Deelrapport I:
in- en uitvoering in de praktijk, voorjaar 1997

Rapportage op basis van gesprekken met ziekenfondsen met als bijlage "De kennis en mening van ziekenfondsverzekerden over de algemene eigen-bijdrageregeling in november 1996"

J.B.F. Hutten
D.M.J. Delnoij
R. Friele
C.C. Ros
P.P. Groenewegen

Utrecht, juni 1997

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2729700

EVALUATIE
ALGEMENE EIGEN-BIJDRAGEREGELING VOOR ZIEKENFONDSVERZEKERDEN

ISBN 90-6905-334-9

Tekstverwerking/lay out: Jack Hutten/Ria Karamat Ali
Omslag: Mieke Cornelius
Druk: Van Marken Delft Drukkers

VOORWOORD

Dit is het eerste verslag van een uitgebreid evaluatie-onderzoek naar de invoering van de algemene eigen-bijdrageregeling (AEB-regeling) voor ziekenfondsverzekerden. Dit onderzoek wordt, in opdracht van de Ziekenfondsraad, door het NIVEL en deels in samenwerking met andere onderzoeksinstituten uitgevoerd. In dit deelrapport wordt verslag gedaan van interviews met ziekenfondsen. Deze zijn belast met de uitvoering van de regeling.
De gesprekken met ziekenfondsen hebben plaatsgevonden tussen eind maart en eind april 1997: dat is dus 3 à 4 maanden na de invoering van de regeling. Dit betekent dat op basis van dit rapport slechts voorlopige conclusies kunnen worden getrokken en dat voorzichtigheid geboden is bij de interpretaties van de gegevens. Het in- en uitvoeringsproces was bij de meeste ziekenfondsen ten tijde van de interviews nog in volle gang zodat, bij bepaalde onderdelen, nog maar weinig concrete ervaringen konden worden vermeld. Bovendien moet er rekening mee worden gehouden dat dit gedeelte van het evaluatie-onderzoek uitsluitend gebaseerd is op de ervaringen, meningen en verwachtingen van de ziekenfondsen. De ervaringen van verzekerden en zorgaanbieders komen pas in een later stadium aan bod.

Deze rapportage is aangevuld met enkele resultaten van een kennis- en meningspeiling onder de ziekenfondsverzekerden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Deze peiling werd uitgevoerd in de laatste week van november 1996: voorafgaand aan de publiciteitscampagne over de regeling voor het brede publiek.

Jack Hutten
Diana Delnoij
Roland Friele
Corina Ros
Peter Groenewegen

INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING	7
1.1	De algemene eigen-bijdrageregeling	7
1.2	Het evaluatie-onderzoek	7
2.	METHODE	9
3.	INFORMATIEVOORZIENING ROND DE AEB-REGELING	10
3.1.	Inleiding	10
3.2.	Informatie aan de ziekenfondsen	11
3.3.	Informatie aan de zorgaanbieders	13
3.4.	Informatie aan de verzekerden	13
3.4.1.	Aankondiging van de regeling	13
3.4.2.	Het verzenden van de nota's	15
3.4.3.	Reacties en vragen van de verzekerden	17
4.	PRAKTISCHE UITVOERING VAN DE REGELING	19
4.1.	Herverzekering	19
4.2.	Oplegging en inning van de AEB	19
4.2.1.	Termijn van opleggen	19
4.2.2.	Bodembedrag	20
4.2.3.	Wijze van betaling	21
4.2.4.	Incasso-traject	21
5.	DE IMPLEMENTATIE: KOSTEN EN PERSONELE INZET	23
5.1.	Inleiding	23
5.2.	Benodigde aanpassingen in het administratief systeem	23
5.3.	Werkzaamheden met betrekking tot de uitvoering	24
5.4.	Inzet van personeel	25
5.5.	Geraamde kosten	26
6.	PROBLEMEN EN KNELPUNTEN MET BETREKKING TOT DE REGELING	27
6.1.	Problemen bij de invoering	27
6.2.	Problemen bij de uitvoering	28
6.3.	Verwachte problemen in de toekomst	29
7.	DE MENING EN VISIE VAN DE ZIEKENFONDSEN	30
7.1.	Algemeen oordeel	30
7.2.	Verwachte resultaten	30
8.	SAMENVATTING EN CONCLUSIE	32
BIJLAGE 1:	Checklist ten behoeve van interviews met ziekenfondsen	34
BIJLAGE 2:	Kennis en mening van ziekenfondsverzekerden over de algemene eigen-bijdrageregeling in november 1996	36

1 INLEIDING

1.1 De algemene eigen-bijdrageregeling

Ziekenfondsverzekerden betalen vanaf 1 januari 1997 20% van de kosten van zorg die voor ziekenfondsrekening komt. Voor zorg door huisartsen en tandartsen en verloskundige zorg is deze algemene bijdrage niet verschuldigd. Voor verpleegdagen in een ziekenhuis of revalidatiekliniek is f 8,- per dag verschuldigd. De algemene bijdragen zijn voor de verzekerde (en zijn medeverzekerden) gemaximeerd tot f 200,- per jaar. Voor sommige groepen uitkeringsgerechtigden en AOW-gepensioneerden is het maximum vastgesteld op f 100,- per jaar. De algemene bijdrage is verschuldigd naast de bestaande eigen bijdragen (bijv. voor ziekenvervoer) en bijbetalingen (bijv. voor geneesmiddelen).
Voor alle verzekerden is, ter compensatie, de door hen verschuldigde nominale premie in principe f 110,- per jaar lager vastgesteld, dan de nominale premie die anders voor 1997 zou zijn vastgesteld. Daarnaast krijgen in 1997 verzekerden, zonder medeverzekerde partner, die f 200,- aan algemene bijdragen hebben betaald, van het ziekenfonds een bedrag van f 90,-.

1.2 Het evaluatie-onderzoek

Toen het wetsvoorstel voor de Algemene Eigen Bijdrage (AEB) door de Tweede Kamer is aangenomen, is afgesproken dat de invoering van het systeem gepaard zal gaan met een omvangrijk evaluatie-onderzoek. De Ziekenfondsraad heeft het NIVEL opdracht gegeven dit onderzoek uit te voeren.
Voor de evaluatie van een ingewikkelde maatregel als de AEB-regeling is het nodig dat in de eerste plaats in kaart wordt gebracht hoe deze maatregel in de praktijk uitwerkt. Men moet weten of de AEB-regeling wordt uitgevoerd en hoe hij precies wordt uitgevoerd om goed te kunnen vaststellen welke effecten de regeling heeft. Hiertoe vindt een *proceseva-luatie* plaats. Daarin worden de volgende vragen beantwoord:

1. Hoe vindt de implementatie van de AEB-regeling plaats?
2. Hoe werkt de AEB-regeling in de praktijk uit voor verzekerden?
3. Hoe verloopt de uitvoering van de AEB-regeling?

Naast de procesevaluatie vindt een *effectevaluatie* plaats waarin wordt nagegaan of de maatregel, zoals deze wordt uitgevoerd, inderdaad het beoogde effect heeft gehad en om te onderzoeken of mogelijke onbedoelde effecten zijn opgetreden. De verwachting van het Ministerie van VWS ten aanzien van de AEB-regeling is, dat deze zowel een financierings-verschuiving tot gevolg heeft als leidt tot een consumptievermindering voor die verstrekkingen waarvoor de AEB geldt. De onderzoeksvragen voor de effectevaluatie zijn:

4. Welk effect heeft de AEB-regeling op de kosten van zorg voor de consument en op de macro-kosten van zorg?
5. Welk effect heeft de AEB-regeling op het zorgvolume?
6. Welke ongewenste neveneffecten treden op ten gevolge van de AEB-regeling?
7. Hoe verhouden de kosten van de AEB-regeling zich tot de opbrengsten ervan?

Het evaluatie-onderzoek bestaat uit verschillende deelonderzoeken, waarin gebruik wordt gemaakt van gegevens van de Ziekenfondsraad (bijvoorbeeld over kosten van zorg); het

Centraal Bureau voor de Statistiek over consumptie van zorg, bewerkt met behulp van rekenmodellen van het Sociaal en Cultureel Planbureau; het Consumentenpanel Gezondheidszorg van de Consumentenbond en het NIVEL, waarin zowel consumptiecijfers worden verzameld alsook gegevens over de kennis en opvattingen van consumenten over AEB-regeling; prescriptie- en verwijsgegevens uit de huisartspraktijken van de Continue Morbiditeits Registratie van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen en uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen van LHV/NHG/-NIVEL/WOK; en gegevens van het Nationaal Ziekenhuisinstituut over de verhouding poliklinische zorg, dagbehandeling, klinische zorg.
Voor de procesevaluatie worden daarnaast aanvullende gegevens verzameld onder de uitvoerende instanties (ziekenfondsen), onder zorgaanbieders en onder verzekerden. Het deelonderzoek waarover hier wordt gerapporteerd, vormt het eerste onderdeel van de procesevaluatie.
Nagegaan wordt hoe de ziekenfondsen de regeling in de praktijk uitvoeren en welke problemen zij daarbij ervaren. In de regeling is vastgelegd dat de verzekerden, in eerste instantie, niet zelf de AEB betalen. De ziekenfondsen betalen de volledige declaratie aan de zorgaanbieders en brengen later de AEB bij de verzekerde in rekening. Dit betekent dat het van groot belang is hoe ieder ziekenfonds de regeling in de praktijk organiseert. Verschillen tussen de ziekenfondsen kunnen immers van invloed zijn op de mate waarin de beoogde effecten van de maatregel (de financieringsverschuiving en consumptievermindering) worden bereikt en kunnen eventueel ook onbedoelde effecten met zich meebrengen. Zo zouden verschillen tussen ziekenfondsen in de manier waarop zij hun verzekerden informeren over de geconsumeerde zorg kunnen leiden tot een verschillende mate van kostenbewustzijn onder deze verzekerden en daarmee mogelijk tot verschillen in het gebruik van voorzieningen.
In dit deelrapport komen de volgende onderwerpen aan de orde: de informatievoorziening rond de regeling, de praktische vertaling van de regeling door de verschillende ziekenfondsen, de problemen die daarbij zijn ervaren en de mening en verwachtingen van de ziekenfondsen omtrent de regeling. Het rapport eindigt met een samenvatting en een voorlopige conclusie.

2 METHODE

Begin maart 1997 is aan 28 Nederlandse ziekenfondsen* een brief gestuurd waarin om medewerking aan het onderzoek is gevraagd. Zij konden zelf bepalen wie in hun organisatie moest worden benaderd voor een interview over de invoering van de AEB-regeling. Van eind maart tot eind april 1997 zijn de gesprekken gevoerd. Vaak bleek het noodzakelijk dat meerdere mensen bij de gesprekken aanwezig waren. De respondenten hadden functies als bijvoorbeeld projectleider AEB, algemeen directeur, hoofd administratie, hoofd verzekerdenadministratie, hoofd verstrekkingenadministratie en hoofd financiële afdeling.
De interviews zijn gevoerd aan de hand van een checklist die van tevoren aan de respondenten is gestuurd (zie bijlage 1). Dit betekent dat de geïnterviewden voorafgaand aan het interview al de nodige informatie konden navragen en verzamelen bij andere relevante afdelingen of personen in de organisatie.
Van ieder interview is een verslag gemaakt dat naar de betrokkenen is gestuurd. Deze konden eventueel wijzigingen en aanvullingen aangeven die in een definitieve versie zijn verwerkt. Met de respondenten is afgesproken dat wanneer binnen 14 dagen geen reactie werd ontvangen, er van uit is gegaan dat men met de inhoud van het verslag akkoord ging.
In totaal zijn er 23 interviews afgenomen. Eén ziekenfonds zegde een reeds gemaakte afspraak alsnog af omdat men het tijdstip voor een goede evaluatie nog te vroeg vond. Drie ziekenfondsen zijn inmiddels geïntegreerd tot één administratieve organisatie en kunnen als zodanig als één ziekenfonds worden beschouwd. Twee ziekenfondsen laten hun administratie door een ander ziekenfonds uitvoeren en waren van mening dat die de vragen beter kon beantwoorden. Zij worden echter wel als zelfstandig ziekenfonds in dit onderzoek meegenomen. Dat wil zeggen dat er in totaal informatie is verzameld bij 25 ziekenfondsen.
In dit verslag wordt gebruik gemaakt van illustratieve citaten uit de interviewverslagen. Deze citaten zijn cursief weergegeven.

---

* Twee ziekenfondsen die per 1 januari 1997 officieel zijn toegelaten zijn niet in dit onderzoek betrokken omdat ze in het begin van dit jaar nog geen verzekerden hadden.

