

Is de Zorgverzekeringswet een succes?

Wynand van de Ven en Erik Schut

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het zorgverzekeringsstelsel fors veranderd. Een evaluatie van de Zvw wijst uit dat de eerste effecten overwegend positief kunnen worden beoordeeld, maar dat ook sprake is van belangrijke knelpunten en problemen. Deze hebben betrekking op de zorgtoeslag, de hoogte van de zorgpremie, het toenemend aantal wanbetalers, de ex ante risicoverevening, de zorgplicht, het eigen risico en de aanvullende verzekering. Mogelijke oplossingsrichtingen zoals het afschaffen van de zorgtoeslag, het verlagen van de zorgpremie en een verschoven eigen risico worden door het kabinet niet overgenomen. Dat is volgens de auteurs niet verstandig, omdat deze oplossingen niet alleen knelpunten en problemen aanpakken, maar ook kunnen leiden tot miljardenbesparingen op de collectieve uitgaven.

1 Inleiding

Sinds het begin van de jaren 90 vinden ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg plaats, waarbij het ordeningsmodel van centrale aanbod- en prijsregulering geleidelijk wordt vervangen door gereguleerde concurrentie met vrije prijzen. De kern van deze stelselwijziging is dat zorgverzekeraars (gaan) optreden als kostenbewuste inkopers van zorg namens hun verzekerden. De burgers kunnen elk jaar desgewenst van zorgverzekeraar veranderen. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 zijn belangrijke stappen gezet, vooral op de zorgverzekeringsmarkt.

Het doel van de Zvw is enerzijds een einde te maken aan het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden en anderzijds bij te dragen aan het realiseren van de condities voor gereguleerde concurrentie in de zorg. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw (Tweede Kamer 2004a) wordt de doelstelling van de wet kernachtig als volgt samengevat: meer doelmatigheid, minder centrale sturing, en goede toegankelijkheid. Tegelijk met de Zvw is de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) ingevoerd, waar-

van het (enige) doel is de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekeringen te waarborgen (Tweede kamer 2004b).

In 2009 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de Zvw en de Wzt. Deze evaluatie was vooral gericht op de doelstellingen *doelmatigheid en toegankelijkheid*. In december 2009 heeft de regering het evaluatierapport (Van de Ven e.a. 2009) aangeboden aan de Tweede Kamer samen met een kabinetsreactie (Tweede Kamer 2009b). In hoofdlijnen kunnen de bevindingen van de evaluatie worden samengevat als: per saldo positief, ondanks enkele ernstige knelpunten en problemen. Een positief effect van de Zvw/Wzt is dat door het opheffen van het onderscheid ziekenfonds-particulier de solidariteit ten aanzien van zorgverzekeringen is toegenomen. Hetzelfde basispakket is voor iedereen beschikbaar, zonder premie-differentiatie naar gezondheid. Ook positief is dat iedereen jaarlijks van zorgverzekeraar en/of zorgpolis kan veranderen en dat de zorgverzekeringsmarkt sterk competitief is. Voorts is positief dat in toenemende mate informatie beschikbaar komt over de prijs en kwaliteit van zorgverkeeraars en zorgaanbieders (zie bijvoorbeeld www.kiesbeter.nl), dat de zorgverkeeraars in toenemende mate zorginkoop-activiteiten ontplooiën en dat dankzij de Zvw de kwaliteit van zorg nu op de agenda staat.

Ook zijn een aantal knelpunten en problemen in beeld gebracht. Voor elk van de geconstateerde knelpunten en problemen zijn in het evaluatierapport mogelijke oplossingsrichtingen aangegeven. In dit artikel geven twee van de acht bij de evaluatie betrokken onderzoekers een impressie van de in hun ogen belangrijkste resultaten van de evaluatie. Ook geven zij daarbij een reactie op de kabinetsreactie.

2 Moet niet-gecontracteerde zorg ook worden vergoed?

In het model van gereguleerde concurrentie is aan de zorgverkeeraars de belangrijke rol toebedeeld om als kritische inkopers van zorg ten behoeve van hun verzekerden de doelmatigheid in de zorg te bevorderen. Zorgverkeeraars blijken vooralsnog huiverig om zorgaanbieders *selectief* te contracteren, omdat zij verwachten dat de beperking van de toegang tot niet-gecontracteerde zorg bij verzekerden weinig populair zal zijn en kan leiden tot reputatieschade zolang niet op basis van objectieve prestatie-indicatoren kan worden aangetoond dat de geselecteerde zorgaanbieders kwalitatief goed zijn (Boonen e.a. 2009).¹ Desondanks lijken zorgverke-

¹ Een uitzondering is de ZEKUR-polis, waarbij de verzekerde voor niet-acute ziekenhuiszorg kan kiezen uit 13 gecontracteerde ziekenhuizen en bij de overige ziekenhuizen 20% moet bijbetalen tot maximaal 500 euro per jaar.

raars 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.

De terughoudendheid van zorgverzekeraars in het selectief contracteren van zorgaanbieders lijkt voorts mede een gevolg van de onduidelijkheid over de vraag in hoeverre zij de kosten van zorgverlening door niet-gecontracteerde zorgverleners moeten vergoeden. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw (Tweede Kamer 2004a, p.30) wordt gesteld dat uit het arrest van het Europees Hof in de zaak Müller-Fauré volgt dat de hoogte van de restitutievergoeding geen hinderpaal mag vormen voor het invoeren van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Indien dit juist zou zijn, zou het selectief contracteren van voorkeur-zorgaanbieders, wat een cruciaal onderdeel is van effectieve zorginkoop, worden ontkracht, omdat ook de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders grotendeels moeten worden vergoed.

In het evaluatierapport wordt geconcludeerd dat het aannemelijk is dat het arrest Müller-Fauré, dat betrekking heeft op overheidsregels, niet van toepassing is op de private zorgverzekeraars. Dit impliceert 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 en geen discriminerend beleid voert op grond van nationaliteit van de zorgverlener. Hiermee geeft de evaluatie een juridische onderbouwing van het standpunt dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in 2007 innam. De NZa stelde toen, zonder een juridische onderbouwing te geven, 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” (NZa 2007, p. 10).

Kabinetsreactie. Het kabinet neemt bovengenoemde conclusie in het evaluatierapport niet over. Volgens het kabinet is het geheel achterwege laten van een restitutie niet mogelijk, want in dat geval wordt de wet niet uitgevoerd (Tweede Kamer 2009b). Daarbij verwijst het kabinet naar het in de Memorie van Toelichting van de Zvw aangehaalde arrest Müller-Fauré waarin wordt gesteld dat de hoogte van de restitutievergoeding geen hinderpaal mag vormen voor het invoeren van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Reactie-op-kabinetsreactie. Het kabinet mist hier een kans om voor open doel te scoren en een belangrijke belemmering voor effectieve zorginkoop

door zorgverzekeraars weg te nemen. Zónder inhoudelijk in te gaan op de in het evaluatierapport gegeven argumenten en overwegingen dat het aanmerkelijk is dat het arrest Müller-Fauré niet van toepassing is op de private zorgverzekeraars, blijft het kabinet op het standpunt staan dat dit arrest wel op hen van toepassing is. Bovendien verwerpt het kabinet hiermee (zonder deugdelijke inhoudelijke argumentatie) ruim twee jaar na dato het standpunt dat de NZa hierover in 2007 innam.

Het kabinetsstandpunt kan onnodig nadelige consequenties hebben voor de druk die zorgverzekeraars (kunnen) uitoefenen om de doelmatigheid in de zorg te verbeteren. Niet-gecontracteerde aanbieders zullen immers naar het kabinetsstandpunt kunnen verwijzen als hun diensten niet door zorgverzekeraars worden vergoed.

3 Ex ante risicoverevening nog niet op orde

Een belangrijk knelpunt is dat het financiële hart van de Zvw, te weten de ex ante risicoverevening, nog niet op orde is. De risicoverevening beoogt zorgverzekeraars vooraf een financiële compensatie te geven voor hoogrisico verzekerden op basis van hun voorspelde zorgkosten, voor zover die samenhangen met gezondheid (inclusief leeftijd en geslacht). Deze financiële compensatie schiet echter substantieel tekort. Voor diverse groepen van hoogrisico verzekerden met een substantiële omvang (veelal meer dan 10% van de bevolking) is bij een gemiddelde premie sprake van substantiële voorspelbare verliezen (gemiddeld honderden euro's per persoon per jaar; exclusief de ex post kostencompensaties) (Van de Ven e.a. 2009, p. 82). Voorts zijn er 5000 tot 8000 zeldzame aandoeningen, met in Nederland naar schatting in totaal 1 miljoen patiënten, die thans niet expliciet in de ex ante risicoverevening zijn opgenomen.

De imperfecte risicoverevening in combinatie met het verbod op premiedifferentiatie heeft als belangrijk nadeel dat de zorgverzekeraars geen financiële prikkel hebben om zoveel mogelijk in te spelen op de preferenties van de groepen verzekerden die een voorspelbaar verlies opleveren. Integendeel zelfs. Een zorgverzekeraar die de beste zorgarrangementen voor hen zou contracteren en daarmee adverteert, zou veel voorspelbaar verliesgevend verzekerden aantrekken. Beaulieu e.a. (2006) bespreken de casus van een zorgverzekeraar in de Verenigde Staten die een succesvol Diabetes Management Programma had opgezet dat resulteerde in zowel betere zorg als lagere zorgkosten. Na enkele jaren bleek de zorgverzekeraar op dit programma financiële verliezen te lijden omdat (1) de zorgverzekeraar juist vanwege dit programma geconfronteerd werd met een toe-

nemende oververtegenwoordiging van diabetespatiënten in zijn verzekerdenportefeuille; en (2) de zorgverzekeraar geen compensatie kreeg (en ook geen hogere premie mocht vragen) voor de hogere kosten van diabetespatiënten in vergelijking tot niet-diabetespatiënten. Dit voorbeeld illustreert hoe een goede reputatie voor chronische zorg *zónder* adequate compensatie een zorgverzekeraar in financiële problemen kan brengen.

Een tweede nadeel 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.

Een derde nadeel is dat er geen gelijk speelveld is voor de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar die (door reputatie of door toeval) een oververtegenwoordiging van voorspelbaar verliesgevende verzekerden in zijn portefeuille heeft, moet een hogere premie vragen dan zijn concurrenten.

Een vierde nadeel is dat er prikkels bestaan voor marktsegmentatie en onbedoelde premiedifferentiatie naar risico – bijvoorbeeld via selectieve kortingen aan bepaalde collectiviteiten – waardoor het verbod op premiedifferentiatie wordt uitgehold. Zo is er een verzekeraar die aan collectiviteiten, naast de premiekorting op de zorgpremie (die maximaal 10 % mag bedragen), kortingen tot 35% geeft op de auto-, opstal-, inboedel- en reisverzekering.

Kort samengevat kan de imperfecte risicoverevening in combinatie met het verbod op premiedifferentiatie ernstige nadelen 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.

Verwacht mag worden dat zorgverzekeraars de komende jaren steeds beter inzicht zullen krijgen in welke groepen verzekerden of collectiviteiten ten opzichte van het vereveningssysteem voorspelbaar winst- en verliesgevend zijn. Zodra één zorgverzekeraar strategieën gaat ontplooien om de imperfectie van de risicoverevening uit te baten, zullen de andere zorgverzekeraars uit concurrentieoverwegingen niet kunnen achterblijven. Voor zover dit gepaard gaat met maatschappelijk ongewenst gedrag, kan een mitigerende werking uitgaan van een verlies aan reputatie dat dit gedrag voor de verzekeraar met zich mee zou kunnen brengen. Een tweede potentieel 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 strategieën ook op termijn profijtelijk zijn.

Oplossingsrichtingen. De beste oplossing is het *verbeteren van het ex ante vereveningssysteem*. In het evaluatierapport (bijlage 11) worden suggesties gedaan om de risicoverevening verder te verbeteren. Het is onzeker of deze verbeteringen er uiteindelijk toe kunnen leiden dat er voor verzekeraars geen eenvoudig identificeerbare groepen voorspelbaar verliesgevend verzekerden resteren. Om dit te kunnen beoordelen is gesuggereerd om de kwaliteit (voorspelkracht) van de risicoverevening jaarlijks te evalueren.

Een tweede oplossingsrichting is het verhogen van de huidige ex post kostencompensaties aan de zorgverzekeraars. Een nadeel hiervan is echter dat de prikkel tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars wordt vermindert. Voorts is het kabinetsbeleid juist gericht op het verminderen van de ex post compensaties.

Een derde mogelijke oplossingsrichting is het toestaan dat zorgverzekeraars de premie binnen een bepaalde bandbreedte differentiëren naar relevante risicokenmerken, die kennelijk niet of onvoldoende in het vereveningsmodel zijn opgenomen. Een premiebandbreedte zou kunnen inhouden dat de maximumpremie per zorgverzekeraar per polis niet meer mag bedragen dan tweemaal of driemaal de minimumpremie. De premie zou dan bijvoorbeeld variëren tussen 700 en 1400 euro (factor 2) respectievelijk 600 en 1800 euro (factor 3) per polis per zorgverzekeraar per jaar. Het voordeel hiervan is dat verzekeraars op de betreffende groepen verzekerden (voor zover de bandbreedte het toestaat) geen voorspelbaar verlies meer maken. Zij hebben daardoor prikkels om ook voor deze verzekerden goede zorg in te kopen en daarmee te adverteren. Bijkomend voordeel is dat verzekeraars via premiedifferentiatie informatie over risicofactoren prijsgeven, die vervolgens kunnen worden gebruikt om het vereveningsmodel te verbeteren. Ook leidt een premiebandbreedte tot een vermindering van de juridische kwetsbaarheid van het zorgverzekeringsstelsel. In de evaluatie is geconcludeerd dat het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie in strijd is met de Europese regelgeving mede omdat het verzekeraars – bij het huidige imperfecte vereveningssysteem – dwingt bepaalde groepen verzekerden met voorspelbare verliezen te accepteren. Door de premieregulering minder beperkend te maken, neemt de juridische kwetsbaarheid af.

