

Vergaderjaar 2022–2023

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1191

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 april 2023

Dat verzekerden kunnen overstappen naar een andere zorgverzekering en een andere zorgverzekeraar, zorgt ervoor dat zorgverzekeraars scherp blijven ten aanzien van klantgerichtheid, inkoop van zorg, en premie. De mogelijkheid van overstappen is op die manier een stimulans voor zorgverzekeraars om zich in te spannen voor kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg.

Afgelopen overstapseizoen is 8,2 procent van alle verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Dit is hoger dan voorgaande jaren, toen lag het percentage tussen de 6–7 procent. Ik vind het van belang dat verzekerden nagaan of hun huidige polis nog goed bij hen past en dat zij kunnen kiezen voor een andere polis of een andere zorgverzekeraar indien dit niet het geval is. Hiervoor dient het polisaanbod overzichtelijk en onderscheidend te zijn.

Bijgaand bied ik uw Kamer het volgende aan:

- een brief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), waarin zij terugblikkt op het afgelopen overstapseizoen (bijlage 1);
- onderzoek van Equalis naar het vrijwillig eigen risico, waarmee uitvoering wordt gegeven aan de motie van het lid Paulusma c.s. (zie Kamerstuk 35 872, nr. 13) (bijlage 2).

De hoofdpunten van deze brief zijn:

- Het overstapseizoen is grotendeels goed verlopen, in die zin dat veel mensen zich hebben georiënteerd op de geschiktheid van hun polis en een groot aantal mensen is overgestapt.
- Echter, een belangrijk aandachtspunt is de contractering. In veel gevallen waren de contracteringsgesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet afgerond tijdens de overstapperiode. Samen met partijen heb ik acties in gang gezet om in lijn met de hierover in het Integraal Zorgakkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655) gemaakte afspraken het contracteringsproces te verbeteren.

- Het vrijwillig eigen risico leidt tot kruissubsidiëring van verzekerden zonder vrijwillig eigen risico naar verzekerden met een vrijwillig eigen risico. De kruissubsidiëring is in omvang beperkt in verhouding tot de forse solidariteit die de Zvw kent. In het kader van het Onderzoeksprogramma Risicovereving 2022–2023 laat ik op dit moment onderzoeken uitvoeren waaruit aanpassingen kunnen volgen die de kruissubsidiëring kan doen afnemen en waardoor verzekerden met een vrijwillig eigen risico voor zorgverzekeraars financieel minder aantrekkelijk worden. Ik wacht de resultaten van deze onderzoeken af, alvorens ik eventuele vervolgstappen ten aanzien van het vrijwillig eigen risico, zoals afschaffing, overweeg. Ik verwacht uw Kamer in de zomer van 2023 te kunnen informeren over de uitkomsten van de onderzoeken naar de risicoverevening.

Ik informeer u eerst over de acties van de NZa voor en tijdens het afgelopen overstapseizoen, over de publieksvoorlichting vanuit het Ministerie van VWS tijdens het overstapseizoen, en over het onderzoek naar het vrijwillig eigen risico. Vervolgens geef ik u mijn beleidsreactie.

Acties NZa voor en tijdens overstapperperiode 2022–2023

Ontwikkeling polismarkt

Het aantal polissen voor de basisverzekering, dit jaar 60, is gelijk aan dat van vorig jaar. Het polisaanbod in 2023 bestaat uit 7 restitutie-, 37 natuurlijke en 16 combinatiepolissen. Het aantal polissen met beperkende voorwaarden is gestabiliseerd. Het belangrijkste verschil tussen verschillende polissen binnen een verzekeringsconcern is vaak een iets hogere of lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. De NZa ziet echter graag dat het polisaanbod meer onderscheidend wordt, zodat er voor verzekerden daadwerkelijk iets te kiezen valt.

Bekendmaking gecontracteerd zorgaanbod

Voor consumenten is het van belang dat zij tijdens het overstapseizoen een weloverwogen keuze voor hun zorgverzekering kunnen maken op basis van heldere informatie over het gecontracteerde zorgaanbod. Meer dan voorgaande jaren verliep de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeizaam. Doordat veel contracten pas na 1 januari 2023 rond waren, was voor verzekerden – in de periode waarin zij konden overstappen naar een andere zorgverzekeraar – niet duidelijk of de zorgaanbieder van hun keuze gecontracteerd is in het nieuwe polisjaar. De NZa vindt dat zorgverzekeraars over het algemeen voldoende transparant zijn over de gevolgen voor verzekerden van contracten die nog niet gesloten zijn.

