

Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 689

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 maart 2016

Verzekerden dienen jaarlijks een weloverwogen keuze voor hun zorgverzekering te kunnen maken. Hierbij is een goede informatievoorziening cruciaal. Ik heb Zorgvuldig Advies het afgelopen overstapeseizoen systematisch laten monitoren vanuit het perspectief van de verzekerde. Bijgaand bied ik u de resultaten aan¹. De monitor geeft antwoord op twee hoofdvragen: (1) hoe werven zorgverzekeraars verzekerden? en (2) hoe is de informatievoorziening aan verzekerden?

De hoofdboodschappen van deze brief zijn als volgt:

- Het aantal modelovereenkomsten voor de basisverzekering is afgenomen van 71 in 2015 naar 60 in 2016. Deze polissen worden echter niet alleen door zorgverzekeraars, maar ook door (openbare) collectiviteiten, volmachten, tussenpersonen en vergelijkingssites aan verzekerden aangeboden. In de perceptie van verzekerden is hierdoor het aantal verschillende polissen groot.
- Zorgverzekeraars hebben zich grotendeels gehouden aan de gemaakte afspraken in hun actieplan Kern-gezond. Zo hebben zij niet langer geadverteerd met vanaf-prijzen en waren zij terughoudend met het verstrekken van welkomstgeschenken. Ook neemt de toegankelijkheid van aanvullende verzekeringen toe: bij slechts 2% van de aanvullende verzekeringen is sprake van een vorm van medische selectie. Aangezien de overige aanbieders van zorgverzekeringen (collectiviteiten, volmachten, tussenpersonen via vergelijkingssites) zich niet hebben gecommitteerd aan het actieplan, valt hier nog winst te behalen.
- Het afgelopen overstapeseizoen was het op het moment dat verzekerden een polis afsloten het beeld niet volledig bij welke ziekenhuizen zij in 2016 terecht zouden kunnen. Zorgverzekeraars hebben dit als verbeterpunt benoemd voor het aankomende overstapeseizoen. Ik ben met ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in gesprek om tot afspraken te komen opdat de contractering in

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

2016 spoediger verloopt en te voorkomen dat verzekerden niet goed weten waar ze aan toe zijn. Verzekerden moeten immers een goedgeïnformeerde keuze kunnen maken om al dan niet over te stappen. Ik zal uw Kamer naar verwachting vóór april over dit traject informeren.

- Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij de lijn van Kern-gezond ook voor het volgende overstapeseizoen zullen voortzetten en dat zij met de andere aanbieders van zorgverzekeringen in overleg gaan om de informatievoorziening verder te verbeteren. Voorts doen het Ministerie van VWS en de NZa momenteel onderzoek naar collectiviteiten. Ik verwacht u daar dit voorjaar over te kunnen informeren.

De belangrijkste bevindingen uit de monitor

Het aanbod van polissen

Het aantal modelovereenkomsten (oftewel: polissen) is afgenomen van 71 in 2015 naar 60 in 2016. Deze polissen worden echter niet alleen door zorgverzekeraars, maar ook door (openbare) collectiviteiten, volmachten, tussenpersonen en vergelijkingssites aan verzekerden aangeboden. Omdat dezelfde polissen door verschillende aanbieders van zorgverzekeringen worden aangeboden, is het aantal keuzes op de zorgverzekeringsmarkt in de beleving van verzekerden groot.

Acceptatie voor de aanvullende verzekering

De monitor wijst uit dat het percentage (medisch) aanvullende verzekeringen dat alleen toegankelijk is ná medische selectie is gedaald van 42 in 2012 naar 2 in 2016. Deze medische selectie geldt uitsluitend voor de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen. Daarnaast geldt in 2016 bij 29% van de aanvullende tandartsverzekeringen medische selectie. Alle zorgverzekeraars bieden ten minste één tandartsverzekering aan die zonder medische selectie of wachttijd toegankelijk is.

Informatievoorziening aan verzekerden

Uit het rapport komen de volgende positieve resultaten naar voren aangaande de informatievoorziening door zorgverzekeraar aan verzekerden:

1. Bij verreweg de meeste zorgverzekeraars is de informatie over de polis en bijbehorende polisvoorwaarden snel te vinden op de website;
2. Zorgverzekeraars proberen de polisvoorwaarden vaker op een begrijpelijk taalniveau voor verzekerden te formuleren;
3. Verzekerden hoeven geen persoonskenmerken (zoals hun leeftijd) in te vullen voordat de premie zichtbaar is;
4. Zorgverzekeraars bieden tools aan die verzekerden kunnen gebruiken om na te gaan welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn;
5. Zorgverzekeraars wijzen verzekerden via diverse kanalen op de mogelijke financiële consequenties van selectieve zorginkoop.

Zorgverzekeraars formuleren de polisvoorwaarden op een relatief hoog taalniveau. Verschillende zorgverzekeraars ondernemen daarom acties om hun polisvoorwaarden begrijpelijker te presenteren. Door het taalniveau zodanig te formuleren dat het voor een breder publiek toegankelijk is, worden verzekerden in staat gesteld om een afgewogen keuze te maken.

Een opvallend punt tijdens dit overstapeseizoen was de onrust die heerste over de contractering van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars hadden in hun actieplan opgenomen dat zij op hun website per polis duidelijk maken welke zorg voor iedere polis is gecontracteerd. Het rapport van Zorgvuldig

Advies beschrijft echter dat pas lopende het overstapseizoen duidelijk was welke ziekenhuizen gecontracteerd waren. De meeste zorgverzekeraars hadden echter al wel aangegeven dat verzekerden (zonder eventuele meerkosten) bij alle ziekenhuizen terecht zouden kunnen in 2016. Uiteindelijk is dit relevant. De verzekerde moet kunnen zien waar hij recht op heeft met welke polis. Of daaronder contracten liggen is voor hen niet relevant.

Werving door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars blijken zich bij hun media-uitingen nauwelijks te focussen op specifieke doelgroepen. Ook heeft het merendeel van de zorgverzekeraars zich terughoudend opgesteld met hun marketingactiviteiten. Slechts één zorgverzekeraar heeft acties gehanteerd die uitsluitend gericht waren op nieuwe verzekerden, hetgeen niet in lijn is met het actieplan. De overige zorgverzekeraars hadden of geen specifieke acties, of acties die zowel voor nieuwe als bestaande klanten golden.

De werving door de andere aanbieders van verzekeringen wijkt af van die van zorgverzekeraars. Zo bleken collectiviteiten en vergelijkingssites vaak wel acties te hanteren voor uitsluitend nieuwe verzekerden die via hen een polis afsluiten. Verder adverteerden een collectiviteit en een volmacht tijdelijk wel met een «vanaf-prijs».

Volmachten

Tijdens het Algemeen Overleg «»Kwaliteit Loont»» van 10 december jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 192) heb ik uw Kamer toegezegd onderzoek te doen naar volmachten. In het bijgevoegde rapport vindt u de resultaten van dit onderzoek. Op de zorgverzekeringsmarkt zijn 4 volmachten actief. Zij bieden als volmacht en als tussenpersoon polissen aan. De basispremie en voorwaarden van een specifieke polis verschillen niet tussen een volmacht en een zorgverzekeraar. De naam van de polis wisselt, maar verzekerden worden via de website en de polisvoorwaarden gewezen op de achterliggende risicodragers van de volmacht.

Vervolgstappen

Al met al ben ik van mening dat er dit jaar door zorgverzekeraars een stap in de goede richting is gezet. Een meer ingetogen houding bij het werven van verzekerden past bij de maatschappelijke rol die zorgverzekeraars vervullen. Het feit dat zorgverzekeraars met elkaar afspraken maken over gewenste activiteiten en transparantie richting verzekerden is een goede ontwikkeling, die wat mij betreft wenselijk is voor alle partijen die zorgverzekeringen aanbieden. Het rapport laat tevens zien dat zorgverzekeraars niet de enige spelers zijn die bepalend zijn voor de beeldvorming tijdens het overstapseizoen. Ook collectiviteiten, volmachten, tussenpersonen en vergelijkingssites vervullen een rol op de zorgverzekeringsmarkt. Ik ben tevreden over het afgenomen aantal polissen, maar ik constateer ook dat het aanbod van deze aanbieders een rol speelt bij de beeldvorming omtrent de veelheid van polissen. Ik laat momenteel onderzoek doen om meer inzicht te krijgen in de feiten rondom collectiviteiten: hoeveel collectiviteiten maken bijvoorbeeld specifieke (zorginhoudelijke) afspraken en wat is het verband tussen de omvang van het collectief en de hoogte van de korting.

De resultaten ten aanzien van het selectiebeleid voor de aanvullende verzekering vind ik opmerkelijk. Veel mensen stappen niet over naar een andere zorgverzekeraar, omdat zij bang zijn niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering. In werkelijkheid geldt een selectief

acceptatiebeleid slechts voor 2 procent van de medische aanvullende verzekeringen en 29 procent van de tandartsverzekeringen. Ik zal in gesprek gaan met patiënten- en consumentenorganisaties over de meest geschikte wijze om verzekerden te attenderen op de toegankelijkheid van aanvullende verzekeringen.

De informatie op basis waarvan verzekerden hun keuze maken voor een zorgverzekering moet begrijpelijk, tijdig en eenvoudig vindbaar zijn. Het is een goede ontwikkeling dat zorgverzekeraars inzetten op een verbetering van de vindbaarheid en leesbaarheid van de polissen. Ik roep de zorgverzekeraars op dit voort te zetten. Daarnaast ben ik verheugd over de ontwikkeling van het polisprofiel. Het is positief dat zowel de NPCF, Consumentenbond als de zorgverzekeraars zich hiervoor willen inzetten.

Dit jaar zorgde de onduidelijkheid over de gecontracteerde zorgaanbieders ten tijde van het overstapeseizoen voor onrust en onzekerheid bij verzekerden. De onzekerheid als gevolg van de onderhandelingen tussen met name ziekenhuizen en zorgverzekeraars mag niet worden afgewenteld op verzekerden. Daarom ben ik met ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in gesprek om enerzijds de oorzaken van de late contractering te achterhalen en om anderzijds tot afspraken te komen opdat de contractering in 2016 spoediger verloopt en te voorkomen dat verzekerden niet goed weten waar ze aan toe zijn. Verzekerden moeten immers een goedgeïnformeerde keuze kunnen maken om al dan niet over te stappen. De Kamer zal vóór april aanstaande over de uitkomsten van het traject geïnformeerd worden.

Samenvattend kom ik tot de conclusie dat zorgverzekeraars goede stappen in de juiste richting hebben gezet. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij de lijn van Kern-gezond ook voor het volgende overstapeseizoen zullen voortzetten. Zij hebben aangegeven, omdat zij niet de enige aanbieders van zorgverzekeringen zijn, dat zij met de andere aanbieders van zorgverzekeringen in overleg gaan om de informatievoorziening voor verzekerden te verbeteren. Ik vind dit goede stappen en zal de ontwikkelingen met veel belangstelling volgen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers