

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2358

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat zorgverzekeraars 58 miljoen euro aan reclame hebben besteed* (Ingezonden 15 maart 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 27 april 2012). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 2073.

Vraag 1, 2, 3 en 7

Wat is uw reactie op het bericht dat de gezamenlijke zorgverzekeraars het afgelopen seizoen 58 miljoen euro aan reclame hebben besteed? Is dit wat u verstaat onder doelmatig en sober gebruik van zorggeld?¹

Wat is uw opvatting over de jaarlijkse toename van reclame-uitgaven door zorgverzekeraars, zoals dit jaar met 8%? Hoeveel zorggeld mag er van u maximaal worden besteed aan reclame?²

Deelt u de mening dat het niet valt uit te leggen dat, terwijl de premies stijgen, de eigen betalingen toenemen en het verzekerde basispakket wordt verkleind vanwege de vermeende onbetaalbaarheid van de zorg, er door zorgverzekeraars tientallen miljoenen worden uitgegeven aan reclames? Zo nee, hoe legt u dit aan burgers uit?

Deelt u de mening dat 58 miljoen euro zorggeld beter kan worden besteed aan het verzekerd houden van noodzakelijke zorg, zoals diëtadvisering en tandzorg dan aan de promotie van zorgverzekeraars? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 1, 2, 3 en 7

Zorgverzekeraars hebben volgens het rapport van BS Health Consultancy² in het overstapeseizoen 2011–2012 58 miljoen euro uitgegeven aan reclame. Omgerekend is dit € 3,50 per verzekerde of € 58 per overstappende verzekerde. De hoeveelheid geld die zorgverzekeraars uitgeven aan reclame valt buiten mijn verantwoordelijkheid. De uitvoering van de Zorgverzekeringswet is in handen gegeven van private zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars hebben een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om hun marktpositioneringsstrategie. Zorgverzekeraars moeten hun zorgplicht nakomen; zij hebben daarnaast de vrijheid om te bepalen op welke wijze zij reclame

¹ <http://www.zorgvisie.nl/Financien/13474/Zorgverzekeraars-besteden-58-miljoen-aan-reclame.htm>

² Rapport «Reguliere zorgpolis verliest terrein», BS Health Consultancy.

maken, hoeveel geld ze daaraan besteden, en hoe dit tot uitdrukking komt in hun premiebeleid.

Vraag 4

Wat is uw reactie op de bevinding dat de prijs het belangrijkste criterium is voor verzekerden om over te stappen en niet de kwaliteit van zorg? Hoe verhoudt zich dit tot uw geloof dat door concurrentie tussen zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg zal stijgen?³

Antwoord 4

Volgens het rapport van BS Health Consultancy zijn in 2012 6% van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekering. In het rapport wordt geconcludeerd dat de prijs het belangrijkste keuzecriterium blijft voor veel overstappers, gezien de stijging van het aantal goedkope (internet)polis- en collectief verzekerden. Verzekerden tussen de 18 en 45 jaar blijken het meest over te stappen en letten daarbij vooral op prijs, korting en eventuele aantrekkelijke cadeaus. De doelgroep boven de 45 jaar is meer gericht op kwaliteit maar stappen minder vaak over.

Een belangrijk oogmerk van de Zorgverzekeringswet is dat zorgverzekeraars in hun rol als inkopers van zorg ten behoeve van hun verzekerden de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg bevorderen. Ik constateer dat zorgverzekeraars deze rol steeds meer oppakken, door bijvoorbeeld het selectief inkopen van zorg. Aangezien zorgverzekeraars zich langzamerhand meer onderscheiden in de wijze waarop zij zorg inkopen, verwacht ik dat het kwaliteitsaspect een gaandeweg sterkere rol zal gaan spelen bij de keuze voor een zorgverzekeraar.

Vraag 5

Wat is uw reactie op het feit dat verzekerden bij een zogenaamde internetpolis gemiddeld 125 euro goedkoper uit zijn dan mensen met een reguliere polis en dat internetpolissen de voornaamste bron van het succes van winnende zorgverzekeraars zijn? Deelt u de mening dat hier de tweedeling verder voortschrijdt tussen relatief gezonde jongere mensen die vaardig zijn met internet enerzijds en ouderen en chronisch zieken met hoge zorgkosten en minder eigen regie anderzijds? Zo nee, waarom niet?³

