

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

2653

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de barrières die chronisch zieken voelen bij een overstap naar een andere zorgverzekeraar* (ingezonden 24 mei 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 26 mei 2011).

Vraag 1

Wat is uw reactie op het onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), waaruit blijkt dat chronisch zieken meer dan anderen barrières voelen om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar?¹

Antwoord 1

Uit het onderzoek van Nivel is ten eerste gebleken dat verzekerden met een chronische ziekte, dan wel een handicap of verzekerden die een minder goede gezondheid ervaren niet minder overstappen dan andere verzekerden. Ook blijkt dat de redenen om over te stappen danwel om niet over te stappen voor beide groepen verzekerden gelijk zijn. Uit het onderzoek blijkt verder dat verzekerden met een chronisch zieke, handicap of mindere gezondheid meer dan andere verzekerden barrières voelen om over te stappen.

Ik vind het positief dat ongeveer even veel «gezonde» als «minder gezonde» verzekerden overstappen van zorgverzekeraar. Van de uitkomst dat verzekerden met een chronische ziekte, handicap of mindere gezondheid meer barrières voelen neem ik goede nota. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering. In het eind vorig jaar verschenen «Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering zorgverzekeringswet 2009» concludeert de NZa dat mogelijk niet alle zorgverzekeraars zich volledig aan de acceptatieplicht hebben gehouden. Aanleiding waren twee zorgverzekeraars die op hun website polissen zo hadden gepresenteerd dat ze niet toegankelijk leken voor iedereen. Inmiddels is deze situatie gecorrigeerd. De betreffende verzekeraars hebben hierover een brief van de NZa gekregen. Het is voor de beeldvorming zeer belangrijk dat zorgverzekeraars geen enkel misverstand over de acceptatieplicht wekken of laten bestaan. Voor de aanvullende verzekering mogen zorgverzekeraars medische selectie toepassen of een gezondheidsverklaring vragen, maar dit wordt slechts zeer beperkt door zorgverzekeraars toegepast.

¹ <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=15777&path=/Startpunt/HomeNIVEL/actueel/Actueel>

Vraag 2

Vindt u het aantal overstappers, 6% in 2007, 4% in 2008 en 3% in 2009, niet aan de lage kant? Is dit percentage overstappers voldoende om een markt met lage prijzen en kwaliteit te creëren?

Antwoord 2

Zoals de onderzoekers van Nivel ook aangeven is het lastig om te bepalen hoeveel overstappers nodig zijn om lage prijzen voor goede kwaliteit te creëren. Dat verzekerden de mogelijkheid hebben om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar is voor de zorgverzekeraar voldoende stimulans om scherp te blijven. De afgelopen twee jaar is het aantal overstappers overigens weer toegenomen. In 2009/2010 was het overstapperpercentage volgens Vektis 3,9% en in 2010/2011 is dit gestegen naar 5,5%².

De NZa heeft in haar marktscan zorgverzekeringsmarkt 2010 aangegeven dat de lichte toename van overstappers kan duiden op verscherpte prijsconcurrentie.

Vraag 3

Bent u het met de onderzoekers van het NIVEL eens dat slechts de prijs aanleiding is voor mensen om over te stappen naar een andere verzekeraar? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 3

Uit onderzoek van NIVEL blijkt dat de premie de belangrijkste reden is om over te stappen naar een andere verzekeraar. Daarna komt een veranderde gezinssituatie, ontevredenheid over de dekking van de polis, ontevredenheid over de hoogte van de premie of de dekking voor de aanvullende verzekering en ontevredenheid over de collectiviteitkorting. Een belangrijke reden om niet te veranderen is overigens dat men tevreden is over de dekking van de polis, omdat men al lang bij de zorgverzekeraar zit of vanwege de service van de zorgverzekeraar³.

Vraag 4

Deelt u de conclusie van het NIVEL dat het discutabel is of de zorgverzekeringswet leidt tot een betere balans tussen prijs en kwaliteit? Zo ja, welke stappen gaat u nemen om een betere balans te creëren? Zo nee, kunt u dit standpunt onderbouwen?

Antwoord 4

Ik deel die conclusie in zoverre dat het voor mij altijd helder is geweest dat de zorgverzekeringswet (Zvw) een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde is geweest voor het verkrijgen van de juiste balans van prijs en kwaliteit. Enkele hoofdelementen uit de (o.a. door het Nivel verrichte) evaluatie van de Zvw in de herinnering roepend, heeft de Zvw gezorgd voor keuzevrijheid van verzekerden, voor concurrerende verzekeraars, voor verzekeraars die in toenemende mate zorginkoopactiviteiten ontplooiën en voor het agenderen van de kwaliteitsdiscussie. Tegelijkertijd werd in de evaluatie geconstateerd dat er aan de bekostigingskant, aan de mate van risicodragendheid van zowel aanbieders als verzekeraars en op het gebied van kwaliteitstransparantie nog onvoldoende voortgang was geboekt om de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt door te laten sijpelen naar de zorginkoop- en zorgverleningsmarkt. Daarvoor zijn aanpassingen van andere wetten nodig, met name de Wmg. Een belangrijk deel van mijn beleidsagenda is gericht op die laatstgenoemde aanpassingen.

Vraag 5

Bent u, gezien bovenstaande onderzoeksresultaten, van mening dat de Zorgverzekeringswet heeft geleid tot meer keuzevrijheid en kwaliteit voor de verzekerden? Kunt u dit standpunt toelichten?

² Bron: Zorgthermometer, Vektis, 16 april 2011

³ Bron: Factsheet Nivel, 1 april 2011

Antwoord 5

De zorgverzekeringswet heeft geleid tot meer keuzevrijheid. Het overstappen naar een andere zorgverzekeraar is met de introductie van de zorgverzekeringswet beter mogelijk geworden, omdat er een acceptatieplicht is voor de basisverzekering. De particuliere ziektekostenverzekering kende deze acceptatieplicht niet, waardoor het voor bijvoorbeeld chronisch zieken lastiger was om te veranderen van zorgverzekeraar. Met betrekking tot de kwaliteit verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 4.

Vraag 6

Welke oorzaken zijn er voor de gesignaleerde barrières die chronisch zieken voelen bij een overstap? Hoeveel chronisch zieken worden geweigerd voor een aanvullende verzekering?

Antwoord 6

In het onderzoek wordt aangegeven dat chronisch zieken bang zijn om niet geaccepteerd te worden of bang zijn voor administratieve problemen. Ook denken zij dat het voor hen niet mogelijk is om te veranderen. Het Nivel geeft overigens in haar onderzoek aan dat uit empirische studies in diverse landen is gebleken dat oudere mensen met een relatief slechte gezondheid of chronische ziekte meer barrières ervaren om over te stappen omdat zij meer zekerheid willen m.b.t. de continuïteit van de dekking van hun zorgverzekering. Het is mij niet bekend hoeveel chronisch zieken worden geweigerd voor een aanvullende verzekering. Zie verder ook mijn antwoord op vraag 1.

Vraag 7

Hoe is het gesteld met de informatievoorziening over overstapmogelijkheden? Zijn de gesignaleerde ideeën bij chronisch zieken, dat zij niet zouden kunnen overstappen of veel administratieve barrières kunnen verwachten, terecht? Zouden deze ideeën kunnen worden weggenomen met betere informatieverstrekking?

Antwoord 7

Zoals ik heb aangegeven in mijn reactie op vraag 1, heb ik goede nota genomen van het feit dat verzekerden met een chronische ziekte, handicap of mindere gezondheid meer barrières voelen om over te stappen. Hoewel de acceptatieplicht in den brede goed wordt nageleefd heeft het jongste «Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering zorgverzekeringswet» (2009) van de NZa enkele signalen opgeleverd dat we er alert op moeten zijn en blijven dat de acceptatieplicht boven elke twijfel verheven is. Wat de andere gevoelde barrières betreft, zoals ook in het antwoord op vraag 1 is opgemerkt vindt er nauwelijks medische selectie plaats voor de aanvullende verzekering. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de plicht om transparante informatie te verstrekken over toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering en over de opzegmogelijkheden voor zowel de basis als aanvullende verzekering. De NZa ziet hier op toe.

Vraag 8

Hebben de reclame-uitingen van zorgverzekeraars, waarin juist mensen worden aangesproken die weinig premie willen betalen omdat zij weinig zorg gebruiken, invloed op het gevoel van chronisch zieken dat zij niet kunnen overstappen? Staat u nog steeds op het standpunt dat verzekeraars vrij zijn in dit soort reclame-uitingen?⁴

Antwoord 8

Ja, ik sta nog steeds achter de antwoorden die ik in het aangehaalde aanhangsel bij de Handelingen⁴ heb gegeven. Voor de goede orde, die antwoorden waren genuanceerder dan de daarvan in de vraag gegeven samenvatting «dat verzekeraars vrij zijn in dit soort reclame-uitingen».

Vraag 9

Staat u nog steeds op het standpunt dat het niet afkeurenswaardig of onlogisch is als een verzekeraar verzekerden met een laag ziekterisico binnenhaalt en vervolgens bij ziekenhuizen lage Diagnose Behandeling

⁴ Handelingen 2010–2011, Aanhangsel 1291.

Combinaties (DBC)-prijzen probeert af te dwingen?⁵ Kunt u uitleggen waarom die ontwikkeling niet de bijl aan de wortel van een solidair zorgverzekerings-systeem is?

Antwoord 9

Ik sta nog steeds op dat standpunt dat een verzekeraar mag proberen om voor het deel van zijn verzekerdenpopulatie waarvan hij inschat dat deze een relatief laag gezondheidsrisico hebben een verlaging van de DBC-prijs te bedingen bij de zorginkoop. In antwoord op deel twee van de vraag: De wortel van de solidariteit van ons gezondheidszorgsysteem zit niet in het verbieden van gedifferentieerde inkooprijzen maar in een aantal andere wettelijke bepalingen waaraan zorgverzekeraars moeten voldoen: voor iedereen geldende wettelijk vastgelegd verzekeringspakket, acceptatieplicht met verplichte deelname aan het risicovereveningssysteem en het verbod op premiedifferentiatie. (Zoals in het aangehaalde aanhangsel bij de Handelingen is uiteengezet, voorziet de wet bij dat laatste in twee uitzonderingen: een gelimiteerde korting bij collectieve contracten en een korting bij, een eveneens gelimiteerd, vrijwillig eigen risico.)

Vraag 10

Vindt u het een wenselijke ontwikkeling dat de zorgverzekeraars het afgelopen jaar 40 miljoen euro hebben uitgegeven aan reclame? Vindt u dat dit geld aan zorg had moeten worden besteed, aangezien het afkomstig is van de zorgpremies die Nederlanders hebben betaald?⁶

Antwoord 10

Eerder dit voorjaar heb ik op eerdere vragen van het lid Leyten (SP) geantwoord dat de marktpositioneringsstrategie, binnen de kaders die de wet stelt, een zaak is die iedere zorgverzekeraar voor zichzelf moet bepalen en dat de hoogte van de reclamebudgetten buiten mijn verantwoordelijkheid valt. In de via de vraag aangereikte informatie zie ik geen reden om dat standpunt te wijzigen. Die bron maakt gewag van een totaal aan reclamebudgetten in 2005/2006 van € 80 mln. Het jaar daarop is het gedaald naar € 46 mln. Weer een jaar later is het gedaald naar € 36 mln. De laatste drie jaar (2008/2009, 2009/2010 en 2010/2011) is het gegroeid naar € 40 mln hetgeen gemiddeld neerkomt op ca 3,5% groei per jaar.

Vraag 11

Is het inherent aan het huidige zorgverzekeringsstelsel dat zorgverzekeraars steeds hogere reclamebudgetten zullen hanteren omdat zij met elkaar moeten concurreren om inkomsten van verzekerden te krijgen? Verwacht u opnieuw een stijging van de reclame-uitgaven door zorgverzekeraars, na de stijging van 5% het afgelopen jaar? Is er een grens aan wat u nog acceptabel vindt met betrekking tot de hoeveelheid zorggeld die aan reclames wordt uitgegeven?

Antwoord 11

Het is aan zorgverzekeraars om te bepalen hoeveel geld zij jaarlijks aan reclame uitgeven. Voor het overige verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 10.

Vraag 12

Kunt u deze vragen beantwoorden voorafgaand aan het AO Zorgverzekerings-wet van 26 mei?

Antwoord 12

Ja.

⁵ Handelingen 2010–2011, Aanhangsel 1291.

⁶ BS Health consultancy, Mobiliteit prijs en internet gestuurd, onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2011.