

Adviesrapport

Duiding verschillen tussen polissen

mei 2018

Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Ontwikkelingen zorgverzekeringsmarkt	7
2.1 Algemene ontwikkelingen Zorgverzekeringsmarkt	7
2.2 Het aanbod op de zorgverzekeringsmarkt	8
2.3 Verschillen tussen en binnen concerns	8
2.4 Inspelen op behoefte versus duidelijkheid	9
2.5 Keuze voor de verzekerde	9
2.6 Transparantie en overstappen	10
2.7 Toezicht en handhaafbaarheid	10
3. Wettelijk kader huidige situatie	13
3.1 Terminologie	13
3.2 Doelstelling en uitgangspunt huidige Zorgverzekeringswet	14
3.3 Artikel 17 Zvw	14
3.4 Regelgeving NZa	15
4. Theoretisch kader kenmerken polissen	19
4.1 Typering verschillen	19
4.2 Te hanteren toetsingskader	20
5. Analyse	23
5.1 Bedrijfsvoering	23
5.2 Marketing en Distributie	24
5.3 Productdifferentiatie	26
6. Conclusies en aanbevelingen	33
6.1 Huidig wettelijk kader gelijke polissen	33
6.2 Theoretische analyse kenmerken polissen	33
6.3 Aanbevelingen	34

Samenvatting

De Minister voor Medische Zorg en Sport vroeg de NZa in maart 2018 om aan te geven wanneer polissen op grond van de huidige wet- en regelgeving als gelijk of nagenoeg gelijk kunnen worden beschouwd. Wij constateren dat het huidige wettelijke kader zich richt tot individuele verzekeraars, niet tot concerns van verzekeraars. De varianten van de zorgverzekering die de individuele verzekeraar aanbiedt, moeten dezelfde premiegrondslag hebben als deze verzekeringen niet verschillen voor wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11 lid 1 Zvw (natura of restitutie) en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Daarbij merken wij op dat elk verschil op deze twee punten, hoe klein ook, een premieverschil legitimeert. Voor concerns heeft de wetgever geen nadere regels gesteld, waardoor door verschillende verzekeraars binnen hetzelfde concern gelijke polissen in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw kunnen worden aangeboden tegen verschillende premies.

Daarnaast vroeg de Minister om een theoretisch kader te ontwikkelen met kenmerken op basis waarvan polissen als gelijk of vergelijkbaar kunnen worden beschouwd. Hij heeft gevraagd of wij daarbij willen ingaan op de voor- en nadelen van het hanteren van deze kenmerken als onderscheidend criterium voor een legitiem premieverschil.

Hiertoe hebben wij de mogelijke kenmerken ingedeeld op basis van drie typen: bedrijfsvoering (exploitatiekosten, strategie), marketing en distributie (merkbeleving, reclame-uitingen en distributiekanaal) en productdifferentiatie (aanspraak, premie en kortingen, dienstverlening, keuze voor een zorgaanbieder en gericht op specifieke groepen). Deze kenmerken zijn vervolgens getoetst op hun effect op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Daarnaast is gekeken naar het effect van dat kenmerk op de solidariteit, de keuzevrijheid van de consument, de vrijheid van de zorgverzekeraar en de concernrelaties. Voor alle kenmerken wijst onze analyse uit dat er voor- en nadelen zijn bij het wel of niet toestaan van premiedifferentiatie.

Ontwikkelingen zorgverzekeringsmarkt

Bij het uitwerken van dit advies hebben we ook de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt in ogenschouw genomen. Sinds de invoering van de huidige Zorgverzekeringswet kan de verzekerde elk jaar overstappen naar een andere verzekeraar die hem moet accepteren voor de basisverzekering. Jaarlijks maken ongeveer één miljoen verzekerden gebruik van die mogelijkheid.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn veel individuele zorgverzekeraars opgegaan in een concern. De zorgverzekeraars binnen een dergelijk concern kunnen bedrijfskosten, opbrengsten en kosten onderling verrekenen. Dit heeft invloed op de premie. Hoewel het aanbod door de opkomst van concerns niet wezenlijk is beïnvloed, heeft dit wel effect op de zorgverzekeringsmarkt. In de consultatie van dit advies werd opgemerkt dat concerns de interne concurrentie kunnen beperken door een intern afgestemde multi-distributie en multi-label strategie. Zo kunnen zij zich richten op verschillende deelsegmenten van de verzekerdenpopulatie. Met deze ontwikkeling lijkt onvoldoende rekening te zijn gehouden bij de invoering van de Zorgverzekeringswet.

Het vaststellen van polissenkenmerken die een premiedifferentiatie kunnen rechtvaardigen, heeft invloed op het polisaanbod. Bij de polisgebonden kenmerken, zoals het type aanspraak, is het evident dat dit leidt tot differentiatie in het zorginhoudelijke aanbod. Een groter en meer

onderscheidend aanbod van zorgverzekeringen betekent meer keuze voor de consument. De niet polisgebonden kenmerken, zoals de kosten voor de bedrijfsvoering en de teruggave van de solvabiliteitsreserves, leiden tot verschillen in de premie, maar niet tot meer differentiatie in het zorginhoudelijke aanbod.

Het vaststellen van polissenmerken die een premiedifferentiatie kunnen rechtvaardigen, raakt de interactie tussen zorgverzekeraars, verzekerden en zorgaanbieders. Het verminderen van de mogelijkheden om te differentiëren op basis van relevante kenmerken, leidt tot een beperking van de mogelijkheden van de zorgverzekeraar om met zijn polis in te spelen op de wensen en behoeften van de verzekerde. Dat betekent minder mogelijkheden tot variatie in het aanbod en daarmee minder keuze voor de verzekerde ten opzichte van de huidige situatie. Op basis van onze theoretische analyse vragen wij ons af in hoeverre het verminderen van het aantal kenmerken waarop een zorgverzekeraar met zijn polis kan differentiëren en een premieverschil kan legitimeren, tot een verbetering van het keuzeproces voor de verzekerde kan leiden.

Aanbevelingen NZa

In de interactie met verzekerden vinden we het niet alleen van belang dat zorgverzekeraars werken aan (meer) transparantie, maar ook aan het bieden van goede keuzebegeleiding (bijvoorbeeld via online tools) van verzekerden. In de interactie met zorgaanbieders vinden wij het van belang dat zorgverzekeraars oog hebben voor de inkoop op kwaliteit van zorg, het stimuleren van doelmatigheid in de zorg en het mogelijk maken van integrale zorg.

Naar onze mening verdient het aanbeveling om de gesignaleerde ongelijkheid tussen verzekeraars en concerns verder te onderzoeken. Nu artikel 17 lid 2 Zvw niet van toepassing is op concerns, is het voor hen mogelijk om vergelijkbare verzekeringen tegen een andere premie aan te bieden, iets wat voor de individuele verzekeraar niet is toegestaan. Het voorgestelde onderzoek zou zich ook kunnen richten op de vraag of het uitbreiden van de werkingssfeer van artikel 17 lid 2 Zvw tot concerns meerwaarde heeft voor de keuzeruimte en het keuzeproces van de verzekerde. Daarbij verdient het aanbeveling om bij een eventueel onderzoek ook de consequenties voor de kosten van de bedrijfsvoering en de teruggave van de solvabiliteitsreserves te betrekken. Tenslotte zou aandacht moeten worden besteed aan de juridische haalbaarheid van het uitbreiden van artikel 17 lid 2 Zvw.

De Minister noemt in zijn brief van 24 januari 2018 ook de volmachten en de collectiviteiten. Wat ons betreft vragen met name de collectiviteiten om speciale aandacht. Niet alleen vanwege het aantal aanbieders van collectiviteiten, maar ook vanwege de mogelijkheid die de zorgverzekeringswet biedt om, in geval van een collectiviteit, een relatief grote premiekorting (van maximaal 10%) op de premiegrondslag te geven, zonder dat daar een zorginhoudelijke grondslag voor nodig is.¹ In dit verband wijzen we op ons eerdere rapport over collectiviteiten waarin aandacht wordt besteed aan de mogelijkheid van een eis van (zorg)inhoudelijke afspraken met collectiviteiten, zodat een collectiviteit zorginhoudelijk meerwaarde kan hebben.² Tenslotte constateren we dat de onoverzichtelijkheid van het polisaanbod ook samenhangt met het aanbod aan aanvullende verzekeringen naast de basisverzekering (waar deze opdracht op zag). De zorgverzekeraar is vrij om de aanvullende verzekeringen naar eigen inzicht vorm te geven.

¹ Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017, p. 26.

² Monitor Collectieve zorgverzekeringen, september 2016.

1. Inleiding

Een belangrijk uitgangspunt van ons zorgstelsel is dat iedereen zijn eigen zorgverzekeraar en zorgverzekering kan kiezen. Met het oog daarop hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om verschillende zorgverzekeringen aan te bieden. Daarmee kunnen zij zich onderscheiden van hun concurrenten en inspelen op de wensen en de behoeften van verzekerden. Om ervoor te zorgen dat de zorgverzekering toegankelijk is voor iedereen – jong en oud, arm en rijk, gezond en ziek –, hebben zorgverzekeraars een acceptatieplicht voor alle verzekeringsplichtigen (basisverzekering). Om te voorkomen dat voor de ene verzekerde een andere premie wordt gevraagd dan voor de andere bestaat er het verbod op premiedifferentiatie. Een zorgverzekeraar mag voor een zorgverzekering alleen een andere premie vragen wanneer er sprake is van een verschil in aanspraak (restitutie of natura) of wanneer er sprake is van een verschil in keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of overige diensten. Via de risicoverevening worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor de verschillen in zorgkosten die samenhangen met de samenstelling van hun populatie. Door deze waarborgen ontstaat er een gelijk speelveld aan de kant van de zorgverzekeraars en de mogelijkheid tot vrije keuze voor de verzekerden. Daardoor kan iedere burger de polis uitzoeken die het best bij hem past.

De afgelopen jaren is er (maatschappelijke) discussie over de overzichtelijkheid van het polisaanbod. Zo constateerden we in het rapport Risicoselectie en risicosolidariteit van 2016 dat veel modelovereenkomsten sterk op elkaar lijken. Tegelijkertijd gaven zorgverzekeraars toen aan graag meer mogelijkheden te willen om op premie te kunnen differentiëren. Ook publiceerde de Consumentenbond in december 2017 een kritisch artikel over zogenoemde kloonpolissen, polissen die volgens de consumentenbond slechts beperkt van elkaar verschillen. Op dit moment doen wij samen met ACM onderzoek naar de clustering van nagenoeg gelijk polissen, de premieverschillen tussen nagenoeg gelijke polissen en de mate waarin consumenten polissen afnemen waarvoor een goedkoper, nagenoeg gelijk alternatief bestaat. Het rapport van dit onderzoek wordt in juli 2018 verwacht.

Op 24 januari 2018 stuurde de Minister voor Medische Zorg en Sport een brief over het polisaanbod aan de Tweede Kamer (kenmerk 1314690-174579-Z). In deze brief geeft hij aan dat: “verzekeraars vrij zijn in het aanbieden van polissen en dat het van belang voor mensen is dat er wat te kiezen valt. Tegelijkertijd heb ik mijn bedenkingen bij het herhaaldelijk aanbieden van hetzelfde product, zonder noemenswaardige verschillen. Een groot aantal maakt het lastiger om een keuze te maken; verzekerden ervaren het als onoverzichtelijk.” In zijn brief ging de Minister in op het polisaanbod in algemene zin, waar ook polissen die via labels, volmachten en collectiviteiten worden aangeboden.

Met het oog op het debat tijdens de begrotingsbehandelingen en bovenstaande brief vroeg de Minister de NZa bij brief van 20 maart 2018 om duiding te geven aan wat wij van verschillende polissen vinden, met in gedachte de consequentie dat een verzekeraar een andere premie zou kunnen rekenen voor verschillende polissen. In de desbetreffende brief vraagt de Minister de NZa om:

1. Aan te geven wanneer polissen op grond van de huidige wet- en regelgeving als gelijk of nagenoeg gelijk kunnen worden beschouwd;
2. Een kader te ontwikkelen met kenmerken op basis waarvan polissen als gelijk of vergelijkbaar kunnen worden beschouwd. Daarnaast zal worden ingegaan op de voor- en nadelen van het hanteren van deze kenmerken als onderscheidend criterium voor een legitiem premieverschil.

In dit advies zullen wij ingaan op de gestelde vragen. In hoofdstuk twee beschrijven we een aantal relevante ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt. Vervolgens zullen we in hoofdstuk drie het huidige wettelijk kader schetsen. In hoofdstuk vier en vijf gaan we in op de kenmerken die theoretisch als basis zouden kunnen dienen voor verschillen tussen polissen en wat de voor- en nadelen van deze kenmerken zijn. Onze conclusies en aanbevelingen leest u in hoofdstuk zes.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

2. Ontwikkelingen zorgverzekeringsmarkt

In dit advies nemen we het zorgstelsel in zijn huidige vorm (op grond van de Zorgverzekeringswet) als uitgangspunt. Daarbij merken wij op dat wanneer de Minister besluit meer of minder mogelijkheden tot premiedifferentiatie toe te staan, dat ook gevolgen heeft voor de transparantie van de zorgverzekeringsmarkt en de keuzemogelijkheden voor consumenten.

Wij hechten er waarde aan kort een aantal ontwikkelingen van de afgelopen jaren op de zorgverzekeringsmarkt toe te lichten. Deze ontwikkelingen bieden inzicht in de trends en stand van zaken van de huidige zorgverzekeringsmarkt en geven een beeld van de feiten en de aard van de problematiek waarop dit advies ziet.

2.1 Algemene ontwikkelingen Zorgverzekeringsmarkt

De zorgverzekeringsmarkt is een private markt: zorgverzekeraars bieden hun product (de zorgverzekeringspolis) aan tegen een bepaalde prijs en verzekerden zijn vrij om te kiezen voor de best passende polis. Jaarlijks stappen ongeveer een miljoen mensen over. Dit aantal is de afgelopen jaren redelijk stabiel. Toen het zorgstelsel in 2006 werd geïntroduceerd, was één van de doelstellingen het mogelijk maken van een jaarlijkse vrije keuze voor consumenten tussen zorgverzekeringen en zorgverzekeraars. Voor 2006 was dat beperkt mogelijk. Idealiter kiest iedere verzekerde voor de polis die het best bij hem of haar past. Transparantie van relevante informatie kan bijdragen aan het keuzeproces. Verzekerden zijn niet verplicht om jaarlijks van verzekeraar te wisselen. Zij zijn vrij om, om hen moverende redenen, bij hun zorgverzekeraar te blijven. De zorgverzekeringsmarkt biedt de mogelijkheid om te kiezen tussen de aangeboden zorgverzekeringen. Verzekerden die bijvoorbeeld ontevreden zijn of ergens anders een beter aanbod zien, kunnen relatief makkelijk overstappen.

Los van het bieden van vrije keuze aan verzekerden, wilde de wetgever ook dat zorgverzekeraars zouden inspelen op de wensen van de verzekerden. Dit zouden zorgverzekeraars moeten doen door bijvoorbeeld bij de inkoop van de zorg in te zetten op de kwaliteit van de zorg. Dit komt de zorg die de patiënt krijgt ten goede. De uitkomsten van de zorginkoopmarkt moesten op deze manier zorgen voor een betere concurrentiepositie op de zorgverzekeringsmarkt. De afgelopen jaren lijkt de zorginkoop zich vooral te hebben gericht op beheersbaarheid van de zorguitgaven. Dit lijkt te zijn ingegeven door de politieke en maatschappelijke wens om de zorg betaalbaar te houden. Recent tekent zich een ontwikkeling af om meer gebruik te maken van meerjarencontracten en inzet op inhoudelijke afspraken. We zien dit als een wenselijke ontwikkeling die kan bijdragen aan de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

Wat verder opvalt is dat de concentratiegraad van de zorgverzekeraars is veranderd sinds 2006. In de eerste periode van het huidige zorgstelsel hebben verschillende individuele risicodragers zich samengevoegd tot tien concerns. Tegenwoordig hebben vier grote concerns 88,3% van de zorgverzekeringsmarkt in handen.³ Binnen de nieuwe concerns bleven de

³ Zie Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017, p. 13.

oude merknamen bestaan, vaak met het oog op het behoud van de verzekerden. Met de verschillende merken, maar ook door middel van labels en volmachten, richten verzekeringsconcerns zich op verschillende segmenten verzekerden. In de consultatie van dit advies werd opgemerkt dat concerns de interne concurrentie kunnen beperken door een intern afgestemde multi-distributie en multi-label strategie. Zo kunnen zij zich richten op verschillende deelsegmenten van de verzekerdenpopulatie. Omdat financiële middelen redelijk vrij binnen een concern verplaatst kunnen worden, maakt het voor een concern weinig verschil bij welke individuele risicodrager de verzekerde zit.

Een derde ontwikkeling die hier benoemd moet worden, is de rol van internet op de zorgverzekeringsmarkt. Ten opzichte van 2006 neemt het internet tegenwoordig een veel prominenter plaats in de samenleving in. Het alomtegenwoordige internet en het gemak van smartphones hebben gevolgen voor de wijze waarop consumenten zich (laten) informeren over het aanbod aan zorgverzekeringen, voor de wijze van afsluiten van een verzekering, voor de contactmogelijkheden tussen verzekerde en zijn verzekeraar en voor de verwerking van declaraties. Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop zorgverzekeringen worden vormgegeven en aangeboden, en voor de vraag naar zorgverzekeringen.

2.2 Het aanbod op de zorgverzekeringsmarkt

Het aantal modelovereenkomsten is de afgelopen jaren gedaald. In 2015 waren 71 modelovereenkomsten op de markt, in 2018 is dat aantal 55. Daarmee is het aantal modelovereenkomsten in drie jaar tijd met meer dan 20% verminderd en ongeveer gelijk aan het aantal modelovereenkomsten bij de start van het zorgverzekeringsstelsel in 2006. De veelheid aan verschijningsvormen en keuzes wordt niet enkel bepaald door het aantal modelovereenkomsten, maar ook door de combinatiemogelijkheden die buiten de basisverzekering worden aangeboden. Denk hierbij aan de verschillende aanvullende verzekeringen, de mogelijkheid om een heel pakket aan verzekeringen bij een verzekeraar af te nemen en de mogelijkheden die de Zorgverzekeringswet zorgverzekeraars biedt om modelovereenkomsten via labels, volmachten en collectiviteiten in de markt te zetten.

2.3 Verschillen tussen en binnen concerns

In 2018 zijn er in Nederland 23 zorgverzekeraars, georganiseerd in tien concerns. Dit betekent dat in sommige concerns meerdere zorgverzekeraars actief zijn. De Zorgverzekeringswet legt alleen voorwaarden op aan de (individuele) zorgverzekeraars, ook wel risicodragers genoemd. Dit schept mogelijkheden voor concerns om binnen dat concernverband overkoepelend beleid te voeren dat binnen één risicodrager niet zou zijn toegestaan. Denk hierbij aan het aanbieden van gelijke polissen in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw tegen verschillende premies. Premieverschillen zijn binnen één risicodrager alleen toegestaan, indien de polissen verschillen voor wat betreft de verzekerde prestatie c.q. de aanspraak (natura of restitutie) of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten (artikel 17 lid 2 Zvw). In hoofdstuk drie zullen we hier nader op ingaan. Deze beperking geldt niet voor concerns, daarom kunnen verschillende zorgverzekeraars binnen een concern dus een andere premie hanteren voor polissen die niet of nauwelijks van elkaar verschillen in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw. Aan de andere kant heeft het concern invloed op de kosten die een zorgverzekeraar moet maken (gedeelde bedrijfsvoering tegenover eigen bedrijfsvoering), het risico dat de zorgverzekeraar kan lopen (financiële dekking door het concern) en de financiële middelen die de verzekeraar tot diens beschikking heeft.⁴ Punten die op zichzelf

⁴ Risicoverevening wordt wel per risicodrager toegepast.

kunnen leiden tot een andere premie. Hierop zullen we nader ingaan in hoofdstuk vier en vijf.

2.4 Inspelen op behoefte versus duidelijkheid

In hoofdstuk vier presenteren wij een indeling naar typen kenmerken die theoretisch kunnen leiden tot verschillen tussen polissen en daarmee ook tot verschillen in premie. In zijn algemeenheid merken we op dat de kenmerken die wij in hoofdstuk vier gaan bespreken een sterke invloed hebben op de premies van de polissen die in de praktijk zullen worden aangeboden. Een voorbeeld om dit te verduidelijken: stel dat een verzekeraar voor één polis sterk inzet op kwaliteit van zorg bij de zorginkoop en daarin verschilt deze polis van de andere polissen die de verzekeraar aanbiedt. Als dit punt zou worden aangemerkt als een kenmerk dat niet mag leiden tot een verschil in premie, vermindert dit de prikkel voor verzekeraars om actief te sturen op de kwaliteit van ingekochte zorg tussen polissen.

Daarmee zijn de kenmerken die wel of niet mogen leiden tot een verschil in premie sturend voor de variatie in het polisaanbod. Het raakt de vrijheid die zorgverzekeraars hebben om hun eigen polis te ontwikkelen en beïnvloedt de mogelijkheden van de verzekeraar om in te spelen op de behoeften en wensen die zij zien bij verzekerden. Minder differentiatiemogelijkheden (meer kenmerken waarvoor dezelfde premie moet worden gevraagd als polissen op deze punten niet verschillen) leiden tot meer gelijke polissen, dus waarschijnlijk ook tot een meer overzichtelijk aanbod. Het betekent echter ook dat er minder te kiezen is voor de verzekerde. Meer differentiatiemogelijkheden (dus minder kenmerken op basis waarvan dezelfde premie moet worden gevraagd als de polissen op deze punten niet verschillen) kunnen leiden tot meer verschillen tussen polissen, en daarmee tot meer polissen die aansluiten op de specifieke behoeften van (specifieke groepen) verzekerden. Meer echte keuze, maar de keerzijde hiervan is wel dat dit ook leidt tot een minder overzichtelijk polisaanbod.

2.5 Keuze voor de verzekerde

In zijn brief van 24 januari 2018 aan de Kamer schrijft de Minister dat “verzekeraars vrij zijn in het aanbieden van polissen en dat het van belang voor mensen is dat er wat te kiezen valt. Tegelijkertijd heb ik mijn bedenkingen bij het herhaaldelijk aanbieden van hetzelfde product, zonder noemenswaardige verschillen. Een groot aantal maakt het lastiger om een keuze te maken; verzekerden ervaren het als onoverzichtelijk.”

Ook wij zien graag dat de verzekerde een weloverwogen keuze maakt voor een zorgverzekering. Daarvoor moet er voldoende variatie in het aanbod zijn om een keuze te kunnen maken. Als die variatie onvoldoende is, heeft de verzekerde geen keuze meer. Aan de andere kant moet het aanbod ook niet te groot zijn. Een grote hoeveelheid informatie (‘information overload’) en een overdaad aan keuzeopties kunnen in de praktijk een optimale keuze in de weg staan. Dit kan consumenten ongelukkiger maken (‘the paradox of choice’), zo blijkt uit psychologisch onderzoek. Een breed aanbod lijkt aantrekkelijk, maar kan ook overweldigend zijn. Dit kan, net als te weinig aanbod, tot frustratie leiden bij de verzekerde.

Een andere factor die het keuzeproces bemoeilijkt, is dat het voor de verzekerde vaak lastig is om te voorspellen of en zo ja, welke zorg hij nodig zal hebben. Een verzekerde die al zorg gebruikt, zal juist gericht zoeken naar mogelijkheden om die zorg te blijven afnemen bij zijn voorkeursaanbieder (of daar advies over willen).

2.6 Transparantie en overstappen

We zien dat de afgelopen jaren stappen zijn gezet om de transparantie van het zorgverzekeringsaanbod te verbeteren. In het actieplan Kerngezond (2015) hebben verzekeraars hierover concrete afspraken gemaakt. Deze afspraken hebben onder meer geleid tot de invoering van een standaard verzekeringskaart. Daarnaast hebben wij in onze Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten een bepaling opgenomen die zorgverzekeraars verplicht om transparant te zijn over de polissen die binnen eenzelfde risicodrager of binnen een concern worden aangeboden en die gelijk zijn in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw.⁵ Ook is de typering van zorgverzekeringen als natura-, restitutie- of combinatiepolis verplicht voorgeschreven.⁶ De NZa heeft in de periode 2016-2017 bij twee zorgverzekeraars ingegrepen, omdat daar sprake was van een verschil in premie, terwijl de modelovereenkomsten niet van elkaar verschilden in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw. De zorgverzekeraars die het betrof, hebben dit aangepast.

Het lijkt aannemelijk dat in de praktijk veel polissen worden afgesloten waarvoor een goedkoper, bijna gelijk alternatief bestaat.⁷ Een verzekerde kan desondanks voor een duurdere polis kiezen, bijvoorbeeld omdat de zorgverzekeraar ook een andere (aanvullende) verzekering aanbiedt of een prettige klantenservice heeft. Dat is in principe niet erg, mits sprake is van een weloverwogen keuze en de verzekerde wel op de hoogte is van de andere, bijna gelijke, en goedkopere polis. Dit is de reden dat wij zorgverzekeraars die, al of niet in concernverband, gelijke of nagenoeg gelijke polissen aanbieden, hebben verplicht een overzicht van deze polissen op hun website te zetten.⁸ Andere mogelijke redenen voor de keuze voor de duurdere polissen zijn een gebrek aan informatie bij de consument, zoek- en overstapkosten, schijndifferentiatie (het doen voorkomen of uitvergroten van verschillen tussen polissen die er in werkelijkheid niet of nauwelijks zijn) en het feit dat veel verzekerden een zorgverzekering kiezen moeilijk vinden.⁹ Dit vinden wij onwenselijk. Verzekeraars kunnen de interactie met verzekerden verbeteren door het bieden van goede keuzebegeleiding (bijvoorbeeld via online tools).

Meer transparantie kan een goede manier zijn om de informatieverstrekking aan de verzekerde te verbeteren. Meer informatie is niet altijd beter. De verzekerde heeft op het goede moment juiste en begrijpelijke informatie nodig. Bovendien moet de informatie voor een verzekerde vindbaar zijn. Dit gaat dus verder dan alleen het beschikbaar zijn van informatie. De meerwaarde van transparantie voor de verzekerde blijft ook beperkt als de informatie niet vergelijkbaar is. Dit zien we terug bij de vanaf 1 november 2017 ingevoerde transparantieregels rondom collectiviteiten. Uit onze controles in de overstapperperiode 2017-2018 volgt dat deze regels er niet voor zorgen dat verzekerden makkelijker zorgverzekeringen die via een collectiviteit worden aangeboden kunnen vergelijken met polissen die niet via een collectiviteit worden aangeboden.¹⁰

2.7 Toezicht en handhaafbaarheid

Wij geven het ministerie van VWS in overweging om bij eventuele nadere regelgeving een uitgebreide juridische toets te laten uitvoeren om eventuele juridische risico's bij het toezicht en de handhaving zo veel

⁵ Zie artikel 30 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

⁶ Zie artikel 29 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

⁷ Zie het consultatiedocument van NZa en ACM, "Echte keuze op de polismarkt?".

⁸ Artikel 30 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

⁹ Zie het consultatiedocument van NZa en ACM, "Echte keuze op de polismarkt?".

¹⁰ Zie brief Acties NZa voor en na de overstapperperiode 2017-2018 d.d. 23 maart 2018.

mogelijk uit te sluiten. Verder merken we op dat een kenmerk an sich nog geen invulling geeft aan hoe groot het verschil in premie kan zijn. Mocht het wenselijk zijn om het aanbieden van nagenoeg gelijke polissen tegen verschillende premie aan te pakken, dan zou aannemelijk gemaakt moeten worden dat het premieverschil komt door verschillen in de polis. Immers als elk minimaal verschil tussen modelovereenkomsten mag leiden tot elk willekeurig verschil in premie, is het eenvoudig om via die weg veel verschillende, maar nagenoeg gelijke, polissen aan te bieden waarbij het verschil in premie eigenlijk niet in verhouding staat tot het minimale verschil in de modelovereenkomst. Er verandert dan niks in de mogelijkheden om nagenoeg gelijke polissen aan te bieden. Mocht het nodig zijn hierop toezicht te houden, dan gaan we graag in overleg om hiervoor oplossingen te vinden en de (on)mogelijkheden met elkaar verkennen.

3. Wettelijk kader huidige situatie

De Zorgverzekeringswet wijst twee onderdelen van de modelovereenkomst als relevant aan die maken dat modelovereenkomsten van elkaar mogen verschillen: de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11 lid 1 Zvw (recht op zorg (natura) of recht op vergoeding van kosten van zorg (restitutie)) en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Wanneer een verzekeraar (twee of meer) modelovereenkomsten aanbiedt die op deze twee punten niet van elkaar verschillen mag er ook geen verschil zijn in de grondslag van de premie (artikel 17 lid 2 Zvw). Dit wordt ook wel het verbod op premiedifferentiatie genoemd. Dit verbod sluit niet uit dat de modelovereenkomsten die op deze twee onderdelen niet van elkaar verschillen, op allerlei andere onderdelen wél van elkaar kunnen verschillen. Deze andere verschillen, bijvoorbeeld de serviceverlening door de verzekeraar, kunnen, als de verzekerde prestaties en de genoemde keuzemogelijkheden gelijk zijn, door het verbod op premiedifferentiatie geen invloed hebben op de hoogte van de premie. Let wel, ook het omgekeerde komt voor: hoewel de modelovereenkomsten nagenoeg gelijk zijn, bieden deze de verzekerde wat betreft bijvoorbeeld de gecontracteerde zorgaanbieders net niet hetzelfde. In dat geval is de verzekeraar niet gebonden aan het verbod van premiedifferentiatie, ook al zijn de modelovereenkomsten op alle andere onderdelen gelijk.

Als antwoord op de vraag wanneer modelovereenkomsten op grond van de huidige wet- en regelgeving als gelijk worden beschouwd, schetsen we hieronder de wetgeving op dit punt. Om te beginnen bespreken we enkele termen die in de wet of wetsgeschiedenis regelmatig worden gebruikt (3.1). Vervolgens komt de context van het nieuwe zorg(verzekerings-)stelsel dat in 2006 werd geïntroduceerd aan de orde (3.2). Daarna bespreken we artikel 17 Zvw (3.3) en tot slot de NZa-regelgeving over transparantie van gelijke of bijna gelijke polissen (3.4).

3.1 Terminologie

Hoewel in de opdracht wordt gesproken van polissenmerken, heeft de opdracht juridisch gezien betrekking op modelovereenkomsten. Het begrip polis ziet specifiek op de overeenkomst tussen een individuele consument en de zorgverzekeraar, terwijl een modelovereenkomst het model is van een zorgverzekeringspolis waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben indien een overeenkomst volgens het desbetreffende model wordt gesloten. Waar de opdracht spreekt over 'gelijke polissen' verstaan we daar onder: modelovereenkomsten die door dezelfde verzekeraar worden aangeboden en gelijk zijn op de twee in artikel 17 lid 2 Zvw genoemde punten.

Modelovereenkomsten kunnen door verzekeraars in verschillende vormen worden aangeboden, door deze niet alleen rechtstreeks, maar ook via labels, volmachten en collectiviteiten aan te bieden. Op deze manier kan dezelfde modelovereenkomst (in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw) langs meerdere routes, en onder verschillende namen, worden aangeboden. Als de verzekeraar dit doet, moet hij voor al deze verschijningsvormen van dezelfde modelovereenkomst ook dezelfde premiegrondslag hanteren. Wanneer dezelfde modelovereenkomst (in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw) binnen een concern wordt aangeboden vanuit verschillende zorgverzekeraars, dan kan voor diezelfde modelovereenkomst per verzekeraar een andere premie worden gevraagd. Daarnaast zij opgemerkt dat artikel 17 lid 2 Zvw alleen betrekking heeft op de basisverzekering.

3.2 Doelstelling en uitgangspunt huidige Zorgverzekeringswet

Met de Zorgverzekeringswet (Zvw) heeft de wetgever gekozen voor een systeem waarbij voor de zorgverzekeraar de vrijheid bestaat zelf de hoogte van de premie vast te stellen. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht, dat betekent dat iedereen ongeacht persoonskenmerken of ziektehistorie door de verzekeraar tegen dezelfde voorwaarden moet worden geaccepteerd. Risicoselectie door het weren van verzekerden is daarom niet mogelijk.¹¹ De reden voor de wetgever om een verschil in premie tussen zorgverzekeraars toe te staan is dat zij zich daarmee qua prijs ten opzichte van hun concurrenten kunnen onderscheiden. Dit vormt een prikkel voor doelmatige zorgverlening. Zorgverzekeraars die hun bedrijfsvoering en zorginkoop optimaliseren zijn in staat de premiestelling voor verzekerden aantrekkelijker te maken. Daarnaast brengt de hoogte van de premie bij verzekerden het effect teweeg dat men scherper wordt geconfronteerd met de kosten van de zorg.¹²

Om risicoselectie te voorkomen rust op de zorgverzekeraar een acceptatieplicht en mag hij in de premie niet differentiëren op verzekerdenkenmerken. De zorgverzekeraar dient iedere verzekerde voor iedere variant die hij aanbiedt, te accepteren (artikel 3 lid 2 Zvw), waarbij voor iedere variant van de zorgverzekering, behalve het in artikel 17 lid 2 bepaalde, dezelfde premiegrondslag wordt gevraagd (artikel 17 Zvw).

3.3 Artikel 17 Zvw

Het verbod op premiedifferentiatie moet in samenhang worden gezien met de acceptatieplicht. Zonder een verbod op premiedifferentiatie zou de acceptatieplicht niet werken. Immers, dan zou de zorgverzekeraar alsnog aan risicoselectie kunnen doen, door aan de hand van individuele verzekerdenkenmerken verschillende premies te bepalen voor eenzelfde polis. Daarom is in artikel 17 Zvw het verbod op premiedifferentiatie neergelegd.

- Artikel 17, eerste lid, luidt als volgt:
De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
- Artikel 17, tweede lid, luidt als volgt:
De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.

Zorgverzekeraars hebben de keuze het pakket aan verzekerde zorg aan te bieden onder verschillende varianten. Het gaat dan om de verzekerde prestaties (natura of recht op vergoeding) en de mate waarin een verzekerde tussen aanbieders van zorg of van overige diensten kan kiezen. Varianten kunnen verder verschillen wat betreft bijvoorbeeld het aangeboden eigen risico en eventueel aangeboden premiekortingen aan deelnemers van collectiviteiten (artt. 18 en 19-22 Zvw). Wij merken op

¹¹ Dit is nader uitgewerkt in het NZa rapport 'Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt', september 2016.

¹² Kamerstukken 29763, nr. 3, p. 46-47.

dat artikel 17 Zvw zich nadrukkelijk richt tot verzekeraars (risicodragers), niet tot concerns.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel zag artikel 17 lid 2 overigens alleen op de aanspraak: "De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, niet van elkaar verschillen."¹³

Later is aan artikel 17 lid 2 toegevoegd "of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid".¹⁴ Op deze manier heeft de wetgever tot uitdrukking willen brengen dat ook verschillen in keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders of andere diensten betreffende zorg uit het verzekerde pakket tot verschillen in premiegrondslag mogen leiden. Daarbij heeft de wetgever toegelicht: "Zo mag voor een zorgverzekeringsvariant krachtens welke de verzekerde – afgezien van de mogelijkheid van artikel 13 Zvw – slechts naar een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders ("preferred providers") mag, een andere premie worden vastgesteld dan voor een variant krachtens welke de verzekerde naar vele gecontracteerde aanbieders mag".¹⁵

Daarnaast heeft de NZa - in een specifieke casus - laten weten dat een verschil in de hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg (van in dat geval 5%) door de NZa werd beschouwd als een verschil in keuzemogelijkheden in de zin van 17 lid 2 Zvw waardoor de polissen niet als gelijk in de zin van de wet moesten worden beschouwd dus ook een verschillende premie mocht worden gevraagd. Op basis van de tekst van de wet en de toelichting kan echter niet worden aangenomen dat de wetgever als regel heeft willen formuleren dat uitsluitend een wezenlijk of significant verschil een verschil in premiegrondslag kan rechtvaardigen.

3.4 Regelgeving NZa

Naast het wettelijk kader legt onze de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) verzekeraars ook een verplichting op ten aanzien van de transparantie over gelijke en bijna gelijke polissen. Deze bepaling is ingestoken vanuit het oogpunt van transparantie en gebaseerd op artikel 40 van de Wet marktwerking gezondheidszorg (Wmg). Artikel 40 Wmg luidt onder meer:

1. *Ziektekostenverzekeraars maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de premies en de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten.*
 2. *Zorgverzekeraars maken ten behoeve van de inzichtelijkheid, voor verzekeringsplichtigen, van de zorgverzekeringsmarkt informatie openbaar met betrekking tot:*
 - a. *de inhoud van de modelovereenkomsten;*
 - b. *de wijze van dienstverlening aan verzekerden.*
- (...)

De wetgever meende dat deze transparantiebepaling¹⁶ nodig was om de verzekerde van de informatie te voorzien die hem in staat stelt over te stappen: informatie op grond waarvan hij de prijs-kwaliteitverhouding van zijn eigen verzekeraar af kan zetten tegen die van andere verzekeraars.¹⁷ Daarbij dacht de wetgever dat informatie over de

¹³ Kamerstukken II 2003-2004, 29763, nr. 2.

¹⁴ Kamerstukken II, 2004-2005, 29763, nr. 7, p. 101 en Kamerstukken II, 2004-2005, 29763, nr. 8, onderdeel B.

¹⁵ Kamerstukken II, 2004-2005, 29763, nr. 8, toelichting onderdeel B.

¹⁶ Artikel 40 Wmg bevat ook een grondslag voor de NZa om regels te stellen.

¹⁷ Kamerstukken II, 2004-2005, 30186, nr. 3, p. 63.

dienstverlening van zorgverzekeraars een voor de verzekerde belangrijk punt zou kunnen zijn. Hij dacht daarbij aan vragen die met de invulling van de zorgplicht te maken hebben, zoals de vraag welke activiteiten de zorgverzekeraar verricht om de verzekerde van de benodigde zorg te voorzien en hoe lang dat gemiddeld duurt, maar ook om meer basale vragen, zoals de vraag naar de telefonische bereikbaarheid van de verzekeraars en hoe lang een restitutieverzekeraar er over doet om ingediende rekeningen aan de verzekerde te vergoeden.¹⁸

Artikel 30 van de Regeling informatieverstrekking
ziektekostenverzekeraars aan consumenten (hierna: de Regeling) is gebaseerd op artikel 40 Wmg. Deze bepaling luidt:

- 30.1 Wanneer vanuit een concern waartoe meer zorgverzekeraars behoren, dan wel vanuit een individuele zorgverzekeraar, polissen worden aangeboden die gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten, vermeldt iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht op de website dat deze polissen gelijk of nagenoeg gelijk zijn.
- 30.2 In het in lid 1 bedoelde overzicht benoemt de zorgverzekeraar ten minste de volgende elementen:
 - a. de naam van de polissen;
 - b. verschillen in risicodragerschap;
 - c. eventuele verschillen in de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten;
 - d. de wijze van distributie van de polissen;
 - e. de manier van communicatie van de verzekeraar met de verzekerde; en
 - f. de premie van de polissen.

Anders dan artikel 17 Zvw of artikel 40 Wmg, geldt artikel 30 van de Regeling niet alleen voor polissen die vanuit een individuele zorgverzekeraar worden aangeboden, maar ook voor alle nagenoeg gelijke en gelijke polissen die worden aangeboden door andere verzekeraars van het concern waartoe de zorgverzekeraar behoort. Van een concern in de zin van deze regeling is sprake zodra verschillende ondernemingen organisatorisch met elkaar zijn verbonden en zo een economische eenheid vormen.¹⁹

Er wordt een groot aantal polissen aangeboden en polissen kunnen op vele onderdelen van elkaar verschillen. Daarom is het voor verzekerden, ondanks de informatie die ze op grond van de genoemde regeling krijgen, vaak moeilijk om zich te oriënteren. Een extra obstakel hierbij wordt gevormd doordat een deel van de polissen die op het oog anders lijken te zijn, inhoudelijk in feite gelijk of nagenoeg gelijk zijn voor wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Zo kan een polis die wordt aangeboden door een verzekeraars bijvoorbeeld ook door andere verzekeraars die onder hetzelfde concern vallen, worden aangeboden, maar onder een andere polisnaam, met een eigen merkbeleving en een andere premie.

¹⁸ Kamerstukken II, 2004-2005, 30186, nr. 3, p. 63. NB. in 2005 was internet nog niet het medium dat het nu is.

¹⁹ De NZa sluit hier aan bij de groepsdefinitie op grond van artikel 2:24, onder b, van het Burgerlijk Wetboek. Omdat het hier gaat om verzekeraars die op grond van de wet op het financieel toezicht (Wft) onder toezicht van De Nederlandsche Bank staan, is ook de Wft van belang. Artikel 1:1 Wft stelt dat ook sprake van een concern of groep kan zijn als 'naar het oordeel van de Nederlandsche Bank, een moederonderneming feitelijk een overheersende invloed uitoefent'. De NZa volgt hierin het oordeel van DNB. Zie ook de toelichting bij artikel 30 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

Van nagenoeg gelijke polissen is volgens de toelichting op de Regeling bijvoorbeeld sprake bij marginale verschillen tussen twee polissen wat betreft het gecontracteerde aanbod, zoals contracten met enkele zorgaanbieders meer of minder.

4. Theoretisch kader kenmerken polissen

Naast een uitwerking van het huidige wettelijke kader is ons gevraagd om een theoretisch kader te ontwikkelen met kenmerken op basis waarvan polissen als gelijk of vergelijkbaar kunnen worden beschouwd. Daarbij is de opdracht ook in te gaan op de voor- en nadelen van het hanteren van deze kenmerken als onderscheidend criterium voor een legitiem premieverschil.

We merken op dat deze inventarisatie een theoretisch karakter heeft, in die zin dat we niet het huidige aanbod van modelovereenkomsten tegen het licht houden. Ook stellen we niet feitelijk vast hoe een keuze voor het al dan niet toelaten van premiedifferentiatie op een specifiek kenmerk van invloed is op de ontwikkeling van het polisaanbod en het gedrag van zorgverzekeraars richting verzekerden en zorgaanbieder. We kijken naar mogelijke verschillen, waarbij uiteraard de kenmerken van bestaande en vroegere modelovereenkomsten een rol kunnen spelen.

Opgemerkt moet worden dat wij het begrip ‘kenmerken’ ruim hebben opgevat en hierbij ook kenmerken van de zorgverzekeraar, zoals solvabiliteit, hebben betrokken. Hoewel in de tekst vaak wordt verwezen naar modelovereenkomsten, hebben wij ons dus niet beperkt tot de kenmerken die in de modelovereenkomst worden genoemd. De opsomming is wellicht nog niet volledig en zou op basis van nieuwe ontwikkelingen aangevuld kunnen worden. We gaan ervan uit dat de markt inventief genoeg is om met (kleine of grotere) verschillen te komen die niet in de opsomming voorkomen. We willen vooral proberen typen kenmerken te identificeren.

Met het oog daarop geven we in dit hoofdstuk aan hoe we tot deze (typen) kenmerken zijn gekomen. Ook gaan we in op het toetsingskader voor de genoemde kenmerken. In het volgende hoofdstuk combineren we het toetsingskader en de kenmerken en komen we, conform het verzoek van het ministerie van VWS, tot voor- en nadelen per kenmerk.

4.1 Typering verschillen

Zorgverzekeraars kunnen op veel verschillende manieren variëren met modelovereenkomsten. Om niet in de details te verzanden, hebben we de mogelijke kenmerken op basis van vergelijkbare inhoud en vergelijkbare voor- en nadelen onderverdeeld in tien subclusters. De tien subclusters passen onder drie typering: bedrijfsvoering, marketing en distributie, en productdifferentiatie:

1. bedrijfsvoering
2. marketing en distributie
3. productdifferentiatie of modelovereenkomstinhoud

Als we naar de eerste twee clusters kijken, dan merken we op dat de verzekerde hier in principe geen inhoudelijk verschil zal ervaren in de aangeboden verzekering, dit noemen we daarom ook wel polisgebonden kenmerken. Het zijn de niet-inhoudelijke, niet polisgebonden kenmerken die wel tot een verschil in premie kunnen leiden, maar niet zozeer tot een inhoudelijk verschil in het aanbod. Denk daarbij aan de kosten die een zorgverzekeraar maakt voor overhead. Of de mogelijkheid om een deel van de reserves te gebruiken om de premie te verlagen. Premieverschillen kunnen ook ontstaan door een verschil in risico-inschatting (mede afhankelijk van de bestaande en de verwachte

verzekerdenpopulatie) en door verschillen in de mate waarin eventueel aanwezige reserves worden ingezet voor premieverlaging.

Zoals hierboven al werd gesteld, hebben we de kenmerken ingedeeld in drie groepen of clusters met een onderverdeling in subclusters. Daarbij merken wij op dat sommige kenmerken in meerdere clusters een rol kunnen spelen. De door ons gehanteerde (sub)clusters zijn:

- Bedrijfsvoering.
 - o Strategie
 - o Exploitatiekosten en financiële middelen
- Marketing en distributie
 - o Merkbeleving
 - o Reclame-uitingen en mediagebruik
 - o Distributiekanaal (directe alsook indirecte verkoop door en contact met zorgverzekeraar)
- Productdifferentiatie/modelovereenkomstkenmerken
 - o Aanspraak
 - o Premie en kortingen
 - o Gecontracteerd aanbod/ De mate waarin de keuze van een verzekerde voor een bepaalde zorgverlener wordt beïnvloed
 - o Dienstverlening
 - o De mate waarin een modelovereenkomst gericht is op een specifieke doelgroep

In hoofdstuk vier geven we per (sub)cluster aan wat we er onder verstaan.

4.2 Te hanteren toetsingskader

Om de (sub)clusters zo objectief mogelijk te kunnen toetsen, hebben we een toetsingskader ontwikkeld. Als toetsingskader maken we gebruik van de publieke doelen van de Zvw en de afgeleide doelen en randvoorwaarden daarvan. Deze factoren bieden naar onze mening het meeste inzicht verschaffen in de mate waarin het hanteren van deze kenmerken als criteria voor het aanmerken van modelovereenkomsten als gelijk, kan bijdragen aan de verwezenlijking van de doelen van het zorgstelsel.

Daarmee komen we tot de volgende criteria:

- De publieke doelen van het zorgstelsel in het algemeen:
 - o Betaalbaarheid; heeft het differentiëren van premies van polissen op grond van de kenmerken in dit subcluster een effect op de betaalbaarheid van de zorg?
Betaalbaarheid definiëren we hier als de kosten van de zorg en de hoogte van de premie (zowel de inkomensafhankelijke bijdrage als de nominale premie).
Gaan deze potentieel omhoog of omlaag?
 - o Toegankelijkheid; heeft het differentiëren van premies van polissen op grond van de kenmerken in dit subcluster een effect op de toegankelijkheid van de zorg of de zorgverzekering voor de verzekerde?
 - o Kwaliteit; heeft het differentiëren van premies van polissen op grond van de kenmerken in dit subcluster een effect op de kwaliteit van de zorg of de zorgverzekering?
- Daarvan afgeleide doelen en/of randvoorwaarden:
 - o Solidariteit; (risico)solidariteit houdt in dat mensen met een kleine kans op ziekte dezelfde premie betalen voor een zorgverzekering dan mensen met een hoge kans op ziekte. De inkomensafhankelijke bijdragen (zorgtoeslag en het inkomensafhankelijke premiedeel dat via de werkgever wordt geïnd) zorgen er voor dat de premie voor een ieder betaalbaar is. Solidariteit komt in de Zorgverzekeringswet op meerdere wijzen tot uitdrukking. Voor de burger in onder andere de verzekeringsplicht.

Voor de zorgverzekeraars in het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht. Deze wettelijke maatregelen moeten ervoor zorgen dat iedere Nederlander – jong en oud, arm en rijk, gezond en ziek – toegang heeft tot goede en betaalbare zorg.

Zorgverzekeraars kunnen met hun polis bepaalde doelgroepen echter meer of minder aanspreken. Zo zal een breed gecontracteerd aanbod aantrekkelijker zijn voor iemand met een (onzekere) zorgvraag of voor personen die in zijn algemeenheid risicomijdend zijn. Zo kan een verzekeraar inspelen op de behoefte van verzekerden. Aan de andere kant kan het leiden tot risicoselectie. De genoemde kenmerken hebben invloed op de inhoud van de polis en op de manier waarop de polis wordt aangeboden. Daardoor hebben ze vaak ook effect op de solidariteit. We beschrijven per subcluster wat we denken te verwachten.

- o Keuzevrijheid voor de consument; de verzekerde is vrij om te kiezen voor de ene of de andere verzekering. De keuzes die hij maakt, hebben gevolgen voor zijn aanspraken, premie, etcetera. De subclusters hebben effect op deze keuzevrijheid. Bij de toetsing aan dit onderdeel gaan we tevens in op de vraag of voor de verzekerde transparant gemaakt kan worden tot welke verschillen het subcluster leidt. Zodat hij daar zijn keuze op kan baseren.
- o Vrijheid voor de zorgverzekeraar; de zorgverzekeraar is een private partij die in principe de ruimte heeft om zijn eigen koers te varen. We proberen per subcluster aan te geven wat het effect van het inzetten van dat subcluster is op deze vrijheid. We gaan expliciet niet in op de juridische onzekerheid die hier per definitie mee verbonden is. Daarom doen we in hoofdstuk 1 de suggestie om, mocht het komen tot regelgeving, een juridische toets te laten uitvoeren.
- o Concernrelaties; aangezien er een aantal concerns actief zijn op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt, kijken we naar de gevolgen van het hanteren van bepaalde kenmerken voor de individuele risicodragers en voor de risicodragers binnen een concern. Kenmerken kunnen voor hen verschillend uitpakken en dus een ander effect hebben. Dit is des te relevanter nu de bepalingen van de Zorgverzekeringswet alleen van toepassing zijn op individuele risicodragers en niet op concerns.

5. Analyse

In dit hoofdstuk schetsen wij de voor- en nadelen per subcluster. Verschillende partijen zullen naar verwachting de elementen van het toetsingskader anders wegen. Wij hebben partijen de gelegenheid gegeven om hier hun visie op te geven.

5.1 Bedrijfsvoering

Onder de bedrijfsvoering van een zorgverzekeraar verstaan we alle elementen die te maken hebben met de organisatie zelf: administratie, inkoop, de inkooporganisatie etcetera. Een onderdeel van die bedrijfsvoering zijn bijvoorbeeld de exploitatiekosten. Die kunnen worden onderscheiden in de schadelast en de beheerskosten. Grosso modo heeft een verzekeraar voor beide kostensoorten een prikkel om doelmatig te zijn en beide worden uiteindelijk vertaald in een premie.²⁰ Daarnaast vallen hier ook de financiële middelen onder zoals: de beslissingen die op concernniveau en/of op het niveau van de risicodragers worden genomen m.b.t. de inzet van reserves en de omvang van de reserves. Ook strategische keuzes van de zorgverzekeraar kunnen van invloed zijn op de premie en/of keuzes bieden aan de verzekerde, denk hierbij aan: differentiatie in het productaanbod (ook aanbieden reisverzekering, meer aanvullende verzekeringen), streven naar groei of consolidatie van het marktaandeel.

Uit bovenstaande volgt dat het gaat om aspecten van de verzekering die uiteindelijk een vertaling vinden in productinhoud en/of prijsstelling zonder dat ze als een specifiek productkenmerk (voor een consument) zijn te herkennen.

Exploitatiekosten en financiële middelen

De zorgverzekeraar voert een bedrijf en daar zijn kosten aan verbonden. Denk aan kosten voor huisvesting, ICT, HRM. Dikwijls maken deze kosten geen zichtbaar verschil voor de verzekerde, maar de kosten worden wel gemaakt. Zorgverzekeraars zullen deze dus in hun premie meenemen. Daardoor ontstaat ook een prikkel voor zorgverzekeraar om deze kosten zo laag mogelijk te houden, zodat ook de premie zo laag mogelijk blijft. Dit geldt voor het al dan niet teruggeven van reserves in de premie: ook dit kan een manier zijn om een scherpe premie in de markt te blijven zetten.

Het onderscheid op dit kenmerk kan leiden tot verschillen in de premie. Hoewel de polissen van twee verzekeraars inhoudelijk hetzelfde kunnen zijn, kunnen de premies toch verschillen als gevolg van lagere exploitatiekosten of teruggave van reserves. Dat betekent dat er inhoudelijk (nagenoeg) gelijke polissen kunnen worden aangeboden door verschillende verzekeraars met verschillende premies. Dit kan ten koste gaan van de transparantie van het polisaanbod voor de verzekerde. We verwachten dat dit zich met name voordoet bij zorgverzekeraars die onderdeel zijn van hetzelfde concern, omdat voor deze zorgverzekeraars de exploitatiekosten en hun solvabiliteitspositie wel kunnen verschillen maar ze de zorginkoop misschien gezamenlijk doen. Artikel 17 lid 2 Zvw staat dan niet aan in de weg om op basis van deze punten tot een andere premie te komen voor de verschillende risicodragers binnen een concern.

We verwachten dat op het niveau van de individuele risicodragers de verschillen tussen de door hem aangeboden polissen op grond van exploitatiekosten en teruggave reserves minimaal zijn.

²⁰ Formeel gaat het om de premiegrondslag: de basispremie exclusief eventuele kortingen.

Aangezien het voor concerns op dit moment reeds mogelijk is en we voor individuele risicodragers geen grote effecten verwachten, denken we dat dit kenmerk geen of weinig effect zal hebben op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Het kan wel leiden tot een aanbod van vergelijkbare polissen met verschillende premies door verschillende verzekeraars van hetzelfde concern. Voor de verzekerde is dat niet goed te overzien. Het leidt tevens tot de vrijheid voor de zorgverzekeraar om zijn kosten en opbrengsten te laten landen in een kostendekkende premie. Wanneer zorgverzekeraars op concernniveau niet meer de mogelijkheid hebben om op dit kenmerk de premie te differentiëren, zou dit (in theorie) kunnen leiden tot een prijsopdrijvend effect.

Strategie

Het staat verzekeraars vrij om binnen de grenzen van de wet hun eigen strategie te voeren, het zijn private partijen. De afweging die zij hierin maken, maken zij om voor hen moverende redenen. Vragen die daarbij een rol zouden kunnen spelen, zijn bijvoorbeeld: waar wil ik naar toe als bedrijf? Wil ik de komende jaren groeien of juist na een aantal roerige jaren consolideren? Wil ik de fte's die ik tot mijn beschikking heb inzetten op veel verschillende producten, ook buiten de zorg om, om klanten een palet aan verzekeringen te bieden of juist alleen op een enkele basisverzekering? Het gaat om de richting die de verzekeraar op wil en de daarbij behorende allocatie van de middelen die de zorgverzekeraar tot zijn beschikking heeft. De strategie van de verzekeraar kan effect hebben op de kosten dan wel opbrengsten die de verzekeraar heeft. Wat betreft strategie constateren we dat we weinig kunnen zeggen over het effect van dit kenmerk op het toetsingskader: de effecten op kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en solidariteit zijn afhankelijk van de gekozen strategie.

We verwachten dat verschillen in strategie zich met name zullen voordoen tussen zorgverzekeraars die binnen een concern werken. De individuele zorgverzekeraars binnen het concern kunnen andere afwegingen maken voor wat betreft de allocatie van middelen kan verschillen en hun ambities voor de toekomst. Dit kan op concernniveau leiden tot inhoudelijk vergelijkbare polissen met verschillende premies. Artikel 17 lid 2 Zvw staat er niet aan in de weg om op basis van deze punten tot een andere premie te komen voor de verschillende risicodragers binnen een concern.

We verwachten dat op het niveau van de individuele risicodrager de verschillen tussen de door hem aangeboden polissen op grond van exploitatiekosten en teruggave reserves minimaal zijn. Het is in theorie mogelijk dat een zorgverzekeraar een nieuwe polis in de markt zet met een lage premie voor een snelle groei strategie. Een lagere premie voor deze polis is op dit moment alleen mogelijk wanneer de polis verschilt van de andere polissen van de risicodrager op de onderdelen genoemd in artikel 17 lid 2 Zvw (te verzekeren prestaties en keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders of aanbieders van overige diensten).

5.2 Marketing en Distributie

Marketing

Marketing is een breed begrip. Het hier besproken aspect van marketing betreft het meer 'technische' karakter van marketing als instrument. Hierbij denken we aan aspecten zoals naamsbekendheid, reputatie en mediagebruik door de zorgverzekeraar. Marketinginstrumenten worden door zorgverzekeraars met name ingezet tijdens de overstapperiode. In algemene termen gesteld, denken we hier aan de wijze waarop polissen door de zorgverzekeraar bekend worden gemaakt aan de verzekerden en welk imago zij de polissen geven.

Zorgverzekeraars maken keuzes voor wat betreft hun inzet op marketing. Dit is tevens afhankelijk van de strategie die de zorgverzekeraar wil voeren. Een snelle groei vraagt wellicht om een andere vorm van marketing dan consolidatie. Artikel 17 lid 2 Zvw staat er niet aan in de weg om een andere premie te vragen voor polissen die gelijk zijn in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw, maar worden aangeboden door verschillende risicodragers binnen een concern en waarvoor de marketing verschilt.

We verwachten dat er nauwelijks verschillen zijn tussen polissen op het gebied van marketing van de polissen van een individuele risicodrager. De marketing is vaak gericht op het merk en zelden op een individuele polis. Het is wel mogelijk dat een risicodrager zich in zijn marketing richt op een specifieke polis. De kosten voor deze marketing zou hij dan kunnen laten landen in de premie voor die desbetreffende polis. Dit is toegestaan, wanneer de polis verschilt in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw van de andere polissen die hij aanbiedt. Wanneer de aangeboden polissen gelijk zijn voor wat betreft de in artikel 17 lid 2 genoemde punten, is het hanteren van een andere premie op grond van verschil in marketing niet toegestaan. De NZa is van mening dat in dit laatste geval marketing ook niet meer is dan het opnieuw verpakken van hetzelfde product.

Aan marketing zijn tot nu toe relatief beperkte kosten verbonden. Tot op heden zien we in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt de kosten als gevolg van marketingactiviteiten niet of nauwelijks stijgen (in relatie tot totale beheerskosten).²¹ Kosten van marketing en distributie maken deel uit van de bedrijfskosten en landen in de premie. Marketingkosten hebben daarmee ook een beperkte invloed op de betaalbaarheid. Marketing als zodanig kan wel invloed hebben op de markt en daarmee gevolgen hebben voor de betaalbaarheid.

Met marketing bieden zorgverzekeraars eenvoudig inzicht in de doelgroep voor wie zij de polis bedoeld hebben. Ook draagt marketing bij aan de kennis van de consument over de verzekeraars (naamsbekendheid) en de polissen die zij aanbieden. Op deze manier wordt de verzekerde geïnformeerd over zijn keuze mogelijkheden. Marketing kan bijdragen aan transparantie van het polisaanbod voor verzekerden wanneer de marketing op een begrijpelijke wijze de onderscheidende kenmerken van de polis en/of zorgverzekeraar benadrukt en geen overbodige informatie biedt (verzekerden onder de 18 zijn gratis meeverzekerd). Het is bij uitstek een instrument om specifieke doelgroepen te bereiken die normaliter moeilijk te bereiken zijn. Aan de andere kant kan het een middel zijn om je als zorgverzekeraar specifiek op verschillende doelgroepen te richten. Bijvoorbeeld door de doelgroep in de naam van de polis te verwerken. Denk aan een “diabetespolis”, een “gezinspolis” of een “ouderenispolis”. Met dit soort marketing wordt aangestuurd op selectie van de verzekerden doordat de verzekeraar zich richt op een specifieke doelgroep. De toegankelijkheid en de solidariteit kunnen hierdoor (in vergaande mate) worden beïnvloed, ook als de verzekeraar iedereen, die zich voor zo’n polis meldt, moet accepteren op grond van de acceptatieplicht.

Marketing is een niet inhoudelijk kenmerk van de polis. De verzekerde ervaart geen verschil in de inhoud van de polis/aanspraak. Ook zijn er geen effecten van marketing op de kwaliteit van de zorg te verwachten.

Distributiekanaal

Polissen kunnen op verschillende manieren worden aangeboden aan consumenten. We onderscheiden (niet limitatief): directe verkoop (consument sluit rechtstreeks bij verzekeraar een overeenkomst),

²¹ In 2015 zijn ze iets gestegen ten opzichte van 2014, zie de NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016, p. 14 e.v..

verkoop (uitsluitend) via internet, via een tussenpersoon/volmacht en als een collectiviteit.

We verwachten dat verschillen in distributiekanaal zowel bij zorgverzekeraars die binnen een concern werken als bij zorgverzekeraars die dat niet doen, kunnen voorkomen. Het is een middel om de polis op een bepaalde manier aan te bieden. Het past bij de vrijheid van de zorgverzekeraar dat deze zijn polis op verschillende manieren te verspreiden. De wetgever biedt hiervoor reeds drie mogelijkheden: via een tussenpersoon, via een volmacht of via een collectiviteit.

We verwachten geen effecten van het distributiekanaal op de kwaliteit van de zorg. Het betreft hier slechts de keuze van de zorgverzekeraar om dezelfde polis langs verschillende wegen aan te bieden aan verzekerden. Hoewel we geen effect verwachten op kwaliteit, kan het zijn dat dergelijke constructies de betaalbaarheid niet ten goede komen. De zorgverzekeraar betaalt immers in enige vorm voor het afsluiten van een collectiviteit (korting) of voor een tussenpersoon (bemiddeling). Aan de andere kant is rechtstreekse verkoop of het uitsluitend via internet aanbieden van de polis, wellicht goedkoper. Dit kan de betaalbaarheid dan weer ten goede komen.

Voor wat betreft de toegankelijkheid kunnen via collectiviteiten en volmachten groepen aangeschreven worden die anders moeilijk(er) bereikbaar zouden zijn. Door zich alleen te richten op internet kan het zijn dat de verzekeraar een beperkte groep (potentiële) verzekerden juist niet bereikt. Als deze mensen wel worden bereikt, leidt dit voor hen mogelijk tot meer keuze informatie. Ook het distributiekanaal kan een middel zijn voor de zorgverzekeraar om specifiek bepaalde doelgroepen te bereiken. Bijvoorbeeld door te werken met een 'jongerenpolis' (communicatie uitsluitend online), of een 'ouderenpolis' (een polis afsluiten ook in fysieke winkels mogelijk). Een bepaald distributiekanaal kan een specifieke doelgroep aanspreken. Hierdoor worden de toegankelijkheid en de solidariteit beïnvloed.

5.3 Productdifferentiatie

Onder productdifferentiatie verstaan we de kenmerken van polissen die:

- voor consumenten onderscheidend (kunnen) zijn;
- en
- aanleiding kunnen zijn voor een verschil in prijsstelling.

Productdifferentiatie wordt in het algemeen gebruikt om consumentenvoorkeuren te creëren of op bestaande voorkeuren te reageren. Verschillen tussen producten kunnen leiden tot het creëren van niche markten en het kan leiden tot een heterogeen productaanbod.

We hebben vormen van productdifferentiatie ingedeeld in een vijftal categorieën:

- De aanspraak van de verzekering;
- Premie en kortingen;
- Dienstverlening aan de verzekerde;
- De wijze waarop resp. mate waarin de keuze van een verzekerde voor een zorgverlener d.m.v. de verzekeringsvoorwaarden wordt beïnvloed;
- De wijze waarop het verzekeringsaanbod inspeelt op de zorgbehoefte van specifieke groepen consumenten of patiënten.

We merken op dat verzekeraars bij hun aanbod zowel de gezonde verzekerde (de verzekerde die geen of weinig zorg gebruikt) een

passend product moet bieden als de verzekerde met een hoge zorgvraag. Deze groepen zullen bepaalde productkenmerken waarschijnlijk ook anders waarderen. Daarbij merken we op dat de genoemde kenmerken allen polis-gebonden zijn. Ze bepalen dus direct het product wat de verzekerde krijgt. Wanneer de verzekerde gebruik maakt van zorg bepaalt zijn polis de vergoeding dan wel voorwaarden.

Aanspraak van de verzekering

De Zorgverzekeringswet kent twee vormen van de aanspraak: de naturapolis en de restitutiepolis. Terwijl een naturapolis recht geeft op zorg, geeft een restitutiepolis recht op vergoeding van kosten van zorg. Er zijn dus wezenlijke juridische verschillen tussen deze twee typen aanspraken. Daarnaast verschillen, als gevolg van het verschil in aanspraak, in beginsel ook de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet ontstonden echter veel 'mengvormen'. Dit was aanleiding voor ons om in de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten de definitie van de restitutiepolis aan te scherpen.²² In deze theoretische beschouwing kunnen we slechts in beperkt mate ingaan op het onderscheid natura/restitutie, omdat het geworteld is in het huidige zorgstelsel.

In beginsel biedt de naturapolis via de inkoop van zorg de zorgverzekeraar de meeste kans om invloed uit te oefenen op de uitgaven aan en de kwaliteit van zorg. In theorie levert deze polis dus een grote bijdrage aan de kwaliteit van zorg en de betaalbaarheid van zorg, omdat de zorgverzekeraar hier zijn rol als inkoper voor zijn verzekerden het beste kan waarmaken. We zien in de monitor verzekeringsmarkt dat het marktaandeel van de naturapolis al een aantal jaren toeneemt. Bij de restitutiepolis is die invloed geringer. Daarom zou een restitutieverzekering in theorie duurder zijn, maar in de praktijk zien we een aanzienlijke spreiding van premies (zowel voor de natura- als de restitutiepolissen). Ook biedt de restitutiepolis in theorie een grotere toegankelijkheid tot aanbieders, omdat de zorgverzekeraar daar minder op kan sturen.

Premie en kortingen

De wet kent twee kortingsmogelijkheden: een premiekorting bij een vrijwillig eigen risico (art. 20 lid 2 Zvw) en een korting bij collectieve verzekeringen (art. 18 Zvw). De verzekeraar is niet verplicht deze kortingen aan te bieden. In de praktijk zien we dat veel verzekeraars dat wel doen. Voor beide zowel korting via een collectiviteit als voor een korting bij een vrijwillig eigen risico gelden over het algemeen dezelfde voor- en nadelen. Om deze reden behandelen we ze tegelijk.

De wetgever heeft er voor gekozen om twee uitzonderingen te maken op het geven van premiekorting. Dat hiermee wordt geschoven in de inkomens- en/of risicosolidariteit is evident. Voor wat betreft het vrijwillig eigen risico constateren we een stijging in de afgelopen jaren van verzekerden die hier gebruik van maken. Het is namelijk vooral interessant voor verzekerden die geen gebruik maken van zorg. Het biedt de mogelijkheid voor een lagere premie aan verzekerden die wel de volledige premie betalen, maar geen gebruik maken van zorg.

²² Artikel 29.3 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten luidt: 'De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' enkel om polissen te beschrijven die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zorgverzekeringswet en daarnaast geen beperking kennen van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.'

De korting via collectiviteiten bedraagt maximaal 10% van de basispremie. Er wordt veel gebruik gemaakt van collectieve verzekeringen, ca. 67% van de verzekerden was in 2016 aangesloten bij een collectief.²³ Veel zorgverzekeraars, hetzij zelfstandig hetzij als onderdeel van een concern, maken gebruik van de mogelijkheden die de wetgever hier biedt. Gezien het grote aantal verzekerden dat hier gebruik van maakt en de mogelijkheid van een premiekorting van maximaal 10% is dit een belangrijk kenmerk.²⁴

Premiekortingen en collectiviteiten hebben een voordeel voor individuele verzekerden, namelijk een lagere premie mits deze gebruik maken van een korting of collectiviteit. Keerzijde kan zijn dat de korting voor de collectief verzekerden wordt betaald uit een opslag op de premie die voor de verzekerden zonder collectief geldt.²⁵ Wanneer in de collectiviteit zorginhoudelijke afspraken zijn gemaakt, kan dit bijdragen aan de betaalbaarheid (denk hierbij aan afspraken met betrekking tot preventie). Wij hebben eerder al aangegeven twijfels te hebben over of dit in de praktijk gebeurt. Hoewel dit kenmerk dus bij de polisgebonden kenmerken staat vanwege het theoretische effect op de zorgervaring, betwijfelen wij of dit effect in de praktijk ook aanwezig is.

De collectiviteit is een vrij uniek kenmerk in deze analyse. Op dit punt staat de wet het opnieuw verpakken van dezelfde polis toe en maakt het mogelijk om voor deze herverpakte versie een andere premie te vragen. Dergelijke collectiviteiten veranderen dan ook niets in de aanspraken voor verzekerden. Door dezelfde polis rechtstreeks en via een collectiviteit aan te bieden ontstaat een extra keuze voor de consument en verschillende prijzen voor dezelfde polis (zie voorbeeld). Hoewel een verzekerde niet kan kiezen uit alle aangeboden collectiviteiten, ontbreekt een toegankelijk overzicht van voor de verzekerde beschikbare collectiviteiten. Dit komt de transparantie voor de verzekerde niet ten goede.

Voorbeeld collectiviteiten

Twee zorgverzekeraars, A en B, beiden onderdeel van hetzelfde concern, bieden dezelfde polis aan. Zorgverzekeraar B doet dat via een collectiviteit, zorgverzekeraar A niet. De polis van A kost 100 euro. Zorgverzekeraar B biedt 10% korting aan op de collectiviteit, waar 70% van zijn klanten gebruik van maakt. Gegeven dat B verder dezelfde kosten heeft als A, is de verwachting dat B dezelfde opbrengsten moet hebben. Hij stelt daarom de premie op 107 euro. De mensen in de collectiviteit betalen ongeveer 97 euro.

Voor de macrobetaalbaarheid maakt het niet uit. Toch zijn er nu drie verschillende prijzen ontstaan voor dezelfde polis: via de collectiviteit wordt de polis aangeboden voor 97 euro, zonder collectiviteit kost deze 100 of 107.

Dienstverlening aan de verzekerde

Zorgverzekeraars zijn vrij in hun keuzes ten aanzien van service. Zij bepalen wat zij passende service vinden voor hun verzekerden. De ene zorgverzekeraar zet in op service langs de digitale weg door te maken van gebruik van internet, een chatfunctie op de website en bereikbaarheid van de klantenservice via whatsapp. Zo wil deze verzekeraar zijn verzekerden snel kunnen helpen zonder dat ze er de

²³ Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2017.

²⁴ Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2017, p. 26.

²⁵ Dit kan leiden tot omgekeerde solidariteit: de niet-collectief verzekerden betalen mee aan de korting voor collectief verzekerden.

deur voor uit hoeven. Een andere zorgverzekeraar zet in op persoonlijk contact. Daartoe heeft hij fysieke winkels in stadscentra, waar verzekerden door medewerkers te woord worden gestaan. Artikel 17 lid 2 Zvw voorkomt op dit punt niet de mogelijkheid om de premiegrondslag te differentiëren van verschillende polissen van zorgverzekeraars in een concern.

Binnen een risicodragers zijn de verschillen in service tussen de door hem aangeboden polissen doorgaans klein. De verschillen tussen de servicekosten zou de zorgverzekeraar kunnen laten landen in de premie voor die desbetreffende polis. Dit is toegestaan als de polis ook verschilt op een van de punten genoemd in artikel 17 lid 2 Zvw.

In het ACM/NZa onderzoek naar concurrentie tussen de vier grote verzekeraars, staat onder meer dat de verzekeraars zich op met name advies en informatie meer kunnen onderscheiden.²⁶ Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan adviezen aan zorggebruikers over zorgverlening, maar ook over de meest geschikte verzekering. Ook zorgbemiddeling is hier een belangrijk onderdeel van. Betere dienstverlening in de vorm van voorlichting over de meeste geschikte verzekering kan de verzekerde helpen om een betere prijs/kwaliteit verhouding te vinden. Dit kan de betaalbaarheid ten goede komen. Het is echter een nadeel als de kosten voor dienstverlening leiden tot hogere premies.

In lijn met het eerder genoemde onderzoek denken wij dat service een relevant keuzecriterium kan zijn voor de verzekerde. Als een zorgverzekeraar meer inzet op service, is dat een voordeel voor de verzekerde en die kan daar dan voor kiezen. Adequate zorgbemiddeling draagt bovendien bij aan een betere toegankelijkheid van zorg voor verzekerden. Fysieke winkels kunnen voor bepaalde groepen de toegankelijkheid tot hun zorgverzekeraar verbeteren.

Mogelijk kan de aangeboden service leiden tot zelfselectie. Zo zou het kunnen dat zorggebruikers service hoger waarderen dan niet-zorggebruikers. Aan de andere kant: goede service kan leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Concurrentie tussen zorgverzekeraars op dit aspect zou kunnen leiden tot betere dienstverlening. Een goede advisering van de verzekerde door de zorgverzekeraar kan leiden tot een beter geïnformeerde keuze voor een bepaalde zorgverlener. Service kan dus een rol spelen in de keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar, al speelt dit in misschien met name een rol bij de beslissing om al of niet van zorgverzekeraar te wisselen. Daarbij is de ervaring van de verzekerde met dienstverlening door de verzekeraar waarschijnlijk doorslaggevend.

Keuze voor een zorgaanbieder

Bij de invoering van de zorgverzekeringswet was selectieve inkoop door de zorgverzekeraar door de wetgever voorzien. De hoop was dat dit een belangrijke impuls zou geven aan de concurrentie tussen zorgverzekeraars. De verzekerde zou kunnen kiezen voor de verzekeraar die zijn voorkeursaanbieders contracteert. Bovendien wordt de contractering gezien als een belangrijk instrument voor de zorgverzekeraars om te sturen op doelmatigheid en kwaliteit van zorg.

De keuze van verzekerden voor een zorgaanbieder kan op verschillende manieren worden beïnvloed. Denk bijvoorbeeld aan de omvang van het

²⁶ Rapport ACM en NZa, 'Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars', d.d. juni 2017 aangeboden aan de Kamer bij brief d.d. 3 juli 2017, Kamerstukken 2016-2017, 29 689, nr. 836.

gecontracteerde aanbod, de hoogte van de vergoeding bij niet gecontracteerde zorgaanbieders, kwaliteitseisen, machtigingseisen en teruggave eigen risico. Alle genoemde vormen van beïnvloeding bieden de verzekeraar de mogelijkheid om het gedrag van zijn verzekerden te beïnvloeden hetzij via een inhoudelijke, hetzij via een financiële prikkel. Daarmee kan de zorgverzekeraar tot op zekere hoogte sturen op zijn kosten. Informatie die van belang is voor de keuze van een zorgverlener is voor de verzekerde belangrijke (keuze) informatie, omdat dit van invloed is op de mogelijkheden voor de verzekerde om zijn recht tot zorg uit te oefenen. De wetgever biedt de verzekeraar alle ruimte om dergelijke instrumenten in te zetten: het niet van toepassing verklaren van het verplicht eigen risico in het Besluit zorgverzekering, regels over verwijzingen in de zorgverzekeringswet (artikel 14 Zvw). Tegelijkertijd loopt er dit moment een rechtszaak over cessie-verboden en machtigingen in de wijkverpleging. De jurisprudentie over deze mogelijkheden tot sturing door de zorgverzekeraar is nog niet eenduidig.

In principe hebben de meeste van deze sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraar een positief effect op de betaalbaarheid en kwaliteit. Ze beogen immers de verzekerde van een niet-gecontracteerde aanbieder naar een door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder te sturen. Met deze laatste aanbieders zijn afspraken gemaakt over het betaalbaar houden van de zorg. Daarmee zou de indruk kunnen ontstaan dat de sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraar de toegankelijkheid in de zin van een vrije keuze van de verzekerde voor een zorgverlener niet ten goede te komen. Dit vergt enige nuancering. In de praktijk is het voor verzekerden nog steeds mogelijk om voor polissen te kiezen met een beperkt aantal van dergelijke voorwaarden. Verder wordt met name het niet gecontracteerde gedeelte minder toegankelijk gemaakt. Gegeven dat de contracteergraad vrij hoog is, gaat dit om een beperkte groep. In een recent onderzoek van VWS wordt geconcludeerd dat de ongecontracteerde wijkverpleging minder doelmatig werkt.²⁷ In dat kader zou het wellicht goed zijn wanneer de toegankelijkheid daartoe wordt verminderd.

