

Vergaderjaar 2014–2015

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 625

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2015

Transparantie is essentieel voor een goede werking van het stelsel. Zo helpt het de patiënt, de verzekerde en de verzekeraar in het stelsel bij het maken van de juiste keuzes, helpt het aanbieders zichzelf te verbeteren en draagt het zo bij aan steeds betere zorg. Het vergroten van transparantie op verschillende delen van het stelsel heeft dit jaar dan ook mijn prioriteit. Met mijn brief van 2 maart 2015 over het jaar van de transparantie (Kamerstuknummer 32 620, nr. 149)¹ heb ik u geïnformeerd over de acties die dit jaar zullen bijdragen aan de verbetering van transparantie voor patiënten.

Op het terrein van transparantie door zorgverzekeraars voor verzekerden worden dit jaar ook stappen gezet. Een deel van deze voorgenomen stappen heb ik in mijn brief »Kwaliteit loont« van 6 februari 2015 (Kamerstuknummer 31 765, nr. 116) beschreven. Daarnaast heeft Zorgverzekeraars Nederland onlangs een actieplan gepresenteerd voor meer transparantie in de zorgverzekeringsmarkt waarin ik op het terrein van informatievoorziening een aantal concrete voornemens tot verbeteringen ten opzichte van de huidige praktijk terug zie.

Met deze brief geef ik u een overzicht van wat ik in het jaar van de transparantie beoog omtrent transparantie geboden door zorgverzekeraars. Allereerst zal ik mijn analyse schetsen van het gedrag van verzekerden in het stelsel en het effect hiervan op het stelsel. Deze analyse leidt tot een aantal initiatieven gericht op het vergroten van transparantie voor verzekerden, die immers op basis van volledige en begrijpelijke informatie ieder jaar een keuze moeten kunnen maken voor een zorgverzekeraar en een zorgpolis. Hier ga ik tevens kort in op verbetering van informatievoorziening richting zorgaanbieders die jaarlijks overeenkomsten met zorgverzekeraars sluiten, op basis van een transparant inkoopproces. Tot

¹ Zie ook mijn brieven van 10 november 2014 over 2015: het jaar van de transparantie en van 12 december over Stand van zaken moties en toezeggingen VWS.

slot ga ik in op de transparante verantwoording door zorgverzekeraars over financiële resultaten, de totstandkoming van de nominale premie en het eigen risico. Hier geef ik tevens navolging aan mijn toezegging, gedaan in mijn brief van 25 februari 2015 over Solvabiliteit II voor zorgverzekeraars², om uw Kamer over de door zorgverzekeraars behaalde jaarcijfers 2014 te informeren.

Rol verzekerde in het stelsel

Verzekerden hebben in de Zvw de plicht om een zorgverzekering af te sluiten en hun premie betalen. Gedachte is dat voldoende verzekerden zich jaarlijks als kritische burgers oriënteren en een keuze maken op basis van prijs en kwaliteit. Door de verschillen transparant te maken, zullen de verzekeraars zich ten opzichte van elkaar positief willen onderscheiden. Door de dreiging van verlies van verzekerden worden zorgverzekeraars gestimuleerd om een goede polis aan te bieden tegen een redelijke prijs. Voor een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt is het dus van belang dat verzekerden de mogelijkheid hebben om te kunnen wisselen van zorgverzekeraar. Daarbij is het niet alleen relevant dat verzekerden (dreigen met) overstappen, maar ook waarom. Het deel van de verzekerden dat relatief gezond is en verwacht geen zorg te gaan gebruiken, zal daarbij vooral letten op de hoogte van de premie. Het deel van de verzekerden dat wel regelmatig zorg gebruikt, zal minder letten op de hoogte van de premie en meer op zorginhoudelijke elementen. Deze laatste groep geeft de zorgverzekeraar een prikkel om zijn zorg zo goed mogelijk te organiseren en het aanbod van goede zorg inzichtelijk te maken bij het aanbieden van de polis aan verzekerden. Voor het goed functioneren van de zorgverzekeringsmarkt is het daarom relevant om te bezien wat de kenmerken zijn van de groep die overstapt. De groep die overstapt zou bij voorkeur een heterogeen karakter hebben, omdat dit als signaal kan worden gezien dat alle burgers zich even vrij voelen om te bewegen op de zorgverzekeringsmarkt. Heterogeniteit is geen doel op zich, maar als de groep die overstapt een minder heterogeen karakter heeft, is het de vraag waarom mensen niet overstappen. Tot slot zijn collectiviteiten ontwikkeld om verzekerden meer invloed te geven op zorgverzekeraars. Een collectiviteit heeft meer invloed via (de dreiging tot) overstappen.

