

programma Evaluatie Regelgeving  
Commissie evaluatie regelgeving

# Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag

houdende regeling van  
ing voor geneeskundige  
n de gehele bevolking  
(et)

005, houdende regels inzake  
een financiële tegemoetkoming  
een zorgverzekering vanwege  
(Wet op de zorgtoeslag)

ALTIJDS NOUW



ZonMw



# Evaluatie

## Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag

prof dr W.P.M.M. van de Ven<sup>1</sup>  
prof dr F.T. Schut<sup>1</sup>  
mr dr H.E.G.M. Hermans<sup>1</sup>  
dr J.D. de Jong<sup>2</sup>  
drs M. van der Maat<sup>2</sup>  
mr drs R. Coppen<sup>2</sup>  
prof dr P.P. Groenewegen<sup>2</sup>  
prof dr ir R.D. Friele<sup>2</sup>

- 1 Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG),  
Erasmus Universiteit Rotterdam
- 2 NIVEL, Utrecht

Den Haag: ZonMw, september 2009  
Programma evaluatie regelgeving: deel 27

Opmaak en productiebegeleiding: Piasau, Zoetermeer  
(T 079 361 3344, info@piasau.nl)

Vormgeving omslag: Studio Bau Winkel, Den Haag  
(T 070 306 1948, info@studiobauwinkel.nl)

Druk: Schulten Reproservice, Zoetermeer  
(T 079 362 3612, info@schultenrepro.nl)

# Inhoud

|              |  |     |
|--------------|--|-----|
| Voorwoord    |  | 7   |
| Samenvatting |  | 9   |
| 1            | Inleiding  | 19  |
|              | 1.1 Achtergrond  | 19  |
|              | 1.2 Waarom een evaluatie?  | 19  |
|              | 1.3 Doel van de evaluatie  | 20  |
|              | 1.4 Vraagstelling evaluatie  | 21  |
|              | 1.5 Werkwijze  | 21  |
|              | 1.6 Opbouw van het rapport   | 23  |
| 2            | De doelstellingen van de Zvw/Wzt   | 25  |
| 3            | Gereguleerde concurrentie  | 29  |
|              | 3.1 Model van gereguleerde concurrentie  | 30  |
|              | 3.2 Instrumenten in de Zvw/Wtz   | 41  |
| 4            | Verhouding tot internationaal en Europees recht  | 47  |
|              | 4.1 Inleiding  | 47  |
|              | 4.2 Verenigbaarheid van het verbod op premiedifferentiatie met de Europese schaderichtlijnen | 50  |
|              | 4.3 Verenigbaarheid Zvw met de regels inzake het vrije verkeer                               | 66  |
|              | 4.4 Het vereveningsstelsel en de staatssteunaspecten   | 71  |
|              | 4.5 Conclusies   | 72  |
| 5            | Effecten en effectiviteit van de wettelijke instrumenten in de praktijk                      | 75  |
|              | 5.1 De zorgverzekeringsmarkt   | 76  |
|              | 5.2 De Zorginkoopmarkt   | 107 |
|              | 5.3 Conclusies   | 119 |

|      |  |     |
|------|--|-----|
| 6    | Geven de bevindingen aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?                                      | 123 |
| 6.1  | Zorginkoop   | 123 |
| 6.2  | Ex-ante risicoverevening, ex-post kostencompensaties en risicoselectie                                 | 127 |
| 6.3  | Het verbod op premiedifferentiatie: een échte kroonjuweel?   | 132 |
| 6.4  | Belemmeringen voor chronisch zieken en ouderen om van zorgverzekeraar te veranderen                    | 134 |
| 6.5  | Onvolledige informatie op het moment van keuze nieuwe polis  | 136 |
| 6.6  | Het eigen risico   | 136 |
| 6.7  | Wanbetalers en onverzekerden   | 138 |
| 6.8  | De zorgtoeslag in relatie tot de hoogte van de premie  | 139 |
| 6.9  | Zorgplicht   | 140 |
| 6.10 | Verticale integratie   | 142 |
| 6.11 | Acceptatieplicht: elke dag van zorgverzekeraar kunnen veranderen?                                      | 142 |
| 6.12 | Afstemming basispakket en DBCs   | 143 |
| 6.13 | Collectiviteiten   | 143 |
| 6.14 | Invloed verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars   | 144 |
| 6.15 | Een samenvattend overzicht   | 144 |
| 7    | Conclusies   | 149 |
| 7.1  | Inleiding  | 149 |
| 7.2  | Positieve effecten en ontwikkelingen   | 151 |
| 7.3  | Zorginkoop door zorgverzekeraars komt maar langzaam van de grond                                       | 152 |
| 7.4  | De ex-ante risicoverevening is nog niet op orde  | 155 |
| 7.5  | De zorgplicht is nog niet voldoende uitgekristalliseerd  | 158 |
| 7.6  | De aanvullende verzekering belemmert chronisch zieken en ouderen om van zorgverzekeraar te veranderen. | 160 |
| 7.7  | Wanbetalers, onverzekerden en de hoogte van de nominale premie   | 161 |
| 7.8  | De effectiviteit van het huidige eigen risico is gering  | 163 |
| 7.9  | Collectiviteiten kunnen het verbod op premiedifferentiatie uithollen                                   | 164 |
| 7.10 | Onvoldoende consumenteninformatie om goede poliskeuze te kunnen maken                                  | 165 |
| 7.11 | Onduidelijkheid over de politieke acceptatie van verticale integratie                                  | 166 |
| 7.12 | Verzekerden kunnen elke dag van zorgverzekeraar veranderen   | 167 |
| 7.13 | Onvoldoende afstemming tussen basispakket en DBCs  | 167 |
| 7.14 | Geringe invloed van de verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar                                | 168 |
|      | Literatuur   | 169 |

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| Bijlage 1  | Samenstelling Commissie Evaluatie regelgeving                             | 177 |
| Bijlage 2  | Samenstelling Begeleidingscommissie                                       | 179 |
| Bijlage 3  | Instrumenten Zvw/Wzt  | 181 |
| Bijlage 4  | Is in Nederland voldaan aan de voorwaarden van gereguleerde concurrentie? | 197 |
| Bijlage 5  | Mogelijke vormen van risicoselectie onder de Zorgverzekeringswet          | 201 |
| Bijlage 6  | Het vereveningsstelsel in de rechtspraak: de Azivo-zaak                   | 205 |
| Bijlage 7  | De inhoud van het pakket  | 207 |
| Bijlage 8  | Recht op zorg in de Zvw: rechterlijke interpretatie bepalend              | 209 |
| Bijlage 9  | Verplicht eigen risico en Europese Code inzake sociale zekerheid          | 211 |
| Bijlage 10 | Europeesrechtelijke aspecten van het verbod op premiedifferentiatie       | 213 |
| Bijlage 11 | Verbetering van de ex-ante risicoverevening                               | 215 |
| Bijlage 12 | Overzicht van interviews  | 217 |





## Voorwoord

De invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 is een *historisch moment* voor de Nederlandse gezondheidszorg. Enerzijds vormt de Zorgverzekeringswet het sluitstuk van 65 jaar wetgeving betreffende ziektekostenverzekering in Nederland. In 1941 werd na jarenlange discussies voor het eerst een verplichte ziektekostenverzekering ingevoerd voor bepaalde groepen burgers. In de daaropvolgende decennia is zowel de kring van verplicht verzekerden als het verplichte basispakket geleidelijk uitgebreid, en vanaf 1 januari 2006 is iedereen die legaal in Nederland woont of werkt verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Anderzijds markeert de Zorgverzekeringswet een belangrijk keerpunt betreffende het ordeningsmodel in de zorg en de rol van de overheid hierbij.

In opdracht van ZonMw hebben wij de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) geëvalueerd. Het behoeft geen betoog dat de Zvw zowel maatschappelijk als politiek als een succes kan worden beschouwd. Voor zover ons bekend heeft geen enkele maatschappelijke of politieke groepering in de afgelopen jaren gepleit voor een terugkeer naar een stelsel met een onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Ook lijkt een brede instemming te bestaan met de mogelijkheid om jaarlijks een andere zorgverzekeraar of zorgpolis te kunnen kiezen. De invoering van de Zvw/Wzt was technisch (en ook politiek) gezien een uiterst complexe operatie. Het is daarom goed na enkele jaren de wetten te evalueren. ZonMw heeft ons gevraagd een evaluatie uit te voeren met als centrale evaluatievraag: *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?*

Voor u ligt de rapportage van de gevraagde evaluatie. Het is van belang dat de lezer zich niet laat misleiden doordat in deze evaluatie voornamelijk wordt ingegaan op de geconstateerde knelpunten/problemen. Deze eenzijdige aanpak volgt direct uit de bovenvermelde centrale evaluatievraag. Voorts dienen de geconstateerde knelpunten/problemen te worden gezien tegen de achtergrond van de relatief korte werkingstijd van de Zvw/Wzt.

Het onderzoek is begeleid door een Begeleidingscommissie. Graag bedanken de onderzoekers de leden en waarnemers van de Begeleidingscommissie (zie Bijlage 2) voor hun waardevolle opmerkingen en suggesties voor verbetering. De verantwoordelijkheid voor de tekst van deze rapportage ligt geheel bij de onderzoekers.



## Samenvatting

Op 1 januari 2006 zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) in werking getreden. Op grond van de Zvw is in beginsel iedereen die legaal in Nederland woont of werkt verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Op grond van de Wzt ontvangen huishoudens met een huishoudinkomen onder een bepaald grens een compensatie voor de zorgpremie in de vorm van een zorgtoeslag.

Deze eerste evaluatie van de Zvw/Wzt is erop gericht informatie te verkrijgen over de wijze waarop de wetten zijn ingevoerd en in de praktijk worden toegepast; de eventuele knelpunten en problemen die zich daarbij voordoen; en de doeltreffendheid en (neven)effecten. Gezien de relatief korte werkingstijd van de Zvw/Wzt is het nog niet mogelijk om definitieve uitspraken te doen over de vraag of alle gestelde doelen worden bereikt. Daarom staan in deze eerste evaluatie, die in beginsel betrekking heeft op de jaren 2006 t/m 2008 (en incidenteel tot juni 2009), de eerste effecten centraal. De andere wetten die medebepalend zijn voor de spelregels en de uitkomsten van de gereguleerde concurrentie, vallen buiten deze evaluatie. De voorliggende evaluatie is dus nadrukkelijk géén evaluatie van het zorgstelsel of de stelselwijziging als geheel, maar heeft uitsluitend betrekking op de Zvw/Wzt.

De **centrale evaluatievraag** luidt: *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?*

Voor de knelpunten en problemen worden mogelijke oplossingsrichtingen vermeld. Een volledig overzicht hiervan wordt gegeven in Tabel 6.1 en hoofdstuk 7.

### **Box 1 – Per saldo positief**

In hoofdlijnen kunnen de bevindingen van onze evaluatie van de Zvw/Wzt worden samengevat als:  
*per saldo positief, ondanks enkele ernstige knelpunten en problemen.*

Het is van belang dat de lezer zich niet laat misleiden doordat in deze evaluatie voornamelijk wordt ingegaan op de geconstateerde knelpunten/problemen. Deze eenzijdige aanpak volgt direct uit de bovenvermelde centrale evaluatievraag. Voorts dienen de geconstateerde knelpunten/problemen te worden gezien tegen de achtergrond van de relatief korte werkingstijd van de Zvw/Wzt. We willen benadrukken dat ook bij de interviews een overwegend positief beeld over de Zvw/Wzt naar voren is gekomen.

## **Positieve effecten en ontwikkelingen**

Belangrijke doelstellingen van de Zvw/Wzt zijn het bevorderen van doelmatigheid en financiële toegankelijkheid. Positieve effecten van de Zvw/Wzt zijn:

- 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 zorginkoop-activiteiten.
- 6 Dankzij de Zvw staat de kwaliteit van zorg nu op de agenda.

## **Verhouding tot Europese regelgeving**

Ten aanzien van de verhouding van de Zvw tot de Europese regelgeving leidt onze evaluatie tot de volgende twee belangrijke conclusies:

- 1 Het risico is groot dat het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw) 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 en 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.<sup>1</sup>
- 2 Voor het zorginkoopbeleid door zorgverzekeraars is het van groot belang te weten in welke mate zij vrij zijn in het vaststellen van de restitutievergoeding voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgverleners. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat – in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt – een zorgverzekeraar Europeesrechtelijk gezien 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.

Volledige zekerheid ten aanzien van (niet-)strijdigheid met Europese regelgeving bestaat niet zolang het Europese Hof hier geen expliciete uitspraken over heeft gedaan.

---

<sup>1</sup> Een mogelijke oplossingsrichting wordt onderstaand als tweede oplossingsrichting genoemd onder het kopje “De ex-ante risicoverevening is nog niet op orde”.

## Zorginkoop door zorgverzekeraars komt maar langzaam van de grond

In het model van geregleerde 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. Thans is sprake van een geleidelijke overgang van 'centrale aanbodsturing door de overheid' naar 'zorginkoop door zorgverzekeraars'. Enerzijds ontplooiën de zorgverzekeraars in toenemende mate zorginkoop-activiteiten, vooral in de extramurale zorg, maar anderzijds wordt een belangrijk gedeelte van de zorg, vooral de intramurale zorg (het A-segment) en de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ), nog steeds beheerst door centrale aanbodsturing.

De zorgverzekeraars blijken huiverig voor *selectief* zorgcontracteren 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:

- de disfunctionerende bekostigingssystematiek van ziekenhuizen;
- het 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 ziekenhuiszorg (A-segment).

Afgezien van het laatste knelpunt, valt de aanpak van deze knelpunten buiten het bestek van de Zvw. Het functioneren van de zorginkoopmarkt is sterk afhankelijk van een goede vormgeving van het instrumentarium van wetten die complementair zijn aan de Zvw, waaronder primair de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

### *Oplossingsrichtingen*

Een voor de hand liggende oplossingsrichting (bezien vanuit de Zvw) om zorginkoop te stimuleren, is het verhogen van het financieel risico van de zorgverzekeraars door het verminderen van de huidige uniforme ex-post kostencompensaties aan zorgverzekeraars. Een verhoging van het financieel risico van de zorgverzekeraars betekent echter ook een vergroting van de financiële prikkel tot risicoselectie voor de zorgverzekeraars (zie onder). Er is dus sprake van een afweging van doelmatigheid en het tegengaan van risicoselectie. Gegeven het verbod op premiedifferentiatie is verbetering van de risicoverevening de enige mogelijkheid om aan deze lastige afweging te ontsnappen.

Een tweede oplossingsrichting is het vervangen van de huidige *uniforme* ex-post kostencompensaties door *gedifferentieerde* ex-post kostencompensaties (en/of *hoge risicoverevening*). De bevinding dat er een zekere "harde kern" van voorspelbaar verliesgevende verzekerden bestaat, kan aanleiding zijn om de huidige ex-post kostencompensaties die *uniform* gelden voor alle verzekerden, *gedifferentieerd* toe

te passen, dat wil zeggen uitsluitend voor de verzekerden die behoren tot de “harde kern” van voorspelbaar verliesgevende verzekerden (bijvoorbeeld 8% van alle verzekerden). Op deze wijze kan de financiële prikkel tot doelmatigheid worden vergroot zonder noemenswaardige vergroting van de prikkel tot risicoselectie.

Een derde oplossingsrichting is het verminderen van de ex-post kostencompensaties aan zorgverzekeraars in combinatie met minder strikte premieregulering. Dit leidt tot een afweging waarbij ook de financiële toegankelijkheid is betrokken. Deze oplossingsrichting wordt onder besproken.

### **De ex-ante risicoverevening is 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 een imperfecte ex-ante risicoverevening en onvolledige ex-post kostencompensaties (hetgeen het geval is; zie Tabel 5.1 en 5.2) leidt het verbod op premiedifferentiatie bij een gemiddelde premie tot voorspelbare verliezen op bepaalde groepen hoogrisico verzekerden (veelal chronisch zieken; zie Tabel 5.1). Dit heeft de volgende nadelige consequenties:

- 1 Geen gelijk speelveld voor de zorgverzekeraars;
- 2 Marktsegmentatie en onbedoelde premiedifferentiatie waardoor het verbod op premiedifferentiatie wordt uitgehouden;
- 3 Niet-beoogde kruissubsidies;
- 4 Prikkel tot risicoselectie. Risicoselectie kan diverse negatieve effecten hebben zoals verminderde toegankelijkheid voor chronisch zieken tot goede kwaliteit zorg, verminderde doelmatigheid en uitholling van het verbod op premiedifferentiatie.

Gezien deze consequenties is sprake van een potentieel-ernstig probleem.

#### *Oplossingsrichtingen*

De beste manier om voorspelbare verliezen te vermijden (en op verantwoorde wijze de ex-post kostencompensaties te verminderen) is het *verbeteren van het ex-ante vereveningssysteem*.

Een tweede oplossingsrichting luidt als volgt: ‘Vervang het verbod op premiedifferentiatie door een *premiebandbreedte* (bijvoorbeeld de maximumpremie per zorgverzekeraar per modelpolis mag niet meer bedragen dan tweemaal of driemaal de minimumpremie) in combinatie met *zorgsubsidies* voor hoogrisico verzekerden, die als vangnet waarborgen dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan zorgverzekeringpremie betaalt dan aanvaardbaar wordt geacht; en verplicht zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten de gehanteerde risicofactoren en de bijbehorende premietabel te vermelden’.

Het is twijfelachtig of de eerstgenoemde oplossingsrichting binnen enkele jaren afdoende oplossingen kan bieden. Aangezien de ernst van de problematiek in de komende jaren naar verwachting zal toenemen omdat de zorgverzekeraars steeds beter inzicht krijgen in welke verzekerden ten opzichte van het vigerende vereveningssysteem voorspelbaar winst- en verliesgevend zijn, roept dit de vraag op of thans de tweede oplossingsrichting niet het overwegen waard is. Een verbod op premiedifferentiatie kan weliswaar op korte termijn de financiële toegankelijkheid waarborgen, maar leidt ook tot bovengenoemde nadelen. Voorts is het de vraag in welke mate premieregulering op termijn effectief kan zijn in het voldoende waarborgen van financiële toegankelijkheid. Dit roept de vraag op of thans de voordelen van het verbod op premiedifferentiatie nog opwegen tegen de nadelen, en of een versoepeling van het verbod - bijvoorbeeld door het toestaan van een zekere *premiebandbreedte* - in combinatie met *zorgsubsidies* als oplossingsrichting niet het overwegen waard is.

De voordelen hiervan ten opzichte van een verbod op premiedifferentiatie zijn:

- 1 Minder (prikkel tot) risicoselectie, en dus ook minder nadelige effecten van selectie. Bijvoorbeeld, chronisch zieken worden minder 'voorspelbaar verliesgevende klanten' en hierdoor worden zorgverzekeraars gestimuleerd meer disease management programma's voor chronisch zieken op te zetten en hiermee te adverteren bij de doelgroep.
- 2 De ex-post kostencompensaties kunnen worden verminderd, waardoor de financiële prikkel tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars toeneemt.
- 3 Minder of geen niet-beoogde kruissubsidies.
- 4 Zorgverzekeraars zullen via premiedifferentiatie informatie over risicofactoren geven, die enkele jaren later in het vereveningsmodel kan worden gebruikt en dan niet meer voor premiedifferentiatie wordt gebruikt.
- 5 Een vermindering van de juridische kwetsbaarheid. Zoals boven geconcludeerd is het risico groot dat het verbod op premiedifferentiatie in strijd is met de Europese regelgeving. Het moet niet worden uitgesloten dat zorgverzekeraars (zie Bijlage 6), patiënten(verenigingen) (zie Box 6.4), of zorgaanbieders (zie Box 6.3) die menen te worden benadeeld door het verbod op premiedifferentiatie in combinatie met een imperfecte risicoverevening, juridische procedures tegen de regering aanspannen. Door de premieregulering minder beperkend, en dus meer proportioneel te maken, neemt de juridische kwetsbaarheid van het zorgverzekeringstelsel af.

Tegenover deze voordelen staan ook nadelen:

- 1 Door een minder transparante premiestructuur kan het voor de consument lastiger worden de diverse polissen onderling te vergelijken.
- 2 Expliciete subsidies zoals zorgsubsidies gaan gepaard met transactiekosten.

### **De zorgplicht is nog niet voldoende uitgekristalliseerd**

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 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.

### *Oplossingsrichtingen*

Een eerste oplossingsrichting is het geven van goede voorlichting (door de overheid) over het cruciale verschil tussen natura- en restitutiepolissen (zie Box 5.8) en goede informatie door de zorgverzekeraar over de precieze aanspraken bij de diverse aangeboden polissen.

Een tweede oplossingsrichting is het zoveel mogelijk aanscherpen van de zorgplicht bij restitutiepolissen, met inachtneming van de grenzen die daaraan worden gesteld door de Europese regelgeving.

Een derde oplossingsrichting betreft het scherper definiëren van de leveringsplicht voor individuele zorgverzekeraars bij naturapolissen met betrekking tot het garanderen van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van essentiële zorgfuncties. Voor zorgverzekeraars zou het op voorhand duidelijk moeten zijn waartoe zij verplicht zijn als bijvoorbeeld een ziekenhuis failliet gaat (zie Box 5.9).

Een vierde oplossingsrichting is een aanscherping van het toezicht op de zorgplicht (*leveringsplicht* bij naturapolissen; *zorgbemiddeling* bij restitutiepolissen). Ter bescherming van de consument kunnen zorgverzekeraars worden verplicht desgevraagd aan de NZa een 'noodscenario' te overleggen. Dit zou voor naturapolissen bijvoorbeeld kunnen inhouden dat zorgverzekeraars voorzieningen hebben getroffen om bij faillissement van een ziekenhuis binnen een aanvaardbare tijdsperiode een noodhospitaal functioneel te kunnen laten zijn.

### **De aanvullende verzekering belemmert chronisch zieken en ouderen om van zorgverzekeraar te veranderen**

Koppelverkoop van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering(en) vermindert de mobiliteit van chronisch zieken en ouderen voor de zorgverzekering. 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.

De oorzaak van het probleem is de zogenoemde onopzegbaarheid-clausule die veel zorgverzekeraars op vrijwillige basis opnemen in aanvullende verzekeringen. Zo'n clausule houdt doorgaans in dat de zorgverzekeraar na afloop van de verzekeringstermijn de verzekerde opnieuw voor de aanvullende verzekering zal accepteren tegen de standaardvoorwaarden en (mits de zorgverzekering niet wordt opgezegd) voor de standaardpremie. Chronisch zieken en ouderen zullen bij andere verzekeraars niet tegen dergelijke gunstige voorwaarden worden geaccepteerd en zijn daarom als het ware getrouwd met hun huidige verzekeraar.

De wettelijke bepaling tegen koppelverkoop (art. 120 Zvw) is geen effectieve oplossing omdat de verzekeraar bij opzegging van de zorgverzekering door de verzekerde de premie voor de aanvullende verzekering mag verhogen. Intervenieren in de aanvullende verzekering is strijdig met de Europese verzekeringsrichtlijnen.



### *Oplossingsrichtingen*

Een effectieve oplossingsrichting is het *beperken van het belang van de aanvullende verzekering*. Hierdoor neemt de behoefte van de consument aan een aanvullende verzekering af en zullen wellicht ook aanvullende verzekeringen zonder onopzegbaarheid-clausule worden aangeboden. Een effectieve manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is een kritische doorlichting van het huidige aanvullende pakket en een terughoudend beleid ten aanzien van het uitdunnen van het basispakket. Een tweede manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is het geven van goede voorlichting over het nut en de noodzaak van zo'n verzekering.

### **Wanbetalers, onverzekerden en de hoogte van de nominale premie**

Na invoering van de Zvw vormt de *wanbetalers-* en *onverzekerden-* problematiek een frequent terugkerend onderwerp in het politieke debat. Om het probleem van het toenemend aantal wanbetalers (zie paragraaf 5.1.10) structureel in te dammen, heeft het parlement in 2009 ingestemd met een voorstel tot wijziging van de Zvw. Of hiermee de wanbetalersproblematiek wordt gereduceerd, moet worden afgewacht.

### *Oplossingsrichting*

Effectiever dan het bestrijden van de gevolgen is wellicht het wegnemen van de oorzaken. Een belangrijke oorzaak van de toename van de wanbetalers-problematiek lijkt gelegen in de verdrievoudiging van de nominale premie in vergelijking met de voormalige ziekenfondsverzekering. Vóór 2006 waren de onderwerpen wanbetalers en onverzekerden niet zo'n issue in het politieke debat. Hoewel ons geen specifiek onderzoek bekend is naar de achtergrond van deze discrepantie, lijkt het een aannemelijke hypothese dat de verdrievoudiging van het nominale premiedeel (van gemiddeld 350 naar 1050 euro) in 2006 de achterliggende oorzaak is van de toename van de wanbetalers- en onverzekerden-problematiek. In die opvatting kan een verlaging van de nominale premie de problematiek aanzienlijk reduceren. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten omdat het niet alleen leidt tot een vermindering van de betalingsachterstand per wanbetaler (immers bij een lagere premie loopt de schuld minder snel op), maar ook het aantal wanbetalers en onverzekerden kan verminderen.

Een premie van gemiddeld circa 350 euro per jaar heeft de volgende voordelen ten opzichte van een premie van circa 1050 euro:

- Minder premiederving per wanbetaler, en minder wanbetalers en onverzekerden.
- Vergroting van de premiegevoeligheid van de verzekerden doordat de relatieve premieverschillen toenemen (zie Box 5.6).
- De zorgtoeslag die tweederde van alle huishoudens thans ontvangt, kan komen te vervallen (net als in 2005).
- Vereenvoudiging van de wet- en regelgeving; de Wzt kan komen te vervallen.
- Een aanzienlijke taakverlichting voor de Belastingdienst.

- Vermindering van de administratieve lasten voor de overheid (59 miljoen euro, prijspeil 2006) en voor miljoenen burgers (nagaan of je voor een zorgtoeslag in aanmerking komt, het aanvragen van een zorgtoeslag, het bijhouden of je de zorgtoeslag inderdaad ontvangt, reclameren als dit niet het geval is, etc.)
- Geen risico dat burgers hun zorgtoeslag niet besteden aan een zorgverzekering.
- Geen risico op fraude met zorgtoeslagen.

De effecten op de inkomenshervdeling kunnen beperkt worden indien de verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage gelijk is aan de verlaging van de nominale premie (in absolute euro's) minus de gedeerde zorgtoeslag. De werkgeversbijdragen kunnen ongewijzigd blijven door in art. 46.1 Zvw te bepalen dat de werkgeversbijdrage betrekking heeft op de 'huidige inkomensafhankelijke bijdrage'.

Ons zijn geen nadelen van een verlaging van de nominale premie bekend, anders dan de eenmalige uitvoeringskosten.

### **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.

#### *Oplossingsrichting*

Een eenvoudige maatregel om chronisch zieken en ouderen wel een reden te geven op de kosten te letten, is het eigen risico niet te laten gelden voor de kosten vanaf 0 euro, maar bijvoorbeeld vanaf 1000 euro. Zo'n *verschoven* eigen risico leidt tot zowel minder eigen betalingen voor chronisch zieken en ouderen, als tot een groter remgeldeffect dan een eigen risico dat bij 0 euro begint. Dit maakt een *verschoven vrijwillig* eigen risico voor chronisch zieken en ouderen aantrekkelijker dan het *huidige vrijwillig* eigen risico. Omdat chronisch zieken dan minder eigen betalingen hebben, is ook geen ingewikkelde compensatieregeling voor hen meer nodig.

Bij het invoeren van een verschoven eigen risico kan om praktische redenen als eerste stap gedacht worden aan een leeftijdsafhankelijk startpunt van het eigen risico, bijvoorbeeld:

- 18 – 49 jaar: 300 euro per jaar;
- 50 – 64 jaar: 600 euro per jaar;
- 65 – 74 jaar: 1.200 euro per jaar;
- 75 jaar en ouder: 1.800 euro per jaar.

Bij zo'n verschoven eigen risico zou het eigen risico voor bijvoorbeeld een 59-jarige pas gelden vanaf 600 euro.

### **Collectiviteiten kunnen het 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 art.18 Zvw, dat bepaalt dat de maximum premiekorting voor collectiviteiten 10 procent bedraagt, niet effectief omdat hogere kortingen worden verleend via kortingen op overige verzekeringsproducten. Aldus kunnen collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie uithollen.

#### *Oplossingsrichting*

Een effectieve *oplossingsrichting* is goede ex-ante risicoverevening. Dan leidt marktsegmentatie via collectiviteiten niet meer tot voorspelbare winsten per collectiviteit, en is er geen actuariële grondslag meer voor bovenmatige collectiviteitskortingen (dat wil zeggen: 'totale kortingen groter dan 10% van de zorgpremie', zoals die nu worden verleend mede via andere verzekeringsproducten).

### **Onvoldoende consumenteninformatie om goede poliskeuze te kunnen maken**

Veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen pas na 1 januari (de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering) tot stand. Een van de oorzaken hiervan is dat de regering veranderingen in wet- en regelgeving pas op een laat tijdstip bekend maakt. Dit betekent dat op het moment dat verzekerden van zorgverzekeraar kunnen veranderen, vaak onvolledige informatie beschikbaar is over de gecontracteerde zorg(aanbieders). Dit belemmert een verzekerdenmobiliteit die is gebaseerd op een bewuste afweging van prijs en kwaliteit, en is ongunstig voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt.

#### *Oplossingsrichtingen*

De regering maakt veranderingen in wet- en regelgeving tijdig bekend. De NZa acht het wenselijk dat deze wijzigingen tenminste een half jaar van tevoren bekend zijn. De NZa ziet er op toe dat op het moment dat verzekerden van zorgverzekeraar kunnen veranderen, volledige informatie beschikbaar is over de door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorg(aanbieders).

### **Onduidelijkheid over de politieke acceptatie van verticale integratie**

De onduidelijkheid over de politieke acceptatie van verticale integratie vormt een belemmering voor een effectief gebruik van dit instrument.

#### *Oplossingsrichting*

Het zo snel mogelijk verschaffen van politieke helderheid over de toelaatbaarheid van verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bevordert een effectief gebruik van dit instrument.

### **Verzekerden kunnen elke dag van zorgverzekeraar veranderen**

De ZEKUR-polis biedt de verzekerden de mogelijkheid om elke dag te kunnen opzeggen. Een verzekerde kan deze polis kiezen als zij nauwelijks zorg gebruikt, en op het moment dat zorg nodig is een andere zorgverzekeraar kiezen. De zorgkosten komen dan voor rekening van de laatste zorgverzekeraar. Dit kan leiden tot risicoselectie die zelfs met perfecte risicoverevening niet kan worden voorkomen.

#### *Oplossingsrichting*

Wettelijk vastleggen dat alle zorgverzekeringen 31 december als einddatum hebben.

### **Onvoldoende afstemming tussen basispakket en DBCs**

Bij een aantal DBCs worden uitgaven ten laste van de zorgverzekering gebracht die niet onder de Zvw vallen. Dit probleem zal toenemen bij het terugbrengen van het aantal DBCs van 30.000 naar circa 3.000.

#### *Oplossingsrichtingen*

- 1 De DBCs aanpassen aan de te verzekeren Zvw-prestatie;
- 2 De te verzekeren Zvw-prestatie aanpassen aan de DBCs;
- 3 Het vragen van eigen bijdragen per DBC voor de zorg die niet onder de Zvw valt.

### **Geringe invloed van de verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar**

In theorie hebben verzekerden verschillende middelen om invloed uit te oefenen op het beleid van een zorgverzekeraar, maar in de praktijk blijkt van deze invloed weinig sprake te zijn. Veel verzekerden zijn niet goed op de hoogte van de beschikbare instrumenten om invloed uit te oefenen.

#### *Oplossingsrichtingen*

Een oplossingsrichting is, naast het geven van informatie over regelingen, het openbaar maken van prestaties. Een andere oplossingsrichting is het versterken van de positie van patiëntenverenigingen door de kennis die bij patiëntenverenigingen aanwezig is te vergroten en door een verbetering van de ex-ante risicoverevening (zie Box 6.4).

# 1

## Inleiding

### 1.1 Achtergrond

Op 1 januari 2006 zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) in werking getreden. Op grond van de Zvw is in beginsel iedereen die legaal in Nederland woont of werkt verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Onder 'zorgverzekering' wordt conform de Zvw verstaan: een schadeverzekering die voldoet aan wat daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld en waarvan de te verzekeren prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaat (art 1.d Zvw). Op grond van de Wzt ontvangen huishoudens met een huishoudinkomen onder een bepaald grens een compensatie voor de premie van de zorgverzekering in de vorm van een inkomensafhankelijke zorgtoeslag. Met de Zvw wil de overheid de zorg betaalbaar houden door verantwoordelijkheid te leggen bij verzekerden/patiënten, zorgverzekeraars<sup>2</sup> en zorgaanbieders. Deze partijen krijgen ruimte om zelf te beslissen, maar worden tegelijkertijd geconfronteerd met de gevolgen van hun gedrag. De invoering van de Zvw en de Wzt maakt deel uit van de brede herziening van het zorgstelsel die is gericht op invoering van gereguleerde concurrentie in de zorg. Hiermee wordt beoogd te komen tot een doelmatig werkend stelsel waarmee alle ingezetenen van Nederland, ongeacht leeftijd, gezondheid of inkomen, toegang krijgen tot kwalitatief goede, en voor de samenleving betaalbare zorg.

### 1.2 Waarom een evaluatie?

De Zvw en de Wzt regelen belangrijke waarden in onze samenleving: toegang tot kwalitatief goede gezondheidszorg en solidariteit. Zij vormen ook de belangrijkste verandering van het Nederlandse verzekeringsstelsel sinds 65 jaar. Een dergelijke grote verandering verdient een serieuze evaluatie. Daarnaast is het algemene principe dat wetten geëvalueerd moeten worden de uitdrukking van een verschuiving naar meer cyclisch denken en nadruk op beleidsleren. De overheid heeft zichzelf de plicht opgelegd het eigen handelen te evalueren. Daardoor is in de loop van de tijd evaluatie van wetgeving steeds vanzelfsprekender geworden. Tegenwoordig wordt bij de opstelling van wetten al aangegeven dat en wanneer de wet geëvalueerd moet worden. Dit is ook bij de Zvw en de Wzt het geval.

---

<sup>2</sup> In deze evaluatie zullen wij de term 'zorgverzekeraar' hanteren zoals gedefinieerd in de Zvw: Een *zorgverzekeraar* is een verzekeraar, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert (art 1.b Zvw).

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de wettelijke plicht om binnen vijf respectievelijk vier jaar na inwerkingtreding van de Zvw en de Wzt een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wetten in de praktijk aan het parlement voor te leggen (art. 125 Zvw en art. 6 Wzt).

### 1.3 Doel van de evaluatie

Het doel van het programma 'Evaluatie Regelgeving' van ZonMw is het bijdragen aan de kwaliteit van wetgeving. Hiertoe worden de doeltreffendheid en de (neven)effecten van wet- en regelgeving onderzocht. De uitkomsten hiervan kunnen voor de wetgever aanleiding zijn om de desbetreffende wet te herzien of om andere maatregelen te nemen. Daarnaast zijn de resultaten van evaluatieonderzoek van belang voor partijen die bij de toepassing en uitvoering van een bepaalde wet zijn betrokken.

Deze eerste evaluatie van de Zvw/Wzt is erop gericht informatie te verkrijgen over de wijze waarop de wetten zijn ingevoerd en in de praktijk worden toegepast; de eventuele knelpunten en problemen die zich daarbij voordoen; en de doeltreffendheid en (neven)effecten.

De andere wetten die medebepalend zijn voor de spelregels en de uitkomsten van de gereguleerde concurrentie, vallen buiten deze evaluatie. De voorliggende evaluatie is dus nadrukkelijk géén evaluatie van het zorgstelsel of de stelselwijziging als geheel, maar heeft uitsluitend betrekking op de Zvw/Wzt. Omdat de Zvw/Wzt en de Wmg inhoudelijk nauw met elkaar zijn verweven en een gezamenlijke invloed hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, heeft wel een afstemming plaatsgevonden met de gelijktijdig uitgevoerde evaluatie van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg).

#### Eerste effecten staan centraal

Gezien de relatief korte werkingstijd van de Zvw/Wzt is het nog niet mogelijk om definitieve uitspraken te doen over de vraag of alle gestelde doelen worden bereikt. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw (pagina 196) wordt hierover opgemerkt: "De Zvw wijzigt de bestaande praktijk namelijk zo ingrijpend, dat een evaluatie na drie of vier jaar nog geen betrouwbaar beeld van de doeltreffendheid en de effecten van de wet in de praktijk zal kunnen laten zien."

Daarom staan in deze eerste evaluatie, die in beginsel betrekking heeft op de jaren 2006 t/m 2008<sup>3</sup>, het proces van invoering en de eerste effecten centraal. Dit betekent ook dat deze evaluatie nog geen definitieve conclusies zal opleveren over de vraag of de beoogde doelen gehaald zijn. Daar is het nog te vroeg voor.

De kern van de evaluatie ligt bij het bestuderen van de wettelijke instrumenten van de Zvw en Wzt. De juridische basis voor deze instrumenten wordt bestudeerd, in relatie tot internationale verdragen en het Europees recht. Ook wordt nagegaan wat de doelen zijn van de verschillende instrumenten en in welke mate en op welke manier deze doelen zijn bereikt.

---

<sup>3</sup> Incidenteel zijn nieuwe ontwikkelingen of documenten tot juni 2009 in de beschouwingen meegenomen.

## 1.4. Vraagstelling evaluatie<sup>4</sup>

De centrale evaluatievraag luidt: *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?*

Deze vraagstelling wordt uitgesplitst in de volgende onderzoeksvragen:

- 1 *Welke doelstellingen worden met de Zvw/Wzt beoogd?*
- 2 *Welke instrumenten bevatten de Zvw/Wzt en wat is hun beoogde werking?*
- 3 *Hoe verhouden de Zvw/Wzt zich, in het licht van de centrale evaluatievraag, tot de internationale verdragen en het Europees recht?*<sup>5</sup>
- 4 *Welke knelpunten, problemen en (neven)effecten doen zich voor dan wel kunnen zich voordoen bij de toepassing en naleving van de wettelijke bepalingen; en in hoeverre worden de directe doelstellingen van de Zvw/Wzt bereikt?*

Bij deze onderzoeksvraag zal ook worden ingegaan op de vraag in hoeverre de in de wet opgenomen instrumenten in hun onderlinge samenhang (voldoende) effectief zijn om de doelen te bereiken; en op de vraag of de Zvw/Wzt voldoende eenduidigheid en transparantie (rechtszekerheid en rechtsgelijkheid) bieden aan de bij de toepassing van deze wetten betrokken partijen (verzekerden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders); en of de Zvw/Wzt consistent zijn, zowel intern als in relatie tot de overige relevante (zorg) wetgeving.

- 5 *Geven de bevindingen in het licht van de doelstellingen van de Zvw/Wzt aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?*

Bij deze onderzoeksvraag zal allereerst geanalyseerd worden of de bevindingen aanleiding kunnen geven tot eventuele toekomstige (nieuwe) knelpunten en problemen. Vervolgens zullen mogelijke oplossingsrichtingen worden besproken voor de geconstateerde knelpunten/ problemen, en zal ook worden aangegeven of essentiële instrumenten ontbreken.

## 1.5 Werkwijze

Conform de opdracht laten wij de evaluatie uit drie onderdelen bestaan<sup>6</sup>. In de eerste plaats worden doel, inhoud, beoogde werking en context van de Zvw/Wzt beschreven (onderzoeksvragen 1, 2 en 3). Vervolgens worden invoering en uitvoering van de Zvw/Wzt in de praktijk in beeld gebracht (onderzoeksvraag 4). Ten slotte vindt analyse plaats van doelbereiking en (neven)effecten van de Zvw/Wzt (onderzoeksvraag 5).

---

<sup>4</sup> Ontleend aan Projecttekst 'Evaluatie Zorgverzekeringwet / Wet op de zorgtoeslag', opgesteld door ZonMw, 13feb08.

<sup>5</sup> In de door ZonMw opgestelde projecttekst 'Evaluatie Zorgverzekeringwet / Wet op de zorgtoeslag' dd 13feb08 is deze deelvraag ruimer geformuleerd, namelijk: "Hoe verhouden de Zvw/Wzt zich tot aanpalende wetgeving respectievelijk Europese regelgeving?". In paragraaf 1.5 wordt aangegeven waarom de onderzoekers voor een zekere inperking hebben gekozen.

<sup>6</sup> Zie de door ZonMw opgestelde projecttekst Evaluatie Zvw/Wzt, die onderdeel vormt van de uitnodiging tot subsidieaanvraag.

Het volledig beantwoorden van bovenstaande onderzoeksvragen (vooral vraag 3 en 4) bestrijkt in beginsel een zeer omvangrijk en vrijwel onbegrensd terrein. Omdat bij deze (eerste) evaluatie de eerste effecten centraal staan, hebben wij ons in deze rapportage geconcentreerd op die onderwerpen die in het licht van de bovengenoemde centrale evaluatievraag ('*eventuele knelpunten en problemen*' respectievelijk '*aanleiding de wet of het beleid te wijzigen*') het meest relevant zijn.<sup>7</sup> Bij het schrijven hebben wij als primaire doelgroep de leden van het parlement en de regering voor ogen gehouden. We hebben getracht de tekst zo leesbaar mogelijk te maken door de hoofdtekst te beperken tot wat noodzakelijk is om tot de conclusies (in Hoofdstuk 7) te kunnen komen. Voor technische details en overige beschouwingen wordt de lezer verwezen naar bijlagen, voetnoten en relevante referenties in de literatuur.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn we als volgt te werk gegaan en hebben de volgende bronnen geraadpleegd:

- 1 Alle relevante Kamerstukken, adviezen van de Raad van State, en publicaties van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn bestudeerd.
- 2 Er zijn zoveel mogelijk relevante wetenschappelijke publicaties (artikelen in tijdschriften, proefschriften en rapporten) bestudeerd.
- 3 We hebben 27 interviews gehouden met direct betrokkenen.<sup>8</sup> (Voor een overzicht van alle gesprekspartners zie Bijlage 12).
- 4 Er is een systematisch overzicht gemaakt van relevante krantenberichten in de periode 2006-2008;
- 5 We hebben kennis genomen van diverse publicaties en rapporten van toezichthouders, adviesorganen, koepelorganisaties en overige betrokkenen.

Conform de onderzoeksopdracht hebben we geen nieuwe primaire gegevensbestanden verzameld, maar hebben we onze analyses gebaseerd op bestaande gegevensbestanden. Wat betreft (mogelijke) knelpunten en problemen hebben wij een pragmatische insteek gekozen en concentreren we ons in deze rapportage vooral op huidige en toekomstige (eventuele) knelpunten en problemen. Dat wil zeggen, voor zover knelpunten en problemen zich bij de invoering van de Zvw/Wzt hebben voorgedaan, maar inmiddels effectief zijn opgelost, besteden wij hier weinig of geen aandacht aan.<sup>9</sup>

---

7 Voor een verantwoording van de werkwijze, zie Bijlage in de Wmg-evaluatie.

8 Van elk van de interviews is een verslag op hoofdlijnen gemaakt. Een concept van dit verslag is ter goedkeuring aan de geïnterviewden voorgelegd met het verzoek eventueel passages te wijzigen, schrappen of toe te voegen. De geïnterviewden zijn ermee akkoord dat de onderzoekers citaten uit het goedgekeurde verslag herleidbaar in het eindrapport opnemen.

9 Bijvoorbeeld de administratieve problemen begin 2006 betreffende de inschrijving op naam van verzekeren bij huisartsen, en bijgevolg de betalingen van zorgverzekeraars aan huisartsen; of het hanteren van afwijkende opzegtermijnen voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen, hetgeen vanaf eind 2008 (na een verzoek van de NZa aan de verzekeraars) nauwelijks meer voorkomt.



## **1.6 Opbouw van het rapport**

De onderzoeksvraag 1, 2, 3, 4 en 5 worden achtereenvolgens in hoofdstuk 2, 3, 4, 5 respectievelijk 6 besproken en beantwoord. In hoofdstuk 7 worden de conclusies samengevat en besproken.



## 2

### De doelstellingen van de Zvw/Wzt

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 1 beantwoord: *Welke doelstellingen worden met de Zvw/Wzt beoogd?*

De invoering van de Zvw en de Wzt maakt deel uit van de herziening van het zorgstelsel, waarbij centrale aanbodsturing wordt vervangen door gereguleerde concurrentie.

De doelstellingen van de Zvw en de Wzt zijn weergegeven in Box 2.1. Deze doelstellingen bevatten een combinatie van waarborgdoelen (*toegankelijkheid*) en instrumentele doelen (*minder centrale sturing*).<sup>10</sup>

#### Box 2.1 – De doelstellingen van de Zvw/Wzt

|   |  |
|---|--|
| De doelstellingen van de <i>Zorgverzekeringswet (Zvw)</i> : | Meer doelmatigheid;<br>Minder centrale sturing;<br>Goede toegankelijkheid. |
| Bron: Memorie van Toelichting bij de Zvw <sup>11</sup> .    |  |
| De doelstelling van de <i>Wet op de zorgtoeslag (Wzt)</i> : | Financiële toegankelijkheid  |
| Bron: Memorie van Toelichting bij de Wzt <sup>12</sup> .    |  |

In deze evaluatie zullen wij ons vooral richten op de doelstellingen *doelmatigheid en toegankelijkheid*. In de periode waar deze evaluatie betrekking op heeft (2006-2008, en incidenteel tot juni 2009) was sprake van een geleidelijke overgang van centrale aanbodsturing naar gereguleerde concurrentie (zie hoofdstuk 3). Dit brengt met zich mee dat genoemde jaren gekenmerkt worden door het gelijktijdig naast elkaar bestaan van zowel het oude besturingssysteem als het nieuwe besturingssysteem. Vooral de interactie tussen deze twee besturingssystemen maakt het vrijwel onmogelijk de doelstelling *minder centrale sturing* op dit moment te evalueren.

<sup>10</sup> Voor een juridische beschouwing over waarborgdoelen, zie Winter en Klein Haarhuis 2007.

<sup>11</sup> Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 2 (MvT).

<sup>12</sup> Kamerstukken I 2004-2005, 29 763, nr. E, p. 1 (MvT).

## Publieke belangen

De bepalingen in de Zvw/Wzt evenals andere wetten die deel uitmaken van het zorgstelsel, dragen bij aan het realiseren van de doelstellingen van de overheid ten aanzien van de gezondheidszorg, te weten het borgen van de publieke belangen *kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid* (zie Box 2.2)<sup>13</sup>:

- Kwaliteit:** De zorg moet van voldoende kwaliteit zijn, dat wil zeggen veilig, effectief, tijdig en klantgericht.
- Toegankelijkheid:** De zorg moet voor alle burgers toegankelijk zijn, zowel financieel als fysiek. Financiële toegankelijkheid wil zeggen dat de premie en de eigen betalingen geen belemmering vormen voor mensen om medische zorg te kunnen krijgen. Fysieke toegankelijkheid wil zeggen dat mensen toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand en binnen een redelijke periode.
- Betaalbaarheid:** Ten slotte is het van belang dat de zorg betaalbaar blijft, zowel op microniveau (geen verspillingen) als op macroniveau (betaalbaar voor de samenleving).

### Box 2.2 – De publieke belangen betreffende het zorgstelsel

|  |   |   |
|--|---|---|
| <i>“iedereen heeft toegang tot kwalitatief goede, voor de samenleving betaalbare zorg”</i> |   |   |
| <b>Kwaliteit:</b>  | veiligheid;<br>effectiviteit (= doeltreffendheid);<br>tijdigheid: de juiste zorg op het juiste moment;<br>klantgerichtheid;   |   |
| <b>Toegankelijkheid:</b>   | <b>financiële toegankelijkheid:</b>   | risicosolidariteit;<br>inkomenssolidariteit;  |
|  | <b>fysieke toegankelijkheid:</b>  | beschikbaarheid: voldoende voorzieningen;<br>bereikbaarheid: voldoende spreiding, acceptabele reis- en wachttijden, telefonische en elektronische bereikbaarheid; |
| <b>Betaalbaarheid:</b>   | Doelmatigheid (betaalbaarheid op microniveau): zo laag mogelijke eenheidskosten bij gegeven kwaliteit;<br>Macrokostenbeheersing (betaalbaarheid op macroniveau): betaalbaar voor de samenleving door een beheerste ontwikkeling van de macrokosten. |   |
| Bron: Memorie van Toelichting bij de Zvw (Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 8).  |   |   |

<sup>13</sup> Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 8 (MvT). Een precieze definitie van deze publieke belangen wordt overigens niet gegeven in de wetten, de toelichting daarop of in de kamerstukken.

Tussen deze publieke belangen bestaan inherente spanningen. Kwaliteitseisen kunnen de prijs zo opdrijven dat de doelmatigheid van de zorgverlening onder druk komt te staan. Voorts is met doelmatig werkende markten (microbetaalbaarheid) de beheersbaarheid van de totale zorguitgaven (macrobetaalbaarheid) niet voldoende gewaarborgd. Het is immers mogelijk dat een sterke ontwikkeling van de zorgvraag leidt tot een overschrijding van het afgesproken kader. Ook kan een beheerste kostenontwikkeling grenzen stellen aan de zorg die voor iedereen toegankelijk is. Tenslotte kan er spanning zijn tussen de eisen van risicosolidariteit en keuzevrijheid. Keuzevrijheid kan tot marktsegmentatie en selectie leiden die de risicosolidariteit ondermijnen. Het vaststellen van de karakteristieken van de zorgverzekering is dan ook een zaak van beleidsmatige afweging.

De relatie tussen de bepalingen in de Zvw/Wzt en de publieke belangen zal besproken worden in Hoofdstuk 3.



# 3

## Gereguleerde concurrentie

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 2 beantwoord: *Welke instrumenten bevatten de Zvw/Wzt en wat is hun beoogde werking?* Bij het beantwoorden van deze onderzoeksvraag is het van belang om de instrumenten van de Zvw/Wzt te zien in de context van het gekozen ordeningsmodel, te weten *gereguleerde concurrentie* tussen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Daarom zullen we in dit hoofdstuk eerst enkele beschouwingen wijden aan gereguleerde concurrentie. Bij dit ordeningsmodel komen prijzen en transacties in beginsel tot stand op de markt, maar stelt de overheid regels om de doelstelling te realiseren dat *iedereen toegang heeft tot kwalitatief goede, voor de samenleving betaalbare zorg* (zie Box 2.2). Gereguleerde concurrentie is geen doel op zich, maar een middel om deze doelstelling van de overheid ten aanzien van gezondheidszorg te realiseren. Met de Zvw en de Wzt wordt, samen met andere wet- en regelgeving<sup>14</sup>, vormgegeven aan de gereguleerde concurrentie in de zorg.

In dit hoofdstuk zal allereerst worden ingegaan op het model van gereguleerde concurrentie (paragraaf 3.1) en de voorwaarden om dit model goed te laten functioneren (paragraaf 3.1.1). Bijzondere aandacht wordt besteed aan een specifieke voorwaarde waarbij de bepalingen van de Zvw/Wzt een cruciale rol spelen en waarbij zich een lastige beleidsmatige afweging voordoet, te weten: het organiseren van subsidies zodat zorgverzekeringen op een concurrerende verzekeringsmarkt voor iedereen, ongeacht leeftijd/gezondheid en inkomen, financieel toegankelijk zijn (paragraaf 3.1.2). Vervolgens wordt het spanningsveld tussen gereguleerde concurrentie en macrokostenbeheersing besproken (paragraaf 3.1.3) en wordt een quick scan gepresenteerd van de mate waarin thans aan de voorwaarden van gereguleerde concurrentie in de zorg is voldaan (paragraaf 3.1.4). Tenslotte worden de instrumenten in de Zvw/Wzt beschreven en hun beoogde werking (paragraaf 3.2).

---

14 Bijvoorbeeld de Wet Marktordening Gezondheidszorg, de Mededingingswet, de Wet Toelating Zorginstellingen, de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Wet op bijzondere medische verrichtingen.

### 3.1 Model van gereguleerde concurrentie

Volgens de Memorie van Toelichting van de Zvw speelt *gereguleerde concurrentie* een cruciale rol in het realiseren van de doelstellingen ten aanzien van de gezondheidszorg:

- “De regering is van oordeel dat het stelsel van gezondheidszorg aanzienlijk aan presterend vermogen kan winnen, door het systeem van centrale overheidssturing waar mogelijk plaats te laten maken voor een meer decentraal georganiseerd stelsel van *gereguleerde concurrentie*”<sup>15</sup>.
- “Het wetsvoorstel geeft de zorgverzekeraars een belangrijke rol in het model van *gereguleerde concurrentie*. Zij treden op als onderhandelingspartners van de zorgaanbieders, als het gaat over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Zij mogen bij de uitvoering van de wet winstbeogend zijn. Naar hun verzekerden hebben zij een wettelijke zorgplicht, die zij op verschillende manieren kunnen invullen. De zorgverzekeraars kunnen afspraken maken met zorgverleners en hun verzekerden de keuze laten binnen het gecontracteerde zorgaanbod. De zorgverzekeraars kunnen ook de verzekerde geheel zelf laten bepalen tot welke zorgverlener hij zich wil wenden en de verzekerde (een gedeelte van) de kosten van die zorg vergoeden, waarbij zij op verzoek van de verzekerde bemiddelen bij het vinden van zorgverleners. Het gegeven dat alle verzekerden ongeacht leeftijd of gezondheid jaarlijks van zorgverzekeraar kunnen veranderen, vormt een belangrijke stimulans voor een goede dienstverlening en een doelmatige zorginkoop, en versterkt de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Doordat er geen risicoselectie mogelijk is, wint het afdwingen van betere prestaties van zorgaanbieders voor de zorgverzekeraar aanmerkelijk aan belang. De geleidelijke liberalisering van de zorginkoopmarkt, die voor een belangrijk deel ook met andere wetgeving wordt ondersteund, zal de positie van de verzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders versterken”<sup>16</sup>.

#### Box 3.1 – Gereguleerde concurrentie of gereguleerde marktwerking?

In de context van *gereguleerde concurrentie* in de zorg wordt veelal ook de term *gereguleerde marktwerking* gehanteerd. De term marktwerking is echter meeromvattend dan de term concurrentie. Binnen de economische wetenschap worden diverse marktvormen onderscheiden, bijvoorbeeld concurrentie, monopolie, monopsonie en oligopolie. De werking van elk van deze markt(vorm)en is onderling sterk verschillend. Om verwarring over de precieze markt vorm te voorkomen \*) zullen wij in deze rapportage de term gereguleerde marktwerking niet hanteren.

NB: gereguleerde mededinging of gereguleerde competitie zijn synoniemen voor gereguleerde concurrentie.

\*) Bij de casus van de Zeeuwse ziekenhuizen is bijvoorbeeld sprake van een gereguleerd monopolie.<sup>17</sup>

In de Zvw/Wzt staan twee actoren centraal: *verzekerden* (patiënten/consumenten) en

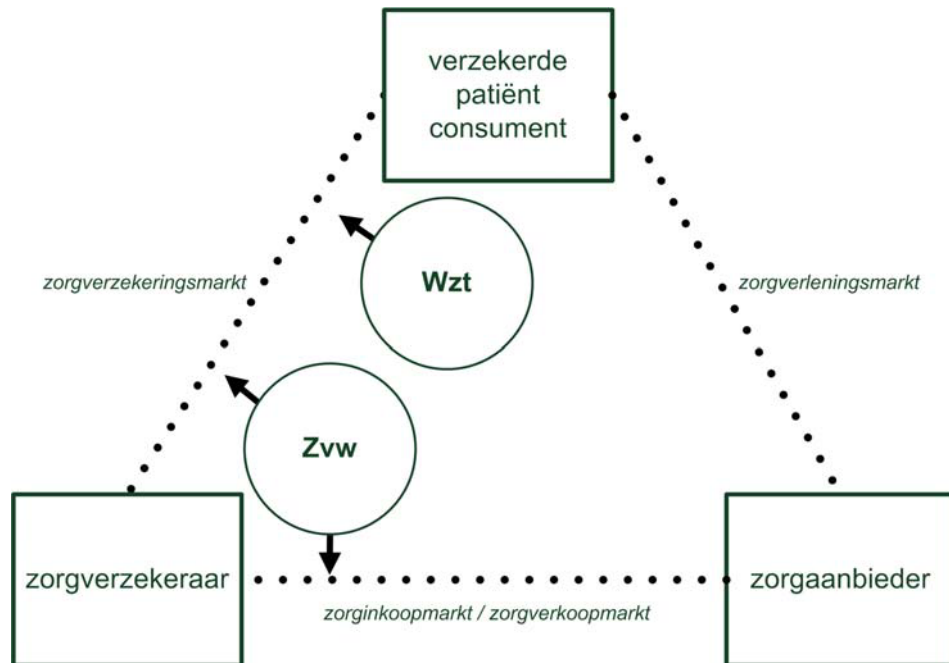
15 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr 3 p. 2 (MvT).

16 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr 3 p.4 (MvT).

17 Zie besluit Nederlandse Mededingingsautoriteit nummer 6424/427 dd 25 maart 2009.



*zorgverzekeraars*. Zij ontmoeten elkaar op de 'zorgverzekeringsmarkt'. Patiënten hebben daarnaast te maken met zorgaanbieders op de 'zorgverleningmarkt', terwijl de zorgverzekeraars diezelfde zorgaanbieders tegenkomen op de zogenaamde zorginkoopmarkt of, gezien vanuit de zorgaanbieders, de zorgverkoopmarkt (zie onderstaande figuur 3.1). De Zvw/Wzt hebben geen directe betrekking op de zorgverleningmarkt.



Figuur 3.1 – Gelding van de Zvw/Wzt binnen de verschillende deelmarkten

### 3.1.1 Voorwaarden voor gereguleerde concurrentie

Gereguleerde concurrentie is een middel om de publieke belangen in de zorg te borgen. Voor het realiseren hiervan kunnen de volgende *voorwaarden*<sup>18</sup> worden onderscheiden<sup>19</sup>:

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <i>Keuzevrijheid consument</i> | Iedere burger moet periodiek (zeg, jaarlijks), ongeacht gezondheidsrisico en inkomen, vrij en onbelemmerd kunnen kiezen uit zorgverzekeraars en zorgpolissen, zonder veel gedoe (ingewikkelde formulieren invullen), zonder belemmeringen, zonder hoge transactiekosten en zonder hoge zoekkosten vanwege onvergelykbare verzekeringsproducten (zoals bij de particuliere ziektekostenverzekeringen vóór 2006). |
|--------------------------------|---|

<sup>18</sup> Noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarden.

<sup>19</sup> Enthoven 1978, 1988; Schut 1995; CPB 2003; Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 9-10 (MVT).

|  |  |
|--|--|
| <i>Subsidies</i>                             | Een systeem van kruissubsidies tussen risico- en inkomensgroepen is nodig om voor iedereen een toegankelijke zorgverzekering met keuzevrijheid op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt te realiseren. <sup>20</sup>   |
| <i>Contractvrijheid</i>                      | Er moet voldoende contractvrijheid zijn in de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder en in de relatie zorgverzekeraar-verzekerde. Zorgverzekeraars moeten verschillende zorgpolissen kunnen aanbieden met uiteenlopende zorgarrangementen en keuzemogelijkheden in zorgaanbod, met inachtneming van minimumeisen betreffende kwaliteit en (fysieke) toegankelijkheid.   |
| <i>Transparantie en informatie</i>           | De definitie van het basispakket en de zorgproducten moet voldoende transparant zijn. Er moet voldoende betrouwbare en begrijpelijke (gestandaardiseerde) informatie beschikbaar zijn over prijs-, product- en kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders. Consumenteninformatie over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgverleners en zorgverzekeraars moet begrijpelijk, relevant, objectief, betrouwbaar en gratis voor iedereen beschikbaar zijn.   |
| <i>Financiële prikkels tot doelmatigheid</i> | Alle betrokkenen, i.e. zorgverzekeraars, zorgaanbieders en consumenten, moeten voldoende financiële prikkels tot doelmatigheid hebben.   |
| <i>Geen liftersgedrag (freeriders)</i>       | Voorkomen moet worden dat mensen zich opzettelijk niet verzekeren of onvoldoende verzekeren (bijvoorbeeld een te hoog eigen risico kiezen) vanuit de gedachte dat indien zij zelf dure zorg niet kunnen betalen, anderen met altruïstische preferenties voor hen zullen betalen. Door dergelijk gedrag zou op den duur de betaalbaarheid van de zorg onder druk komen te staan. Liftersgedrag kan worden voorkomen door een verzekeringsplicht.  |
| <i>Betwistbare marktposities</i>             | Er moeten enerzijds voldoende mogelijkheden zijn voor nieuwkomers, zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders, om de markt te betreden en anderzijds moeten er voldoende mogelijkheden zijn voor bestaande (falende) marktpartijen om de markt te verlaten.   |
| <i>Marktmeester en toezichthouder</i>        | Er moet een krachtige, onafhankelijke autoriteit zijn die actief de belangen van de consument in de zorg waarborgt, bijvoorbeeld door de markt te monitoren, toezicht te houden op zorgverzekeraars en zorgaanbieders, toe te zien op transparantie en (consumenten)informatie, en zo nodig effectief in te grijpen. Consumenten moeten effectief worden beschermd tegen ondermaatse kwaliteit zorg en tegen insolvabele verzekeraars. Een effectief mededingingsbeleid moet ongewenste kartels, monopolies en misbruik van economische machtspositie tegengaan. |

---

20 Bijvoorbeeld een vereveningssysteem, gecombineerd met inkomensafhankelijke bijdragen.

Naarmate aan deze voorwaarden beter wordt voldaan, kan het model van gereguleerde concurrentie beter functioneren en beter bijdragen aan het borgen van de publieke belangen in de zorg.

### **Box3.2 – Gereguleerde concurrentie: geen vrije markt!**

Gereguleerde concurrentie is een ordeningsmodel waarbij prijzen en transacties in beginsel tot stand komen op de markt, maar waarbij de overheid regels stelt om de publieke belangen betreffende het zorgstelsel (zie Box 2.2) veilig te stellen. Een volledig vrije markt in de zorg zou leiden tot maatschappelijk ongewenste uitkomsten in termen van *kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid*. De wettelijke instrumenten van de Zvw en Wzt vormen, samen met andere wet- en regelgeving, een samenhangend geheel van regels die beperkingen opleggen aan de vrije markt. Deze regels beogen de voorwaarden voor *gereguleerde* concurrentie te realiseren en zodoende de publieke belangen in de zorg te borgen.

#### **3.1.2 *Het waarborgen van de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekeringen: een afweging tussen toegankelijkheid, doelmatigheid en het tegengaan van selectie*<sup>21</sup>**

Een belangrijk aspect van (de regulering van) gereguleerde concurrentie betreft de waarborg dat zorgverzekeringen op een concurrerende verzekeringsmarkt voor iedereen, ongeacht leeftijd/gezondheid en inkomen, financieel toegankelijk zijn. Niet-gereguleerde concurrentie tussen verzekeraars leidt op termijn tot premies die afhangen van leeftijd, gezondheid en overige risicokenmerken. Actuarieel gezien zouden de premies kunnen variëren van minder dan €400 tot ruim €40.000 per jaar. Ook zouden verzekeraars hoogrisico personen kunnen weigeren of alleen accepteren met bepaalde uitsluitingen (geen vergoeding van kosten voor al bestaande ziekten of – bijvoorbeeld op basis van genetische screening – te verwachten aandoeningen). Vanuit maatschappelijk oogpunt zijn dergelijke uitkomsten van een concurrerende zorgverzekeringsmarkt onaanvaardbaar. Naast het opleggen van een acceptatieplicht aan verzekeraars, heeft een belangrijk aspect van de regulering daarom betrekking op het organiseren van (kruis)subsidies.

Hiervoor bestaan (tenminste) de volgende opties, die afzonderlijk of in combinatie kunnen worden toegepast:

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <i>Ex-ante risico-<br/>verevening</i> | Een eerste optie is dat verzekeraars per verzekerde vooraf een subsidie ontvangen die afhangt van de leeftijd, gezondheid en overige risicokenmerken die verzekeraars hanteren bij het bepalen van de premie. In een transparante, concurrerende markt brengen de verzekeraars de ontvangen subsidie vervolgens in mindering op de bij de betreffende verzekerde in rekening gebrachte premie. <sup>22</sup> Dergelijke subsidies worden ook wel aangeduid met de term ' <i>ex-ante</i> |
|---------------------------------------|---|

21 Deze subparagraaf is gebaseerd op Van de Ven en Schut 2009.

22 In beginsel zouden de risicoafhankelijke subsidies ook rechtstreeks aan de verzekerden kunnen worden gegeven. In de praktijk gebeurt dit in geen enkel land. Het zou leiden tot zeer hoge transactiekosten omdat iedere burger aan het subsidiefonds zijn individuele risicokenmerken moet doorgeven (die vervolgens weer op juistheid moeten worden gecontroleerd). Een ander praktisch probleem is het moment van uitbetalen van de subsidies. Als de subsidie pas wordt verleend nadat de verzekerde de

*risico-afhankelijke vereveningsbijdrage*'. Door dergelijke subsidies worden de risicoprofielen van verzekeraars verevend. Bij een perfecte *ex-ante risico-verevening* kan de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekeringen in elke gewenste mate worden gewaarborgd.

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <i>Ex-post kostencompensaties</i> | Een tweede optie is dat verzekeraars per verzekerde achteraf een subsidie ontvangen die afhangt van de hoogte van de zorgkosten voor de betreffende verzekerde en/of het type zorg dat de verzekerde heeft ontvangen. Bijvoorbeeld, verzekeraars zouden 90% van alle zorgkosten boven €20.000 per verzekerde per jaar achteraf vergoed kunnen krijgen. In een transparante, concurrerende markt houden de verzekeraars bij het bepalen van de premie al rekening met de te ontvangen subsidies. Dit zal leiden tot lagere premies, vooral voor de hoogrisico verzekerden. Dergelijke subsidies worden ook wel aangeduid met de term ' <i>ex-post kostencompensaties</i> '.   |
| <i>Zorgsubsidies</i>              | Een derde optie is dat verzekerden die, gegeven hun inkomen, met een te hoge premie worden geconfronteerd, een individuele zorgsubsidie ontvangen. <sup>23</sup>   |
| <i>Premieregulering</i>           | Een vierde optie is dat de overheid via <i>premieregulering</i> beperkingen oplegt aan de zorgverzekeraars betreffende de premiestructuur of –hoogte. De overheid kan bijvoorbeeld de verzekeraars verplichten aan al hun verzekerden, ongeacht hun risicokenmerken, dezelfde premie per product per verzekeraar te vragen, of hen verplichten hun premie binnen een zekere bandbreedte vast te stellen. Bijvoorbeeld, de hoogste premie per product per verzekeraar mag niet meer bedragen dan een bepaald veelvoud (het dubbele, het viervoudige) van de laagste premie voor dit product van deze verzekeraar. Premieregulering heeft overigens alleen zin in combinatie met een acceptatieplicht en een gestandaardiseerd basispakket van te verzekeren zorg. |

Bij de drie eerstgenoemde opties is sprake van *expliciete* subsidies. Hierbij is het noodzakelijk dat er een subsidiefonds is dat de subsidies verleent. Ook moeten regels worden gesteld hoe en door wie het subsidiefonds wordt gevuld: met inkomensafhankelijke bijdragen, met vaste bijdragen, of met risicoafhankelijke bijdragen. Bij expliciete subsidies kan zowel risicosolidariteit als inkomenssolidariteit worden gerealiseerd voor de gehele bevolking. Bij premieregulering is sprake van door regulering afgedwongen *impliciete* kruissubsidies *binnen de portefeuille van elke verzekeraar* (maar is geen sprake van kruissubsidies *tussen* de verzekeraars). Binnen elke verzekerdenportefeuille betalen de laagrisico verzekerden in hun premie een 'solidariteitsbijdrage' (het verschil tussen de betaalde premie en de actuariële premie) aan de hoogrisico verzekerden binnen dezelfde verzekerdenportefeuille. Bij (door premieregulering afgedwongen) *impliciete* subsidies is de mogelijkheid van

---

premie heeft betaald, kan de verzekerde een liquiditeitsprobleem krijgen; als de subsidie wordt verleend voordat de verzekerde de premie betaalt, bestaat geen zekerheid dat de subsidie ook daadwerkelijk wordt gebruikt voor het betalen van de premie.

23 Een voorbeeld van een zorgsubsidie in Nederland is de zorgtoeslag.

inkomenssolidariteit beperkt doordat verzekeraars het inkomen van hun verzekerden niet kennen en niet kunnen verifiëren.

### **Ex-ante risicoverevening**

Van de vier opties om binnen een concurrerende verzekeringsmarkt toegankelijkheid te waarborgen, is *ex-ante risicoverevening* theoretisch de optimale subsidiemethode. Wanneer voorspelbare verschillen in risico vooraf *perfect* verevend worden, vertegenwoordigen alle verzekerden voor een verzekeraar naar verwachting een gelijk risico en zijn premiedifferentiatie en risicoselectie voor de zorgverzekeraars onnodig en oninteressant. Bij een *perfecte ex-ante risicoverevening* kan de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekeringen daarom in principe in elke gewenste mate gewaarborgd worden, terwijl de prikkels voor doelmatigheid maximaal en de prikkels voor risicoselectie afwezig zijn.

In de praktijk bestaat echter (nog) geen perfect vereveningsmodel. Bij imperfecte risicoverevening kunnen er voor hoogrisico verzekerden toegankelijkheidsproblemen ontstaan. Immers, hoe imperfecter het vereveningsmodel, hoe sterker de premiedifferentiatie op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt. Om de toegankelijkheid te waarborgen, kan imperfecte ex-ante risicoverevening worden gecombineerd met een of meer van de van de andere drie opties.<sup>24</sup> Aan elk van deze drie opties kleven echter belangrijke bezwaren omdat zij (kunnen) leiden tot risicoselectie/ marktsegmentatie en/of een vermindering van de prikkel tot doelmatigheid.

### **Ex-post kostencompensaties**

Via kostencompensaties achteraf kan een deel of het geheel van de kostenverschillen tussen verzekerden worden gecompenseerd. Een nadeel van *ex-post kostencompensaties* is dat hierdoor de financiële prikkel tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars wordt verminderd. Beleidsmakers worden dus geconfronteerd met een *afweging tussen toegankelijkheid en doelmatigheid*: het vergroten van de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekeringen (door ex-post kostencompensaties) gaat gepaard met een vermindering van de financiële prikkel tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars. In de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is zelfs sprake van 100% ex-post kostencompensatie en lopen zorgverzekeraars/zorgkantoren geen enkel financieel risico. Hetzelfde gold voor de voormalige Wet op de Toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) en – tot 1993 – de voormalige Ziekenfondswet (ZFW). Zo waren de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars op grond van de WTZ in de periode 1986-2005 verplicht om bepaalde groepen verzekerden<sup>25</sup> te accepteren tegen een door de overheid vastgestelde maximumpremie. Ter compensatie ontvingen de verzekeraars achteraf een volledige vergoeding van alle kosten boven de maximumpremie.<sup>26</sup> De toegankelijkheid tot zorgverzekeringen was volledig gewaarborgd, maar de

---

24 In de Zvw/Wzt is sprake van een combinatie van alle vier de opties.

25 Onder andere mensen ouder dan 65 jaar, en andere hoogrisico verzekerden die anders een te hoge premie zouden moeten betalen.

26 De financiering van deze subsidies vond plaats via een verplichte (WTZ-)opslag op de particuliere verzekeringspremies.

verzekeraars hadden ten aanzien van de WtZ-verzekerden geen enkele financiële prikkel tot doelmatigheid.<sup>27</sup>

### Zorgsubsidies

Bij *zorgsubsidies* bestaat eveneens een afweging tussen *toegankelijkheid en doelmatigheid*. Als de zorgsubsidie afhankelijk is van de betaalde premie, ondervindt de verzekerde een verminderde prikkel om de goedkoopste verzekeraar te kiezen. Immers de extra premie bij een duurder verzekeraar wordt (gedeeltelijk) gesubsidieerd. Hierdoor wordt het concurrentievoordeel van de meest doelmatige verzekeraar verminderd en wordt de prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt gereduceerd. Als de zorgsubsidie niet afhankelijk is van de betaalde premie, kan de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekeringen voor hoogrisico personen niet volledig geborgd worden.<sup>28</sup>

### Premieregulering

Tenslotte kan premiedifferentiatie worden tegengegaan door de premies wettelijk te reguleren, bijvoorbeeld via een verbod op premiedifferentiatie (zoals in de Zorgverzekeringswet en de voormalige Ziekenfondswet).<sup>29</sup> Omdat een wettelijke beperking van premiedifferentiatie de onderliggende kostenverschillen tussen verzekerden niet wegneemt, leidt het bij een gemiddelde premie tot voorspelbare verliezen op de hoogrisico verzekerden en voorspelbare winsten op de laagrisico verzekerden. Dit heeft de volgende nadelige consequenties:

*Geen gelijk speelveld voor verzekeraars* Verzekeraars die relatief veel hoogrisico verzekerden in hun portefeuille hebben – bijvoorbeeld omdat zij voor hen uitstekende zorgarrangementen hebben ingekocht – zijn gedwongen om een hogere premie te vragen dan hun concurrenten. Zij kunnen dus niet op gelijke voet concurreren. Het arrangeren van goede zorg voor deze verzekerden verslechtert de marktpositie bij het behouden of aantrekken van overige groepen verzekerden, wat uiteindelijk tot een faillissement kan leiden. Een *doelmatige* zorgverzekeraar met relatief veel hoogrisico verzekerden kan als gevolg van premieregulering een slechtere financiële marktpositie hebben dan – en daardoor worden weggeconcurrerd door – een *ondoelmatige* zorgverzekeraar met relatief weinig hoogrisico verzekerden.

---

27 In de afgelopen 20 jaar zijn diverse pogingen ondernomen om de verzekeraars (meer) risicodragend te maken ten aanzien van hun WtZ-verzekerden. Deze pogingen zijn alle gestrand omdat, onder andere, de Europese regelgeving niet toestaat dat de Nederlandse overheid verzekeraars verplicht verzekerden met een voorzienbaar verlies te accepteren (zie Hoofdstuk 4).

28 Een derde optie is dat de zorgsubsidie afhankelijk is van de risicokenmerken van de verzekerde. In dat geval doen zich vergelijkbare problemen voor als de eerder besproken praktische problemen bij risicoafhankelijke subsidies (zie ex-ante risicoverevening).

29 Merk op dat dit alleen effectief kan zijn als er tegelijkertijd sprake is van een acceptatieplicht en een standaardpakket waar de premieregulering betrekking op heeft. Zonder acceptatieplicht kunnen verzekeraars immers eenvoudig de voorspelbaar verliesgevende verzekerden weren en zonder standaardpakket kunnen zij verliesgevende verstrekkingen uitsluiten van de verzekeringsdekking.

|  |  |
|--|--|
| <i>Marktsegmentatie en onbedoelde premiedifferentiatie</i>                   | Een alternatief is dat een zorgverzekeraar zich specialiseert in zorg voor chronisch zieken en, als hier een markt voor is, zich uitsluitend op dit marktsegment richt en een (zeer) hoge kostendekkende premie vraagt. Een eerste gevolg hiervan is dat er alsnog onbedoelde premieverschillen tussen hoogrisico verzekerden en laagrisico verzekerden ontstaan. Een tweede gevolg is dat deze goede zorg financieel ontoegankelijk is voor de chronisch zieken die de hoge premies niet kunnen betalen. Marktsegmentatie kan in beginsel ook op vele andere manieren plaatsvinden (via collectiviteiten, polisdifferentiatie, aanvullende verzekeringen, marketing) met als gevolg dat de verschillende onderscheiden segmenten in de markt hun 'eigen polis en eigen premie' krijgen. Het is daarom de vraag in hoeverre met premieregulering op termijn het beoogde doel (toegankelijkheid) in voldoende mate kan worden gerealiseerd. |
| <i>Onbedoelde kruissubsidies</i>   | Premieregulering kan ook tot kruissubsidies leiden voor factoren waarvoor de samenleving geen kruissubsidies wenst (bijvoorbeeld in het geval van regionale kostenverschillen als gevolg van overcapaciteit en te hoge prijzen, of bij verschillen in zorgkosten als gevolg van ondoelmatigheid en verschillen in praktijkstijl).  |
| <i>Geen prikkels om in te spelen op de preferenties van chronisch zieken</i> | Premieregulering maakt het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker om in te spelen op de preferenties van de laagrisico verzekerden dan op de preferenties van de hoogrisico verzekerden. Zonder aanvullende subsidies is het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker zich bij het zorginkoopbeleid te richten op de gezonde verzekerden dan op de chronisch zieken, waardoor de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken op termijn kan achterblijven.  |
| <i>Prikkels tot risicoselectie</i>   | Een vijfde consequentie van premieregulering is dat verzekeraars worden geconfronteerd met financiële prikkels tot risicoselectie. Risicoselectie kan plaatsvinden door een actief beleid gericht op het binnenhalen van zoveel mogelijk laagrisico verzekerden en/of door de aanmelding van hoogrisico verzekerden actief te ontmoedigen. Risicoselectie kan diverse negatieve effecten hebben zoals verminderde toegankelijkheid voor chronisch zieken tot goede kwaliteit zorg, verminderde doelmatigheid, en onbedoelde premieverschillen tussen hoge risico's en lage risico's. (Voor de vormen van risicoselectie die deze effecten kunnen hebben, zie Bijlage 5.)   |
| <i>Strijdigheid met Europese Schaderichtlijnen</i>                           | Bij imperfecte risicoverevening en onvolledige ex-post kostencompensatie kan premieregulering leiden tot voorspelbare verliezen voor verzekeraars, hetgeen in strijd kan zijn met de Europese richtlijnen voor het schadeverzekeringsbedrijf. (Zie hoofdstuk 4.)   |

Op basis van bovenstaande overwegingen is het de vraag in welke mate premieregulering op termijn effectief kan zijn in het voldoende borgen van *financiële toegankelijkheid* en in hoeverre premieregulering op termijn negatieve effecten heeft op de *kwaliteit en doelmatigheid* van zorg.

### Box 3.3. Risicoselectie is meer dan de non-acceptatie van aspirant-verzekerden

Op een 'concurrerende markt met ex-ante risicoverevening' kan risicoselectie worden gedefinieerd als 'acties (anders dan premiedifferentiatie) door verzekerden of verzekeraars om de risico-heterogeniteit die niet in de premie of de vereveningsbijdragen tot uitdrukking is gebracht, uit te baten en het poolen van heterogene risico's te verhinderen'<sup>30</sup>.

Het niet accepteren van hoogrisico aspirant-verzekerden<sup>31</sup> is een voorbeeld van een actie van een verzekeraar gericht op het tegengaan van het poolen van heterogene risico's. Maar er zijn nog veel andere acties van verzekeraars denkbaar om hetzelfde doel te bereiken. Bijvoorbeeld allerlei zorginkoop-activiteiten kunnen gericht zijn op het buitensluiten van hoogrisico verzekerden (zie bijvoorbeeld paragraaf 4 in Bijlage 5). Voorts kan gedacht worden aan specifieke polisvoorwaarden van de zorgverzekering (de nadere concretisering van de in de wet functioneel omschreven aanspraken) (zie bijvoorbeeld paragraaf 3 in Bijlage 5); aan het acceptatiebeleid, de polisvoorwaarden en de premiestelling van de aanvullende verzekeringen; collectiviteiten, de contracten met de zorgaanbieders, eigen zorginstellingen, koppelverkoop, selectief adverteren, de tussenpersonen, het niet opnemen van een minimum contractduur in de polis en slechte dienstverlening (zie Bijlage 5).

Ook als alle verzekeraars even succesvol zijn in selectie-activiteiten en daarom een identieke portefeuilleopbouw hebben (dat wil zeggen: "geen enkele zorgverzekeraar heeft een *selectief* verzekerdenbestand") is wel sprake van selectie en de nadelige gevolgen van deze selectie-activiteiten.

NB: *premedifferentiatie* is per definitie geen vorm van *risicoselectie*.

Samengevat luidt de conclusie dat het model van gereguleerde concurrentie bij imperfecte ex-ante risicoverevening leidt tot een *lastige afweging tussen toegankelijkheid, doelmatigheid en het tegengaan van risicoselectie/marktsegmentatie*. Goede risicoverevening is de enige mogelijkheid om deze lastige afweging grotendeels te vermijden. In het (theoretische) geval van perfecte risicoverevening, is zelfs geen van de drie andere vormen van subsidies nodig. Om die reden verdient goede ex-ante risicoverevening de voorkeur boven de andere vormen van subsidie als instrument om de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekeringen op een concurrerende verzekeringsmarkt te bevorderen.

#### 3.1.3 *Spanningsveld tussen gereguleerde concurrentie en macrokostenbeheersing*

Een belangrijke vraag is of gereguleerde concurrentie in theorie *kan* voldoen aan alle in Box 2.2 genoemde doelstellingen van de overheid. Het ordeningsmodel lijkt primair ontwikkeld om de doelstellingen doelmatigheid, kwaliteit en (financiële en fysieke) toegankelijkheid te realiseren. Effectieve concurrentie leidt tot prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid, terwijl de regulering van de concurrentie (basispakket, verbod op premiedifferentiatie, acceptatieplicht, risicoverevening) moet leiden tot een voor iedereen toegankelijk basispakket aan gezondheidszorg. Volgens de Memorie van Toelichting moet de Zvw leiden tot een verbetering van de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg en zorgverzekering. Minder evident echter is de relatie tussen gereguleerde

30 Vergelijk Newhouse 1996.

31 Vanwege de acceptatieplicht in de Zvw is deze vorm van risicoselectie niet toegestaan. Zie ook Box 5.3.



concurrentie en de doelstelling van een beheerste ontwikkeling van de macrokosten (macrokosten-beheersing). Een goed werkende markt leidt wel tot lagere eenheidsprijzen (bij gelijke kwaliteit) maar niet noodzakelijk tot lagere macrokosten aangezien concurrentie kan leiden tot een stijging van de hoeveelheid en kwaliteit van de zorg (zeker als consumenten op het moment van consumptie geen prijs ervaren). In principe staat geregleerde concurrentie op gespannen voet met een *ex ante* door de politiek vastgesteld macrobudget (Budgettair Kader Zorg) van de collectieve zorguitgaven<sup>32</sup> of toegestane groeirimte.<sup>33</sup>

Via een uitdunning van het pakket of een verhoging van het verplichte eigen risico kunnen in principe wel de collectieve zorguitgaven worden gelimiteerd tot een politiek gewenst niveau, maar daarmee ontstaat een potentieel conflict met de toegankelijkheid.

Daarnaast kan de overheid ook ingrijpen in de prijsvorming of grenzen stellen aan het aanbod van zorgvoorzieningen (bijvoorbeeld via toelatingsrestricties). Dergelijke maatregelen interfereren echter met afstemming van vraag en aanbod via de markt en kunnen leiden tot een vermindering van de prikkels voor doelmatigheid bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders.<sup>34</sup>

### 3.1.4 Voorwaarden geregleerde concurrentie gerealiseerd?

Tot slot zal in deze paragraaf een 'quick scan' worden gegeven van de mate waarin in 2009 is voldaan aan de in paragraaf 3.1.1. genoemde voorwaarden voor geregleerde concurrentie in de zorg.<sup>35</sup> Details en discussie die specifiek betrekking hebben op de Zvw/Wzt, volgen in de latere hoofdstukken.

Vanaf 1990 is geleidelijk een aanvang gemaakt met de realisatie van diverse voorwaarden voor geregleerde concurrentie. Met de invoering van de Zvw/Wzt, de Mededingingswet, de Wet Marktordening Gezondheidszorg en de Wet Toelating Zorginstellingen zijn belangrijke verdere stappen gezet. Het overwegende beeld is dat in 2009 aan de meeste voorwaarden tot op zekere hoogte is voldaan, maar dat aan vrijwel geen van de voorwaarden volledig is voldaan:

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <i>Keuzevrijheid consument</i> | In 2009 heeft iedereen jaarlijks een grote keuze uit zorgverzekeraars en aangeboden polissen. Een kanttekening is dat deze keuzevrijheid van de consument kan worden belemmerd door aanvullende verzekeringen, collectiviteiten en polisgebonden subsidies van bijvoorbeeld werkgevers. |
|--------------------------------|---|

32 De zorguitgaven die aan het Budgettair Kader Zorg (BKZ) worden getoetst zijn de opbrengsten uit premieheffing (AWBZ, Zvw) plus de Rijksbijdragen; exclusief de eigen betalingen van patiënten (Kamerstukken II 2008-2009, 31 924 XVI, nrs 1-3, p. 128). De reden dat het bij deze BKZ-uitgaven om collectieve uitgaven gaat, is volgens De Kam (2009) dat de band tussen betaalde premie en verzekerde aanspraken ontbreekt, waardoor er in feite sprake is van geormerkte belastingen.

33 Illustratief in dit verband is de brief van de Minister van VWS (september 2008) waarin wordt aangekondigd dat in 2009 zal worden ingegrepen in de vrije prijsvorming in het B-segment wanneer de uitgaven harder groeien dan een vooraf bepaald percentage (VWS, 2008, Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), Brief van de minister van VWS over inzet van prijsbeheersings- cq maatstafinstrument, Kamerstukken II 2007-2008, 29 248, nr. 52).

34 Prijs- en aanbodregels vormen geen onderdeel van de Zvw, maar vormen het domein van de Wmg. Voor nadere beschouwing over het spanningsveld tussen geregleerde concurrentie en macrokostenbeheersing zie de evaluatie van de Wmg.

35 Deze paragraaf is gebaseerd op Bijlage 4.

|  |   |
|--|---|
| <i>Subsidies</i>                             | Kruissubsidies tussen risico- en inkomensgroepen worden gerealiseerd via een systeem van ex-ante risicoverevening, inkomensafhankelijke bijdragen, ex-post kostencompensaties, inkomensafhankelijke zorgsubsidies en een verbod op premiedifferentiatie per polis. Kanttekening is dat de risicoverevening nog geen volledige compensatie biedt voor verschillen in zorgkosten die samenhangen met voorspelbare verschillen in gezondheidsrisico's. Voorts hebben de ex-post kostencompensaties en het verbod op premiedifferentiatie als alternatieve methoden om toegankelijkheid te borgen belangrijke potentiële nadelen (zoals uiteengezet in paragraaf 3.1.2).  |
| <i>Contractvrijheid</i>                      | Ten opzichte van de voorafgaande jaren ontstaat in toenemende mate meer contractvrijheid in de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder en in de relatie zorgverzekeraar-verzekerde. Dankzij de functionele omschrijving van het basispakket, de mogelijkheid van selectief contracteren en de vrije(re) prijzen kunnen zorgverzekeraars verschillende zorgpolissen aanbieden met uiteenlopende zorgarrangementen en keuzemogelijkheden in zorgaanbod. Ten aanzien van medisch-specialistische zorg is de contractvrijheid echter nog beperkt (het vrije B-segment is in 2009 34%).  |
| <i>Transparantie en informatie</i>           | Door de verdere ontwikkeling van DBCs neemt de transparantie van zorgproducten toe. In toenemende mate komt informatie beschikbaar over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgverleners en zorgverzekeraars ( <a href="http://www.kiesbeter.nl">www.kiesbeter.nl</a> , IGZ-indicatoren en CQ-index). De zorgpolissen zijn redelijk goed vergelijkbaar, maar een toenemende differentiatie van de aanvullende verzekeringen reduceert de transparantie van de aanvullende verzekeringen. Omdat circa 90% van de bevolking een aanvullende verzekering heeft die meestal gekocht wordt bij dezelfde verzekeraar als de zorgverzekering, reduceert de toenemende differentiatie van de aanvullende verzekeringen de transparantie van de zorgverzekering en aanvullende verzekering te samen. |
| <i>Financiële prikkels tot doelmatigheid</i> | Hoewel zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders in toenemende mate geconfronteerd worden met financiële prikkels tot doelmatigheid, is aan deze voorwaarde thans in beperkte mate voldaan. Ten aanzien van de consument kan worden gewezen op het mogelijke premievoordeel bij de jaarlijkse keuze van zorgverzekeraar/polis, op het verplicht eigen risico (tot 1 januari 2008: no-claim bonus), het vrijwillig eigen risico en bonussen (die in beginsel kunnen oplopen tot € 655) bij behandeling door (door de zorgverzekeraar geselecteerde) voorkeur-zorgaanbieders.   |
| <i>Geen liftersgedrag (freeriders)</i>       | Ondanks de verzekeringsplicht hadden circa 171.000 verzekeringsplichtigen op 1 mei 2008 geen zorgverzekering afgesloten. Voorts hebben 280.000 volwassen verzekerden een premieschuld van meer dan 6 maanden. Het is ons niet bekend hoeveel verzekerden een premieschuld hebben van korter dan 6 maanden en hoeveel verzekerden een betalingsachterstand hebben bij het voldoen van het eigen risico.  |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <i>Betwistbare marktposities</i>      | Op de zorgverzekeringsmarkt is aan deze voorwaarde volledig voldaan. <sup>36</sup> Op de markt van zorgaanbieders zijn door de functionele omschrijving van het basispakket, door de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om selectief te contracteren, en door het afschaffen van bouwvergunningen mogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders gecreëerd om de markt te betreden. Voor nieuwe individuele beroepsbeoefenaren is de toegang tot de markt veelal beperkt door een beperkt aantal beschikbare opleidingsplaatsen. Voorts wordt de betwistbaarheid op de ziekenhuismarkt beperkt doordat de overheid falende ziekenhuizen (bijvoorbeeld de IJsselmeerziekenhuizen) tot nu toe niet failliet heeft laten gaan. |
| <i>Marktmeester en toezichthouder</i> | Aan deze voorwaarde lijkt met de zes toezichthouders <sup>37</sup> in belangrijke mate te zijn voldaan. Voor kanttekeningen wordt verwezen naar de Evaluatie van de Wmg.  |

### 3.2 Instrumenten in de Zvw/Wtz

De in de Zvw/Wtz opgenomen bepalingen en neergelegde instrumenten zijn te rangschikken aan de hand van het onderscheid tussen drie verschillende onderdelen van het zorgverzekeringsstelsel:<sup>38</sup>

|   |  |
|---|--|
| <i>Zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• acceptatieplicht (art. 3.1 Zvw)</li> <li>• verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw)</li> <li>• ex-ante risicoverevening (art. 32-36 Zvw)</li> <li>• ex-post kostencompensaties (art. 32-36 Zvw)</li> <li>• basispakket: omvang (art. 10 Zvw)</li> <li>• basispakket: functionele omschrijving (art. 11.3 Zvw)</li> <li>• regulering aanvullende verzekeringen (art. 120 Zvw)</li> <li>• verhouding inkomensafhankelijke bijdrage / nominale premie (art. 45.4 Zvw)</li> <li>• polisdifferentiatie (art. 3.2 en art. 11 Zvw)</li> <li>• sturing van verzekerden naar voorkeur-aanbieders (art. 13.1 en art. 20.3 Zvw)</li> <li>• premiekorting bij vrijwillig eigen risico (art. 18a – 21 Zvw)</li> <li>• collectiviteiten en premiekorting (art. 18 Zvw)</li> <li>• bepalingen inzake wanbetaling (art. 8, art. 8a en art. 16 Zvw)</li> <li>• premieconcurrentie (art. 17 en art. 122 Zvw)</li> <li>• vooraf inzage geven in modelovereenkomsten (art. 25 Zvw)</li> </ul> |
|---|--|

36 De Zorgverzekeringswet staat nieuwe toetreding toe en in het geval van uittreding (faillissement) is de positie van de verzekerden volledig gewaarborgd (art. 31.1 Zvw).

37 Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), Nederlandse Mededingingsautoriteit (Nma), De Nederlandsche Bank (DNB), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Autoriteit Financiële Markten (AFM), en de Consumentenautoriteit.

38 Ontleend aan de door ZonMw opgestelde projecttekst Evaluatie Zvw/Wtz, die onderdeel vormt van de uitnodiging tot subsidieaanvraag.

- Verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt*
- Verzekeringsplicht (art. 2 Zvw)
  - verplichte premiebetaling (art. 16 Zvw)
  - bepalingen inzake de beëindiging van de zorgverzekering (art. 7.1 Zvw)
  - zorgtoeslag (Wzt)
  - keuze uit polissen (art. 3.1 en art. 11 Zvw)
  - keuze uit zorgverzekeraars (art. 7.1 Zvw)
  - verplicht / vrijwillig eigen risico (art. 18a – 21 Zvw)
  - zorgsturing via gedifferentieerde vergoeding (art. 13 Zvw)
  - zorgsturing via eigen risico (art. 18a – 21 Zvw)
  - premiekorting collectiviteiten (art 18 Zvw)
  - invloed verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar (art. 28 Zvw)
  - rechtsbescherming verzekerden (art. 114-117 Zvw)
  - vergoeding bij faillissement zorgverzekeraar (art. 31 Zvw)
  - zorgplicht zorgverzekeraars (art. 11 Zvw)
- Zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt*
- Zorgcontracteren (art. 12 - 13 Zvw)
  - verticale integratie (art. 12 - 13 Zvw).

Hoewel sommige instrumenten betrekking hebben op meer dan één onderdeel van het zorgverzekeringsstelsel, biedt de indeling een bruikbaar handvat voor het bespreken van de in de Zvw/Wzt opgenomen bepalingen en instrumenten. Vrijwel alle instrumenten hebben betrekking op de zorgverzekeringsmarkt. In Bijlage 3 wordt van elk instrument een omschrijving gegeven en aangegeven welk doel met het instrument wordt beoogd. Het is overigens vooral in hun onderlinge samenhang dat de verschillende in de Zvw/Wzt opgenomen instrumenten kunnen bijdragen aan het realiseren van de beoogde doelstellingen van de overheid ten aanzien van de zorg. In Box 3.4 is aangegeven welke instrumenten bijdragen aan welke doelstellingen (merk op dat sommige instrumenten bijdragen aan meer dan 1 doelstelling).

### Box 3.4 – De publieke belangen en de relevante instrumenten in de Zvw/Wzt

|  |  |
|--|--|
| <i>Kwaliteit</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Acceptatieplicht zorgverzekeraars (→ keuzevrijheid verzekerden)</li><li>• Basispakket: omvang en samenstelling</li><li>• Zorgcontracteren</li><li>• Zorgplicht zorgverzekeraars</li></ul>  |
| <i>Financiële<br/>toegankelijkheid</i>                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Acceptatieplicht zorgverzekeraars</li><li>• Verbod op premiedifferentiatie</li><li>• Ex-ante risicoverevening (via het Zorgverzekeringsfonds)</li><li>• Ex-post kostencompensaties aan de zorgverzekeraars</li><li>• Basispakket: omvang en samenstelling</li><li>• Inkomensafhankelijke bijdragen aan het Zorgverzekeringsfonds</li><li>• Vergoeding inkomensafhankelijke bijdrage door werkgever</li><li>• Vooraf inzage geven in modelovereenkomsten</li><li>• Verzekeringsplicht</li><li>• Zorgtoeslag</li><li>• Vergoeding bij faillissement zorgverzekeraar</li></ul>  |
| <i>Fysieke<br/>toegankelijkheid</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Zorgplicht zorgverzekeraars</li><li>• Invloed verzekerden op beleid zorgverzekeraar</li><li>• Rechtsbescherming verzekerden</li></ul>  |
| <i>Doelmatigheid<br/>(betaalbaarheid op<br/>microniveau)</i>               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Acceptatieplicht zorgverzekeraars (→ keuzevrijheid verzekerden)</li><li>• Functionele omschrijving basispakket</li><li>• Regulering aanvullende verzekeringen</li><li>• Verhouding inkomensafhankelijke bijdrage / nominale premie</li><li>• Polisdifferentiatie</li><li>• Sturing verzekerden naar voorkeur-aanbieders</li><li>• Eigen risico (verplicht/vrijwillig)</li><li>• Collectiviteiten</li><li>• Premieconcurrentie</li><li>• Bepalingen inzake de beëindiging van de zorgverzekering</li><li>• Informatieplicht zorgverzekeraars</li><li>• Keuze uit polissen</li><li>• Keuze uit zorgverzekeraars</li><li>• Zorgsturing via gedifferentieerde vergoedingen</li><li>• Naturapolis – restitutiepolis</li><li>• Zorgcontracteren</li><li>• Verticale integratie</li></ul> |
| <i>Macrokosten-<br/>beheersing<br/>(betaalbaarheid op<br/>macroniveau)</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Basispakket: omvang en samenstelling</li><li>• Eigen risico (verplicht/vrijwillig) / eigen betalingen</li><li>• Bepalingen inzake wanbetaling</li><li>• Verplichte premiebetaling</li><li>• Zorgtoeslag</li><li>• Zie instrumenten bij Doelmatigheid (boven)</li></ul>   |

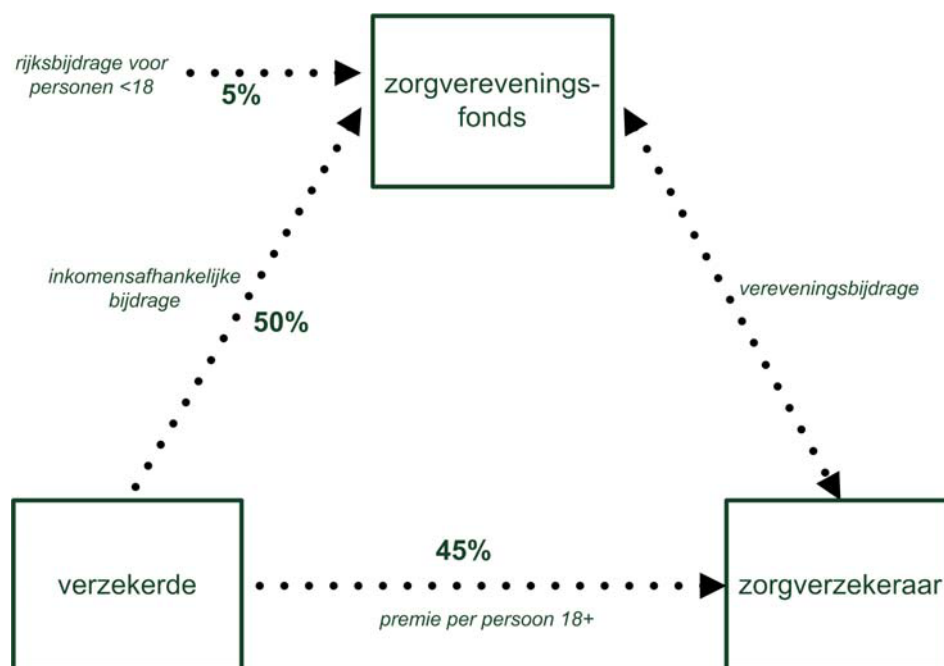
Een belangrijk instrument om de *kwaliteit* van zorg te bewaken/bevorderen is de zorgplicht van de zorgverzekeraars, met name bij naturapolissen, en de mogelijkheid van zorgcontracteren (zie de paragrafen 5.1.13 en 5.2.1). Ook het CVZ draagt als pakketbeheerder bij aan de kwaliteit van zorg door er op toe te zien dat niet-effectieve en niet-veilige zorg niet in het basispakket wordt vergoed. Tenslotte kan de acceptatieplicht van zorgverzekeraars worden genoemd, die tot gevolg heeft dat verzekerden jaarlijks van zorgverzekeraar kunnen veranderen. Indien voldoende transparante informatie beschikbaar is over de kwaliteit van zorg, kan concurrentie tussen zorgverzekeraars bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg.

De Zorgverzekeringswet bevat een groot aantal instrumenten met het oogmerk de *financiële toegankelijkheid* tot de zorgverzekering te waarborgen. Naast de acceptatieplicht kunnen de 4 instrumenten genoemd worden die in paragraaf 3.1.2 zijn besproken: ex-ante risicoverevening, ex-post kostencompensaties aan zorgverzekeraars, (inkomensafhankelijke) zorgsubsidies<sup>39</sup> en premie-regulering. Zorgverzekeraars moeten aan al hun verzekerden per polis per provincie dezelfde premie vragen (verbod op premiedifferentiatie). Premiekortingen zijn toegestaan bij collectiviteiten (maximaal 10% korting), bij een vrijwillig eigen risico en bij vooruitbetaling per jaar of per kwartaal. Daarnaast verplicht de Zorgverzekeringswet zorgverzekeraars om alle verzekerden die zich voor de zorgverzekering aanmelden, te accepteren (acceptatieplicht). Voorts ontvangen de zorgverzekeraars een risico-afhankelijke vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (zie Figuur 3.2), dat gevuld wordt met inkomensafhankelijke bijdragen en een Rijksbijdrage voor zorguitgaven van kinderen tot 18 jaar (waarvoor geen nominale premie mag worden geheven). Voor jonge, gezonde verzekerden moet een verzekeraar een vereveningsbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds betalen. Deze negatieve vereveningsbijdragen zijn kruissubsidies van de laagrisico verzekerden aan de hoogrisico verzekerden. Idealiter zorgt de risicoverevening er voor dat het financiële resultaat van een verzekeraar voor elke verzekerde, ongeacht zijn risicokenmerken, naar verwachting gelijk is. Kenmerkend voor de ex-ante risicoverevening is dat niet de verschillen in *werkelijke* zorgkosten worden gecompenseerd, maar dat verevening plaatsvindt van de *voorspelde* zorgkosten op basis van kenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerden. Deze kenmerken van een verzekerde dienen als basis voor het berekenen van de vereveningsbijdrage die een zorgverzekeraar voor de betreffende verzekerde krijgt uit (of betaalt aan) het Zorgverzekeringsfonds. De premieconcurrentie komt tot uiting in de hoogte van de premie die de zorgverzekeraar zelf per polis landelijk of per provincie vaststelt. De financiële toegankelijkheid is ook geborgd door de zorgtoeslagen, door de (vergoeding door de werkgever van de) inkomensafhankelijke bijdrage, en doordat medisch noodzakelijke zorg is opgenomen in het basispakket waarvoor iedereen verplicht is zich te verzekeren.

*Fysieke toegankelijkheid* wordt geborgd door de zorgplicht van de zorgverzekeraars (zie paragraaf 5.1.13).

---

39 Tweederde van alle huishoudens ontvangt een zorgtoeslag.



Figuur 3.2 – Het systeem van risicoverevening in de Zorgverzekeringswet

*Doelmatigheid* (betaalbaarheid op microniveau) wordt geborgd doordat de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt wordt gestimuleerd door de acceptatieplicht van de zorgverzekeraars en de jaarlijkse mogelijkheid voor verzekerden om te veranderen van zorgverzekeraar. De premie, die door elke zorgverzekeraar zelf wordt vastgesteld, maakt het mogelijk dat zorgverzekeraars efficiëntievoordelen doorgeven aan hun verzekerden in de vorm van een lagere premie. De functionele omschrijving van het basispakket stimuleert enerzijds een differentiatie in het polisaanbod en daarmee concurrentie tussen zorgverzekeraars, en anderzijds concurrentie tussen zorgaanbieders. De contractvrijheid biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid tot selectief contracteren en het maken van afspraken over (financiële prikkels tot) doelmatige zorgverlening. De polisvoorwaarden maken het mogelijk dat verzekerden gestimuleerd worden gebruik te maken van voorkeur-zorgaanbieders. Verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan gezien worden als een ultieme vorm van zorginkopen en aan de zorgplicht (kunnen) voldoen. Tenslotte heeft het eigen risico van de verzekerden als doel (1) een verantwoordelijkheidsverschuiving van collectief naar individu en (2) het bevorderen van een doelmatig gebruik van zorg.

De belangrijkste instrumenten in de Zvw/Wzt voor het bevorderen van de *macrokostenbeheersing* (betaalbaarheid op macroniveau) bestaan uit de wettelijke zorgaanpakken (basispakket), het eigen risico (verplicht/vrijwillig) en de zorgtoeslag. Verkleining van het basispakket, verhoging van het eigen risico en verlaging van de zorgtoeslag leiden tot lagere collectieve zorguitgaven en – voorzover hogere eigen betalingen het zorggebruik afremmen – ook tot lagere totale zorguitgaven.





# 4

## Verhouding tot internationaal en Europees recht

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 3 beantwoord: Hoe verhouden de Zvw/Wzt zich, in het licht van de centrale evaluatievraag, tot de internationale verdragen en het Europees recht?

Het Nederlandse verzekeringsstelsel moet in overeenstemming zijn met het internationale recht, dat is verankerd in internationale verdragen. De invloed van het internationale recht en het Europese recht op het functioneren van het Nederlandse verzekeringsstelsel is de afgelopen jaren sterk in betekenis toegenomen<sup>40</sup>.

Zoals in hoofdstuk 1 aangegeven beperken wij ons in deze rapportage tot die onderwerpen die in het licht van de in Hoofdstuk 1 vermelde centrale evaluatievraag ('eventuele knelpunten of problemen' respectievelijk 'aanleiding de wet of het beleid te wijzigen') het meest relevant zijn. Wegens het ontbreken van specifieke en toegespitste jurisprudentie kan hierbij geen volledige juridische zekerheid worden geboden.

#### 4.1.1 *Verhouding tot het internationaal recht*

Bij de vormgeving van het nieuwe verzekeringsstelsel heeft de regering, naar eigen zeggen, zo zorgvuldig mogelijk gekeken hoe de beleidsmatige uitgangspunten zodanig vorm konden krijgen dat zij goed zouden aansluiten bij de internationale regelgeving waaraan Nederland gebonden was.<sup>41</sup> Daarbij moest onder meer rekening worden gehouden met de door Nederland geratificeerde internationale verdragen van de International Labour Organisation (ILO) en van de Raad van Europa. Doel van deze verdragen is het bieden van sociale bescherming aan betrokken burgers en het bevorderen van een evenwichtige concurrentiepositie tussen de ratificerende landen door overeenkomende sociale lasten. Daarvoor kennen deze verdragen verplichtingen met betrekking tot onder meer de omvang van de te verzekeren groepen personen, het te verzekeren pakket en de uitvoeringsorganisatie. Een punt van aandacht was dat de ILO-verdragen nrs. 24<sup>42</sup> en 25<sup>43</sup> een verbod bevatten

---

40 Kamerstukken II, 2004-2005, nr. XVI (MvT).

41 Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 21 (MvT).

42 Verdrag betreffende de ziekteverzekering van arbeiders in de industrie en de handel en van huispersoneel, ILO-verdrag nr. 24, Trb. 1957, 27.

43 Verdrag betreffende de ziekteverzekering van landarbeiders, ILO-verdrag nr. 25, Trb. 1957, 28.

op de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekering door verzekeraars met winstoogmerk. Aangezien dit een aspect was van het nieuwe verzekeringsstelsel dat de regering juist wilde introduceren, heeft het kabinet deze verdragen opgezegd. De regering achtte dat overigens een logische consequentie van het feit dat Nederland inmiddels de nieuwere, van kracht zijnde ILO-verdragen nrs. 102<sup>44</sup> en 121<sup>45</sup> had geratificeerd, die wat betreft de inhoud overeenstemmen met de ILO-verdragen nrs. 24 en 25, maar geen verbod stellen op het maken van winst.

De invoering van een *verplicht eigen risico in de Zvw*, de *inhoud van het Zvw-pakket* en de *invloed van Zvw-verzekeren op het beleid van de zorgverzekeraars* zijn concrete voorbeelden van aspecten van de Zvw die door de Europese verdragen zijn beïnvloed (zie Bijlagen 9, 7 en B3.2.11). Voor de toelaatbaarheid en houdbaarheid van het Nederlandse stelsel zijn daarnaast de bepalingen in het Europees Verdrag inzake de bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM)<sup>46</sup> van belang.

#### 4.1.2 *Verhouding tot het Europees recht*

Het Europese recht en meer in het bijzonder het EG-verdrag<sup>47</sup> heeft grote invloed op de vormgeving en inhoud van de Zvw. Dit komt onder meer tot uitdrukking bij het hierna te bespreken verbod op premiedifferentiatie, het vereveningssysteem en de waarborgen voor het vrij patiëntenverkeer en vrijverkeer van diensten. Overige van belang zijnde aspecten zoals de verhouding tot het Europese aanbestedingsrecht<sup>48</sup>, het Europese mededingingsbeleid (waaronder de staatssteunbepalingen), de verhouding tot de Sociale zekerheidsverordening<sup>49</sup> en de nieuwe in voorbereiding zijnde Richtlijn inzake patiëntenrechten in geval van grensoverschrijdende gezondheidszorg<sup>50</sup> zullen niet of slechts zijdelings aan de orde komen. Dit vanwege het feit dat wij ons (zoals aangegeven in Hoofdstuk 1) in deze rapportage beperken tot die onderwerpen die in het licht van de centrale evaluatievraag een *'eventueel knelpunt of probleem'* zijn respectievelijk *'aanleiding kunnen geven de wet of het beleid te wijzigen'*.

Het Europees gemeenschapsrecht (EG-verdrag) bepaalt dat de inrichting en financiering van de stelsels van gezondheidszorg een taak is van de individuele lidstaten (artikel 154 lid 5 EG). Lidstaten zijn wel verplicht om bij de uitvoering van die taak rekening te houden met overige verdragsbepalingen. Dit kan worden afgeleid uit de rechtspraak van het Europese Hof van Justitie betreffende

---

44 Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid, ILO-verdrag nr. 102, Trb. 1953, 69.

45 Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten, ILO-verdrag nr. 121, Trb. 1966, 137.

46 Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, Rome, 4 november 1950, Trb. 1951, 154 en Trb. 1990, 156, laatstelijk gewijzigd bij het protocol van 11 mei 1994, Trb. 1994, 141 en 165.

47 Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, Rome, 1957, Trb. 1998, 13.

48 Meer in het bijzonder: Richtlijn 2004/18/EG, Pb EG 2004, L134/114.

49 Verordening (EEG) nr. 1408/71, Pb EEG 1971, L 149/2.

50 Voorstel voor een Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, Commissie van de Europese Gemeenschappen, Brussel, 2.7.2008, COM (2008) 414 definitief.

de vrij-verkeersbepalingen en het mededingingsrecht.<sup>51</sup> De vormgeving van het stelsel van zorg kan dan ook aan het gemeenschapsrecht worden getoetst. In diverse rechterlijke uitspraken is inmiddels ook door het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen hieraan invulling gegeven.<sup>52</sup>

Het EG-verdrag bevat bepalingen ter bevordering van het vrije verkeer van goederen, diensten, personen en kapitaal binnen de EU. Verder bevat het EG-verdrag ook bepalingen inzake de mededinging (waaronder de staatssteunbepalingen). Naast de algemene verdragsbepalingen kan de EU specifieke regelgeving vaststellen in de vorm van richtlijnen en verordeningen voor de bevordering van het vrije verkeer van specifieke goederen, diensten, personen of kapitaal. Indien dergelijke specifieke regelgeving voor een bepaald onderwerp bestaat, dient het nationale beleid en regelgeving over dit onderwerp in beginsel niet meer te worden getoetst aan de algemene verdragsregels betreffende het vrije verkeer, maar aan de Europese harmonisatieregelgeving in kwestie. Voor de Zvw zijn van belang de drie richtlijnen<sup>53</sup> waarin de voorwaarden voor het vrij verrichten van diensten en de uitoefening van de vrijheid van vestiging in de sector schadeverzekeringen zijn vastgelegd (de zogenoemde 'Europese schaderichtlijnen').

De Raad van State merkte bij het advies over de Zvw<sup>54</sup> op, dat met de keuze voor een overwegend privaatrechtelijke verzekering, ingebed in een reeks van zeer ingrijpende publieke randvoorwaarden, in feite het bestaande hybride systeem is ingeruild voor een ander, niet minder hybride systeem<sup>55</sup>. Het viel volgens de Raad daarbij niet op voorhand in te zien waarom dit hybride systeem met minder problemen zou gaan werken. Er zou in elk geval het nieuwe probleem van de verenigbaarheid van het stelsel met het Europese recht bijkomen.

De kwetsbaarheid van de Zvw schuilde volgens de Raad van State in de voorwaarden voor concurrentie gecombineerd met de eisen van toegankelijkheid en betaalbaarheid die publieke voorschriften noodzakelijk maken inzake *acceptatieplicht*, *verevening van risico's*, *premiestelling* en *de omvang van het pakket*. Kernpunt in de juridische discussie was de vraag of de Europese schade-richtlijnen, die van toepassing zijn op privaatrechtelijke verzekeringsondernemingen, de ruimte bieden om publiekrechtelijke randvoorwaarden in het stelsel vast te leggen.

Onderstaand zullen wij ingaan op de volgende aspecten van de Zvw:

---

51 Zie onder meer Kohll HvJ EG 28 april 1998, zaak C-158/96, Jur. 1998, p. I-1931, punt 18; Geraets-Smits/Peerbooms HvJ EG 12 juli 2001, zaak C-157/99, Jur. 2001, p. I-5473, punt 44; Müller-Fauré/Van Riet HvJ EG 13 mei 2003, zaak C-385/99, Jur. 2003, p. I-4509, punt 100.

52 Zie Hatzopoulos 2002.

53 Te weten de nrs. 73/239, 88/357 en 92/49.

54 Advies Raad van State en Nader Rapport, Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet), Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 4.

55 Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 4, p. 6.

- a de verenigbaarheid van het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw) met de Europese schaderichtlijnen;<sup>56</sup>
- b de verenigbaarheid van de Zvw met de regels inzake het vrije verkeer;
- c het vereveningsstelsel en de staatssteunaspecten.

Op risico's van de Zvw in het licht van het Europese mededingingsrecht en meer in het bijzonder op het ondernemingsbegrip van zorgverzekeraars en zorgaanbieders zal in het kader van de evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) nader worden ingegaan.

## 4.2 Verenigbaarheid van het verbod op premiedifferentiatie met de Europese schaderichtlijnen

De Europese schaderichtlijnen hebben een tweeledig doel: het creëren van gelijke concurrentievoorwaarden voor verzekeraars binnen de EU en de bescherming van de verzekerden.<sup>57</sup> De Derde schaderichtlijn beoogt het beginsel van tariefvrijheid (= premievrijheid) te waarborgen.<sup>58</sup>

In het afgelopen decennium is veel discussie geweest over de (on)verenigbaarheid van een basisverzekering (nu: de Zvw), in het bijzonder het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw), met de Europese schaderichtlijnen.<sup>59</sup> Voor een Europeesrechtelijke analyse van het verbod op premiedifferentiatie zijn de navolgende drie kwesties achtereenvolgens van belang:<sup>60</sup>

- 1 Is de Derde schaderichtlijn van toepassing op de Zvw?
- 2 Is het verbod op premiedifferentiatie verenigbaar met artikel 29 Derde schaderichtlijn?
- 3 Voldoet het verbod op premiedifferentiatie aan de uitzonderingsbepaling in artikel 54 Derde schaderichtlijn?

Onderstaand zal op deze drie kwesties worden ingegaan.

---

56 De Derde schaderichtlijn beoogt het beginsel van tariefvrijheid (= premievrijheid) te waarborgen (zie paragraaf 4.2). Bijgevolg dient het verbod op premiedifferentiatie in beginsel niet te worden getoetst aan de algemene verdragsbepalingen inzake het vrije verkeer, maar aan de Europese harmonisatiemaatregel in kwestie, te weten de Derde Schaderichtlijn.

57 Drijber en De Groot 2002, p. 12.

58 Interpretatieve mededeling van de Europese Commissie over het vrij verrichten van verzekeringsdiensten Pb. 2000 C43/5; en Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak Commissie tegen Italië (C-59/01), 25 februari 2003.

59 De Groot en Keus 1998; Van de Ven en Schut 2000; Drijber en De Groot 2002, p. 12; ICER 2001; Ottervanger en De Jong 2002, p. 4-6; Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2002; Van de Gronden 2003; Cath 2003, p. 11; Van Houten en Van de Gronden 2004; Van de Ven 2005a en 2005c.

60 zie bijvoorbeeld Van de Gronden 2003, p. 155.

#### 4.2.1 *Is de Derde schaderichtlijn van toepassing op de Zvw?*

Wat betreft de toepasselijkheid van de Derde schaderichtlijn blijkt uit het arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie/België*<sup>61</sup> dat de mate waarin de verzekeraars (die een sociale verzekering uitvoeren) voor eigen risico werken, van belang is. Omdat bij de Zvw duidelijk is dat de zorgverzekeraars de Zvw voor eigen risico uitvoeren, is er geen reden (meer) voor twijfel over de toepasselijkheid van de Derde Schaderichtlijn. Zowel de Europese Commissie, de Nederlandse regering, als de Raad van State (zie onder) gaan er van uit dat de Derde schaderichtlijn van toepassing op de zorgverzekeraars.

#### 4.2.2 *Is het verbod op premiedifferentiatie verenigbaar met artikel 29 Derde schaderichtlijn?*

In de Interpretatieve mededeling van de Europese Commissie over het vrij verrichten van verzekeringsdiensten stelt de Commissie dat de vrijheid van tarieven is ingesteld door de derde schaderichtlijn.<sup>62</sup> Artikel 29 heeft volgens Van Houten en Van de Gronden (2004, p. 516) tot doel te voorkomen dat een lidstaat al te diep ingrijpt in het beginsel van tariefvrijheid. In de zaak *Commissie/Italië* oordeelde het Europese Hof van Justitie het beroep van de Italiaanse regering op het algemeen belang ongegrond om in afwijking van de schaderichtlijnen een verplichte bevestiging van de premies van autoverzekeringen op te leggen aan private verzekeraars.<sup>63</sup> Bij de toets van deze maatregel aan de Derde schaderichtlijn stelde het Hof dat deze richtlijn beoogt het vrij op de markt brengen van verzekeringsproducten in de Gemeenschap te verwezenlijken. Voorts stelde het Hof in dit arrest (r.o. 29) dat uit de richtlijn volgt dat het duidelijk de bedoeling van de communautaire wetgever is geweest, het beginsel van tariefvrijheid (dat wil zeggen: premievrijheid) te waarborgen in de schadeverzekeringsbranche. Mede door dit arrest was ten tijde van de totstandkoming van de Zvw de heersende opvatting dat artikel 29 Derde schaderichtlijn uitgaat van het beginsel van tariefvrijheid (dat wil zeggen: premievrijheid) voor de verzekeraars.<sup>64</sup>

---

61 In de zaak *Commissie/België* ging het om de vraag in hoeverre bij een privaatrechtelijke verzekering afgeweken kan worden van de solvabiliteitsvoorschriften van de schaderichtlijnen omdat die verzekering onderdeel uitmaakt van het stelsel van sociale verzekering van een land. Het Europese Hof van Justitie oordeelde dat niet mocht worden afgeweken. Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen België* (C-206/98), 18 mei 2000.

62 Pb. 2000 C43/5.

63 Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen Italië* (C-59/01), 25 februari 2003.

64 Van de Gronden 2003, p. 49.

Bij een beperkte interpretatie van het verbod van artikel 29 van de Derde schaderichtlijn zou andere regulering dan die betreffende het financiële toezicht wel mogelijk zijn, mits er geen voorafgaande goedkeuring of stelselmatige mededeling van polisvoorwaarden wordt geëist. (Van de Gronden 2003, p. 50). Omdat zorgverzekeraars krachtens artikel 25 van de Zvw verplicht zijn van te voren alle (wijzigingen in de) modelovereenkomsten met de polisvoorwaarden van de door hen aangeboden zorgverzekeringen aan de NZa te overleggen, is die beperkte interpretatie hier niet aan de orde.

Overigens is door recente arresten van het Hof (zie onder) deze beperkte interpretatie van het verbod van artikel 29 van de Derde schaderichtlijn niet meer relevant.

In hoeverre is het verbod op premiedifferentiatie in strijd met dit beginsel van premievrijheid? Om verzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in beginsel verplicht zijn alle aspirant-verzekerden ongeacht hun leeftijd of gezondheid te accepteren (art. 3.1 Zvw), is een ex-ante risicoverevening ingevoerd. De vraag hoe ingrijpend het verbod op premiedifferentiatie is, is daarom afhankelijk van de kwaliteit van het systeem van ex-ante risicoverevening.

In hoofdstuk 5 (paragraaf 5.1.3; Tabel 5.1) worden resultaten gepresenteerd van een recente evaluatie van de ex-ante risicoverevening. De conclusie is dat bij het vereveningsmodel-2007 voor specifieke groepen verzekerden met een substantiële omvang (veelal meer dan 10% van de bevolking) bij een gemiddelde premie sprake is van substantiële voorspelbare verliezen (gemiddeld honderden euro's per persoon per jaar).<sup>65</sup> Een verzekeraar die een uitstekende reputatie heeft vanwege perfecte ketenzorg en 'disease management' programma's voor de behandeling van chronische ziekten en aandoeningen die niet zijn opgenomen in de ex-ante risicoverevening, moet de betreffende verzekerden accepteren die bij een gemiddelde premie voorspelbaar verliesgevend zijn. Uiteraard staat het de verzekeraar vrij een hogere premie te vragen dan de gemiddelde premie, maar dit verslechtert zijn marktpositie bij het behouden of aantrekken van overige groepen (laagrisico) verzekerden. Het verbod op premiedifferentiatie kan daarom een doorslaggevende reden vormen voor de betreffende verzekeraar om geen zorgverzekeringen in Nederland aan te bieden.

Op basis van de in Tabel 5.1 gepresenteerde empirische resultaten mag geconcludeerd worden dat het verbod op premiedifferentiatie een ernstige inbreuk op de tariefvrijheid vormt en diep ingrijpt in de markt. Bijgevolg is het zeer aannemelijk<sup>66</sup> dat het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw) volgens de ten tijde van het tot stand komen van de Zvw heersende opvatting geacht mag worden in strijd te zijn met artikel 29 van de Derde schaderichtlijn.<sup>67</sup>

Voor deze opvatting kan steun worden gevonden in de brief van de Europese Commissie aan de

---

65 Voor de subgroep van verzekerden die in jaar t-3 hun eigen gezondheid als matig of slecht beoordelen (i.e. 21% van alle verzekerden), leidt de vereveningsformule-2007 bij een gemiddelde premie tot een voorspelbaar verlies van gemiddeld €541 per verzekerde in jaar t. De ex-post kostencompensaties zoals toegepast in 2009 reduceren deze verliezen met circa een derde (zie Tabel 5.2). Voorts blijken in het bijzonder de groepen verzekerden met de volgende kenmerken in jaar t-3 voorspelbaar verliesgevend te zijn in jaar t: (1) personen met meerdere aandoeningen (comorbiditeit), (2) personen met functionele beperkingen in het dagelijkse leven, (3) de 10% mensen die hun geestelijke gezondheid relatief het slechts beoordelen, (6) personen met een of meer ziekenhuisopnamen, (7) personen die meerjarig behoren tot de 25 % verzekerden met de hoogste kosten en (9) personen die veel gebruik maken van fysiotherapeut, geneesmiddelen, specialist, of thuiszorg.

66 Wegens het ontbreken van specifieke en toegespitste jurisprudentie kan geen volledige juridische zekerheid worden geboden. Omdat op grond van vaste rechtspraak het secundaire EG-recht (zoals de Derde schaderichtlijn) moet worden uitgelegd in het licht van het primaire EG-recht (EG-verdrag), is ook van belang dat het zeer aannemelijk is dat het verbod op premiedifferentiatie bij de huidige ex-ante risicoverevening een belemmering vormt voor het vrije verkeer; en dat het verbod op premiedifferentiatie niet noodzakelijk is om een verstoring van het financiële evenwicht van het zorgstelsel tegen te gaan (zie Bijlage 10).

67 Het argument dat verzekeraars zelf hun doorsneepremie mogen vaststellen, is niet valide omdat een verzekeraar bij het vaststellen van de premie niet weet hoeveel hoogrisico verzekerden zich bij hem zullen aanmelden, terwijl hij vanwege de acceptatieplicht iedereen moeten accepteren. Zonder een verbod op premiedifferentiatie is het geen probleem dat een verzekeraar bij het vaststellen van de premie niet weet hoeveel hoogrisico verzekerden zich bij hem zullen aanmelden omdat de premie per risicogroep kostendekkend is.

Nederlandse regering (de zogenoemde Bolkestein-brief).<sup>68</sup> In deze brief wordt, voor zover het betreft de derde schaderichtlijn, *uitsluitend* ingegaan op de exceptie bepaling in artikel 54 van de derde schaderichtlijn (zie paragraaf 4.2.3). De Europese Commissie gaat hiermee impliciet uit van strijdigheid met bepalingen in de derde schaderichtlijn (artikel 29). Hetzelfde geldt voor de beschouwingen over eventuele strijdigheid met de derde schaderichtlijn door de regering<sup>69</sup> en de Raad van State<sup>70</sup>.

Recente arresten van het Hof geven mogelijk aanleiding tot enige nuancering. In de recente zaak *Commissie/Italië*<sup>71</sup> oordeelde het Europese Hof van Justitie het beroep van de Italiaanse regering op het algemeen belang gegrond om een verplichte acceptatieplicht en het hanteren van enkele actuariële principes<sup>72</sup> bij de vaststelling van de premies voor autoverzekeringen op te leggen aan private verzekeraars. In dit arrest herinnerde het Hof eraan (r.o. 106) dat van een volledige tarief-harmonisatie ter zake van schadeverzekeringen, met uitsluiting van iedere nationale regeling die gevolgen voor de tarieven kan hebben, geen sprake kan zijn zolang de gemeenschapswetgever zijn wil daartoe niet duidelijk tot uitdrukking heeft gebracht. In dezelfde bewoordingen had het Hof zich al eerder uitgesproken in de zaak *Commissie/Frankrijk*<sup>73</sup> en de zaak *Commissie/Luxemburg*<sup>74</sup>. In deze zaken oordeelde het Hof dat het opleggen van een bonus-malussysteem als onderdeel van de premiestelling niet in strijd is met artikel 29 Derde schaderichtlijn.

Dit roept de vraag op: wat kan de relevantie zijn van deze drie uitspraken van het Hof voor het verbod op premiedifferentiatie?

In de zaak *Commissie/Italië*<sup>75</sup> ging het om een acceptatieplicht voor verzekeraars voor autoverzekeringen en de verplichting voor verzekeraars hun premies voor autoverzekeringen volgens gebruikelijke actuariële principes te berekenen. Het doel van deze laatste verplichting is te voorkomen dat verzekeraars de acceptatieplicht omzeilen door buitensporige en abnormaal hoge premies te vragen waarvoor geen enkele actuariële rechtvaardiging bestaat (r.o. 97 en 99). Een essentieel verschil tussen deze Italiaanse verplichting om de premies volgens gebruikelijke actuariële principes te berekenen en het Nederlandse verbod op premiedifferentiatie is dat de autoverzekeraars in Italië, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars in Nederland, volledig vrij zijn om alle relevante risicofactoren in de premiestelling te hanteren en zodoende volledig vrij zijn om homogene risicoklassen te creëren en per risicoklasse een (tenminste) kostendekkende premie te vragen. Zij worden daarom niet

---

68 Kenmerk CAB/PvB/D(03)0848.

69 Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 3 p. 23-24.

70 Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 4.

71 Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen Italië* (C-518/06), 28 april 2009.

72 Ter naleving van de acceptatieplicht moeten verzekeraars bij de bepaling van hun premies de nettopremies en de toeslagen afzonderlijk berekenen volgens hun technische grondslagen, die voldoende ruim moeten zijn en ten minste vijf boekjaren moeten bestrijken. Wanneer deze grondslagen niet beschikbaar zijn, kunnen de verzekeraars gebruik maken van marktstatistieken. Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen Italië* (C-518/06), 28 april 2009, r. o. 22.

73 Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen Frankrijk* (C-347/02), 7 september 2004.

74 Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen Luxemburg* (C-346/02), 7 september 2004.

75 Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen Italië* (C-518/06), 28 april 2009.

gedwongen, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars in Nederland, groepen verzekerden te accepteren die voorspelbaar verliesgevend zijn.

In de zaak *Commissie/Frankrijk*<sup>76</sup> en de zaak *Commissie/Luxemburg*<sup>77</sup> ging het om de verplichting voor verzekeraars om bij autoverzekeringen een bepaald bonus-malussysteem in de premiestelling te hanteren. Dat wil zeggen, dat verzekeraars in hun premiestelling als een van de risicofactoren een factor moeten hanteren die op een nader gespecificeerde wijze rekening houdt met het schadeverleden van de verzekerde. De variatie binnen deze risicofactor bedraagt een factor 7 (Frankrijk) respectievelijk 5 (Luxemburg). Een essentieel verschil tussen deze verplichte bonus-malussystemen en het Nederlandse verbod op premiedifferentiatie is dat de autoverzekeraars in Frankrijk en Luxemburg, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars in Nederland, volledig vrij zijn om, *naast* de bonus-malusfactor, alle relevante risicofactoren in de premiestelling te hanteren en zodoende volledig vrij zijn om homogene risicoklassen te creëren en per risicoklasse een (tenminste) kostendekkende premie te vragen. Zij worden daarom niet gedwongen<sup>78</sup>, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars in Nederland, groepen verzekerden te accepteren die voorspelbaar verliesgevend zijn.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat van de bovenbesproken zaken de zaak *Commissie/Italië*<sup>79</sup>, waarbij verzekeraars hun premies niet mochten verhogen (en bijgevolg mogelijk gedwongen werden voorspelbare verliezen te accepteren), het verbod op premiedifferentiatie dat zorgverzekeraars verplicht bepaalde groepen verzekerden te accepteren die voorspelbaar verliesgevend zijn, wat betreft inbreuk op de premievrijheid en ingrijpen in de markt 'het dichtst benadert'. Immers bij de drie andere zaken waren de verzekeraars volledig vrij om alle relevante risicofactoren in de premiestelling te hanteren en zodoende volledig vrij om homogene risicoklassen te creëren en per risicoklasse een (tenminste) kostendekkende premie te vragen. Zij werden daarom niet gedwongen, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars in Nederland, groepen verzekerden te accepteren die voorspelbaar verliesgevend zijn. Het lijkt daarom gerechtvaardigd te concluderen dat bovengenoemde recente uitspraken van het Hof geen wijziging impliceren van de eerder genoemde ten tijde van de totstandkoming van de Zvw heersende opvatting dat het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw) geacht mag worden in strijd te zijn met artikel 29 van de Derde schaderichtlijn.

Vervolgens dient de vraag aan de orde te komen of het verbod op premiedifferentiatie in de Zvw valt onder de uitzondering die art. 54 Derde schaderichtlijn biedt.

---

76 Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen Frankrijk* (C-347/02), 7 september 2004.

77 Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen Luxemburg* (C-346/02), 7 september 2004.

78 Voorts is zowel in Frankrijk als in Luxemburg geen sprake van een acceptatieplicht.

79 Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak *Commissie tegen Italië* (C-59/01), 25 februari 2003.



#### 4.2.3 *Voldoet het verbod op premiedifferentiatie aan de uitzonderingsbepaling in artikel 54 Derde schaderichtlijn?*

Artikel 54 Derde schaderichtlijn bepaalt dat indien een ziektekostenverzekering de door het wettelijk stelsel van sociale zekerheid geboden dekking geheel of gedeeltelijk vervangt, een lidstaat mag eisen dat deze verzekeringsovereenkomst voldoet aan bijzondere wettelijke vereisten (bijvoorbeeld acceptatieplicht, premieregulering, omvang pakket) ter bescherming van het algemeen belang waarop deze verzekering betrekking heeft. Rond de eeuwwisseling heeft de discussie over de regulering van het nieuwe verzekeringsstelsel zich toegespitst op de vraag of de woorden 'geheel of gedeeltelijk vervangt' ruim of beperkt moeten worden geïnterpreteerd. Bij een beperkte interpretatie zou de Zvw, die geen vervanging is van een tegelijkertijd bestaand stelsel van sociale zekerheid, niet onder de uitzonderingsbepaling van artikel 54 vallen. Bij een ruime interpretatie, waarbij een particulier stelsel een stelsel van sociale zekerheid in de tijd vervangt, zou de Zvw wel onder de uitzonderingsbepaling vallen. De Europese Commissie heeft in een brief<sup>80</sup> aan de Nederlandse regering aangegeven uit te gaan van een ruime interpretatie (zie onder). Wel moeten de wettelijke vereisten noodzakelijk en proportioneel zijn, en ook mogen aan verzekeraars geen verplichtingen worden opgelegd die ertoe leiden dat zij voorspelbaar verlies lijden.<sup>81</sup> Op deze voorwaarden zullen we onderstaand nader ingaan.

De nadere inlichtingen die de regering in de zomer van 2003 had ingewonnen bij de Europese Commissie, leidden bij de regering tot de conclusie "dat het zeer wel mogelijk is te komen tot een privaatrechtelijke vormgeving van het beoogde verzekeringsregime die in overeenstemming is met het geldende Europese rechtskader"<sup>82</sup>. De regering baseerde die opvatting op de brief<sup>83</sup> die Bolkestein, toenmalig Eurocommissaris voor Interne Markt, had gestuurd aan de Nederlandse regering als reactie op de brief waarin de Nederlandse regering haar plannen had ontvouwd over de inrichting van het stelsel van sociale ziektekostenverzekering.<sup>84</sup>

#### **Europese Commissie**

In die reactie wees de Europese Commissie erop dat het Europese Hof van Justitie duidelijk had aangegeven dat, ongeacht de inrichting van het zorgstelsel, de lidstaat het Europese recht dient te respecteren. Wat betreft de Europese schaderichtlijnen, stelde de Commissie dat deze richtlijnen de vrijheid van een lidstaat om zijn verzekeringssysteem naar eigen inzicht in te richten, in beginsel niet

---

80 Brief van de Europese Commissie van 25 november 2003, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848.

81 Van de Gronden 2003, p. 107.

82 Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 3, p. 23 (MvT).

83 Brief van de Europese Commissie van 25 november 2003, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848.

84 In deze brief van de Nederlandse regering wordt geen melding gemaakt van imperfecties van de ex-ante risicoverevening (bijvoorbeeld zoals gepresenteerd in Tabel 5.1).

aantasten.<sup>85</sup> De Derde schaderichtlijn bepaalt alleen dat, als een lidstaat de uitvoering van een sociale verzekering overlaat aan private uitvoerders, deze uitvoering door elke Europese verzekeringsonderneming die in haar eigen lidstaat is toegelaten, ter hand kan worden genomen op basis van de vrijheid van vestiging en het vrije verkeer van diensten.

De Commissie stelde verder dat artikel 54 van de Derde schaderichtlijn ruim diende te worden geïnterpreteerd. Dat wil zeggen dat een privaat systeem als gedeeltelijk, maar ook als geheel alternatief kan fungeren voor een publiek systeem. Vanwege de aard en gevolgen van een privaat ziektekostenverzekeringssysteem zou de Derde schaderichtlijn het een lidstaat toestaan om specifieke wettelijke voorschriften op te leggen aan verzekeraars om het algemeen belang te beschermen. Voor zover dergelijke voorschriften de vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten beperken, moeten ze *noodzakelijk* en *proportioneel* zijn.

De Commissie benadrukte daarbij wel dat de beoogde voorschriften moeten worden opgelegd op een wijze die de werking van de interne markt niet in gevaar brengt. Het zou, volgens de Commissie, daarnaast nog nodig kunnen zijn om het vereveningssysteem aan de Europeesrechtelijke bepalingen voor staatssteun te toetsen.<sup>86</sup>

### **Standpunt regering**

In de Memorie van Toelichting<sup>87</sup> stelt de regering zich op het volgende standpunt:

“De door de regering voorgestelde voorschriften op het gebied van acceptatie, te verzekeren pakket, verbod op premiedifferentiatie en een vereveningssysteem kunnen volgens de Commissie gerechtvaardigd worden met een beroep op het algemeen belang.... De conclusie is dat op een privaatrechtelijk vormgegeven verzekeringsstelsel de schaderichtlijnen van toepassing zijn, maar dat op onderdelen inbreuk op de voorschriften van deze richtlijnen gerechtvaardigd kan worden met een beroep op het algemeen belang in algemene zin en op grond van artikel 54 van de Derde schaderichtlijn in het bijzonder. Overigens wijst de Commissie erop dat het Europese Hof van Justitie als enige bevoegd is om hierover te oordelen en dat de Commissie niet vooruit kon lopen op het uiteindelijke oordeel van het Europese Hof van Justitie.

Op grond van de overwegingen van de Europese Commissie komt de regering tot de conclusie dat er

---

85 De Commissie bevestigde dat het voorgenomen ziektekostenverzekeringssysteem ook onder de werkingssfeer van Verordening 1408/71 over de coördinatie van sociale zekerheidssystemen viel. Private uitvoerders die de verzekeringsovereenkomst zouden gaan aanbieden, moeten volgens de Commissie beschouwd worden als bevoegde organen in de zin van de Verordening.

86 De Commissie gaf verder nog aan dat ook een wettelijke sociale verzekering volgens het Europese Hof van Justitie onder de schaderichtlijnen valt als er sprake is van “verzekeren” door private verzekeraars voor eigen risico en op basis van privaatrechtelijke overeenkomsten. Uitvoering van zo'n verzekering door een onderneming met een andere rechtsvorm dan expliciet genoemd in de schaderichtlijnen, sluit de toepasselijkheid van die richtlijnen niet zonder meer uit. In dit verband is het interessant dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) op 29 april 2005 heeft verklaard dat de NMa ziekenfondsen niet langer als ondernemingen ziet. Dit was het directe gevolg van de uitspraak van het Europese Hof van Justitie in het zogenaamde AOK-arrest (Arrest van het Hof van Justitie in de gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01 AOK Bundesverband 16 maart 2004). (speech van drs. R.J.P. Jansen, plv. directeur-generaal van de NMa dd 29 april 2005).

87 Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 3 p. 23-24.

vanuit internationaalrechtelijk kader geen beletselen hoeven te zijn die in de weg zouden staan aan een keuze voor een privaatrechtelijke vormgeving van de beoogde verzekering. Deze keuze impliceert dat overheidsingrijpen in zo een zorgverzekering slechts mogelijk is als dit door het algemeen belang wordt gerechtvaardigd. Uitgangspunt hierbij is dat de relaties tussen de partijen in de gezondheidszorg zoveel mogelijk ontstaan op basis van eigen keuzes. Slechts voor zover er sprake is van evident onevenwichtige marktverhoudingen, zal de overheid regelend optreden ter borging van het publieke belang. Dit impliceert in ieder geval dat de zorgverzekeraar een verzekeringsplichtige burger moet accepteren voor een wettelijk voorgeschreven verzekeringspakket en voor een premie die gelijk is voor iedereen die bij zorgverzekeraar een zelfde variant van de zorgverzekering kiest. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars door deze acceptatieplicht in financiële moeilijkheden raken is een systeem van verplichte risicoverevening hierbij noodzakelijk.”

### **De Raad van State**

In zijn advies schrijft de Raad van State<sup>88</sup>:

“Op het voorgestelde stelsel zijn de Europese schaderichtlijnen inzake het verzekeringsbedrijf van toepassing. De vraag die in dit verband rijst is, of een inbreuk op de voorschriften van deze richtlijnen gerechtvaardigd kan worden met een beroep op het algemeen belang op grond van artikel 54 van de derde schaderichtlijn in het bijzonder. De Memorie van toelichting beantwoordt deze vraag bevestigend en baseert zich hierbij op een brief van de Europese Commissie, maar die is niet beslissend<sup>89</sup>. De toelichting verwijst terecht naar de opmerking in deze brief, dat het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen (HvJ EG) als enige bevoegd is om hierover te oordelen en dat de Commissie niet vooruit kan lopen op het oordeel van het Hof. De Raad constateert dat er daarom sprake is van een onzekere situatie. De Raad wijst er voorts op dat het standpunt dat inbreuken op de voorschriften van deze richtlijnen mogelijk gerechtvaardigd kunnen worden met een beroep op het algemeen belang op grond van artikel 54 van de derde schaderichtlijn, nog niet meebrengt dat de verschillende in het onderhavige wetsvoorstel opgenomen maatregelen die een inbreuk vormen daarmee ook daadwerkelijk gerechtvaardigd zijn en dat de proportionaliteit van die maatregelen daarmee buiten twijfel is. Dit zal per onderdeel moeten worden aangetoond. De Raad adviseert met betrekking tot elke afzonderlijke maatregel die in het voorstel is opgenomen en die een inbreuk op het stelsel van de verzekeringsrichtlijnen vormt, nadrukkelijk te bezien of deze gerechtvaardigd kan worden.”

Dit laatste is tot nu toe alleen ten aanzien van het vereveningssysteem gebeurd.

### **Voldaan aan de uitzonderingsbepaling van artikel 54 Derde Schaderichtlijn?**

Onderstaand zullen wij analyseren of het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw), gegeven een acceptatieplicht voor een wettelijk omschreven basispakket en gegeven een imperfecte ex-ante risicoverevening, kan worden gerechtvaardigd met een beroep op artikel 54 derde schaderichtlijn. Allereerst zullen we nagaan of de derde schaderichtlijn, in het bijzonder artikel 54, een expliciete

---

<sup>88</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 4 p. 22.

<sup>89</sup> Brief van de Europese Commissie, 25 november 2003, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848.

grondslag biedt voor een dergelijk verbod op premiedifferentiatie. Vervolgens zullen we nagaan of het verbod op premiedifferentiatie noodzakelijk is voor het 'algemeen belang waarop de verzekering betrekking heeft' en voldoet aan de eis van proportionaliteit.

*Geen expliciete grondslag in de Derde schaderichtlijn*<sup>90</sup>

De derde schaderichtlijn gaat uit van het beginsel van tariefvrijheid voor de verzekeraars, tenzij de schaderichtlijn een expliciete grondslag voor een uitzondering biedt.<sup>91</sup> Volgens de Landsadvocaat<sup>92</sup>, de Interdepartementale Commissie Europees Recht (ICER)<sup>93</sup> en Van de Gronden<sup>94</sup> biedt de richtlijn onvoldoende grondslag voor een nationale regeling die het verzekeraars verhindert een kosten-dekkende premie in rekening te brengen en een volledige compensatie van de ongedekte kosten ook overigens niet waarborgt. Een nadere uitleg van artikel 54 (de uitzonderingsbepaling voor ziektekostenverzekeringen) is te vinden in de preambule van de richtlijn, in het bijzonder overweging 24. Overweging 24 van de considerans lijkt, meer dan artikel 54 zelf, inzicht te geven in de grenzen van de mogelijkheden van die uitzonderingsbepaling in artikel 54.<sup>95</sup> Waar overweging 24 van de considerans van de richtlijn spreekt van beperkingen die de overheid oplegt aan verzekeraars bij de premievaststelling, doet zij dat in één adem met de deelname van de verzekeraar aan compensatiestelsels. Dat wijst erop dat de Richtlijn ervan uitgaat dat verliezen op de betrokken verzekeringen ten gevolge van overheidsbemoedienis moeten worden voorkomen.<sup>96</sup>

Voor een verbod op premiedifferentiatie dat de verzekeraars dwingt om voor bepaalde groepen verzekerden voorspelbare verliezen te accepteren, biedt de schaderichtlijn daarom geen expliciete grondslag.

Van de Gronden (2003, p. 107) concludeert dat overheidsmaatregelen die verzekeraars dwingen verlies te maken, in strijd zijn met de derde schaderichtlijn. Hij wijst er op dat uit het systeem van de derde schaderichtlijn voortvloeit dat aan verzekeraars geen verplichtingen (bijvoorbeeld in de vorm van bepaalde premieregulering) worden opgelegd die ertoe leiden dat zij verlies lijden. Hij verbindt hier de conclusie aan dat bij de vormgeving van de verevening er voor gewaakt moet worden dat verzekeraars door de wetgever in een verliesgevende positie worden gebracht. Omdat de acceptatieplicht verzekeraars verplicht ook verzekerden met een slecht risico te accepteren, is het voor een geslaagd beroep op de uitzonderingsbepaling in artikel 54 van de Derde Schaderichtlijn van groot belang dat de overheid op zorgvuldige wijze vormgeeft aan de acceptatieplicht en het systeem van verevening.<sup>97</sup>

---

90 Zie hiervoor ook: Verslag van een aantal gesprekken, Kamerstukken I, 2004-2005, 29762, nr. E, p. 48-52.

91 Arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak Commissie tegen Italië (C-59/01), 25 februari 2003.

92 De Groot en Keus 1998.

93 ICER 2001, in het bijzonder pag. 43-45.

94 Van de Gronden 2003, p. 107.

95 De Groot en Keus, 1998, pag. 14.

96 De Groot en Keus, 1998, pag. 15.

97 Van de Gronden 2003, p. 107.

Cruciaal is dus de vraag: Hoe goed is de verevening? Boven hebben we geconcludeerd dat verzekeraars worden gedwongen groepen verzekerden te accepteren die bij een gemiddelde premie voorspelbaar verliesgevend zijn. Uit de discussie in het parlementaire debat kan worden geconcludeerd dat de regering zich bewust was van dergelijke imperfecties van het ex-ante vereveningssysteem. In de Memorie van Antwoord<sup>98</sup> heeft de regering aangegeven dat als er vrije premievorming zou zijn, er sprake zou zijn van “torenhoge premies”. Dit impliceert dat bij een verbod op premiedifferentiatie verzekeraars kennelijk in staat zijn om groepen verzekerden aan te wijzen waarvoor zij een voorspelbaar en zelfs “torenhog verlies” lijden<sup>99</sup> en worden gedwongen deze groepen verzekerden te accepteren.<sup>100</sup>

Zoals gezegd, voor een dergelijk verbod op premiedifferentiatie biedt (overweging 24 in de considerans van) de schaderichtlijn geen expliciete grondslag.<sup>101</sup>

Dit is een voldoende argument om te concluderen dat het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie niet voldoet aan de uitzonderingsbepaling in artikel 54 Derde Schaderichtlijn.<sup>102</sup>

### *Niet noodzakelijk en niet proportioneel*

In aanvulling op bovenstaand argument kan bekeken worden of het verbod op premiedifferentiatie voldoet aan de voorwaarden dat het verbod noodzakelijk is voor het ‘algemeen belang *waarop de verzekering betrekking heeft*’<sup>103</sup> en dat de belemmeringen voor het vrije verkeer van verzekeringsdiensten niet onevenredig zijn. Deze eisen van *noodzakelijkheid* en *proportionaliteit* houden in dat het verbod echt onmisbaar en geschikt moet zijn voor het realiseren van het doel en dat er geen realistische andere maatregel is die dit doel op een minder ingrijpende manier kan bereiken. In Box 4.1 en Box 4.2 hebben we geconcludeerd dat het verbod op premiedifferentiatie niet noodzakelijk is om het beoogde doel te realiseren en niet geschikt is om op termijn het beoogde doel in voldoende mate te verwezenlijken; en dat het verbod op premiedifferentiatie geen proportionele

---

98 Kamerstukken I 2004-2005, 29 763 E, p. 33-34.

99 Immers anders zou er bij vrije premievorming geen reden zijn die “torenhoge premie” te vragen.

100 Indien de regering zou stellen dat het bij nader inzien wel meevalt met de torenhoge voorspelbare verliezen omdat we een goed risicovereeningssysteem hebben, is het verbod op premiedifferentiatie niet noodzakelijk. Immers bij voldoende risicoverevening is er geen enkele noodzaak en zelfs geen mogelijkheid (!) meer voor verzekeraars tot premiedifferentiatie. Immers als alle relevante risicofactoren reeds zijn opgenomen in het vereveningssysteem, zijn de verzekeraars niet in staat nog extra risicofactoren in hun premiestelling op te nemen. In dat geval is een verbod op premiedifferentiatie niet noodzakelijk (en zeker niet proportioneel). En dus in strijd met de Europese schaderichtlijn.

101 Het argument dat verzekeraars gemiddeld geen verlies behoeven te leiden omdat zij zelf hun premie mogen vaststellen, is niet valide omdat een verzekeraar bij het vaststellen van de premie niet weet hoeveel hoogrisico verzekerden zich bij hem zullen aanmelden, terwijl hij vanwege de acceptatieplicht iedereen moeten accepteren. Zonder een verbod op premiedifferentiatie is het geen probleem dat een verzekeraar bij het vaststellen van de premie niet weet hoeveel hoogrisico verzekerden zich bij hem zullen aanmelden omdat de premie per risicogroep kostendekkend is.

102 Zoals gezegd lijkt overweging 24 van de considerans, meer dan artikel 54 zelf, inzicht te geven in de grenzen van de mogelijkheden van de uitzonderingsbepaling in artikel 54.

103 Een voor de hand liggend ‘algemeen belang waarop de verzekering betrekking heeft’ is dat iedereen een ongeveer gelijke premie betaalt, ongeacht leeftijd en gezondheid (“risicosolidariteit”) en zodoende financiële toegang heeft tot goede zorg.

beperking van het vrije verkeer van verzekeringsdiensten is.

