



Zorgverzekeringsmarkt 2008

Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa

Monitor

Zorgverzekeringsmarkt 2008

Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa

juni 2008

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	15
1.1 Aanleiding	15
1.2 Doelstelling	15
1.3 Focus	15
1.4 Informatiebronnen	15
1.5 Leeswijzer	16
2. Actiepunten 2007	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Aanvullende verzekeringen	17
2.3 Nadere inventarisatie van collectieve verzekeringen	18
2.4 Overig	19
3. Kwaliteit	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars	21
3.3 Kwaliteitsaspecten gedrag zorgverzekeraars	22
3.4 Prikkelers voor kwaliteit van zorg	23
3.4.1 Motieven van overstappers	23
3.4.2 Aantallen verzekerden met polissen met gecontracteerde zorg	25
3.4.3 De aanbesteding van collectiviteiten: kwaliteitseisen	27
3.5 Conclusies en acties NZa	27
4. Toegankelijkheid	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Toegankelijkheid basisverzekering	29
4.3 Toegankelijkheid aanvullende verzekering	30
4.3.1 Algemeen	30
4.3.2 Acceptatiebeleid aanvullende verzekering	30
4.3.3 Mobiliteitsbepurende contractvoorwaarden	31
4.4 Toegankelijkheid collectieve verzekering	32
4.5 Transparantie	33
4.5.1 Informatiebronnen	33
4.5.2 Keuzeonderwerpen	33
4.6 Beschikbaarheid en begrijpelijkheid van informatie	34
4.7 Misleiding	34
4.8 Conclusies en acties NZa	35
5. Betaalbaarheid	37
5.1 Inleiding	37
5.2 Betaalde premie basisverzekering	37
5.3 Kosten niet-gecontracteerde zorg	39
5.4 Conclusies en acties NZa	40
6. Concurrentie op de markt	41
6.1 Inleiding	41
6.2 Marktconcentratie	41
6.3 Interesse, mobiliteit en prijsgevoeligheid van verzekerden	43
6.3.1 Afnemende interesse	43
6.3.2 Ontwikkeling van de mobiliteit	44
6.3.3 Afnemende prijsgevoeligheid	45
6.4 Prijsconcurrentie	46

6.5	Productdifferentiatie	47
6.6	Verticale integratie	48
6.7	Conclusies en acties NZa	49
7.	Maatwerk in collectieve zorgverzekeringen	51
7.1	Inleiding	51
7.2	Ontwikkelingen in de diverse typen collectiviteiten	51
7.2.1	Werkgeverscollectiviteiten	51
7.2.2	Patiëntencollectiviteiten	52
7.2.3	Pseudo-collectiviteiten	53
7.2.4	Algemene trends bij collectiviteiten	53
7.2.5	Financiële afspraken in collectieve overeenkomsten	54
7.3	Conclusies en acties NZa	55
8.	Aansluiten van verkoop- en inkoopcycli	57
8.1	Inleiding	57
8.2	Transparantie	58
8.3	Prikkels	58
8.4	Belemmeringen	59
8.5	Oplossingen	59
8.6	Conclusies en acties NZa	60
Bijlage 1.	Bronnen	63

Vooraf

In de monitor Zorgverzekeringsmarkt analyseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) jaarlijks hoe de zorgverzekeringsmarkt er voor staat. Voor u ligt de monitor 2008, hierin is te zien dat de ontwikkelingen op de markt beginnen te veranderen. In de eerste dynamische jaren na de stelselwijziging concurreerden de verzekeraars stevig met elkaar door een scherpe premiestelling, om hun marktaandeel te behouden of te vergroten. De vraag die nu voorligt is of de zorgverzekeraars gaan concurreren op de inhoud en kwaliteit van de verzekerde zorg. Dat is immers noodzakelijk voor een goed functionerend zorgstelsel.

De voor u liggende Monitor zorgverzekeringsmarkt geeft inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen op deze markt. Omdat het de derde monitor is, na eerdere in 2006 en 2007, is de NZa in staat op verschillende aspecten van de zorgverzekeringsmarkt trends weer te geven. Dergelijke trends geven een goed inzicht in de meer structurele kenmerken van de markt.

De NZa heeft er voor gekozen de monitor meer compact te presenteren. Voor degenen die geïnteresseerd zijn in meer informatie over de zorgverzekeringsmarkt publiceert de NZa op haar website het digitale 'De zorgverzekeringsmarkt in cijfers'.

De NZa kon bij de totstandkoming van dit rapport rekenen op de medewerking van verschillende organisaties. Wij willen hen daarvoor van harte danken.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

Algemeen beeld en effecten voor de consument

Op de zorgverzekeringsmarkt van 2008 is sprake van stabilisatie. De scherpe prijsconcurrentie van de voorgaande jaren vlakt af. Een grotere premiespreiding, een rem op de groei van de kortingen voor collectieve zorgverzekeringen en een verhoging van de premieopslag bij zorgverzekeraars duiden op een verminderde prijsconcurrentie. De prijsgevoeligheid van verzekerden is eveneens lager dan direct na de stelselwijziging. De dynamiek in het verzekerdengedrag vertoont evenmin de piek van vlak na de stelselwijziging. Het aantal verzekerden dat is overgestapt is 3,6% tegenover 18% en 4,4% in respectievelijk 2006 en 2007. Ten slotte past het beeld van stabilisatie ook op het aanbod van zorgverzekeraars. Over het algemeen vindt differentiatie in de inhoud van de aangeboden zorgverzekeringen in 2008 nog niet plaats.

Hoewel de markt dus niet de dynamiek vertoont van de voorgaande jaren blijft de NZa in 2008 per saldo positief over de positie van de consument op de zorgverzekeringsmarkt. Ten eerste is de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars tevredenstellend en bovendien verbeterd. Bij de administratieve afhandeling van het overstappen zijn door de NZa geen grote knelpunten gesignaleerd. Ten tweede blijven de basisverzekering en collectieve zorgverzekeringen in 2008 toegankelijk. Evenals in 2007 heeft het overgrote deel van de verzekerden een aanvullende verzekering (92%). De NZa signaleert wel een meer restrictief beleid van enkele zorgverzekeraars voor de aanvullende verzekeringen in de vorm van medische selectie voor de duurdere pakketten en beperking van aanspraken. Ook zijn er tekenen van een verandering in het keuzegedrag van consumenten. Zij kiezen vaker voor het gemiddelde pakket van aanvullende verzekeringen. Hogere premies voor de duurste pakketten, aanpassingen van de dekking en in mindere mate de toegenomen medische selectie zijn verklarende factoren. Daarnaast kiezen overstappers er in 2008 vaker dan in 2007 voor om geen aanvullende verzekering te nemen. Ten derde gaat de afnemende prijsconcurrentie weliswaar gepaard met hogere marges voor de zorgverzekeraars, maar de premie ligt evenals in de voorgaande jaren nog onder de inschatting van de overheid. De verzekerde betaalt in 2008 gemiddeld € 1049 (tegenover de prognose € 1057 van de overheid). Het aantal verzekerden dat profiteert van een korting van een collectieve zorgverzekering is met 3% gestegen. Het aantal verzekerden met een basisverzekering met bijbetaling voor niet-gecontracteerde zorg is gestegen. Het aantal verzekerden met een vergoeding van maximaal 80 procent van het gewoonlijke tarief (vastgesteld in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg, (Wmg)) ligt 20% hoger dan in 2007. De financiële gevolgen zijn evenwel klein omdat zorgverzekeraars in 2008 nog niet selectief contracteren. De uitzondering is de ZEKUR-polis van zorgverzekeraar Univé waarin het aantal zorgaanbieders met een volledige vergoeding van kosten beperkt wordt.

Aandacht voor overstappen

Hoewel de administratieve afhandeling van het overstappen over het algemeen goed verloopt, blijft de NZa hiervoor aandacht houden. Zij treedt op tegen zorgverzekeraars met een overstapservice die het niet mogelijk maakt alleen de aanvullende verzekering te continueren. Ook gaat de NZa de consument duidelijk maken dat zorgverzekeraars over het algemeen administratief geborgd hebben dat de overstap soepel verloopt. Dit om de bij een groep verzekerden nog steeds aanwezige

vrees voor rompslomp tegen te gaan. Ten slotte heeft de NZa acties ondernomen om de beperkende werking van contractvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen te verkleinen. Gestart is met het via de website bekendmaken aan consumenten dat zij bij het overstappen moeten letten op twee bepalingen van aanvullende verzekeringen: afwijkende contracttermijnen en opslagen op de premie voor aanvullende verzekeringen als zij niet ook de basisverzekering bij de verzekeraar afsluiten. Vervolgens heeft de NZa de zorgverzekeraars waarbij dit aan de orde was verzocht voor de aanvullende verzekering dezelfde opzegtermijn te hanteren als voor de basisverzekering. De betreffende verzekeraars hebben aangegeven dat zij in de praktijk de opzegtermijnen voor de aanvullende verzekering en de basisverzekering al gelijk hebben getrokken en de polisvoorwaarden zullen aanpassen. Een drietal verzekeraars met een hoge opslag op de premie voor de aanvullende verzekering weigert – na een verzoek daartoe van de NZa – deze te verlagen vanwege de hoge kosten van het gebruik van deze verzekering. De NZa is van mening dat de hoge opslag vanuit het oogpunt van mobiliteit en keuzevrijheid onwenselijk is. Een hoge opslag ondermijnt het uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet dat de verzekerde vrij is om de basisverzekering en aanvullende verzekering los van elkaar aan te schaffen. De NZa heeft niet de bevoegdheid in te grijpen in de premies van aanvullende verzekeringen (behalve in het kader van transparantie, bijvoorbeeld in het geval van misleiding). Zij vraagt daarom het ministerie van VWS maatregelen te treffen waardoor de betreffende hoge opslagen op de premies voor aanvullende verzekeringen tot het verleden gaan behoren.

Onderzoek in opdracht van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) geeft als signaal dat verschillende zorgverzekeraars in 2008 ook op andere manieren dan een hoge opslag op de premie van de aanvullende verzekering de basisverzekering en aanvullende verzekering aan elkaar lijken te koppelen. De NZa onderzoekt dit bij de betreffende zorgverzekeraars. Ook inventariseert zij daarbij de reikwijdte van de eigen mogelijkheden om in te grijpen. Als deze reikwijdte tekortschiet, verzoekt de NZa het ministerie van VWS om in te grijpen.

Concurrentie op inhoud en kwaliteit is noodzakelijk

In de vorige monitor pleitte de NZa voor concurrentie op inhoud door meer differentiatie in het aanbod van basisverzekeringen. Met meer differentiatie kunnen zorgverzekeraars verzekerden stimuleren gebruik te maken van preferente zorgaanbieders met een goede prijs/kwaliteitverhouding. Onderzoek toont aan dat verzekerden gevoelig zijn voor (financiële) prikkels van de zorgverzekeraar. Meer differentiatie vindt in 2008 evenwel niet plaats. Ook blijft het voor verzekerden heel moeilijk te kiezen voor een zorgverzekeraar op basis van kwaliteit van de verzekerde zorg. De informatie daarvoor ontbreekt in belangrijke mate.

Voor het goed functioneren van het zorgstelsel komt het erop aan dat de concurrentie op inhoud en kwaliteit zich op korte termijn verder ontwikkelt. Daarvoor is verbetering van de zorginkoop door zorgverzekeraars nodig. De NZa heeft in verschillende publicaties aangedrongen op:

- Daar waar de omstandigheden op zorgmarkten het mogelijk maken de onderhandelingsvrijheid van partijen vergroten. Zo heeft de NZa geadviseerd om per 1 januari 2009 vrije prijzen voor ischemische en aanverwante aandoeningen en extramurale dieetadvisering in te voeren.¹ Het advies voor dieetadvisering is inmiddels door de Minister

¹ Zie adviezen NZa: Nader advies uitbreiding B-segment, 29 mei 2008/Visiedocument Dieetadvisering, april 2008

overgenomen, op het advies voor ischemische en aanverwante aandoeningen volgt nog een reactie.²

- De afbouw van onderdelen van de ex-postverevening (met behoud van een adequate ex-ante verevening en zondig toezicht van de NZa op risicoselectie). Door de ex-postverevening af te bouwen lopen zorgverzekeraars het risico dat meer zorgkosten voor eigen rekening komen. Dit dwingt hen tot een scherpe zorginkoop.
- Het beschikbaar komen van voldoende en vergelijkbare kwaliteitsinformatie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) regisseert en begeleidt op dit moment de ontwikkeling van prestatieindicatoren bij verschillende zorgvormen en het ontsluiten van informatie daarover. Omdat de ontwikkeling van prestatieindicatoren veel inspanning en afstemming vereist zijn zij niet op korte termijn beschikbaar. De NZa houdt rekening met een ontwikkeltraject van twee tot drie jaar. Om een handreiking te bieden aan het keuzeproces van consumenten en zorgverzekeraars, is het belangrijk dat gedurende het ontwikkeltraject zo snel mogelijk kwaliteitsinformatie openbaar gemaakt wordt. Het heeft de speciale aandacht van de NZa dat de kwaliteitsinformatie en indicatoren voldoen aan de wensen en verwachtingen van de gebruikers (consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders). De NZa ontwikkelt in dat kader een eigen toetsingskader voor de transparantie van de zorg. De NZa betreft dit in de afstemming met de IGZ.
- Een betere aansluiting tussen de cycli van inkoop van zorg en verkoop van polissen zodat zorgverzekeraars zich tijdig, voor de overstapperperiode, kunnen profileren met zorginformatie.
- Keuzeondersteuning aan de verzekerde door de zorgverzekeraar. Door keuzeondersteuning kan de zorgverzekeraar verzekerden stimuleren te kiezen voor zorgaanbieders met een goede prijs/kwaliteit verhouding.
- Het inzetten van het verplichte eigen risico bij keuzeondersteuning. De NZa heeft eerder gepleit voor de mogelijkheid voor verzekeraars het eigen risico niet of gedeeltelijk in rekening te brengen als de verzekerde gebruik maakt van een geprefereerde zorgaanbieder.³ De minister van VWS heeft inmiddels aangekondigd dit per 1 januari 2009 mogelijk te willen maken.⁴ Zorgverzekeraar CZ heeft al laten weten een gedifferentieerd eigen risico in 2009 in te zetten.⁵ De NZa is van mening dat de verzekeraars ook het opleggen van het vrijwillig eigen risico daarop aan moeten laten sluiten. Als dit niet gebeurt, is de kans groot dat de verzekerde niet meer begrijpt welk eigen risico bij welk zorggebruik hoort.

Onlangs heeft ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg verschillende suggesties gedaan om de zorginkoop door zorgverzekeraars te verbeteren.⁶ In navolging hiervan voegt de NZa aan bovenstaande verbetersuggesties toe dat:

- Verzekeraars hun onderhandelingsdelegaties moeten professionaliseren en 'upgraden'. Zij kunnen dit doen door het hogere management te betrekken bij de inkoop bij hun belangrijkste zorgaanbieders. Ook zouden zij de medische kennis moeten borgen door voldoende adviserend geneeskundigen bij de inkoop te

² Brief Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer ('Vrije prijsvorming diëetadvisering'), 17 juni 2008

³ Zie Monitor zorgverzekeringsmarkt 2007

⁴ Brief Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer, Verplicht eigen risico: voorhangprocedure en stand van zaken, 23 mei 2008

⁵ De Orde van Medisch Specialisten staat niet afwijzend tegenover het initiatief van CZ mits de verzekeraar gebruik maakt van goede meetinstrumenten en objectieve criteria. Zie: Medisch Contact, 2008, nr. 20, p. 843

⁶ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zorginkoop, 2008

- betrekken. Zorgverzekeraars kunnen ook de kennis van patiëntenorganisaties betrekken bij de zorginkoop.
- Meerjarige contracten en polissen het maken van kwaliteitsafspraken bevorderen.
 - Verticale integratie tussen zorgverzekeraars en aanbieders kansen biedt voor verzekeraars om zich te profileren met een goed zorgaanbod. Verticale integratie mag evenwel de positie van de consument niet negatief beïnvloeden. Ook moet de autonomie van de professionele zorgaanbieder ten opzichte van de zorgverzekeraar gewaarborgd zijn.

In gang gezette verbeteringen en acties NZa

Onderzoek geeft aan dat verzekerden gevoelig kunnen zijn voor financiële prikkels van zorgverzekeraars om te kiezen voor kwalitatief goede zorgaanbieders. Zorgverzekeraars experimenteren momenteel al (met het oog op 2009) met financiële prikkels om verzekerden te laten kiezen voor zorgaanbieders met een goede kwaliteit.⁷ Ook laten zij weten te streven naar meer selectieve contractering. Ook geven zij aan het eigen risico niet of minder in rekening te gaan brengen als een verzekerde kiest voor een voorkeursaanbieder. Zo ondersteunt de zorgverzekeraar de zorgkeuze van verzekerden. Ten slotte biedt de aanbesteding van enkele collectieve zorgverzekeringscontracten per 1 januari 2009 mogelijkheden tot meer aandacht voor de kwaliteit van het aanbod van zorgverzekeraars.

Op enkele van de bovengenoemde verbeteringsuggesties heeft ook de NZa actie ondernomen. Mede op verzoek van het ministerie van VWS heeft de NZa een monitor eigen risico ingesteld. Onderdeel daarvan is een analyse van de inzet van het eigen risico voor keuzeondersteuning. De NZa publiceert in 2008 enkele nieuwsberichten over de invoering van het verplichte eigen risico.

Ten behoeve van de betere aansluiting tussen de cycli van de verkoop van polissen en de zorginkoop heeft de NZa nader onderzocht hoe dat zou kunnen. De consument moet tijdig en transparant worden geïnformeerd door de zorgverzekeraars over de gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgverzekeraars moeten op hun website helder aangeven welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd in welk jaar of voor hoeveel jaren. In andere uitingen (brochures, informatiepakketten e.d.) moet de zorgverzekeraar wijzen naar de lijst gecontracteerde zorgaanbieders op de website. De NZa beoordeelt de transparantie van de websites op het aspect gecontracteerde zorgaanbieders, niet alleen tijdens de overstapperiode 2008/2009 maar ook gedurende het jaar. In geval van een tussentijdse eenzijdige aanpassing ten nadele van de verzekerde kan de verzekerde ook gedurende het jaar overstappen. De NZa past tevens het *Richtsnoer Informatieverstrekking* aan voor de eisen die zij stelt aan de transparantie over het gecontracteerde zorgaanbod. De NZA publiceert het Richtsnoer naar verwachting in juli 2008.

Een voorwaarde voor het tijdig verstrekken van informatie door zorgverzekeraars over het zorgaanbod is een tijdige afronding van de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Marktpartijen geven aan voorstander te zijn van het vervroegen van het contracteerproces. Belangrijkste argumenten hiervoor zijn de interne bedrijfsvoering (verbetering van het begrotingsproces door tijdig inzicht in kosten) en de positie van de patiënt/consument. De NZa beveelt marktpartijen in de ziekenhuiszorg aan niet alleen af te gaan op de schoningsprijzen, maar ook uit te gaan van andere gegevens die eerder

⁷ Zie: Algemeen Dagblad, 10 juni 2008

beschikbaar kunnen zijn.⁸ Voorbeelden hiervan zijn eigen kostprijsgegevens, benchmarkgegevens, prijzen van voorgaande jaren, zorgprofielen, eigen onderzoeken, et cetera. Verder beveelt de NZa partijen aan te experimenteren met meerjarencontracten en digitaal onderhandelen.

Een verdere voorwaarde voor het tijdig afronden van de onderhandelingen door marktpartijen is duidelijkheid over de wet- en regelgeving. De NZa beveelt het ministerie van VWS aan het beleid voor het vrije marktsegment en wijzigingen in wet- en regelgeving, zoals de pakketsamenstelling, voor 1 juli bekend te maken. De NZa onderzoekt of er reeds voor 1 oktober 2008 aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars duidelijkheid geboden kan worden over de mate waarin de budgetten opgeschoond worden door de uitbreiding van het B-segment in 2009.

De NZa onderzoekt in de overstapperiode 2008/2009 welke voortgang is geboekt bij het vervroegen van het onderhandelingsproces 2009. Indien blijkt dat de tijdige afronding van het onderhandelingsproces niet verbetert, overlegt de NZa met VWS over volgende stappen, zoals de mogelijkheid tot aanpassing van regelgeving en/of het opleggen van verplichtingen door de NZa.

Transparantie

De transparantie van informatie in 2008 is voor verbetering vatbaar. Verzekerden ervaren de beschikbaarheid van informatie in 2008 als iets minder goed dan in 2007. Het minst wordt evenals in 2007 de informatie over de kwaliteit van zorg, machtigingen en eigen bijdragen bij niet-gecontracteerde zorg ervaren. De NZa heeft zorgverzekeraars die voor 2008 in gebreke bleven opgedragen om hun websites en vergoedingsoverzichten op deze punten aan te passen. De NZa vindt het een goede zaak dat databestanden die nu via Kiesbeter.nl leiden tot vergelijkingsinformatie aan consumenten al ter beschikking komen van andere vergelijkingsites, voor zover dat reeds is toegestaan. Op die manier kunnen zij hun betrouwbaarheid verbeteren.

Een belangrijk punt van aandacht in geval van selectieve contractering en de inzet van het eigen risico voor keuzeondersteuning is dat de zorgverzekeraars maximale transparantie betrachten. De verzekerde moet de informatie over de kosten van het gebruik van bepaalde zorg goed en in samenhang kunnen begrijpen. De NZa gaat de informatieverstrekking van zorgverzekeraars hierover nauwgezet toetsen. Daarbij acht de NZa het niet alleen van belang dat de informatie beschikbaar en vergelijkbaar is maar ook dat de zorgverzekeraar deze samenhangend aanbiedt. In 2008 heeft de NZa informatie over selectieve contractering al getoetst toen de zorgverzekeraar Univé de ZEKUR-polis op de markt bracht. De zorgverzekeraar richtte zich met haar publiciteit op een bepaalde groep verzekerden. Ook is voor de polis selectief gecontracteerd. De zorgverzekeraar heeft op aandringen van de NZa enkele tekortkomingen in de informatievoorziening opgelost. De NZa volgt de ZEKUR-polis met het oog op de zorgplicht en risicoselectie. Ook volgt de NZa de effecten van zelfselectie die door de ZEKUR-polis van Univé bevorderd wordt. De NZa acht het ongewenst als kostenafwenteling op andere zorgverzekeraars plaatsvindt.

⁸ Bij uitbreiding van de ziekenhuiszorg waarvoor vrije prijzen gelden (B-segment), wordt het budget van de ziekenhuizen geschoond voor de zorg die naar het B-segment wordt overgeheveld. Dit gebeurt door onder andere gebruik te maken van schoningsprijzen, de zogeheten kostprijzen per DBC gebaseerd op DBC-kostprijsinformatie van twaalf koploperziekenhuizen.

Maatwerk in de collectieve zorgverzekeringen

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet was de verwachting dat collectieve zorgverzekeringscontracten zouden leiden tot onder andere maatwerkafspraken over zorgverzekeringen. Dit zou de zorginkoop door zorgverzekeraars stimuleren.

In 2008 is er geen maatwerk in de collectieve contracten voor wat betreft de basisverzekering. De functionele aanspraken zouden daartoe mogelijkheden moeten bieden maar zijn voor geen van de partijen interessant. Om meer duidelijkheid te krijgen over de mogelijkheden die functionele aanspraken in dit verband bieden vraagt de NZa het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om een toelichting op welke vrijheid marktpartijen concreet hebben. In de aanvullende verzekering zijn vooral psychosociale hulp en fysiotherapie belangrijk in verband met de relatie met ziekteverzuim.

Er zijn verschillende partnerships tussen zorgverzekeraars en bedrijven met afspraken over zorg en verzuim. Voor (grotere) werkgevers zijn dergelijke afspraken interessanter dan enkel de zorgverzekering. Werkgevers zijn verder vooral geïnteresseerd in de bemiddelingsrol van de zorgverzekeraar (snelle terugkeer van zieke werknemers) en ontdebellen van de kosten.⁹

Buiten de Zorgverzekeringswet om bestaan met name voor werkgevers voldoende mogelijkheden om toegesneden totaalpakketten af te sluiten. Zorgelijker is dat een collectieve verzekering niet als vliegwiel van een integrale zorginkoop voor de leden van de collectiviteit functioneert. Dat geldt ook voor patiëntencollectiviteiten. Zorgverzekeraars willen de patiëntenvereniging graag bij de zorginkoop betrekken maar de resultaten daarvan worden niet vertaald naar de verzekering van het collectieve contract. Patiëntenorganisaties zelf concentreren zich op hun beurt steeds meer op premiekortingen omdat afspraken over zorginkoop in het kader van het collectieve contract niet van de grond komen.

Dat zorgwensen van de collectiviteiten niet doorwerken op de zorginkoop benadrukt het belang om de zorginkoop te versterken. Lopende activiteiten voor de verbetering van de zorginkoop zoals al eerder vermeld zet de NZa daarom met kracht voort. Een positief signaal is dat zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties samenwerking bij de zorginkoop nastreven. Een ander positief teken vormen de eisen aan de gecontracteerde zorg van enkele grote collectiviteiten in het kader van de aanbesteding voor een nieuw zorgverzekeringscontract per 1 januari 2009.

Afspraken in cao's over de koppeling tussen rechten van werknemers en de afgesloten zorgverzekering kunnen leiden tot een beperking van de keuzemogelijkheden van de consument. De NZa zal bij het ministerie van Sociale Zaken aandacht vragen voor bepalingen in cao's die werknemers sterk stimuleren zich bij een bepaalde zorgverzekeraar te verzekeren.

De NZa heeft mogelijke rolconflicten bij het verkopen van collectieve verzekeringen aan zorgaanbieders in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) bestudeerd. De NZa beschouwt het als een risico dat zorgverzekeraars met een concessie voor de uitvoering van de AWBZ een mogelijke belangenverstremming zouden kunnen hebben.

⁹ Met de term 'ontdebelling' wordt bedoeld dat de verzekeraar kosten zoveel mogelijk ten laste van de basisverzekering of de aanvullende verzekering brengt, zodat de werkgever alleen de extra kosten die daar bovenuit gaan betaalt.

Eenzijds geven zij gemeenschapsgeld uit als inkoper van AWBZ-zorg. Anderzijds begeven zij zich op de private zorgverzekeringsmarkt waar hun doel zal zijn de concurrentie met andere zorgverzekeraars aan te gaan. Ook de zorgaanbieders hebben een dubbelrol. Zij onderhandelen met het zorgkantoor over het budget, maar bespreken met de concessiehouder tevens de mogelijkheid van het afnemen van een collectieve zorgverzekering voor hun leden en/of werknemers tegen zo gunstig mogelijke voorwaarden. De NZa vindt het, gelet op het grote belang dat moet worden gehecht aan doelmatige uitgaven van gemeenschapsgeld en zorgvuldige en zuivere omgang hiermee, van belang dat elke schijn van belangenverstremming wordt voorkomen. De NZa zal hierop toezien. Zij onderzoekt daartoe momenteel de daarvoor meest geschikte methode, en neemt daarover in 2008 een besluit.

Vooruitblik

De NZa gaat er, op basis van de eerder genoemde signalen en voornemens van zorgverzekeraars, vanuit dat de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt zich herstelt doordat zorgverzekeraars werk maken van hun zorginkoop en keuzeondersteuning. Voor de overgangperiode, maar ook voor het geval de dynamiek niet terugkeert, zal de NZa:

- Nadruk blijven leggen op de invoering van de gewenste verbeteringen van de zorginkoop door zorgverzekeraars.
- Oog hebben voor de risico's van de stijgende concentratie op de zorgverzekeringsmarkt in combinatie met de afnemende dynamiek. De NZa zal in voorkomende gevallen haar instrumenten waarover zij als markttoezichthouder beschikt, inzetten. De NZa onderzoekt in dit kader of en welke toetredingsbarrières op de zorgverzekeringsmarkt bestaan. In het geval van nieuwe fusies op de zorgverzekeringsmarkt neemt de NZa de situatie anno 2008 mee in de aanpak van zienswijzen voor de NMa. Ook start de NZa in 2008 een onderzoek naar de inkoopmacht van zorgverzekeraars op zorgmarkten van individuele zorgaanbieders. Bovendien neemt de NZa, met de NMa, deel aan een rondetafelconferentie over de inkoopmacht van zorgverzekeraars.

Vanwege de nauwe samenhang tussen de inkoop van zorg door zorgverzekeraars en kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt integreert de NZa zijn monitoractiviteiten. Tot nu toe werden de markten van zorginkoop en zorgverzekeringen afzonderlijk gemonitord. Speerpunt hierbij is het volgen van het doorvoeren van bovenstaande verbeteringen van de zorginkoop en het formuleren van aanbevelingen in het geval dat de verbetering van de zorginkoop stagneert.

Overzichtstabel Acties NZa

De NZa:

- treedt op tegen zorgverzekeraars met een overstapservice die het niet mogelijk maakt alleen de aanvullende verzekering te continueren;
- monitort het nieuwe systeem van eigen risico en publiceert de bevindingen;
- beoordeelt de transparantie van de websites op het aspect gecontracteerde zorgaanbieders;
- past het *Richtsnoer Informatieverstrekking* aan voor de eisen die de NZa stelt aan de transparantie over het gecontracteerde zorgaanbod;
- maakt via een vorm van publicatie aan verzekerden duidelijk dat overstappen weinig administratieve rompslomp kent;
- onderzoekt signalen over koppeling door zorgverzekeraars tussen de basisverzekering en aanvullende verzekering en mogelijke interventies op dit punt;
- onderzoekt of de schoningsprijzen eerder dan 1 oktober kunnen

worden aangeleverd;

- onderzoekt in de overstapperiode 2008/2009 welke voortgang is geboekt bij het vervroegen van het onderhandelingsproces 2009;
- controleert of zorgverzekeraars hun websites en vergoedingenoverzichten op de informatie over de kwaliteit van zorg, machtigingen en eigen bijdragen bij niet-gecontracteerde zorg hebben aangepast;
- volgt de ZEKUR-polis met oog op zorgplicht, risicoselectie en kostenafwenteling;
- vraagt bij het ministerie van Sociale Zaken aandacht voor bepalingen in CAO's die werknemers sterk stimuleren zich bij een bepaalde zorgverzekeraar te verzekeren;
- onderzoekt de meest geschikte methode voor toezicht op mogelijke rolconflicten bij het verkopen van collectieve zorgverzekeringen aan zorgaanbieders in de AWBZ;
- start onderzoek naar de inkoopmacht van zorgverzekeraars. In aansluiting neemt de NZa deel aan een rondetafelconferentie over de inkoopmacht van zorgverzekeraars;
- onderzoekt de aanwezigheid van toetredingsbarrières op de zorgverzekeringsmarkt;
- integreert vanwege de nauwe samenhang tussen de inkoop van zorg door zorgverzekeraars en kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt haar monitoractiviteiten.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa volgt de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt en rapporteert hierover in de Monitor zorgverzekeringsmarkt. Hierbij gaat het om de effecten van deze ontwikkelingen op de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg voor de verzekerde.¹⁰ Daarnaast geeft de monitor informatie om vragen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te kunnen beantwoorden. Dit is de derde Monitor zorgverzekeringsmarkt die de NZa uitbrengt.

1.2 Doelstelling

Het doel van deze Monitor zorgverzekeringsmarkt 2008 is tweeledig. In de eerste plaats voorziet hij in een analyse van de werking van de zorgverzekeringsmarkt en het effect hiervan op de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de verzekerde zorg. Deze analyse leidt tot acties van de NZa en aanbevelingen aan het ministerie van VWS en marktpartijen. In de tweede plaats doet de NZa in deze monitor verslag van twee verdiepende onderzoeken naar thema's die in de vorige Monitor zorgverzekeringsmarkt naar voren kwamen. Het gaat daarbij om maatwerk bij collectiviteiten en om de aansluiting van de cycli van de verkoop van polissen en van het contracteren van zorgaanbieders.

1.3 Focus

In de vorige Monitors zorgverzekeringsmarkt kwam de NZa tot een positieve conclusie over de stand van zaken op de zorgverzekeringsmarkt. Deze monitor richt zich dan ook vooral op de veranderingen in 2008 ten opzichte van 2007 die gevolgen hebben voor de publieke belangen. Daarnaast volgt de NZa in deze monitor situaties uit 2007 die om verbetering vragen. Naast de publieke belangen komen in afzonderlijke hoofdstukken de competitiviteit van de zorgverzekeringsmarkt, maatwerk bij collectiviteiten en de aansluiting van de contracteercyclus bij de verkoop van polissen aan de orde.

De scherpere focus op de veranderingen die gevolgen hebben voor de publieke belangen maakt de monitor 2008 compacter dan de twee voorgaande monitorrapportages. Daar staat tegenover dat de bevindingen van de verdiepende onderzoeken extra ruimte vergen. Voor een integraal beeld van de zorgverzekeringsmarkt is op de website van de NZa (www.nza.nl) een kwantitatieve rapportage beschikbaar: *De zorgverzekeringsmarkt in cijfers*.

1.4 Informatiebronnen

Om de administratieve lasten voor marktpartijen zoveel mogelijk te beperken heeft de NZa voor deze Monitor zorgverzekeringsmarkt waar mogelijk aangesloten bij bestaande informatiebronnen. Voor de mobiliteit en het keuzegedrag van verzekerden is gebruik gemaakt van de

¹⁰ De wettelijke basis hiervoor ligt in artikel 32 en 33 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

informatieverzameling door Vektis. Daarnaast heeft de NZa informatie benut die zij voor andere toezichtactiviteiten ontvangt, bijvoorbeeld het signaaltoezicht. Een volledig overzicht van de geraadpleegde informatiebronnen is opgenomen in bijlage 1. Alle tabellen en figuren in dit rapport zijn gebaseerd op gegevens van de NZa, tenzij anders is vermeld.

1.5 Leeswijzer

De opbouw van deze Monitor zorgverzekeringsmarkt is als volgt. In hoofdstuk 2 geeft de NZa aan op welke manier zij de actiepunten uit de vorige monitor heeft afgehandeld. In de hoofdstukken 3, 4 en 5 over de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg komen de publieke belangen aan de orde. Hoofdstuk 6 geeft het oordeel van de NZa weer over de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. In de hoofdstukken 7 en 8 ten slotte beschrijft de NZa haar bevindingen naar aanleiding van de verdiepende onderzoeken naar collectieve contracten en naar de contracteer- en inkoopcycli.

2. Actiepunten 2007

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk laat de NZa zien op welke manier zij de actiepunten uit de Monitor zorgverzekeringsmarkt 2007 heeft afgewikkeld. Sommige actiepunten komen in dit hoofdstuk inhoudelijk aan de orde, andere zijn opgenomen in de analyses in de volgende hoofdstukken.

2.2 Aanvullende verzekeringen

De NZa kondigde in de monitor 2007 aan dat zij:

- zou controleren of zorgverzekeraar ONVZ de gevolgen van de aanpassing van zijn voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen op de juiste manier heeft afgewikkeld;
- onderzoek zou doen naar misleiding in de vergoedingsoverzichten van aanvullende verzekeringen;
- verzekerden zou attenderen op contractvoorwaarden bij aanvullende verzekeringen die het overstappen naar een andere zorgverzekeraar belemmeren in die gevallen waarin sprake is van onvoldoende transparantie.

Zorgverzekeraar ONVZ paste in de loop van 2007 de voorwaarden van zijn aanvullende verzekeringen eenzijdig aan. De rechter verbood dit. De NZa heeft er vervolgens op toegezien dat ONVZ zijn verzekerden op een juiste manier van informatie heeft voorzien over de rechterlijke uitspraak en de gevolgen daarvan. Bovendien heeft de NZa in de gaten gehouden of ONVZ zijn verzekerden goed heeft geïnformeerd over aanpassingen voor 2008. De afwikkeling door ONVZ heeft de NZa geen reden tot opmerkingen gegeven.

Het onderzoek naar misleiding in de vergoedingsoverzichten van aanvullende verzekeringen gaf de NZa aanleiding tot correcties bij vier verzekeraars. Zij beschreven ten onrechte dat verzekerden recht hadden op 100% vergoeding voor bepaalde vormen van zorg. In de vergoedingsoverzichten van aanvullende verzekeringen voor 2008 blijkt vaak informatie te ontbreken over machtigingen. Ook dit zal moeten leiden tot aanpassingen door zorgverzekeraars.¹¹

De NZa heeft ook acties ondernomen om de beperkende werking van contractvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen te verkleinen. Zo maakte de NZa op haar website aan consumenten bekend dat zij bij een overstap naar een andere zorgverzekeraar moeten letten op afwijkende contracttermijnen en opslagen op premies voor aanvullende verzekeringen in het geval zij bij diezelfde verzekeraar niet ook de basisverzekering afsluiten. De NZa heeft in dit verband in de richting van bepaalde zorgverzekeraars een aantal acties ondernomen:

- De NZa heeft deze zorgverzekeraars opgedragen volledig transparant te zijn over de opzegtermijnen en over premieopslagen die zij in rekening brengen als een verzekerde de aanvullende verzekering afzonderlijk aanschafte.

¹¹ Voor de leesbaarheid wordt in dit rapport uitsluitend de term *zorgverzekeraars* gebruikt, ook als het in formele zin gaat om ziektekostenverzekeraars die aanvullende en collectieve verzekeringen aanbieden.

- Zij heeft deze zorgverzekeraars verzocht om voor de aanvullende verzekering dezelfde opzegtermijn te hanteren als voor de basisverzekering.
- De NZa heeft hun gevraagd om de opslagen op de premies voor de aanvullende verzekeringen aan te passen. Dit omdat deze erg hoog waren. Het ging om een opslag van 100% op de premie voor een aanvullende verzekering die consumenten in combinatie met de basisverzekering afsluiten.

De zorgverzekeraars waar het hierom ging, hebben aangegeven dat zij in de praktijk de opzegtermijnen voor de aanvullende verzekering en de basisverzekering al gelijk hebben getrokken en deze verandering ook in de polisvoorwaarden zullen doorvoeren. Een drietal verzekeraars met een hoge opslag voor de aanvullende verzekering weigert om deze te verlagen. Zij menen op die manier de hoge kosten van het gebruik van deze verzekering te kunnen dekken. Andere zorgverzekeraars vinden een dergelijke opslag echter niet nodig. Zij hanteren een lage(re) opslag voor extra administratieve kosten. De NZa blijft van mening dat de hoge opslag vanuit het oogpunt van mobiliteit onwenselijk is. Hoge opslagen zijn bovendien in strijd met de vrijheid van verzekerden om aanvullende verzekeringen en basisverzekeringen onafhankelijk van elkaar aan te schaffen. De NZa heeft niet de bevoegdheid om in de premies van aanvullende verzekeringen in te grijpen (behalve in het kader van transparantie, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van misleiding). Om die reden vraagt zij het ministerie van VWS om maatregelen te treffen waardoor de hoge opslagen op de premies voor aanvullende verzekeringen waar het hierom gaat, tot het verleden behoren.

Onderzoek in opdracht van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) geeft als signaal dat verschillende zorgverzekeraars in 2008 ook op andere manieren dan een hoge opslag voor de premie van de aanvullende verzekering de basisverzekering en aanvullende verzekering aan elkaar lijken te koppelen.¹² De NZa onderzoekt dit bij de betreffende zorgverzekeraars. Ook inventariseert zij daarbij de reikwijdte van de eigen mogelijkheden om in te grijpen. Ingeval van een feitelijke koppelingen en een te beperkte reikwijdte van de bevoegdheden van de NZa vraagt zij het ministerie van VWS om maatregelen om de verschillende voorwaarden van de aanvullende verzekeringen die een feitelijke koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering veroorzaken, door zorgverzekeraars aan te laten passen.

2.3 Nadere inventarisatie van collectieve verzekeringen

De actiepunten van de NZa naar aanleiding van haar bevindingen in 2007 op het gebied de collectieve verzekeringen bestaat uit onderzoek op drie terreinen:

- Leiden collectieve verzekeringen tot meer op maat gesneden verzekeringen en welke aanvullende financiële afspraken worden bij collectieve verzekeringen gemaakt?
- Wat is vanuit het oogpunt van marktwerking een gewenste hoogte van de korting voor collectieve verzekeringen?
- Is er sprake van mogelijke rolconflicten bij het verkopen van collectieve verzekeringen aan zorgaanbieders?

¹² A.F. Roos, F.T. Schut (Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam), Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008. Onderzoek uitgevoerd in opdracht de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), mei 2008

Maatwerk in collectieve verzekeringen komt in hoofdstuk 7 van deze monitor aan de orde. De hoogte van de korting voor collectieve verzekeringen die vanuit het oogpunt van marktwerking gewenst is, vormt het onderwerp van een studie door de NZa in samenwerking met de Universiteit Tilburg.¹³ Naar verwachting zijn de eerste uitkomsten van dit onderzoek beschikbaar in het derde kwartaal van 2008. De NZa zal hierover afzonderlijk rapporteren.

De NZa heeft onderzoek gedaan naar mogelijke rolconflicten bij het verkopen van collectieve verzekeringen aan zorgaanbieders in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De NZa beschouwt het als een risico dat zorgverzekeraars met een concessie voor de uitvoering van de AWBZ een mogelijke belangenverstremming zouden kunnen hebben. Enerzijds geven zij gemeenschapsgeld uit als inkoper van AWBZ-zorg. Anderzijds begeven zij zich op de private zorgverzekeringsmarkt waar hun doel zal zijn de concurrentie met andere zorgverzekeraars aan te gaan. Ook de zorgaanbieders hebben een dubbelrol. Zij onderhandelen met het zorgkantoor over het budget, maar bespreken met de concessiehouder tevens de mogelijkheid van het afnemen van een collectieve zorgverzekering voor hun leden en/of werknemers tegen zo gunstig mogelijke voorwaarden. De NZa vindt het, gelet op het grote belang dat moet worden gehecht aan doelmatige uitgaven van gemeenschapsgeld en zorgvuldige en zuivere omgang hiermee, van belang dat elke schijn van belangenverstremming wordt voorkomen. De NZa zal hierop toezien. Zij onderzoekt daartoe momenteel de daarvoor meest geschikte methode, en neemt daarover in 2008 een besluit.

2.4 Overig

De NZa had zich naar aanleiding van haar bevindingen in 2007 ook voorgenomen om de prijsgevoeligheid van verzekerden aan de hand van een nieuwe methode vast te stellen. Daarnaast had zij onderzoek aangekondigd naar de achtergronden van de keuze van verzekerden voor een eigen risico. De prijsgevoeligheid komt in deze monitor aan de orde in paragraaf 6.3.3. De keuze voor een eigen risico is onderwerp van een afzonderlijke monitor van de NZa voor het (verplichte) eigen risico. De NZa publiceert in de loop van 2008 enkele nieuwsberichten over het eigen risico.

¹³ De NZa gaat samen met de universiteit van Tilburg een onderzoeksgroep inrichten. Zo wil de NZa het wetenschappelijk kader versterken, het maatschappelijk debat stimuleren en de kennisoverdracht aan haar medewerkers vergroten.

3. Kwaliteit

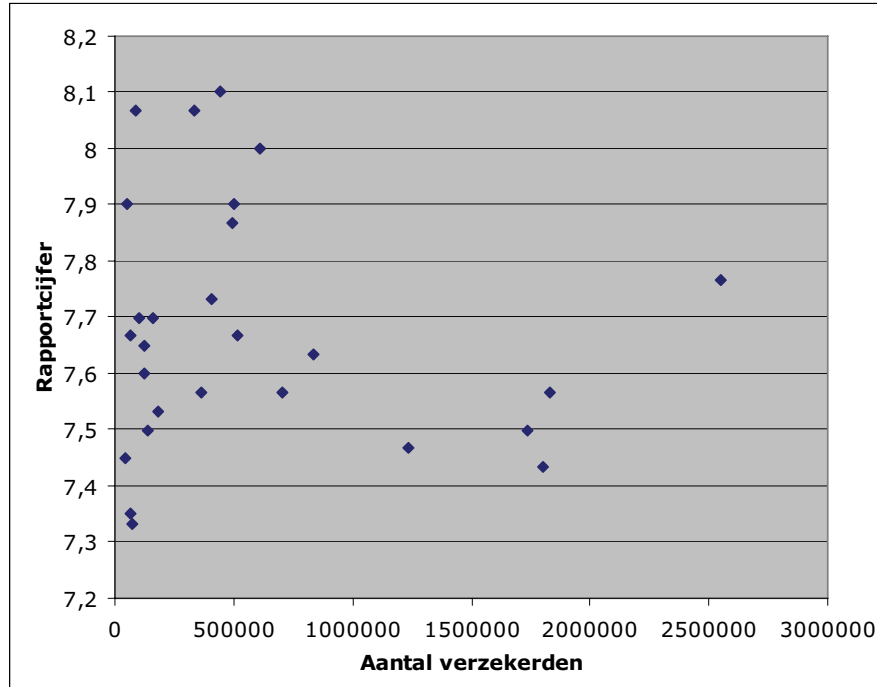
3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vraag of consumenten op de zorgverzekeringsmarkt waar voor hun geld krijgen. Daartoe komt aan de orde hoe het staat met de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars. Dit aspect is mede van belang vanwege de toenemende concentratie van verzekeraars en het negatieve effect van schaalvergroting voor de dienstverlening aan de cliënt dat daarbij vaak wordt verondersteld. Verder gaat dit hoofdstuk in op de prikkels op de zorgverzekeringsmarkt die ertoe moeten leiden dat zorgverzekeraars kwalitatief goede zorg inkopen. De relatie tussen de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt vormt immers de basis voor verbetering van het zorgstelsel.

3.2 Kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars

Voor een beoordeling van de verdergaande concentratie op de zorgverzekeringsmarkt is het zinvol om na te gaan of de kwaliteit van de dienstverlening van de zorgverzekeraars samenhangt met hun grootte. Figuur 1 toont het verband tussen beide.

Figuur 1. Relatie tussen omvang van zorgverzekeraars en hun kwaliteit van dienstverlening



Bron: Kiesbeter.nl ¹⁴

Figuur 1 is gebaseerd op ervaringen van verzekerden met de kwaliteit van zorgverzekeraars. De figuur suggereert in eerste instantie dat

¹⁴ Het gaat hier om de waardering van verzekerden voor de service van zorgverzekeraars zoals die gemeten is met de CQ-index Zorg en zorgverzekeraars. Het NIVEL en het Centrum Klantervaring Zorg voeren deze meting uit ten behoeve van consumenteninformatie op kiesbeter.nl.

kleinere zorgverzekeraars beter in staat zijn om een hoge waardering (>7.8) te krijgen dan grote zorgverzekeraars. De onderlinge verschillen zijn echter klein: verzekerden geven ook grotere zorgverzekeraars een waardering boven 7.5. Bovendien toont een correlatietoets een zeer licht negatief verband. Dit wil zeggen dat de kwaliteit van de dienstverlening in heel geringe mate met de grootte van een zorgverzekeraar samenhangt.¹⁵

De kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars is in de loop van de jaren toegenomen. Dat geldt ook voor zorgverzekeraars die zijn gefuseerd. Bovendien zijn de verschillen tussen zorgverzekeraars kleiner geworden. Daar waar een verslechtering optreedt, lijken andere factoren dan de dienstverlening een rol te spelen (bijvoorbeeld aanscherping van de voorwaarden van de aanvullende verzekeringen).¹⁶ Op basis hiervan is er geen aanleiding om te veronderstellen dat de kwaliteit van de dienstverlening onder de concentratie van verzekeraars lijdt.¹⁷

De NZa heeft samen met het Centraal Planbureau meettechnieken ontwikkeld om te kunnen vaststellen of verzekerden die overstappen kwaliteitswinst boeken.¹⁸ Als gevolg van de daling van de mobiliteit van verzekerden en van de onderlinge kwaliteitsverschillen is deze kwaliteitswinst in 2008 minimaal en lager dan in 2006 en 2007.

In de Monitor zorgverzekeringsmarkt 2007 plaatste de NZa bij de kwaliteit van de dienstverlening de volgende kanttekeningen:

- De telefonische bereikbaarheid van zorgverzekeraars vormde een probleem.
- De kwaliteit van zorgverzekeraars was het minst goed bij hun informatieverstrekking over machtigingen en over de mate van bijbetaling bij niet-gecontracteerde zorg.

Uit de meting van het Nivel blijkt dat de telefonische bereikbaarheid van de zorgverzekeraars in 2008 verbetert. Dit geldt echter niet voor de kwaliteit van hun informatieverstrekking. In hoofdstuk 4, waarin transparantie integraal aan de orde komt, staat aangegeven welke acties de NZa hieraan verbindt.

3.3 Kwaliteitsaspecten gedrag zorgverzekeraars

De NZa heeft geen knelpunten geconstateerd bij de manier waarop zorgverzekeraars het overstappen van verzekerden hebben afgehandeld. Het meldpunt van de NZa voor de overstapperperiode heeft slechts een gering aantal meldingen (24) ontvangen. Een aantal meldingen was afkomstig van verzekerden die door de feestdagen en doordat informatie laat bekend werd, de overstapperperiode te kort vonden. Uit de NZa-

¹⁵ Gemeten over 2006-2008 en op het niveau van zorgverzekeraars is de Pearson R-maat -0.12.

¹⁶ NIVEL, Centrum Klantervaring Zorg, *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars, CQ-index Zorg en Zorgverzekering*, meting 2007

¹⁷ In het verdiepende onderzoek naar maatwerk bij collectiviteiten (zie hoofdstuk 7) kwam naar voren dat zorgverzekeraars bij hun dienstverlening aansluiten op de wensen van collectiviteiten. Zij worden daartoe vaak geprikkeld door zogeheten service level agreements. Op deze manier waarborgen verzekeraars de kwaliteit voor individuele klanten, terwijl zij zelf steeds groter worden. In de Monitor zorgverzekeringsmarkt 2007 gaf de NZa al aan dat collectiviteiten in het algemeen gesproken tevreden zijn over de dienstverlening door zorgverzekeraars.

¹⁸ Rudy Douven, Harm Lieverdink, Marco Ligthart, Ivan Vermeulen, *Measuring annual price elasticities in Dutch health insurance: A new method*, CPB/NZa 2008. De NZa maakt gebruik van de waardering van de dienstverlening zoals gepubliceerd op kiesbeter.nl.

enquête blijkt echter dat de overgrote meerderheid van de verzekerden de lengte van de overstapperperiode voldoende vindt.¹⁹

Het blijft niet eenvoudig om de zorgverzekeringspolis op te stellen in een taal die voor de consument begrijpelijk is. Het Menzis-concern heeft desalniettemin getracht de polis van 2008 in begrijpelijke taal te schrijven en zijn inspanningen zijn beloond met het Thuiswinkel Waarborg Kenmerk. Andere zorgverzekeraars zullen het initiatief van Menzis naar verwachting in 2009 navolgen.

3.4 Prikkel voor kwaliteit van zorg

3.4.1 Motieven van overstappers

Evenals in voorgaande jaren biedt het gebrek aan transparantie de verzekerde nauwelijks de mogelijkheid om bij zijn keuze voor een zorgverzekering ook de kwaliteit van de verzekerde zorg te betrekken. Over de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars is weliswaar meer informatie beschikbaar dan vroeger, maar de dienstverlening speelt geen voornamelijk rol. Verzekerden baseren hun keuze nog steeds voornamelijk op de hoogte van de premie, op de dekking van de aanvullende verzekering en op de voordelen van collectieve verzekeringen. Wel wijst de NZa-enquête erop dat interesse in de kwaliteit van de verzekerde zorg bij verzekerden hun keuze kan beïnvloeden als daarvoor de randvoorwaarden aanwezig zijn. Van de verzekerden die na overweging niet overstapten, gaf 16% aan dat zij in de zorg die de verschillende verzekeraars bieden geen verschil zagen. In 2007 was dit nog slechts 6%.

Onderzoek van de NZa in 2007 toonde al aan dat verzekerden sterk reageren op financiële prikkels.²⁰ Gebleken is dat ook relatief kleine financiële prikkels van zorgverzekeraars de keuze van verzekerden voor een zorgaanbieder beïnvloeden.²¹ In haar enquête voor 2008 heeft de NZa verzekerden de vraag voorgelegd of zij zouden kiezen voor een ander ziekenhuis in plaats van hun 'eigen' ziekenhuis als de verzekeraar daarvoor het eigen risico niet oplegt. Een meerderheid van de verzekerden antwoordde daarop bevestigend. Hoewel het niet meer is dan een indicatie, geeft dit resultaat aan dat een positieve (financiële) prikkel verzekerden kan ondersteunen om te kiezen voor een voorkeursaanbieder die een goede prijs-kwaliteitverhouding levert. Meer bewijs volgt uit recent onderzoek naar de voorkeuren van Nederlandse verzekerden op het gebied van prijs en kwaliteit. De onderzoekers concluderen dat verzekerden bereid zijn om een hogere premie te betalen wanneer zorgverzekeraars objectief kunnen aantonen dat dankzij hun inkoopbeleid verzekerden bij bepaalde aandoeningen een grotere kans op gezondheidsverbetering hebben.²² Zorgverzekeraars experimenteren op dit moment ook met financiële prikkels om

¹⁹ Mogelijk dat verzekerden in de komende jaren meer vergelijkingen moeten maken als zorgverzekeraars meer selectief contracteren, hun vergoedingen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg meer differentiëren en het acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekeringen aanscherpen. De NZa blijft dit aspect via haar enquête onder verzekerden volgen.

²⁰ NZa, *Richting geven aan keuzes*, 2007

²¹ Lieke H. H. M. Boonen, Frederik T. Schut and Xander Koolman, *Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market*, in: HEALTH ECONOMICS 17: 299-316 (2008)

²² Bernard van den Berg, Paula van Dommelen, Piet Stam, Trea Laske-Aldershof, Tom Buchmueller, Frederik T. Schut, *Preferences and choices for care and health insurance*, in: Social Science & Medicine 66 (2008) 2448-2459

verzekerden te laten kiezen voor zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren.²³

De NZa benadrukt opnieuw dat verzekerden hun voorkeur blijven baseren op premieoverwegingen zolang verzekeraars zich niet onderscheiden op kwaliteit van zorg. Dit laatste zal uitsluitend gebeuren als zorgverzekeraars selectiever gaan inkopen. De NZa heeft meermalen gewezen op de noodzaak van veranderingen die selectieve zorginkoop bevorderen. Het gaat daarbij vooral om de volgende veranderingen:

- Daar waar de omstandigheden op zorgmarkten het mogelijk maken, moet de onderhandelingsvrijheid van partijen worden vergroot. De NZa heeft inmiddels geadviseerd om per 1 januari 2009 vrije prijzen in te voeren voor ischemische en aanverwante aandoeningen en extramurale dieetadvisering.²⁴ Het advies voor dieetadvisering is al door de minister overgenomen; op het advies voor ischemische en aanverwante aandoeningen volgt nog een reactie.²⁵
- Het is noodzakelijk om onderdelen van de ex-postverevening af te bouwen, waarbij een adequate ex-anteverevening en zonodig toezicht van de NZa op risicoselectie behouden blijven.
- Er moet voldoende kwaliteitsinformatie beschikbaar komen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in opdracht van het ministerie van VWS het zogeheten bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit opgericht. Dit bureau regisseert het ontwikkelproces van prestatie-indicatoren bij verschillende zorgvormen en ondersteunt bij de ontsluiting van deze informatie voor consumenten, doorverwijzers en zorgverzekeraars. De NZa is zich bewust van de omvangrijke inspanning en het complexe afstemmingsproces die noodzakelijk zijn om tot indicatoren te komen die breed gedragen, onderscheidend en openbaar zijn. Zij houdt in dit verband rekening met een ontwikkeltraject van twee tot drie jaar. Om een handreiking te bieden aan het keuzeprocess van consumenten en zorgverzekeraars, is het belangrijk dat gedurende het ontwikkeltraject zo snel mogelijk kwaliteitsinformatie openbaar gemaakt wordt. Het heeft de speciale aandacht van de NZa dat de kwaliteitsinformatie en indicatoren dienen te voldoen aan de wensen en verwachtingen van de gebruikers (consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders). De NZa ontwikkelt in dat kader een eigen toetsingskader voor de transparantie van de zorg een eigen toetsingskader. Zij betreft dit in de afstemming met de IGZ.
- Er moet sprake zijn van een betere aansluiting tussen de cycli van inkoop van zorg en van verkoop van polissen. In hoofdstuk 8 komt dit onderwerp nader aan de orde.
- De zorgverzekeraars dienen de verzekerden te ondersteunen bij hun keuzes. Door keuzeondersteuning kan de zorgverzekeraar verzekerden stimuleren om te kiezen voor zorgaanbieders die een goede prijs-kwaliteitverhouding leveren.
- De zorgverzekeraars kunnen het verplichte eigen risico inzetten voor keuzeondersteuning voor de verzekerde mits de zorgverzekeraar daarbij maximale transparantie betracht. De NZa heeft eerder gepleit voor de mogelijkheid voor verzekeraars om het eigen risico niet of gedeeltelijk in rekening te brengen als de verzekerde gebruik maakt van een geprefereerde zorgaanbieder.²⁶ De minister van VWS heeft intussen aangekondigd dit per 1 januari 2009 mogelijk te willen

²³ Zie: Algemeen Dagblad, 10 juni 2008

²⁴ Zie adviezen NZa: Nader advies uitbreiding B-segment, 29 mei 2008/Visiedocument Dieetadvisering, april 2008

²⁵ Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer ('Vrije prijsvorming dieetadvisering'), 17 juni 2008

²⁶ Zie Monitor zorgverzekeringsmarkt 2007.

maken.²⁷ Zorgverzekeraar CZ heeft al laten weten in 2009 een gedifferentieerd eigen risico in te zetten.²⁸ De NZa is van mening dat de verzekeraars het opleggen van het vrijwillig eigen risico daarop moeten laten aansluiten. Als dit niet gebeurt, is de kans groot dat de verzekerde niet meer begrijpt bij welk zorggebruik welk eigen risico behoort.

Onlangs heeft ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) diverse suggesties gedaan om de zorginkoop door zorgverzekeraars te verbeteren.²⁹ Meerdere voorstellen sluiten aan bij de genoemde adviezen van de NZa. Andere suggesties zijn:

- Verzekeraars moeten hun zorginkoop professionaliseren en hun onderhandelingsdelegaties 'upgraden'. De NZa ontvangt signalen dat de medische kennis bij zorgverzekeraars vermindert omdat minder adviserende geneeskundige ondersteuning aanwezig is. De NZa acht dit met het oog op een verbeterde zorginkoop een onwenselijke ontwikkeling.
- Verzekeraars kunnen patiëntenorganisaties bij de inkoop van zorg betrekken (zie ook hoofdstuk 7).
- Partijen kunnen meerjarige contracten afsluiten, en verzekeraars kunnen dus meerjarige polissen aanbieden.
- Verticale integratie tussen zorgverzekeraars en aanbieders biedt zorgverzekeraars kansen om zich met een goed zorgaanbod te profileren. Verticale integratie mag de positie van de consument echter niet negatief beïnvloeden. Ook moet de autonomie van de professionele zorgaanbieder ten opzichte van de zorgverzekeraar gewaarborgd zijn. In het beleidskader *Aanmerkelijke marktmacht* besteedt de NZa aandacht aan dit onderwerp.

De NZa signaleert enkele positieve ontwikkelingen die in 2009 gestalte kunnen krijgen. Zorgverzekeraars experimenteren momenteel al (met het oog op 2009) met financiële prikkels om verzekerden te laten kiezen voor zorgaanbieders met een goede kwaliteit.³⁰ Ook laten verzekeraars weten dat zij streven naar meer selectieve contractering. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat zij het eigen risico niet of minder in rekening gaan brengen als een verzekerde voor een voorkeursaanbieder kiest. Op die manier ondersteunen de zorgverzekeraars de zorgkeuze van verzekerden. Verder biedt de aanbesteding van enkele collectieve zorgverzekeringscontracten per 1 januari 2009 mogelijkheden om meer aandacht te hebben voor de kwaliteit van het zorgaanbod van zorgverzekeraars.

3.4.2 Aantallen verzekerden met polissen met gecontracteerde zorg

Een voorwaarde voor een actief zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars is dat verzekerden een voorkeur hebben voor polissen met gecontracteerde zorg. In 2008 neemt het aantal verzekerden met een polis met niet-gecontracteerde zorg echter (verder) toe (zie figuur 2). Van belang is dat deze verschuiving niet het gevolg is van een voorkeur van overstappende verzekerden, maar van aanpassingen van polissen. Met nadere woorden: zonder dat verzekerden overstapten naar andere polissen. Het aantal naturapolissen daalde en het aantal zuivere restitutiepolissen nam toe. Deze verandering in aanbod vertaalt zich in

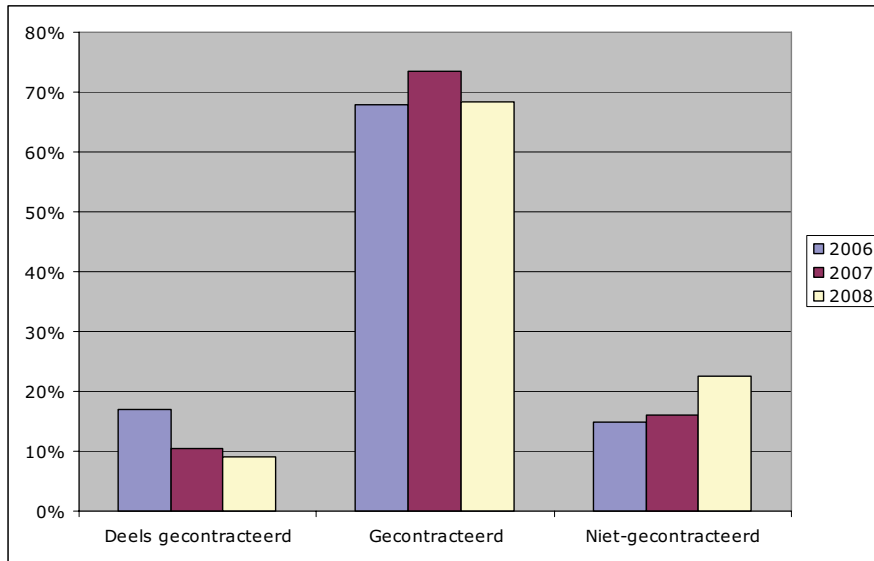
²⁷ Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, Verplicht eigen risico: voorhangprocedure en stand van zaken, 23 mei 2008

²⁸ De Orde van Medisch Specialisten (OMS) staat niet afwijzend tegenover het initiatief van zorgverzekeraar CZ; voorwaarde is dat de verzekeraar gebruik maakt van goede meetinstrumenten en objectieve criteria. Zie: Medisch Contact, 2008, nr. 20, p. 843

²⁹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Zorginkoop*, 2008

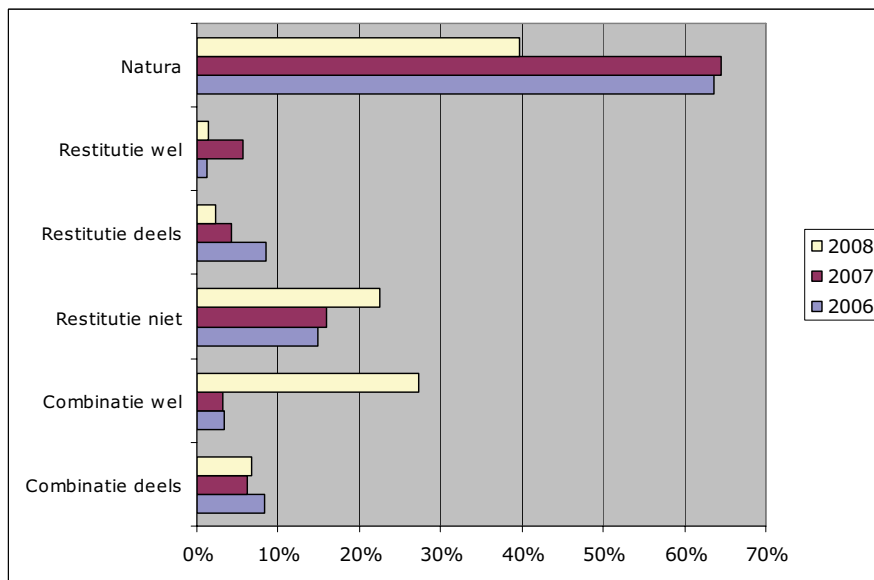
³⁰ Zie: Algemeen Dagblad, 10 juni 2008

Figuur 2. Aantallen verzekerden met polissen met gecontracteerde, gedeeltelijk gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg



een andere verdeling van verzekerden over de soorten polissen (zie figuur 3).³¹ Er is vooral sprake van een toename van verzekerden met een combinatiepolis met gecontracteerde zorg en van een teruggang van het aantal verzekerden met een naturapolis.

Figuur 3. Aantallen verzekerden per polissoort



³¹ Er zijn zes soorten polissen: de naturapolis, de zuivere restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg, de restitutiepolis met gedeeltelijk gecontracteerde zorg (bijvoorbeeld alleen de ziekenhuiszorg), de restitutiepolis waarbij alle zorg gecontracteerd is, en de combinatiepolissen met gedeeltelijk natura en gedeeltelijk restitutie waarbij alle zorg gecontracteerd is of slechts gedeeltelijk.

3.4.3 De aanbesteding van collectiviteiten: kwaliteitseisen

In 2008 zijn enkele grote 'pseudo-collectiviteiten' gestart met de aanbesteding van collectieve zorgverzekeringen. Hiervan gaat mogelijkwjs een positieve impuls uit voor de kwaliteit van verzekerde zorg. Deze pseudo-collectiviteiten hebben namelijk in hun bestek eisen opgenomen over de manier waarop de zorgverzekeraar de kwaliteit van zorg borgt.³² Door deze ontwikkeling prikkelen collectiviteiten de zorginkoopactiviteiten van zorgverzekeraars. Hoofdstuk 7 vermeldt wel dat deze ontwikkeling zich niet lijkt voor te doen bij werkgevers- en patiëntencollectiviteiten.

3.5 Conclusies en acties NZa

De NZa stelt vast dat de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars aan het verbeteren is. De toenemende concentratie van verzekeraars heeft daarop geen negatieve invloed. Evenals in eerdere jaren is er nog geen sprake van dat de kwaliteit van de verzekerde zorg op de zorgverzekeringsmarkt een onderscheidend vermogen heeft. Dit is uitsluitend mogelijk als verzekeraars hun zorginkoop verbeteren en zich op die manier op de zorgverzekeringsmarkt onderscheiden. Voorwaarde daarvoor is een transparant zorgaanbod.

De NZa pleit al langere tijd voor veranderingen die de zorginkoop kunnen verbeteren. De RVZ heeft onlangs ook verbeteringsuggesties gedaan. De NZa herkent in deze suggesties diverse eigen standpunten. De NZa heeft in verschillende publicaties aangedrongen op de noodzaak van meer onderhandelingsvrijheid van partijen, meer kwaliteitsinformatie, aanpassingen van de vereveningssystematiek en keuzeondersteuning van verzekerden. Van belang is ook dat de cycli van verkoop van polissen en inkoop van zorg beter op elkaar aansluiten. In hoofdstuk 8 geeft de NZa daarvoor verbeteringsuggesties.

Aan deze voorstellen voegt de NZa, in navolging van de RVZ, het volgende toe:

- Zorgverzekeraars moeten hun onderhandelingsdelegaties professionaliseren en 'upgraden'. Zij dienen de inhoudelijke ondersteuning door een adviserend geneeskundige te kunnen borgen. Zij kunnen bij de zorginkoop ook de kennis van patiëntenorganisaties betrekken.
- Verzekeraars kunnen het eigen risico inzetten voor keuzeondersteuning aan verzekerden.
- Meerjarige contracten en polissen dienen het maken van kwaliteitsafspraken te bevorderen.
- Verticale integratie biedt zorgverzekeraars kansen om zich te profileren met een goed zorgaanbod.

De NZa signaleert bij zorgverzekeraars initiatieven die het mogelijk moeten maken om verzekerden te laten kiezen op basis van prijs-kwaliteitsoverwegingen. De NZa zelf volgt in haar Monitor eigen risico de inzet van het verplichte eigen risico voor keuzeondersteuning. Zij schenkt daarin aandacht aan de mate van transparantie. Verder is de relatie met de aanvullende verzekering van belang. Deze mag niet zodanig zijn dat verzekerden worden gehinderd bij het overstappen.

³² Zie onder andere de aanbesteding van de collectieve zorgverzekering van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (ongeveer 500.000 verzekerden).

Uit dit alles blijkt de nauwe samenhang tussen de inkoop van zorg door zorgverzekeraars en de kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt. Om adequate analyses te kunnen maken, zal de NZa vanaf 2009 haar monitoractiviteiten herstructureren. Tot nu toe monitorde zij de markten van zorginkoop en zorgverzekeringen afzonderlijk, maar de NZa streeft naar een meer integrale aanpak vanaf 2009.

In 2008 blijkt opnieuw dat wanneer zorgverzekeraars de polissoort (naturapolis dan wel combinatiepolis) veranderen, dit voor verzekerden niet of nauwelijks een reden is om voor een andere verzekering te kiezen. Datzelfde geldt voor wijzigingen in de vergoeding voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg (zie hoofdstuk 5). Het is in de eerste plaats de zorgverzekeraar die de consument goed over de veranderingen in de polis moet informeren. De NZa zal er scherper op toezien dat zorgverzekeraars hun verzekerden over belangrijke wijzigingen in de polis volledig en juist informeren.

4. Toegankelijkheid

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de volgende hoofdvragen centraal:

- Hoe toegankelijk zijn basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en collectieve zorgverzekeringen voor consumenten?
- Is de informatie voor het maken van een afgewogen keuze voor een zorgverzekering voldoende aanwezig?

Bij de beantwoording van de eerste vraag zal de NZa de nadruk leggen op de invloed van de aanvullende verzekeringen. De toegankelijkheid van de basisverzekering vormt het onderwerp van haar onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De NZa rapporteert hierover later dit jaar.

De NZa heeft de transparantie van verzekeringen in 2008 op drie manieren onderzocht: door middel van een enquête onder verzekerden, door onderzoek naar vergelijkingssites en door onderzoek naar de websites en informatiepakketten van zorgverzekeraars. Daar waar de transparantie tekortschiet, treedt de NZa op. De acties die zij neemt, staan beschreven in de slotparagraaf van dit hoofdstuk.

4.2 Toegankelijkheid basisverzekering

De toegang tot de basisverzekering is geborgd door de acceptatieplicht, door het verbod op premiedifferentiatie en door het vereveningssysteem. De NZa ziet hierop toe.³³ In het begin van 2008 heeft zij geen signalen ontvangen dat de toegankelijkheid van de basisverzekering problemen oplevert. Op dit moment onderzoekt de NZa hoe zij zich moet opstellen tegenover strategieën van zorgverzekeraars die passen binnen de wettelijke bepalingen, maar waarvan risicoselectie het effect kan zijn.

De NZa volgt op dit moment de ZEKUR-polis van zorgverzekeraar Univé. Bij het in de markt zetten van deze polis heeft Univé zich vooral gericht op jonge verzekerden. Van de verzekerden die de polis hebben gekocht, is 75% tussen achttien en dertig jaar oud. Dit wil echter niet zeggen dat de ZEKUR-polis niet toegankelijk is voor verzekerden van een andere leeftijd. De NZa heeft geen signalen ontvangen dat de acceptatieplicht voor de zorgverzekering in het geding is. Aan de aanvullende verzekering die naast de ZEKUR-polis kan worden afgesloten, is wel een leeftijdsgrens verbonden. Uitsluitend verzekerden van achttien jaar of ouder kunnen deze aanvullende verzekering afsluiten.

De verzekerde kan de ZEKUR-polis maandelijks opzeggen. Daardoor is hij in staat naar een andere zorgverzekeraar zonder selectieve contractering over te stappen op het moment dat hij verwacht zorg te gaan gebruiken. Het gevolg is dat Univé geen zorgkosten heeft. Het ongewenste effect is dat zorgkosten worden afgewenteld op andere zorgverzekeraars.

³³ In het rapport *Uitvoering Zorgverzekeringswet* gaat de NZa hier nader op in.

4.3 Toegankelijkheid aanvullende verzekering

4.3.1 Algemeen

Afgemeten aan het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering, is de toegankelijkheid van de aanvullende verzekeringen in 2008 niet veranderd (92%). Het percentage collectief verzekerden met een aanvullende verzekering is hoger dan het percentage individueel verzekerden met een aanvullende verzekering. Sinds 2006 daalt bovendien het percentage individueel verzekerden met een aanvullende verzekering met 3%.³⁴

Het is mogelijk om de financiële toegankelijkheid van de aanvullende verzekering af te meten aan de gemiddelde premie die verzekerden voor hun pakket aanvullende verzekeringen betaalden. Deze premie steeg in 2007 met ongeveer 8%.³⁵ De oorzaak hiervan is naar alle waarschijnlijkheid de hogere premie van de pakketten die de verzekerden al gekozen hadden en niet hun keuze voor een duurder pakket. De premiestijging voor de aanvullende verzekering in 2007 komt ongeveer overeen met de premiestijging voor de basisverzekering in datzelfde jaar.

Uit de enquête van de NZa onder verzekerden blijkt een verandering in hun keuzegedrag. Overstappers kiezen in 2008 vaker dan in voorgaande jaren niet voor een aanvullende verzekering (16% tegenover 8% en 10% in respectievelijk 2007 en 2006). De overstappers die wel een aanvullende verzekering nemen, kiezen daarbij steeds vaker voor het gemiddelde aanvullende pakket en steeds minder voor de meest uitgebreide en de minst uitgebreide pakketten. Een verklaring voor deze tendens naar het gemiddelde kan het gecombineerde effect van verschillende aspecten zijn. In de eerste plaats spreekt de dekking van het gemiddelde aanvullende pakket het meest aan, mede omdat de meerwaarde van de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen gering lijkt. In de tweede plaats zijn de premies voor de duurdere pakketten verhoogd. In de derde plaats speelt, weliswaar in mindere mate, de toegenomen selectie van verzekerden een rol. Ook is de meest uitgebreide tandartsverzekering vooral bij de overstappers minder populair geworden. Verder blijkt dat mensen die niet overstappen, minder overstappen naar een andere aanvullende verzekering bij hun 'eigen' verzekeraar.

De premiestijging voor de aanvullende verzekeringen zet in 2008 door, maar het is voor de NZa nog niet duidelijk welke invloed dat heeft op het keuzegedrag van de verzekerde. Wat zeker een rol zal spelen, is dat zorgverzekeraars de premies voor volledige dekking van fysiotherapie hebben verhoogd. Tegelijkertijd zijn de dekkingen van de minder dure aanvullende verzekeringen beperkt. Daarnaast stellen diverse verzekeraars een maximum aan het aantal behandelingen fysiotherapie dat zij vergoeden.

4.3.2 Acceptatiebeleid aanvullende verzekering

De toegankelijkheid van de aanvullende verzekering wordt het meest direct beïnvloed door medische selectie via gezondheidsverklaringen of

³⁴ Individuele verzekerden kennen niet de voordelen van korting op de premie van de aanvullende verzekering en van afspraken over onvoorwaardelijke toelating, die veel collectiviteiten bieden.

³⁵ Bron: Kwartaalstaten zorgverzekeraars DNB, vierde kwartaal 2007.

via bepalingen dat vergoeding van kosten pas plaatsvindt na bijvoorbeeld één jaar (wachttijden).

In vergelijking met 2007 hebben enkele zorgverzekeraars meer medische selectie ingevoerd. Dit beperkt zich tot de meest uitgebreide aanvullende pakketten en tot de duurste tandartsverzekeringen. Het uiteindelijke effect van de toegenomen selectie is marginaal. Uit de NZa-enquête blijkt dat geen van de verzekerden die serieus een overstap overwoog, hiervan heeft afgezien omdat hij door de zorgverzekeraar werd geweigerd.³⁶ Ook geeft slechts 1% respectievelijk 0% van de respondenten aan dat zij niet zijn overgestapt vanwege het vermoeden dat zij niet zouden worden geaccepteerd vanwege hun gezondheid of leeftijd. Dit staat gelijk aan de aantallen van 2007.

De uitkomsten van de enquête onder verzekerden geven de NZa geen aanleiding om een verband te veronderstellen tussen de ervaren gezondheid van verzekerden en hun overstapedrag. In 2006 en 2007 stapten verzekerden die hun gezondheid als slecht en matig beschouwden minder over dan verzekerden die zichzelf als goed tot uitstekend gezond zien. In 2008 stapten beide groepen even vaak over.³⁷ Het is echter niet mogelijk om hieraan verdergaande conclusies te verbinden. Het aantal overstappers is namelijk te laag voor een betrouwbare analyse van relaties tussen kenmerken van verzekerden.

4.3.3 Mobiliteitsbeperkende contractvoorwaarden

Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, heeft de NZa zorgverzekeraars gevraagd om hun beleid voor de opzegtermijnen voor de aanvullende verzekering te herzien. Hierdoor neemt de kans af dat contractvoorwaarden in de aanvullende verzekeringen het overstappen door verzekerden hinderen. Ook vraagt de NZa aan het ministerie van VWS om maatregelen die moeten voorkomen dat zorgverzekeraars een hoge opslag op de premie voor aanvullende verzekeringen hanteren wanneer de verzekerde de basisverzekering niet bij hen aanschaft. Verder onderzoekt de NZa signalen over beperkende contractvoorwaarden bij aanvullende verzekeringen van de NPCF.³⁸

In 2008 is gebleken dat het merendeel van de zorgverzekeraars een opzegservice met beperkingen voor de verzekerde kent. De verzekerde kan namelijk geen keuze maken om bijvoorbeeld alleen de basisverzekering te laten opzeggen en de aanvullende verzekering voort te zetten. De zorgverzekeraars waar het hierom gaat moeten deze service aanpassen, omdat deze op dit moment in strijd is met artikel 40, lid 3 van de Wmg. Er is sprake van overtreding van dit artikel omdat de informatie die zorgverzekeraars via de opzegservice geven niet in overeenstemming is met hetgeen artikel 120 van de Zorgverzekeringswet beoogt. Dit artikel bepaalt dat een zorgverzekeraar de aanvullende verzekering niet mag opzeggen als de verzekerde zijn basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluit.

³⁶ NZa enquête onder verzekerden, 2008.

³⁷ Andere verschillen tussen overstappers in 2008 ten opzichte van 2006 en 2007 zijn dat in 2008 alleenstaanden met kinderen vaker overstappen dan anderen en dat er geen verschil meer is tussen de mobiliteit in de drie grote steden en in West- en Noord-Nederland. De geringe aantallen overstappers laten echter niet toe om de statistische significantie te toetsen.

³⁸ A.F. Roos, F.T. Schut (Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam), Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008. Onderzoek uitgevoerd in opdracht de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), mei 2008

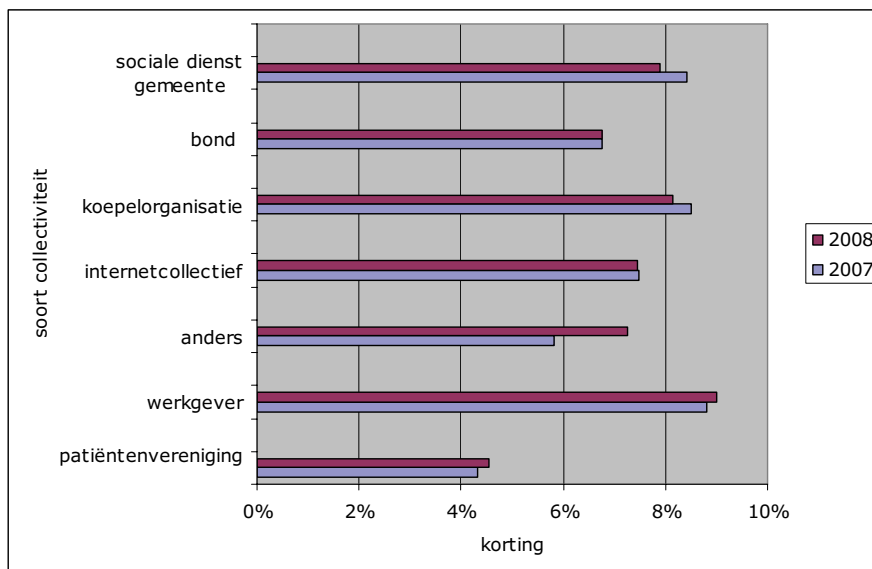
4.4 Toegankelijkheid collectieve verzekering

In de Monitor zorgverzekeringmarkt 2007 concludeerde de NZa dat de toegankelijkheid van collectiviteiten groot was, temeer omdat er geen aanwijzingen voor risicoselectie waren.

Het onderzoeksinstituut iBMG concludeerde medio 2007 eveneens dat risicoselectie in het collectieve segment niet plaatsvond. Ten eerste waren er geen aanwijzingen voor risicoselectie **door** collectiviteiten (dat wil zeggen selectie bij toetreding tot de collectiviteit door de collectiviteit zelf). Ten tweede hanteerden zorgverzekeraars risicoselectie **via** collectiviteiten nog niet als strategie (oftewel risicoselectie bijvoorbeeld door middel van het aanbieden van lagere kortingen op commercieel minder aantrekkelijke groepen van verzekerden).³⁹

De NZa heeft ook in 2008 geen signalen ontvangen van selectie **door** collectiviteiten. Toenemende verschillen in korting tussen werkgeverscollectiviteiten en open collectiviteiten kunnen een indicatie zijn voor risicoselectie **via** collectiviteiten. Figuur 4 geeft het gemiddelde kortingspercentage tussen de verschillende soorten collectiviteiten weer.

Figuur 4. Ontwikkeling van kortingspercentages van soorten collectiviteiten⁴⁰



Het totaalbeeld is enigszins diffuus, maar de veranderingen geven de NZa geen aanleiding om te veronderstellen dat zorgverzekeraars met ingang van 2008 hun kortingen in substantiële mate zijn gaan differentiëren naar soorten van collectiviteiten.

³⁹ F.T Schut en D. de Bruijn, *Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie*, Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) iBMG, Juni 2007. Bij selectie **door** collectiviteiten gaat het om selectie aan de poort door de collectiviteiten zelf met behulp van toegangscriteria. Bij selectie **via** collectiviteiten gaat het om beleid van de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld door middel van het bieden van lage kortingen aan ongewenste groepen van verzekerden.

⁴⁰ Bron: opgave verzekeraars aan de NZa. Het gaat hier om de kortingen voor de collectiviteiten die groter zijn dan 1% van het totaal van de collectief verzekerden van een verzekeraar. De hier weergegeven kortingspercentages zijn niet representatief voor alle collectiviteiten. Uitzondering is het percentage voor patiëntenverenigingen. Omdat het aantal collectiviteiten voor patiëntenbewegingen in aantal en omvang (veelal) beperkt is, is ervoor gekozen om het gemiddelde percentage voor alle patiëntencollectiviteiten te vermelden en niet alleen voor de grootste.

4.5 Transparantie

4.5.1 Informatiebronnen

Voor 2008 hebben verzekerden minder dan in de voorgaande jaren gezocht naar informatie over zorgverzekeringen en zorgverzekeraars (17 % tegenover 39% in 2007). Dit is in lijn met de daling van het aantal overstappers en het aantal verzekerden dat serieus overweegt om over te stappen. Verzekerden hebben ook minder informatiebronnen geraadpleegd en daarbij op minder onderwerpen gezocht. Deze tendens tot gericht en beperkter zoekgedrag is in 2007 ingezet en zet zich in 2008 voort.

De meest gebruikte informatiebronnen over zorgverzekeringen en zorgverzekeraars zijn nog steeds de informatie van zorgverzekeraars en vergelijkingswebsites. De NZa heeft de informatie op vergelijkingssites voor het verzekeringsjaar 2008 onderzocht.⁴¹ In vergelijking met 2007 is de kwaliteit van de vergelijkingssites licht verbeterd. De meest gebruikte sites zijn over het algemeen correct. Slechts drie vergelijkingssites zijn echter volledig voor wat betreft hun vermelding van het aantal zorgverzekeraars en polissen. Het aantal polissen dat de websites vergelijken moet verbeteren of zij dienen duidelijk te maken waarom op de site sommige polissen ontbreken. Informatie over de premie van de weergegeven polissen is op de helft van de sites correct.

Eén van de doelen van het onderzoek van de NZa naar de vergelijkingssites was om deze sites te stimuleren om de kwaliteit te verbeteren. Op dit punt is de NZa gedeeltelijk geslaagd. Na terugkoppeling van de bevindingen hebben enkele sites aanpassingen doorgevoerd. Deze aanpassingen heeft de NZa meegenomen in het definitieve rapport dat zij heeft gepubliceerd. In het onderzoek is niet expliciet gekeken naar kwaliteitsgegevens van het gecontracteerde zorgaanbod, maar de NZa heeft de indruk dat deze informatie nog vaak ontbreekt. Dit is ook het geval bij de informatieverstrekking door zorgverzekeraars zelf.

4.5.2 Keuzeonderwerpen

Evenals in 2006 en 2007 zoeken verzekerden in 2008 het meest naar informatie over de premies van de basisverzekering en over de premies en de dekking van de aanvullende verzekering. Deze drie aspecten spelen in 2008 ook de hoofdrol bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Van de drie aspecten is de dekking van de aanvullende verzekeringen veruit het belangrijkste, nog meer dan in voorgaande jaren. Mogelijk is dit te verklaren doordat zorgverzekeraars de dekkingen van de minder dure aanvullende verzekeringen hebben beperkt (zie 2.3). Ook uit het zoekgedrag van verzekerden op Kiesbeter.nl blijkt dat zij vooral in de dekking van de aanvullende verzekeringen geïnteresseerd zijn.

Figuur 5 in hoofdstuk 4.6 toont welke dekkingen de bezoekers het meest hanteren als zij naar een verzekering zoeken op kiesbeter.nl. Dat fysiotherapie hoog scoort, is te verklaren uit het belang dat verzekerden aan deze zorg hechten en uit de aanpassingen die de zorgverzekeraars op dit punt in de aanvullende verzekeringen hebben aangebracht (zie ook paragraaf 4.3.1).⁴²

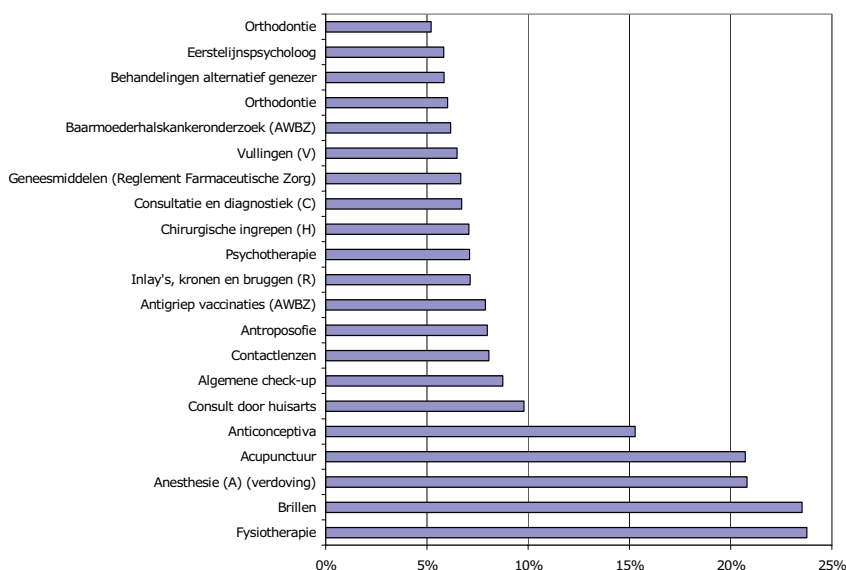
⁴¹ NZa, *Vergelijkingssites voor zorgverzekeringen*, december 2007

⁴² Mensen verzekeren zich vooral aanvullend voor de kosten van tandzorg en fysiotherapie. In mindere mate gaat het om zorg in het buitenland, alternatieve behandelwijzen en psychotherapie. Zie: Judith de Jong, Marloes Loermans, Marjan van der Maat, *De aanvullende tandartsverzekering*, NIVEL, 2008 (factsheet)

4.6 Beschikbaarheid en begrijpelijkheid van informatie

De enquête van de NZa onder verzekerden leert dat de informatie die voor verzekerden het belangrijkste is – dat wil zeggen de premies voor de basisverzekering en de premies en de dekking van de aanvullende verzekering – in 2008 goed beschikbaar is. De beschikbaarheid van deze informatie is wel minder dan in 2007. Bovendien vinden verzekerden dat de begrijpelijkheid van de informatie over de premie en over de dekking van de aanvullende verzekering is afgenomen.⁴³ Dit hangt mogelijk samen met de aanpassingen die zorgverzekeraars hebben doorgevoerd.

Figuur 5. Gebruik dekkingsgroepen op Kiesbeter.nl



Bron: RIVM/Kiesbeter.nl

Uit de enquête onder verzekerden blijkt dat evenals in 2007 informatie over de kwaliteit van de zorg minder gemakkelijk te vinden is dan informatie over andere onderwerpen. Ondanks initiatieven om de transparantie van de kwaliteit van zorg te vergroten, blijven op dit punt verbeteringen noodzakelijk. Dat geldt ook voor de informatie over machtigingen en over de mate van bijbetaling bij niet-gecontracteerde zorg. Deze informatie is in 2008 nog moeilijker te vinden dan in 2007. Ook Nivel/Centrum Klantervaring Zorg concludeert dat het voor consumenten vooraf niet duidelijk is in hoeverre zij voor zorg moeten bijbetalen. De toestemmingsprocedure voor het krijgen van bepaalde zorg en het krijgen van niet-gecontracteerde zorg leiden eveneens opnieuw tot problemen.⁴⁴

4.7 Misleiding

Zorgverzekeraars zijn verplicht om aan (aspirant) verzekerden goede informatie te verschaffen, zodat deze zich over een bepaald product een goed oordeel kunnen vormen.

⁴³ Ongeveer 88% van de verzekerden vindt in 2008 de premie-informatie begrijpelijk, tegenover 97% in 2007. Voor informatie over de dekking daalt het percentage van 90% naar 85%.

⁴⁴ NIVEL/Centrum Klantervaring Zorg, 2007

Elf zorgverzekeraars hielden zich voor de verzekeringen 2008 niet aan belangrijke aanwijzingen in het Richtsnoer informatieverstrekking.⁴⁵ Zij hadden op hun website onvoldoende informatie staan over de klachtenregeling en de opzeggingsmogelijkheden. De zorgverzekeraars waar het om ging, hebben op aanwijzing van de NZa hun informatievoorziening aangepast.

4.8 Conclusies en acties NZa

Er zijn geen aanwijzingen dat de toegang tot de basisverzekering in 2008 in gevaar is. De aanvullende verzekering blijft toegankelijk voor het overgrote deel van de verzekerden. Wel is er in vergelijking met 2007 sprake van meer medische selectie en hogere premies.

In het keuzegedrag van consumenten is een verandering zichtbaar. Verzekerden kiezen steeds minder voor de meest uitgebreide en de minst uitgebreide aanvullende verzekeringen, en steeds vaker voor het gemiddelde pakket. Verklarende factoren zijn hogere premies voor de duurste pakketten, aanpassingen van de dekking en in mindere mate de toegenomen medische selectie. Verder kiezen overstappers er vaker voor om geen aanvullende verzekering te nemen.

Met het oog op de mobiliteit is het onwenselijk als verzekerden worden beperkt in hun mogelijkheid om de basisverzekering en de aanvullende verzekering bij verschillende zorgverzekeraars af te sluiten. Een aantal zorgverzekeraars biedt bij de overstapservice verzekerden niet de keuze om uitsluitend de basisverzekering op te zeggen en de aanvullende verzekering bij de oude zorgverzekeraar voort te zetten. De NZa heeft deze zorgverzekeraars opgedragen dit te veranderen en zij toetst in 2008 of dit ook gebeurt.

Evenals in 2007 is de toegankelijkheid van collectiviteiten in 2008 goed. Ingeval van een sterker doelgroepenbeleid kunnen zorgverzekeraars gaan selecteren via collectiviteiten, waardoor de toegankelijkheid van collectieve verzekeringen wordt beperkt. De NZa ontwikkelt op dit moment een beleidskader voor het optreden van risicoselectie en voor de positie van de NZa. Ook volgt zij de effecten van zelfselectie die door de ZEKUR-polis van Univé wordt bevorderd. De NZa acht het ongewenst als kostenafwenteling op andere zorgverzekeraars plaatsvindt.

Verzekerden ervaren in 2008 de beschikbaarheid van informatie als iets minder goed dan in 2007. Net als in 2007 ervaren zij de informatie over de kwaliteit van zorg, over machtigingen en over eigen bijdragen bij niet-gecontracteerde zorg als het minst goed. De NZa heeft verzekeraars al opgedragen om hun websites en vergoedingenoverzichten op deze punten aan te passen. Zij controleert in 2008 of dit ook gebeurt.

De NZa heeft signalen ontvangen dat zorgverzekeraars in 2009 meer selectief gaan contracteren. Ook zullen zij het verplichte eigen risico inzetten voor de keuzeondersteuning van consumenten. In aanvulling daarop kunnen zorgverzekeraars de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg aanpassen. De verzekerde moet dit alles goed en in samenhang met elkaar kunnen begrijpen. De NZa zal de informatieverstrekking van zorgverzekeraars op deze punten nauwgezet toetsen. Daarbij acht de NZa het niet alleen van belang dat de informatie beschikbaar en vergelijkbaar is, maar ook dat de zorgverzekeraar deze in onderlinge samenhang aanbiedt.

⁴⁵ Zie www.nza.nl

De kwaliteit van vergelijkingssites is ten opzichte van 2007 licht verbeterd. De meest gebruikte sites zijn over het algemeen correct. Enkele sites hebben na terugkoppeling van de bevindingen van de NZa aanpassingen doorgevoerd met betrekking tot de vermelding van het aantal zorgverzekeraars en polissen, de premie, de kortingen eigen risico en het type polis. De NZa vindt het een goede zaak dat databestanden die nu via Kiesbeter.nl leiden tot vergelijkingsinformatie aan consumenten, al ter beschikking komen van andere vergelijkingssites, voor zover dat reeds is toegestaan. Op die manier kunnen zij hun betrouwbaarheid verbeteren.

5. Betaalbaarheid

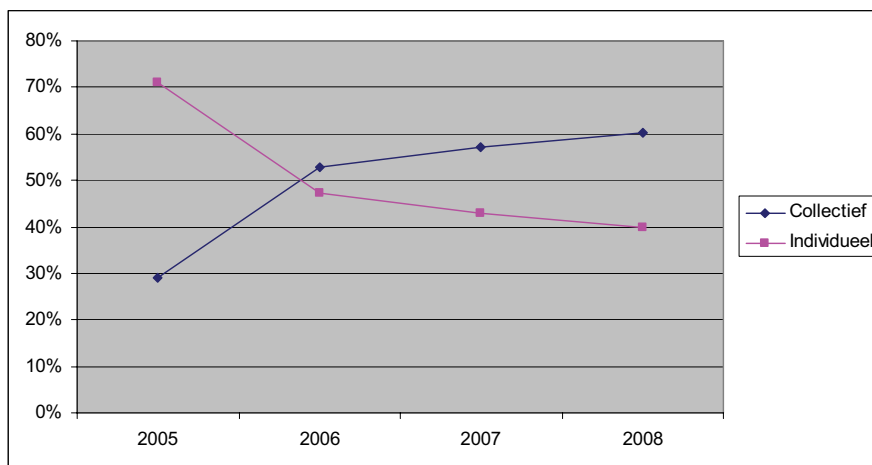
5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk spitst de aandacht zich toe op de premieontwikkeling voor de basisverzekering en op de eigen betalingen van verzekerden als zij ervoor kiezen om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg. De gewogen premieontwikkeling van de aanvullende verzekering blijft buiten beschouwing. De reden is dat de NZa nog geen gegevens heeft over het type aanvullende verzekeringen waarvoor de verzekerden in 2008 hebben gekozen. Dit komt in de volgende monitor aan de orde. Dit hoofdstuk gaat evenmin in op de invloed van het eigen risico. Dit komt omdat deze invloed evenals in 2007 een marginale rol speelt. Een andere reden is dat de NZa op dit moment de invoering van het verplichte eigen risico onderzoekt en daarbij het keuzegedrag voor een vorm van eigen risico bij verzekerden betreft. De NZa rapporteert hierover in de loop van 2008 afzonderlijk door middel van nieuwsberichten en in 2009 via een integraal rapport.

5.2 Betaalde premie basisverzekering

De verzekerde betaalde in 2008 gemiddeld ongeveer € 1.049 voor zijn basisverzekering; in 2007 was dat € 1.103 (-5%). De premie ligt in 2008 net als in eerdere jaren onder de prognose van het ministerie van VWS. De betaalbaarheid van de zorgverzekering wordt evenals in voorgaande jaren positief beïnvloed door de korting voor collectieve verzekeringen. Het aantal verzekerden met een collectieve verzekering nam in 2008 verder toe tot ongeveer 60% (zie figuur 6).

Figuur 6. Ontwikkeling van het percentage verzekerden met een individuele of een collectieve verzekering vanaf 2006



Wel maken zorgverzekeraars in 2008 bij het verlenen van korting een pas op de plaats. Met een gemiddelde korting van iets minder dan 7% is er sprake van stabilisatie.⁴⁶

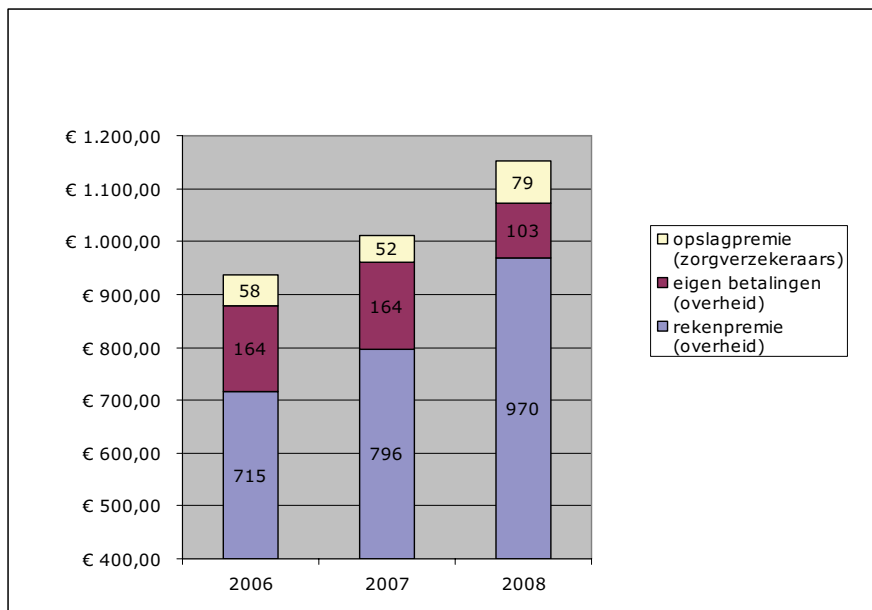
⁴⁶ De berekening van een precies kortingspercentage wordt aanzienlijk beïnvloed door een definitiekwestie. Zowel zorgverzekeraar VGZ als Univé bieden individuele leden standaard een korting aan, zonder dat daar een collectief zorgverzekeringscontract aan ten grondslag ligt. Het gaat om ongeveer 800.000 verzekerden. Daarnaast sluiten VGZ en Univé collectieve zorgverzekeringscontracten met collectiviteiten. De korting die

De intensiteit van de prijsconcurrentie neemt in 2008 af. In vergelijking met 2007 brengen zorgverzekeraars een hogere opslag op de rekenpremie van de overheid in rekening. De opslag bedraagt € 79 in 2008, terwijl die in 2007 nog € 52 was.

Een ander belangrijk verschil met 2007 is dat het verplichte eigen risico de no-claimkorting heeft vervangen. Hierdoor is het moeilijk om de premiehoogte van 2008 te vergelijken met die van 2007. Weliswaar daalt de nominale premie met 5%, maar in deze verlaging is de invoering van het verplichte eigen risico verdisconteerd. Een beter beeld van de betaalbaarheid ontstaat door de nominale betalingen op te tellen (zie figuur 7). Tot de nominale betalingen behoren de nominale premie en het eigen risico (na compensatie).

Uit figuur 7 blijkt dat in 2008 de gemiddelde nominale betalingen per verzekerde met 14% stijgen ten opzichte van 2007. Oorzaak van deze toename is een stijging van de rekenpremie van de overheid. Deze stijgt door een grotere bijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds en door de toename van de zorgkosten. Een andere reden voor de stijging van de nominale betalingen is de verhoging van de opslagpremie van de zorgverzekeraars. Deze stijgingen doen de verlaging als gevolg van de invoering van het eigen risico teniet.

Figuur 7. Ontwikkeling van nominale betalingen van verzekerden 2006-2008



Het is maar zeer de vraag of de individuele verzekerde nog kan begrijpen waarom zijn betalingen veranderen. Op het eerste gezicht daalt zijn nominale premie, maar zijn totale nominale betalingen stijgen. Uit de NZa-enquête onder verzekerden blijkt dat verzekerden de begrijpelijkheid van informatie over de premies lager zijn gaan waarderen (zie paragraaf 4.6). De NZa acht dit uit het oogpunt van transparantie van de markt een onwenselijke ontwikkeling.

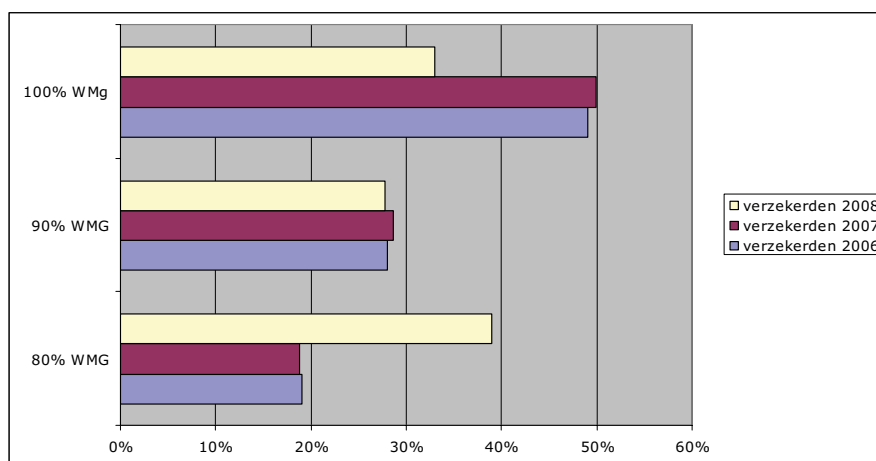
daarvoor wordt afgesproken moet de premiegrondslag als basis hebben en niet de premie waarin de korting aan individuele leden al is verwerkt.

5.3 Kosten niet-gecontracteerde zorg

Zorgverzekeraars contracteren in 2008 nog niet selectief. Wel hebben enkele (grotere) zorgverzekeraars hun vergoedingen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg aangepast. Bij in totaal acht polissen is de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg van 100% dan wel 90% verlaagd naar 80% van het gebruikelijke tarief.⁴⁷

In figuur 8 staat aangegeven hoe verzekerden zijn verdeeld over polissen met 80%, 90% en 100% vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. De aanpassing van de vergoedingen heeft er toe geleid dat het aantal verzekerden dat niet meer 100% van de kosten vergoed krijgt, sterk is toegenomen, namelijk met 20%. Met andere woorden: een substantieel aantal verzekerden moet bijbetalen als zij van niet-gecontracteerde zorg gebruikmaken. Omdat zorgverzekeraars nog maar in een enkel geval selectief contracteren, is het financiële effect voor verzekerden vooralsnog beperkt.

Figuur 8. Verdeling van verzekerden over zorgverzekeringen per vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg



Gezien de achterblijvende transparantie op het gebied van de veranderingen van vergoedingen, is het zeer de vraag of verzekerden op dit punt op de hoogte zijn. Zoals al eerder in deze monitor is aangegeven, zet de NZa zorgverzekeraars aan om zich op dit onderdeel te verbeteren.

De ZEKUR-polis van zorgverzekeraar Univé vormt de eerste zorgverzekering waarbij selectief zorg is gecontracteerd.⁴⁸ De polis telt ongeveer 13.000 verzekerden. Voor deze polis is selectief zorg gecontracteerd voor de planbare (niet-acute) zorg van een viertal zorgsoorten. Het gaat hierbij om medisch specialistische zorg (A- en B-segment, met uitzondering van topklinische, toppreferente zorg), farmaceutische zorg (met uitzondering van een aantal specifieke geneesmiddelen) en een deel van de hulpmiddelen en de huisartsen voor de regio Den Haag. Eigen onderzoek van Univé wijst uit dat de consument geen bezwaar heeft tegen selectieve zorginkoop, mits:

- dit voor de klant van te voren duidelijk is;
- de geboden zorgkwaliteit goed is en goed blijft;
- dit leidt tot een significant lagere premie.

⁴⁷ Het gebruikelijke tarief is het tarief dat is vastgesteld op basis van de Wmg, hetzij in overeenstemming is met wat de markt heeft bepaald ('marktconform')

⁴⁸ De volgende beschrijving van de ZEKUR-polis is gebaseerd op publiekelijk beschikbare informatie (congressen et cetera).

Univé heeft voor de overstapperperiode kenbaar gemaakt welke zorgaanbieders hij heeft gecontracteerd. Hiermee voldoet Univé aan de eis dat zorgverzekeraars ingeval zij selectief contracteren optimale transparantie betrachten. De NZa zal de ZEKUR-polis gedurende 2008 volgen, ook op het aspect van de zorgplicht en risicoselectie.

5.4 Conclusies en acties NZa

Evenals in voorgaande jaren is in 2008 de gemiddelde premie lager dan de prognose van het ministerie van VWS (€ 1.049 tegenover €1.057). Het verschil is echter nog maar minimaal in vergelijking met 2006 en 2007. De premie in 2008 is lager dan in 2007 (-5%). Wel daalden de premies minder dan de afschaffing van de no-claim mogelijk maakte, onder andere omdat de zorgkosten stegen, de bijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds omhoog ging en zorgverzekeraars hun opslagen verhoogden.

De hogere premiestelling kan leiden tot een verbetering van het resultaat van zorgverzekeraars. In de afgelopen jaren waren de premies van zorgverzekeraars niet kostendekkend. Het feit dat de zorgverzekeraars hun opslag kunnen verhogen zonder dat zij in substantiële mate verzekerden verliezen, geeft aan dat de prijsconcurrentie minder sterk is dan in de afgelopen jaren. In deze context acht de NZa het ongewenst als zorgverzekeraars hun rendement verbeteren door de verzekerde een hogere premie in rekening te brengen.

De NZa zet vraagtekens bij de transparantie van de premiestelling in 2008, mede vanwege het effect dat de afschaffing van de no-claim heeft op de nominale betalingen van verzekerden. Transparantie van premie-informatie vormt in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Bij wijzigingen in de wet- en regelgeving draagt de overheid echter ook verantwoordelijkheid om de gevolgen voor de verzekerde goed duidelijk te maken. In hoofdstuk 6 beoordeelt de NZa de premiestelling vanuit het oogpunt van de terugvallende dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt.

Enkele zorgverzekeraars hebben in 2008 hun vergoedingen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg verlaagd. Dit heeft als gevolg dat een substantieel aantal verzekerden moet bijbetalen als zij van deze zorg gebruik maken. De NZa verwacht dat selectieve contractering in de komende jaren zal toenemen. In dat geval moeten zorgverzekeraars volledig transparant zijn over hun vergoedingen. In hoofdstuk 4 is al aangegeven dat de NZa daarbij verwacht dat zorgverzekeraars de informatie over de kosten voor verzekerden in duidelijke samenhang presenteren. De NZa houdt hierop scherp toezicht en corrigeert waar nodig.

6. Concurrentie op de markt

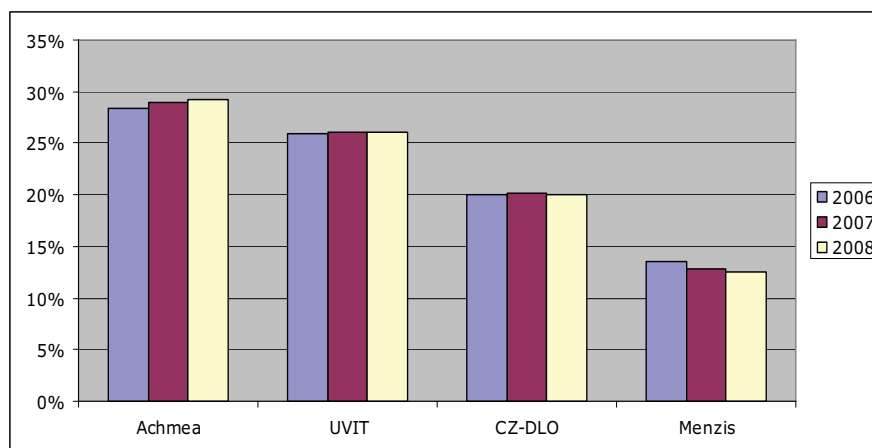
6.1 Inleiding

De NZa hanteert een aantal indicatoren dat haar in staat stelt om de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt te volgen. In dit hoofdstuk komen deze indicatoren aan de orde. De vraag daarbij is of het positieve beeld van voorgaande jaren ook voor 2008 geldt. In dit hoofdstuk geeft de NZa haar oordeel over het beeld van 2008 en verbindt daaraan enkele acties.

6.2 Marktconcentratie

Door fusies van verschillende zorgverzekeraars is sprake van toenemende concentratie.⁴⁹ Er ontstaan vier grote zorgverzekeraars met een gezamenlijk marktaandeel van 88%. Als wordt uitgegaan van de concernindeling van 2008, is de onderlinge verhouding al enige jaren constant (zie figuur 9).

Figuur 9. Marktaandeel van de vier grootste zorgverzekeraars



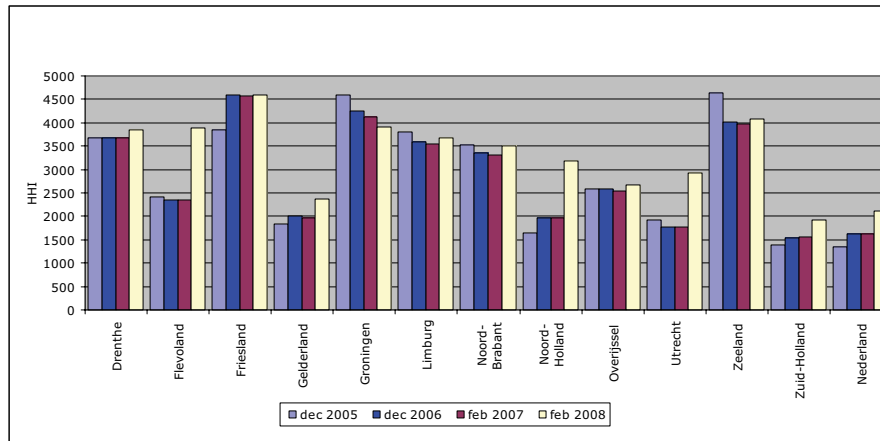
De zogeheten Herfindahl-Hirschman Index (HHI) neemt op landelijk niveau in 2008 fors toe: van 1630 in 2007 naar 2124 in 2008 (zie figuur 10). Ook enkele provincies kennen een forse toename (Flevoland, Noord-Holland en Utrecht).

In een marktsituatie met een betrekkelijk klein aantal aanbieders is het risico aanwezig van stilzwijgende afstemming. Deze afstemming kan bijvoorbeeld leiden tot premieverhogingen. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) heeft bij de beoordeling van de fusies de marktontwikkeling verschillende keren getoetst op voorwaarden voor het mogelijk ontstaan van een collectieve machtspositie. De NMa concludeerde dat het, ondanks de fors toenemende concentratiegraad, niet aannemelijk is dat een collectieve economische machtspositie ontstaat die de mededinging op een significante manier belemmert. De NMa wees erop dat vooral de coördinatie en de doorzichtigheid van gedragingen van concurrenten op de zorgverzekeringsmarkt niet eenvoudig is, omdat stabiliteit ontbreekt. Oorzaak vormde de hoge verzekerdenmobiliteit, mede door de collectiviteiten, en het dynamische

⁴⁹ Het gaat hierbij om Achmea-Agis, CZ-DLI en Menzis-Azivo .

collectieve segment waarin sprake was van productinnovatie omdat er naar maatwerk wordt gezocht. Als gevolg daarvan was het gedrag van concurrenten weinig inzichtelijk, waardoor het moeilijk is om gecoördineerd gedrag na te leven.⁵⁰ Al met al concludeerde de NMa dat zij een collectieve machtspositie niet aannemelijk achtte omdat het voor zorgverzekeraars moeilijk is om voldoende te voorzien wat concurrenten doen. De NMa voegde daaraan toe dat zij uiteraard toezicht blijft houden op mogelijke mededingingsbeperkende afspraken.

Figuur 10. Herfindahl-Hirschman Index (HHI) per provincie en nationaal



In de zienswijzen van de NZa op marktconcentratie in de voorgaande jaren in de richting van de NMa stelde zij dat het niet aannemelijk is dat er nadelige gevolgen voor de publieke belangen optreden. Deze beoordeling ging uit van de kennis over de situatie in 2006 en 2007. De situatie in 2008 wijst echter op veel meer stabiliteit door een sterk verminderde mobiliteit van verzekerden. Het aantal collectief verzekerden is slechts licht gegroeid. Collectiviteiten zijn bovendien minder dynamisch dan verwacht. Zij verwisselen niet elk jaar van verzekeraar; in de afgelopen jaren blijken collectiviteiten over het algemeen hun contracten bij de zorgverzekeraar te hebben verlengd. Het aantal nieuwe contracten per 1 januari 2008 is bijzonder beperkt. Een groot aantal collectieve verzekeringscontracten loopt door tot 1 januari 2009. De dreiging van overstappende collectiviteiten per 1 januari 2009 zorgt voor concurrentiedruk. Blijft echter het feit dat aflopende contracten in de afgelopen jaren voor het grootste deel verlengd zijn bij dezelfde zorgverzekeraar.⁵¹ Er lijkt bij de zogeheten pseudo-collectiviteiten vanuit de leden een zekere druk te bestaan om collectieve verzekeringen voort te zetten. Werkgevers geven aan liever niet te willen tornen aan verworven rechten in aanvullende verzekeringen. Maatwerk

⁵⁰ Zie zaken 6309/Menzis-Azivo, 6218/Achmea-Agis, 5682/Delta Lloyd-Agis-Menzis, 5154/VGZ-Univé. De NMa beoordeelt of een collectieve economische machtspositie ontstaat aan de hand van de volgende cumulatieve criteria:

- op de markt moet het betrekkelijk eenvoudig zijn om tot een verstandhouding over de coördinatievoorwaarden te komen;
- de coördinerende ondernemingen moeten in voldoende mate kunnen controleren of de verstandhouding wordt nageleefd;
- er moet een geloofwaardig disciplineringsmechanisme zijn dat zij in werking kunnen stellen wanneer afwijkend gedrag aan het licht komt;
- de resultaten die met de coördinatie worden beoogd, mogen niet in gevaar komen door het optreden van buitenstaanders, zoals huidige en toekomstige concurrenten die niet aan de marktcoördinatie deelnemen, en ook afnemers.

⁵¹ Bron: informatieverzameling over collectiviteiten door de NZa. Zorgverzekeraars rapporteren een heel beperkt aantal nieuwe collectieve overeenkomsten per 1 januari 2008 (11), voor zover het gaat om hun grootste collectiviteiten. De contracten die op 1 januari 2009 aflopen, zijn ook veelal (twee keer) verlengd.

komt maar mondjesmaat voor. Hierdoor neemt de inzichtelijkheid voor concurrenten toe. Het gevolg is dat zorgverzekeraars in staat zijn het aanbod en gedrag van concurrenten op het gebied van collectieve verzekeringen goed in te schatten.⁵² Naleving van afgestemd gedrag wordt dus beter mogelijk.

De NZa heeft geen berichten ontvangen over nieuwe verzekeraars die geïnteresseerd zijn in het aanbieden van zorgverzekeringen. Dit betekent dat het risico van afstemming niet afneemt door de dreiging van toetreders.

Een situatie zoals hierboven beschreven is, vereist van de NZa een alerte houding. Afgestemd gedrag op de zorgverzekeringsmarkt kan immers leiden tot negatieve effecten voor de consument, bijvoorbeeld in de vorm van hogere premies. Hoge concentraties op regionaal niveau moet de NZa betrekken bij de beoordeling van de inkoopmacht van zorgverzekeraars. Concentratie op de markt is echter slechts één van de criteria die er toe doen. In de volgende paragrafen heeft de NZa ook andere indicatoren voor concurrentie uitgewerkt.

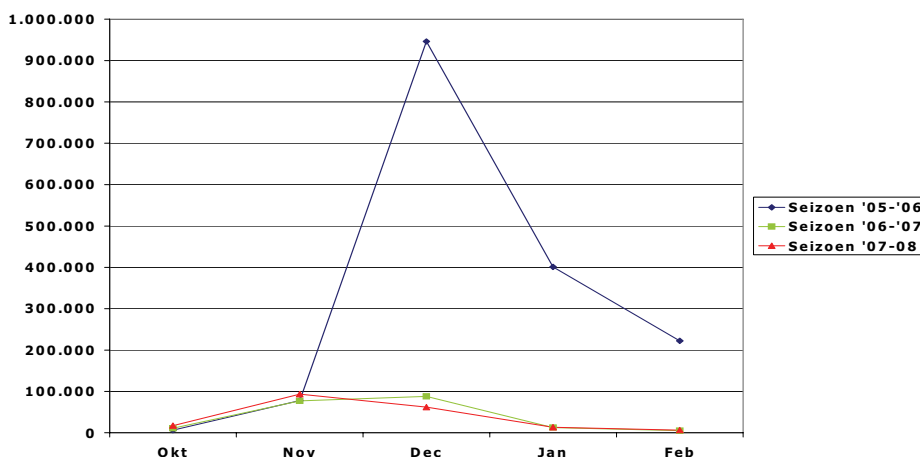
6.3 Interesse, mobiliteit en prijsgevoeligheid van verzekerden

6.3.1 Afnemende interesse

Eén van de voorwaarden voor concurrentie tussen zorgverzekeraars is de dreiging van overstappende consumenten. In 2008 neemt de interesse, de mobiliteit en de prijsgevoeligheid van verzekerden echter af.

Verzekerden hebben in 2008 minder interesse in zorgverzekeringen. Zoals in hoofdstuk 4 al is aangegeven, is het percentage verzekerden dat heeft gezocht naar informatie over zorgverzekeringen sterk gedaald.

Figuur 11. Ontwikkeling van het aantal bezoekers Kiesbeter.nl/zorgverzekeringen 2006-2008



Bron: RIVM/Kiesbeter.nl

Illustratief voor de verminderde belangstelling van verzekerden is het verminderd gebruik van de site Kiesbeter.nl/zorgverzekeringen. Het

⁵² Zie ook het opnemen van kenmerken van collectiviteiten van zorgverzekeraars op kiesbeter.nl. Bovendien is de werkgeversgerichte aanpak van de verschillende verzekeraars in de collectieve contracten nogal transparant en vrij goed kopieerbaar.

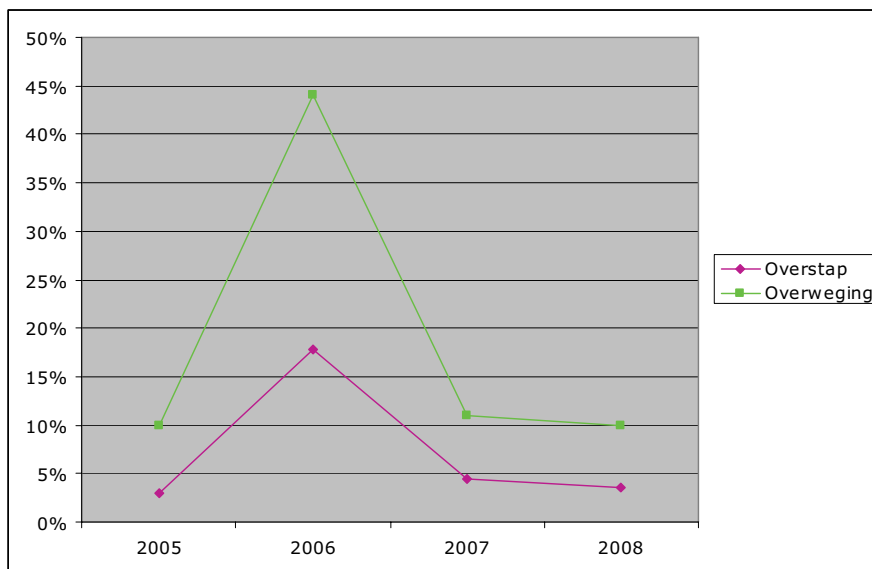
bezoek aan deze site is in het seizoen 2007-2008 sterk afgenomen in vergelijking met de voorgaande jaren (zie figuur 11).

6.3.2 Ontwikkeling van de mobiliteit

In 2007 was het percentage overstappers ongeveer gelijk aan het overstapperpercentage vóór de stelselwijziging (4,4%). Dit percentage is in 2008 gedaald tot 3,6%. Het percentage verzekerden dat voor een andere basisverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar heeft gekozen, is in 2008 afgenomen tot 2%. In 2007 was dit 4,4% en in 2006 naar schatting 5% tot 10%. Het percentage verzekerden dat in 2008 overwoog om over te stappen, ligt op 10% en is daarmee nagenoeg gelijk aan 2007 (11%) (zie figuur 12).⁵³

De groep verzekerden die in 2008 heeft overwogen om over te stappen maar dat uiteindelijk niet heeft gedaan, geeft evenals in 2007 als belangrijkste reden hiervoor dat tussen zorgverzekeraars weinig verschil bestaat in premie en/of verzekerd pakket (2008:34%; 2007:31%). Een andere reden is dat de verzekerde niet verwacht dat de andere zorgverzekeraar betere zorg biedt (18%).

Figuur 12. Ontwikkeling percentage overstappers en verzekerden dat overweegt over te stappen 2005-2008



Bij verzekerden is er nog steeds sprake van vrees voor rompslomp, al is deze vanaf 2006 wel licht gedaald (2006: 12%; 2007: 10%; 2008: 9%). De administratieve borging van een soepele overstapprocedure is in 2008 niet veranderd in vergelijking met 2007. Toen hebben zorgverzekeraars verschillende verbeteringen doorgevoerd, zoals een overstapservice (zie paragraaf 4.3). Uit de NZa-enquête blijkt dat overstappende verzekerden in meerderheid geen last hebben een overstapperperiode die te kort zou zijn.

Ook in 2008 zette deelname aan een collectiviteit verzekerden aan om van zorgverzekeraar te veranderen of daar juist te blijven.⁵⁴ Onder de overstappers is het belang van deze reden wel afgenomen in vergelijking

⁵³ Het percentage overstappers en overwegers in 2005 is ontleend aan: T. Laske-Aldershof, F.T. Schut, *Monitor verzekerdenmobiliteit*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS, iBMG, 2005.

⁵⁴ NZa-enquête onder verzekerden, 2008.

met 2007 (26% tegenover 48% in 2007).⁵⁵ Daarnaast blijken verzekerden niet of nauwelijks meer (te overwegen om) over te stappen als zij eenmaal een collectieve verzekering hebben afgesloten. Dit duidt op een afname van de dynamiek in het collectieve segment van de verzekeringsmarkt.

In vergelijking met 2007 worden overstappers meer geprikkeld door de premie voor de basisverzekering. Dit is te verklaren uit het feit dat de premies in 2008 verder uit elkaar liggen dan in voorgaande jaren (zie paragraaf 6.4).

De komende jaren kan (de overweging tot) het overstappen naar een andere zorgverzekeraar weer toenemen. Dit zal zich voordoen als:

- Zorgverzekeraars zich meer gaan richten op het selectief contracteren van zorgaanbieders. Bij selectieve contractering moet de verzekerde er rekening mee houden dat als hij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, hij mogelijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Ook hebben zorgverzekeraars de keuze om het eigen risico niet op te leggen als verzekerden gebruik maken van voorkeursaanbieders.⁵⁶ Het bewuster kiezen voor een zorgverzekering wordt hierdoor belangrijker. Een voorwaarde hiervoor is dat verzekerden een voorkeur blijven houden voor verzekeringen met gecontracteerde zorg.
- De dynamiek in het collectieve segment in 2009 weer terugkeert als gevolg van het aflopen van collectieve contracten op 1 januari 2009. Het aantal contracten waarvan de looptijd op 1 januari 2009 eindigde, is veel groter dan het aantal contracten dat op 1 januari 2008 afliep. Bij de aflopende contracten gaat het ook om grote collectiviteiten. Voor zorgverzekeraars is het belangrijk om deze grote collectiviteiten te behouden of naar zich toe te trekken, bijvoorbeeld door innovatieve producten op de markt te brengen. Een kanttekening hierbij is dat veruit de meeste collectiviteiten hun contracten bij een zorgverzekeraar vaak twee keer hebben verlengd.

6.3.3 Afnemende prijsgevoeligheid

In 2008 is de prijselasticiteit van verzekerden gedaald naar -0.1. In 2007 bedroeg deze elasticiteit -2.0 en in 2006 -7.0. De prijselasticiteit in 2008 verhoudt zich met die van vóór de stelselwijziging. De elasticiteit in 2008 betekent dat een zorgverzekeraar die zijn premie laat dalen met 1%, ongeveer 120 verzekerden wint. Ter vergelijking: in 2006 zou de zorgverzekeraar nog 27.000 verzekerden winnen. De NZa ziet twee oorzaken van de dalende prijselasticiteit. Ten eerste neemt het aantal verzekerden af dat overweegt over te stappen. Ten tweede hebben verzekerden in toenemende mate al een goedkopere polis, waardoor overstappen minder oplevert.

Dat overstappen steeds minder oplevert, blijkt uit tabel 2 met enkele afgeleide uitkomsten van de meting van de prijsgevoeligheid van verzekerden in 2008.⁵⁷ In de tabel staat in de eerste rij aangegeven hoeveel een verzekerde gemiddeld betaalt zonder rekening te houden met de werkelijke spreiding over de verschillende zorgverzekeringen. In de tweede en derde rij is daarmee wel rekening gehouden.

⁵⁵ Hierbij moet worden opgemerkt dat het aantal overstappers in het panel dermate klein is dat verdergaande conclusies niet mogelijk zijn.

⁵⁶ Voorwaarde is dat de daarvoor bedoelde Algemene Maatregel van Bestuur op 1 januari 2009 ingaat.

⁵⁷ Zie voor de meettechnieken: Rudy Douven, Harm Lieverdink, Marco Ligthart, Ivan Vermeulen, *Measuring annual price elasticities in Dutch health insurance: A new method*, CPB/NZa 2008.

Tabel 2. Ontwikkeling van de overstapwinst 2006-2007 in €, totaal voor alle overstappende verzekerden, inclusief collectiviteitskorting

Gemiddelde premie	2006	2007	2008
Ongewogen (vóór overstappen)	€ 1.036,80	€ 1.114,90	€ 1.076,60
Gewogen (vóór overstappen)	€ 1.035,50	€ 1.105,40	€ 1.050,20
Gewogen (na overstappen)	€ 1.025,30	€ 1.102,90	€ 1.049,60
Overstapwinst (in miljoenen €)	130	31,8	7,2

Uit het groeiende verschil tussen de ongewogen premie en de gewogen premie vóór het overstappen, kan worden afgeleid dat verzekerden in toenemende mate al een goedkopere polis hebben. Het verschil tussen de gewogen premie vóór en na het overstappen geeft de winst aan die overstappers gemiddeld behalen. Deze is in 2008 bijzonder laag, waardoor ook de totale overstapwinst gering is (€ 7,2 miljoen).

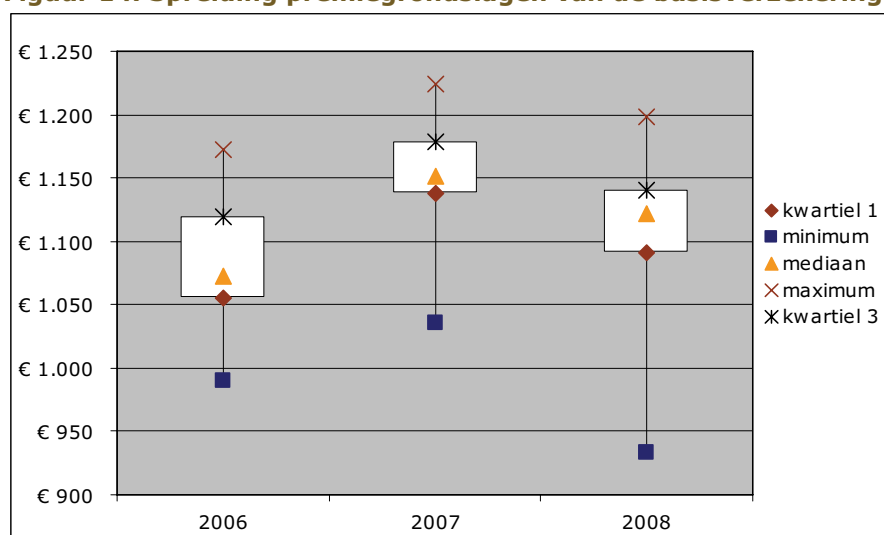
6.4 Prijsconcurrentie

De zorgverzekeringsmarkt kenmerkt zich in 2008 door een afnemende prijsconcurrentie. De volgende vijf indicatoren wijzen daarop.

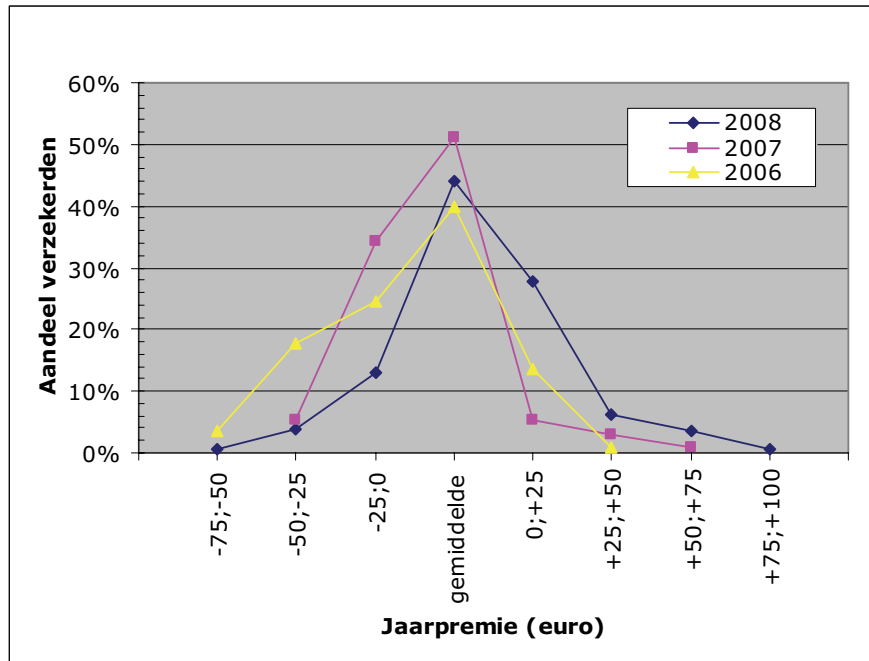
Indicator 1. De premieopslag van de zorgverzekeraars stijgt van € 52 naar € 79. Om verzekerden te lokken, bleef deze opslag in 2006 en 2007 aanmerkelijk lager. Een verhoging van de premieopslag stelt zorgverzekeraars in staat hun resultaat op de basisverzekering en hun solvabiliteitspositie te verbeteren.

Indicator 2. Er is sprake van een toename van de spreiding in grondslagpremies. Het gaat daarbij niet alleen om de uitschieters (met de laagste premie voor de ZEKUR-polis); ook tussen de premies van 50% van de polissen neemt de spreiding in 2008 toe in vergelijking met 2007 (zie figuur 14).

Figuur 14. Spreiding premiegrondslagen van de basisverzekering



Indicator 3. Ook de spreiding van de werkelijk betaalde premie neemt in 2008 toe (zie figuur 15).

Figuur 15. Spreiding werkelijk betaalde premie

Indicator 4. De zorgverzekeraars creëren in 2008 groeiende marges op de aanvullende verzekeringen door hun premies te verhogen. Dit is een belangrijk signaal omdat de aanvullende verzekering in toenemende mate het product is waarop verzekerden kiezen.

Indicator 5. De groei van de kortingen voor collectieve zorgverzekeringen is grotendeels voorbij. De korting voor de basisverzekering stabiliseert zich, terwijl de kortingen voor de aanvullende verzekeringen onder druk staan.

6.5 Productdifferentiatie

In die gevallen waar prijsconcurrentie vermindert, is het mogelijk dat concurrentie op de inhoud van het product ontstaat. In vergelijking met 2007 is er in 2008 echter nauwelijks sprake van meer productdifferentiatie. De polissen vertonen onderling weinig verschillen. De voornaamste aanpassingen hebben te maken met de vergoeding voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg, maar hiermee onderscheiden zorgverzekeraars zich nauwelijks.

De oorzaak voor het feit dat productdifferentiatie niet toeneemt, is het achterblijven van de zorginkoop van zorgverzekeraars. Zij richten zich in 2008 wel op bepaalde doelgroepen (niet-rokers bijvoorbeeld), maar dit gebeurt met behulp van marketing en door voordelen die niet aan de zorginkoop verbonden zijn.

Uit de markt komen wel signalen dat dit op korte termijn verandert en dat de zorgverzekeraars serieus aan de slag gaan om hun verzekerden te ondersteunen bij hun keuzes voor zorgaanbieders. In de eerste plaats verwachten zorgverzekeraars voor 2009 meer selectieve contractering. De eerste polis die het gebruik beperkt tot voorkeursaanbieders is de ZEKUR-polis van Univé. In de tweede plaats willen zorgverzekeraars het verplichte eigen risico gaan inzetten om de verzekerde voor een voorkeursaanbieder te laten kiezen.

6.6 Verticale integratie

De NZa heeft in het kader van verticale integratie onderzoek gedaan naar casuïstiek van enkele samenwerkingsrelaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Verticale samenwerking kan leiden tot meer productdifferentiatie op de zorgverzekeringsmarkt en tot meer efficiëntie (schaalvoordelen, scopevoordelen en meer innovatie), maar ook tot marktmacht, waardoor de publieke belangen in het geding kunnen komen (hogere prijzen, lagere kwaliteit en/of beperktere toegankelijkheid).

Box 1: Overeenkomst Agis en Stichting A tot Z in Den Haag

De Stichting A tot Z bestaat uit 25 huisartsen die zich hebben verenigd om een verzekeringscollectief te vormen. De NZa heeft bekeken of de overeenkomst verkeerde prikkels geeft waardoor het consumentenbelang in het geding kan komen. Zij is van mening dat de overeenkomst geen economische prikkels bevat waardoor huisartsen patiënten die niet bij Agis verzekerd zijn, zouden kunnen weigeren of dat zij Agis-verzekerden een voorkeursbehandeling zouden kunnen geven. De NZa acht ook de kans op weigering van niet-Agisverzekerden als gevolg van de overeenkomst erg klein. Huisartsen ontvangen immers een vaste vergoeding voor elke ingeschreven patiënt. Dit geeft een financiële prikkel om zoveel mogelijk patiënten aan te nemen. Bovendien worden huisartsen per consult betaald. Weigering van patiënten betekent dan ook dat zij minder geld ontvangen.

Box 2: Samenwerking Menzis en huisartsen

Zowel in Tiel als in Houten financiert Menzis een gezondheidscentrum waarbij (vrijwel) alle huisartsen in deze gemeenten zijn aangesloten. De potentiële risico's van uitsluiting en benadeling van niet-Menzisverzekerden kunnen zich voordoen als Menzis huisartsen door middel van een financiële vergoeding stimuleert om niet-Menzisverzekerden niet te accepteren of om verzekerden voor Menzis te laten kiezen.

