

Vergaderjaar 2006–2007

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 148

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 juli 2007

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft dit jaar een aantal rapporten gepubliceerd over de werking van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de zorg(verzekerings)markt. Ik bied u hierbij de volgende (vier) rapporten aan¹:

1. Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt
2. Richting geven aan keuzes
3. Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007
4. Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringswet.

Elk rapport is door de NZa voorzien van een samenvatting. Met deze brief geef ik een reactie op de belangrijkste onderdelen van de rapporten. Ik heb met genoegen geconstateerd dat de rapporten een schat aan relevante praktijkinformatie bevatten, en dat er een positief beeld uit naar voren komt van een dynamische zorgverzekeringsmarkt waarop volop concurrentie plaatsvindt en waarin de diverse actoren zich in toenemende mate ontwikkelen en manifesteren. Dat neemt niet weg dat verbeteringen mogelijk, en ook noodzakelijk zijn. Dat geldt met name voor de zorginkoop, waarop het als tweede genoemde rapport ingaat. De rapporten geven voorts op veel plaatsen een goed inzicht in de ontwikkeling op terreinen waarover mijn ambtsvoorganger gedurende de parlementaire behandeling van de Zorgverzekeringswet had toegezegd die te zullen volgen. Die toezeggingen, waaraan ik met de aanbidding van deze rapporten kan voldoen, hadden betrekking op: het voorkomen van risico-selectie via collectieve contracten en ontkoppeling van basis- en collectieve contracten; de overstap van de ene naar de andere verzekeraar; de vraag in hoeverre nominale premies zijn gaan verschillen, of en waarom verzekeraars consumenten weigeren voor een aanvullende verzekering, welke vergoedingen men kiest en waarom, of mensen met een smalle beurs een hoog eigen risico kiezen, en of de vrije artskeuze in de knel is gekomen; het er op toezien dat verzekeraars ruim contracteren om zich aan hun zorgplicht te houden; herinvoering van de contracteerplicht als tweedeling in polissen voor rijken en armen zou ontstaan; mogelijke kruis-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

subsidieëring via collectieve contracten; het verloop van de geschillenbeslechting; de mate van invloed van verzekeren op beleid verzekeraar, met name op het inkoopbeleid.

1. Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt

In maart dit jaar heeft de NZa een rapportage uitgebracht over het begrip kruissubsidieëring. Dit is een bedrijfeconomische term die wordt gebruikt als ondernemingen de winst die ze op een bepaald product behalen gebruiken om een minder winstgevend of verlieslatend product aan te kunnen blijven bieden.

Relatie met collectiviteiten

De afgelopen twee jaar is de term kruissubsidieëring het vaakst gebruikt in verband met de wettelijke mogelijkheid van premiekorting op collectieve contracten. Critici van de mogelijkheid van collectieve contracten meenden dat uiteindelijk de individuen die geen toegang hebben tot collectiviteiten de dupe zouden zijn, omdat zij de kortingen betalen van de collectief verzekerden.

De praktijk van vorig jaar wees al uit dat er feitelijk geen aanwijsbare groepen zijn die geen toegang hebben tot collectiviteiten. Dit jaar is de toegang tot collectiviteiten voor iedereen alleen nog maar verbeterd door de toename van de «open collectiviteiten».

De NZa voegt daar in zijn rapportage over kruissubsidieëring aan toe dat de economische redenering van de critici niet klopte. Omdat collectiviteiten en individuele polissen substituten van elkaar zijn, kun je de kosten van het éne product niet afwentelen op de prijs van de andere omdat de consument de duurdere niet neemt. Een andere boodschap van de NZa is dat de kortingsmogelijkheid voor collectiviteiten juist goed is voor iedereen; ook voor de individuele polishouder. Dat komt omdat de collectiviteiten de dynamiek en concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt extra hebben aangewakkerd, waardoor alle premies lager zijn dan in de situatie zonder de kortingsmogelijkheid. Met betrekking tot collectiviteiten komt de NZa tot de volgende conclusies:

- Er is geen mechanisme waardoor individuele polishouders de korting van de collectief verzekerden betalen. Er zijn ook geen aanwijzingen dat verzekeraars misbruik maken van marktmacht door collectieve polissen tegen een te lage prijs aan te bieden of individuele polissen tegen een te hoge prijs.
- Het verkleinen van de bandbreedte van 10% korting op collectieve contracten brengt het risico dichterbij dat de concurrentiedynamiek op de zorgverzekeringsmarkt verslapt en dat de prijzen van beide typen polissen zullen stijgen.

