

Gepaste eigen betalingen in de basisverzekering

Het vervangen van het huidige eigen risico in de basisverzekering door een systeem van gepaste eigen betalingen, komt een gepast gebruik van zorg ten goede. In dit systeem varieert de eigen betaling met de ziektelast van de aandoening, de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling en de doelmatigheid van zorgaanbieders.

RICHARD VAN KLEEF

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

WYNAND VAN DE VEN

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

De Zorgverzekeringswet (Zvw) kent een verplicht eigen risico van 220 euro per volwassene per jaar voor 2012. In het Lenteakkoord is afgesproken het eigen risico in 2013 te verhogen naar 350 euro per jaar. Onderzoek laat zien dat een eigen risico het zorggebruik flink kan afremmen (Newhouse, 1993). Een belangrijk nadeel van het eigen risico is echter dat het vrijwel uniform wordt toegepast. Zo maakt het geen onderscheid tussen aandoeningen met een hoge ziektelast en aandoeningen met een lage ziektelast, terwijl dit vanuit het oogpunt van solidariteit wel wenselijk zou zijn. Ook maakt het geen onderscheid naar de effectiviteit van behandelingen,

waardoor het hierboven genoemde remeffect niet alleen optreedt bij weinig effectieve zorg maar ook bij zeer effectieve zorg (Newhouse, 1993). Ten slotte wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen doelmatige en minder doelmatige zorg, wat niet stimuleert tot een gepast gebruik van zorg. Deze nadelen zullen toenemen als het eigen risico de komende jaren wordt verhoogd. De nadelen kunnen worden vermeden door het eigen risico in de Zvw te vervangen door 'gepaste eigen betalingen', dat wil zeggen eigen betalingen die variëren met de ziektelast van de aandoening, de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling en de doelmatigheid van zorgaanbieders.

ZIEKTELAST

In 1991 heeft de Commissie Keuzen in de zorg (1991) geadviseerd dat zorg in het basispakket aan vier criteria moet voldoen: de zorg is noodzakelijk, werkzaam, doelmatig, en kan niet voor eigen rekening en verantwoording blijven. Een behandeling is noodzakelijk indien de aandoening het vermogen tot normaal functioneren als lid van de Nederlandse samenleving verhindert of belemmert. Alleen zorg waarvan de werkzaamheid is bewezen en gedocumenteerd, hoort volgens de commissie in het basispakket thuis. Aangenomen werkzaamheid moet daarbij alsnog worden aangetoond. Voorts adviseerde de commissie een ondergrens van doelmatigheid te hanteren, die wordt bereikt bij een lage effectiviteit in combinatie met zeer hoge kosten.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

Poley *et al.* (2002) hebben een werkbaar invulling gegeven aan het begrip 'noodzakelijke zorg' door het te definiëren in termen van ziektebelasting: het percentage van de gezondheidsverwachting dat een patiënt naar verwachting zou verliezen indien zijn of haar aandoening niet zou worden behandeld. Hierbij kan gezondheid worden uitgedrukt in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (QALY's). Voorbeelden van aandoeningen die op basis van deze definitie met een relatief lage ziektebelasting gepaard gaan zijn verkoudheid, kalknagels en acute bronchitis. Voorbeelden van aandoeningen met een relatief hoge ziektebelasting zijn pneumokokken, pulmonale hypertensie en non-Hodgkin-lymfom (Poley *et al.*, 2002).

Op dit moment wordt het criterium 'ziektebelasting' hoofdzakelijk toegepast bij de vraag of een behandeling wel of niet in het basispakket thuisheeft. Dit criterium zou echter ook een rol kunnen spelen bij de hoogte van de eigen betaling voor behandelingen in het pakket. Deze aanpak wordt in het Belgische en Franse zorgsysteem reeds toegepast voor geneesmiddelen. Tabel 1 toont ter illustratie het systeem in België waar geneesmiddelen zijn ingedeeld in zes categorieën. Categorie A bevat levensnoodzakelijke geneesmiddelen zoals insuline en middelen tegen kanker. Geneesmiddelen in deze categorie worden volledig vergoed, dat wil zeggen, ze kennen geen eigen betaling. Categorie D bevindt zich aan de andere kant van het spectrum en bevat geneesmiddelen voor de behandeling van aandoeningen met een beperkte ziektebelasting, zoals pijnstillers en slaapmiddelen. Deze geneesmiddelen vallen volledig buiten het pakket. Voor de tussenvallende categorieën loopt de eigen betaling op naarmate de noodzakelijkheid afneemt.

EFFECTIVITEIT EN DOELMATIGHEID

De criteria 'effectiviteit' en 'doelmatigheid' dienen in samenhang te worden gezien. Ook deze criteria spelen in combinatie met de ziektebelasting een rol bij de vraag of een behandeling wel of niet in het basispakket wordt opgenomen. Effectiviteit betreft de werkzaamheid van een behandeling en kan worden uitgedrukt in het aantal gewonnen QALY's. Het criterium 'doelmatigheid' beschouwt de werkzaamheid in relatie tot de kosten en kan worden uitgedrukt in kosten per gewonnen QALY. Evenals ziektebelasting zouden werkzaamheid en doelmatigheid een rol kunnen spelen bij de hoogte van de eigen betaling. Deze aanpak wordt reeds toegepast in de Verenigde Staten onder de naam *value-based in-*

surance design (VBID). Zorgverzekeringen in de Verenigde Staten kennen een traditie van zeer hoge eigen betalingen. De essentie van VBID is dat eigen betalingen worden gereduceerd of komen te vervallen voor behandelingen die relatief effectief zijn in verhouding tot de kosten. Voor behandelingen die beperkt of niet effectief zijn in verhouding tot de kosten blijven de eigen betalingen gelijk of worden zelfs verhoogd. Cher-

Eigen betalingen voor geneesmiddelen naar categorie in België

TABEL 1

Cat.	Soort geneesmiddelen	Voorbeeld	Eigen betaling in 2012 ¹
A	Levensnoodzakelijke geneesmiddelen	Middelen tegen kanker, diabetes, epilepsie	0 euro + 0 procent van de kostprijs
B	Niet levensnoodzakelijke, doch therapeutisch belangrijke geneesmiddelen	Antibiotica, middelen tegen astma, hoge bloeddruk	2,50 euro + 27 procent van de kostprijs; max. 11,30 euro
C	Geneesmiddelen voor symptomatische behandeling	Slijmoplossers, maagzuurremmers voor kortstondig gebruik	5,00 euro + 54 procent van de kostprijs; max. 14,10 euro
Cs	Minder nuttige geneesmiddelen op sociaal en medisch vlak	Griepvaccin	6,00 euro + 65 procent van de kostprijs; geen maximum
Cx	Restcategorie	Anticonceptiepil	8,00 euro + 86 procent van de kostprijs; geen maximum
D	Geneesmiddelen die volledig buiten het pakket vallen	Slaapmiddelen	100 procent

¹ Deze tarieven gelden voor 'gewone' (ofwel niet-preferentieel) verzekerden en geneesmiddelen buiten het ziekenhuis met een kostprijs van minimaal 14,38 euro. Voor preferentieel verzekerden gelden lagere tarieven. Binnen het ziekenhuis gelden andere eigen betalingen. Bij een lagere kostprijs gelden hogere percentages. De vermelde maxima gelden per verstrekking.

Bron: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, 2012

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

new *et al.* (2007) en Maciejewski *et al.* (2010) geven een aantal voorbeelden van hoe VBID precies wordt toegepast. In de meeste gevallen betreft het een reductie van eigen betalingen voor veelgebruikte medicijnen voor chronische aandoeningen zoals diabetes, astma, hypertensie, hoog cholesterol en hartfalen. Omdat het concept van VBID nog in de kinderschoenen staat, is niet veel bekend over de precieze effecten in termen van gezondheidsuitkomsten.

Het verlagen of laten vervallen van de eigen betaling leidt tot het beter opvolgen van voorschriften door patiënten

Een aantal recente studies laat wel zien dat het verlagen of laten vervallen van de eigen betaling leidt tot het beter opvolgen van voorschriften door patiënten (Choudry *et al.*, 2010a; Maciejewski *et al.*, 2010). Chernew *et al.* (2010) laten zien dat VBID zelfs in staat is de totale kosten van gezondheidszorg te reduceren: de toename van medicijngebruik door een verminderde eigen betaling bleek in het betreffende onderzoek te leiden tot een meer dan evenredige afname van overig zorggebruik. Ondanks het feit dat de effecten van VBID nog niet volledig in kaart zijn gebracht, wint het concept sterk aan populariteit: bij twintig procent van de grote Amerikaanse werkgevers-gebaseerde zorgverzekeringen wordt VBID reeds toegepast en bij tachtig procent bestaat het voornemen dit in de toekomst te gaan (of blijven) doen (Choudry *et al.*, 2010b). Hierbij dient te worden opgemerkt dat VBID nu vooral is gericht op medicijnen en preventie en nog niet zozeer op andere zorgvormen (Robinson, 2010).

Het is van groot belang om het criterium 'werkzaamheid' te beschouwen in relatie tot het relevante indicatiegebied, dat wil zeggen de relevante aandoening of patiëntkarakteristieken (Van de Ven, 2000). Zo is de gezondheidswinst van bètablokkers groter wanneer deze worden gebruikt voor de behandeling van hartfalen dan voor de behandeling van faalangst. In de Verenigde Staten wordt VBID daarom vaak toegepast in relatie tot de diagnose, wat erop neerkomt dat de eigen

betaling voor bètablokkers lager is wanneer deze wordt voorgeschreven bij de diagnose 'hartfalen' dan bij de diagnose 'faalangst' (Chernew *et al.*, 2007).

In vergelijking met de criteria 'ziektelast' en 'werkzaamheid' is 'doelmatigheid' een meer dynamisch begrip. Doelmatigheid verschilt namelijk niet alleen tussen behandelingen en indicatiegebieden maar ook tussen zorgaanbieders. Een indicatie hiervoor is het bestaan van grote regionale verschillen in het voorschrijven en behandelgedrag van artsen. Zo zijn er, na correctie voor achtergrondkenmerken, zeer grote verschillen in het aantal operaties voor rughernia, spataderen, vaatvernaauwing in de benen, beknelde polsenuw en goed-aardige prostaatvergroting (Plexus, 2011). Deze variatie kan duiden op onder- of overbehandeling en dus op verschillen in doelmatigheid van zorgaanbieders. Zoals aangegeven in het rapport van Plexus brengen onder- en overbehandeling belangrijke nadelen met zich mee: "Bij overbehandeling kan er sprake zijn van onnodige risico's: meer interveniëren dan waar medisch gezien aanleiding voor is en het daarmee onnodig blootstellen van patiënten aan de risico's en/of bijwerkingen die aan een interventie zijn verbonden. Bij onderbehandeling krijgen patiënten niet de zorg die zij eigenlijk nodig hebben, waardoor de kans op optimale zorguitkomsten wordt verkleind." Vanuit het oogpunt van doelmatigheid zou de hoogte van de eigen betaling dus ook moeten kunnen variëren over zorgaanbieders.

ROL VOOR OVERHEID EN ZORGVERZEKERAARS

Een belangrijke vraag is wie dit systeem van gepaste eigen betalingen zou moeten gaan uitvoeren. Het afstemmen van de eigen betaling op de ziektebelasting, effectiviteit en doelmatigheid binnen het betreffende indicatiegebied ligt sterk in het verlengde van het pakketbeheer zoals dat momenteel wordt uitgevoerd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en waarover het CVZ de regering adviseert. Het ligt daarom voor de hand dat het CVZ ook een adviesfunctie heeft voor het koppelen van de eigen betaling aan deze criteria. Een systeem van gepaste eigen betalingen bevordert niet alleen een gepast gebruik van zorg maar biedt ook mogelijkheden tot een meer verfijnd pakketbeheer dan nu. Op dit moment is de uitkomst van het pakketbeheer tamelijk zwart-wit: een behandeling voor een bepaalde aandoening komt op basis van de bovengenoemde criteria wel óf niet in aanmerking voor vergoeding. Als uitzonderingen gelden hier bepaalde zorgvormen waarvoor slechts een beperkt

aantal behandelingen voor vergoeding in aanmerking komt, zoals fysiotherapie en IVF, en bepaalde behandelingen waarvoor al een specifieke eigen bijdrage bestaat, zoals incontinentiemateriaal en geestelijke gezondheidszorg. Een nadeel van deze zwart-witbenadering is dat voor behandeling A die ruimschoots in het pakket thuishoort – dat wil zeggen zeer hoge effectiviteit, zeer hoge doelmatigheid voor aandoeningen met zeer hoge ziektelast – in beginsel dezelfde vergoeding geldt als voor behandeling B. Deze behandeling valt maar net binnen het pakket vanwege relatief lage effectiviteit, relatief lage doelmatigheid, of voor aandoeningen met relatief lage ziektelast. Bij een systeem van gepaste eigen betalingen zouden beide behandelingen nog steeds in het pakket worden opgenomen, maar geldt voor behandeling B een hogere eigen betaling dan voor behandeling A. Een dergelijke benadering maakt het bovendien makkelijker om te bezuinigen op behandelingen voor aandoeningen met een relatief lage ziektelast. Onlangs heeft minister Schippers van VWS aangegeven 1,3 miljard te willen bezuinigen door ‘aandoeningen met een lage ziektelast die veel meer als ongemak kunnen worden aangemerkt’ uit het pakket te verwijderen. In de *Uitvoeringstoets lage-ziekte-lastbenadering* komt het CVZ echter tot de conclusie dat een bezuiniging met die omvang niet haalbaar is (Gimbrère, 2012). Voor een besparing van 1,3 miljard zou ook zorg met een relatief hoge ziektelast uit het pakket moeten worden verwijderd, hetgeen zou kunnen leiden tot gezondheidsschade, al geeft het CVZ daarvoor geen onderbouwing. Een systeem van gepaste eigen betalingen kan uitkomst bieden: in plaats van bepaalde behandelingen volledig uit het pakket te verwijderen zou per aandoening of behandelingscombinatie een specifieke eigen betaling kunnen worden ingevoerd die – ceteris paribus – toeneemt met een lagere ziektelast.

Het bovenstaande houdt echter nog geen rekening met verschillen in doelmatigheid tussen zorgaanbieders. Zo geeft het geen directe prikkels om de eerder genoemde onder- en overbehandeling tegen te gaan. Idealiter is de eigen betaling hoger wanneer deze wordt verleend door een relatief ondoelmatige zorgaanbieder. Om een aantal redenen ligt het voor de hand om de eigen betaling op dit onderdeel te laten bepalen door de verzekeraar en niet door de regering. Zo hebben verzekeraars meer middelen en mogelijkheden om zorgaanbieders te toetsen op voorschrijfbeleid, kwaliteit en doelmatigheid dan de regering en

het CVZ. Daarnaast biedt de Zvw zorgverzekeraars al verschillende mogelijkheden om de eigen betaling te laten variëren over zorgaanbieders. Bovendien sluit het afstemmen van de eigen betaling op de kwaliteit en doelmatigheid van zorgaanbieders naadloos aan op de zorginkoop rol van verzekeraars.

CONTOUREN VAN GEPASTE EIGEN BETALINGEN

Tabel 2 laat zien hoe een systeem van gepaste eigen betalingen er op basis van bovenstaande overwegingen uit zou kunnen zien. Het CVZ adviseert de regering op basis van de ziektelast van de aandoening en de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling over de hoogte van de wettelijk vast te stellen eigen betaling (WEB) voor een behandeling of geneesmiddel. Deze WEB kan een continu karakter hebben, dat wil zeggen hoe hoger de ziektelast, effectiviteit of doelmatigheid hoe lager – ceteris paribus – de eigen betaling. Voor

Systeem van gepaste eigen betalingen¹

TABEL 2

	Zorgaanbieder die geheel aan het doelmatigheidscriterium van de zorgverzekeraar voldoet (veel sterren)	Zorgaanbieder die slechts gedeeltelijk of in het geheel niet aan het doelmatigheidscriterium van de zorgverzekeraar voldoet (weinig of geen sterren)
Behandeling met hoge effectiviteit en hoge doelmatigheid voor een aandoening met hoge ziektelast	Gepaste eigen betaling = 0	Gepaste eigen betaling = 0 + Y
Behandeling met beperkte effectiviteit of beperkte doelmatigheid, of voor een aandoening met lage ziektelast	Gepaste eigen betaling = WEB – X	Gepaste eigen betaling = WEB + Y

¹ Waarbij de hoogte van de eigen betaling afhangt van de ziektelast van de aandoening, van de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling, en van de doelmatigheid van de zorgaanbieders.

behandelingen met hoge effectiviteit, hoge doelmatigheid en voor een aandoening met hoge ziektelast geldt de laagste WEB. In het voorbeeld van tabel 2 geldt voor deze behandelingen een eigen betaling van nul euro. Voor behandelingen met meer beperkte effectiviteit, doelmatigheid of lage ziektelast geldt een hogere WEB. De overheid bepaalt daarbij tevens een wettelijk maximumbedrag dat een verzekerde per jaar kwijt is aan WEB. Zodra het wettelijk maximumbedrag aan WEB is bereikt, zijn geen verdere wettelijk vastgestelde eigen betalingen verschuldigd.

Blijft beloning achterwege dan hebben patiënten juist een prikkel om gebruik te maken van ondoelmatige aanbieders met een te ruim indicatie- of behandelbeleid waardoor doelmatige aanbieders uiteindelijk slechter af zijn

De zorgverzekeraar heeft vervolgens de mogelijkheid de eigen betaling te verlagen (mogelijk tot nul) als verzekerden gebruikmaken van zorgaanbieders die zo min mogelijk buiten het bewezen indicatiegebied voorschrijven en zich kenmerken door een doelmatige bedrijfsvoering. Ook is het de zorgverzekeraar toegestaan om de eigen betaling te verhogen wanneer verzekerden gebruikmaken van aanbieders die relatief veel buiten het bewezen indicatiegebied voorschrijven of zich kenmerken door een relatief ondoelmatige bedrijfsvoering. Ook deze verhogingen (Y) en verlagingen (X) kunnen een continu karakter hebben. Het is hierbij belangrijk dat verzekeraars beschikken over een hanteerbare set van prestatie-indicatoren. Thans maken zorgverzekeraars al gebruik van gedifferentieerde contracten met zorgaanbieders, mede afhankelijk van het aantal sterren dat de zorgverzekeraar aan de betreffende zorgaanbieder heeft toegekend. De zorgverzekeraar kan ook de extra eigen betalingen voor zijn verze-

kerden afhankelijk maken van het aantal sterren van de zorgaanbieder. Met het oog op de zorgplichtbepaling in de Zvw dient de verzekeraar er wel voor te zorgen dat elke behandeling binnen het relevante indicatiegebied toegankelijk is tegen maximaal de WEB. De door de zorgverzekeraar vastgestelde extra eigen betalingen tellen niet mee voor het bereiken van het maximumbedrag aan WEB.

De door de zorgverzekeraar vastgestelde verhoging (Y) of verlaging (X) van de WEB stimuleert de patiënt gebruik te maken van relatief doelmatige zorgaanbieders die een gepast indicatie- of behandelbeleid hanteren. Deze zorgaanbieders worden hierdoor beloond met meer patiënten. Dit is een groot verschil ten opzichte van een uniforme eigen betaling waarbij geen onderscheid wordt gemaakt naar doelmatigheid en die als gevolg heeft dat doelmatige zorgaanbieders juist worden afgestraft omdat patiënten mogelijk overstappen naar aanbieders die een te ruim indicatie- of behandelbeleid hanteren. Het is overigens goed mogelijk dat verzekeraars al een groot doelmatigheidseffect bereiken wanneer voor een klein deel van de aanbieders – bijvoorbeeld de top 5–10 procent van de meest ondoelmatige aanbieders – een extra eigen betaling in rekening wordt gebracht. Alle aanbieders zullen namelijk willen voorkomen dat zij in de toekomst in deze categorie worden ingedeeld. Ook vanuit het oogpunt van transparantie en transactiekosten zou het wenselijk zijn om slechts voor een beperkt deel van de aanbieders een extra eigen betaling in rekening te brengen.

Het bovenstaande gaat uit van de premisse dat het prikkelen van zorgaanbieders, bijvoorbeeld via Pay-for-Performance (Schut *et al.*, 2012), op zichzelf niet voldoende is om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Ook is het noodzakelijk patiënten te belonen wanneer zij gebruikmaken van doelmatige aanbieders. Blijft beloning achterwege dan hebben patiënten juist een prikkel om gebruik te maken van ondoelmatige aanbieders met een te ruim indicatie- of behandelbeleid waardoor doelmatige aanbieders uiteindelijk slechter af zijn.

UITVOERINGSASPECTEN

Voor een succesvolle toepassing van gepaste eigen betalingen is een aantal uitvoeringsaspecten van belang. In de eerste plaats dient het CVZ te beschikken over adequate informatie met betrekking tot de ziektelast en met betrekking tot de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen gegeven het relevante indi-

catiegebied. Deze informatie is nodig om uiteindelijk een rangorde te kunnen maken die als uitgangspunt kan dienen bij het vaststellen van de WEB. Hoewel het CVZ als ‘pakketbeheerder’ de afgelopen jaren veel informatie en kennis op dit vlak heeft vergaard, zal dat nog niet voor alle behandelingen voldoende zijn. Als eerste stap zou ervoor gekozen kunnen worden om de eigen betaling uitsluitend te differentiëren voor behandelingen waarvoor deze informatie op dit moment al beschikbaar is. Voor overige behandelingen zou voorlopig een uniforme eigen bijdrage kunnen worden gehanteerd totdat de benodigde informatie wel beschikbaar is. Met het oog op de uitvoeringskosten zou het systeem van gepaste eigen betalingen bovendien kunnen worden beperkt tot enkele categorieën van veelvoorkomende aandoeningen.

In de tweede plaats is nog onduidelijk welk effect van het vervangen van het eigen risico door een maximumbedrag aan WEB heeft op de omvang van de collectieve respectievelijk private zorguitgaven. Het ligt daarom voor de hand het systeem van gepaste eigen betalingen geleidelijk in te voeren. Er zou kunnen worden gestart met het reduceren of in ieder geval het niet verder verhogen van het eigen risico en met het introduceren van een maximumbedrag aan WEB die niet meetelt voor het eigen risico. Wanneer meer duidelijkheid bestaat over het bovengenoemde effect zou het maximumbedrag aan WEB geleidelijk kunnen worden verhoogd en het eigen risico verder worden verlaagd.

In de derde plaats dient het voor de verzekeraar mogelijk te zijn om de eigen betaling te differentiëren over zorgaanbieders. Wettelijk gezien is dit al mogelijk aangezien de Zvw een functionele pakketomschrijving kent. Dit betekent dat de aard, inhoud en omvang van het pakket zijn vastgelegd in de wet, maar dat verzekeraars zelf mogen bepalen wie welke zorg verleent, waar deze zorg wordt verleend en welke voorwaarden als toestemmingsvereisten, verwijzing en voorschrijfvereisten daarbij gelden. Zo staat het verzekeraars bijvoorbeeld vrij om zorgaanbieders selectief te contracteren. Voor niet-gecontracteerde aanbieders mogen zorgverzekeraars een eigen betaling in rekening brengen mits voldoende zorg is gecontracteerd (NZa, 2012). Daarnaast staat het verzekeraars vrij om met zorgaanbieders afspraken te maken over de prijs en kwaliteit van zorg. Een verzekeraar zou binnen de bepalingen van de Zvw dus een gepaste-zorgpolis op de markt kunnen brengen waarbij verzekerden bij voorkeuraanbieders zorg kunnen genieten tegen de WEB, of wellicht geen eigen

betaling, en waarbij voor niet-voorkeur-aanbieders een hogere eigen betaling geldt dan de WEB. Hoewel van ‘gedifferentieerd contracteren’ en ‘selectief contracteren’ op zichzelf al een prikkel uitgaat tot het leveren van gepaste zorg, zou de verzekeraar deze prikkel kunnen versterken door bij gecontracteerde aanbieders prestatiebeloning toe te passen. Mogelijk kan de verzekeraar voor de best presterende zorgaanbieders de wettelijk vastgestelde eigen betaling dan volledig kwijtschelden.

In de vierde plaats dient er duidelijke informatie voor verzekerden te zijn over de precieze hoogte van de

Het is nog onduidelijk welk effect van het vervangen van het eigen risico door een maximumbedrag aan WEB heeft op de omvang van de collectieve respectievelijk private zorguitgaven

eigen betaling per behandeling per zorgaanbieder. Gegeven het grote aantal behandelingen en zorgaanbieders zijn er met het oog op transparantie waarschijnlijk grenzen aan een systeem van gedifferentieerde eigen betalingen. Ook dit kan een reden zijn om het systeem te beperken tot een aantal veelvoorkomende behandelingen.

CONCLUSIE

Het zou een goede zaak zijn om het huidige eigen risico te vervangen door ‘gepaste eigen betalingen’, dat wil zeggen eigen betalingen die variëren met de ziektelast van de aandoening, de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling en de doelmatigheid van zorgaanbieders. Hierbij bepaalt de regering de hoogte van de wettelijk vastgestelde eigen betaling (WEB) op basis van de ziektelast van de aandoening en de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling binnen het relevante indicatiegebied. Ook bepaalt de regering een wettelijk maximumbedrag aan WEB per verzekerde per jaar. De zorgverzekeraar kan vervolgens de WEB verlagen voor relatief doelmatige zorgaanbieders die

een gepast indicatie- of behandelbeleid hanteren en verhogen voor relatief ondoelmatige zorgaanbieders die een te krap of te ruim indicatie- of behandelbeleid hanteren. Verwacht mag worden dat met dit systeem van gedifferentieerde eigen betalingen het gepast gebruik van zorg wordt bevorderd en het basispakket meer *value for money* levert dan bij het huidige eigen risico.



LITERATUUR

- Chernew, M.E., B. Allison en A.M. Fendrick (2007) Value-based insurance design. *Health Affairs*, 26, w195–w203.
- Chernew, M.E., I.A. Juster, M. Shah, A. Wegh, S. Rosenberg, A.B. Rosen, M.C. Sokol, K. Yu-Isenberg en A.M. Fendrick (2010) Evidence that value-based insurance can be effective. *Health Affairs*, 29, 530–536.
- Choudry, N.K., M.A. Fischer, J. Avorn, S. Schneeweiss, D.H. Solomon, C. Berman, S. Jan, J. Liu, J. Lii, M.A. Brookhart, J.J. Mahoney en W.H. Shrank (2010a) At pitney bowes, value-based insurance design cut copayments and increased drug adherence. *Health Affairs*, 29, 1995–2001.
- Choudry, N.K., M.B. Rosenthal en A. Milstein (2010b) Assessing the evidence for value-based insurance design. *Health Affairs*, 29, 1988–1994.
- Commissie Keuzen in de zorg (1991) *Kiezen en delen*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Gimbrère, C.H.F (2012) *Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Maciejewski, M.L., J.F. Farley, J. Parker en D. Wansink (2010) Copayment reductions generate greater medication adherence in targeted patients. *Health Affairs*, 29, 2002–2008.
- Newhouse, J.P. (1993) *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- NZa (2012) *Beleidsregel TH/BR-005. Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Plexus (2011) *Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie)*. Breukelen: Plexus.
- Poley, M.J., E.A. Stolk, W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach (2002) Ziektelast als uitwerking van het criterium 'noodzakelijkheid' bij het maken van keuzen in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 2312–2315.
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (2012) www.riziv.fgov.be.
- Robinson, J.C. (2010) Applying value-based insurance design to high-cost health services. *Health Affairs*, 29, 2022–2026.
- Schut, F.T., J. Boone en R. Douven (2012) Een passende markt voor gepaste zorg. *ESB-dossier gepaste zorg*, 97(4644S), 18–23.
- Tweede Kamer (2001) *Nota Vraag aan Bod*. Kamerstuk 2000–2001, 27855(2).
- Ven, W.P.M.M. van de (2000) Gepaste-zorgpolissen in het ziekenfonds. *ESB* 85(4245), 172–176.