

Factsheet Evaluatie Zorgverzekering 2006 - 2012

Trends en ontwikkelingen in de zorg bekeken



ZorgKiezer.nl,

Amsterdam, 15 november 2011

www.zorgkiezer.nl

info@zorgkiezer.nl

ZorgKiezer.nl is de grootste onafhankelijke vergelijkingssite voor zorg en ziektekosten en monitort sinds 2005 het nieuwe zorgstelsel. ZorgKiezer.nl is een project van DGN Publishers B.V. en DGN Finance B.V., een internetbedrijf in Amsterdam dat zich bezig houdt met het stimuleren van transparantie. Andere bekende portals van DGN Publishers zijn DeGoedkoopsteNotaris.nl, AdvocatenOverzicht.nl, BankenOverzicht.nl en ProvisieOverzicht.nl.

Introductie

Dit jaar is het vijf jaar geleden dat de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking is getreden. Op 1 januari 2006 kreeg Nederland een nieuwe zorgverzekering voor iedereen en verdween het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Ook de ziektekostenregelingen voor ambtenaren zijn verdwenen.

De invoering van de Zvw en de Wzt (Wet op de zorgtoeslag) maakte deel uit van de herziening van het zorgstelsel. De brede herziening van het zorgstelsel omvatte een verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing, onder meer door verdere invoering van gereguleerde marktwerking.

Dit rapport wil een overzicht geven van de belangrijkste ontwikkelingen rond en uitkomsten van de nieuwe zorgverzekering. Daarbij wordt ingezoomd op de ontwikkeling van de zorgkosten, de samenstelling van de dekking van het basispakket, de hoogte van de zorgpremies, de effecten op het budget van de consument, aantal overstappers, de concurrentie tussen zorgverzekeraars en het aantal wanbetalers en onverzekerden. Hierbij zullen zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering besproken om een integraal beeld te geven.

Uitgangspunten nieuwe zorgverzekeringsstelsel

Overheid bepaalt samenstelling basispakket

De overheid bepaalt jaarlijks na daartoe advies te hebben ontvangen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) wat de samenstelling is van het basispakket van de zorgverzekering.

Acceptatieplicht zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen tegen dezelfde premie voor een basisverzekering te accepteren. Ze mogen geen hogere premie vragen aan bijvoorbeeld zieken of ouderen. Het is niet verplicht om het basispakket en de aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar af te sluiten. In de praktijk komt het daar wel echter wel op neer omdat de meeste verzekeraars een toeslag of hogere premie vragen als je een losse aanvullende verzekering zou willen afsluiten.

Overstappen naar andere zorgverzekeraar

Verzekerden mogen aan het einde van elk jaar overstappen naar een andere basisverzekering bij de zelfde of een andere zorgverzekeraar. Daarvoor moet de basisverzekering voor 1 januari worden opgezegd, dus uiterlijk op 31 december. De nieuwe verzekering moet dan voor 1 februari met (eventueel terugwerkende kracht) als ingangsdatum 1 januari van dat jaar worden afgesloten.

Inkomsten en Uitgaven

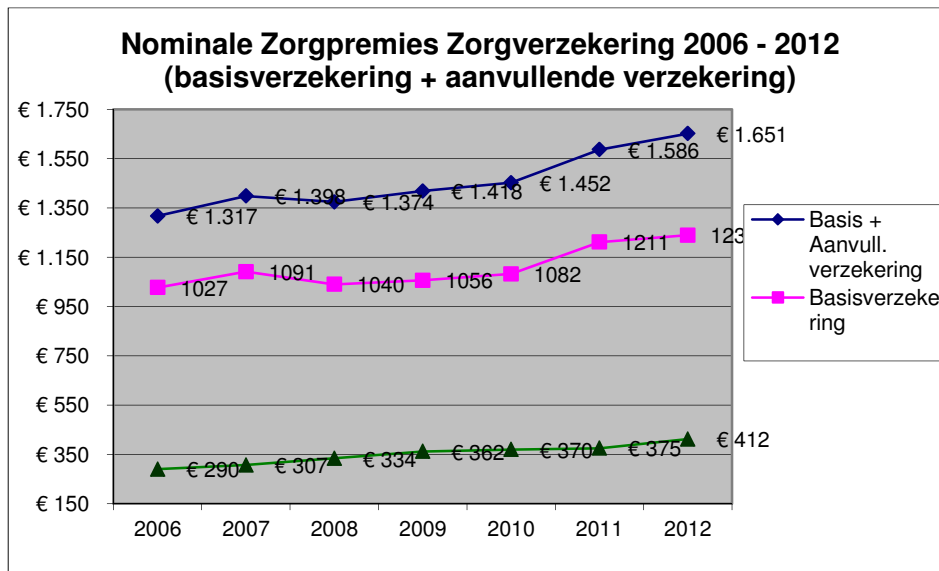
De Zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd door particuliere verzekeraars. Deze worden betaald uit de nominale premie, eigen betalingen en het Zorgverzekeringsfonds (ZvF). Dit Zorgverzekeringsfonds verkrijgt inkomsten van de Belastingdienst (via de inkomensafhankelijke bijdrage) en van het Ministerie van VWS (via de rijksbijdrage kinderen). Met deze middelen betalen de zorgverzekeraars de kosten van de curatieve zorg, voor zover deze zorg onder het basispakket valt. De inkomensafhankelijke bijdrage moet de helft van de kosten dekken, nominale premie, rijksbijdrage en eigen betalingen de andere helft.

Uitgangspunten aanvullende verzekering

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om aanvullende verzekeringen aan te bieden. De verzekeraar zijn vrij in de samenstelling van de dekking en de hoogte van de premie van de aanvullende verzekering. Ook zijn ze niet verplicht om iedereen hiervoor te accepteren.

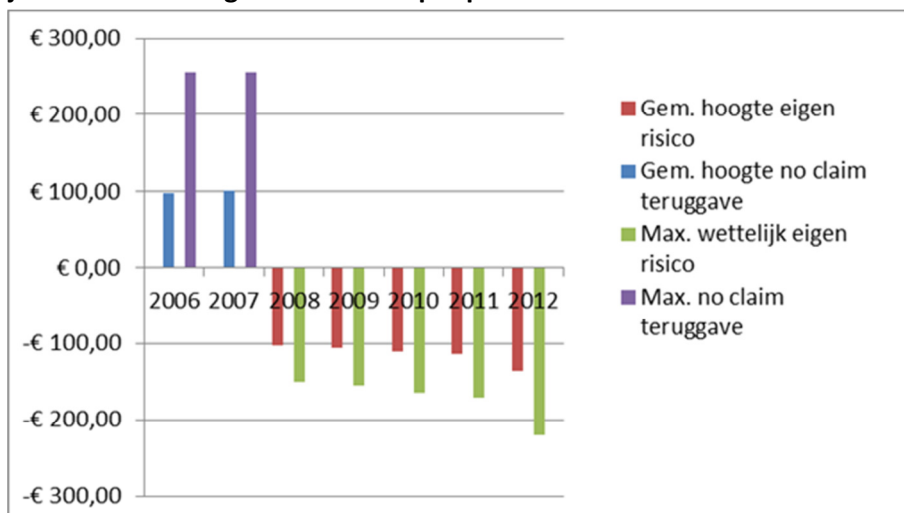
Belangrijkste conclusies

- 1) Sinds de invoering van de nieuwe zorgverzekering (periode 2006-2012) zijn de kosten voor de zorgverzekering veel harder gestegen dan bij de introductie van het nieuwe stelsel beloofd.
- 2) De nominale zorgpremies van zowel de basisverzekering (+20,6%) als van de aanvullende verzekering (+42,1%) zijn in de periode 2006-2012 met gemiddeld meer dan een kwart toegenomen.



Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gemiddelde jaarpremie	€ 1.317	€ 1.398	€ 1.374	€ 1.418	€ 1.452	€ 1.586	€ 1.651
Stijging (cumulatief)		€ 81	€ 57	€ 101	€ 135	€ 269	€ 334
Procentuele wijziging		6,2%	-1,7%	3,2%	2,4%	9,2%	4,1%

- 3) De (tot nu toe verborgen) stijging van de zorgkosten (2006-2012) wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door het afschaffen van de no-claimkorting op 1 januari 2008. Daarvoor in de plaats kwam er een wettelijk eigen risico. De no-claimkorting leverde geld op aan het eind van het jaar wanneer er weinig tot geen zorg werd geconsumeerd. Het eigen risico echter kost geld omdat de eerste zorgdeclaraties voor eigen rekening komen. Bij de introductie bedroeg deze 150 euro per persoon maar dat is in de loop van de jaren flink verhoogd tot 220 euro per persoon in 2012.



Om een integraal beeld te krijgen van de zorgkosten op micro niveau moeten de no-claim teruggave (max. +255 euro) en de eigen bijdragen voor het eigen risico (max. 220 euro) doorgerekend worden in de premiestijgingen. In deze berekening wordt uitgegaan van gemiddelde no-claim teruggave en eigen risico.

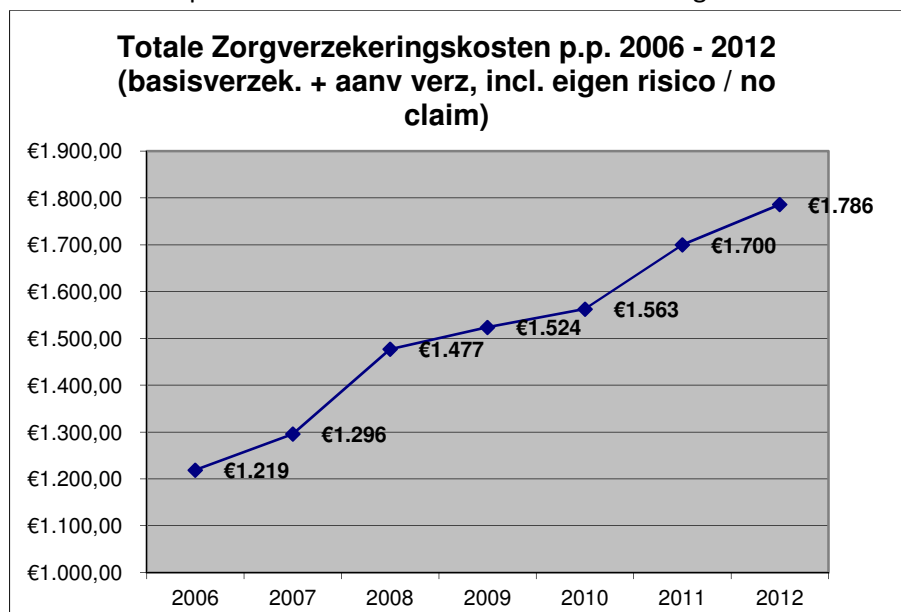
Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Teruggave / Betaling	€ -98	€ -102	€ 103	€ 106	€ 111	€ 114	€ 135
Procentuele wijziging		4,1%	-201,0%	2,9%	4,7%	2,7%	18,4%

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gemiddelde kosten	€ 1.219	€ 1.296	€ 1.477	€ 1.524	€ 1.563	€ 1.700	€ 1.786
Stijging (cumulatief)		€ 77	€ 258	€ 305	€ 344	€ 481	€ 567
Stijging % (cumulatief)		6,3%	21,2%	25,0%	28,2%	39,5%	46,5%
Procentuele wijziging		6,3%	14,0%	3,2%	2,6%	8,8%	5,1%

- 4) Als alle zorgkosten bekeken worden (premies basis- en aanvullende verzekering, gemiddelde no-claimteruggave en gemiddelde eigen risico betaling) blijkt dat de totale zorgverzekeringskosten in de periode 2006-2012 met in totaal 567 euro voor een alleenstaande of 1.134 per gezin zijn gestegen. Dat is een toename van bijna 50%.