3. INFORMATIEVOORZIENING ROND DE AEB-REGELING

3.1 Inleiding

Voor een adequate implementatie en uitvoering van iedere wettelijke regeling is het van groot belang dat de uitvoerende organisaties terdege op de hoogte zijn gesteld van de inhoud van de regeling. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de informatie die door Ziekenfondsraad en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is verzonden aan de ziekenfondsen, alsmede van de briefwisseling die tussen Ziekenfondsraad, Zorgverzekeraars Nederland en VWS onderling is gevoerd over de regeling.

Overzicht informatievoorziening in 1996

datum	activiteit
02-04-96	brief minister van VWS aan voorzitter ZN, waarin o.m. om garantie wordt gevraagd tot verlaging van nominale premie met f 110,- voor alle ziekenfondsverzekerden
03-04-96	brief voorzitter ZN aan minister van VWS, waarin door ZN o.m. garantie wordt gegeven tot verlaging van nominale premie met f 110,- voor alle ziekenfondsverzekerden
04-04-96	brief minister van VWS aan Tweede Kamer over invoering van een systeem van eigen bijdragen in de ZFW
16-04-96	brief voorzitter ZN aan minister van VWS waarin o.m. is aangegeven dat zakelijke inhoud van de regeling vóór 1 juli 1996 bekend moet zijn
20-05-96	overleg minister van VWS met Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer
28-05-96	brief minister van VWS aan ZFR over verzoek om uitvoeringstoets
04-06-96	bestuurlijk overleg VWS-ZN
24-06-96	ambtelijk overleg VWS-ZN
27-06-96	rapport ZFR over uitvoeringstoets invoering eigen bijdrage ZFW per 1 januari 1997
01-07-96	brief VWS aan ZN over zakelijke inhoud eigen bijdragenregeling ZFW
11-07-96	voorlichtingsbijeenkomst ZFR over invoering van algemene eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering per 1 januari 1997
17-07-96	circulaire ZFR over invoering van algemene eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering per 1 januari 1997
25-07-96	ambtelijk overleg VWS-ZN
29-08-96	ambtelijk overleg ZFR-ZN
25-09-96	ambtelijk overleg VWS-ZFR-ZN
02-10-96	circulaire ZN over uitvoering algemene eigen bijdragenregeling ZFW per 1 januari 1997
03-10-96	ambtelijk overleg ZFR-ZN
07-10-96	ambtelijk overleg VWS-ZFR-ZN
16-10-96	circulaire ZN over uitvoering algemene eigen bijdragenregeling ZFW per 1 januari 1997
16-10-96	brief ZFR aan ziekenfondsen over vooraankondiging gegevens eigen bijdrage ZFW 1997

22-10-96	bestuurlijk overleg VWS-ZN
24-10-96	besluit tot wijziging van o.m. het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering i.v.m. invoering van een algemeen systeem van eigen bijdragen
05-11-96	uitgifte van Staatsblad, waarin besluit van 24 oktober 1997 is geplaatst
07-11-96	circulaire ZFR over invoering van algemene eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering per 1 januari 1997
15-11-96	Bijdrageregeling ziekenfondsverzekering
19-11-96	publicatie in Staatscourant van de Bijdrageregeling ziekenfondsverzekering
22-11-96	brief minister van VWS aan ZFR over toepassing van bijdragenregeling ZFW in bepaalde situaties
25-11-96	circulaire ZN over uitvoering algemene eigen bijdragenregeling ZFW per 1 januari 1997
27-11-96	circulaire ZFR over toezending Bijdrageregeling ziekenfondsverzekering
18-12-96	circulaire ZFR over aanpassing Besluit vergoeding kosten geneeskundige hulp in bijzondere omstandigheden als gevolg van invoering algemene bijdragen
18-12-96	circulaire ZFR over o.m. toezending formulieren algemene bijdragen 1997
24-12-96	circulaire ZFR over ziekenfondsverzekering op grond van algemene bijstand in relatie tot algemene bijdragen

3.2 Informatie aan de ziekenfondsen

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van ziekenfondsen met de geleverde informatie zijn in de interviews vragen gesteld omtrent de informatievoorziening (zie bijlage 1). Bij de meeste ziekenfondsen (13 van de 25) werd het in de eerste helft van 1996, via berichten in de pers en informele contacten, duidelijk dat er **een** algemene eigen bijdrage in de Ziekenfondswet zou worden ingevoerd. Vanaf juni 1996 werden de eerste officiële berichten ontvangen van de Ziekenfondsraad en Zorgverzekeraars Nederland.
De helft van de geïnterviewden refereerden aan een eerste informatiebijeenkomst die in juli 1996 door de Ziekenfondsraad is georganiseerd. De meeste deelnemers (9 van de 12) gaven aan dat ze nogal teleurgesteld waren over de informatie die men toen kreeg. Er werden veel kritisch vragen gesteld waarop geen antwoord kon worden gegeven of er moest eerst overleg worden gevoerd met ambtenaren van VWS. De algemene conclusie van de deelnemers was dat de Ziekenfondsraad zelf onvoldoende tijd had gehad om de zaak tot in detail voor te bereiden en dat daardoor de concrete praktische uitwerking aan de ziekenfondsen zelf is overgelaten. *Eigen interpretaties bleken noodzakelijk omdat de overheid het niet voor elkaar kon krijgen om op tijd uitleg en de benodigde informatie te leveren.* Hoewel dit door veertien respondenten als een belangrijk probleem bij de invoering van de regeling werd ervaren, vond een enkeling het juist positief dat de regeling nog zo onduidelijk was en nog niet tot in detail door de Ziekenfondsraad was ingevuld. Dit gaf ruimte voor eigen interpretaties en daar is dan ook gebruik van gemaakt.
Na de genoemde informatiebijeenkomst van de Ziekenfondsraad, heeft Zorgverzekeraars Nederland een werkgroep samengesteld die de implementatie van de regeling moest gaan bestuderen. Daarbij ging het zowel om de praktische uitwerking als om de afstemming tussen de ziekenfondsen onderling. De werkgroep heeft een handboek gemaakt en Zorgverzekeraars Nederland heeft een 'help desk' ingesteld waar ziekenfondsen met hun

vragen terecht konden. Ook werden problemen doorgespeeld naar de Ziekenfondsraad die deze vervolgens weer voorlegde aan het Ministerie van VWS.
Over het algemeen waren de geïnterviewden zeer te spreken over de rol die Zorgverzekeraars Nederland in dit hele proces heeft gespeeld. *Zorgverzekeraars Nederland heeft met name de uitvoeringsaspecten nog zoveel mogelijk kunnen sturen en door middel van tussentijdse vragenlijsten kon veel van de moeilijkheden en kritiek van de ziekenfondsen worden verwerkt.*
De circulaires van de Ziekenfondsraad, Zorgverzekeraars Nederland en brieven van het Ministerie van VWS werden als de belangrijkste informatiebronnen genoemd. Overigens is daarbij opgemerkt dat die vaak niet duidelijk waren en op verschillende manieren konden worden geïnterpreteerd. Volgens dertien respondenten was er sprake van een stroom van circulaires en berichten die vervolgens weer vervielen en aangepast werden. *Er waren steeds weer nieuwe circulaires nodig omdat de vorige tot verkeerde interpretaties leidden.* Een ander merkte op: *De circulaires haalden elkaar in. Steeds weer werd er iets verhelderd en iets anders weer verduisterd.* Eén respondent typeerde het hele proces als *zig-zag-beleid waarbij het voorkwam dat een besluit tot zes keer toe werd veranderd.*

Het feit dat de definitieve regelgeving pas zeer laat bekend was, namelijk pas eind november/begin december 1996, werd door de meeste geïnterviewden (17 van de 25 ziekenfondsen) als een belangrijk probleem beschouwd. Hoewel het in het najaar wel duidelijk was hoe de regeling er in hoofdlijnen zou gaan uit zien, zijn er tot in december 1996 wijzigingen aangebracht die de ziekenfondsen op hun beurt weer moesten doorvoeren. Dit betekende aanpassingen in de ontwikkeling van het administratieve systeem en in de voorlichting aan personeel en verzekerden. *Het is erg frustrerend dat tot aan december constant veranderingen in de regeling zijn aangebracht. Voor bepaalde verstrekkingen was het tot op het laatst onduidelijk of ze wel of niet onder de AEB-regeling vielen. Had je het net aangepast moest je dat weer ongedaan maken.* In dit kader werd onder andere het laboratorium- en röntgenonderzoek genoemd, waarvoor op het laatste moment is besloten dat hiervoor in 1997 nog geen AEB zou gaan gelden, omdat veel ziekenhuizen de declaraties hiervoor in 'bulk' en niet per individuele verzekerde aanleveren. Daarnaast moet worden opgemerkt dat er per 1 januari 1997 nog andere wijzigingen in de Ziekenfondswet zijn doorgevoerd, bijvoorbeeld met betrekking tot de vergoeding van het kunstgebit en de knip in de thuiszorg, die ook gevolgen hebben voor de uitvoering van de AEB-regeling.
Al met al vonden de meeste respondenten dat zij te weinig tijd hebben gehad om hun personeel op de uitvoering van de regeling voor te bereiden en het administratief systeem aan te passen. *Er was wel voldoende tijd om ergens aan te beginnen, maar hoe de regeling er precies uit ging zien was lang onduidelijk.* Veel vertegenwoordigers van de ziekenfondsen (12 van de 25) gaven aan dat men na de zomer van 1996 was begonnen met de voorbereidingen. Zoals gezegd gebeurde dit vaak op basis van voorlopige eigen interpretaties die regelmatig weer moesten worden bijgesteld. Soms had men geluk dat een eigen beslissing later in de definitieve regeling werd overgenomen. Vooral de beslissing dat er per kwartaal geïnd mag worden, in plaats van de aanvankelijk ingestelde inning per maand, heeft er bij de meeste ziekenfondsen toe geleid dat men toch 'redelijk op tijd' klaar was om de regeling uit te gaan voeren. Dit betekende drie maanden extra implementatietijd. Overigens is door een aantal ziekenfondsen aangegeven dat men nu nog in overleg is met de Ziekenfondsraad over bepaalde aspecten van de uitvoering, zoals het gebruik van een bodembedrag bij het verzenden van de nota's en het hanteren van een maximum-termijn tussen declaratie en de vordering van de algemene eigen bijdrage.
Drie respondenten zeiden pas begin november 1996 te zijn begonnen met de implementatie omdat men de officiële, definitieve regelgeving wilde afwachten. *Wanneer je een*

dergelijke maatregel wil vastleggen in het administratieve systeem moet je dat doen op basis van een definitieve regeling waarin ook details zijn verwerkt.

3.3 Informatie aan de zorgaanbieders

Hoewel de zorgaanbieders in principe geen rol spelen bij de in- en uitvoering van de regeling, kunnen zij wel worden geconfronteerd met vragen van patiënten over de regeling. Daarnaast vormen de declaraties van de zorgaanbieders de basis voor de ziekenfondsen om de AEB te berekenen. Dit kan het noodzakelijk maken om bepaalde afspraken over de aanlevering van declaraties te maken. In de interviews is dan ook gevraagd in hoeverre de ziekenfondsen de zorgaanbieders over de AEB-regeling hebben geïnformeerd. De resultaten staan in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Informatie over de AEB-regeling aan zorgaanbieders door ziekenfondsen

Informatie aan zorgaanbieders?	Aantal ziekenfondsen
Ja, schriftelijk via persoonlijke mailing	14
Ja, uitsluitend mondeling	1
Ja, schriftelijk en mondeling	3
Nee	7

De grote ziekenfondsen (meer dan 100.000 verzekerden) hebben bijna allemaal (16 van de 18) de zorgaanbieders geïnformeerd over de invoering van de regeling. Dit gebeurde meestal per brief waarin de regeling op hoofdlijnen werd uitgelegd of via reguliere informatie-bulletins. Eén ziekenfonds heeft zelf informatiemateriaal voor zorgaanbieders ontwikkeld; meestal werd echter gebruik gemaakt van het materiaal van Zorgverzekeraars Nederland of de Ziekenfondsraad. Daarnaast hebben vier ziekenfondsen het onderwerp ter sprake gebracht binnen reguliere overlegorganen met zorgaanbieders. Eén ziekenfonds heeft een speciale bijeenkomst georganiseerd die door een groot aantal medisch secretaresses is bezocht en waar vooral gesproken is over de gevolgen van de regeling voor de wijze van declaratie. Een ander ziekenfonds heeft een ronde langs de ziekenhuizen gemaakt om het declaratie-verkeer nog eens grondig door te spreken.
Het waren vooral de vier kleine landelijk werkende ziekenfondsen die geen actie naar de zorgaanbieders hebben ondernomen. Zij beschouwen dit als een taak van de overheid: *zij heeft tenslotte de maatregel bedacht en moet het dan ook maar aan de betrokkenen uitleggen.* Ook speelden kosten-overwegingen hierbij een rol.
Overigens leverde de verstrekte informatie maar weinig reacties van zorgaanbieders over de AEB-regeling op. Eén respondent vertelde dat dat wel gebeurde toen de eerste rekeningen werden verzonden: *Zij hebben het als vervelend ervaren dat juist hun verrichtingen 'als eerste' voor de AEB telden. Veel patiënten spelen hen namelijk de zwarte piet toe.*

3.4 Informatie aan de verzekerden

Met betrekking tot de voorlichting aan de verzekerden moeten twee perioden worden onderscheiden. Tussen november 1996 en februari 1997 is de AEB-maatregel aan de verzekerden aangekondigd. Dit is gepaard gegaan met een landelijke campagne van de Ziekenfondsraad, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. Een tweede

informatieperiode is gekoppeld aan de verzending van de nota's (maart-mei 1997).