Relatie met de aanvullende verzekering

De kans dat er kruiselingse subsidieëring plaatsvindt van de aanvullende verzekering door de zorgverzekering acht de NZa wel aanwezig, omdat de twee verzekeringsproducten elkaar niet vervangen maar aanvullen. De verzekeraar kan het pakket van de aanvullende verzekering net zo breed of gedifferentieerd maken als hij wil en hij hoeft niet iedereen te accepteren. Het risico bestaat dat er dan «koppelverkoop» optreedt. Als consumenten sterk gehecht zijn aan hetgeen de aanvullende verzekering hen biedt en ze hebben geen zekerheid of ze dat ook bij een andere verzekeraar kunnen kopen, kunnen ze geneigd zijn voor hun aanvullende verzekering een (te) hoge premie op de koop toe te nemen en niet van zorgverzekeraar te wisselen.

In de monitor 2006 en ook in die van 2007 heeft de NZa gemeld geen signalen van dit soort praktijken te hebben opgevangen. Sterker nog, naar nu blijkt is acceptatie van verzekerden voor de aanvullende verzekeringen

zo breed en is de concurrentie zo scherp dat ook op de aanvullende verzekeringen verlies wordt geleden.

Conclusie

Op grond van de bevindingen van de NZa zie ik vanuit het perspectief kruissubsidiëring momenteel geen aanleiding om de regelgeving ten aanzien van de kortingsmogelijkheid bij collectieve contracten aan te passen. De NZa blijft de ontwikkelingen nauwgezet volgen.

2. Richting geven aan keuzes

In de rapportage *Richting geven aan keuzes* (mei 2007) geeft de NZa een beeld van de rol die verzekeraars (kunnen) spelen als intermediair tussen verzekerden en zorgaanbieders; de zorginkoopmarkt. Terwijl de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt overduidelijk zichtbaar is, is dat op de zorginkoopmarkt nog niet het geval. Verzekeraars zijn nog niet echt selectief efficiënte en kwaliteit leverende voorkeursaanbieders aan het contracteren om hun verzekerden te bewegen bij deze aanbieders hun zorg te halen. Van een doorwerking van de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt naar de zorginkoopmarkt is nog nauwelijks sprake.

Gezien de aandacht die de verzekeraars in het afgelopen jaar moesten geven aan de administratieve en commerciële gevolgen van de stelselovergang, komt dit niet als een verrassing. Naast de factor tijd, signaleert de NZa ook een vijftal mogelijke andere factoren die verdergaande concurrentie op de zorginkoopmarkt in de weg (kunnen) staan.

1. Onduidelijkheid over hoogte restitutievergoeding

Als eerste noemt de NZa de door verzekeraars gevoelde onzekerheid over de interpretatie van de Zvw als het gaat om de hoogte van de restitutievergoeding die een verzekeraar nog mag hanteren als de verzekerde met een polis voor gecontracteerde zorg naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Voorzover de onzekerheid voortkwam uit onduidelijkheid van de Zvw op dit punt geldt dat een restitutievergoeding acceptabel is, mits de verzekeraar voldoet aan zijn zorgplicht (lees: voldoende en kwalitatief toereikende zorg gecontracteerd heeft)¹ en mits voor de verzekerden volstrekt duidelijk is welke restitutievergoeding de verzekeraar hanteert als de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

2. Onvoldoende zorgaanbod

De NZa stelt dat zowel de consument als de verzekeraar uitsluitend keuzes kan maken bij een voldoende aanbod van zorgverleners. De NZa constateert dat een op aantal deelmarkten onvoldoende aanbieders actief zijn, waardoor daar nog wachtlijsten bestaan.

Met de NZa ben ik van mening dat het aanbod van zorgverleners voldoende moet zijn. In reactie op het Capaciteitsplan heeft mijn ambtsvoorganger in januari 2006 laten weten dat een zeker overschot van zorgverleners wenselijk is. Het advies van het Capaciteitsorgaan om de instroom van medisch specialisten in opleiding te verlagen is destijds niet overgenomen, om zodoende een ruimer aanbod van zorgverleners te creëren. Het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) is bovendien verzocht om met een voorstel te komen om de zogenoemde tekortspecialismen tegen te gaan. Dit naar aanleiding van het ECRi-rapport dat ik u in februari heb toegezonden. Ik verwacht het voorstel van het CBOG in de loop van dit jaar.

Naast kwantiteit verdient ook kwaliteit van opleidingen en zorgverleners de aandacht te krijgen. De in gang gezette moderniseringstrajecten van de medische vervolgoopleidingen en de te ontwikkelen kwaliteitsindicatoren moeten bijdragen aan voldoende, goed opgeleide zorgverleners.

