weten in 2018 minder verzekerden dan voorheen of het eigen risico geldt, namelijk kraamzorg, verloskundige zorg en tandheelkundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar. Deze zorgvormen zijn alle drie uitgesloten van het eigen risico en vooral relevant voor bepaalde groepen. Verzekerden uit deze groepen blijken beter dan anderen op de hoogte van de uitsluiting van het eigen risico voor deze zorgvormen, alhoewel ook onder hen de kennis de afgelopen jaren is afgenomen. Mogelijk zijn verzekerden de afgelopen jaren beter op de hoogte geraakt van het bestaan van het eigen risico, maar weten zij niet goed voor welke zorgvormen het *niet* geldt.

Weinig verzekerden weten of het eigen risico geldt, een eigen bijdrage, of allebei

Verzekerden blijken niet goed te weten voor welke zorgvormen het eigen risico of een eigen bijdrage geldt, of allebei. Voor een gebroken been weet iets meer dan de helft van de verzekerden dat hiervoor alleen het eigen risico geldt. Voor kraamzorg weet minder dan één op de vijf verzekerden dat alleen een eigen bijdrage geldt. Onder vrouwen tot 40 jaar en verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar is dit aandeel twee op de vijf. Mogelijk hangt dit samen met de lage bekendheid van verzekerden met de uitsluiting van het eigen risico van kraamzorg en weten verzekerden wel dat ze iets zelf moeten betalen, maar niet of dat het eigen risico of een eigen bijdrage is. Wellicht hangt het ook samen met dat de eigen bijdrage voor kraamzorg kan worden herverzekerd.

Blijkbaar is het systeem van eigen betalingen ingewikkeld voor verzekerden. Het is echter de vraag in hoeverre het een probleem is dat verzekerden niet weten of het eigen risico of een eigen bijdrage geldt, aangezien zij in beide gevallen een deel van de kosten voor deze zorgvormen zelf moeten betalen. Het verschil is wel dat het eigen risico jaarlijks optelt tot een maximum bedrag (in 2018 385 euro), terwijl voor eigen bijdragen nu geen maximum per jaar geldt. In voorkomende gevallen kan het dus van belang zijn voor verzekerden om te weten of de kosten die zij moeten betalen voortkomen uit het eigen risico of uit eigen bijdragen. Ze kunnen bijvoorbeeld onverwacht zelf moeten betalen als een eigen bijdrage geldt terwijl zij denken dat het eigen risico geldt, en hun eigen risico al opgemaakt is. In die gevallen verwachten verzekerden geen extra uitgaven meer, en hebben zij toch nog kosten als gevolg van een eigen bijdrage (bijvoorbeeld voor een hoortoestel).

Veel verzekerden kennen de zorgtoeslag maar relateren die niet aan het eigen risico

Van de onderzochte compensatieregelingen, is de zorgtoeslag het meest bekend onder verzekerden: in 2018 zegt ruim 9 op de 10 verzekerden ongeveer of precies te weten wat dat is. Veel Nederlanders maken gebruik van de zorgtoeslag: in 2014 ruim 50% van alle Nederlandse huishoudens. De meeste verzekerden weten dat de zorgtoeslag een bijdrage is voor de zorgkosten en de

zorgverzekeringspremie en dat de hoogte afhangt van het inkomen. Zij weten alleen meestal niet dat de zorgtoeslag ook een tegemoetkoming is voor het eigen risico. Ook als zij dat wel weten, is het nog niet zeker dat hiermee drempels voor gebruik van noodzakelijke zorg worden weggenomen. Daarvoor moeten verzekerden de zorgtoeslag ook daadwerkelijk reserveren voor het eigen risico. Het is de vraag of verzekerden dat doen, of dat de zorgtoeslag besteed wordt aan de premie of andere zaken.

Uit deze kennisvraag blijkt verder dat onder verzekerden met lage inkomens, ongeveer een derde in 2015 nog nooit van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen gehoord had. Sinds 2015 is de informatievoorziening over deze mogelijkheid verbeterd en in 2017 maakten ongeveer 800.000 mensen gebruik van deze regeling. Wellicht is de kennis hierover toegenomen sinds 2015. Voor verzekerden met lage inkomens kan deze regeling een interessante mogelijkheid zijn om eventuele drempels om zorg te gebruiken vanwege het eigen risico weg te nemen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Als verzekerden zorg gebruiken, kunnen zij met verschillende vormen van eigen betalingen te maken krijgen. Zo bestaat sinds 2008 het eigen risico en geldt voor sommige typen zorg een eigen bijdrage. Eigen betalingen zijn bedoeld om verzekerden meer bewust te maken van de kosten van zorg en als financieringsinstrument.

Het inzetten van eigen betalingen ter bevordering van het kostenbewustzijn gaat er van uit dat verzekerden een afweging maken welke zorg zij belangrijk genoeg vinden om de financiële consequenties te dragen. Daarvoor hebben verzekerden kennis nodig over hun gezondheid en de noodzakelijkheid van de zorg, én de juiste informatie over eigen betalingen. Anders kunnen zij keuzes maken die wellicht hun gezondheid kunnen schaden, terwijl er op basis van de juiste informatie mogelijk een andere beslissing genomen was. Denk bijvoorbeeld aan het afzien van een bezoek aan de huisarts, omdat men niet weet dat hiervoor het eigen risico niet geldt. Op die manier zou de toegankelijkheid van zorg in het geding kunnen komen.

Om te voorkomen dat eigen betalingen de toegankelijkheid van zorg belemmeren, bestaan er diverse compensatieregelingen voor verzekerden met een laag inkomen of hoge zorgkosten. Voor deze regelingen geldt over het algemeen dat verzekerden ze zelf moeten aanvragen als ze er gebruik van willen maken. Voor een goede toegankelijkheid van de zorg is het belangrijk dat verzekerden die daar recht op hebben, weten dat ze gebruik kunnen maken van de compensatieregelingen. Behalve kennis over eigen betalingen, is dus ook kennis van compensatieregelingen van belang voor verzekerden om te kunnen komen tot een juiste afweging ten aanzien van zorggebruik en eventuele eigen betalingen daarvoor.

Sinds geruime tijd is er discussie over of eigen betalingen, en dan met name het eigen risico, leiden tot het ongewenst mijden van noodzakelijke zorg [1]. In reactie hierop heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de voorlichting over het verplicht eigen risico en compensatieregelingen uitgebreid¹. Recent nog (in 2017) heeft het ministerie van VWS in haar najaarscampagne aandacht besteed aan compensatieregelingen².

In deze kennisvraag richten we ons op eigen betalingen die voortkomen uit zorg die vergoed wordt binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw)³. Eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet kunnen bestaan uit:

- het verplicht eigen risico;
- het vrijwillig eigen risico;
- eigen bijdragen bij hulpmiddelen, zoals hoortoestellen of orthopedisch schoeisel, of bepaalde vormen van zorg, zoals kraamzorg of bepaalde geneesmiddelen;

¹ Kamerstuk 29689 nr. 664 2015 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-664.html>; <https://www.ggznieuws.nl/home/schippers-reageert-op-bericht-zorgmijding-door-eigen-risico/>;

Kamerstuk 29689 nr. 846 2017 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-846.html>;

² www.ikregelmijnzorggoed.nl

³ Naast eigen betalingen in het kader van de Zorgverzekeringswet kunnen verzekerden eigen bijdragen moeten betalen voor langdurige zorg of hulpmiddelen die zij ontvangen vanuit de Wmo of de Wlz.

Daarnaast kunnen verzekerden nog eigen betalingen hebben voor zorg die niet tot het basispakket behoort, zoals tandzorg voor volwassenen en fysiotherapie⁴.

In deze kennisvraag richten we ons op twee van bovenstaande vormen, namelijk: het eigen risico en eigen bijdragen (zie Box 1.1).

Box 1.1 Wat zijn eigen betalingen, het eigen risico en een eigen bijdrage⁵?

Eigen betalingen Alle kosten die verzekerden moeten betalen voor zorg, naast de premie voor de zorgverzekering.

Eigen risico Het bedrag aan zorg dat verzekerden zelf moeten betalen voordat de zorgverzekering de kosten vergoedt.

Eigen bijdrage Een vast bedrag of percentage van de zorgkosten dat verzekerden moeten betalen naast de vergoeding vanuit de verzekering.

Binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel is in de afgelopen tien jaar regelmatig de kennis van verzekerden over eigen betalingen en compensatieregelingen uitgevraagd. In deze kennisvraag brengen we deze informatie bij elkaar. Zo geven we inzicht in veranderingen in kennis van verzekerden over eigen betalingen en compensatieregelingen door de jaren heen en geven we aan of er groepen verzekerden zijn waarbij de kennis van deze zaken extra aandacht behoeft.

1.2 Doel

Doel van deze kennisvraag is om meer inzicht te krijgen in de kennis van verzekerden over eigen betalingen en compensatieregelingen. We brengen de ontwikkeling van de genoemde kennis over de jaren in beeld. De verwachting is dat door voorlichting en doordat het huidige zorgstelsel langer bestaat, steeds meer verzekerden op de hoogte zijn van de eigen betalingen en compensatieregelingen.

Daarnaast onderzoeken we of er verschillen in kennis tussen bepaalde groepen verzekerden zijn. Niet alles is immers even relevant voor verschillende groepen verzekerden: de zorgtoeslag is bijvoorbeeld alleen van belang voor verzekerden met lagere inkomens. Door inzicht in welke verzekerden minder kennis hebben van eigen betalingen, kan bovendien gericht beleid gemaakt worden om deze verzekerden beter te informeren.

1.3 Vraagstelling

De vraagstellingen die worden beantwoord luiden:

1. Weten verzekerden welke zorgvormen onder het eigen risico vallen en welke niet?

Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen groepen verzekerden op basis van de kenmerken leeftijd, geslacht, opleiding, netto inkomen, (migratie)achtergrond, gezondheidstoestand, het hebben van kinderen onder de 18 jaar en chronische aandoening. Daarnaast wordt in kaart gebracht of en hoe de kennis van verzekerden met betrekking tot het eigen risico door de jaren heen veranderd is.

⁴ Voor fysiotherapie heeft de overheid een lijst van aandoeningen opgesteld waarvoor fysiotherapie wel vergoed wordt. Voor aandoeningen die op deze lijst staan moeten verzekerden van 18 jaar en ouder de eerste 20 behandelingen zelf betalen.

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/verschil-eigen-bijdrage-eigen-risico>

2. Zijn verzekerden bekend met het verschil tussen eigen bijdragen en het eigen risico?

Ook hier wordt onderscheid gemaakt tussen groepen verzekerden op basis van de kenmerken leeftijd, geslacht, opleiding, netto inkomen, (migratie)achtergrond, gezondheidstoestand, het hebben van kinderen onder de 18 jaar en chronische aandoening.

3. Zijn verzekerden op de hoogte van compensatieregelingen, zoals de zorgtoeslag?

De volgende compensatieregelingen worden meegenomen:

- Zorgtoeslag;
- Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen;
- Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen, 'zonder' eigen risico (eigen risico afgekocht/herverzekerd);
- Gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken via de Wmo en/of de bijzondere bijstand;
- Zorgkosten aftrekken van de belasting.

Naast deze compensatieregelingen wordt ook de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen meegenomen. Hierbij is onderzocht of de bekendheid met deze regelingen is veranderd in verloop van tijd, en of de bekendheid verschilt tussen groepen verzekerden met verschillende achtergrondkenmerken. Hierbij worden bij de verzekerden dezelfde kenmerken onderscheiden als bij de vorige twee vragen.

Methoden in het kort (zie *Bijlage A* voor uitgebreide omschrijving van de methoden en *bijlage B* voor de vragenlijsten)

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is opgericht in 1992 en heeft als doel om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg (zie voor meer informatie [2]). Op dit moment (juli 2018) bestaat het panel uit ongeveer 12.000 personen van 18 jaar en ouder. Van deze personen is een groot aantal achtergrondkenmerken bekend (bijvoorbeeld leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid).

Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg

Aan de deelnemers van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is in vier verschillende jaren een aantal vragen voorgelegd over eigen betalingen en compensatieregelingen. Het betreft de jaren

- 2009 (1056 respondenten);
- 2013 (698 respondenten);
- 2015 (763 respondenten);
- 2018 (752 respondenten).

Analyses

De groepen respondenten zijn qua leeftijd en geslacht niet geheel representatief voor de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder. Voor percentages over de totale groep verzekerden is daarom een weging toegepast.

Relaties tussen vragenlijstuitkomsten en achtergrondkenmerken zijn getoetst door middel van regressieanalyses. Daar waar gecorrigeerd is voor overige achtergrondkenmerken, is dit in de tekst of in een voetnoot aangegeven. Alle in de tekst genoemde verschillen zijn significant ($p < 0,05$).

1.4 Eigen betalingen

Eigen betalingen vormen één van de vele manieren waarop landen proberen de stijging van zorgkosten in te perken. In veel landen worden eigen betalingen toegepast. De rol ervan is meestal kleiner dan die van andere regelingen zoals regulering van het aanbod en omzetplafonds [3]. De hoogte van eigen betalingen is in Nederland laag ten opzichte van andere landen [4]. De Europese Code inzake sociale zekerheid bepaalt dat eigen betalingen geen te zware last met zich mee mogen brengen voor de verzekerde. In de code is vastgelegd dat het gezamenlijke bedrag aan eigen betalingen van verzekerden gemiddeld genomen op jaarbasis niet hoger mag zijn dan 25% van de totale zorgkosten [5]. Nederland voldoet hier ruimschoots aan, in 2017 bedroeg het aandeel eigen betalingen voor een volwassen Nederlander ongeveer 7% van de totale uitgaven aan zorg [6]⁶.

Eigen betalingen in de zorg hebben een tweeledig doel. Ze dienen enerzijds om verzekerden een prikkel te geven om na te gaan of ze zorg nodig hebben voordat ze er gebruik van maken en anderzijds als financieringsinstrument. Als bijvoorbeeld het eigen risico afgeschaft zou worden, zou dit leiden tot een verhoging van de verzekeringspremie, en daarmee de collectieve lasten, doordat verzekerden minder zorgkosten zelf betalen. Bovendien vervalt dan de prikkel die beoogd wordt met het eigen risico om na te gaan zorg nodig is, waardoor de collectieve lasten nog verder zouden kunnen stijgen.

Uit de literatuur blijkt dat verzekerden weinig inzicht hebben in de structuur en hoogte van eigen betalingen. Verzekerden schatten hun eigen betalingen zowel te hoog als te laag in. Wel blijkt dat verzekerden hun gedrag aanpassen aan de gepercipieerde eigen betalingen [7]. Verzekerden kiezen bijvoorbeeld vaker voor generieke of goedkopere geneesmiddelen als hiervoor geen of een lagere eigen betaling geldt [7, 8].

Eigen betalingen zijn aan verandering onderhevig. Dit geldt zowel voor de hoogte van de eigen betalingen als voor de zorg waarop een eigen betaling eventueel van toepassing is (zie Box 1.2). Voor verzekerden betekent dit dat als zij zorg gaan gebruiken, zij zich op de hoogte moeten stellen van de laatste stand van zaken om de correcte informatie ten aanzien van eigen betalingen te verwerven. Een deel van de veranderingen komt door aanpassingen aan de prijsontwikkelingen. Het verplicht eigen risico mag jaarlijks aangepast worden op basis van de verwachte verandering in zorguitgaven, mits het verschil tenminste 5 euro bedraagt⁷. Veranderingen in de wetgeving kunnen ook zorgen voor veranderingen in eigen betalingen. Zo is de wijkverpleging sinds 2015 onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Voor deze zorgvorm gelden sindsdien geen eigen betalingen meer⁸. Tenslotte kunnen beleidswijzigingen leiden tot veranderingen. In 2012 en 2013 is bijvoorbeeld het eigen risico verhoogd om de zorgkosten betaalbaar te houden [9]. Ook zijn er veranderingen in het basispakket doorgevoerd, waardoor zorg waarvoorheen het eigen risico voor gold, nu niet meer tot het pakket behoort en daarmee volledig ten laste komt van de verzekerde. Een voorbeeld hiervan zijn de maagzuurremmers die in 2012 uit het pakket zijn gegaan [10].

⁶ Berekend op basis van publicatie zorgkosten per volwassen Nederlander in het jaarverslag van 2017 van het Ministerie van VWS.

⁷ Zorgverzekeringswet, artikel 19. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2018-01-01#Hoofdstuk3>

⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/w/wijkverpleging-zvw>

Box 1.2: Veranderingen in eigen risico en eigen bijdragen per zorgvorm door de jaren heen

GGZ

2008: Geneeskundige GGZ (inclusief eerste jaar in instelling) overgeheveld van AWBZ naar Zvw. Per sessie gelden eigen bijdragen, zowel voor eerstelijns GGZ als voor tweedelijns GGZ. Daarnaast is het eigen risico van toepassing.

2009: Eigen bijdrage voor psychotherapie afgeschaft

2012: Introductie van eigen bijdrage van €100 voor korte behandelingen, €200 voor langere behandelingen en €145 per maand bij een opname

2013: Eigen bijdragen vervallen

2014: Psychologische zorg door de huisarts of de praktijkondersteuner GGZ valt niet onder het eigen risico. Voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ is het eigen risico wel van toepassing. Zorg die langer duurt dan drie jaar komt ten laste van de AWBZ (vanaf 2015: WLZ); daarvoor gelden eigen bijdragen.

Tandheelkundige zorg

2011: De leeftijdsgrens voor vergoeding van mondzorg uit de basisverzekering wordt verlaagd van 21 jaar naar 18 jaar

Wijkverpleging

2015: Wijkverpleging valt onder de Zorgverzekeringswet. Er geldt geen eigen risico of eigen bijdrage. Voorheen viel de wijkverpleging onder de AWBZ en was een inkomensafhankelijke eigenbijdrageregeling van kracht.

