

Vergaderjaar 2021–2022

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1142

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 april 2022

Net als ieder jaar hebben verzekerden tijdens de overstapperiode een nieuwe zorgverzekering kunnen kiezen. Dit jaar is 6,7 procent van alle verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. De dreiging dat verzekerden kunnen overstappen houdt zorgverzekeraars scherp in hun rol ten aanzien van klantgerichtheid en de inkoop van zorg. Op die manier dragen zorgverzekeraars bij aan kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg.

Overstappen is echter geen doel op zich. Ik vind het vooral van belang dat verzekerden nagaan of hun huidige polis nog bij hen past en kunnen kiezen voor een andere polis of een andere zorgverzekeraar indien dit niet het geval is. Hiervoor dient het polisaanbod overzichtelijk en onderscheidend te zijn.

Bijgaand bied ik uw Kamer het volgende aan:

- een brief van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) waarin zij terugblikt op het afgelopen overstapseizoen (bijlage 1)¹;
- een monitor van het Nivel naar het afgelopen overstapseizoen, waarin onder andere aandacht is voor de informatieverstrekking van zorgverzekeraars en vergelijkingssites (bijlage 2)²;
- onderzoek van CentERdata naar het polisaanbod op de zorgverzekeringsmarkt vanuit het perspectief van verzekerden (bijlage 3)³;
- onderzoek van Perspective naar het keuzeprocess van verzekerden. Dit onderzoek heb ik samen met het Ministerie van Financiën en de NZa laten uitvoeren (bijlage 4)⁴.

De hoofdpunten van deze brief zijn:

- De afgelopen jaren is de onderscheidendheid van het polisaanbod toegenomen, omdat het aantal polissen dat daadwerkelijk van elkaar

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

verschilt, is gestegen. Tegelijkertijd blijken zorgverzekeraars polissen aan te bieden die slechts in beperkte mate verschillen van de andere polissen die ze aanbieden. Dit bemoeilijkt het keuzeproces voor verzekerden en kan ertoe leiden dat verzekerden bij een klein verschil onnodig voor een duurdere polis kiezen. Ik zal hierover in overleg gaan met zorgverzekeraars en roep hen nogmaals op hun polisaanbod kritisch tegen het licht te houden.

- De bruikbaarheid van de keuze-informatie voor verzekerden kan worden verbeterd. Het is daarom goed dat de nieuwe regelgeving van de NZa ook juist als uitgangspunt heeft dat de verstrekte informatie bruikbaar moet zijn voor de verzekerde bij het maken van een keuze voor een zorgverzekeraar.
- Ik ga met partijen die informatie verstrekken tijdens het jaarlijkse overstapseizoen (zoals zorgverzekeraars, vergelijkingssites, consumenten- en patiëntenorganisaties) graag in gesprek of er kansrijke interventierichtingen zijn die verder uitgewerkt kunnen worden, met als doel de barrières die verzekerden bij het kiezen van een zorgverzekering kunnen ervaren te verminderen.

Acties NZa voor en tijdens overstapperperiode 2021–2022

De NZa heeft in haar brief de belangrijkste ontwikkelingen beschreven ten aanzien van het overstapseizoen 2021–2022. Het aantal zorgverzekeraars is in 2022 gelijk gebleven ten opzichte van 2021 (totaal 10 concerns met 20 zorgverzekeraars).

In 2022 worden 60 zorgverzekeringen aangeboden (2021: 57). Het betreft 11 restitutie-, 37 natura- en 12 combinatiepolissen (in 2021 respectievelijk 15 restitutie-, 37 natura- en 5 combinatiepolissen). De NZa ziet in de praktijk een forse toename in zowel het aantal polissen met beperkende voorwaarden als ook in het aantal verzekerden op deze polissen. Dit zijn polissen met selectief gecontracteerde zorg en/of een beperkte vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. Er zijn in 2022 21 polissen met beperkende voorwaarden ten opzichte van 16 in 2021. Het aantal daadwerkelijk verschillende polissen is toegenomen van 43 van de 57 modelovereenkomsten (75 procent) in 2021 tot 48 van de 60 aangeboden modelovereenkomsten (80 procent) in 2022. De NZa geeft hierbij aan dat het beeld van de (nagenoeg) gelijke polissen iets verbeterd is ten opzichte van vorig jaar. Kanttekening hierbij is echter wel dat in een aantal gevallen de verschillen tussen polissen klein zijn (zie ook de uitkomsten van het CentERdata-onderzoek).

De NZa vindt de toename van het aantal polissen een onwenselijke ontwikkeling, omdat dat niet bijdraagt aan de overzichtelijkheid van het polisaanbod. Het polisaanbod kan volgens haar meer onderscheidend worden door het aantal polissen met slechts kleine verschillen in het gecontracteerde aanbod of vergoeding voor niet gecontracteerde zorg te verminderen en alleen polissen te introduceren die daadwerkelijk inhoudelijk iets toevoegen.

De NZa heeft geconstateerd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de overstapperperiode 2021–2022 later waren met het sluiten van contracten dan in de vorige overstapperperiode. De oorzaak hiervan is onder andere de financiële onzekerheid als gevolg van Corona. Zorgverzekeraars zijn in hun communicatie richting verzekerden weliswaar duidelijk over met wie wel of (nog) niet een contract is gesloten, maar doordat veel contracten pas laat rond waren, wisten verzekerden pas laat of het ziekenhuis van hun keuze gecontracteerd is.

Alhoewel een aantal verzekeraars heeft aangegeven dat verzekerden gewoon bij alle ziekenhuizen terecht kunnen, vindt de NZa dit toch onwenselijk, omdat onzekerheid over het gecontracteerde aanbod een drempel kan vormen om over te stappen. De NZa vindt het wenselijk als

zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de volgende overstapperiode eerder hun contractafspraken afronden. Zorgverzekeraars moeten op uiterlijk 12 november de premie voor bestaande polissen bekend maken. Er zijn geen signalen ontvangen van te late premiebekendmaking. Wel heeft de NZa een signaal gekregen over een zorgverzekeraar die zijn premiekorting voor het kiezen van een vrijwillig eigen risico heeft gewijzigd na 12 november 2021. Hoewel het geen formele overtreding van de wet is, vindt de NZa het wel zeer ongewenst. Het beïnvloedt immers de onderlinge concurrentie en kan betekenen dat zorgverzekeraars een prikkel hebben om deze premiekortingen steeds later bekend te maken. Voor consumenten kan dit betekenen dat zij pas later weten welke premie zij uiteindelijk gaan betalen. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraar daarom hierop aangesproken. De NZa geeft aan dat zij denkt dat zorgverzekeraars nog een volgende stap kunnen zetten door informatie op een zodanige manier aan te bieden dat het mensen beter begeleidt bij het maken van een keuze voor een passende zorgverzekering. Om dit te faciliteren heeft de NZa haar «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» herzien. Uitgangspunt van de gewijzigde regeling is dat informatie bruikbaar moet zijn voor de verzekerde bij het maken van een keuze voor een zorgverzekeraar. De NZa gaat er vanuit dat zorgverzekeraars met de invoering van de nieuwe regelgeving meer zullen investeren in de bruikbaarheid van de informatie en onderzoek zullen doen naar de wijze waarop informatie het beste kan worden verstrekt. Zorgverzekeraars krijgen zoveel mogelijk de ruimte om hier zelf invulling aan te geven. De NZa ziet erop toe en grijpt in indien de informatieverstrekking onvoldoende is.

Monitor van het Nivel naar het overstapseizoen 2021–2022

De afgelopen periode heeft het Nivel in opdracht van VWS een monitor naar het overstapseizoen uitgevoerd. Op basis van een websiteanalyse, vragenlijst, werksessie, taalanalyse en analyse van reclame-uitingen geeft de monitor inzicht in de activiteiten van zorgverzekeraars en vergelijkings-sites gedurende het overstapseizoen. Daarbij ging de aandacht specifiek uit naar het polisaanbod, de koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering, sturende elementen, nagenoeg gelijke polissen, contractering en reclames en cadeaus.

De monitor biedt inzicht in de begrijpelijkheid van het polisaanbod. Uit de monitor blijkt bijvoorbeeld dat verzekerden het lastig vinden om aan te geven hoe verschillende naturapolissen van dezelfde zorgverzekeraar van elkaar verschillen. Met betrekking tot de informatie die verzekeraars verstrekken wordt opgemerkt dat polisoverzichten formeel taalgebruik en moeilijke woorden bevatten die de begrijpelijkheid verminderen. Bijna twee op de vijf verzekerden (37 procent) vindt de informatie van zorgverzekeraars (helemaal) niet bruikbaar voor het kiezen van een zorgverzekering. Toch geeft meer dan de helft van de verzekerden (58 procent) aan er redelijk of heel overtuigd van te zijn dat ze voldoende informatie hebben ontvangen om een weloverwogen keuze te maken voor een zorgverzekering.

Dat de basisverzekering en aanvullende verzekering bij verschillende zorgverzekeraars afgesloten kunnen worden, is bij bijna de helft van de verzekerden bekend. Tegelijkertijd bieden sommige zorgverzekeraars bij bepaalde basispolissen een beperkt aanbod van aanvullende verzekeringen aan. Meer dan driekwart van de verzekerden is hier niet van op de hoogte. Op bijna de helft van de 32 websites die onderzocht zijn, zijn sturende elementen te vinden zoals bijvoorbeeld een label «meest gekozen» bij een polis. De meeste deelnemers van de werksessie geven aan zich niet te laten beïnvloeden door sturende elementen.

Hoewel zorgverzekeraars voldoen aan hun informatieverplichtingen omtrent het verstrekken van informatie over nagenoeg gelijke polissen, blijkt uit de monitor dat de meeste deelnemers aan de werksessie de informatie over (nagenoeg) gelijke polissen niet bruikbaar vonden bij het overstappen. Zij waren onbekend met de term en het fenomeen, en vonden het lastig om te zoeken naar informatie over nagenoeg gelijke polissen. Verzekeraars geven de informatie over (nagenoeg) gelijke polissen in de vorm van tabellen. Hierover merkt het Nivel op dat deze moeilijk te begrijpen zijn. Dit komt volgens het Nivel doordat het doel niet duidelijk is, er veel informatie in staat, er vaktermen worden gebruikt en er gebruik wordt gemaakt van onpersoonlijke taal.

Op het gebied van contractering laat de monitor zien dat verzekerden makkelijk konden vinden in hoeverre er selectief was gecontracteerd bij een specifieke polis. De voorwaarden met betrekking tot selectieve contractering zijn volgens het Nivel niet altijd even begrijpelijk. Dit komt met name vanwege moeilijke termen, zoals «marktconform». Voor verzekerden is het van belang om te weten hoe een zorgverzekeraar omgaat met de vergoeding van zorg als er nog geen contract met de zorgverlener is afgesloten. Bijna alle zorgverzekeraars maakten tijdens het overstapeseizoen melding van niet-afgeronde contractering en hoe er qua vergoeding mee om werd gegaan. De meeste teksten zijn echter moeilijk te begrijpen voor verzekerden, omdat deze taalniveau B2 of hoger hebben.

De meeste verzekerden zijn bekend met vergelijkingssites en meer dan de helft heeft hier weleens gebruik van gemaakt. Het Nivel constateert dat de onderzochte vergelijkingssites inzichtelijk maken welke verzekeraars wel of niet worden meegenomen in de vergelijking en dat zij vermelden wat de overwegingen zijn om bepaalde zorgverzekeraars niet mee te nemen. Volgens vergelijkingssites beïnvloeden verschillen in ontvangen provisie en/of gemaakte afspraken de ranking niet. Vijf van de acht vergelijkingssites bieden cadeaus aan. Op websites van zorgverzekeraars gebeurt dit in vijf van de 32 gevallen bij het afsluiten van een basisverzekering. Verzekerden geven aan zich niet te laten beïnvloeden door deze cadeaus.

Samengevat blijkt uit de monitor dat informatie die verzekerden nodig hebben om een goede keuze te maken vindbaar is, maar dat het ontbreekt aan begrijpelijkheid. Dit speelt vooral bij informatie over polissen. Het Nivel geeft aan dat verbetering mogelijk is door minder abstracte woorden en termen in polisoverzichten te gebruiken en de terminologie in overzichten van een verzekeraar meer consistent te maken.

Onderzoek CentERdata naar het polisaanbod en de betalingsbereidheid van verzekerden

De overzichtelijkheid van het polisaanbod blijft een punt van aandacht (zie Kamerstuk 20 689, nr. 1099). In 2021 is bijvoorbeeld een motie van de leden Paulusma en Kuiken aangenomen (zie Kamerstuk 29 689, nr. 1111), waarin de regering wordt verzocht om met elke zorgverzekeraar duidelijke resultaatafspraken te maken over het aantal polissen en het beëindigen van de polissen die zeer sterk op elkaar lijken. Het maken van resultaatafspraken met individuele verzekeraars past echter niet binnen de bevoegdheid van de Minister. De polismarkt is een concurrentiële markt. Verzekeraars willen en mogen daarom onderling ook geen resultaatafspraken maken. Het is toegestaan dat zorgverzekeraars polissen op de markt brengen die sterk op elkaar lijken.

Daarmee was de motie zowel juridisch als praktisch gezien niet uitvoerbaar. Er is daarom gekozen om een onderzoek uit te laten voeren naar het polisaanbod vanuit het perspectief van verzekerden. Het doel van het onderzoek is inzicht geven in de polissenmerken die verzekerden belangrijk vinden en in hoeverre zij bereid zijn hiervoor te betalen.

Daarnaast is in beeld gebracht in hoeverre het polisaanbod aansluit bij de voorkeuren van verzekerden.

CentERdata heeft het onderzoek uitgevoerd. De Consumentenbond, de NZa, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben zitting genomen in de klankbordgroep. De onderzoeksvragen zijn beantwoord aan de hand van een analyse van het polisaanbod van zorgverzekeraars en door twee vragenlijsten, waarvan één verschillende keuze-experimenten bevatte, onder verzekerden uit te zetten. Die vragenlijsten werden door 1058 respectievelijk 1726 respondenten ingevuld.

In 2022 worden 60 polissen voor de basisverzekering aangeboden, waarbij voor 80 procent van de polissen (48 polissen) geldt dat deze van elkaar verschillen wat betreft het type polis (natura-, restitutie- of combinatie-polis) en/of het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg. Dit worden «unieke» polissen genoemd. De verschillen op bovengenoemde punten kunnen echter klein zijn. Uit de analyse van CentERdata analyse blijkt dat voor een relatief groot deel van de «unieke» polissen er minimaal één andere polis is die sterk vergelijkbaar is. Voor 31 naturapolissen⁵ geldt bijvoorbeeld dat er minimaal één alternatief is met een vergelijkbare contracteergraad per type zorgaanbieder. Zo noemt CentERdata een voorbeeld van drie polissen van hetzelfde concern met alleen kleine verschillen in het aantal gecontracteerde zorgaanbieders. Verder is voor een deel van de polissen met een vergelijkbare contracteergraad óók de vergoeding voor ongecontracteerde zorg gelijk. Er is bijvoorbeeld een concern dat vier polissen aanbiedt die alle vier een gelijke contracteergraad hebben en enkel 5 procentpunt van elkaar verschillen voor wat betreft de vergoeding voor ongecontracteerde zorg. Dit roept de vraag op hoe belangrijk verzekerden deze (kleine) verschillen vinden. Het blijkt dat alle zeven kenmerken⁶ die meegenomen zijn in de experimenten bijdragen aan de keuze van verzekerden voor een basisverzekering. Verzekerden lijken zowel (kleine) verschillen in contracteergraad en vergoeding belangrijk te vinden als ook andere kenmerken, zoals naamsbekendheid en service. Over het algemeen zijn verzekerden ook bereid meer te betalen voor een hoger niveau van elk van deze kenmerken. Het relatieve belang en de betalingsbereidheid van de polissenkenmerken verandert echter als er meer kenmerken meegenomen worden in de experimenten of als de nadruk op bepaalde kenmerken wordt gelegd.

Ook verschilt het relatieve belang en de betalingsbereidheid tussen groepen verzekerden. Het onderzoek laat zien dat er vijf segmenten van verzekerden te onderscheiden zijn, waarbij er twee segmenten het duidelijkst naar voren komen. Het gaat hier om een groep van jonge en gezonde verzekerden die vooral een zo goedkoop mogelijke polis wil versus een groep van oudere verzekerden met meer gezondheidsproblemen die premie juist minder belangrijk vindt en vaak voor een restitutiepolis kiest.

Uit de keuze-experimenten blijkt dus dat verzekerden bereid zijn te betalen voor kleine verschillen in polissen. Dit lijkt te suggereren dat er vanuit het verzekerdenperspectief weinig echt gelijke polissen zijn en het polisaanbod daarmee meer divers is dan we op het eerste gezicht vermoeden.

Tegelijkertijd merkt CentERdata hierbij op dat het maar de vraag is of verzekerden de polissenkenmerken in voldoende mate begrijpen om een keuze te maken.

⁵ Van de 33 in deze analyse onderzochte naturapolissen.

⁶ (1) de contracteergraad van ziekenhuizen, (2) de contracteergraad van overige zorgverleners, (3) de kwaliteit van de gecontracteerde zorg, (4) de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, (5) bekendheid met de verzekeraar, (6) of het een internetpolis of een reguliere polis betreft en (7) of er wel of geen extra service geboden wordt door de verzekeraar

De complexiteit van het polisaanbod kan ertoe leiden dat verzekerden op het oog irrationele keuzes maken en het belang van bepaalde kenmerken overschatten.

Zo lijken verzekerden bereid te zijn relatief veel extra premie te betalen voor kenmerken die in de praktijk weinig verschil maken. Verzekerden waren bijvoorbeeld bereid meer te betalen voor een hoger vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg, naarmate de contracteergraad juist hoger was.

Daarnaast geeft CentERdata aan dat verzekerden zich mogelijk niet realiseren dat polissen weinig van elkaar verschillen. Dit leidt ertoe dat verzekerden de kleine verschillen die er zijn uitvergrooten en het belang hiervan overschatten. Dit blijkt ook uit de keuze-experimenten. In de gevallen waar de nadruk werd gelegd op een verschil in vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg waren respondenten hier bereid meer voor te betalen dan in een keuze-experiment waar hier niet de nadruk op werd gelegd. De manier waarop verschillen gepresenteerd worden (bijvoorbeeld op de websites van zorgverzekeraars of vergelijkingssites) blijkt hierbij van invloed te zijn op de betalingsbereidheid van verzekerden.

Onderzoek Perspective naar het keuzeproces van verzekerden

Zoals ik eerder in deze brief meldde is het geen doel op zich dat verzekerden (regelmatig) overstappen naar een andere zorgverzekering. Waar het om gaat is dat verzekerden zich onbelemmerd voelen om desgewenst over te stappen naar een andere zorgverzekering. Dat houdt verzekeraars scherp. De premisse van het stelsel is immers dat verzekeraars concurreren om de gunst van de verzekerde. Ook voor verzekerden zelf kan het zinvol zijn regelmatig te evalueren of de huidige zorgverzekering nog bij hun persoonlijke situatie past. Onderzoek⁷ laat zien dat 67 procent van de verzekerden in de afgelopen zeven jaar nog nooit van zorgverzekeraar is gewisseld. We noemen dit inertie. Als mensen een verzekering hebben die bij hen past, is het geen probleem dat zij inert zijn.