¹ Uit de Monitor 2007 blijkt dat het aantal verzekerden met een basisverzekering met bijbetaling voor niet gecontracteerde zorg in 2007 ruim 40% is, en daarmee stabiel is gebleven ten opzichte van 2006.

3. Onvoldoende inzicht in de kwaliteit van de aangeboden zorg

De NZa wijst hier op een procedurele en een inhoudelijke tekortkoming. De procedurele is de in de ogen van de NZa verkeerde volgorde tussen het verkopen van polissen en het contracteren van zorg. Daardoor kunnen verzekerden niet weten welk zorgaanbod bij de polis hoort. De NZa gaat dit onderzoeken en overleggen met alle partijen om te zien of dit anders kan.

Inhoudelijk is volgens de NZa onvoldoende duidelijk aan welke eisen de keuzeinformatie moet voldoen. Daartoe gaat de NZa een normenkader opstellen aan de hand waarvan kan worden opgetreden als de transparantie onvoldoende is. Eventueel gaat de NZa in samenwerking met de IGZ transparantie-eisen opleggen.

Met de op de inhoud van de keuzeinformatie gerichte aanpak van de NZa stem ik van harte in. Over de kwestie van de volgorde heb ik op dit moment nog geen uitgesproken oordeel, mede gezien de haken en ogen die daaraan mogelijk verbonden zijn en die raken aan de planning en control-cyclus bij verzekeraars. Weliswaar is het op dit moment zo dat de meeste verzekeraars nagenoeg al het beschikbare aanbod contracteren, maar op het moment dat de verzekerden kritischer worden ten aanzien van (de kwaliteit van) het zorgaanbod zullen verzekeraars wel noodzaak zijn de volgorde om te draaien. En in de toekomst zullen zij daartoe zij dan ook in staat moeten zijn. Het door de NZa aangekondigde overleg met alle partijen is inderdaad de beste manier om dit punt nader uit te werken.

4. Onvoldoende inkoopvoordelen

Er zit volgens de NZa nog onvoldoende directe beloning voor verzekeraars in het selectief contracteren van zorg. Dat komt enerzijds door te weinig flexibiliteit in de prijsvorming en anderzijds door een te sterke (ex-post) verevening van de door verzekeraars behaalde efficiencywinst bij de zorginkoop.

De NZa gaat zelf systematisch onderzoeken op welke markten meer onderhandelingsvrijheid aan partijen kan worden gegeven. Daarnaast doet de NZa twee aanbevelingen aan de minister van VWS:

- Ga door, conform ook hetgeen hierover is opgenomen in het coalitieakkoord, op de ingeslagen weg om de zorgaanbodkant verder te dereguleren (20% vrije prijzen etc).
- Bouw de ex post correcties in het vereveningssysteem, die bij verzekeraars de prikkel wegnemen om selectief te contracteren, verder af.

Beide aanbevelingen sluiten aan bij mijn intenties. Over het verder loslaten van de prijzen heb ik u op 13 juni een beleidsbrief doen toekomen. Over de afbouw van de ex post correcties heeft mijn voorganger u in januari geïnformeerd¹. In die brief wordt ook uitgelegd dat de uitvoering van beide aanbevelingen hand in hand moeten gaan, zodat de financiële risico's bij verzekeraars en aanbieders gelijktijdig worden vergroot.

5. Huisarts houdt geen rekening met voorkeursbeleid verzekeraar

Uit de rapportage blijkt dat informatie van de huisarts, eigen ervaringen en eigen onderzoek de belangrijkste informatiebronnen zijn bij de keuze van zorginstellingen. De huisarts is dus een belangrijke speler. De NZa laat deze constatering uitmonden in de vervolgstap te onderzoeken of er een experiment gestart kan worden om de huisarts – bijvoorbeeld met gebruikmaking van informatiesystemen – een betere keuze voor een aanbieder te laten maken.

Allereerst is van belang dat de invoering van het nieuwe stelsel deels nog maar net achter ons ligt, en nog niet is voltooid. Het is niet vreemd dat partijen nog moeten wennen aan de rol die zij daarin spelen. In de praktijk doen zich, zoals de NZa signaleert, interessante ontwikkelingen voor

¹ Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 129.

(zoals het initiatief van een verzekeraar om een eigen keten in de eerste lijn op te zetten). Daarnaast zijn ten aanzien van dit punt zowel praktische vragen (hoe kan de huisarts op de hoogte zijn van een breed scala aan polissen van vele verzekeraars) aan de orde, als meer principiële vragen (de patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de huisarts een professioneel verantwoord, onafhankelijk advies geeft).