Het versoepelen van het verbod op premiedifferentiatie heeft echter ook nadelen. Ten eerste leidt het tot hogere premies voor chronisch zieken. Hoewel daar wellicht betere zorg tegenover staat, zal dit voor mensen met een laag inkomen problematisch kunnen zijn. Dit kan worden ondervangen door hen een inkomensafhankelijke zorgsubsidie te verstrekken, maar dat gaat natuurlijk gepaard met uitvoeringskosten. Een tweede nadeel van het toestaan van een zekere mate van premiedifferentiatie is dat het zal leiden

tot een minder transparante premiestructuur, waardoor het voor de consument lastiger kan worden om de diverse polissen onderling te vergelijken.

Kabinetsreactie. Het kabinet streeft naar een verdere verbetering van het ex ante vereveningsmodel en neemt de suggesties in het evaluatierapport daarbij ter harte. Het kabinet verwacht dat vooral de introductie van hoge-risicoverevening – waarbij verzekerden ex ante worden ingedeeld op grond van een criterium van meerjarige hoge kosten – tot een significante verbetering van het ex ante vereveningsmodel zal leiden. Voorts verwacht het kabinet dat potentiële reputatieschade verzekeraars ervan zal weerhouden om (te proberen) voorspelbaar verliesgevende verzekerden buiten de deur te houden.

Het kabinet heeft niet met juridisch inhoudelijke argumenten weerlegd dat het risico groot is dat het verbod op premiedifferentiatie in strijd is met de Europeesrechtelijke regels. Wel wijst het kabinet er op dat tot op heden niet is gebleken van enige rechterlijke uitspraak die op zo'n strijdigheid zou duiden.

Ondanks de tekortkomingen van het huidige vereveningsmodel meent het kabinet dat het goed genoeg is om het verbod op premiedifferentiatie te handhaven. Het kabinet ziet dus geen reden om premiedifferentiatie binnen een bandbreedte toe te staan en wijst ook op de nadelen ervan (uitvoeringskosten en geringere transparantie).

Reactie-op-kabinetsreactie. Het is positief dat het kabinet een verdere verbetering van het vereveningssysteem noodzakelijk vindt en de suggesties uit het evaluatierapport daarbij ter harte neemt. Omdat het onderzoek naar hoge-risicoverevening nog niet is afgerond en nog niet alle overige suggesties voor verbetering zijn onderzocht, is het vooralsnog onbekend in hoeverre het vereveningssysteem voldoende kan worden verbeterd. Wanneer dit niet het geval is, kan dit op termijn belangrijke nadelige gevolgen hebben voor de chronisch zieken die voor verzekeraars voorspelbaar verliesgevend zijn. Wanneer zorgverzekeraars investeringen in goede zorg voor deze verzekerden structureel achterwege laten, zal de zorg voor hen langzaam maar zeker versralen. Aangezien een dergelijke ontwikkeling onzichtbaar is – niemand weet immers hoe goed de zorg zou zijn geweest als de prikkels correct waren geweest – zal de angst voor reputatieschade niet effectief zijn om dit te voorkomen. Gezien de onzekerheid over de haalbaarheid van een afdoende verbetering van het vereveningssysteem, lijkt het niet verstandig om de mogelijkheid van een premiebandbreedte op voorhand volledig uit te sluiten.

4. Aanvullende verzekering belemmert mobiliteit chronisch zieken en ouderen

Koppelverkoop van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering(en) vermindert de mobiliteit van chronisch zieken en ouderen voor de zorgverzekering. Hoewel de meeste zorgverzekeraars vooralsnog geen medische selectie toepassen bij de aanvullende verzekering, zijn veel ouderen en chronisch zieken niet geneigd om van verzekeraar te veranderen omdat zij vermoeden vanwege leeftijd of gezondheid niet te worden geaccepteerd op de aanvullende verzekering (Roos en Schut 2009; Tweede Kamer 2010). Aangezien aanvullende en basisverzekering door vrijwel alle zorgverzekeraars aan elkaar zijn gekoppeld, leidt dit tot een beperking van de mobiliteit van ouderen en chronisch zieken in de basisverzekering. Zorgverzekeraars hebben daardoor onvoldoende prikkels om in te spelen op de preferenties van juist degenen die veel zorg gebruiken. Dit is een ernstige beperking van de effectieve concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

In het evaluatierapport wordt uiteengezet dat de wettelijke bepaling tegen koppelverkoop (art. 120 Zvw) geen effectieve oplossing biedt omdat de verzekeraar bij opzegging van de zorgverzekering door de verzekerde de premie voor de aanvullende verzekering mag verhogen. Voorts is interveniëren in de aanvullende verzekering strijdig met de Europese verzekeringsrichtlijnen.

Een oplossingsrichting is het beperken van het (financiële) belang van de aanvullende verzekering, waardoor de behoefte van de consument aan een aanvullende verzekering afneemt. 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. Voorts is de suggestie gedaan om het acceptatiebeleid van verzekeraars te monitoren en transparant te maken.

Kabinetsreactie. Het kabinet is van oordeel dat verzekeraars jegens ouderen en chronisch zieken zich geen stringent acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering kunnen veroorloven, omdat zij daarmee het risico lopen op reputatieschade waarmee zij ook andere verzekerden afstoten. Bovendien wijst het kabinet er op dat de NZa heeft aangegeven de ontwikkelingen met betrekking tot de aanvullende verzekering actief te monitoren.

Reactie-op-kabinetsreactie. Gelet op het ook door de NZa geconstateerde feit (Tweede Kamer 2010) dat een substantieel deel van de verzekerden (veelal ouderen en chronisch zieken) aangeeft niet van zorgverzekeraar te veranderen omdat men bang is niet te worden geaccepteerd op de aanvullende verzekering, lijkt het kabinet de ogen te sluiten voor de problematiek van de beperkte mobiliteit van chronisch zieken en ouderen op de zorgverzekeringsmarkt, en daarmee voor het probleem dat *de facto* de acceptatieplicht in de Zorgverzekeringswet voor een substantieel deel van de verzekerden wordt uitgehold.

5 Zorgtoeslag en hoge nominale premie overbodig

Sinds 2006 hebben ongeveer zes miljoen huishoudens, ofwel 10 miljoen Nederlanders, recht op een zorgtoeslag. In de Zorgverzekeringswet is vastgelegd dat de helft van zorguitgaven wordt betaald uit inkomensafhankelijke bijdragen en de helft uit nominale zorgpremies. Dit kan worden gezien als een (politiek) compromis tussen de grotendeels (85%) inkomensafhankelijke premies in de voormalige ziekenfondsverzekering en de volledig nominale premies in de particuliere ziektekostenverzekeringen. Om voor de ziekenfondsverzekerden de koopkrachteffecten van de hoge nominale premie te beperken, is de zorgtoeslag ingevoerd. De zorgtoeslag wordt betaald uit algemene belastingmiddelen en heeft geleid tot een aparte collectieve geldstroom (naast de zorgpremies) van circa vier miljard euro. Doordat de zorgpremies sneller stijgen dan het inkomen, neemt dit bedrag jaarlijks toe.

De combinatie van hoge nominale premie en zorgtoeslag heeft als ongunstig neveneffect dat het een sterke prikkel geeft aan vooral mensen met een laag inkomen om hun zorgpremie niet te betalen of zich in het geheel niet te verzekeren. In weerwil van diverse maatregelen om het aantal wanbetalers en onverzekerden terug te dringen is het aantal wanbetalers (met een betalingsachterstand van meer dan 6 maanden) inmiddels toegenomen tot ruim 300 duizend (ruim 2% van de premieplichtigen). Van hen hebben 86 duizend wanbetalers in de afgelopen vier jaar nog nooit premie betaald. Voorts zijn er nog mensen die korter dan 6 maanden wanbetaler zijn. Daarnaast zijn ruim 170 duizend verzekeringsplichtigen onverzekerd. De verdrievoudiging van de nominale premie (ten opzichte van de Ziekenfondswet) heeft geleid tot een zeer sterke toename van de premiederving. Naar schatting bedraagt de totale premiederving thans circa een half miljard euro per jaar. Voorts is een probleem dat zorgtoeslagen ook worden uitgekeerd aan mensen die geen zorgpremie betalen.

Een ander ongunstig neveneffect is dat een hoge nominale premie ceteris paribus leidt tot minder sterke prikkels voor premieconcurrentie dan onder de voormalige Ziekenfondswet. Een verhoging van de nominale premie leidt namelijk tot een verkleining van de relatieve premieverschillen tussen verzekeraars, terwijl de absolute verschillen gelijk blijven. Dit komt doordat de extra besparingen of uitgaven volledig ten gunste of ten laste van het nominale premiedeel komen. Uit economisch-psychologisch onderzoek is bekend dat mensen sterker op dezelfde absolute prijsverschillen reageren als de relatieve verschillen groter zijn (Tversky en Kahneman 1981).

In het evaluatierapport wordt betoogd dat een verlaging van de nominale zorgpremie tot bijvoorbeeld gemiddeld circa 350 euro per jaar (zoals in de voormalige ziekenfondsverzekering) de volgende voordelen heeft ten opzichte van de huidige premie van circa 1100 euro:

- Minder premiederving per wanbetaler, en een sterke vermindering van de prikkels tot wanbetaling en niet-verzekeren.
- Vergroting van de premiegevoeligheid van de verzekerden doordat de relatieve premieverschillen toenemen.
- De zorgtoeslag en de Wzt kunnen komen te vervallen (analoog aan de situatie in 2005). Dit betekent:
 - een vereenvoudiging van de wet- en regelgeving;
 - een vermindering van de administratieve lasten voor de overheid (circa 60 miljoen euro per jaar), voor de (overbelaste) Belastingdienst, voor zorgverzekeraars (o.a. incassokosten) 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, etc.);
 - geen risico meer dat burgers hun zorgtoeslag niet besteden aan een zorgverzekering;
 - geen risico meer op fraude met zorgtoeslagen;
 - en ten slotte een vermindering van het collectief rondpompen van geld en zodoende een vermindering van de collectieve uitgaven met circa 4 miljard.

Afgezien van de eenmalige uitvoeringskosten zijn ons geen nadelen van een verlaging van de nominale premie bekend.

Kabinetsreactie. Het kabinet neemt de aanbeveling van een lage zorgpremie en afschaffen van de zorgtoeslag niet over. Volgens het kabinet is juist voor een hoge nominale premie gekozen, zodat mensen zich realiseren dat zorg niet gratis is. Voorts suggereert het kabinet dat een hoge nominale premie noodzakelijk is om consumenten te stimuleren om een be-

wuste keuze tussen zorgverzekeraars te maken. Daarnaast stelt het kabinet dat voor deze hoogte van de nominale premie is gekozen om budgettaire en koopkrachteffecten zoveel mogelijk te mitigeren en het aandeel van de werkgeversbijdragen aan zorg te handhaven. Tenslotte kan het probleem van de wanbetalers en onverzekerden volgens het kabinet met andere maatregelen effectief worden aangepakt en worden die maatregelen inmiddels in gang gezet.

Reactie-op-kabinetsreactie. De aannname van het kabinet dat een hoog premieniveau leidt tot een groot kostenbewustzijn en daarmee tot *kostenbewust zorggebruik* is onaannemelijk omdat de betaling van de premie per definitie losstaat van de individuele zorgconsumptie, zowel qua hoogte als qua moment van betaling. Uit empirisch onderzoek naar de consumptieverschillen tussen voormalig ziekenfonds- en particulier verzekerden blijkt dat deze vooral zijn toe te schrijven aan verschillen in gezondheid en eigen risico (verzekeringsdekking) en niet aan de sterk uiteenlopende premiehoogte tussen beide typen verzekering (Van de Ven e.a. 1980, Van Vliet e.a. 1986).

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. Zoals eerder uiteengezet is uit economisch-psychologisch onderzoek bekend dat consumenten sterker reageren naarmate een procentuele prijskorting toeneemt, ook al blijft de absolute korting exact hetzelfde. Dit is bevestigd in experimenteel onderzoek in de context van de Nederlandse zorgverzekering (Schut en Laske Aldershof 2001; CVS 2002). Verder zijn in het evaluatierapport diverse manieren aangegeven om de eenmalige koopkrachteffecten zoveel mogelijk te beperken en de werkgeversbijdragen ongewijzigd te laten. Tenslotte is het voorsnog onzeker in hoeverre de door het kabinet genomen maatregelen om het probleem van de wanbetalers aan te pakken effectief zijn. In elk geval gaan deze maatregelen structureel gepaard met extra uitvoeringskosten.

Schaf de zorgtoeslag af en verlaag de zorgpremie tot nul. In het verlengde van de evaluatie doen wij het volgende voorstel. Schaf de zorgtoeslag af, verlaag de zorgpremie tot *gemiddeld* nul en verhoog de inkomensafhankelijke bijdragen zónder inkomensherverdeling door deze te verhogen met de gemiddelde zorgpremie (circa € 1100,-) minus de gedeerde zorgtoeslag. De werkgeversbijdragen kunnen ongewijzigd blijven.

In aanvulling op bovengenoemde voordelen heeft ons voorstel als voordeel dat het de verzekerden maximaal premiegevoelig maakt en daarmee

de premieconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt sterk vergroot. Thans varieert de zorgpremie van circa € 1000,- tot € 1200,- per jaar. Maar welke zorgverzekeraar durft bij een gemiddelde zorgpremie van nul nog een bovengemiddelde premie te vragen? In Duitsland is in 2009 een gemiddelde zorgpremie van nul (zoals hier voorgesteld) ingevoerd en vrijwel alle zorgverzekeraars zagen uit angst voor verlies van verzekerden af van het vragen van een positieve zorgpremie (Wasem 2009). Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat verzekerden zeer prijsgevoelig zijn bij een premieverhoging ten opzichte van een referentiepunt waarbij de uit eigen zak betaalde premie gelijk is aan nul (Buchmueller en Feldstein 1997). Een gemiddelde zorgpremie van nul leidt dus tot maximale premiegevoeligheid bij de burgers. In die situatie krijgen verzekerden bij doelmatige zorgverzekeraars zorgpremie teruggestort, terwijl verzekerden bij ondoelmatige zorgverzekeraars moeten bijbetalen. Dit zal de concurrentie tussen de zorgverzekeraars op scherp zetten en zal de zorgverzekeraars er toe aanzetten alles in het werk te stellen om de patiënten en zorgaanbieders aan te zetten tot kostenbewust gedrag. Voorts lost ons voorstel het probleem van de wanbetalers en onverzekerden in één klap op. Immers, waarom zou je wanbetaler of onverzekerd willen zijn als je bij doelmatige zorgverzekeraars geld terug krijgt?