In enkele recente arresten betreffende het vrije verkeer van zorgdiensten<sup>104</sup> heeft het Europese Hof een ruime interpretatie van het begrip proportionaliteit gehanteerd. Een essentieel verschil met de onderhavige casus betreffende de derde schaderichtlijn is echter dat in deze arresten dwingende redenen van algemeen belang (bijvoorbeeld bescherming van de volksgezondheid of het waarborgen van het financieel evenwicht van de sociale zekerheid) een cruciale rol spelen. In de onderhavige casus gaat het echter om een veel beperktere vraag, namelijk of een beroep kan worden gedaan op het algemeen belang op grond van artikel 54 van de derde schaderichtlijn, dat wil zeggen het 'algemeen belang *waarop de verzekering betrekking heeft*'. Het is daarom geenszins evident, mede gezien de aard en de ernst van de conclusies in Box 4.1 en Box 4.2, dat deze recente arresten een wijziging impliceren voor bovenvermelde conclusie.<sup>105</sup>

#### **Box 4.1 – Is het verbod op premiedifferentiatie noodzakelijk en geschikt om het doel te realiseren?**

Is het verbod op premiedifferentiatie echt onmisbaar voor het realiseren van het doel? Is er geen ander instrument dat hetzelfde doel kan realiseren? En is het verbod op premiedifferentiatie een geschikt middel om het doel te realiseren?

Het doel van het verbod op premiedifferentiatie is dat iedereen een ongeveer gelijke premie betaalt, ongeacht leeftijd en gezondheid ("risicosolidariteit") en zodoende financiële toegang heeft tot goede zorg. In paragraaf 3.1.2 is aangegeven dat er tenminste vier opties zijn om dit doel te realiseren:

- 1 Ex-ante risicoverevening;
- 2 Ex-post kostencompensaties;
- 3 Zorgsubsidies;
- 4 Premiereregeling, bijvoorbeeld een verbod op premiedifferentiatie.

Bij een *perfecte* risicoverevening is geen van de andere drie andere opties nodig is, en is het verbod op premiedifferentiatie *niet noodzakelijk*.

Bij een *imperfecte* risicoverevening kan het doel (ook) worden gerealiseerd door ex-post kostencompensaties, door zorgsubsidies, of door een combinatie van deze opties. De optie van ex-post kostencompensaties is bijvoorbeeld in de periode 1986-2005 in Nederland toegepast om de toegang tot particuliere ziektekostenverzekeringen te waarborgen op basis van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (Wtz). Zorgsubsidies kunnen in beginsel ook in elke gewenste mate het doel te realiseren. Aan hoogrisico verzekerden die een (te) hoge premie

<sup>104</sup> Bedoelde arresten zijn: HvJ EG van 10 maart 2009, C-169/07, Hartlauer; HvJ EG van 19 mei 2009, C-171/07 en C-172/07; Apothekers Saarland; HvJ EG van 11 september 2008, C-141/07, Commissie/Duitsland.

<sup>105</sup> Wegens het ontbreken van specifieke en toegespitste jurisprudentie kan geen volledige juridische zekerheid worden geboden. Omdat op grond van vaste rechtspraak het secundaire EG-recht (zoals de Derde schaderichtlijn) moet worden uitgelegd in het licht van het primaire EG-recht (EG-verdrag), is ook van belang dat het zeer aannemelijk is dat het verbod op premiedifferentiatie bij de huidige ex-ante risicoverevening een belemmering vormt voor het vrije verkeer; en dat het verbod op premiedifferentiatie niet noodzakelijk is om een verstoring van het financiële evenwicht van het zorgstelsel tegen te gaan (zie Bijlage 10).

moeten betalen, kan een zorgsubsidie worden verleend. Thans wordt aan tweederde van alle huishoudens in Nederland een zorgtoeslag uitgekeerd ter compensatie van een (te) hoge zorgpremie (in relatie tot hun huishoudinkomen). Ten slotte kan een combinatie van ex-post kostencompensaties en zorgsubsidies in elke gewenste mate het doel te realiseren.

Het verbod op premiedifferentiatie is dus, zowel bij perfecte als bij imperfecte ex-ante risicoverevening, niet echt onmisbaar is om het doel te realiseren.

Tussenconclusie: *het verbod op premiedifferentiatie is niet noodzakelijk is om het beoogde doel te realiseren.*

Dan de vraag: is het verbod op premiedifferentiatie een geschikt middel om het doel in voldoende mate te realiseren?

Het realiseren van dit doel kan worden belemmerd door *marktsegmentatie*. In de markt kunnen diverse voor zorgverzekeraars identificeerbare segmenten van min of meer homogene risicogroepen ontstaan, bijvoorbeeld groepen laagrisico verzekerden en groepen hoogrisico verzekerden. Een concurrerende markt kan er dan, ondanks het verbod op premiedifferentiatie, toch toe leiden dat de premie voor de groep laagrisico verzekerden laag is en de premie voor de groep hoogrisico verzekerden hoog is. Marktsegmentatie kan op vele manieren plaatsvinden: bijvoorbeeld via collectiviteiten, via polisdifferentiatie, via aanvullende verzekeringen, of via marketing.

Collectiviteiten kunnen zelf bepalen wie zij als deelnemer wensen te accepteren en kunnen dus bestaan uit uitsluitend laagrisico verzekerden (ten opzichte van de ex-ante risicoverevening). Collectiviteiten van laagrisico verzekerden kunnen vanwege hun lage zorgkosten aan de zorgverzekeraars kortingen vragen niet alleen op de zorgverzekering, maar ook op andere producten. In de praktijk blijkt een toenemend aantal collectiviteiten, naast een korting voor de zorgverzekering, ook kortingen (oplopend tot 35%) te ontvangen voor aanvullende verzekeringen, auto-, reis-, inboedel-, opstal-, aansprakelijkheid- en motorverzekeringen (Roos en Schut, 2009, Bijlage 8).

Dit betekent dat marktsegmentatie via collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie kan uithollen (zie paragraaf 5.1.8).

De functionele pakketomschrijving in de Zvw (zie Bijlage B.3.1.6) biedt zorgverzekeraars ruime mogelijkheden om zich via polisdifferentiatie te richten op diverse marktsegmenten. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld polissen aanbieden met polisvoorwaarden die specifiek aantrekkelijk zijn voor laagrisico of hoogrisico verzekerden. Omdat in een concurrerende markt de premie per product op termijn gebaseerd is op de kostprijs van het product, leidt een doorsneepremie per product, ondanks het verbod op premiedifferentiatie, op termijn toch tot verschillende premies per marktsegment: een lage premie voor de polissen gekocht door de laagrisico verzekerden, en een hoge premie voor de polissen gekocht door de hoogrisico verzekerden. (Voor voorbeelden van marktsegmentatie via polisdifferentiatie zie Bijlage 5, sub 3.)

Dit betekent dat marktsegmentatie via polisdifferentiatie het verbod op premiedifferentiatie kan uithollen.

De conclusie is dat *het verbod op premiedifferentiatie niet noodzakelijk is om het beoogde doel te realiseren en niet geschikt is om op termijn het beoogde doel in voldoende mate te verwezenlijken.*

#### Box 4.2 – Is het verbod op premiedifferentiatie proportioneel?

Gegeven dat het verbod op premiedifferentiatie bij de huidige ex-ante risicoverevening een belemmering vormt voor het vrije verkeer van verzekeringsdiensten (zie Box B10.1 in Bijlage 10), is het de vraag: Is er geen ander middel dat het beoogde doel kan realiseren met minder belemmeringen voor het vrije verkeer van verzekeringsdiensten?

Bij een *perfecte* risicoverevening is een verbod op premiedifferentiatie *niet noodzakelijk* omdat het doel al gerealiseerd is. In dat geval is een verbod op premiedifferentiatie dus zeker niet proportioneel.

Bij een *imperfecte* risicoverevening vormen 'zorgsubsidies in combinatie met ex-post kostencompensaties en een premiebandbreedte per polis per zorgverzekeraar' een realistisch alternatief voor het verbod op premiedifferentiatie (zie paragraaf 6.3).<sup>106</sup> Binnen de premiebandbreedte zijn zorgverzekeraars vrij de premie te differentiëren naar risicofactoren, zolang de premie maar binnen de voorgeschreven bandbreedte blijft.<sup>107</sup> Het is evident dat een premiebandbreedte het vrije verkeer van verzekeringsdiensten minder belemmert dan een verbod op premiedifferentiatie (dat immers identiek is aan een premiebandbreedte met een bandbreedte nul). Dit alternatief kan dus hetzelfde doel realiseren met minder belemmeringen voor het vrije verkeer van verzekeringsdiensten.<sup>108</sup>

Een ander alternatief is een maximum premie en een volledige ex-post kostencompensatie van alle zorgkosten boven de maximum premie, zoals toegepast in de periode 1986-2005 op basis van de Wtz.

Omdat er alternatieven bestaan die hetzelfde doel realiseren met minder belemmeringen voor het vrije verkeer van verzekeringsdiensten, is het verbod op premiedifferentiatie niet proportioneel.

106 De uitvoering van de zorgsubsidie kan worden geïntegreerd met de uitvoering van de zorgtoeslag. Circa zes miljoen huishoudens ontvangen een zorgtoeslag. Door de zorgsubsidies zoveel mogelijk te laten afhangen van de risicofactoren die de zorgverzekeraars blijken te hanteren (bijvoorbeeld, de zorgsubsidie is gelijk aan de minimum premieopslag die de zorgverzekeraars blijken te vragen voor de betreffende risicogroep), en niet van de precieze premieopslag die een individuele verzekerde betaalt, kan premieopdriving in de betreffende groep verzekerden worden voorkomen. Voor zover dit niet mogelijk is, kan premieopdriving worden voorkomen door de zorgsubsidie alleen te geven aan mensen onder een bepaalde inkomensgrens (zodat er altijd voldoende premiegevoelige consumenten overblijven in de betreffende risicogroep), en/of door de zorgsubsidie een bepaald percentage (bijvoorbeeld 70% of 90%) van de betaalde premieopslag te laten zijn (zodat de verzekerden in de betreffende risicogroep premiegevoelig blijven), en door zo snel mogelijk de door de zorgverzekeraars gehanteerde risicofactoren op te nemen in de ex-ante risicoverevening waardoor de noodzaak voor de zorgverzekeraar komt te vervallen om de betreffende risicofactor te hanteren.

107 Hierbij is van belang dat het vereveningssysteem de zorgverzekeraars al compenseert voor leeftijd, geslacht en diverse gezondheidskenmerken. Dit zijn meer risicofactoren dan de particuliere ziektekostenverzekeraars voor de totstandkoming van de Zvw hanteerden. Voor zover verzekeraars in de premiestelling risicofactoren zullen toepassen, is het een reële optie dat zij via zelfregulering komen tot een zekere uniformering van de principes van premieberekening, net zoals bij autoverzekeringen (uniforme bonus-malus structuur).

108 Een overweging zou kunnen zijn dat dit alternatief geen realistisch alternatief vormt vanwege de hoge administratiekosten in verband met het uitkeren van de zorgsubsidies of omdat toch sprake zou zijn van enige vermindering van de premiegevoeligheid in bepaalde risicogroepen als gevolg van zorgsubsidies. Deze overwegingen lijken echter van strikt economische aard, en het Europese Hof van Justitie heeft al enkele malen (categorisch) afgewezen dat overwegingen van strikt economische aard beperkingen in het vrije verkeer kunnen rechtvaardigen (De Groot en Keus 2002, p.23). Wel kunnen economische overwegingen worden meegewogen, in het bijzonder voor zover zij gericht zijn op het financieel evenwicht van het stelsel van sociale zekerheid. Het is echter de vraag of bij dit alternatief sprake is van een verstoring van dit financieel evenwicht (zie Bijlage 10).



Een tweede overweging waarom het verbod op premiedifferentiatie niet proportioneel is, is dat uit het Besluit Zorgverzekeringen (Staatsblad 389, 2005, p.23.) kan worden afgeleid dat de doelstelling van het waarborgen van de financiële toegankelijkheid alleen betrekking heeft op de risicofactor *gezondheid* (incl. leeftijd en geslacht). Het verbod op premiedifferentiatie gaat echter verder, en verbiedt bijvoorbeeld ook dat regionale verschillen in aanbod (prijs, kwaliteit, capaciteit) of vraag (verschillen in consumptiegeneigdheid, risicogedrag) binnen een provincie worden vertaald in hogere of lagere premies. Voor het realiseren van het doel zou een verbod op het hanteren van leeftijd en gezondheid als risicofactoren bij de premiestelling voldoende zijn, waarbij verzekeraars vrij zouden zijn alle overige risicofactoren in de premiestelling te hanteren. Het verbod op premiedifferentiatie gaat dus verder in het beperken van het vrije verkeer van verzekeringsdiensten dan nodig is om het doel te realiseren en is daarom niet proportioneel.

*De conclusie is dat het verbod op premiedifferentiatie geen proportionele beperking van het vrije verkeer van verzekeringsdiensten is.*

### Box 4.3 – Het verbod op premiedifferentiatie: hoeveel juridische zekerheid biedt de zogenoemde Bolkestein-brief?<sup>109</sup>

In de Memorie van Toelichting bij de Zvw schrijft de regering dat *het verbod op premiedifferentiatie volgens de Europese Commissie kan worden gerechtvaardigd met een beroep op het algemeen belang*<sup>110</sup>.

“Met de opvatting van de Europese Commissie, de hoeder van het Europees Verdrag, heeft de Nederlandse regering de maximale zekerheid verkregen die buiten rechte te verkrijgen is.”<sup>111</sup>

Voor de ‘opvatting van de Europese Commissie’ verwijst de regering naar de brief<sup>112</sup> dd 25 november 2003 van Bolkestein, toenmalig lid van de Europese Commissie.<sup>113</sup> In deze brief schrijft Bolkestein dat hij gelooft dat de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie gerechtvaardigd zouden kunnen zijn omdat zij noodzakelijk lijken te zijn om de legitieme doelen van de Nederlandse regering te realiseren, maar dat zonder kennis van de details van het wetsvoorstel het niet mogelijk is om te zeggen of voldaan is aan de eisen van noodzakelijkheid en proportionaliteit.

Deze brief (...*gelooft...gerechtvaardigd zouden zijn...noodzakelijk lijken te zijn...niet mogelijk is om te zeggen of voldaan is...*) biedt weinig zekerheid dat de Europese Commissie van mening is dat het verbod op premiedifferentiatie *noodzakelijk* is.

Over de *proportionaliteit* van het verbod op premiedifferentiatie wordt in de brief geen enkele uitspraak gedaan. En dus bestaat geen enkele zekerheid dat de Europese Commissie van mening is dat het verbod op premiedifferentiatie proportioneel is.

De Raad van State stelt dat de noodzakelijkheid en proportionaliteit van het verbod op premiedifferentiatie uitdrukkelijk moeten worden aangetoond en adviseert de regering het verbod op premiedifferentiatie expliciet te toetsen op noodzakelijkheid en proportionaliteit<sup>114</sup>. Voor zover ons bekend heeft de regering nooit melding gemaakt van (het resultaat van) zo’n expliciete toetsing. Gegeven bovengenoemde argumenten is het zeer aannemelijk dat de uitkomst van zo’n expliciete toetsing luidt dat het verbod op premiedifferentiatie niet voldoet aan de eisen van noodzakelijkheid en proportionaliteit.

#### *Conclusie:*

De maximale zekerheid die de regering meent te hebben, is in absolute zin minimaal.

Het risico is groot dat het verbod op premiedifferentiatie in strijd is met de Europese regelgeving.

109 Wij delen de opvatting van de regering dat op grond van de overwegingen van de Europese Commissie er vanuit internationaal-rechtelijk kader geen beletselen behoeven te zijn die in de weg zouden staan aan een keuze voor een privaatrechtelijke vormgeving van de beoogde verzekering (Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 3 p. 23). Hier is echter de vraag aan de orde: Hoeveel juridische zekerheid biedt de zogenoemde Bolkestein-brief ten aanzien van het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw)?

110 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 23 (MvT).

111 Kamerstukken I 2004-2005, 29 763, E, p. 34 (MvA).

112 Kenmerk CAB/PvB/D(03)0848.

#### Box 4.4. Essentieel Europeesrechtelijk verschil tussen de Wtz en de Zvw

De conclusie dat het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie in de Zvw in strijd is met de Europese regelgeving, terwijl de maximumpremie (in combinatie met een acceptatieplicht) in Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (Wtz) destijds (1986-2006) niet strijdig was met de Europese regelgeving, vraagt enige toelichting, die onderstaand wordt gegeven.

De overheid mocht bij de Wtz een acceptatieplicht en een maximumpremie aan verzekeraars opleggen. In overweging 24 van de considerans bij de derde schaderichtlijn wordt vermeld dat dit is toegestaan mits daar een volledige compensatie tegenover staat. Bij de Wtz stond tegenover de maximumpremie een volledige ex-post kostencompensatie boven de maximumpremie en daardoor werden de verzekeraars niet geconfronteerd met een voorspelbaar verlies.

Cruciaal is het verschil tussen een *ex-post kostencompensatie* zoals indertijd bij de Wtz en een *ex-ante risicoverevening* zoals bij de huidige Zvw (resp. de tweede en eerste in paragraaf 3.1.2. besproken optie om de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekering te waarborgen).

Bij een ex-ante risicoverevening worden alle verzekerden ingedeeld in risicogroepen op basis van bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en gezondheid. Voor elke verzekerde ontvangt de risicodragende verzekeraar vooraf een vereveningsbijdrage waarvan de hoogte afhankelijk is van de risicogroep waartoe de verzekerde behoort. Bij imperfecte ex-ante risicoverevening worden de verzekeraars gedwongen groepen verzekerden te accepteren die voorspelbaar verliesgevend zijn. Bij een volledige ex-post kostencompensatie is dit niet het geval.

Dit essentiële verschil tussen de Wtz en de Zvw leidt tot verschillende antwoorden op bovengestelde verzekeringseconomische vragen die een belangrijke rol spelen bij de juridische overwegingen in een Europeesrechtelijke analyse van de de Wtz en de Zvw.

#### Conclusie

De conclusie is dat het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw) in strijd is met de Europese regelgeving omdat:

- 1 het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie niet verenigbaar is met artikel 29 Derde Schaderichtlijn;<sup>115</sup>

---

113 In eerdere arresten (onder andere: het zogenaamde AOK-arrest: Arrest van het Hof van Justitie in de gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01 AOK Bundesverband 16 maart 2004) is gebleken dat het Europese Hof enige waarde hecht aan het standpunt van de Europese Commissie.

114 Kamerstukken II 2003-2004/04, 29 763, nr. 4, p. 22-23.

115 Voor zover bij een beperkte interpretatie van artikel 29 (Van de Gronden 2003, p. 50-51) het verbod op premiedifferentiatie niet onverenigbaar zou zijn met de Derde schaderichtlijn, dient het verbod getoetst te worden aan de algemene verdragsbepalingen van het EG-verdrag, in het bijzonder artikel 49. Ook dan zal, mutatis mutandis, de conclusie zijn dat het risico groot is dat het

- 2 en 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.<sup>116</sup>

Volledige zekerheid bestaat niet zolang het Europese Hof hier geen expliciete uitspraken over heeft gedaan.

### 4.3 Verenigbaarheid Zwv met de regels inzake het vrije verkeer

Voor zover aspecten van de Zwv, die wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars, niet onder de schaderichtlijnen vallen, dienen zij getoetst te worden aan de algemene verdragsbepalingen van het EG-verdrag. De verhouding tussen de Zwv en de bepalingen inzake het vrij verkeer uit het EG-verdrag betreffen grofweg twee situaties. In de eerste plaats de wetgeving die het moeilijk maakt voor buitenlandse zorgverzekeraars of zorgaanbieders om de Nederlandse markt te betreden. Het gaat dan om overheidsmaatregelen waartegen een beroep op de vrij verkeer bepalingen open staat (verticale rechtstreekse werking). In de tweede plaats kan het gaan om private zorgverzekeraars die het vrije verkeer belemmeren door, bijvoorbeeld, de kosten van een behandeling in het buitenland niet te vergoeden.<sup>117</sup> Volgens Van de Gronden en Sluijs (2009, pagina 112) blijkt uit rechtspraak van het Europees Hof dat voor het bepalen van zo'n horizontale werking het van belang is na te gaan of een particulier een zekere macht heeft over een andere particulier, en zo in staat is om de uitoefening van de door het verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden te bemoeilijken.<sup>118</sup>

#### Verticale werking

In de Zwv is volgens de Raad van State op verschillende plaatsen sprake van voorschriften die een belemmering van het vrije verkeer kunnen vormen, in die zin dat buitenlandse zorgverzekeraars of zorgaanbieders ervan worden weerhouden op de Nederlandse markt actief te zijn. Voor dergelijke belemmeringen geldt dat deze gerechtvaardigd moeten worden door het HvJ EG aanvaarde rechtvaardigingsgronden, en dat de getroffen maatregelen proportioneel zijn. De Raad adviseert alle voorschriften die een belemmering van het vrije verkeer kunnen vormen, expliciet te toetsen op hun

---

verbod op premiedifferentiatie in strijd is met de Europese regelgeving omdat (1) het verbod een belemmering vormt voor het vrije verkeer (zie Box B10.1 in Bijlage 10), (2) het verbod niet geschikt is om op termijn het beoogde doel in voldoende mate te verwezenlijken (zie Box 4.1), (3) het verbod niet noodzakelijk is (zie Box 4.1), (4) het verbod niet proportioneel is (zie Box 4.2), en (5) het verbod niet noodzakelijk is om een verstoring van het financiële evenwicht van het zorgstelsel tegen te gaan (zie Box B10.2 in Bijlage 10).

116 NB: elk van de genoemde overwegingen kan op zich al een voldoende argument vormen voor het niet voldoen van het verbod op premiedifferentiatie aan de uitzonderingsbepaling in artikel 54 Derde schaderichtlijn.

117 Wanneer zorgverzekeraars de markt afschermen voor buitenlandse ondernemingen is het mededingingsrecht mogelijk van toepassing.

118 Vgl. ook zaak C-411/98, Ferlini.

noodzakelijkheid en proportionaliteit ter borging van het publiek belang tegen de achtergrond van verenigbaarheid met het Europees recht.<sup>119</sup> Tot nu toe heeft die toetsing maar zeer beperkt plaatsgevonden.

### Horizontale werking

In de Memorie van Toelichting bij de Zvw wordt gesteld dat op grond van de overwegingen van het Europese Hof van Justitie in de zaak Müller/Fauré de restitutievergoeding niet zodanig (laag) mag zijn dat dit een *feitelijke hinderpaal* vormt voor het invoeren van zorg bij een niet in loondienst zijnde of niet-gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieder<sup>120</sup>. Volgens Van der Most (2007, p. 38) “ziet de Memorie van Toelichting er echter aan voorbij dat deze rechtspraak enkel het oog heeft op *overheidsregels*. In het huidige stelsel is het wel of niet aanbieden van gecontracteerde zorg, daarin begrepen het toestaan van zorg buiten het gecontracteerde aanbod om, een zaak die behoort tot de *privaatrechtelijke* regelingsbevoegdheid van de zorgverzekeraar. Daarop zijn niet de verdragsregels inzake het vrije verkeer, maar die betreffende de *mededinging* van toepassing. Of een verzekeraar wel of geen recht op vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg toekent, is zijn zaak zolang hij daarmee binnen de marges van het nationale en Europese mededingingsrecht blijft.”

Zoals boven betoogd kan men echter ook beredeneren dat de rechtspraak van het Hof van Justitie EG inzake de (eventuele beperkte) horizontale werking van het vrije verkeer van diensten of personen er juist van uitgaat dat het niet hoeft te gaan om overheidsregels. Volgens het Hof zou afbreuk gedaan worden aan de effectieve werking van de vrij verkeer bepalingen indien het particuliere organisaties is toegestaan belemmeringen te scheppen of te handhaven die de overheid juist niet in het leven mag roepen.

Van de Gronden en Sluijs (2009, p. 116) concluderen dat de Europese regels voor het vrije-diensten-verkeer wel van toepassing zijn op de zorgverzekeraars. Zij wijzen op het arrest van het Gerechtshof 's-Hertogenbosch van 19 november 2002, dat betrekking had op een geschil van een verzekerde met zijn particuliere ziektekostenverzekeraar VGZ in het oude duale zorgstelsel.<sup>121</sup> Naar het oordeel van het hof richten de artikelen 49 en 50 van het EG-verdrag zich niet alleen tot de lidstaten, maar ook tot particulieren, indien een particulier een zekere macht uitoefent over andere particulieren en in staat is hun voorwaarden op te leggen waardoor de uitoefening van de door het Verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden, waaronder het beginsel van vrij verkeer van diensten, wordt bemoeilijkt<sup>122</sup> (r.o. 4.13). Van de genoemde macht van VGZ over de betreffende verzekerde was volgens het hof sprake, omdat het toestemmingsvereiste in de algemene voorwaarden van VGZ was vastgelegd,

---

119 Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 4, p. 22-23.

120 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 31 (MVT).

121 Gerechtshof 's-Hertogenbosch, 19 november 2002, Erfgenamen erfplater vs. VGZ, LJN AF3205.

122 Van een dergelijke bemoeilijking kan sprake zijn, als via het al dan niet vergoeden van de kosten van medische behandeling door een verzekeraar (al dan niet een ziekenfonds) de medische dienstverlener (indirect) beperkt wordt in het vrij verrichten van diensten, omdat de toegang tot zijn diensten voor personen uit andere lidstaten materieel wordt beperkt. Dit geldt ook in het geval het verzekerden bemoeilijkt wordt zich tot medische hulpverleners in een andere lidstaat te wenden (r.o. 4.14).

waarvan het van algemene bekendheid was dat deze praktisch gesproken voor verzekerden niet onderhandelbaar waren (r.o. 4.15). Dit oordeel van het hof bracht mee dat in de onderhavige casus de regels van toestemming voor behandeling in een andere lidstaat getoetst moesten worden aan de artikelen 49 en 50 van het EG-verdrag (r.o. 4.16).

Cruciaal is de vraag wat het belang is van dit arrest uit de tijd van het oude duale verzekeringsstelsel (ziekenfonds-particulier) voor de huidige zorgverzekeraars.

Van de Gronden en Sluijs stellen dat ook de huidige zorgverzekeraars over een 'zekere macht' beschikken jegens hun verzekerden omdat over de inhoud van de zorgverzekeringsovereenkomst en algemene voorwaarden niet onderhandeld kan worden door een individuele verzekeringsnemer. Zij concluderen dat de Europese regels voor het vrije-dienstenverkeer ook van toepassing zijn op de huidige zorgverzekeraars.<sup>123</sup>

Onzes inziens hebben Van de Gronden en Sluijs echter een aantal essentiële verschillen tussen het oude duale verzekeringsstelsel en de huidige zorgverzekering buiten beschouwing gelaten. Allereerst is van groot belang dat vanaf 2006 iedere Nederlander elk jaar vrijelijk van zorgpolis en/of van zorgverzekeraar kan veranderen, terwijl in het oude duale stelsel een meerderheid van de toenmalige particulier verzekerden niet van ziektekostenverzekeraar kon veranderen. Dit gold voor:

- 1 Werknemers die via een door de werkgever aangeboden collectieve ziektekostenverzekering waren verzekerd waarbij de werkgeversbijdrage gekoppeld was aan deelname aan de collectieve verzekering. Keuze van een andere verzekeraar betekende dan het verlies van de substantiële werkgeversbijdrage (veelal ten minste de helft van de premie). Vóór 2006 was ruim 60% van de particulier verzekerden collectief verzekerd via de werkgever (Schut, 2000).
- 2 Verzekerden boven een bepaalde leeftijd, bijvoorbeeld 40 jaar. Bij verandering van ziektekostenverzekeraar werden zij geconfronteerd met leeftijdstoelagen. Bijgevolg waren zij als het ware voor de rest van hun leven getrouwd met hun ziektekostenverzekeraar.
- 3 Verzekerden met verhoogd risico vanwege bestaande gezondheidsproblemen. Bij verandering van ziektekostenverzekeraar werden zij geconfronteerd met uitsluitingen of niet-acceptatie. Bijgevolg waren zij als het ware voor de rest van hun leven getrouwd met hun ziektekostenverzekeraar.
- 4 Verzekerden met een gezinslid boven een bepaalde leeftijd of met verhoogd risico vanwege bestaande gezondheidsproblemen. Omdat de voormalige particuliere ziektekostenverzekering meestal een gezinspolis was, betekende de belemmering van een gezinslid om van ziektekostenverzekeraar te veranderen meestal een belemmering voor alle gezinsleden om van ziektekostenverzekeraar te veranderen.
- 5 Alle verzekerden met een zogenaamde Wtz-polis. De Wtz kende slechts een eenmalige acceptatieplicht, en geen periodieke acceptatieplicht.

In het oude duale verzekeringsstelsel hadden de meeste particulier verzekerden dus geen reële mogelijkheid om jaarlijks van ziektekostenverzekeraar te veranderen. Onder deze omstandigheden kan het verdedigbaar zijn te spreken van een zekere macht van de verzekeraar over de verzekerde.

---

<sup>123</sup> Van de Gronden en Sluijs 2009, p. 112-116.

Maar het is twijfelachtig of dit ook nog het geval is indien iedereen individueel jaarlijks van zorgpolis of zorgverzekeraar kan veranderen, zoals thans het geval is. Er is bovendien geen enkele juridische belemmering voor zorgverzekeraars om zorgpolissen aan te bieden waarbij (alle) buitenlandse zorgaanbieders zijn gecontracteerd, dan wel de kosten van hun behandeling worden vergoed; en het staat iedereen vrij, desgewenst, individueel voor een dergelijke polis te kiezen.

Voorts zijn sinds 2006 nog een groot aantal andere wettelijke bepalingen en instrumenten ingevoerd die de macht van de consument als verzekerde vergroten ten opzichte van zijn zorgverzekeraar (voor een overzicht zie Box 4.8).

Al met al lijkt het niet aannemelijk dat de huidige zorgverzekeraars over een 'zekere macht' beschikken jegens hun verzekerden en zo in staat zijn om de uitoefening van de door het EG-verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden te bemoeilijken. In die opvatting is niet voldaan aan de in het arrest van het Gerechtshof 's Hertogenbosch genoemde voorwaarde om de restitutievergoeding van zorgverzekeraars te toetsen aan de artikelen 49 en 50 van het EG-verdrag.<sup>124</sup>

Recente jurisprudentie (zaak C-94/07, Raccannelli) maakt duidelijk dat ook bij een discriminerend beleid op grond van nationaliteit (in combinatie met vrij-verkeerbepalingen) privaatrechtelijke regels onder de vrij-verkeerbepalingen kunnen worden geschaard. Dit brengt met zich mee dat wanneer particuliere zorgverzekeraars een discriminerend beleid voeren ten aanzien van behandelingen in het buitenland, mogelijk een beroep op artikel 49 EG openstaat.

Op basis van bovenstaande overwegingen zijn wij geneigd de conclusie van Van der Most te delen dat een zorgverzekeraar Europeesrechtelijk gezien 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, met als aanvullende voorwaarde dat hij geen discriminerend beleid voert op grond van nationaliteit van de zorgverlener.<sup>125</sup> Volledige zekerheid bestaat uiteraard niet zolang het Europese Hof hier geen expliciete uitspraken over heeft gedaan.

---

124 Voor behandelingen in een andere lidstaat dan waar de verzekerde woont, dient de restitutievergoeding te worden getoetst aan de Sociale Zekerheidsverordening 1408/71.

125 En uiteraard dient de zorgverzekeraar zich te houden aan de zorgbepalingen in de Sociale Zekerheidsverordening 1408/71.

**Box 4.8 – Wettelijke bepalingen en instrumenten die vanaf 2006 zijn ingevoerd en die de macht van de consument als verzekerde vergroten ten opzichte van zijn zorgverzekeraar**

- 1 De acceptatieplicht (art 3.1, Zvw).
- 2 Iedere verzekerde kan ten minste eenmaal per kalenderjaar individueel een andere zorgverzekeraar kiezen (art. 7.1 Zvw).
- 3 Het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw).
- 4 De ex-ante risicoverevening en ex-post kostencompensaties.
- 5 Het basispakket (art 10 en 11 Zvw).
- 6 De zorgplicht (art. 11 Zvw).
- 7 Collectiviteiten onderhandelen met zorgverzekeraars (zie paragraaf 5.1.8)
- 8 Art. 25 Zvw verplicht een verzekeraar alle modelovereenkomsten volgens welke hij zorgverzekeringen wenst aan te bieden, vooraf schriftelijk aan de NZa aan te bieden.
- 9 De invloed van verzekerden op het beleid van een zorgverzekeraar is in artikel 28 Zvw als volgt wettelijk verankerd:
  - a De statuten van een zorgverzekeraar ... bieden waarborgen voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid...
  - b Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van een zorgverzekeraar dienen te hebben.
- 10 Art. 114 Zvw legt de zorgverzekeraars de verplichting op om aangesloten te zijn bij een onafhankelijke geschillencommissie die klachten van verzekerden over de uitvoering van de Zvw in behandeling neemt.
- 11 Art. 38.4 Wmg luidt: Zorgaanbieders maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de tarieven en de kwaliteit van de aangeboden prestaties en diensten.
- 12 Art. 38.7 Wmg luidt: De NZa kan regels stellen betreffende de informatievoorziening bedoeld in art 38.4 Wmg met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.
- 13 Art. 40.1 Wmg luidt: Ziektekostenverzekeraars maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor de consument gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de premies en de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten.
- 14 Art. 40.2 Wmg luidt: Zorgverzekeraars maken ten behoeve van de inzichtelijkheid, voor de verzekeringsplichtigen, van de zorgverzekeringsmarkt informatie openbaar met betrekking tot:
  - a. de inhoud van de modelovereenkomsten;
  - b. de wijze van dienstverlening aan de verzekerden.
- 15 Art. 40.4 stelt dat de NZa regels kan stellen betreffende de informatievoorziening bedoeld in art 40.1 en 40.2 Wmg met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.
- 16 De NZa toetst de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars.
- 17 De NZa toetst de vergelijkingssites op volledigheid, correctheid, inzichtelijkheid en transparantie. Door inzicht te geven in de kwaliteit van de vergelijkingssites bevordert de NZa de zelfredzaamheid van de consument. (NZa, december 2008, Vergelijkingssites voor Zorgverzekeringen, p. 5)
- 18 De NZa kan specifieke verplichtingen opleggen aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars die op een deelmarkt beschikken over aanmerkelijke marktmacht (zie hiervoor Hoofdstuk 2 van de Wmg-evaluatie).
- 19 De NZa stelt bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop (art. 3.4 Wmg).



### **Het nieuwe richtlijnvoorstel inzake patiëntenmobiliteit**

Van de Gronden en Sluijs (2009, p.178) wijzen er op dat het nieuwe richtlijnvoorstel inzake patiëntenmobiliteit het beleid van de zorgverzekeraars met betrekking tot naturapolissen en restitutiepolissen kan inperken. Zij stellen dat het een misverstand zou zijn te denken dat onze wetgeving met betrekking tot het stelsel niet zou moeten worden aangepast, indien het richtlijnvoorstel ongewijzigd wordt aangenomen.<sup>126</sup>

### **Rekening houden met Europees recht**

In zijn oratie stelt Van de Gronden vast dat de lidstaten van de Europese Unie, waaronder Nederland, bij het ontwikkelen van beleid en wetgeving voor diensten rekening moeten houden met het Europese recht<sup>127</sup>. Dit geldt volgens hem zeker voor Nederland, “waar de zorgsector zich in een overgangsfase bevindt”. Door het introduceren van gereguleerde concurrentie krijgen steeds meer activiteiten in de zorg een economisch karakter en daardoor worden volgens Van de Gronden de regels voor de interne markt van toepassing. Dat proces gaat echter geleidelijk waardoor sommige voor het vrije verkeer beperkende maatregelen nog steeds bestaan. Deze maatregelen zijn volgens het Europese recht alleen geoorloofd, als zij door uitzonderingen gerechtvaardigd kunnen worden.

## **4.4 Het vereveningsstelsel en de staatssteunaspecten**

De opzet van het vereveningsstelsel is om compensatie te bieden voor de verplichtingen, waaronder de acceptatieplicht, als gevolg van het wettelijke stelsel, die verband houden met de behartiging van publieke belangen (verevening van gezondheidsrisico's). De vereveningsbijdrage kan door de zorgverzekeraars vrijelijk worden besteed, waardoor zogenaamde kruissubsidiëring niet kan worden voorkómen. De Raad van State (RvS) was daarom van oordeel dat er ernstig rekening mee moest worden gehouden dat de vereveningsbijdrage als een steunmaatregel beschouwd moest worden in de zin van artikel 87 van het EG-verdrag<sup>128</sup>. In dat geval moest deze maatregel worden aangemeld bij de Europese Commissie op grond van artikel 88 van het EG-verdrag en zou deze bijdrage pas na goedkeuring kunnen worden uitgekeerd. Omdat de vereveningsbijdrage jaarlijks wordt vastgesteld, zou dit aspect jaarlijks moeten worden beoordeeld. De Raad adviseerde te waarborgen dat te allen tijde wordt voorkómen dat de vereveningsbijdrage zou worden uitgekeerd zonder dat deze door de Europese Commissie was goedgekeurd.<sup>129</sup>

De minister van VWS deelde de visie van de RvS dat inderdaad niet kon worden uitgesloten dat de vereveningsregeling als steunmaatregel gezien zou kunnen worden. De Europese Commissie zou worden gevraagd hierover haar opvatting te geven. Het advies van de RvS zou in acht worden genomen waarbij geen vereveningsbijdrage uitgekeerd zal worden zonder dat de Europese

---

126 Van de Gronden en Sluijs 2009, p.136.

127 Van de Gronden 2008, p. 46.

128 Kamerstukken II, 2003–2004, 29 763, nr. 4 p. 23.

129 In deze evaluatie wordt niet ingegaan op de voorgenomen (staats)steun aan zorgverzekeraars voor wanbetalers (NB: Hierbij zou de vraag aan de orde kunnen komen of hier geen sprake is van staatssteun aan verzekeraars die hun incasso niet op orde hebben).

Commissie zich over het karakter hiervan heeft uitgesproken. De minister wees er in dit verband op dat de Europese Commissie in een beschikking inzake het Ierse stelsel van particuliere ziektekostenverzekeringen heeft uitgesproken dat betalingen in het kader van de risicoverevening geen staatssteun in de zin van art. 87, eerste lid, EG-verdrag behelzen, maar konden worden gezien als een noodzakelijke compensatie voor door de overheid opgelegde publieke dienstverplichtingen.<sup>130</sup>

De Europese Commissie is vervolgens in september 2004 door de Nederlandse regering gevraagd zich hierover uit te spreken. Op 3 mei 2005 heeft de Commissie Nederland ervan in kennis gesteld, dat zij na onderzoek heeft besloten geen bezwaar te maken tegen de steunmaatregelen van Nederland inzake het behoud van de financiële reserves door de voormalige ziekenfondsen en het vereveningssysteem.<sup>131</sup> Wel oordeelde de Commissie dat de maatregelen niet voldeden aan de zogeheten Altmark-criteria<sup>132</sup>, maar het vereveningssysteem werd door de Commissie gesauveerd omdat het zou voldoen aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 86 lid 2 EG.<sup>133</sup>

Een argument voor de mogelijke houdbaarheid van de ex-ante risicoverevening is verder nog dat het Gerecht van Eerste Aanleg in de BUPA-zaak heeft geoordeeld dat het vereveningssysteem tussen de Ierse ziektekostenverzekeraars voldeed aan de Altmark-criteria. Daarmee werd de opvatting van de Commissie door het Gerecht bevestigd.<sup>134</sup>

## 4.5 Conclusies

Internationale verdragen beperken de beleidsvrijheid van staten die de verdragen hebben geratificeerd. Zo was bijvoorbeeld opzegging van verdragen (de ILO-verdragen 24 en 25) noodzakelijk om een winsttoogmerk voor zorgverzekeraars in de Zvw te kunnen regelen. Wat betreft de betekenis van de vrijverkeer-bepalingen uit het EG Verdrag moet Nederland bij het ontwikkelen van beleid en wetgeving rekening houden met het Europese recht<sup>135</sup>. Beperkende maatregelen ten opzichte van het in het Europese recht gegarandeerde vrij verkeer zijn alleen toegestaan bij gerechtvaardigde uitzonderingen.

---

130 European Commission (2003). State Aid N 46/2003 – Ireland – Riskequalisation scheme in the Irish health insurance market. Brussels, European Commission en het BUPA-arrest van het Gerecht van Eerste Aanleg EG, Zaak T-289/03, Jur 2005, p. II-741. Eveneens is hier relevant het arrest van het EG-Hof van Justitie (HvJ EG) van 13 maart 2001 in de zaak PreussenElektra (zaak C-379/98).

131 Zie voor de verdere argumentatie: Europese Commissie, Steunmaatregelen nr. N 541/2004 en N 542/2004, Nederland, Behoud financiële reserves door ziekenfondsen en het Risicovereveningssysteem, Brussel, 3 mei 2005, C(2005)1329 fin.

132 Zoals vastgesteld door het Hof van Justitie EG in de zaak Altmark, C-280/00, Jur. 2003, p. I-7747.

133 Uit het besluit van de Europese Commissie om geen bezwaar te maken tegen de risicoverevening mag niet worden geconcludeerd dat de Europese Commissie (impliciet) aangeeft dat het verbod op premiedifferentiatie niet in strijd zou zijn met de Europese regelgeving. Bij het toetsen of de vereveningsbijdragen wel of niet verboden staatssteun zijn, heeft de Europese Commissie op geen enkele wijze getoetst of het verbod op premiedifferentiatie in overeenstemming is met de Derde schaderichtlijn, of in de beschikking hier een uitspraak over gedaan. De term “Derde schaderichtlijn” komt in de beschikking zelfs in het geheel niet voor.

134 Zie hiervoor: Arnon en Sluijs 2008. Nadere details over de Azivo-zaak zijn in Bijlage 6 opgenomen.

135 Van de Gronden 2008, p. 46.

Volgens de Raad van State schuilt de kwetsbaarheid van de Zvw in de voorwaarden voor concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt gecombineerd met de eisen van toegankelijkheid en betaalbaarheid die publieke voorschriften noodzakelijk maken inzake *acceptatieplicht*, *verevening van risico's*, *premiestelling* en *de omvang van het pakket*. De Raad van State heeft geadviseerd met betrekking tot elke afzonderlijke maatregel die in de Zvw is opgenomen en die een inbreuk op het stelsel van de verzekeringsrichtlijnen vormt of een belemmering van het vrije verkeer kan vormen, nadrukkelijk te bezien of deze gerechtvaardigd kan worden. Tot nu toe heeft die toetsing maar zeer beperkt plaatsgevonden.

Op basis van onze analyses is het risico groot dat het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw) in strijd is met de Europese regelgeving.

Voor het zorginkoopbeleid door zorgverzekeraars is het van groot belang te weten in welke mate zij vrij zijn in het vaststellen van de restitutievergoeding voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgverleners. Op grond van de in paragraaf 4.3 genoemde argumenten en overwegingen lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat - niettegenstaande het arrest van het Europese Hof in de zaak Müller/Fauré (zaak C-385/99) - een zorgverzekeraar Europeesrechtelijk gezien 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.<sup>136</sup> Deze conclusie ondersteunt het standpunt van de NZa 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>137</sup>

Het vereveningsstelsel is ter toetsing aan de Europese Commissie voorgelegd. De Commissie heeft geoordeeld dat de staatsteun die zorgverzekeraars wordt toegekend in de vorm van vereveningsbijdragen, verenigbaar is met het EG-verdrag.

Ten aanzien van alle Europeesrechtelijke kwesties geldt dat volledige zekerheid niet bestaat zolang het Europese Hof hier geen expliciete uitspraak over heeft gedaan.

---

<sup>136</sup> En uiteraard dient de zorgverzekeraar zich te houden aan de zorgbepalingen in de Sociale Zekerheidsverordening 1408/71.

<sup>137</sup> NZa 2007c, p.10.



# 5

## Effecten en effectiviteit van de wettelijke instrumenten in de praktijk

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 4 beantwoord: Welke knelpunten, problemen en (neven) effecten doen zich voor dan wel kunnen zich voordoen bij de toepassing en naleving van de wettelijke bepalingen; en in hoeverre worden de directe doelstellingen van de Zvw/Wzt bereikt? Hierbij wordt ook ingegaan op de vraag in hoeverre de in de wet opgenomen instrumenten in hun onderlinge samenhang (voldoende) effectief zijn om de doelen te bereiken; en op de vraag of de Zvw/Wzt voldoende eenduidigheid en transparantie (rechtszekerheid en rechtsgelijkheid) bieden aan de bij de toepassing van deze wetten betrokken partijen (verzekerden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders); en of de Zvw/Wzt consistent zijn, zowel intern als in relatie tot de overige relevante (zorg) wetgeving.

Wat betreft (mogelijke) knelpunten en problemen hebben wij een pragmatische insteek gekozen en concentreren we ons in deze rapportage vooral op huidige en toekomstige (eventuele) knelpunten en problemen. Dat wil zeggen, voor zover knelpunten en problemen zich bij de invoering van de Zvw/Wzt hebben voorgedaan, maar inmiddels effectief zijn opgelost, besteden wij hier weinig of geen aandacht aan.<sup>138</sup>

Het overwegende beeld over de Zvw/Wzt dat bij de interviews naar voren komt en bevestiging vindt in de andere genoemde bronnen, kan worden samengevat als: *“Per saldo positief, ondanks enkele ernstige knelpunten en problemen”*. Voor positieve effecten en ontwikkelingen zie Box 5.1.

Voor een groot aantal van de in hoofdstuk 3 genoemde (en in Bijlage 3 beschreven) instrumenten en bepalingen in de Zvw/Wzt geldt dat geen indicatie is gevonden dat zij niet effectief zouden zijn of ongewenste neveneffecten zouden hebben. In het licht van de centrale evaluatievraag zullen we in deze rapportage niet uitgebreid op deze instrumenten ingaan, maar ons voornamelijk concentreren op bevindingen die in het licht van de doelstellingen van de Zvw/Wzt mogelijk aanleiding kunnen geven de wet of het beleid te wijzigen.

---

<sup>138</sup> Bijvoorbeeld de administratieve problemen begin 2006 betreffende de inschrijving op naam van verzekerden bij huisartsen, en bijgevolg de betalingen van zorgverzekeraars aan huisartsen; of het hanteren van afwijkende opzegtermijnen voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen, hetgeen vanaf eind 2008 (na een verzoek van de NZa aan de verzekeraars) nauwelijks meer voorkomt.

In paragraaf 5.1 bespreken we de instrumenten die betrekking hebben op de zorgverzekeringsmarkt en in paragraaf 5.2 de instrumenten die betrekking hebben op de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt. Zoals in hoofdstuk 3 is besproken, bevatten de Zvw/Wzt geen instrumenten die direct betrekking hebben op de zorgverleningmarkt (zie Figuur 3.1).

## 5.1 De zorgverzekeringsmarkt

### 5.1.1 De acceptatieplicht en verzekerdenmobiliteit

#### Box 5.1 – Positieve effecten en ontwikkelingen

- 1 Hoewel sprake was van een majeure operatie, heeft de invoering van de Zvw/Wzt niet geleid tot administratieve chaos.
- 2 Succesvolle publiekscampagne: 18% switchers in 2006.
- 3 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.
- 4 In de periode 2006-2009 waren de zorgverzekeraars coulant ten aanzien van de acceptatie bij de aanvullende verzekeringen.
- 5 Er is sprake van een sterke neerwaartse druk op de premie: al 4 jaar is de gemiddelde premie onder het door de overheid verwachte/voorspelde niveau. Dit is een indicatie dat de zorgverzekeringsmarkt sterk competitief is. Alle burgers profiteren hiervan.
- 6 In toenemende mate komt informatie beschikbaar over de prijs en kwaliteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders (zie bijvoorbeeld [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)). Dit heeft een voor de consument positief effect op het gedrag van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa geeft in diverse monitors een oordeel over de beschikbaarheid van informatie over prijs en kwaliteit (bijvoorbeeld NZa 2008c).
- 7 De Zvw heeft gezorgd voor kwaliteitsimpulsen. De kwaliteit van zorg staat nu op de agenda. Patiëntenorganisaties hebben prikkels en instrumenten gekregen om over kwaliteit mee te praten. Verzekeraars nemen een aantal kwaliteitszaken heel duidelijk mee in hun zorginkoop. Dit heeft als effect dat zorgaanbieders (bijv. ziekenhuizen) bewuster bezig zijn met de kwaliteit van zorg. Privéklinieken wier kwaliteit onder de norm is, liggen snel uit de markt.
- 8 Er is sprake van een hoge klanttevredenheid over zorgverzekeraars (Consumentenbond /ANBO/NPCF 2008). Diverse collectiviteiten hebben speciale op hun behoefte toegesneden aanvullende verzekeringen.
- 9 Consumentenorganisaties en patiëntenverenigingen worden in toenemende mate door de zorgverzekeraars betrokken bij hun zorginkoop (Consumentenbond/ANBO/NPCF 2008; RVZ/NPCF 2009). Vooral voor aandoeningen die goed in de verevening zitten, hebben patiëntenorganisaties invloed op de zorginkoop en de zorgpolis.
- 10 Er is sprake van toenemende polisdifferentiatie en bonussen bij behandeling door voorkeuraanbieders.
- 11 Zorgverzekeraars ontplooiën in toenemende mate activiteiten ten aanzien van zorginkoop:
  - a opzetten van eerstelijns-zorgcentra;
  - b eigen apotheken;
  - c aanbesteden van generieke geneesmiddelen: prijsreducties van 50% -90%; dit (onverwacht) snelle effect van concurrentie is des te opmerkelijker omdat de overheid jarenlang zonder succes heeft geprobeerd de prijzen van deze geneesmiddelen te verlagen;
  - d prijzen van de vrije DBCs in het B-segment dalen/stabiliseren (NZa 2008b);
  - e voorkeur-zorgaanbieders, mede op basis van kwaliteit (bijvoorbeeld: de zorgkosten gemaakt in een voorkeurziekenhuis vallen niet onder het eigen risico);
  - f trend in de richting van aandoeningsgerichte zorginkoop: voor verschillende (chronische) aandoeningen verschillende voorkeurziekenhuizen contracteren (mede op basis van kwaliteit);
  - g geleidelijke toename van selectief contracteren (ZBCs, fysiotherapie, ziekenhuizen).
- 12 Er is sprake van een vermindering van de wachtlijst-problematiek (met name in het B-segment).

De acceptatieplicht moet ertoe leiden dat elke verzekerde jaarlijks van zorgverzekeraar kan wisselen voor de zorgverzekering. Belemmeringen in de mobiliteit van verzekerden kunnen voortkomen uit de koppeling tussen de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen (zie paragraaf 5.1.5). De NZa constateert in haar monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 dat enkele zorgverzekeraars voor de meest uitgebreide aanvullende pakketten en de duurste tandartsverzekeringen een medische selectie hebben gehanteerd. Volgens de NZa heeft dit er niet toe geleid dat mensen die wilden overstappen dit niet hebben gedaan (NZa 2008b).

#### **Box 5.2 – Ruim een half miljoen mensen wisselt jaarlijks van zorgverzekeraar**

In 2006 is 18% van de bevolking van zorgverzekeraar veranderd. In de jaren daarna is de mobiliteit gedaald (zie Figuur 5.1). Jongeren wisselen vaker van zorgverzekeraar dan ouderen. Vooral in de eerste jaren hebben collectiviteitskortingen een grote invloed gehad op de verzekerdenmobiliteit. Veelgenoemde redenen om van zorgverzekeraar te wisselen zijn de hoogte van de premie en de dekking van de aanvullende verzekering. Eén op de drie mensen onder de veertig vindt het te veel moeite om een andere zorgverzekeraar te vinden. Een groot deel van de mensen die gezocht hebben naar een andere zorgverzekering geeft aan dat dit weinig oplevert. Voor veel mensen zijn de verschillen in premie kennelijk te klein (Vos en De Jong 2009).

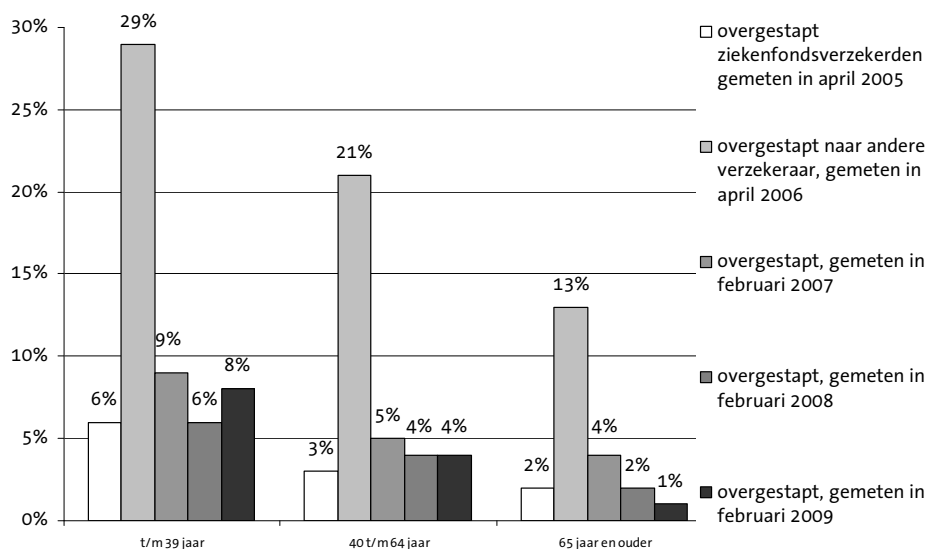
##### **Wel of geen concurrerende markt?**

Kleine premieverschillen en geringe verzekerdenmobiliteit zouden kunnen duiden op weinig concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt, maar kunnen ook duiden op effectieve concurrentie. In de theoretische situatie van een perfect concurrerende markt is namelijk sprake van geen prijsverschillen en geen mobiliteit. Iedereen is tevreden. Hoe kan men nu bepalen of kleine premieverschillen en geringe verzekerdenmobiliteit duiden op een effectief kartel of effectieve concurrentie? Dit kan door te kijken naar de hoogte van de winsten van de zorgverzekeraars. Een effectief kartel zal leiden tot toenemende winsten, terwijl effectieve concurrentie juist een afoming van de winsten tot gevolg heeft. De forse verliezen van de zorgverzekeraars in de afgelopen jaren duiden op de aanwezigheid van effectieve concurrentie (Schut en Varkevisser 2009, p. 268).

De acceptatieplicht geldt ongeacht het moment waarop een verzekerde zich aanmeldt. In combinatie met het feit dat een zorgverzekeraar kan bepalen dat een zorgverzekering tussentijds kan worden opgezegd door de verzekerde kan dit leiden tot risicoselectie. Momenteel is er een zorgverzekering waarvoor deze combinatie opgaat, de ZEKUR polis. Voor de ZEKUR polis is een beperkt aantal zorgaanbieders gecontracteerd en er is een scherpe premie vastgesteld. Deze polis kan dagelijks worden opgezegd. Dit betekent dat een verzekerde de ZEKUR polis kan kiezen als zij nauwelijks zorg gebruikt en op het moment dat zorg nodig is een andere zorgverzekering kiest. De zorgkosten komen voor rekening van de laatste zorgverzekeraar.

De NZa (2008b, p 57-61) constateert dat veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders pas na 1 januari (de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering) tot stand komen. Dit is ongunstig voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt. Het is namelijk van belang dat consumenten op het moment dat zij een zorgverzekering afsluiten, kunnen weten welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Bijvoorbeeld, medio 2009 zijn er nog nauwelijks contracten afgesloten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over de in 2009 te verlenen (verleende) zorg. In najaar 2008 hebben

de mensen dus noodgedwongen hun keuze voor zorgverzekeraar en zorgpolis in 2009 moeten maken op basis van onvolledige informatie. Dit belemmert een verzekerdensmobiliteit die is gebaseerd op een bewuste afweging van prijs en kwaliteit.



Figuur 5.1. Percentage overstappers in 2005, 2006, 2007, 2008 en 2009 per leeftijdscategorie

Bron: Vos en de Jong (2009)

Knelpunten:

- Er bestaat geen wettelijke bepaling ten aanzien van een minimum verzekeringsduur (bijv. kalenderjaar). Dit kan beschouwd worden als een weeffout in de Zvw die de deur openzet voor effectieve risicoselectie.
- Het feit dat veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners pas tot stand komen nadat de verzekerde zijn keuze voor een zorgverzekeraar en zorgpolis heeft gemaakt, belemmert een verzekerdensmobiliteit die is gebaseerd op een bewuste afweging van prijs en kwaliteit (NZa 2008b).

### 5.1.2 Het verbod op premiedifferentiatie

Het doel van het verbod op premiedifferentiatie is om de financiële toegankelijkheid te waarborgen. Een verbod op premiedifferentiatie kan niet effectief zijn als het wordt toegepast zonder een acceptatieplicht of zonder een wettelijk vastgesteld verstrekkingenpakket. Immers, zonder acceptatieplicht kunnen voorspelbaar verliesgevende verzekerden worden geweigerd en zonder vastgesteld pakket kunnen voorspelbaar verliesgevende verstrekkingen van vergoeding worden uitgesloten. In de Zvw is sprake van zowel een acceptatieplicht als een wettelijk vastgesteld pakket. Om ongewenste neveneffecten tegen te gaan moet een verbod op premiedifferentiatie worden



toegepast in combinatie met ex-ante risicoverevening en/of ex-post kostencompensaties. Omdat de ex-ante risicoverevening in Nederland nog imperfect is en de ex-post kostencompensaties onvolledig is (zie paragraaf 5.1.3 en 5.1.4), is aan deze voorwaarde niet voldaan en is sprake van de volgende knelpunten (zie paragraaf 3.1.2).

Een eerste knelpunt is dat er geen gelijk speelveld bestaat voor de zorgverzekeraars. Verzekeraars die relatief veel voorspelbaar verliesgevende verzekerden in hun portefeuille hebben – bijvoorbeeld omdat zij voor hen uitstekende, doch dure zorgarrangementen hebben ingekocht – zijn gedwongen om een hogere premie te vragen dan hun concurrenten. Zij kunnen dus niet op gelijke voet concurreren.

Een tweede knelpunt is dat bij imperfecte risicoverevening productdifferentiatie (= polisdifferentiatie) op termijn kan leiden tot marktsegmentatie, waardoor de effectiviteit van het verbod op premie-differentiatie afneemt. Verzekeraars kunnen verschillende producten/polissen aanbieden die aantrekkelijk zijn voor specifieke doelgroepen die sterk verschillen qua gemiddelde voorspelbare winst of verlies per verzekerde. Omdat in een concurrerende markt de premie per product op termijn gebaseerd is op de kostprijs van het product, leidt een doorsneepremie per product, ondanks het verbod op premiedifferentiatie, op termijn toch tot verschillende nominale premies per doelgroep/marktsegment. Een effectieve manier om het verbod op premiedifferentiatie te omzeilen, is via gedifferentieerde collectiviteitskortingen (zie hiervoor paragraaf 5.1.8). Het verbod op premie-differentiatie kan dus worden uitgehold door bijvoorbeeld polisdifferentiatie en collectiviteiten (zie ook Box 4.1).

Een derde knelpunt is dat een verbod op premiedifferentiatie leidt tot impliciete kruissubsidies die niet beoogd zijn. Zo kunnen bijvoorbeeld regionale verschillen in aanbod (prijs, kwaliteit, capaciteit) of vraag (verschillen in consumptiegevoeligheden, risicogedrag) binnen een provincie niet worden vertaald in hogere of lagere premies. In principe zijn dergelijke kruissubsidies echter niet in overeenstemming met het Besluit Zorgverzekeringen (Stb 389, 2005, p.23) waarin wordt gesteld dat “omdat de uiteindelijke bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen *uitsluitend* afhangt van de gezondheidsrisico's van verzekerden, alleen kenmerken van de verzekerden in aanmerking komen als verdeelcriterium die samenhangen met de *gezondheid* van de verzekerde.”

Een vierde knelpunt is dat zorgverzekeraars een financiële prikkel hebben om niet in te spelen op de preferenties van chronisch zieken. Een verbod op premiedifferentiatie maakt het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker om in te spelen op de preferenties van de voorspelbaar winstgevende verzekerden dan op de preferenties van de voorspelbaar verliesgevende verzekerden.

Een vijfde knelpunt is dat zorgverzekeraars worden geconfronteerd met financiële prikkels tot risicoselectie. Risicoselectie kan diverse negatieve effecten hebben zoals verminderde toegankelijkheid voor chronisch zieken tot goede kwaliteit zorg, verminderde doelmatigheid, en onbedoelde premieverschillen tussen hoge risico's en lage risico's. (Voor de vormen van risicoselectie die deze effecten kunnen hebben, zie Bijlage 5.)

Een zesde knelpunt is dat het risico groot is dat een verbod op premiedifferentiatie strijdig is met de Europese regelgeving op het gebied van schadeverzekeringen (zie hoofdstuk 4).

Kort samengevat leidt het verbod op premiedifferentiatie bij imperfecte ex-ante risicoverevening en bij onvolledige ex-post kostencompensaties (hetgeen het geval is bij de Zorgverzekeringswet) tot de volgende *knelpunten*:

- 1 Geen gelijk speelveld voor verzekeraars;
- 2 Marktsegmentatie en onbedoelde premiedifferentiatie;
- 3 Onbedoelde kruissubsidies;
- 4 Zorgverzekeraars hebben een financiële prikkel om niet in te spelen op de preferenties van chronisch zieken;
- 5 Prikkels tot risicoselectie;
- 6 Strijdigheid met Europese Schaderichtlijnen;

Deze knelpunten kunnen beschouwd worden als potentieel ernstige problemen.

#### **Box 5.3 – Vrijwel alle vormen van risicoselectie zijn geoorloofd**

Het weigeren van aspirant-verzekerden voor de zorgverzekering is de enige vorm van risicoselectie die wettelijk verboden is (vanwege de acceptatieplicht in de Zvw). Alle andere in Box 3.3 en in Bijlage 5 genoemde vormen van risicoselectie zijn niet wettelijk verboden, en dus geoorloofd.

In de tweede helft van 2007 heeft de NZa onderzoek verricht naar enkele geoorloofde vormen van risicoselectie. De NZa (2008d, p. 29.) concludeerde dat “mede op basis van concrete gevallen bleek dat het gebruik van deze instrumenten in sommige situaties onwenselijk zou kunnen zijn vanwege het verbod op risicoselectie”.  
Ons is niet duidelijk op welk ‘verbod op risicoselectie’ de NZa hier doelt.<sup>139</sup>

### **5.1.3 Ex-ante risicoverevening**

In paragraaf 3.1.2 is uiteengezet dat er vier methoden zijn om in een zorgstelsel met gereguleerde concurrentie de toegankelijkheid te waarborgen, waarvan ex-ante risicoverevening theoretisch de meest optimale methode is. Wanneer ex-ante risicoverevening perfect voor voorspelbare risicoverschillen corrigeert, zijn de overige drie methoden zelfs overbodig en – gelet op hun specifieke nadelen – ongewenst.

In de Zvw worden de beschreven methoden alle vier toegepast. Een belangrijke vraag is daarom hoe goed de ex-ante risicoverevening van de Zvw functioneert. Een antwoord op deze vraag is tevens van belang om te beoordelen in hoeverre de andere methoden noodzakelijk zijn dan wel proportioneel worden toegepast.

<sup>139</sup> Reactie NZa: Dit is een nalatigheid bij de redactie van het rapport, er bestaat uiteraard geen wettelijk verbod op risicoselectie.

Bron: email B. Boelema (NZa) dd 25jun09.

In Tabel 5.1 worden enkele onderzoeksresultaten gepresenteerd van een recente evaluatie van de vereveningsformule-2007.<sup>140</sup> Voor diverse onderscheiden subgroepen verzekerden wordt aangegeven wat het voorspelbaar financieel resultaat is indien alle verzekerden dezelfde premie betalen. Uit Tabel 5.1 blijkt dat zorgverzekeraars bij de vereveningsformule-2007 subgroepen van verzekerden kunnen onderscheiden die, gegeven het verbod op premiedifferentiatie, voorspelbaar winstgevend of verliesgevend zijn. Voor de subgroep van verzekerden die in jaar t-3 hun eigen gezondheid als matig of slecht beoordelen (i.e. 21% van alle verzekerden), leidt de vereveningsformule-2007 tot een voorspelbaar verlies van gemiddeld €541 per verzekerde in jaar t (exclusief de ex-post kostencompensaties; zie paragraaf 5.1.4). Voorts blijken in het bijzonder de groepen verzekerden met de volgende kenmerken in jaar t-3 voorspelbaar verliesgevend te zijn in jaar t: (1) personen met meerdere aandoeningen (comorbiditeit), (2) personen met functionele beperkingen in het dagelijkse leven, (3) de 10% mensen die hun geestelijke gezondheid relatief het slechts beoordelen, (6) personen met een of meer ziekenhuisopnamen, (7) personen die meerjarig behoren tot de 25 % verzekerden met de hoogste kosten en (9) personen die veel gebruik maken van fysiotherapeut, geneesmiddelen, specialist, of thuiszorg.

---

140 Het is zeer aannemelijk dat de vereveningsformule-2009 grosso modo vergelijkbare resultaten oplevert.

**Tabel 5.1 – Voorspelbare financiële resultaten (winst of verlies) in jaar t bij toepassing van de vereveningsformule-2007 voor geselecteerde subgroepen van verzekerden (exclusief ex-post kostencompensaties), gegeven een verbod op premiedifferentiatie**

| <i>Subgroepen gebaseerd op informatie van jaar t-3 of eerder</i>                         | <i>Voorspelbaar financieel resultaat (in omvang subgroep euro's 2007) in jaar t</i> |                  |
|--|---|------------------|
|  | <i>Omvang</i>   | <i>resultaat</i> |
| <b>Zelfgerapporteerde gezondheid (jaar t-3)</b>  |   |                  |
| Ervaren gezondheid matig/slecht  | 21,2%   | -541 *           |
| 10% slechtste score fysiek functioneren (SF-36)  | 10%   | -1.140 *         |
| Beperkt in het horen   | 4,8%  | -308             |
| Beperkt in het zien  | 7,3%  | -222             |
| Beperkt in beweeglijkheid  | 14,9%   | -653 *           |
| 10% slechtste score geestelijke gezondheid   | 10,0%   | -297 *           |
| Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct  | 2,6%  | -943 *           |
| Hartinfarct  | 3,3%  | -789 *           |
| Een (kwaadaardige) vorm van kanker   | 4,8%  | -689 *           |
| Hoge bloeddruk   | 15,2%   | -342 *           |
| Vernauwing van bloedvaten in buik/been   | 4,1%  | -947 *           |
| Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of cara                                       | 8,1%  | -460 *           |
| Duizeligheid met vallen  | 6,2%  | -615 *           |
| Ernstige/hardnekkige darmstoornissen (> 3 mnd)   | 4,3%  | -484 *           |
| Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)  | 7,7%  | -500 *           |
| Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën                          | 16,3%   | -401 *           |
| Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis) | 6,1%  | -725 *           |
| Drie tm zes zelfgerapporteerde aandoeningen  | 22,3%   | -333 *           |
| Zeven of meer zelfgerapporteerde aandoeningen  | 2,9%  | -1.461 *         |
| <b>Zelfgerapporteerd zorggebruik (jaar t-3)</b>  |   |                  |
| Medicijnen op recept (periode 14 dagen)  | 48,2%   | -220 *           |
| Contact gehad met medisch specialist   | 39,8%   | -317 *           |
| Een nacht of langer in ziekenhuis gelegen  | 7,5%  | -1.034 *         |
| Contact gehad met fysiotherapeut of oefentherapeut                                       | 18,5%   | -315 *           |
| Hulp gehad van thuiszorg   | 2,2%  | -1.152 *         |
| <b>Top 25% met hoogste kosten (jaar t-7 tm t-3)</b>                                      |   |                  |
| 4 van de 5 jaar  | 4,5%  | -304             |
| Alle 5 jaar  | 8,2%  | -1.757 *         |
| <b>Ziekenhuisopname (jaar t-7 tm t-3)</b>  |   |                  |
| 2 van de 5 jaar  | 4,7%  | -728 *           |
| 3 van de 5 jaar  | 1,1%  | -2.030 *         |
| 4 van de 5 jaar  | 0,3%  | -5.933 *         |
| Alle 5 jaar  | 0,1%  | -6.453 *         |

\* Statistisch significant verschillend van nul ( $p < 0.05$ ).

Bron: Stam en Van de Ven (2007).

Deze bevindingen geven aan dat de zorgverzekeraars geconfronteerd worden met substantiële prikkels tot risicoselectie. Voor aspirant-verzekerden die ook een aanvullende verzekering willen<sup>141</sup> kan een zorgverzekeraar bovenvermelde gezondheid-informatie relatief eenvoudig verkrijgen via een gezondheidsverklaring voor de aanvullende verzekering<sup>142</sup>.

Opmerkelijk is dat, terwijl de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in 2007 nog niet onder de zorgverzekering vallen, de 10% verzekerden met de slechtste score op de geestelijke gezondheidsschaal in Tabel 5.1 een voorspelbaar verlies te zien geven van bijna driehonderd euro. Omdat de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vanaf 2008 onder de zorgverzekering vallen, mag worden verwacht dat het voorspelbare verlies voor deze groep verzekerden thans groter uitvalt dan zoals aangegeven in Tabel 5.1.<sup>143</sup>

Op basis van bovenstaande bevindingen is de conclusie dat, hoewel het Nederlandse vereveningsmodel in vergelijking met andere landen relatief goed scoort, de zorgverzekeraars bij een verbod op premiedifferentiatie worden geconfronteerd met substantiële financiële prikkels tot risicoselectie. Dit betekent dat aan een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van gereguleerde concurrentie niet is voldaan. De ex-ante risicoverevening kent nog zodanige imperfecties dat het bij een verbod op premiedifferentiatie kan resulteren in risicoselectie en een ongelijk speelveld voor verzekeraars.<sup>144</sup> Bijgevolg neemt de effectiviteit van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie af.

### **Treedt risicoselectie wel/niet op?**

In de tweede helft van 2007 heeft de NZa nader onderzoek verricht naar risicoselectie. De conclusie was dat risicoselectie via misbruik van de acceptatieplicht op dat moment niet voorkwam. Wel zijn er indicaties dat zorgverzekeraars gebruik maken van mogelijkheden om indirect te sturen op winst- of verliesgevende groepen verzekerden (NZa 2008b).

---

141 Ruim 90% van de bevolking heeft een aanvullende verzekering.

142 Schut en De Bruijn 2007.

143 In 2008 en 2009 worden de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg volledig ex-post gecompenseerd op basis van de werkelijke kosten. De zorgverzekeraars hebben dus geen enkele financiële prikkel tot doelmatigheid. Bij de afweging tussen selectie en doelmatigheid is gekozen voor 'geen prikkel tot risicoselectie' ten koste van de doelmatigheid. De regering wil het financieel risico van de zorgverzekeraars voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in de komende jaren verhogen.

144 Bij imperfecte ex-ante risicoverevening kunnen verzekeraars met een qua risico verschillend verzekerdenbestand niet op gelijke voet concurreren. De kans is groot dat verzekeraars met veel hoogrisico verzekerden terechtkomen in een fatale premiespiraal van oplopende premies en een qua risico steeds ongunstiger verzekerdenbestand. Uiteindelijk kan dit het faillissement betekenen van verzekeraars die – bijvoorbeeld dankzij goede zorginkoop – aantrekkelijk zijn voor chronisch zieken. Zonder expliciete kruis-subsidies zal een verbod op premiedifferentiatie zorgverzekeraars dus aansporen om vooral geen goede reputatie te ontwikkelen als het gaat om zorgverlening voor chronisch zieken. Alleen voor een kleine groep gefortuneerde chronisch zieken die bereid en in staat zijn om een hoge (kostendekkende) premie te betalen voor uitstekende zorg, zou er wellicht een "niche" zijn waar een gespecialiseerde verzekeraar zich op zou kunnen richten. Maar in dat geval wordt er ondanks het verbod op premiedifferentiatie door deze verzekerden uiteindelijk toch een hoge risicogerelateerde premie betaald.

Net zoals het aantonen van de aanwezigheid of afwezigheid van risicoselectie niet eenvoudig is (zie Box 5.4), is het ook niet gemakkelijk duidelijkheid te verkrijgen over het al dan niet achterwege blijven van investeringen in zorg voor voorspelbaar verliesgevende patiëntengroepen, voor wie zorgverzekeraars geen goede reputatie willen ontwikkelen.<sup>145</sup>

Gezien de mogelijke gevolgen (zie paragraaf 3.1.2) kan het bestaan van financiële prikkels tot risicoselectie worden getypeerd als een potentieel ernstig probleem.

#### **Box 5.4 – Het aantonen van de aan- of afwezigheid van risicoselectie is niet eenvoudig**

Enerzijds is het feit dat het verzekerdenbestand van een bepaalde zorgverzekeraar wordt gekenmerkt door een relatieve oververtegenwoordiging van laagrisico verzekerden<sup>146</sup> op zich geen voldoende bewijs dat deze verzekeraar actief en bewust aan risicoselectie heeft gedaan. Een dergelijke marktsegmentatie zou ook het neveneffect kunnen zijn van een doelgroepenbenadering waarbij de betreffende verzekeraar zich om andere redenen richt op bepaalde marktsegmenten. Een doelgroepenbenadering zoals 'vrouwen die de pil gebruiken' (en dus naar verwachting lage aan-geboorte-gerelateerde kosten) is op zich geen voldoende bewijs van bewuste risicoselectie.

Anderzijds behoeft het feit dat alle verzekeraars een identieke portefeuilleopbouw hebben, geen bewijs te zijn van de afwezigheid van risicoselectie, omdat het een situatie kan zijn waarin alle verzekeraars even succesvol zijn in maximale selectie-activiteiten.

Kortom:

- Het aantonen van een *ongelijke* portefeuilleopbouw is geen bewijs van selectie (kan ook het neveneffect zijn van niet-op-selectie-gerichte-activiteiten).
- Het aantonen van een *gelijke* portefeuilleopbouw is geen bewijs van 'geen selectie' (alle verzekeraars kunnen even succesvol zijn in selectie-activiteiten).

---

145 Bij een goede reputatie zal een oververtegenwoordiging van deze voorspelbaar verliesgevende verzekerden zich bij deze zorgverzekeraar aanmelden en moeten worden geaccepteerd.

146 Binnen de bij de risicovereeniging onderscheiden risicogroepen.

### Box 5.5 – Onvoldoende kennis over risicoverevening

Alle geïnterviewden waren het eens over de cruciale rol die de ex-ante risicoverevening speelt als het financiële hart van de Zvw (met een 'omzet' van circa 30 miljard euro per jaar). Ook waren de geïnterviewden het eens dat er veel te weinig kennis bestaat, zeker op het bestuurlijk niveau waar de besluiten worden genomen, over de complexe vereveningsmaterie.