Gegeven deze context moeten naar mijn oordeel geen overspannen verwachtingen worden gekoesterd over het (op korte termijn) realiseren van wijzigingen in het doorwijsgedrag van de huisarts. Ik verwacht in dit opzicht meer van het effect dat transparantie van de kwaliteit van de zorgaanbieder zal hebben op de voorkeur van de consument, en die zijn voorkeur vervolgens zal betrekken in het gesprek met de huisarts. Dat neemt niet weg dat ik de door de NZa genoemde acties zinnig vind.

Voor het slagen van het bedoelde experiment is inderdaad van belang dat, zoals de NZa ook aankondigt, het wordt voorbereid in overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

Gezien de door de NZa geconstateerde weerstand van huisartsen tegen het doorverwijzen naar door de verzekeraar geselecteerde zorgaanbieders, wordt mijns inziens ook terecht aan de zorgverzekeraars de aanbeveling gedaan om huisartsen meer te informeren over zorginkoop.

3. Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007

In de *Monitor Zorgverzekeringsmarkt, de balans 2007*, trekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn positieve tussenoordeel van 2006 door naar 2007. De NZa constateert dat de verzekerde ook in 2007 de keuze heeft uit een ruim aanbod van basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen. Verzekerden hebben in 2007 bovendien volop mogelijkheden zich op een eenvoudige manier collectief te verzekeren via de werkgever of – in ongeveer 30% van de gevallen – via andere min of meer vrij toegankelijke collectiviteiten (bijvoorbeeld via internet of sportbonden). Het aantal collectieve verzekeringen is verder gestegen (van 53% naar 57%).

Daarnaast constateert de NZa dat de prijsconcurrentie in 2007 verder is toegenomen. De toegenomen concurrentiedruk heeft een scherpe premiestelling tot gevolg. De stijging van de nominale premie in 2007 ten opzichte van 2006 (7%) valt daardoor lager uit dan geraamd (11%). De concurrentiedruk is er ook de oorzaak van dat de premies dichter bij elkaar komen te liggen (spreiding wordt kleiner).

Uit de monitor blijkt voorts dat de mobiliteit van verzekerden is gedaald ten opzichte van vorig jaar (2007: 4,4%). Deze daling was verwacht gelet op het hoge aantal overstappers van vorig jaar. Daarnaast heeft in 2007 4,4% van de verzekerden gekozen voor een andere basisverzekering bij dezelfde verzekeraar. De verzekerdenmobiliteit ligt in 2007 iets boven het niveau van voor 2006. Ik ben blij met de constatering van de NZa dat deze daling niet komt door tekortkomingen in het stelsel maar vooral het gevolg is van tevredenheid met de zorgverzekeraar. De NZa stelt vast dat, net als in 2006, ook dit jaar geen sprake was van risicoselectie op de aanvullende verzekeringen. Ook hierin was dan ook geen belemmering gelegen voor het overstappen. Er zijn geen aanwijzingen dat verzekerden in de afgelopen overstapronde administratieve problemen ondervonden bij het overstappen van zorgverzekeraar (hiertoe hebben zorgverzekeraars een overstapservice ontwikkeld).

De prijsgevoeligheid van de consument is een belangrijke indicator voor het overstapedrag. Deze is in 2007 beduidend lager dan in 2006 maar nog altijd hoger dan voor de stelselwijziging.

In het rapport dat onder 1 aan de orde is gekomen, wijst de NZa er bovendien op dat voor een goede werking van de markt niet zozeer van belang

is of verzekerden daadwerkelijk overstappen, maar dat de dreiging van overstappen er is.

Gelet op bovenstaande overwegingen mag de conclusie zijn dat in 2007 sprake is van een overwegend positief beeld. Er is duidelijk sprake van concurrentie tussen zorgverzekeraars. De marktconcentratie vormt op dit moment geen risico voor de concurrentie. Consumenten profiteren van de toenemende dynamiek op *de zorgverzekeringmarkt* in vorm van een ruim aanbod van zorgverzekeringen en scherpe premies. Hierbij past de kanttekening dat dit gunstige beeld nog niet kan worden doorgetrokken naar *de zorginkoopmarkt*. De NZa geeft aan dat er nog weinig differentiatie is in de polissen van de basisverzekeringen en in de zorginkoop. De concurrentie tussen verzekeraars leidt weliswaar tot een scherpe prijsstelling maar nog niet tot grote verschillen in de zorginkoop. Dit is aan de orde gekomen bij het onder 2 genoemde rapport. De NZa wijst erop dat zorgverzekeraars door de wensen van verzekerden al wel prikkels in de goede richting ondervinden. Zo blijken verzekerden een sterke voorkeur te hebben voor polissen met gecontracteerde zorg. Ook zijn verzekerden bereid te betalen voor de inspanning van hun verzekeraar voor het regelen van zorg.