Jaar	2006	2012
Gemiddelde kosten	€ 1.219	€ 1.786
Stijging		€ 567
Procentuele wijziging		46,5%

In onderstaande grafiek zijn de jaarlijkse gegevens van de no claim teruggave en de kosten van eigen risico verwerkt in de premies om zo te komen tot een netto zorgkostenoverzicht.



- 5) Iedereen is erop achteruit gegaan: zowel mensen met bovenmodaal (door ondermeer de fors verhoogde inkomensafhankelijke bijdrage), mensen met een modaal inkomen (geen zorgtoeslag maar wel hoger eigen risico en aanvullende verzekering betalen), als mensen met een zorgtoeslag (die in 2011 al niet opweegt tegen de stijging van de zorgkosten en vanaf 2012 zal worden afgebouwd).
- 6) De stijging van de zorgkosten wordt veroorzaakt door demografische ontwikkelingen (de vergrijzing), de medisch-technologische vooruitgang en een fors hogere zorgconsumptie. Nader onderzoek is nodig naar de vraag wat het effect is van de marktwerking in de zorg en het (gefaseerd) vrijgeven van budgetten en prijzen op de zorgconsumptie en de zorguitgaven.
- 7) Mede door de toegenomen kosten kunnen steeds meer mensen de zorgpremies niet meer betalen. Het aantal wanbetalers met een betalingsachterstand van zes maanden op de zorgverzekering is ruim verdubbeld en dreigt volgend jaar nog verder toe te nemen.
- 8) Tegelijkertijd is de dekking van het basispakket op een aantal belangrijke onderdelen verslechterd. Zo zijn de eerste 20 behandelingen fysiotherapie geschrapt voor chronische aandoeningen, wordt het trekken van tanden en kiezen bij de kaakchirurg niet meer vergoed, en zijn een groot aantal geneesmiddelen zoals slaapmiddelen, maagzuurremmers en antidepressiva uit het pakket gehaald of worden beperkt verstrekt.
- 9) Het vergoedingenbeleid is erg diffuus, vergoedingen worden in het pakket opgenomen om er een paar jaar later weer uitgehaald te worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om de tandartskosten tot 22 jaar, de anticonceptiepil vanaf 21 jaar en ondersteunende programma's om te stoppen met roken.
- 10) Het invoeren van de zorgtoeslag was een belangrijke steunmaatregel bij de introductie van de zorgverzekering om mensen met een lager inkomen te compenseren voor de overgang van het ziekenfonds naar de fors hogere nominale basispremie. De hoogte van de zorgtoeslag was in de afgelopen jaren al niet voldoende om de stijging van verzekeringskosten (2011: +481 euro) te compenseren. Het kabinet heeft aangekondigd om met ingang van 2012 de zorgtoeslag in de komende jaren te gaan afbouwen. Dit betekent dat mensen die zorgtoeslag ontvangen er nog meer op achteruit zullen gaan. Dit zal gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van het zorgstelsel.
- 11) In de aanvullende verzekering hebben veel verzekeraars een eigen bijdrage ingevoerd waardoor niet meer alles wordt vergoed en men een deel van bijvoorbeeld de tandartskosten of alternatieve geneeswijze zelf moet betalen.
- 12) Ook zijn in de aanvullende verzekering vergoedingen beperkt of in veel gevallen gemaximeerd op een aantal behandelingen of beperkt tot een maximum bedrag.

De introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet had tot doel om de kwaliteit, toegankelijkheid en de houdbaarheid en betaalbaarheid van het zorgstelsel te verbeteren en te borgen. Nu vijf jaar na het in werking treden van de wet moet geconstateerd worden dat er sprake is van voortdurende stijging van de zorguitgaven en deze uitgaven leiden tot forse premie- en andere kostenstijgingen bij de consument. Ook is de dekking van zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering versoberd en er zijn problemen met de betaalbaarheid en houdbaarheid van het stelsel. Dit roept de vraag op of de wet wel aan haar doelstellingen voldoet of aanpassing behoeft. Hiervoor lijkt een grondige evaluatie van de Zorgverzekeringswet op zijn plaats.

Wat veranderde er sinds 2006 in het basispakket?

Inhoud basispakket 2006 op hoofdlijnen

- Geneeskundige zorg, waaronder zorg door huisartsen, ziekenhuizen, medisch specialisten en verloskundigen
- Ziekenhuisverblijf
- Tandheelkundige zorg (tot 18 jaar, vanaf 18 jaar alleen specialistische tandheelkunde en het kunstgebit)
- Hulpmiddelen
- Geneesmiddelen
- Kraamzorg
- Ziekenvervoer (ambulance en zittend vervoer)
- Paramedische zorg (beperkt fysiotherapie/oefentherapie, logopedie, ergotherapie, dieetadvisering)
- de behandeling van psychische problemen (geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) (via AWBZ);

Wat werd geschrapt

- Eerste 20 fysiotherapiebehandelingen (bij chronische aandoening)
- Het trekken van tand of (verstands)kies door de kaakchirurg
- Alle fysiotherapiebehandelingen bij sommige chronische aandoeningen als chronische reuma of wervelfractuur als gevolg van osteoporose
- Maagzuurremmers (behalve bij chronisch gebruik)
- Slaap- en kalmeringsmiddelen bij meeste indicaties
- Antidepressiva bij een aantal indicaties
- Acetylcysteïne (middel voor slijmoplossing)
- Behandeling van ernstige dyslexie voor kinderen van 7 en 8 jaar
- Sta-opstoelen
- Faxen voor doven
- Allergeenvrije en stofdichte hoezen
- Dieetadvies

Wat werd beperkt

- Keuzevrijheid van zorgverleners als ziekenhuis of huisarts (gevolg van beperkte contractering van zorgverleners bij natura verzekering)
- Vergoeding van cholesterolverlagers
- Eerstelijns psychologie: vergoeding van vijf zittingen (ipv acht) met een eigen bijdrage van 20 euro per keer
- Tweedelijns psychologie (bijvoorbeeld bij ADHD, ernstige depressie of traumaverwerking): Invoering eigen bijdrage van 100 euro (behandelingen van minder dan 100 minuten) of 200 euro (alle overige behandelingen)
- Organtransplantatie buiten de EU

Wat kwam erbij en ging er ook weer uit

- Tandarts van 18-22 jaar
- Anticonceptie (de pil en spiraaltje) vanaf 21 jaar
- Ondersteunende geneesmiddelen bij het stoppen met roken

En wat werd extra vergoed

- De eerste IVF-behandeling
- Vijf uur extra kraamzorg
- Vergoeding voor bekkentherapie in verband met incontinentie
- Behandeling van ernstige dyslexie voor kinderen van 9 en 10 jaar
- Snurkbeugel (onder voorwaarden)
- Hogere vergoeding voor een pruik bij bijvoorbeeld een chemokuur
- Buikwandcorrecties, wanneer medisch strikt noodzakelijk
- Prenatale screening naar aangeboren afwijkingen bij moeders onder de 36 jaar

Wat veranderde er sinds 2006 in de aanvullende verzekering?

- Veel verzekeraars hebben een eigen bijdrage ingevoerd zodat je bijv. 20% van de tandartskosten of alternatieve geneeswijze zelf moet betalen
- Veel dekkingen zijn minder geworden of in veel gevallen gemaximeerd en beperkt tot een vast bedrag
- Er zijn nog maar een paar verzekeraars die fysiotherapie of tandartskosten onbeperkt vergoeden
- Enkele verzekeraars hebben een wachttijd ingevoerd voor met name orthodontie. Je kunt dan pas na een bepaalde wachttijd (vaak een jaar) nadat je verzekerd bent een beugel claimen

- Het claimgedrag van consumenten is enorm toegenomen, er wordt vaker en meer geclaimd
- Het aantal mensen met een aanvullende verzekering is gedaald, zij sluiten er een af als ze echt verwachten kosten gaan maken
- De aanvullende verzekering wordt beschouwd als een strippenkaart, iets waar je recht op hebt ipv als vangnet als je iets overkomt
- Ook veel zorgverleners hebben er financieel belang bij om bij zoveel mogelijk behandelingen te verrichten

In toekomst verdere bezuinigingen op pakket

Ook voor de komende jaren zijn forse ingrepen in het pakket te verwachten. Zo overweegt de minister voor 2013 de inperking van de vergoeding van het aantal *IVF behandelingen* en blijft het schrappen van de vergoeding van de *'rollator'* en andere loopmiddelen nog boven de markt hangen.