In theorie kunnen voorwaarden met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening bijdragen aan de kwaliteit van de zorg. Bijvoorbeeld door hierover in contracten afspraken te maken of aan te sluiten bij kwaliteitskaders. Ook is het in de praktijk voorgekomen dat een zorgverzekeraar aanvullende kwaliteitseisen oplegt, zoals een minimum aantal behandelingen, die in loop der tijd de standaard zijn geworden. Het kan zijn dat verzekerden die verwachten geen gebruik te maken van zorg minder waarde hechten aan deze voorwaarden met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening. Daardoor kan een vorm van zelfselectie optreden die effect heeft op de solidariteit.

Wettelijke mogelijkheden voor specifieke groepen verzekerden

Een zorgverzekeraar mag zich met zijn polis richten op een bepaalde doelgroep. Er zijn verschillende subvormen te onderscheiden:

- producten met een regionale focus;
- samenwerking met de gemeente;
- polis op basis van levensbeschouwelijke kenmerken.

Onder regionale focus verstaan we de mate waarin een zorgverzekeraar zich vooral regionaal manifesteert. Hierbij denken we aan experimenten in de inkoop, lokale (netwerk-) afspraken etcetera. Het aanbieden van een regionale polis (of optreden als regionale verzekeraar bij minder dan 850.000 verzekerden) is daar een variant op. Potentiële algemene voordelen zijn dat lokaal maatwerk kan worden ingekocht (de verzekeraar kent de regio); voor de zorgverzekeraar kan het een nadeel

²⁷ Kamerbrief Minister De Jonge over ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging, d.d. 12 april 2018.

zijn dat hij bij problemen altijd als eerste wordt aangekeken (met name als de regiofocus gepaard gaat met een relatief groot regionaal marktaandeel, iets wat vaak het geval zal zijn). Dit is echter vanuit de publieke doelen eerder een voordeel. Er zijn tegenwoordig nog enkele polissen met een uitgesproken regionale focus.

Zorgverzekeraars die in sterke mate hun inkoop afstemmen op het sociale domein, hebben een kostennadeel: de uitvoeringskosten hiervan liggen waarschijnlijk hoger, omdat het aantal gebruikers van Wmo en jeugdzorg relatief laag is ten opzichte van het totaal aantal verzekerden voor de Zorgverzekeringswet. Polissen die hier specifiek op inspelen zullen als relatief duur worden ervaren.

Een polis die rekening houdt met levensbeschouwelijke aspecten wordt in Nederland beperkt aangeboden (Pro Life). Deze vergoedt geen verstrekkingen voor behandelingen die in strijd zijn met de christelijke levensvisie. Dit is op grond van artikel 11 lid 5 van de Zvw toegestaan: "Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven." De zorgverzekeraar kan de basisverzekering dus niet uitbreiden, zoals met besnijdenis om religieuze redenen.

Voor wat betreft de toegankelijkheid geldt dat bij polissen met een bepaalde levensbeschouwelijke insteek of polissen die zich op een regio richten, de toegankelijkheid van de zorgverzekering en zorg kan verbeteren voor die verzekerden die hier behoefte aan hebben. Afhankelijk wat wordt afgesproken kan het effect hebben op de kwaliteit en/of betaalbaarheid. Het heeft effect op de solidariteit omdat er voor specifieke groepen, mensen met een bepaalde levensbeschouwing, mensen die ook (verwachten) gebruik maken van gemeentelijke zorg of verzekerden die in een regio wonen, voordeel kan opleveren, ervan uitgaand dat de polis aansluit bij behoefte en wensen van deze verzekerden. Het leidt uiteindelijk echter ook tot meer polissen, wat ten koste kan gaan van de transparantie.

6. Conclusies en aanbevelingen

6.1 Huidig wettelijk kader gelijke polissen

Artikel 17 Zvw richt zich tot zorgverzekeraars, niet tot concerns. De varianten van de zorgverzekering die de verzekeraar aanbiedt, moet dezelfde premiegrondslag hebben als deze verzekeringen niet verschillen voor wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11 lid 1 Zvw (natura of vergoeding van zorg) en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Op basis van de wet en de toelichting kan niet worden aangenomen dat de wetgever als regel heeft willen formuleren dat uitsluitend een wezenlijk of significant verschil een verschillende premiegrondslag kan rechtvaardigen.

Met de in artikel 17 lid 2 Zvw bedoelde 'keuzemogelijkheden' heeft de wetgever tot uitdrukking willen brengen dat ook verschillen in keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders tot verschillen in premiegrondslag mogen leiden. Daarbij heeft de wetgever toegelicht: "Zo mag voor een zorgverzekeringsvariant krachtens welke de verzekerde – afgezien van de mogelijkheid van artikel 13 Zvw – slechts naar een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders ("preferred providers") mag, een andere premie worden vastgesteld dan voor een variant krachtens welke de verzekerde naar vele gecontracteerde aanbieders mag." Daarnaast heeft de NZa in een specifieke casus geconcludeerd dat ook een verschil in hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg als verschil in keuzemogelijkheden in de zin van 17 lid 2 Zvw moest worden beschouwd.

In de regelgeving van de NZa is in het kader van transparantie over gelijke en nagenoeg gelijke polissen een bepaling opgenomen die zorgverzekeraars verplicht tot het publiceren van een overzicht van de gelijke en nagenoeg gelijke polissen die zij zelf aanbieden dan wel binnen het concern waartoe zij behoren, worden aangeboden. Onder nagenoeg gelijke polissen wordt in dat kader verstaan: polissen die marginaal van elkaar verschillen voor wat betreft de te verzekeren prestaties of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten.

6.2 Theoretische analyse kenmerken polissen

De tweede vraag van de Minister betrof het ontwikkelen van een theoretisch kader met kenmerken op basis waarvan polissen als gelijk of vergelijkbaar kunnen worden beschouwd. Hiertoe hebben wij een indeling gemaakt van de mogelijke kenmerken op basis van drie typen kenmerken: bedrijfsvoering (exploitatiekosten, strategie), marketing en distributie (merkbeleving, reclame-uitingen en distributiekanaal) en productdifferentiatie (aanspraak, premie en kortingen, dienstverlening, keuze voor een zorgaanbieder en gericht op specifieke groepen). Deze kenmerken hebben we getoetst op hun effect op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Daarnaast is gekeken naar het effect van dat kenmerk op de solidariteit, de keuzevrijheid van de consument, de vrijheid van de zorgverzekeraar en concernrelaties. Voor alle kenmerken wijst onze theoretische analyse uit dat er voor- en nadelen zijn bij het wel of niet toestaan van premiedifferentiatie.

Bij de kenmerken in het cluster 'productdifferentiatie', de polisgebonden kenmerken, is het evident dat differentiatie leidt tot een groter en een onderscheidend aanbod voor consumenten en dus tot meer keuzemogelijkheden voor de verzekerde. De niet polisgebonden

kenmerken, zoals de kosten voor de bedrijfsvoering en de teruggave van de solvabiliteitsreserves, leiden tot verschillen in de premie, maar niet tot meer differentiatie in het zorginhoudelijke aanbod. Het verminderen van de mogelijkheden om te differentiëren op basis van relevante kenmerken, leidt tot een beperking van de mogelijkheden van de zorgverzekeraar om met zijn polis in te spelen op de wensen en behoeften van de verzekerde. Dat betekent minder mogelijkheden tot variatie in het aanbod en daarmee minder keuze voor de verzekerde ten opzichte van de huidige situatie. Op basis van onze theoretische analyse vragen wij ons af in hoeverre het verminderen van het aantal kenmerken waarop een zorgverzekeraar met zijn polis kan differentiëren en een premieverschil kan legitimeren, tot een verbetering van het keuzeproces voor de verzekerde kan leiden.

6.3 Aanbevelingen

Bij het uitwerken van dit advies aan de Minister hebben we ook de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt in ogenschouw genomen. Sinds de invoering van de huidige Zorgverzekeringswet kan de verzekerde elk jaar overstappen naar een andere verzekeraar die hem moet accepteren. Jaarlijks maken ongeveer één miljoen verzekerden gebruik van die mogelijkheid. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn veel individuele zorgverzekeraars opgegaan in een concern. De zorgverzekeraars binnen een dergelijk concern kunnen bedrijfskosten, opbrengsten en kosten onderling verrekenen. Dit heeft invloed op de premie. Hoewel het aanbod door de opkomst van concerns niet wezenlijk is beïnvloed, heeft dit wel effect op de zorgverzekeringsmarkt. In de consultatie van dit advies werd opgemerkt dat concerns de interne concurrentie kunnen beperken door een intern afgestemde multi-distributie en multi-label strategie. Zo kunnen zij zich richten op verschillende deelsegmenten van de verzekerdenpopulatie. Met deze ontwikkeling lijkt onvoldoende rekening te zijn gehouden bij de invoering van de Zorgverzekeringswet.

Naar onze mening verdient het aanbeveling om de gesignaleerde ongelijkheid tussen verzekeraars en concerns verder te onderzoeken. Nu artikel 17 lid 2 Zvw niet van toepassing is op concerns, is het voor hen mogelijk om vergelijkbare verzekeringen tegen een andere premie aan te bieden, iets wat voor de individuele verzekeraar niet is toegestaan. Het voorgestelde onderzoek zou zich ook kunnen richten op de vraag of het uitbreiden van de werkingssfeer van artikel 17 lid 2 Zvw tot concerns meerwaarde heeft voor de keuzeruimte en het keuzeproces van de verzekerde. Daarbij verdient het aanbeveling om bij een eventueel onderzoek ook de consequenties voor de kosten van de bedrijfsvoering en de teruggave van de solvabiliteitsreserves te betrekken. Tenslotte zou aandacht moeten worden besteed aan de juridische haalbaarheid van het uitbreiden van artikel 17 lid 2 Zvw.

De Minister noemt in zijn brief van 24 januari 2018 ook de volmachten en de collectiviteiten. Wat ons betreft vragen met name de collectiviteiten om speciale aandacht. Niet alleen vanwege het aantal aanbieders van collectiviteiten, maar ook vanwege de mogelijkheid die de Zorgverzekeringswet biedt om in geval van een collectiviteit een relatief grote premiekorting (van maximaal 10%) op de premiegrondslag te geven, zonder dat daar een zorginhoudelijke grondslag voor nodig is.²⁸ In dit verband wijzen we op ons eerdere rapport over collectiviteiten waarin aandacht wordt besteed aan de mogelijkheid van een eis van (zorg)inhoudelijke afspraken met collectiviteiten, zodat een collectiviteit

²⁸ Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017, p. 26.

zorginhoudelijk meerwaarde kan hebben.²⁹ Tenslotte constateren we dat de onoverzichtelijkheid van het polisaanbod ook samenhangt met het aanbod aan aanvullende verzekeringen naast de basisverzekering (waar deze opdracht op zag). De zorgverzekeraar is vrij om de aanvullende verzekeringen naar eigen inzicht vorm te geven.

²⁹ Monitor Collectieve zorgverzekeringen, september 2016.