

**Rapportage**

**Evaluatie aspecten  
verplicht eigen risico  
2012 en 2013**

- Betalingsregelingen eigen risico Zvw
- Sturing met eigen risico



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Aanleiding	4
1.2 Conclusie	4
<b>2. Betalingsregelingen eigen risico</b>	<b>5</b>
2.1 Aanbod betalingsregelingen	5
2.2 Gebruik van betalingsregelingen eigen risico	7
2.3 Ontwikkeling betalingsregelingen eigen risico	7
<b>3. Sturing met eigen risico</b>	<b>9</b>
3.1 Inzet van het sturingsinstrument	9
3.2 Ontwikkeling gebruik sturingsinstrument	11

## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

De minister van VWS voert een evaluatieonderzoek uit naar de effecten van de verhoging van het wettelijk verplicht eigen risico in 2013 van 220 naar 350 euro. In dit kader heeft de minister de NZa gevraagd om onderzoek te doen naar een tweetal aspecten, te weten het gebruik van:

- betalingsregelingen voor het verplicht eigen risico en;
- het verplicht eigen risico als sturingsinstrument door de zorgverzekeraars.

Het onderzoek richt zich op de jaren 2012 tot en met 2014 en het mogelijke effect van de verhoging van het verplicht eigen risico.

Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van de polisvoorwaarden, informatie op de websites en een uitvraag bij de zorgverzekeraars. In hoofdstuk 2 en 3 zijn de bevindingen weergegeven.

### 1.2 Conclusie

Uit de analyses blijkt dat de meeste zorgverzekeraars al sinds 2012 betalingsregelingen voor het verplicht eigen risico aanbieden. Sinds 2013 is er een forse toename zichtbaar van het gebruik hiervan. Het grootste deel van de verzekerden wat gebruik maakt van een betalingsregeling doet dit wanneer zij zorgkosten hebben gemaakt.

Ruim 60% van de zorgverzekeraars maakt gebruik van de mogelijkheid om te sturen met het verplicht eigen risico. De meest voorkomende vrijstellingen op het verplicht eigen risico betreffen farmaceutische zorg en preferente geneesmiddelen. In mindere mate wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheid om deelname aan een zorgprogramma uit te sluiten van het verplicht eigen risico. Veel gehoorde argumenten hiervoor zijn sturing van zorgvraag en preferentie. Redenen om niet aan sturing te doen liggen in de complexiteit van sturing en de verwachte beperkte opbrengsten.

## 2. Betalingsregelingen eigen risico

Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden een regeling aanbieden voor het gespreid betalen van het verplicht eigen risico. Hiermee kunnen betalingsachterstanden en een regulier incassotraject worden voorkomen.

De twee vormen van betalingsregelingen die voorkomen zijn:

- betaling vooraf (gedurende het eigen risico jaar) van een maandelijks bedrag tot het maximale eigen risico, met een verrekening achteraf voor het feitelijk gebruikte eigen risico;
- betaling achteraf van een maandelijks bedrag, waarvan de hoogte en het aantal termijnen afhangt van het verschuldigde eigen risico. Bij enkele verzekeraars mag het bedrag, binnen bepaalde grenzen, door de verzekerde zelf worden bepaald.

### 2.1 Aanbod betalingsregelingen

In tabel 2.1 is het aantal zorgverzekeraars weergegeven dat een betalingsregeling heeft voor het verplicht eigen risico. Tabel 2.2 toont het percentage verzekerden dat daardoor (potentieel) van een betalingsregeling gebruik kan maken. In de jaren 2012 tot met 2014 zijn er 26 zorgverzekeraars, verdeeld over 9 concerns.