1.5 Het verplicht eigen risico

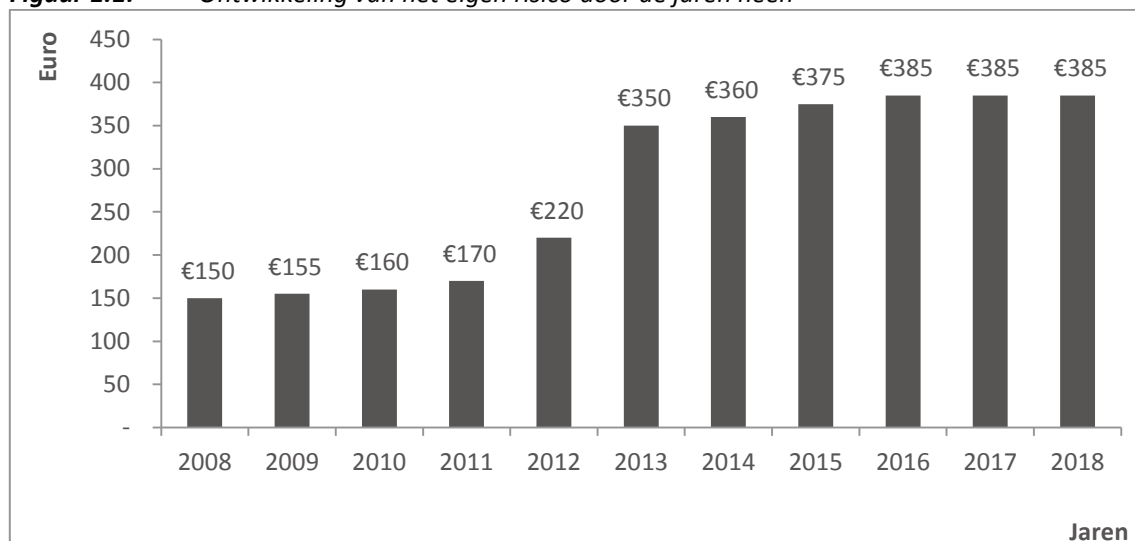
In Nederland heeft iedereen vanaf 18 jaar een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Dit is wettelijk vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. Daarnaast hebben verzekerden de mogelijkheid te kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 100, 200, 300, 400 of 500 euro. In ruil voor verhoging van het eigen risico geven zorgverzekeraars verzekerden een korting op de premie. Ieder jaar moet een verzekerde die zorg gebruikt uit het basispakket, eerst zelf het eigen risico (verplicht + eventueel vrijwillig eigen risico) betalen. Worden de kosten hoger dan het eigen risico, dan gaat de zorgverzekeraar over tot vergoeding.

Het verplicht eigen risico is meer dan verdubbeld sinds de invoering in 2008

Het eigen risico is ingevoerd in 2008. Het verplichte eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd en is daarnaast in 2012 en 2013 verhoogd, zie Figuur 1.1. In 2013 werd het eigen risico verhoogd van 220 euro naar 350 euro, waarbij ook de zorgtoeslag is verhoogd. In 2015 bedroeg het eigen risico 375 euro. Sinds 2016 is het eigen risico 385 euro. Op dit moment behandelt de Eerste Kamer een wetsvoorstel om het eigen risico tot en met 2021 te bevriezen op 385 euro⁹.

⁹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34929-a.html>

Figuur 1.1: Ontwikkeling van het eigen risico door de jaren heen



Sommige zorgvormen zijn uitgesloten van het eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt niet voor huisartsenzorg, maar wel voor geneesmiddelen of laboratoriumonderzoeken die door de huisarts voorgeschreven worden. De huisartsenzorg is uitgesloten van het eigen risico omdat gevreesd werd voor de toegankelijkheid van noodzakelijke zorg als ook de poortwachter niet meer drempelloos zou kunnen worden bezocht [11]. Het eigen risico geldt niet voor verloskundige- en kraamzorg en ook niet voor de wijkverpleging (sinds 2015 onderdeel van de Zvw). Voor kraamzorg geldt wel een wettelijke eigen bijdrage per uur. Ten slotte hoeft er geen eigen risico betaald te worden voor ketenzorg voor enkele chronische ziekten (diabetes mellitus type 2, COPD en CVR). Voor kinderen onder de 18 jaar hoeft het eigen risico nooit betaald te worden.

Voor een aantal zorgvormen geldt het eigen risico afhankelijk van bepaalde omstandigheden, zoals bij fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Fysiotherapie valt deels buiten de verzekerde zorg. Voor specifieke chronische aandoeningen valt het binnen de verzekerde zorg. In dat geval zijn de eerste 20 behandelingen voor rekening van de patiënt en wordt daarna het eigen risico aangesproken. Daarna gaat de verzekeraar over tot vergoeding. Bij geneesmiddelen op recept, waarvoor in principe het eigen risico van toepassing is, kunnen verzekeraars besluiten dat voor het gebruik van preferente middelen het eigen risico niet van toepassing is.

1.6 Eigen bijdragen

Eigen bijdragen zijn over het algemeen complexer van aard dan het verplicht eigen risico. Meestal gelden eigen bijdragen alleen onder bepaalde voorwaarden. Bij een ziekenhuisbevalling geldt bijvoorbeeld alleen een eigen bijdrage als er geen medische indicatie is. Voor sommige geneesmiddelen geldt een eigen bijdrage. Zoals hierboven al beschreven kiezen sommige verzekeraars ervoor om het eigen risico niet in rekening te brengen als de verzekerde kiest voor het preferente geneesmiddel. Ook gelden er eigen bijdragen voor enkele hulpmiddelen die onder het basispakket vallen, zoals hoortoestellen, orthopedisch schoeisel en pruiken. Voor kraamzorg ten slotte geldt een eigen bijdrage per uur. Tabel 1.1 geeft een overzicht van voor welke zorgvormen het eigen risico en eigen bijdragen van toepassing zijn.

Tabel 1.1: Overzicht van of het eigen risico of een eigen bijdrage van toepassing is per zorgvorm (voor volwassen verzekerden, voor zorg die in het basispakket opgenomen is)¹⁰

Zorgvorm	Eigen risico van toepassing?	Eigen bijdrage van toepassing?
Huisartsenzorg		
Bezoek aan huisarts	Nee	Nee
Telefonisch consult	Nee	Nee
Huisartsenpost	Nee	Nee
Diagnostisch onderzoek		
Laboratoriumonderzoeken	Ja	Nee
Medisch specialistische zorg		
Bezoek aan medisch specialist	Ja	Nee
Opname in ziekenhuis	Ja	Nee
Spoedeisende hulp	Ja	Nee
Geboortezorg		
Verloskundige zorg	Nee	Nee (wel voor ziekenhuisbevalling zonder medische noodzaak)
Kraamzorg	Nee	Ja
Geestelijke gezondheidszorg		
Psychiatrische zorg	Ja	Nee (met wijzigingen door de jaren heen)
Paramedische zorg		
Fysiotherapie	Ja, indien in pakket (alleen voor specifieke chronische aandoeningen)	Nee (eerste 20 behandelingen betaalt de patiënt zelf)
Diëtetiek	Ja, tenzij ketenzorg	
Farmacie		
Geneesmiddelen	Ja, soms niet bij preferente geneesmiddelen	Ja, voor niet-preferente middelen of voor geneesmiddelen die duurder zijn dan de vergoedingslimiet (uit GVS)

1.7 Compensatieregelingen

Compensatieregelingen voor eigen betalingen (zie tabel 1.2) zijn bedoeld om verzekerden (vooral diegenen met een laag inkomen) te beschermen tegen hoge eigen betalingen en om de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar te houden. Dit om te voorkomen dat de toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt. Voor elk van deze regelingen geldt in principe dat verzekerden deze zelf moeten aanvragen. Om gebruik te kunnen maken van deze regelingen moeten verzekerden dus op de hoogte zijn van de regelingen en weten waar ze terecht kunnen om hun aanvraag te doen. In enkele gevallen worden bepaalde groepen verzekerden actief benaderd. Bijna de helft van de gemeenten benadert belanghebbenden voor een collectieve gemeentelijke zorgverzekering en bijna een kwart doet dit ook voor de regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten. Zij gebruiken hiervoor vooral databestanden van de gemeente zelf en persoonlijk contact met cliënten. Naast het gebruik van deze databestanden proberen gemeenten ook via andere organisaties die in contact staan met minima en via de lokale pers informatie te verspreiden. Deze gemeenten hopen zo het bereik van de regelingen voor minima te vergroten [12]. Hieronder volgt een overzicht van de verschillende compensatieregelingen.

¹⁰ Bron: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering>

De zorgtoeslag

De zorgtoeslag is een tegemoetkoming voor de nominale premie en het eigen risico¹¹. Deze is inkomensafhankelijk. De regeling wordt uitgevoerd door de Belastingdienst. Via de zorgtoeslag wordt zeker gesteld dat de zorg toegankelijk blijft voor iedereen, doordat niemand een groter deel van zijn inkomen hoeft bij te dragen dan het in de Wet op de Zorgtoeslag bepaalde aandeel van het huishoudinkomen. In de praktijk heeft de zorgtoeslag er voor gezorgd dat huishoudens die in 2005 ziekenfonds verzekerd waren er bij de overgang niet op achteruit gingen [13]. De premie werd destijds namelijk verhoogd van 350 naar ongeveer 1050 euro per jaar [13].

Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen (minimapolis)

Nagenoeg alle gemeenten bieden momenteel (2018) een zorgverzekering inclusief aanvullende verzekering voor minima en/of chronisch zieken aan. Bij deze verzekering verlenen gemeenten ook vaak een bijdrage in de premie. Ook zijn er gemeenten die de mogelijkheid bieden het eigen risico en/of de eigen bijdrage voor de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) te herverzekeren in een aanvullende verzekering¹². De gemeentelijke zorgverzekering bestaat al sinds 1997 en wordt inmiddels door 98% van de gemeenten ingezet [14]. De gemeentelijke zorgverzekering is met name interessant voor inwoners met een laag inkomen en hoge zorgkosten. Voor chronisch zieken zonder hoge zorgkosten of mensen die in een instelling verblijven is de regeling vaak minder interessant, zij zijn goedkoper af met een minder uitgebreide zorgverzekering [15]. Gemeenten bepalen zelf voor welke doelgroep deze verzekering geldt, meestal betreft het de groep met een inkomen onder de 110% tot 130% van het wettelijk sociaal minimum.

Gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken via de Wmo en/of de bijzondere bijstand

Een quick scan van het ministerie van VWS in 2016 liet zien dat veel gemeenten een tegemoetkoming aanbieden in (indirecte) zorgkosten voor verzekerden met een laag inkomen [16]. De regelingen verschillen behoorlijk van elkaar, maar de overeenkomst is dat ze een tegemoetkoming bieden voor het eigen risico en/of de premie. Een enkele gemeente biedt ook een tegemoetkoming voor de premie van de aanvullende verzekering. De groep die van deze regelingen gebruik kan maken verschilt per gemeente, bijvoorbeeld chronisch zieken of iedereen met een laag inkomen¹². De verantwoordelijkheid voor de tegemoetkoming is in 2015 bij de gemeenten komen te liggen na het afschaffen van de landelijke regelingen Wet tegemoetkoming ziektekosten chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie eigen risico (CER). De gemeenten ontvangen hiervoor extra geld via het gemeentefonds [15].

Gespreid betalen van het verplichte eigen risico

Verzekerden kunnen via hun verzekeraar aanvragen om het verplichte eigen risico in het lopende jaar in termijnen te betalen. Deze regeling is met name bedoeld voor mensen die al van te voren weten dat zij hun eigen risico vol gaan maken. De verzekeraar bepaalt de termijnen (meestal 10) en betaalt het eventueel teveel betaalde terug na afloop van het verzekeringsjaar. Er gelden geen voorwaarden voor deze regeling. Iedereen die het aanvraagt komt er voor in aanmerking. Strikt genomen is dit geen compensatieregeling, maar het is hier toch opgenomen omdat het verzekerden kan helpen om onverwachte hoge kosten te voorkomen¹³.

¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag> en <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/extra-geld-bij-hoge-zorgkosten>

¹² <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29538-231.html>

¹³ Verzekerden die de rekening voor het eigen risico niet kunnen betalen, kunnen bij hun verzekeraar een betalingsregeling aanvragen. Dit zijn individuele regelingen, bedoeld om actuele betalingsachterstanden te voorkomen of op te lossen. Deze regelingen vallen niet onder de regeling gespreid betalen van het eigen risico.

Zorgkosten aftrekken van de belasting

Als verzekerden extra zorgkosten hebben die niet gedekt worden door de zorgverzekering of een andere collectieve regeling, dan mogen deze afgetrokken worden van de inkomstenbelasting. Hiervoor geldt een drempel, namelijk een bepaald percentage van het drempelinkomen. Als de uitgaven hoger zijn dan die drempel, mag het meerdere afgetrokken worden. Er gelden hier enkele specifieke regels. De kosten mogen niet worden afgetrokken als die onder het verplicht en/of vrijwillig eigen risico vallen. Ook mogen alleen kosten worden afgetrokken die gemaakt worden in verband met ziekte of invaliditeit¹⁴.

Tabel 1.2: Overzicht van compensatieregelingen

Soort regeling	Aan te vragen bij:	Criteria	Vergoedingen
Zorgtoeslag	Belastingdienst	<ul style="list-style-type: none"> • Leeftijd: 18 jaar of ouder • In bezit Nederlandse zorgverzekering • Nederlandse nationaliteit of verblijfsvergunning • Inkomen lager dan € 28.729 (zonder toeslagpartner) of € 35.996 (met toeslagpartner) in 2018 • Gezamenlijk vermogen lager dan € 113.415 (zonder toeslagpartner) of € 143.415 (met toeslagpartner) in 2018¹⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voor mensen zonder toeslagpartner is de maximale bijdrage in 2018 € 94 per maand (voor inkomens lager dan € 20.500 per jaar) • Voor mensen met toeslagpartner is de maximale bijdrage in 2018 € 176 per maand (voor inkomens lager dan € 20.500 per jaar)¹⁵.
Collectieve zorgverzekering voor lage inkomens (minimapolis)	Gemeente	<ul style="list-style-type: none"> • Voor mensen met een laag inkomen (meestal tot maximaal 110%-130% van het wettelijk sociaal minimum, sommige gemeenten hanteren een hoger grens) [17]. 	<p><i>Vanuit de zorgverzekeraar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Korting op de premie (tussen de 2% en 12%, afhankelijk van verzekeraar en soort polis (wel of geen aanvullende verzekering)) • Aanvullende verzekering zonder acceptatiecriteria, met bijvoorbeeld (gedeeltelijke) dekking voor fysiotherapie, brillen en contactlenzen, tandzorg, eigen bijdrage Wmo en Wlz) • Herverzekeren eigen risico <p><i>Vanuit de gemeente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tegemoetkoming voor premie (van basisverzekering en/of aanvullende verzekering) of eigen risico [17]
Tegemoetkoming meerkosten chronische ziekte	Gemeente	<ul style="list-style-type: none"> • Inwoners met een laag inkomen en hoge zorgkosten (criteria verschillen per gemeente). 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergoeding via bijzonder bijstand of als tegemoetkoming in premie of eigen risico [12, 17].

- tabel 1.2 wordt vervolgd -

¹⁴ https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/relatie_familie_en_gezondheid/gezondheid/aftrek_zorgkosten/aftrek_zorgkosten

¹⁵ <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/toeslagen/zorgtoeslag/voorwaarden/>

- vervolg tabel 1.2-

Soort regeling	Aan te vragen bij:	Criteria	Vergoedingen
Zorgkosten aftrekken van de belasting	Belastingdienst	<ul style="list-style-type: none">• Specifieke zorgkosten, zoals sommige medische kosten die niet gedekt worden door de basisverzekering, sommige hulpmiddelen, sommige aanpassingen aan fiets of auto, vervoer van en naar arts of ziekenhuis, dieetkosten. Het eigen risico, wettelijke eigen bijdragen en verzekeringspremies mogen niet worden afgetrokken.• Er geldt een drempelinkomen, dit wordt hoger naarmate het inkomen hoger wordt³.	<ul style="list-style-type: none">• Het af te trekken bedrag mag onder een bepaald inkomen verhoogd worden met een percentage (40% voor mensen onder de AOW-leeftijd, 113% voor mensen boven de AOW-leeftijd).• Het bedrag boven het drempelinkomen mag afgetrokken worden. De inkomstenbelasting die over dit bedrag betaald is krijgt men terug¹⁴.
Gespreid betalen eigen risico	Zorgverzekeraar en/of gemeente	<ul style="list-style-type: none">• Voor zorgverzekeraars gelden geen criteria, iedere verzekerde kan dit aanvragen• In 2017 werd verspreid betalen door alle verzekeraars aangeboden¹⁶.• In de minimapolis wordt dit vaak standaard aangeboden [17].	<ul style="list-style-type: none">• Deze regeling is geen tegemoetkoming in de kosten, maar zorgt er voor dat verzekerden niet onverwacht voor een hoge uitgave staan. Als het eigen risico aan het einde van het jaar niet opgemaakt is, ontvangt de verzekerde het niet opgemaakte deel retour¹⁷.• De regeling geldt alleen voor het verplichte eigen risico. Slechts bij één verzekeraar kan ook het vrijwillig eigen risico gespreid betaald worden¹⁶.• Gemeenten gebruiken deze regeling om te zorgen dat verzekerden met een laag inkomen een goede toegang tot zorg hebben [17].

Hoeveel verzekerden maken gebruik van de compensatieregelingen?

In 2013 ontvingen negen van de 10 huishoudens uit de laagste inkomensgroep (laagste 20%) zorgtoeslag en kregen hiermee gemiddeld 61% van hun zorgpremie vergoed. Ook in de hoogste inkomensgroep ontving één op de vijf huishoudens zorgtoeslag. Dit komt doordat de zorgtoeslag ook wordt uitgekeerd aan volwassen kinderen met een laag of zonder eigen inkomen, waarvan de ouders wel een hoog inkomen hebben¹⁸. Het aandeel minima dat gebruik maakt van de minimapolis (bereikpercentage) varieert sterk per gemeente. Veel gemeenten hebben hierover geen harde cijfers. De bereikpercentages lopen uiteen van iets minder dan 20% tot iets meer dan 60% per gemeente [17]. Ongeveer 32% van de huishoudens (leefeenheden volgens het CAK) die gebruik maken van een maatwerkregeling van de Wmo of van Wlz-zorg, maakt gebruik van de mogelijkheid om specifieke zorgkosten af te trekken van de

¹⁶ <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2017/eigen-risico-zorgverzekering-2017-gespreid-betalen>

¹⁷ Verzekerden die de rekening voor het eigen risico niet kunnen betalen, kunnen bij hun verzekeraar een betalingsregeling aanvragen. Dit zijn individuele regelingen, bedoeld om actuele betalingsachterstanden te voorkomen of op te lossen. Deze betalingsregelingen vallen niet onder de regeling gespreid betalen van het eigen risico.

