

## Teloorgang solidariteit in de zorg dreigt

Wie herinnert zich nog de omstreden no-claimteruggaveregeling? Deze regeling behelsde een systeem van eigen betalingen, dat op 1 januari 2005 werd opgenomen in de toenmalige Ziekenfondswet. Van voor dat doel opgehoogde premiegelden kon - afhankelijk van de mate van zorgconsumptie - teruggaaf verkregen worden. Na de stelselwijziging ging de regeling over naar diens opvolger, de Zorgverzekeringswet.

Inmiddels is de regeling vervangen door een verplicht eigen risico. Het is genoegzaam bekend dat eigen betalingen verzekerden aanzetten tot meer terughoudend gebruik van medische voorzieningen. Dat heeft weer tot gevolg dat de kostenstijging in de gezondheidszorg afneemt, wat uiteindelijk voor diezelfde verzekerden resulteert in gemiddeld lagere kosten.

Destijds koos men voor de no-claimteruggave omdat het vriendelijker geacht werd dan het verplichte eigen risico. Dat systeem van eigen betalingen kampt namelijk altijd met een liquiditeitsdrempel. De verzekerden die zorg gebruiken, ontvangen immers een rekening die zij direct of kort daarop moeten voldoen. Lage inkomensgroepen moeten zich dan afvragen of en hoe zij die rekening kunnen voldoen. En ook zullen verzekerden met hoge zorgkosten (zoals mensen met een chronische aandoening en ouderen) al vroeg in het jaar een bedrag ter waarde van maximaal het eigen risico moeten opbrengen.

Toch heeft de no-claimteruggaveregeling niet lang standgehouden. Niet alleen bleek er nauwelijks remmende werking van uit te gaan (de gevolgen van zijn gebruik van medische voorzieningen zag de verzekerde pas achteraf), ook had de regeling van meet af aan grote maatschappelijke en politieke onvrede tot gevolg. Het systeem bracht namelijk ook met zich mee dat sommige verzekerden - chronisch zieken en gehandicapten - vanwege hun gezondheidssituatie helemaal nooit aanspraak konden maken op een teruggave. Dit werd gezien als onrechtvaardig. Bovendien sprak men van een aantasting van het solidariteitsbeginsel. Het zorgstelsel wordt immers vooral gedragen door de bereidheid van de gezonde mens om te betalen voor het gebruik van gezondheidszorg door de ongezonde mens. Hoe zat het daarmee? Sterker nog, van de regeling kon zelfs worden volgehouden dat de eerste via zijn nominale premie bijdroeg aan de teruggaven die de laatste ontving.<sup>1</sup> Wie zich de verhitte discussies over de



**Prof. mr dr Martin Buijsen**

Hoogleraar Recht & gezondheidszorg  
 Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg  
 Faculteit der Rechtsgeleerdheid  
 Erasmus Universiteit Rotterdam  
 Postbus 1738  
 3000 DR Rotterdam  
 Email: buijsen@bmg.eur.nl

no-claimteruggaveregeling herinnert, in het parlement maar vooral ook daarbuiten, kan niet anders dan zich verbazen over het welhaast totale gebrek aan verontwaardiging over de praktijken van enkele zorgverzekeraars.

### Herverzekeren van het eigen risico

Zoals gezegd maakte de no-claimteruggaveregeling plaats voor een verplicht eigen risico, dat momenteel € 155 bedraagt voor iedere verzekerde van 18 jaar of ouder.<sup>2</sup> Daarnaast staat de wet ook een vrijwillig eigen risico toe. Zorgverzekeraars mogen voor de verzekering van personen van 18 jaar of ouder verzekeringsvarianten aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover zij een korting op de grondslag van de premie dienen te verlenen.<sup>3</sup>

Op 21 juli jl. wees de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (de CG-Raad) op een wel heel bijzondere verzekeringsconstructie.<sup>4</sup> Enkele zorgverzekeraars hebben bedacht dat studenten en seizoenarbeiders bij het nemen van een basisverzekering kunnen kiezen voor het maximale bedrag aan vrijwillig eigen risico. Gevoegd bij het verplichte eigen risico bedraagt het totale eigen risico dan € 655, waartegenover de verzekeraar uiteraard een fikse korting kan verlenen. Zij bedachten voorts dat deze verzekerden het risico van het onverhoopt moeten opbrengen van een bedrag van maximaal het eigen risico konden herverzekeren, namelijk via goedkope aanvullende ziektekostenverzekeringen bij diezelfde zorgverzekeraars. Studenten en seizoenarbeiders kunnen op deze manier tot soms wel 30 procent op hun ziektekostenverzekering besparen.

### Het standpunt van de regering

Een prima regeling voor mensen van wie bekend is dat zij krap bij kas kunnen zitten, zo lijkt het. Een goede oplossing voor het klassieke liquiditeitprobleem. Wat zou

er nu mis kunnen zijn met een dergelijke constructie? Helemaal niets, althans volgens minister Klink van VWS. Net voor het Kamerreces antwoordde de bewindsman op Kamervragen die een constructie betroffen van de Rabobank, waarbij aan studenten korting werd geboden op de ziektekostenverzekering.<sup>5</sup> De premiekorting van € 300 bestond uit 10 procent korting op de basisverzekering, 15 procent op de aanvullende verzekering en een lagere premie die hoort bij een vrijwillig eigen risico van € 300. Op de vraag of de constructie feitelijk toch niet neerkwam op een ontduiking van het in de Zorgverzekeringswet vervatte verbod op premiedifferentiatie gaf de minister een ontkenkend antwoord. Hij wees erop dat de wet op dit verbod namelijk een uitzondering kent: bij een zogenaamde collectiviteit is een korting op de premiegrondslag mogelijk van maximaal 10 procent voor de bij die collectiviteit aangesloten verzekerden.<sup>6,7</sup> Voorts liet hij weten dat de door de Rabobank gecontracteerde zorgverzekeraar, Interpolis, de premie voor zijn verzekeringsproduct niet afhankelijk maakt van aan de persoon van de aspirant-verzekerde gerelateerde factoren als leeftijd, gezondheid, etc. Dat zou inderdaad ontoelaatbaar zijn, aldus de bewindsman. Echter, het is niet Interpolis maar de Rabobank die ervoor gekozen heeft om voor een specifieke doelgroep – studenten – een collectieve verzekering af te sluiten. Dat mag weer wel, en zolang de op de basisverzekering verleende korting niet hoger is dan 10 procent, mankeert er volgens minister Klink niets aan het arrangement.

Omdat de verleende korting op de aanvullende ziektekostenverzekering en het herververzekeren van het (vrijwillige) eigen risico buiten de reikwijdte van de Zorgverzekeraars liggen, kan er evenmin sprake zijn van verboden risicoselectie. In antwoord op de vraag of het vrijwillig eigen risico niet misbruikt wordt om tot risicoselectie te komen, antwoordde de minister dat er geen indicaties zijn dat er bij het aanbod van de Rabobank wordt geselecteerd op gezondheidskenmerken. Feit is natuurlijk wel dat Interpolis, de huisverzekeraar van die bank, door de constructie in staat gesteld wordt jonge en daarmee doorgaans gezonde mensen aan zijn verzekerdenbestand toe te voegen. Mensen die vaak weinig zorg nodig hebben. Goedkope klanten dus, waar veel aan kan worden verdiend. De vraag of zulke constructies uiteindelijk niet leiden tot uitholling van het aan het stelsel ten grondslag liggende solidariteitsbeginsel – het punt dat ook de CG-Raad wilde maken – liet de minister van VWS onbeantwoord.<sup>8</sup>

#### **Adder onder het gras**

Collectiviteiten blijken voor zorgverzekeraars dus prima instrumenten te zijn om marketingactiviteiten te ont-

plooien in de richting van aspirant-verzekerden met een - wat dan heet - gunstig risicoprofiel. Ook al zijn het wassen neuzen. Zo biedt Agis fikse kortingen aan aspirant-verzekerden die aangeven een profiel te hebben op netwerksite Hyves. Deze zorgverzekeraar weet natuurlijk heel goed dat deze site vooral onder jongeren een hip imago heeft. Minister Klink heeft hiermee geen problemen zolang er - nogmaals - maar sprake is van een collectieve verzekering en de maximale korting op de basisverzekering niet hoger is dan 10 procent.

Maar bij de constructies waarop de CG-Raad doelt, van onder andere zorgverzekeraars CZ en Zilveren Kruis Achmea, zijn geen collectiviteiten betrokken. De eerdere uitlatingen van de bewindsman doen vermoeden dat hij hier evenmin juridische beren op de weg zal zien: het herververzekeren van het eigen risico van de basisverzekering ligt immers buiten het bereik van de Zorgverzekeringswet. Echter, het herververzekeren van dat eigen risico gebeurt door het nemen van een (soms wel zeer goedkope) aanvullende ziektekostenverzekering bij die-

zelfde zorgverzekeraar. En die verzekering is een recht-toe rechtaan schadeverzekering. Daarop is inderdaad niet de Zorgverzekeringswet van toepassing, maar wel het reguliere verzekeringsrecht van het Burgerlijk Wetboek.<sup>9</sup>

En dat recht verzet zich niet

tegen aan het schadeverzekeringsbedrijf inherente praktijken als premiedifferentiatie en risicoselectie.

Nu zullen jonge gezonde mensen vrij gemakkelijk een dergelijke aanvullende verzekering kunnen nemen, maar voor chronisch zieken of doorgaans ongezonderen ouderen ligt dat anders. Als zij al niet geweigerd worden, dan zullen zij meer dan waarschijnlijk toch een premie moeten betalen die aanmerkelijk hoger ligt. Het prijsniveau van de 50+-verzekeringen die de zorgverzekeraars in kwestie aanbieden, ligt alvast beduidend hoger.

De chronisch zieke of minvermogende oudere, die ook al minder goed een hoog eigen risico kan nemen, laat staan het wettelijk toegestane maximum van € 500 per kalenderjaar, heeft dus niet in dezelfde mate toegang tot een aanvullende ziektekostenverzekering, waarmee – als het erop aan komt – klaarblijkelijk ook noodzakelijke gezondheidszorg bekostigd kan worden.

#### **Ondermijning van de solidariteit**

Van oudsher kent Nederland een zorgstelsel dat op de sociale verzekeringsgedachte is gebaseerd. Dat uitgangspunt is op 1 januari 2006 niet verlaten. Met de herziening van het stelsel bedoelde men de toegang tot betaalbare en kwalitatief goede noodzakelijke medische zorg ook in de toekomst veilig te stellen voor mensen die dat nodig hebben. Met de vergrijzing van de bevolking en de gestage

*Het verzekeren tegen de kosten van noodzakelijke gezondheidszorg is in Nederland nog steeds een sociale aangelegenheid, waarvan het wezen wordt uitgemaakt door de solidariteit van de gezonde mens met de ongezonde mens*

uitbreiding van het aantal diagnose- en behandelmogelijkheden zal de behoefte aan gezondheidszorg alleen maar toenemen. Om meer presterend vermogen in het systeem te krijgen, meer doeltreffendheid en vooral meer efficiency, besloot men overheidssturing plaats te laten maken voor concurrentie, in eerste instantie vooral tussen zorgverzekeraars. Op de zorgverzekeringsmarkt zouden deze met elkaar in de slag moeten om de gunst van de aspirant-verzekerde. Nominale premie, service en kwaliteit van gecontracteerde zorg zullen de laatste dan tot een keuze voor een verzekeraar en een polis moeten bewegen.<sup>10</sup>

Maar een verzekering tegen de kosten van noodzakelijke gezondheidszorg is nog steeds wat anders dan een commerciële schadeverzekering. Het eerste dient namelijk te geschieden binnen zekere sociale randvoorwaarden, tot uitdrukking komend in een aantal harde wettelijke waarborgen, zoals de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en het wettelijk verzekerde basispakket (de zogenaamde solidariteitscomponenten van de Zorgverzekeringswet). In het nieuwe stelsel is het zorgverzekeraars wettelijk niet toegestaan mensen voor een verzekering tegen de kosten van noodzakelijke gezondheidszorg te weigeren.<sup>11</sup> Selectie van aspirant-verzekerden op gezondheidsrisico's alsook van risico-inschatting afhankelijke premiestelling zijn volstrekt ongeoorloofd. En wat geldt als noodzakelijke gezondheidszorg wordt bovendien niet door de verzekeraars bepaald, maar door de wetgever.<sup>12</sup> Wil men zich ook verzekeren tegen de kosten van niet-noodzakelijke zorg, dan doet men dat maar aanvullend. Met alle inbreuken die gemaakt zijn op het reguliere verzekeringsrecht is het verzekeren tegen de kosten van noodzakelijke gezondheidszorg in Nederland dus nog steeds een sociale aangelegenheid, waarvan het wezen wordt uitgemaakt door de solidariteit van de gezonde mens met de ongezonde mens. Maar de gezonde burgers die gebruik maken van de besproken constructies dragen minder bij in de kosten die gemaakt worden door de zorgbehoefte. Hierdoor worden die lasten gedragen door minder schouders, en dus drukken die lasten meer op de schouders van diezelfde zorgbehoefte.

Veel van de bezwaren die destijds de no-claimteruggaveregeling golden, kunnen ook worden aangevoerd tegen de herverzekeringsconstructies van enkele creatieve zorgverzekeraars. Overwegingen van solidariteit en rechtvaardigheid noopten de overheid enkele jaren geleden deze regeling te vervangen door een verplicht eigen risico, gekoppeld aan een zeer complex en administratief buitengewoon bewerkelijk systeem van financiële compensatie voor nauwkeurig afgebakende groepen van patiënten.<sup>13</sup>

Juridisch-technisch mankeerde er niet zoveel aan de no-claimteruggaveregeling. En als we de minister van VWS mogen geloven met de uitsluitend aan gezonde burgers geboden mogelijkheid van herverzekeren evenmin, met alle implicaties voor de solidariteit van dien. Maar zelfs wie bereid is hem in zijn enge legistische redenering te volgen, zal het weinig moeite kosten om in te zien dat deze uitkomst zich niet verdraagt met een beginsel waarvan men maar blijft volhouden dat het ook aan het nieuwe zorgstelsel ten grondslag ligt.<sup>14</sup>

## Noten

- 1 *Tweede Kamer*, 2006-2007, 31 094, nr. 3, p. 1-2.
- 2 Artikel 18a, eerste lid van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- 3 Artikel 19 lid 2 Zvw.
- 4 Zie onder meer *Algemeen Dagblad* van 21 juli 2009.
- 5 *Tweede Kamer*, 2008-2009, 3047.
- 6 Artikel 18 lid 2 Zvw, en zie *Tweede Kamer*, 2008-2009, 3047, p. 6422.
- 7 Artikel 18 lid 5 Zvw.
- 8 *Tweede Kamer*, 2008-2009, 3047, en zie *supra* noot 5.
- 9 Artikelen 7: 925-986 BW.
- 10 *Tweede Kamer*, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 1-6.
- 11 Artikel 3 Zvw.
- 12 Artikel 10 Zvw.
- 13 Artikel 118a lid 1 Zvw jo. Artikel 3a.1 Besluit zorgverzekering.
- 14 M. Buijsen, 'Solidariteit in de zorg verder ondermijnd', in *Nederlands Dagblad* van 30 juli 2009.

## Samenvatting

Sinds enige tijd bieden zorgverzekeraars verzekerden de mogelijkheid om zich in te dekken tegen de kosten van noodzakelijke gezondheidszorg als gevolg van een hoog eigen risico. Voor slechts enkele euro's per maand kunnen zij dit risico herverzekeren via de aanvullende ziektekostenverzekering. Volgens minister Klink van VWS is dit wettelijk geoorloofd. De constructie komt de solidariteit en de rechtvaardigheid in de zorg echter niet ten goede.

Trefwoorden: *herverzekeringsconstructies, eigen risico, solidariteit.*

## Summary

Some Dutch social health care insurers offer reinsurance against deductibles through very cheap complementary health care insurance policies. According to the government such arrangements are not contrary to the law. But since they favour the young and healthy, and exclude people with bad health, such schemes are detrimental to the basic ideas of solidarity and justice underlying the Dutch health care system.