- “Alle mensen die de risicoverevening echt kunnen doorgronden in Nederland, passen in een Fiat 500.”<sup>147</sup>
- “De kennis over risicoverevening is ook wel bij de beleidsmakers aanwezig, maar op een verkeerd niveau. De besluiten over dit soort programma's worden genomen op een hoger niveau en daar zit die specifieke kennis niet. Daardoor worden voorstellen tot wijziging klakkeloos overgenomen, maar vindt geen fundamentele discussie plaats.”<sup>148</sup>
- “Bij VWS en de NZa doet men nog te weinig moeite om inzage te krijgen in de werking van het vereveningssysteem en is men nog te weinig betrokken bij de beleidsmatige beslissingen, die financieel gezien vaak van groot belang zijn, om die met kennis van zaken te kunnen nemen. Het is heel risicovol als je ziet wat dat vereveningssysteem voor de markt en de verzekeraars bedrijfseconomisch betekent. Het is zorgelijk dat de bestuurlijke top van het ministerie van VWS zo fragmentarisch betrokken is bij de strategisch belangrijke besluiten over de risicoverevening.”<sup>149</sup>

#### 5.1.4 Ex-post kostencompensatie

Een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van gereguleerde concurrentie is dat de zorgverzekeraars voldoende financiële prikkels tot doelmatigheid hebben. Teneinde de financiële prikkels tot risicoselectie die het gevolg zijn van de imperfecte ex-ante risicoverevening te reduceren, ontvangen de zorgverzekeraars ex-post diverse kostencompensaties gebaseerd op de werkelijke schade. Hierbij is sprake van een mixture van zogenoemde hogekostenverevening, nacalculatie, verzekerdenacalculatie, macro-nacalculatie en een bandbreedteregeling.<sup>150</sup> Het cumulatieve effect van deze ex-post kostencompensaties (exclusief de bandbreedteregeling) op het financieel risico van de zorgverzekeraars is weergegeven in Tabel 5.2.

Door toepassing van de ex-post kostencompensaties worden de in Tabel 5.1 geconstateerde voorspelbare winsten en verliezen gereduceerd, maar wordt ook de prikkel tot doelmatigheid gereduceerd. Uit tabel 5.2 blijkt dat door een geleidelijke afname van de ex-post kostencompensaties, het financiële risico voor zorgverzekeraars (tot 2006: ziekenfondsen) geleidelijk is toegenomen van 0% in 1992 tot 67% in 2009. Het financiële risico loopt echter sterk uiteen tussen de extramurale zorg (bijna 100%) en de intramurale zorg (krap 50%). De reden voor dit verschil is dat een substantieel deel van de ziekenhuiskosten voor een individuele zorgverzekeraar niet of nauwelijks te beïnvloeden is. Het betreft dan vooral de kosten van het gebudgetteerde A-segment. Door de uitbreiding van het B-

<sup>147</sup> Interview met dhr. Hermans (CVZ), 26 maart 2009.

<sup>148</sup> Interview met dhr. Konterman (Achmea Zorg) 9 april 2009.

<sup>149</sup> Interview met dhr. Hermans (CVZ) 26 maart 2009.

<sup>150</sup> Voor details omtrent deze ex-post kostencompensaties, zie bijvoorbeeld VWS/APE (2007).

segment met vrij onderhandelbare prijzen, kan ook het financieel risico voor zorgverzekeraars worden opgevoerd. In 2009 is hiertoe een belangrijke stap gezet door de ex-post vergoeding voor de Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's) die in 2008 onder het B-segment vielen (gemiddeld ca 20% van de ziekenhuisomzet) terug te brengen tot 15%. Het voornemen bestaat om in 2010 de ex-post vergoeding voor alle DBC's in het B-segment (gemiddeld ca 34% van de ziekenhuisomzet) volledig af te schaffen. Ook in het A-segment wordt de ex-post kostencompensatie verlaagd, in 2009 van 50 tot 40% (op de vaste ziekenhuiskosten in het A-segment blijft 100% kostencompensatie gelden). Per saldo zal het financieel risico voor intramurale zorg in 2010 dus toenemen tot ruim boven 50%. Niettemin hebben zorgverzekeraars door het beperkte financiële risico in het A-segment een beperkte financiële prikkel om dure specialistische ziekenhuiszorg te vervangen door goedkopere eerstelijnszorg. Bovendien lopen zorgverzekeraars nog geen enkel risico op de kosten van de op genezing gerichte GGZ omdat daar wegens het vooralsnog ontbreken van een adequate ex-ante vereveningsmethodiek nog sprake is van 100% ex-post kostencompensatie.

Hoewel de afgelopen jaren belangrijke vooruitgang is geboekt, is de conclusie dat de voorwaarde 'zorgverzekeraars hebben voldoende financiële prikkel tot doelmatigheid' thans nog niet in voldoende mate is vervuld. Er bestaan bijvoorbeeld perverse prikkels om dure ziekenhuiszorg niet te vervangen door goedkope eerstelijnszorg.

**Tabel 5.2 – Het financieel risico voor zorgverzekeraars (excl. de GGZ-kosten)<sup>151</sup>**

|      | nieuw vereveningskenmerk                    | uitgaven         |                  |        |
|------|---|------------------|------------------|--------|
|      |   | extramuraal zorg | intramuraal zorg | totaal |
| 1992 | —   | 0%               | 0%               | 0%     |
| 1993 | Leeftijd en geslacht                        | 3%               | 3%               | 3%     |
| 1994 |   | 3%               | 3%               | 3%     |
| 1995 |   | 3%               | 3%               | 3%     |
| 1996 | Regio en WAO <sup>152</sup>                 | 20%              | 9%               | 13%    |
| 1997 | Leeftijd * WAO (interactie)                 | 42%              | 15%              | 27%    |
| 1998 |   | 48%              | 15%              | 28%    |
| 1999 | Leeftijd * Verzekeringsgrondslag            | 63%              | 16%              | 35%    |
| 2001 |   | 65%              | 20%              | 38%    |
| 2002 | Farmacie Kostengroepen (FKG)                | 65%              | 24%              | 41%    |
| 2003 |   | 92%              | 23%              | 52%    |
| 2004 | Diagnose Kostengroepen (DKG)                | 96%              | 26%              | 53%    |
| 2005 |   | 95%              | 26%              | 53%    |
| 2006 |   | 94%              | 26%              | 53%    |
| 2007 | Uitbreiding tot 20 FKG's; >1 FKG toegestaan | 93%              | 25%              | 53%    |
| 2008 |   | 97%              | 34%              | 59%    |
| 2009 |   | 96%              | 47%              | 67%    |

Bron: berekeningen R.C.J.A. van Vliet

<sup>151</sup> Tot 2006: ziekenfondsen

<sup>152</sup> Wet Arbeidsongeschiktheid (Wao)



### 5.1.5 *Regulering aanvullende verzekering*

Sinds de invoering van de Zvw zijn er twee soorten verzekeringen voor curatieve zorg: een verplichte zorgverzekering en vrijwillige aanvullende verzekeringen voor zorg die niet door de zorgverzekering worden gedekt, zoals tandheelkundige zorg voor volwassenen en een groot deel van de fysiotherapie. In tegenstelling tot de zorgverzekering is solidariteit geen uitgangspunt bij de aanvullende verzekering en de overheid biedt dan ook geen garanties dat de aanvullende verzekering voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is. In de Memorie van Toelichting Zvw<sup>153</sup> stelt de regering nadrukkelijk dat in de aanvullende verzekeringen alleen die voorzieningen zitten waarvan de regering vindt dat die voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf kunnen komen. Hoewel het afsluiten van een aanvullende verzekering niet verplicht is, heeft circa 90 procent van de Nederlanders een aanvullende verzekering (NZa 2008b). Vrijwel iedereen heeft de aanvullende verzekering afgesloten bij dezelfde zorgverzekeraar als de zorgverzekering. Het voordeel hiervan is een vermindering van administratieve rompslomp en een goede afstemming van zorg die deels door de zorgverzekering en deels door de aanvullende verzekering worden vergoed (zoals fysiotherapie). Maar de koppeling van beide verzekeringen leidt ook tot knelpunten en problemen.

#### **Koppelverkoop en artikel 120 Zvw**

Tijdens het parlementaire debat over de nieuwe Zorgverzekeringswet is het probleem van koppelverkoop tussen zorgverzekering en aanvullende verzekering uitvoerig aan de orde geweest. De regering heeft het risico van een beperking van de verzekerdenmobiliteit als gevolg van koppelverkoop onderkend, maar “naar de opvatting van de regering is evenwel de gekozen verhouding tussen het pakket van de voorgestelde zorgverzekering en een eventuele aanvullende verzekering zodanig dat zich geen overwegende problemen zullen voordoen, omdat de kosten van zorg die niet in de Zorgverzekeringswet is opgenomen, normaal gesproken door de betrokkene zelf gedragen kunnen worden”.<sup>154</sup> Een amendement op het wetsvoorstel heeft geleid tot een specifiek artikel in de Zvw (art. 120) dat zorgverzekeraars verbiedt om de aanvullende verzekering te beëindigen wanneer de verzekerde de zorgverzekering opzegt.

Uit onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars in hun communicatie met verzekerden in toenemende mate aangeven dat bij opzegging van de zorgverzekering automatisch ook de aanvullende verzekering wordt opgezegd, wat in strijd is met hun eigen polisvoorwaarden en artikel 120 Zvw (Roos en Schut, 2008 en 2009). De NZa (2008b) constateerde bovendien dat in de opzegservice van de meeste zorgverzekeraars de mogelijkheid ontbrak om alleen de zorgverzekering op te zeggen en de aanvullende verzekering voort te zetten. Omdat dit niet in overeenstemming is met artikel 120, is de NZa hiertegen opgetreden. In juni 2009 staan volgens de NZa (2009g, p.15) de opzegservices van alle zorgverzekeraars het toe de zorgverzekering op te zeggen en de aanvullende verzekering voort te zetten.

Hoewel artikel 120 in principe de garantie biedt dat de aanvullende polis bij opzegging van de zorgverzekering kan worden voortgezet, betekent dat niet dat dit kan tegen dezelfde voorwaarden.

<sup>153</sup> Kamerstukken II, 2003-04, 29 763, nr. 3, p. 44 (MvT).

<sup>154</sup> Kamerstukken II, 2003-04, 29 763, nr. 3, p. 45 (MvT).

Dus ook al bevatten de zorgpolissen geen verboden bepalingen<sup>155</sup>, dan kan toch sprake zijn van beperkingen voor de verzekerdenmobiliteit. Zo hanteerden vijf zorgverzekeraars in 2008 een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering wanneer de verzekerde de zorgverzekering opzegt (Roos en Schut, 2008). Daarnaast kunnen verzekeraars ook de polisvoorwaarden in zijn geheel wijzigen. Artikel 120 beschermt bovendien niet tegen andere vormen van koppelverkoop. Zo kunnen verzekeraars bij de overstap naar een andere aanvullende polis eisen dat verzekerden tegelijkertijd ook een zorgverzekering afsluiten. Deze vorm van koppelverkoop werd in 2008 door zeven zorgverzekeraars toegepast (Roos en Schut, 2008). Voor negen zorgverzekeraars gold dat zij wel een afzonderlijke aanvullende verzekering afsloten, maar in dat geval een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening brachten. Deze premietoeslagen liepen in 2008 uiteen van 25 procent tot 100 procent. De Consumentenbond concludeert op grond van een informatieronde bij zorgverzekeraars dat het ook in 2009 bij 50% van de verzekeraars (19 van de 38) niet mogelijk is om uitsluitend een aanvullende verzekering af te sluiten, terwijl dit bij vier zorgverzekeraars alleen mogelijk is tegen een fors hogere premie (variërend van 25 tot 100%). De NZa (2008b) geeft aan dat zij dergelijke opslagen vanuit het oogpunt van mobiliteit en keuzevrijheid onwenselijk vindt, maar dat zij geen bevoegdheid heeft om in te grijpen in de premies van aanvullende verzekering.<sup>156</sup> Vooralsnog hanteert de NZa het transparantietoezicht als het belangrijkste instrument, bijvoorbeeld door van zorgverzekeraars te eisen dat zij volledig transparant en duidelijk zijn over premieopslagen voor de aanvullende verzekeringen als de verzekerde niet ook de zorgverzekering neemt. De zorgverzekeraars in kwestie hebben hun websites op deze punten aangepast.<sup>157</sup> In 2009 maken vrijwel alle zorgverzekeraars het onaantrekkelijk, zo niet onmogelijk, om uitsluitend een aanvullende verzekering af te sluiten. Zowel het aantal zorgverzekeraars dat een koppeling tussen zorgverzekering en aanvullende verzekeringen hanteert als het aantal verzekeraars dat meer dan 1 vorm van koppelverkoop tegelijkertijd hanteert, is in 2009 toegenomen ten opzichte van 2008 (Roos en Schut, 2008 en 2009).

### **Risicoselectie aanvullende verzekeringen**

Naast premieopslagen zijn er ook andere methoden die verzekeraars toepassen om de aanschaf van een afzonderlijke aanvullende verzekering te ontmoedigen. Zo hanteren sommige verzekeraars voor degenen die uitsluitend een aanvullende verzekering willen afsluiten strenge eisen bij acceptatie zoals medische selectie (Roos en Schut, 2008 en 2009). Een selectief acceptatiebeleid in de aanvullende verzekering kan gericht zijn op risicoselectie in zowel de zorgverzekering als de aanvullende verzekering. Beide vormen van risicoselectie hebben implicaties voor de solidariteit en keuzevrijheid in de zorgverzekering.

Risicoselectie in de zorgverzekering is voor verzekeraars financieel aantrekkelijk omdat het

---

155 Volgens de NZa zitten er geen verboden bepalingen meer in de zorgpolissen. Bron: email B. Boelema (NZa) dd 25jun09.

156 Een verzoek van de NZa aan de zorgverzekeraars om de premieopslagen vrijwillig te verlagen, is door drie verzekeraars genegeerd (NZa 2008b). De NZa heeft daarop het ministerie van VWS verzocht om maatregelen te treffen tegen de betreffende hoge premieopslagen, maar ook het ministerie heeft aangegeven daartoe geen juridische mogelijkheden te hebben omdat zulks in strijd is met de Europese richtlijnen schadeverzekering (Ministerie van VWS 2008)

157 NZa (2009g, p. 30).

vereveningssysteem hen voor eenvoudig identificeerbare risicogroepen onvoldoende compenseert. Door aspirant-verzekerden voor de aanvullende verzekering een lijst met gezondheidsvragen (gezondheidsverklaring) te laten invullen, kunnen zorgverzekeraars potentieel voorspelbaar verliesgevendende verzekerden in de zorgverzekering identificeren. Wanneer verzekeraars deze verzekerden weigeren voor de aanvullende verzekering, zullen deze waarschijnlijk ook niet opteren voor de zorgverzekering. De acceptatieplicht in de zorgverzekering die moet garanderen dat ook hoogrisico verzekerden van verzekeraar kunnen veranderen, kan dus worden ondergraven door een selectief acceptatiebeleid ten aanzien van de aanvullende verzekering. Hoewel onderzoek uitwijst dat het acceptatiebeleid op de aanvullende verzekering in 2008 is aangescherpt, achten de onderzoekers het niet waarschijnlijk dat het weren van ongunstige risico's uit de zorgverzekering hiervoor de drijfveer is (Roos en Schut, 2008 en 2009).<sup>158</sup> Maar ook als risicoselectie uitsluitend betrekking heeft op de aanvullende verzekering, vermindert dit de keuzevrijheid voor hoogrisico verzekerden in de zorgverzekering. Zeven procent van alle verzekerden blijft bij de huidige zorgverzekeraar uit angst om elders niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering (Vos en De Jong, 2009). Dit percentage blijkt geleidelijk toe te nemen.

Samengevat luidt de conclusie dat zich ten aanzien van de aanvullende verzekeringen de volgende *knelpunten* voordoen:

- Koppelverkoop van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering(en) vermindert de mobiliteit van chronisch zieken en ouderen ten aanzien van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars hebben daardoor onvoldoende prikkels om in te spelen op hun preferenties.
- De huidige wettelijke bepaling tegen koppelverkoop (art. 120 Zvw) is niet effectief.
- Selectieve acceptatie voor de aanvullende verzekeringen is een effectief instrument voor risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt en kan leiden tot een aantasting van de solidariteit in de zorgverzekering.

#### 5.1.6 *De zorgtoeslag en de verhouding inkomensafhankelijke bijdrage / nominale premie (art. 45.4 Zvw)*

Naast de inkomensafhankelijke bijdrage<sup>159</sup> betalen verzekerden van 18 jaar en ouder ook een nominale premie. Ook de voormalige Ziekenfondswet kende een deels inkomensafhankelijke en deels nominale premie. Het inkomensafhankelijke premiedeel bedroeg toen echter circa 85%, terwijl in de

---

158 Veeleer lijkt de aanscherping van het acceptatiebeleid ingegeven door risicoselectie binnen de aanvullende verzekering zelf. Sinds de invoering van de Zvw is de prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars zodanig toegenomen dat de marges op de van oorsprong weinig gedifferentieerde premies voor de aanvullende verzekering grotendeels zijn verdwenen (DNB 2008). Weliswaar kunnen verzekeraars de bestaande aanvullende verzekeringen op grond van de polisvoorwaarden ("stilzwijgende verlenging") doorgaans niet eenzijdig opzeggen, maar zij kunnen wel bij elke contractperiode voor alle resterende polishouders het pakket verkleinen en/of de premie verhogen. Enkele zorgverzekeraars zijn hier in 2008 al toe overgegaan voor wat betreft de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen.

159 Voor werknemers in loondienst en uitkeringsgerechtigden zijn werkgevers respectievelijk uitkeringsinstanties verplicht deze inkomensafhankelijke bijdrage volledig te compenseren.

Zvw is vastgelegd dat dit aandeel gelijk moet zijn aan 50%.<sup>160</sup> Ten opzichte van de ziekenfondsverzekering is het nominale premiedeel in de Zvw dan ook fors gestegen, van circa €350 per jaar in 2005 tot circa €1050 in 2006 (ofwel van circa 15% tot circa 45% van de totale Zvw-bijdragen)<sup>161</sup>. Om eenzelfde niveau van solidariteit en financiële toegankelijkheid te garanderen is ter compensatie voor de hogere nominale premie een inkomensafhankelijke zorgtoeslag ingevoerd met een aparte wettelijke grondslag (Wet op de Zorgtoeslag). Wanneer zou zijn gekozen voor een vergelijkbaar nominaal premiedeel als in de Ziekenfondswet zou de invoering van de zorgtoeslag niet nodig zijn geweest.

De nominale premie vormt een belangrijk instrument voor de zorgverzekeraar om zich te onderscheiden en behaalde doelmatigheidsvoordelen door te geven aan zijn verzekerden. Sinds de invoering van de Zvw fungeert de nominale premie als belangrijk concurrentiewapen. Sinds de invoering van de Zvw ligt de gemiddelde nominale premie elk jaar onder de door het ministerie van VWS geraamde rekenpremie, terwijl in de ziekenfondsverzekering het omgekeerde gold. De prijsconcurrentie is zo scherp dat in 2006 en 2007 door zorgverzekeraars in totaal bijna 1 miljard euro verlies is geleden op de zorgverzekering, wat neerkomt op circa 2% van de premieomzet (DNB 2008b). Hoewel deze verliezen deels zijn gecompenseerd door positieve beleggingresultaten en – in 2007 – door een positief resultaat op de aanvullende verzekering, is de solvabiliteit van de zorgverzekeraars afgenomen (DNB 2008a). Niettemin hebben de zorgverzekeraars gezamenlijk nog altijd bijna 3 miljard euro hogere reserves dan de (thans) vereiste minimale solvabiliteitsreserve (DNB 2009).<sup>162</sup> Op basis van de cijfers over de eerste drie kwartalen van 2008, zal ook in 2008 op de zorgverzekering verlies worden geleden, zij het in veel mindere mate dan in de twee voorafgaande jaren (DNB 2008c). Daartegenover staan in 2008 echter sterk verslechterde beleggingsresultaten. De nominale premie heeft zich in de eerste jaren na invoering van de Zvw bewezen als effectief instrument voor prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

### **Waarom een groter nominaal premiedeel dan in de ziekenfondswet?**

De Memorie van Toelichting noemt twee redenen waarom in de Zvw is gekozen voor een groter nominaal premiedeel dan in de ziekenfondsverzekering. Gesteld wordt dat “de regering van mening is dat de nominale premiecomponent een voldoende omvang moet hebben om effectief te zijn als *prikkel voor concurrentie tussen zorgverzekeraars en kostenbewustzijn bij de burgers*”<sup>163</sup>.

De veronderstelling dat een hoge nominale premie noodzakelijk is om effectief te kunnen zijn als

---

160 Aangezien op het moment dat de inkomensafhankelijke premie wordt vastgesteld niet bekend is hoe hoog de zorguitgaven en de nominale premies zullen uitvallen, kan het feitelijk percentage in enig jaar hoger of lager uitvallen dan 50%. Deze verschillen moeten vervolgens in latere jaren worden verrekend. Door de stapeling van compensaties uit het verleden is een nadeel van deze systematiek dat de ontwikkeling van de nominale premie voor de burger niet voorspelbaar en begrijpelijk is.

161 De resterende circa 5% (naast het 50% inkomensafhankelijke en 45% nominale premiedeel) bestaat uit een Rijksbijdrage voor de kosten van kinderen tot 18 jaar, voor wie op grond van de Zvw geen nominale premie verschuldigd is.

162 Indien het financieel risico voor de zorgverzekeraars in de komende jaren verder wordt verhoogd, zal hierdoor ook de vereiste minimale solvabiliteitsreserve omhoog gaan.

163 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 47 (MVT).

*prikkel voor concurrentie tussen zorgverzekeraars*, is aantoonbaar onjuist. Wat telt voor concurrentie is niet zozeer de absolute hoogte van de premie maar de relatieve premieverschillen. Bij een verdrievoudiging van het nominale premiedeel (van 350 naar 1050 euro) kan een zorgverzekeraar die 35 euro per verzekerde weet te besparen niet langer 10% korting geven, maar nog slechts 3,3%. Uit economisch-psychologisch onderzoek is bekend dat consumenten sterker reageren naarmate een procentuele prijskorting toeneemt, ook al blijft de absolute korting exact hetzelfde (Tversky en Kahneman 1981). Empirisch onderzoek onder ziekenfondsverzekerden bevestigde dat dit ook geldt voor de reactie van verzekerden op nominale premieverschillen (Schut en Laske-Aldershof 2001). Een hoog nominaal premiedeel geeft dus juist minder sterke concurrentieprikkels dan een laag nominaal premiedeel.<sup>164</sup>

De aanname dat een hoog premieniveau leidt tot een *groot kostenbewustzijn* is theoretisch aanvechtbaar en ontbeert bovendien enig empirisch bewijs. Dat een hoge premie zou leiden tot meer kostenbewust gedrag dan een lage premie is onaannemelijk omdat de betaling van de premie per definitie losstaat van de individuele zorgconsumptie, zowel qua hoogte als qua moment van betaling. Wegens de spreiding over een groot aantal verzekerden heeft een hogere zorgconsumptie nagenoeg geen invloed op de eigen zorgpremie. Er is sprake van “concentrated benefits and diffused costs”.<sup>165</sup> Uit vergelijkend empirisch onderzoek naar consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden bleek destijds dat deze verschillen vrijwel volledig werden veroorzaakt door gezondheidsverschillen en verschillen in verzekeringsdekking<sup>166</sup>. Er waren geen aanwijzingen dat de hoge particuliere premie (ten tijde van het onderzoek was er zelfs geen enkele nominale ziekenfondspremie) bij particulier verzekerden tot een groter kostenbewustzijn en een meer terughoudend gebruik van zorg zou hebben geleid.

---

164 Dat de invoering van de Zvw niettemin heeft geleid tot een forse toename van de prijsconcurrentie en verzekerdenmobiliteit in 2006, is dan ook hoogstwaarschijnlijk niet het gevolg van de hogere nominale premie maar van de complete verandering van polis- en premievoorwaarden voor zowel ziekenfonds- als particulier verzekerden, alsmede van mogelijkheid voor ziekenfondsverzekerden om deel te nemen aan collectieve contracten (NZA i.o. 2006). De drastische verandering in 2006 heeft bij verzekerden bovendien tot een toenemend bewustzijn geleid dat er tussen zorgverzekeraars iets te kiezen valt. Het is waarschijnlijk dat dit bewustzijn in de loop der jaren zal afnemen, zeker bij een “brengproduct” als zorgverzekeringen.

165 Bovendien zijn de onderliggende zorgkosten erg scheef verdeeld, waarbij de meeste mensen per jaar weinig tot geen zorgkosten hebben, terwijl het leeuwendeel van de zorguitgaven wordt besteed aan een kleine minderheid. Voor de grote meerderheid die weinig tot geen zorg consumeert zou een hogere nominale premie zelfs kunnen leiden tot “voor wat hoort wat” gedrag.

166 Van Vliet en Van de Ven 1986.

### Box 5.6 – Ook relatieve prijsverschillen zijn van belang

Indien een supermarkt een speciale aanbieding heeft en bepaalde producten aanbiedt voor 16 euro in plaats van de standaardprijs van 20 euro, zullen een flink aantal mensen bereid zijn een omweg te maken voor die 20% korting.

Indien een televisiezaak een bepaalde televisie aanbiedt voor 195 euro in plaats van de standaardprijs van 199 euro, zullen relatief minder mensen bereid zijn een omweg te maken voor die 2% korting dan voor de 20% korting bij de supermarkt.

Hoewel in beide gevallen het absolute prijsvoordeel 4 euro bedraagt, blijkt in de praktijk ook het relatieve prijsverschil van belang.

Evenzo mag een grotere premiegevoeligheid worden verwacht indien een verzekeraar 30% premiekorting aanbiedt ten opzichte van een landelijk gemiddelde premie van 350 euro dan indien een verzekeraar 10% premiekorting aanbiedt ten opzichte van een landelijk gemiddelde premie van 1050 euro. Niettemin bedraagt het absolute premievoordeel in beide gevallen 105 euro.

Sinds de invoering van de Zvw (2006) vormt de problematiek van de ‘wanbetalers’ en ‘onverzekerden’ een frequent terugkerend onderwerp in het politieke en maatschappelijke debat (zie de paragrafen 5.1.9 en 5.1.10). Na jaren van discussie heeft de regering in 2008 voorstellen tot wijziging van de Zvw/Wzt ingediend om deze problematiek op te lossen. Opmerkelijk is dat in de context van de Ziekenfondswet de onderwerpen wanbetalers en onverzekerden geen issue waren (althans niet in het politieke en maatschappelijke debat). Hoewel ons geen specifiek onderzoek bekend is naar de achtergrond van deze discrepantie, lijkt het een aannemelijke hypothese dat de verdrievoudiging van het nominale premiedeel (van 350 naar 1050 euro) in 2006 de achterliggende oorzaak is van de toename van de ‘wanbetalers/onverzekerden-problematiek’.

### Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de keuze in de Zvw voor een veel hoger nominaal premiedeel dan in de Ziekenfondswet een degelijke onderbouwing mist en tot de volgende *neveneffecten* leidt:

- Het gaat ceteris paribus gepaard met een toename van de wanbetalers/onverzekerden-problematiek in vergelijking tot de voormalige ziekenfondsverzekering, ondanks de toegenomen inspanningen om het aantal wanbetalers/onverzekerden terug te dringen.
- Het leidt ceteris paribus tot minder sterke prikkels voor premieconcurrentie dan onder de voormalige Ziekenfondswet.
- Het maakt een kostbaar en ingewikkeld systeem van zorgtoeslagen noodzakelijk met hoge administratieve lasten voor de overheid (59 miljoen euro<sup>167</sup>, prijspeil 2006) en voor de burgers.

<sup>167</sup> Wet op de zorgtoeslag, Tweede Kamer 2003-2004, 29762, nr. 3, pag. 6 (MvT).

### 5.1.7 *Eigen risico aan de voet*

In 2009 bedraagt het verplichte eigen risico in de zorgverzekering 155 euro per volwassene. In aanvulling hierop kunnen mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Een belangrijk doel van eigen risico's is dat (1) de collectieve uitgaven worden verlaagd; en (2) dat mensen kostenbewuster gebruik maken van de zorg (zoals men in België zegt: 'remgeldeffect').

Om twee redenen wordt dit laatste doel nauwelijks bereikt.<sup>168</sup> In de eerste plaats heeft het eigen risico in de huidige opzet nauwelijks of geen remgeldeffect voor chronisch zieken, en een beperkt remgeldeffect voor ouderen. Chronisch zieken weten vrijwel zeker dat hun uitgaven boven het eigen risico bedrag uitkomen, ook als ze zeer kostenbewust gebruik maken van zorg.<sup>169</sup> In de tweede plaats kiezen maar weinig mensen (5%) voor een vrijwillig hoger eigen risico. Blijkbaar vindt men de premiekorting die hier tegenover staat te laag.<sup>170</sup> Verhoudingsgewijs zijn de kortingen inderdaad een stuk lager dan in de vroegere particuliere ziektekostenverzekering. Momenteel bedraagt de korting voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro gemiddeld ruim 200 euro, terwijl deze vroeger vaak hoger was dan het eigen-risicobedrag.<sup>171</sup>

Vanaf 2008 ontvangen circa 1,8 miljoen verzekerden een compensatie voor het eigen risico. De criteria om voor deze compensatie in aanmerking te komen, hebben aanleiding gegeven tot tientallen beroepszaken.<sup>172</sup>

Voor zover wij weten maakt geen enkele zorgverzekeraar gebruik van de in art. 19.3 Zvw geboden mogelijkheid om de premiekorting te laten afhangen van het aantal kalenderjaren waarvoor voor de verzekerde een eigen risico heeft gegolden.

#### **Knelpunten:**

- Nauwelijks of geen remgeldeffect voor chronisch zieken;
- Een beperkt remgeldeffect voor ouderen;

---

168 In paragraaf 5.2.1 wordt ingegaan op de mogelijkheid die zorgverzekeraars vanaf 2009 hebben om (kosten van) zorg die wordt geleverd door preferente zorgaanbieders, niet ten laste van het verplichte eigen risico te brengen. Volgens de NZa (2009c) is de grootste belemmering die zorgverzekeraars bij de uitvoering van deze regeling ervaren, dat het verplicht eigen risico niet wordt kwijtgescholden, maar wel op andere vormen van zorg van toepassing blijft.

169 Het eigen risico geldt niet voor zorg waar de mensen de meeste invloed op uit kunnen oefenen: het gebruik van huisartszorg. Dit beperkt de werking van de maatregel aanzienlijk (CPB, 2008). In de interviews is dit ook als probleem naar voren gekomen. De reden waarom door de politiek gekozen is voor het uitsluiten van de huisarts, is dat er werd gevreesd voor de toegankelijkheid van noodzakelijke zorg als ook de poortwachter niet meer drempelloos zou kunnen worden bezocht.

170 Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat mensen niet goed geïnformeerd zijn over het eigen risico, bijvoorbeeld over de relatie van het verplicht en vrijwillig eigen risico, of niet weten welke kosten wel/niet onder het (verplicht/vrijwillig)eigen risico vallen, of niet weten of de kosten van de aanvullende verzekeringen wel/niet onder het vrijwillig eigen risico vallen.

171 De lage premiekorting wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van het vereveningssysteem, dat verzekeraars compenseert voor verschillen in zorgkosten tussen gezonde verzekerden en chronisch zieken. Over het algemeen kiezen juist de gezonde mensen voor een eigen risico. In de vroegere particuliere ziektekostenverzekering kon het verschil in kosten tussen beide groepen tot uitdrukking komen in de premiekorting, maar vanwege de risicoverevening kan dat nu niet meer.

172 Zie bijvoorbeeld de brief van Klink aan de Tweede Kamer dd 16 april 2009 (Z-2921758).

- Slechts weinig verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico, zodat het beoogde remgeld-effect nauwelijks optreedt;
- Ingewikkelde compensatieregeling voor chronisch zieken.

### 5.1.8 *Collectiviteiten*

Collectiviteiten kunnen invloed uitoefenen op het beleid van een zorgverzekeraar door met de zorgverzekeraar te onderhandelen over bijvoorbeeld de zorginkoop en over de dienstverlening. De achterliggende gedachte is dat collectiviteiten beter in staat zijn dan individuele verzekerden om invloed uit te oefenen op de premie en de kwaliteit van zorg<sup>173</sup>. Collectiviteiten zorgen ook voor een keuzevereenvoudiging. Als een werkgever of patiëntenvereniging al een voorselectie heeft gemaakt, kan dat de keuze voor de consument eenvoudiger maken. Ongeveer 67% van de bevolking is aangesloten bij een collectiviteit. Er bestaan verschillende collectiviteiten die een contract hebben met een zorgverzekeraar en een collectiviteitskorting hebben afgesproken. Zo kunnen mensen via hun (oude) werkgever, of die van hun partner, de vakbond of via ongeveer twintig patiëntenverenigingen een zorgverzekering afsluiten met collectiviteitskorting. Daarnaast is er een groot aantal gelegenheidscollectiviteiten ontstaan die ook een korting op de zorgverzekering hebben bedongen. De diversiteit is enorm (zie Box 5.7). Roos en Schut (2009) geven details over in totaal 176 verschillende open collectiviteiten (exclusief werkgeverscollectiviteiten). De gemiddelde premiekorting in 2009 bedraagt (ongewogen) 6,8% voor de zorgverzekering en 8,2% voor aanvullende verzekeringen.

Voor werkgevers zijn arbeidsgerelateerde afspraken van belang, voor patiëntenverenigingen zal het meer om specifieke zorg voor de groep patiënten gaan. Uit onderzoek van het NIVEL komt naar voren dat werkgevers de premie(korting) belangrijk vinden (Van Ruth e.a. 2007; Van der Maat, 2009). Patiëntenverenigingen vinden de service, dekking van de verzekering en korting op de aanvullende verzekering belangrijk. Slechts 3% van de collectief verzekerden heeft een collectieve verzekering via een patiëntenvereniging. De meeste deelnemers aan collectiviteiten (65%) zijn verzekerd via hun werkgever (zie Figuur 5.2).

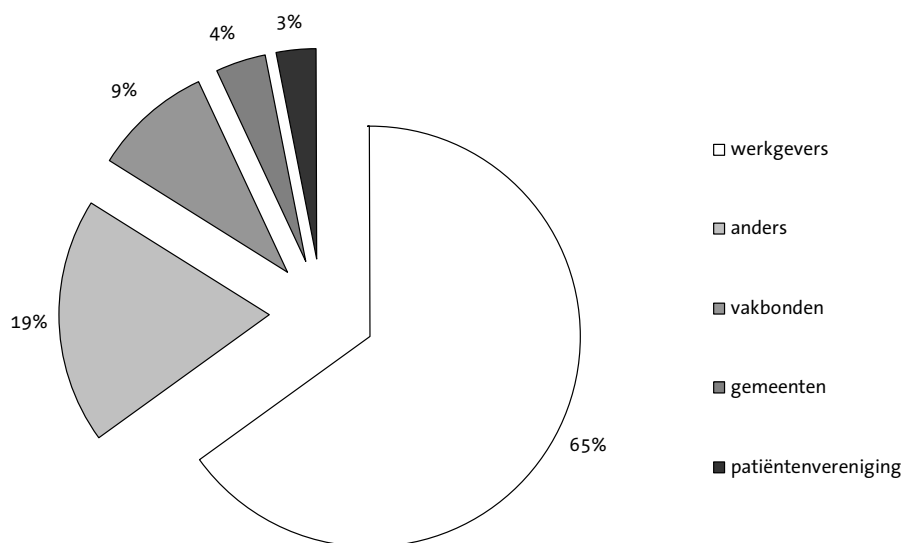
---

173 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 37 (MVT).



### Box 5.7 – Een greep uit de grote diversiteit aan gelegenheidscollectiviteiten

|  |  |
|--|--|
| Amstelring Gezondheidsservice  | Kruidvat   |
| ABN & Rabobank Nederland   | Makro  |
| Achmea Health Center   | National Academic  |
| Albert Heijn   | Nationale Bond EHBO  |
| ANBO voor 50 plussers  | Nationale postcode loterij   |
| ANWB   | Nederlandse Bond van Pensioenbelangen                              |
| Binnenvaartorganisaties  | NOC*NSF/Nationale sportpas   |
| Boeddhistische Unie Nederland  | PMA Zorgcollectief   |
| Bond tegen het vloeken   | Protestants-Christelijke Ouderen Bond (PCOB)                       |
| Cultureel Jongeren paspoort (CJP)  | Reformatische Maatschappelijke Unie                                |
| Clubmetro (van de krant Metro)   | Regionale Kruisvereniging West-Brabant                             |
| Collectieve zorg   | Rookvrijpolis (stichting preventiepolis)                           |
| Donorpolis   | Rotterdampas   |
| Evangelische Omroep  | Samenwerkende Belangen Organisatie Zelfstandigen                   |
| Evangelische Zendings Alliantie (EZA)  | Zonder Personeel   |
| Fitclub (NB: naar eigen zeggen moet zijn voldaan aan de Nederlandse fitnormen) | Snelverzekeren   |
| GeZZinspakket  | Sponsor Bingo Loterij  |
| Groene Kruis Limburg   | Stichting A tot Z (Haagse huisartsen)                              |
| HBO-Raad   | Supportersvereniging FC Groningen & Supportersvereniging Willem II |
| IFES studentenvereniging   | United Consumers   |
| Informatieziektekosten.nl  | Unie Katholieke Bond van Ouderen (KBO)                             |
| Interstedelijk Studenten Overleg   | Unive Verzekeringen of Unive Zorg premiekorting (Ledencollectief)  |
| Jonge gezinnen BV  | Vegapolis (stichting preventiepolis)                               |
| Koninklijke Hippische Sportfederatie   | Vereniging Eigen Huis  |
| Koninklijke Nederlandsche Wielren Unie   | Vereniging Platform Zelfstandige Ondernemers (PZO)                 |
| Koninklijke Vereniging Homeopathie Nederland (KVHN)                            | Verzekeringssite.nl  |



Figuur 5.2 – Percentage verzekerden naar collectiviteit

De diabetesvereniging was een voorloper in het maken van specifieke afspraken met zorgverzekeraars. Weinig mensen hebben echter gekozen voor een speciale diabetespolis. Volgens de DVN verschilt de diabetespolis niet veel van een gewone polis. De ene verzekeraar doet iets meer aan voetzorg, de ander vergoedt het lidmaatschap van een patiëntenvereniging. Het onderscheidend vermogen zou in echte verbetering van zorg moeten zitten. Een positief effect is dat patiënten invloed kunnen uitoefenen op de verzekeringspolis. Dit geldt vooral voor patiëntengroepen die goed in de verevening zitten.

Zorginkoop waarbij patiëntenorganisaties een rol spelen is nog in de ontwikkelingsfase. Grote groepen die niet in de vereveningssysteem zitten hebben nauwelijks mogelijkheden om een polis, zoals de diabetespolis, te bewerkstelligen. Het ideaal dat patiëntenorganisaties via collectiviteiten over de inhoud kunnen onderhandelen en de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden, werkt (nog) niet. Volgens de NPCF<sup>174</sup> komt dat omdat 1) de betreffende patiëntengroepen voorspelbaar verliesgevend zijn ten opzichte van het vereveningssysteem en/of 2) omdat ze onvoldoende massa hebben voor de onderhandelingen. Invloed van patiënten op het beleid en de polissen is dus (nog) minimaal.

Een collectiviteitskorting was in 2006 en 2007 de belangrijkste reden om van zorgverzekeraar te veranderen (De Jong e.a. 2006, 2007). De verzekerdenmobiliteit lijkt dus gestimuleerd te worden door collectieve contracten. Wel neemt het aantal mensen af die vanwege een collectiviteitskorting overstappen naar een andere zorgverzekeraar<sup>175</sup>. Daarnaast blijkt dat collectiviteiten zelf vaak niet

174 Interview met mw. A. Schipaanboord (NPCF) 16 februari 2009.

175 NZa 2008b, De Jong e.a. 2006, 2007, 2008, Vos en De Jong 2009.

wisselen van zorgverzekeraar<sup>176</sup>. Het gevolg hiervan is dat de verzekerdenmobiliteit sinds 2006 afneemt (zie Figuur 5.1). Dit wordt bevestigd door onderzoek van de NZa, waaruit dat blijkt dat verzekerden niet of nauwelijks meer (overwegen om) over te stappen als zij eenmaal aangesloten zijn bij een collectiviteit (NZa 2008b).

Voorkomen moet worden dat premiekortingen voor collectiviteiten worden gefinancierd door individuele polissen. Kruissubsidiëring wordt door de regering als een ongewenst effect gezien<sup>177</sup>. Er kan sprake zijn van kruissubsidiëring als collectiviteitskortingen niet op reële besparingen zijn gebaseerd. Als de korting hoger is dan de besparing kan een opwaarts effect van de premie het gevolg zijn. Individueel verzekerden zouden op die manier een deel van de collectiviteitskorting financieren. De NZa heeft geconcludeerd dat in 2006 geen sprake was van kruissubsidiëring (NZa 2007d). Hoewel in de Zvw een acceptatieplicht geldt kan deze worden ontdoken via collectiviteiten. In tegenstelling tot zorgverzekeraars zijn collectiviteiten namelijk niet verplicht om iedereen te accepteren. Door een selectief acceptatiebeleid van collectiviteiten kunnen zorgverzekeraars gunstige risico's krijgen. Er zijn (nog) geen aanwijzingen dat dit in de praktijk voorkomt.

### **Risicoselectie en differentiatie van de collectiviteitskorting**

Op grond van een inventarisatie van alle collectiviteiten in 2009 en de resultaten van een enquête onder een representatieve steekproef van circa 1800 verzekerden (voorjaar 2009) concluderen Roos en Schut (2009) dat risicoselectie *door* collectiviteiten (dat wil zeggen, een collectiviteit accepteert selectief alleen laagrisico verzekerden) in najaar 2008 nog niet duidelijk als strategie werd gehanteerd. Wel zijn er collectiviteiten die zich nadrukkelijk richten op verzekerden met een gunstig risico<sup>178</sup> en krijgen doelgroepen die een hoogrisico (kunnen) vormen relatief minder hoge kortingen. Hun resultaten geven aan dat differentiatie van de collectiviteitskorting actuariëel gezien mogelijk is. Vooral werkgeverscollectiviteiten bevatten, na standaardisatie voor verschillen in leeftijdsopbouw, gemiddeld substantieel minder voorspelbaar verliesgevend verzekerden dan open collectiviteiten (en individueel verzekerden). Het aandeel verzekerden met een langdurige ziekte of aandoening ligt bij deelnemers aan open collectiviteiten veel hoger dan bij deelnemers aan een werkgeverscollectiviteit (of bij individueel verzekerden). Dit lijkt er op te duiden dat chronisch zieken hun weg naar open collectiviteiten weten te vinden, wat wordt bevestigd door het aanzienlijke aantal mensen dat deelneemt aan een collectiviteit via een patiëntenorganisatie of (thuis)zorginstelling.

Vooralsnog lijken de imperfecties van de ex-ante risicoverevening zich nog niet te vertalen in een substantiële differentiatie van de collectiviteitskorting voor de zorgverzekering.<sup>179</sup> Wel lijken hoogrisico groepen (iets) lagere collectiviteitskortingen te krijgen dan laagrisico groepen. Ook zijn de premiekortingen voor enkele collectiviteiten die waarschijnlijk voorspelbaar verliesgevend zijn, in

---

176 NZa 2008b, Van der Maat en De Jong 2009.

177 Kamerstukken I 89633 2004-2005, 30 123 C p. 56.

178 Bijvoorbeeld Achmea Health Center; en Fitclub (waarbij de leden naar eigen zeggen moeten voldoen aan de Nederlandse fitnorm); en National Academic, die zich richt op HBO-ers, academici en hoger personeel omdat (zoals aangegeven op de website in 2008) "deze groep gemiddeld minder gebruik maakt van zorg en zich daarom bij National Academic voordeliger kan verzekeren".

179 Hierbij zijn eventuele kortingen op andere verzekeringen (bijvoorbeeld aanvullende verzekeringen) buiten beschouwing gelaten.

2009 verlaagd ten opzichte van 2008<sup>180</sup>. Roos en Schut (2009) wijzen er op dat het voor verzekeraars thans door de imperfecties in het bekostigingssysteem voor ziekenhuizen (DBC's) nog steeds lastig is om de financiële risico's goed in te schatten. Deze imperfecties zullen echter afnemen, waardoor verzekeraars in de komende jaren over meer actuariële informatie zullen beschikken die effectief kan worden gebruikt voor differentiatie van de collectiviteitkorting.

De NZa (2007a) constateert dat enkele zorgverzekeraars zelf een collectiviteit hebben opgericht en daarmee vervolgens kortingen hebben afgesproken. De NZa is van mening dat deze constructie volgens de wet is toegestaan, maar dan moet er wel zekerheid zijn over de autonomie van de collectiviteit.

Door het oprichten van collectiviteiten die selectief alleen bepaalde (risico)groepen verzekeren accepteren, kan op eenvoudige wijze het verbod op premiedifferentiatie worden omzeild. Bijvoorbeeld, indien een zorgverzekeraar de premie binnen een provincie zou willen differentiëren naar regio (bijvoorbeeld de regio's Wieringermeer versus Amsterdam binnen de provincie Noord Holland) kan hij een collectiviteitkorting geven aan de collectiviteit die uitsluitend verzekeren accepteert die woonachtig zijn in de regio Wieringermeer. De in de Zvw geboden mogelijkheid van collectiviteitkortingen biedt dus een wettelijk toegestane mogelijkheid tot marktsegmentatie en bijbehorende differentiatie van de premie(korting). Weliswaar mag de collectiviteitkorting krachtens art. 18 Zvw niet meer dan 10% bedragen, maar het is naïef te veronderstellen dat op een concurrerende markt winsten per collectiviteit die groter zijn dan 10% op termijn niet voor een belangrijk deel aan de deelnemers van de collectiviteit zullen worden uitgekeerd, bijvoorbeeld via kortingen op andere verzekeringsproducten. Een toenemend aantal collectiviteiten biedt, naast korting voor de zorgverzekering, al kortingen (oplopend tot 35%) aan voor aanvullende verzekeringen, auto-, reis-, inboedel-, opstal-, aansprakelijkheid- en motorverzekeringen (Roos en Schut 2009, Bijlage 6).

### **Knelpunten**

- Omdat voor collectiviteiten geen acceptatieplicht bestaat, kan een collectiviteit selectief alleen laagrisico verzekeren als deelnemer accepteren (risicoselectie). Hierdoor wordt de effectiviteit van de acceptatieplicht voor de zorgverzekering aangetast.
- Artikel 18 Zvw, dat bepaalt dat de maximum premiekorting voor collectiviteiten 10 procent bedraagt, is niet effectief: hogere kortingen worden verleend via kortingen op overige verzekeringsproducten. Dit betekent dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie (kunnen) uithollen.

---

<sup>180</sup> Bijvoorbeeld, Achmea heeft de collectiviteitkorting voor gebruikers van thuiszorg verlaagd van 7,5% in 2008 naar 5% in 2009 (Roos en Schut 2009).

### 5.1.9 Verzekeringsplicht

Een *knelpunt* is dat in de praktijk de verzekeringsplicht niet door iedereen wordt nageleefd. Volgens het CBS (2009a) waren op 1 mei 2008 171.000 verzekeringsplichtige burgers onverzekerd (1% van de verzekeringsplichtigen).

#### 5.1.10 Plicht tot premiebetaling

Een toenemend *probleem* is het aantal verzekerden dat gedurende langere tijd geen premie betaalt. Volgens het CBS (2009b) is het aantal wanbetalers met een betalingsachterstand van meer dan 6 maanden gestegen van 190.000 (eind 2006) tot 240.000 (eind 2007) tot 280.000 (eind 2008).<sup>181</sup> In de periode 2006-2007 is vooral het aantal wanbetalers onder de bijstandsgerechtigden met 40% sterk gestegen. In de interviews geven verschillende zorgverzekeraars aan dat zij sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet hun incassoregime aanzienlijk verscherpt hebben. Niettemin geven zij aan dat het aantal wanbetalers nog steeds toeneemt.

Om te voorkomen dat wanbetalers door royement onverzekerd worden of dat zij zich bij de ene na de andere verzekeraar verzekeren (die hen op grond van de acceptatieplicht niet mogen weigeren), heeft de minister met verzekeraars afgesproken dat zij wanbetalers niet royeren. In ruil daarvoor krijgen verzekeraars na 6 maanden een bijdrage van de overheid voor de premie die zij mislopen tot het moment dat de wanbetalers hun achterstallige premie bij de verzekeraar voldoen. Sinds eind 2007 kunnen verzekerden hun zorgverzekering niet meer opzeggen bij een betalingsachterstand van de premie. Daardoor kunnen zij niet overstappen naar een andere verzekeraar en de incasso-inspanningen voor het innen van hun schuld ontlopen.<sup>182</sup>

#### 5.1.11 Basispakket

De hoofdlijn binnen de sociale ziektekostenverzekering is dat de Zvw betrekking heeft op de zorg die is gericht op genezing, terwijl de in de AWBZ opgenomen zorgvormen betrekking hebben op langdurige verzorging. In de Zvw betreft het te verzekeren risico globaal de behoefte aan geneeskundige zorg (waaronder huisartsenzorg), mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging, verblijf in verband met geneeskundige zorg, vervoer, de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) en het eerste jaar klinische GGZ (zie Bijlage 8).<sup>183</sup>

De grens tussen de aanspraken op grond van de Zvw en AWBZ is, mede door de functionele omschrijving in zowel de Zvw als de AWBZ, vaag en heeft tot interpretatieproblemen en afbakenings-

---

181 NB: Het is ons niet bekend hoeveel verzekerden een betalingsachterstand van 2 maanden of meer hebben.

182 Om het probleem van het toenemend aantal wanbetalers structureel in te dammen, heeft het parlement in 2009 een voorstel tot wijziging van de Zvw aangenomen (zie Eerste Kamer 2009; zie ook Kamerstukken II 2008-2009, 31 736, nr. 2-3.).

183 De AWBZ beschermt in beginsel alle ingezetenen tegen de risico's van ziekte die langdurige behandeling vereist. Het gaat hierbij onder meer om verpleging in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen vanaf de 366e dag en om allerlei vormen van inrichtingsverpleging en dagopvang en voorzieningen op het terrein van de geestelijke en preventieve gezondheidszorg.

vragen geleid (zie o.a. Weghaus-Reus 2008) ten aanzien van bijvoorbeeld verpleging<sup>184</sup>, psychosociale hulpverlening<sup>185</sup> en revalidatiezorg.<sup>186</sup>

Een tweede knelpunt is dat bij een aantal Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's) uitgaven ten laste van de zorgverzekering worden gebracht die niet onder de Zvw valt. De achtergrond van dit knelpunt is dat de aanspraken op grond van Zvw niet adequaat vertaalbaar zijn naar DBC's, en omgekeerd zijn DBC's niet adequaat vertaalbaar naar de te verzekeren Zvw-prestatie 'geneeskundige zorg zoals een medisch specialist pleegt te bieden'. Een DBC is een *bekostigingsinstrument* in de zin van de Wmg en geen drager of samenvatting van *te verzekeren prestaties volgens de Zvw*.<sup>187</sup> Kernpunt hierbij is dat een DBC 'ondeelbaar' is en zowel 'Zvw-verzekerde' als 'niet-Zvw-verzekerde' onderdelen kan bevatten. Bijvoorbeeld de zorgactiviteit sterilisatie die niet onder de Zvw valt, zit in een DBC samen met consulten en diagnostiek die wel onder de Zvw vallen. Het percentage 'problematische' DBC's zal in de toekomst groter worden als het aantal DBC's in het kader van het verbeterplan 'DBC's op weg naar Transparantie' (DOT) wordt teruggebracht van 30.000 naar circa 3.000. Immers, het samenvoegen van een niet-problematische DBC met een problematische DBC leidt per definitie tot een problematische DBC.

#### **Knelpunten**

- Er bestaat enige onduidelijkheid over de precieze afbakening van het Zvw-pakket en het AWBZ-pakket.
- Bij een aantal DBC's worden uitgaven ten laste van de zorgverzekering gebracht die niet onder de Zvw vallen. Dit probleem neemt toe bij het terugbrengen van het aantal DBC's van 30.000 naar circa 3.000.

#### **5.1.12 Invloed verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraars**

In het rapport Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet concludeert de NZa (2007e) dat de bekendheid bij verzekerden over de instrumenten die zij hebben om het gedrag of beleid van hun zorgverzekeraar te beïnvloeden, te wensen over laat. Van de ondervraagden weet 39% dat er een klachtenregeling bestaat en is 38% op de hoogte van het bestaan van een onafhankelijke geschillen-

---

184 Bijvoorbeeld, de functie verpleging is in beide wetten verzekerd: wanneer valt verpleging onder de Zvw en wanneer onder de AWBZ? Daarover gaan onder meer de volgende uitspraken: de Voorzieningenrechter Rechtbank Zutphen van 25 januari 2007 (Vzr. Rb. Zutphen 25 januari 2007, RZA 2007, 57. Zie ook het CVZ-advies 25 maart 2008, RZA 2008, 59), de Voorzieningenrechter Rechtbank Amsterdam van 10 april 2007 (Vzr. Rb. Amsterdam 10 april 2007, RZA 2007, 116) en de Rechtbank Zwolle van 15 november 2007 (Rb. Zwolle 15 november 2007, Awb 07/176, RZA 2008, 17).

185 Over psychosociale hulpverlening na een medische behandeling in verband met transseksualiteit en AWBZ-zorg zie de uitspraak van de Rechtbank Rotterdam van 23 april 2007 (Rb. Rotterdam 23 april 2007, AWBZ 06/4475 en 06/3911, RZA 2007, 114 en 115 (m.nt. S.C. Witteveen-Nooitgedagt). Zie ook het advies van het CVZ, RZA 2007, 23.

186 Zie de uitspraak van de Rechtbank Maastricht van 15 april 2008 (Rechtbank Maastricht 15 april 2008, AWB 07/912 AWBZ).

187 Zie de brief (kenmerk PAK/29004891) van de voorzitter Raad van Bestuur CVZ (Hermans) aan de directeur-generaal ministerie VWS (Monissen) dd 11 februari 2009 over "VWS knelpunten Zvw en Wmg DBC's".

commissie. Verder blijken veel verzekerden niet goed op de hoogte te zijn van de beschikbare instrumenten om invloed uit te oefenen. Dat is volgens de NZa voor een deel wel te verklaren. Consumenten verdiepen zich pas in klachten- en geschillenregelingen als zij een klacht of geschil hebben.

Bij het gebruik van de middelen voor verzekerdeninvloed zijn door de NZa verder geen grote belemmeringen vastgesteld. Uit het onderzoek blijkt dat het overgrote deel van de verzekerden (93%) geen klachten heeft over de zorgverzekeraars. Als verzekerden klagen, hanteren zij volgens de NZa daarvoor vooral de reguliere klachten- en geschillenprocedures. Ze gebruiken veel minder vaak middelen zoals leden- of verzekerdenraden, de rechter en consumentenprogramma's of consumentenorganisaties. Vooral de georganiseerde manier van beïnvloeding via verzekerden- of ledenraden is volgens de NZa bij de verzekerden te weinig bekend. Slechts 17% van de ondervraagden is hiervan op de hoogte. Het effect van de checks en balances kan - aldus de NZa - "groter worden naarmate de bekendheid van verzekerden met de verschillende middelen voor verzekerdeninvloed toeneemt".

Uit een analyse van de jaarrapportages van zorgverzekeraars blijkt dat 6 zorgverzekeraars gebruik maken van een klantenpanel. Andere zorgverzekeraars geven soms in het jaarverslag aan dat ze een klanttevredenheid-onderzoek hebben uitgevoerd.

De invloed van ledenraden is in de praktijk beperkt. Aangegeven wordt dat dit komt door een gebrek aan professionaliteit aan de kant van de ledenraadsleden. Een andere reden is dat de materie complex is en moeilijk te bevatten voor de ledenraadsleden<sup>188</sup>.

*Conclusie:* Volgens de NZa zijn verzekerden onvoldoende op de hoogte van hun mogelijkheden tot beïnvloeding van het beleid van hun zorgverzekeraar.

### 5.1.13 *Zorgplicht*

Een belangrijke doelstelling van de sociale verzekering die met de Zvw wordt gerealiseerd, is, aldus de Memorie van Toelichting, te waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben<sup>189</sup>. De zorgverzekeraars, als uitvoerders van de verzekering, komt een belangrijke rol toe bij het realiseren van dat doel. Het gaat er daarbij volgens de Memorie van Toelichting niet alleen om dat de betaling van de kosten is gewaarborgd, maar ook dat de burgers de verzekerde zorg in voorkomend geval ook werkelijk kunnen verkrijgen. Ten aanzien van beide aspecten, zo wordt vervolgens gesteld, heeft de zorgverzekeraar nadrukkelijk een rol, die wordt aangeduid met de term "*zorgplicht*". In artikel 11.1 Zvw wordt de zorgplicht zodanig vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a de *zorg* of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft; of
- b *vergoeding van de kosten* van deze zorg of overige diensten alsmede, *desgevraagd, activiteiten* gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

---

<sup>188</sup> Van der Schee e.a. 2000; NZa 2007e.

<sup>189</sup> Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 28 (MVT).

Variant (a) wordt in de Memorie van Toelichting het *naturamodel* genoemd: hierbij heeft de verzekerde recht op de zorg waaraan hij behoefte heeft. Variant (b) wordt in de Memorie van Toelichting het *restitutiemodel* genoemd: hierbij heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van de zorg waaraan hij behoefte heeft. Hierbij moet de verzekeraar als de verzekerde daarom vraagt, zich inspannen om ervoor te zorgen dat de zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd. In lijn daarmee worden polissen die recht geven op zorg (variant a) *naturapolissen* genoemd, terwijl polissen die recht geven op een kostenvergoeding *restitutiepolissen* worden genoemd (zie Box 5.8).<sup>190</sup>

Zoals uiteengezet in Box 5.8 houdt de zorgplicht bij naturapolissen een resultaatsverplichting in, terwijl dit bij restitutiepolissen niet meer inhoudt dan een inspanningsverplichting, waarbij het initiatief bovendien ligt bij de verzekerde (de verzekeraar hoeft immers pas “desgevraagd” in actie te komen). De “activiteiten” die de verzekeraar bij een restitutiepolis op grond van de zorgplicht “desgevraagd” moet verrichten kunnen volgens de Memorie van Toelichting “afhankelijk van de situatie beperkt tot zeer omvangrijk zijn en kunnen uiteenlopen van een simpel telefonisch contact met doorverwijzing van de verzekerde naar een aangeduide zorgaanbieder tot het voeren van besprekingen met een zorgaanbieder om te bewerkstelligen dat de verzekerde geholpen wordt”<sup>191</sup>. Dit laat de verzekeraar bij het invullen van de zorgplicht bij een restitutiepolis veel ruimte voor eigen interpretatie en verschaft de verzekerde weinig zekerheid dat hij in voorkomende gevallen de verzekerde zorg ook werkelijk kan verkrijgen. Daarmee beantwoordt de invulling van de zorgplicht bij een restitutiepolis niet aan het gestelde doel, namelijk het *waarborgen* dat burgers de *benodigde zorg* kunnen krijgen. Weliswaar biedt de Zvw de mogelijkheid dat verzekeraars een naturapolis aanbieden die de benodigde zorg contractueel waarborgt, maar niets verplicht verzekeraars daartoe. Indien geen enkele verzekeraar een naturapolis tegen een redelijke premie aanbiedt bestaat er de facto geen garantie dat de burgers de benodigde zorg kunnen krijgen.

Het aanbieden van restitutiepolissen stelt dus in principe aanzienlijk lichtere eisen aan de zorgverzekeraar dan het aanbieden van naturapolissen. Voor zorgverzekeraars kan het daarom aantrekkelijk zijn om te opteren voor het restitutiemodel.

Bij naturapolissen biedt de zorgplicht (de ‘leveringsplicht’) in beginsel betere waarborgen op het verkrijgen van zorg dan bij restitutiepolissen. De NZa (2007b) heeft de beschikbare normen die kunnen dien voor een nadere invulling van de zorgplicht ondergebracht in een toezichtskader. Daarbij maakt de NZa onderscheid tussen relatief concrete normen en open normen, zoals “voldoende deskundigheid”, “goede kwaliteit”, “tijdige levering” en “redelijke reisafstand”. De laatste categorie dient (verder) te worden ingevuld met behulp van bevindingen uit de praktijk, zoals casuïstiek en jurisprudentie. De NZa stelt echter niet de intentie te hebben om de open normen rond tijdigheid en kwaliteit in te vullen. Als het om kwaliteit gaat, dringt de NZa (2007b) eerst bij marktpartijen aan op het transparant maken van kwaliteit. Voor tijdigheid worden de Treeknormen voor aanvaardbare wachttijden als streefnormen genomen.

---

<sup>190</sup> De termen natura- en restitutie(polissen) komen overigens in de Zvw zelf niet voor.

<sup>191</sup> Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 29 (MVT).



### Box 5.8. Wijdverbreid misverstand over natura- en restitutiepolissen

Veelal wordt de *naturapolis* geassocieerd met 'rechtstreekse betaling door de zorgverzekeraar aan de zorgverlener' en wordt de *restitutiepolis* geassocieerd met 'betaling door de zorgverzekeraar aan de verzekerde, en betaling door de verzekerde aan de zorgverlener'. Dit verschil in betalingswijzen is echter niet het kenmerkende verschil. Het wezenlijke verschil tussen natura- en restitutiepolissen is gelegen in de aanspraken die de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar heeft (Van der Most 2007, p. 9).

Bij een *naturapolis* heeft de verzekerde aanspraak op zorg, en bijgevolg heeft de zorgverzekeraar een leveringsplicht. Een *naturapolis* kan men zich voorstellen als een verzekeringsvorm waarbij de verzekerde via de zorgverzekeraar toegang krijgt tot een pakket van diensten met een bijbehorend netwerk van geselecteerde aanbieders (Van der Most 2007, p. 33). De leveringsplicht bij een *naturapolis* impliceert dat de zorgverzekeraar tegenover de verzekerde moet instaan voor de *daadwerkelijke, tijdige en behoorlijke verlening van die zorg*. Een tekortkoming op een of meer van die punten levert in principe wanprestatie op (Van der Most 2007, p. 39-40).

Bij een *restitutiepolis* heeft de verzekerde aanspraak op terugbetaling (restitutie) van de kosten van zorg. Krachtens de zorgplicht moet de zorgverzekeraar bij een restitutiepolis, op verzoek van de verzekerde, activiteiten ontplooiën die gericht zijn op het verkrijgen van de benodigde zorg. Deze activiteiten worden wel aangeduid als 'zorgbemiddeling'.

Bij de *naturapolis* is sprake van een resultaatverbintenis, terwijl bij de restitutiepolis slechts sprake is van een inspanningsverplichting (Van der Most 2007, p. 12).

Een *naturapolis* impliceert rechtstreekse betaling door de zorgverzekeraar aan de zorgverlener. Bij een restitutiepolis kan de zorgverzekeraar met de zorgverlener afspreken (maar dit hoeft niet) dat de zorgverlener rechtstreeks door de zorgverzekeraar wordt betaald. Zo'n overeenkomst over de betalingswijze doet echter niets af aan het boven beschreven wezenlijke karakter van een restitutiepolis.

Hoogstwaarschijnlijk zijn de meeste mensen niet op de hoogte van het wezenlijke verschil tussen natura- en restitutiepolissen. En wellicht weten veel mensen niet eens of zij een *naturapolis* of een restitutiepolis hebben. De NZa constateert op basis van een survey dat consumenten de informatie in de pakketten van zorgverzekeraars het minst begrijpelijk vinden als het gaat om het type polis (natura-, restitutie- en combinatiepolis) en de mate van contractering (NZa 2007a, p.59).

De wetgever heeft bewust in de Zvw de mogelijkheid opgenomen dat de consument kan kiezen tussen een natura- en restitutiepolis. Een restitutiepolis, die ceteris paribus enig premievoordeel kan opleveren omdat de zorgverzekeraar geen leveringsplicht heeft en geen voorzieningen behoeft te treffen voor bijvoorbeeld het geval dat een ziekenhuis failliet gaat, kan in beginsel onaangename en verrassende gevolgen hebben voor de verzekerde (zie Box 5.9). Het moet niet worden uitgesloten dat indien een verzekerde die een restitutiepolis heeft, volledig geïnformeerd zou zijn geweest over het wezenlijke verschil tussen een natura- en een restitutiepolis, hij een andere keuze zou hebben gemaakt.

Goede voorlichting (door de overheid) over het verschil tussen natura- en restitutiepolissen en goede informatie door de zorgverzekeraar over de precieze aanspraken bij de diverse aangeboden polissen, is van groot belang voor de verzekerde om tot een juiste keuze van polis te kunnen komen.

### Box 5.9 – Zorgplicht en het faillissement van een ziekenhuis

Bij een *naturapolis* is de zorgverzekeraar behalve verzekeraar tevens leverancier van de zorg die hij verzekert. De zorgverzekeraar heeft de (zorg)plicht in te staan voor daadwerkelijke, tijdige en behoorlijke verlening van de benodigde zorg (Van der Most 2007, p. 39). Deze leveringsplicht is een resultaatsverbintenis.

De zorgplicht bij een *restitutiepolis* verplicht de zorgverzekeraar, desgevraagd door de verzekerde, tot zorgbemiddeling. Hier is sprake van een inspanningsverplichting.

Dit wezenlijke verschil tussen natura- en restitutiepolissen kan verregaande consequenties hebben bij het faillissement van een ziekenhuis.

Stel dat ziekenhuis Y failliet dreigt te gaan en in de nabije omgeving is geen ander ziekenhuis.

Verzekerden die gekozen hebben voor een *naturapolis* kunnen in voorkomende gevallen hun zorgverzekeraar rechtstreeks aanspreken op een tekortschieten in diens leveringsplicht (Van der Most 2007, p. 68). Hoe de zorgverzekeraar zijn leveringsplicht nakomt, is in beginsel zijn eigen verantwoordelijkheid. Voor sommige zorgvormen kan wellicht worden volstaan met het organiseren van goed vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, tezamen met een overeenkomst met dit ziekenhuis dat het de benodigde zorg zal verlenen. Voor ander zorgvormen moeten wellicht drastischer maatregelen worden genomen, bijvoorbeeld het neerzetten van een noodhospitaal. Voor zover van een zorgverzekeraar, gegeven het aantal verzekerden dat hij heeft in het werkgebied van ziekenhuis Y, in redelijkheid en billijkheid niet verwacht kan worden dat hij deze (nood)voorziening alleen treft, lijken er geen mededingingsrechtelijke bezwaren te bestaan om een dergelijke (nood)voorziening samen met andere zorgverzekeraars te organiseren (vergelijk de samenwerking tussen concurrerende huisartsen bij de nacht-, avond- en weekenddiensten). Alleen overmacht kan een zorgverzekeraar ontslaan van de lasten van de (leverings)plicht in te staan voor daadwerkelijke, tijdige en behoorlijke verlening van zorg. Maar indien een faillissement van een ziekenhuis zich al maanden van te voren heeft afgetekend, lijkt een beroep op overmacht weinig kans van slagen te maken.

Verzekerden die gekozen hebben voor een *restitutiepolis*, kunnen een beroep doen op hun zorgverzekeraar activiteiten te ontplooiën die zijn gericht op het verkrijgen van de benodigde zorg. Dit impliceert echter niet dat deze zorgbemiddeling-activiteiten ook succesvol behoren te zijn (Van der Most 2007, p. 14). Indien deze activiteiten van de zorgverzekeraar voor de verzekerde uiteindelijk niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd, is het de verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf om de benodigde zorg te verkrijgen.

Stel dat zorgverzekeraar A de dominante zorgverzekeraar is in het werkgebied van ziekenhuis Y. Uit de zorgplicht volgt op geen enkele wijze dat zorgverzekeraar A een primaire verantwoordelijkheid heeft voor de 'redding van ziekenhuis Y'. De zorgplicht zoals vastgelegd in artikel 11 van de Zvw verplicht *iedere* zorgverzekeraar ten aanzien van elk van zijn verzekerden in het verzorgingsgebied van ziekenhuis Y, tot bovengenoemde verplichtingen; en die verplichtingen zijn afhankelijk van de aard van de zorgverzekeringsovereenkomst: natura of restitutie.

In hoeverre de leveringsplicht in de praktijk effectief is als de continuïteit van zorg in het geding is, bijvoorbeeld bij een faillissement van een ziekenhuis, is vooralsnog niet duidelijk (zie Box 5.9). Bij het dreigende faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen begin 2009 hebben de zorgverzekeraars niet publiekelijk aangegeven hoe zij hun leveringsplicht bij naturapolissen in het geval van faillissement

zouden waarmaken. De grootste zorgverzekeraar achtte het niet zijn plicht om de IJsselmeer-ziekenhuizen overeind te houden om te waarborgen dat de zorg daar voor zijn verzekerden beschikbaar zou blijven. Het kabinet was van oordeel dat het ziekenhuis overeind gehouden moest worden omdat het om een “systeemziekenhuis” zou gaan en besloot het ziekenhuis grotendeels met overheidsgeld te redden van een faillissement. In het Kamerdebat naar aanleiding van de reddingsoperatie gaf de minister aan dat wat hem betreft één van de “*lessons learned*” was dat het niet duidelijk is waar de zorgverzekeraar precies op aanspreekbaar is<sup>192</sup>. De conclusie is dat het onduidelijk is welke zorgfuncties uit oogpunt van continuïteit en toegankelijkheid binnen welke geografische afstand en binnen welke termijn beschikbaar dienen te zijn, en wie daarvoor de verantwoordelijkheid draagt.<sup>193</sup> Kortom, in dit opzicht is niet duidelijk wat de leveringsplicht van een naturapolis in de praktijk precies inhoudt.<sup>194</sup>

Maar zelfs al zouden verzekeraars met een naturapolis op grond van de leveringsplicht kunnen worden gedwongen – bijvoorbeeld als gevolg van jurisprudentie die hierover ontstaat – om de beschikbaarheid van bepaalde zorgvoorzieningen te garanderen, dan kunnen zij die leveringsplicht dus eenvoudig ontwijken door de naturapolis te vervangen door een restitutiepolis (Van der Most 2007, p. 13). De NZa (2007a, p.20) constateert dat tussen de verschillende typen polissen “vrij gemakkelijk aanbodssubstitutie kan plaatsvinden”.

In dit opzicht is het opmerkelijk dat het aandeel verzekerden met een naturapolis in 2008 is gedaald van 60 naar 40% (NZa 2008b). Deze afname is vrijwel volledig het gevolg van het vervangen van natura- door combinatiepolissen, waarvan het verzekerdenaandeel is toegenomen van 10% in 2007 tot ruim 30% in 2008. De NZa constateert dat “in 2008 opnieuw blijkt dat wanneer zorgverzekeraars de polissoort (naturapolis dan wel combinatiepolis) veranderen, dit voor verzekerden niet of nauwelijks een reden is om voor een andere verzekering te kiezen.” (NZa 2008b, p.28). Verzekerden lijken zich nauwelijks bewust van de verandering van het type polis en de gevolgen daarvan voor de garantie dat zij in de toekomst de benodigde zorg ook daadwerkelijk kunnen krijgen.<sup>195</sup> De NZa (2007a, p.59) constateert dat de beschikbare informatie over het type polis vaak niet correct is. Zo blijken de meeste vergelijkingsites hierover onjuiste informatie te verschaffen en blijkt dat “veel verzekeraars de begrippen natura (recht op zorg) en restitutie (recht op vergoeding van zorg) niet goed uitleggen”. De NZa (2008b, p. 28) geeft aan dat zij er scherper op zal toezien dat

---

192 Kamerstukken II 2008-2009, 27 295, nr. 132, p. 24.

193 Bij een sluiting van de IJsselmeerziekenhuizen zou aan de enige wettelijke norm van maximaal 45 minuten aanrijtijd voor de ambulance bij spoedeisende zorg nog steeds kunnen worden voldaan. Niettemin achtte de overheid (inclusief de NZa) sluiting onwenselijk op grond van de overweging dat de aanrijtijden voor een groot aantal inwoners aanzienlijk zou toenemen, de chronische zorg zou verschromen en het onduidelijk was of de naburige ziekenhuizen de extra benodigde electieve zorg zouden kunnen leveren. (NZa 2009a).

194 oor de visie van de NZa over de rol die de zorgplicht speelt bij steunverlening aan zorginstellingen, zie NZa 2009e

195 Uit de jaarlijkse najaarspeiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL blijkt dat het percentage respondenten dat niet weet welk type polis het heeft, is toegenomen van 20% in 2006 tot 28% in 2008. Het is zeer de vraag of de overige respondenten die aangeven te weten welk type polis zij hebben, ook zouden kunnen aangeven wat het belangrijkste verschil tussen de verschillende polistypen is.

zorgverzekeraars hun verzekerden over belangrijke wijzigingen in de polis volledig en juist informeren. Wanneer verzekerden zich realiseren dat een naturapolis sterkere garanties biedt op zorg dan een restitutiepolis, zal dat wellicht leiden tot een sterkere voorkeur voor naturapolissen. Dit kan verzekeraars er vervolgens van weerhouden om natura- door restitutiepolissen te vervangen. Zolang verzekerden echter niet van deze verschillen op de hoogte zijn, is het aanbieden van een naturapolis voor zorgverzekeraars onaantrekkelijk, vooral als de leveringsplicht concreter wordt ingevuld.

### **Conclusie**

Zorgverzekeraars kunnen aan de zorgplicht invulling geven door het aanbieden van naturapolissen, restitutiepolissen of combinatie van beide soorten polissen (combinatiepolissen). In beginsel bestaat er een groot verschil tussen natura- en restitutiepolissen, zowel in de aanspraken van de verzekerde als in de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Bij een naturapolis heeft een verzekerde recht op zorg en de verzekeraar een leveringsplicht. Bij een restitutiepolis heeft een verzekerde recht op vergoeding van benodigde zorg en de verzekeraar een vergoedingsplicht en (desgevraagd) een zorgbemiddelingsplicht.

In de praktijk blijken deze verschillen (nog) nauwelijks een rol te spelen. Over de effectiviteit van de zorgplicht in de praktijk, als het er op aankomt bij bijvoorbeeld een faillissement van een ziekenhuis, is ons (nog) niets bekend. Bij het dreigende faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen heeft de overheid ingegrepen. Zorgverzekeraars hebben niet publiekelijk aangegeven hoe zij ten behoeve van verzekerden met een naturapolis hun leveringsplicht in het geval van faillissement zouden waarmaken. Door het vrijwel ontbreken van wettelijke normen en de beperkte jurisprudentie, is het bovendien onvoldoende duidelijk wat de leveringsplicht concreet inhoudt. Maar ook als die duidelijkheid er wel zou zijn, dan kunnen verzekeraars deze in principe eenvoudig omzeilen door uitsluitend restitutiepolissen aan te bieden. In 2008 is het aandeel naturapolissen met eenderde gedaald. Verzekeraars zouden wellicht terughoudend zijn in het vervangen van natura- door restitutie- of combinatiepolissen als de verzekerden op de hoogte zouden zijn van de implicaties daarvan. Verzekerden blijken hierover echter slecht geïnformeerd en de beschikbare informatie blijkt vaak onvolledig of onjuist.

