

Datum : 7 oktober 2004
Aan : VWS

Het effect van de invoering van eigen betalingen in de ZFW

1 Inleiding

Het kabinet heeft besloten per 1 januari 2005 een systeem van eigen betalingen te introduceren in de ZFW, namelijk een no-claimteruggaveregeling met een maximum van 250 euro per volwassen verzekerde.¹

De wetswijziging van de Ziekenfondswet verplicht verzekeraars aan verzekerden een no-claimteruggaaf uit te keren indien verzekerden geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg. Door de introductie van dit systeem zullen ziekenfondsen hun premie verhogen om aan deze uitkering te kunnen voldoen. Verzekeraars zullen iedere keer dat gebruik wordt gemaakt van een curatieve voorziening die onder de regeling valt, de kosten (geheel of gedeeltelijk) ten laste laten komen van de maximale no-claimteruggaaf. Patiënten die aan het eind van het jaar het volledige bedrag niet hebben opgemaakt ontvangen het restant (de no-claimteruggaaf) retour. Voor deze vormgeving wordt gekozen omdat verzekerden dan een beroep op zorg kunnen doen zonder zich zorgen te maken over geld dat direct op tafel moet komen (dat is immers al betaald). Op deze manier lopen ziekenfondsen geen extra inningrisico. Hier staat tegenover dat de prikkel om zuinig met zorg om te gaan (het remgeldeffect) waarschijnlijk minder sterk zal zijn dan in een eigen risico-systeem waarin de patiënt direct moet betalen.

Het CPB heeft berekeningen gemaakt ten behoeve van de introductie van de no-claimteruggaveregeling. Omdat het CPB geen empirische informatie heeft over het effect van een no-claimteruggaveregeling, zijn de berekeningen gebaseerd op het systeem van een eigen risico. Zij geven dus naar verwachting een groter remgeldeffect dan de no-claimteruggaveregeling. Dit brengt met zich mee dat ook een inschatting moet worden gemaakt van het kwantitatieve verschil tussen een eigen risico en een no-claim systeem.

¹ Zie voor uitleg van het verschil tussen een no-claim en een eigen risico MEV 2005, p. 133

Om financieringsverschuiving en volume effecten van de teruggaaf te kunnen berekenen moeten aanvullende veronderstellingen worden gemaakt. Deze hebben deels te maken met de inrichting van het no-claim systeem en deels met het gebruikte instrumentarium. De volgende paragraaf gaat in op de veronderstellingen en beschrijft enkele scenario's voor de invulling van de no-claim. Het gedragseffect en de verschuiving in de financiering in de scenario's op grond van berekeningen met een eigen risico bespreken we in paragraaf 3. In paragraaf 4 wordt ingegaan op het geraamd effect van een no-claim regeling.

2 Algemene werkwijze

2.1 Invulling van het eigen betalingen systeem in de berekeningen

Het is de bedoeling dat het voorgestelde systeem per 1 januari 2005 in werking treedt en dat de maximale no-claimteruggave 250 euro per volwassen verzekerde is. Hoewel volgens planning het jaar daarop de basisverzekering van kracht wordt, is dit buiten de berekeningen gehouden. Om de regeling op zichzelf te kunnen beoordelen nemen we ter vergelijking aan dat de huidige ziekenfondsverzekering nog een aantal jaren blijft bestaan. De samenstelling van het pakket is conform de huidige situatie, dus na de pakketbeperking van 1 januari 2004.

Ten aanzien van de inrichting van het nieuwe systeem gelden er bij de berekeningen twee onzekerheden:

1. Wat is de rol van huisartsenzorg in de nieuwe regeling?
2. Wat zijn de (extra) uitvoeringskosten van het systeem?

Omdat de politieke besluitvorming over de rol van de huisartsenzorg in de no-claimteruggaveregeling nog niet is afgerond, zijn hier verschillende varianten voor doorgerekend. Mogelijk zal het honoreringssysteem voor de huisartsen worden aangepast. Op het ogenblik wordt de zorg van huisartsen voor ziekenfondsverzekerden tijdens kantooruren nog vergoed via een abonnementssysteem. Het is denkbaar dat bezoeken van ziekenfondsverzekerden aan de huisarts ten laste van de no-claim komen bij handhaving van het abonnementssysteem. Er zal dan een mechanisme moeten worden ontwikkeld om het aantal bezoeken van ziekenfondsverzekerden aan de huisarts bij te houden. Momenteel gebeurt dat niet. Het is echter ook denkbaar dat het honoreringssysteem van de huisarts wordt aangepast, waardoor deze zijn honorering geheel of gedeeltelijk ontvangt op grond van het aantal consulten. In deze notitie werken we een variant uit waarin de huisarts deels op grond van een abonnement en deels per consult wordt betaald. Op het totale abonnementsbedrag wordt een normatief bedrag in mindering gebracht. De huisarts kan dit gat opvullen op grond van het

