

# Evaluatie Zorgverzekeringswet

Wynand van de Ven en Erik Schut

*In opdracht van ZonMW hebben het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) en het NIVEL de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) geëvalueerd. De centrale evaluatievraag luidde: op welke wijze worden de Zvw/Wzt in de praktijk toegepast en welke eventuele knelpunten en problemen doen zich daarbij voor? Geven deze bevindingen in het licht van de doelstelling van de Zvw/Wzt aanleiding de wet of het beleid te wijzigen? In hoofdlijnen kunnen de bevindingen van de evaluatie worden samengevat als: per saldo positief, ondanks enkele ernstige knelpunten en problemen. Onderstaand geven twee van de acht bij de evaluatie betrokken onderzoekers een impressie van de belangrijkste bevindingen.*

## **Positieve effecten en ontwikkelingen**

De positieve effecten van de Zvw/Wzt zijn de volgende:

1. Door het opheffen van het onderscheid ziekenfonds-particulier is de solidariteit ten aanzien van zorgverzekeringen toegenomen. Hetzelfde basispakket is voor iedereen beschikbaar, zonder premiedifferentiatie naar gezondheid.
2. Iedereen kan jaarlijks van zorgverzekeraar en/of zorgpolis veranderen.
3. De zorgverzekeringsmarkt is sterk competitief.
4. In toenemende mate komt informatie beschikbaar over de prijs en kwaliteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders (zie bijvoorbeeld [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl)).
5. Zorgverzekeraars ontplooiën in toenemende mate zorginkoopactiviteiten.
6. Dankzij de Zvw staat de kwaliteit van zorg nu op de agenda.

## **Zorginkoop door zorgverzekeraars komt maar langzaam van de grond**

In het model van gereguleerde concurrentie is aan de zorgverzekeraars de belangrijke rol toebedeeld om als kritische inkopers van zorg ten behoeve van hun verzekerden de doelmatigheid in de zorg te bevorderen. Zorgverzekeraars blijken voorsnog huiverig om zorgaanbieders *selectief* te contracteren omdat zij verwachten dat de beperking van de toegang tot niet-gecontracteerde zorg bij verzekerden weinig populair zal zijn en kan leiden tot reputatieschade zolang niet op basis van objectieve prestatie-indicatoren kan worden aangetoond dat de geselecteerde zorgaanbieders kwalitatief goed zijn. Desondanks lijken zorgverzekeraars daar waar ruimte bestaat voor vrije onderhandeling geleidelijk effectiever gebruik te maken van de mogelijkheden om via contractuele afspraken de doelmatigheid van de zorg te beïnvloeden. Niettemin zijn de volgende knelpunten geconstateerd die een belemmering vormen voor effectief zorgcontracteren:

- een disfunctionerende bekostigingssystematiek van ziekenhuizen;
- een gebrek aan voldoende goede prestatie-indicatoren;
- een tekortschietend aanbod van zorgverleners (in aantal en variëteit);
- de aanwezigheid van meeliftproblemen bij zorginkoop;
- praktische problemen bij het sturingsinstrument 'gedifferentieerd eigen risico';
- en de substantiële ex-post kostencompensaties voor het gereguleerde deel van de ziekenhuiszorg (A-segment).

## **Vergoeding van zorgverlening door niet-gecontracteerde zorgverleners**

De terughoudendheid van zorgverzekeraars in het selectief contracteren van zorgaanbieders lijkt mede een gevolg van de onduidelijkheid over de vraag in hoeverre zij de kosten van zorgverlening door niet-gecontracteerde zorgverleners moeten vergoeden.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat – in tegenstelling tot wat in de memorie van toelichting van de Zvw wordt gesuggereerd op basis van het arrest van het Europees Hof in de zaak

Müller-Fauré – een zorgverzekeraar *Europeesrechtelijk bezien* volledig vrij is zelf de hoogte van de restitutievergoeding vast te stellen voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgverleners zolang hij daarmee binnen de marges van het nationale en Europese mededingingsrecht blijft en geen discriminerend beleid voert op grond van nationaliteit van de zorgverlener.

Onze conclusie is dat het aannemelijk is dat het arrest Müller-Fauré, dat betrekking heeft op overheidsregels, niet van toepassing is op de private zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren. De evaluatie geeft daarmee een juridische onderbouwing van het standpunt dat de NZa in 2007 innam. De NZa stelde toen dat zij bij de beoordeling van modelpolissen "de stelregel hanteert dat *elke restitutievergoeding acceptabel is*, mits voor de verzekerden transparant is welke restitutievergoeding de verzekeraar hanteert als de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat".<sup>1</sup>

### **Verbod op premiedifferentiatie mogelijk in strijd met Europese regelgeving**

Ten aanzien van het verbod op premiedifferentiatie leidt de evaluatie tot de conclusie dat het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie in strijd is met de Europese regelgeving omdat:

- a. het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie niet verenigbaar is met artikel 29 Derde Schaderichtlijn;
- b. het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie niet voldoet aan de uitzonderingsbepaling in artikel 54 Derde schaderichtlijn omdat het verbod geen expliciete grondslag vindt in de derde Europese schaderichtlijn omdat het verbod verzekeraars dwingt groepen verzekerden met voorspelbaar verlies te accepteren. Voorts is het verbod niet noodzakelijk en niet proportioneel.

### **Ex-ante risicoverevening nog niet op orde**

Een belangrijk knelpunt is dat het financiële hart van de Zvw, te weten de ex-ante risicoverevening, nog niet op orde is. De risicoverevening beoogt zorgverzekeraars ex-ante een financiële compensatie te geven voor hoogrisico verzekerden op basis van hun voorspelde zorgkosten, voor zover die samenhangen met gezondheid (incl. leeftijd en geslacht). Deze financiële compensatie schiet echter substantieel tekort voor diverse groepen (met substantiële omvang) van hoogrisico verzekerden. Bij de huidige imperfecte ex-ante risicoverevening en onvolledige ex-post kostencompensaties<sup>2</sup> leidt het verbod op premiedifferentiatie bij een gemiddelde premie tot voorspelbare verliezen op bepaalde groepen hoogrisico verzekerden (veelal chronisch zieken). Dit heeft onder meer de volgende nadelige consequenties:

1. Geen gelijk speelveld voor de zorgverzekeraars.
2. Prikkels voor marktsegmentatie en onbedoelde premiedifferentiatie naar risico – bijvoorbeeld via selectieve kortingen aan bepaalde collectiviteiten – waardoor het verbod op premiedifferentiatie wordt uitgehoud.
3. Prikkels tot risicoselectie, bijvoorbeeld door te beknibben op goede zorg voor chronisch zieken.

### **Zorgplicht biedt onvoldoende garantie op zorg**

Omdat de zorgplicht (art. 11.1 Zvw) in het geval van restitutiepolissen slechts een inspanningsverplichting voor de zorgverzekeraars inhoudt om, desgevraagd, te bemiddelen dat de zorg wordt verleend, biedt de zorgplicht aan verzekerden met een restitutiepolis onvoldoende garantie dat zij de benodigde zorg daadwerkelijk kunnen krijgen. Aangezien verzekerden onvoldoende op de hoogte zijn en niet adequaat worden geïnformeerd over het

---

<sup>1</sup> NZa 2007, Richting geven aan keuzes. Kunnen zorgverzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde zorgaanbieders te gaan? (p.10) Utrecht.

<sup>2</sup> Zie tabel 5.1 en 5.2 van het evaluatierapport.

cruciale verschil in aanspraken tussen *naturapolissen* (recht op zorg) en *restitutiepolissen* (recht op vergoeding van verzekerde zorg) kan het voor zorgverzekeraars aantrekkelijk zijn om alleen restitutiepolissen aan te (gaan) bieden. Voorts is het onduidelijk wat de *leveringsplicht* bij naturapolissen precies inhoudt en waar verzekeraars in de praktijk voor verantwoordelijk zijn (bijvoorbeeld bij het faillissement van een ziekenhuis).

### **Aanvullende verzekering belemmert mobiliteit chronisch zieken en ouderen**

Koppelverkoop van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering(en) vermindert de mobiliteit van chronisch zieken en ouderen voor de zorgverzekering. Hoewel de meeste zorgverzekeraars vooralsnog geen medische selectie toepassen bij de aanvullende verzekering, zijn veel ouderen en chronisch zieken niet geneigd om van verzekeraar te veranderen omdat zij vermoeden vanwege leeftijd of gezondheid niet te worden geaccepteerd op de aanvullende verzekering. Aangezien aanvullende en basisverzekering door vrijwel alle zorgverzekeraars aan elkaar zijn gekoppeld, leidt dit tot een beperking van de mobiliteit van ouderen en chronisch zieken in de basisverzekering. Zorgverzekeraars hebben daardoor onvoldoende prikkels om in te spelen op de preferenties van juist degenen die veel zorg gebruiken. Dit is een ernstige beperking van de effectieve concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

In het evaluatierapport wordt uiteengezet waarom de wettelijke bepaling tegen koppelverkoop (art. 120 Zvw) geen effectieve oplossing biedt. Intervenieren in de aanvullende verzekering is strijdig met de Europese verzekeringsrichtlijnen.