Verzekerden vinden het soms lastig om een voor hen goede keuze te maken op de zorgverzekeringsmarkt. Het gaat hierbij dan bijvoorbeeld om de keuze voor een polis, keuzes rondom het vrijwillig eigen risico en de keuze voor wel of geen aanvullende verzekering, en zo ja welke. De vraag of een specifieke verzekering daadwerkelijk de beste keuze is voor een verzekerde, is in de praktijk lastig te bepalen. Het is onduidelijk of er sprake is van een weloverwogen keuze of van inertie of informatie-asymmetrie. Het resultaat is niettemin dat er sprake is van een groep mensen die meer betaalt dan noodzakelijk is, gegeven hun zorgvraag. Om te weten waar inertie vandaan komt heb ik – samen met het Ministerie van Financiën en de NZa – Perspective gevraagd onderzoek te doen naar de barrières en drijfveren die mensen ervaren bij het overstappen naar een andere zorgverzekering. Perspective heeft onder andere 8 verzekerden gevolgd tijdens het overstapeseizoen van 2021–2022 en een sessie met 6 inerte verzekerden gehouden. Enkele zorgverzekeraars, vergelijkingssites, de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland zijn via een multidisciplinair team nauw betrokken geweest bij het onderzoek. In dit onderzoek lag de focus op het goed in beeld brengen, en mogelijk herdefiniëren, van de doelen en uitdagingen ten aanzien van het keuzeproces van verzekerden. En in de tweede instantie op het genereren van oplossingsrichtingen.

Uit dit onderzoek komen verschillende uitdagingen naar voren. De (inerte) verzekerden zijn doorgaans niet goed op de hoogte van hun huidige

⁷ Vektis. 2021. Verzekerden in beeld. Inzicht in het overstapeseizoen.

zorgverzekering en hun zorggebruik. Daarnaast blijkt ook dat zij in algemene zin een onvolledig beeld hebben van het basispakket van zorgverzekeringen. Verzekerden overschatten wat er in de aanvullende verzekering is opgenomen en onderschatten wat er in de basisverzekering zit. Dit alles maakt het moeilijk om een adequate zorgverzekering te kiezen. Daarnaast speelt mee dat de verzekerden zekerheid belangrijk vinden en dat uit zich in het oververzekerd zijn en de angst om een verkeerde keuze te maken. Het oriënteren op of overstappen wordt als groot en belangrijk ervaren. Daardoor kunnen mensen het maken van keuzes uit- of afstellen. Tot slot valt op dat de focus bij verzekerden vooral lijkt te liggen op het overstappen naar een andere zorgverzekeraar, terwijl in de praktijk aanpassingen binnen de huidige polis of zorgverzekeraar ook goede opties kunnen zijn. Dit heeft weinig aandacht, terwijl dit juist als een kleinere – en daardoor minder spannende stap – wordt gezien. Perspective schetst verschillende interventierichtingen die inspelen op deze uitdagingen. Zo zijn er interventies gericht op het vergroten van algemene kennis over wat de basisverzekering dekt (dat is namelijk meer dan dat verzekerden denken) en het verduidelijken van het verschil tussen de basis- en aanvullende verzekering. Ook zijn er interventies gericht op het verkrijgen van individuele overzichten, zodat verzekerden weten waar zij nu voor verzekerd zijn en hun historisch zorggebruik en de dekking van de huidige polis kennen en deze gemakkelijk kunnen vergelijken met de dekking en de kosten van andere polissen. Perspective heeft een globale inschatting gemaakt welke interventierichtingen het meest kansrijk zijn. Dit zijn: het vergroten van kennis over de eigen polis, het vergroten van kennis over de basisverzekering en het behapbaar maken van de keuzes. Het is goed op te merken dat de interventierichtingen voortkomen uit de mening van verzekerden en vooral gericht zijn op het helpen van inerte verzekerden en het wegnemen van barrières die zij ervaren om zich te oriënteren op een andere zorgverzekering of daadwerkelijk hun zorgverzekering aan te passen. Dat wil dus niet zeggen dat de betrokken stakeholders alle interventierichtingen als wenselijk of haalbaar beschouwen. Nadere analyses moeten uitwijzen of de interventierichtingen daadwerkelijk uitvoerbaar en haalbaar zijn en overeenkomen met andere doelen van de Zorgverzekeringswet.

Beleidsreactie

Al jarenlang is er aandacht voor het polisaanbod op de zorgverzekeringsmarkt. Het keuzeprocess van verzekerden wordt bemoeilijkt door polissen die weinig tot niet van elkaar verschillen. Dit maakt het polisaanbod onoverzichtelijk. Verzekerden kunnen hierdoor overstapbelemmeringen ervaren, hetgeen leidt tot een lagere overstapgeneigdheid. En juist die overstapgeneigdheid is belangrijk om verzekeraars te prikkelen tot klantgerichtheid en de inkoop van een kwalitatief en betaalbaar zorgaanbod.

Voor 80 procent van de polissen in 2022 geldt dat deze van andere polissen verschillen wat betreft het type polis en/of het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg. Dit is een stijging ten opzichte van 2021, want toen gold dit voor 75 procent van de polissen. Zo gemeten neemt de onderscheidendheid van het polisaanbod toe. Echter het blijkt bij een deel van de polissen om zeer kleine verschillen te gaan. Het is maar de vraag in hoeverre een polis die bijvoorbeeld alleen via een iets hoger of iets lager vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg van andere polissen van dezelfde zorgverzekeraar (of concern) verschilt, nu écht onderscheidend is.

Het onderzoek van CentERdata laat zien dat er ook veel overeenkomsten zijn tussen de «unieke» polissen die door een verzekeringsconcern worden aangeboden. Dat vind ik bezien vanuit de overzichtelijkheid van

het polisaanbod geen wenselijke ontwikkeling. Aan de andere kant lijken verzekerden bereid te zijn om voor deze verschillen te betalen en deze verschillen dus te waarderen. Maar dit hangt mogelijk samen met de complexiteit van het polisaanbod die het maken van een keuze niet makkelijker maakt en dit kan ertoe leiden dat verzekerden op het oog irrationele keuzes maken. Ook uit het Nivel-onderzoek komt naar voren dat verzekerden moeite hebben om verschillen tussen polissen te duiden. Door de wijze waarop polissen gepresenteerd worden, overschatten verzekerden het belang van specifieke verzekeringskenmerken. Ik vind het niet gewenst wanneer verzekerden hierdoor onnodig voor een duurdere polis kiezen. Daarom zal ik hier het gesprek over aangaan met zorgverzekeraars en roep ik hen nogmaals op hun polisaanbod kritisch tegen het licht te (blijven) houden: voegen bepaalde polissen daadwerkelijk iets toe of is het eigenlijk hetzelfde product in een «iets ander jasje»? Ik vind het belangrijk dat verzekerden bij de start van het overstapeseizoen de keuze kunnen maken of zij willen overstappen en zo ja naar welke polis. Hiervoor is het belangrijk dat er voor verzekerden duidelijkheid is over het gecontracteerde aanbod en, indien de zorgverzekeraars en aanbieder nog in onderhandeling zijn, wat dit wel of niet voor consequenties heeft voor de vergoeding van zorg. Daarbij vind ik het ook belangrijk dat zorgverzekeraars uiterlijk op 12 november de premies van polissen bekend maken, inclusief de premiekortingen voor een vrijwillig eigen risico. Op die manier hebben verzekerden voldoende tijd om zich goed te oriënteren op het polisaanbod.