Alleen al het oplossen van het probleem van de premiederving levert structureel circa een half miljard per jaar aan extra zorginkomsten op en weegt ruimschoots op tegen de eenmalige invoeringskosten.

6 De effectiviteit van het huidige eigen risico is gering

Het huidige verplicht eigen risico van € 165,- per volwassene per jaar is niet alleen bedoeld om een financieringsverschuiving (circa 1,5 miljard) richting de burger te realiseren, maar ook om een kostenbewust gebruik van zorg te bevorderen ('remgeldeffect'). In de huidige opzet heeft het eigen risico echter geen remgeldeffect voor chronisch zieken en ouderen die zeker weten dat hun zorgkosten boven het eigen risico bedrag uitkomen. Voor hen levert een besparing namelijk geen voordeel op voor de eigen portemonnee. Voorts is het remgeldeffect gering, omdat maar weinig mensen (5%) kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Een uniforme premiekorting die geen rekening mag houden met iemands verwachte eigen betalingen is daar mede debet aan.

Een eenvoudige maatregel om de 'grootgebruikers in de zorg' wel een reden te geven om op de kosten te letten, is het verplichte eigen risico voor hen niet te laten gelden voor de kosten vanaf € 0,-, maar bijvoorbeeld van-

af € 500,- of € 2000,-, afhankelijk van hun verwachte zorguitgaven. In dat geval kan kostenbewust gedrag ook voor hen financieel voordeel opleveren. En vanwege hun omvangrijk zorggebruik kan het remgeldeffect fors zijn. Voor mensen die zelf geen zorgkosten verwachten moet het startpunt van het eigen risico natuurlijk niet worden opgeschoven. Dat zou hun remgeldeffect alleen maar verminderen. Het is dus zaak goed te onderzoeken voor welke (hoogrisico) verzekerden het eigen risico het beste kan worden opgeschoven, en hoever.

Het startpunt van het verschoven eigen risico kan zo gekozen worden dat iedereen aan het begin van het jaar maximaal onzeker is over de omvang van de eigen betalingen (dan heeft het eigen risico het grootste remgeldeffect) en naar verwachting ongeveer eenzelfde bedrag uit eigen portemonnee betaalt (Van Kleef e.a., 2007, 2009). 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 € 600,- voor een 60-jarige en € 1800,- voor een 80-jarige. Voor een optimale werking van een verschoven eigen risico is het van belang dat de zorgverzekeraars hun verzekerden goed informeren over het (verwachte) verloop van de zorgkosten en welke kosten zij eventueel voor eigen rekening moeten nemen.

Een tweede voordeel van een verschoven eigen risico is dat iedereen een flinke kans heeft om niets uit eigen portemonnee te betalen, waardoor het voor iedereen, ook voor chronisch zieken en ouderen, aantrekkelijk kan zijn vrijwillig een verhoogd eigen risico te kiezen, wat het remgeldeffect verder vergroot. Het kiezen van een vrijwillig eigen risico kan verder worden gestimuleerd door de angst voor liquiditeitsproblemen weg te nemen, door toe te staan dat de spaargelden in het kader van de spaarloonregeling ook mogen worden gebruikt om de kosten onder het eigen risico te betalen. Ook kan het opzetten van zorgspaarrekeningen waarop de zorgverzekeraar de premiekorting van het eigen risico stort, (fiscaal) worden gestimuleerd.

Een derde voordeel van een verschoven eigen risico is dat de huidige ingewikkelde compensatieregeling voor chronisch zieken – die thans een deel van het eigen risico gecompenseerd krijgen – kan komen te vervallen, omdat iedereen naar verwachting ongeveer eenzelfde bedrag uit eigen portemonnee betaalt. Dit leidt tot een verlaging van de collectieve uitgaven met circa 100 miljoen per jaar. Bij eventuele toekomstige verhogingen van het eigen risico neemt dit voordeel verder toe.

Kabinetsreactie. Het kabinet neemt het voorstel van een verschoven eigen risico niet over, omdat ‘leeftijd immers lang niet altijd verklaart of iemand chronisch ziek is of niet’. Bovendien is het doel van het eigen risico niet alleen een remgeldeffect, maar ook een financieringsverschuiving. Met een

verschoven eigen risico zal de financieringsverschuiving kleiner worden (hetgeen ongewenst is).

Reactie-op-kabinetsreactie. In de evaluatie is gesteld dat om praktische redenen *als eerste stap* gedacht kan worden aan een leeftijdsafhankelijk startpunt van het eigen risico. Later kan het startpunt worden aangepast op basis van gezondheidskenmerken. Dit is een logische procedure en vergelijkbaar met de invoering van de ex ante risicoverevening, die begin jaren 90 ook uitsluitend afhing van leeftijd-geslacht, en later is uitgebreid met gezondheidskenmerken.

Ook een leeftijdsafhankelijk startpunt maakt het voor veel ouderen en chronisch zieken al lonend om zuinig met zorg om te gaan. Dit geldt in ieder geval voor de 1,8 miljoen mensen die nu een compensatie ontvangen (Tweede Kamer 2009c), omdat zij met zekerheid het eigen risico van € 165,- volledig moeten betalen.

Terecht merkt het kabinet op dat bij een verschoven eigen risico van € 165,- de burgers in totaal minder zorgkosten zelf betalen dan nu, waardoor de financieringsverschuiving richting burger wordt verminderd. Dit is echter geen nadeel, maar een voordeel! Hierdoor ontstaat immers ruimte voor verhoging van het eigen risico, en dus een verdere vergroting van het remgeldeffect, zónder dat de mensen gemiddeld meer uit eigen portemonnee moeten betalen.

Miljardenbesparing door slimmer eigen risico. Het remgeldeffect kan nog flink worden vergroot door ook de kosten van huisartsenzorg onder het eigen risico te laten vallen. Thans is dit niet het geval. Huisartsenzorg is de vorm van zorg waar de mensen de meeste invloed op kunnen uitoefenen. Bovendien leiden eigen betalingen voor huisartsenzorg tot forse besparingen omdat zij niet alleen het aantal huisartsconsulten verminderen, maar ook leiden tot een vermindering van dure vervolgzorg (geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, verwijzing naar specialist, ziekenhuisopname).

Op basis van de bevindingen van Van Vliet (2004) kunnen we een schatting maken van het remgeldeffect bij een (niet-verschoven) eigen risico van € 165,- dat ook voor de huisarts geldt. Een bedrag van € 165,- komt neer op circa 8% van de gemiddelde jaarlijkse kosten per persoon. Van Vliet (2004) concludeert dat een eigen risico ter grootte van 8% van de gemiddelde kosten bij de 'voormalig' particulier verzekerden leidde tot een remgeldeffect van circa 8%. Dit is waarschijnlijk een onderschatting van het remgeldeffect voor de gehele Nederlandse bevolking, omdat de voormalig particulier verzekerden vooral tot de hoge-inkomensgroepen behoorden en verwacht mag worden dat de prijsgevoeligheid bij lage-

inkomensgroepen groter is dan bij hoge-inkomensgroepen. Vergelijkbare schattingen op basis van Amerikaanse en Zwitserse gegevens komen tot een remgeldeffect van ten minste 10% respectievelijk 11%.² Onder de veronderstelling dat een eigen risico aan de voet van € 165,- leidt tot een remgeld-effect van (ten minste) 8%, en gegeven dat de totale Zvw-kosten van alle volwassenen circa 26 miljard euro bedragen, komen we tot de schatting dat het remgeldeffect van een eigen risico (incl. huisartsenzorg) ten minste 2 miljard euro ($0,08 * 26$ miljard euro) per jaar bedraagt.

