

Vergaderjaar 2007–2008

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 215

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juli 2008

Hierbij bied ik u de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 en de Monitor Eigen Risico van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan.¹ In deze brief geef ik in het kort de conclusies van de NZa weer en mijn reactie daarop.

Monitor Zorgverzekeringsmarkt

De NZa is ook in 2008 positief over de positie van de consument op de zorgverzekeringsmarkt. De NZa constateert weliswaar een verminderde prijsconcurrentie, maar de premie ligt evenals in voorgaande jaren onder de inschatting van de overheid. De mobiliteit van verzekerden is ten opzichte van 2007 iets gedaald, per 1 januari 2008 is 3,5% van de verzekerden overstapt naar een andere verzekering. De kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars is echter tevredenstellend en bovendien verbeterd. De NZa heeft hiernaast geen aandachtspunten geconstateerd bij de afhandeling van het overstappen door zorgverzekeraars in de overstapperiode 2007–2008. De basisverzekering blijft in 2008 toegankelijk en, afgemeten aan het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering, is de toegankelijkheid van de aanvullende verzekering ook niet veranderd. Wel hanteren enkele zorgverzekeraars een meer restrictief beleid voor de aanvullende verzekeringen.

Hieronder ga ik verder in op een aantal specifieke onderwerpen: differentiatie op kwaliteit en inhoud, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Differentiatie op kwaliteit en inhoud

De NZa komt tot de conclusie dat verzekerden hun keuze voor een zorgverzekering nog steeds voornamelijk baseren op de premie, de dekking van de aanvullende verzekering en de (financiële) voordelen van collectieve verzekeringen. Verzekeraars onderscheiden zich nog onvoldoende op kwaliteit van zorg. De NZa constateert dat wat betreft de basisverzekering ook in collectieve contracten nog geen sprake is van maatwerk, de

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

collectieve verzekering fungeert nog niet als vliegwiel voor een integrale zorginkoop voor de leden van de collectiviteit. De NZa pleit voor concurrentie op inhoud en kwaliteit door meer differentiatie in het zorgaanbod van basisverzekeringen. Met meer differentiatie kunnen zorgverzekeraars verzekerden stimuleren gebruik te maken van preferente zorgaanbieders met een goede prijs/kwaliteitverhouding. Verbetering van de zorginkoop door zorgverzekeraars is daarom nodig.

Deze constatering sluit aan op het advies over zorginkoop van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). De RVZ concludeert dat de zorginkoop nog in de kinderschoenen staat en dat verzekeraars de aanwezige ruimte en mogelijkheden nog maar beperkt benutten. Investerings in de zorginkoopfunctie zijn nodig. Zoals aangegeven in mijn reactie op het advies van de RVZ, die uw Kamer nagenoeg tegelijkertijd met deze reactie ontvangt, deel ik dit oordeel.

De NZa wijst op een aantal noodzakelijke veranderingen die de selectieve zorginkoop moeten bevorderen. De aanbevelingen van de NZa liggen grotendeels in het verlengde van de aanbevelingen van de RVZ. Hieronder licht ik toe op welke wijze ik invulling geef aan de aanbevelingen van de NZa.

De NZa wijst onder andere op de noodzaak van meer onderhandelingsvrijheid voor partijen. Zo heeft de NZa mij onlangs geadviseerd om per 1 januari 2009 vrije prijzen voor onder meer dieetadvisering en ischemiesche en aanverwante aandoeningen in te voeren. Op 17 juni heb ik u een brief (CZ/EKZ-2851780) gestuurd waarin ik heb aangegeven voornemens te zijn om de NZa een aanwijzing te geven om per 1 januari 2009 vrije prijsvorming voor extramurale dieetadvisering te realiseren. Vanzelfsprekend passen ook de kabinetsvoornemens om het B-segment ziekenhuiszorg uit te breiden in het beleid gericht op het vergroten van de onderhandelingsvrijheid van partijen.

De NZa pleit hiernaast voor de afbouw van onderdelen van de ex-post-verevening. Over de afbouw heb ik u per brief geïnformeerd in januari (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 689, nr. 129). Hierin heb ik ook vermeld dat ik voornemens ben de risicodragendheid van verzekeraars te vergroten.

Verder pleit de NZa net als de RVZ voor meer kwaliteitsinformatie. Ik acht de beschikbaarheid van adequate kwaliteitsinformatie essentieel voor zorginkoop. Er bestaan reeds diverse initiatieven om de kwaliteit van de gezondheidszorg meer transparant te maken. In mijn reactie op het advies over zorginkoop van de RVZ ga ik hier nader op in.

De NZa dringt aan op het inzetten van het verplichte eigen risico bij keuzeondersteuning. Ik heb in mei een voorhangprocedure in werking gesteld om het Besluit zorgverzekering te wijzigen, zodat per 1 januari 2009 het verplichte eigen risico ingezet kan gaan worden voor de keuzeondersteuning van consumenten. Dit maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om de kosten van het gebruik van bijvoorbeeld preferente, gecontracteerde zorgaanbieders voor de verzekerde goedkoper te maken dan andere niet-preferente zorgaanbieders. De NZa signaleert reeds een aantal initiatieven bij zorgverzekeraars die gebruik zullen gaan maken van dit instrument.

Ook acht de NZa het van belang dat de cycli van zorginkoop en polissen beter op elkaar aansluiten. De consument moet tijdig en transparant worden geïnformeerd door de zorgverzekeraars over de gecontracteerde zorgaanbieders. Een voorwaarde hiervoor is dat onderhandelingen tussen

zorgverzekeraars en zorgaanbieders tijdig afgerond zijn. Marktpartijen geven aan voorstander te zijn van het vervroegen van het contracteerproces.

De NZa doet een aantal aanbevelingen voor een betere aansluiting van de cycli. Marktpartijen in de ziekenhuiszorg hebben in eerste instantie zelf een verantwoordelijkheid om voor de budgetonderhandelingen relevante gegevens te verzamelen. Partijen zouden hiernaast moeten experimenteren met meerjarencontracten en digitaal onderhandelen. De NZa doet mij de aanbeveling om beleid voor het vrije marktsegment en wijzigingen in wet- en regelgeving voor 1 juli bekend te maken. Ik neem deze aanbeveling ter harte. Mijn beleid is er al op gericht veranderingen tijdig voor invoering kenbaar te maken. De NZa past tevens de Richtsnoer Informatieverstrekking aan voor de eisen die zij stelt aan de transparantie over het gecontracteerde zorgaanbod. De Richtsnoer wordt nog deze zomer gepubliceerd.

Het proces om te komen tot concurrentie op inhoud en kwaliteit vergt tijd. Ik ben van mening dat partijen in de zorg de tijd, de ruimte en het vertrouwen gegund moet worden om hun verantwoordelijkheid hierin te nemen en hun rol te vervullen. Recente ontwikkelingen, die ook door de NZa worden geconstateerd, tonen aan dat er reeds beweging is. Zo is onlangs de Zekur-polis op de markt verschenen, waarin selectieve zorginkoop nadrukkelijk aan de orde is. Ook andere zorgverzekeraars maken in toenemende mate afspraken met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en doelmatigheid van zorg. De verwachting is dat verzekeraars per 1 januari 2009 de mogelijkheid zullen benutten tot het gedifferentieerd inzetten van het verplicht eigen risico. Ook biedt de aanbesteding van enkele grote collectieve zorgverzekeringscontracten per 1 januari 2009 de mogelijkheid tot meer aandacht voor de kwaliteit van het aanbod van zorgverzekeraars. Gezien deze ontwikkelingen heb ik de verwachting dat de omslag naar concurrentie op inhoud en kwaliteit verder door zal zetten.

Toegankelijkheid

De NZa heeft geen signalen ontvangen dat de toegankelijkheid van de basisverzekering problemen geeft. Momenteel onderzoekt de NZa hoe zij zich zal opstellen tegenover strategieën van zorgverzekeraars die passen binnen wettelijke bepalingen maar waarvan, naar het oordeel van de NZa, het effect kan zijn dat risicoselectie optreedt. In dit kader wordt op het moment de Zekur-polis van Univé gevolgd.

De NZa constateert dat de aanvullende verzekering toegankelijk blijft voor het overgrote deel van de verzekerden. Een aantal verzekeraars hanteert opslagen op de premie voor de aanvullende verzekeringen voor verzekerden die niet ook de basisverzekering bij de verzekeraar afsluiten. De NZa is van mening dat de hoge opslag vanuit het oogpunt van mobiliteit en keuzevrijheid onwenselijk is. De NZa vraagt om maatregelen te treffen waardoor de betreffende hoge opslagen op de premies voor aanvullende verzekeringen tot het verleden gaan behoren.

Het voorstel van de NZa om maatregelen te treffen tegen de hoge opslagen, kan ik niet overnemen. De Europese richtlijnen schadeverzekering verbieden het namelijk om verzekeringsondernemingen te onderwerpen aan wettelijke voorschriften over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Voor de zorgverzekering is afwijking van dit verbod, voor zover dat noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang toegestaan (zie met name artikel 54 van de Derde richtlijn schadeverzekering). Voor de aanvullende verzekering geldt dit echter niet. In een aanvullende verzekering zitten alleen die voorzieningen waarvan de regering vindt dat die voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf

kunnen komen. Of dergelijke voorzieningen vervolgens via een afzonderlijke aanvullende verzekering verzekerd worden en tegen welke premie, rekent de regering niet tot haar verantwoordelijkheid. Pakketsamenstelling, acceptatiebeleid en premiestelling van zo'n aanvullende verzekering behoren tot de eigen bevoegdheden van de verzekeraar die de aanvullende verzekering aanbiedt. Zou de overheid van mening zijn dat de toegang tot nu in aanvullende pakketten verzekerde zorg voor iedereen open zou moeten staan, dan kan zij deze onder de verplichte dekking van de zorgverzekering brengen. Het in plaats daarvan stellen van premiegels aan aanvullende verzekeringen (waaronder een door de Nza voorgesteld verbod opslagen te berekenen) is niet de juiste weg en zal leiden tot strijd met de Europese richtlijnen schadeverzekering.

Aangezien verzekeraars verplicht zijn transparante informatie te verstrekken over de inhoud van het verzekerde pakket en de daarvoor te betalen premie (zowel voor de basis- als de aanvullende verzekering), lijkt het mij goed meer in deze richting naar oplossingen voor het geconstateerde aandachtspunt te zoeken. Indien verzekerden voor een aanvullende verzekering opslagen moeten betalen, moet dit voor verzekerden transparant zijn, zodat zij een weloverwogen keuze kunnen maken. Ik zal hierover met de NZa nader van gedachten wisselen.

Betaalbaarheid

In 2008 betaalde de verzekerde gemiddeld € 1 049 voor zijn basisverzekering, tegenover € 1 103 in 2007 (- 5%). De premie ligt evenals eerdere jaren onder mijn prognose.

De premies daalden echter minder dan de afschaffing van de no-claim mogelijk maakte, ondermeer omdat de zorgkosten stegen, de bijdrage aan het zorgverzekeringsfonds steeg en zorgverzekeraars hun opslagen verhoogden.

Het aantal verzekerden met een collectieve verzekering is verder toegenomen tot 60%. De betaalbaarheid van de zorgverzekering wordt positief beïnvloed door de korting voor deze collectieve verzekeringen. Met een korting van gemiddeld 7% is er sprake van stabilisatie.

Overige ontwikkelingen

Een laatste belangrijke ontwikkeling om specifiek te benoemen zijn de fusies van verschillende zorgverzekeraars (Achmea-Agis, CZ-Delta Lloyd en Menzis-Azivo), waardoor er sprake is van toegenomen concentratie. Er zijn vier grote zorgverzekeraars met een gezamenlijk marktaandeel van 88%. De NMa heeft bij de beoordeling van de fusies geconcludeerd dat het niet aannemelijk was dat een collectieve economische machtspositie ontstaat die de mededinging op significante wijze belemmert.

De NZa houdt deze ontwikkelingen scherp in de gaten, mede omdat er in 2008 sprake is van verminderde mobiliteit, de collectiviteiten tot op heden minder dynamisch zijn dan verwacht en maatwerk nog nauwelijks aan de orde is. Naar mijn mening is er op dit moment echter nog geen reden om aan te nemen dat de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt afneemt. Zo wil een laag overstappercentage bijvoorbeeld niet zeggen dat er geen sprake meer is van concurrentie. De dreiging van het overstappen is voor verzekeraars al voldoende om scherp te blijven. De komende jaren kan het overstappen weer toenemen als verzekeraars zich meer gaan richten op het selectief contracteren van zorgaanbieders. Hiernaast lopen per 1 januari 2009 veel contracten van een aantal grote collectiviteiten af, waardoor de dynamiek in het collectieve segment weer terug kan keren.

Hiernaast zijn er zoals gezegd een aantal recente ontwikkelingen, waardoor ik de verwachting heb dat de omslag naar concurrentie op inhoud en kwaliteit verder door zal zetten.

Monitor Eigen Risico

Vanaf 1 januari 2008 is de no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico van € 150. Daarnaast heeft de verzekerde, vanaf de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel, voor de basisverzekering de mogelijkheid voor een vrijwillig eigen risico te kiezen. Ik heb de NZa gevraagd een monitor eigen betalingen uit te voeren. Daarnaast is in de monitor zorgverzekeringsmarkt 2007 aangekondigd dat de NZa de achtergronden van de keuze voor een vrijwillig eigen risico gaat onderzoeken. De NZa heeft nu de eerste tussentijdse rapportage gepubliceerd. In deze eerste tussentijdse rapportage staan drie thema's centraal: consumentenbelang, betaalbaarheid en keuzeondersteuning. Hieronder geef ik de belangrijkste conclusies van de NZa bij deze drie thema's weer.

Consumentenbelang

De NZa concludeert dat over de gehele lijn zorgverzekeraars juiste informatie over het verplichte en vrijwillige eigen risico geven, maar daarin niet volledig zijn. Het gaat daarbij meestal om ontbrekende informatie over de compensatieregeling voor chronisch zieken en de betalingswijze van het verplicht eigen risico van de verzekerde aan de zorgverzekeraar. Daarbij concludeert de NZa dat de procedures die de betrokken partijen voor de uitvoering van de compensatieregeling hebben opgesteld, het risico van fouten in de uitvoering in sterke mate beperken. In het vierde kwartaal zal de NZa een evaluatie uitvoeren naar de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK. Een belangrijk aandachtspunt blijft hierbij de aansluiting tussen de verschillende schakels in de keten.

Betaalbaarheid

De NZa concludeert dat het macro-effect van het vrijwillig eigen risico op de betaalbaarheid van zorg minimaal is. Dit komt omdat slecht 5% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico kiest. Aangezien een meerderheid van de verzekerden geen vrijwillig eigen risico wil, zal hierin op korte termijn weinig veranderen.

Keuzeondersteuning

In april 2008 hebben enkele zorgverzekeraars al laten weten het verplicht eigen risico voor 2009 gedifferentieerd te willen gaan toepassen. De NZa geeft aan begin 2009 te rapporteren over in hoeverre zorgverzekeraars keuzeondersteuning door een gedifferentieerd verplicht eigen risico invoeren. De NZa beoordeelt eveneens de transparantie. Verzekerden moeten namelijk goed op de hoogte zijn van de financiële gevolgen van een keuze voor een zorgaanbieder.

Bovenstaande conclusies geven bij mij geen aanleiding tot nadere acties. In het najaar van 2008 brengt de NZa een tweede tussentijdse rapportage uit, waarna begin 2009 een integrale rapportage volgt. Afhankelijk van de conclusies in de komende rapportages, zal ik mogelijk acties ondernemen.

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