Diverse onderzoeken geven een interessant beeld van het gedrag van verzekerden in de praktijk. Het aantal overstappers varieert van 3,5 tot 7,3% per jaar en bedraagt gemiddeld 6,6%³, een niet gering aantal van ongeveer 1 miljoen verzekerden. Dit percentage wordt mede veroorzaakt door een groep die meermalen is gewiticht van zorgverzekeraar. Ongeveer 1% van de bevolking is vaker dan vier keer overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, 9% is twee of drie keer overgestapt. Krap 70% van de bevolking zit sinds 2006 bij dezelfde zorgverzekeraar. De groep die overstapt wijkt af van de groep die bij dezelfde zorgverzekeraar blijft. Overstappers zijn jonger (gemiddeld 33 jaar), zijn hoger opgeleid, hebben een hoger inkomen en hebben 40% minder zorgkosten dan de mensen die niet overstappen (Vektis, 2014 en 2015). De groep die overstapt doet dat met name vanwege een lagere premie (74%) (ACM, 2014).

Deze cijfers laten zien dat het overstappen tussen zorgverzekeraars nog geen gemeengoed is. Hoewel overstappen geen doel op zich is, is het wel goed om te kijken waar dit door komt. Blijft men bij dezelfde verzekeraar

² Kamerstuk 32 013/29 689, nr. 95.

³ 2006 beïnvloedt dit percentage sterk met 19% overstappers. Indien dit jaar buiten beschouwing wordt gelaten is het overstapcijfer gemiddeld 5,3% per jaar (Vektis Zorgthermometer 2006–2015).

omdat men de afweging heeft gemaakt en tot de conclusie is gekomen dat hij nog steeds de beste polis heeft? Of zijn de redenen anders? De ACM heeft een onderzoek gedaan naar het keuzegedrag van burgers en stelt dat 15% zich wel oriënteert op een andere polis, maar uiteindelijk niet overstapt (ACM, 2014). Gemiddeld stapt zo'n 6% over naar een andere zorgverzekeraar (Vektis). Mensen die niet overstappen geven aan dat zij met alle polissen en labels niet meer voldoende overzicht en daardoor inzicht hebben (62%), het vergelijken veel tijd kost (70%) en dat zij behoefte hebben aan een onafhankelijke vergelijkings-site. Ook blijkt uit diverse onderzoeken dat verzekerden niet overstappen omdat zij tevreden zijn met hun huidige zorgverzekeraar (60%). Tevredenheid over de zorgverzekeraar en het overstappen (te) ingewikkeld vinden kan in elkaars verlengde liggen. Uit Zwitsers onderzoek⁴ blijkt dat minder mensen overstappen naarmate het aantal polissen stijgt. Het vergelijken van een groter aantal polissen kost meer tijd en men is bang om de verkeerde keuze te maken. Dat maakt dat mensen de keuze gaan vermijden en de voorkeur geven aan de status quo. Mensen neigen er naar de nadelen van overstappen te overdrijven, evenals de voordelen van hun huidige polis. In Nederland geeft 40% aan het eens te zijn met de stelling dat zij bang zijn om achteraf spijt te krijgen (ACM, 2014).⁵

Wat laten de cijfers zien? De cijfers tonen een relatief kleine, actieve groep die overstapt en die qua profiel afwijkt van de verzekerden die juist niet overstappen. Dit roept de vraag op om nader te onderzoeken waarom zij niet overstappen. Ik heb, zoals benoemd in mijn brief van 27 februari 2015, over de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt (Kamerstuk 29 689, nr. 590), de NZa gevraagd om op polisiniveau de in- en uitstroom van verzekerden te onderzoeken. Vooruitlopend op de uitkomsten van dit NZa onderzoek denk ik dat er mogelijkheden zijn voor verbetering: burgers vinden het aanbod onoverzichtelijk en de materie complex. Vermindering van het aanbod van polissen en labels draagt, zo lijkt het, bij aan een overzichtelijke zorgverzekeringsmarkt en aan de concurrentie. Een kleiner en begrijpelijk aanbod zal meer mensen uitnodigen om naar hun polis te kijken en alternatieven te overwegen. Ik heb de NZa in dat kader gevraagd om onderzoek te doen naar het grote polisaanbod: is er met het grote aantal verschillende polissen en labels nog sprake van een goed werkende en transparante verzekeringsmarkt? Hierover zal de NZa rapporteren in de marktscan zorgverzekeringsmarkt die in september uitkomt. Ik zal op basis van alle informatie dit najaar bezien of nadere actie ter zake nodig is.

Actieplan Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft in haar actieplan «Kern-gezond» van april 2015 aangegeven verzekerden beter de weg te gaan wijzen in het polisaanbod. De zorgverzekeraars gaan per polis aangeven waarom naar hun opvatting vanuit het klantperspectief de polis van toegevoegde waarde is ten opzichte van de andere polissen. Zij doen dit zowel op hun website als richting hun verzekerdenvertegenwoordiging. Ik nodig verzekeraars uit om deze afspraken voor het nieuwe «overstapeseizoen»

⁴ Frank en Lamiraud (2009), *Journal of Economic Behavior & Organization* 71, pp. 550–562.

⁵ Interessant in dit verband is dat Zilveren Kruis (één van de labels van Achmea) in februari en maart 2015 170 duizend verzekerden heeft aangeschreven en de mogelijkheid gegeven om van budgetpolis te switchen naar een andere basisverzekering van Zilveren Kruis. Reden was dat Zilveren Kruis had gemerkt dat veel verzekerden met een budgetpolis zich onvoldoende realiseerden dat ze voor planbare zorg niet bij alle ziekenhuizen terecht kunnen. Deze verzekerden kregen de mogelijkheid om tot 15 maart alsnog over te stappen naar de Basis Zeker polis (naturapolis) van Zilveren Kruis. De bevinding van Achmea is dat 97% van deze groep ervoor gekozen heeft om niet alsnog over te stappen.

zichtbaar te maken voor de verzekerde en zal deze ontwikkeling met belangstelling volgen.

Om meer begrijpelijke informatie over de dekking van de polis voor de burgers te realiseren zijn meerdere acties van belang. Zoals ik in mijn brief Kwaliteit Loont heb aangegeven heb ik de NZa gevraagd in haar regulering nader te expliciteren dat het gecontracteerde zorgaanbod door zorgverzekeraars uiterlijk zes weken voor het contractjaar bekend gemaakt wordt. Hiermee krijgen individuele verzekerden meer inzicht in wat hun polis inhoudt. De NZa heeft dit opgepakt.

Voorts heeft ZN in haar actieplan onder andere aangekondigd dat:

- Zorgverzekeraars prominent op hun eigen websites en op vergelijkingssites aangeven dat iedereen voor elke polis wordt geaccepteerd voor de basisverzekering.
- (Gepercipieerde) drempels bij het veranderen van zorgverzekeraars voor mensen die zorg gebruiken zoveel mogelijk worden weggenomen voor de basisverzekering door akkoordverklaring/machtiging van de oude zorgverzekeraar over te nemen voor de duur van de afgegeven akkoordverklaring/machtiging met dezelfde eventuele bijbetaling voor de verzekerde.
- Aspirant verzekerden op de website op een toegankelijke wijze de premies van de basisverzekering krijgen getoond zonder dat zij eerst hun verzekerdenkenmerken (zoals de leeftijd) hoeven in te vullen.
- Zorgverzekeraars jaarlijks voor 19 november op hun website per polis duidelijk maken wat de polisvoorwaarden zijn en welke zorg voor de desbetreffende polis is gecontracteerd.
- De zorgverzekeraars willen dat verzekerden en zorgaanbieders snel en gemakkelijk kunnen inzien welke zorg voor een verzekerde gecontracteerd is en wat de vergoeding is bij niet-gecontracteerde zorg. Hiervoor ontwikkelen de zorgverzekeraars een gezamenlijk format voor de websites van de zorgverzekeraars en een gezamenlijk portal dat kan worden ingezien door zorgaanbieders.
- Zorgverzekeraars door middel van een «bijsluiter» bij (aspirant) verzekerden bijzondere afwijkende voorwaarden van een polis expliciet onder de aandacht gaan brengen.
- Zorgverzekeraars het uitgangspunt dat een aspirant verzekerde zonder acceptatievoorwaarden toegang heeft tot de aanvullende verzekering, indien de verzekerde bij de oude zorgverzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering heeft afgesloten.