¹⁸ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/22/zorgtoeslag-compenseert-41-procent-van-betaalde-zorgpremie>

belastingen¹⁹. In 2017 hebben ongeveer 800.000 verzekerden gebruik gemaakt van de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen [18].

Leeswijzer

De onderzoeksvragen van deze kennisvraag worden beantwoord in drie hoofdstukken. De kennis van verzekerden over het eigen risico beschrijven we in Hoofdstuk 2. In Hoofdstuk 3 gaan we in op in hoeverre verzekerden weten voor welke zorg het eigen risico geldt, eigen bijdragen, of beide. De bekendheid met en kennis over compensatieregelingen brengen we in kaart in Hoofdstuk 4. Ten slotte volgen in Hoofdstuk 5 de beschouwing en conclusies.

¹⁹ https://www.cbs.nl/-/media/_excel/2018/03/180116%20mw_stapelingerebafr.xlsx, tabel 1.

2 Kennis over het eigen risico

Belangrijkste resultaten

- Vijf op de zes verzekerden weet in 2018 dat voor een bezoek aan de huisarts geen eigen risico geldt. Voor kraamzorg is dit één op de drie.
- Van geboortezorg en tandzorg voor kinderen weten vooral vrouwen tot 40 jaar c.q. verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar dat daar geen eigen risico voor geldt.
- Gemiddeld over alle zorgvormen is de kennis van waar het eigen risico voor geldt licht gestegen van 54% tot 60% tussen 2009 en 2018. Echter, voor sommige zorgvormen daalde het percentage verzekerden dat wist of er eigen risico voor geldt.
- Gemiddeld over alle zorgvormen weten vrouwen, jongeren, hoger opgeleiden en verzekerden met een hoger inkomen en verzekerden zonder chronische aandoening en met een betere ervaren gezondheid vaker of het eigen risico geldt.

2.1 Achtergrond

In Nederland betaalt iedereen die ouder is dan 18 jaar een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Worden de kosten hoger dan het eigen risico (385 euro in 2018), dan gaat de zorgverzekeraar over tot vergoeding.

Sommige vormen van zorg zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico geldt bijvoorbeeld niet voor huisartsenzorg, maar wel voor geneesmiddelen²⁰ of laboratoriumonderzoeken die door de huisarts voorgeschreven worden. Voor een aantal zorgvormen ligt het eigen risico complexer, zoals bij fysiotherapie. Dit valt deels buiten de verzekerde zorg. Voor specifieke chronische aandoeningen valt het binnen de verzekerde zorg. In dat geval zijn de eerste 20 behandelingen voor rekening van de patiënt. Daarna wordt het eigen risico aangesproken. Bij geneesmiddelen op recept, waarvoor in principe het eigen risico van toepassing is, kunnen verzekeraars besluiten dat voor het gebruik van preferente middelen het eigen risico niet van toepassing is. Voor kraamzorg geldt geen eigen risico, maar wel een wettelijke eigen bijdrage per uur. Tabel 2.1 geeft een overzicht van voor welke zorgvormen het eigen risico wel en niet geldt.

Het is belangrijk dat verzekerden weten of zij eigen risico moeten betalen, om te voorkomen dat ze voor onverwachte kosten komen te staan. In oktober 2009, bijna twee jaar na de invoering van het eigen risico, bleek het voor ruim de helft van de verzekerden onduidelijk welke zorgvormen onder het eigen risico vallen [19]. Bovendien bleek deze kennis te verschillen tussen groepen verzekerden. Wellicht zijn verzekerden nu, tien jaar na invoering en door de stijging van en voorlichting over het eigen risico, beter op de hoogte van waar het eigen risico voor geldt.

We geven in dit hoofdstuk antwoord op de eerste onderzoeksvraag:

Weten verzekerden welke zorgvormen onder het eigen risico vallen en welke niet?

We onderzoeken daarbij of deze kennis veranderd is met de jaren (2009-2018) en of er verschillen zijn in de mate van kennis hierover tussen groepen verzekerden met verschillende achtergrondkenmerken.

²⁰ Bij een deel van de verzekeraars hoeven verzekerden voor voorkeursgeneesmiddelen géén eigen risico te betalen.

We beantwoorden deze onderzoeksvraag met behulp van gegevens verzameld binnen verschillende peilingen van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel. Details over de aanpak vindt u in Bijlage A (Methoden) en B (Vragenlijsten).

Tabel 2.1: *Overzicht van of het eigen risico van toepassing is (voor volwassen verzekerden, voor zorg die in het basispakket opgenomen is)*

Zorgvorm	Eigen risico van toepassing?
Huisartsenzorg	
Bezoek aan huisarts	Nee
Telefonisch consult	Nee
Huisartsenpost	Nee
Diagnostisch onderzoek	
Laboratoriumonderzoeken	Ja
Medisch specialistische zorg	
Bezoek aan medisch specialist	Ja
Opname in ziekenhuis	Ja
Spoedeisende hulp	Ja
Geboortezorg	
Verloskundige zorg	Nee
Kraamzorg	Nee
Geestelijke gezondheidszorg	
Psychiatrische zorg	Ja
Paramedische zorg	
Fysiotherapie	Ja, indien in pakket
Diëtetiek	Ja, tenzij ketenzorg
Farmacie	
Geneesmiddelen	Ja, soms niet bij preferentiebeleid

2.2 Vijf op de zes verzekerden weten dat voor de huisarts geen eigen risico geldt

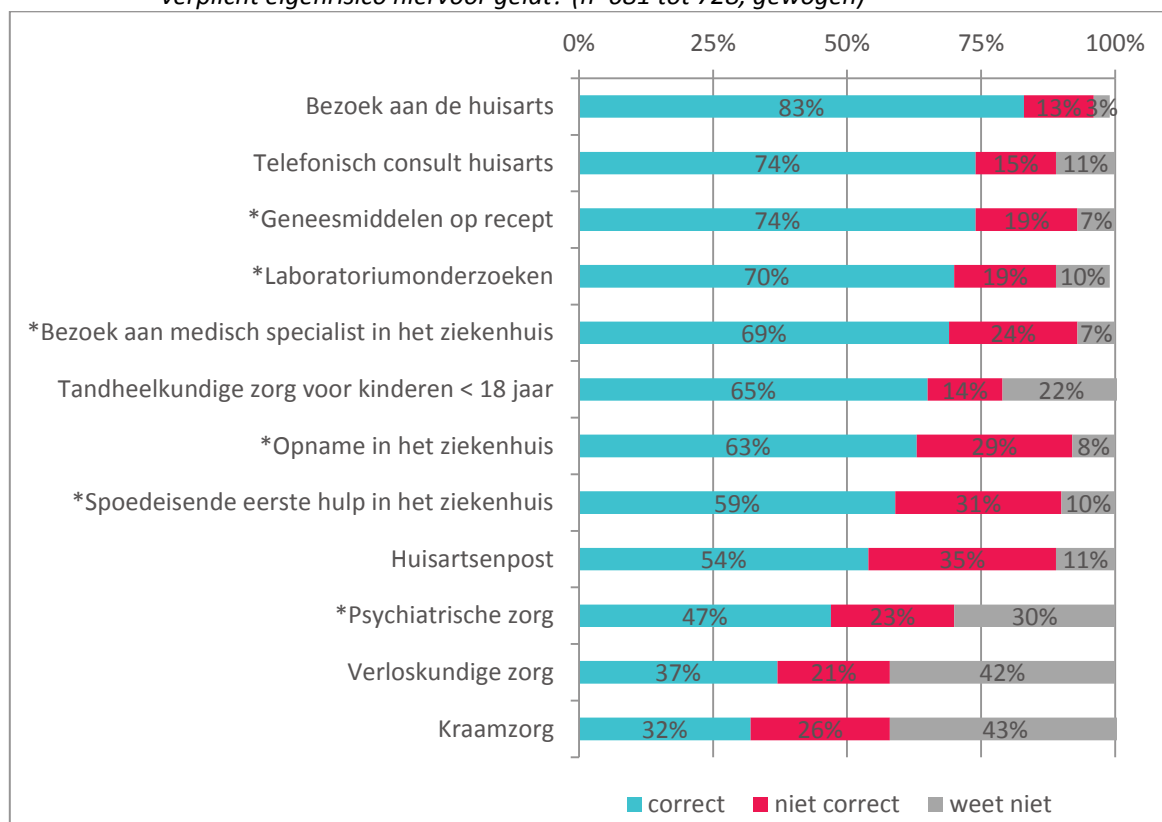
Het aandeel verzekerden dat weet of voor een bepaalde zorgvorm het eigen risico geldt, is het hoogst voor zorgvormen waar relatief veel verzekerden mee in aanraking komen (zie Figuur 2.1). Zo weten in 2018 vijf op de zes verzekerden dat voor een bezoek aan de huisarts geen eigen risico geldt. Ook over geneesmiddelen (drie op de vier²¹, wel eigen risico), een telefonisch consult bij de huisarts (drie op de vier, geen eigen risico) en laboratoriumonderzoeken (zeven op de tien, wel eigen risico) weten in 2018 relatief veel verzekerden of het eigen risico geldt.

²¹ Voor 'Geneesmiddelen op recept' is 'wel eigen risico' als correct antwoord gerekend. Voor sommige verzekerden zal dat niet kloppen doordat sommige verzekeraars geen eigen risico in rekening brengen voor voorkeursgeneesmiddelen.

Van kraamzorg en verloskundige zorg weten de minste verzekerden of daar een eigen risico voor geldt: een derde weet dat voor kraamzorg geen eigen risico geldt en ruim een derde weet dat voor verloskundige zorg geen eigen risico geldt. Wellicht heeft dit te maken met dat het feit dat deze zorg voor een beperkte doelgroep relevant is. Verzekerden die bij deze zorgvormen niet het correcte antwoord gaven, gaven meestal aan niet te weten of het eigen risico geldt voor deze zorgvormen (ruim twee op de vijf voor kraamzorg respectievelijk verloskundige zorg).

Voor psychiatrische zorg (wel eigen risico), een bezoek aan de huisartsenpost (geen eigen risico), spoedeisende hulp (wel eigen risico), opname in het ziekenhuis of een bezoek aan de medisch specialist (wel eigen risico) en tandheelkundige zorg voor kinderen (geen eigen risico) weet bijna de helft tot ruim twee derde in 2018 of het eigen risico geldt (zie ook Figuur 2.1).

Figuur 2.1: Hieronder staan verschillende vormen van zorg*. Wilt u aangeven of u denkt dat het verplicht eigenrisico hiervoor geldt? (n=681 tot 728, gewogen)



* Een * voor de zorgvorm betekent dat voor die zorgvorm het eigen risico geldt. Voor Geneesmiddelen op recept geldt het eigen risico niet altijd: sommige zorgverzekeraar brengen geen eigen risico in rekening voor voorkeursgeneesmiddelen.

Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, juli 2018.

2.3 Kennis over eigen risico is verbeterd sinds 2009

Gemiddeld over alle zorgvormen, is het aandeel verzekerden dat correct aangeeft of voor een zorgvorm het eigen risico geldt licht gestegen²² van 54% in 2009 naar 60% in 2018. Vooral de kennis over het eigen risico voor huisartsenzorg (bezoek aan de huisarts en telefonisch consult huisarts),

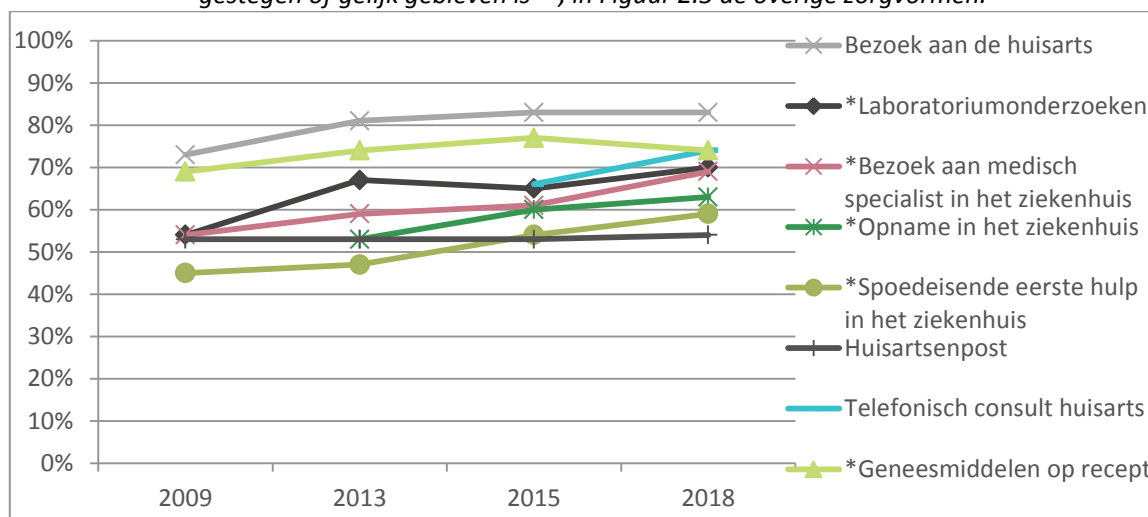
²² Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, netto maandinkomen en (migratie)achtergrond. In 2013 en 2015 gaf 58% respectievelijk 56% een correct antwoord.

ziekenhuiszorg (opname, bezoek en spoedeisende hulp) en in mindere mate geneesmiddelen, is toegenomen (zie Figuur 2.2). Kennis over een bezoek aan de huisartsenpost is nauwelijks veranderd.

In 2009 wist een kwart van de verzekerden niet dat voor een bezoek aan een huisarts geen eigen risico geldt. Deze kennis is door de jaren heen verbeterd. Toch weet één op de zes verzekerden in 2018 niet dat voor een bezoek aan de huisarts geen eigen risico geldt. Voor een telefonisch consult met de huisarts geldt dat voor één op de vier verzekerden.

Het aandeel verzekerden dat weet dat het eigen risico van toepassing is op laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen op recept is, ten opzichte van 2009, gestegen tot 70% respectievelijk 74% in 2018. Voor een bezoek aan de huisartsenpost geldt het eigen risico niet, maar voor een bezoek aan de spoedeisende eerste hulp wel. De kennis van verzekerden hierover is iets verbeterd over de jaren heen. Toch is over deze twee zorgvormen in 2018 nog veel verwarring: ruim twee op de vijf weet het goede antwoord niet. Voor een bezoek aan een medisch specialist en opname in het ziekenhuis weten ongeveer drie op de vijf verzekerden dat het eigen risico daarvoor wel geldt.

Figuur 2.2: Hieronder staan verschillende vormen van zorg*. Wilt u aangeven of u denkt dat het verplicht eigen risico hiervoor geldt? (percentages correcte antwoorden per jaar, n=667 tot 1.030, gewogen). In deze figuur staan de zorgvormen waarover de kennis gestegen of gelijk gebleven is**, in Figuur 2.3 de overige zorgvormen.



* Een * voor de zorgvorm betekent dat voor die zorgvorm het eigen risico geldt. Voor enkele zorgvormen zijn iets afwijkende termen gebruikt in 2009 en 2013; telefonisch consult huisarts ontbrak in 2009 en 2013. Zie bijlage B voor details.

** De kennis over de huisartsenpost is gelijk gebleven, kennis over alle andere zorgvormen in deze figuur is toegenomen ($p < 0,05$ voor geneesmiddelen op recept en $p < 0,01$ voor de overige zorgvormen).

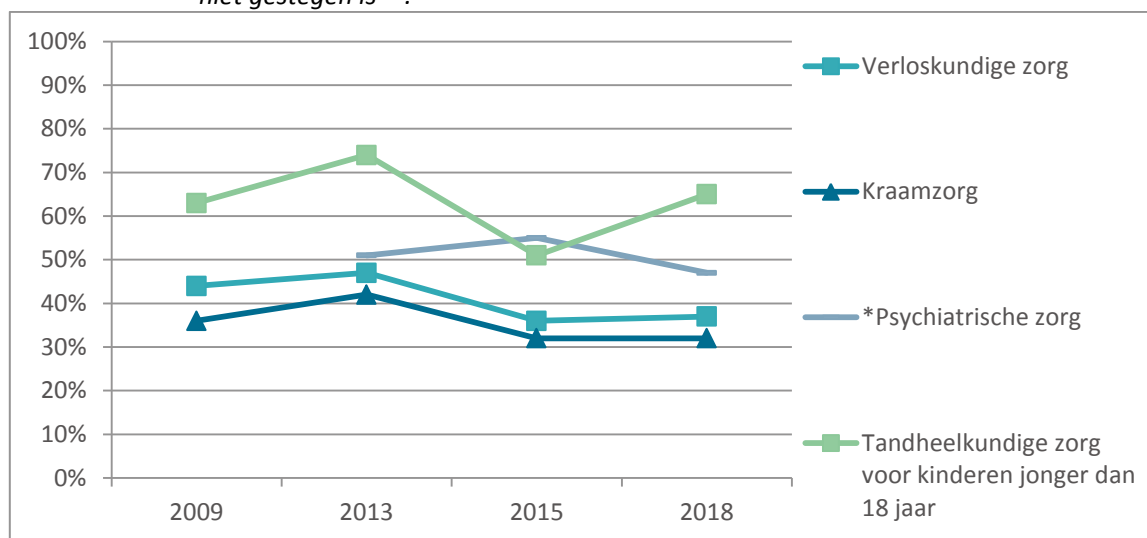
Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg oktober 2009, november 2013, juli 2015 en februari 2018.

Opvallend is dat de kennis over verloskundige zorg, kraamzorg, psychiatrische zorg en tandheelkundige zorg voor kinderen afgenomen is onder verzekerden (zie Figuur 2.3). Binnen de GGZ heeft er door de jaren heen een aantal wijzigingen plaatsgevonden in de eigen betalingen van patiënten (zie Box 1.2). Deze wijzigingen vonden plaats vóór 2015, terwijl juist in 2018 minder verzekerden wisten dat het eigen risico geldt voor psychiatrische zorg.

Verloskundige zorg, kraamzorg en tandheelkundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar zijn voor een specifieke groep relevant. Hierbij is het vooral van belang dat verzekerden uit die groep (zwangere en net bevallen vrouwen en ouders van kinderen jonger dan 18 jaar) weten of het eigen

risico geldt voor deze zorgvormen. We bekijken daarom in de volgende paragrafen de kennis voor deze specifieke groepen.

Figuur 2.3: Hieronder staan verschillende vormen van zorg*. Wilt u aangeven of u denkt dat het verplicht eigenrisico hiervoor geldt? (percentages correcte antwoorden per jaar, n=667 tot 1030, gewogen). In deze figuur staan de zorgvormen waarover de kennis niet gestegen is**.



* Een * voor de zorgvorm betekent dat voor die zorgvorm het eigen risico geldt. Voor enkele zorgvormen zijn iets afwijkende termen gebruikt in 2009 en 2013; psychiatrische zorg ontbrak in 2009. Zie bijlage B voor details.

** Percentages correcte antwoorden over verloskundige zorg en kraamzorg zijn afgenomen tussen 2009 en 2018 ($p < 0,01$).

Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg oktober 2009, november 2013, juli 2015 en februari 2018.

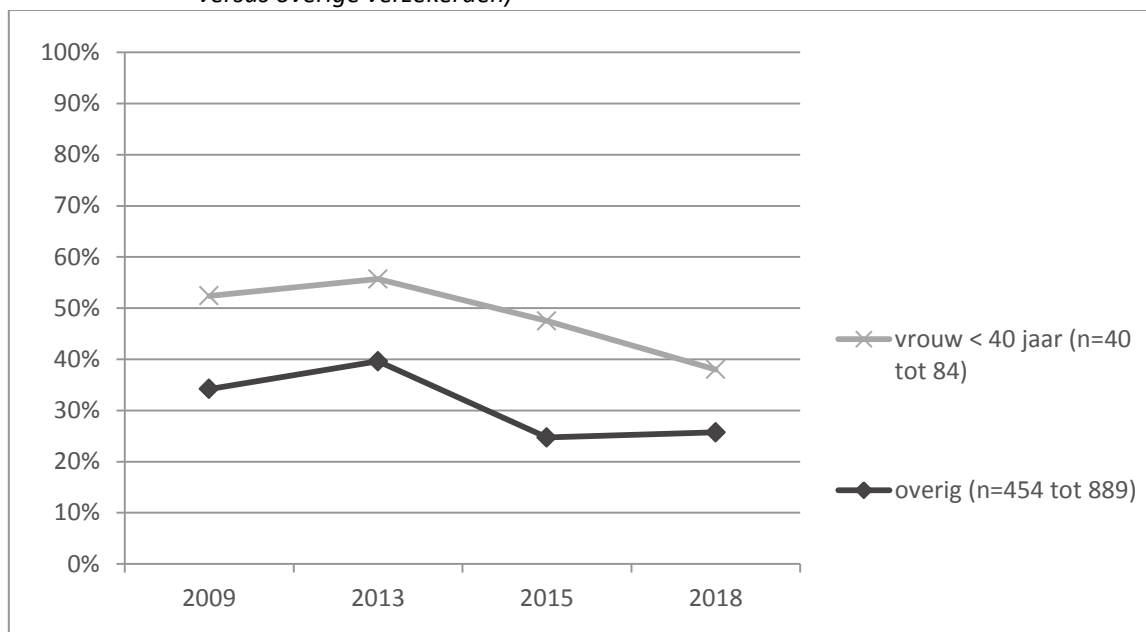
2.4 Vrouwen onder de 40 en ouders van kinderen jonger dan 18 zijn beter op de hoogte over het eigen risico bij geboortezorg en tandzorg voor kinderen

Kraamzorg en verloskundige zorg

Kraamzorg en verloskundige zorg zijn alleen van toepassing voor zwangere en net bevallen vrouwen. Het is daarom voor deze groep meer dan voor andere verzekerden van belang dat zij weten dat het eigen risico niet geldt voor deze zorgvormen. Het blijkt dat vrouwen tot 40 jaar inderdaad vaker dan andere verzekerden²³ weten dat het eigen risico niet geldt voor kraamzorg (zie Figuur 2.4) en verloskundige zorg (zie Figuur 2.5). Ook verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar zijn hier beter van op de hoogte dan andere verzekerden (niet in Figuur). Echter, in alle groepen zien we een daling in kennis sinds 2013. In 2018 weet bijna vier op de 10 (38%) vrouwen tot 40 jaar dat er voor kraamzorg geen eigen risico geldt. Voor verloskundige zorg weet in 2018 iets meer dan de helft (51%) dat het eigen risico niet geldt.

²³ Deze verschillen zijn significant, ook na correctie voor opleidingsniveau, (migratie)achtergrond, ervaren gezondheid, netto inkomen en aantal chronische aandoeningen.

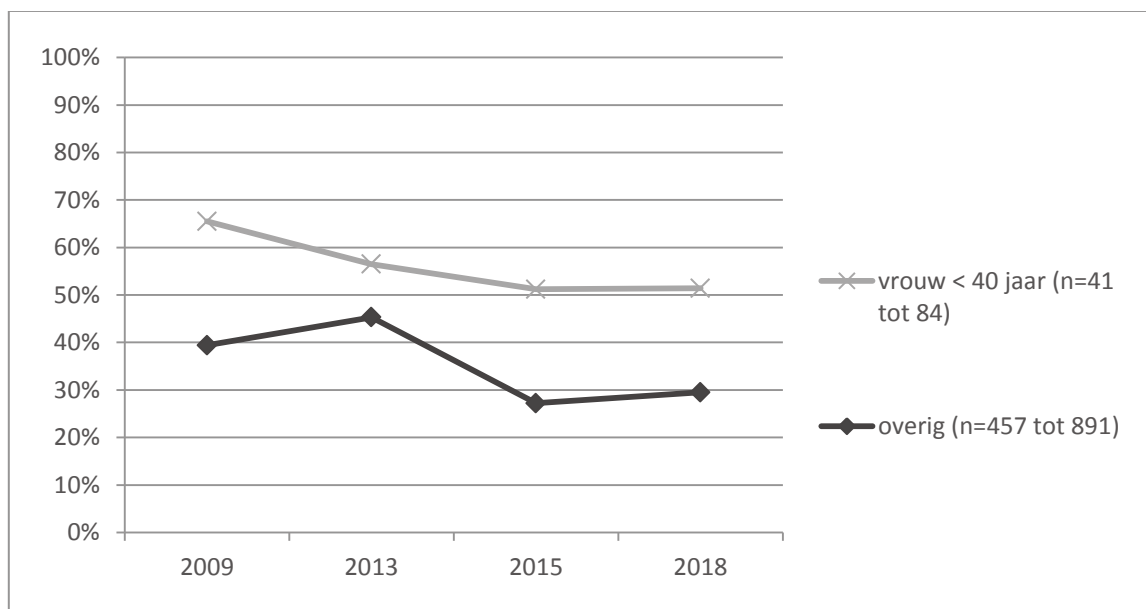
Figuur 2.4: *Wilt u aangeven of u denkt dat het verplicht eigen risico hiervoor geldt? (percentages correcte antwoorden over het eigen risico voor kraamzorg* van vrouwen tot 40 jaar versus overige verzekerden)*



* Kraamzorg valt niet onder het verplicht eigen risico. Het correcte antwoord is dus 'Nee'.

Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg oktober 2009, november 2013, juli 2015 en februari 2018.

Figuur 2.5: *Wilt u aangeven of u denkt dat het verplicht eigen risico hiervoor geldt? (percentages correcte antwoorden over het eigen risico voor verloskundige zorg* van vrouwen tot 40 jaar versus overige verzekerden)*



* Verloskundige zorg valt niet onder het verplicht eigen risico. Het correcte antwoord is dus 'Nee'.

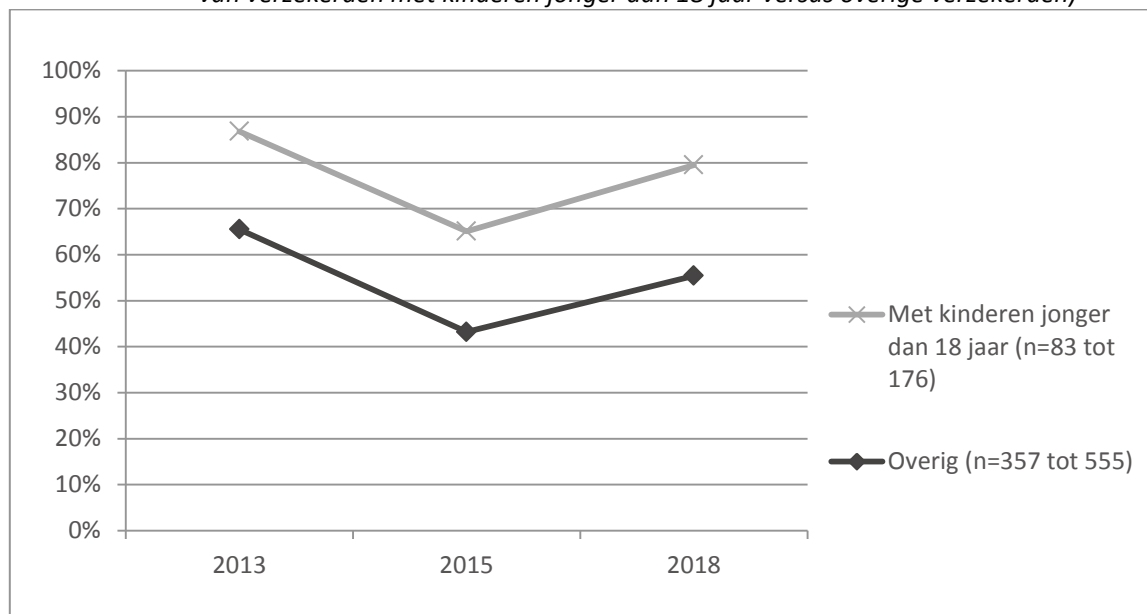
Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg oktober 2009, november 2013, juli 2015 en februari 2018.

Tandheelkundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar

Uit Figuur 2.6 blijkt dat verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar beter op de hoogte zijn van het feit dat het eigen risico niet geldt voor tandheelkundige zorg voor kinderen. Het verschil tussen verzekerden met en zonder kinderen jonger dan 18 jaar bedraagt in alle jaren ongeveer 20

procentpunt. Van de verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar weet in 2018 ongeveer vier op de vijf dat het eigen risico niet geldt voor tandzorg voor kinderen.

Figuur 2.6: *Wilt u aangeven of u denkt dat het verplicht eigen risico hiervoor geldt? (percentages correcte antwoorden over het eigen risico voor tandheelkundige zorg voor kinderen* van verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar versus overige verzekerden)*



* De gebruikte term voor 'tandheelkundige zorg voor kinderen' verschilt iets tussen de verschillende vragenlijsten, zie Bijlage B voor details. Aansluitend bij de wijziging van 21 naar 18 jaar (zie Box 1.2) is de terminologie in de vragenlijst aangepast. Deze zorg valt niet onder het verplicht eigen risico. Het correcte antwoord is dus 'Nee'.

** 2009 ontbreekt in deze grafiek omdat van verzekerden uit dat jaar niet bekend is of zij kinderen jonger dan 18 hebben.

Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2013, juli 2015 en februari 2018.

2.5 Verschillen tussen groepen verzekerden

Gemiddeld over alle eerder genoemde zorgvormen, blijkt het percentage correcte antwoorden te verschillen tussen groepen verzekerden met verschillende achtergrondkenmerken, zie Figuur 2.7. De volgende kenmerken zijn getoetst: geslacht, leeftijd, opleiding, (migratie)achtergrond²⁴, ervaren gezondheid, netto inkomen en aantal chronische aandoeningen.

Vrouwen blijken iets beter op de hoogte dan mannen over het eigen risico (zie Figuur 2.7). Oudere verzekerden geven minder vaak een correct antwoord dan jongeren. Hoger opgeleiden geven vaker een juist antwoord dan lager opgeleiden. Ook verzekerden met een hoger netto maandinkomen geven vaker een correct antwoord dan verzekerden met een lager inkomen. Er is geen significant verschil tussen verzekerden met een Nederlandse of niet-Nederlandse achtergrond. Verzekerden met een goede ervaren gezondheid en verzekerden zonder chronische aandoeningen, geven vaker een

²⁴ Hierbij moet opgemerkt worden dat de groep panelleden met een niet-Westerse migratieachtergrond relatief hoogopgeleid is: 53% van de respondenten met een niet-Westerse migratieachtergrond is hoogopgeleid, tegenover 29% van de respondenten met een Nederlandse achtergrond en 33% van de respondenten met een Westerse migratieachtergrond.

correct antwoord dan anderen²⁵. Als we ervaren gezondheid en het hebben van een chronische aandoening als indicator voor zorggebruik beschouwen²⁶, lijkt het er op dat verzekerden die meer zorg gebruiken, minder kennis hebben van het eigen risico.

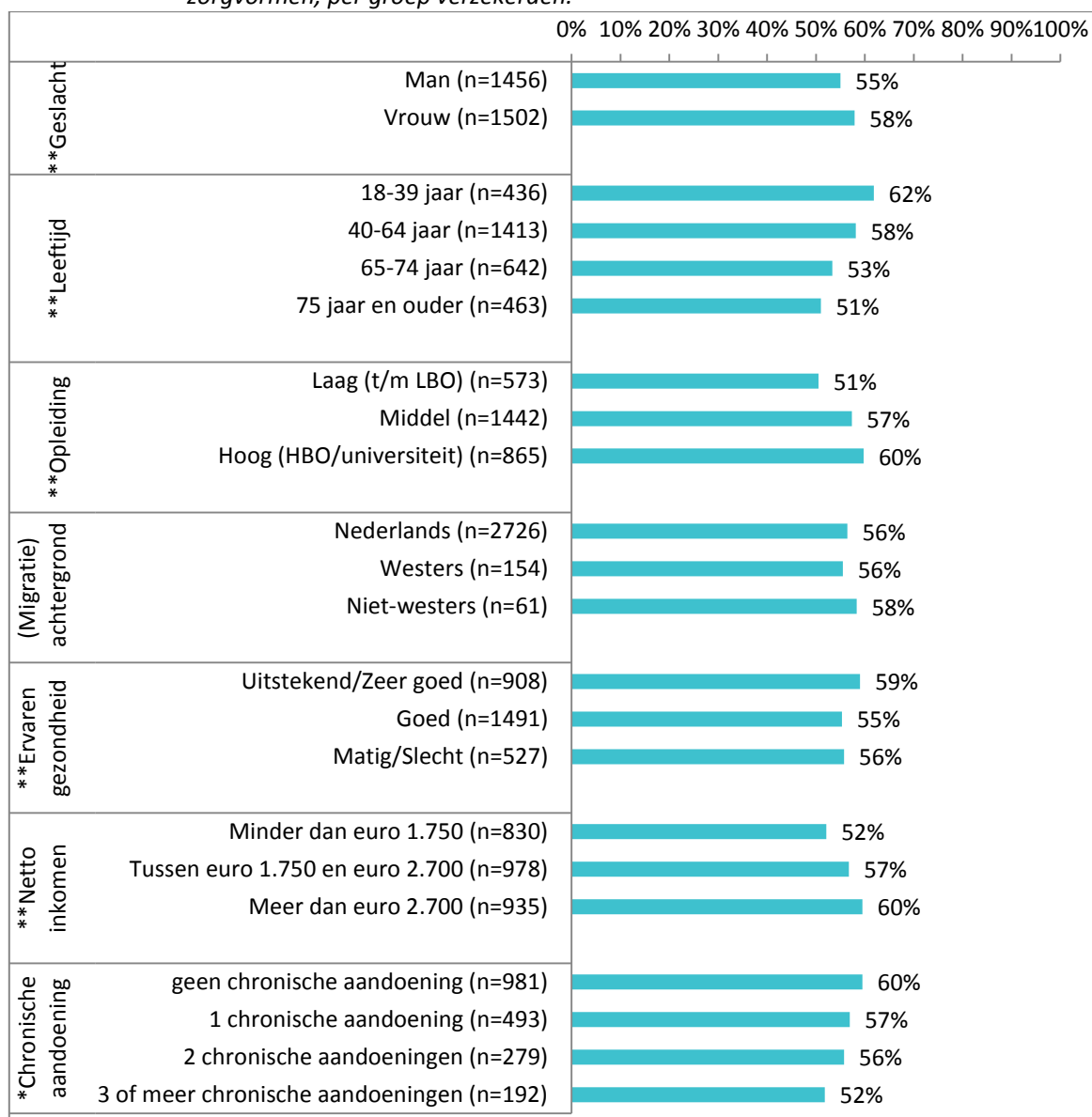
Een aantal van de onderzochte zorgvormen is niet voor alle verzekerden relevant. We hebben daarom de analyse van verschillen tussen groepen herhaald voor de zorgvormen waar alle verzekerden redelijkerwijs mee in aanraking kunnen komen, namelijk een bezoek aan de huisarts, huisartsenpost, telefonisch consult huisarts, en spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis. Gemiddeld over deze zorgvormen, is er geen verschil in kennis tussen verzekerden met een verschillende ervaren gezondheid, en tussen groepen met of zonder chronische aandoeningen. De overige eerder genoemde verschillen gelden ook voor deze selectie van zorgvormen (zie Figuur 2.7).

Ten slotte hebben we onderzocht of verzekerden met een slechtere ervaren psychische gezondheid ook verschillen in de mate waarin ze op de hoogte zijn van dat het eigen risico ook voor psychiatrische zorg geldt. Dit blijkt niet het geval te zijn.

²⁵ Na correctie voor de overige kenmerken, komen de verschillen tussen verzekerden met of met een verschillende ervaren gezondheid, en tussen groepen met of zonder chronische aandoeningen te vervallen. Het verschil in kennis tussen deze groepen, valt dus niet toe te schrijven aan de ervaren gezondheid of het hebben van een chronische aandoening, maar hangt samen met andere kenmerken van deze verzekerden (leeftijd, opleiding en inkomen).

²⁶ In februari 2018 hing zelfgerapporteerd zorggebruik significant samen met ervaren gezondheid (correlatie: 0.6, $p < 0,01$)

Figuur 2.7: Kennis over het eigen risico, percentage correcte antwoorden gemiddeld over alle zorgvormen, per groep verzekerden.



* Het percentage correcte antwoorden verschilt significant met dit achtergrondkenmerk ($p < 0,05$)

** Het percentage correcte antwoorden verschilt significant met dit achtergrondkenmerk ($p < 0,01$)

Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg oktober 2009, november 2013, juli 2015 en februari 2018.

2.6 Tot slot

Het eigen risico is onder andere bedoeld als financieringsinstrument. De werking van het eigen risico als financieringsinstrument hangt niet af van of verzekerden voordat zij zorg gebruiken weten of het eigen risico geldt of niet. In 2015 betaalden huishoudens in totaal 5,4 miljard euro aan eigen risico en eigen bijdragen voor langdurige zorg, op een totaal van 90,6 miljard euro aan zorgkosten (inclusief welzijn)²⁷. Het eigen risico en de eigen bijdragen voor langdurige zorg²⁸ vormden daarmee 7 procent van de totale zorguitgaven in 2017²⁹.

Daarnaast wordt het eigen risico ingezet om verzekerden een prikkel te geven om na te gaan of ze zorg nodig hebben, voordat ze er gebruik van maken. In 2009, kort na de invoering van het eigen risico, bleek uit de Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag dat het 'remgeldeffect' nauwelijks werd bereikt [13]. Sinds die tijd is het eigen risico bijna verdubbeld, wat van invloed kan zijn geweest op het remgeldeffect. Het percentage verzekerden dat een verwijzing naar de medisch specialist niet opvolgt, is toegenomen tussen 2010 en 2013, de periode waarin ook het eigen risico het sterkst gestegen is [20]. Het is echter niet duidelijk in hoeverre verzekerden afzien van zorg vanwege de kosten, en in hoeverre dit niet-noodzakelijke zorg betreft.

Het risico bestaat dat verzekerden vanwege het eigen risico afzien van noodzakelijke zorg. Het eigen risico geldt vooral voor zorg waarvoor een verwijzing/voorschrift van de huisarts nodig is, zoals medisch-specialistische zorg, geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek. Huisartsen worden verondersteld alleen noodzakelijke zorg te adviseren. Men zou daarom zelfs kunnen beredeneren dat het afzien van zorg vanwege het eigen risico, voor de meeste zorgvormen automatisch betekent dat verzekerden afzien van noodzakelijke zorg. Toch zijn er ook aanwijzingen dat een deel van de medisch-specialistische zorg beter achterwege zou kunnen worden gelaten [21]. Om een goede afweging te kunnen maken bij het al dan niet gebruiken van zorg, is naast kennis van het eigen risico ook kennis over de noodzaak van zorg vereist. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre verzekerden vanwege het eigen risico afzien van noodzakelijke zorg.

Om het eigen risico te gebruiken om verzekerden na te laten gaan of ze zorg nodig hebben, moeten verzekerden weten waarvoor het eigen risico wel en niet geldt. Als verzekerden niet weten dat het eigen risico geldt voor de zorg waarvan zij gebruik willen maken, werkt de prikkel die uit zou moeten gaan van het eigen risico niet. De verzekerde kan dan geen afweging maken tussen de eigen betalingen en de noodzaak van de zorg.

Andersom kan het ook voorkomen dat verzekerden denken dat het eigen risico geldt voor de zorg waar zij gebruik van willen maken terwijl dat niet zo is. In dat geval zullen ze misschien onterecht vanwege de kosten afzien van noodzakelijke zorg. Zo bleek uit eerder onderzoek dat sommige verzekerden afzien van een bezoek aan de huisarts vanwege de kosten, terwijl daar geen eigen risico voor geldt [1].

In 2009 bleek het voor ruim de helft van de verzekerden onduidelijk welke zorgvormen onder het eigen risico vallen [11]. Sindsdien is gemiddeld over alle zorgvormen de kennis daarover licht gestegen. Verzekerden weten het vaakst dat voor een bezoek aan de huisarts geen eigen risico geldt:

²⁷ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/07/ruim-700-euro-eigen-betalingen-aan-zorg-in-2015>

²⁸ Totalen aan eigen betalingen binnen de ZVW zijn ons niet bekend; in de door ons gevonden bronnen worden het eigen risico en eigen bijdrage voor langdurige zorg samengenomen.

²⁹ Berekend op basis van publicatie zorgkosten per volwassen Nederlander in het jaarverslag van het Ministerie van VWS, <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/jaarverslagen/2018/05/16/volksgezondheid-welzijn-en-sport-2017/xvi-volksgezondheid.pdf>

vijf op de zes verzekerden zijn daarvan op de hoogte. Het minst goed zijn verzekerden op de hoogte over kraamzorg: krap één op de drie weet dat daarvoor geen eigen risico geldt. Voor kraamzorg geldt wel een eigen bijdrage: wellicht maken verzekerden geen onderscheid tussen een eigen bijdrage en het eigen risico en weten zij alleen dat ze een deel van de kosten zelf moeten betalen.

Opvallend is dat voor enkele zorgvormen in 2018 juist minder verzekerden dan voorheen weten of het eigen risico geldt. Het gaat hierbij om zorgvormen waarvoor géén eigen risico geldt, namelijk kraamzorg, verloskundige zorg en tandheelkundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar. Mogelijk zijn verzekerden de afgelopen jaren beter op de hoogte geraakt van het bestaan van het eigen risico, maar weten zij niet goed welke zorgvormen zijn uitgesloten van het eigen risico. De hierboven genoemde zorgvormen zijn vooral relevant voor bepaalde groepen: namelijk zwangere of net bevallen vrouwen en verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar. Verzekerden uit deze groepen blijken beter op de hoogte van de uitsluiting van het eigen risico, alhoewel ook onder hen de kennis de afgelopen jaren is afgenomen.

Als verzekerden niet weten dat het eigen risico geldt, kunnen zij bovendien voor onverwachte kosten komen te staan als zij zorg gebruiken. Dit risico lijkt het grootst bij de spoedeisende hulp (SEH) en psychiatrische zorg. Twee op de vijf verzekerden weten niet dat het eigen risico geldt voor de SEH. Voor psychiatrische zorg is zelfs ruim de helft daar niet van op de hoogte.

Kennis over waar het eigen risico voor geldt, verschilt tussen groepen verzekerden. Mannen, ouderen, lager opgeleiden, verzekerden met een lager inkomen en verzekerden met chronische aandoeningen of een slechtere ervaren gezondheid weten minder vaak dan anderen of het eigen risico geldt. Dit lijkt ongunstig, aangezien verzekerden met een lager inkomen en een slechtere ervaren gezondheid juist groepen zijn waarvoor het belangrijker is om te weten of het eigen risico geldt dan voor verzekerden die wellicht minder zorg gebruiken of meer te besteden hebben. Van de andere kant maken verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid of met chronische aandoeningen hun eigen risico misschien vaker vol. In die gevallen is het voor hen minder van belang precies te weten waar het eigen risico wel of niet voor geldt.

Ouderen en verzekerden met een lager inkomen en een lagere opleiding zijn in meerdere opzichten kwetsbaar in het huidige zorgstelsel. Deze groepen hebben minder kennis over het zorgstelsel [22] en hebben minder goede vaardigheden om informatie te vinden, te beoordelen en toe te passen [23]. Verzekerden uit deze groepen hebben daarom een grotere kans dat zij ongunstige keuzes maken bij bijvoorbeeld het kiezen van een zorgverzekering en, zoals uit dit onderzoek blijkt, bij het maken van een afweging tussen de noodzaak van zorg en eigen betalingen.

3 Kennis over het verschil tussen eigen bijdragen en het eigen risico

Belangrijkste resultaten

- Verzekerden weten vaak niet of het eigen risico of een eigen bijdrage geldt, of allebei.
- Vrouwen tot 40 jaar en verzekerden met kinderen onder de 18 jaar zijn beter op de hoogte van het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage voor kraamzorg.
- Verzekerden met een hogere opleiding en verzekerden met een hoger inkomen weten vaker welke vorm van eigen betaling geldt voor de verschillende soorten van zorg.

3.1 Achtergrond

Als verzekerden zorg gebruiken, kunnen zij met verschillende vormen van eigen betalingen te maken krijgen. Voor sommige zorgvormen geldt het eigen risico, voor sommige vormen een eigen bijdrage, en voor sommige vormen van zorg allebei. Voor verzekerden komt het er in beide gevallen op neer dat zij een deel van de kosten zelf moeten betalen. Toch zijn er ook verschillen. Het eigen risico telt jaarlijks op tot een maximum bedrag (in 2018 385 euro), terwijl voor eigen bijdragen nu geen maximum geldt³⁰. Tabel 3.1 geeft een overzicht van een aantal zorgsoorten en de bijbehorende mogelijke eigen betaling(en).

Tabel 3.1: Voorbeelden van zorgsoorten en bijbehorende eigen betaling(en).

Zorgsoort	Eigen betaling
Gebroken been behandeld in het ziekenhuis	Alleen eigen risico
Kraamzorg	Alleen eigen bijdrage
Kunstgebit	Zowel eigen bijdrage als eigen risico
Hoortoestel	Zowel eigen bijdrage als eigen risico
Medicijnen	Zowel eigen bijdrage als eigen risico ³¹

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag:

Zijn verzekerden bekend met het verschil tussen eigen bijdragen en het eigen risico?

Hierbij maken we onderscheid tussen groepen verzekerden met verschillende achtergrondkenmerken.

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden gebruikten we gegevens verzameld in februari 2018 binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel. Details over de aanpak vindt u in Bijlagen A en B.

³⁰ Vanaf 2019 zijn de eigen bijdragen voor geneesmiddelen gemaximeerd op €250 per patiënt per jaar.

Bron: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29477-489.html>

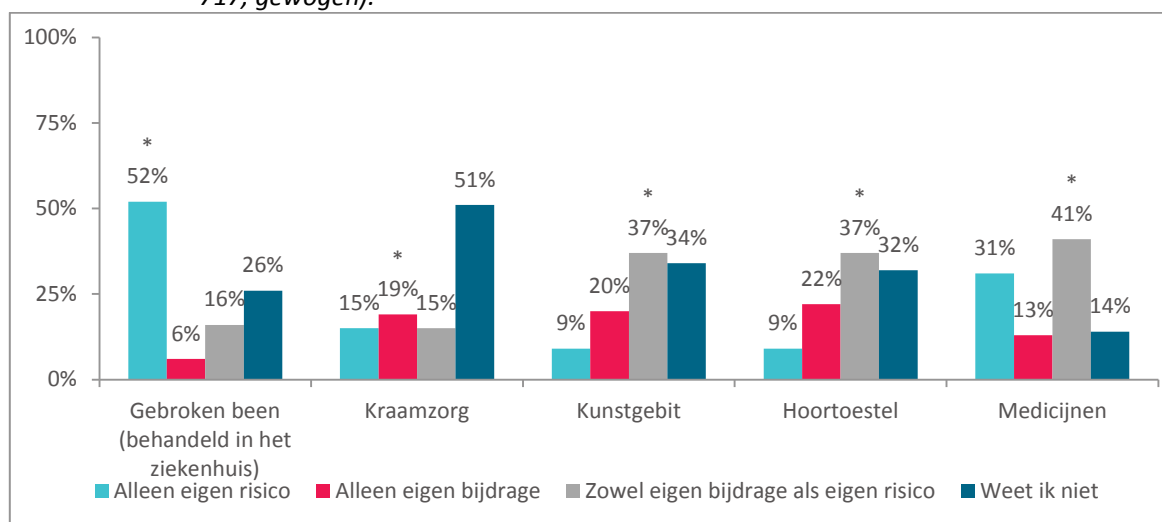
³¹ Voor sommige medicijnen geldt een eigen bijdrage. Het eigen risico geldt altijd, tenzij de verzekeraar heeft besloten voor voorkeursgeneesmiddelen geen eigen risico te rekenen.

3.2 Verzekerden weten vaak niet of het eigen risico of een eigen bijdrage geldt, of allebei

Aan de respondenten zijn in februari 2018 vijf verschillende zorgsoorten voorgelegd (zie Figuur 3.1) en is gevraagd of volgens hen voor deze soorten van zorg het eigen risico, een eigen bijdrage of allebei geldt. Verzekerden blijken regelmatig niet te weten of het eigen risico, een eigen bijdrage of allebei geldt (zie Figuur 3.1). Voor een gebroken been weet iets meer dan de helft het correcte antwoord, namelijk dat hiervoor alleen het eigen risico geldt. Verder geeft iets meer dan een kwart aan niet te weten welke eigen betaling geldt. Bij medicijnen kan zowel het eigen risico, een eigen bijdrage of allebei gelden. Dit hangt bijvoorbeeld af van of iemand wel of geen preferent geneesmiddel gebruikt. Vier op de tien (41%) verzekerden geeft aan dat bij medicijnen zowel het eigen risico als een eigen bijdrage geldt, 31% denkt dat alleen het eigen risico geldt en 13% dat alleen een eigen bijdrage geldt.

Bij met name kraamzorg (ruim de helft), maar ook bij kunstgebit en hoortoestel (allebei ongeveer een derde), geeft een groot deel aan niet te weten welke eigen betaling geldt. Anderzijds weet bij zowel kunstgebit als hoortoestel een kleine vier op de tien verzekerden (beide 37%) dat hiervoor zowel het eigen risico als een eigen bijdrage geldt.

Figuur 3.1: Antwoorden* op de vraag “Wilt u aangeven of u denkt dat voor deze zorgsoorten een eigen risico of eigen bijdrage geldt, of allebei?” (percentages verzekerden, n=684 tot 717, gewogen).



* De sterretjes (*) in de figuur geven de correcte antwoorden aan.

Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2018.

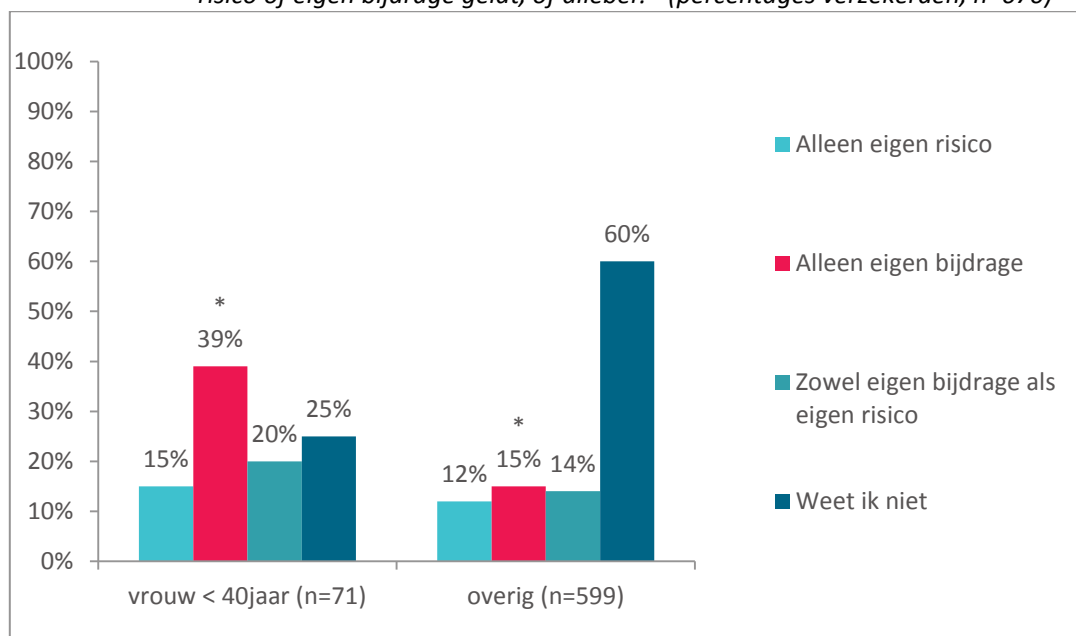
3.3 Vrouwen onder de 40 en ouders van kinderen jonger dan 18 zijn beter op de hoogte van het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage voor kraamzorg

Voor met name kraamzorg, maar ook voor een kunstgebit en een hoortoestel, geldt dat deze zorgsoort voor een specifieke doelgroep is. Het is dan ook vooral van belang dat verzekerden uit de doelgroep weten hoe het zit. We vergelijken daarom de kennis binnen deze doelgroepen met die van overige verzekerden.

Figuren 3.2 en 3.3 laten zien dat vrouwen tot 40 jaar en ouders van kinderen onder de 18 jaar beter op de hoogte zijn van eigen betalingen voor kraamzorg. Van de vrouwen tot 40 jaar weet 39% dat

voor kraamzorg alleen een eigen bijdrage geldt, tegenover 15% van de overige verzekerden. Eenzelfde patroon zien we bij ouders van kinderen onder de 18 jaar. Van deze groep weet 27% dat voor kraamzorg alleen een eigen bijdrage geldt, tegenover 14% van de overige verzekerden. Ondanks deze verschillen weet ook in de groep vrouwen jonger dan 40 jaar en de groep ouders met kinderen onder de 18 het grootste deel niet dat voor kraamzorg alleen een eigen bijdrage geldt.