aantal contacten dat deze met patiënten heeft. Ieder contact tijdens kantooruren (of het nu een consult is, een visite, een telefonisch consult of een herhalingsrecept) brengt de huisarts 5 euro op. Door de wijziging in de honorering van de huisarts treden aanbodeffecten op.

Voor de rol van huisartsenzorg in de no-claim onderscheiden we 3 varianten:

1. gebruik van huisartsenzorg heeft geen gevolgen voor de no-claim;
2. gebruik van huisartsenzorg overdag leidt tot daling van de no-claim met 5 euro per consult en gebruik van huisartsenzorg in avond, nacht en weekend kost 25% van het ANW-tarief;
3. gebruik van huisartsenzorg overdag leidt niet tot daling van de no-claim en gebruik van huisartsenzorg in avond, nacht en weekend kost 25% van het ANW-tarief.

In paragraaf 3 beschrijven we om te beginnen de variant waarin het honoreringssysteem voor de huisarts wordt veranderd. In een volgende stap wordt deze variant gecombineerd met de invoering van een eigen risico in de ZFW dat niet voor bezoeken aan de huisarts geldt. In de derde stap wordt het nieuwe honoreringssysteem voor de huisarts gecombineerd met een eigen risico systeem waarin ook huisartsenbezoeken een rol spelen (zowel overdag als 's in ANW-uren). Tot slot kijken we nog kort naar een variant waarin het honoreringssysteem voor de huisarts gelijk blijft en een eigen risico systeem wordt ingevoerd waarin huisartsenbezoeken alleen buiten kantooruren een rol spelen.

Het antwoord op de vraag naar uitvoeringskosten valt buiten het bestek van deze notitie, maar is uiteraard wel relevant voor de netto opbrengst van de regeling.

2.2 De beperkingen van het instrumentarium

Niet alleen zijn er onzekerheden over de vormgeving van de nieuwe teruggaaf. Er geldt ook een aantal aandachtspunten en voorbehouden bij de voorliggende analyse van de effecten. De effecten van de maatregel zijn bepaald door gebruik te maken van een empirisch economisch model, het Zorgmodel. De verbanden in het Zorgmodel sluiten niet altijd naadloos aan op de vragen die zijn gesteld. Zeven zaken verdienen de aandacht:

1. Uitsluiting van minderjarigen (0 – 18 jaar);
2. Vergoedingen voor fysiotherapie;
3. Het verwachte effect op het zorgvolume;
4. Hulpmiddelen;
5. Toewijzen eigen betalingen aan voorzieningen;
6. Indexering van het maximum;
7. ANW-tarief voor de huisarts.

Het Zorgmodel onderscheidt verzekerden niet naar leeftijd. Daarom rekenen we het maximale no-claim bedrag per volwassene om naar een equivalent per verzekerde. De omrekenfactor hangt af van het aantal 0 -18 jarigen in de populatie ZF verzekerden: bijvoorbeeld, 250 euro per volwassene is ongeveer 200 euro per verzekerde. Het gaat in dit opzicht dus om een benadering van het werkelijke effect.

Omdat het model werkt met een representatieve ZF verzekerde is met betrekking tot de vergoedingen voor fysiotherapeutische hulp de veronderstelling dat voor iedere ziekenfondsverzekerde de vergoeding pas ingaat bij de 10e behandeling. De eerste 9 behandelingen vallen dus onder het derde compartiment. In deze opzet krijgen dus ook niet-chronisch zieken een vergoeding vanaf de 10e behandeling. Ook dit is een onvolmaakte modellering van het beleid.