Samengevat luidt de conclusie dat zich ten aanzien van de zorgplicht de volgende *knelpunten* voordoen:

- De in art. 11 Zvw opgenomen zorgplicht biedt onvoldoende waarborgen dat verzekerden met een restitutiepolis de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.
- Zolang verzekerden niet voldoende geïnformeerd zijn over het verschil tussen natura- en restitutiepolissen (hetgeen het geval lijkt te zijn), kunnen verzekerden niet een optimale keuze van zorgpolis maken, en kunnen zorgverzekeraars zich in beginsel eenvoudig onttrekken aan een leveringsplicht zoals die voortvloeit uit naturapolissen, door uitsluitend restitutiepolissen aan te bieden.
- De leveringsplicht die voortvloeit uit naturapolissen is in de praktijk nog onvoldoende ingevuld, waardoor het onduidelijk is waar verzekerden hun verzekeraar precies op kunnen aanspreken.

## 5.2 De Zorginkoopmarkt

Een belangrijk oogmerk van het ordeningsmodel van gereuleerde concurrentie dat ten grondslag ligt aan de Zvw, is dat zorgverzekeraars als kritische inkopers van zorg ten behoeve van hun verzekerden de doelmatigheid van de zorgverlening bevorderen. De Zvw biedt de zorgverzekeraar daartoe twee *instrumenten*: (1) zorgcontracteren, en (2) het in dienst nemen van zorgaanbieders. De *prikkels* om van die instrumenten gebruik te maken moeten komen van de zorgverzekeringsmarkt: doordat verzekerden (kunnen) stemmen met de voeten en direct invloed (kunnen) uitoefenen op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars, moeten zorgverzekeraars worden aangezet tot doelmatige zorginkoop. In die zin is een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt dus een *noodzakelijke voorwaarde* voor een goed functionerende zorginkoopmarkt; terwijl een goed functionerende zorginkoopmarkt weer een noodzakelijke voorwaarde is voor een goed functionerende zorgverleningsmarkt.

### 5.2.1 Zorgcontracteren

Zorgverzekeraars kunnen – voorzover de wet (Wmg, Wtzi) dat toelaat – met zorgaanbieders contractuele afspraken maken over de prijs, het volume, de kwaliteit en de organisatie van zorg. Dergelijke contractuele afspraken zijn een belangrijk instrument voor zorgverzekeraars om de doelmatigheid van zorg te beïnvloeden.

Zoals uiteengezet in paragraaf 5.1.13 kunnen zorgverzekeraars kiezen uit het aanbieden van natura-, restitutie- en/of combinatiepolis. Een naturapolis (alsmede een combinatiepolis) impliceert dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders contractuele afspraken moeten maken over de levering van zorg aan hun verzekerden teneinde het recht op zorg in natura te kunnen garanderen (Van de Most 2007). Bij een restitutiepolis bestaat geen noodzaak tot zorgcontracteren omdat de zorgverzekeraar niet hoeft te garanderen dat de zorg daadwerkelijk wordt verleend.

Hoe effectief is zorgcontracteren als instrument voor doelmatige zorginkoop? Dit hangt mede af van de bereidheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om contractuele afspraken te maken. Aangezien zorgverzekeraars in geval van naturapolissen zorg moeten contracteren, gaat het bij hen om de bereidheid tot zorgcontracteren in het geval van restitutiepolissen.

#### **Bereidheid tot zorgcontracteren bij zorgverzekeraars in geval van een restitutiepolis**

In tegenstelling tot een naturapolis maakt een restitutiepolis het voor een zorgverzekeraar mogelijk om geen zorg te contracteren en zich uitsluitend te beperken tot een vergoeding van de zorgkosten. In dat geval kan de verzekeraar echter geen invloed uitoefenen op de prijs, het volume en de kwaliteit van de verzekerde zorg. Wanneer een zorgverzekeraar ervoor kiest geen zorgaanbieders te contracteren voor alle of bepaalde vormen van verzekerde zorg, is hij niet vrij om zelf een maximum te stellen aan de hoogte van het door hem aan zijn verzekerden te restitueren bedrag. Volgens de

Memorie van Toelichting<sup>196</sup> zou de zorgverzekeraar in dat geval namelijk de wettelijk vastgelegde rechten van de verzekerden kunnen beperken. Verzekerden zouden dan immers zelf het verschil moeten betalen tussen het aan hen door de zorgaanbieder in rekening gebrachte tarief en de aan hen gerestitueerde maximumvergoeding.<sup>197</sup> Met een dergelijk systeem zou de prikkel voor zorgverzekeraars om zich in te zetten voor een efficiëntere en minder kostbare zorgverlening verloren gaan. Volgens de Memorie van Toelichting<sup>198</sup> impliceert het recht op restitutie bij afwezigheid van gecontracteerde zorg daarom in principe een recht op *volledige* vergoeding van de voor de verzekerde zorg gemaakte kosten. Voor vormen van zorg waarbij sprake is van een maximumtarief op grond van de Wmg moeten verzekeraars de in rekening gebrachte tarieven tot aan dit maximumtarief volledig vergoeden. Voor vormen van zorg waarvoor geen wettelijke maximumtarieven gelden zou de eis van volledige vergoeding echter kunnen leiden tot excessief hoge prijzen bij zorgaanbieders. Om prijsexcessen te voorkomen is daarom bij algemene maatregel van bestuur (amvb) bepaald dat de zorgverzekeraar geen hogere kosten hoeft te restitueren dan een “marktconform” tarief dat in redelijkheid passend is in de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden. De vraag wat in het kader van de geldende marktomstandigheden als gebruikelijk mag worden gekwalificeerd, moet zich in de praktijk uitkristalliseren, onder meer naar aanleiding van uitspraken van de toezichthoudende instantie (NZa) en eventueel te vormen jurisprudentie. Het is aan een zorgverzekeraar om aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is. Doordat verzekeraars bij een restitutiepolis zonder zorgcontracten gedwongen zijn het wettelijke maximumtarief of, bij vrije prijzen, een “marktconform” tarief te betalen, zal een dergelijke polis doorgaans duurder zijn dan een polis met zorgcontracten, mits de verzekeraar in staat is om contractprijzen te bedingen die lager liggen dan het wettelijke maximum- of “marktconforme” tarief, of anderszins via contracten doelmatigheidsverbetering weet te realiseren. Door de hogere premie zal een restitutiepolis zonder zorgcontracten voor een aantal verzekerden waarschijnlijk minder aantrekkelijk zijn en zullen zorgverzekeraars worden aangespoord om met zorgaanbieders contracten te sluiten. Niettemin heeft volgens de NZa (2008b) in 2008 ongeveer éénvijfde (22%) van alle verzekerden gekozen voor een restitutiepolis zonder zorgcontracten (tegenover 17% in 2007). Het percentage verzekerden met een restitutiepolis met (deels) gecontracteerde zorg is aanzienlijk afgenomen, van 11% van alle verzekerden in 2007 tot 4% in 2008 (NZa 2008b). In 2008 had in totaal dus 26% van alle verzekerden een restitutiepolis: 22% zónder zorgcontracten en 4% met zorgcontracten. Dit impliceert dat bij 85% van de in 2008 verkochte restitutiepolissen geen sprake was van zorgcontracten (tegen 60% in 2007)<sup>199</sup>.

---

196 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 33 (MvT).

197 Indien de zorgverzekeraar bij een restitutiepolis in de zorgverzekeringsovereenkomst met hun verzekerden hebben bepaald dat de verzekerden voor het verkrijgen van de zorg in beginsel uitsluitend gebruik mogen maken van gecontracteerde zorgverleners met wie de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over de in rekening te brengen prijs, is de zorgverzekeraar krachtens art. 11.1.b gehouden de overeengekomen prijs aan de verzekerde te vergoeden (behoudens het eigen risico).

198 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 33 (MvT).

199 Aangezien de meeste verzekerden geen restitutiepolis maar een natura- of combinatiepolis hebben, had per saldo een ruime meerderheid van de bevolking in 2008 een polis met gecontracteerde zorg: bijna 70% met gecontracteerde zorg voor alle zorgvormen en bijna 10% met deels gecontracteerde zorg (NZa 2008b).

## **Bereidheid tot zorgcontracteren bij zorgaanbieders**

Evenmin als zorgverzekeraars zijn zorgaanbieders verplicht om contracten af te sluiten. Voor zorgaanbieders kunnen contractuele afspraken met zorgverzekeraars om diverse redenen aantrekkelijk zijn. Zo kunnen contractuele afspraken leiden tot extra klanten (via volumeafspraken), extra middelen voor investeringen in kwaliteitsverbeteringen<sup>200</sup> en meer betalingsgaranties (minder incasso-problemen en lagere incassokosten).<sup>201</sup> Niettemin kan het voor zorgaanbieders ook aantrekkelijk zijn om geen contract af te sluiten indien zij zonder contract een hogere prijs in rekening kunnen brengen én de verzekeraar die prijs volledig moet vergoeden. Deze situatie doet zich voor wanneer geen of onvoldoende zorgaanbieders bereid zijn tot het sluiten van een contract. In dat geval moeten zorgverzekeraars – zowel bij restitutie- als bij naturapolissen – noodgedwongen alle kosten vergoeden tot hetzij het wettelijk maximumtarief (ex Wmg) hetzij een marktconform tarief (bij afwezigheid van wettelijke maximumprijzen).<sup>202</sup> In interviews geven verschillende zorgverzekeraars als hun oordeel dat dit een belangrijke weeffout in de Zvw is. Zo wees de directeur zorginkoop van zorgverzekeraar CZ er op dat hooguit 20% van de tandartsen bereid was een contract te sluiten, waardoor de zorgverzekeraar gedwongen werd het maximumtarief te vergoeden en bovendien niet de mogelijkheid had om nadere afspraken te maken over kwaliteit en bijvoorbeeld de inzet van mondhygiënist.<sup>203</sup> Sinds 1 januari 2009 kunnen apothekhoudenden en zorgverzekeraars aanvullende contractafspraken maken over de inhoud en kwaliteit van de farmaceutische zorg.

## **Selectief contracteren en vergoeding van niet-gecontracteerde zorg**

Zorgverzekeraars hoeven echter niet met alle zorgaanbieders contracten te sluiten. De Zvw staat nadrukkelijk toe dat verzekeraars selectief contracten kunnen afsluiten met bepaalde zorgaanbieders. Selectief contracteren wordt gezien als een belangrijk middel om de doelmatigheid van de zorginkoop de te vergroten. Zo kan selectief zorgcontracteren worden gebruikt om zorgaanbieders tot betere

---

200 Zo kunnen apothekhoudenden sinds 1 januari 2009 in ruil voor een hoger tarief met zorgverzekeraars aanvullende contractafspraken maken over de inhoud en kwaliteit van de farmaceutische zorg. Hoewel uit een eerste inventarisatie van de NZa blijkt dat het aantal daadwerkelijk gesloten contracten laag te noemen is, is de NZa niettemin positief over de bewegingen op de markt (NZa 2009f).

201 Volgens een inventarisatie van de NZa (2008a) voelt meer dan de helft van de ziekenhuizen (60%) zich erg genoodzaakt een contract af te sluiten met alle zorgverzekeraars, terwijl 31% van de ziekenhuizen zich helemaal niet genoodzaakt voelt om een contract af te sluiten. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat het niet afsluiten van een contract veel administratieve lasten met zich mee brengt.

202 In de MvT bij de Zvw staat dat "Ook een zorgverzekeraar die het contracteemodel hanteert, zal, indien er geen of onvoldoende zorgaanbieders bereid blijken met een zorgverzekeraar een overeenkomst te sluiten om zijn verzekerden te helpen, op grond van zijn zorgplicht desgevraagd toch in actie moet komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van die zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval zal hij alle marktconforme kosten van de zorg aan zijn verzekerde voor zijn rekening moeten nemen. Voor een korting, zoals die kan worden toegepast als een verzekerde ondanks zijn keuze voor een polis met gecontracteerde zorg er toch zelf voor kiest de zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is in deze situatie geen plaats." (Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 34 (MvT).

203 Interview met dhr. J. Gijzen (CZ) 2 maart 2009.

kwaliteit of een lagere prijs aan te sporen en kan het worden gebruikt om het gebruik van ondoelmatige zorgaanbieders te ontmoedigen.

Wanneer zorgverzekeraars met voldoende zorgaanbieders contracten afsluiten om aan de zorgbehoeften van verzekerden te kunnen voldoen, hoeven zij de tarieven van niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet volledig te vergoeden. Dit geldt, zoals hierboven uiteengezet, voor alle gevallen waarin verzekeraars het contractmodel hanteren (dus in voorkomende gevallen ook bij restitutiepolissen). Op grond van artikel 13 van de Zvw moeten zorgverzekeraars in het geval van selectief contracteren in de polis aangeven op welke restitutievergoeding de verzekerden in dat geval recht hebben als zij van niet-gecontracteerde zorgaanbieders gebruikmaken. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw wordt gesteld dat op grond van de overwegingen van het Europese Hof van Justitie in de zaak Müller/Fauré de restitutievergoeding niet zodanig (laag) mag zijn dat dit een *feitelijke hinderpaal* vormt voor het invoeren van zorg bij een niet in loondienst zijnde of niet-gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieder<sup>204</sup>. Indien dit zou betekenen dat verzekerden ongeacht hun keuze voor zorgaanbieder de kosten (vrijwel) volledig vergoed krijgen, zou dit de effectiviteit van (selectief) zorgcontracteren sterk reduceren.

In hoofdstuk 4 hebben wij echter geconcludeerd dat de conclusie gerechtvaardigd lijkt dat - niettegenstaande het arrest van het Europese Hof in de zaak Müller/Fauré (zaak C-385/99) - een zorgverzekeraar 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. Wel zijn zorgverzekeraars verplicht zich aan hun zorgplicht te houden en hun verzekerden duidelijke informatie te geven over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg (art. 13 Zvw).

Niettemin wordt van de mogelijkheid van selectief contracteren door zorgverzekeraars maar spaarzaam gebruik gemaakt (NZa 2008b). De enige polis waar op ruime schaal sprake is van selectief contracteren is de ZEKURpolis van zorgverzekeraar Univé (13.000 verzekerden in 2008). Voor het overige beperkt selectief contracteren zich voornamelijk tot ZBC's, fysiotherapeuten, kraamzorg en eerstelijnspsychologen. Op grond van een onderzoek naar selectief contracteren en "keuze-ondersteuning" door verzekeraars, concludeerde de NZa in 2007 dat het nagenoeg ontbreken van selectief contracteren deels te wijten was aan het feit dat "de Zorgverzekeringwet onhelder is over de minimale hoogte van de restitutievergoeding die verzekeraars moeten geven wanneer verzekerden naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders gaan" (NZa 2007c, p. 8). Om vanuit haar kant hierover meer zekerheid te bieden heeft de NZa duidelijk gemaakt 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

---

204 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 31 (MvT).



een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat”<sup>205</sup>. In haar "Richtsnoer Informatieverstrekking ziekte-kostenverzekeraars en volmachten 2008" geeft de NZa aan wat zij wel en niet transparant vindt.<sup>206</sup>

Ondanks de stelregel van de NZa dat een restitutievergoeding van 0% voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders acceptabel is, geven diverse zorgverzekeraars in de interviews aan dat zij mede vanwege de juridische onzekerheid over de minimumvergoeding doorgaans tenminste 80% van de kosten vergoeden. Bontje van zorgverzekeraar UVIT beschouwt de stelling van de NZa dat een vergoeding van niet-gecontracteerde zorgverleners zelfs nul mag zijn als het maar in de polis staat, als pure bluf.<sup>207</sup> Hij geeft aan dat het pijnlijk is als je als zorgverzekeraar door de rechter op dit punt halverwege het jaar wordt teruggefloten. Ook de NZa constateert dat in 2008 de laagste restitutievergoeding die door zorgverzekeraars wordt gehanteerd 80% van het gebruikelijke (Wmg-)tarief bedraagt. Wel blijkt het aandeel verzekerden op een polis waarbij voor niet-gecontracteerde zorg een vergoeding 80% geldt, te zijn gestegen van 20% in 2007 tot bijna 40% in 2008 (NZa 2008b). De financiële gevolgen zijn volgens de NZa evenwel klein omdat zorgverzekeraars in 2008 nog nauwelijks selectief contracteren.

Een andere verklaring die door zorgverzekeraars zelf wordt genoemd voor het spaarzame gebruik van selectief contracteren is dat de meeste verzekerden liever geen polis hebben waarbij hun keuze op voorhand door de zorgverzekeraar wordt beperkt of waarvoor bij het gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders moet worden bijbetaald. Verzekeraars zijn bang voor de reputatieschade als verzekerden de publiciteit zoeken wanneer de zorgaanbieder waar zij naartoe willen achteraf niet blijkt te worden vergoed. Daarom beperken vrijwel alle verzekeraars zich bij voorkeur tot *gedifferentieerde* in plaats van *selectieve* contracten en proberen verzekerden via positieve prikkels te bewegen van bepaalde voorkeuraanbieders gebruik te laten maken. Zo geven diverse zorgverzekeraars telefonisch of via internet advies en begeleiding als het gaat om de keuze van zorgverleners. Sinds 2009 is het voor verzekeraars ook mogelijk om verzekerden door middel van positieve financiële prikkels te stimuleren van voorkeuraanbieders gebruik te maken.

### **Keuzeondersteuning via gedifferentieerd eigen risico**

Vanaf 2009 is de mogelijkheid van een gedifferentieerd verplicht eigen risico ingevoerd.<sup>208</sup> Volgens art. 20.3 Zvw kunnen bij amvb vormen van zorg worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen of hij de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico houdt. Het doel hiervan is dat zorgverzekeraars het verplicht eigen risico als sturingsinstrument kunnen inzetten om verzekerden te stimuleren gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen die de

---

205 NZa 2007c, p.10. Deze stelregel vindt steun in de conclusie van de Europeesrechtelijke analyse in hoofdstuk 4.

206 Op grond van een monitor van de ZEKURpolis concludeert de NZa dat er geen aanleiding is om aan te nemen dat er voor de ZEKURpolis onvoldoende zorg is gecontracteerd door Univé en dat de zorgplicht in het geding is. Daarnaast zijn er volgens de NZa geen aanwijzingen dat de informatieverstrekking over de beperkte vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg niet toereikend is (NZa 2009b).

207 Interview met dhr. M. Bontje (UVIT) 6 maart 2009.

208 Staatsblad 2008, 371 Wijziging Besluit zorgverzekering onder meer in verband met aanpassing verplicht eigen risico.

verzekeraar heeft gecontracteerd (door de NZa betiteld als “keuzeondersteuning” of om hen te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma’s te volgen). Om zorgverzekeraars voldoende gelegenheid te geven om ervaring met dit sturingsinstrument op te doen, is besloten de vrijheid tot differentiatie van het eigen risico niet te beperken tot bepaalde zorgvormen. In tegenstelling tot het geringe gebruik van negatieve financiële prikkels als sturingsinstrument (te weten, het bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg), is van de mogelijkheid om de keuze van verzekerden te beïnvloeden via positieve prijsprikkels (te weten, geen eigen betaling bij gebruik van voorkeuraanbieders) in 2009 door de helft van de verzekeraars direct gebruik gemaakt (met in totaal 58% van het aantal verzekerden) (NZa 2009c). Uit onderzoek van de NZa (2009c) blijkt dat zorgverzekeraars zich hierbij vooralsnog hebben beperkt tot bepaalde zorgvormen binnen het B-segment, op grond van de overweging dat zij ten aanzien van deze DBCs over voldoende kwaliteitsinformatie beschikken, zodat de vrijstelling wordt gekoppeld aan kwalitatief goede zorg. Hoewel zorgverzekeraars ook de kosten van behandeling voor diabetes, depressie, hartfalen, chronisch obstructief longlijden en overgewicht deels of geheel buiten het verplicht eigen risico kunnen laten vallen, heeft nog geen van de zorgverzekeraars hiervan gebruik gemaakt.

Er zijn volgens de NZa verschillende redenen waarom sommige zorgverzekeraars niet of terughoudend gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om het eigen risico te differentiëren. De grootste belemmering die zorgverzekeraars ervaren, is dat het verplicht eigen risico niet wordt kwijtgescholden, zoals veel verzekerden denken, maar dat het wel op andere vormen van zorg van toepassing blijft. Dit betekent dat wanneer de verzekerde vervolgens zorg gebruikt die wel onder het verplicht eigen risico valt, hij alsnog met een verplicht eigen risico wordt geconfronteerd. Dit kan leiden tot teleurstelling en frustratie bij verzekerden en tot reputatieschade voor de zorgverzekeraar. Voorts geven zorgverzekeraars aan dat zij vaak nog onvoldoende inzicht hebben in de verhouding tussen het inkoopvoordeel van doelmatige zorgarrangementen en de kosten als zij het eigen risico niet in rekening brengen. Tenslotte geven sommige zorgverzekeraars aan dat zij (ook) het gebruik van positieve financiële prikkels geen geschikt sturingsinstrument vinden. Zo stelt zorgverzekeraar CZ in een persbericht dat “uit onderzoek blijkt dat de meerderheid van de verzekerden het idee van een financiële bonus bij de keuze voor een voorkeursziekenhuis voorlopig niet ziet zitten. Het introduceren van een financiële prikkel maakt verzekerden achterdochtig over de criteria waarop de voorkeur is gebaseerd.”<sup>209</sup>

In hoeverre verzekeraars via een gedifferentieerd eigen risico het gebruik van doelmatige zorg kunnen bevorderen zal moeten blijken. Uit eerdere experimenten van verzekeraars met positieve financiële prikkels ter beïnvloeding van de apotheekkeuze van verzekerden, bleek dat beperkte prikkels een significant effect sorteerden (Boonen et al., 2008).

### **Effectiviteit van zorgcontracteren**

Hebben zorgverzekeraars sinds de invoering van de Zvw effectief gebruik gemaakt van de mogelijkheid om via contractuele afspraken de doelmatigheid van zorg te bevorderen? Bij de beantwoording van deze vraag moet worden bedacht dat de speelruimte voor zorgverzekeraars en aanbieders om afspraken te maken over de prijs, organisatie en kwaliteit van de zorgverlening

---

209 “CZ wijst voorlopig geen voorkeursziekenhuizen aan”, Persbericht CZ, 23 april 2009, <http://www.cz.nl/nieuws>.

voorsnog aanzienlijk wordt beperkt door prijs- en aanbodregulering. Zo geldt voor tweederde van de ziekenhuiszorg een collectief vastgesteld instellingsbudget, zijn honoraria voor huisartsen en specialisten vrijwel volledig wettelijk vastgelegd en is ook de toelating tot de markt nog sterk gereguleerd (via beperking van de opleidingscapaciteit en strikte toelatingsvoorwaarden voor zorginstellingen, zoals een verbod op winstuitkering).

Daar waar de afgelopen jaren meer ruimte is gecreëerd voor afspraken over prijs en kwaliteit van zorg, lijken zorgverzekeraars inderdaad in toenemende mate actief (zie ook Box 5.1). Zo blijkt uit de recente monitor Ziekenhuiszorg van de NZa (2009d) dat zorgverzekeraars met ziekenhuizen vaker afspraken maken over kwaliteit van zorg in het vrij onderhandelbare B-segment (routinematige zorg) dan in het gereguleerde A-segment. De prijzen in het B-segment zijn minder sterk gestegen dan in het A-segment, terwijl de volumeontwikkeling niet sterk lijkt te verschillen (al zijn de gegevens over volumina onvolledig en over de jaren niet goed vergelijkbaar). Daarnaast hebben zorgverzekeraars in de geneesmiddelenmarkt prijskortingen van 40 tot 90% weten te bedingen bij de inkoop van generieke geneesmiddelen, iets wat de overheid jarenlang met weinig succes via regulering had proberen af te dwingen. Voorts maken zorgverzekeraars bij het maken van afspraken met huisartsen (groepen) in toenemende mate gebruik van door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde indicatoren voor de behandeling van diabetes en, in mindere mate voor COPD en hart- en vaatziekten. Ook worden ook patiëntenorganisaties steeds vaker bij het inkoopbeleid betrokken (Bos et al. 2008).

### **Knelpunten bij zorgcontracteren**

Niettemin worden door de betrokken partijen de volgende belangrijke knelpunten gesignaleerd die de effectiviteit van zorgcontracteren beperken.

- De bekostigingsystematiek van ziekenhuizen komt naar voren als een van de meest ernstige knelpunten. Vooral de bekostigingswijze van ziekenhuizen bemoeilijkt effectieve zorginkoop. De overfinanciering van ziekenhuizen, tekortkomingen van de DBC-systematiek, de gebrekkige DBC-registratie, de stapsgewijze uitbreiding van het B-segment en de schoningsproblematiek van DBCs in het B- en A-segment voor kapitaalkosten, leiden tot een ondoorzichtige en sterk achterlopende boekhouding bij zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen. Zo stellen Van Boxtel en Leerink van zorgverzekeraar Menzis dat de zorgverzekeraar sinds 2005 niet meer in staat is om een betrouwbare prognose van de ziekenhuiskosten en de kosten van medisch specialistische zorg te maken, terwijl die bijna de helft van het financiële beslag inhouden.<sup>210</sup> Voor een bedrijf, aldus Van Boxtel, is het bijna niet voor te stellen dat je pas drie jaar na afloop van een boekjaar een betrouwbare afrekening krijgt van de ziekenhuiskosten. Leerink geeft aan dat Menzis investeert in versterking van de eerstelijnszorg en het faciliteren van COPD- en diabetesketens en daar weliswaar prospectief een businesscase van heeft gemaakt, maar dat hij niet goed kan toetsen in hoeverre deze verwachtingen ook waar zijn gemaakt omdat de boekhouding aan de ziekenhuiskant zo onbetrouwbaar is: "Dat gaat zich een keer tegen je keren. Bij de eerstelijns zie je

---

<sup>210</sup> Interview met dhr. R. van Boxtel, dhr. B. Leerink en mw. J. Degen (Menzis) 31 maart 2009.

meteen wat je betaalt, maar in de tweede lijn zie je dat niet.” De interviews met de andere grote zorgverzekeraars en de NVZ bevestigen dit beeld.

- Een tweede breed gedragen knelpunt dat uit de interviews naar voren komt is het gebrek aan adequate prestatie-indicatoren. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars enerzijds lastig om te bepalen wat goede voorkeuraanbieders zijn en anderzijds lastig om het vertrouwen van verzekerden te winnen dat de geselecteerde voorkeuraanbieders kwalitatief goed zijn.<sup>211</sup> Het mes snijdt in dit opzicht dus aan twee kanten. Overigens wordt in de interviews door zowel marktpartijen als toezichthouders aangegeven dat de invoering van de Zvw onmiskenbaar een impuls heeft gegeven aan initiatieven om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg. Zo is de afgelopen jaren gestart met de ontwikkeling van de basisset prestatie-indicatoren (IGZ), de systematische meting van klantervaringen (CQ-index), de ontwikkeling van prestatie-indicatoren ten behoeve van de inkoop van B-DBC's (Zorginkoopgids ZN) en initiatieven om de diverse prestatie-indicatoren te vertalen in toegankelijke consumenteninformatie (www.kiesbeter.nl, project “Zichtbare zorg”). Daarnaast zijn diverse zorgverzekeraars individueel of gezamenlijk bezig met de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Zo hebben de grote vier zorgverzekeraars samen het voortouw genomen om één kwaliteitssysteem voor de GGZ te gaan gebruiken.<sup>212</sup> Ondanks deze ontwikkelingen, wordt een grotere toegankelijkheid van kwaliteitsinformatie en verdere verbetering van de prestatie-indicatoren door de meeste partijen als een noodzakelijke voorwaarde gezien om de effectiviteit van zorgcontracteren ter bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te vergroten.
- Een derde knelpunt dat wordt gezien als een belangrijke belemmering voor effectief zorgcontracteren betreft een onvoldoende (gedifferentieerd) aanbod van zorgverleners en medisch personeel. Het zorgaanbod is de afgelopen decennia uit het oogpunt van kostenbeheersing bewust krap gehouden via een centrale beheersing van de beschikbare capaciteit aan menskracht en voorzieningen. Volgens Gijzen van CZ beperkt het tekortschietende aanbod de mogelijkheid om effectief vorm en inhoud te geven aan de functionele pakketomschrijvingen van de Zvw. Hoewel de functionele omschrijving potentieel erg belangrijk is voor het zorgcontracteren - om bijvoorbeeld daar waar tussen bestaande aanbieders weinig concurrentie is, een ander soort aanbieders te contracteren - blijkt dit alternatieve aanbod vaak maar beperkt beschikbaar.<sup>213</sup>
- Een vierde knelpunt dat door zorgverzekeraars wordt genoemd is dat zij bij het contracteren van aanbieders aanlopen tegen een free-rider probleem: wanneer de zorgverzekeraar met een aanbieder afspraken maakt over investeringen in verbetering van de kwaliteit of de prijs van zorg, liften andere zorgverzekeraars vaak gratis mee omdat zorgaanbieders geen onderscheid willen maken in de behandeling van patiënten van verschillende verzekeraars. Zo is het bij Menzis een

---

211 Onderzoek geeft aan dat zowel ongezonde als gezonde consumenten veel over hebben voor zorgpolissen die kwalitatief goede zorg garanderen (Van den Berg et al. 2008).

212 De informatie over behandelresultaten van veel voorkomende GGZ-aandoeningen wordt verzameld door de stichting Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN).

213 Interview met dhr. J. Gijzen (CZ) 2 maart 2009.

doorn in het oog dat sommige verzekeraars gratis meeprofiteren van het preferentiebeleid bij de inkoop van generieke geneesmiddelen. Aan de andere kant wordt het probleem door sommigen ook wel gerelativeerd. Zo stelt Konterman van Achmea Zorg dat zolang je als zorgverzekeraar marktleider bent het free-rider probleem bij de zorginkoop wel meevalt.<sup>214</sup> Bovendien kun je als zorgverzekeraar ook afspreken dat tegenover extra investeringen lagere tarieven staan, mits de Wmg daartoe ruimte biedt. Tenslotte kan het free-rider probleem ook worden verkleind door verticale integratie van zorgverzekeraar en zorgaanbieders (Baarsma et al. 2009) (zie par. 5.2.2).

- Tenslotte wordt de substantiële ex-post verevening van de kosten van ziekenhuiszorg (A-segment) en de GGZ als belangrijk knelpunt ervaren (zie paragraaf 5.1.4). De ex-post verevening verlaagt bij zorgverzekeraars de prikkels voor het bevorderen van doelmatige zorg alsmede voor een doelmatige substitutie van ziekenhuiszorg door extramurale zorg.

Opmerkelijk is dat van de vijf veelgenoemde knelpunten voor effectief zorgcontracteren alleen het laatstgenoemde rechtstreeks betrekking heeft op de Zvw zelf. De overige knelpunten vloeien voort uit wetgeving op grond waarvan het aanbod, de toetreding, de prijs en de kwaliteit van zorg wordt gereguleerd. Vooral de Wmg lijkt als “sluitstuk” van cruciaal belang voor een goed functionerende zorginkoopmarkt. Dit geeft aan dat het realiseren van de doelstellingen van de Zvw (zie Box 2.1) niet louter afhankelijk is van een goede vormgeving van het instrumentarium van de wet zelf, maar ook van een goede vormgeving van het instrumentarium van complementaire wetten, waaronder primair de Wmg.

## **Conclusie**

Zorgcontracteren is voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument om invloed te kunnen uitoefenen op de doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg. Het instrument wordt toegepast ten behoeve van circa 80% van de verzekerden. Zorgcontracteren is voor verzekeraars en veel verzekerden aantrekkelijk omdat voor een restitutiepolis zonder zorgcontracten doorgaans een hogere premie zal moeten worden gevraagd. Zonder zorgcontracten kunnen verzekeraars namelijk geen invloed uitoefenen op de prijs en op grond van de Zvw zijn zij in dat geval verplicht de door zorgaanbieders in rekening gebrachte tarieven volledig te vergoeden (tot een wettelijk maximum of een marktconform niveau). Ook voor zorgaanbieders heeft zorgcontracteren vaak voordelen. Maar voor zorgaanbieders kan het ook aantrekkelijk zijn om te weigeren een contract te sluiten. Wanneer namelijk voldoende zorgaanbieders weigeren te contracteren, kunnen zij hogere prijzen afdwingen omdat verzekeraars in dat geval verplicht zijn om het maximum- of marktconforme tarief te vergoeden.<sup>215</sup> Verzekeraars zouden dit kunnen tegengaan door hun verzekerden te “sturen” naar aanbieders waarmee zij wel een contract hebben afgesloten, maar dit vereist wel dat verzekeraars het keuzegedrag van hun verzekerden effectief kunnen beïnvloeden.

---

214 Interview met dhr. R. Konterman (Achmea Zorg) 9 april 2009.

215 Uiteraard dient de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) er op toe te zien dat zorgaanbieders de Mededingingswet niet overtreden, bijvoorbeeld door onderling afspraken te maken over niet-contracteren.

Een belangrijk middel om de keuze van verzekerden te beïnvloeden is het *selectief contracteren* van voorkeuraanbieders en het niet of gedeeltelijk vergoeden van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Van deze mogelijkheid wordt door zorgverzekeraars vooralsnog nauwelijks gebruik gemaakt. Er is slechts één polis (met circa 13.000 verzekerden in 2008; en 29.000 in 2009) waar op brede schaal sprake is van selectief contracteren. Bij de overige polissen strekt zorgcontracteren zich doorgaans uit tot vrijwel alle zorgaanbieders, of beperkt selectief contracteren zich tot fysiotherapeuten, kraamzorgaanbieders, eerstelijnspsychologen en/of ZBC's. Verzekeraars blijken huiverig voor selectief zorgcontracteren 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.

In plaats van selectieve contracten maken zorgverzekeraars in toenemende mate gebruik van *gedifferentieerde* contracten, waarbij voorkeuraanbieders gunstiger contractvoorwaarden krijgen aangeboden. Sinds 2009 hebben verzekeraars de mogelijkheid om hun verzekerden naar deze voorkeuraanbieders te sturen door middel van een gedifferentieerd eigen risico. Van deze mogelijkheid om verzekerden via een positieve financiële prikkel te stimuleren om van voorkeuraanbieders gebruik te maken is door de helft van de verzekeraars gebruik gemaakt. Vanwege een aantal praktische haken en ogen aan dit nieuwe sturingsinstrument, heeft een aantal zorgverzekeraars van het gebruik afgezien. De praktijk zal moeten leren of dit sturingsinstrument effectief zal zijn om de keuze van verzekerden effectief te beïnvloeden en om effectief druk te kunnen uitoefenen op zorgaanbieders om hun prestaties te verbeteren.

Ondanks het nagenoeg ontbreken van selectief contracteren, 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 er belangrijke knelpunten die een belemmering vormen voor effectief zorgcontracteren.

De belangrijkste *knelpunten* ten aanzien van zorgcontracteren zijn:

- de disfunctionerende bekostigingssystematiek van ziekenhuizen;
- het 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 'gedifferentieerde eigen risico';
- en de substantiële ex-post kostencompensaties voor de kosten van ziekenhuiszorg in het A-segment.

Afgezien van het laatste knelpunt, valt de aanpak van deze knelpunten buiten het bestek van de Zvw. Vooral het functioneren van de zorginkoopmarkt, en bijgevolg ook het functioneren van de zorgverleningsmarkt, is sterk afhankelijk van een goede vormgeving van het instrumentarium van wetten die complementair zijn aan de Zvw, waaronder primair de Wmg.

### 5.2.2 Zorgaanbieders in dienst nemen (verticale integratie)

De Zvw biedt zorgverzekeraars niet alleen de mogelijkheid om selectief met zorgaanbieders te contracteren, maar ook om aanbieders in dienst te nemen (zie artikel 12.1 en 13.1 Zvw). Ook in het geval waarin zorgverzekeraars aanbieders in dienst nemen wordt in de Zvw gesproken van “gecontracteerde zorg” omdat er dan immers sprake is van een arbeidsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de hulpverlener<sup>216</sup>.

Wanneer een zorgverzekeraar aanbieders in dienst neemt of deelneemt in een zorgstelling is er sprake van verticale integratie. In antwoord op Kamervragen tijdens het parlementaire debat over de Zvw noemde de toenmalige minister van VWS drie redenen om verticale integratie toe te staan<sup>217</sup>:

- 1 Indien zorgverzekeraars van mening zijn dat zorg door een eigen instelling of door een instelling waarin zij deelnemen *doelmatiger* geleverd kan worden dan door een instelling waarmee zij louter een inkoopcontract hebben, dan zou hen het oprichten van zo'n eigen instelling of zo'n deelname niet verboden moeten worden.
- 2 Het kunnen oprichten van eigen instellingen of het deelnemen in zorginstellingen biedt zorgverzekeraars een extra *onderhandelingsinstrument* om zorgaanbieders te bewegen tot het aanbieden van goede inkoopovereenkomsten.
- 3 Het kunnen oprichten van eigen instellingen of het deelnemen in zorginstellingen is een belangrijk instrument voor verzekeraars om hun *zorgplicht* waar te kunnen maken.

De toenmalige minister gaf verder aan niet te verwachten dat de ruime mogelijkheid voor zorgverzekeraars om aanbieders in dienst te nemen of deel te nemen in zorginstellingen tot mededingingsproblemen zal leiden, maar dat het de taak van de NMa is om in individuele gevallen verticale fusies te beoordelen.

Van de mogelijkheid om verticaal te integreren met zorgaanbieders is door zorgverzekeraars sinds de invoering van de Zvw tot op heden weinig gebruik gemaakt.<sup>218</sup> Enkele zorgverzekeraars hebben eigen apotheken of nemen daarin deel (zorgverzekeraar Azivo had al van oudsher een eigen apotheek), zorgverzekeraar Menzis neemt deel in verschillende gezondheidscentra en zorgverzekeraar CZ had tot voor kort een minderheidsbelang in de orthopedische kliniek van een ziekenhuis (Máxima Medisch Centrum, Eindhoven). Tenslotte heeft zorgverzekeraar DSW financiële belangen in een aantal apotheken en gezondheidscentra, en heeft DSW aangekondigd te willen deelnemen in een coöperatief verband met een regionale huisartsengroep, verpleeg- en verzorgingshuizen en de medische staf en ziekenhuispersoneel dat het Vlietland ziekenhuis wil overnemen. Geen van de door ons geïnterviewde verzekeraars ziet verticale integratie als een hoofdstrategie om de doelmatigheid van zorg te vergroten. Menzis wil vooral via deelname in gezondheidscentra de

---

216 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 105 (MvT).

217 Tweede Kamer 2004a, p.20-21.

218 Voor een volledig overzicht, zie Baarsma et al. 2009, p. 79-81.

eerstelijnszorg te verbeteren en het beroep op tweedelijnszorg te verminderen.<sup>219</sup> Andere zorgverzekeraars (CZ, Uvit) geven aan de mogelijkheid tot het oprichten van eigen instellingen vooral te zien als een nuttig instrument in de onderhandeling met zorgaanbieders, waarbij het alleen als “ultimum remedium” wordt ingezet.<sup>220</sup> Zo gaf Gijzen (CZ) aan dat de deelname in de orthopedische kliniek primair was ingegeven als drukmiddel om de wachtlijsten te reduceren. Toen dat doel eenmaal bereikt was, heeft de zorgverzekeraar haar deelneming weer beëindigd. Uvit geeft aan dat de dreiging om met een eigen ZBC te komen tot betere inkoopcontracten met ziekenhuizen heeft geleid. Voorts geven zowel Zorgverzekeraars Nederland (ZN) als verschillende zorgverzekeraars in interviews aan dat zij de mogelijkheid om (desnoods) zelf zorg aan te bieden als een cruciaal instrument beschouwen om de wettelijke zorgplicht waar te kunnen maken.

Naar de effecten van de vooralsnog beperkte verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de Nederlandse gezondheidszorg is – voor zover wij hebben kunnen nagaan – geen onderzoek gedaan. Baarsma et al. (2009) geven aan dat bij voldoende concurrentie verticale integratie de nodige baten op kan leveren. Zo kan door stroomlijning van belangen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders een betere zorgverlening tot stand komen. Voorts kan verticale integratie de informatie-ongelijkheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verminderen en kan het de coördinatie verbeteren en de transactiekosten verminderen. Daartegenover staat dat de verticale integratie problematisch kan zijn als er tussen zorgverzekeraars onderling of tussen zorgaanbieders onderling te weinig concurrentie bestaat. In dat geval kan echter de NMa verticale integratie verbieden of de NZa aan een verticaal geïntegreerde marktpartij met aanmerkelijke marktmacht op grond van de Wmg diverse verplichtingen opleggen.

In weerwil van het feit dat de Tweede Kamer destijds in meerderheid heeft ingestemd met de in de Zvw expliciet gecreëerde mogelijkheid tot verticale integratie, heeft zij in december 2008 vrijwel unaniem een motie aangenomen om verticale integratie categorisch te verbieden. Hoewel de minister van VWS aangaf vanwege de mogelijke voordelen van verticale integratie geen voorstander te zijn van een algeheel verbod, zegde hij de Tweede kamer toe de voor- en nadelen door een commissie te laten onderzoeken. De commissie heeft op 29 mei 2009 haar rapport aangeboden en is van oordeel dat een wettelijk verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet noodzakelijk en niet proportioneel is voor het borgen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg (Baarsma et al. 2009). Bovendien zou een dergelijk verbod volgens de commissie ook in strijd zijn met het Europees recht. In de interviews met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars troffen wij eveneens weinig steun en begrip aan voor de wens van de Kamermeerderheid om dit instrument uit de Zvw te verwijderen. Het is de vraag of de meerderheid van de Tweede kamer, na het advies van de commissie, de motie om verticale fusies te verbieden blijft steunen en, zo ja, of de minister van VWS de motie al dan niet

---

219 Interview met dhr. R. van Boxtel, dhr. B. Leerink en mw. J. Degen (Menzis), 31 maart 2009.

220 Interview met dhr. J. Gijzen (CZ), 2 maart 2009; Interview met dhr. M. Bontje (UVIT), 6 maart 2009.



zal uitvoeren.<sup>221</sup> Met het oog op een effectief gebruik van dit instrument is het van belang dat er snel politieke helderheid komt.

De *conclusie* is dat (1) tot nu toe weinig gebruik wordt gemaakt van verticale integratie en het effect daarvan niet is onderzocht; en (2) dat onduidelijkheid bestaat over de politieke acceptatie van verticale integratie, gelet op de door de meerderheid van de Tweede kamer gesteunde motie om verticale integratie te verbieden.

Zolang de politieke acceptatie van verticale integratie onduidelijk is, vormt dit een *knelpunt* voor de effectiviteit van dit instrument.

### 5.3 Conclusies

Geconcludeerd kan worden dat sinds de invoering van de Zvw veel positieve effecten en ontwikkelingen zijn opgetreden (zie Box 5.1), maar dat ook enkele ernstige knelpunten en problemen bestaan. In hoofdstuk 4 is betoogd dat er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat essentiële bepalingen in de Zvw in strijd zijn met de Europese regelgeving. De in hoofdstuk 5 besproken knelpunten en problemen zijn samengevat in Tabel 5.3 en worden onderstaand in hoofdlijnen samengevat.

**Tabel 5.3 – Knelpunten en problemen Zvw-instrumentarium**

| <i>Instrument</i>               | <i>Knelpunten en problemen</i>  |
|---------------------------------|---|
| Acceptatieplicht                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Er bestaat geen wettelijke bepaling ten aanzien van een minimum verzekeringsduur (bijv. kalenderjaar). Dit kan beschouwd worden als een weeffout in de Zvw die de deur openzet voor effectieve risicoselectie.</li><li>• Het feit dat veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners pas tot stand komen nadat de verzekerde zijn keuze voor een zorgverzekeraar en zorgpolis heeft gemaakt, belemmert een verzekerdenmobiliteit die is gebaseerd op een bewuste afweging van prijs en kwaliteit.</li></ul>               |
| Verbod op premie-differentiatie | <p>Bij imperfecte ex-ante risicoverevening en onvolledige ex-post kostencompensaties (wat het geval is) is sprake van de volgende <i>knelpunten</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Geen gelijk speelveld voor verzekeraars;</li><li>• Marktsegmentatie en onbedoelde premiedifferentiatie;</li><li>• Onbedoelde kruissubsidies;</li><li>• Zorgverzekeraars hebben een financiële prikkel om niet in te spelen op de preferenties van chronisch zieken;</li><li>• Prikkel tot risicoselectie;</li><li>• Strijdigheid met Europese Schaderichtlijnen.</li></ul> |

221 De Tweede Kamerfractie van de VVD heeft inmiddels aangegeven de commissie te beschouwen als weggegooid geld en verwijst het rapport rechtstreeks naar de prullenbak (<http://www.vvd.nl/index.aspx?FilterId=974&ChapterId=1147&ContentId=10234>).

| <i>Instrument</i>   | <i>Knelpunten en problemen</i>   |
|---|--|
| Ex-ante risico-verevening   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoewel het Nederlandse vereveningsmodel in vergelijking met andere landen relatief goed scoort, worden de zorgverzekeraars bij een verbod op premiedifferentiatie geconfronteerd met substantiële financiële prikkels tot risicoselectie. Dit betekent dat aan een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van gereguleerde concurrentie niet is voldaan. De ex-ante risicoverevening kent nog zodanige imperfecties dat het bij een verbod op premiedifferentiatie kan resulteren in risicoselectie en een ongelijk speelveld voor verzekeraars. Bijgevolg neemt de effectiviteit van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie af.</li> </ul>             |
| Ex-post kostencompensatie   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Door de ex-post kostencompensaties is de voorwaarde '<i>zorgverzekeraars hebben voldoende financiële prikkel tot doelmatigheid</i>' thans nog niet in voldoende mate vervuld.</li> </ul>  |
| (Regulering) aanvullende verzekering  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koppelverkoop van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering(en) vermindert de mobiliteit van chronisch zieken en ouderen ten aanzien van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars hebben daardoor onvoldoende prikkels om in te spelen op hun preferenties.</li> <li>• De huidige wettelijke bepaling tegen koppelverkoop (art. 120 Zvw) is niet effectief.</li> <li>• Selectieve acceptatie voor de aanvullende verzekeringen is een effectief instrument voor risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt en kan leiden tot een aantasting van de solidariteit in de zorgverzekering.</li> </ul>  |
| De zorgtoeslag en de verhouding inkomensafhankelijke bijdrage / nominale premie | <p>De verdrievoudiging van het nominale premiedeel in de Zvw ten opzichte van de Ziekenfondswet mist een degelijke onderbouwing en leidt tot de volgende <i>neveneffecten</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het gaat ceteris paribus gepaard met een toename van de wanbetalers/onverzekerden-problematiek in vergelijking tot de voormalige ziekenfondsverzekering.</li> <li>• Het leidt ceteris paribus tot minder sterke prikkels voor premieconcurrentie dan onder de voormalige Ziekenfondswet.</li> <li>• Het maakt een kostbaar en ingewikkeld systeem van zorgtoeslagen noodzakelijk met hoge administratieve lasten voor de overheid (59 miljoen euro, prijspeil 2006) en voor de burgers.</li> </ul> |
| Eigen risico aan de voet  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nauwelijks of geen remgeldeffect voor chronisch zieken;</li> <li>• Een beperkt remgeldeffect voor ouderen;</li> <li>• Slechts weinig verzekerden kiezen een vrijwillig eigen risico, zodat het beoogde remgeldeffect nauwelijks optreedt;</li> <li>• Ingewikkelde compensatieregeling voor chronisch zieken.</li> </ul>   |

| <i>Instrument</i>   | <i>Knelpunten en problemen</i>  |
|---|---|
| Collectiviteiten  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omdat voor collectiviteiten geen acceptatieplicht bestaat, kan een collectiviteit selectief alleen laagrisico verzekerden als deelnemer accepteren (risicoselectie). Hierdoor wordt de effectiviteit van de acceptatieplicht voor de zorgverzekering aangetast.</li> <li>• Artikel 18 Zvw, dat bepaalt dat de maximum premiekorting voor collectiviteiten 10 procent bedraagt, is niet effectief: hogere kortingen worden verleend via kortingen op overige verzekeringsproducten. Dit betekent dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie (kunnen) uithollen.</li> </ul>   |
| Verzekeringsplicht  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 1 mei 2008 waren 171.000 verzekeringsplichtige burgers onverzekerd.</li> </ul>  |
| Plicht tot premiebetaling                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eind 2008 hadden 240.000 verzekerden (“wanbetalers”) een betalingsachterstand van meer dan 6 maanden.</li> </ul>   |
| Basispakket   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er bestaat enige onduidelijkheid over de precieze afbakening van het Zvw-pakket en het AWBZ-pakket.</li> <li>• Bij een aantal DBCs worden uitgaven ten laste van de zorgverzekering gebracht die niet onder de Zvw vallen. Dit probleem neemt toe bij het terugbrengen van het aantal DBCs van circa 30.000 naar 3.000.</li> </ul>   |
| Invloed verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraars | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzekerden zijn onvoldoende op de hoogte van hun mogelijkheden tot beïnvloeding van het beleid van hun zorgverzekeraar.</li> </ul>  |
| Zorgplicht  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De in art. 11 Zvw opgenomen zorgplicht biedt onvoldoende waarborgen dat verzekerden met een restitutiepolis de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.</li> <li>• Zolang verzekerden niet voldoende geïnformeerd zijn over het verschil tussen natura- en restitutiepolissen (hetgeen het geval lijkt te zijn), kunnen verzekerden niet een optimale keuze van zorgpolis maken, en kunnen zorgverzekeraars zich in beginsel eenvoudig onttrekken aan een leveringsplicht zoals die voortvloeit uit naturapolissen, door uitsluitend restitutiepolissen aan te bieden.</li> <li>• De leveringsplicht die voortvloeit uit naturapolissen is in de praktijk nog onvoldoende ingevuld, waardoor het onduidelijk is waar verzekerden hun verzekeraar precies op kunnen aanspreken.</li> </ul> |
| Zorgcontracteren  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• de disfunctionerende bekostigingssystematiek van ziekenhuizen;</li> <li>• het gebrek aan voldoende goede prestatie-indicatoren;</li> <li>• een tekortschietend aanbod van zorgverleners (in aantal en variëteit);</li> <li>• de aanwezigheid van meeliftproblemen bij zorginkoop;</li> </ul>   |

| <i>Instrument</i>    | <i>Knelpunten en problemen</i>   |
|----------------------|--|
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• praktische problemen bij het sturingsinstrument 'gedifferentieerde eigen risico';</li> <li>• en de substantiële ex-post kostencompensaties voor de kosten van ziekenhuiszorg in het A-segment.</li> </ul> |
| Verticale integratie | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onduidelijkheid over de politieke acceptatie van verticale integratie</li> </ul>  |

# 6

## Geven de bevindingen aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?

In dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 5 beantwoord: *Geven de bevindingen in het licht van de doelstellingen van de Zvw/Wzt aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?* Voor zover mogelijk zullen ook oplossingsrichtingen worden besproken voor de geconstateerde knelpunten en problemen, en zal worden aangegeven of essentiële instrumenten ontbreken.

De Zvw/Wzt zijn een onderdeel van de stelselwijziging in de zorg, waarbij het ordeningsmodel van 'centrale aanbodsturing door de overheid' geleidelijk wordt vervangen door gereguleerde concurrentie. De kern van deze hervormingen is dat zorgverzekeraars, voor zover mogelijk, volledig verantwoordelijk worden voor de zorginkoop. Een cruciaal aspect van de evaluatie van de Zvw/Wzt is daarom de vraag in welke mate de Zvw/Wzt zorginkoop door zorgverzekeraars stimuleren dan wel belemmeren. Op deze vraag zullen we ingaan in paragraaf 6.1. Het antwoord op deze vraag hangt (vanuit Zvw-perspectief) nauw samen met de knelpunten betreffende de ex-ante risicoverevening en ex-post kostencompensaties (paragraaf 6.2) en het verbod op premiedifferentiatie (paragraaf 6.3). In paragraaf 6.4 concentreren we ons op het probleem dat veel chronisch zieken en ouderen door de koppelverkoop met de aanvullende verzekering worden belemmerd om van zorgverzekeraar te veranderen. Paragraaf 6.5 bespreekt oplossingsrichtingen voor het feit dat op het moment dat de verzekerden in het najaar van verzekeraar kunnen veranderen, veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog niet zijn afgesloten. Oplossingsrichtingen voor de beperkte effectiviteit van het eigen risico worden besproken in paragraaf 6.6. Vervolgens besteden we aandacht aan het samenhangende cluster van knelpunten betreffende wanbetalers en onverzekerden (paragraaf 6.7) en de hoogte van de nominale premie (paragraaf 6.8). Tot slot bespreken we oplossingsrichtingen voor knelpunten samenhangend met de zorgplicht (paragraaf 6.9), verticale integratie (paragraaf 6.10), de acceptatieplicht (paragraaf 6.11), de afstemming tussen het basispakket en DBCs (paragraaf 6.12), collectiviteiten (paragraaf 6.13) en de invloed verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars (paragraaf 6.14).

### 6.1 Zorginkoop

In hoofdstuk 5 is geconcludeerd dat sprake is van een geleidelijke overgang van 'centrale aanbodsturing door de overheid' naar 'zorginkoop door zorgverzekeraars'. Enerzijds hebben de zorgverzekeraars een start gemaakt met zorginkoop, vooral in de extramurale zorg, maar anderzijds

wordt een belangrijk gedeelte van de zorg, vooral de intramurale zorg (het A-segment) en de (van AWBZ naar Zvw overgehevelde) geestelijke gezondheidszorg (GGZ), nog steeds beheerst door centrale aanbodsturing. In hoofdstuk 5 zijn diverse mogelijke verklaringen gegeven voor het feit dat zorginkoop door zorgverzekeraars vooralsnog zo langzaam van de grond komt. Veel van deze verklaringen zijn direct gerelateerd aan (instrumenten in) de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg).

Het meest urgente knelpunt dat momenteel een effectieve zorginkoop belemmert is gelegen in de gebrekkig functionerende bekostigingssystematiek voor de ziekenhuizen. Hierdoor hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen thans pas drie jaar na afsluiting van een boekjaar zicht op de daadwerkelijke financiële resultaten. Een tweede majeur knelpunt betreft het gebrek aan adequate prestatie-indicatoren. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars enerzijds moeilijk om goede zorg in te kopen en anderzijds om hun verzekerden te sturen naar goede zorgaanbieders. Het feit dat verzekeraars vaak onvoldoende duidelijk kunnen maken wat de kwaliteit van het gecontracteerde zorgaanbod is, verklaart mede waarom zij tot op heden uiterst terughoudend zijn geweest om selectief te contracteren met voorkeuraanbieders.

Ten aanzien van beide knelpunten wordt de laatste jaren volop actie ondernomen. Zo wordt gewerkt aan een structurele verbetering van de DBC-systematiek (DOT) en wordt ook veel geïnvesteerd in het verbeteren en transparant maken van prestatie-indicatoren. Duidelijk is echter dat op beide terreinen nog veel moet gebeuren om de effectiviteit van de zorginkoop te vergroten. De hiervoor benodigde maatregelen liggen echter niet op het terrein van de Zvw.

Een derde belangrijk knelpunt dat de zorginkoop belemmert betreft het op sommige terreinen tekortschietende zorgaanbod. Het zorgaanbod is de afgelopen decennia uit het oogpunt van kostenbeheersing bewust krap gehouden via een centrale beheersing van de beschikbare capaciteit aan menskracht en voorzieningen. Een krap aanbod beperkt de mogelijkheden om selectief te contracteren en een gebrek aan differentiatie in het aanbod beperkt de mogelijkheden om bij de zorginkoop effectief gebruik te maken van de functionele pakketomschrijving. In verband met het beperkte aanbod aan zorgverleners lijkt het goed om kritisch te bezien of de bestaande (zelf) regulering van de zorgopleidingen geen onnodige toetredingsbelemmeringen met zich meebrengt. De oplossing van dit knelpunt valt echter eveneens buiten het bestek van de Zvw.

Een belangrijk knelpunt dat wél is gerelateerd is aan de Zvw betreft het beperkte financieel risico van zorgverzekeraars voor de GGZ-uitgaven en het A-segment van de intramurale zorg vanwege de substantiële ex-post kostencompensaties. Door deze compensaties wordt de prikkel tot risicoselectie gereduceerd en getracht een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te creëren. Zoals aangegeven in paragraaf 5.1.4 zijn zorgverzekeraars voor minder dan de helft financieel verantwoordelijk voor het A-segment van de intramurale zorg en vrijwel geheel risicodragend voor extramurale zorg. Dit creëert een perverse prikkel die vervanging van dure intramurale zorg uit het A-segment door goedkope extramurale zorg ontmoedigt. Voor de GGZ-zorg dragen zorgverzekeraars in het geheel geen enkel financieel risico.

## Oplossingsrichtingen

Een voor de hand liggende oplossingsrichting (bezien vanuit het Zvw-instrumentarium) om zorg-inkoop te stimuleren, is het verhogen van het financieel risico van de zorgverzekeraars door het verminderen of afschaffen van de huidige uniforme ex-post kostencompensaties aan zorgverzekeraars. Bij imperfecte ex-ante risicoverevening neemt hierdoor echter ook de prikkel tot risicoselectie toe, en is dus sprake van een afweging van doelmatigheid en het tegengaan van risicoselectie. Gegeven het verbod op premiedifferentiatie is verbetering van de risicoverevening (zie paragraaf 6.2) de enige mogelijkheid om aan deze lastige afweging te ontsnappen.

### Box 6.1 – De perfecte uitnodiging voor risicoselectie

“Als de ex-post kostencompensaties te snel worden afgebouwd zónder dat de ex-ante risicoverevening wordt verbeterd, is dat de perfecte uitnodiging aan zorgverzekeraars om op risico te gaan selecteren.”<sup>222</sup>

Een tweede oplossingsrichting is het vervangen van de huidige *uniforme* ex-post kostencompensatie door *gedifferentieerde* ex-post kostencompensaties (dat wil zeggen dat de regering van te voren bepaalt voor welke verzekerden zorgverzekeraars ex-post kostencompensaties ontvangen) en/of *hogerisicoverevening* (dat wil zeggen dat de zorgverzekeraars zelf van tevoren mogen aangeven voor welke verzekerden zij voor het komend jaar ex-post kostencompensaties willen ontvangen) (Van Barneveld et al. 1996, 2001). Een belangrijke bevinding is dat de in Tabel 5.1 gepresenteerde voorspelbare verliezen sterk dalen door het buiten beschouwing laten van de verzekerden die in een periode van vijf achtereenvolgende voorafgaande jaren tot de top 25% verzekerden met de hoogste kosten hebben behoord (Stam en Van de Ven 2008).

De bevinding dat er een zekere “harde kern” van voorspelbaar verliesgevende verzekerden bestaat, kan aanleiding zijn om de huidige ex-post kostencompensaties die *uniform* gelden voor alle verzekerden, *gedifferentieerd* toe te passen, dat wil zeggen uitsluitend voor de verzekerden die behoren tot de “harde kern” van voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Als het vereveningsmodel voor, zeg, 92% van de bevolking ‘redelijk’ werkt en voor 8% van de bevolking hoge voorspelbare verliezen geeft, en indien de splitsing in de twee groepen kan plaatsvinden op basis van gegevens die standaard in de administratie van de zorgverzekeraars beschikbaar is, zou selectief het financiële risico voor de zorgverzekeraars voor die 92% kunnen worden verhoogd. Op deze wijze wordt de financiële prikkel tot doelmatigheid vergroot zonder noemenswaardige vergroting van de prikkel tot risicoselectie.

Een derde oplossingsrichting is het verminderen van de ex-post kostencompensaties aan de zorgverzekeraars in combinatie met minder strikte premieregulering. Dit leidt tot een afweging waarbij ook de financiële toegankelijkheid is betrokken. Deze oplossingsrichting wordt in paragraaf 6.3 besproken.

222 Interview met dhr. R. Konterman (Achmea Zorg) 9 april 2009.

### Box 6.2 – Overhevelen AWBZ-zorg naar Zvw: zorginkoop door zorgverzekeraars?

De regering heeft het voornemen uitgesproken om onderdelen van de AWBZ-zorg over te hevelen naar de Zvw en het regime van de gereguleerde concurrentie. De taak van zorginkoop komt voor deze vormen van zorg dan te liggen bij de zorgverzekeraars. Als eerste stap zijn de kosten van de GGZ vanaf 2006 overgeheveld naar de Zvw; en vanaf 2008 valt de GGZ-zorg onder de Zvw-aanspraken. Een belangrijk aandachtspunt voor het welslagen van de overheveling van AWBZ-zorg naar de Zvw is de vraag of het technisch mogelijk is op redelijke termijn adequate vereveningsbijdragen vast te stellen voor de overgehevelde zorgvormen.

Bij het beantwoorden van deze vraag zijn van belang de volgende vier specifieke kenmerken van de kostenstructuur in de AWBZ in vergelijking tot de Zorgverzekeringswet:

- 1 Er zijn zeer grote verschillen in gemiddelde AWBZ-kosten per verzekerde tussen de zorgverzekeraars onderling. Bijvoorbeeld, bij internet-zorgverzekeraars zullen de gemiddelde AWBZ-kosten per verzekerde naar verwachting zeer laag zijn.
- 2 een relatief kleine groep gebruikers van AWBZ-zorg (slechts een paar procent van de bevolking);
- 3 hoge kosten per gebruiker;
- 4 een hoge mate van voorspelbaarheid van AWBZ-kosten per individuele verzekerde.

Dit kan leiden tot de volgende conclusies (Van de Ven 2005b):

- 1 Vanwege de zeer grote verschillen in gemiddelde AWBZ-kosten per verzekerde tussen de zorgverzekeraars onderling moet het systeem van risicoverevening aan zeer hoge eisen voldoen om een *gelijk speelveld* voor zorgverzekeraars te creëren.
- 2 De relatief kleine groep gebruikers van AWBZ-zorg én de hoge kosten per gebruiker (beide in vergelijking met het huidige basispakket van de Zorgverzekeringswet), in combinatie met de hoge mate van voorspelbaarheid van AWBZ-kosten per individuele verzekerde, bieden zorgverzekeraars bij imperfecte risicoverevening sterke prikkels en ruime mogelijkheden voor *profijtelijke risicoselectie*.
- 3 Risicoverevening voor de AWBZ-kosten moet vanwege de bovengenoemde vier specifieke kenmerken van de AWBZ-kostenstructuur aan hogere eisen voldoen en kan derhalve complexer zijn dan de risicoverevening voor het huidige basispakket van de Zorgverzekeringswet.

In 2008 en 2009 ontvangen de zorgverzekeraars 100% ex-post kostencompensaties voor hun uitgaven aan GGZ-zorg. Ons is niet bekend dat er thans een realistisch perspectief bestaat dat op redelijke termijn adequate vereveningsbijdragen kunnen worden vastgesteld voor de naar de Zvw overgehevelde GGZ-zorg zodanig dat de ex-post kostencompensaties substantieel kunnen worden gereduceerd.



## Conclusie

Een belangrijk Zvw-gerelateerd knelpunt voor zorginkoop<sup>223</sup> is dat zorgverzekeraars onvoldoende financiële prikkels tot doelmatige zorginkoop hebben. Bij imperfecte ex-ante risicoverevening leidt dit tot een afweging tussen doelmatigheid, het tegengaan van risicoselectie en financiële toegankelijkheid (zie ook paragraaf 3.1.2). Verbetering van de risicoverevening (zie paragraaf 6.2) is de enige mogelijkheid om deze lastige afweging grotendeels te vermijden.

## 6.2 Ex-ante risicoverevening, ex-post kostencompensaties en risicoselectie

De boven besproken afweging tussen doelmatigheid en het tegengaan van risicoselectie roept de vraag op: Hoe ernstig is het probleem van risicoselectie? Zal risicoselectie optreden? Wat zijn de nadelige gevolgen als risicoselectie optreedt? Onderstaand zullen we op deze vragen ingaan en tevens mogelijke oplossingsrichtingen bespreken.

### Toename instrumenten en prikkels voor risicoselectie

Als gevolg van de Zvw hebben zorgverzekeraars zowel meer instrumenten voor risicoselectie als meer prikkels tot risicoselectie gekregen dan de voormalige ziekenfondsen. De meeste in Bijlage 5 genoemde *instrumenten* tot risicoselectie die de zorgverzekeraars thans ter beschikking staan, waren afwezig onder de voormalige Ziekenfondswet. De *prikkel* tot risicoselectie is toegenomen doordat prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars na invoering van de Zvw aanzienlijk is toegenomen (Douven en Schut 2006), met als gevolg dat zorgverzekeraars in 2006 en 2007 substantiële verliezen (circa 2 procent van de premieomzet) hebben geleden op de zorgverzekering. Daarmee is de druk op verzekeraars om kosten te besparen sterk toegenomen. Een van de methoden om de rendementen te verbeteren is het aantrekken van voorspelbaar winstgevend en het weren van voorspelbaar verliesgevend verzekerden. De toegenomen prijsconcurrentie zorgt dus voor sterke prikkels voor risicoselectie. Daarnaast maakt de toenemende polisdifferentiatie het voor chronisch zieken interessant om van zorgverzekeraar te veranderen. Bij een imperfect vereveningssysteem neemt daardoor voor zorgverzekeraars het belang van 'risicoselectie aan de poort' toe.

### Nadelen van risicoselectie

Risicoselectie kan diverse negatieve effecten hebben zoals verminderde toegankelijkheid voor chronisch zieken tot goede kwaliteit zorg, verminderde doelmatigheid, instabiliteit in de verzekeringsmarkt, en onbedoelde premieverschillen tussen hoogrisico en laagrisico verzekerden.

---

223 Andere belangrijke knelpunten zijn Wmg-gerelateerd.

### Box 6.3 – Goede reputatie voor chronische zorg kan leiden tot financiële verliezen

Beaulieu et al. (2006) bespreken de casus van een Health Maintenance Organization (HMO) in de Verenigde Staten die een succesvol Diabetes Management Programma heeft opgezet. Dit programma biedt kosteneffectieve diabeteszorg die resulteert in zowel verbeterde gezondheidsuitkomsten voor de diabetespatiënten als lagere zorgkosten. Na enkele jaren bleek de HMO op dit programma financiële verliezen te lijden omdat (1) de HMO juist vanwege dit programma geconfronteerd werd met een toenemende oververtegenwoordiging van diabetespatiënten in zijn verzekerdenportefeuille; en (2) de HMO geen compensatie kreeg voor de hogere kosten van diabetespatiënten in vergelijking tot niet-diabetespatiënten.

Dit voorbeeld illustreert hoe een goede reputatie voor chronisch zorg *zónder* adequate compensatie (bijvoorbeeld via ex-ante risicoverevening) een zorgverzekeraar in financiële problemen kan brengen.

Bij imperfecte vereveningsbijdragen hebben zorgverzekeraars geen financiële prikkel om zoveel mogelijk in te spelen op de preferenties van de groepen verzekerden (veelal de chronisch zieken) die een voorspelbaar verlies opleveren. Een zorgverzekeraar die de beste zorgarrangementen voor hen zou contracteren en daarmee adverteert, zou veel voorspelbaar verliesgevend verzekerden aantrekken en de nominale premie moeten verhogen (zie Box 6.3). Dit verslechtert de marktpositie van de zorgverzekeraar bij het behouden of aantrekken van overige groepen verzekerden. Uiteindelijk kan de zorgverzekeraar failliet gaan, of zich specialiseren in de betreffende chronische zorg en zich richten op het (kleine) marktsegment van chronische zieken die een hoge nominale premie kunnen en willen betalen.

Een tweede gevolg van de prikkels tot risicoselectie is dat het voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijker is meer tijd, energie en menskracht te besteden aan een portefeuilleopbouw met zo weinig mogelijk hoogrisico verzekerden dan aan het bevorderen van doelmatigheid. Een *doelmatige* zorgverzekeraar met relatief veel hoogrisico verzekerden kan een slechtere financiële marktpositie hebben dan – en daardoor worden weggeconcurrereerd door – een *ondoelmatige* zorgverzekeraar met relatief weinig hoogrisico verzekerden.

Ook in de (toevallige) situatie van een evenwichtige verdeling van voorspelbaar verliesgevend verzekerden over de zorgverzekeraars zijn imperfecte vereveningsbijdragen problematisch. De angst voor een oververtegenwoordiging van voorspelbaar verliesgevend verzekerden in de portefeuille vormt namelijk een *permanente* financiële prikkel voor een zorgverzekeraar om zich te richten op het laagrisico segment in de markt, met alle consequenties van dien.

#### Treedt risicoselectie op?

Het bestaan van prikkels en instrumenten voor risicoselectie betekent niet dat risicoselectie ook daadwerkelijk optreedt. Vooralsnog is er weinig empirische evidentie dat risicoselectie door zorgverzekeraars in Nederland doelbewust op substantiële schaal wordt toegepast.<sup>224</sup> Hoewel aanvullende verzekeringen en collectiviteiten kunnen worden gebruikt voor risicoselectie in de zorg-

224 Zoals in Box 5.4 is aangegeven is het aantonen van risicoselectie niet eenvoudig.

verzekering, zijn er geen harde aanwijzingen dat zorgverzekeraars van deze mogelijkheden gebruik maken.<sup>225</sup> Hoewel verschillende patiëntenorganisaties in 2006 aangaven dat zij niet in aanmerking kwamen voor een collectiviteitskorting vanwege de voorspelbare verliezen die zorgverzekeraars op hen zouden lopen<sup>226</sup>, blijken ook collectiviteiten die waarschijnlijk voorspelbaar verliesgevend zijn – zoals de leden/gebruikers van thuiszorgorganisaties – substantiële kortingen te bedingen.<sup>227</sup> Ook zorginkoop lijkt nog niet gebruikt te worden als selectie-instrument, aangezien de zorgverzekeraars doorgaans vrijwel met alle zorgaanbieders een contract afsluiten (NZa 2008b). Een uitzondering<sup>228</sup> hierop vormt de in 2008 door zorgverzekeraar Univé geïntroduceerde ZEKUR-polis, waarbij de polisvoorwaarden vanwege de selectieve zorginkoop vooral aantrekkelijk zijn voor jong volwassenen zonder kinderen en voor vrouwen die de pil gebruiken (NB: vrouwen in de vruchtbare leeftijd zónder kinderwens leveren bij de huidige verevening gemiddeld een voorspelbare winst op van circa 500 euro per jaar (Douven en Mannaerts 2008)). Aangezien de ZEKUR-polis niet jaarlijks – zoals gebruikelijk – maar in principe elk moment kan worden opgezegd, kunnen verzekerden op moment dat zij ziek of zwanger worden overstappen naar een polis/zorgverzekeraar met een minder selectief inkoopbeleid. Deze weeffout in de Zvw biedt gelegenheid tot vormen van risicoselectie waar zelfs een perfect vereveningssysteem gebaseerd op jaarlijkse kosten per definitie niet voor kan corrigeren.

Hoewel er op grond van de beschikbare gegevens geen aanwijzingen zijn dat zorgverzekeraars in de eerste jaren na invoering van de Zvw meer dan beperkt gebruik hebben gemaakt van de ruime mogelijkheden voor risicoselectie, vormt gedrag uit het verleden geen garantie voor de toekomst. De eerste jaren na invoering van de Zvw hadden verzekeraars als gevolg van het nog gebrekkig functionerende DBC-systeem, de overfinanciering van ziekenhuizen en de invoering van de risicoverevening voor voormalig particulier verzekerden, maar beperkt zicht op het risicoprofiel van hun verzekerden in relatie tot het vereveningssysteem. De komende jaren zullen zorgverzekeraars echter steeds beter inzicht krijgen in welke verzekerden ten opzichte van het vigerende vereveningssysteem voorspelbaar winst- en verliesgevend zijn. Wanneer de scherpe premieconcurrentie aanhoudt, de vereiste minimale solvabiliteitsreserves (sterk) omhoog gaan vanwege de vermindering van de ex-post kostencompensaties, en de beleggingsresultaten en de in 2006 vrijgevallen financiële reserves niet langer de verliezen dempen, neemt de kans toe dat zorgverzekeraars op grotere schaal zullen overgaan tot risicoselectie. Zodra een zorgverzekeraar begint met profijtelijke risicoselectie, zullen de andere zorgverzekeraars uit concurrentie-overwegingen niet achter kunnen blijven. Een van de hoofdconclusies van een studiereis van ambtenaren van het ministerie van Financiën naar de VS in 2002 luidde: “Ons is voorgelouden dat in een concurrerende markt iedere mogelijkheid voor risico-

---

225 In 2006 en 2007 hebben de meeste zorgverzekeraars vrijwel iedereen op non-selecte basis voor de aanvullende verzekering geaccepteerd. In 2008 is het aantal verzekeraars dat gebruikmaakt van een gezondheidsverklaring weliswaar gestegen, maar dit lijkt vooral ingegeven door de wens om binnen de (uitgebreide) aanvullende verzekering zelf scherper op risico's te selecteren. Voorts zijn er vooralsnog geen aanwijzingen dat via collectiviteiten de acceptatieplicht wordt omzeild, bijvoorbeeld doordat deelname aan een collectiviteit wordt gekoppeld aan bepaalde gezondheidseisen (Roos en Schut 2008, 2009).

226 NRC Handelsblad 27 mei 2006.

227 Wel is hun collectiviteitskorting verlaagd van 7,5% in 2008 naar 5% in 2009 (Roos en Schut, 2009).

228 De NZa (2009g) maakt melding van navolging van deze zorgpolis door andere zorgverzekeraars in 2009.

selectie door verzekeraars zal worden gebruikt”.<sup>229</sup> Of dit (ook) in Nederland het geval zal zijn, hoe snel, en in welke mate, valt niet te voorspellen. Een potentiële mitigerende factor is het verlies aan reputatie dat risicoselectie met zich kan meebrengen. Naarmate risicoselectie meer in de publiciteit komt – bijvoorbeeld door kritische consumenten- en patiëntenorganisaties – zullen zorgverzekeraars daar minder snel toe overgaan. Een tweede potentiële mitigerende factor is de aankondiging van de regering om de ex-ante risicovereeniging in de komende jaren te blijven verbeteren, waardoor het voor zorgverzekeraars onzeker is in welke mate bepaalde selectiestrategieën ook op termijn profijtelijk zijn.

Wat altijd onbekend zal blijven, zijn de investeringen in zorg die *achterwege blijven* omdat de betreffende patiënten voorspelbaar verliesgevend zijn en zorgverzekeraars op dat terrein geen reputatie willen ontwikkelen. Deze sluipende, onzichtbare vorm van risicoselectie zou er op termijn toe kunnen leiden dat de zorg voor bepaald ziektebeelden verschaalt.

#### **Box 6.4 – Diabetes wel, migraine niet in de verevening**

Bij de invoering van de Zvw in 2006 heeft de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) met verschillende zorgverzekeraars afspraken gemaakt over DVN-collectiviteiten en speciale diabetespolissen. Deze ontwikkeling kan niet los worden gezien van het feit dat minister Hoogervorst medio 2005 bekend had gemaakt dat diabetes II met ingang van 2006 in de verevening zou worden opgenomen.<sup>230</sup>

Op 20 oktober 2006 heeft Ir. P.B. Vriezen, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten (NVVHP), aan minister Hoogervorst een brief geschreven waarin hij zijn zorgen uit over de rechtsongelijkheid die is ontstaan doordat alleen voor een kleine groep van patiënten de verevening goed geregeld is. “Waar een goede verevening leidt tot concurrentie tussen verzekeraars om de gunst van de patiënt met speciale polissen, zorgarrangementen en zorginnovatie (zoals bij diabetes), vreezen wij het tegenovergestelde voor aandoeningen waar geen of onvoldoende verevening voor bestaat: géén zorgvernieuwing, hoogstwaarschijnlijk wel zorgvershraling en zeer excessieve kostenbeheersing. ... Met klem vraag ik u daarom de verevening voor migrainepatiënten als nog te realiseren.” Minister Hoogervorst schrijft in zijn antwoord aan de heer Vriezen: “Inderdaad worden verzekeraars niet voor alle chronische aandoeningen via de risicovereeniging financieel gecompenseerd, compensatie vindt alleen plaats bij aandoeningen die aan bepaalde criteria voldoen. ... De aandoening van uw leden voldoet niet aan deze criteria.”

In maart 2007 heeft de NVHP tijdens een gesprek met een verzekeraar over een collectief contract te horen gekregen dat het voor de directie van de verzekeraar onmogelijk was om tegenover de aandeelhouders te verantwoorden dat zij een collectief contract afsluit met een groep patiënten waarvan bewezen is dat zij een voorspelbaar verlies opleveren van gemiddeld ongeveer 320 euro per persoon per jaar.<sup>231</sup>

De collectiviteit voor de NVHP is er daarom nooit gekomen.

“Als jouw ziekte niet op het vereveningslijstje staat, jammer. Dan zijn verzekeraars je liever kwijt dan rijk.” (Ad Poppelaars, directeur van de Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad Nederland, CG-Raad, in De Telegraaf dd 2 oktober 2006)

229 Bron: verslag dd 19 februari 2002 van studiereis gezondheidszorg ministerie van Financiën naar de VS (26 jan – 7 feb 2002).

230 Diabetes I was al sinds 2002 opgenomen in de ex-ante risicovereeniging.

231 Interview met dhr. P.Vriezen (destijds voorzitter NVHP) dd 27 maart 2009.

## Oplossingsrichtingen<sup>232</sup>

De beste manier om risicoselectie te vermijden (en op verantwoorde wijze de ex-post kostencompensaties te verminderen) is het *verbeteren van het ex-ante vereveningssysteem*. Naarmate meer relevante risicofactoren in het vereveningssysteem zijn opgenomen, wordt het moeilijker en kostbaarder -zo niet onmogelijk - voor verzekeraars om voorspelbaar verliesgevende verzekerden te identificeren. Een betere vereveningsformule is niet alleen de beste manier om prikkels tot risicoselectie te vermijden, maar geeft ook krachtige impulsen om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. Mogelijkheden voor verbetering van het vereveningssysteem zijn aangegeven in Bijlage 11. De regering heeft aangekondigd de komende jaren het vereveningsmodel te verbeteren en het financiële risico van verzekeraars verder te vergroten.

Een tweede oplossingsrichting is wellicht het vervangen de huidige uniforme ex-post kostencompensatie door hogericoverevening en/of *gedifferentieerde ex-post kostencompensaties*, zoals besproken in paragraaf 6.1. Wellicht kan een gedifferentieerde ex-post kostencompensatie een oplossing bieden voor mensen met een zeldzame aandoening. Er zijn 5.000 tot 8.000 zeldzame aandoeningen, met in Nederland naar schatting in totaal 1 miljoen patiënten, die thans niet expliciet in de ex-ante risicoverevening zijn opgenomen.<sup>233</sup>

Een derde oplossingsrichting is minder strikte premieregulering. Deze oplossingsrichting wordt in paragraaf 6.3 besproken.

## Conclusie

Bij imperfecte risicoverevening en een verbod op premiedifferentiatie kan risicoselectie substantiële nadelige effecten hebben. Deze effecten kunnen worden verminderd door verbetering van de ex-ante risicoverevening of door ex-post kostencompensaties (wat ten koste gaat van de doelmatigheid). Gegeven een verbod op premiedifferentiatie bestaat dus een afweging tussen doelmatigheid en (de negatieve effecten van) selectie, en is verbetering van de risicoverevening de enige mogelijkheid om aan deze lastige afweging te ontsnappen.

Een andere oplossingsrichting is minder strikte premieregulering. Dit leidt tot een afweging waarbij ook de financiële toegankelijkheid is betrokken. Deze oplossingsrichting wordt in paragraaf 6.3 besproken.

---

232 Deze oplossingsrichtingen om risicoselectie tegen te gaan gelden voor alle vormen van risicoselectie, dus ook voor risicoselectie bijvoorbeeld via aanvullende verzekeringen (paragraaf 5.1.5).

233 Via uitbreiding van de Farmacie Kostengroepen (FKGs) bleek slechts circa 2% van de verzekerden met een zeldzame aandoening min of meer eenduidig te kunnen worden opgespoord (Van Vliet en Prinsze 2006). Zeldzame aandoeningen gaan weliswaar veelal gepaard met een omvangrijk medicijngebruik, maar het betreft veelal specifieke medicijnen, die ook bij een hele reeks van andere ziekten worden voorgeschreven. Dit maakt deze geneesmiddelen ongeschikt om te worden opgenomen in de FKG-indeling.

### 6.3 Het verbod op premiedifferentiatie: een échte kroonjuweel?

In paragraaf 3.1.2 hebben we vier opties besproken om de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekeringen op een concurrerende verzekeringsmarkt te waarborgen:

- 1 Ex-ante risicoverevening;
- 2 Ex-post kostencompensaties;
- 3 Zorgsubsidies;
- 4 Premiereregulering (bijvoorbeeld een verbod op premiedifferentiatie).

De conclusie van paragraaf 3.1.2 is dat goede ex-ante risicoverevening de voorkeur verdient en dat bij een *perfect* vereveningssysteem (geen van de drie andere opties en dus ook) het verbod op premiedifferentiatie *niet noodzakelijk* is. Bij een *imperfect* vereveningssysteem leidt een wettelijk verbod op premiedifferentiatie tot voorspelbare verliezen op de groepen hoogrisico verzekerden voor wie de risicoverevening onvoldoende compenseert (zie bijvoorbeeld Tabel 5.1). In paragraaf 3.1.2 is besproken dat dit de volgende nadelige consequenties heeft:

- 1 Geen gelijk speelveld voor verzekeraars;
- 2 Marktsegmentatie en niet-beoogde premiedifferentiatie;
- 3 Niet-beoogde kruissubsidies;
- 4 Geen prikkels om in te spelen op de preferenties van chronisch zieken;
- 5 Prikkels tot risicoselectie;
- 6 Groot risico op strijdigheid met Europese Schaderichtlijnen (zie hoofdstuk 4).

Gelet op de mogelijke marktsegmentatie (via bijvoorbeeld collectiviteiten, polisdifferentiatie, aanvullende verzekeringen en marketing) is het zelfs de vraag in welke mate premiereregulering op termijn effectief kan zijn in het voldoende<sup>234</sup> waarborgen van *financiële toegankelijkheid*.

Tijdens het debat over de Zvw is het verbod op premiedifferentiatie beschouwd als een van de kroonjuwelen van de Zvw. Hoogstwaarschijnlijk heeft de kwalificatie kroonjuweel betrekking op het *doel*, te weten dat iedereen, naast de inkomensafhankelijke bijdrage, een ongeveer gelijk bedrag aan premie voor de zorgverzekering betaalt; en niet op het *middel*, te weten het verbod op premiedifferentiatie. Gezien bovengenoemde nadelen is het de vraag of het *middel* 'wettelijke verbod op premiedifferentiatie' wel een échte kroonjuweel is.

---

234 In de context van zorgverzekeringen worden aan solidariteit in Nederland hoge eisen gesteld. Bijvoorbeeld, een ingewikkelde compensatieregeling is opgezet om 1,8 miljoen mensen een compensatie van 50 euro per jaar te geven in verband met het verplichte eigen risico.

## Oplossingsrichting

Verbetering van de risicoverevening is de beste mogelijkheid om het verbod op premiedifferentiatie overbodig te maken. Zolang de ex-ante risicoverevening nog imperfect is, is een oplossingsrichting als volgt: 'Vervang het verbod op premiedifferentiatie door een *premiebandbreedte* (bijvoorbeeld de maximumpremie per zorgverzekeraar per modelpolis mag niet meer bedragen dan tweemaal of driemaal de minimumpremie<sup>235</sup>) in combinatie met *zorgsubsidies* voor hoogrisico verzekerden, die als vangnet waarborgen dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan zorgverzekeringpremie betaalt dan aanvaardbaar wordt geacht<sup>236</sup>; en verplicht zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten de gehanteerde risicofactoren en de bijbehorende premietabel te vermelden'.

De voordelen van deze oplossingsrichting ten opzichte van een verbod op premiedifferentiatie zijn:

- 1 Minder (prikkel tot) risicoselectie, en dus ook minder nadelige effecten van selectie. Bijvoorbeeld, chronisch zieken worden minder 'voorspelbaar verliesgevende klanten', en hierdoor worden zorgverzekeraars gestimuleerd meer disease management programma's voor chronisch zieken op te zetten en hiermee te adverteren bij de doelgroep. Zorgaanbieders zullen meer streven naar de beste reputatie bij chronisch zieken, want dat levert (voorkeur)contracten op met de zorgverzekeraars, en patiëntenverenigingen worden meer serieuze gesprekspartners voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- 2 De ex-post kostencompensaties kunnen op een verantwoorde wijze worden verminderd, waardoor de financiële prikkel tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars toeneemt.
- 3 Minder of geen niet-beoogde kruissubsidies.
- 4 Zorgverzekeraars zullen via premiedifferentiatie informatie over risicofactoren geven (risicoclassificatie is immers bij uitstek hun vak), die enkele jaren later in het vereveningsmodel kunnen worden gebruikt en dan niet meer voor premiedifferentiatie worden gebruikt.
- 5 Een vermindering van de juridische kwetsbaarheid bij imperfecte risicoverevening. Zoals in hoofdstuk 4 geconcludeerd is het risico groot dat het verbod op premiedifferentiatie in strijd is met de Europese regelgeving. Het moet niet worden uitgesloten dat zorgverzekeraars die menen te worden benadeeld door het verbod op premiedifferentiatie in combinatie met een imperfecte risicoverevening, als gevolg van de toegenomen concurrentie en het toenemende financiële risico zich harder zullen opstellen in bezwaar- en beroepsprocedures dan de voormalige ziekenfondsen. Ook moet niet worden uitgesloten dat patiënten(verenigingen) of in chronische zorg gespecialiseerde zorgaanbieders die menen te worden benadeeld door het verbod op premiedifferentiatie in combinatie met een imperfecte risicoverevening, juridische procedures tegen de

---

235 De premie varieert dan bijvoorbeeld tussen 700 en 1400 euro (factor 2) respectievelijk 600 en 1800 euro (factor 3) per polis per zorgverzekeraar per jaar. Op deze wijze wordt het zorgverzekeraars toegestaan ook risicofactoren te gebruiken die niet gerelateerd zijn aan gezondheid, bijvoorbeeld regio of 'wel/niet zelfstandig' (Stam 2007). Dit is consistent met het Besluit Zorgverzekeringen (Staatsblad 389, 2005, p.23) waaruit kan worden afgeleid dat de doelstelling van het waarborgen van financiële toegankelijkheid uitsluitend betrekking heeft op de risicofactor gezondheid (incl. leeftijd en geslacht).

236 Zie ook paragraaf B.3.2.4 in Bijlage 3.

regering aanspannen.<sup>237</sup> Door de premiereregulering meer proportioneel te maken<sup>238</sup>, neemt de juridische kwetsbaarheid van het zorgverzekeringstelsel af.

Tegenover deze voordelen staan ook nadelen ten opzichte van een verbod op premiedifferentiatie:

- 1 Door een minder transparante premiestructuur kan het voor de consument lastiger worden de diverse polissen onderling te vergelijken. Vooral bij een “brengproduct” als zorgverzekeringen is transparantie van belang.
- 2 Expliciete subsidies zoals zorgsubsidies gaan gepaard met transactiekosten. Een voor de hand liggend instrument om zorgsubsidies te verlenen is de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) met de daarin opgenomen criteria.

### Conclusie

Bij een *imperfecte* risicoverevening, zoals thans in Nederland het geval is, worden we geconfronteerd met de lastige afweging tussen *doelmatigheid* (zie paragraaf 6.1), het tegengaan van (de nadelige effecten van) *risicoselectie* (zie paragraaf 6.2) en het waarborgen van *financiële toegankelijkheid*. Verbetering van de risicoverevening is de enige mogelijkheid om deze lastige afweging grotendeels te vermijden. Het is echter een onbeantwoorde empirische vraag in hoeverre een verbetering van de risicoverevening in de komende jaren een afdoende oplossing kan bieden.

Een verbod op premiedifferentiatie kan weliswaar op korte termijn de financiële toegankelijkheid waarborgen, maar leidt ook tot bovengenoemde nadelen. Voorts is het de vraag in welke mate premiereregulering op termijn effectief kan zijn in het voldoende waarborgen van financiële toegankelijkheid.

Bovenstaande overwegingen roepen de vraag op of thans de voordelen van het verbod op premiedifferentiatie nog opwegen tegen de nadelen, en of een versoepeling van het verbod - bijvoorbeeld door het toestaan van een zekere *premiebandbreedte* - in combinatie met *zorgsubsidies* als oplossingsrichting niet het overwegen waard is.

## 6.4 Belemmeringen voor chronisch zieken en ouderen om van zorgverzekeraar te veranderen

In hoofdstuk 5 is geconcludeerd dat koppelverkoop van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering(en) de mobiliteit van chronisch zieken en ouderen voor de zorgverzekering vermindert. 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.

---

237 In chronische zorg gespecialiseerde zorgaanbieders kunnen zich benadeeld voelen omdat zorgverzekeraars met hen geen contract willen sluiten omdat hun klanten voor de zorgverzekeraars voorspelbaar verliesgevend zijn. Patiënten(verenigingen) kunnen zich benadeeld voelen omdat zij onvoldoende toegang hebben tot de in hun zorg gespecialiseerd zorgaanbieders.

238 Een verbod op premiedifferentiatie is identiek aan een premiebandbreedte met een bandbreedte nul. Elke bandbreedte groter dan nul is dus minder beperkend, en daarom meer proportioneel, dan het verbod op premiedifferentiatie.



De oorzaak van het probleem is de zogenoemde onopzegbaarheid-clausule die veel zorgverzekeraars op vrijwillige basis opnemen in aanvullende verzekeringen. Een dergelijke clausule houdt doorgaans in dat de zorgverzekeraar na afloop van de verzekeringstermijn de verzekerde opnieuw voor de aanvullende verzekering zal accepteren tegen de standaardvoorwaarden en (mits de zorgverzekering niet wordt opgezegd) voor de standaardpremie.<sup>239</sup> Chronisch zieken en ouderen zullen bij andere verzekeraars niet tegen dergelijke gunstige voorwaarden worden geaccepteerd en zijn daarom als het ware getrouwd met hun huidige verzekeraar.

### **Oplossingsrichtingen**

De huidige wettelijke bepaling tegen koppelverkoop (art. 120 Zvw) is geen effectieve oplossing omdat de verzekeraar bij opzegging van de zorgverzekering door de verzekerde de premie voor de aanvullende verzekering mag verhogen. Intervenieren in de aanvullende verzekering is op grond van de Europese verzekeringsrichtlijnen evenmin mogelijk. Een strikte wettelijke scheiding van zorgverzekering en aanvullende verzekeringen (uitvoering door afzonderlijke verzekeraars die strikt gescheiden moeten opereren) zou, mits niet strijdig met de Europese regelgeving, de genoemde nadelen kunnen voorkomen, maar daardoor kunnen ook belangrijke potentiële voordelen van een koppeling van beide verzekeringen – zoals lagere transactiekosten en een betere afstemming van verstrekkingen – niet worden behaald.

Een effectieve oplossingsrichting is het beperken van het belang van de aanvullende verzekering. Hierdoor neemt de behoefte van de consument aan een aanvullende verzekering af, en zullen wellicht ook aanvullende verzekeringen zonder onopzegbaarheid-clausule worden aangeboden. Dat betekent dat na afloop van de verzekeringstermijn het premie- en acceptatiebeleid van de huidige verzekeraar niet verschilt van dat van de overige verzekeraars in de markt, en dat de consument niet langer getrouwd is met zijn huidige verzekeraar.

Een effectieve manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is een terughoudend beleid ten aanzien van het uitdunnen van het basispakket en een kritische doorlichting van het huidige aanvullende pakket: zitten daar voor hoogrisico verzekerden echt geen belangrijke verstrekkingen in waarvoor toegankelijkheid maatschappelijk gewenst is?<sup>240</sup>

Een tweede manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is wellicht het geven van goede voorlichting over het nut en de noodzaak van dergelijke verzekeringen. Kennelijk is sprake van een discrepantie tussen enerzijds het standpunt van de regering dat de aanvullende verzekeringen alleen maar voorzieningen bevatten die voor eigen rekening en verantwoording van de

---

239 NB: Bij (de meeste) overige vormen van schadeverzekering is zo'n onopzegbaarheid-clausule niet gebruikelijk.

240 Het louter vanuit collectieve-lastenoverwegingen uitdunnen van het basispakket heeft naast een negatief effect op de toegankelijkheid, dus ook een negatief effect op de mobiliteit van hoogrisico verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt, en daarmee een negatief effect op de prikkels voor een goede en doelmatige zorginkoop voor deze doelgroep.

burger kunnen blijven<sup>241</sup>, en anderzijds de kennelijke behoefte aan een onopzegbaarheid-clausule in aanvullende verzekeringen.

### **Conclusie**

Een koppeling tussen de zorgverzekering en de aanvullende verzekering is een ernstige beperking van de effectieve concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Een effectieve oplossingsrichting voor dit probleem is het beperken van het belang van de aanvullende verzekering.

## **6.5 Onvolledige informatie op het moment van keuze nieuwe polis**

In hoofdstuk 5 is geconstateerd dat op het moment dat verzekerden van zorgverzekeraar kunnen veranderen, vaak onvolledige informatie beschikbaar is over de gecontracteerde zorg(aanbieders). Dit belemmert een verantwoorde keuze van zorgverzekering. Een van de oorzaken hiervan is dat de regering veranderingen in wet- en regelgeving pas op een laat tijdstip bekend maakt.

### **Oplossingsrichtingen**

Mogelijke oplossingsrichtingen zijn (zie ook NZa 2008b):

- De regering maakt veranderingen in wet- en regelgeving tijdig bekend. De NZa acht het wenselijk dat deze wijzigingen tenminste een half jaar van tevoren bekend zijn. De NZa ziet er op toe dat op het moment dat verzekerden van zorgverzekeraar kunnen veranderen, volledige informatie beschikbaar is over de door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorg(aanbieders).
- Het aangaan van meerjarencontracten.
- Zorgverzekeraars kunnen verplicht worden om alle wijzigingen die in de polisvoorwaarden optreden ná het afsluiten van de zorgverzekeringsovereenkomst, expliciet te melden aan de verzekerden met de verplichte melding dat bij een verslechtering van polisvoorwaarden de verzekerde de zorgovereenkomst mag beëindigen en van zorgverzekeraar mag veranderen.

## **6.6 Het eigen risico**

In hoofdstuk 5 is geconcludeerd dat een belangrijk doel van het eigen risico, te weten het bevorderen van een kostenbewust gebruik van zorg ('remgeldeffect'), nauwelijks wordt 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. Voor elk van beide oorzaken zijn oplossingsrichtingen denkbaar.

---

241 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3, p.45. Tijdens een debat met de Tweede Kamer over de aanvullende verzekeringen antwoordde toenmalig minister Hoogervorst: "Naar mijn idee verzekeren de Nederlanders zich eerder te veel voor allerlei onzin die ook in die pakketten zit, dan dat zij dat te weinig doen". Kamerstukken II 2004-2005, 30 124, nr. 35, p.37.

## Oplossingsrichtingen

In de huidige opzet geeft het eigen risico chronisch zieken geen aanleiding om vanuit eigen financieel belang op hun ziektekosten te letten. Neem bijvoorbeeld iemand met diabetes die kan kiezen uit twee gelijkwaardige behandelingen met jaarlijkse kosten van 900 euro en 1100 euro. Voor deze persoon is er geen financiële reden om de behandeling van 900 euro te kiezen, omdat dit geen verschil maakt voor het bedrag dat hij of zij uit eigen portemonnee moet betalen.

Een eenvoudige maatregel om deze persoon wel een reden te geven op de kosten te letten, is het eigen risico niet te laten gelden voor de kosten vanaf 0 euro, maar bijvoorbeeld vanaf 1.000 euro. In dat geval kan kostenbewust gedrag ook voor deze diabetespatiënt financieel voordeel opleveren. Ook voor andere chronisch zieken en voor ouderen zou het verplicht eigen risico kunnen ingaan bij een hoger bedrag dan 0 euro, bijvoorbeeld bij 500, 1.000 of 2.000 euro, afhankelijk van hun verwachte zorguitgaven. Het vrijwillig eigen risico wordt met eenzelfde bedrag opgeschoven.

Een *verschoven* eigen risico leidt tot zowel minder eigen betalingen voor chronisch zieken en ouderen, als tot een groter remgeldeffect dan een eigen risico dat bij 0 euro begint (Van Kleef et al. 2007). Dit maakt een verschoven vrijwillig eigen risico voor chronisch zieken en ouderen aantrekkelijker dan het huidige vrijwillig eigen risico. Omdat chronisch zieken minder eigen betalingen hebben, is ook geen ingewikkelde compensatieregeling voor chronisch zieken meer nodig.

Bij het invoeren van een verschoven eigen risico kan om praktische redenen als eerste stap gedacht worden aan een leeftijdsafhankelijk startpunt. Een indicatie voor een effectief 'startpunt van het eigen risico' per leeftijdsgroep is (Van Kleef 2009, p. 134):

- 18 – 49 jaar            300 euro per jaar;
- 50 – 64 jaar            600 euro per jaar;
- 65 – 74 jaar            1.200 euro per jaar;
- 75 jaar en ouder:    1.800 euro per jaar.

Bij zo'n verschoven eigen risico zou het eigen risico voor bijvoorbeeld een 59-jarige pas gelden van 600 euro.

Het tweede probleem is dat slechts weinig mensen kiezen voor een vrijwillig hoger eigen risico. Oplossingsrichtingen om meer mensen voor een eigen risico te laten kiezen, zijn als volgt. Ten eerste blijkt uit onderzoek dat verzekeraars de premiekorting met bijna de helft kunnen verhogen zonder hierop verlies te lijden. Zo kan de korting voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro per jaar worden verhoogd van gemiddeld 200 naar 300 euro (Van Kleef 2009, p. 168).

Ten tweede zal een verschoven vrijwillig eigen risico (met relatief minder eigen betalingen en een groter remgeldeffect) een meer aantrekkelijke optie zijn dan een vrijwillig eigen risico vanaf 155 euro. Ten derde kunnen verzekeraars gebruik maken van de mogelijkheid om verzekerden een hogere premiekorting te geven naarmate ze meer kalenderjaren een eigen risico hebben. Dit voorkomt dat mensen het eigen risico weer gemakkelijk opzeggen zodra ze een keer enigszins verhoogde zorgkosten verwachten.

Ten slotte kan overwogen worden om mensen met een hoog inkomen een hoger vrijwillig eigen risico

dan 500 euro per jaar te laten kiezen, bijv. 1000 of 2000 euro per jaar.<sup>242</sup> Degenen die hiervoor in aanmerking komen ontvangen van de belastingdienst een bericht hoe hoog hun eigen risico volgend jaar maximaal mag zijn.<sup>243</sup>

### Conclusie

Het doel van het eigen risico, te weten het bevorderen van een kostenbewust gebruik van zorg ('remgeldeffect'), wordt nauwelijks bereikt. Een verschoven eigen risico kan leiden tot minder eigen betalingen en een groter remgeldeffect, en wellicht tot meer mensen die kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Bovendien is bij een verschoven eigen risico geen complexe compensatieregeling voor chronisch zieken meer nodig. Ten slotte kan overwogen worden om mensen met een hoog inkomen een hoger vrijwillig eigen risico dan 500 euro per jaar te laten kiezen, bijv. 1.000 of 2.000 euro per jaar.

## 6.7 Wanbetalers en overzekerden

Om het aantal overzekerden te verminderen, heeft het kabinet in maart 2008 ingestemd met een "Plan van aanpak terugdringing overzekerden." Via gerichte voorlichting onder relevante doelgroepen (zoals af te leiden uit de gegevens van het CBS), actieve opsporing en het zonodig beboeten en ambtshalve verzekeren (waabij de nominale premie wordt geïnd door middel van bronheffing) hoopt het kabinet het aantal overzekerden te reduceren.

Om het probleem van het toenemend aantal wanbetalers structureel in te dammen, heeft het parlement in 2009 ingestemd met een voorstel tot wijziging van de Zvw (Kamerstukken II 2008-2009, 31 736, nr. 2-3). Op grond van het wijzigingsvoorstel worden zorgverzekeraars verplicht om hun verzekerden na 2 maanden betalingsachterstand een betalingsregeling aan te bieden. Gaat de verzekerde daar niet op in of houdt hij zich niet aan de afgesproken regeling, dan moet hij aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) een 'bestuursrechtelijke premie' betalen die 30% hoger ligt dan de standaardpremie. Deze bestuursrechtelijke premie moet betaald worden als de betalingsachterstand 6 maandpremies of meer bedraagt en wordt ingehouden op het inkomen of de zorgtoeslag. De wanbetaler komt hier pas onderuit als hij zijn schuld aan de zorgverzekeraar heeft afbetaald.

---

242 Tot 2006 was er voor de hogere inkomensgroepen geen enkele wettelijke verzekeringsplicht (behalve de AWBZ). Vrijwel iedereen was zo verstandig om vrijwillig een particuliere ziektekostenverzekering af te sluiten. Dit roept de vraag op: Wat is het motief van de overheid geweest om de voormalig particulier verzekerden, die veelal een beperkte verzekeringsdekking hadden met een hoog eigen risico (inclusief voor huisartsenzorg), te verplichten zich te verzekeren voor een breed basispakket met een maximum eigen risico van maximaal 655 euro (exclusief huisartsenzorg) per persoon per jaar? De regering noemt als enig motief voor een verplichte verzekering dat dit een belangrijke voorwaarde is voor de verankering van de risicosolidariteit (Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3, p.35). Dit is echter geen valide argument. Voor risicosolidariteit is een verplichte bijdrage aan het vereveningsstelsel voldoende. De verzekeringsplicht voegt hier in beginsel niets aan toe. Wel gaat de verzekeringsplicht gepaard met mogelijk onnodige zorgkosten als gevolg van een onnodig ruime verzekeringsdekking voor hogere inkomensgroepen.

243 Een aanvullende oplossingsrichting is wellicht het stelsel van (vrijwillig) eigen risico doorzichtiger te maken en goede voorlichting te geven, bijvoorbeeld over welke zorgkosten wel/niet onder het (verplicht/vrijwillig) eigen risico vallen.

Of deze maatregelen om het aantal onverzekerden en wanbetalers te reduceren effect zal sorteren moet worden afgewacht. Effectiever dan het bestrijden van de gevolgen is wellicht het wegnemen van de oorzaken. Een belangrijke oorzaak voor de toename van het probleem van de wanbetalers lijkt gelegen in de hoogte van de nominale premie. In vergelijking tot de voormalige ziekenfonds-verzekering is de nominale premie verdrievoudigd. Hoewel de zorgtoeslag in principe voor de stijging van de nominale premie moet compenseren, is dit blijkbaar onvoldoende. De zorgtoeslag kan immers ook worden aangewend voor andere bestedingen of het aflossen van andere – dringender – schulden. Een verlaging van het nominale premiedeel zou de wanbetalers-problematiek aanzienlijk kunnen reduceren. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten omdat het niet alleen leidt tot een vermindering van de betalingsachterstand per wanbetaler (immers bij een lagere premie loopt de schuld minder snel op), maar ook het aantal wanbetalers kan verminderen.

## 6.8 De zorgtoeslag in relatie tot de hoogte van de premie

Bij het tot stand komen van de Zvw is bepaald dat de inkomensafhankelijke bijdragen gelijk zijn aan 50% van de totale zorguitgaven. Bijgevolg bedroeg de gemiddelde premie in 2006 circa 1050 euro. Met deze politieke keuze werd globaal het midden gehouden tussen het voormalige ziekenfonds- en particuliere stelsel. Hoewel de nominale premie zich in de periode 2006-2009 heeft bewezen als een effectief instrument voor prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt, zou op termijn een lager nominaal premiedeel nuttig kunnen zijn om enerzijds de wanbetalers- en onverzekerden-problematiek te reduceren en anderzijds via grotere relatieve premieverschillen blijvend sterkere prikkels voor concurrentie te genereren dan nu het geval is. In 2005 was in de voormalige ziekenfondsverzekering de verhouding inkomensafhankelijke bijdrage versus nominale premie circa 85-15. De gemiddelde nominale premie was toen circa 350 euro per persoon. Er waren toen geen zorgtoeslagen. In 2006 is voor de voormalig ziekenfondsverzekerden de nominale premie globaal verdrievoudigd (van circa 350 naar circa 1050 euro). Ter compensatie van deze hogere nominale premie ontvangt tweederde van alle huishoudens een zorgtoeslag op basis van de Wzt.

Een premie van gemiddeld circa 350 euro per jaar heeft de volgende voordelen ten opzichte van een premie van circa 1050 euro:

- Minder premiederving per wanbetaler (als gevolg van de lagere nominale premie) en waarschijnlijk minder wanbetalers en onverzekerden.
- Vergroting van de premiegevoeligheid van de verzekerden doordat de relatieve premieverschillen toenemen (zie Box 5.6).
- De huidige zorgtoeslag die thans geldt voor tweederde van alle huishoudens kan komen te vervallen (net als in 2005).
- Vereenvoudiging van de wet- en regelgeving; de Wzt kan ceteris paribus komen te vervallen.<sup>244</sup>

---

244 Bij een verlaging van de gemiddelde nominale premie naar bijvoorbeeld 550 euro (in plaats van 350 euro) is sprake van een substantiële reductie van het aantal huishoudens dat voor een zorgtoeslag in aanmerking komt. Indien het verbod op premiedifferentiatie wordt vervangen door een premiebandbreedte en zorgsubsidies (zie paragraaf 6.3) is de Wzt een voor de hand liggend wettelijk instrumentarium voor het verlenen van de zorgsubsidies.

- Een aanzienlijke taakverlichting voor de Belastingdienst die met de uitvoering van de zorgtoeslag belast is, en een besparing van de salariskosten van de 500 ambtenaren die zich met de uitvoering van de zorgtoeslag bezighouden.
- Vermindering van de administratieve lasten voor miljoenen burgers (nagaan of je voor een zorgtoeslag in aanmerking komt, het aanvragen van een zorgtoeslag, het bijhouden of je de zorgtoeslag inderdaad iedere maand ontvangt, reclameren als dit niet het geval is, etc.)
- Geen risico dat burgers hun zorgtoeslag aan andere zaken besteden dan aan het betalen van zorgverzekeringspremies.
- Geen risico op fraude met zorgtoeslagen.

De effecten op de inkomensherverdeling kunnen beperkt worden indien de verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage gelijk is aan de verlaging van de nominale premie (in absolute euro's) minus de gedeerde zorgtoeslag. De werkgeversbijdragen kunnen ongewijzigd blijven door in art. 46.1 Zvw te bepalen dat de werkgeversbijdrage betrekking heeft op de 'huidige inkomensafhankelijke bijdrage'.

Ons zijn geen nadelen van een verlaging van de nominale premie bekend, anders dan de eenmalige uitvoeringskosten.

### **Conclusie**

Het reduceren van de hoogte van de nominale premie tot bijvoorbeeld circa 350 per persoon per jaar kan leiden tot meer concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt door een grotere premiegevoeligheid van de consumenten. Voorts kan het een bijdrage leveren aan het verminderen van de onverzekerden- en wanbetalers-problematiek. Het aantal mensen met een zorgtoeslag kan sterk worden gereduceerd, zonder inkomensherverdeling. De werkgeversbijdragen kunnen ongewijzigd blijven.

## **6.9 Zorgplicht**

In hoofdstuk 5 is geconcludeerd dat de zorgplicht zoals die in art. 11.1 Zvw is gedefinieerd, verzekerden met een restitutiepolis onvoldoende garantie biedt dat zij de benodigde zorg daadwerkelijk kunnen krijgen. Wanneer zorgverzekeraars zich beperken tot het aanbieden van restitutiepolissen hebben zij niet meer dan een inspanningsverplichting om – indien de verzekerde daarom vraagt – te bemiddelen dat de zorg ook daadwerkelijk geleverd wordt. Aangezien verzekerden onvoldoende op de hoogte zijn en niet adequaat worden geïnformeerd over het cruciale verschil in aanspraken tussen naturapolissen (recht op zorg) en restitutiepolissen (recht op vergoeding van verzekerde zorg) is het voor zorgverzekeraars aantrekkelijk 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. Indien de leveringsplicht wordt geconcretiseerd en voor verzekeraars een zware verplichting betekent, wordt het voor verzekeraars aantrekkelijk om naturapolissen te vervangen door restitutiepolissen, teneinde zich te onttrekken aan de leveringsplicht.

## Oplossingsrichtingen

Een eerste oplossingsrichting is het geven van goede voorlichting (door de overheid) over het cruciale verschil tussen natura- en restitutiepolissen en goede informatie door de zorgverzekeraar over de precieze aanspraken bij de diverse aangeboden polissen. Wanneer het verzekerden duidelijk wordt dat een naturapolis in beginsel veel meer garanties biedt op het verkrijgen van zorg dan een restitutiepolis, valt te verwachten dat de vraag naar naturapolissen zal toenemen. Aangezien een naturapolis voor de verzekeraar zwaardere verplichtingen met zich meebrengt dan een restitutiepolis (zie bijvoorbeeld Box 5.9), valt niet uit te sluiten dat een naturapolis duurder wordt dan een restitutiepolis met gecontracteerde zorg (in plaats van andersom, zoals nu het geval is).

Het valt ook niet uit te sluiten dat ondanks een goede voorlichting een deel van de verzekerden kiest voor een restitutiepolis of dat zorgverzekeraars vanwege moeilijk in te schatten leveringsverplichtingen massaal besluiten geen naturapolis meer aan te bieden. In dat geval biedt de zorgplicht voor (een deel van) de verzekerden nog steeds niet de beoogde garantie dat de burger de benodigde zorg ook daadwerkelijk kan krijgen.

Een tweede oplossingsrichting is daarom het zoveel mogelijk aanscherpen van de zorgplicht bij restitutiepolissen, met inachtneming van de grenzen die daaraan worden gesteld door de Europese regelgeving.

Een derde oplossingsrichting betreft het scherper definiëren van de leveringsplicht voor individuele zorgverzekeraars bij naturapolissen met betrekking tot het garanderen van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van essentiële zorgfuncties. Voor zorgverzekeraars zou het op voorhand duidelijk moeten zijn waartoe zij verplicht zijn als bijvoorbeeld een ziekenhuis failliet gaat. Zoals aangegeven in hoofdstuk 5 (Box 5.9) kan van een zorgverzekeraar met een klein regionaal marktaandeel in redelijkheid en billijkheid niet verwacht worden dat hij de benodigde (nood)voorzieningen alleen treft, als daarmee hoge vaste kosten gemoeid zijn. In dat geval lijken er geen mededingingsrechtelijke bezwaren te bestaan om een dergelijke (nood)voorziening samen met andere zorgverzekeraars te organiseren (vergelijk de samenwerking tussen concurrerende huisartsen bij de nacht-, avond- en weekenddiensten).<sup>245</sup>

Een vierde oplossingsrichting is een aanscherping van het toezicht op de zorgplicht (leveringsplicht bij naturapolissen; zorgbemiddeling bij restitutiepolissen). Ter bescherming van de consument kunnen zorgverzekeraars worden verplicht desgevraagd aan de NZa een 'noodscenario' te overleggen. Dit kan betrekking hebben op bijvoorbeeld een mogelijk faillissement van ziekenhuizen in het algemeen, of

---

245 Uit de zorgplicht volgt op geen enkele wijze dat de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel een primaire verantwoordelijkheid heeft voor de redding van een met faillissement bedreigd ziekenhuis. De zorgplicht zoals vastgelegd in artikel 11 van de Zvw verplicht iedere zorgverzekeraar ten aanzien van elk van zijn verzekerden (1) bij een naturapolis in te staan voor daadwerkelijke, tijdige en behoorlijke verlening van de benodigde zorg, en (2) bij een restitutiepolis tot zogenoemde zorgbemiddeling.

op een dreigend faillissement van een specifiek ziekenhuis.<sup>246</sup> Zorgverzekeraars die onvoldoende voorzieningen hebben getroffen om hun zorgplicht jegens hun verzekerden (zie Box 5.8 en 5.9) te kunnen nakomen, worden onder verscherpt toezicht geplaatst. Bij aanhoudend in gebreke blijven kunnen sancties volgen, bijvoorbeeld bestuurlijke boetes, het opleggen van een last onder dwangsom, en/of openbaarmaking door de NZa dat de betreffende zorgverzekeraar onvoldoende voorzieningen heeft getroffen om zijn zorgplicht te allen tijde in redelijkheid en billijkheid te kunnen waarmaken en/of de verzekerden de gelegenheid geven tussentijds van zorgpolis of zorgverzekeraar te veranderen.

### **Conclusie**

Door verzekerden beter te informeren over het cruciale verschil tussen een naturapolis (recht op zorg) en een restitutiepolis (recht op kostenvergoeding van zorg) wordt het voor verzekeraars minder aantrekkelijk om naturapolissen te vervangen door restitutiepolissen teneinde zich aan de leveringsplicht te onttrekken. Zowel een aanscherping van de zorgplicht bij restitutiepolissen (zover als de Europese regels dat toestaan) en van de leveringsplicht bij naturapolissen als een aanscherping van het toezicht op de zorgplicht kunnen ertoe bijdragen dat verzekerden de verzekerde zorg ook daadwerkelijk kunnen krijgen.

## **6.10 Verticale integratie**

De onduidelijkheid over de politieke acceptatie van verticale integratie vormt een belemmering voor een effectief gebruik van dit instrument. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen naar verwachting afzien van verticale integratie zolang de dreiging van een verbod aanwezig blijft.

### **Oplossingsrichting**

Het zo snel mogelijk bieden van politieke helderheid.

### **Conclusie**

Het zo snel mogelijk verschaffen van politieke helderheid over de toelaatbaarheid van verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bevordert een effectief gebruik van dit instrument.

## **6.11 Acceptatieplicht: elke dag van zorgverzekeraar kunnen veranderen?**

In hoofdstuk 5 is geconstateerd dat een (volgens de Zvw toegestane) polisvoorwaarde die de verzekerde de mogelijkheid biedt om elke dag te kunnen opzeggen (zodat men vanwege de

---

<sup>246</sup> Een noodscenario zou bijvoorbeeld kunnen inhouden dat zorgverzekeraars (individueel of gezamenlijk) voorzieningen hebben getroffen om binnen een aanvaardbare tijdsperiode een noodhospitaal functioneel te kunnen laten zijn.



acceptatieplicht van verzekeraar kan veranderen) kan leiden tot risicoselectie, die zelfs met een perfecte ex-ante risicoverevening gebaseerd op kosten op jaarbasis, niet kan worden voorkomen.

#### **Oplossingsrichting:**

Oplossingsrichtingen zijn te vinden in het aanpassen van de acceptatieplicht of de contractduur. Sleutelen aan de acceptatieplicht ligt niet voor de hand. Voor de werking van het stelsel is het belangrijk dat mensen worden geaccepteerd als zij zich willen verzekeren. Dit moet op elk moment plaats kunnen vinden, omdat ook onverzekerden zich alsnog moeten kunnen verzekeren en mensen de mogelijkheid moeten hebben om naar een andere zorgverzekeraar te gaan indien hun zorgverzekeraar de polisvoorwaarden in ongunstige zin verandert. Het aanpassen van de contractduur biedt wel een oplossing. Als wettelijk wordt vastgelegd dat alle zorgverzekering in beginsel 31 december als contractuele einddatum hebben, is het probleem opgelost.<sup>247</sup>

### **6.12 Afstemming basispakket en DBCs**

In hoofdstuk 5 is geconstateerd dat bij een aantal DBCs uitgaven ten laste van de zorgverzekering worden gebracht die niet onder de Zvw vallen, en dat dit probleem zal toenemen bij het terugbrengen van het aantal DBCs van 30.000 naar circa 3.000.

Mogelijke *oplossingsrichtingen* zijn:

- De DBCs aanpassen aan de te verzekeren Zvw-prestatie 'geneeskundige zorg zoals een medisch specialist pleegt te bieden';
- De te verzekeren Zvw-prestatie 'geneeskundige zorg zoals een medisch specialist pleegt te bieden' aanpassen aan de DBCs;
- Het vragen van eigen bijdragen per DBC ter bekostiging van de zorg die niet onder de Zvw valt.

### **6.13 Collectiviteiten**

In hoofdstuk 5 is geconcludeerd dat (1) een collectiviteit, door het ontbreken van een acceptatieplicht voor collectiviteiten, selectief alleen laagrisico verzekerden als deelnemer kan accepteren (risicoselectie), en dat hierdoor de effectiviteit van de acceptatieplicht voor de zorgverzekering wordt aangetast; en (2) dat art. 18 Zvw, dat bepaalt dat de maximum premiekorting voor collectiviteiten 10 procent bedraagt, niet effectief is omdat hogere kortingen worden verleend via kortingen op overige verzekeringsproducten.

Een effectieve *oplossingsrichting* is goede ex-ante risicoverevening (zie paragraaf 6.2). Dan leidt marktsegmentatie via collectiviteiten niet meer tot voorspelbare winsten per collectiviteit, en is er

---

<sup>247</sup> Vanuit Europeesrechtelijk oogpunt is een belangrijke overweging ten gunste van een minimum contractduur dat de contractduur idealiter gelijk is aan de periode waarop het vereveningssysteem (waarvan de Europese Commissie heeft geoordeeld dat het verenigbaar is met het EG-verdrag) betrekking hebben.

geen actuariële grondslag meer voor bovenmatige collectiviteitkortingen (dat wil zeggen: 'totale kortingen groter dan 10% van de zorgpremie', zoals die nu worden verleend mede via andere verzekeringsproducten). Ook kan gedacht worden aan de twee andere in paragraaf 6.2 genoemde oplossingsrichtingen

## 6.14 Invloed verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars

In hoofdstuk 5 hebben we geconcludeerd dat verzekerden in theorie verschillende middelen hebben om invloed uit te oefenen op het beleid van een zorgverzekeraar, maar dat in de praktijk van deze invloed weinig sprake blijkt te zijn. Veel verzekerden zijn niet goed op de hoogte van de beschikbare instrumenten om invloed uit te oefenen (NZa 2007<sup>e</sup>). Het is echter de vraag of er wel gebruik van gemaakt zal worden als de bekendheid toeneemt.<sup>248</sup>

### Opllossingsrichtingen

Een oplossingsrichting voor de in de praktijk beperkte invloed van verzekerden is, naast het geven van informatie over regelingen, het openbaar maken van prestaties (zie evaluatie Wmg). Oordelen van verzekerden over allerlei aspecten van een zorgverzekeraar kunnen worden gemeten en openbaar gemaakt. Een voorbeeld hiervan is de CQ-index Zorg en Zorgverzekering. Dergelijke resultaten zouden breed toegankelijk kunnen worden gemaakt waardoor reputatie effecten voor verzekeraars kunnen optreden.

Een andere oplossingsrichting is het versterken van de positie van patiëntenverenigingen. Uit de interviews blijkt dat patiëntenverenigingen al wel vaker bij zorgverzekeraars aan tafel zitten, maar dat hun invloed nog beperkt is. Door de kennis die bij patiëntenverenigingen aanwezig is te vergroten en door een verbetering van de ex-ante risicoverevening (zie Box 6.4), kan hun positie ten opzichte van zorgverzekeraars worden versterkt.

## 6.15 Een samenvattend overzicht

Een samenvattend overzicht van de geconstateerde knelpunten en problemen, evenals mogelijke Zvw-gerelateerde oplossingsrichtingen wordt gegeven in Tabel 6.1. In hoofdstuk 7 zullen de knelpunten/problemen en mogelijke oplossingsrichtingen in hun onderlinge samenhang worden besproken en zullen de conclusies worden samengevat.

---

<sup>248</sup> De ambitie van de wetgever ten aanzien van de invloed van verzekerden was niet erg groot. Het is daarom de vraag of de beperkte invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraars een echt knelpunt is.

**Tabel 6.1. Knelpunten/problemen en mogelijke oplossingsrichtingen**

| <i>knelpunt/probleem</i>  | <i>mogelijke oplossingsrichting</i>  |
|---|--|
| Zorgverzekeraars hebben onvoldoende financiële prikkels voor doelmatige zorginkoop.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdere verbetering ex-ante risicoverevening en vervolgens reduceren van de ex-post kostencompensaties;</li> <li>• Gedifferentieerde ex-post kostencompensaties, en/of hogerisicoverevening;</li> <li>• Een zekere premievariatie toestaan (bijv. een premiebandbreedte) in combinatie met zorgsubsidies.</li> </ul>  |
| Zorgverzekeraars hebben substantiële prikkels tot risicoselectie.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdere verbetering ex-ante risicoverevening;</li> <li>• Gedifferentieerde ex-post kostencompensaties, en/of hogerisicoverevening;</li> <li>• Een zekere premievariatie toestaan (bijv. een premiebandbreedte) in combinatie met zorgsubsidies.</li> </ul>  |
| <p>Nadelen van het verbod op premiedifferentiatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geen gelijk speelveld voor verzekeraars;</li> <li>• marktsegmentatie en niet-beoogde premiedifferentiatie leiden tot een uitholling van het verbod op premiedifferentiatie;</li> <li>• niet-beoogde kruissubsidies;</li> <li>• geen prikkels om in te spelen op de preferenties van chronisch zieken;</li> <li>• prikkels tot risicoselectie.;</li> <li>• groot risico op strijdigheid met EU-regelgeving.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdere verbetering ex-ante risicoverevening;</li> <li>• Gedifferentieerde ex-post kostencompensaties, en/of hogerisicoverevening;</li> <li>• Een zekere premievariatie toestaan (bijv. een premiebandbreedte) in combinatie met zorgsubsidies.</li> </ul>  |
| Een koppeling tussen de zorgverzekering en de aanvullende verzekering is een ernstige beperking van de effectieve concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.   | Een effectieve oplossingsrichting voor dit probleem is het beperken van het belang van de aanvullende verzekering.   |
| Op het moment dat verzekerden van zorgverzekeraar kunnen veranderen, is vaak onvoldedige informatie beschikbaar over de gecontracteerde zorg(aanbieders). Dit belemmert een verantwoorde keuze van zorgverzekering.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De minister van VWS maakt de wijzigingen in wet- en regelgeving tijdig bekend (bijv. minimaal een half jaar van te voren).</li> <li>• Het aangaan van meerjarencontracten.</li> <li>• Zorgverzekeraars verplichten om alle tussentijdse wijzigingen in de polisvoorwaarden expliciet te melden aan de verzekerden, met de verplichte melding dat bij een</li> </ul> |

| <i>knelpunt/probleem</i>  | <i>mogelijke oplossingsrichting</i>   |
|---|---|
|   | verslechtering van polisvoorwaarden de verzekerde de zorgovereenkomst mag beëindigen en van zorgverzekeraar mag veranderen.   |
| Een belangrijk doel van het eigen risico, te weten het bevorderen van een kostenbewust gebruik van zorg ('remgeldeffect'), wordt nauwelijks bereikt.  | Een verschoven eigen risico kan leiden tot minder eigen betalingen en een groter remgeldeffect, en wellicht tot meer mensen die kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Bovendien is bij een verschoven eigen risico geen complexe compensatieregeling voor chronisch zieken meer nodig. Ten slotte kan overwogen worden om mensen met een hoog inkomen een hoger vrijwillig eigen risico dan 500 euro per jaar te laten kiezen, bijv. 1.000 of 2.000 euro per jaar. |
| 240.000 wanbetalers en 171.000 onverzekerden  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorstel van de regering voor een structurele oplossing.<sup>249</sup></li> <li>• Verlaging van het nominale premiedeel.</li> </ul>  |
| Een hoge nominale premie leidt niet tot sterke prijsprikkels en gaat gepaard met hoge administratiekosten (voor zowel de burgers als de Belastingdienst) en met wanbetalers en onverzekerden. | Een <i>verlaging</i> van het nominaal premiedeel kan leiden tot meer concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt door een grotere premiegevoeligheid van de consumenten. Voorts kan het een bijdrage leveren aan het verminderen van de onverzekerden- en wanbetalers-problematiek. Het aantal mensen met een zorgtoeslag kan sterk worden gereduceerd, zonder inkomensherverdeling. De werkgevers bijdragen kunnen ongewijzigd blijven.                                 |
| De zorgplicht biedt onvoldoende garantie op zorg.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Goede voorlichting aan verzekerden over het cruciale verschil tussen natura- en restitutiepolissen;</li> <li>• Aanscherping zorgplicht bij restitutiepolissen, zover als de Europese regels dat toelaten;</li> <li>• Scherper definiëren van de leveringsplicht bij naturapolissen;</li> <li>• Aanscherpen van het toezicht op de zorgplicht.</li> </ul>   |

249 Zie Kamerstukken II 2008-2009, 31 736, nr. 2-3; zie ook Eerste Kamer 2009.

| <i>knelpunt/probleem</i>  | <i>mogelijke oplossingsrichting</i>   |
|---|---|
| Een door een ruime Kamermeerderheid voorgesteld verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vormt een belemmering voor een effectief gebruik van dit instrument.   | Het op korte termijn verschaffen van helderheid over de politieke acceptatie van verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.  |
| Een (volgens de Zvw toegestane) polisvoorwaarde die de verzekerde de mogelijkheid biedt om elke dag de zorgverzekering te kunnen opzeggen, zodat men vanwege de acceptatieplicht van verzekeraar kan veranderen, leidt tot risico-selectie. | Alle zorgverzekeringen eindigen in beginsel op 31 december.   |
| Bij bepaalde DBCs worden uitgaven ten laste van de zorgverzekering gebracht die niet onder de Zvw valt. Dit probleem zal toenemen bij het terugbrengen van het aantal DBCs van 30.000 naar circa 3.000.                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De DBCs aanpassen aan de te verzekeren Zvw-prestaties;</li> <li>• De te verzekeren Zvw-prestaties aanpassen aan de DBCs;</li> <li>• Het vragen van eigen bijdragen per DBC ter bekostiging van de zorg die niet onder de Zvw valt.</li> </ul>  |
| Een collectiviteit kan selectief alleen laagrisico verzekerden als deelnemer accepteren (risico-selectie), en hogere premiekorting dan 10 procent ontvangen via kortingen op overige verzekeringsproducten.                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdere verbetering ex-ante risicoverevening;</li> <li>• Een zekere premievariatie toestaan (bijv. een premiebandbreedte) in combinatie met zorgsubsidies.</li> </ul>  |
| Verzekerden maken weinig gebruik van hun mogelijkheden tot beïnvloeding van het beleid van hun zorgverzekeraar.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie geven over regelingen;</li> <li>• Het openbaar maken van prestaties en oordelen van verzekerden;</li> <li>• Versterken van de positie van patiëntenverenigingen, bijv. door een vergroting van de bij hen aanwezige kennis, en door een verbetering van de ex-ante risicoverevening (zie bijv. Box 6.4).</li> </ul> |



# 7

## Conclusies

### 7.1 Inleiding

De overheid ziet het als haar taak te waarborgen dat iedereen toegang heeft tot kwalitatief goede, voor de samenleving betaalbare zorg (zie Box 2.2). Als middel om dit te realiseren heeft de overheid voor de curatieve zorg gekozen voor het model van gereguleerde concurrentie. Bij dit ordeningsmodel komen prijzen en transacties in beginsel tot stand op de markt, maar stelt de overheid regels om de genoemde doelstelling te realiseren. Met de Zvw/Wzt wordt, samen met andere wet- en regelgeving, vormgegeven aan de gereguleerde concurrentie in de zorg. De voorliggende evaluatie is nadrukkelijk géén evaluatie van het zorgstelsel of de stelselwijziging als geheel, maar betreft uitsluitend een evaluatie van de Zvw/Wzt.

De **centrale evaluatievraag** luidt: *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?*

Deze vraagstelling wordt uitgesplitst in de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Welke doelstellingen worden met de Zvw/Wzt beoogd?
- 2 Welke instrumenten bevatten de Zvw/Wzt en wat is hun beoogde werking?
- 3 Hoe verhouden de Zvw/Wzt zich, in het licht van de centrale evaluatievraag, tot de internationale verdragen en het Europees recht?
- 4 Welke knelpunten, problemen en (neven)effecten doen zich voor dan wel kunnen zich voordoen bij de toepassing en naleving van de wettelijke bepalingen; en in hoeverre worden de directe doelstellingen van de Zvw/Wzt bereikt?
- 5 Geven de bevindingen in het licht van de doelstellingen van de Zvw/Wzt aanleiding de wet of het beleid te wijzigen?

Deze onderzoeksvragen zijn afzonderlijk besproken en beantwoord in de hoofdstukken 2-6. Onderstaand worden de antwoorden en conclusies samengevat en besproken.

In hoofdstuk 2 is aangegeven dat “meer doelmatigheid, minder centrale sturing en (financiële) toegankelijkheid” de gezamenlijke doelstellingen van de Zvw/Wzt zijn (**onderzoeksvraag 1**).

In hoofdstuk 3 (paragraaf 3.2) en in Bijlage 3 zijn een 30-tal instrumenten van de Zvw/Wzt beschreven, evenals hun beoogde werking (**onderzoeksvraag 2**).

Opvallend is dat geen van de instrumenten van de Zvw/Wzt betrekking heeft op de *zorgverleningsmarkt*. De meeste instrumenten van de Zvw/Wzt hebben betrekking op de *zorgverzekeringsmarkt*; en twee instrumenten (te weten: zorgcontracteren en verticale integratie) hebben betrekking op de *zorginkoopmarkt* (zie paragraaf 3.2).

Hoewel geen van de instrumenten van de Zvw/Wzt direct betrekking heeft op de zorgverleningmarkt, is het goed functioneren van de Zvw/Wzt-instrumenten wel noodzakelijk voor het goed functioneren van de zorgverleningmarkt. 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. De *prikkel* om van de beschikbare *instrumenten* tot zorginkoop gebruik te maken, moet komen van de mogelijkheid die de verzekerden (op de zorgverzekeringsmarkt) hebben om jaarlijks van zorgverzekeraar en zorgpolis te veranderen. In die zin is een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt een noodzakelijke voorwaarde voor het goed functioneren van de zorginkoopmarkt; terwijl een goed functionerende zorginkoopmarkt een noodzakelijke voorwaarde is voor een het goed functioneren van de zorgverleningmarkt.

In hoofdstuk 4 is ingegaan op de vraag hoe de Zvw/Wzt zich, in het licht van de centrale evaluatievraag, verhouden tot de internationale verdragen en het Europees recht (**onderzoeksvraag 3**).

Volgens de Raad van State schuilt de kwetsbaarheid van de Zvw in de voorwaarden voor concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt gecombineerd met de eisen van toegankelijkheid en betaalbaarheid die publieke voorschriften noodzakelijk maken inzake *acceptatieplicht*, *verevening van risico's*, *premiestelling* en *de omvang van het pakket*. De Raad van State heeft geadviseerd met betrekking tot elke afzonderlijke maatregel die in de Zvw is opgenomen en die een inbreuk op het stelsel van de verzekeringsrichtlijnen vormt of een belemmering van het vrije verkeer kan vormen, nadrukkelijk te bezien of deze gerechtvaardigd kan worden. Tot nu toe heeft die toetsing maar zeer beperkt plaatsgevonden.

Op basis van onze analyses is het risico groot dat het verbod op premiedifferentiatie (art. 17.2 Zvw) in strijd is met de Europese regelgeving.<sup>250</sup>

Voor het zorginkoopbeleid door zorgverzekeraars is het van groot belang te weten in welke mate zij vrij zijn in het vaststellen van de restitutievergoeding voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgverleners. Op grond van de in paragraaf 4.3 genoemde argumenten en overwegingen lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat - niettegenstaande het arrest van het Europese Hof in de zaak Müller/Fauré (zaak C-385/99) - een zorgverzekeraar Europeesrechtelijk gezien volledig vrij is zelf de

---

250 Een mogelijke oplossingsrichting is de in paragraaf 7.4 als derde genoemde oplossingsrichting. Een andere mogelijke oplossingsrichting is door de toenmalige minister van Volksgezondheid Hoogervorst in de Tweede Kamer genoemd: "Stel dat de extreme situatie ontstaat dat het Hof oordeelt dat Nederland bepaalde onmisbare plichten niet kan opleggen aan private verzekeringsmaatschappijen. Dan is de ultieme terugvaloptie dat Nederland de uitvoering van de zorgverzekering in handen legt van private entiteiten, niet zijnde schadeverzekeraars, waaraan dergelijke plichten wel opgelegd kunnen worden. De ziektekostenverzekeraars zouden zich dan moeten transformeren tot dergelijke entiteiten." (Handelingen Tweede Kamer, 2003/04, debat van 15 april 2004, nr. 67, p. 4394)



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.<sup>251</sup> Deze conclusie ondersteunt het standpunt van de NZa 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”.

Het vereveningsstelsel is ter toetsing aan de Europese Commissie voorgelegd. De Commissie heeft geoordeeld dat de staatsteun die zorgverzekeraars wordt toegekend in de vorm van vereveningsbijdragen, verenigbaar is met het EG-Verdrag.

Ten aanzien van alle Europeesrechtelijke kwesties geldt dat volledige zekerheid niet bestaat zolang het Europese Hof hier geen expliciete uitspraak over heeft gedaan.

In hoofdstuk 5 is per Zvw/Wzt-instrument nagegaan welke knelpunten, problemen en (neven) effecten zich (kunnen) voordoen (**onderzoeksvraag 4**). Een overzicht van deze knelpunten/problemen per instrument is gegeven in Tabel 5.3.

In hoofdstuk 6 zijn vervolgens mogelijke oplossingsrichtingen aangegeven voor de geconstateerde knelpunten en problemen (**onderzoeksvraag 5**). Een overzicht hiervan is gegeven in Tabel 6.1.

Onderstaand zullen de conclusies van hoofdstuk 5 en 6 worden samengevat.

In paragraaf 7.2 zullen de positieve effecten en ontwikkelingen worden samengevat. In de daarop volgende paragrafen zullen de geconstateerde knelpunten/problemen en mogelijke oplossingsrichtingen worden samengevat en besproken.

Het is van belang dat de lezer zich niet laat misleiden doordat wij in deze evaluatie voornamelijk zijn ingegaan op de geconstateerde knelpunten/problemen en mogelijke oplossingsrichtingen. Deze eenzijdige aanpak volgt namelijk direct uit de bovenvermelde centrale evaluatie vraag. Voorts dienen de geconstateerde knelpunten/problemen te worden gezien tegen de achtergrond van de relatief korte werkingstijd van de Zvw/Wzt. We willen daarom benadrukken dat het overwegende beeld over de Zvw/Wzt dat bij de interviews naar voren is gekomen en bevestiging vindt in de andere genoemde bronnen, kan worden samengevat als:

***“Per saldo positief, ondanks enkele ernstige knelpunten en problemen”.***

## 7.2 Positieve effecten en ontwikkelingen

De doelstellingen van de Zvw/Wzt zijn het bevorderen van doelmatigheid en financiële toegankelijkheid. Als belangrijke positieve effecten van de Zvw/Wzt kunnen worden genoemd (zie Box 5.1):

- 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.

---

<sup>251</sup> En uiteraard dient de zorgverzekeraar zich te houden aan de zorgbepalingen in de Sociale Zekerheidsverordening 1408/71.

- 2 Iedereen kan jaarlijks van zorgverzekeraar en/of zorgpolis veranderen.
- 3 De zorgverzekeringsmarkt is sterk competitief is.
- 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 activiteiten ten aanzien van zorginkoop.
- 6 De Zvw heeft gezorgd voor kwaliteitsimpulsen. De kwaliteit van zorg staat nu op de agenda.

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

Een belangrijk oogmerk van het ordeningsmodel van gereguleerde concurrentie dat ten grondslag ligt aan de Zvw, is dat zorgverzekeraars als kritische inkopers van zorg ten behoeve van hun verzekerden de doelmatigheid van de zorgverlening bevorderen. De Zvw biedt de zorgverzekeraar daartoe twee *instrumenten*: (1) zorgcontracten, en (2) het in dienst nemen van zorgaanbieders. De *prikkels* om van die instrumenten gebruik te maken moeten komen van de zorgverzekeringsmarkt: doordat verzekerden (kunnen) stemmen met de voeten en direct invloed (kunnen) uitoefenen op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars, moeten zorgverzekeraars worden aangezet tot doelmatige zorginkoop.

Zorgverzekeraars hoeven niet met alle zorgaanbieders contracten te sluiten. De Zvw staat nadrukkelijk toe dat verzekeraars selectief contracten kunnen afsluiten met bepaalde zorgaanbieders. Selectief contracteren wordt gezien als een belangrijk middel om de doelmatigheid van de zorginkoop te vergroten. Op grond van artikel 13 van de Zvw moeten zorgverzekeraars in het geval van selectief contracteren in de polis aangeven op welke restitutievergoeding de verzekerden in dat geval recht hebben als zij van niet-gecontracteerde zorgaanbieders gebruikmaken.

In hoofdstuk 4 hebben wij geconcludeerd dat de conclusie gerechtvaardigd lijkt dat – niettegenstaande het arrest van het Europese Hof in de zaak Müller/Fauré (zaak C-385/99) - een zorgverzekeraar 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. Wel zijn zorgverzekeraars verplicht zich aan hun zorgplicht te houden en hun verzekerden duidelijke informatie te geven over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

Niettemin wordt van de mogelijkheid van selectief contracteren door zorgverzekeraars maar spaarzaam gebruik gemaakt. Op grond van een onderzoek naar selectief contracteren en “keuze-ondersteuning” door verzekeraars, concludeerde de NZa in 2007 dat het nagenoeg ontbreken van selectief contracteren deels te wijten was aan het feit dat “de Zorgverzekeringswet onhelder is over de minimale hoogte van de restitutievergoeding die verzekeraars moeten geven wanneer verzekerden naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders gaan”. Om vanuit haar kant hierover meer zekerheid te bieden heeft de NZa duidelijk gemaakt 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”. In haar “Richtsnoer Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2008” geeft de NZa aan wat zij wel en niet transparant vindt.

Zorgcontracteren is voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument om invloed te kunnen uitoefenen op de doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg. Het instrument wordt toegepast ten behoeve van circa 80% van de verzekerden. Zorgcontracteren is voor verzekeraars en veel verzekerden aantrekkelijk omdat voor een restitutiepolis zonder zorgcontracten doorgaans een hogere premie zal moeten worden gevraagd. Zonder zorgcontracten kunnen verzekeraars namelijk geen invloed uitoefenen op de prijs en op grond van de Zvw zijn zij in dat geval verplicht de door zorgaanbieders in rekening gebrachte tarieven volledig te vergoeden (tot een wettelijk maximum of een marktconform niveau). Ook voor zorgaanbieders heeft vaak voordelen. Maar voor zorgaanbieders kan het ook aantrekkelijk zijn om te weigeren een contract te sluiten. Wanneer namelijk voldoende zorgaanbieders weigeren te contracteren, kunnen zij hogere prijzen afdwingen omdat verzekeraars in dat geval verplicht zijn om het maximum- of marktconforme tarief te vergoeden. Verzekeraars zouden dit kunnen tegengaan door hun verzekerden te “sturen” naar aanbieders waarmee zij wel een contract hebben afgesloten, maar dit vereist wel dat verzekeraars het keuzegedrag van hun verzekerden effectief kunnen beïnvloeden.

Verzekeraars blijken huiverig voor *selectief* zorgcontracteren 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.

In plaats van selectieve contracten maken zorgverzekeraars in toenemende mate gebruik van *gedifferentieerde* contracten, waarbij voorkeuraanbieders gunstiger contractvoorwaarden krijgen aangeboden. Sinds 2009 hebben verzekeraars de mogelijkheid om hun verzekerden naar voorkeuraanbieders te sturen door middel van een gedifferentieerd eigen risico. Van deze mogelijkheid om verzekerden via een positieve financiële prikkel te stimuleren om van voorkeuraanbieders gebruik te maken is door de helft van de verzekeraars gebruik gemaakt.

Ondanks het nagenoeg ontbreken van selectief contracteren, 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 er belangrijke knelpunten die een belemmering vormen voor effectief zorgcontracteren.

Het meest urgente knelpunt dat momenteel een effectieve zorginkoop belemmert is gelegen in de gebrekkig functionerende bekostigingssystematiek voor de ziekenhuizen. Hierdoor hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen thans pas drie jaar na afsluiting van een boekjaar zicht op de daadwerkelijke financiële resultaten.

Een tweede majeure knelpunt betreft het gebrek aan adequate prestatie-indicatoren. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars enerzijds moeilijk om goede zorg in te kopen en anderzijds om hun verzekerden te sturen naar goede zorgaanbieders. De hiervoor benodigde maatregelen liggen echter niet op het terrein van de Zvw.

Een derde belangrijk knelpunt dat de zorginkoop belemmert betreft het op sommige terreinen tekortschietende aanbod van zorgverleners (in aantal en variëteit). Het zorgaanbod is de afgelopen decennia uit het oogpunt van kostenbeheersing bewust krap gehouden via een centrale beheersing van de beschikbare capaciteit aan menskracht en voorzieningen. Een krap aanbod beperkt de mogelijkheden om selectief te contracteren en een gebrek aan differentiatie in het aanbod beperkt de

mogelijkheden om bij de zorginkoop effectief gebruik te maken van de functionele pakket-omschrijving. Ook voor dit knelpunt valt de oplossing echter buiten het bestek van de Zvw.

Een belangrijk knelpunt dat wèl is gerelateerd is aan de Zvw betreft het beperkte financieel risico van zorgverzekeraars voor de GGZ-uitgaven en het A-segment van de intramurale zorg vanwege de substantiële ex-post kostencompensaties. Door deze compensaties wordt de prikkel tot risicoselectie gereduceerd en getracht een gelijk speelveld voor de zorgverzekeraars te creëren. Zorgverzekeraars zijn voor minder dan de helft financieel verantwoordelijk voor het A-segment van de intramurale zorg en vrijwel geheel risicodragend voor extramurale zorg. Dit creëert een perverse prikkel die vervanging van (onnodig) dure intramurale zorg uit het A-segment door goedkope extramurale zorg ontmoedigt. Voor de GGZ-zorg dragen zorgverzekeraars geen enkel financieel risico.

### **Oplossingsrichtingen**

Een voor de hand liggende oplossingsrichting (bezien vanuit de Zvw) om zorginkoop te stimuleren, is het verhogen van het financieel risico van de zorgverzekeraars door het verminderen van de huidige uniforme ex-post kostencompensaties aan zorgverzekeraars. Een verhoging van het financieel risico van de zorgverzekeraars betekent echter ook een vergroting van de financiële prikkel tot risicoselectie voor de zorgverzekeraars (zie onder). Er is dus sprake van een afweging van doelmatigheid en het tegengaan van risicoselectie. Gegeven het verbod op premiedifferentiatie is verbetering van de risico-verevening de enige mogelijkheid om aan deze lastige afweging te ontsnappen.

Een tweede oplossingsrichting is het vervangen van de huidige *uniforme* ex-post kostencompensatie door *gedifferentieerde* ex-post kostencompensaties (dat wil zeggen dat de regering van te voren bepaalt voor welke verzekerden zorgverzekeraars ex-post kostencompensaties ontvangen) en/of *hogerisicoverevening* (dat wil zeggen dat de zorgverzekeraars zelf van tevoren mogen aangeven voor welke verzekerden zij voor het komend jaar ex-post kostencompensaties willen ontvangen). De bevinding dat er een zekere “harde kern” van voorspelbaar verliesgevende verzekerden bestaat, kan aanleiding zijn om de huidige ex-post kostencompensaties die *uniform* gelden voor alle verzekerden, *gedifferentieerd* toe te passen, dat wil zeggen uitsluitend voor de verzekerden die behoren tot de “harde kern” van voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Als het vereveningsmodel voor, zeg, 92% van de bevolking ‘redelijk’ werkt en voor 8% van de bevolking hoge voorspelbare verliezen geeft, en indien de splitsing in de twee groepen kan plaatsvinden op basis van gegevens die standaard in de administratie van de zorgverzekeraars beschikbaar zijn, zou selectief het financiële risico voor de zorgverzekeraars voor die 92% kunnen worden verhoogd. Op deze wijze wordt de financiële prikkel tot doelmatigheid vergroot zonder noemenswaardige vergroting van de prikkel tot risicoselectie.

Een derde oplossingsrichting is het verminderen van de ex-post kostencompensaties aan zorgverzekeraars in combinatie met minder strikte premieregulering. Dit leidt tot een afweging waarbij ook de financiële toegankelijkheid is betrokken. Deze oplossingsrichting wordt onder besproken.

## 7.4 De ex-ante risicoverevening is 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 een imperfecte ex-ante risicoverevening en onvolledige ex-post kostencompensaties (hetgeen het geval is) leidt het verbod op premiedifferentiatie bij een gemiddelde premie tot voorspelbare verliezen op bepaalde groepen hoogrisico verzekerden (veelal chronisch zieken; zie Tabel 5.1). Dit heeft de volgende nadelige consequenties:

*Geen gelijk speelveld voor verzekeraars* Verzekeraars die relatief veel voorspelbaar verliesgevende verzekerden in hun portefeuille hebben – bijvoorbeeld omdat zij voor hen uitstekende zorgarrangementen hebben ingekocht – zijn gedwongen om een hogere premie te vragen dan hun concurrenten. Zij kunnen dus niet op gelijke voet concurreren. Een *doelmatige* zorgverzekeraar met relatief veel hoogrisico verzekerden kan een slechtere financiële marktpositie hebben dan – en daardoor worden weggeconcentreerd door – een *ondoelmatige* zorgverzekeraar met relatief weinig hoogrisico verzekerden.

*Marktsegmentatie en onbedoelde premiedifferentiatie* Indien een zorgverzekeraar zich specialiseert in zorg voor voorspelbaar verliesgevende chronisch zieken zal hij een hoge kostendeckende premie moeten vragen. Een eerste gevolg hiervan is dat er alsnog onbedoelde premieverschillen tussen hoogrisico verzekerden en laagrisico verzekerden ontstaan. Een tweede gevolg is dat deze goede zorg financieel ontoegankelijk is voor de chronisch zieken die de hoge premies niet kunnen betalen. Marktsegmentatie kan ook plaatsvinden via collectiviteiten. Collectiviteitskortingen hoger dan de maximaal toegestane 10% worden verleend via kortingen (oplopend tot 35%) op andere verzekeringen bij dezelfde verzekeraar, bijvoorbeeld op aanvullende verzekeringen, auto-, reis-, inboedel-, en/of opstalverzekeringen. Door marktsegmentatie (via polisdifferentiatie, collectiviteiten, aanvullende verzekeringen of gerichte marketing) wordt het verbod op premiedifferentiatie uitgehold.

*Niet-beoogde kruissubsidies* Het verbod op premiedifferentiatie leidt niet alleen tot kruissubsidies ten aanzien van gezondheid (zoals beoogd), maar ook tot kruissubsidies voor factoren waarvoor geen kruissubsidies zijn beoogd. Zo kunnen bijvoorbeeld regionale verschillen in aanbod (prijs, kwaliteit, capaciteit) of vraag (verschillen in consumptiegeneigdheid, risicogedrag) binnen een provincie niet worden vertaald in hogere of lagere premies. In principe zijn dergelijke kruissubsidies echter niet in overeenstemming met het Besluit Zorgverzekeringen (Stb 389, 2005, p.23) waarin wordt gesteld dat “omdat de uiteindelijke bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen *uitsluitend* afhangt van de gezondheidsrisico’s van verzekerden, alleen kenmerken van de verzekerden in aanmerking komen als

verdeelcriterium die samenhangen met de *gezondheid* van de verzekerde.”

*Prikkels tot risicoselectie*

Zorgverzekeraars worden geconfronteerd met financiële prikkels tot risicoselectie. Risicoselectie kan diverse negatieve effecten hebben zoals verminderde toegankelijkheid voor chronisch zieken tot goede kwaliteit zorg (het is voor zorgverzekeraars immers aantrekkelijker zich bij het zorginkoopbeleid te richten op de gezonde verzekerden dan op de chronisch zieken), verminderde doelmatigheid, en uitholling van het verbod op premiedifferentiatie. (Voor de vormen van risicoselectie die deze effecten kunnen hebben, zie Bijlage 5.)

Gezien deze mogelijke gevolgen kan het bestaan van financiële prikkels tot risicoselectie worden getypeerd als een potentieel-ernstig probleem.

Hoewel er op grond van de beschikbare gegevens geen aanwijzingen zijn dat zorgverzekeraars in de eerste jaren na invoering van de Zvw meer dan beperkt gebruik hebben gemaakt van de ruime mogelijkheden voor risicoselectie, vormt gedrag uit het verleden geen garantie voor de toekomst. De eerste jaren na invoering van de Zvw hadden verzekeraars maar beperkt zicht op het risicoprofiel van hun verzekerden in relatie tot het vereveningssysteem. De komende jaren zullen zorgverzekeraars echter steeds beter inzicht krijgen in welke verzekerden ten opzichte van het vigerende vereveningssysteem voorspelbaar winst- en verliesgevend zijn. Wanneer de scherpe premieconcurrentie aanhoudt, neemt de kans toe dat zorgverzekeraars op grotere schaal zullen overgaan tot risicoselectie. Zodra een zorgverzekeraar begint met profijtelijke risicoselectie, zullen de andere zorgverzekeraars uit concurrentie-overwegingen niet achter kunnen blijven. Een potentiële mitigerende factor is het verlies aan reputatie dat risicoselectie met zich kan meebrengen. Een tweede potentiële mitigerende factor is de aankondiging van de regering om de ex-ante risicoverevening in de komende jaren te blijven verbeteren, waardoor het voor zorgverzekeraars onzeker is in welke mate bepaalde selectiestrategieën ook op termijn profijtelijk zijn.

Wat altijd onbekend zal blijven, zijn de investeringen in zorg die *achterwege blijven* omdat de betreffende patiënten voorspelbaar verliesgevend zijn en zorgverzekeraars op dat terrein geen reputatie willen ontwikkelen. Deze sluipende, onzichtbare vorm van risicoselectie zou er op termijn toe kunnen leiden dat de zorg voor bepaald ziektebeelden verschaalt.

### **Oplossingsrichtingen**

De beste manier om voorspelbare verliezen te vermijden (en op verantwoorde wijze de ex-post kostencompensaties te verminderen) is het *verbeteren van het ex-ante vereveningssysteem*. Naarmate meer relevante risicofactoren in het vereveningssysteem zijn opgenomen, wordt het moeilijker en kostbaarder -zo niet onmogelijk - voor verzekeraars om voorspelbaar verliesgevende verzekerden te identificeren. Een betere vereveningsformule is niet alleen de beste manier om prikkels tot risicoselectie te vermijden, maar geeft ook krachtige impulsen om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren.

Een tweede oplossingsrichting is wellicht het vervangen de huidige *uniforme* ex-post kostencompensatie door *gedifferentieerde* ex-post kostencompensaties en/of *hogerisicoverevening*. Wellicht kan een *gedifferentieerde* ex-post kostencompensatie een oplossing bieden voor mensen met een zeldzame aandoening. Er zijn 5.000 tot 8.000 zeldzame aandoeningen, met in Nederland naar schatting in totaal 1 miljoen patiënten, die thans niet expliciet in de ex-ante risicoverevening zijn opgenomen.

Een derde oplossingsrichting luidt als volgt: 'Vervang het verbod op premiedifferentiatie door een *premiebandbreedte* (bijvoorbeeld de maximumpremie per zorgverzekeraar per modelpolis mag niet meer bedragen dan tweemaal of driemaal de minimumpremie) in combinatie met *zorgsubsidies* voor hoogrisico verzekerden, die als vangnet waarborgen dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan zorgverzekeringpremie betaalt dan aanvaardbaar wordt geacht; en verplicht zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten de gehanteerde risicofactoren en de bijbehorende premietabel te vermelden'.

Het is twijfelachtig of de twee eerstgenoemde oplossingsrichtingen binnen enkele jaren afdoende oplossingen kunnen bieden. Aangezien de ernst van de problematiek in de komende jaren naar verwachting zal toenemen omdat de zorgverzekeraars steeds beter inzicht krijgen in welke verzekerden ten opzichte van het vigerende vereveningssysteem voorspelbaar winst- en verliesgevend zijn, roept dit de vraag op of thans de derde oplossingsrichting niet het overwegen waard is. Een verbod op premiedifferentiatie kan weliswaar op korte termijn de financiële toegankelijkheid waarborgen, maar leidt ook tot bovengenoemde nadelen. Voorts is het de vraag in welke mate premieregulering op termijn effectief kan zijn in het voldoende waarborgen van financiële toegankelijkheid. Dit roept de vraag op of thans de voordelen van het verbod op premiedifferentiatie nog opwegen tegen de nadelen, en of een versoepeling van het verbod - bijvoorbeeld door het toestaan van een zekere *premiebandbreedte* - in combinatie met *zorgsubsidies* als oplossingsrichting niet het overwegen waard is.

De voordelen hiervan ten opzichte van een verbod op premiedifferentiatie zijn:

- 1 Minder (prikkel tot) risicoselectie, en dus ook minder nadelige effecten van selectie. Bijvoorbeeld, chronisch zieken worden minder 'voorspelbaar verliesgevende klanten', en hierdoor worden zorgverzekeraars gestimuleerd meer disease management programma's voor chronisch zieken op te zetten en hiermee te adverteren bij de doelgroep. Zorgaanbieders zullen meer streven naar de beste reputatie bij chronisch zieken, want dat levert (voorkeur)contracten op met de zorgverzekeraars, en patiëntenverenigingen worden meer serieuze gesprekspartners voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- 2 De ex-post kostencompensaties kunnen op een verantwoorde wijze worden verminderd, waardoor de financiële prikkel tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars toeneemt.
- 3 Minder of geen niet-beoogde kruissubsidies.
- 4 Zorgverzekeraars zullen via premiedifferentiatie informatie over risicofactoren geven (risicoclassificatie is immers bij uitstek hun vak), die enkele jaren later in het vereveningsmodel kunnen worden gebruikt en dan niet meer voor premiedifferentiatie worden gebruikt.
- 5 Een vermindering van de juridische kwetsbaarheid bij imperfecte risicoverevening. Zoals boven geconcludeerd is het risico groot dat het verbod op premiedifferentiatie in strijd is met de Europese regelgeving. Het moet niet worden uitgesloten dat zorgverzekeraars (zie Bijlage 6),

patiënten(verenigingen) (zie Box 6.4), of zorgaanbieders (zie Box 6.3) die menen te worden benadeeld door het verbod op premiedifferentiatie in combinatie met een imperfecte risico-verevening, juridische procedures tegen de regering aanspannen.<sup>252</sup> Door de premieregulering meer proportioneel te maken<sup>253</sup>, neemt de juridische kwetsbaarheid van het zorgverzekeringsstelsel af.

Tegenover deze voordelen staan ook nadelen:

- 1 Door een minder transparante premiestructuur kan het voor de consument lastiger worden de diverse polissen onderling te vergelijken.
- 2 Expliciete subsidies zoals zorgsubsidies gaan gepaard met transactiekosten.

## 7.5 De zorgplicht is nog niet voldoende uitgekristalliseerd

Een belangrijke doelstelling van de sociale verzekering die met de Zvw wordt gerealiseerd is te waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De zorgverzekeraars, als uitvoerders van de verzekering, komt een belangrijke rol toe bij het realiseren van dat doel. Het gaat er daarbij volgens de Memorie van Toelichting niet alleen om dat de betaling van de kosten is gewaarborgd, maar ook dat de burgers de verzekerde zorg in voorkomend geval ook werkelijk kunnen verkrijgen. Ten aanzien van beide aspecten, zo wordt vervolgens gesteld, heeft de zorgverzekeraar nadrukkelijk een rol, die wordt aangeduid met de term “*zorgplicht*”.

Zorgverzekeraars kunnen aan de zorgplicht invulling geven door het aanbieden van naturapolissen, restitutiepólissen of combinatie van beide soorten polissen (combinatiepólissen). In beginsel bestaat er een groot verschil tussen natura- en restitutiepólissen, zowel in de aanspraken van de verzekerde als in de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Bij een **naturapolis** heeft een verzekerde recht op zorg en de verzekeraar een *leveringsplicht*. Bij een **restitutiepolis** heeft een verzekerde recht op vergoeding van benodigde zorg en de verzekeraar een *vergoedingsplicht* en (desgevraagd) een *zorgbemiddelingsplicht*.

In de praktijk blijken deze verschillen (nog) nauwelijks een rol te spelen. Over de effectiviteit van de zorgplicht in de praktijk, als het er op aankomt bij bijvoorbeeld een faillissement van een ziekenhuis, is ons (nog) niets bekend. Bij het dreigende faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen heeft de overheid ingegrepen. Zorgverzekeraars hebben niet publiekelijk aangegeven hoe zij ten behoeve van verzekerden met een naturapolis hun leveringsplicht in het geval van faillissement zouden waarmaken. Door het vrijwel ontbreken van wettelijke normen en de beperkte jurisprudentie, is het bovendien onvoldoende duidelijk wat de leveringsplicht concreet inhoudt. Maar ook als die duidelijkheid er wel zou zijn, dan kunnen verzekeraars deze in principe eenvoudig omzeilen door uitsluitend restitutiepólissen aan te bieden. In 2008 is het aandeel naturapolissen met eenderde

---

252 In chronische zorg gespecialiseerde zorgaanbieders kunnen zich benadeeld voelen omdat zorgverzekeraars met hen geen contract willen sluiten omdat hun klanten voor de zorgverzekeraars voorspelbaar verliesgevend zijn. Patiënten(verenigingen) kunnen zich benadeeld voelen omdat zij onvoldoende toegang hebben tot de in hun zorg gespecialiseerd zorgaanbieders.

253 Een verbod op premiedifferentiatie is identiek aan een premiebandbreedte met een bandbreedte nul. Elke bandbreedte groter dan nul is dus minder beperkend, en daarom meer proportioneel, dan het verbod op premiedifferentiatie.



gedaald. Verzekeraars zouden wellicht terughoudend zijn in het vervangen van natura- door restitutie- of combinatiepolissen als de verzekerden op de hoogte zouden zijn van de implicaties daarvan. Verzekerden blijken hierover echter slecht geïnformeerd en de beschikbare informatie blijkt vaak onvolledig of onjuist.

Samengevat luidt de conclusie dat zich ten aanzien van de zorgplicht de volgende *knelpunten* voordoen:

- De in art. 11 Zvw opgenomen zorgplicht biedt onvoldoende waarborgen dat verzekerden met een restitutiepolis de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.
- Zolang verzekerden niet voldoende geïnformeerd zijn over het verschil tussen natura- en restitutiepolissen (hetgeen het geval lijkt te zijn), kunnen verzekerden niet een optimale keuze van zorgpolis maken, en kunnen zorgverzekeraars zich in beginsel eenvoudig onttrekken aan een leveringsplicht zoals die voortvloeit uit naturapolissen, door uitsluitend restitutiepolissen aan te bieden.
- De leveringsplicht die voortvloeit uit naturapolissen is in de praktijk nog onvoldoende ingevuld, waardoor het onduidelijk is waar verzekerden hun verzekeraar precies op kunnen aanspreken.

### **Oplossingsrichtingen**

Een eerste oplossingsrichting is het geven van goede voorlichting (door de overheid) over het cruciale verschil tussen natura- en restitutiepolissen (zie Box 5.8) en goede informatie door de zorgverzekeraar over de precieze aanspraken bij de diverse aangeboden polissen. Wanneer het verzekerden duidelijk wordt dat een naturapolis in beginsel veel meer garanties biedt op het verkrijgen van zorg dan een restitutiepolis, valt te verwachten dat de vraag naar naturapolissen zal toenemen.

Een tweede oplossingsrichting is het zoveel mogelijk aanscherpen van de zorgplicht bij restitutiepolissen, met inachtneming van de grenzen die daaraan worden gesteld door de Europese regelgeving.

Een derde oplossingsrichting betreft het scherper definiëren van de leveringsplicht voor individuele zorgverzekeraars bij naturapolissen met betrekking tot het garanderen van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van essentiële zorgfuncties. Voor zorgverzekeraars zou het op voorhand duidelijk moeten zijn waartoe zij verplicht zijn als bijvoorbeeld een ziekenhuis failliet gaat.

Een vierde oplossingsrichting is een aanscherping van het toezicht op de zorgplicht (leveringsplicht bij naturapolissen; zorgbemiddeling bij restitutiepolissen). Ter bescherming van de consument kunnen zorgverzekeraars worden verplicht desgevraagd aan de NZa een 'noodscenario' te overleggen. Dit kan betrekking hebben op bijvoorbeeld een mogelijk faillissement van ziekenhuizen in het algemeen, of op een dreigend faillissement van een specifiek ziekenhuis.<sup>254</sup> Zorgverzekeraars die onvoldoende voorzieningen hebben getroffen om hun zorgplicht jegens hun verzekerden (zie Box 5.8 en 5.9) te kunnen nakomen, worden onder verscherpt toezicht geplaatst. Bij aanhoudend in gebreke blijven kunnen sancties volgen, bijvoorbeeld bestuurlijke boetes, het opleggen van een last onder dwangsom, en/of openbaarmaking door de NZa dat de betreffende zorgverzekeraar onvoldoende voorzieningen

---

254 Een noodscenario zou voor naturapolissen bijvoorbeeld kunnen inhouden dat zorgverzekeraars (individueel of gezamenlijk) voorzieningen hebben getroffen om binnen een aanvaardbare tijdsperiode een noodhospitaal functioneel te kunnen laten zijn.

heeft getroffen om zijn zorgplicht te allen tijde in redelijkheid en billijkheid te kunnen waarmaken en/of de verzekerden de gelegenheid geven tussentijds van zorgpolis of zorgverzekeraar te veranderen.

## **7.6 De aanvullende verzekering belemmert chronisch zieken en ouderen om van zorgverzekeraar te veranderen.**

In hoofdstuk 5 is geconcludeerd dat koppelverkoop van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering(en) de mobiliteit van chronisch zieken en ouderen voor de zorgverzekering vermindert. 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.

De oorzaak van het probleem is de zogenoemde onopzegbaarheid-clausule die veel zorgverzekeraars op vrijwillige basis opnemen in aanvullende verzekeringen. Zo'n clausule houdt doorgaans in dat de zorgverzekeraar na afloop van de verzekeringstermijn de verzekerde opnieuw voor de aanvullende verzekering zal accepteren tegen de standaardvoorwaarden en (mits de zorgverzekering niet wordt opgezegd) voor de standaardpremie. Chronisch zieken en ouderen zullen bij andere verzekeraars niet tegen dergelijke gunstige voorwaarden worden geaccepteerd en zijn daarom -ook voor de zorgverzekering- als het ware getrouwd met hun huidige verzekeraar.

Voorts is geconcludeerd dat selectieve acceptatie voor de aanvullende verzekeringen een effectief instrument is voor risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt en dat dit kan leiden tot een aantasting van de solidariteit in de zorgverzekering.

### **Oplossingsrichtingen**

De huidige wettelijke bepaling tegen koppelverkoop (art. 120 Zvw) is geen effectieve oplossing omdat de verzekeraar bij opzegging van de zorgverzekering door de verzekerde de premie voor de aanvullende verzekering mag verhogen. Intervenieren in de aanvullende verzekering is op grond van de Europese verzekeringsrichtlijnen evenmin mogelijk.

Een effectieve oplossingsrichting is het *beperken van het belang van de aanvullende verzekering*.

Hierdoor neemt de behoefte van de consument aan een aanvullende verzekering af, en zullen wellicht ook aanvullende verzekeringen zonder onopzegbaarheid-clausule worden aangeboden. Dat betekent dat na afloop van de verzekeringstermijn het premie- en acceptatiebeleid van de huidige verzekeraar niet verschilt van dat van de overige verzekeraars in de markt, en dat de consument niet langer getrouwd is met zijn huidige verzekeraar.

Een effectieve manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is een terughoudend beleid ten aanzien van het uitdunnen van het basispakket en een kritische doorlichting van het huidige aanvullende pakket: zitten daar voor hoogrisico verzekerden echt geen belangrijke verstrekkingen in waarvoor toegankelijkheid maatschappelijk gewenst is? Het louter vanuit collectieve-lastenoverwegingen uitdunnen van het basispakket heeft naast een negatief effect op de toegankelijkheid, dus ook een negatief effect op de mobiliteit van hoogrisico verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt, en daarmee een negatief effect op de prikkels voor een goede en doelmatige zorginkoop voor deze doelgroep.

Een tweede manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is wellicht het geven

van goede voorlichting over het nut en de noodzaak van dergelijke verzekeringen. Kennelijk is sprake van een discrepantie tussen enerzijds het standpunt van de regering dat de aanvullende verzekeringen alleen maar voorzieningen bevatten die voor eigen rekening en verantwoording van de burger kunnen blijven, en anderzijds de kennelijke behoefte aan een onopzegbaarheid-clausule in aanvullende verzekeringen.

Een effectieve manier om risicoselectie via de aanvullende verzekering tegen te gaan, is het verbeteren van de ex-ante risicoverevening.

## 7.7 Wanbetalers, onverzekerden en de hoogte van de nominale premie

Sinds de invoering van de Zvw (2006) vormt de problematiek van de 'wanbetalers' en 'onverzekerden' een frequent terugkerend onderwerp in het politieke en maatschappelijke debat. Een toenemend probleem is het aantal verzekerden dat gedurende langere tijd geen premie betaalt. Het aantal wanbetalers met een betalingsachterstand van meer dan 6 maanden is gestegen van 190.000 (eind 2006) tot 240.000 (eind 2007) tot 280.000 (eind 2008). In de periode 2006-2007 is vooral het aantal wanbetalers onder de bijstandsgerechtigden met 40% sterk gestegen. Voorts waren op 1 mei 2008 171.000 verzekeringsplichtige burgers onverzekerd (1% van de verzekeringsplichtigen).

Om het probleem van het toenemend aantal wanbetalers structureel in te dammen, heeft het parlement in 2009 ingestemd met een voorstel tot wijziging van de Zvw. Op grond van het wijzigingsvoorstel worden zorgverzekeraars verplicht om hun verzekerden na 2 maanden betalingsachterstand een betalingsregeling aan te bieden. Gaat de verzekerde daar niet op in of houdt hij zich niet aan de afgesproken regeling, dan moet hij aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) een 'bestuursrechtelijke premie' betalen die 30% hoger ligt dan de standaardpremie. Deze bestuursrechtelijke premie moet betaald worden als de betalingsachterstand 6 maandpremies of meer bedraagt en wordt ingehouden op het inkomen of de zorgtoeslag. De wanbetaler komt hier pas onderuit als hij zijn schuld aan de zorgverzekeraar heeft afbetaald.

Naast de inkomensafhankelijke bijdrage betalen verzekerden van 18 jaar en ouder ook een nominale premie. Ook de voormalige Ziekenfondswet kende een deels inkomensafhankelijke en deels nominale premie. Het inkomensafhankelijke premiedeel bedroeg toen echter circa 85%, terwijl in de Zvw is vastgelegd dat dit aandeel gelijk moet zijn aan 50%. Ten opzichte van de ziekenfondsverzekering is het nominale premiedeel in de Zvw dan ook fors gestegen, van circa €350 per jaar in 2005 tot circa €1050 in 2006. Ter compensatie voor de hogere nominale premie is een inkomensafhankelijke zorgtoeslag ingevoerd met een aparte wettelijke grondslag (Wet op de Zorgtoeslag). Wanneer zou zijn gekozen voor een vergelijkbaar nominaal premiedeel als in de Ziekenfondswet zou de invoering van de zorgtoeslag niet nodig zijn geweest.

De regering heeft twee redenen genoemd waarom in de Zvw is gekozen voor een groter nominaal premiedeel dan in de ziekenfondsverzekering. In de Memorie van toelichting bij de Zvw wordt gesteld dat "de regering van mening is dat de nominale premiecomponent een voldoende omvang moet hebben om effectief te zijn als *prikkel voor concurrentie tussen zorgverzekeraars en kostenbewustzijn bij de burgers*".

De veronderstelling dat een hoge nominale premie noodzakelijk is om effectief te kunnen zijn als *prikkel voor concurrentie tussen zorgverzekeraars*, is aantoonbaar onjuist. Wat telt voor concurrentie is

niet zozeer de absolute hoogte van de premie maar de relatieve premieverschillen. Bij een verdrievoudiging van het nominale premiedeel (van 350 naar 1050 euro) kan een zorgverzekeraar die 35 euro per verzekerde weet te besparen niet langer 10% korting geven, maar nog slechts 3,3%. Uit economisch-psychologisch onderzoek is bekend dat consumenten sterker reageren naarmate een procentuele prijskorting toeneemt, ook al blijft de absolute korting exact hetzelfde. De aanname dat een hoog premieniveau leidt tot een *groot kostenbewustzijn* is theoretisch aanvechtbaar en ontbeert bovendien enig empirisch bewijs. Dat een hoge premie zou leiden tot meer kostenbewust gedrag dan een lage premie is onaannemelijk omdat de betaling van de premie per definitie losstaat van de individuele zorgconsumptie, zowel qua hoogte als qua moment van betaling.

### **Oplossingsrichtingen**

Of bovengenoemde maatregelen om het aantal onverzekerden en wanbetalers te reduceren effect zal sorteren moet worden afgewacht. Effectiever dan het bestrijden van de gevolgen is wellicht het wegnemen van de oorzaken. Een belangrijke oorzaak voor de toename van het probleem van de wanbetalers lijkt gelegen in de hoogte van de nominale premie. In vergelijking tot de voormalige ziekenfondsverzekering is de nominale premie verdrievoudigd. In de context van de Ziekenfondswet waren de onderwerpen wanbetalers en onverzekerden niet zo'n issue in het politieke debat. Hoewel ons geen specifiek onderzoek bekend is naar de achtergrond van deze discrepantie, lijkt het een aannemelijke hypothese dat de verdrievoudiging van het nominale premiedeel (van 350 naar 1.050 euro) in 2006 de achterliggende oorzaak is van de toename van de 'wanbetalers/onverzekerden-problematiek'.

In die opvatting kan een verlaging van het nominale premiedeel de wanbetalers-problematiek aanzienlijk reduceren. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten omdat het niet alleen leidt tot een vermindering van de betalingsachterstand per wanbetaler (immers bij een lagere premie loopt de schuld minder snel op), maar ook het aantal wanbetalers kan verminderen.

Een premie van gemiddeld circa 350 euro per jaar heeft de volgende voordelen ten opzichte van een premie van circa 1050 euro:

- Minder premiederving per wanbetaler (als gevolg van de lagere nominale premie) en waarschijnlijk minder wanbetalers en onverzekerden.
- Vergroting van de premiegevoeligheid van de verzekerden doordat de relatieve premieverschillen toenemen (zie Box 5.6).
- De huidige zorgtoeslag die thans geldt voor tweederde van alle huishoudens kan komen te vervallen (net als in 2005).
- Vereenvoudiging van de wet- en regelgeving; de Wzt kan ceteris paribus komen te vervallen.<sup>255</sup>

---

<sup>255</sup> Bij een verlaging van de gemiddelde nominale premie naar bijvoorbeeld 550 euro (in plaats van 350 euro) is sprake van een substantiële reductie van het aantal huishoudens dat voor een zorgtoeslag in aanmerking komt. Indien het verbod op premie-differentiatie wordt vervangen door een premiebandbreedte en zorgsubsidies (zie paragraaf 6.3) is de Wzt een voor de hand liggend wettelijk instrumentarium voor het verlenen van de zorgsubsidies.

- Een aanzienlijke taakverlichting voor de Belastingdienst die met de uitvoering van de zorgtoeslag belast is, en een besparing van de salariskosten van de 500 ambtenaren die zich met de uitvoering van de zorgtoeslag bezighouden.
- Vermindering van de administratieve lasten voor de overheid (59 miljoen euro, prijspeil 2006) en voor miljoenen burgers (nagaan of je voor een zorgtoeslag in aanmerking komt, het aanvragen van een zorgtoeslag, het bijhouden of je de zorgtoeslag inderdaad iedere maand ontvangt, reclameren als dit niet het geval is, etc.)
- Geen risico dat burgers hun zorgtoeslag aan andere zaken besteden dan aan het betalen van zorgverzekeringspremies.
- Geen risico op fraude met zorgtoeslagen.

De effecten op de inkomensherverdeling kunnen beperkt worden indien de verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage gelijk is aan de verlaging van de nominale premie (in absolute euro's) minus de gederfde zorgtoeslag. De werkgeversbijdragen kunnen ongewijzigd blijven door in art. 46.1 Zvw te bepalen dat de werkgeversbijdrage betrekking heeft op de 'huidige inkomensafhankelijke bijdrage'.

Ons zijn geen nadelen van een verlaging van de nominale premie bekend, anders dan de eenmalige uitvoeringskosten.

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

In 2009 bedraagt het verplichte eigen risico in de zorgverzekering 155 euro per volwassene. In aanvulling hierop kunnen mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Een belangrijk doel van eigen risico's is dat (1) de collectieve uitgaven worden verlaagd; en (2) dat mensen kostenbewuster gebruik maken van de zorg (zoals men in België zegt: 'remgeldeffect').

Om twee redenen wordt dit laatste doel nauwelijks bereikt. In de eerste plaats heeft het eigen risico in de huidige opzet nauwelijks of geen remgeldeffect voor chronisch zieken, en een beperkt remgeldeffect voor ouderen. Chronisch zieken weten vrijwel zeker dat hun uitgaven boven het eigen risico bedrag uitkomen, ook als ze zeer kostenbewust gebruik maken van zorg. Neem bijvoorbeeld iemand met diabetes die kan kiezen uit twee gelijkwaardige behandelingen van 900 euro en 1100 euro. Voor deze persoon is er geen financiële reden om de behandeling van 900 euro te kiezen, omdat dit geen verschil maakt voor het bedrag dat hij of zij uit eigen portemonnee moet betalen.

In de tweede plaats kiezen maar weinig mensen (5%) voor een vrijwillig hoger eigen risico. Blijkbaar vindt men de premiekorting die hier tegenover staat te laag.

### Oplossingsrichtingen

Oplossingsrichtingen om meer mensen voor een vrijwillig eigen risico te laten kiezen, zijn als volgt.

Ten eerste blijkt uit onderzoek dat verzekeraars de premiekorting met bijna de helft kunnen verhogen zonder hierop verlies te lijden. Zo kan de korting voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro per jaar worden verhoogd van gemiddeld 200 naar 300 euro.

Ten tweede zal een *verschoven vrijwillig eigen risico* (met relatief minder eigen betalingen en een groter remgeldeffect) een meer aantrekkelijke optie zijn dan een vrijwillig eigen risico vanaf 155 euro. Een verschoven eigen risico is eenvoudige maatregel om bijvoorbeeld een diabetes patiënt wel een

reden te geven op de kosten te letten, is het eigen risico niet te laten gelden voor de kosten vanaf 0 euro, maar bijvoorbeeld vanaf 1.000 euro. Ook voor andere chronisch zieken en voor ouderen zou het verplicht eigen risico kunnen ingaan bij een hoger bedrag dan 0 euro, bijvoorbeeld bij 500, 1.000 of 2.000 euro, afhankelijk van hun verwachte zorguitgaven. Het vrijwillig eigen risico wordt met eenzelfde bedrag opgeschoven. Een *verschoven* eigen risico leidt tot zowel minder eigen betalingen voor chronisch zieken en ouderen, als tot een groter remgeldeffect dan een eigen risico dat bij 0 euro begint. Dit maakt een *verschoven vrijwillig* eigen risico voor chronisch zieken en ouderen aantrekkelijker dan het *huidige vrijwillig* eigen risico. Omdat chronisch zieken minder eigen betalingen hebben, is ook geen ingewikkelde compensatieregeling voor chronisch zieken meer nodig. Bij het invoeren van een verschoven eigen risico kan om praktische redenen als eerste stap gedacht worden aan een leeftijdsafhankelijk startpunt van het eigen risico, bijvoorbeeld:

- 18 – 49 jaar                    300 euro per jaar;
- 50 – 64 jaar                    600 euro per jaar;
- 65 – 74 jaar                    1.200 euro per jaar;
- 75 jaar en ouder:            1.800 euro per jaar.

Bij zo'n verschoven eigen risico zou het eigen risico voor bijvoorbeeld een 59-jarige pas gelden vanaf 600 euro.

Ten derde kunnen verzekeraars gebruik maken van de mogelijkheid om verzekerden een hogere premiekorting te geven naarmate ze meer kalenderjaren een eigen risico hebben (art. 19.3 Zvw). Dit voorkomt dat mensen het eigen risico weer gemakkelijk opzeggen zodra ze een keer enigszins verhoogde zorgkosten verwachten.

Ten slotte kan overwogen worden om mensen met een hoog inkomen een hoger vrijwillig eigen risico dan 500 euro per jaar te laten kiezen, bijv. 1000 of 2000 euro per jaar. Degenen die hiervoor in aanmerking komen ontvangen van de belastingdienst een bericht hoe hoog hun eigen risico volgend jaar maximaal mag zijn.

## 7.9 Collectiviteiten kunnen het verbod op premiedifferentiatie uithollen

Collectiviteiten kunnen invloed uitoefenen op het beleid van een zorgverzekeraar door met de zorgverzekeraar te onderhandelen over bijvoorbeeld de zorginkoop en over de dienstverlening. Ongeveer 67% van de bevolking is aangesloten bij een collectiviteit. De diversiteit is enorm (zie Box 5.7). De gemiddelde premiekorting in 2009 bedraagt 6,8% voor de zorgverzekering en 8,2% voor aanvullende verzekeringen. Slechts 3% van de collectief verzekerden heeft een collectieve verzekering via een patiëntenvereniging. De meeste deelnemers aan collectiviteiten (65%) zijn verzekerd via hun werkgever.

Zorginkoop waarbij patiëntenorganisaties een rol spelen is nog in de ontwikkelingsfase. Grote groepen die niet in de vereveningssystematiek zitten hebben nauwelijks mogelijkheden om een polis, zoals de diabetespolis, te bewerkstelligen (zie Box 6.4). Het ideaal dat patiëntenorganisaties via collectiviteiten over de inhoud kunnen onderhandelen en de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden, werkt (nog) niet. Volgens de NPCF komt dat omdat 1) de betreffende patiëntengroepen voorspelbaar verliesgevend zijn ten opzichte van het vereveningssysteem en/of 2) omdat ze onvoldoende massa

hebben voor de onderhandelingen. Invloed van patiënten op het beleid en de polissen is dus (nog) minimaal.

Hoewel in de Zvw een acceptatieplicht geldt kan deze worden ontdoken via collectiviteiten. In tegenstelling tot zorgverzekeraars zijn collectiviteiten namelijk niet verplicht om iedereen te accepteren. Door een selectief acceptatiebeleid van collectiviteiten kunnen zorgverzekeraars gunstige risico's krijgen. Er zijn (nog) geen aanwijzingen dat dit in de praktijk voorkomt.

Enkele zorgverzekeraars hebben zelf een collectiviteit opgericht en daarmee vervolgens kortingen afgesproken. De NZa is van mening dat deze constructie volgens de wet is toegestaan, maar dan moet er wel zekerheid zijn over de autonomie van de collectiviteit. Door het oprichten van collectiviteiten die selectief alleen bepaalde (risico)groepen verzekeren accepteren, kan op eenvoudige wijze het verbod op premiedifferentiatie worden omzeild. De in de Zvw geboden mogelijkheid van collectiviteit-kortingen biedt dus een wettelijk toegestane mogelijkheid tot marktsegmentatie en bijbehorende differentiatie van de premie(korting). Weliswaar mag de collectiviteitkorting krachtens art. 18 Zvw niet meer dan 10% bedragen, maar een toenemend aantal collectiviteiten biedt, naast korting voor de zorgverzekering, al kortingen (oplopend tot 35%) aan voor aanvullende verzekeringen, auto-, reis-, inboedel-, opstal-, aansprakelijkheid- en motorverzekeringen.

Door de imperfecties in het bekostigingssysteem voor ziekenhuizen (DBC's) is het voor verzekeraars thans nog steeds lastig om de financiële risico's goed in te schatten. Deze imperfecties zullen echter afnemen, waardoor verzekeraars in de komende jaren over meer actuariële informatie zullen beschikken die effectief kan worden gebruikt voor differentiatie van de collectiviteitkorting, en daarmee voor uitholling van het verbod op premiedifferentiatie.

### **Oplossingsrichtingen**

Een effectieve *oplossingsrichting* is goede ex-ante risicoverevening. Dan leidt marktsegmentatie via collectiviteiten niet meer tot voorspelbare winsten per collectiviteit, en is er geen actuariële grondslag meer voor bovenmatige collectiviteitkortingen (dat wil zeggen: 'totale kortingen groter dan 10% van de zorgpremie', zoals die nu worden verleend mede via andere verzekeringsproducten). Ook kan gedacht worden aan de twee andere in paragraaf 7.3 genoemde oplossingsrichtingen.

## **7.10 Onvoldoende consumenteninformatie om goede poliskeuze te kunnen maken**

Veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen pas na 1 januari (de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering) tot stand. Een van de oorzaken hiervan is dat de regering veranderingen in wet- en regelgeving pas op een laat tijdstip bekend maakt. Dit is ongunstig voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt. Het is namelijk van belang dat consumenten op het moment dat zij een zorgverzekering afsluiten, kunnen weten welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Bijvoorbeeld, medio 2009 zijn er nog nauwelijks contracten afgesloten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over de in 2009 te verlenen (verleende) zorg. In najaar 2008 hebben de mensen dus noodgedwongen hun keuze voor zorgverzekeraar en zorgpolis in 2009 moeten maken

op basis van onvolledige informatie. Dit belemmert een verzekerdenmobiliteit die is gebaseerd op een bewuste afweging van prijs en kwaliteit.

### **Oplossingsrichtingen**

Mogelijke oplossingsrichtingen zijn:

- De regering maakt veranderingen in wet- en regelgeving tijdig bekend. De NZa acht het wenselijk dat deze wijzigingen tenminste een half jaar van tevoren bekend zijn. De NZa ziet er op toe dat op het moment dat verzekerden van zorgverzekeraar kunnen veranderen, volledige informatie beschikbaar is over de door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorg(aanbieders).
- Het aangaan van meerjarencontracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- Zorgverzekeraars kunnen verplicht worden om alle wijzigingen die in de polisvoorwaarden optreden ná het afsluiten van de zorgverzekeringsovereenkomst, expliciet te melden aan de verzekerden met de verplichte melding dat bij een verslechtering van polisvoorwaarden de verzekerde de zorgovereenkomst mag beëindigen en van zorgverzekeraar mag veranderen.

## **7.11 Onduidelijkheid over de politieke acceptatie van verticale integratie**

De Zvw biedt zorgverzekeraars niet alleen de mogelijkheid om selectief met zorgaanbieders te contracteren, maar ook om aanbieders in dienst te nemen (zie artikel 12.1 en 13.1 Zvw). Wanneer een zorgverzekeraar aanbieders in dienst neemt of deelneemt in een zorgstelling is sprake van verticale integratie. In antwoord op Kamervragen tijdens het parlementaire debat over de Zvw noemde de toenmalige minister van VWS drie redenen om verticale integratie toe te staan:

- 1 Indien zorgverzekeraars van mening zijn dat zorg door een eigen instelling of door een instelling waarin zij deelnemen *doelmatiger* geleverd kan worden dan door een instelling waarmee zij louter een inkoopcontract hebben, dan zou hen het oprichten van zo'n eigen instelling of zo'n deelname niet verboden moeten worden.
- 2 Het kunnen oprichten van eigen instellingen of het deelnemen in zorginstellingen biedt zorgverzekeraars een extra *onderhandelingsinstrument* om zorgaanbieders te bewegen tot het aanbieden van goede inkoopovereenkomsten.
- 3 Het kunnen oprichten van eigen instellingen of het deelnemen in zorginstellingen is een belangrijk instrument voor verzekeraars om hun *zorgplicht* waar te kunnen maken.

Van de mogelijkheid om verticaal te integreren met zorgaanbieders is door zorgverzekeraars sinds de invoering van de Zvw tot op heden weinig gebruik gemaakt.

In weerwil van het feit dat de Tweede Kamer destijds in meerderheid heeft ingestemd met de in de Zvw expliciet gecreëerde mogelijkheid tot verticale integratie, heeft zij in december 2008 vrijwel unaniem een motie aangenomen om verticale integratie categorisch te verbieden. Hoewel de minister van VWS aangaf vanwege de mogelijke voordelen van verticale integratie geen voorstander te zijn van een algeheel verbod, zegde hij de Tweede kamer toe de voor- en nadelen door een commissie te laten onderzoeken. De commissie heeft op 29 mei 2009 haar rapport aangeboden en is



van oordeel dat een wettelijk verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet noodzakelijk en niet proportioneel is voor het borgen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg (Baarsma et al. 2009). Bovendien zou een dergelijk verbod volgens de commissie ook in strijd zijn met het Europees recht. In de interviews met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars troffen wij eveneens weinig steun en begrip aan voor de wens van de kamermeerderheid om dit instrument uit de Zvw te verwijderen. Zolang de politieke acceptatie van verticale integratie onduidelijk is, vormt dit een *knelpunt* voor de effectiviteit van dit instrument.

### **Oplossingsrichting**

Het zo snel mogelijk verschaffen van politieke helderheid over de toelaatbaarheid van verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bevordert een effectief gebruik van dit instrument.

## **7.12 Verzekerden kunnen elke dag van zorgverzekeraar veranderen**

Vanaf 2008 biedt een zorgverzekeraar een polis aan met een (volgens de Zvw toegestane) polisvoorwaarde die de verzekerde de mogelijkheid biedt om elke dag te kunnen opzeggen. Vanwege de acceptatieplicht kan men vervolgens desgewenst van zorgverzekeraar veranderen. Dit betekent dat een verzekerde deze polis kan kiezen als zij nauwelijks zorg gebruikt en op het moment dat zorg nodig is een andere zorgverzekering kiest. De zorgkosten komen voor rekening van de laatste zorgverzekeraar. Dit kan leiden tot risicoselectie, die zelfs met een perfecte ex-ante risicoverevening gebaseerd op kosten op jaarbasis, niet kan worden voorkomen.

### **Oplossingsrichtingen**

Oplossingsrichtingen zijn te vinden in het aanpassen van de acceptatieplicht of de contractduur. Sleutelen aan de acceptatieplicht ligt niet voor de hand. Voor de werking van het stelsel is het belangrijk dat mensen worden geaccepteerd als zij zich willen verzekeren. Dit moet op elk moment plaats kunnen vinden, omdat ook onverzekerden zich alsnog moeten kunnen verzekeren en mensen de mogelijkheid moeten hebben om naar een andere zorgverzekeraar te gaan indien hun zorgverzekeraar de polisvoorwaarden in ongunstige zin verandert. Het aanpassen van de contractduur biedt wel een oplossing. Als wettelijk wordt vastgelegd dat alle zorgverzekeringen in beginsel 31 december als contractuele einddatum hebben, is het probleem opgelost.

## **7.13 Onvoldoende afstemming tussen basispakket en DBCs**

Bij een aantal DBCs worden uitgaven ten laste van de zorgverzekering gebracht die niet onder de Zvw vallen. Dit probleem zal toenemen bij het terugbrengen van het aantal DBCs van 30.000 naar circa 3.000.

### **Oplossingsrichtingen**

- 1 De DBCs aanpassen aan de te verzekeren Zvw-prestatie 'geneeskundige zorg zoals een medisch specialist pleegt te bieden';
- 2 De te verzekeren Zvw-prestatie 'geneeskundige zorg zoals een medisch specialist pleegt te bieden' aanpassen aan de DBCs;
- 3 Het vragen van eigen bijdragen per DBC ter bekostiging van de zorg die niet onder de Zvw valt.

## **7.14 Geringe invloed van de verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar**

In theorie hebben verzekerden verschillende middelen om invloed uit te oefenen op het beleid van een zorgverzekeraar, maar in de praktijk blijkt van deze invloed weinig sprake te zijn. Veel verzekerden zijn niet goed op de hoogte van de beschikbare instrumenten om invloed uit te oefenen.

### **Oplossingsrichtingen**

Een oplossingsrichting is, naast het geven van informatie over regelingen, het openbaar maken van prestaties (zie evaluatie Wmg). Oordelen van verzekerden over allerlei aspecten van een zorgverzekeraar kunnen worden gemeten en openbaar gemaakt. Een voorbeeld hiervan is de CQ-index Zorg en Zorgverzekering. Dergelijke resultaten zouden breed toegankelijk kunnen worden gemaakt waardoor reputatie effecten voor verzekeraars kunnen optreden.

Een andere oplossingsrichting is het versterken van de positie van patiëntenverenigingen. Uit de interviews blijkt dat patiëntenverenigingen al wel vaker bij zorgverzekeraars aan tafel zitten, maar dat hun invloed nog beperkt is. Door de kennis die bij patiëntenverenigingen aanwezig is te vergroten en door een verbetering van de ex-ante risicoverevening (zie Box 6.4), kan hun positie ten opzichte van zorgverzekeraars worden versterkt.

## Literatuur

- Arnon en Sluijs 2008  
K.E. Arnon en J.J.M. Sluijs, Het arrest BUPA: publieke diensten en marktwerking, NTER, 2008, p.206-213.
- Baarsma et al. 2009  
Baarsma, B., E. van Damme, T. van Dijk, T. Ottervanger, W. VerLoren van Themaat (2009), Eindrapport commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 29 mei 2009.
- Barneveld et al. 1996  
Barneveld van, E.M., R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (1996), "Hogerisicoverevening als aanvulling op normuitkeringen", Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 74, 58-64.
- Barneveld et al. 2001  
Barneveld van, E.M., L.M. Lamers, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2001), "Risicodeling als aanvulling op imperfecte normuitkeringen: een afruil tussen selectie en doelmatigheid", Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 79, 110-117.
- Beaulieu et al. 2006  
Beaulieu, N., D.M. Cutler, K. Ho, G. Isham, T. Lindquist, A. Nelson, and P. O'Connor (2006). The Business Case for Diabetes Disease Management for Managed Care Organizations, Forum for Health Economics & Policy 9 (1): 1-36.
- Berg van den et al. 2008  
Berg, B. van den, P. van Dommelen, P.J.A. Stam, T. Laske, T. Buchmueller, F.T. Schut (2008), Preferences and choices for care and health insurance, Social Science & Medicine, 66(12), 2248-2459.
- Boonen et al. 2008  
Boonen, L.H.H. M., F.T. Schut, X. Koolman (2008). Consumer channelling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market, Health Economics 17, 299-316.
- Bos et al. 2008  
Bos, J., M. Schoneveld, E. van der Hijden, J. van Niekerk (2008). Zorginkoop onder de loep, Consumentenbond, Anbo, NPCF, November 2008.
- Bruijn de et. al. 2005  
Bruijn, D. de, Prinsze, F.J., Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven, 2005, Monitor risicoselectie met bijzondere aandacht voor aanvullende verzekeringen, Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam

- Cath 2003  
I.G.F. Cath, De keuze voor een privaat of publiek stelsel wordt niet bepaald door EU-recht  
Memorandum 20 februari 2003, p. 11-13.
- CBS (2009a)  
Persbericht PB09-28 "Ruim 170 duizend onverzekerden tegen ziektekosten", 15 april 2009.
- CBS (2009b)  
Persbericht PB09-34 "Stijging wanbetalers Zorgverzekeringswet", 28 april 2009.
- Consumentenbond 2008,  
Koppelverkoop ondermijnt marktwerking zorg. Losse aanvullende verzekering vaak niet  
mogelijk of extreem duur. Persbericht 9 december 2008.
- Consumentenbond/ANOB/NPCF 2008  
Rapport Consumentenbond/ANBO/NPCF, Zorginkoop onder de loep, November 2008.
- CPB 2003  
Centraal Plan Bureau, 2003, Zorg voor concurrentie, Den Haag.
- CPB 2008  
Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw, 2008.
- DNB 2008a, Jaarverslag 2007, De Nederlandsche Bank, Amsterdam
- DNB 2008b  
Statistisch bulletin juni 2008, De Nederlandsche Bank, Amsterdam
- DNB 2008c  
Statistisch bulletin december 2008, De Nederlandsche Bank, Amsterdam
- DNB 2009  
Jaarverslag 2008, De Nederlandsche Bank, Amsterdam
- Douven en Mannaerts 2008  
Douven, R.C.M.H. en H. Mannaerts (2008) Doelmatige zorg versus risicoselectie, Economisch  
Statistische Berichten, 93 (4530): 132-135.
- Douven en Schut 2006  
Douven, R.C.M.H. en F.T. Schut (2006) Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars,  
Economisch Statistische Berichten, 91: 272-275.
- Drijber en Groot de 2002  
B.J. Drijber en G.R.J. de Groot, 'Een nieuw stelsel van zorgverzekering. Toetsing aan het  
gemeenschapsrecht en het internationale recht', advies van de landsvoocaat, Den Haag,  
4 december 2002
- Eerste Kamer 2009  
Structurele maatregelen wanbetalers, Gewijzigd voorstel van wet, vergaderjaar 2008-2009,  
31736 A, 3 februari 2009.
- Enthoven 1980  
Enthoven, A.C. (1980). Health plan the only practice solution to the soaring cost of medical  
care, Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts.
- Enthoven 1988  
Enthoven, A.C. (1988) Theory and practice of managed competition in health care finance,  
Professor Dr. F. de Vries Lectures in Economics, volume 9, North Holland, Amsterdam.

Gronden van de 2003

J.W. van de Gronden, *Zorg tussen lidstaat en interne markt*, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, met een voorwoord door A. Klink, Den Haag 2003.

Gronden van de 2008

J.W. van de Gronden, *Hervormingen in een dienstbaar Europa, Over diensten, uitdagingen en Europees recht*, Oratie, Kluwer, Deventer, 2008, p. 46.

Gronden van de en Sluijs 2009

J.W. van de Gronden en J.J.M. Sluijs, *De betekenis van het EG-Verdrag voor het reguleren van de zorgmarkt*, Preadvies 2009 Vereniging voor Gezondheidsrecht, 2009, p.169-170.

Groot de, en Keus 1998

G.R.J. de Groot en L.A.D. Keus, *Memorandum Enkele juridische aspecten van risicodragendheid in de WTZ*, 16 februari 1998 Bijlage 11 bij Rapport van de "MDW-werkgroep WTZ" aan de regering, Project Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW), maart 1998, Advies Landsadvocaat.

Hallie 2008

J. Hallie, *Kroniek rechtspraak zorgverzekeringrecht*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht jaargang 32, nummer 6 (September, 2008) p. 432-449.

Hatzopoulos 2002

V.G. Hatzopoulos, 'Killing national health and insurance systems but healing patients? The European market for health care services after the judgements of the ECJ', in Vanbraekel and Peerbooms, *CMLR* 2002, nr 39, p. 683-729.

Houten van en Gronden van de 2004

I.A. van Houten en J.W. van de Gronden, *De nieuwe Nederlandse zorgverzekeringwet en EG-recht*, *SMA*, november/december 2004, nr. 11/12, p. 513-527.

ICER 2001

Interdepartementale Commissie Europees Recht (ICER), Ministerie van VWS, 'Europeesrechtelijke aspecten van een stelsel van ziektekostenverzekeringen', 3 april 2001.

Jong de 2008

Jong, J de.Wisselen van zorgverzekeraar, NIVEL, 2008

Jong de et al. 2006

De Jong J, Delnoij D, Groenewegen PP. *Verzekerdenmobiliteit is hoog: ook ouderen zijn overgestapt*. Utrecht: NIVEL 2006.

Jong de et al. 2007

De Jong J, Groenewegen P. *Percentage overstappers van zorgverzekeraar valt terug. Collectivisering zet door*. Utrecht: NIVEL, 2007.

Jong de et al. 2008

Jong, J. de; Verheij, R.A.; Groenewegen, P.P. *No-claimregeling werkt niet: vooral anderen zouden onnodige zorg gebruiken*. *Medisch Contact*, jrg: 61, (2006), nr. 29/30, p. 1204-1205  
Van der Geest RVZ 2008;

Kam de 2009

Kam, F. de, in: F.T. Schut en F.F.H. Rutten(red.): "Economie van de Gezondheidszorg", Elsevier, 2009, pp.68, 70-72.

Kleef van 2009

Kleef, R.C., van (2009). Voluntary deductibles and risk equalization: a complex interaction, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Kleef van et al. 2007

Kleef, R. van, W. van de Ven en R. van Vliet (2007). Een effectiever eigen risico in de zorg. Economisch Statistische Berichten. 92: 459-461.

Kleef van, en Van Vliet 2009

Kleef, R. van, R.C.J.A. van Vliet (2009), Ontwikkeling Hulpmiddelen Kosten Groep, Onderzoek voor het ministerie van VWS in het kader van de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR), WOR419, Februari 2009.

Lamers en Vliet van 1996

Lamers L.M., R.C.J.A. van Vliet (1996), Multiyear diagnostic information from prior hospitalizations as a risk-adjuster for capitation payments, Medical Care 34 (6): 549-561.

Lamers et al. 2000

Lamers L.M., van Vliet R.C.J.A., van de Ven W.P.M.M (2000), Farmacie Kosten Groepen: een goede voorspeller van toekomstige ziektekosten gebaseerd op medicijngebruik in het verleden, Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 78(8): 479 – 487

Maat van der en Jong de (2009)

Maat M van der, De Jong JD. De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel. Utrecht: NIVEL, in druk.

Marijnissen 1993

L. Marijnissen, Het basispakket ziektekostenverzekering: de internationale verdragen anders geïnterpreteerd, Afstudeerscriptie Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, januari 1993.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) 2008

Maatregelen tegengaan koppelverkoop aanvullende zorgverzekering, Brief aan de Consumentenbond, kenmerk Z/M-2870704, 11 augustus, Den Haag.

Most van de 2007

Most, J.M. van de, De zorg of het geld, natura en restitutie in de zorgverzekering, Pels Rijcken & Drooglever Fortuijn, 2007.

Newhouse 1996

Newhouse, J.P. (1996). Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. Journal of Economic Literature 34: 1236-1263.

NRC Handelsblad 2006

NRC Handelsblad, Zorgverzekeraars weren patiënten: Vrees voor verlies bij collectieve polis. 27/28 mei 2006.

NZa 2007a

Monitor Zorgverzekeringsmarkt. De balans 2007. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa 2007b

Thematisch onderzoek Zorgplicht. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa 2007c

Richting geven aan keuzes. Kunnen zorgverzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan? Visiedocument, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

- NZa 2007d  
Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt. Visie en activiteiten Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2007e  
Rapport Verzekerdeninvloed, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2008a  
Monitor Ziekenhuiszorg 2008. Een analyse van de ontwikkelingen in het B-segment 2008. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2008b  
Zorgverzekeringsmarkt 2008: Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2008c  
Vergelijkingsites voor zorgverzekeringen; Tweede onderzoek naar kwaliteit van vergelijkingsites voor zorgverzekeringen op het internet. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2008d  
Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2009a  
Motivering van het besluit inzake het verzoek om steunverlening ten behoeve van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2009b  
Bevindingen monitor ZEKURpolis. Brief aan de minister van VWS van 25 februari 2009, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2009c  
Monitor Eigen risico 2008. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2009d  
Monitor Ziekenhuiszorg 2009. Tijd voor reguleringszekerheid, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2009e  
Advies Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa 2009f  
Monitor Contractering Farmacie 2009. Eerste ervaringen met flexibel tarief, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa 2009g  
Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009; Trends en acies van de NZa, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa i.o. 2006  
De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor juni 2006, Nederlandse Zorgautoriteit i.o., Diemen/Utrecht.
- Ottervanger en Jong de 2002  
T.R. Ottervanger en M.A. de Jong, Europeesrechtelijke aspecten van de zorgverzekering, Rapport Verbond van Verzekeraars, Den Haag, 2002, p. 4-6.

- Prinsze et al. 2005  
Prinsze F.J., W.P.M.M van de Ven, D. de Bruijn en F.T. Schut. 2005 Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering; van groot belang voor chronisch zieken, Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF. Rotterdam: iBMG, EUR.
- Raad van State 2006  
Adviseren over wetgeving. Rechtspreken in bestuurszaken, Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2002  
Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen, december 2002.
- RVZ / NPCF 2009  
Rapport 'De verzekerde en de patient: een succesvolle coalitie, 2009.
- Roos en Schut 2008  
Roos, A.F. en F.T. Schut (2008). Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF. iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Roos en Schut 2009  
Roos, A.F. en F.T. Schut (2009). Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF. iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ruth van et al. 2007  
Ruth L van, De Jong JD, Groenewegen PP. De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Schee van der, et al. 2000  
Schee, E. van der; Delnoij, D.M.J.; Hutten, et al. De invloed van verzekerden op het bestuur van ziekenfondsen: verschillen devisies belicht. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Schut 1995  
Schut, F.T., 1995, Competition in the Dutch health care sector, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schut 2000  
Schut, F.T., 2000, Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers, Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de FNV, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schut en Bruijn de 2007  
Schut, F.T. en D. de Bruijn, Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie, Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF, iBMG, EUR, juni 2007.
- Schut en Laske Aldershof 2001  
Schut, F.T. en T. Laske-Aldershof, 2001, Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel, Economisch Statistische Berichten 86 (4333): 860-863.
- Schut en Varkevisser 2009  
Schut, F.T. en M. Varkevisser (2009). Marktordening in de gezondheidszorg. In: F.T. Schut en F.F.H. Ruttern (red.) Economie van de gezondheidszorg, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- SKGZ 2008, Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Jaarverslag 2007.
- Stam 2007  
Stam, P.J.A. (2007) Testing the effectiveness of risk equalization models in health insurance. Rotterdam: Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.



Stam en Ven van de 2007

Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2007) Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie? Een evaluatie van het vereveningsmodel 2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam. Onderzoek voor de NPCF.

Stam en Ven van de 2008

Stam, P. en W.P.M.M. van de Ven (2008). De harde kern in de risicoverevening. Economisch Statistische Berichten. 93: 104-107.

Tverskyen Kahneman 1981

Tversky, A. en D. Kahneman (1981), The framing of decisions and the psychology of choice, Science 211, 453-458.

Ven van de 2005a

W.P.M.M. van de Ven, Verbod op premiedifferentiatie: in strijd met Europees recht, Notitie aan de vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Eerste Kamer, Rotterdam, 11 april 2005.

Ven van de 2005b

Van de Ven, W.P.M.M., Second opinion risicoverevening AWBZ, (2005)

Ven van de 2005c

W.P.M.M. van de Ven, Zorgverzekeringswet is in strijd met Europese regels, Financiële Dagblad, 10 februari 2005

Ven van de en Ellis 2000

Van de Ven, W.P.M.M., Ellis R.P. (2000), Risk adjustment in competitive health plan markets” in: Culyer A.J., Newhouse J. P. (eds.), Handbook of Health Economics, Elsevier Science: 755-845.

Ven van de en Schut 2000

Van de Ven, W.P.M.M. en F.T. Schut, Een particuliere basisverzekering?, ESB 85: 14 juli 2000, 556-559.

Ven van de en Schut 2009

Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut (2009) Guaranteed access to affordable coverage in individual health insurance markets. In: P. Smith, S. Glied (eds.) Oxford Handbook of Health Economics, Oxford University Press, Oxford (forthcoming)

Ven van de et al. 2005

Van de Ven, W.P.M.M., F.J. Prinsze, D. de Bruijn, F.T. Schut (2005), Nieuwe zorgstelsel vereist betere risicoverevening, Economisch Statistische Berichten 90 (4460): 223-225.

Vliet van et al. 1994

Van Vliet R.C.J.A., E.M. van Barneveld E.M., W.P.M.M van de Ven (1994), Diagnose Kosten Groepen. Een veelbelovend verdeelcriterium voor normuitkeringen, Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 72: 38-46.

Vliet van 2007

Van Vliet, R.C.J.A (2007) Vervolgonderzoek naar compensatie voor zeldzame aandoeningen in het Zvw-risicovereveningsmodel; bundel deelrapportages. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam. Onderzoek voor het Ministerie van VWS.

Vliet van en Prinsze 2006

Vliet, R.C.J.A van en F.J. Prinsze (2006) Onderzoek voor het risicovereveningsmodel 2007; bundel deelrapportages. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam. Onderzoek voor het Ministerie van VWS.

Vliet van en Ven van de 1986

Van Vliet R.C.J.A., W.P.M.M van de Ven (1986), Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden nader onderzocht, *Gezondheid en Samenleving* 7 (2): 81-94.

Vos en Jong de 2009

Vos L, De Jong J, Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%: ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl): NIVEL, 2009.

VWS / APE 2007

Augustus 2007, Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, APE.

VWS 2008

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), Brief van de minister van VWS over inzet van prijsbeheersings- cq maatstafinstrument, Tweede Kamer, 29 248, nr. 52.

Weghaus-Reus 2007

S.E. Weghaus-Reus, 'De afbakening tussen Zorgverzekeringswet en AWBZ, RZA jubileumnummer 2007

Winter en Klein Haarhuis 2007

H.B. Winter, C.M. Klein Haarhuis, Wetoverstijgende evaluaties, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2007, nr. 8, p. 620-626.

# Bijlage 1

## Samenstelling Commissie Evaluatie regelgeving

### **Voorzitter**

de heer Rien Meijerink

### **Vice-voorzitter**

de heer prof dr E. Briët

### **Leden**

mevrouw prof dr I.D. de Beaufort  
mevrouw mr A.C. de Die  
de heer drs W. Geerlings  
de heer prof dr T.E.D. van der Grinten  
de heer mr drs A.P. van Gurp  
de heer D.C. Kaasjager, arts  
mevrouw prof dr mr W.R. Kastelein  
de heer prof dr C.M.J.G. Maes  
mevrouw mr M.J.M. Weerts

### **Waarnemer ministerie van VWS**

de heer mr P.W.H.M. Francissen

### **Secretaris**

De heer mr M. Slijper



# Bijlage 2

## Samenstelling Begeleidingscommissie

### **Voorzitter**

De heer prof dr T.E.D. van der Grinten

### **Leden**

De heer dr J. Coolen

De heer prof dr J.W. van der Gronden

De heer prof mr G.R.J. de Groot

De heer J.G.M. Hendriks

De heer D.C. Kaasjager, arts

Mevrouw mr M.J.M. Weerts

De heer prof dr G.P. Westert

### **Waarnemers ministerie van VWS en NZa**

De heer J.P.G. Boelema (NZa)

Mevrouw drs I. Been (VWS)

De heer mr H.J. van Kasteel (VWS)

De heer dr H.J. Lieverdink (NZa)

Mevrouw mr M.P.A. Meijs (VWS)

De heer mr J.E. Temmink (VWS)

### **Secretariaat ZonMw**

Mevrouw mr dr M.C. Ploem (tot 1 januari 2009)

De heer mr M. Slijper (vanaf 1 januari 2009)



# Bijlage 3

## Instrumenten Zvw/Wzt

De in de Zvw/Wzt opgenomen bepalingen en instrumenten zijn te rangschikken aan de hand van het onderscheid tussen drie verschillende onderdelen van het zorgverzekeringsstelsel:<sup>256</sup>

- 1 Zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt;
- 2 Verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt;
- 3 Zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt.

Onderstaand wordt voor elk van de genoemde onderdelen van het zorgverzekeringsstelsel een overzicht gegeven van de relevante wettelijke bepalingen en instrumenten. Van elk van deze bepalingen/instrumenten wordt een omschrijving gegeven en aangegeven wat het doel ervan is. Het is overigens vooral in hun onderlinge samenhang dat de verschillende instrumenten kunnen bijdragen aan het realiseren van de beoogde doelstellingen van de overheid ten aanzien van de zorg.

### B3.1 Zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt

#### B3.1.1 *Acceptatieplicht*

Elke zorgverzekeraar<sup>257</sup> is verplicht om iedere verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied of in het buitenland woont, op diens verzoek te accepteren voor iedere door hem aangeboden variant van de zorgverzekering<sup>258</sup> (art. 3 lid 1 Zvw), ongeacht het medisch risico of andere kenmerken van de aspirant-verzekerde.<sup>259</sup> Ook personen die op het moment van aanmelden reeds zorg nodig hebben, dienen voor de zorgverzekering geaccepteerd te worden.<sup>260</sup> Deze wettelijke bepalingen gelden niet voor de aanvullende verzekeringen.

Het werkgebied van de zorgverzekeraar is in principe heel Nederland, maar wanneer een zorg-

---

256 Ontleend aan de door ZonMw opgestelde projecttekst Evaluatie Zvw/Wzt, die onderdeel vormt van de uitnodiging tot subsidieaanvraag.

257 Een zorgverzekeraar is een verzekeraar, voorzover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert (art 1.b Zvw).

258 Onder 'zorgverzekering' wordt verstaan: een schadeverzekering die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld en waarvan de te verzekeren prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaat (art 1.d Zvw).

259 Voor uitzonderingen zie onderstaand bij "Verbod op premiedifferentiatie".

260 Kamerstukken II 2007-2008 29 689 nr. 164

verzekeraar minder dan 850.000 zorgverzekerden heeft, mag hij zijn werkgebied beperken tot een of meer gehele provincies van Nederland (art. 29 Zvw).

Een zorgverzekeraar is niet verplicht een verzekeringsplichtige te accepteren die zich aanmeldt binnen vijf jaar nadat de betreffende zorgverzekeraar de zorgverzekering heeft beëindigd wegens wanbetaling of opzettelijke misleiding (art. 3 lid 4). Als de betrokken verzekerde zich bij een andere zorgverzekeraar aanmeldt mag deze hem niet weigeren.

*Doel:* het voor alle verzekeringsplichtigen mogelijk maken om (1) de verplichte zorgverzekering af te sluiten en (2) voor de zorgverzekering van verzekeraar te wisselen. Aldus draagt de acceptatieplicht bij aan de toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg(verzekeringen).

### **B3.1.2** *Verbod op premiedifferentiatie*

Zorgverzekeraars moeten voor iedere aangeboden variant van de zorgverzekering per provincie voor al hun verzekerden dezelfde premie in rekening brengen. (art. 17.2 Zvw). Aan verzekerden die lid zijn van een collectiviteit mag een premiekorting van maximaal 10% worden gegeven, ongeacht het aantal verzekerden in de collectiviteit. Daarnaast zijn premiekortingen mogelijk bij een vrijwillig eigen risico en bij vooruitbetaalde premie.

*Doel:* Het verbod op premiedifferentiatie beoogt een bijdrage te leveren aan de financiële toegankelijkheid tot zorg(verzekeringen).

### **B3.1.3** *Ex-ante risicoverevening*

Zorgverzekeraars ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds, dat wordt beheerd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), een financiële compensatie ('vereveningsbijdrage') voor verzekerden die, gegeven het verbod op premiedifferentiatie, voorspelbaar verliesgevend zijn. Het Zorgverzekeringsfonds wordt gevoed met de inkomensafhankelijke bijdragen die de Belastingdienst heft en met de rijksbijdrage voor de jeugd tot 18 jaar (zie Figuur 3.2). De hoogte van de vereveningsbijdrage is afhankelijk van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie van een zorgverzekeraar en wordt vastgesteld voorafgaande aan het kalenderjaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft (art. 32 - 36 Zvw).

Het vereveningssysteem in de Zvw komt globaal overeen met het vereveningssysteem dat sinds 1992 voor de ziekenfondsverzekering is ontwikkeld. In de beginjaren was de risicoverevening uitsluitend gebaseerd op leeftijd en geslacht. In de loop der jaren is het vereveningsmodel stapsgewijs verbeterd. Essentiële verbeteringen waren het toevoegen van Farmacie Kosten Groepen (FKGs) in 2002 en Diagnose Kosten Groepen (DKGs) in 2004. Een FKG is een gezondheidskenmerk afgeleid van het geneesmiddelengebruik van een verzekerde in het verleden (zie bijvoorbeeld Lamers et al. 2000). Een Diagnose Kosten Groep (DKG) is een gezondheidskenmerk afgeleid van het ziekenhuisgebruik in het verleden (zie bijvoorbeeld Van Vliet et al., 1994). De hiervoor benodigde diagnose-informatie wordt ontleend aan de Diagnose-Behandel-Combinatie(DBC)-codes. Naast leeftijd, geslacht, FKGs en DKGs houdt de vereveningsformule in 2009 rekening met de aard van het inkomen, regio/urbanisatie en sociaaleconomische status.

De vereveningsbijdrage voor verzekerden in een subgroep met bepaalde vereveningskenmerken is



gebaseerd op de landelijk gemiddelde voorspelde kosten in de betreffende subgroep minus een voor alle subgroepen gelijk bedrag (de zogenoemde 'rekenpremie'; €947 in 2009)<sup>261</sup>. Indien de vereveningsbijdrage positief is, ontvangt de verzekeraar het betreffende bedrag van het Zorgverzekeringsfonds; indien de vereveningsbijdrage negatief is, bijvoorbeeld voor jonge gezonde mensen, moet de verzekeraar het betreffende bedrag betalen aan het Zorgverzekeringsfonds. Aldus komt een zorgverzekeraar idealiter voor elke verzekerde een *naar verwachting* gelijk bedrag tekort. Omdat de vereveningsbijdrage die een zorgverzekeraar ontvangt (of betaalt) niet afhangt van het kostenniveau van de betreffende zorgverzekeraar, komen de kostenverschillen tussen zorgverzekeraars idealiter volledig tot uiting in de hoogte van de nominale premie. Voor de uiteindelijke bepaling van de vereveningsbedragen houdt de overheid rekening met aspecten als stijgende zorgkosten en pakketwijzigingen.<sup>262</sup> Wanneer de ex-ante risicoverevening tekortschiet kunnen verschillende vormen van ex post kostencompensaties worden ingezet (zie onder).

*Doel:* Gegeven de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie is het doel van de ex-ante risicoverevening om risicoselectie tegen te gaan en een gelijk speelveld te creëren tussen zorgverzekeraars, ongeacht de samenstelling van hun verzekerdenportefeuilles.

#### **B3.1.4** *Ex-post kostencompensaties (art. 32-36 Zvw)*

Bij de ex-ante risicoverevening wordt sinds 2009 onderscheid gemaakt in vijf verschillende macrodeelbedragen: (1) kosten van b-DBC's; (2) variabele ziekenhuiskosten; (3) vaste ziekenhuiskosten; (4) kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg; (5) kosten van overige prestaties. Voor verschillende 'kostensoorten' worden aparte modellen van risicoverevening geschat. Omdat de verzekeraars deze kostensoorten niet in gelijke mate kunnen beïnvloeden, gelden verschillende regimes van ex-post kostencompensaties (en daarom van financieel risico voor de zorgverzekeraars). In 2009 is sprake van vier vormen van ex-post kostencompensaties: macro-nacalculatie, hoge kostenverevening (HKV), nacalculatie en vangnet of bandbreedteregeling.

*Doel:* tegengaan van risicoselectie en verzekeraars compenseren voor kosten die zij onvoldoende kunnen beïnvloeden.

#### **B3.1.5** *Basispakket: omvang (art. 10 Zvw)*

In de Memorie van Toelichting van de Zvw wordt als uitgangspunt genomen dat het te verzekeren pakket van de Zvw betrekking moet hebben op noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Hierbij moet worden

---

261 Deze vermindering met de rekenpremie geldt niet voor kinderen tot 18 jaar. Zij betalen ook geen premie aan hun zorgverzekeraar.

262 Achteraf worden de ex-ante vereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars gecorrigeerd voor verschillen tussen de geraamde en de gerealiseerde omvang en samenstelling van de verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraars. Voorkomen dient te worden dat een zorgverzekeraar die in enig jaar veel extra klanten krijgt, bijvoorbeeld doordat bekend is geworden dat hij de benodigde zorg zeer snel voor zijn verzekerden regelt en claims heel goed afhandelt, pas in een later jaar voor deze toestroom wordt gecompenseerd.

aangesloten bij de criteria die destijds door de Commissie-Dunning (1991) zijn geformuleerd. Volgens de Memorie van Toelichting (p.40) kan “daarmee de gelijke toegang en de solidariteit in de zorg worden gewaarborgd.”

Eenzijds is de samenstelling van het basispakket volgens de Memorie van Toelichting de uitkomst van een voortdurende politieke weging waarin ook de betaalbaarheid van het stelsel op lange termijn is betrokken. Anderzijds moeten nieuwe en bestaande verstrekkingen voortdurende worden getoetst op hun noodzakelijkheid, werking en (kosten)effectiviteit, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Bij de invoering van de Zvw is besloten om het te verzekeren pakket van de Zvw in grote trekken te laten aansluiten bij het ziekenfondspakket en de WTZ-verzekering (standaardpakketpolis). Aanpassingen van het basispakket zullen plaatsvinden bij wetswijziging en dus in dialoog met het parlement. Voor zorgvormen die vanwege internationale verdragen in een sociale verzekering moeten zijn opgenomen, zie Bijlage 7.

*Doel:* bijdragen aan de toegankelijkheid tot zorg.

### B3.1.6 *Basispakket: functionele omschrijving*

De Zvw omschrijft het basispakket in functionele termen. In de **wet** wordt bepaald wat onder de aanspraak valt (de *aard, inhoud* en *omvang* van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) een aanspraak bestaat (art. 11.3 Zvw). Bijvoorbeeld de Zvw bepaalt dat ‘de verzekerde aanspraak heeft op geneeskundige zorg’, waarbij geneeskundige zorg wordt omschreven als ‘zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden’ (art. 2.4.1 Besluit Zorgverzekering).<sup>263</sup> In de **polis** wordt bepaald welke zorg door *wie* wordt verleend, *waar* deze zorg wordt verleend en welke *voorwaarden* (bijv. toestemmingsvereisten, verwijzing en voorschrijfvereisten) gelden.<sup>264</sup> De zorgverzekeraar kan in de polis de aanspraken van de verzekerden op geneesmiddelen beperken tot de door hem aangewezen middelen onder de voorwaarde dat hij van elke werkzame stof tenminste één middel moet aanwijzen.<sup>265</sup> Zorgverzekeraars kunnen met de zorgverleners bij overeenkomst afspraken maken over de kwaliteit en doelmatigheid van de verzekerde zorg. Een eventuele doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de zorgpolis.<sup>266</sup> De functiegerichte omschrijving van de aanspraken betekent dat de zorgverzekeraar uitmaakt, in samenspraak met zijn verzekerde, welke persoon of instelling invulling geeft aan een bepaalde verzekeringsaanspraak. Dit betekent niet dat er onduidelijkheid bestaat over de vraag wat de aard en de omvang van de verzekeringsaanspraken zijn. Het is de wetgever die het te verzekeren pakket vaststelt.

---

263 NB: In de Ziekenfondswet waren de aanspraken van de verzekerden omschreven in termen van de aanbieders van zorg: “De verzekerde heeft aanspraak op zorg verleend door huisartsen, specialisten, fysiotherapeuten, ...”. Deze omschrijving van de aanspraken gaf de betreffende beroepsgroep een wettelijk beschermd monopolie.

264 Bron: Besluit Zorgverzekering, 28jun05, p 18-19, 35-38, 42-44.

265 Besluit Zorgverzekering 28jun05 (p 6, 42-44), Staatsblad 2005 389.

266 Besluit Zorgverzekering 28jun05 (p 6, 36-37), Staatsblad 2005 389.

*Doel:* enerzijds de verzekerde voldoende rechtszekerheid bieden over de aanspraken krachtens de zorgverzekering en anderzijds zorgverzekeraars voldoende flexibiliteit bieden ten behoeve van doelmatigheid en zorginkoop.

#### **B3.1.7** *Regulering aanvullende verzekeringen*

Een beding van een verzekeraar die een ziektekostenverzekering ter aanvulling van de zorgverzekering (een zogenoemde ‘aanvullende verzekering’) aanbiedt, inhoudende dat de aanvullende verzekering eindigt of door de verzekeraar mag worden opgezegd indien de verzekerde van zorgverzekeraar wisselt, is nietig (art. 120 Zvw). (zie verder paragraaf 5.1.5)

*Doel:* tegengaan van koppeling van zorgverzekering en aanvullende verzekeringen.

#### **B3.1.8** *Verhouding inkomensafhankelijke bijdrage / nominale premie*

Iedere verzekeringsplichtige (ongeacht leeftijd) is een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd (art. 41 Zvw). De bijdragepercentages worden zodanig vastgesteld, dat de som van de inkomensafhankelijke bijdragen gelijk is aan 50% van de som van bij ministeriele regeling te bepalen, ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds of van de zorgverzekeraars komende inkomsten (art. 45.4).

*Doel:* inkomenssolidariteit.

#### **B3.1.9** *Polisdifferentiatie*

Een zorgverzekeraar mag verschillende varianten van de zorgverzekering aanbieden (art 3.2 en art. 11 Zvw). De mogelijkheden tot variatie in verzekeringsovereenkomsten die de Zvw biedt, zijn in beginsel vrijwel onbeperkt (Memorie van Toelichting Zvw, p.27).

Zie voorts de subparagrafen B3.1.6, B3.2.7, B3.2.9 en B3.3.1.

#### **B3.1.10** *Sturing van verzekerden naar voorkeuraanbieders*

Zie de subparagrafen B3.2.9 en B3.3.1.

#### **B3.1.11** *Premiekorting bij vrijwillig eigen risico*

Zie de subparagraaf B3.2.7.

#### **B3.1.12** *Collectiviteiten en premiekorting*

De Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars aan verzekerden die lid zijn van een collectiviteit een premiekorting mogen geven die, onafhankelijk van het aantal verzekerden in de collectiviteit, maximaal 10% bedraagt van de premie van de zorgverzekering (exclusief de premiekorting vanwege het eigen risico; art. 18 Zvw). Het enige verschil tussen ‘individueel’ en ‘collectief’ is dat leden van een collectiviteit voor de zorgverzekering een premiekorting kunnen krijgen. Ook leden van een collectiviteit hebben



## B3.2 Verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt

### B3.2.1 Verzekeringsplicht

De Zorgverzekeringswet legt een verzekeringsplicht op aan iedereen die verzekerd is ingevolge de AWBZ. Dit betekent dat iedereen die legaal in Nederland woont of werkt, verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te (laten) verzekeren (art. 2.1. Zvw). Vaak zal dat betekenen dat mensen voor zichzelf een zorgverzekering sluiten. Maar het kan ook gebeuren dat iemand anders de zorgverzekering voor de verzekerde sluit. Iemand kan bijvoorbeeld voor zijn partner of voor zijn kinderen een verzekering sluiten of een werkgever kan dat voor zijn personeel doen. Verzekeringsplichtigen die zich niet binnen de voorgeschreven termijn (laten) verzekeren, zijn een boete verschuldigd ter hoogte van 130% van de premie die zij hadden moeten betalen over de termijn (met een maximum van vijf jaar) waarover zij hebben nagelaten zich te verzekeren. Bovendien hebben onverzekerden geen recht op een zorgtoeslag en moeten zij gedurende de periode dat zij onverzekerd zijn alle medische zorg zelf betalen.

“Niemand mag zich aan de zorgverzekeringsplicht onttrekken; dit is een belangrijke voorwaarde voor de verzekering van de risicosolidariteit”.<sup>269</sup> In plaats van de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen zijn de gemoedsbezwaarden een verhoogd bedrag aan inkomstenbelasting verschuldigd dat gelijk is aan de inkomensafhankelijke bijdrage die de gemoedsbezwaarde zou hebben moeten betalen, indien hij wel verzekeringsplichtig zou zijn geweest.<sup>270</sup>

*Doel:* Volgens de Memorie van Toelichting Zvw<sup>271</sup> is het doel van een verzekeringsplicht te garanderen dat gezonde mensen met een hoog inkomen zich niet onttrekken aan het betalen van een solidariteitsbijdrage.<sup>272</sup>

Een ander motief voor een verzekeringsplicht kan gelegen zijn in het voorkomen dat mensen met een laag inkomen zich niet of onvoldoende verzekeren, waardoor de toegankelijkheid tot zorg gevaar loopt en de samenleving wordt opgezaagd met een *free rider* probleem (waarbij onverzekerden meeliften op kosten van de samenleving).

---

269 Kamerstukken II 2006-2007, 29 689, nr. 180, p. 1.

270 De rijksbelastingdienst stort deze belasting op de door het CvZ voor de betreffende gemoedsbezwaarde geopende rekening (art. 57.3 Zvw). Vanuit deze rekening worden uitkeringen aan de betreffende gemoedsbezwaarde gedaan ter vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in art. 11 Zvw (art. 70 Zvw).

271 Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 35 (MvT).

272 In principe is daar een verzekeringsplicht niet voor nodig omdat ook volstaan kan worden met het opleggen uitsluitend een wettelijke solidariteitsbijdrage zonder verzekeringsplicht, zoals in de voormalige WTZ. Het is zelfs de vraag of een verplichte solidariteitsbijdrage in principe niet de voorkeur verdient, omdat het mensen met een hoog inkomen niet verplicht om zich voor een breed basispakket te verzekeren. Wanneer zij daardoor kostenbewuster gebruikmaken van zorg, zouden de zorguitgaven lager uitvallen. Daartegen pleit echter dat dan wederom een inkomensgrens moeten worden vastgesteld en moet per persoon periodiek worden bijgehouden of zijn of haar inkomen al dan niet onder die grens die grens ligt.

### *B3.2.2 Verplichte premiebetaling*

Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer van 18 jaar en ouder premie verschuldigd (art. 16 Zvw). Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen. (art 8a Zvw). In geval van wanbetaling kan de zorgverzekeraar de zorgverzekering opzeggen of ontbinden (art 8.1 Zvw).

*Doel:* waarborgen toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorgverzekering.

### *B3.2.3 Beëindiging van de zorgverzekering (art. 7.1 Zvw)*

De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.

Zie ook paragrafen B3.1.1 en B3.2.2.

*Doel:* bevorderen van doelmatigheid en klantgerichtheid, door het stimuleren van concurrentie tussen zorgverzekeraars.

### *B3.2.4 Zorgtoeslag*

De zorgtoeslag is een belastingvrije inkomensafhankelijke tegemoetkoming van het Rijk in de nominale premie van de zorgverzekering. De zorgtoeslag wordt op huishoudniveau verstrekt waarbij de hoogte van de toeslag afhankelijk is van het gezamenlijke toetsingsinkomen. De voorwaarden voor deze inkomensafhankelijke bijdrage zijn opgenomen in de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt). De zorgtoeslag wordt niet automatisch verstrekt, mensen moeten de toeslag zelf aanvragen bij de afdeling Toeslagen van de Belastingdienst. Bij de aanvraag van de zorgtoeslag moet een schatting worden gemaakt van het inkomen van de aanvrager (en zijn partner) in het nieuwe kalenderjaar. Aan de hand daarvan wordt door de afdeling Toeslagen van de Belastingdienst maandelijks een voorschot op de zorgtoeslag uitgekeerd. Na afloop van het kalenderjaar vindt er een definitieve vaststelling plaats waarbij gekeken wordt in hoeverre er bij- of terugbetaald moet worden.

Waar met de nominale premie de kosten van de gezondheidszorg zichtbaar worden gemaakt, is de zorgtoeslag bedoeld om de solidariteit tussen inkomens zichtbaar te maken. Zo ontstaat een systeem met enerzijds een grote rol voor de eigen verantwoordelijkheid, maar tegelijkertijd ook een zichtbare waarborg voor toegankelijkheid en solidariteit<sup>273</sup>.

De hoogte van de zorgtoeslag is niet gebaseerd op de feitelijke, door de burger betaalde premies, maar op de gemiddelde premie van alle verzekerden (natura en restitutie) zoals die zich in de markt voordoen. Kortingen voor collectiviteiten, een vrijwillig eigen risico en vooruitbetaalde premie worden

---

273 Kamerstukken II 2003-2004 29 763 nr. 3, p. 65.

niet meegenomen<sup>274</sup>.

Ruim tweederde van alle huishoudens ontvangt een zorgtoeslag.

*Doel:* De zorgtoeslag heeft als doel dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan zorgverzekeringpremie betaalt dan aanvaardbaar wordt geacht.

### **B3.2.5 Keuze uit polissen**

Zie paragrafen B3.1.1, B3.1.2, B3.1.6, B3.2.7, B3.2.9 en B3.3.1.

### **B3.2.6 Keuze uit zorgverzekeraars**

De verzekerde kan ten minste eenmaal per kalenderjaar een andere zorgverzekeraar kiezen (art. 7.1 Zvw). Bij tussentijdse verhoging van de premie is een directe overstap mogelijk. Een zorgverzekeraar mag niet de verplichting opleggen dat het hele gezin bij die zorgverzekeraar een overeenkomst sluit. Bij de keuze voor een zorgverzekeraar kan de burger zich laten leiden door de wijze waarop een zorgverzekeraar invulling geeft aan zijn zorgplicht, aan het wettelijk omschreven te verzekeren pakket, de nominale premie die de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden in rekening brengt en de service die de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden verleent.

*Doel:* zorgverzekeraars stimuleren tot doelmatigheid, goede zorginkoop en klantgerichtheid.

### **B3.2.7 Verplicht / vrijwillig eigen risico**

Het verplicht eigen risico houdt in dat iedere verzekerde van 18 jaar en ouder €155 (in 2009) aan zorgkosten zelf moet betalen (art. 18a.1 Zvw).<sup>275</sup> Dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd. Het verplicht eigen risico geldt niet voor huisartsenzorg, kraamzorg, verloskundige zorg en tandheelkundige hulp voor jongeren tot en met 21 jaar. Hiermee wordt inhoudelijk aangesloten bij de internationale normverdragen. De zorgverzekeraar brengt de kosten van het verplicht eigen risico in rekening bij de verzekerde. Chronisch zieken en gehandicapten ("verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten") worden financieel gecompenseerd.<sup>276 277</sup>

---

274 Kamerstukken II 2005-2006 29 689 nr. 45, p. 11.

275 Een nadeel van een eigen risico is dat bij dure zorgvormen zoals ziekenhuiszorg of specialistisch hulp het maximum al snel wordt bereikt. Het eigen risico heeft dan geen remmend effect meer op de zorgconsumptie. Daarom bestaat de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur zorgvormen aan te wijzen die niet voor het hele bedrag aan zorgkosten onder het verplichte eigen risico vallen (art. 20.1 Zvw). Van deze mogelijkheid is tot nu toe geen gebruik gemaakt.

276 Kamerstukken II 2006-2007, 30 891, nr 4.

277 De tegemoetkoming bedraagt €50 (in 2009) per rechthebbende. Verzekerden hebben recht op compensatie als zij de twee opeenvolgende voorafgaande zijn ingedeeld in een farmacie-kostengroep (FKG); of als zij op 1 juli zonder onderbreking meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven. De uitbetaling en uitvoering van de tegemoetkoming wordt gedaan door het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

### **Vrijwillig eigen risico**

Naast het verplichte eigen risico hebben verzekerden de mogelijkheid om vrijwillig hun eigen risico te verhogen met 100, 200, 300, 400 of 500 euro. In ruil hiervoor krijgen verzekerden een premiekorting, die elke zorgverzekeraar zelf mag vaststellen. Deze premiekorting moet per eigen-risico-bedrag voor alle verzekerden gelijk zijn, maar mag wel afhangen van het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico van de verzekerde heeft gegolden (art. 19.5 Zvw). Van deze laatste mogelijk is voor zover ons bekend nog geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar is niet verplicht om elk vastgesteld bedrag van het eigen risico aan te bieden (art 19.2 Zvw). Het vrijwillig eigen risico kan jaarlijks door verzekerden worden aangepast. In artikel 20 is expliciet opgenomen dat de zorgverzekeraars zelf kunnen bepalen welke vormen van zorg of overige diensten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen (art. 20.4).

Zie verder B3.2.9.

*Doel:* Naast een remmend effect op zorgconsumptie wordt met eigen betalingen een financieringsverschuiving beoogd. Door eigen betalingen wordt een deel van de verantwoordelijkheid bij de burger zelf gelegd, en is sprake van medefinanciering.<sup>278</sup>

#### ***B3.2.8 Zorgsturing via gedifferentieerde vergoeding***

Zie paragraaf B3.3.1.

#### ***B3.2.9 Zorgsturing via eigen risico***

Vanaf 1 januari 2009 hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om verzekerden onder bepaalde voorwaarden vrij te stellen van het verplichte eigen risico (art. 20.3 Zvw). Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om verzekerden geen of slechts een deel van het eigen risico in rekening te brengen voor de zorgkosten van een voorkeur-zorgaanbieder. Hiermee hebben zorgverzekeraars een instrument in handen om verzekerden te sturen (NZa 2009c).

#### ***B3.2.10 Premiekorting collectiviteiten***

Zie paragraaf B3.1.12.

#### ***B3.2.11 Invloed verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar***

In de Memorie van toelichting bij de Zvw wordt gesteld dat invloed van verzekerden op het beleid van een zorgverzekeraar een belangrijk uitgangspunt is van de sociale verzekering. Dit uitgangspunt is

---

<sup>278</sup> Staatsblad 1996: 541, MvT Zvw.



vastgelegd in door Nederland geratificeerde internationale verdragen<sup>279</sup> en is in artikel 28 Zvw als volgt wettelijk verankerd:

- 1 De statuten van een zorgverzekeraar ... bieden waarborgen voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid...
- 2 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van een zorgverzekeraar dienen te hebben.

Dat de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars is vastgelegd past binnen het concept van “corporate governance”, zoals de regering voor ogen had. Zorgverzekeraars Nederland heeft hiervoor uitgangspunten uitgewerkt onder de benaming “Health Insurance Governance”.<sup>280</sup> Zorgverzekeraars zijn vrij in de manier waarop ze invulling geven aan deze wettelijke verplichting. Het begrip ‘een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid’ (art. 28 Zvw) heeft de wetgever niet nader uitgewerkt of omschreven. Het is niet mogelijk te beoordelen of de passages die zorgverzekeraars in hun statuten over invloed van verzekerden op het beleid hebben opgenomen, voldoen aan de norm ‘redelijke mate’. Daarvoor ontbreekt een normenkader of jurisprudentie.

#### **De klachtenregelingen van zorgverzekeraars**

Voorts kan een individuele verzekerde een klacht indienen bij een zorgverzekeraar. Het aantal klachten per 10.000 verzekerden per verzekeraar loopt sterk uiteen, van 3 per 10.000 tot 152 per 10.000 (NZa 2007e). Dit hangt onder andere samen met de definitie van het begrip ‘klacht’ en de manier van registreren. Een grote meerderheid van de zorgverzekeraars analyseert klachten en benut deze om wijzigingen aan te brengen in procedures en processen. Grote drempels voor gebruikmaking van klachtenregelingen zijn niet uit onderzoek van de NZa gebleken. Onbekendheid met de klachtenregeling, twijfel of zorgverzekeraars klachten serieus nemen, tijdrovendheid en

---

279 De zogenaamde ILO- verdragen nr. 102 ‘Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid’ en nr. 121 ‘Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten’ en de Europese Code betreffende sociale zekerheid van de Raad van Europa.

280 Deze uitgangspunten zijn:

“ 1 – Het is wenselijk dat de inbreng van verzekerden en mogelijk ook andere stakeholders op enigerlei wijze verankerd wordt in het beleid van de zorgverzekeraar.

2 – Bij de verzekerdeninvloed gaat het vooral om de inbreng van inhoudelijke zaken die verzekerden direct aangaan, zoals de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, inhoud en omvang van de aanvullende verzekering, de service en de kwaliteit- prijsverhouding.

3 – Bij maatschappelijke invloed gaat het om het maatschappelijke gezondheidszorgbelang in relatie tot een gezonde en verantwoorde uitvoering van de zorgverzekering.

4 – In het kader van de integratie van de verzekeringsprocessen en verzekeringsorganisatie (publiek en privaat) geldt als uitgangspunt: eenheid van bestuur en eenheid van toezicht. Daarom is het wenselijk dat beleidsmatig-organisatorisch ook eenheid van inbreng van verzekerden wordt gerealiseerd.

5 – Om stapeling van overlegcircuits en ‘bestuurlijke drukte’ te voorkomen is het aan te bevelen om de inbreng van verzekerden en de maatschappelijke inbreng aan elkaar te koppelen.” (www.zn.nl).

onbekendheid met de manier waarop een klacht moet worden ingediend, spelen in beperkte mate een rol. De meest genoemde reden voor het niet indienen van een klacht is dat verzekerden geen klacht hebben.

### **Klachtenbemiddeling en geschillenbeslechting door de SKGZ**

Er zijn verschillende kanalen waarlangs mensen een klacht over hun verzekeraar kenbaar kunnen maken, bijvoorbeeld bij hun zorgverzekeraar, bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ), bij het collectief, in de media of bij een meldpunt (bijvoorbeeld van de Consumentenbond of de NPCF). Ze kunnen ook juridische stappen ondernemen.

Uit peilingen onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg in oktober 2008 blijkt dat mensen als zij een klacht hadden deze zouden indienen bij hun zorgverzekeraar (84%), het collectief (9%), SKGZ (8%) of nergens (2%).

Veel verzekerden weten niet dat er een onafhankelijke geschillencommissie SKGZ bestaat.

Toch zijn er wel klachten bij de SKGZ ingediend (zie Tabel B3). In 2007 zijn 1440 klachten ingediend bij de SKGZ, dit is vergelijkbaar met het aantal klachten dat in 2006 is ingediend (1494) (SKGZ 2008). De meeste klachten gaan over verstrekkingen (40%), bejegening (21%) en premie en declaraties (17%).

Zowel de klachtenregelingen van de zorgverzekeraars en klachtenbemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen hebben in ongeveer de helft van de gevallen een verbetering voor de verzekerde tot gevolg, bijvoorbeeld omdat hij een bepaalde behandeling toch vergoed krijgt (NZa 2007e). Behandeling door de Geschillencommissie heeft in een aantal gevallen ook tot succes voor de verzekerde geleid.

*Doel:* het realiseren van invloed van de verzekerden op het beleid van de Zorgverzekeraar.

**Tabel B3 – Klachten behandeld door de SKGZ in 2007 en 2006 (SKGZ 2008)**

|                          | 2007  | 2006  |
|--------------------------|-------|-------|
| verstrekkingen           | 573   | 363   |
| bejegening               | 308   | 379   |
| Premie en declaraties    | 245   | 259   |
| No-claim/ eigen risico   | 130   | 45    |
| Beëindiging/ opzegging   | 76    | 330   |
| Acceptatie/ inschrijving | 66    | 77    |
| Buitenlandgerelateerd    | 14    | 26    |
| overig                   | 28    | 15    |
| <i>Totaal</i>            | 1.440 | 1.494 |

### *B3.2.12 Rechtsbescherming verzekerden (art. 114 - 117 Zvw)<sup>281</sup>*

De zorgverzekering die is geregeld in de Zvw, is een privaatrechtelijke verzekering die tot stand komt door het sluiten van een overeenkomst tussen een burger en een zorgverzekeraar. Voor de geschillenbeslechting bij een privaatrechtelijke overeenkomst is de burgerlijke rechter bevoegd. Dat betekent dat een verzekerde het geschil afhankelijk van de hoogte van zijn vordering kan voorleggen aan de kantonrechter of aan de rechtbank. Voor de rechtbank is professionele rechtsbijstand verplicht. Indien een verzekerde het niet eens is met de uitspraak van de rechter, kan hij veelal hoger beroep instellen en ten slotte via een cassatieberoep de zaak voorleggen aan de Hoge Raad. Er zijn nadelen verbonden aan deze burgerlijke rechtsbescherming; toegang tot de rechter is kostbaar, procederen bij de rechtbank moet veelal met gebruikmaking van deskundigen, en de termijnen die ermee gemoeid zijn, kunnen in sommige gevallen heel lang zijn.

Om deze bezwaren te ondervangen en ook om de belasting van het rechterlijk apparaat zoveel mogelijk te beperken, voorziet de Zvw in een laagdrempelige mogelijkheid voor de verzekerde om geschillen met zijn zorgverzekeraar aan een onafhankelijke instantie voor te leggen.

Daartoe legt de Zvw de zorgverzekeraars de verplichting op om aangesloten te zijn bij een onafhankelijke geschillencommissie die klachten van verzekerden over de uitvoering van de Zvw in behandeling neemt (art. 114 Zvw). Die verplichting sluit aan bij de al bestaande geschillenregeling van het Klachteninstituut Verzekeringen, die verzekerden de mogelijkheid biedt om klachten over zorgverzekeraars voor te leggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De verzekerde moet zich tevoren met zijn klacht hebben gewend tot zijn zorgverzekeraar.

De uitspraken van de ombudsman zijn weliswaar niet bindend, maar worden in de praktijk nagenoeg altijd gevolgd. Als de zorgverzekeraar een formeel advies van de ombudsman naast zich neerlegt, kan de verzekerde dat ter toetsing voorleggen aan de Raad van Toezicht. Een verzekerde die het niet eens is met de ombudsman, kan zich altijd alsnog tot de burgerlijke rechter wenden.

*Doel:* rechtsbescherming van de verzekerden.

### *B3.2.13 Vergoeding bij faillissement zorgverzekeraar*

Als een zorgverzekeraar failliet is verklaard, voldoet het CvZ aan de verzekerde de bestaande vorderingen ter zake van een recht op vergoeding (art. 31.1 Zvw). De betreffende verzekerde kan zich aanmelden bij een andere zorgverzekeraar, die hem moet accepteren (art. 3 Zvw).

*Doel:* toegankelijkheid tot zorg(verzekering) waarborgen.

### *B3.2.14 Zorgplicht zorgverzekeraar*

Op grond van artikel 11.1 van de Zvw heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht die op twee manieren kan worden ingevuld: hetzij door de verzekerde recht te geven op de zorg waaraan hij behoefte heeft

---

<sup>281</sup> Ontleend aan Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p. 45 (MvT).

(*naturamodel*), hetzij door de kosten van deze zorg te vergoeden alsmede, desgevraagd, activiteiten te ontplooiën die gericht zijn op het doen verkrijgen van deze zorg (*restitutiemodel*).

*Doel:* waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.

## **B3.3 Zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt**

### *B3.3.1 Zorgcontracteren*

Zorgverzekeraars kunnen met zorgaanbieders overeenkomsten sluiten teneinde de levering van zorg te garanderen en de doelmatigheid van zorg te bevorderen. Op grond van een naturapolis (alsmede een combinatiepolis) hebben verzekeraars een leveringsplicht en is het contracteren van voldoende zorgaanbieders noodzakelijk om aan de leveringsplicht te voldoen.

#### **Contracteerplicht**

Een inbreuk op de vrijheid van zorgverzekeraars om zelf de manier te bepalen waarop zij invulling willen geven aan hun zorgplicht, wordt gevormd door de in de wet voorziene mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur bepaalde zorgvormen aan te wijzen die uitsluitend op gecontracteerde basis aan de verzekerden mogen worden geleverd. Zorgverzekeraars, respectievelijk aanbieders van de aangewezen zorgvorm hebben daarbij de verplichting om onder gelijke voorwaarden te contracteren met iedere aanbieder van die zorgvorm, respectievelijk iedere zorgverzekeraar die dat wenst (art. 12 Zvw). Deze maatregel kan op grond van overwegingen van algemeen belang worden toegepast. Daarbij zal met betrekking tot iedere aangewezen zorgvorm, gelet op noodzaak en proportionaliteit, dienen te worden aangetoond dat de desbetreffende inbreuk op de Europese regels inzake vrije dienstverlening gerechtvaardigd is. Men kan volgens de Memorie van toelichting in dit verband denken aan de noodzaak om de distributie van bepaalde vormen van topklinische zorg die slechts in beperkte mate beschikbaar zijn, aan de gehele bevolking zeker te stellen. Ook kan men denken aan de noodzaak om te voorkomen dat de financiële houdbaarheid van het stelsel in gevaar komt vanwege extreme kostenontwikkelingen.

De Zorgverzekeringswet biedt ook de mogelijkheid om, daar waar de marktomstandigheden dat toelaten, er voor te kiezen dat zorgvormen worden aangewezen die op gecontracteerde basis aan verzekerden moeten worden geleverd, zonder dat daarbij voor zorgverzekeraars, respectievelijk zorgaanbieders de verplichting geldt dat zij met iedere partij die dat wil een zorgcontract overeenkomen.

*Doel:* het kunnen voldoen aan de leveringsplicht bij natura- en combinatiepolissen en het bevorderen van de doelmatigheid van zorg.

### *B3.3.2 Verticale integratie*

De Zvw biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid aanbieders in dienst te nemen (zie artikel 12.1 en 13.1 Zvw). Ook in het geval waarin zorgverzekeraars aanbieders in dienst nemen wordt in de Zvw

gesproken van “gecontracteerde zorg” omdat er dan immers sprake is van een arbeidsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de hulpverlener<sup>282</sup>.

Wanneer een zorgverzekeraar aanbieders in dienst neemt of deelneemt in een zorgstelling is er sprake van verticale integratie.

*Doel:* het bevorderen van de doelmatigheid van zorg en het waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.

---

282 - Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p.105 (MvT).



## Bijlage 4

Is in Nederland voldaan aan de voorwaarden van gereguleerde concurrentie?

**Tabel B4.1. De mate waarin in Nederland aan voorwaarden van gereguleerde concurrentie is voldaan**

| Voorwaarde  | 1990              |       | 2005                 |       | 2009  |
|---|-------------------|-------|----------------------|-------|-------|
|   | ZF                | PART  | ZF                   | PART  | Zvw   |
| 1 Keuzevrijheid consument                           | --                | - / + | - / +                | - / + | +     |
| 2 Subsidies in de vorm van ex-ante risicoverevening | --                | --    | - / +                | --    | - / + |
| 3 Contractvrijheid                                  | --                | -     | -                    | - / + | - / + |
| 4 Transparantie en consumenteninformatie            |                   |       |                      |       |       |
| - zorgpolis(sen)                                    | ++                | --    | ++                   | -     | +     |
| - aanvullende verzekeringen                         | -                 | --    | --                   | --    | --    |
| - zorgproducten                                     | --                | --    | -                    | -     | - / + |
| 5 Financiële prikkels tot doelmatigheid             |                   |       |                      |       |       |
| - consument   | --                | - / + | -                    | - / + | +     |
| - zorgverzekeraar                                   | --                | ++    | -                    | - / + | - / + |
| - zorgaanbieder                                     | -                 | -     | -                    | -     | -     |
| 6 Geen liftersgedrag (free-riders)                  | ++                | +     | ++                   | +     | +     |
| 7 Betwistbare marktposities                         |                   |       |                      |       |       |
| - zorgverzekeraar                                   | --                | ++    | -                    | ++    | ++    |
| - zorgaanbieder                                     | --                | --    | --                   | --    | - / + |
| 8 Marktmeester en toezichhouder                     | nr <sup>283</sup> | -     | - / +                | -     | +     |
| in het bijzonder:                                   |                   |       |                      |       |       |
| - mededinging                                       | -                 | -     | - / + <sup>284</sup> | ++    | ++    |
| - kwaliteit van zorg                                | +                 | +     | +                    | +     | +     |
| - solvabiliteit                                     | ++                | ++    | ++                   | ++    | ++    |

283 nr = niet relevant: er was geen markt in de ziekenfondssector, behalve in de AV (daarop was het toezicht van de Verzekeringskamer van toepassing).

284 Vanwege de uitspraak van de NMa in 2005 dat ziekenfondsen niet als ondernemingen op grond van de MW konden worden beschouwd.

*Legenda:*

- in het geheel niet voldaan;
- in hoge mate niet voldaan;
- / + gedeeltelijk voldaan, gedeeltelijk niet voldaan;
- + in hoge mate voldaan;
- ++ volledig voldaan;

**Toelichting op Tabel B4.1**

| Voorwaarde  | 1990   |   | 2005   |  | 2009  |
|---|--|---|--|--|---|
|   | ziekenfonds  | particulier   | ziekenfonds  | particulier  | Zvw   |
| 1 Keuzevrijheid consument                           | Uniforme polis voor alle ziekenfondsen, nauwelijks keuze voor consument tussen ziekenfondsen | Grote polisvariatie en keuze uit verzekeraars, maar niet voor ouderen en ongezonden. Zij kunnen door de verzekeraars worden geweid. | Uniforme polis per ziekenfonds, vrije keuze tussen ziekenfondsen, en acceptatieplicht voor ziekenfondsen                               | Grote polisvariatie en keuze uit verzekeraars, behalve voor WTZ-verzekerden. | Grote polisvariatie en keuze uit verzekeraars (met acceptatieplicht), maar de mobiliteit kan worden belemmerd door aanvullende verzekeringen, collectiviteiten en polisgebonden subsidies van bijv. werkgevers. |
| 2 Subsidies in de vorm van ex-ante risicoverevening | Nee (geen concurrentie tussen ziekenfondsen)   | nee   | Ja, maar moet verder worden verbeterd  | nee  | Ja, maar moet verder worden verbeterd   |
| 3 Contractvrijheid                                  | Contracteerplicht; vaste WTG-tarieven; uniforme polis voor alle ziekenfondsen.               | selectief contracten; vaste WTG-tarieven; variatie in polissen.   | selectief contracten met individuele beroepsbeoefenaren (niet met ziekenhuizen); maximum WTG-tarieven; uniforme polis per ziekenfonds. | selectief contracten; maximum WTG-tarieven; variatie in polissen.            | selectief contracten; in toenemende mate vrije prijzen (vrije B-segment: 34%); functionele omschrijving basispakket en variatie in polissen.  |



| Voorwaarde                | 1990  |   | 2005  |   | 2009  |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
|                           | ziekenfonds   | particulier   | ziekenfonds   | particulier   | Zvw   |
| 4                         | Transparantie en consumenteninformatie                          |   |   |   |   |
| zorgpolis(sen)            | uniform basispakket   | ondoorzichtig polis-aanbod  | uniform basispakket   | ondoorzichtig polis-aanbod, behalve WTZ-polis;                      | zorgpolissen redelijk goed vergelijkbaar  |
| aanvullende verzekeringen | minimaal pakket   | ondoorzichtig polis-aanbod  | breder pakket, moeilijk vergelijkbaar                           | ondoorzichtig polis-aanbod  | toenemende differentiatie & intransparantie   |
| zorgproducten             | globale productomschrijvingen, geen kwaliteitsinfo              | globale productomschrijvingen, geen kwaliteitsinfo                  | DBC's in ontwikkeling, eerste IGZ-indicatoren                   | DBC's in ontwikkeling, eerste IGZ-indicatoren                       | DBC's in ontwikkeling, uitbreiding IGZ-indicatoren en CQ-index  |
| 5                         | Financiële prikkels tot doelmatigheid                           |   |   |   |   |
| consument                 | Geen  | Eigen risico; Keuze uit polissen;                                   | Nauwelijks  | Eigen risico; Keuze uit polissen;                                   | Eigen risico; Keuze uit polissen; Bonus bij behandeling door voorkeurzorgaanbieder  |
| zorgverzekeraar           | Geen  | Beperkt (WTZ)   | Beperkt   | Beperkt (WTZ)   | Beperkt, maar toenemend;  |
| zorgaanbieder             | beperkt   | beperkt   | beperkt   | beperkt   | beperkt   |
| 6                         | Geen liftersgedrag (freeriders)                                 |   |   |   |   |
|                           | Verzekeringplicht   | Geen verzekeringsplicht, maar de meeste mensen vrijwillig verzekerd | Verzekeringplicht   | Geen verzekeringsplicht, maar de meeste mensen vrijwillig verzekerd | Verzekeringplicht; maar hoge nominale premie, hoog v.w. ERaDV, onverzekerden en wanbetalers                                   |
| 7                         | Betwistbare marktposities                                       |   |   |   |   |
| zorgverzekeraar           | Nee   | Ja  | Enigszins   | Ja  | Ja <sup>285</sup>   |
| zorgaanbieder             | Bouwvergunning; Beroepsgroep bepaalt aantal opleidingsplaatsen. | Bouwvergunning; Beroepsgroep bepaalt aantal opleidingsplaatsen.     | Bouwvergunning; Beroepsgroep bepaalt aantal opleidingsplaatsen. | Bouwvergunning; Beroepsgroep bepaalt aantal opleidingsplaatsen.     | Geen bouwvergunning; functionele omschrijving basispakket; selectief contracteren; <sup>286</sup> Beroepsgroep bepaalt aantal |

285 De Zorgverzekeringswet staat nieuwe toetreding toe en in het geval van uittreding (faillissement) is de positie van de verzekerden volledig gewaarborgd (art. 31.1 Zvw).

286 Maar de overheid laat de IJsselmeerziekenhuizen niet failliet gaan...

| <i>Voorwaarde</i>  | <i>1990</i>                      |                     | <i>2005</i>                 |                         | <i>2009</i>                        |
|--------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------------|
|                    | <i>ziekenfonds</i>               | <i>particulier</i>  | <i>ziekenfonds</i>          | <i>particulier</i>      | <i>Zvw</i>                         |
|                    |                                  |                     |                             |                         | opleidingsplaatsen                 |
| 8                  | Marktmeester en toezichthouder   |                     |                             |                         |                                    |
| in het bijzonder:  | niet relevant: er was geen markt | Verzekeringsskamer; | CTZ, AFM, Verzekeringskamer | Verzekeringsskamer, AFM | zes toezichthouders <sup>287</sup> |
| Mededinging        | WEM: niet effectief              | WEM: niet effectief | MW: deels (in)effectief     | MW: effectief           | MW: effectief                      |
| Kwaliteit van zorg | Voldoende                        | Voldoende           | Voldoende                   | Voldoende               | Voldoende                          |
| Solvabiliteit      | ok                               | ok                  | ok                          | ok                      | ok                                 |

287 NZa, NMa, DNB, IGZ, AFM, Consumentenautoriteit.

# Bijlage 5

## Mogelijke vormen van risicoselectie onder de Zorgverzekeringswet

De volgende vormen van risicoselectie zijn binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) in beginsel mogelijk.<sup>288</sup>

### 1 Aanvullende verzekeringen

Aanvullende verzekeringen kunnen worden ingezet als een effectief instrument voor risicoselectie binnen de zorgverzekering. Weliswaar bestaat er een acceptatieplicht en een doorsneepremie voor de zorgverzekering, maar veel mensen willen de aanvullende verzekering en de zorgverzekering bij dezelfde verzekeraar afsluiten en voor aanvullende verzekeringen geldt geen acceptatieplicht en geen doorsneepremie.

Uit eerder onderzoek<sup>289</sup> blijkt dat verzekeraars met behulp van gezondheidsverklaringen voor aanvullende verzekeringen zeer goed in staat zijn om een inschatting te maken van het actuariële risico dat een aspirant verzekerde vormt voor de zorgverzekering. Een eerste strategie zou dan kunnen zijn om mensen die voor de zorgverzekering voorspelbaar verliesgevend zijn, voor de aanvullende verzekeringen uitsluitend te accepteren tegen een hogere premie. Aldus kunnen de voorspelbare verliezen op de zorgverzekering worden gecompenseerd. Ook kunnen verzekeraars voor aanvullende verzekeringen uitsluitend verzekerden accepteren die voor de zorgverzekering een voorspelbare winst opleveren. Ten slotte is een subtiele manier van risicoselectie om het pakket van de aanvullende verzekeringen zodanig samen te stellen dat het uitsluitend aantrekkelijk is voor verzekerden die winstgevend zijn voor de zorgverzekering. Risicoselectie via aanvullende verzekeringen kan dus via *premedifferentiatie*, via een *selectief acceptatiebeleid* en via de *pakket-samenstelling* van de aanvullende verzekeringen.

---

288 Het is van belang te realiseren dat de oorzaak van (de prikkels tot) risicoselectie is gelegen in de premiereregulering door de overheid, en dat verzekeraars in de door de overheid gereguleerde concurrentie (kunnen) reageren op door de overheid gecreëerde financiële prikkels (zie paragraaf 3.1.2).

289 Prinsze et al. 2005; De Bruijn et al. 2005.

## 2 Collectiviteiten

Aan collectiviteiten mag op de premie van de zorgverzekering een korting van maximaal 10% worden gegeven. Voor collectiviteiten bestaat geen acceptatieplicht. Een collectiviteit zou dus selectief leden kunnen accepteren. Mensen die voorspelbaar verliesgevend zijn voor de zorgverzekering, kunnen worden geweigerd voor het collectief. Aldus kan een zeer substantiële premiekorting voor de collectiviteit worden bedongen, op zowel de zorgverzekering als aanvullende en andere verzekeringen.

## 3 Marktsegmentatie via polisdifferentiatie

De Zvw biedt de mogelijkheid aan zorgverzekeraars om selectief alleen met bepaalde zorgaanbieders contracten te sluiten. Een eenvoudige manier voor een verzekeraar om zich dan onaantrekkelijk te maken voor voorspelbaar verliesgevende subgroepen is om selectief *geen* contract te sluiten met de zorgaanbieders die de beste reputatie hebben voor de behandeling van de chronische ziekten/aandoeningen waarvoor het vereveningssysteem onvoldoende compenseert. Door een voldoende aantal (niet-excellente) zorgaanbieders te contracteren voldoen zorgverzekeraars aan de wettelijke zorgplicht. Als alle zorgverzekeraars deze strategie zouden volgen, zouden de zorgaanbieders met de beste reputatie op het gebied van chronisch zieken uiteindelijk geen contract met een zorgverzekeraar hebben, en chronisch zieke verzekerden geen toegang tot deze zorgaanbieders. Ook kan een zorgverzekeraar selectief bepaalde voorspelbaar winstgevende patiëntencategorieën begunstigen door bij ziekenhuisopname selectief voor bepaalde aandoeningen het eigen risico (maximaal €655) te laten vervallen.

Voorts wordt het basispakket in de Zvw functioneel omschreven, dat wil zeggen in termen van zorgfuncties en niet in termen van bepaalde typen zorgaanbieders (zoals in de Ziekenfondswet het geval was). Hierdoor ontstaat enerzijds flexibiliteit voor de zorgverzekeraars bij het specificeren van de concrete verzekeringsaanspraken van hun verzekerden en bij het bevorderen van doelmatigheid in het proces van zorgverlening, maar ontstaan anderzijds ook ruime mogelijkheden voor risicoselectie via marktsegmentatie. Door in de polis de nadere concretisering van de aanspraken van de verzekerden zodanig te formuleren - binnen het toelaatbare van het in de Zorgverzekeringswet functioneel omschreven basispakket - dat de polis niet aantrekkelijk is voor de voorspelbaar verliesgevende verzekerden, kan een verzekeraar zich richten op een aantrekkelijk marktsegment van voorspelbaar winstgevende verzekerden. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld, binnen zekere grenzen, zelf de hoogte bepalen van de vergoeding voor bepaalde geneesmiddelen en zorgaanbieders. Naast deze *expliciete* concretisering van de aanspraken kan door selectief contracteren ook sprake zijn van een *impliciete* concretisering van de aanspraken. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld selectief voorkeur-zorgaanbieders contracteren die bepaalde protocollen hanteren of in beginsel alleen geneesmiddelen voorschrijven volgens een bepaald formularium. Deze *impliciete* concretisering van de aanspraken is een krachtig instrument voor (risicoselectie via) marktsegmentatie.

## 4 Contracten met zorgaanbieders

Met de invoering van de Zvw en de liberalisering van de prijs- en aanbodregulering krijgen de zorgverzekeraars meer mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het zorgproces.

Dit kan niet alleen via het selectief contracteren, maar ook via de inhoud van de contracten met de zorgaanbieders. In de contracten kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet alleen overeenkomen dat de zorg verleend wordt volgens bepaalde protocollen of formularia, maar ook kunnen zij afspraken maken over de honorering en de honoreringswijze. De afgesloten contracten kunnen de zorgaanbieders prikkels geven om verzekerden/patiënten met hoge voorspelbare verliezen (voor de zorgverzekeraar in de zorgverzekering) aan te moedigen de verzekering of de inschrijving als patiënt te beëindigen. Dergelijke prikkels bestaan bijvoorbeeld als zorgverzekeraars en zorgaanbieders een budget overeenkomen, waarbij de budgetparameters identiek zijn aan de parameters van de ex-ante risicovereeniging. Op deze wijze sluist de zorgverzekeraar als het ware de prikkel tot risicoselectie door naar de zorgaanbieders, die over (meer) subtiele instrumenten tot risicoselectie beschikken. “Mijn collega in ziekenhuis X is gespecialiseerd in uw ziekte”, met als gevolg dat de verzekerde van zorgverzekeraar moet wisselen om gebruik te kunnen maken van de diensten van de aanbevolen zorgaanbieder.

Risicoselectie kan dus plaatsvinden door het zorgproces zo te organiseren dat het onaantrekkelijk is voor de voorspelbaar verliesgevend verzekerden. Dit kan via selectief contracteren en via de inhoud van de contracten met de voorkeur-zorgaanbieders.

## **5 Eigen zorginstellingen**

Bovengenoemde mogelijkheden van risicoselectie via het proces van zorgverlening doen zich ook voor indien een zorgverzekeraar eigen zorginstellingen en/of zorgverleners in loondienst heeft, bijvoorbeeld eigen eerstelijnszorgcentra, eigen apotheken, eigen zelfstandige behandelcentra of eigen ziekenhuizen. De Zvw biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid van eigen zorginstellingen (art. 12.1 en 13.1 Zvw).

## **6 Koppelverkoop**

Risicoselectie kan ook plaatsvinden door koppelverkoop van zorgverzekering en andere verzekeringsproducten. Aan verzekerden die voorspelbaar winstgevend zijn voor de zorgverzekering kan een premiekorting worden gegeven op andere producten uitsluitend indien en voor zolang zij ook de zorgverzekering kopen. Deze kortingen kunnen betrekking hebben op bijvoorbeeld een brandverzekering, autoverzekering, rechtsbijstandverzekering, inboedelverzekering of aanvullende verzekeringen. Aan laagrisico verzekerden kan bijvoorbeeld een aanvullende verzekering tegen zeer lage premie worden aangeboden die de eigen betalingen onder het eigen risico vergoedt. Zodra de zorgverzekering wordt opgezegd, eindigen de (hoge) kortingen. Aan verzekerden die voorspelbaar verliesgevend zijn voor de zorgverzekering, worden deze kortingen niet verleend. Voor zover ons bekend is er geen enkele wet die dit verbiedt. Vanwege de Europese richtlijnen voor schadeverzekeringen is het ook onwaarschijnlijk dat een (nationaal) wettelijk verbod op een dergelijke koppelverkoop Europeesrechtelijk is toegestaan.

## **7 Selectief adverteren**

Risicoselectie kan ook plaatsvinden door selectief te adverteren. Dit kan door ‘direct mailing’ via gekochte adressenbestanden, door in ‘ongunstige wijken’ in de grote steden geen huis-aan-huis

reclame te verspreiden, of door uitsluitend te adverteren in media gericht op voorspelbaar winstgevende verzekerden. In media gericht op voorspelbaar verliesgevende verzekerden, bijvoorbeeld de nieuwsbrieven/magazines van bepaalde categorale patiënten groepen, wordt (zolang ze voorspelbaar verliesgevend zijn) systematisch niet geadverteerd.

Naast het gekozen medium kan selectief adverteren ook plaatsvinden door de boodschap vooral te richten op de voorspelbaar winstgevende verzekerden.

## **8 Tussenpersoon**

Risicoselectie kan ook plaatsvinden door de tussenpersoon, de zogenaamde intermediair. De tussenpersoon die bemiddelt tussen de verzekerden en de verzekeraar, komt regelmatig bij de mensen over de vloer, praat veel met hen en kent hun gezondheidstoestand dus vrij goed. De aan een zorgverzekeraar gebonden tussenpersoon zou de voorspelbaar verliesgevende aspirant-verzekerden kunnen adviseren om maar liever bij de concurrent een polis af te sluiten, omdat die een voor hen betere verzekeringsdekking biedt of een contract heeft gesloten met voor hen betere zorgaanbieders.

## **9 Geen minimum contractduur**

Een verzekeraar heeft een polis (ZEKUR) zonder minimum contract periode. Verzekerden kunnen deze polis elke dag opzeggen. Op het moment dat (hoge) zorguitgaven worden voorzien, kunnen zij dus een andere zorgverzekeraar of polis kiezen, bijvoorbeeld een polis zonder eigen risico of een polis die de zorg van hun zorgaanbieder wél vergoedt. Dit kan tot vormen van selectie leiden waar zelfs het beste vereveningsstelsel (gebaseerd op jaarlijkse kosten) per definitie niet voor kan corrigeren.

## **10 Slechte kwaliteit zorg en slechte dienstverlening**

Er zijn in beginsel nog diverse andere strategieën voor een zorgverzekeraar denkbaar om niet in te spelen op de preferenties van groepen voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Bijvoorbeeld, door hen selectief slechte kwaliteit zorg en slechte service te verlenen, lange wachttijden, brieven en telefoontjes niet (snel) te beantwoorden en lang te wachten met hun rekeningen te vergoeden.

# Bijlage 6

## Het vereveningsstelsel in de rechtspraak: de Azivo-zaak

Op 13 maart 2006 heeft de Onderlinge Waarborgmaatschappij Azivo bij het Gerecht van Eerste Aanleg van het Hof van Justitie van de Europese gemeenschappen beroep ingesteld tegen de beslissing van de Commissie<sup>290</sup> om in het kader van de bepalingen van de artikelen 87 en 88 EG de steunmaatregelen goed te keuren die zijn aangemeld door Nederland in het kader van het nieuwe zorgverzekeringstelsel<sup>291</sup>.

Ten tijde van het beroep was Azivo een zorgverzekeraar met ongeveer 150.000 aangesloten verzekerden. Deze verzekerden zouden volgens Azivo over het algemeen een grotere behoefte aan zorgdiensten hebben dan de gemiddelde in Nederland verzekerde persoon waardoor Azivo al geruime tijd een negatiever resultaat behaalde dan de overige zorgverzekeraars. Volgens Azivo werden de negatieve resultaten veroorzaakt door gebreken in het vereveningssysteem.

Volgens Azivo, had de Commissie beoordelingsfouten gemaakt ten aanzien van de werking van de ex-ante risicoverevening en daarnaar onvoldoende onderzoek verricht. Azivo stelde dat de beschikking hierdoor in strijd is met artikel 86, lid 2, EG en onbegrijpelijk, althans ontoereikend gemotiveerd, was. Volgens Azivo had de Commissie eveneens de ex-ante risicoverevening ten onrechte goedgekeurd op grond van artikel 86, lid 2, EG. Door de gebreken van het vereveningssysteem zou de verstrekte compensatie voor een aantal zorgverzekeraars namelijk hoger dan noodzakelijk zijn om de kosten voor de openbare dienstverplichting te dekken terwijl voor een aantal andere zorgverzekeraars zou gelden dat zij door de onvolkomenheden onvoldoende worden gecompenseerd.

Azivo stelde bovendien dat de Commissie, gezien de complexiteit van de aangemelde steunregeling, de formele onderzoeksprocedure van artikel 88, lid 2, EG had moeten inleiden. De Commissie zou immers tijdens de inleidende onderzoeksfase van artikel 88, lid 3, EG ernstige moeilijkheden hebben gehad bij het vaststellen van de verenigbaarheid van de steunregeling met de gemeenschappelijke markt aangezien zij niet over toereikende informatie zou hebben beschikt.

Tenslotte meende Azivo dat de Commissie bij het nemen van de bestreden beschikking ten onrechte geen rekening had gehouden met het feit dat het nieuwe Nederlandse zorgstelsel onverenigbaar was met de richtlijn schadeverzekering<sup>292</sup>, met artikel 43 EG en met artikel 49 EG. Azivo wees in dit

---

290 Pb. 2005, C324, p. 30.

291 Onderlinge Waarborgmaatschappij Azivo Algemeen Ziekenfonds De Volharding / Commissie, Zaak T-84/06.

292 Richtlijn 92/49/EEG van de Raad van 18 juni 1992 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG (Derde richtlijn schadeverzekering) (PB L 228, blz. 1).

verband in het bijzonder op de bepalingen van het nieuwe zorgstelsel met betrekking tot het verbod op premiedifferentiatie, de acceptatieplicht en de ex-ante risicoverevening. Azivo meende bovendien dat de Commissie ten onrechte en in strijd met artikel 253 EG niet gemotiveerd had waarom zij van mening was dat de Derde richtlijn schadeverzekering, artikel 43 en 49 EG, tezamen genomen met artikel 87 en 86, lid 2, EG niet aan de aangemelde staatssteun in de weg staan.

Op 13 oktober 2008 is bij beschikking van de President van de Derde Kamer van het Gerecht de Azivo-zaak doorgehaald. Azivo had bij brief op 11 september 2008 aan het gerecht laten weten afstand te willen doen van het beroep. Daarmee heeft het Gerecht in Eerste aanleg noch het Hof zich kunnen uitlaten over de houdbaarheid van de steunmaatregelen van de Nederlandse overheid in het kader van de ex-ante risicoverevening.



# Bijlage 7

## De inhoud van het pakket

Internationale verdragen over sociale verzekeringen waarbij Nederland partij is, bepalen in hoge mate de inhoud van het verzekeringspakket. In Box B7.1 zijn de zorgvormen opgenomen die voor de inhoud van het pakket bepalend zijn. Volgens de Raad van State moeten die vormen van zorg dwingend in een basispakket worden opgenomen op basis van de internationale verdragen<sup>293</sup>. Enige interpretatieruimte lijkt hierbij echter nog wel aanwezig.<sup>294</sup>

---

293 Raad van State, Handelingen TK, 1989-1990, 21 592, nr. B, p. 26.

294 Marijnissen 1993.

### Box B7.1 – Zorgvormen die in een sociale verzekering moeten zijn opgenomen

Volgens de Raad van State<sup>295</sup> (RvS) zijn voor de zorgvormen die in een sociale verzekering moeten zijn opgenomen onder meer de volgende verdragen relevant:

- 1 Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid (ILO-verdrag nr. 102) (*Trb.* 1953, 69) en het Europees Sociaal Handvest (*Trb.* 1962, 3)<sup>296</sup>;
- 2 Verdrag betreffende de ziekteverzekering van arbeiders in de industrie en de handel en van huispersoneel (ILO-verdrag nr. 24) (*Trb.* 1957, 27) en Verdrag betreffende de ziekteverzekering van landarbeiders (ILO-verdrag nr. 25) (*Trb.* 1957, 28);<sup>3</sup>
- 3 Europese Code inzake sociale zekerheid (*Trb.* 1965, 47);
- 4 Verdrag betreffende de prestaties bij arbeidsongevallen en beroepsziekten (ILO-verdrag nr. 121) (*Trb.* 1966, 137).

De zorgvormen die op grond van deze verdragen in een sociale verzekering moeten zijn opgenomen, zijn de volgende:

- 1 preventieve zorg;
- 2 verloskundige zorg en kraamzorg;
- 3 verpleging, behandeling en verzorging van langdurig zieken en verzorging hulpbehoevenden (intramuraal, semi-muraal en thuiszorg);
- 4 revalidatie van zieken/gehandicapten (intramuraal, dagbehandeling en behandeling in de thuissituatie);
- 5 reactivering (intramuraal en dagbehandeling);
- 6 genees- en heilkundige behandeling en, indien noodzakelijk, daarmee verband houdende kortdurende verpleging en verzorging;
- 7 psychosociale hulpverlening;
- 8 verpleging, behandeling en verzorging van psychiatrische patiënten (intramuraal, semi-muraal, ambulante, beschermd wonen);
- 9 verpleging, behandeling en verzorging van lichamelijk gehandicapten (intramuraal, semi-muraal, dagbehandeling, thuiszorg);
- 10 verpleging, behandeling en verzorging van geestelijk gehandicapten (intramuraal, semi-muraal, dagverpleging/dagopvang, thuiszorg);
- 11 hulp aan zintuiglijk gehandicapten;
- 12 tandheelkundige hulp voor verzekerden tot en met 18 jaar;
- 13 kunst- en hulpmiddelen.

295 Raad van State, Advies van 8 maart 1990 en Advies van 30 oktober 1990, Handelingen TK, 1989-1990, 21 592, nr. B.

296 Een wetsvoorstel tot ratificatie van het herziene Europees Sociaal Handvest is in voorbereiding. De verplichtingen op het gebied van de sociale ziektekostenverzekering ingevolge het herziene Europees Sociaal Handvest komen overeen met die van het Europees Sociaal Handvest.

# Bijlage 8

## Recht op zorg in de Zvw: rechterlijke interpretatie bepalend<sup>297</sup>

In de omvang van het basispakket van de Zvw zijn de afgelopen jaren geen grote veranderingen opgetreden. Er was ook bij de overgang van de Ziekenfondswet en de voormalige particuliere ziektekostenverzekering geen grote inhoudelijke wijziging van het pakket beoogd. In de praktijk bestaan er ten opzichte van het verleden echter wel belangrijke verschillen, omdat de prestaties nu omschreven zijn als zorg zoals de beroepsgroepbeoefenaren (huisartsen of medisch specialisten) die “plegen te bieden”. Veel discussie en juridische procedures zijn de afgelopen jaren gevoerd over de precieze omvang van de zorg die in het kader van de Zvw moet worden geboden. In het bijzonder over de inhoud van geneeskundige zorg. Daarbij is een adviserende rol voor het College voor zorgverzekeringen (CVZ) weggelegd. In dat verband speelt het criterium “stand van de wetenschap en praktijk” een cruciale rol. Voor de invulling van dat criterium zijn de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep en de adviezen van het CVZ bepalend.<sup>298</sup> Door de Zvw is het criterium ‘stand van wetenschap en praktijk’ nu van toepassing op alle zorgprestaties terwijl dit in het verleden alleen voor huisartsenzorg en medisch specialistische zorg gold (Hallie 2008).

Opvallend is dat in de rechtspraak van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) een andere interpretatie wordt gegeven aan het recht op zorg dan de wetgever lijkt toe te staan. Zo bestaat er wettelijk alleen aanspraak op een borstprothese na een borstamputatie of als er sprake is van verminking als gevolg van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Volgens de SKGZ is het onjuist wanneer een zorgverzekeraar zijn beslissing baseert op de van toepassing zijnde wet- en regelgeving om geen vergoeding van de kosten van een borstcorrectie toe te staan bij een aangeboren afwijking. Dit onder meer vanwege het feit dat de Zvw uitgaat van een privaatrechtelijke verzekeringsrelatie. De Groot wijst er in een noot bij deze uitspraak op, dat er noch in de wet noch in ongeschreven rechtsbeginselen of internationale verdragen een grondslag zou zijn te vinden om deze (vrijwel) dwingendrechtelijke wettelijke regeling buiten toepassing te verklaren.<sup>299</sup> Begrip voor de persoonlijke omstandigheden van de verzekerde zou de SKGZ tot deze beslissing hebben bewogen. Volgens De Groot moet daarvoor dan wel de nodige ruimte kunnen worden gevonden in een transparante juridische redenering (op grond van redelijke uitleg, toetsing onderliggende regelgeving

---

<sup>297</sup> Zie hiervoor: Hallie 2008.

<sup>298</sup> Voorzieningenrechter Rechtbank Arnhem 31 juli 2007, LJN BB2007, RZA 2007, 155, p. 623-626.

<sup>299</sup> SKGZ, 10 januari 2007, ANO06.111, RZA, 2007, 41 (met noot G.R.J. de Groot).

of beperkende werking van de redelijkheid en billijkheid). Naar zijn opvatting heeft het hieraan ontbroken.

Deze zaak staat niet op zichzelf. In een uitspraak over het vervangen van borstprothesen na een genderoperatie kwam de SKGZ tot een vergelijkbare conclusie.<sup>300</sup> In een noot bij deze uitspraak bekritiseert De Groot dat de SKGZ hier “lijnrecht tegen de wetgever ingaat”. Het ging hier om een geval waarin door de wetgever uitdrukkelijk was voorzien en waarbij de SKGZ toch haar eigen oordeel over de wenselijkheid van de verzekeringsdekking liet prevaleren boven dat van de wetgever. Beslissend in deze principiële discussie is het oordeel van de CRvB,<sup>301</sup> dat uiteindelijk aan de rechter, behalve bij bijvoorbeeld wetten in formele zin, de bevoegdheid toekomt te bezien of het desbetreffende algemeen verbindend voorschrift een voldoende deugdelijke grondslag biedt voor het in geding betrokken besluit. Volgens de CRvB moet de rechter daarbij beoordelen of het desbetreffende voorschrift al dan niet in strijd komt met een of meer regels van geschreven recht of ongeschreven recht, “daaronder begrepen de algemene rechtsbeginselen en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur”. Bij die beoordeling zal hij gezien zijn staatsrechtelijke positie de nodige terughoudendheid moeten betrachten.

---

300 SKGZ 4 juli 2007, ANO07.117, RZA 2007, 124, p.493-497 (met noot G.R.J. de Groot).

301 CRvB 6 februari 2008, LJN BC4713 06/6606 ZFW.

# Bijlage 9

## Verplicht eigen risico en Europese Code inzake sociale zekerheid

Het gevolg van de ratificatie door Nederland van de ILO-verdragen en de Europese Code inzake Sociale Zekerheid van de Raad van Europa is, dat de toepasselijkheid van de bepalingen uit zo'n verdrag door betrokkenen kan worden ingeroepen. De rechter kan vervolgens een bepaling op de voorliggende zaak toepassen en op basis daarvan een uitspraak doen.

Dat is ook door de Centrale Raad van Beroep (CRvB) gebeurd in de uitspraak van 8 september 2006<sup>302</sup> over de Europese Code betreffende sociale zekerheid.<sup>303</sup> Daarbij werd door de CRvB de regeling van de eigen bijdragen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), die verschuldigd zijn krachtens het Bijdragebesluit zorg, onverbindend verklaard. Daarbij gaat het om gevallen waarin de behoefte aan de desbetreffende verstrekking zijn oorzaak vindt in een arbeidsongeval of beroepsziekte. Dit omdat deel VI van de Code in die gevallen geen eigen bijdragen toestaat.

De CRvB heeft met zijn uitspraak aan het desbetreffende onderdeel van de Code rechtstreekse werking toegekend, dat wil zeggen dat verzekerden van wie de behoefte aan medische zorg het gevolg is van een arbeidsongeval of beroepsziekte, rechtstreeks een beroep op dat onderdeel kunnen doen. De uitspraak heeft daarmee niet alleen gevolgen voor de eigen bijdragen AWBZ, maar ook voor eigen bijdragen die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), waaronder het verplichte eigen risico dat per 1 januari 2008 in de Zvw is ingevoerd in plaats van de no-claimteruggave.

Op 22 februari 2007 heeft de regering deel VI – Uitkeringen en verstrekkingen bij arbeidsongevallen en beroepsziekten – van de Code opgezegd. De opzegging is van kracht geworden op 17 maart 2008. De Tweede Kamer heeft met de opzegging van deel VI van de Code ingestemd. De Eerste Kamer heeft het wetsvoorstel tot goedkeuring van de opzegging van deel VI van de Code op het moment van schrijven van dit hoofdstuk (februari 2009) echter nog in behandeling. Over de opzegging stuurde minister Klink van VWS op 3 oktober 2008 een brief<sup>304</sup> aan Zorgverzekeraars Nederland. Daarin wees hij hen op het feit dat Nederland partij is bij de Europese Code betreffende sociale zekerheid. Hoewel Nederland formeel niet meer aan deel VI van de Code is gebonden, bestaat volgens hem nog altijd een kans dat deze opzegging, als de Eerste Kamer het wetsvoorstel alsnog zou verwerpen, moet worden teruggedraaid.

---

302 Centrale Raad van Beroep van 8 september 2006, 02/6144, LJN: AY8221.

303 Europese Code inzake sociale zekerheid, met bijbehorend Protocol, getekend te Straatsburg op 16 april 1964 (Trb. 1965, 47).

304 Brief Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 3 oktober 2008, Kenmerk Z/W-2880476.

Het verbod in Deel VI van de Code om eigen betalingen in rekening te brengen heeft, zoals hiervoor al is aangegeven, niet alleen betrekking op de AWBZ-zorg, maar ook op de zorg die wordt gedekt door de Zvw. Voor het op 1 januari 2008 ingevoerde verplichte eigen risico in de Zvw is echter geen aparte regeling getroffen. De regering zag daarvoor ook geen aanleiding “gelet op de bestaande aansprakelijkheidsverzekeringen van werkgevers jegens hun werknemers waarin dergelijke eigen bijdragen onderdeel zijn van de schade”<sup>305</sup>. Ook de relatief geringe hoogte van de eigen bijdrage - het gaat immers om een maximumbedrag van € 155 (prijspeil 2009) per verzekerde per jaar - speelde hierbij een rol. De kans dat verzekerden zich jegens hun verzekeraar beroepen op het niet verschuldigd zijn van de verplichte eigen bijdragen is daarmee volgens de minister niet groot. Niettemin bestaat de mogelijkheid dat verzekerden zich vanaf 1 januari 2008 tot hun verzekeraar hebben gewend met het verzoek om vrijstelling van het verplicht eigen risico omdat de behoefte aan zorg was gelegen in een arbeidsongeval of een beroepsziekte. De verzekeraars zouden dergelijke verzoeken op hun eigen mérites moeten beoordelen. Het was de minister overigens niet bekend of al verzoeken waren ingediend.

Als mocht vaststaan dat de behoefte aan zorg het gevolg is van een arbeidsongeval of een beroepsziekte dan vraagt de minister de zorgverzekeraars geen eigen bijdragen ten laste van de verzekerden te brengen, maar deze ten laste van het Zorgverzekeringsfonds te brengen. Hij achtte het niet nodig om de verzekerden door verzekeraars actief hierover te benaderen.

---

305 Brief Min. VWS 3 oktober 2008, p. 2.

# Bijlage 10

## Europeesrechtelijke aspecten van het verbod op premiedifferentiatie

### Box B10.1 – Vormt het verbod op premiedifferentiatie een belemmering voor het vrije verkeer?

Het antwoord op de vraag of, gegeven een acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie een belemmering vormt voor het vrije verkeer van verzekeringsdiensten, is afhankelijk van de kwaliteit van de ex-ante risicoverevening. Bij *perfecte* verevening is geen sprake van een belemmering; bij *imperfecte* verevening wel (zie onder). Cruciaal is dus de vraag: hoe goed is de risicoverevening in de Zvw?

In hoofdstuk 5 (paragraaf 5.1.3; Tabel 5.1) worden resultaten gepresenteerd van een recente evaluatie van de ex-ante risicoverevening. De conclusie is dat bij het vereveningsmodel-2007 bij een gemiddelde premie voor specifieke groepen verzekerden met een substantiële omvang (veelal meer dan 10% van de bevolking) sprake is van substantiële voorspelbare verliezen (gemiddeld honderden euro's per persoon per jaar).

Voor de subgroep van verzekerden die in jaar t-3 hun eigen gezondheid als matig of slecht beoordelen (i.e. 21% van alle verzekerden), leidt de vereveningsformule-2007 bij een gemiddelde premie tot een voorspelbaar verlies van gemiddeld €541 per verzekerde in jaar t (exclusief de ex-post kostencompensaties). Voorts blijken in het bijzonder de groepen verzekerden met de volgende kenmerken in jaar t-3 voorspelbaar verliesgevend te zijn in jaar t: (1) personen met meerdere aandoeningen (comorbiditeit), (2) personen met functionele beperkingen in het dagelijkse leven, (3) de 10% mensen die hun geestelijke gezondheid relatief het slechts beoordelen, (6) personen met een of meer ziekenhuisopnamen, (7) personen die meerjarig behoren tot de 25 % verzekerden met de hoogste kosten en (9) personen die veel gebruik maken van fysiotherapeut, geneesmiddelen, specialist, of thuiszorg.

Verzekeraars worden dus gedwongen groepen verzekerden te accepteren die voorspelbaar verliesgevend zijn. Een buitenlandse verzekeraar die een uitmuntende reputatie heeft vanwege perfecte ketenzorg en 'disease management' programma's voor de behandeling van chronische ziekten en aandoeningen die niet zijn opgenomen in de ex-ante risicoverevening, moet de betreffende verzekerden accepteren die bij een gemiddelde premie voorspelbaar verliesgevend zijn. Uiteraard staat het de verzekeraar vrij een hogere premie te vragen dan de gemiddelde premie, maar dit verslechtert zijn marktpositie bij het behouden of aantrekken van overige groepen (laagrisico) verzekerden. Het verbod op premiedifferentiatie kan daarom een doorslaggevende reden vormen voor een buitenlandse verzekeraar om geen zorgverzekeringen in Nederland aan te bieden.

De conclusie is dat *het verbod op premiedifferentiatie bij de huidige ex-ante risicoverevening een belemmering vormt voor het vrije verkeer.*

**Box B10.2 – Is het verbod op premiedifferentiatie noodzakelijk om een verstoring van het financiële evenwicht van het zorgstelsel tegen te gaan?**

Het doel van het verbod op premiedifferentiatie is het realiseren van risicosolidariteit en financiële toegankelijkheid tot goede zorg voor iedereen. Het doel is dus niet om een verstoring van het financiële evenwicht van het zorgstelsel tegen te gaan. Het verbod op premiedifferentiatie draagt ook op geen enkele wijze bij aan het tegengaan van een eventuele verstoring van het financiële evenwicht van het zorgstelsel. Integendeel.

Een consequentie van een verbod op premiedifferentiatie is dat verzekeraars worden geconfronteerd met financiële prikkels tot risicoselectie. Risicoselectie kan plaatsvinden door een actief beleid gericht op het binnenhalen van zoveel mogelijk voorspelbaar winstgevendende verzekerden en/of door de aanmelding van voorspelbaar verliesgevendende verzekerden actief te ontmoedigen. Een gevolg van de prikkels tot risicoselectie is dat het voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijker is meer tijd, energie en menskracht te besteden aan een portefeuilleopbouw met zo weinig mogelijk hoogrisico verzekerden dan aan het bevorderen van doelmatigheid. Een *doelmatige* zorgverzekeraar met relatief veel hoogrisico verzekerden kan als gevolg van het verbod op premiedifferentiatie een slechtere financiële marktpositie hebben dan – en daardoor worden weggeconcurrereerd door – een *ondoelmatige* zorgverzekeraar met relatief weinig hoogrisico verzekerden.

Het verbod op premiedifferentiatie kan dus leiden tot een vermindering van de doelmatigheid in het zorgstelsel. Het *opheffen* van het verbod op premiedifferentiatie bevordert daarom de doelmatigheid van de zorg en draagt zodoende bij aan het tegengaan van een mogelijke verstoring van het financiële evenwicht van het zorgstelsel.

De conclusie is dat *het verbod op premiedifferentiatie niet noodzakelijk is om een verstoring van het financiële evenwicht van het zorgstelsel tegen te gaan.*



# Bijlage 11

## Verbetering van de ex-ante risicoverevening

Mogelijkheden voor verbetering van het vereveningssysteem zijn als volgt:

- 1 Een belangrijke verbetering van de risicoverevening is te verwachten als de DKG's niet alleen gebaseerd zijn op de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) van intramurale zorg, maar ook op DBC's voor extramurale zorg. Hierdoor zal het aantal mensen met een verhoogde vereveningsbijdrage kunnen toenemen.
- 2 Vervang eenjarige DKG's door meerjarige DKG's. Mensen die op basis van hun ziekenhuisindicatie als een hoogrisico verzekerde zijn geclassificeerd, zullen dit niet alleen in het eerstvolgende jaar zijn, maar ook in een reeks van jaren. Het is daarom logisch om voor mensen die in een DKG zijn ingedeeld, niet alleen 1 jaar, maar meerdere jaren een hogere vereveningsbijdrage te geven. Meerjarige DKG's geven het vereveningsmodel extra voorspelkracht (Lamers en Van Vliet, 1996).
- 3 Houd (nog meer dan nu) rekening met comorbiditeit. Dit zou kunnen door mensen in meer dan 1 DKG in te delen. (Sinds 1 januari 2007 kan iemand in meerdere FKG's worden ingedeeld.)
- 4 Functionele Beperkingen Kostengroepen. Een dergelijk risicofactor kan gebaseerd zijn op het gebruik van kunst- en hulpmiddelen in het verleden (zie Van Kleef en Van Vliet, 2009).
- 5 Geestelijke Gezondheid Kostengroepen. Een dergelijk risicofactor kan gebaseerd zijn op het gebruik van GGZ in het verleden.
- 6 Keuze wel/geen vrijwillig een hoog eigen risico. De veronderstelling is dat binnen elke risicogroep binnen het vereveningssysteem de relatief gezonden wel een vrijwillig eigen risico kiezen, en de ongezonden niet.
- 7 Meerjarige hoge-kosten. Een belangrijke bevinding is dat de voorspelbare winsten en verliezen substantieel blijken te worden gereduceerd door het buiten beschouwing laten van de 8% verzekerden die in een periode van vijf achtereenvolgende voorafgaande jaren tot de top 25% verzekerden met de hoogste kosten behoorden (Stam en Van de Ven, 2008). Dit is een indicatie dat toevoeging van een verdeelkenmerk "meerjarige hoge schade", eventueel gecorrigeerd voor zorgzwaarte, ziekte of aandoening, aan het vereveningsmodel veelbelovend lijkt om de voorspelbare verliezen te reduceren. Het nadeel van deze oplossing dat één normbedrag voor al deze verzekerden geen recht doet aan de variatie in de werkelijke kosten, die binnen deze groep groter is dan bij andere groepen verzekerden, kan worden ondervangen door ook rekening te houden met de onderliggende zorgzwaarte, ziekte of aandoening.
- 8 Een genormeerde achteraf-vergoeding bijv. bij zwangerschap en geboorte (Douven en Mannaerts, 2008; Van de Ven en Ellis, 2000)

## **Afweging**

Bij het ontwikkelen van het vereveningsmodel moeten idealiter diverse randvoorwaarden in acht worden genomen, bijvoorbeeld transparantie, uitvoerbaarheid, een zekere stabiliteit van de coëfficiënten van de vereveningskenmerken van jaar op jaar en criteria waar de vereveningskenmerken idealiter aan moeten voldoen (bijvoorbeeld validiteit, niet-manipuleerbaar, beschikbaar, tegen niet te hoge kosten, etc.). Vooral in de beginjaren is bij de vormgeving van de risicoverevening vooral gelet of aan de genoemde voorwaarden werd voldaan. Bij het verder verbeteren van het vereveningsmodel moet een afweging worden gemaakt tussen enerzijds de nadelen van het niet volledig voldoen aan genoemde voorwaarden en anderzijds de nadelen van imperfecte verevening. Bijvoorbeeld, een vereveningskenmerk op basis van *meerjarig* zorggebruik of *meerjarige* kosten blijkt een belangrijk deel van de voorspelbare winsten en verliezen te kunnen reduceren, maar voldoet niet aan alle genoemde voorwaarden. Het op die grond uitsluiten van meerjarig zorggebruik of meerjarige hoge kosten als vereveningskenmerk betekent echter wel dat (vermijdbare) prikkels tot risicoselectie onverminderd blijven bestaan.

## **Jaarlijkse evaluatie**

De in Tabel 5.1 gepresenteerde resultaten van de evaluatie van de risicoverevening-2007 zijn gebaseerd op gegevens van verzekerden van één zorgverzekeraar. Het verdient aanbeveling een dergelijke evaluatie jaarlijks uit te voeren en te baseren op gegevens ontleend aan een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking. Dit zou kunnen door de gegevens van de jaarlijkse CBS-Gezondheidsenquête (geanonimiseerd) te koppelen aan het gegevensbestand dat wordt gebruikt bij het onderzoek naar risicoverevening dat in opdracht van het Ministerie van VWS jaarlijks wordt uitgevoerd. Tevens kunnen dan modelvarianten van verschillende jaren op één en hetzelfde onderzoeksbestand worden geëvalueerd. Dit biedt de mogelijkheid de effecten te evalueren van de jaarlijkse wijzigingen in het vereveningssysteem.

# Bijlage 12

## Overzicht van interviews

| <i>organisatie</i>  | <i>gesproken met</i>   | <i>datum</i> |
|---|--|--------------|
| <b>Overheid</b>   |  |              |
| oud minister (VWS)  | drs J.F. Hoogervorst, MA   | 11feb09      |
| oud Directeur-Generaal<br>Gezondheidszorg (VWS)                         | drs. M.J. van Rijn   | 27feb09      |
| Directeur-Generaal Langdurige zorg<br>(VWS)                             | drs. M.J. Boereboom  | 19mar09      |
| Directie Curatieve zorg (VWS)   | drs. ing. A.H.J. Moerkamp  | 27mar09      |
| Directie Zorgverzekeringen (VWS)  | drs. G.G.J. Klein Ikkink   | 13feb09      |
| <b>Koepelverenigingen</b>   |  |              |
| ActiZ   | mw. drs. H.A.M. Oosterom (senior<br>beleidsmedewerker), mr. M.J.J. Kooijman<br>(beleidsmedewerker) | 26jan09      |
| NVZ-Vereniging van Ziekenhuizen   | drs. L.A.C. Goemans (manager zorg), ir. C.J.<br>Windhorst (beleidsadviseur zorg)                   | 19feb09      |
| Geestelijke Gezondheidszorg<br>Nederland                                | mr. drs. G. van Gemert (plv. directeur)  | 09mar09      |
| Koninklijke Nederlandse Maatschappij<br>tot Bevordering der Geneeskunst | drs. E.H.J. van Wijlick (adviseur), drs. M.F. Wesseling<br>(adviseur)                              | 27mei9       |
| <b>Patienten- en<br/>consumentenorganisaties</b>                        |  |              |
| Nederlandse Patiënten en<br>Consumenten Federatie                       | mw. drs. A. Schipaanboord (directeur beleid &<br>innovatie)  | 16feb09      |
| Het Ondersteuningsburo  | drs. E. Thier , mw. drs. C. Kalsbeek   | 30mar09      |
| Nederlandse Vereniging van<br>Hoofdpijnpatiënten                        | ir. P.B.Vriezen (oud-voorzitter)   | 30mar09      |

| <i>organisatie</i>                               | <i>gesproken met</i>   | <i>datum</i> |
|--|--|--------------|
| Consumentenbond                                  | mw. drs. C. Vogeler (manager gezond leven), mw. drs. M. Schoneveld (beleidsadviseur)                                     | 14apr09      |
| Diabetes Vereniging Nederland                    | dhr. G. Roos (manager staf kennis en ontwikkeling)   | 13mar09      |
| Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland | drs. A.A.R.G. Poppelaars (directeur), mw. drs. H.M.E. Cliteur (adjunct directeur), mw. R. Ekkelboom (hoofd communicatie) | 04mar09      |

#### **Verzekeraars**

|                            |   |         |
|----------------------------|---|---------|
| Zorgverzekeraars Nederland | dr. P.F. Hasekamp (algemeen directeur)  | 30jan09 |
| CZ                         | drs. J.W.M.W. Gijzen (directeur zorg)   | 02mar09 |
| UVIT                       | dhr. M.J.W. Bontje (lid Raad van Bestuur)   | 06mar09 |
| Menzis                     | mr. R.H.L.M. Van Boxtel (voorzitter Raad van Bestuur), dr. B. Leerink (lid Raad van Bestuur), mw. drs. J.E.C. Degen (secretaris Raad van Bestuur) | 31mar09 |
| Achmea Zorg                | dhr. R. Konterman (voorzitter directie)   | 09apr09 |

#### **Toezichthouders**

|                                   |   |                    |
|-----------------------------------|---|--------------------|
| Nederlandse Zorgautoriteit        | mw. mr. M. Debets (beleidsadviseur RvB), B. Boelema (beleidsadviseur RvB), F. Visser (sr. beleidsmedewerker ONTW), K. Noorlag (unithoofd CURE / Instellingen), mw. A van der Laan (hoofd Communicatie), drs. R. Lagerwaard (directeur CARE), drs. I.W. Komrij (plv directeur CURE). | 02mar09<br>16apr09 |
| Inspectie voor de Gezondheidszorg | dhr. W.M.L.C.M. Schellekens, arts (hoofdinspecteur curatieve zorg)  | 25feb09            |
| De Nederlandse Bank               | mr. Th.J.M. Roos (divisiedirecteur toezicht verzekeraars)   | 13feb09            |
| College voor Zorgverzekeringen    | dr. P.C. Hermans (voorzitter Raad van Bestuur), dhr. N. Pruijssers (adviseur innovatie)   | 26mar09            |

#### **Overige**

|                          |   |         |
|--------------------------|---|---------|
| Oosterschelde Ziekenhuis | drs. H.J. Simons (voormalig bestuursvoorzitter)   | 11mei09 |
| Independer.nl            | mw. M. van Os (directeur marketing & business intelligence), dhr. A. van den Borg (algemeen directeur gezondheidszorg), mw. M. de Jong (data-analist gezondheidszorg) | 11mar09 |

## In de reeks evaluatie regelgeving zijn de volgende publicaties verschenen:

- 1 Bereidheid tot donatie van sperma bij opheffing van anonimiteitwaarborg
- 2 Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- 3 Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
- 4 Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- 5 Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek
- 6 Evaluatie Wet op de medische keuringen
- 7 Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen
- 8 Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen
- 9 Evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 10 Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
- 11 Evaluatie Tijdelijk besluit verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 12 Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 13 Onderzoek No-fault compensatiesysteem
- 14 Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 15 Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 16 Onderzoek WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen
- 17 Evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 18 *Noodzakelijk kwaad* Evaluatie Wet op de dierproeven
- 19 Evaluatie Wet afbreking zwangerschap
- 20 Evaluatie Embryowet
- 21 Derde evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 22 Tweede evaluatie Wet op de medische keuringen
- 23 Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 24 Tweede evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 25 Evaluatie Wet foetaal weefsel
- 26 Evaluatie Reclamebesluit geneesmiddelen
- 27 Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag
- 28 Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg

Bovenstaande publicaties kunt u bestellen via de publicatie-webshop op de ZonMw website. Daarnaast zijn de publicaties te downloaden via de ZonMw website van het programma Evaluatie Regelgeving ([www.zonmw.nl/evaluatieregelgeving](http://www.zonmw.nl/evaluatieregelgeving)) onder het kopje publicaties in het linker menu.

ZonMw

Laan van Nieuw Oost Indië 334

Postbus 93245, 2509 AE Den Haag

Telefoon 070 349 51 11

Fax 070 349 51 00

er@zonmw.nl

www.zonmw.nl

ISBN: 978-90-5763-105-4

**358**

Wet van 16 juni 2004  
over een sociale verzekerings-  
zorg ten behoeve van  
(Zorgverzekeringswet)

**369**

Wet van 16 juni 2004  
over de aanspraak op  
in de premie van  
een laag inkomen



**ZonMw**