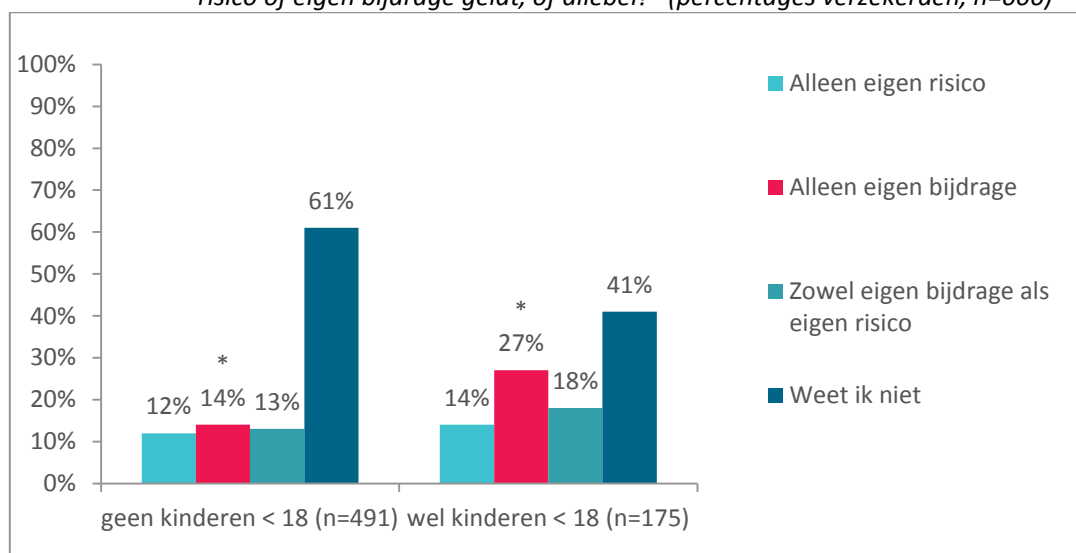
Figuur 3.2: Antwoorden* op de vraag “Wilt u aangeven of u denkt dat voor kraamzorg een eigen risico of eigen bijdrage geldt, of allebei?” (percentages verzekerden, n=670)



* De sterretjes (*) in de figuur geven de correcte antwoorden aan.

Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2018.

Figuur 3.3: Antwoorden* op de vraag “Wilt u aangeven of u denkt dat voor kraamzorg een eigen risico of eigen bijdrage geldt, of allebei?” (percentages verzekerden, n=666)



* De sterretjes (*) in de figuur geven de correcte antwoorden aan.

Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2018.

Voor een hoortoestel en een kunstgebit zou kunnen worden geredeneerd dat dit met name voor ouderen van toepassing is. Er is echter geen relatie tussen leeftijd en de kennis over eigen betalingen voor deze soorten van zorg.

Naast deze verschillen tussen doelgroepen en overige verzekerden, blijken ook verzekerden met een hogere opleiding vaker te weten welke vorm van eigen betaling geldt voor de verschillende soorten van zorg. Hetzelfde geldt voor verzekerden met een midden of hoog inkomen.

3.4 Tot slot

Als verzekerden zorg gebruiken, kunnen zij met verschillende vormen van eigen betalingen te maken krijgen. Voor sommige zorgvormen geldt het eigen risico, voor sommige een eigen bijdrage, en voor sommige vormen van zorg allebei. Voor verzekerden komt het er in beide gevallen op neer dat zij een deel van de kosten zelf moeten betalen. Toch zijn er ook verschillen. Het eigen risico telt jaarlijks op tot een maximum bedrag (in 2018 385 euro), terwijl voor eigen bijdragen geen maximum geldt.

Verzekerden blijken niet goed te weten voor welke zorgvormen het eigen risico of een eigen bijdrage geldt, of allebei. Voor een gebroken been weet iets meer dan de helft het correcte antwoord (alleen eigen risico); voor andere zorgvormen gaat het om een (veel) kleiner deel van de verzekerden. Voor kraamzorg weten verzekerden het minst vaak het juiste antwoord: 19% geeft het correcte antwoord (alleen eigen bijdrage). Voor kraamzorg weten vrouwen tot 40 jaar en verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar beter dan andere verzekerden hoe het zit, maar ook in deze groep weten minder dan twee op de vijf verzekerden dat er alleen een eigen bijdrage geldt. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de eigen bijdrage voor kraamzorg kan worden herverzekerd. In het algemeen zijn hoger opgeleiden en verzekerden met een hoger inkomen beter op de hoogte dan andere verzekerden.

Deze resultaten laten zien dat verzekerden vaak niet weten of het eigen risico geldt, een eigen bijdrage, of allebei. Het is de vraag in hoeverre dit een probleem is, aangezien zij sowieso meestal een deel van de kosten voor deze zorgvormen zelf moeten betalen. Wel kunnen verzekerden voor onverwachte kosten komen te staan als een eigen bijdrage geldt terwijl zij denken dat het eigen risico geldt, en zij hun eigen risico al opgemaakt hebben. In zulke gevallen verwachten verzekerden geen extra uitgaven meer, en hebben zij toch nog kosten als gevolg van een eigen bijdrage (bijvoorbeeld voor een hoortoestel).

4 Bekendheid met en kennis over compensatieregelingen

Belangrijkste resultaten

- De bekendheid van verzekerden met compensatieregelingen is iets toegenomen tussen 2015 en 2018. De meeste verzekerden zijn op de hoogte van de zorgtoeslag: in 2018 zeggen ruim 9 op de 10 verzekerden ongeveer of precies te weten wat dat is. Van een zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen 'zonder' eigen risico zegt minder dan de helft van de verzekerden in 2018 te weten wat dat ongeveer of precies is.
- Verzekerden met lage inkomens zijn iets beter op de hoogte van de zorgtoeslag en de zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen. Verzekerden met een hoger inkomen zijn meer bekend met het aftrekken van zorgkosten van de belasting. Ouderen, verzekerden met een slechte ervaren gezondheid en verzekerden met drie of meer chronische aandoeningen, zijn beter op de hoogte van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen.
- De meeste verzekerden weten niet dat de zorgtoeslag ook een bijdrage is voor het eigen risico.
- Ongeveer één op de drie verzekerden zegt precies te weten wat bedoeld wordt met het gespreid betalen van het eigen risico; ongeveer evenveel hebben er nog nooit van gehoord.

4.1 Achtergrond

Voor verzekerden met een laag inkomen en/of hoge zorgkosten bestaan diverse compensatieregelingen om tegemoet te komen aan de eigen betalingen. Voor deze regelingen geldt over het algemeen dat verzekerden ze zelf moeten aanvragen als ze hiervan gebruik willen maken. Om te zorgen dat verzekerden die daar recht op hebben, gebruik kunnen maken van de compensatieregelingen, is het dus noodzakelijk dat zij van het bestaan van de regelingen op de hoogte zijn. Als verzekerden die er wel recht op hebben er géén gebruik van maken, kan dat mogelijk leiden tot onterecht afzien van noodzakelijke zorg vanwege de kosten. Om de bekendheid van de compensatieregelingen te vergroten, heeft het ministerie van VWS in haar laatste najaarscampagne (2017) daar aandacht aan besteed³².

De volgende onderzoeksvraag wordt beantwoord in dit hoofdstuk:

Zijn verzekerden op de hoogte van compensatieregelingen, zoals de zorgtoeslag?

De volgende compensatieregelingen zijn meegenomen:

- Zorgtoeslag;
- Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen;
- Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen, 'zonder' eigen risico (eigen risico afgekocht/herverzekerd)³³;

³² www.ikregelmijnzorggoed.nl

³³ In de vragenlijst is onderscheid gemaakt tussen zorgverzekering via de gemeente met en zonder eigen risico. In praktijk is hier nauwelijks verschil tussen: afkopen/herverzekeren maakt standaard deel uit van de zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen.

- Gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken via de Wmo en/of de bijzondere bijstand;
- Zorgkosten aftrekken van de belasting.

Naast deze compensatieregelingen is ook de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen meegenomen.

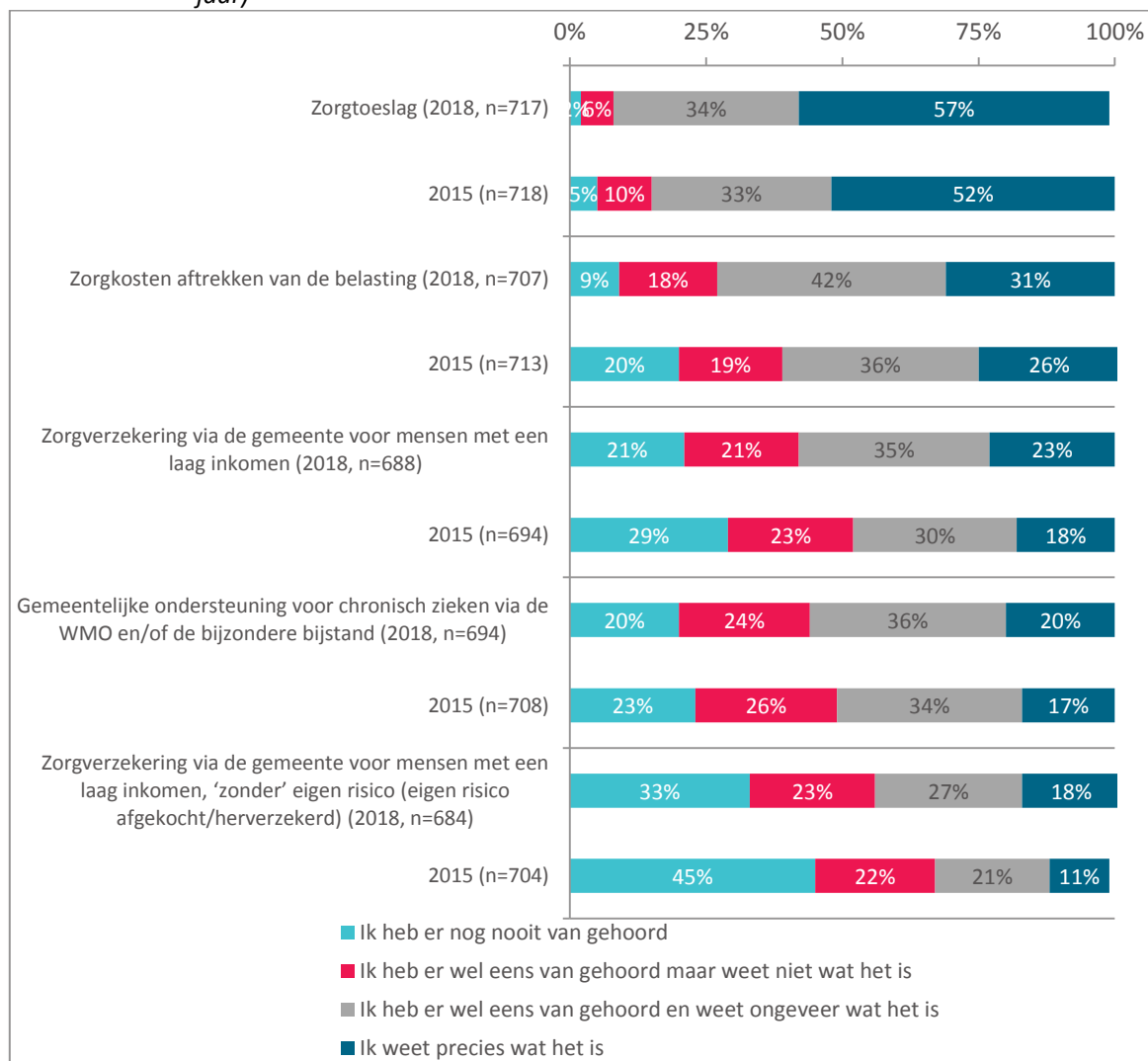
We hebben onderzocht of de bekendheid met deze regelingen is veranderd in verloop van tijd, en of de bekendheid verschilt tussen groepen verzekerden met verschillende achtergrondkenmerken. De verschillende regelingen zijn immers relevant voor verschillende groepen verzekerden: de zorgtoeslag is alleen van belang voor verzekerden met lagere inkomens terwijl de mogelijkheid om zorgkosten van de belasting af te trekken ook voor verzekerden met hogere inkomens relevant kan zijn. Voor de zorgtoeslag is behalve de bekendheid ook de kennis over de zorgtoeslag onderzocht. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden gebruikten we gegevens die verzameld zijn in juli 2015 en februari 2018 binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel. Details over de aanpak vindt u in Bijlagen A en B.

4.2 Lichte toename van het aandeel verzekerden dat op de hoogte is van compensatieregelingen

In 2015 en 2018 zijn aan de respondenten vijf verschillende compensatieregelingen voorgelegd en is gevraagd in hoeverre ze op de hoogte zijn van deze regelingen. Voor vier van de vijf regelingen is het aandeel verzekerden dat ongeveer of precies weet wat de regeling inhoudt, gestegen in de periode 2015 tot 2018 (zie Figuur 4.1). Alleen de kennis over de zorgverzekering via de gemeente 'zonder' eigen risico is niet veranderd.

Verzekerden zijn het beste op de hoogte van de zorgtoeslag: in 2018 zegt ruim negen op de tien (91%) verzekerden ongeveer of precies te weten wat dat is. De zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen, 'zonder' eigen risico (eigen risico afgekocht of herverzekerd) is het minst bekend: minder dan de helft van de verzekerden (45%) weet in 2018 ongeveer of precies wat dat is; één derde (33%) heeft er nog nooit van gehoord.

Figuur 4.1: Hieronder staan verschillende regelingen waarmee (hoge) zorgkosten gecompenseerd kunnen worden. In hoeverre bent u op de hoogte van deze regelingen? (gewogen, per jaar)



Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, juli 2015 en februari 2018.

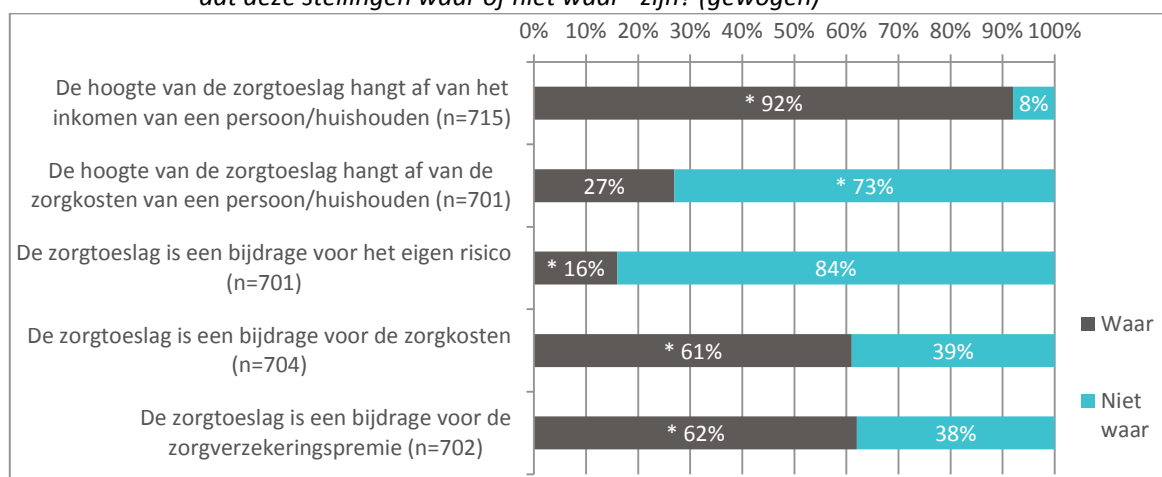
De mate waarin verzekerden op de hoogte zijn van de compensatieregelingen verschilt licht tussen groepen. Verzekerden met een lage opleiding zijn van alle regelingen minder goed op de hoogte dan overige verzekerden. Verzekerden met lage inkomens blijken iets beter op de hoogte van de zorgtoeslag en de zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen (gecorrigeerd voor de overige achtergrondkenmerken). Deze regelingen zijn voor hen relevanter dan voor verzekerden met een hoger inkomen. Verzekerden met een hoger inkomen zijn juist meer bekend met het aftrekken van zorgkosten van de belasting, de enige regeling die voor hen ook van belang kan zijn.

4.3 Ruim negen van de tien verzekerden weten dat de hoogte van de zorgtoeslag afhangt van het inkomen

Afhankelijk van het inkomen van een persoon of huishouden, komen verzekerden in aanmerking voor de zorgtoeslag. Ook de hoogte van de zorgtoeslag hangt af van het inkomen.

Aan de respondenten is een aantal stellingen over de zorgtoeslag voorgelegd met de vraag deze te beoordelen als 'Waar' of 'Niet waar' (zie Figuur 4.2). Hieruit bleek dat ruim negen van de tien (92%) verzekerden weten dat de hoogte van de zorgtoeslag afhangt van het inkomen. Ongeveer drie op de vier tot drie op de vijf weet dat het een bijdrage is voor zorgkosten (61%) en zorgverzekeringspremie (62%), en dat de hoogte niet afhangt van de zorgkosten (73%). De minste verzekerden weten dat de zorgtoeslag ook een bijdrage voor het eigen risico is: ruim vijf op de zes (84%) verzekerden denken dat dit niet zo is. Vrouwen en verzekerden met een lager inkomen beoordelen deze stellingen vaker juist dan anderen.

Figuur 4.2: Hieronder staat een aantal stellingen over de zorgtoeslag. Wilt u aangeven of u denkt dat deze stellingen waar of niet waar* zijn? (gewogen)



* Sterretjes (*) in de balken geven het juiste antwoord aan.

Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, juli 2015.

4.4 Kennis over gespreid betalen van het eigen risico

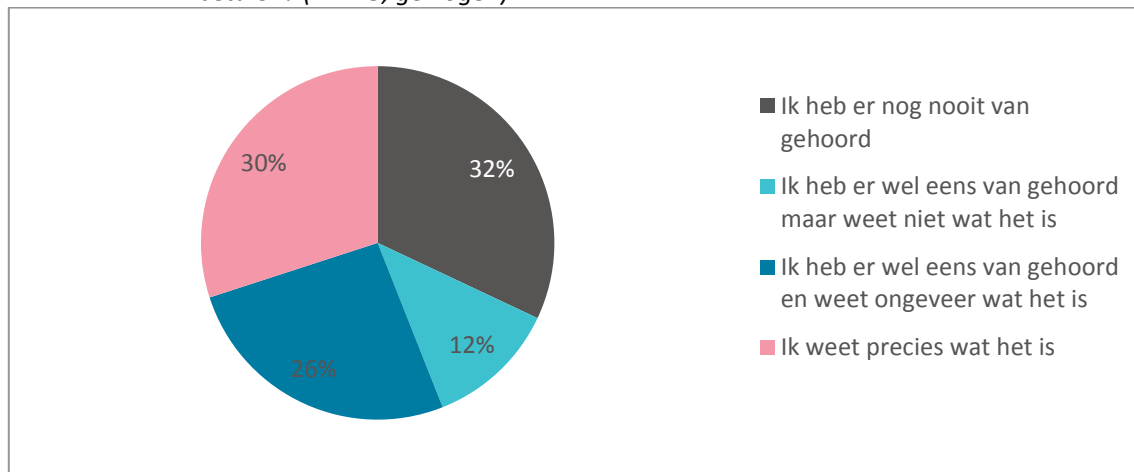
Verzekeraars bieden de mogelijkheid om het eigen risico vooraf (in het lopende jaar) gespreid te betalen. Verzekerden betalen dan per maand een vast bedrag en als aan het einde van het jaar het eigen risico niet vol gemaakt is, dan krijgen ze het teveel betaalde terug³⁴. Vooral voor chronisch zieken of verzekerden met een laag inkomen kan dit een handige optie zijn om plotselinge hoge kosten te voorkomen.

Ongeveer één op de drie verzekerden zegt precies te weten wat bedoeld wordt met het gespreid betalen van het eigen risico en ongeveer evenveel verzekerden hebben nog nooit van de mogelijkheid gehoord (30% en 32%, respectievelijk) (zie Figuur 4.3). De overige verzekerden hebben er wel eens van gehoord, maar weten niet precies wat het is. Oudere verzekerden en verzekerden met een

³⁴ Verzekerden die de rekening voor het eigen risico niet kunnen betalen, kunnen bij hun verzekeraar een betalingsregeling aanvragen. Dit zijn individuele regelingen, bedoeld om actuele betalingsachterstanden te voorkomen of op te lossen. Deze regelingen vallen niet onder de regeling gespreid betalen van het eigen risico.

slechte ervaren gezondheid of drie of meer chronische aandoeningen³⁵, blijken hier beter van op de hoogte te zijn dan jongeren. Er is geen verschil in bekendheid tussen groepen met verschillend netto maandinkomen.

Figuur 4.3: In hoeverre bent u op de hoogte van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen? (n=723, gewogen)



Bron Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg, juli 2015.

4.5 Tot slot

Om tegemoet te komen aan eigen betalingen en zo de toegankelijkheid van zorg te bevorderen, bestaan er diverse compensatieregelingen voor verzekerden met een laag inkomen of hoge zorgkosten. Voor een goede toegankelijkheid van de zorg is het belangrijk dat verzekerden die daar recht op hebben, van de regelingen op de hoogte zijn. Om de bekendheid van de compensatieregelingen te vergroten, heeft het ministerie van VWS in haar laatste najaarscampagne daar aandacht aan besteed³⁶.

De bekendheid van verzekerden met de meeste compensatieregelingen blijkt iets te zijn toegenomen tussen 2015 en 2018. Dit geldt voor de zorgtoeslag, zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen³⁷, gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken via de Wmo en/of de bijzondere bijstand en zorgkosten aftrekken van de belasting. Wellicht heeft de voorlichting vanuit het ministerie van VWS, zorgverzekeraars en gemeenten effect gehad, of zijn verzekerden meer bekend met de regelingen doordat ze langer bestaan.

Van de zorgtoeslag wordt door een grote groep verzekerden gebruik gemaakt: in 2014 ontving ruim 50% van de Nederlandse huishoudens zorgtoeslag³⁸. Het is dan ook niet onverwacht dat verzekerden van deze compensatieregeling het beste op de hoogte zijn, verreweg het grootste deel van de verzekerden zegt ongeveer of precies te weten wat dat is. Ook weten de meeste verzekerden dat de hoogte van de zorgtoeslag afhangt van het inkomen en niet van de zorgkosten. Meer dan de helft weet dat het een bijdrage is voor zorgkosten en premiekosten. Opvallend is wel dat ruim vijf op de zes

³⁵ De verschillen naar ervaren gezondheid en aantal chronische aandoeningen komen te vervallen bij correctie voor de overige achtergrondkenmerken.

³⁶ www.ikregelmijnzorggoed.nl

³⁷ De bekendheid van de zorgverzekering via de gemeente 'zonder' eigen risico (afgekocht of herv verzekerd) is gelijk gebleven.

³⁸ Statline CBS: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=70991NED&D1=0-1&D2=119&D3=0,111-114&D4=I&HDR=G3,G2,T&STB=G1&VW=T>

niet weet dat de zorgtoeslag ook een bijdrage is voor het eigen risico. Als verzekerden dat niet weten, zal de zorgtoeslag een eventuele drempel van het eigen risico voor het gebruiken van noodzakelijke zorg niet weg kunnen nemen. Om eventuele drempels weg te kunnen nemen, moeten verzekerden de zorgtoeslag kennen, én moeten ze die besteden aan of reserveren voor het eigen risico. Dat laatste is niet vanzelfsprekend. Mogelijk besteden verzekerden hun zorgtoeslag aan de premie, aan andere uitgaven of aan het aflossen van dringender schulden. Om er voor te zorgen dat verzekerden de zorgtoeslag gebruiken voor hun premie en/of het eigen risico, adviseert de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving de zorgtoeslag direct naar de zorgverzekeraar over te maken, in plaats van naar de verzekerden [24]. In reactie hierop heeft de minister van VWS aangegeven dat het mogelijk is de zorgtoeslag direct naar de zorgverzekeraar over te maken bij een betalingsachterstand van drie maanden of meer. Het volledig overmaken van alle zorgtoeslag naar de zorgverzekeraar bleek disproportioneel vanuit het oogpunt van privacy en uitvoering³⁹.

Ruim de helft van de verzekerden zegt in 2015 ongeveer of precies te weten wat de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen inhoudt. Tegelijkertijd heeft in 2015 ongeveer een derde nog nooit van die mogelijkheid gehoord. Dit aandeel is even groot onder verzekerden met hoge en lage inkomens, terwijl het gespreid betalen voor verzekerden met lage inkomens een interessante mogelijkheid kan zijn om eventuele drempels om zorg te gebruiken vanwege het eigen risico weg te nemen. Sinds 2015 is de informatievoorziening over deze mogelijkheid verbeterd¹ en in 2017 maakten ongeveer 800.000 mensen gebruik van deze regeling [18]. Wellicht is de kennis hierover toegenomen sinds 2015.

Een positieve bevinding uit dit onderzoek is dat verzekerden voor wie de regelingen het meest van belang zijn, iets beter op de hoogte zijn dan anderen. Verzekerden met lage inkomens blijken namelijk iets beter op de hoogte van de zorgtoeslag en de zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen. Verzekerden met een hoger inkomen zijn meer bekend met het aftrekken van zorgkosten van de belasting, de enige regeling die voor hen ook van belang kan zijn. Ouderen, verzekerden met een slechte ervaren gezondheid en verzekerden met drie of meer chronische aandoeningen, zijn beter op de hoogte van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Dit zijn groepen die waarschijnlijk meer zorg gebruiken, zodat deze regeling voor hen interessanter is dan voor andere verzekerden.

Een groep die extra aandacht behoeft zijn verzekerden met een lage opleiding: zij zijn van alle regelingen minder goed op de hoogte dan overige verzekerden.

In deze kennisvraag hebben we onderzocht in welke mate verzekerden op de hoogte zijn van compensatieregelingen. Of verzekerden weten waar en hoe ze deze aan moeten vragen hebben we niet bekeken. Deze aanvraagprocedures kunnen wellicht ook een belemmering vormen voor het gebruik van de compensatieregelingen.

³⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/01/24/kamerbrief-over-motie-ellemeete-over-direct-overmaken-zorgtoeslag>

5 Conclusie en beschouwing

5.1 Achtergrond

In deze kennisvraag hebben we ons gericht op twee vormen van eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet, namelijk het verplicht eigen risico en eigen bijdragen. Voor sommige zorgvormen geldt het eigen risico, voor sommige een eigen bijdrage, en voor sommige vormen van zorg allebei.

Eigen betalingen in de zorg hebben een tweeledig doel. Ze dienen enerzijds om verzekerden een prikkel te geven om na te gaan of ze zorg nodig hebben voordat ze er gebruik van maken en anderzijds als financieringsinstrument. De overheid is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Tussen het eigen risico als instrument ter bevordering van het kostenbewustzijn en de toegankelijkheid van zorg kan een spanningsveld ontstaan, als verzekerden als gevolg van eigen betalingen afzien van noodzakelijke zorg. Het eigen risico geldt voor een aantal zorgvormen waarvoor een verwijzing/voorschrift van de huisarts nodig is, zoals medisch-specialistische zorg, geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek. Huisartsen worden verondersteld alleen noodzakelijke zorg te adviseren. Men zou dus kunnen beredeneren dat voor die zorgvormen het afzien van zorg vanwege het eigen risico, automatisch betekent dat verzekerden afzien van noodzakelijke zorg. Toch zijn er aanwijzingen dat een deel van de behandelingen in het ziekenhuis niet nodig zouden zijn [21]. Het percentage verzekerden dat een verwijzing naar de medisch specialist niet opvolgt, is toegenomen in de periode waarin het eigen risico het sterkst gestegen is (2010-2013) [20]. Het is echter niet duidelijk in hoeverre dit een gevolg is van de toename van het eigen risico, en in hoeverre het niet-noodzakelijke zorg betreft die niet gebruikt wordt.

Bij het inzetten van eigen betalingen ter bevordering van het kostenbewustzijn, is de aanname dat verzekerden een afweging maken tussen in hoeverre zij zorg nodig hebben en de kosten die zij daarvoor zouden moeten betalen. Om deze afweging te kunnen maken, hebben verzekerden kennis over hun gezondheid en de noodzakelijkheid van zorg nodig, én de juiste informatie over eigen betalingen. Als zij die informatie niet hebben, bestaat het risico dat zij onterecht vanwege de kosten afzien van noodzakelijke zorg.

Om tegemoet te komen aan eigen betalingen en zo de toegankelijkheid van zorg te bevorderen, bestaan er diverse compensatieregelingen voor verzekerden met een laag inkomen of met hoge zorgkosten. Voor deze regelingen geldt over het algemeen dat verzekerden ze zelf moeten aanvragen als ze er gebruik van willen maken. Voor een goede toegankelijkheid van de zorg is het belangrijk dat verzekerden die daar recht op hebben, op de hoogte zijn van de compensatieregelingen. Behalve kennis over eigen betalingen, is dus ook kennis van compensatieregelingen van belang voor verzekerden om tot een juiste afweging ten aanzien van zorggebruik en de kosten daarvoor te kunnen komen.

In deze kennisvraag hebben we de ontwikkeling in kennis van verzekerden over eigen betalingen en compensatieregelingen sinds 2009 tot nu in kaart gebracht. Daarnaast hebben verschillen in kennis tussen bepaalde groepen verzekerden onderzocht. Hiervoor hebben we gegevens gebruikt die verzameld zijn binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg in de periode 2009-2018.

5.2 Kennis van verzekerden licht toegenomen

Uit dit onderzoek blijkt dat de kennis van verzekerden over het eigen risico en bekendheid met compensatiemaatregelen over de jaren licht zijn toegenomen. Het gaat hierbij over de vraag waarvoor het eigen risico geldt, en of verzekerden bekend zijn met de zorgtoeslag, zorgverzekering via de gemeente, gemeentelijke ondersteuning en de mogelijkheid om zorgkosten af te trekken van de belasting.

Voor deze lichte toenames zijn verschillende oorzaken denkbaar. Mogelijk zijn verzekerden beter op de hoogte naarmate het eigen risico en de compensatiemaatregelen langer bestaan. Ook is het eigen risico fors gestegen sinds de invoering en is daar veel publiciteit over geweest. Wellicht heeft ook de extra voorlichting vanuit VWS een positief effect gehad op de kennis van verzekerden.

De kennis over waar het eigen risico voor geldt, verschilt tussen verzekerden met verschillende achtergrondkenmerken. Mannen, ouderen, lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen en verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid weten minder vaak dan anderen of het eigen risico geldt. Van verzekerden met lagere inkomens weten we dat zij vaker vanwege financiële redenen afzien van zorg [1]. Als zij ook minder goed weten waarvoor het eigen risico geldt, is het risico bovendien groter dat zij *onterecht* vanwege de kosten afzien van noodzakelijke zorg.

Verzekerden weten het beste dat het eigen risico niet geldt voor een bezoek aan de huisarts: vijf op de zes verzekerden zijn daarvan op de hoogte in 2018. In 2009 was dat nog ruim zeven op de tien. Voor enkele zorgvormen weten in 2018 juist minder verzekerden dan voorheen of het eigen risico geldt. Het gaat hierbij om zorgvormen waarvoor géén eigen risico geldt, namelijk kraamzorg, verloskundige zorg en tandheelkundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar. Mogelijk zijn verzekerden de afgelopen jaren wel beter op de hoogte geraakt van het bestaan van het eigen risico, maar weten zij niet goed voor welke zorgvormen het eigen risico *niet* geldt. De hierboven genoemde zorgvormen zijn bovendien vooral relevant voor bepaalde doelgroepen: zwangere of net bevallen vrouwen en verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar. Verzekerden uit deze doelgroepen blijken beter dan anderen op de hoogte van de uitsluiting van het eigen risico, alhoewel ook onder hen de kennis de afgelopen jaren is afgenomen.

5.3 Weinig verzekerden kennen het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage

Verzekerden blijken niet goed te weten voor welke zorgvormen het eigen risico of een eigen bijdrage geldt, of allebei. In het algemeen weten hoger opgeleiden en verzekerden met een hoger inkomen beter hoe het zit dan verzekerden met een lagere opleiding en verzekerden met een lager inkomen. Voor een gebroken been weten de meeste verzekerden hoe het zit: iets meer dan de helft weet dat hiervoor alleen het eigen risico geldt. Voor kraamzorg weten minder dan één op de vijf verzekerden dat alleen een eigen bijdrage geldt. Onder vrouwen tot 40 jaar en verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar is dit aandeel hoger, maar nog steeds slechts twee op de vijf. Mogelijk hangt dit samen met de relatief lage bekendheid van verzekerden met de uitsluiting van het eigen risico van kraamzorg. Misschien weten verzekerden wel dat ze iets zelf moeten betalen voor kraamzorg, maar niet of dat het eigen risico of een eigen bijdrage is. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de eigen bijdrage voor kraamzorg kan worden herverzekerd.

Blijkbaar is het systeem van eigen betalingen ingewikkeld voor verzekerden. Het is echter de vraag in hoeverre het een probleem is dat verzekerden niet weten of het eigen risico of een eigen bijdrage

geldt, aangezien zij in beide gevallen een deel van de kosten voor deze zorgvormen zelf moeten betalen. Het verschil is wel dat het eigen risico jaarlijks optelt tot een maximum bedrag (in 2018 385 euro), terwijl voor eigen bijdragen geen maximum geldt. In voorkomende gevallen kan het dus wel van belang zijn voor verzekerden om te weten of de kosten die zij moeten betalen voortkomen uit het eigen risico of uit eigen bijdragen. Ze kunnen bijvoorbeeld onverwacht zelf moeten betalen als een eigen bijdrage geldt terwijl zij denken dat het eigen risico geldt, en hun eigen risico al volgemaakt is. In die gevallen verwachten verzekerden geen extra uitgaven meer, en hebben zij toch nog kosten als gevolg van een eigen bijdrage (bijvoorbeeld voor een hoortoestel).

5.4 Verzekerden kennen de zorgtoeslag maar relateren die niet aan het eigen risico

Van de onderzochte compensatieregelingen, zijn verzekerden het beste op de hoogte van de zorgtoeslag: in 2018 zegt ruim 9 op de 10 verzekerden ongeveer of precies te weten wat dat is. Veel Nederlanders maken gebruik van de zorgtoeslag: in 2014 ruim 50% van alle Nederlandse huishoudens⁴⁰. De meeste verzekerden weten waar de zorgtoeslag voor geldt en waar de hoogte van de zorgtoeslag vanaf hangt. Zij weten alleen meestal niet dat de zorgtoeslag ook een tegemoetkoming is voor het eigen risico. Voor verzekerden die dat niet weten, zal de zorgtoeslag een eventuele drempel van het eigen risico voor het gebruiken van noodzakelijke zorg niet weg kunnen nemen.

Ook als verzekerden wel weten dat de zorgtoeslag een tegemoetkoming voor het eigen risico is, is het nog niet zeker dat hiermee drempels weggenomen worden. Daarvoor moeten zij de zorgtoeslag ook daadwerkelijk besteden aan of reserveren voor het eigen risico. Verzekerden kunnen de zorgtoeslag echter ook aan de premie of aan andere zaken besteden. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving adviseerde in 2017 de zorgtoeslag direct naar de zorgverzekeraar over te maken, in plaats van naar de verzekerde [24]. In dat geval zouden verzekerden minder uitgaven aan de premie hebben, maar zouden ze de zorgtoeslag niet meer kunnen reserveren voor het eigen risico.

5.5 Verzekerden met een laag inkomen, lage ervaren gezondheid en lage opleiding minste kennis

Verzekerden met een laag inkomen of een lage ervaren gezondheid weten minder vaak dan anderen of het eigen risico geldt. Dit lijkt ongunstig, aangezien dit juist groepen zijn waarvoor het belangrijker is om te weten of het eigen risico geldt dan voor verzekerden die wellicht minder zorg gebruiken of meer te besteden hebben. Deze verzekerden hebben zo een grotere kans dat zij ongunstige keuzes maken bij het afwegen van de noodzaak van zorg en tegen de eigen betalingen, bijvoorbeeld door onterecht vanwege kosten af te zien van noodzakelijke zorg.

Het is bekend dat verzekerden met een lager inkomen, een lagere opleiding en ouderen in meerdere opzichten kwetsbaar zijn in het huidige zorgstelsel, doordat zij minder kennis hebben over het zorgstelsel [22] en minder goede vaardigheden hebben om informatie te vinden, te beoordelen en toe te passen [23]. Verzekerden uit deze groepen hebben daarom een grotere kans dat zij ongunstige keuzes maken bij bijvoorbeeld het kiezen van een zorgverzekering [22]. Van verzekerden met lagere inkomens weten we bovendien dat zij vaker vanwege financiële redenen afzien van zorg [1].

⁴⁰ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/22/zorgtoeslag-compenseert-41-procent-van-betaalde-zorgpremie>

Uit dit onderzoek blijkt verder dat ook onder verzekerden met lage inkomens, in 2015 ongeveer een derde nog nooit van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen gehoord heeft. Sinds 2015 is de informatievoorziening over deze mogelijkheid echter verbeterd¹ en in 2017 maakten ongeveer 800.000 mensen gebruik van deze regeling [18]. Wellicht is de kennis hierover toegenomen sinds 2015. Het gespreid betalen van het eigen risico kan voor verzekerden met lage inkomens een interessante mogelijkheid zijn om eventuele drempels om zorg te gebruiken vanwege het eigen risico weg te nemen.

Positief is dat verzekerden met lage inkomens iets beter op de hoogte zijn van de zorgtoeslag en de zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen. Toch blijkt uit onderzoek van het CBS dat 12% van de verzekerden met lage inkomens geen gebruik maakt van de zorgtoeslag [25]. Het is niet bekend waarom zij hier geen gebruik van maken.

Verzekerden met een lage opleiding daarentegen zijn van alle regelingen minder goed op de hoogte dan overige verzekerden.

5.6 Sterke punten en beperkingen

De bevindingen in dit onderzoek zijn gebaseerd op vragenlijsten die zijn afgenomen onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel. In dit panel van nu bijna 12.000 leden zijn in 2009, 2013, 2015 en 2018 onder steekproeven vragenlijsten afgenomen met 698 tot 1056 respondenten per vragenlijst. De overlap in respondenten tussen de vragenlijsten was heel gering: 92% van de respondenten vulde één van de vier vragenlijsten in. Een aantal vragen is in de verschillende vragenlijsten exact hetzelfde gesteld, zodat de resultaten goed vergeleken kunnen worden over de tijd. De resultaten zijn bovendien gewogen naar leeftijd en geslacht voor betere representativiteit voor de algemene bevolking van 18 jaar en ouder. Panelleden die langer lid zijn van het panel worden uitgeschreven om leereffecten te voorkomen. Toch is het waarschijnlijk dat panelleden meer dan gemiddeld geïnteresseerd zijn in de gezondheidszorg en er daardoor misschien ook meer over weten. De resultaten in dit onderzoek kunnen daardoor een overschatting van de kennis van verzekerden zijn.

Alhoewel dit panel bestaat uit leden uit een brede afspiegeling van de bevolking (laag- en hoogopgeleid, lage en hoge inkomens, etc.), ontbreken de meest kwetsbare groepen⁴¹. Dit betekent bijvoorbeeld dat we waarschijnlijk geen volledig beeld hebben van de groep verzekerden waarvoor een zorgverzekering via de gemeente relevant is, namelijk de minima. Ook kan dit een overschatting van de kennis van verzekerden veroorzaken hebben, aangezien het de vraag is in hoeverre verzekerden met complexe problematiek (bijv. sociale en financiële problematiek) op de hoogte zijn van regelingen binnen de gezondheidszorg.

De leden van het Consumentenpanel met een niet-Westerse migratieachtergrond zijn relatief hoog opgeleid: hoger dan de leden met een Nederlandse achtergrond. Aangezien voor het invullen van een vragenlijst kennis van de Nederlandse taal nodig is, verwachten we bovendien een ondervertegenwoordiging van verzekerden die minder goed Nederlands kennen. Ook leidt het zelfstandig moeten invullen van een vragenlijst tot een ondervertegenwoordiging van verzekerden

⁴¹ Hier wordt een lastig af te bakenen groep bedoeld van mensen met onvoldoende hulpbronnen om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen en om hun leven vorm te geven op de manier die zij wensen. Zie Winsemius, 2011 voor een uitgebreide toelichting.

met lage gezondheidsvaardigheden⁴². Het is goed mogelijk dat mensen met een beperkte kennis van de Nederlandse taal of lage gezondheidsvaardigheden meer problemen hebben met de kennis ten aanzien van het eigen risico. Dit kan geleid hebben tot een overschatting van de kennis van verzekerden.

Voor een deel van de onderwerpen uit dit onderzoek, geldt dat kennis daarover vooral relevant is voor verzekerden die een bepaalde vorm van zorg (willen gaan) gebruiken. Om te kijken of bepaalde groepen ook meer kennis hebben, hebben wij in dit onderzoek in sommige gevallen een benadering voor deze groepen gebruikt. Zo hebben we gekeken of de kennis over de eigen bijdrage voor kraamzorg groter is bij vrouwen tot 40 jaar of bij verzekerden met kinderen jonger dan 18 jaar, dan in andere groepen. Met meer informatie over wat voor zorg verzekerden (willen) gebruiken zou dit beter onderzocht kunnen worden.

Ten slotte geeft dit onderzoek inzicht in de kennis van verzekerden, maar niet in wat zij vervolgens met die kennis doen. Het is onbekend hoe kennis over eigen betalingen en compensatieregelingen gerelateerd is aan het zorggebruik van verzekerden. Om te weten of eigen betalingen het gewenste effect hebben, of juist onbedoelde bijeffecten, is onderzoek naar de relatie tussen deze kennis en het individuele zorggebruik van verzekerden nodig.

⁴² Gezondheidsvaardigheden zijn “de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen” (Sørensen et al, *Health Literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, 2012).

Literatuur

1. Van Esch, T., et al., *Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. 2015.
2. Brabers, A.E., M. Reitsma-van Rooijen, en J.D. de Jong, *Consumentenpanel Gezondheidszorg. Basisrapport met informatie over het panel*. Utrecht: Nivel, 2015.
3. Chalkley, M. and R. Robinson, *Theory and evidence on cost sharing in health care: an economic perspective*. 1997, Office of Health Economics: London.
4. *OECD, Health at a glance 2013: OECD indicators*. 2013: OECD publishing.
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *KST108859. Memorie van toelichting - Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Editor. 2007.
6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *34 950 XVI. Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2017*. 2018, Tweede Kamer der Staten-Generaal: Den Haag.
7. Hsu, J., et al., *Medicare Beneficiaries' Knowledge of Part D Prescription Drug Program Benefits and Responses to Drug Costs*. JAMA, 2008. **299**(16): p. 1929-1936.
8. Reed, M., et al., *Coping with prescription drug cost sharing: knowledge, adherence, and financial burdens*. Health Serv Res, 2008. **43**(2): p. 785-97.
9. Batenburg, R., M. Kroneman, and A. Sagan, *The impact of the crisis on the health system and health in the Netherlands*, in *Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences*, A. Maresso, et al., Editors., Open University Press: Maidenhead.
10. Kroneman, M. and J.D. de Jong, *The basic benefit package: composition and exceptions to the rules. A case study*. Health Policy, 2015. **119**(3): p. 245-51.
11. Van der Maat, M.J.P. en J.D. de Jong, *Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden-perspectief*. 2010, Nivel: Utrecht.
12. Hees, S., *Benchmark bereik minimaregelingen*. 2017: Amsterdam.
13. Van de Ven, W.P.M.M., et al., *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag*. 2009: p. 1-222.
14. BF&S, *Preventie en de gemeentepolis*. 2017: Zwolle.
15. BF&S, *Compensatie van meerkosten via de gemeentelijke zorgverzekering*. 2014: Zwolle.
16. Soeters, M. en G. Verhoeks, *Zorgmijding, eigen bijdragen en financieel maatwerk Wmo 2015* 2016: Amsterdam.
17. Remmerswaal, R., R. Plu, en I. Lapajian, *Onderzoek naar de waarde van het instrument minimapolis*. 2018: Barneveld.
18. Willemse-Duijmelinck D., en A. Notenboom, *Mythes en misvattingen eigen risico ontkracht*. ESB: Economische Statistische Berichten, 2018. **103**(4757): p. 12-14.
19. Van der Maat, M. and J. de Jong, *Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden-perspectief*. 2010: Nivel.
20. Van Esch, T.E., et al., *Increased cost sharing and changes in noncompliance with specialty referrals in The Netherlands*. Health Policy, 2017. **121**(2): p. 180-188.
21. Wammes, J.J.G., et al., *Identifying and prioritizing lower value services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list*. BMC medicine, 2016. **14**(1): p. 196.
22. De Jong, J., T.v. Esch, en A. Brabers, *De zorgverzekeringsmarkt: gedrag, kennis en solidariteit. Een verdiepend onderzoek naar verschillen tussen groepen verzekerden*. Utrecht: Nivel, 2017.
23. Verleun, A., et al., *De zorgverzekeringsmarkt vraagt om vaardigheden van verzekerden waar niet iedereen in dezelfde mate over beschikt*. 2016.
24. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, *Eenvoud loont. Oplossingen om schulden te voorkomen*. 2017.
25. Bos, W., *Toeslag voor bijna zes op de tien huishoudens*. ESB, 2017, <https://esb.nu/esb/20029302/toeslag-voor-bijna-zes-op-de-tien-huishoudens>.

Bijlage A Methoden

Inleiding

De resultaten in deze kennisvraag zijn gebaseerd op reeds verzamelde data binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel. Er is gebruik gemaakt van data verzameld in vier verschillende vragenlijsten uit de periode oktober 2009 – februari 2018.

Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is opgericht in 1992 en heeft als doel om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg (voor meer informatie zie[2]). Door op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg en de onderzoeksresultaten hiervan openbaar te publiceren, draagt het Consumentenpanel Gezondheidszorg bij aan de versterking van de positie van de gebruikers van de gezondheidszorg. Het Consumentenpanel is een zogenoemd access panel. Een access panel bestaat uit een groot aantal personen dat zich bereid heeft verklaard regelmatig vragen te willen beantwoorden. Op dit moment (juli 2018) bestaat het panel uit ongeveer 12.000 personen van 18 jaar en ouder. Het panel wordt op regelmatige basis verversd. Dit is nodig om het natuurlijk verloop (bijvoorbeeld het overlijden van panelleden) te compenseren. Daarnaast worden panelleden die langer lid zijn uitgeschreven om leereffecten te voorkomen. Al naar gelang hun eigen voorkeur, aangegeven bij start van panellidmaatschap, vullen panelleden de vragenlijst schriftelijk of via internet in.

Vragenlijsten

In deze kennisvraag is gebruik gemaakt van vier verschillende vragenlijsten uit de periode oktober 2009 – februari 2018. Tabel A.1 geeft het aantal respondenten per vragenlijst weer. Het grootste deel van de respondenten vulde één van de vier vragenlijsten in (N=2.784, 92%). Een klein deel van de respondenten vulde twee (N=220, 7%) respectievelijk drie vragenlijsten (N=15, 1%) in. Geen enkele respondent vulde alle vier de vragenlijsten in. Als respondenten een vraag in meerdere vragenlijsten hebben beantwoord, is in analyses waar gegevens uit meerdere vragenlijsten worden samengevoegd het meest recente antwoord van die respondent meegenomen.

Tabel A.1: Aantal respondenten per vragenlijst

Vragenlijst	Aantal respondenten
Oktober 2009	1.056
November 2013	698
Juli 2015*	763
Februari 2018	752

* De steekproef, en dus de respondenten, van de peiling van juli 2015, bevatte een oververtegenwoordiging van ouderen. Om deze peiling vergelijkbaar te maken met de andere peilingen en de algemene bevolking, is voor deze peiling een gewogen steekproef getrokken uit de oorspronkelijke steekproef van 1.621 respondenten.

Statistische analyses

De data verzameld binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn geanalyseerd met behulp van STATA, versie 15.0. Daarbij zijn beschrijvende analyses uitgevoerd (frequentieverdelingen en kruistabellen). De groepen respondenten zijn qua leeftijd en geslacht niet geheel representatief voor de Nederlandse bevolking. Voor percentages over de totale groep verzekerden is daarom een weging

toegepast. Er is in totaal gewogen in zes categorieën. De respondenten zijn uitgesplitst naar geslacht: man of vrouw. Leeftijd is gewogen in drie categorieën: 18-49 jaar, 50-64 jaar, 65 jaar en ouder. Als een weging is toegepast, is dit aangegeven bij de desbetreffende figuur of tabel.

Univariate en multiële (logistische) regressieanalyses zijn gebruikt om relaties tussen vragenlijstuitkomsten en verschillende achtergrondkenmerken te toetsen. Daar waar gecorrigeerd is voor overige achtergrondkenmerken door achtergrondkenmerken in samenhang te toetsen, is dit in de tekst (of in een voetnoot) aangegeven. Weergegeven significantieniveaus zijn afkomstig uit regressieanalyses. Alle in de tekst genoemde verschillen zijn significant ($p < 0,05$).

De respondenten hebben niet altijd alle vragen ingevuld. In het rapport worden percentages weergegeven berekend over het aantal antwoorden dat wel is ingevuld. Tevens worden bij elke figuur en tabel de aantallen respondenten (N) genoemd. Deze aantallen kunnen bovendien verschillen tussen figuren door de weging op leeftijd en geslacht.

Bijlage B Vragen Consumentenpanel

Gezondheidszorg

Vragen oktober 2009

Deel C Verplicht Eigen Risico

Hieronder staan verschillende vormen van zorg. Wilt u aangeven of u denkt dat het verplicht eigen risico hiervoor geldt?

Ik denk dat het verplicht eigen risico geldt voor:

		<i>ja</i>	<i>nee</i>	<i>weet ik niet</i>
a	Zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Huisartsenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Huisartsenpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Zittend ziekenvervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Geneesmiddelen op recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Tandheelkundige zorg voor jongeren tot 22 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Verloskundige zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Kraamzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Laboratoriumonderzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Griepvaccinatie voor risicogroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Specialistische zorg in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vragen november 2013

B. Eigen risico

Voor 2014 wordt het verplicht eigen risico waarschijnlijk vastgesteld op 360 euro. Als u in 2014 gebruik maakt van medische zorg, zult u de eerste medische kosten tot 360 euro zelf moeten betalen. We willen u nu enkele vragen stellen over het verplicht eigen risico.

Hieronder staan verschillende vormen van zorg. Wilt u aangeven of u denkt dat het *verplicht* eigen risico hiervoor geldt?

Ik denk dat het verplicht eigen risico geldt voor:

	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Weet ik niet</i>
Zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezoek aan de huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geneesmiddelen op recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelfzorggeneesmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoriumonderzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandheelkundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandheelkundige zorg voor volwassenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Weet ik niet</i>
Fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verloskundige zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraamzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische zorg in de eerste lijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische zorg in de tweede lijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale bevolkingsonderzoeken (bijvoorbeeld borstkankeronderzoek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezoek aan medisch specialist in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opname in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisartsenpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Griepprik voor risicogroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vragen juli 2015

C Eigen risico

Hieronder staan verschillende vormen van zorg. Wilt u aangeven of u denkt dat het **verplicht eigen risico** hiervoor geldt?

	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Weet ik niet</i>
Bezoek aan de huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geneesmiddelen op recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelfzorggeneesmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoriumonderzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verloskundige zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraamzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezoek aan medisch specialist in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opname in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisartsenpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonisch consult huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandheeskundige zorg voor volwassenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandheeskundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In hoeverre bent u op de hoogte van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen?

- Ik heb er nog nooit van gehoord
- Ik heb er wel eens van gehoord maar weet niet wat het is
- Ik heb er wel eens van gehoord en weet ongeveer wat het is
- Ik weet precies wat het is

Hieronder staan verschillende regelingen waarmee (hoge) zorgkosten gecompenseerd kunnen worden. In hoeverre bent u op de hoogte van deze regelingen?

	<i>Ik heb er nog nooit van gehoord</i>	<i>Ik heb er wel eens van gehoord maar weet niet wat het is</i>	<i>Ik heb er wel eens van gehoord en weet ongeveer wat het is</i>	<i>Ik weet precies wat het is</i>
Zorgtoeslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen, 'zonder' eigen risico (eigen risico afgekocht/herverzekerd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken via de Wmo en/of de bijzondere bijstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgkosten aftrekken van de belasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hieronder staat een aantal stellingen over de zorgtoeslag. Wilt u aangeven of u denkt dat deze stellingen waar of niet waar zijn?

	<i>Niet waar</i>	<i>Waar</i>
De hoogte van de zorgtoeslag hangt af van het inkomen van een persoon/huishouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De hoogte van de zorgtoeslag hangt af van de zorgkosten van een persoon/huishouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De zorgtoeslag is een bijdrage voor het eigen risico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De zorgtoeslag is een bijdrage voor de zorgkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De zorgtoeslag is een bijdrage voor de zorgverzekeringspremie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vragen februari 2018

B Uw zorgverzekering

Hieronder staan verschillende regelingen waarmee (hoge) zorgkosten gecompenseerd kunnen worden. In hoeverre bent u op de hoogte van deze regelingen?

	<i>Ik heb er nog nooit van gehoord</i>	<i>Ik heb er wel eens van gehoord maar weet niet wat het is</i>	<i>Ik heb er wel eens van gehoord en weet ongeveer wat het is</i>	<i>Ik weet precies wat het is</i>
Zorgtoeslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen, 'zonder' eigen risico (eigen risico afgekocht/herverzekerd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken via de Wmo en/of de bijzondere bijstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgkosten aftrekken van de belasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Eigen risico

Hieronder staan verschillende vormen van zorg. Wilt u aangeven of u denkt dat het **verplicht eigen risico** hiervoor geldt?

	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Weet ik niet</i>
Bezoek aan de huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geneesmiddelen op recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelfzorggeneesmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoriumonderzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verloskundige zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraamzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezoek aan medisch specialist in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opname in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisartsenpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonisch consult huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Weet ik niet</i>
Tandheelkundige zorg voor volwassenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandheelkundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als u zorg gebruikt moet u daar soms voor betalen. Voor de meeste zorg in het basispakket geldt een eigen risico. Dit is een maximum bedrag per jaar dat u betaalt als u zorg gebruikt. Voor sommige zorg wordt een eigen bijdrage gevraagd. Dit kan een vast bedrag zijn of een percentage van de kosten. Een eigen risico en een eigen bijdrage zijn verschillende manieren van bijbetalen.

Hieronder staan verschillende vormen van zorg. Wilt u aangeven of u denkt dat hiervoor een **eigen risico** of **eigen bijdrage** geldt, of **allebei**?

	<i>Alleen eigen risico</i>	<i>Alleen eigen bijdrage</i>	<i>Zowel eigen bijdrage als eigen risico</i>	<i>Weet ik niet</i>
Gebroken been dat is behandeld in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraamzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunstgebit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoortoestel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>