Het derde voorbehoud betreft de gevolgen voor het zorggebruik. Het Zorgmodel is geschikt voor het doorrekenen van een eigen risico aan de voet. De volume effecten die het model genereert voor een eigen risico aan de voet zijn op zijn best een indicatie voor een natura stelsel met een no-claimteruggaaf. Het belangrijkste verschil is dat in een restitutiestelsel de patiënt, zolang het eigen risico nog niet vol is, bij ieder bezoek aan de arts dit merkt in de portemonnee. De vormgeving van de nieuwe regeling is zo dat de patiënt eerst de volledige no-claimteruggaaf zelf moet betalen en pas na een jaar (misschien) iets terugkrijgt. Bovendien zijn ziekenfondsverzekerden nauwelijks gewend aan een directe koppeling tussen kosten en gebruik. Het zal daarom naar verwachting langer duren voordat een eventueel effect op het zorgvolume zich manifesteert. Ook op langere termijn is dit effect naar verwachting kleiner dan bij de introductie van een eigen risico. In de tabellen wordt het effect van een eigen risico gegeven, niet van een no-claim systeem. De bedragen in de tabellen komen overeen met de reductie in het gebruik die naar schatting optreedt in een restitutiesysteem waarin de patiënt een goed overzicht heeft van de gemaakte kosten.

Het vierde punt betreft de modellering van de hulpmiddelen. Het deel van het model dat betrekking heeft op hulpmiddelen beschrijft niet vraag en aanbod afzonderlijk, maar slechts het uiteindelijke gebruik. Een gevolg is dat de introductie van een eigen risico of no-claimteruggaaf geen verandering in de vraag teweeg brengt: de prijselasticiteit is gelijk aan nul. Volume-effecten zijn hier in het model dus afwezig. Wel nemen we in de berekeningen mee dat eigen betalingen voor hulpmiddelen de maximale teruggaaf reduceren en zo indirect de vraag naar andere voorzieningen beïnvloeden.

Het model genereert bij gegeven zorgkosten de totale eigen bijdragen, zowel van personen met klinische kosten als van de groep zonder klinische kosten. Het toewijzen van deze bedragen aan de diverse voorzieningen gebeurt met behulp van berekende relatieve aandelen. Deze zijn gebaseerd op gegevens over feitelijke eigen betalingen per voorziening zoals het CBS die publiceert in de Zorgrekeningen. Uit deze gemiddelde gegevens is geen specifieke informatie voor ziekenfondsverzekerden af te leiden. In de simulatieperiode past het model de

verdeelsleutels automatisch aan wanneer een bepaalde voorziening niet (meer) onder een eigen bijdrageregeling valt, naar het derde compartiment wordt geschoven of wanneer sprake is van een gedeeltelijke bijbetaling. Deze benadering is gekozen omdat zij veel beter aansluit bij de feitelijke eigen betalingen per voorziening dat een toewijzing op basis van kostenaandelen. Vervolgens is er een algemeen punt: wanneer de zorgkosten jaarlijks toenemen wordt het maximum van de no-claimteruggaaf in de loop der tijd uitgehold. Daarom gaan we er impliciet van uit dat de teruggaaf zal worden geïndexeerd. We presenteren in de tabellen de uitkomsten in prijzen van 2005. Gegeven de geringe dynamiek in het model zijn dit in feite lange termijnuitkomsten in prijzen van 2005. In werkelijkheid kunnen gedragsreacties meer tijd in beslag nemen, omdat verzekerden eerst moeten wennen aan de teruggaaf. Tot slot, in de huidige situatie zijn voor ziekenfondsverzekerden voor de huisarts twee tarieven van kracht, die de huisarts bij het ziekenfonds in rekening brengt. Het eerste is een abonnementstarief met eventuele toeslagen voor 65 plussers en patiënten in achterstandswijken. Voor avond, nacht- en weekenddiensten bestaat een tarief per consult. In het Zorgmodel wordt dit ANW-tarief niet onderscheiden. Bij de beschrijving van de varianten in de volgende paragraaf wordt ingegaan op de gevolgen hiervan.

3 Varianten met het honoreringssysteem voor de huisarts en een eigen risico

Wijziging honorering huisarts

Om te beginnen wordt nagegaan wat het effect is van een nieuw honoreringssysteem voor de huisarts. De technische instructie van VWS op dit punt hebben wij ingevuld door er van uit te gaan dat ex ante (voor gedragsreacties) het inkomen van de huisarts gelijk blijft als deze 5 euro per contact ontvangt en voor het overige een vast abonnementsbedrag. Door deze verandering vergroot de huisarts zijn aanbod. Dit leidt er niet alleen toe dat het gebruik van huisartsenzorg wat toeneemt, maar ook dat het gebruik van geneesmiddelen en fysiotherapie licht afneemt. Het voorschrijven van geneesmiddelen en fysiotherapie is namelijk deels een mechanisme voor de huisarts om tijd te sparen als hij het erg druk heeft. Per saldo is het effect op de totale zorguitgaven gering.

Eigen risico zonder huisarts

Vervolgens bezien we het effect van een eigen risico per volwassen verzekerde van 250 euro, waarbij de huisarts niet meedoet in het eigen risico. Gebruik van overige voorzieningen uit de curatieve sector valt in bijna alle gevallen voor 100% onder het eigen risico.² Het effect wordt

² Kraamzorg en verloskundige zorg vallen niet onder de no-claimteruggaveregeling. Hulpmiddelen vallen er wel onder, uitgezonderd de besparingsbijdragen op orthopedisch schoeisel en gebitsprothesen.

berekend ten opzichte van een basisvariant waarin niets verandert aan het honoreringssysteem en het eigen risico niet wordt ingevoerd.

In de variant waarin bezoeken aan de huisarts geen effect hebben op het eigen risico, bedraagt **het totale gedragseffect ruim 0,3 mld euro**. De vraag naar zorg neemt met ongeveer 2% af door het eigen risico. Daarbij kan geen onderscheid worden gemaakt tussen noodzakelijke zorg of onnodige zorg.

Het gedragseffect is verschillend voor ziekenhuizen (excl. medisch specialisten) en de rest van het tweede compartiment, omdat voor patiënten met klinische kosten de verdeling van deze kosten anders is. Niet alleen maken zij gemiddeld hogere kosten, maar de spreiding is ook anders. Deze spreiding is een van de determinanten van het eigen risico dat mensen uiteindelijk moeten betalen. Bijvoorbeeld, als bijna iedereen met klinische kosten in het deel van de verdeling boven het maximum van het eigen risico zit, zal het gemiddelde eigen risico voor deze groep vrijwel gelijk zijn aan het maximum. Het Zorgmodel houdt hier rekening mee. Bij de mensen zonder klinische kosten blijft een groter deel onder het maximum eigen risico. Het model hanteert hiervoor een aparte verdeling.

Een belangrijk deel van het gedragseffect in absolute termen doet zich voor bij ziekenhuizen. Dit heeft er mee te maken dat in de ziekenhuissector grote bedragen omgaan. Daarnaast geldt dat bij de ziekenhuizen de afname door het eigen risico relatief iets groter is dan bijvoorbeeld bij geneesmiddelen. Bij de paramedici, zoals fysiotherapeuten, gelden veel sterkere prijseffecten, maar deze vallen voor een belangrijk deel niet meer onder de ZFW.

De totale eigen betalingen bij een eigen risico bedragen ongeveer 1,4 mld euro. De financieringsverschuiving is dus veel groter dan het volume-effect. Dit valt te verwachten omdat zorgconsumptie niet erg prijsgevoelig is. Ondanks eigen betalingen blijven mensen een belangrijk deel van de zorg gebruiken, omdat ze zelf denken dat dit nodig is of (in veel gevallen) een arts aangeeft dat het nodig is.

Eigen risico met huisarts

Vervolgens wordt het effect bekeken van een eigen risico waar ook de huisarts onder valt. In deze variant draagt de patiënt bij een contact met de huisarts (consult, visite of telefonisch contact) overdag een eigen risico van 5 euro. Buiten kantooruren wordt 25% van het ANW-tarief ten laste van de no-claim gebracht.

De ANW-tarieven zijn veel hoger dan de tarieven overdag. Het ANW-tarief per consult bedroeg in 2002 gemiddeld ongeveer 65 euro.³ Er is echter een grote variatie. Op dit ogenblik liggen de ANW-tarieven per consult tussen 40 euro en 140 euro.⁴ Het gaat bij een bijdrage van 25% dan

³ CTG (2003), Kerngegevens begrotingen huisartsendienstenstructuren 2002. Er zijn ook tarieven voor een visite en een telefonisch consult. Het laatste tarief bedraagt in heel Nederland 25 euro.

⁴ CTG (2004), Tarieven huisartsendienstenstructuren, Stand van zaken 1 september 2004

ook om een hoger bedrag dan de 5 euro overdag. Dit kan er toe leiden dat substitutie zal plaats vinden naar bezoeken tijdens kantooruren. Bij zeer dringende gevallen is dit onwaarschijnlijk, maar bij meer twijfelgevallen zal dit waarschijnlijk wel gebeuren.⁵ Helaas kan dit proces niet met het Zorgmodel worden geanalyseerd, omdat daarin geen onderscheid wordt gemaakt tussen huisartsenbezoeken tijdens kantooruren en daarbuiten. We rekenen derhalve met een gemiddeld tarief voor dag- en ANW-consulten van 5,50 euro ($41/43 \times 5 + 2/43 \times 0,25 \times 65$).

Als de huisarts meetelt bij het eigen risico is het totale gedragseffect circa 30 mln groter.

Patiënten vragen nu ook minder huisartsenzorg. De huisarts zal proberen dit effect enigszins te compenseren. Veranderingen in de werkdruk van de huisarts kunnen ook weer gevolgen hebben voor het voorschrijven van geneesmiddelen en fysiotherapie. Er zijn dus verschillende gedragsreacties die alle het totale gedragseffect beïnvloeden. Het verschil in het totale gedragseffect tussen deze variant en de vorige variant moet wel voorzichtig worden geïnterpreteerd. De reden is dat het model niet over zeer gedetailleerde informatie beschikt over de verdeling van huisartsenkosten, zoals hierboven is aangegeven. En het verschil tussen beide varianten wordt juist aangestuurd door de verandering bij de huisarts. De uitkomsten voor het totale (financierings- en gedrags)effect zijn hiervoor waarschijnlijk niet erg gevoelig, maar uitspraken over het partiële effect bij de huisarts zijn met aanzienlijk grotere onzekerheid omgeven. Om deze reden leiden we de verandering in het financieringseffect niet uit de vergelijking van deze beide varianten af, maar maken we hier een aparte berekening voor (zie bijlage A). **De totale eigen betalingen nemen naar verwachting met ongeveer 50 mln euro toe.**

Eigen risico met huisarts buiten kantooruren

In een laatste variant heeft alleen een bezoek aan de huisarts buiten kantooruren gevolgen voor het no-claimbedrag. Overdag verandert er niets voor patiënt en huisarts. Het abonnementssysteem voor overdag blijft bestaan. Bij een bezoek buiten kantooruren moet de patiënt 25% van het ANW-tarief ten laste van de no-claim brengen. In dit geval is nog meer dan bij de voorgaande variant te verwachten dat substitutie zal optreden naar bezoeken aan de huisarts overdag. Niet alleen moet de patiënt 's avonds een vrij hoog bedrag betalen, hier geldt ook nog dat bezoek aan de huisarts overdag geen kosten met zich mee brengt. Omdat beide soorten huisartsenzorg niet afzonderlijk in het model zitten, gaan we er weer vanuit dat er een gemiddelde bijdrage geldt voor alle consulten samen. Deze variant wijkt nauwelijks af van de variant waarin de huisarts geen rol speelt in het eigen risico. De eigen betalingen 's avonds zijn

⁵ Bij ziekte van jonge kinderen, die zelf nog niet goed kunnen aangeven wat ze mankeert, zullen ouders ook de neiging hebben buiten kantooruren een beroep te doen op de huisartsenpost. Dit heeft geen gevolgen voor de no-claim, omdat het systeem alleen voor volwassenen geldt.

vrij hoog, maar omdat slechts een klein deel van de consulten buiten kantooruren plaats vindt, is het totale effect toch zeer gering.

4 Geraamd effect van een no-claim regeling

Bovenstaande effecten zijn berekend voor een eigen risico, en niet voor een no-claim regeling. Omdat we niet over empirische informatie over het verschil beschikken, moeten we een inschatting maken.⁶ Onder de veronderstelling dat zich in 2005 bij invoering van no-claim systeem ongeveer twee derde van het effect van een eigen risico voordoet, bedraagt het **gedragseffect rond de 0,2 mld euro.**

⁶ Peter Groenewegen en Judith de Jong beschrijven no-claim systemen in Duitsland en Zwitserland (No-claim teruggaaf in ziekenfondsverzekering, Medisch Contact 11 juni 2004). Zij geven aan dat er voor Duitsland geen gegevens zijn op grond waarvan een gedragseffect kan worden vastgesteld. In Zwitserland is er mogelijk een groot gedragseffect, maar wordt de analyse bemoeilijkt doordat mensen niet alle rekeningen insturen. Daar kan men vrijwillig kiezen voor een bonus-verzekering, waardoor het moeilijk is om verzekeringseffect en selectie-effect geheel te scheiden.

Bijlage A Financieringseffect uitzonderen huisarts van no-claim systeem

Als de huisarts geen rol speelt in de no-claim, valt te verwachten dat de totale eigen betalingen afnemen. Mensen hoeven dan immers de huisarts niet meer ten laste van de no-claim te brengen. De eigen betalingen zullen dan niet afnemen met het volledige bedrag dat bij huisartsenzorg hoorde. Immers, als mensen nog andere zorg gebruiken kan het gat worden opgevuld door die zorg. De verschuiving zal vooral optreden bij die mensen die wel zorg gebruiken, maar niet het no-claim bedrag volmaken. Volgens berekeningen met het Zorgmodel is dit ongeveer 25% van de ziekenfondsverzekerden bij een no-claim van 250 euro. Zoals aangegeven in de hoofdtekst houden huisartsen niet bij hoe vaak ziekenfondspatiënten hen bezoeken. Om hier een indicatie van te krijgen zijn andere bronnen nodig, zoals enquêtes. Volgens het CBS hadden ziekenfondsverzekerden in 2002 gemiddeld 4,2 contacten per jaar met de huisarts (Statline). De 0-19 jarigen hebben gemiddeld een lager aantal contacten, dus voor volwassen ziekenfondsverzekerden is het gemiddeld aantal contacten hoger, ongeveer 4,5. In de Tweede Nationale Studie van Nivel⁷ wordt ook informatie gegeven over het aantal contacten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen contacten met de praktijk en contacten met de huisarts zelf. Het aantal contacten met de praktijk bedraagt voor ziekenfondsverzekerden 7 per jaar. Voor ziekenfondsverzekerden vanaf 15 jaar is dit aantal ongeveer 7,8. Als we corrigeren voor 24% overige contacten zoals administratieve handelingen, komen we op 6 contacten per jaar voor ziekenfondsverzekerden vanaf 15 jaar.

De bovengenoemde cijfers hebben betrekking op de complete groep ziekenfondsverzekerden. Het is aannemelijk dat mensen die hun no-claim niet volmaken een minder dan gemiddeld aantal contacten met de huisarts hebben.

Gezien de onzekerheid over het aantal relevante contacten berekenen we een bandbreedte. Als ondergrens gaan we uit van de helft van het aantal van 4,5 contacten die uit Statline valt af te leiden. Als bovengrens nemen we de 6 contacten uit de Tweede Nationale Studie. Volgens de technische instructie van VWS voor deze berekeningen geldt de bijdrage van 5 euro niet alleen voor consulten en visites, maar ook voor telefonische contacten, herhaalrecepten e.d. Rekening houdend met de bijdrage voor avond, nacht- en weekend consulten (25% van het ANW-tarief) komt de bijdrage per consult gemiddeld uit op 5,50 euro.

⁷ M.Cardol, L. van Dijk, D.J. de Jong, D.H. de Bakker, G.P. Westert, 2004, *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?*, NIVEL/RIVM, Utrecht/Bilthoven.

Dit brengt ons tot de volgende berekening:

Minimum:

$$25\% \times 8,3 \text{ mln ZFW-verzekerden} \times \frac{1}{2} \times 4,5 \text{ contacten} \times 5,50 \text{ euro} = 25 \text{ mln euro}$$

Maximum:

$$25\% \times 8,3 \text{ mln ZFW-verzekerden} \times 6 \text{ contacten} \times 5,50 \text{ euro} = 70 \text{ mln euro}$$

De verwachting omtrent het financieringseffect van het uitzonderen van de huisarts ligt dus op ongeveer 50 mln euro, waarbij de onzekerheid vrij groot is.