In het regeerakkoord heeft het Kabinet verder afgesproken om vanaf 2015 nog eens 1,3 miljard euro te bezuinigen op het basispakket. Dat doet zij door een aantal pakketwijzigingen en door behandelingen uit het pakket te halen die gericht zijn op aandoeningen met een lage ziektelast'. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is gevraagd om een methode te ontwikkelen om met het begrip 'lage ziektelast' aandoeningen te identificeren die uit het basispakket kunnen.

Overzicht berekeningen Zorgpremies

Tabel 1 Nominale Premie Basisverzekering

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gemiddelde jaarpremie	1027	1091	1040	1056	1082	1211	1239
Procentuele wijziging		6,2%	-4,7%	1,5%	2,5%	11,9%	2,3%

Tabel 2 Nominale Premie Aanvullende verzekering

Jaar		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gemiddelde jaarpremie		290	307	334	362	370	375	412
Procentuele wijziging			5,9%	8,8%	8,4%	2,2%	1,4%	9,9%

Tabel 3 Nominale Premie Zorgverzekering (Basis + Aanvullend)

Jaar		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gemiddelde jaarpremie		1317	1398	1374	1418	1452	1586	1651
Procentuele wijziging			6,2%	-1,7%	3,2%	2,4%	9,2%	4,1%

Tabel 4 Nominale premies Basisverzekering (2006) vs (2012)

Jaar		2006	2012
Gemiddelde jaarpremie		1027	1239
Procentuele wijziging			20,6%

Tabel 5 Nominale premie Aanvullende verzekering 2006 vs 2012

Jaar		2006	2012
Gemiddelde jaarpremie		290	412
Procentuele wijziging			42,1%

Tabel 6 Nominale premie Zorgverzekering (Basis + Aanvullend) 2006 vs 2012

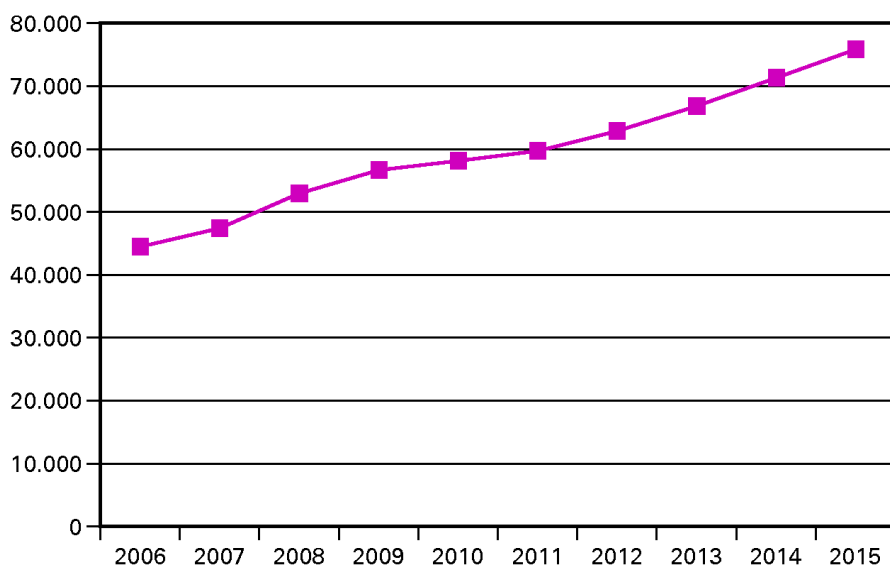
Jaar		2006	2012
Gemiddelde jaarpremie		1317	1651
Procentuele wijziging			25,4%

Zorguitgaven blijven onverminderd stijgen ondanks ingevoerde marktwerking en pakketverkleining

De collectieve zorguitgaven zijn in de periode 2006 - 2012 fors gestegen. Ondanks de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet en de doorgevoerde bezuinigingen op het basispakket, blijft het `Budgettair Kader Zorg` (BKZ) ook de komende jaren tot tenminste 2015 groeien.

Het zorgvolume (aantal gedeclareerde behandelingen) is de afgelopen jaren flink toegenomen doordat voor een toenemend aantal behandelingen (DBC-B segment) zorgverleners betaald worden op het aantal geleverde verrichtingen. Naast de volumestijging zijn de prijzen voor de meeste specialismen tenminste meegestegen met de inflatie. Dit alles heeft geleid tot een forse kostenstijging.

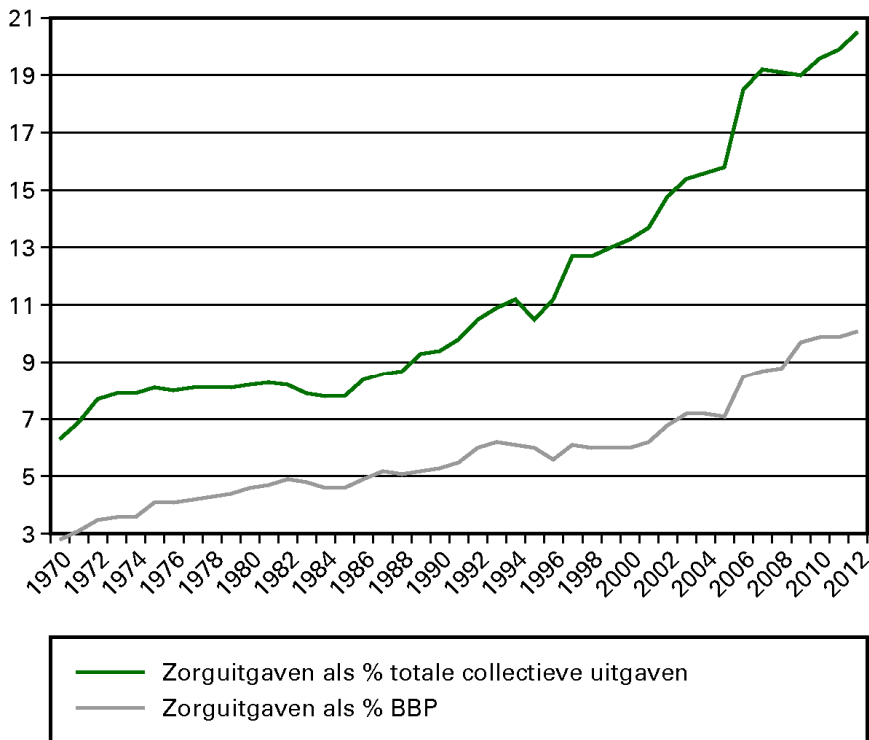
Achterliggende oorzaak voor de kostenstijging zijn de vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken en technologische ontwikkelingen. De ingevoerde marktwerking in de zorg en de daarmee gepaard gaande onderhandelingen over zorginkoop tussen zorgverleners en verzekeraars hebben vooralsnog niet geleid tot lagere zorgkosten.



Ontwikkeling BKZ-uitgaven (2006–2015) (bedragen x € 1 miljoen)

(Bron: Min VWS, begroting 2012)

De stijging is ook goed te zien in het percentage van ons nationaal inkomen dat we uitgeven aan zorg. In 1970 waren de collectieve zorguitgaven bijna drie procent van het Bruto Binnenlands Product (BBP), in 2000 bedroeg dit zes procent. In 2006 was dit bijna acht procent en in 2012 komen we naar verwachting uit op circa tien procent. Ook wordt een steeds groter deel van de totale collectieve uitgaven besteed aan de zorg. In 1970 was dit minder dan zeven procent, in 2012 is dit bijna 21 procent.



(Bron: Min VWS, begroting 2012)

Voor deze kabinetsperiode is afgesproken dat de zorguitgaven tot 2015 met circa vijftien miljard euro mogen groeien. Om aan het einde van deze kabinetsperiode niet méér dan de vastgestelde vijftien miljard euro extra uit te geven, worden verschillende maatregelen getroffen. Zo zijn met de ziekenhuizen en de medisch specialisten afspraken gemaakt over een beheerste uitgavenontwikkeling. Ook gaat de zorgtoeslag vanaf 2012 omlaag.

Aantal wanbetalers neemt al aantal jaar fors toe en dreigt door verhoogde premies en eigen risico in 2012 nog verder te stijgen

	2007	2008	2009	2010	2011	Streefwaarde 2012
1. Aantal wanbetalers aan het einde van een jaar bij zorgverzekeraars	190 000	240 000	279 520	318 000	–	–
2. Aantal wanbetalers aan het einde van het jaar bij het CVZ	–	–	–	–	307 312*	< 282 054
3. Aantal wanbetalers met betalingsregeling bij Zorgverzekeraars (korter dan 6 maanden)					160 000*	–
Totaal	190 000	240 000	279 520	318 000	467 312	
Bron: Min VWS , begroting 2012						
* Stand op 31 augustus 2011						
** Schatting ZorgKiezer na rondgang bij zorgverzekeraars tussen 1 en 1,5% populatie						

Hoogte No-claim, Eigen risico en Zorgtoeslag

Tabel 10 No-claim (maximaal) en gemiddelde teruggave

Jaar	No-claim Maximaal		Gemiddelde Teruggave	
2006	€	255	€	98
2007	€	255	€	102

Tabel 11 Wettelijk Eigen Risico en gemiddelde eigen bijdrage

Jaar	Wettelijk Eigen Risico		Gem. eigen bijdrage p.p.	
2008	€	150-	€	103-
2009	€	155-	€	106-
2010	€	165-	€	111-
2011	€	170-	€	114-
2012	€	220-	€	135-

Tabel 12 Zorgtoeslag

Jaar	Inkomensgrens Alleenstaand		Zorgtoeslag (maximaal)	Stijging (cumulatief)	Inkomensgrens Samenwonend		Zorgtoeslag (maximaal)	Stijging (cumulatief)
2006	€	25.068	€ 403		€	40.120	€ 1.155	
2007	€	26.071	€ 432	€ 29	€	41.880	€ 1.223	€ 68
2008	€	29.069	€ 552	€ 149	€	47.520	€ 1.464	€ 309
2009	€	32.502	€ 684	€ 281	€	47.880	€ 1.452	€ 297
2010	€	33.743	€ 732	€ 329	€	50.000	€ 1.548	€ 393
2011	€	33.743	€ 840	€ 437	€	50.000	€ 1.752	€ 597
2012	niet bekend		niet bekend		niet bekend		niet bekend	

Verantwoording

Deze factsheet is gebaseerd op cijfermateriaal uit de volgende bronnen:

NZA (Nederlandse Zorgautoriteit), Nza Monitor zorgverzekeringsmarkt 2006 - 2009

Ministerie van VWS, begroting 2012

Rapport Algemene Rekenkamer, "Uitgavenbeheersing in de zorg, 2012

Onderzoeksbureau Vektis, "Zorgthermometer - Vooruitblik 2007, 2006

Onderzoeksbureau Vektis, "Zorgthermometer - Vooruitblik 2008, 2007

Onderzoeksbureau Vektis, "Zorgthermometer - Vooruitblik 2009, 2008

Onderzoeksbureau Vektis, "Zorgthermometer - Vooruitblik 2010, 2009

Onderzoeksbureau Vektis, "Zorgthermometer - Vooruitblik 2011, 2010

Onderzoeksbureau Vektis, "Zorgthermometer - Vooruitblik 2012, 2011