Het CPB (2008) komt tot een aanzienlijk lagere schatting van het remgeldeffect. Op basis van de door Van Vliet berekende prijselasticiteiten per zorgvorm (Van Vliet 2004) schat het CPB dat het remgeldeffect van een eigen risico inclusief huisartsenzorg ter grootte van 8% van de gemiddelde kosten varieert tussen 120 en 180 miljoen euro, dat wil zeggen een remgeldeffect van maximaal 0,8%.³ Dit is slechts een fractie van het door Van Vliet gevonden remgeldeffect van 8%, terwijl het CPB zich in zijn berekening baseert op de door Van Vliet berekende elasticiteiten. Bij een juiste toepassing van deze prijselasticiteiten zou uiteraard weer een schatting van het remgeldeffect van circa 8% moeten resulteren ('kalibreren van het model'). Het CPB maakt echter een cruciale fout door de door Van Vliet berekende elasticiteiten uitsluitend toe te passen op de (beperkte) groep personen die geacht wordt te remmen. De door Van Vliet berekende elasticiteiten weerspiegelen echter de *gemiddelde* prijsgevoeligheid van *zowel* de (prijsgevoelige) remmers *als* de (niet-prijsgevoelige) niet-remmers. Voor het toepassen van prijselasticiteiten uitsluitend op de remmers, zoals het CPB doet, zouden elasticiteiten moeten worden gehanteerd die uitsluitend op deze subgroep zijn geschat. Uit een empirische studie van Eichner (1998) blijkt dat de prijselasticiteit van de remmers een veelvoud is van de gemiddelde prijselasticiteit van alle personen. De door het CPB (2008) berekende remgeldeffecten van een eigen risico zijn dus sterk onderschat.

² Op basis van de bevindingen van het RAND-experiment, zoals gepresenteerd door Bakker (1997), kan als volgt een globale schatting worden gemaakt. Een eigen risico ter grootte van 8% van de gemiddelde jaarlijkse kosten per persoon komt in Tabel 7.2 (Bakker 1997) neer op een eigen risico van 144 gulden ($0,08 * 1800$). Interpolatie in Tabel 7.2 leidt tot een schatting van het remgeldeffect ter grootte van ten minste 10%. Op basis van Zwitserse gegevens (Van Kleef e.a. 2008) kan het remgeldeffect van een eigen risico ter grootte van 8% van de gemiddelde jaarlijkse kosten per persoon worden geschat op ten minste 11%. Een eigen risico ter grootte van 8% van de gemiddelde kosten (zoals gepresenteerd in Van Kleef e.a. 2008, Tabel 1) impliceert een verhoogd eigen risico van tussen 170 en 370 euro en daarom een remgeldeffect tussen 11,4% en 15,1% (Van Kleef e.a. 2008, Tabel 3).

³ Uitgaande van 13 miljoen volwassenen met elk gemiddeld € 1745,- zorgkosten (CPB 2008, p.4).

Het is onbekend wat het remgeldeffect is van het huidige verplichte eigen risico van € 165,- exclusief de huisartsenzorg (en voor zover wij weten zijn er geen empirische studies over het effect van een eigen risico dat geen betrekking heeft op huisartsenzorg). Het is daarom evenmin te bepalen welk deel van het geraamde remgeldeffect van ten minste 2 miljard euro van een eigen risico dat wél betrekking heeft op huisartsenzorg wordt veroorzaakt *doordat* ook huisartsenzorg onder het eigen risico valt. Gezien bovengenoemde overwegingen lijkt het aannemelijk dat dit een substantieel deel is, wellicht meer dan de helft. In dat geval zou door ook de kosten van huisartsenzorg onder het eigen risico te laten vallen, een extra remgeldeffect gerealiseerd kunnen worden van ruim 1 miljard euro.

Het verschuiven van het startpunt van het eigen risico voor chronisch zieken en ouderen kan op termijn ook tot flinke besparingen leiden. Vanwege hun relatief hoge zorgkosten hebben de huidige ‘niet-remmers’ bij een verschoven eigen risico in beginsel veel mogelijkheden om te remmen. Als we bijvoorbeeld veronderstellen dat 30% van de bevolking nu niet ‘remt’ (omdat zij zeker weten dat hun zorgkosten boven het eigen risico uitkomen)⁴ en dat bij een verschoven eigen risico hun remgeldeffect per persoon (op termijn) anderhalf keer zo groot is als het remgeldeffect van de huidige ‘remmers’, dan leidt een verschoven eigen risico (inclusief huisartsenzorg) voor deze groep naar schatting tot een extra remgeldeffect van 1,3 miljard euro per jaar.

Door ook de kosten van huisartsenzorg onder het eigen risico te laten vallen en het startpunt van het eigen risico voor chronisch zieken en ouderen te verschuiven, kunnen besparingen worden gerealiseerd die ceteris paribus, afhankelijk van de precieze vormgeving en de gedragseffecten, op termijn naar schatting maximaal kunnen oplopen tot ruim 5 miljard euro per jaar (zie Appendix).

Ten slotte kan het remgeldeffect toenemen als het dankzij een verschoven eigen risico voor meer mensen dan de huidige 5% van de bevolking aantrekkelijk wordt om voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- te kiezen. Op basis van de bevindingen van Bakker (1997), Van Vliet (2004) en Van Kleef e.a. (2008) kan voor een niet-verschoven eigen risico (inclusief huisartsenzorg) geconcludeerd worden dat het remgeldeffect van een eigen

⁴ Een ondergrens voor het aantal ‘niet-remmers’ is de 1,8 miljoen chronisch zieken (volwassenen) die in aanmerking komen voor de ‘compensatieregeling eigen risico’ omdat hun jaarlijkse zorgkosten hoger zijn dan het eigen risico. Dus *minimaal* 14% van de volwassen bevolking (13 miljoen volwassenen) remt nu niet. Een bovengrens van het aantal niet-remmers kan worden ontleend aan de veronderstelling van het CPB (2008, pp. 4-6) dat ruim de helft van de bevolking nu niet ‘remt’.

risico van € 665,- (33% van de gemiddelde kosten per persoon) globaal tweemaal zo groot is als het remgeldeffect van een eigen risico van € 165,- (8% van de gemiddelde kosten per persoon). Bijvoorbeeld, als 10% van de bevolking die nu geen vrijwillig eigen risico heeft, het eigen risico vrijwillig met € 500,- verhoogt tot € 665,-, leidt dit bij een niet-verschoven eigen risico (inclusief huisartsenzorg) ceteris paribus naar schatting dus tot een toename van het totale remgeldeffect van bijna 10%.

Op basis van bovenstaande overwegingen denken wij dat, afhankelijk van de precieze vormgeving, de invoering van een slimmer eigen risico op termijn tot miljarden euro's per jaar kan besparen.

7 De zorgplicht biedt onvoldoende garantie op zorg

Een belangrijke doelstelling van de Zvw is dat de burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Daarom bevat de Zvw een zorgplicht (art. 11.1 Zvw) voor de zorgverzekeraars.

Bij een *naturapolis* heeft de verzekerde aanspraak op zorg, en is de zorgverzekeraar behalve verzekeraar tevens leverancier van de zorg die hij verzekert. Bijgevolg heeft de zorgverzekeraar een leveringsplicht ('zorgplicht'). Deze leveringsplicht is een resultaatsverbintenis en 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). In beginsel biedt een *naturapolis* hierdoor voldoende (juridische) garantie dat de verzekerde de benodigde zorg ook daadwerkelijk zal kunnen krijgen.

Bij een *restitutiepolis* houdt de zorgplicht in dat de zorgverzekeraar, desgevraagd door de verzekerde, moet overgaan tot zorgbemiddeling. Omdat de zorgplicht in het geval van restitutiepolissen slechts een inspanningsverplichting voor de zorgverzekeraars inhoudt, 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.

Een ander probleem is dat het in de praktijk onduidelijk is wat de *leveringsplicht* bij *naturapolissen* precies inhoudt en waar zorgverzekeraars in

de praktijk voor verantwoordelijk zijn, bijvoorbeeld bij het faillissement van een ziekenhuis.

Oplossingsrichtingen. Een eerste oplossingsrichting is het geven van goede voorlichting (door de overheid) over het cruciale verschil tussen natuurlijke restitutiepolissen 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.

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. Dit vergroot de garantie aan de verzekerden met een naturapolis dat zij de benodigde zorg ook daadwerkelijk kunnen krijgen. Aanscherpen van de zorgbemiddelingstaak bij een restitutiepolis vergroot wel de kans op zorg, maar biedt geen garantie.

Kabinetsreactie. De kabinetsreactie bestaat uit een verwijzing naar een eerdere brief aan de Tweede Kamer over de ‘governance in de zorgsector’ (Tweede Kamer 2009a), waarin wordt verwezen naar nog nader te formuleren brieven/wetsontwerpen.

Reactie-op-kabinetsreactie. Hopelijk neemt het kabinet de geconstateerde knelpunten serieus en de genoemde oplossingsrichtingen ter harte. Het betreft hier een essentieel aspect van het nieuwe ordeningsbeginsel.

8 Conclusie en discussie

Als onderdeel van de stelselwijziging in de zorg is in 2006 de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Het doel van deze wet is te komen tot één wettelijk verzekeringsregime voor alle ingezetenen van Nederland en bij te dragen aan het realiseren van de condities voor gereguleerde concurrentie in de zorg. Hoewel het nieuwe zorgverzekeringsstelsel overwegend positief wordt beoordeeld, zijn er ook knelpunten en problemen. Belangrijke knelpunten hebben te maken met de kern van de stelselwijziging en de nieuwe rol van de zorgverzekeraars als kostenbewuste zorginkoper namens hun verzekerden. Effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars moet hen stimuleren hun nieuwe rol als zorginkoper serieus te vervullen.

Een ernstige beperking van de effectieve concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is dat zorgverzekeraars onvoldoende prikkels hebben om in te spelen op de preferenties van juist degenen die veel zorg gebruiken (de chronisch zieken en ouderen). Ten eerste heeft een zorgverzekeraar vanuit financieel oogpunt geen belang bij een goede reputatie voor de behandeling van ernstige aandoeningen waarvoor de risicoverevening geen passende compensatie biedt. Voor het succes van de stelselwijziging is een adequate compensatie aan zorgverzekeraars voor chronisch zieken echter een *conditio-sine-qua-non*. Als aan deze conditie niet is voldaan, zullen investeringen in zorg voor voorspelbaar verliesgevend patiëntengroepen achterwege blijven omdat zorgverzekeraars op dat terrein geen reputatie willen ontwikkelen. Ten tweede zijn veel ouderen en chronisch zieken, uit angst om de aanvullende verzekering te verliezen, niet geneigd om van zorgverzekeraar te veranderen. Zolang van ‘stemmen met de voeten door chronisch zieken en ouderen’ geen effectieve dreiging uitgaat naar de zorgverzekeraars, is het twijfelachtig of de stelselwijziging in de zorg succesvol kan zijn.

Een ander probleem is de sterke toename van de premiederving als gevolg van het groeiende aantal wanbetalers en de navenante groei van de uitkering van zorgtoeslagen aan mensen die geen zorgpremie betalen. Een effectieve oplossing die dit probleem in één klap oplost, is het afschaffen van de zorgtoeslag en het verlagen van de gemiddelde zorgpremie tot nul. Bijkomend voordeel is dat de burgers maximaal premiegevoelig worden, de collectieve uitgaven met circa vier miljard worden verminderd en de administratieve lasten voor de overheid, belastingdienst, zorgverzekeraars en burgers aanzienlijk worden gereduceerd.

Voorts is de huidige vormgeving van het eigen risico niet effectief. Als oplossing stellen wij voor een verschoven eigen risico waar ook de kosten

van huisartsenzorg onder vallen. Dit kan op termijn tot miljarden euro's besparen.

Mogelijke oplossingsrichtingen zoals het afschaffen van de zorgtoeslag, het verlagen van de zorgpremie, een verschoven eigen risico, en een premiebandbreedte in combinatie met zorgsubsidies worden door het kabinet op voorhand afgewezen. Daarmee laat het kabinet niet alleen kansen liggen om knelpunten en problemen aan te pakken die een succesvolle stelselwijziging in de zorg belemmeren, maar ook om miljardenbesparingen op de collectieve uitgaven te realiseren.

Auteurs

Prof. dr W.P.M.M. van de Ven is hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, Erasmus Universiteit Rotterdam, vandeven@bmg.eur.nl

Prof. dr F.T. Schut is hoogleraar economie van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, schut@bmg.eur.nl

Literatuur

- Bakker, F., 1997, *Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen*, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Beaulieu, N., D.M. Cutler, K. Ho, G. Isham, T. Lindquist, A. Nelson, P. O'Connor, 2006, The Business Case for Diabetes Disease Management for Managed Care Organizations, *Forum for Health Economics & Policy*, vol. 9(1),:1-36.
- Boonen, L. en F.T. Schut, 2009, Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 94(4572): 678-81.
- Buchmueller, T.C., P.J. Feldstein, 1997, The effect of price on switching among health plans, *Journal of Health Economics*, vol. 16(2): 231-47.
- CPB, 2008, Gedragseffect van eigen betalingen in de ZVW, Notitie 25 april 2008, CPB, Den Haag.
- CVS, 2002, *De consument aan het woord*, onderzoek in opdracht van het Verbond van Verzekeraars, Centrum voor Verzekeringsstatistiek, Den Haag.
- Eichner, M.J., 1998, The demand for medical care: what people pay does matter, *American Economic Review*, vol. 88(2): 117-21.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, 2007, Een effectiever eigen risico in de zorg”, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 92(4515): 459-61.
- Kleef, R.C. van, K. Beck, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, 2008, Risk equalization and voluntary deductibles: a complex interaction, *Journal of Health Economics*, vol. 27(2): 427-43.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, 2009, Shifted deductibles for high risks: more effective in reducing moral hazard than traditional deductibles, *Journal of Health Economics*, 28(1): 198-209.
- Most, J.M. van der, 2007, *De zorg of het geld, natura en restitutie in de zorgverzekering*, Pels Rijcken & Drooglever Fortuijn, Den Haag.
- NZa. 2007, Richting geven aan keuzes. Kunnen zorgverzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde zorgaanbieders te gaan?, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- Roos, A.F. en F.T. Schut, 2008, Risico's van koppeling basis- en aanvullende verzekering, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 93(4548): 710-13.
- Schut, F.T. en T. Laske-Aldershof, 2001, Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 86(4333): 860-63.
- Tversky, A. en D. Kahnman, 1981, The framing of decisions and the psychology of choice, *Science*, vol. 211(4481): 453-58.
- Tweede Kamer 2004a, Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet, vergaderjaar 2003-2004, 29763, nr. 3.
- Tweede Kamer, 2004b, Memorie van Toelichting bij de Wet op de Zorgtoeslag, vergaderjaar 2003-2004, 29762, nr. 3.
- Tweede Kamer, 2009a, Governance in de zorgsector, vergaderjaar 2008-2009, 32012, nr. 1.

- Tweede Kamer, 2009b, Herziening Zorgstelsel; Brief minister met kabinetsreactie op evaluaties Zvw/Wzt, WMG en de CVZ en NZa, vergaderjaar 2009-2010, 29689, nr. 282.
- Tweede Kamer, 2009c, Herziening zorgstelsel, vergaderjaar 2008-2009, 29689, nr. 256.
- Tweede Kamer, 2010, Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden, vergaderjaar 2009-2010, Aangangsels van de Handelingen, pp. 2885-2886.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.A. Nauta, R.C.J.A. van Vliet en F.F.H. Rutten, 1980, Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, *Gezondheid en Samenleving*, vol. 1: 224-54.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans, J.D. de Jong, M. van der Maat, R. Coppen, P.P. Groenewegen en R.D. Friele, 2009, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag, september 2009, ZonMw, Den Haag, Programma evaluatie wetgeving: deel 27.
Zie <http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/>
- Vliet, R.C.J.A. van, en W.P.M.M. van de Ven, 1986, Consumptieverschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden nader onderzocht; Overzicht van empirische bevindingen, *Gezondheid en Samenleving*, vol. 7: 81-94.
- Vliet, R.C.J.A. van, 2004, Deductibles and health care expenditures: empirical estimates of price sensitivity based on administrative data, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 4(4): 283-305.
- Wasem, J., 2009, *Country update: Germany*, Presentation at the annual meeting of the Risk Adjustment Network, Jerusalem, 4-6 December 2009, Institute for Health Services Management, University of Duisburg-Essen.

Appendix Schatting besparingen slimmer eigen risico

Stel:

- Het totale remgeldeffect van het huidige eigen risico (ER = € 165,-) is R euro;
- Indien de huisarts ook onder het eigen risico valt, bedraagt het remgeldeffect x maal het remgeldeffect-zonder-huisarts;
- Bij het huidige eigen risico ‘remt’ een fractie y van de bevolking wel en een fractie $(1-y)$ niet;
- Bij een verschoven eigen risico:
 - blijft het remgeldeffect van de huidige ‘remmers’ ongewijzigd;
 - en bedraagt het remgeldeffect per persoon van de huidige ‘niet-remmers’ gemiddeld z maal het remgeldeffect per persoon van de huidige ‘remmers’.

Dan geldt voor het totale remgeldeffect:

ER 165, startpunt 0		ER 165, verschoven ⁵	
excl. huisarts	incl. huisarts	excl. huisarts	incl. huisarts
R	$x \cdot R$	$R \cdot [1 + z \cdot (1-y)/y]$	$x \cdot R \cdot [1 + z \cdot (1-y)/y]$

In Tabel 1 geven wij schattingen van de toename in remgeldeffect (Δ remgeldeffect) bij een ‘verschoven eigen risico inclusief huisartsenzorg’ ten opzichte van een ‘niet-verschoven eigen risico exclusief huisartsenzorg’ onder verschillende veronderstellingen over de waarden van x , y en z .

Uitgangspunt is de schatting dat $x \cdot R$ gelijk is aan € 2,08 miljard (8% van € 26 miljard, zie Sectie 6). Afhankelijk van de veronderstellingen over x , y en z varieert de geschatte toename van het remgeldeffect van € 0,92 tot € 5,55 miljard.

⁵ Toelichting: Bij het verschoven eigen risico neemt het aantal ‘remmers’ toe met $(1-y)/y$ maal het aantal remmers bij een niet-verschoven eigen risico; dus het totale remgeldeffect neemt toe met een factor $z \cdot (1-y)/y$.

Tabel 1 De toename in remgeldeffect bij een ‘verschoven eigen risico incl. huisartsenzorg’ t.o.v. een ‘niet-verschoven eigen risico excl. huisartsenzorg’

Veronderstellingen			Totaal remgeldeffect (in miljard euro)				Δ remgeld-effect*
			ER 165, startpunt 0		ER 165, verschoven		
x	y	z	excl. huisarts	incl. huisarts	excl. huisarts	incl. huisarts	
2	0,7	1,5	1,04	2,08	1,71	3,42	2,38
1,5	0,5	1	1,39	2,08	2,78	4,16	2,77
1,5	0,5	1,5	1,39	2,08	3,48	5,20	3,81
1,5	0,5	2	1,39	2,08	4,17	6,24	4,85
1,5	0,7	1	1,39	2,08	1,99	2,97	1,58
1,5	0,7	1,5	1,39	2,08	2,28	3,42	2,03
1,5	0,7	2	1,39	2,08	2,58	3,86	2,47
1,5	0,9	1	1,39	2,08	1,54	2,31	0,92
1,5	0,9	1,5	1,39	2,08	1,62	2,43	1,04
1,5	0,9	2	1,39	2,08	1,70	2,54	1,15
2	0,5	1	1,04	2,08	2,08	4,16	3,12
2	0,5	1,5	1,04	2,08	2,60	5,20	4,16
2	0,5	2	1,04	2,08	3,12	6,24	5,20
2	0,7	1	1,04	2,08	1,49	2,97	1,93
2	0,7	1,5	1,04	2,08	1,71	3,42	2,38
2	0,7	2	1,04	2,08	1,93	3,86	2,82
2	0,9	1	1,04	2,08	1,16	2,31	1,27
2	0,9	1,5	1,04	2,08	1,21	2,43	1,39
2	0,9	2	1,04	2,08	1,27	2,54	1,50
3	0,5	1	0,69	2,08	1,38	4,16	3,47
3	0,5	1,5	0,69	2,08	1,73	5,20	4,51
3	0,5	2	0,69	2,08	2,08	6,24	5,55
3	0,7	1	0,69	2,08	0,99	2,97	2,28
3	0,7	1,5	0,69	2,08	1,13	3,42	2,73
3	0,7	2	0,69	2,08	1,28	3,86	3,17
3	0,9	1	0,69	2,08	0,77	2,31	1,62
3	0,9	1,5	0,69	2,08	0,80	2,43	1,74
3	0,9	2	0,69	2,08	0,84	2,54	1,85

* Δ remgeldeffect (kolom 8) = kolom 7 minus kolom 4.