Ik juich deze initiatieven van zorgverzekeraars toe en hecht zeer aan deze stappen voor verzekerden. Het verlaagt (gepercipieerde) drempels voor verzekerden en moet hen beter in staat stellen om de vergelijking tussen de verschillende polissen te maken. In het verlengde hiervan vraag ik eveneens aandacht voor de opvatting van de NZa, dat het onwenselijk is als de aanvullende verzekering met de basisverzekering in één pakket wordt aangeboden. Het aanbieden als één pakket draagt niet bij aan de transparantie voor de verzekerde. Zoals gezegd in mijn brief over budgetpolissen en risicoselectie zal ik daarvoor met de NZa in gesprek gaan om te bezien of nadere duiding noodzakelijk is.

Vergelijkingsites

In het verlengde hiervan zie ik de maatregelen rondom de vergelijkingssites. De NZa heeft verscherpte regels opgesteld en opgenomen in een separate beleidsregel «Informatieverstrekking via vergelijkingssites». ⁶ De NZa stelt deze begin juli vast. Hierin is opgenomen dat als een verzekeraar

⁶ Regels hierover waren tot dusverre opgenomen in de beleidsregel «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten».

een overeenkomst sluit met de beheerder van een vergelijkingssite, de verzekeraar zorg draagt voor de juistheid van de informatie die de vergelijkingssite verstrekt. De NZa zal in het najaar verscherpte controle uitvoeren op naleving van deze beleidsregel door middel van een self assessment bij zorgverzekeraars.

Vergelijkingssites pakken hun verantwoordelijkheid ook op. De AFM heeft mij laten weten dat vergelijkingssites werken aan aanpassingen van de in de vergelijking weergegeven premies, zodat (misleidende) eenmalige kortingen de burger niet meer de verkeerde indruk geven. Uitgangspunt is dat de weergegeven premie ook echt de maandelijkse premie is die de burger moet betalen. Ook werken vergelijkingssites aan initiatieven die ervoor zorgen dat de burger altijd de beste «deal» van alle vergeleken producten ziet, ongeacht of de vergelijkingssite met deze aanbieder samenwerkt. Het best passende product voor de burger wordt dan duidelijk zichtbaar. Daar hecht ik veel waarde aan.

ZN geeft aan er voor te zullen zorgen dat vergoedingen aan vergelijkingssites in de toekomst actief worden gecommuniceerd. Ook geven zij in het Actieplan aan dat zij het wenselijk vinden dat er een neutrale en objectieve vergelijkingssite komt waarin alle polissen zijn opgenomen. Initiatieven voor een dergelijke website juich ik van harte toe.

Ook deze stappen van zorgverzekeraars zal ik met belangstelling volgen. Voor het draagvlak en de werking van het stelsel is het immers relevant dat mensen die over willen stappen, de verschillende polissen begrijpen en de consequenties van hun keuzes kunnen overzien. Bovenstaande afspraken dragen daaraan bij.

Collectiviteiten

Tot slot van deze analyse van de verzekeringsmarkt wil ik stilstaan bij de collectiviteiten. In 2005 was 29% van de bevolking verzekerd via een collectief. In 2015 is dat 69%. In onderzoek wordt de afgelopen twee jaar onderscheid gemaakt in het overstapcijfer exclusief collectiviteiten en inclusief collectiviteiten. Dit jaar bedroeg het overstapcijfer 6,8% en 7,3% indien collectiviteiten worden meegeteld (Vektis, 2015). De mobiliteit van individuele verzekerden is dus vergelijkbaar met die van collectiviteiten.

Het doel van collectiviteiten bij de totstandkoming van de Zvw was het bieden van «countervailing power» door verzekerden: in een collectief geven verzekerden meer druk richting verzekeraars ten aanzien van prijs, service en aanvullend pakket. Collectiviteiten bieden voor werkgevers de mogelijkheid om te komen tot een bundeling van verzekeringen met samenhangende risico's, zoals ziekte en arbeidsongeschiktheid. Alhoewel uit de evaluatie van de Zvw blijkt dat dit tot op heden slechts mondjesmaat van de grond is gekomen, is er tegelijkertijd ook een aantal werkgeverscollectiviteiten dat gezondheidsbevorderende afspraken heeft gemaakt. Dit is een goede ontwikkeling om door te zetten. Bundeling van patiënten met dezelfde ziekte of werknemers met een bepaalde beroepsziekte, kan grote invloed hebben op de inkoop van die zorg door de zorgverzekeraar. Het idee is dat deze inkoopvoordelen worden doorgegeven in de premie. Ik wil nader verkennen hoe dit onderdeel verder kan worden gestimuleerd. Aanpassing van de risicoverevening zal hier op onderdelen een belangrijke rol kunnen spelen (ten aanzien van patiëntencollectiviteiten). Ook is het van belang in overleg met werknemers en werkgevers te bezien welke rol collectiviteiten spelen en hoe die rol verder kan worden verbeterd.

Ik denk dat met alle hiervoor genoemde maatregelen de NZa, de AFM en vooral zorgverzekeraars zelf er aan bijdragen om het voor de verzekerde overzichtelijker en begrijpelijker te maken om een weloverwogen keuze te maken om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar of (bewust) bij zijn huidige zorgverzekeraar te blijven. Naarmate mensen de informatie beter begrijpen en meer geneigd zijn om de afweging te maken welke polis het beste bij hen past (wat desnoods hun huidige polis zou kunnen zijn), draagt dit bij aan een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt en het stelsel als geheel.

Transparante verantwoording door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben mijns inziens een maatschappelijke verantwoordingsplicht naar hun verzekerden over de uitvoering van de zorgverzekering. Dit omvat bijvoorbeeld het inzicht bieden in de vaststelling van de hoogte van de premie en in behaalde jaarresultaten, maar ook informatie richting verzekerden over bijvoorbeeld het eigen risico.

Premie en jaarresultaten

Als gevolg van het maatschappelijk debat dat is ontstaan over transparantie, zijn zorgverzekeraars afgelopen jaren ieder op eigen wijze meer inzicht gaan geven in hun financiële bedrijfsvoering. Zo maakte het grootste deel van de zorgverzekeraars bij de premiebekendmaking 2014 de besteding van de premiegelden al op een begrijpelijke wijze inzichtelijk, en tevens boden enkele verzekeraars inzicht in de totstandkoming van de premie. Daarnaast maken bijvoorbeeld steeds meer zorgverzekeraars gebruik van *infographics* bij de presentatie van hun jaarcijfers. Door middel van deze figuren wordt op een toegankelijke en overzichtelijke wijze inzicht gegeven in geldstromen en resultaten.

Omdat de meerwaarde voornamelijk zit in onderlinge vergelijkbaarheid van dergelijke informatie, ben ik hierover met zorgverzekeraars in gesprek gegaan. Ik ben vorig jaar met zorgverzekeraars een sjabloon overeengekomen waarmee op uniforme wijze inzicht wordt geboden in de opbouw van de premie voor de basisverzekering. Met ingang van de premiebekendmakingen 2015 krijgen verzekerden op eenduidige en begrijpelijke wijze inzicht in de verschillende elementen die een rol spelen bij het vaststellen van de nominale premie. Zo laten zorgverzekeraars aan de hand van het sjabloon bijvoorbeeld zien in hoeverre reserves en beleggingsopbrengsten zijn ingezet ter verlaging van de premie en welke invloed bedrijfskosten hebben gehad op de hoogte van de premie. Een eventuele opslag op de premie om de solvabiliteitspositie te verbeteren is ook een voorbeeld van een post die rol speelt bij de vaststelling van de premie. Dergelijke informatie was voorheen niet inzichtelijk. Een verzekerde kan dit verbeterde inzicht betrekken bij zijn keuze voor een verzekeraar. Het is voortaan niet alleen mogelijk de hoogte van de premie tussen zorgverzekeraars te vergelijken, maar daarnaast dus ook de wijze waarop de premie is opgebouwd.

In navolging van de afspraken die ik met zorgverzekeraars over een publieksvriendelijke verantwoording van de premieopbouw heb gemaakt, ben ik met zorgverzekeraars recent een sjabloon overeengekomen waarmee op een begrijpelijke wijze inzicht wordt gegeven in de jaarresultaten behaald op de basisverzekering. Met ingang van dit jaar plaatsen zorgverzekeraars dit sjabloon gelijktijdig met de publicatie van het jaarverslag, ofwel na aanlevering van de jaarcijfers bij De Nederlandsche Bank (DNB), op hun website. De wijze waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun maatschappelijke verantwoordingsplicht richting hun

verzekerden over het behaalde resultaat is een enorme verbetering van het publieksvriendelijk inzicht dat zij geven ten opzichte van eerdere jaren.

Ten eerste wordt, doordat het sjabloon een voor het publiek meer logische opbouw heeft, de totstandkoming van het jaarresultaat behaald op de basisverzekering begrijpelijk voor het publiek. Ondanks dat alle jaarresultaten van zorgverzekeraars jaarlijks via DNB beschikbaar worden gesteld, zijn deze als gevolg van boekhoudkundige regels niet altijd makkelijk te begrijpen. Jaarverslagen van zorgverzekeraars zijn vaak toegankelijk maar niet alle individuele zorgverzekeraars publiceren een jaarverslag. Vanaf nu publiceren alle zorgverzekeraars op eenzelfde en begrijpelijke wijze de totstandkoming van hun resultaat behaald op de basisverzekering op hun website.

Ten tweede, geeft het sjabloon inzicht in het resultaat – en daarboven alle posten, zoals bedrijfskosten en beleggingsopbrengsten – behaald op de basisverzekering. Dit in tegenstelling tot de jaarverslagen waar veelal geen uitsplitsing naar de basis – en aanvullende verzekering wordt gemaakt. Ook solvabiliteitscijfers worden alleen voor de basisverzekering gegeven.

Gezien het feit dat reclamekosten in jaarverslagen onderdeel zijn van acquisitiekosten en er maatschappelijk veel onduidelijkheid bestaat over de omvang van reclamekosten, heb ik afgesproken dat reclamekosten als aparte post worden opgenomen en daarnaast een post met overige acquisitiekosten met daarbij een heldere toelichting wat daar onder valt. Ik zie dit als onderdeel van het verbeterde inzicht.

Met het sjabloon wordt ook inzichtelijk welk deel van het resultaat daadwerkelijk over het lopende jaar is behaald en welk deel uit eerdere jaren afkomstig is. Uit de jaarverslagen is dit niet goed op te maken. Hierdoor wijkt het boekhoudkundig resultaat in het jaarverslag af van het resultaat behaald over het lopende jaar.

Tot slot is vanaf nu van elke zorgverzekeraar op publieksvriendelijke wijze inzichtelijk welk deel van het resultaat wordt ingezet ter verlaging van de premie in het volgende jaar, hoeveel er wordt toegevoegd aan de reserves en hoeveel er dan nog een overige bestemming heeft. Deze drie posten zijn expliciet in het sjabloon opgenomen omdat ik, naast de totstandkoming van het resultaat, in het kader van transparantie ook de bestemming van het resultaat van belang vind.

Jaarcijfers 2014

In de brief over Solvabiliteit II voor zorgverzekeraars van 25 februari jl. heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over de jaarcijfers 2014. Tabel 1 geeft de jaarcijfers 2014 van zorgverzekeraars weer zoals gepresenteerd in de publieksvriendelijke overzichten die tot op heden door zorgverzekeraars zijn gepubliceerd. Het resultaat conform het publieksvriendelijke overzicht komt uit op 1,9 miljard euro.

Uit de overzichten blijkt dat het resultaat 2014 voor tweederde bestaat uit resultaat uit voorgaande jaren. Het daadwerkelijk resultaat behaald in 2014 bedraagt een derde van het resultaat en bestaat uit opbrengsten (premie-inkomsten plus bijdrage risicoverevening) minus gemaakte kosten (schade plus bedrijfskosten), plus behaalde beleggingsopbrengsten.

Onderdeel van de gemaakte bedrijfskosten zijn de reclamekosten. Deze zijn in de overzichten – in tegenstelling tot de jaarverslagen waarin deze

onderdeel zijn van de acquisitiekosten – expliciet opgenomen, en bedragen totaal 39 miljoen, oftewel 3 euro per premiebetaler.

Tevens blijkt uit de overzichten dat van het totaal resultaat driekwart is ingezet ter verlaging van de premie 2015 en een kwart aan de reserves is toegevoegd. Dit laat zien dat de behaalde resultaten binnen het zorgsysteem blijven.

Tabel 1. Jaarcijfers zorgverzekeraars 2014

Resultaat 2014 basisverzekering (x 1 miljoen euro)	
Resultaat uit voorgaande jaren	1.207
Verzekeringsresultaat 2014	284
Opbrengst 2014 (premie-inkomsten en bijdrage risicoverevening)	35.017
Kosten 2014 (schade en bedrijfskosten)	34.732
waarvan reclamekosten	39
Opbrengsten uit beleggingen basisverzekering	389
Resultaat	1.880

Bron: publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 zoals tot op heden gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars. De jaarcijfers van ONVZ ontbreken in de analyse. ONVZ zal de jaarcijfers behaald op de basisverzekering 2014 op korte termijn publiceren.

Het resultaat zoals gepresenteerd in de jaarrekening verschilt van het resultaat conform het publieksvriendelijk overzicht vanwege boekhoudkundige zaken (zoals vrijval van voorzieningen) en resultaten van andere onderdelen van het bedrijf anders dan het resultaat behaald op de basisverzekering. De publieksvriendelijke overzichten maken ook deze aansluiting transparant.

Eigen risico

Verzekeraars spelen al een belangrijke rol in de informatieverstrekking aan verzekerden over het verplicht eigen risico. Vooraf informeren verzekeraars verzekerden via de polis, website en dergelijke over het verplicht eigen risico, wanneer het wel of niet is verschuldigd en de mogelijkheid van een hoger vrijwillig eigen risico (tegen premiekorting). Ook wijzen verzekeraars op de mogelijkheid om het verplicht eigen risico desgewenst gespreid te betalen. Overigens streeft de NZa naar een verduidelijking van de eisen rond informatieverstrekking, waar onder het systeem van eigen risico en inzicht in de kosten voor behandeling. Naar verwachting stelt de Nza de regeling «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» begin juli vast.

Achteraf, op het moment dat zorg is gebruikt, kan de verzekerde zelf via de «Mijn omgeving» de stand van het eigen risico volgen. Teneinde zo actueel mogelijk te zijn is daartoe belangrijk dat de zorgaanbieder tijdig bij de verzekeraar declareert. Ook is het belangrijk ervoor te zorgen dat het online overzicht van het eigen risico toegankelijk, inzichtelijk en begrijpelijk is opgesteld. Ook op andere wijzen verstrekken verzekeraars informatie, bijvoorbeeld op het moment dat zorg wordt gedeclareerd die ten laste komt van het eigen risico of via een jaaroverzicht.

Een aandachtspunt is de informatievoorziening aan de patiënt voordat de zorg wordt verleend. Voor een verzekerde die van zorg gebruik wil maken is namelijk niet altijd duidelijk wat de gevolgen zullen zijn voor het eigen risico. Dat komt doordat de kosten van een behandeling niet altijd vooraf bekend zijn of aan de patiënt worden gemeld. In de binnenkort te verschijnen voortgangsbrief over kostenbewustzijn ga ik hier nader op in.

Op dit moment laat het Ministerie van VWS, mede op verzoek van de Kamer, een onderzoek uitvoeren naar aard en omvang van zorgmijding. Daarbij wordt ook gekeken naar factoren die hierbij een rol kunnen spelen, waaronder transparantie en communicatie. Het onderzoek is in oktober 2015 gereed en wordt in samenwerking met de Consumentenbond, de Landelijke Huisartsenvereniging en Zorgverzekeraars Nederland uitgevoerd.

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