Er is ruimte voor verbetering ten aanzien van de bruikbaarheid van de keuze-informatie voor verzekerden. Het is daarom goed dat de nieuwe regelgeving van de NZa ook juist als uitgangspunt heeft dat de verstrekte informatie bruikbaar moet zijn voor de verzekerde bij het maken van een keuze voor een zorgverzekeraar. Ik blijf de stappen die zorgverzekeraars de komende tijd hiervoor gaan maken met veel interesse volgen. Specifieke aandacht heb ik hierbij voor de verstrekte informatie rondom nagenoeg gelijke polissen. De regelgeving van de NZa bevat informatieverplichtingen voor zorgverzekeraars als er een (nagenoeg) gelijke polis bestaat. Wanneer vanuit een concern of individuele zorgverzekeraar polissen worden aangeboden die (nagenoeg) gelijk zijn voor wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en voor wat betreft de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten, dient elk van de betrokken zorgverzekeraars een overzicht te plaatsen met deze (nagenoeg) gelijke polissen. Het onderzoek van het Nivel laat echter zien dat verzekerden de verstrekte informatie over (nagenoeg) gelijke polissen niet bruikbaar vinden. Ik moedig de zorgverzekeraars die gelijke polissen aanbieden – en verzekerden hier dus over moeten informeren – aan om te bezien welke verbeteringen mogelijk zijn in door hen versterkte informatie hierover. Jaarlijks wordt gedurende het overstapeseizoen vanuit het Ministerie van VWS informatie verstrekt om verzekerden te informeren en te helpen bij het maken van een keuze voor een zorgverzekering en hen uitleg te geven over het eigen risico. In verband met de grootschalige communicatie vanuit de rijksoverheid rondom COVID-19 is afgelopen jaar besloten om tijdens het overstapeseizoen geen landelijke media in te zetten. De inzet van informatieteams op verschillende plekken in het land kon geen doorgang vinden vanwege de toen geldende coronamaatregelen. Wel kregen verzekerden via de website van de rijksoverheid tips over waar zij op moeten letten wanneer zij willen nagaan of hun zorgpolis nog bij hen past. Daarnaast is begin dit jaar een radiospotje uitgezonden om verzekerden voorlichting te geven over het eigen risico. Driekwart van de Nederlanders van 18 jaar en ouder (ca. 10,5 miljoen personen) heeft deze commercial ten minste één keer gehoord. In vier weken tijd heeft de

doelgroep de commercial bijna vijftien keer gehoord. Deze resultaten worden meegenomen in de vormgeving van de campagne voor komend jaar.

Bij de campagne zal ik ook de inzichten uit het Perspective onderzoek meenemen. Zo wil ik kijken naar de mogelijkheden om de optie van overstappen naar een andere polis bij de huidige zorgverzekeraar te benadrukken in plaats van alleen het overstappen van zorgverzekeraar centraal te stellen. Verder zal ik met andere partijen die informatie verstrekken tijdens het jaarlijkse overstapseizoen (zoals zorgverzekeraars, vergelijkingssites, consumenten- en patiëntenorganisaties) in gesprek gaan over de inzichten uit het Perspective onderzoek. Om te bekijken hoe we eventuele kansrijke interventierichtingen verder kunnen uitwerken, uitproberen en uiteindelijk laten landen in de praktijk. In het najaar zal ik uw Kamer informeren over de uitkomsten.

De komende periode ga ik verder in gesprek met de NZa, ZN en individuele zorgverzekeraars over het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. In mijn gesprekken kijk ik ook naar de samenhang tussen de zorgverzekeringsmarkt en de risicoverevening. Ik streef ernaar uw Kamer in de zomer te informeren over de uitkomsten van deze overleggen.

Ik hoop u zo voldoende te hebben geïnformeerd.

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