### **Zorgtoeslag en hoge nominale premie overbodig**

In vergelijking met de voormalige Ziekenfondswet is de nominale premie verdrievoudigd. Om de lagere inkomensgroepen te compenseren voor de nominale premiestijging is tegelijk met de Zvw de wettelijke zorgtoeslag ingevoerd. Deze is afhankelijk van zowel inkomen als de gemiddelde premiehoogte. De uitvoering van de zorgtoeslag is kostbaar voor de overheid (60 miljoen euro per jaar), ingewikkeld voor de burgers en bovendien fraudegevoelig. De zorgtoeslag is bovendien volstrekt overbodig omdat de verdrievoudiging van de nominale premie geen enkel doel dient en degelijke onderbouwing mist. Bovendien leidt het tot verschillende ongunstige *neveneffecten*:

- Het geeft veel sterkere prikkels voor met name mensen met een laag inkomen om hun zorgpremie niet te betalen of zich in het geheel niet te verzekeren; in weerwil van diverse maatregelen om het aantal wanbetalers en onverzekerden terug te dringen is het aantal wanbetalers (met een betalingsachterstand van meer dan 6 maanden) inmiddels toegenomen tot ruim 300.000 (ruim 2% van de premieplichtigen).<sup>3</sup>
- Het leidt ceteris paribus tot minder sterke prikkels voor premieconcurrentie dan onder de voormalige Ziekenfondswet. Een verhoging van het nominale premiedeel leidt namelijk tot een verkleining van de relatieve premieverschillen tussen verzekeraars, terwijl de absolute verschillen gelijk blijven (immers elke euro winst of verlies komt tot uitdrukking in de nominale premie). Uit onderzoek – ook in de zorgverzekering – is bekend dat mensen sterker op dezelfde absolute prijsverschillen reageren als de relatieve verschillen groter zijn.

### **De effectiviteit van het huidige eigen risico is gering**

Een belangrijk doel van het eigen risico, te weten het bevorderen van een kostenbewust gebruik van zorg ('remgeldeffect'), wordt nauwelijks bereikt omdat (1) er nauwelijks een remgeldeffect is voor chronisch zieken en ouderen, en (2) maar weinig mensen (5%) kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De huidige vormgeving van zowel het verplichte eigen risico (exclusief huisarts, startpunt nul euro ongeacht leeftijd en gezondheid) als het vrijwillige eigen risico (uniforme premiekorting) is daar in hoge mate debet aan.

---

<sup>3</sup> Om het probleem van het toenemend aantal wanbetalers structureel in te dammen, is de Zvw recent gewijzigd. Of hiermee de wanbetalersproblematiek wordt gereduceerd, moet worden afgewacht.

## **Collectiviteiten kunnen verbod op premiedifferentiatie uithollen**

Een collectiviteit kan door het ontbreken van een acceptatieplicht voor collectiviteiten selectief alleen laagrisico verzekerden als deelnemer accepteren (risicoselectie). Voorts is de bepaling in de Zvw dat de maximum premiekorting voor collectiviteiten niet meer dan 10 procent mag bedragen, niet effectief om premiedifferentiatie naar risico tegen te gaan. Immers, zorgverzekeraars kunnen extra kortingen verlenen op de aanvullende verzekering en overige verzekeringsproducten. Op deze wijze kunnen collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie uithollen.

## **Oplossingsrichtingen**

Voor elk van de geconstateerde knelpunten en problemen worden in het evaluatierapport oplossingsrichtingen aangegeven. Voor een gedetailleerde beschrijving en onderbouwing van deze oplossingsrichtingen wordt de lezer verwezen naar het volledige evaluatierapport. Om een tipje van de sluier op te lichten worden onderstaand enkele oplossingsrichtingen met trefwoorden aangeduid:

1. Afschaffen zorgtoeslag en sterk verlagen van de zorgpremie.
2. Verdere verbetering van de ex-ante risicoverevening.
3. Gedifferentieerde ex-post kostencompensaties en/of hogerisicoverevening.
4. Een premiebandbreedte en zorgsubsidies in plaats van het verbod op premiedifferentiatie.
5. Goede voorlichting over het essentiële verschil tussen natura- en restitutiepolissen, scherper definiëren van de leveringsplicht bij naturapolissen, aanscherpen zorgplicht bij restitutiepolissen, en aanscherpen van het toezicht op de zorgplicht.
6. Beperken van het (financiële) belang van de aanvullende verzekering en betere voorlichting en monitoring van het acceptatiebeleid van verzekeraars.
7. Verschoven eigen risico in plaats van het huidige eigen risico; voor hogere inkomensgroepen hoger vrijwillig eigen risico mogelijk maken.

**Wynand van de Ven** en **Erik Schut** zijn respectievelijk hoogleraar Sociale Ziektekostenverzekering en hoogleraar Gezondheidszorgbeleid en Economie van de Gezondheidszorg bij het instituut *Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)* van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Het volledige rapport "Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag" van september 2009 is beschikbaar via [www.zonmw.nl/nl/publicaties](http://www.zonmw.nl/nl/publicaties).