De NZa gaat in zijn monitor ook in op de aanvullende verzekeringen in relatie tot de toegankelijkheid van de basisverzekering. De NZa ziet toe op een juiste voorlichting door verzekeraars over de opzegtermijnen van de aanvullende verzekering en op de hoogte van de opslagen voor verzekerden die de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar hebben.

4. Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringwet

In het rapport *Verzekerdeninvloed Zorgverzekeringwet* van mei 2007 presenteert de NZa de resultaten van het thematisch onderzoek naar de bekendheid, gebruik en ervaringen (knelpunten) met de instrumenten die de verzekerden hebben ter beïnvloeding van hun zorgverzekeraar. De instrumenten waar het om gaat, zijn klachten- en geschillenbeslechting, overstappen naar een andere zorgverzekeraar, het inschakelen van de rechter en beïnvloeding door participatie in ledenof verzekerdenraden, maar ook het inschakelen van media of consumentenorganisaties. Het verheugt mij dat er geen grote belemmeringen zijn geconstateerd bij gebruik van de middelen voor verzekerdeninvloed. Dat doet echter niet af aan mijn voornemen om de invloed van de consument in de zorg te versterken. De staatssecretaris van VWS en ik hebben u hierover nader geïnformeerd in de brief «koers op kwaliteit».

Uit het onderzoek blijkt dat een overgroot deel van de verzekerden (93%) geen klachten heeft over de zorgverzekeraars. Als verzekerden klagen, maken zij daarvoor vooral gebruik van de reguliere klachten- en geschillenprocedures. Uit het onderzoek komen geen grote drempels naar voren voor gebruikmaking van de klachten- en geschillenregeling. Het algemene beeld dat uit het onderzoek naar voren komt, is dat klagen zin heeft. Het aantal geschillen waarin aan de bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) gepositioneerde geschillencommissie om een bindend advies werd gevraagd, was relatief bescheiden (420), zoals ook blijkt uit het jaarverslag van de SKGZ over 2006¹. Het leeuwendeel van de geschillen betrof verzekerde prestaties. Het werkterrein van de geschillencommissie beperkt zich op dit moment tot de basisverzekering. De NZa acht het van belang dat de geschillencommissie in de toekomst ook geschillen over de aanvullende verzekering in behandeling zal kunnen nemen. Zorgverzekeraars Nederland heeft inmiddels de voorbereidingen daartoe getroffen.

¹ Uit het jaarverslag van de SKGZ blijkt tevens dat de meeste verzekerden met een probleem de SKGZ wisten te vinden aan de hand van een vermelding in de polisvoorwaarden van hun verzekeraar. Ook in de heroverweging verwezen veel verzekeraars naar de SKGZ.

Uit de beoordeling van de NZa blijkt dat alle zorgverzekeraars de invloed van verzekerden in de statuten hebben vastgelegd. De vormgeving van de verzekerdeninvloed is blijkens het onderzoek nogal in beweging, waardoor in 2007 de vormgeving van verzekerdeninvloed een ander beeld te zien zal geven dan in 2006. Of de statuten ook, zoals de Zorgverzekeringswet eist, waarborgen bieden voor een «redelijke mate van invloed aan verzekerden», kan de NZa niet beoordelen. De NZa is voornemens hiervoor een normenkader te ontwikkelen.

Ik zie met belangstelling uit naar de uitkomsten van de door de NZa beschreven ontwikkeling in 2007, alsmede naar de afweging van de NZa over de vervolgactiviteiten die uit deze ontwikkeling kunnen voortvloeien, gegeven de wettelijke (algemene) norm.

De NZa heeft voorts geconstateerd dat de georganiseerde wijze van beïnvloeding via de verzekerden- of ledenraden te weinig bekend is bij verzekerden. De NZa heeft de indruk dat zorgverzekeraars blijkbaar weinig moeite doen om hun verzekerden op de hoogte te stellen van het bestaan van dergelijke organen.

Hoewel ik het gelet op de aard van dit instrument niet waarschijnlijk acht dat individuele verzekerden zich er op grote schaal mee zullen inlaten, is het wel mijn verwachting dat deze wijze van beïnvloeding op afzienbare termijn een grotere bekendheid zal verwerven onder verzekerden, en dat ook patiënten- en consumentenorganisaties hierbij een belangrijke rol zullen kunnen spelen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink