

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).
- 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.¹
- 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.

¹ 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 uitgehold;
- 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).