Antwoord 5

Het aantal verzekerden met een internetpolis is in 2012 toegenomen tot 770 000 verzekerden, ofwel 5% van het totaal aantal verzekerden. Dit waren er in 2011 nog geen half miljoen ofwel 3%. Deze verzekerden waren met hun internetpolis gemiddeld 125 euro per jaar goedkoper uit dan met een reguliere polis. Ook verzekerden in een collectiviteit zijn goedkoper uit dan met een reguliere polis, dit scheelt gemiddeld 85 euro per jaar. Het aantal collectief verzekerden is in 2012 gestegen van 66% naar 68%. Steeds meer verzekerden sluiten zich aan bij een collectiviteit of een internetpolis. Het aantal verzekerden met een reguliere polis (geen internet of collectiviteit) is gedaald in 2012 van 31% naar 27%. Uiteraard is toegang tot het internet voor het sluiten van een internetpolis van belang. De internetpolissen, tenzij er sprake is van een collectiviteit, zijn echter wel altijd voor iedereen toegankelijk, aangezien de zorgverzekeraar een acceptatieplicht heeft. Ook heeft inmiddels 94% van alle huishoudens in Nederland toegang tot het internet (Bron: Statline) en is een aantal internetpolissen ook telefonisch af te sluiten. Overigens is er de laatste jaren een inhaalslag gaande van het internet gebruik van ouderen. Van een tweedeling is derhalve mijn inziens geen sprake.

Vraag 6

Wat is uw reactie op de constatering dat beleid gericht op doelgroepen van jongere verzekerden die sneller geneigd zijn over te stappen vanwege lage prijzen, aantrekkelijke cadeaus en kortingen het meeste succes oplevert voor zorgverzekeraars en dat dit doelgroepgericht beleid in de toekomst verder zal toenemen? Hoe voorkomt u dat de zorgverzekeraars zich vooral gaan inspannen om commercieel aantrekkelijke doelgroepen te lokken, terwijl ouderen, chronisch zieken en andere minder winstgevendende verzekerden er

³ Rapport «Reguliere zorgpolis verliest terrein», BS Health Consultancy.

bekaaid vanaf komen? Wilt u uw antwoord toelichten?⁴

Antwoord 6

Voorop staat dat de zorgverzekeraar een acceptatieplicht heeft, dus ook polissen die speciaal ontwikkeld worden voor doelgroepen als jonge verzekerden, zijn toegankelijk voor oudere verzekerden, tenzij er sprake is van een collectiviteit. Verder ligt het buiten mijn verantwoordelijkheid welke doelgroepen verzekeraars aan zich proberen te binden. Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 1, 2 en 3 is de marktpositioneringsstrategie de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars zelf.

Ik vind het wel van groot belang dat verzekeraars hun doelgroepenbeleid niet laten afhangen van de eventuele winst of verlies die op bepaalde groepen valt te behalen. De commissie Don onderzoekt of er door onvoldoende compenserende werking van het risicovereveningssysteem prikkels zijn voor verzekeraars om doelgroepenbeleid te voeren. In voorkomende gevallen verwacht ik dat de commissie Don suggesties heeft om verkapte vormen van risicoselectie tegen te gaan. De commissie Don komt in juni met haar eindrapport.

Vraag 8

Wat is uw opvatting over de 7 miljard euro aan reserves die de zorgverzekeraars hebben opgepot? Deelt u de mening dat hiervan zo'n 2 miljard euro niet verklaard kan worden door de vereiste solvabiliteit? Zo nee, op welke cijfers en/of rapporten baseert u uw opvatting? Zo ja, wat gaat u doen om het oppotten van miljarden tegen te gaan en te bewerkstelligen dat dit geld daadwerkelijk wordt besteed aan noodzakelijke zorg?

Antwoord 8

De Nederlandsche Bank (DNB) eist van de zorgverzekeraars dat zij een solvabiliteitsreserve aanhouden. De DNB baseert zich hierbij op Europese regelgeving. De solvabiliteitseisen hebben tot doel om de verzekerden de zekerheid te geven dat de zorgverzekeraars hun financiële verplichtingen kunnen nakomen.

Ik herken de genoemde cijfers over de vermogensopbouw door zorgverzekeraars. Volgens DNB zouden de zorgverzekeraars, gezien de in 2011 geldende solvabiliteitseisen voor de basisverzekering en de aanvullende verzekering, een minimale solvabiliteitsreserve van € 3,5 miljard moeten aanhouden. Vanuit prudentieoverweging streven veel zorgverzekeraars naar het aanhouden van een extra solvabiliteitsbuffer van ongeveer 50 procent. Het eigen vermogen van de zorgverzekeraars bedroeg ultimo boekjaar 2011 € 6,8 miljard. Het eigen vermogen was dus € 1,6 miljard hoger dan de vereiste solvabiliteitsreserve vermeerderd met de prudentiebuffer. Het staat de verzekeraars vrij om vermogens op te bouwen die boven de minimaal vereiste solvabiliteit uitgaan, deze minimaal vereiste solvabiliteit zorgt er voor dat de kans dat de verzekeraar failliet gaat en de verzekerde daardoor geen zorg geleverd krijgt, een stuk kleiner wordt.

⁴ Rapport «Reguliere zorgpolis verliest terrein», BS Health Consultancy.