3.4.1 Aankondiging van de regeling

Op één na hebben alle ziekenfondsen hun verzekerden tussen eind november 1996 en begin februari 1997 geïnformeerd over de invoering van de algemene eigen bijdrage. Het ene ziekenfonds die dat niet heeft gedaan was nog maar recentelijk als ziekenfonds actief. Het onderstaand overzicht (figuur 3.2.) laat zien dat de intensiteit van de berichtgeving aan de verzekerden nogal verschilde tussen de ziekenfondsen.

Tabel 3.2 Informatie over de AEB-regeling aan verzekerden door ziekenfondsen in de periode november 1996-februari 1997

Informatie aan verzekerden?	Aantal ziekenfondsen*
Ja, via reguliere informatiekanalen zoals nieuwsbrieven, info-kranten en einde-jaarsmailing	16
Ja, via algemene brief	9
Ja, gebruik gemaakt van ZN-folder	6
Ja, gebruik gemaakt van eigen folder	7
Ja, persoonlijk bericht over maximum	8
Nee	1

* Er waren meer antwoorden mogelijk

De meeste ziekenfondsen hebben in hun reguliere informatie-bulletin aandacht besteed aan de AEB-regeling. Daarnaast hebben de verzekerden vaak nog een afzonderlijke brief of een folder over de maatregel ontvangen. Twee ziekenfondsen hebben daarnaast grote werkgevers (met collectieve contracten) en de sociale dienst afzonderlijk over de regeling geïnformeerd. Ook rapporteerden vertegenwoordigers van een tweetal ziekenfondsen over speciale informatie-bijeenkomsten die zij hebben georganiseerd in verzorgingstehuizen om de bewoners aldaar te informeren over de voor hen relevante aspecten van de regeling. Vijf ziekenfondsen hebben uitsluitend in hun reguliere informatie-bulletin aandacht aan de regeling besteed. Men ging er vanuit dat de landelijke campagne voldoende was en dat men beter de verzekerden kon informeren op het moment dat zij met de maatregel worden geconfronteerd, dat wil zeggen dat extra informatie bij de nota wordt toegevoegd.
De meerderheid van de ziekenfondsen (17 van de 25) heeft in deze periode alleen algemene informatie verzonden. Acht ziekenfondsen echter hebben tussen november 1996 en februari 1997 iedere verzekerde afzonderlijk van het voor hem/haar geldende maximum op de hoogte gesteld. Dit werd vaak op het nieuwe polisblad vermeld.
De belangrijkste reden die de overige respondenten noemden om die specifieke persoonlijke informatie op dat moment nog niet te geven was dat men mensen die geen AEB hoeven te betalen, omdat ze geen zorg hebben geconsumeerd, niet met onnodige informatie wilde confronteren. Daarnaast waren ziekenfondsen bang dat dergelijke persoonlijke informatie zou leiden tot enorm veel telefonische reacties die niet goed zouden kunnen worden gespreid. Deze angst bleek terecht te zijn. Het is opmerkelijk dat het geven van alleen algemene informatie tot minder telefonische reacties heeft geleid dan op voorhand was ingeschat (door 9 respondenten expliciet genoemd: zie onderstaande citaten).
- Bij de mailing in december was ingeschat dat tussen de 5 en 11% van de verzekerden zou bellen en daarom was het call-center bemand met 40 tot 60 personen met een mogelijke uitbreiding tot 100 als dat nodig mocht zijn. Uiteindelijk heeft nog geen 1%

gereageerd. De extra telefonische capaciteit is daarom al in december afgebouwd.
- In januari is een extern call-center ingehuurd. Dat bleek een misser, er kwamen slechts 200 tot 300 telefoontjes binnen.
- In december-januari zijn er relatief weinig telefonische reacties geweest. Van tevoren waren zo'n 80.000 tot 90.000 reacties verwacht. Het bleken er 20.000 te zijn. In eerste instantie waren er 72 lijnen gereserveerd, maar er zijn er maar 40 daadwerkelijk operationeel geweest.
Alle acht ziekenfondsen die wel het persoonlijk maximum aan hun verzekerden hadden meegedeeld werden in de eerste periode overstelpt met telefonische reacties. Het ging daarbij met name om vragen over en wijzigingen van de rechtsgrond en met betrekking tot de medeverzekerden. Dit heeft, volgens de respondenten, aanleiding gegeven tot vele mutaties in het verzekerdenbestand. Het gaat hierbij vooral om mutaties in de registratie van de verzekeringsgrondslag: een gegeven dat in het kader van de AEB een andere relevantie heeft dan toen de regeling nog niet van kracht was. *Toen in januari 1997 de nieuwe polissen zijn verstuurd is het heel erg druk geweest met telefonische reacties. Daarbij ging het vooral over de hoogte van het maximum. Wat ook opviel was dat een aantal mensen hun polis beter is gaan bekijken en diverse onjuistheden of veranderingen meldde (bijvoorbeeld de kinderen bij een andere hoofdverzekerde onderbrengen).*
Ongeveer de helft van de ziekenfondsen heeft in de eerste informatie-periode gebruik gemaakt van een extern call-center. Ook bij hen zijn echter veel telefoontjes intern afgehandeld.

Tabel 3.3 Gebruik extern call-center tijdens eerste informatieperiode (november 1996-februari 1997)

Extern call-center	Aantal ziekenfondsen
Uitsluitend	4
in combinatie met interne opvang van telefonische reacties	8
Nee, uitsluitend interne opvang van telefonische reacties	13

3.4.2 Het verzenden van de nota's

Een belangrijk onderdeel van de uitvoering van de regeling is de verzending van de nota's of specificaties. Dat is tevens het moment waarop een aantal ziekenfondsen de verzekerden nog eens informeert over de regeling. In de volgende tabel staat vermeld wanneer de eerste rekeningen zijn of worden verzonden. Daarbij moet worden opgemerkt dat een aantal ziekenfondsen eerst een beperkte proefzending heeft verstuurd om na te gaan of het administratief systeem adequaat functioneerde en om een schatting te krijgen van de hoeveelheid telefonische reacties die hieruit voortkomen. Tevens worden de rekeningen door de meeste ziekenfondsen gespreid verzonden. Sommige ziekenfondsen versturen alle nota's van een kwartaal in één week, terwijl andere continu een beperkt aantal nota's verzenden zodat het enige tijd kan duren voordat alle nota's van de eerste periode bij de betreffende verzekerden terecht zijn gekomen. Ook blijkt dat de twee ziekenfondsen die per maand nota's versturen (zie paragraaf 4.2.1), pas na het eerste kwartaal met de verzending zijn begonnen.

Tabel 3.4 Tijdstip waarop de eerste nota's zijn of worden verzonden (aantal ziekenfondsen)*

Periode	Proefzending	Eerste reguliere zending
Maart 1997	1	
Begin april 1997	1	6
medio april 1997	2	4
eind april/begin mei 1997		4
medio mei 1997		6

* Bij één ziekenfonds was dit nog niet bekend

Uit tabel 3.4 is af te lezen dat de meeste ziekenfondsverzekerden vanaf eind april 1997 daadwerkelijk worden geconfronteerd met de AEB-regeling.
Een belangrijk discussiepunt met betrekking tot de uitvoering van de AEB-regeling is het niveau waarop de geconsumeerde zorg op de nota's wordt weergegeven. Aan de ene kant moet rekening worden gehouden met de privacy van de medeverzekerden. Dit betekent dat gekozen moet worden voor het gebruik van algemene termen. Aan de andere kant is het voor de ziekenfondsen belangrijk om de betaler zo goed en volledig mogelijk te informeren. Dit was ook van belang om het aantal telefonische reacties te beperken. Te abstracte informatie zal leiden tot meer onduidelijkheid en vragen bij de verzekerden. Uit tabel 3.5 blijkt dat zestien ziekenfondsen de verstrekkingen op een hoog abstractie-niveau mededelen. Meestal worden daarvoor 10 tot 15 algemene categorieën gebruikt zoals specialistische zorg, apotheek/medicijnen, ziekenhuis, fysiotherapie en hulpmiddelen. Vier ziekenfondsen gaan iets verder. Zij noemen bijvoorbeeld het soort specialisme of hulpmiddel (bijvoorbeeld gehoortoestel, kunstgebit). Twee ziekenfondsen gaan nog een stapje verder door ook de naam van de hulpverlener op de nota te vermelden. De verzekerden van drie ziekenfondsen krijgen de informatie tot in de kleinste details aangeleverd. Dat betekent bijvoorbeeld dat soort en hoeveelheid medicatie op de nota te vinden is. *Hoewel er op het gebied van de privacy misschien problemen zullen komen, hebben we toch gekozen voor deze gedetailleerde omschrijving. Op deze manier komen er waarschijnlijk minder vragen van verzekerden en weten ze precies hoe duur verschillende verstrekkingen zijn die ze ontvangen hebben.*

Tabel 3.5 Weergave van verstrekkingen op de nota

Informatie op nota	Aantal ziekenfondsen
Algemene termen (hoog abstractie-niveau)	16
Bij bepaalde verstrekkingen iets specifieker (bijv. soort specialisme)	4
Vermelding van naam hulpverlener	2
Detail-informatie	3

Hoewel de meeste ziekenfondsen algemene categorieën hanteren op hun nota's is het daar vaak mogelijk om, indien de hoofdverzekerde daar om vraagt, specifiekere informatie te verkrijgen. Ook gaven sommige respondenten aan dat, wanneer zou blijken dat de rekeningen tot vele vragen en reacties van de verzekerden zullen leiden, het informatieniveau in de toekomst mogelijk zal worden aangepast. Uit de gesprekken kwam tevens naar voren dat er ook verschillen zijn in de aggregatie-periode, variërend van informatie per maand tot het weergeven van iedere declaratieregel afzonderlijk.
De verstuurde nota's gingen, over het algemeen, vergezeld van nieuwe, zelfgemaakte

folders, een informatiebrief of een korte toelichting op de nota.
De opvang van telefonische reacties naar aanleiding van de verstuurde rekeningen wordt voornamelijk in eigen beheer uitgevoerd. Men gaat er vanuit dat de vragen heel specifiek zullen zijn en dat het voor de beantwoording van de vragen noodzakelijk is om directe toegang tot het administratieve systeem te hebben. Specifieke kennis is daarvoor van belang. Twee ziekenfondsen maken uitsluitend gebruik van een extern callcenter, zes maken zowel gebruik van een extern callcenter als van interne faciliteiten.

3.4.3 Reacties en vragen van de verzekerden

Zoals in paragraaf 3.4.1 reeds is vermeld, hebben vooral de ziekenfondsen die de individuele hoofdverzekerden persoonlijk op de hoogte hebben gesteld van de voor hem/haar geldende maximale algemene eigen bijdrage, het in de eerste periode erg druk gehad met telefoontjes. Dit liep uiteen van 3,5 tot 7,5% reactie. De meeste vertegenwoordigers van ziekenfondsen die in de beginperiode alleen algemene informatie hebben verzonden, rapporteerden (voor zover bekend) tussen de 0,1 en 2% respons.
Over de hoeveelheid reacties naar aanleiding van de nota's kon ten tijde van de interviews nog niet zoveel worden gezegd. Opmerkelijk was dat bij een ziekenfonds dat algemene termen op de nota's hanteert in de eerste week na verzending een respons van 10% op de verstuurde nota's werd gemeten, terwijl bij een ziekenfonds dat gedetailleerde nota's verstuurde, dit beperkt bleef tot 2%.
Aan de geïnterviewden is gevraagd een overzicht te geven van de reacties en vragen van de verzekerden. Het bleek dat dit bij de meeste ziekenfondsen (nog) niet systematisch werd geregistreerd. In de tabel 3.5 zijn vragen en problemen die door respondenten werden genoemd weergegeven. Daarbij is geen onderscheid gemaakt naar de informatieperiode. Bij ieder probleem of vraag is aangegeven door hoeveel respondenten dit item is genoemd.
Over het algemeen werd er, volgens veel respondenten, regelmatig algemene uitleg over de regeling gevraagd. Daarbij ging het met name over de wijze van betaling, de verstrekking waarop de AEB van toepassing is en privacy-aspecten.
Er bestaat, volgens veel geïnterviewden, ook nog onduidelijkheid over de peildata die worden gehanteerd en welke gevolgen wijzigingen gedurende het jaar voor de AEB-regeling hebben. Daarnaast gaven elf respondenten aan dat veel verzekerden vragen hebben gesteld over het persoonlijk maximum dat is toegekend. Dit heeft geleid tot een stroom van mutaties in het verzekerdenbestand (met name met betrekking tot rechtsgronden en het overschrijven van de medeverzekerden naar een andere hoofdverzekerde).
Vooral met betrekking tot de combinatie WAO en AAW bleken misverstanden te bestaan. In het informatiemateriaal is aangegeven dat mensen met een AAW-uitkering een maximum hebben van fl. 100,00. In de praktijk blijkt dat mensen niet begrepen hebben dat als ze tevens een WAO-uitkering, de AAW niet tot uitkering komt en dat men daarom toch een maximum van fl. 200,00 heeft.
Zes ziekenfondsen gaven aan dat ze na de verzending van de nota's werden geconfronteerd met vragen en opmerkingen over de declaraties. Een specifiek probleem vormden de uitgesplitste declaraties in geval van polikliniekbezoek en de daarmee samenhangende verrichtingen, waardoor de verzekerden de geconsumeerde zorg niet meer herkenden (drie maal genoemd).

Tabel 3.5 Overzicht van de top-10 vragen en reacties van verzekerden over de AEB-regeling volgens de ziekenfondsen (tussen haakjes staat het aantal ziekenfondsen vermeld dat de vraag of reactie heeft genoemd)

Algemene vragen over de regeling	- Wijze van betaling: hoe gaat de betaling precies in zijn werk: wie moet betalen, aan wie moet er worden betaald, hoe en wanneer? (10x) - Algemene uitleg: Wat is de eigen bijdrage en waarom moet ik dit betalen en wie heeft dit verzonnen? (8x) - Privacy-problematiek (7x) - Over welke verstrekkingen moet de AEB worden betaald (vooral specifieke persoonlijke informatie in de zin van 'ik ga iedere week naar de fysiotherapie, moet ik daar nu voor gaan betalen?) (7x) - Peildatum: welke gevolgen hebben wijzigingen in rechtsgrond, medeverzekering, leeftijd en verandering van ziekenfonds gedurende het jaar? (5x) - Onderscheid tussen AEB en specifieke eigen bijdrage (5x) - Moet er ook voor verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekering een AEB worden betaald? (3x) - Kun je de AEB verzekeren? (1x) - Hoe zit het met kosten die in het buitenland worden gemaakt? (1x)
Rechtsgronden en persoonlijk maximum	- Combinatie AAW en WAO (11x) - Klopt de hoogte van het persoonlijk maximum wel? (10x) - Mutaties en vragen over rechtsgrond, medeverzekerden (9x) - Wanneer kom ik in aanmerking voor de compensatie van fl. 90,00 (3x) - Hoe zit het met de AWBZ-bijdragen en de AEB? (3x) - Hoe hoog wordt de AEB bij een IOAW/IOAZ-uitkering of een baan volgens het JWG? (1x) - Hoe zit het met combinaties van inkomens/uitkeringen gedurende het jaar (1x)
Onrechtvaardigheid	- Chronisch zieken denken dat de eigen bijdrage niet op hun van toepassing is (3x) - Mensen met een minimumloon begrepen niet dat zij toch een maximum van fl 200,00 hadden (3x) - WAO-ers vinden het niet terecht dat zij de hoge eigen bijdrage moeten betalen (2x)
Verstrekkingen/genoten zorg	- De juistheid van declaraties (6x) - Uitgesplitste declaraties bij poliklinische behandeling (3x) - De rekening is nog niet volledig (1x)

4 PRAKTISCHE UITVOERING VAN DE REGELING

4.1 Herverzekering

Geen van de geïnterviewde ziekenfondsen biedt, op dit moment, de mogelijkheid om de AEB te herverzekeren, maar de vertegenwoordigers van zestien ziekenfondsen gaven aan dat dit wel is overwogen. Er werden twee belangrijke redenen genoemd om hier, in ieder geval voorlopig, van af te zien. Ten eerste noemden vijftien respondenten dat herverzekeren in strijd is met de afspraken die tussen ZN, Ziekenfondsraad en het ministerie van VWS zijn gemaakt of dat zij van mening waren dat herverzekeren wettelijk niet is toegestaan. Ten tweede gaven zestien respondenten aan dat het verzekeringstechnisch of vanuit commercieel oogpunt niet mogelijk of niet interessant is om de AEB te herverzekeren, omdat de risico's in de maatregel zelf al voldoende zijn gecompenseerd of er een te hoge premie moet worden gevraagd. Overigens waren twee andere respondenten van mening dat herverzekering van de AEB voor de ziekenfondsen financieel juist gunstig kan uitpakken omdat het maximale schadebedrag bekend is en de benodigde premie op een eenvoudige manier kan worden berekend. Daarnaast gaven zeven geïnterviewden nog aan dat het niet de bedoeling was om de regeling al op voorhand te frustreren, omdat het mogelijke effect op de zorg dan meteen al teniet gedaan wordt. Tenslotte noemden drie respondenten dat de AEB-regeling waarschijnlijk toch maar van korte duur zal zijn als reden om niet tot herverzekering over te gaan.
Een meerderheid van de geïnterviewden (16 van de 25 ziekenfondsen) sloot echter niet uit dat in de toekomst, wanneer de regeling blijft bestaan, herverzekering in de aanvullende verzekering wordt opgenomen. Dit hangt voor een belangrijk deel af van de marktontwikkelingen: wat doen de andere ziekenfondsen, vragen de verzekerden erom en in hoeverre verandert de AEB-regeling? Wanneer de AEB-regeling bijvoorbeeld wordt omgevormd tot een eigen risico aan de voet, wordt het gemakkelijker en aantrekkelijker om dit risico in een aanvullende verzekering onder te brengen.

4.2 Opleggen en inning van de AEB

4.2.1 Termijn van oplegging

Hoewel het ministerie van VWS in eerste instantie alle ziekenfondsen wilde verplichten om eenmaal per maand de nota's voor de algemene eigen bijdrage te versturen, is in de uiteindelijke wettelijke regeling een periode van maximaal drie maanden vastgelegd. Dit betekent dat de ziekenfondsen zelf de keuze hebben om per maand of per kwartaal de nota's te verzenden.

Tabel 4.1 Termijn van oplegging algemene eigen bijdrage

Termijn	Aantal ziekenfondsen
per maand	2
per kwartaal	23 *

* Twee ziekenfondsen hanteren bij 'hogere' bedragen een andere termijn

Bijna alle ziekenfondsen hebben gekozen voor de maximale termijn (zie tabel 4.1). Dit was voornamelijk ingegeven door financiële overwegingen (beperking uitvoeringskosten). Wanneer de nota's per maand worden verzonden leidt dit tot hogere aanmaak- en verzendkosten, meer telefonische reacties en het probleem dat kleinere bedragen moeten worden opgelegd en geïnd. Eén respondent noemde ook expliciet dat men de verzekerden zo min mogelijk wilde lastig vallen met de regeling. *De politiek kan wel van alles willen en beslissen maar het zijn wel onze verzekerden waar het om gaat en wij willen die zo min mogelijk met de regeling belasten. Dat wil zeggen dat geprobeerd wordt om zo min mogelijk bij de verzekerden 'op de mat te komen'. Voorkomen moet worden dat wij, door de uitvoering van deze regeling, in een negatief daglicht komt te staan.* Volgens twee respondenten is een nota per drie maanden ook overzichtelijker voor de verzekerden.
Twee ziekenfondsen versturen in de regel ook per drie maanden de specificaties, maar 'hogere' bedragen worden per maand geïnd. Het ene ziekenfonds int de AEB per maand als het maximum direct wordt bereikt, het andere int bedragen boven fl. 50,00 per maand. *Voor deze methodiek is gekozen om het uitstaand saldo niet te hoog te laten worden en om mensen niet op te zadelen met al te hoge rekeningen.*
De twee ziekenfondsen die de AEB per maand innen doen dat omdat dit, volgens hen, duidelijker is voor de verzekerden. Omdat *...op deze manier de zorgconsumptie beter kan worden gevolgd en de verzekerde zich nog zal herinneren dat hij/zij gebruik gemaakt heeft van de gezondheidszorg....* De geïnterviewde van één van deze ziekenfondsen vermeldde overigens dat men in de toekomst misschien toch, uit kostenoverwegingen, over zal gaan op kwartaalnota's.

4.2.2 Bodembedrag

Om het aantal nota's dat moet worden verzonden zoveel mogelijk te beperken en vanuit kostenoverwegingen, wordt door een aantal ziekenfondsen een zogenaamd bodembedrag gehanteerd. Dat betekent dat verzekerden die, ten tijde van de inning, onder dit bedrag blijven geen rekening krijgen gestuurd of deze rekening (nog) niet hoeven te betalen. De tegoeden worden echter opgespaard om ze eventueel later, in het kwartaal dat de verzekerde het bodembedrag heeft overschreden, te innen. Overigens bleek dat er verschillende opvattingen bestaan onder ziekenfondsen over de vraag of het hanteren van bodembedragen al dan niet wettelijk is toegestaan.

Tabel 4.2 Wordt er een bodembedrag gehanteerd bij de eerste verzending van de nota's?

Bodembedrag?	Aantal ziekenfondsen*
Nee, voor alle bedragen worden nota's verzonden en geïnd	11
Nee, nota's onder fl. 5.00 worden wel verzonden maar niet geïnd	1
Ja, nota's onder fl. 5,00 worden niet verzonden en ook niet geïnd	5
Ja, nota's onder fl. 10.00 worden niet verzonden en ook niet geïnd	3
Ja, nota's onder fl. 25,00 worden niet verzonden en ook niet geïnd	4

* bij één ziekenfonds was dit nog niet bekend

In tabel 4.2 is te zien hoeveel ziekenfondsen een bodembedrag hanteren. Opgemerkt moet worden dat het hier gaat om een bodembedrag met betrekking tot de eerste verzending van nota's. Enkele respondenten gaven aan dat het bodembedrag, gedurende het jaar, naar beneden kan worden bijgesteld. Overigens is, bij de meeste ziekenfondsen, nog niet duidelijk wat er gaat gebeuren met verzekerden die na één jaar het bodembedrag nog niet hebben bereikt.

4.2.3 Wijze van betaling

Tijdens de voorbereiding van de invoering van de regeling is er veel discussie geweest over de manier waarop de AEB mag worden geïnd. Daarbij ging het met name om de vraag of, bij automatische incasso, gebruik mag worden gemaakt van de bestaande machtiging die de verzekerden voor de betaling van de (nominale) premie hebben verleend (de zogenaamde negatieve optie). Uiteindelijk is in de regeling vastgelegd dat dit niet is toegestaan en dat er een afzonderlijke machtiging voor de automatische inning van de AEB moest worden gevraagd. In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van gekozen betalingswijze voor de eerste verzending van de nota's.

Tabel 4.3 Wijze van betaling van AEB (bij eerste reguliere zending)

Betalingswijze	Aantal ziekenfondsen
Uitsluitend per accept-giro	13
Accept-giro en automatisch via nieuwe, vooraf gevraagde machtiging	8
Accept-giro en automatisch gebruikmakend van bestaande machtiging: negatieve optie	4

Een relatief grote groep van dertien ziekenfondsen maakte, in eerste instantie, uitsluitend gebruik van accept-giro's. De meeste daarvan zullen in een later stadium waarschijnlijk ook automatisch gaan innen.
Het aantal verzekerden dat op voorhand een machtiging voor automatische incasso verleent is volgens de geïnterviewden erg laag. De ziekenfondsen die in december/januari om een machtiging hebben gevraagd rapporteerden dat slechts 15 tot 35% van de verzekerden de machtigingskaart hebben teruggestuurd, terwijl dit bij de inning van de nominale premie schommelt tussen de 60 en 85%. Volgens sommige respondenten komt dat omdat de verzekerden van tevoren niet weten hoe hoog het bedrag van de nota is en wanneer het van de rekening wordt afgeschreven.
Eén ziekenfonds heeft bij de eerste nota's die zijn verzonden gebruik gemaakt van de zogenaamde negatieve optie, maar heeft daar, vanwege externe protesten, weer van afgezien. Een andere respondent zei dat men de negatieve optie heeft overwogen, maar daar vanwege de te verwachten negatieve reacties van af heeft gezien.
Bij de vier ziekenfondsen die wél de negatieve optie voor automatische betaling hanteren, konden alle verzekerden via een mailing in december 1996, aangeven wanneer zij het daar niet mee eens waren. Daar heeft een aantal verzekerden op gereageerd, maar het overgrote deel niet. Dit betekent dat bij deze ziekenfondsen tussen de 70 en 80% de AEB automatisch van de rekening laat afschrijven. Overigens meldde één van de respondenten dat een aantal verzekerden alsnog de machtiging heeft ingetrokken toen zij de nota ontvingen.
Voor de negatieve optie was volgens de geïnterviewden van deze ziekenfondsen voornamelijk gekozen uit kosten- en efficiency-overwegingen. Daarnaast waren enkele respondenten van mening dat de verzekerden zelf er niet veel problemen mee hebben, maar dat het vooral door maatschappelijke groeperingen gebruikt wordt om de regeling te bekritiseren. Ook wees één respondent er op dat het hanteren van de negatieve optie niet onwettig is, omdat er een machtiging is gevraagd voor alle aan het ziekenfonds verschuldigde bedragen: dat wil zeggen voor de nominale premie, de premie voor de aanvullende verzekering en dus ook de AEB.

4.2.4 Incasso-traject

Aangezien nog geen enkel ziekenfonds ten tijde van het interview ervaring had met de inning van de nota's voor de AEB, bestaat op dit moment nog onvoldoende zicht op het

gehele incasso-traject dat zal worden doorlopen. In bijna alle interviews werd gesteld dat hierover nog afspraken moeten worden gemaakt en dat de praktijk nog moet gaan uitwijzen hoe dit gaat verlopen. Alle respondenten gaven aan dat dit, in principe, op dezelfde wijze zal gebeuren als bij een (nominale) premie-achterstand. Dat wil zeggen dat na een herinnering en enkele aanmaningen, een (extern) incasso-bureau of de deurwaarder kan worden ingeschakeld gevolgd door een juridische procedure. Het probleem met betrekking tot de inning van de AEB is dat de bedragen vaak niet hoog genoeg zullen zijn om de kosten van het incasso-traject te dekken. Ook bij deze problematiek worden overigens weer verschillende bodembedragen gehanteerd, variërend van fl. 25,00 tot fl. 250,00. Een vijftal respondenten gaf expliciet aan dat men waarschijnlijk alleen tot het uiterste zal gaan indien er naast de niet betaalde algemene eigen bijdragen ook een (nominale) premie-achterstand is. Ook werd er door veel respondenten op gewezen dat de opstelling van de Ziekenfondsraad (bijvoorbeeld met betrekking tot de vraag wie het verlies draagt?) hierbij een belangrijke rol zal spelen.
Over het algemeen gaven de geïnterviewden aan dat de ziekenfondsen zullen doen wat ze kunnen om de AEB te innen. Men verwacht echter ook een redelijke opstelling van de Ziekenfondsraad in deze. Volgens de respondenten kan men uiteindelijk niemand dwingen tot betalen, omdat er geen concrete sancties zijn en kosten en baten goed moeten worden afgewogen.
Twee respondenten gaven expliciet aan dat de houding van het ziekenfonds inzake de inning van de AEB mogelijke een neerslag kan hebben op de algemene betalingsmoraal van de verzekerde, bijvoorbeeld met betrekking tot de nominale premie of premie voor de aanvullende verzekering. *In principe wordt tegen wanbetalers stevig opgetreden. Er is bij de nominale premie een heel laag aantal wanbetaler en dat willen we graag zo houden. We zijn bang dat als er bij de AEB soepeler met wanbetalers wordt omgegaan dat dat uitstraalt naar de betaling van de nominale premie.*

5 DE IMPLEMENTATIE: KOSTEN EN PERSONELE INZET

5.1 Inleiding

De AEB-regeling werd door veel respondenten omschreven als de meest complexe en omvangrijkste maatregel die er ooit in de Ziekenfondswet is ingevoerd. De gehele organisatie wordt er mee geconfronteerd: de afdeling voorlichting, de verzekerdenadministratie, de verstrekkingenadministratie en de financiële afdeling krijgen ermee te maken. *In feite wordt de basis van het ziekenfonds (zorgverlening in natura) op zijn kop gezet en dat betekent ook dat de verzekerden nu met zaken worden geconfronteerd waarvan men voorheen geen weet heeft gehad.*
Om een idee te krijgen van de omvang van de operatie is in de interviews gevraagd hoeveel nota's er per inningsperiode (dat is dus meestal per kwartaal) worden verstuurd. Omdat het uitvoeringsproces nog maar net in gang is gezet, konden de meeste respondenten slechts een globale schatting geven. Het hanteren van een bodembedrag reduceert het aantal nota's dat wordt verstuurd. De schattingen van ziekenfondsen die geen bodembedrag hanteren komen, omgerekend, neer op één rekening per twee à drie verzekerden per kwartaal, terwijl het bij ziekenfondsen die een bodembedrag hanteren gaat om één rekening per vier tot zes verzekerden. Eén respondent vermeldde dat de uitvoering van de AEB-regeling waarschijnlijk tot een toename van 35 tot 50% van de uitgaande poststukken zal leiden.

5.2 Benodigde aanpassingen in het administratief systeem

Een belangrijk aspect van de invoering van de AEB-regeling is de aanpassing van het administratief systeem. Alle geïnterviewden gaven aan dat de automatiseringsproblemen veel omvangrijker waren dan verwacht en dat het veel tijd en energie heeft gekost om de complexe regeling, met alle uitzonderingen en specifieke bepalingen, in de software te vertalen. De regeling raakt het gehele administratieve systeem. Meestal moesten nieuwe applicaties of modules worden ontwikkeld en bepaalde bestaande onderdelen van het systeem worden aangepast.
Er is, in de regel, een nieuwe AEB-module ontwikkeld die wordt gevoed met gegevens uit zowel de verzekerden- als verstrekkingenadministratie. Dit betekent dat vaak het gehele administratieve systeem moest worden doorgelicht, omdat de nauwkeurigheid, volledigheid en doorzichtigheid van de gegevens nu van zeer groot belang zijn.
In de verzekerdenadministratie moesten aanpassingen worden gedaan om de maximale AEB per hoofdverzekerde vast te stellen. Een belangrijk probleem daarbij was, volgens de respondenten, dat bepaalde informatie over uitkeringen, informatie die nodig is om de maximale AEB vast te stellen, moeilijk te achterhalen was. Een veel genoemd voorbeeld was dat in het verzekerdenbestand geen onderscheid werd gemaakt tussen een volledige WAO of AAW-uitkering aan de ene kant en een combinatie van beide uitkeringen aan de andere kant. Door de AEB-regeling is dit onderscheid pas relevant geworden. Ook moesten er koppelingen worden gelegd met andere bestanden zoals het AWBZ-bestand waarin de hoogte van de eigen AWBZ-bijdrage is vastgelegd. Verzekerden die een hoge bijdrage voor zorg volgens de AWBZ of de overgangswet verzorgingshuizen betalen, zijn vrijgesteld van de AEB. Daarnaast heeft de koppeling van hoofd- en medeverzekerden bij een aantal systemen nogal wat voeten in aarde gehad.

In het verstrekkingen- of declaratieverwerkingssysteem moest meestal een nieuwe tabel worden opgenomen die de AEB per verstrekking bepaalt. Hiervoor moest in enkele gevallen het coderingssysteem worden aangepast. Daarbij leidden vaak de reeds van kracht zijnde bijzondere eigen bijdragen of bijbetalingen (bijvoorbeeld bij geneesmiddelen) en eventuele verstrekkingen in het kader van de aanvullende verzekering (bijvoorbeeld bij fysiotherapie) tot hoofdbrekens voor de programmeur. Het administratieve systeem van tenminste één ziekenfonds was er niet op ingericht om declaraties per verzekerde te administreren. De gehele declaratiemethodiek moest dan ook worden aangepast.
Met de nieuw ontwikkelde programmatuur (vaak AEB-module genoemd) kan de verschuldigde AEB per hoofdverzekerde worden vastgesteld. Ook moest in dit systeem worden ingebouwd wanneer de compensatie van fl. 90,00 moet worden verrekend en wanneer iemand zijn maximum heeft bereikt en dus geen rekeningen meer hoeft te ontvangen.
Speciale faciliteiten zijn ontwikkeld voor de financiële afwerking zoals de aanmaak van specificaties (zowel op papier als per beeldscherm) en de opslag van financiële gegevens (voor incasso-doeleinden, boekhouding en financiële verantwoording naar de Ziekenfondsraad). De opslag van gegevens over de AEB neemt enorm veel computerruimte in beslag.
Een belangrijk probleem dat in diverse interviews terugkwam, was dat speciale faciliteiten moesten worden gecreëerd om correcties en mutaties op een eenvoudige wijze in de systemen door te voeren. Het bleek vooral moeilijk om de gevolgen daarvan voor de verzekerde (bijvoorbeeld met betrekking tot het bereiken van het maximum of de compensatie van fl.90,00) op een juiste wijze te programmeren.
Eén respondent zei dat men voor de AEB een nieuwe computer heeft moeten aanschaffen, terwijl het ziekenfonds over twee jaar het gehele systeem wil vervangen. Een geïnterviewde van een ander ziekenfonds gaf aan dat veel moest worden geïnvesteerd om de regeling in het oude administratief systeem in te passen, terwijl men binnen afzienbare tijd gaat overschakelen op een nieuw systeem.

5.3 Werkzaamheden met betrekking tot de uitvoering van de regeling

Er is de respondenten gevraagd een kort overzicht te geven van de werkzaamheden die voor de uitvoering van de AEB-regeling zijn en nog moeten worden verricht. Daarbij kwamen zowel activiteiten aan de orde die direct onder de uitvoering van de AEB vallen (bijvoorbeeld aanpassing van het administratief systeem, informeren van zorgaanbieders en verzekerden, opstellen en verzenden van nota's en incasso) als ook activiteiten die het gevolg zijn van de uitvoering van de regeling (bijvoorbeeld mutaties in het verzekerdenbestand en correctie van declaraties) (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 Werkzaamheden m.b.t. de uitvoering van de AEB-regeling

Voorbereiding	*Opstellen van implementatie-plan*: inventarisatie welke werkzaamheden er moeten plaatsvinden. *Het automatiseringsproces*: ontwikkeling van een apart administratief systeem voor de AEB-regeling en het beheer van dat systeem en aanpassing aan bestaande onderdelen, testen van software door gebruikers. *Voorlichting, instructie en opleiding van personeel*: daarbij werd met name gewezen op het grote aantal personeelsleden dat met de regeling te maken krijgt. *PR-activiteiten naar verzekerden*: maken van voorlichtingsmateriaal, verzoek om machtiging voor automatische incasso, ontwikkeling van script voor callcenter.

Uitvoering	*Informeren van verzekerden* *Informeren van zorgaanbieders* *Opvang telefonische reacties* *Berekenen van het persoonlijk maximum per hoofdverzekerde*: dit gebeurt meestal geautomatiseerd, maar voor specifieke gevallen moesten er ook handmatig mutaties worden doorgevoerd. Tevens is door een aantal ziekenfondsen aanvullende informatie bij uitkerende instanties (bedrijfsverenigingen, sociale dienst) aangevraagd. *Correcties doorvoeren in verzekerdenadministratie*: mutaties in rechtsgrond, medeverzekerden overschrijven naar andere hoofdverzekerde. *Berekenen AEB per declaratie*: dit gebeurt meestal geautomatiseerd, echter in een enkel geval handmatig. *Opstellen facturen*: dit gebeurt geautomatiseerd. *Inpakken en verzenden facturen*: vaak geautomatiseerd, maar ook wel handmatig omdat de postpakketten te groot zijn. Tevens besteedt een aantal ziekenfondsen dit uit aan een extern mailingsbedrijf. *Controle en correctie van declaraties van zorgaanbieders.* *Verwerking klachten- en beroepsprocedure.* *Uitvoeren en bijhouden van incasso en excasso (correcties op rekeningen, terugbetalen van compensatie).* *Voeren van correspondentie.* *Verzorgen van financiële verantwoording naar Ziekenfondsraad.*

5.4 Inzet van personeel

Ten tijde van het interview konden de respondenten alleen globale indicaties geven met betrekking tot de hoeveelheid personeel die bij de in- en uitvoering van de AEB-regeling betrokken is. Dit komt omdat men nog bezig was met de voorbereiding en dus nog weinig ervaring had opgedaan met de uitvoering in de praktijk. Daarnaast speelde een rol dat bijna alle personeelsleden, op één of andere manier, met de regeling worden geconfronteerd en dat dat heel moeilijk te scheiden is van de andere werkzaamheden. Ook werd genoemd dat de uitvoering gepaard zal gaan met pieken en dalen in de werkzaamheden zodat de inzet van personeel soms tijdelijk dient te worden uitgebreid. Dit is vooral van toepassing bij de afdeling klantenservice en opvang van telefonische reacties.
Twee ziekenfondsen hebben een nieuw team geformeerd dat zich uitsluitend met de AEB-regeling bezig gaat houden. Het ene team bestaat uit 35 FTE, het andere uit 10 FTE. De benodigde personele inzet ten behoeve van de AEB-regeling hangt uiteraard voor een deel af van de omvang van het ziekenfonds.
Meestal worden de werkzaamheden met betrekking tot de AEB-regeling voor een belangrijk deel uitgevoerd door het eigen personeel, dat daarvoor wordt vrijgemaakt. Dit betekent vaak wel dat hun eigenlijke werk (tijdelijk) wordt overgenomen door extra nieuw personeel. Drie geïnterviewden zeiden dat men de regeling uitvoert door het bestaande personeel meer uren te laten werken. Eén ziekenfonds had berekend dat alleen op de afdeling verstrekkingen, de regeling tussen de 1000 en 1400 extra werkuren zou kunnen gaan leiden.
In de regel kon nog niets worden gezegd over het aantal uren dat in de voorbereiding van de regeling is gestoken. Enkele respondenten spraken over een inzet van tussen de 1500 en 2000 uren die alleen al aan de ontwikkeling en aanpassing van het administratieve systeem zijn besteed.
Specifiekere gegevens over de personele inzet voor en de kosten van de uitvoering van de AEB-regeling zijn verzameld door de accountantsdienst van de Ziekenfondsraad die hierover afzonderlijk rapporteert.

5.5 Geraamde kosten

De respondenten waren erg terughoudend met het doen van uitspraken over de kosten die aan de in- en uitvoering van de AEB-regeling verbonden zijn: het was nog te vroeg om daar iets over te zeggen of men had al uitgebreide informatie verstrekt aan de accountantsdienst van de Ziekenfondsraad en wilde dat niet meer herhalen. Daarnaast werd er op gewezen dat het EIM de uitvoeringskosten reeds heeft geschat en dat op basis daarvan de budgetten bepaald zijn. In dit rapport beperkt de informatie zich dan ook tot algemene uitspraken.
De respondenten van de meeste grotere ziekenfondsen gaven aan dat de vergoeding van de Ziekenfondsraad voor de AEB-regeling waarschijnlijk toereikend is. Eén ziekenfonds had berekend dat de aanloopkosten iets lager uit waren gevallen dan aanvankelijk is ingeschat. Daar staat tegenover dat de structurele kosten waarschijnlijk veel hoger uitkomen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het hoge aantal telefonische reacties en de hoge kosten voor incasso vanwege het lage aantal automatische betalingen.
De respondenten van de kleinere ziekenfondsen zeiden enorme tekorten te verwachten, zowel met betrekking tot de aanloopkosten als met betrekking tot de structurele kosten. Drie ziekenfondsen becijferden dat deze tekorten op zouden kunnen lopen tot ongeveer 1 miljoen op jaarbasis.

6 PROBLEMEN EN KNELPUNTEN MET BETREKKING TOT DE REGELING

6.1 Problemen bij de invoering

In de interviews is ziekenfondsen gevraagd naar ervaren problemen met betrekking tot de invoering en naar ervaren en verwachte problemen rond de uitvoering van de AEB (zie bijlage 1). In deze paragraaf worden de problemen en knelpunten die bij invoering van de regeling door de ziekenfondsen zijn ervaren op een rij gezet. Ervaren problemen rond de uitvoering komen in paragraaf 6.2 aan de orde. Verwachte problemen met betrekking tot de regeling worden in paragraaf 6.3 beschreven.
In tabel 6.1 wordt een overzicht gegeven van de ervaren problemen bij de invoering van de AEB-regeling. Daarin staat ook vermeld hoe vaak een probleem is genoemd. In het algemeen kan worden gesteld dat, tijdens het invoeringstraject, de ziekenfondsen problemen hebben ervaren met betrekking tot de beschikbare tijd, de voorlichting aan verzekerden en de vaststelling van het persoonlijk maximum. Een meerderheid van de ziekenfondsen gaf aan dat men onder zeer hoge tijdsdruk heeft moeten werken om de regeling te kunnen invoeren. Oorzaak daarvan was, volgens de betreffende geïnterviewden, de late definitieve vaststelling van de regeling (in paragraaf 3.2 is dit al uitgebreid aan de orde geweest). De voorlichting aan verzekerden werd bemoeilijkt doordat de regeling complex is en vele uitzonderingen kent. Bij het vaststellen van het persoonlijk maximum, tenslotte, hebben ziekenfondsen vooral problemen ondervonden bij het achterhalen van de daarvoor benodigde informatie.

Tabel 6.1 Overzicht van problemen die ziekenfondsen hebben ervaren bij de invoering van de AEB (tussen haakjes staat het aantal respondenten vermeld dat het betreffende probleem heeft genoemd)

Tijdsdruk	- De late definitieve vaststelling van de regeling heeft ertoe geleid dat onder zeer hoge tijdsdruk moest worden gewerkt (14x)
Voorlichting verzekerden	- De regeling is zo complex dat die nauwelijks aan verzekerden is uit te leggen (21x) - Vooral de vele uitzonderingen zijn moeilijk uit te leggen (11x). Bijvoorbeeld: de WAO-ers op eenzelfde inkomensniveau als bijstandsgerechtigden moeten toch een maximum van fl. 200.00 betalen (4x) en het verschil tussen algemene eigen bijdrage en bijzondere eigen bijdragen is problematisch (4x) - Vooral ouderen vonden het zeer moeilijk om de regeling te begrijpen (1x)
Vaststellen persoonlijk maximum	- Traceren van verzekerden die een hoge AWBZ-bijdrage betalen, in een verzorgingshuis of verpleeghuis verblijven of onder de overgangswet verzorgingshuizen vallen was moeilijk (12x) - Het onderscheid tussen AAW- en WAO-uitkering was tot nu toe onbelangrijk en daarom niet vastgelegd in het systeem. Het was erg moeilijk dit te achterhalen (11x) - Er traden problemen op bij verzekerden die op basis van twee rechtsgronden verzekerd zijn (5x) - Uitkeringen op basis van de Toeslagenwet leverde problemen op omdat die niet bekend waren (5x) - Communicatie met uitkerende instanties leverde soms problemen op (1x)

6.2 Problemen bij de uitvoering

In deze paragraaf worden de problemen en knelpunten die bij invoering van de regeling door de ziekenfondsen zijn ervaren op een rij gezet (zie tabel 6.2). Ook hierbij richten de problemen zich met name op de voorlichting en informatievoorziening aan de verzekerden en administratieve problemen, vooral ook in het declaratieverkeer tussen zorgaanbieders en ziekenfonds. Een (te) late aanlevering van declaraties kan leiden tot een lange tijdsperiode tussen de consumptie van zorg en het opleggen van de AEB. Dat roept op zijn beurt vragen op bij verzekerden: *Als declaraties te laat zijn zijn mensen al weer vergeten dat ze die zorg hebben ontvangen of ze denken dat ze dat al betaald hebben. De invloed van de frequentie van declareren van de aanbieders is dus vrij groot.* Daarnaast zorgen ook in de uitvoering van de maatregel de diverse uitzonderingen en compensatie-regelingen voor complicaties.

Tabel 6.2 Overzicht van problemen die ziekenfondsen hebben ervaren bij de uitvoering van de AEB (tussen haakjes staat het aantal respondenten vermeld dat het betreffende probleem heeft genoemd)

Algemene organisatorische problemen	- negatieve beeldvorming over het betreffende ziekenfonds (6x) - overbelasting van de organisatie waardoor het reguliere werk in gedrang komt (5x) - telefonische bereikbaarheid van de organisatie (2x) - de inzet van personeel gaat met duidelijke pieken en dalen gepaard zodat het moeilijk is om dit adequaat te regelen (1x)
Informatieverstrekking verzekerden	- Het feit dat één ziekenhuisbezoek kan uitmonden in verschillende declaraties kan tot verwarring leiden (6x) - Onvolledige specificaties leiden tot vragen (5x)
Declaraties van zorgaanbieders	- 'naijlende nota's': te late aanlevering van declaraties (met name ziekenhuizen worden in dit verband vaak genoemd) leidt ertoe dat er lange tijd kan zitten tussen de zorgconsumptie en de berekening van de algemene eigen bijdrage (12x) - foutieve declaraties leiden tot veel correctie-werk en discussies met verzekeren (8x) - onduidelijk onderscheid in declaraties tussen poliklinische en klinische specialistische zorg (3x) - de declaraties zijn vaak onduidelijk (1x) - declaraties van aanbieders buiten het zorggebied (1x) - zorgconsumptie in het buitenland (1x)
Uitzonderingen en complicaties	- Echografie: voor zwangerschap of niet? (1x) - Fysiotherapie: eerste 9 behandelingen met AEB daarna volledig zelf betalen of gratis via aanvullende verzekering (1x) - Medicatieverstrekking via apotheekhoudende huisarts (1x)
Wijzigingen en correcties	- Belangrijke mutaties tijdens het jaar (na de peildatum), zoals het wisselen van verzekeraar, een medeverzekerde die zelfstandig verzekerd wordt, verandering van rechtsgrond, leiden tot administratieve problemen (8x) - Als een verzekerde met terugwerkende kracht een andere persoonlijk maximum heeft gekregen leidt dit tot administratieve problemen (5x) - Gevolgen van correcties voor een verzekerde die zijn/haar maximum al heeft bereikt, of de compensatie van fl. 90,00 reeds heeft ontvangen: moet dit weer worden gecorrigeerd? (5x)

6.3 Verwachte problemen

De meest genoemde verwachte problemen met de AEB-regeling spitsen zich toe op privacy-problematiek en op incasso-problemen. Zoals in paragraaf 3.4 al is uitgelegd, moeten ziekenfondsen het midden zien te vinden tussen enerzijds het bewaken van de privacy van de medeverzekerden en anderzijds het zo volledig mogelijk informeren van de betaler van de AEB. Veel ziekenfondsen verwachten problemen op dit gebied omdat medeverzekerden, volgens de geïnterviewden, niet willen dat de hoofdverzekerde op de hoogte is van hun zorgconsumptie. Ook incasso-problemen worden door een flink aantal ziekenfondsen verwacht. Daarbij gaat het vaak om ziekenfondsen die actief zijn in de grote steden en veel uitkeringsgerechtigden als verzekerden hebben. Tabel 6.3 geeft een overzicht van de verwachte problemen die geïnterviewden hebben genoemd.

Tabel 6.3 Overzicht van verwachte problemen die ziekenfondsen hebben genoemd (tussen haakjes staat het aantal respondenten vermeld dat het betreffende probleem heeft genoemd)

Privacy-problemen	- Medeverzekerden willen niet dat de hoofdverzekerde op de hoogte is van hun zorgconsumptie (14x)
Incasso-problemen	- Er worden veel wanbetalers verwacht omdat er geen reële sanctiemogelijkheden zijn (13x) - De regeling heeft gevolgen voor betalingsmoraal van verzekerden (ook in verband met nominale premie en premie voor aanvullende verzekering) (2x)
Financiële problemen	- De kosten van de AEB-regeling kunnen er toe leiden dat de nominale premie in de toekomst weer moet worden verhoogd (1x)
Discussies met verzekerden over de verleende zorg	- Declaraties zijn vaak onduidelijk voor verzekerden en verzekerden zullen zich dan ook vaak niet meer herinneren dat bepaalde zorg is verleend (5x) - De regeling kan leiden tot een groot aantal beroeps- en klachten-procedures (2x) - De regeling wordt niet eenduidig uitgevoerd door de ziekenfondsen (1x)
Problemen met betrekking tot de rapportage naar ziekenfondsraad	- De financiële verantwoording die de Ziekenfondsraad vraagt, is te gedetailleerd (3x)

7 DE MENING EN VISIE VAN DE ZIEKENFONDSEN

7.1 Algemeen oordeel

In de interviews is de respondenten naar hun mening over de regeling gevraagd (zie bijlage 1). Men oordeelde over het algemeen vrij negatief over de regeling. Zoals ook al op andere plaatsen in dit rapport is geconstateerd, is vooral de complexiteit van de regeling daarvoor de reden. Een meerderheid stond niet direct afkeurend ten opzichte van een algemene eigen bijdrage voor ziekenfondspatiënten, maar is van mening dat de huidige regeling dermate complex is, dat die in de praktijk moeilijk kan worden uitgevoerd. Volgens de meeste respondenten is dit het gevolg van de politieke compromissen in de regeling. Met name de compensaties zouden daarbij te ver zijn doorgevoerd. Onderliggend probleem hierbij, dat door veel respondenten is genoemd, is dat het in Nederland gebruikelijk is om via de zorgverzekering inkomenspolitiek te voeren.
Om het allemaal veel eenvoudiger en overzichtelijker te maken werd door negen respondenten geopperd om een eigen risico aan de voet in te voeren, zoals dat gebruikelijk is bij de particuliere ziektekostenverzekering. Drie ziekenfondsen waren überhaupt geen voorstander van eigen bijdragen in de Ziekenfondswet. Zij refereerden aan de sociale aard van het ziekenfonds (gebaseerd op solidariteit, levert een ziekenfonds zorg in natura aan verzekerden). Toch onderkenden vier geïnterviewden ook positieve aspecten aan de regeling, zoals bijvoorbeeld een betere controle van declaraties.

7.2 Verwachte resultaten

De overheid heeft twee belangrijke doelstellingen geformuleerd bij de invoering van de AEB-regeling in de Ziekenfondswet: financieringsverschuiving en consumptievermindering. Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre men verwacht dat deze doelstellingen, op basis van de huidige regelgeving, worden gehaald.

Financieringsverschuiving
De respondenten verwachtten over het algemeen geen grote financieringsverschuiving. Zes respondenten dachten dat de mogelijke financiële effecten teniet gedaan zullen worden door de hoge uitvoeringskosten van de regeling. Twee geïnterviewden wezen op de ingebouwde compensatie, die tot gevolg kunnen hebben dat een eventuele financieringsverschuiving teniet wordt gedaan.

Consumptievermindering
De meeste respondenten spraken ook hun twijfel uit over de te verwachten consumptievermindering. Elf geïnterviewden gaven aan te twijfelen aan het consumptieremmende effect van AEB-regeling, omdat niet de verzekerde of patiënt beslist over de zorg die wordt geconsumeerd, maar vooral de huisarts of specialist. *Patiënten hebben zelf nauwelijks invloed op de kosten. Ze kunnen alleen beslissen om bijvoorbeeld niet te gaan maar hebben geen mogelijkheden om te 'shoppen' bij verschillende zorgaanbieders om eventueel de kosten te drukken.* Vijf andere respondenten wijzen in feite op hetzelfde fenomeen, door uit te leggen dat de enige beslissing die de patiënt zelf neemt is of hij/zij naar de huisarts gaat en daar is nu juist geen financiële drempel gelegd. Overigens merken deze respondenten hierbij op dat men er ook geen voorstander van is om een

eigen bijdrage voor de huisarts te gaan vragen. Bovendien, zo merken drie respondenten op, is het uitgangspunt van de regeling in feite dat er veel onnodige zorgconsumptie is (want noodzakelijk zorgconsumptie moet juist niet worden afgeremd). De vraag is echter of dat wel zo is.
De ervaringen die in het verleden met eigen bijdragen voor ziekenfondsverzekerden zijn opgedaan (de medicijnknaak, het specialistengeeltje en de recente eigen bijdrage hulpmiddelen) hebben volgens een vijftal geïnterviewden aangetoond dat eigen bijdragen niet werken. In de huidige regeling zitten volgens vele geïnterviewden elementen die de zorgconsumptie juist kunnen bevorderen. Elf respondenten wezen daarbij op de mogelijke compensatie van fl.90,00. De 'calculerende burger' zal misschien bewust aan het einde van het jaar meer gaan consumeren om de compensatie te krijgen. Ook wordt in dit verband door vier geïnterviewden genoemd dat bij mensen die hun maximum al hebben bereikt, de zorgconsumptie zal toenemen zoals dat ook wel waarneembaar is bij particulier verzekerden die hun eigen risico hebben bereikt.
Tot slot twijfelen respondenten aan de effecten van de AEB-regeling omdat zij meenden dat de eigen bijdrage te laag is (vier keer genoemd), of omdat de eigen bijdragen niet worden opgelegd op het moment dat de zorg daadwerkelijk geconsumeerd wordt (zes keer genoemd). Drie respondenten verwachten hooguit effecten bij mensen met hele lage inkomens. Ook de complexiteit van de regeling zal volgens vijf respondenten tot gevolg hebben dat het gewenste effect niet wordt bereikt. Deze respondenten verwachten niet dat mensen hun gedrag zullen gaan veranderen op basis van een regeling die ze niet begrijpen.

8 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In dit rapport is een overzicht gegeven van de eerste ervaringen die ziekenfondsen hebben opgedaan met de invoering en uitvoering van de AEB-regeling en met hun opvattingen ten aanzien van die regeling. Het rapport is gebaseerd op interviews onder medewerkers van 25 Nederlandse ziekenfondsen. Deze medewerkers vervullen uiteenlopende functies, zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven. Voor allen geldt echter dat zij door de directie of Raad van Bestuur/Toezicht van de benaderde ziekenfondsen zijn aangewezen als de meest geschikte persoon om te interviewen over de AEB-regeling. Doordat de checklist voor de interviews (zie bijlage 1) bovendien voorafgaand aan het interview is toegestuurd, hebben alle respondenten de gelegenheid gehad zich goed op het interview voor te bereiden; eventueel met hulp van collega's die zelf niet bij het interview aanwezig waren. Naar onze mening geven de resultaten van de interviewronde dan ook een betrouwbaar beeld van de stand van zaken drie à vier maanden na de wettelijke invoering van de AEB-regeling.

De eerste conclusie van dit onderzoek is dat ziekenfondsen de huidige AEB-regeling zeer ingewikkeld en complex vinden. Met name de vele uitzonderingen, zowel met betrekking tot de hoogte van het persoonlijk maximum als met betrekking tot de soort verstrekking, maken de regeling, in de ogen van de ziekenfondsen, ondoorzichtig en moeilijk uitvoerbaar.
Een complicerende factor is dat er per 1 januari 1997 nog meer wijzigingen zijn doorgevoerd in de Ziekenfondswet (bijvoorbeeld de knip in de thuiszorg en de vergoeding van het kunstgebit als hulpmiddel). Hoewel deze wijzigingen op zichzelf los staan van de AEB-regeling, hebben zij wel gevolgen voor de uitvoering ervan. Voor de ziekenfondsen is de uitvoering van deze afzonderlijke maatregelen in de praktijk niet gemakkelijk te scheiden. Dit verklaart mogelijk voor een deel de negatieve ervaringen van de geïnterviewden met betrekking tot de informatievoorziening.
In het algemeen kan gesteld worden dat de AEB-regeling voor ziekenfondsen tot zoveel administratief-organisatorische problemen heeft geleid, omdat hierdoor het gehele administratieve systeem wordt geraakt (zowel de verzekerden- als de verstrekkingadministratie). Als 'bijproduct' van de uitvoering van de regeling bleek het bovendien noodzakelijk om controles en correcties door te voeren bijvoorbeeld in de verzekerdenadministratie en in de declaraties van zorgaanbieders.

De complexiteit van de regeling leidt er volgens de respondenten toe dat zij zeer moeilijk aan de verzekerden is uit te leggen. De meeste ziekenfondsen hebben hun verzekerden tussen november 1996 en februari 1997 zelf geïnformeerd over de invoering van de AEB, in aanvulling op landelijke campagnes van de Ziekenfondsraad, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS. Met name de acht ziekenfondsen die op dat moment reeds hun verzekerden op de hoogte stelden van hun persoonlijk maximum hebben daardoor te maken gekregen met een groot aantal telefonische reacties. Met name de combinatie AAW/WAO bleek aanleiding te geven tot vele vragen. In het informatiemateriaal wordt vermeld dat wie een AAW-uitkering ontvangt in aanmerking komt voor een maximum van fl. 100,00. Daarbij is het vele verzekerden niet duidelijk geworden dat, wanneer men tevens een WAO-uitkering geniet, de AAW niet tot uitkering komt en men derhalve een maximum van fl. 200,00 verschuldigd is. Volgens enkele ziekenfondsen klaagden WAO-ers over de onrechtvaardigheid daarvan. Enkele ziekenfondsen gaven bovendien aan dat uit de telefonische reacties bleek dat ook chronisch zieken en mensen

met een minimumloon niet begrepen dat zij toch een maximum van fl. 200,00 hebben.

Een tweede conclusie is dat ziekenfondsen zich genoodzaakt hebben gevoeld om voor de concrete invulling van de regeling eigen interpretaties te maken. Zo zijn er verschillen in de mate van gedetaileerdheid waarin individuele verzekerden worden geïnformeerd over het gebruik van voorzieningen. Ook bestaan er verschillen in de mate waarin ziekenfondsen bodembedragen hanteren bij het verzenden van nota's voor de algemene eigen bijdrage. Volgens de geïnterviewden waren deze interpretatie nodig vanwege de complexiteit van de regeling ten behoeve van de ontwikkeling en aanpassing van de administratieve systemen en de voorlichting aan en opleiding van het personeel. Het gevolg van de eigen interpretaties is dat er verschillen in de uitvoering van de regeling door ziekenfondsen zijn. De eigen interpretaties die ziekenfondsen nodig achtten om de AEB-regeling te kunnen uitvoeren, worden in een later stadium nog getoetst door de Ziekenfondsraad. In hoeverre de regeling op dit moment door alle ziekenfondsen dus volgens de regels van de wet wordt uitgevoerd, is nog onduidelijk.

Tot slot dient opgemerkt te worden dat het de ziekenfondsen is gelukt om een systeem te creëren dat voor de uitvoering van de AEB-regeling kan worden gebruikt, ondanks de vele genoemde problemen bij de implementatie van de regeling. Daarbij is het van belang dat gerealiseerd wordt dat deze systemen vaak pas op een laat tijdstip operationeel waren zodat de feitelijke uitvoering van de regeling pas laat in 1997 van start is gegaan. Dat betekent concreet dat in het onderhavig rapport veel verwachtingen worden uitgesproken die nog niet gebaseerd zijn op concrete ervaringen met de regeling. In het najaar van 1997 zal dan ook een tweede interviewronde worden gehouden om na te gaan hoe het op dat moment gesteld is met de uitvoering van de regeling. In deze tweede ronde zal bijvoorbeeld terug worden gekomen op de keuze voor algemene versus gespecificeerde rekeningen (en de gevolgen daarvan voor de reacties van verzekerden) en op de verwachte tekorten op de uitvoeringskosten van kleinere ziekenfondsen.
De verwachtingen van de geïnterviewden ten aanzien van de effecten van de AEB-regeling zijn bepaald niet hooggespannen. De meeste geïnterviewden betwijfelen of de regeling zal leiden tot de gewenste consumptievermindering. Een enkeling verwacht dat dit hooguit het geval zal zijn bij mensen met lage inkomens. De overige deelonderzoeken die in het kader van de evaluatie van de AEB-regeling worden uitgevoerd, zullen over de effectiviteit van de maatregel uitsluitsel moeten geven.

o

Bijlage 1. Checklist t.b.v. interviews ziekenfondsen

Vragen met betrekking tot:

I. Informatievoorziening rond de regeling:

- ☞ Overheid/Ziekenfondsraad - zorgverzekeraars
  - Hoe en door wie bent u op de hoogte gesteld van de inhoud van de regeling?
  - Indien informatievoorziening gefaseerd verliep: Wanneer wist u hoe de regeling er in zijn definitieve vorm uit zou gaan zien?
  - Was u voldoende op tijd op de hoogte om de uitvoering van de regeling te kunnen voorbereiden?
- ☞ Zorgverzekeraars - aanbieders
  - Heeft u zelf zorgaanbieders geïnformeerd over de regeling? Zo ja, wanneer, waarom en hoe?
- ☞ Zorgverzekeraars - verzekerden
  - Heeft u zelf uw verzekerden geïnformeerd over de regeling (in aanvulling op campagne ZFR)? Zo ja, wanneer, waarom en hoe?
    (Indien u gebruik heeft gemaakt van een eigen informatiefolder willen wij er graag één ontvangen)
  - Heeft u voorbereidingen getroffen voor het beantwoorden van telefonische vragen van verzekerden over de regeling? Welke?
  - Heeft u telefonische vragen gekregen van verzekerden over de regeling? Hoeveel? In welke periode?
    Kunt U een top-10 geven van de meest gestelde vragen?

II. Uitvoering van de regeling:

- ☞ Herverzekering
  - Biedt u een aanvullende verzekering aan voor de herverzekering van eigen bijdragen? Waarom wel/niet?
  - Zo ja: hoeveel verzekerden hebben zich hiervoor verzekerd?
  - Overweegt u eigen bijdragen in de toekomst bij te verzekeren? Waarom wel/niet?
- ☞ Frequentie van inning
  - Int u eigen bijdragen per maand of per kwartaal?
  - Kunt u deze keuze motiveren?
- ☞ Declaratieverkeer aanbieder-verzekeraar
  - Hoe declareren de aanbieders? Electronisch, op papier of gemengd?
  - Met welke frequentie declareren aanbieders? Per maand/kwartaal?
  - Wat is de invloed van wijze en frequentie van declareren van aanbieders op de uitvoering van de regeling?
- ☞ Inzet personeel en middelen
  - Wordt de regeling uitgevoerd met bestaande capaciteit of is nieuw personeel aangetrokken? Hoeveel? Functieniveau?
  - Hoeveel FTE personeel zijn in totaal betrokken bij de uitvoering van de regeling? Functieniveau? Verhouding nieuw-bestaand personeel?
  - Kunt u een korte omschrijving geven van de werkzaamheden die worden verricht t.b.v. de uitvoering van de regeling (bijvoorbeeld: berekenen hoogte eigen bijdrage per verzekerde, opstellen facturen, inpakken en verzenden facturen e.d.)?
  - Welke aanpassingen waren nodig in uw administratief systeem? (geen

technisch antwoord a.u.b.)

- Hoeveel rekeningen voor eigen bijdragen verstuurt u, bij benadering, per maand/kwartaal? Combineert u dit met andere mailings?
- Welke gegevens zijn er op de rekeningen vermeld? (hebt u een voorbeeld van een verstuurde rekening)
- Hoeveel kost, bij benadering, de uitvoering van de regeling? Kunt u dit specificeren naar personele en materiële kosten en structurele en aanloop-kosten?

☞ Incasso

- Hoe verloopt de incasso van eigen bijdragen? Wanbetalers? Hoeveel, hoe vaak? Sancties/maatregelen?

III. Problemen met betrekking tot de regeling:

- Welke problemen heeft u ervaren met betrekking tot de invoering van de regeling?
- Welke problemen ervaart u met betrekking tot de uitvoering van de regeling?
- Welke eventuele problemen voorziet u voor de toekomst?

IV. Algemeen oordeel over de regeling:

- Wat vindt u al met al van de eigen-bijdrageregeling?
- Zal de regeling het gewenste resultaat hebben (financieringsverschuiving en consumptievermindering)? Waarom wel/niet?
- Wat zou u eventueel willen veranderen aan de regeling en waarom?

Bijlage 2. De kennis en mening van ziekenfondsverzekerden over de eigen-bijdrageregeling in november 1996

Friele, R.D.
Andela, M.
Mei 1997

Inleiding

In het najaar van 1996 werd definitief besloten tot de introductie van een eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden. Ziekenfondsverzekerden betalen vanaf 1 januari 1997 20% van de kosten van zorg die voor ziekenfondsrekening komt. Voor zorg door huisartsen en tandartsen en verloskundige zorg is deze algemene bijdrage niet verschuldigd. Voor verpleegdagen in een ziekenhuis of revalidatiekliniek is f 8,- per dag verschuldigd. De algemene bijdragen zijn voor de verzekerde (en zijn medeverzekerden) gemaximeerd tot f 200,- per jaar. Voor sommige groepen uitkeringsgerechtigden en AOW-gepensioneerden is het maximum vastgesteld op f 100,- per jaar. De algemene bijdrage is verschuldigd naast de bestaande eigen bijdragen (bijv. voor ziekenvervoer) en bijbetalingen (bijv. voor geneesmiddelen).Voor alle verzekerden is ter compensatie de door hen verschuldigde nominale premie in principe f 110,- per jaar lager vastgesteld, dan de nominale premie die anders voor 1997 zou zijn vastgesteld. Daarnaast krijgen in 1997 verzekerden, zonder medeverzekerde partner, die f 200,- aan algemene bijdragen hebben betaald, van het ziekenfonds een bedrag van f 90,-. Een effect van de algemene eigen-bijdrageregeling zou een verminderd gebruik van gezondheidszorg kunnen zijn omdat verzekerden zelf een deel van de kosten moeten opbrengen en dus een bezoek aan een hulpverlener of medicijngebruik zouden kunnen uit- of afstellen.

Begin december 1996 werd een publiciteitscampagne gestart rond de eigen-bijdrageregeling. Voorafgaand aan deze campagne, eind november 1996, werden 559 ziekenfondsverzekerde leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg* telefonisch geënquêteerd over de eigen-bijdrageregeling. De peiling bestond uit twee delen.
Het eerste deel van de enquête had betrekking op de bekendheid met de algemene eigen-bijdrageregeling. Allereerst werd gevraagd naar de mate waarin men op de hoogte was van de regeling. Gegeven het feit dat deze peiling plaats vond voorafgaand aan de publiciteitscampagne was de veronderstelling dat niet veel mensen bekend zouden zijn met de regeling.
Het tweede deel van de enquête had betrekking op het oordeel van de ziekenfondsverzekerden over een eigen-bijdrageregeling in meer algemene zin. In dit onderdeel werd nagegaan hoe de respondenten in principe stonden tegenover een eigen-bijdrageregeling en hun overwegingen hierbij.

---

* Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een samenwerkingsverband van de Consumentenbond en het NIVEL. Het panel bestaat uit 1500 huishoudens die op belangrijke punten een goed afspiegeling vormen van de Nederlandse bevolking, met een oververtegenwoordiging (van 6%) in de netto gezinsinkomenscategorie van *f*34.000-*f*44.000, en een hiermee samenhangende ondervertegenwoordiging in de uitersten van de inkomensverdeling. De onderzoekspopulatie bestaat uit relatief veel vrouwen (62% tegen 52% in het Consumentenpanel). Dit hangt samen met de methode van onderzoek: een telefonisch enquête onder de telefonisch bereikbare ziekenfondsverzekerde panelleden. Qua inkomensopbouw vormt de onderzoekspopulatie een goed afspiegeling van alle ziekenfondsverzekerden in het Consumentenpanel).

Het belangrijkste doel van deze meting in november 1996 is te dienen als voormeting voor vervolgmetingen, waarin ingegaan wordt op de bekendheid met de regeling en de reakties hierop. Hiernaast zijn er ook enkele resultaten die op zich van belang kunnen zijn voor de eerste beeldvorming omtrent de eigen-bijdrageregeling. Deze worden hier gepresenteerd.

Kennis van de regeling

In tabel 1 staat weergegeven in welke mate de respondenten op de hoogte waren van het bestaan van de eigen-bijdrageregeling.

Tabel 1 De mate waarin en de manier waarop respondenten (559 ziekenfondsverzekerden) voorafgaand aan de publiciteitscampagne op de hoogte waren van de eigen-bijdrageregeling

Niet op de hoogte van de regeling	72%			
Wel op de hoogte van de regeling	27	via:	de krant	16%
			de radio of tv	8
			het ziekenfonds	7

Ongeveer een kwart van de respondenten geeft aan op de hoogte te zijn van de algemene eigen-bijdrageregeling. Zij hebben hierover vooral gehoord via hun krant en in mindere mate via radio en tv en hun ziekenfonds. Deze gegevens betekenen niet dat 27% van de respondenten ook weet wat de eigen-bijdrageregeling inhoudt. Bij doorvragen naar het type voorziening waarvoor de regeling geldt blijkt dat slechts 15% hier een antwoord op heeft gegeven. De overgrote meerderheid, rond de 85%, heeft de vragen uiteindelijk niet beantwoord. In tabel 2 staan de antwoorden weergegeven van de respondenten op de vraag naar de voorziening waarvoor een eigen bijdrage verschuldigd is.

Tabel 2 De voorzieningen waarvoor de respondenten (n=559) van mening zijn dat zij bij gebruik ervan een eigen bijdrage zouden moeten betalen

	geen antwoord	Wel een eigen bijdrage	Geen eigen bijdrage
Medicijnen	84,7 %	11,3 %	4,1 %
De huisarts	85,5	3,6	10,9
De tandarts	86,4	9,1	4,5
De specialist	87,5	6,6	5,9

Van het kleine aandeel respondenten (ongeveer één zesde van alle respondenten) dat een antwoord op deze vraag heeft gegeven, antwoordde de meerderheid juist voor wat betreft het ontbreken van een eigen bijdrage voor de huisarts en het bestaan van een eigen bijdrage voor medicijnen en de specialist. De meerderheid, van de kleine groep die deze vraag beantwoorde, gaf het onjuiste antwoord dat er een eigen bijdrage zou gelden voor de tandarts.

Op de vraag naar de hoogte van de eigen bijdrage bleek 22% een antwoord te geven, waarvan verreweg de meerderheid (19% van alle respondenten) het juiste antwoord gaf: 200 gulden.

Ongeveer één zesde van alle 559 respondenten beantwoordde de vraag of er sprake is van een premiestijging of juist -daling. Het blijkt dat de meerderheid van de respondenten

op deze vraag (10% van het totaal) van mening is dat de premie zal stijgen, tegen 7% die van mening is dat de premie zal dalen. Dus van de ziekenfondsverzekerden die de betreffende vraag beantwoordden verwachtte de meerderheid (ten onrechte) te maken te krijgen met een premiestijging.

Houding ten opzichte van de regeling

In het tweede deel van de enquête zijn vragen gesteld over de mening van de respondenten ten aanzien van een eigen-bijdrageregeling. Zo is gevraagd of men voor of tegen een eigen-bijdrageregeling is, met een bepaald maximum, in ruil voor premieverlaging. De antwoorden op deze vraag staan weergegeven in tabel 3.

Tabel 3 De mate waarin respondenten (n=559) voor of tegen de introductie van een eigen bijdrage, tot een bepaald maximum, in ruil voor premieverlaging

Ik ben voor	28%
Ik ben tegen	47
Ik weet het niet	26

De grootste groep respondenten geeft aan tegen een dergelijke eigen-bijdrageregeling te zijn. De meest genoemde reden om tegen te zijn is dat men verwacht duurder uit te zijn (20% van alle respondenten geeft dit als reden). Andere redenen die werden genoemd zijn : mensen met een laag inkomen zijn dan duur uit (11%), je pakt de mensen die vaak ziek zijn (9%), meer gedoe (9%). Als belangrijkste reden om vóór de regeling te zijn wordt juist aangevoerd dat men verwacht goedkoper uit te zijn (11%).
Vervolgens is nagegaan of de ziekenfondsverzekerden het rechtvaardig vinden dat de patiënt voor de zorg die hij/zij krijgt iets bijbetaalt. Het blijkt dat ongeveer net zoveel mensen dit rechtvaardig vinden (36%) als niet rechtvaardig (37%). De overigen hebben hun mening niet gegeven. Tot slot is nagevraagd of men van plan is minder gebruik te maken van medisch zorg, omdat men een deel van de kosten zelf moet bijbetalen. De overgrote meerderheid (79%) verwacht dit niet. Slechts 7% beantwoordt deze vraag met een volmondig 'ja'.

Conclusie

Zoals werd verwacht was slechts een klein deel van de ziekenfondsverzekerden eind november 1996 op de hoogte van de algemene eigen-bijdrageregeling die per 1 januari 1997 zou ingaan. Ongeveer een kwart van de respondenten gaf aan dat zij 'op de hoogte' waren van de eigen-bijdrageregeling. Ongeveer een zesde gaf een antwoord op de vragen naar de voorzieningen waar de eigen-bijdrageregeling voor geldt, en naar een premieverandering. Eén op de zes verzekerden had dus het idee dat zij op de hoogte waren van de regeling en er ook iets over wisten. Het blijkt dat zij de regeling in meerderheid als minder gunstig inschatten dan deze daadwerkelijk is. De meesten zijn namelijk van mening dat ze voor het bezoek aan de tandarts een eigen bijdrage verschuldigd zullen zijn, terwijl ook een meerderheid een premiestijging verwacht in plaats van de in werkelijkheid opgetreden premiedaling.

Ongeveer de helft van de door ons geïnterviewde ziekenfondsverzekerden is tegen een eigen-bijdrageregeling tot een bepaald maximum in ruil voor premieverlaging. Men is hier tegen omdat men verwacht er financieel op achteruit te gaan, omdat men vindt dat mensen met een laag inkomen duur uit zullen zijn, omdat mensen die vaak ziek zijn dan 'gepakt' worden en vanwege het 'gedoe'.

Tot slot verwacht de overgrote meerderheid van de ziekenfondsverzekerden geen effect van de regeling op het gebruik van de gezondheidszorg. Slechts 7% geeft aan te verwachten dat zij minder gebruik zullen maken van de gezondheidszorg omdat men een deel van de kosten zelf moeten betalen.

Kortom, de algemene eigen-bijdrageregeling werd door de ziekenfondsverzekerden met scepsis tegemoet gezien. Het zal niet makkelijk zijn om deze scepsis te overwinnen.