Vragen en meldingen van consumenten

De NZa schrijft in haar brief dat veruit de meeste informatieaanvragen/meldingen betrekking hadden op het niet tijdig rond hebben van het gecontracteerde zorgaanbod en/of het moeizaam rond kunnen krijgen van contracten tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars. De betreffende consumenten geven aan dat zij onvoldoende weloverwogen een keuze kunnen maken voor een passende zorgpolis zonder dat zij (tijdig) bekend zijn met het gecontracteerde zorgaanbod.

Vooruitblik 2023 en daarna

De NZa is voornemens om de informatieverplichtingen voor zorgverzekeraars die gelden ten aanzien van nagenoeg gelijke polissen, aan te

scherpen. Dat betekent dat het voor verzekerden beter inzichtelijk wordt wanneer er een vergelijkbare polis is. Uw Kamer is hier op 14 oktober 2022 over geïnformeerd (Kamerstuk 35 872, nr. 10).

Ik verwijs u naar bijlage 1 voor de brief van de NZA over acties van de NZa voor en tijdens de overstapperiode 2022–2023.

Publieksvoorlichting vanuit het Ministerie van VWS bij het overstapseizoen

Net als in voorgaande jaren heeft het Ministerie van VWS het algemene publiek voorgelicht over het overstapseizoen. Het doel van deze voorlichting was om mensen erop te wijzen dat het van belang is om bij hun nieuwe zorgpolis te controleren of deze nog aansluit bij hun (zorg)behoeften. Bij de publieksvoorlichting is de volgende boodschap verspreid: controleer of de huidige zorgverzekering nog passend is. Dit jaar is de voorlichting ingezet via radio, de sociale mediakanalen van het Ministerie van VWS, en op wachtkamerschermen bij onder andere de huisarts. Via deze wegen is geprobeerd zoveel mogelijk mensen te bereiken, in het bijzonder mensen met een lager dan gemiddeld inkomen en mensen met een meer praktische dan theoretische opleiding. In de spotjes wordt een aantal overwegingen genoemd, bijvoorbeeld of iemand volgend jaar extra zorg verwacht, of iemand het belangrijk vindt te kunnen bellen met de zorgverzekeraar, en of de gewenste zorgaanbieder nog volledig vergoed wordt. Voor extra hulp wordt verwezen naar de website van de rijksoverheid waar een stappenplan (om te kijken of de huidige zorgverzekering nog past) en extra uitleg te vinden is.

De evaluatie die het ministerie heeft uitgevoerd bij 400 respondenten, wijst uit dat een groot deel (ongeveer een derde tot de helft) van de respondenten het informatiespotje spontaan of met een beetje hulp kan herinneren. Ook de inhoud blijkt over het algemeen goed overgekomen te zijn. Meer dan de helft van de respondenten heeft gecontroleerd of hun zorgpolis nog passend is. Hiervan geeft driekwart aan daar (waarschijnlijk) toe te zijn gestimuleerd door het informatiespotje. De inzichten uit de evaluatie zullen meegenomen worden bij de publieksvoorlichting volgend jaar.

Met deze publieksvoorlichting beoog ik consumenten te helpen bij het beoordelen of hun zorgverzekering nog steeds de voor hen best passende zorgverzekering is.

Onderzoek naar het vrijwillig eigen risico

Verzekerden hebben de mogelijkheid om in ruil voor een premiekorting te kiezen voor een vrijwillig eigen risico van maximaal € 500. Jaarlijks kiest circa 13 procent van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico, waarvan driekwart kiest voor een vrijwillig eigen risico van € 500. In april 2022 is de motie van het lid Paulusma c.s. (zie Kamerstuk 35 872, nr. 13) aangenomen die verzoekt om onderzoek te doen naar de vraag in hoeverre het vrijwillig eigen risico tot kruissubsidiëring leidt. Ik heb onderzoeksbureau Equalis gevraagd hier onderzoek naar te doen. Dit onderzoek geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Hoe wordt de premiekorting voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico gefinancierd?
 - Welke verzekerden kiezen voornamelijk voor een vrijwillig eigen risico?
 - Wat is de gemiddelde premiekorting voor het vrijwillig eigen risico?
 - Wat zijn de eigen betalingen van verzekerden die voor een vrijwillig eigen risico kiezen?

- Wat is naar schatting de omvang van het remgeldeffect van het vrijwillig eigen risico?
 - Hoe verschilt het vereveningsresultaat tussen verzekerden zonder en verzekerden met een vrijwillig eigen risico?
2. In welke mate leidt de mogelijkheid om voor een vrijwillig eigen risico te kunnen kiezen tot draagvlak voor solidariteit binnen de Zvw en in welke mate verschilt dit tussen groepen verzekerden?

Om een antwoord te geven op de eerste onderzoeksvraag heeft Equalis gebruik gemaakt van polisgegevens en de gegevens vanuit de risico-verevening over kosten en kenmerken van verzekerden. Daarnaast heeft zij een vragenlijst onder circa 700 verzekerden uitgezet om inzicht te krijgen in de tweede onderzoeksvraag. Onderstaand zijn de resultaten van het Equalis-onderzoek opgenomen.

Resultaten van het Equalis-onderzoek

Uit het onderzoek van Equalis blijkt dat vooral mannen, verzekerden onder de 55 jaar, verzekerden met een hoge sociale-economische status, hoogopgeleiden en studenten voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Verzekerden met historisch zorggebruik kiezen minder vaak voor een vrijwillig eigen risico. Daarnaast blijkt het verschil in vereveningsresultaat van verzekerden met en zonder vrijwillig eigen risico gemiddeld 217 euro te zijn. De vraag is vervolgens, in welke mate dit bedrag voorkomt uit een onvolkomen compensatie in de risicoverevening of uit het effect van het vrijwillig eigen risico op het kostenbewustzijn van verzekerden (wat het «remgeldeffect» wordt genoemd). Het onderzoek gaat hier als volgt op in. De hoogte van de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico wordt bepaald op basis van de verwachte eigen betalingen door de verzekerde en het remgeldeffect. Als er daar bovenop sprake is van kruissubsidiëring, betekent dit dat verzekerden zonder vrijwillig eigen risico meebetalen aan de premiekorting van mensen met een vrijwillig eigen risico. In dat geval vermindert het vrijwillig eigen risico de risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde verzekerden. Het Equalis-onderzoek laat zien dat er inderdaad sprake is van kruissubsidiëring. De gemiddelde premiekorting die verzekerden ontvangen bij een vrijwillig eigen risico was in 2019 201 euro. Verzekerden betalen gemiddeld 50 euro aan eigen betalingen onder het vrijwillig eigen risico en het verwachte remgeldeffect wordt geschat op 63 euro (met een onzekerheidsinterval tussen de 42 en 96 euro). Dit leidt ertoe dat de kruissubsidiëring in 2019 naar schatting 88 euro per verzekerde met een vrijwillig eigen risico bedroeg (201 euro minus 50 euro minus 63 euro). Dit betekent dat voor alle verzekerden – dus zowel verzekerden zonder als met vrijwillig eigen risico – de premie met 11 euro per jaar werd verhoogd om de premiekorting voor verzekerden met vrijwillig eigen risico (circa 13 procent van de verzekerdenpopulatie) te financieren.

Verder concludeert Equalis op basis van een vragenlijst onder circa 700 verzekerden dat er geen sterke aanwijzing is dat de keuzemogelijkheid van een vrijwillig eigen risico leidt tot meer draagvlak voor ons solidaire zorgstelsel. Zo geeft in eerste instantie circa de helft van de respondenten aan het belangrijk te vinden dat er voor een vrijwillig eigen risico gekozen kan worden. Dit aandeel daalt echter naar gemiddeld een derde van de respondenten, wanneer ze geïnformeerd worden over de kruissubsidie die plaatsvindt om de premiekorting voor een vrijwillig eigen risico te financieren. Circa 60 procent van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico geeft aan bereid te zijn om geen vrijwillig eigen risico meer af te sluiten om deze kruissubsidie tegen te gaan. Verder is 47 procent van de respondenten zonder vrijwillig eigen risico en 34 procent van de verze-

kerden met een vrijwillig eigen risico voorstander van volledige afschaffing van het vrijwillig eigen risico.

Beleidsreactie

Overstapseizoen

Het overstapseizoen is grotendeels goed verlopen, in die zin dat veel mensen zich hebben georiënteerd op de geschiktheid van hun polis en een groot aantal mensen heeft geconcludeerd dat andere zorgverzekering beter passend is en is overgestapt.

Een belangrijk aandachtspunt is echter de contractering. Ik heb in het IZA afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren en in mijn brief van 16 maart jl. heb ik u geïnformeerd over de voortgang.¹ Ik heb u gemeld dat tijdens een bestuurlijk overleg over contractering op 8 februari jl. door de IZA-partijen gezamenlijk is gereflecteerd op het contracteerproces, en dat verkend is wat nodig is om het contracteerproces in volgende jaren te verbeteren. Daarbij is een stevige ambitie uitgesproken om samen aan een nieuwe contracteercultuur- en werkwijzen te gaan werken en hierop de komende periode stappen met elkaar te zetten in lijn van de afspraken hierover in het IZA. De NZa gaat kijken welke maatregelen van de NZa daarbij kunnen ondersteunen. Ook zal – met betrokkenheid van het Zorginstituut – worden uitgewerkt hoe (de criteria voor) passende zorg zo goed mogelijk in de zorginkoop kunnen landen en actief onderdeel kunnen worden van de contractonderhandelingen.

Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren voor welke zorgaanbieders de zorg wel en voor welke (nog) niet volledig vergoed wordt bij een bepaalde zorgverzekering. Zorgaanbieders moeten patiënten informeren over datgene wat voor hen van belang is om een weloverwogen keuze te maken voor zorg, zoals bijvoorbeeld eventuele eigen betalingen omdat er geen contract is met de zorgverzekeraar. Dat gaat helaas nog niet altijd goed. Daarom heb ik in het IZA met zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt om de informatieverstrekking aan verzekerden te verbeteren. Afgesproken is bijvoorbeeld dat de IZA-partijen samen een voorlichtingsprogramma organiseren dat erop gericht is verzekerden voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. In de voorlichting wordt de nadruk gelegd op situaties en locaties waar dit risico zich vooral kan voordoen, zoals bij verwijzers en tijdens het overstapseizoen.

Polisaanbod

Met de brief van 4 juli 2022² en van 13 september 2022³ heb ik u geïnformeerd over de maatregelen en verbeteringen die ik in de risicoverevening 2023 doorvoer. Deze maatregelen zijn ingevoerd om overcompensatie van gezonde verzekerden en ondercompensatie van chronisch zieke verzekerden zoveel mogelijk te voorkomen. Een bijzondere maatregel daarbij was de invoering van een bandbreedte voor 2023. In de overweging om deze bandbreedte in te zetten, stonden verwachte ontwikkelingen op de polismarkt centraal. De ACM en NZa hadden mij een scenario geschetst waarin de focus op het aantrekken van jonge en gezonde verzekerden het afgelopen overstapseizoen sterk zou toenemen. De samenloop van het afschaffen van de collectiviteitskorting op de basisverzekering per 2023 met de toen sterk oplopende inflatie zou er namelijk toe kunnen leiden dat

¹ Kamerstuk 31 765, nr. 725.

² Kamerstuk 29 689, nr. 1150.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 1166.

een substantieel deel van de tot dan toe collectief verzekerden overstapt. Om mogelijke excessen te voorkomen heb ik eenmalig deze bandbreedte ingezet. Het precieze, oorzakelijke effect van de bandbreedte op het polisaanbod voor 2023 is zeer lastig te bepalen, maar ik zie wel dat de ontwikkelingen in het polisaanbod in relatie tot jonge, gezonde verzekerden afgelopen overstapeseizoenen niet negatief waren, zoals zichtbaar is in de stabilisatie van het aantal polissen met beperkende voorwaarden.

Om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een zorgverzekering, is het belangrijk dat het polisaanbod overzichtelijk en onderscheidend is. Ik zie, net als de NZa, graag dat het polisaanbod meer onderscheidend wordt, zodat er voor verzekerden daadwerkelijk iets te kiezen valt. Daarom roep ik zorgverzekeraars opnieuw op om hun polisaanbod kritisch tegen het licht te (blijven) houden. Ook steun ik de aanpassing van de NZa regelgeving ten aanzien van de informatieverplichtingen voor zorgverzekeraar voor nagenoeg gelijke polissen van harte, omdat het zo voor verzekerden beter inzichtelijk wordt dat er een vergelijkbaar, en wellicht goedkoper, alternatief is.

Vrijwillig eigen risico

Belangrijke voordelen van het vrijwillig eigen risico zijn dat het kostenbewustzijn creëert onder verzekerden en dat het hen keuzevrijheid biedt. Het onderzoek van Equalis laat echter zien dat het vrijwillig eigen risico ook tot kruissubsidiëring van ongezonde naar gezonde verzekerden leidt. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het bedrag van € 11 euro per jaar zeer klein is vergeleken met de totale risicosolidariteit van gezonde verzekerden met ongezonde verzekerden. (Bijna) alle inwoners zijn verplicht zich van een zorgverzekering te voorzien, en zorgverzekeraars zijn gebonden aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Jonge en gezonde verzekerden betalen diensgevolge mee aan de zorgkosten van oude en zieke verzekerden. Daarnaast betalen verzekerden met een hoger inkomen (vanwege de inkomensafhankelijke bijdrage) meer dan mensen met een laag inkomen. Gezien het lage niveau van het eigen risico en de eigen bijdragen ten opzichte van de totale zorgkosten, is de risicosolidariteit in de curatieve zorg in ons land zeer hoog.

Wel blijkt de kruissubsidiëring bij de premiekorting van het vrijwillig eigen risico in de afgelopen jaren te zijn toegenomen. Het CPB heeft eerder onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre er sprake was van kruissubsidiëring bij de premiekorting van het vrijwillig eigen risico. De conclusie van dat onderzoek was dat in de periode 2010–2013 de premie met € 3 per verzekerde per jaar werd verhoogd om de premiekorting voor mensen met een vrijwillig eigen risico te financieren.⁴

De kruissubsidiëring zal afnemen als de verzekerden met vrijwillig eigen risico beter verevend worden in het risicovereveningssysteem. Jaarlijks laat ik verschillende onderzoeken uitvoeren om het model nog verder te verbeteren. Deze onderzoeken richten zich vooral op het verminderen van de overcompensatie van gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronische zieken. In dit kader is vooral het eerste relevant, want verzekerden met historisch zorggebruik kiezen minder vaak voor een vrijwillig eigen risico. De afgelopen jaren hebben de verbeteringen in het risicovereveningsmodel vooral betrekking gehad op de compensatie van chronisch zieken, en minder op die van gezonde verzekerden. In het huidige onderzoeksjaar 2022–2023 wordt met meer innovatieve technieken juist gekeken naar de overcompensatie van de groep van gezonde verzekerden. Deze onderzoeken lopen nu. De resultaten zullen

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 783 en CPB, 2019, Selection and moral hazard effects.

daarbij een eerste inzicht geven op de effecten ten aanzien van het vrijwillig eigen risico. Ik wil deze resultaten afwachten, alvorens ik eventuele vervolgstappen ten aanzien van het vrijwillig eigen risico, zoals afschaffing, overweeg. Ik verwacht uw Kamer in de zomer van 2023 te kunnen informeren over de uitkomsten van de onderzoeken in de risicoverevening.

Tot slot

Per 1 januari 2023 is de collectiviteitskorting op de zorgverzekering afgeschaft. In de memorie van toelichting behorende bij de wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) (Kamerstuk 35 872, nr. 3) is de verwachting geuit dat het aantal collectiviteiten zal afnemen. Een zorgverzekering die aan deelnemers van een collectiviteit wordt aangeboden, is voor dezelfde premie immers ook beschikbaar voor anderen. In ieder geval de collectiviteiten zonder aanvullende afspraken zullen minder aantrekkelijk zijn voor verzekerden. Dit zal ook gelden voor de collectiviteiten waarbij de meerwaarde van de (zorginhoudelijke) afspraken beperkt is. Het lid Tielen (VVD) heeft de regering verzocht om de effecten van de wetswijziging in relatie tot het polisaanbod te monitoren en de Kamer hier vóór de zomer van 2023 over te informeren, zodat vervolgens bekeken kan worden of aanvullende maatregelen nodig zijn.⁵ Zorgweb voert op dit moment een onderzoek uit naar de ontwikkeling van het aantal collectiviteiten in 2023.

Ik hoop uw Kamer vóór het zomerreces van 2023 te kunnen informeren over de uitkomsten.

Ik hoop uw Kamer zo voldoende te hebben geïnformeerd,

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

⁵ Kamerstuk 35 872, nr. 15.