**Tabel 2.1: Aantal zorgverzekeraars met een betalingsregeling verplicht eigen risico**

	2012	2013	2014
<i>Totaal aantal zorgverzekeraars</i>	26	26	26
Aantal zorgverzekeraars met een betalingsregeling	20	23	24
<i>Betalingsregelingen voor doelgroepen</i>			
Iedereen	15	23	24
Klanten gemeente (sociale dienst, kredietbank e.d.)	5	0	0
<i>Vorm van betalingsregelingen</i>			
Vooraf per maand tot max. eigen risico bedrag	4	6	6
Achteraf per maand	14	15	16
Vooraf of achteraf naar keuze	2	2	2

Bron: uitvraag onder zorgverzekeraars door NZa

**Tabel 2.2: Percentage verzekerden dat gebruik kan maken van een betalingsregeling voor het verplicht eigen risico**

	2012	2013	2014
<i>Zorgverzekeraar heeft een betalingsregeling</i>			
Percentage van alle verzekerden 18+	65%	94%	94%
<i>Betalingsregelingen opgesplitst naar doelgroepen</i>			
Iedereen	64%	94%	94%
Klanten gemeente (sociale dienst, kredietbank e.d.)	1% <sup>1</sup>		
<i>Betalingsregelingen opgesplitst naar vorm</i>			
Vooraf per maand tot max. eigen risico bedrag	20%	23%	23%
Achteraf per maand	41%	67%	66%
Vooraf of achteraf naar keuze	4%	4%	4%

Bron: uitvraag onder zorgverzekeraars door NZa

<sup>1</sup> Het percentage betreft alleen de doelgroep 'Klanten gemeente'. De zorgverzekeraars die dit in 2012 aanbieden hebben een marktaandeel van 28%.

## 2.2 Gebruik van betalingsregelingen eigen risico

In tabel 2.3 is de omvang van het gebruik van de betalingsregelingen verplicht eigen risico opgenomen.

De cijfers dienen met de nodige voorzichtigheid te worden beschouwd. De administratie van de zorgverzekeraars is er niet op ingericht om de exacte cijfers van de betalingsregelingen specifiek voor het verplicht eigen risico weer te geven. Dit geldt met name voor het betaalgedrag wanneer verzekerden gebruik maken van een regeling voor gespreide betaling van het verplicht eigen risico, omdat betalingsachterstanden in het reguliere incassoproces van premies, eigen risico en eigen bijdragen terecht komen.

Voor zover mogelijk zijn de cijfers van zorgverzekeraars die wel (plausibele) gegevens konden aanleveren, geëxtrapoleerd naar een landelijk totaal. Omdat het maar om een beperkt aantal verzekeraars gaat kunnen hier alleen globale conclusies aan worden verbonden. Voor het betaalgedrag op de regelingen was dit niet mogelijk.

**Tabel 2.3 Gebruik van de betalingsregelingen verplicht eigen risico (globale cijfers)**

	2012	2013	2014 prognose
Geraamde opbrengst verplicht eigen risico <sup>2</sup>	€ 2.000 mln	€ 2.900 mln	€ 3.100 mln
Totaal aantal verzekerden wat gebruik maakt van de mogelijkheid om het verplicht eigen risico gespreid te betalen	0,3 mln	0,7 mln	1 mln
Percentage van premiebetalende verzekerden	2%	5%	7,5%
Bedrag gespreide betaling eigen risico	€ 65 mln	€ 225 mln	€ 340 mln
Percentage gespreid betaald eigen risico	3%	8%	11%
Betalingsachterstand op de regeling (te laat of nog niet betaald)	onbekend	onbekend	onbekend

Bron: uitvraag onder zorgverzekeraars door NZa

## 2.3 Ontwikkeling betalingsregelingen eigen risico

Uit de tabellen blijkt het volgende:

- Het aanbod van betalingsregelingen voor het verplicht eigen risico is van 2012 op 2013 sterk toegenomen. In 2012 kon 65% van de verzekerden van 18 jaar of ouder gebruik maken van een betalingsregeling, in 2013 en 2014 is dit 94%.
- Het gebruik van de betalingsregelingen stijgt. In 2012 is voor 3% van het verschuldigd verplicht eigen risico een regeling voor gespreid betalen aangevraagd, in 2013 is dit gestegen naar 8%. Zorgverzekeraars verwachten dat het percentage betalingsregelingen oploopt tot 11% in 2014.

Van het betaalgedrag op de betalingsregelingen hebben wij geen betrouwbaar beeld gekregen. In paragraaf 2.2 is de reden hiervan aangegeven. Wel kan op hoofdlijnen het volgende worden geconcludeerd. Bij de regelingen waarbij het verplicht eigen risico vooraf

<sup>2</sup> De opbrengst eigen risico betreft de geraamde opbrengsten verplicht eigen risico volgens de voorlopig toegekende vereveningsbijdragen door het Zorginstituut Nederland (2012 en 2013) en Begroting VWS, Financieel Beeld Zorg (2014).

in termijnen wordt betaald (ruim 40% van het totaal) is betalingsachterstand op de regeling niet aan de orde; als de termijnen vooraf niet worden betaald, dan krijgt de verzekerde in het reguliere proces een factuur voor het eigen risico. Bij betalingsregelingen met betaling van termijnen achteraf hebben slechts enkele zorgverzekeraars zeer globale schattingen van betalingsachterstanden opgegeven. Deze variëren van 0,2% tot 6% van het te betalen eigen risico over 2012 en van 1,5% tot 15% van het te betalen eigen risico over 2013. Hieruit blijkt een toename van betalingsachterstanden op het eigen risico.



### 3. Sturing met eigen risico

Sinds januari 2009 kunnen zorgverzekeraars op grond van artikel 2.17, 2<sup>e</sup> lid van het Besluit Zorgverzekering bepalen dat kosten van het gebruik van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, als:

- de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder, of
- de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
- de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel of hulpmiddel.

Dit onderzoek richt zich op de jaren 2012 tot en met 2014 en het mogelijke effect van de sterke verhoging van het verplicht eigen risico van 2012 op 2013 van € 220 naar € 350.

#### 3.1 Inzet van het sturingsinstrument

Zorgverzekeraars die het sturingsinstrument toepassen, doen dat voor alle zorgverzekeraars en alle modelovereenkomsten binnen dat concern op dezelfde manier. Hierop zijn twee uitzonderingen: in 2012 zette één zorgverzekeraar binnen een concern het sturingselement nog niet in en in 2014 past één concern het sturingsinstrument voor het eerst toe bij één polis.

In tabel 3.1 is in beeld gebracht hoeveel zorgverzekeraars sturingsinstrumenten daadwerkelijk toepassen. Enkele zorgverzekeraars hebben in hun polisvoorwaarden wel de mogelijkheid van het sturingsinstrument opgenomen, maar hebben (nog) geen zorgaanbieder of zorg aangewezen waarop dit van toepassing is. Deze zijn in de tabellen niet meegeteld.

**Tabel 3.1: Aantal zorgverzekeraars die het eigen risico gebruiken als sturingsinstrument**

	2012	2013	2014
<i>Totaal aantal zorgverzekeraars</i>	26	26	26
<i>Zorgverzekeraar past sturing toe</i>			
Aantal concerns	4	4	5
Aantal zorgverzekeraars	17	15	16
<i>Aangewezen zorgaanbieder:</i>			
Farmaceutische zorg	0	0	7
Medisch spec. Zorg	5	0	1
<i>Aangewezen zorg:</i>			
Een programma voor een aandoening	10	8	6
<i>Een aangewezen:</i>			
Geneesmiddel	7	7	8

Bron: Polisvoorwaarden zorgverzekeraars

In tabel 3.2 is in beeld gebracht hoeveel procent van de verzekerden van 18 jaar of ouder een polis heeft waarbij de zorgverzekeraar het sturingsinstrument toepast. In de tabel zijn alleen de verstrekkingen opgenomen waarvoor daadwerkelijk sturingsinstrumenten zijn ingezet. Op basis hiervan is niet te concluderen hoeveel verzekerden daadwerkelijk zijn gestuurd op deze wijze.

**Tabel 3.2: Percentage verzekerden Zvw waarvoor het sturingsinstrument geldt (volgens de polisvoorwaarden)**

	2012	2013	2014
<i>Zorgverzekeraar past sturing toe</i>			
Percentage van alle verzekerden 18+	71%	60%	59%
<i>Aangewezen zorgaanbieder:</i>			
Farmaceutische zorg			30%
Medisch specialistische zorg	22%		0% <sup>3</sup>
<i>Aangewezen zorg:</i>			
Een programma voor een aandoening	45%	34%	28%
<i>Een aangewezen:</i>			
Geneesmiddel	25%	26%	29%

Bron: Polisvoorwaarden zorgverzekeraars

Bij farmaceutische zorg betreft het de beoordeling van medicijngebruik.

<sup>3</sup> Afgerond 0%.

Bij medisch specialistische zorg betreft het enkele kostbare, planbare behandelingen bij een aantal aangewezen ziekenhuizen.

Bij 'aangewezen zorg' betreft het met name on-line programma's met betrekking tot depressie. Daarnaast heeft een zeer gering deel (2% van de verzekerden) in 2013 en 2014 betrekking op stoppen met roken.

Bij de aangewezen geneesmiddelen betreft het met name preferente geneesmiddelen en voor een klein deel van de verzekerden anti-conceptiemiddelen.

De NZa heeft de zorgverzekeraars in haar uitvraag de vraag gesteld wat de motivatie is om wel of geen gebruik te maken van het sturingsinstrument van het verplicht eigen risico.

Een aantal zorgverzekeraars gaf hierop aan dat bijvoorbeeld een programma tegen depressie en beoordeling van medicijngebruik met name worden ingezet in het kader van preventie. Doel hiervan is om op termijn onnodige zorgkosten te vermijden. Vrijstelling van het verplicht eigen risico neemt voor consumenten een mogelijke financiële drempel weg om hier aan deel te nemen. Andere redenen die worden genoemd zijn algemene bevordering van de gezondheid en bescherming van specifieke groepen verzekerden (minima). Een zorgverzekeraar vindt de regeling rond anticonceptie onredelijk en sluit anticonceptie daarom uit van het verplicht eigen risico. Anticonceptie valt tot een leeftijd van 20 jaar onder de basisverzekering. Voor verzekerden in de leeftijd van 18 tot 20 jaar valt anticonceptie daardoor onder het verplicht eigen risico.

Ook is er een aantal zorgverzekeraars dat geen gebruik maakt van het sturingsinstrument. Zij gaven aan dat zij twijfels hebben bij de doelmatigheid van het instrument. Zo is er geen prikkel voor de verzekerde om door te zetten bij deelname aan een programma. Ook is het verwachte financiële resultaat beperkt. Daarnaast werd de complexiteit van de operationele uitvoering als een drempel genoemd. Dit is door de zorgverzekeraars helaas niet verder toegelicht. Tot slot vond een enkeling het onredelijk dat andere verzekerden moeten betalen voor de kosten van de vrijstelling op het verplicht eigen risico.

### **3.2 Ontwikkeling gebruik sturingsinstrument**

Uit de tabellen blijkt dat de toepassing van het verplicht eigen risico als sturingsinstrument, gemeten naar het percentage premiebetalende verzekerden met dergelijke polisvoorwaarden, van 2012 op 2013 en 2014 is afgenomen. Dit heeft vooral de volgende oorzaak.

Van 2012 op 2013 is een groot concern gestopt met het inzetten van het sturingsinstrument. Daartegenover zijn in 2013 en 2014 een zorgverzekeraar binnen een concern en twee kleinere concerns het sturingsinstrument gaan inzetten.

Een zorgverzekeraar heeft over het stoppen met het instrument aangegeven dat als verzekerden zelf een bedrag moeten betalen, zij eerder geneigd zijn het volledige preventieve programma te volgen. Deze prikkel zou vervallen wanneer zij geen verplicht eigen risico hoeven te betalen. Daar staat echter tegenover dat een andere zorgverzekeraar afronding van een programma als voorwaarde stelt om voor vrijstelling van het verplicht eigen risico in aanmerking te komen.