De NZa verwacht niet dat huisartsen dit gedrag zullen vertonen. De huisarts krijgt een vaste vergoeding voor elke ingeschreven patiënt. Dit geeft een economische prikkel om zoveel mogelijk patiënten aan te nemen. Bovendien wordt een huisarts per consult/verrichting betaald, zodat een weigering om een patiënt te behandelen de huisarts rechtstreeks in de portemonnee treft. Verder bevat de overeenkomst tussen Menzis en de huisartsen geen afspraak over financiële compensatie voor de huisartsen voor het weigeren van niet-Menzisverzekerden of om patiënten te prikkelen of te dwingen naar Menzis over te stappen. Er bestaat dus geen economische prikkel voor huisartsen om niet-Menzisverzekerden anders te behandelen dan Menzisverzekerden.⁵⁸

Daarnaast is nog van belang dat Menzis een paar jaar geleden in Groningen in eigen beheer/eigendom een gezondheidscentrum heeft opgezet. Menzis bezit in Groningen een aanzienlijk marktaandeel, te weten 57%. Gezien deze marktpositie is de kans op het voorkomen van de risico's op uitsluiting en weigering van patiënten hier groter dan in Tiel of Houten. Uit onderzoek van Nivel blijkt echter dat de huisartsen in het gezondheidscentrum in Groningen onafhankelijk en autonoom ten

opzichte van Menzis opereren. Op grond van interviews met betrokken huisartsen concludeert Nivel dat van inmenging door de verzekeraar in het zorgproces geen sprake is. De regie ligt wat dit betreft eerder bij de huisartsen.⁵⁹

6.7 Conclusies en acties NZa

Op de zorgverzekeringsmarkt van 2008 is sprake van stabilisatie. De scherpe prijsconcurrentie van de voorgaande jaren vlakt af. Dat is te zien aan een grotere premiespreiding, een rem op de groei van de kortingen voor collectieve zorgverzekeringen en een verhoging van de premieopslag bij zorgverzekeraars. De prijsgevoeligheid van verzekerden is eveneens lager dan direct na de stelselwijziging. De dynamiek in het verzekerdedrag vertoont evenmin de piek van vlak na de stelselwijziging. Het aantal verzekerden dat is overgestapt, bedraagt 3,6% tegenover 18% en 4,4% in 2006 en 2007.

Voor het goed functioneren van het zorgstelsel komt het erop aan dat de concurrentie op de inhoud en de kwaliteit zich op korte termijn verder ontwikkelt. De NZa verwacht (scenario 1) dat de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt zich herstelt doordat zorgverzekeraars werk maken van hun zorginkoop en keuzeondersteuning. Zij zijn daartoe in staat omdat de transparantie van het zorgaanbod aanmerkelijk verbetert. In dit geval verwacht de NZa dat de verschillende indicatoren de komende jaren op stevige concurrentie op de markt wijzen. Dit betekent meer interesse van de consument en meer productdifferentiatie. Naar alle waarschijnlijkheid zal de concurrentie minder via de prijs tot stand komen en meer via de kwaliteit van de verzekerde zorg.

Wanneer de dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt zich niet herstelt (scenario 2), dan vertoont hij in toenemende mate de kenmerken van 2008. Naar alle waarschijnlijkheid gebeurt dit als de verbeteringen die in hoofdstuk 3 aan de orde zijn geweest, niet tot stand komen. In dat geval zal de NZa:

- Ten eerste nog meer nadruk leggen op de invoering van de gewenste verbeteringen van de zorginkoop door de zorgverzekeraars. In hoofdstuk 4 is al aangegeven dat de NZa de monitors voor de zorgverzekeringsmarkt en zorginkoopmarkten meer gaat integreren. In dat kader analyseert de zij waarom verbeteringen op de inkoopmarkt op zich laten wachten en ontwikkelt zij daar waar dat nodig is aanvullende verbeteringen.
- Ten tweede oog houden voor de risico's van de stijgende concentratie op de zorgverzekeringsmarkt in combinatie met de afnemende dynamiek. De NZa zal in voorkomende gevallen de instrumenten waarover zij als markttoezichthouder beschikt inzetten.

Omdat bij het eerste scenario sprake zal zijn van een overgangssituatie, ondersteunt de NZa daarin met kracht de verbeteringen van de zorginkoop door de zorgverzekeraars. Ook zal zij in deze periode de gevolgen van de marktconcentratie scherp in de gaten houden en waar nodig en mogelijk interveniëren. De NZa onderzoekt in dit kader of en zo ja welke toetredingsbarrières op de zorgverzekeringsmarkt bestaan. Bij nieuwe fusies op de zorgverzekeringsmarkt betreft zij de situatie anno 2008 in de aanpak van zienswijzen voor de NMa. Ook start de NZa in

⁵⁸ Als er sprake is van ingeschreven patiënten, kan een huisarts ook via de civielrechtelijke weg (of tuchtrechtelijk) voor benadeling worden bestraft.

⁵⁹ M.J. van den Berg, M.A. Koopmanschap, D.H. de Bakker, R.A. Verheij. *Samenwerking en substitutie in gezondheidscentrum West*, NIVEL 2007

2008 een onderzoek naar de inkoopmacht van zorgverzekeraars op zorgmarkten van individuele zorgaanbieders. Verder neemt zij met de NMa deel aan een rondetafelconferentie over de inkoopmacht van zorgverzekeraars.

Er blijkt bij een bepaalde groep van verzekerden nog steeds sprake te zijn van vrees voor de rompslomp van het overstappen. Dit is het geval ondanks de verbeteringen die in de administratieve borging van een soepele overstapprocedure door zorgverzekeraars zijn aangebracht. De NZa gaat verzekerden op deze verbeteringen wijzen. Zij bekijkt op dit moment welke manier daarvoor de meest effectieve is.

Vormen van verticale samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die de NZa heeft onderzocht, leiden niet tot uitsluiting van bepaalde groepen van verzekerden of van concurrenten. Zij hebben ook geen nadelige gevolgen voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

7. Maatwerk in collectieve zorgverzekeringen

7.1 Inleiding

In de Monitor zorgverzekeringsmarkt 2007 heeft de NZa geconstateerd dat binnen de Zorgverzekeringswet het maatwerk bij collectieve contracten vooralsnog beperkt blijft. 'Maatwerk' betekent in dit verband dat zorgverzekeraars aan een collectiviteit ziektekostenverzekeringen aanbieden met arrangementen die zijn toegesneden op de behoeften van de verzekerden van dat collectief. Vanuit het oogpunt van de werking van het stelsel is vooral het ontstaan van zorgarrangementen belangrijk, omdat zorgverzekeraars daarmee de zorginkoop prikkelen.

Naar aanleiding van deze constatering heeft de NZa verdiepend onderzoek gedaan naar de vraag of zorgverzekeraars voor 2008 in hun zorgverzekeringen meer maatwerk voor collectiviteiten aanbieden, en ook wat de achtergronden zijn als dat niet het geval is. Met het oog op de wettelijke grens van 10 procent korting heeft zij bovendien bekeken welke financiële afspraken in collectieve contracten worden gemaakt. Dit hoofdstuk geeft de resultaten van dit onderzoek weer.⁶⁰

7.2 Ontwikkelingen in de diverse typen collectiviteiten

7.2.1 Werkgeverscollectiviteiten

Voor werkgeverscollectiviteiten is vooral de verzekerde zorg van belang die gerelateerd is aan ziekteverzuim, zoals psychologische hulp en fysiotherapeutische hulp. Zowel in aanvullende zorgverzekeringen die werknemers kunnen afsluiten (de av-Zorgverzekeringswet) als in andere aanvullende verzekeringen waarvoor zij kunnen kiezen (werk- en zorgverzekeringen) is deze zorg meestal opgenomen. De vorm en omvang kan daarbij sterk variëren. Psychosociale zorg kan bijvoorbeeld beperkt zijn tot psychologische behandeling, maar kan tevens bedrijfsmaatschappelijk werk, mediation en/of managementcoaching omvatten.

Naast deze zorginhoudelijke onderwerpen kunnen in beide vormen van de aanvullende verzekering ook andere elementen zijn opgenomen die voor de verzekerde relevant zijn, zoals woon-werkvervoer tijdens revalidatie en zorgverlening op de werkplek. De werkgever kan bovendien afzonderlijke afspraken met de zorgverzekeraar maken over dienstverlening die te maken heeft met de werkgevers-werknemersrelatie. Voorbeelden zijn 'ontdubbeling' van de kosten, het verhalen van schade op de veroorzaker van het verzuim (verhaalservice) en de mogelijkheid van betaling op verrichtingenbasis.⁶¹ Verder zijn voor

⁶⁰ Als bronnen zijn gehanteerd: websites van zorgverzekeraars, de uitkomsten van additionele vragen aan de NZa-enquête onder zorgverzekeraars over collectiviteiten, en gesprekken met een vertegenwoordiger van werkgevers, een sociale dienst, enkele zorgverzekeraars, een volmacht en enkele patiëntenverenigingen.

⁶¹ Met de term 'ontdubbeling' wordt bedoeld dat de verzekeraar kosten zoveel mogelijk ten laste brengt van de basisverzekering of de aanvullende verzekering, zodat de werkgever uitsluitend de extra kosten die daar bovenuit gaan betaalt. In het verleden was het mogelijk dat de werkgever kosten maakte voor voorzieningen die eigenlijk vanuit de zorgverzekering betaald moesten worden.

werkgeverscollectiviteiten zogenoemde leefstijlgerichte programma's (leefstijladvies, preventie e.d.) van belang.

Werkgevers vinden de collectieve verzekering (basisverzekering en aanvullende verzekering) in toenemende mate uitsluitend van belang als secundaire arbeidsvoorwaarde voor het personeel (vergelijkbaar met de spaarloonregeling of de fiets-privéregeling) en niet als middel om maatwerk voor de zorgbehoefte te regelen. Oorzaak is dat andere regelgeving (Arbowet, Wet verbetering poortwachter, Wet werk en inkomen naar Arbeidsvermogen) aan werkgevers ook diverse eisen stelt die te maken hebben met arbeidsomstandigheden, ziekte, reïntegratie en de inkomenspositie van personeel tijdens ziekte. Voor deze andere regelgeving bestaan contracten met gespecialiseerde bedrijven, die vaak onderdeel uitmaken van hetzelfde concern als waartoe de zorgverzekeraar behoort. Werkgevers kiezen er in dit verband duidelijk voor om hun gezondheidsbeleid te integreren met de arbo- en verzuimcontracten en te regelen via aanvullende werk- en zorgafspraken. Zij beschouwen de basisverzekeringen en de aanvullende verzekeringen daarbij als gegeven. Het maatwerk vindt dan plaats in het totaalpakket van zorg-, arbo-, verzuim- en inkomensverzekeringen en niet specifiek binnen de collectieve zorgverzekering.

Bij deze afweging van werkgevers spelen de volgende factoren een rol:

- Slechts een deel van de werknemers valt onder de collectiviteit. Een werkgever zal voor een volledige dekking van het personeelsbestand dus altijd iets aanvullends moeten regelen.
- Het pakket van de basisverzekering beschouwen werkgevers als een gegeven en aan de aanvullende verzekering willen zij nauwelijks sleutelen. Een aanvullende zorgverzekering die op een bedrijf is toegesneden leidt tot extra uitvoeringsproblemen, zodat zorgverzekeraars zoiets uitsluitend voor grote werkgevers creëren.
- Het zorgverzekeringsaspect is voor werkgevers niet doorslaggevend. Voor grote werkgevers geldt bovendien dat zij vaak geen eigen werk- en zorgverzekering afsluiten, maar de kosten zelf dragen. Met de zorgverzekeraar maken deze werkgevers dan afzonderlijk afspraken over dienstverlening (bemiddeling voor snelle zorg, leefstijladvies en ontdubbeling van kosten).

In het algemeen benadrukken werkgevers dat zij de coördinatie van de zorg (ofwel de regiefunctie in de zorg) graag verbeterd zien. Deze wens komt voort uit enerzijds de kosten van productieverlies en anderzijds uit de wettelijke eisen voor de lengte van termijnen bij verzuim en reïntegratie. Dit raakt echter alle partijen die in het proces betrokken zijn en niet louter de zorgverzekeraar. Partijen geven aan dat zij in de wet- en regelgeving nauwelijks belemmeringen zien om tot afspraken over totaalpakketten te komen. Wel ervaren zorgverzekeraars bijvoorbeeld verschillen van inzicht als werkgevers niet het belang van een integraal verzuimbeleid inzien.

7.2.2 Patiëntencollectiviteiten

Tussen patiëntencollectiviteiten en zorgverzekeraars bestaat een groot verschil in verwachtingspatroon. Het gevolg is dat beide partijen zich beperken tot onderhandelingen over premiekortingen.

Patiëntenorganisaties geven aan al geruime tijd met zorgverzekeraars in gesprek te zijn over maatwerkverzekeringen, maar dat dit tot weinig concrete resultaten leidt. De zorgverzekeraars stellen daar tegenover dat patiëntencollectiviteiten nauwelijks in staat zijn om hun achterban naar de zorgverzekering toe te trekken en dat zij bovendien voor een aanbod

meestal gelijktijdig bij meerdere zorgverzekeraars 'shoppen'. Patiëntenorganisaties zijn daarmee commercieel gezien als bron van verzekerden minder interessant. Dit sluit samenwerking tussen zorgverzekeraar en patiëntenorganisatie bij het inkopen van zorg echter niet uit. Bij patiëntencollectiviteiten leeft de wens om rechtstreeks met zorgaanbieders te onderhandelen.

7.2.3 Pseudo-collectiviteiten

Onder pseudo-collectiviteiten vallen ten eerste de zogeheten prijsvechters waar maatwerk niet of nauwelijks aan de orde is. Daarnaast behoren ook collectiviteiten die om verschillende redenen ook als belangenbehartiger optreden, zoals vakbondsorganisaties, ouderenbonden en collectiviteiten vanuit gemeentes voor sociale minima, tot de pseudo-collectiviteiten. De collectiviteiten voor sociale minima vormen een interessant geval van maatwerk voor een specifieke doelgroep. Specifiek voor deze collectiviteiten bestaan er collectieve verzekeringen waarin de basisverzekering en de aanvullende verzekering zijn gecombineerd en waar geen sprake is van een eigen risico.⁶² Kosten die de gemeente normaal gesproken uit de bijzondere bijstand betaalt (zoals hoge tandheelkundige kosten) komen in dit geval voor rekening van de verzekering.⁶³ Gezien de specifieke problematiek en de relatie met reïntegratie is voor deze groep van verzekerden in het pakket vaak extra vergoeding voor brillen en voor tandheelkundige zorg opgenomen. Over het algemeen is het echter zo dat dit maatwerk al onder de Ziekenfondswet bestond en met dezelfde uitgangspunten onder het regime van de Zorgverzekeringswet is voortgezet.

7.2.4 Algemene trends bij collectiviteiten

Op het gebied van collectiviteiten is een aantal trends waar te nemen die zich breder uitstrekken dan één van de hierboven onderscheiden categorieën.

Maatwerk in de basisverzekering komt eigenlijk niet voor. De functionele omschrijving van de aanspraken, die vaak als mogelijkheid is genoemd om maatwerk vorm te geven, beoordelen de geïnterviewden als niet praktisch werkbaar.

In de aanvullende verzekeringen is weliswaar sprake van een grote mate van differentiatie voor wat betreft de vormgeving (twee typen aanvullende verzekeringen: door de werknemer of door de werkgever af te sluiten), maar differentiatie van de inhoud blijft beperkt tot een aantal hoofdlijnen zoals die hierboven zijn omschreven. Psychosociale hulp en fysiotherapie zijn sowieso vaak in aanvullende verzekeringen opgenomen (ook voor individuele verzekerden die niet bij een collectief zijn aangesloten) en blijven dus niet beperkt tot werkgeverscollectiviteiten. Alleen de aard van de dekking kan enigszins afwijken.

Naar verwachting zullen zorgverzekeraars de aanvullende verzekeringen meer op verschillende doelgroepen toesnijden. Het uitgangspunt daarbij is dat zij onderdelen die voor een bepaalde doelgroep in verband met leeftijd of gezinssituatie niet relevant zijn, eruit verwijderen. De verwachting van respondenten is dat vooral vanuit werkgeverscollectiviteiten hier voorkeur voor bestaat, en wel op initiatief van ondernemingsraden.

⁶² Veelal via de constructie dat de verzekerde verplicht is om een aanvullende verzekering te nemen die het eigen risico afkoopt.

⁶³ Het is dan ook niet ongewoon dat gemeenten meebetalen aan verzekeraars.

Dat er via de collectiviteiten geen maatwerkafspraken over zorgarrangementen worden gemaakt, wil niet zeggen dat er aan de zorginkoopkant geen sprake zou zijn van ontwikkelingen op dat gebied. Hoewel dit voor de NZa geen afzonderlijk onderzoeksitem was, refereerden zorgverzekeraars in de gesprekken aan initiatieven voor verbetering van de zorg. Als basis voor deze initiatieven benadrukten zij het belang van de eerstelijnszorg en van een sterke regionale positie van de zorgverzekeraar. Volgens de verzekeraars biedt zo'n positie - gekoppeld aan een analyse van de zorgbehoefte op basis van verzekerdengegevens - de mogelijkheid om afspraken te maken met zorgaanbieders (vooral in de eerstelijns) over gerichte verbeteringen in de zorg. Of die regionale concentratie tot stand komt door middel van één of meerdere collectiviteiten of via individuele verzekerden, is voor de totstandkoming van 'maatwerk' dan niet meer bepalend.

Begin 2008 zijn enkele 'tenders' (aanbestedingstrajecten) voor de gunning van de collectiviteiten voor 2009 van start gegaan ofwel deze gaan nog van start. In enkele van deze tenders zijn eisen opgenomen over de manier waarop de zorgverzekeraar de kwaliteit van de zorgaanbieders beoordeelt. Hoewel ook werkgeverscollectiviteiten aanbestedingstrajecten voor de zorgverzekering zullen beginnen, verwachten respondenten dat de kwaliteitseisen die daarin gesteld worden vooral betrekking hebben op de dienstverlening door de zorgverzekeraar en niet op die van de zorgaanbieder.

De kortingen voor collectiviteiten staan onder druk, vooral bij de pseudo-collectiviteiten. De oorzaak is dat er tegenover de korting geen doelmatigheidswinst staat en dat de binding van de leden met de collectiviteit gering blijkt te zijn. Zo bezien is er sprake van een begin van marktcorrectie: het automatisme van hoge kortingen verdwijnt onder de druk van het uitblijven van efficiencywinst en de stijging van de zorgkosten.⁶⁴

In enkele cao's blijken afspraken te zijn opgenomen over de relatie tussen de werkgeversbijdrage en zorg die de werknemer aanvullend verzekert (bv. fysiotherapie). Het is ook mogelijk dat de cao als voorwaarde voor de werkgeversbijdrage stelt dat de werknemer de verzekering bij een specifieke zorgverzekeraar afsluit. De NZa is ook gewezen op een cao waarin een aanvullende verzekering bij een bij name genoemde zorgverzekeraar een voorwaarde is voor aanvulling van het inkomen tot 100% in het tweede ziektejaar. Dergelijke bepalingen in cao's vindt de NZa vanuit het oogpunt van de mobiliteit van verzekerden onwenselijk. Stimulering van bepaalde keuzes van verzekerden kan positieve effecten hebben, maar een voorwaarde daarbij is dat de verzekerde de mogelijkheid blijft houden om een weloverwogen vrije keuze te maken.

7.2.5 Financiële afspraken in collectieve overeenkomsten

Uit de inventarisatie van de afspraken tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars komt naar voren dat zij, naast de collectieve korting, weinig extra financiële afspraken maken. Volgens het onderzoek van de NZa is binnen de basisverzekering en de aanvullende verzekering hooguit sprake van afspraken over een bijdrage aan het lidmaatschap van patiëntenverenigingen, korting op activiteiten op het gebied van 'wellness' of gratis proeflessen daarvoor. Een uitzondering hierop vormt

⁶⁴ Een verlaging van de kortingen voor collectieve zorgverzekeringen kan ook leiden tot hogere winstmarges voor zorgverzekeraars. Voor de beoordeling van de competitiviteit van de zorgverzekeringsmarkt houdt de NZa deze ontwikkeling in de gaten.

een collectieve verzekering voor buitenlandse uitzendkrachten. Op basis van een aantal maatregelen is een totaalkorting gecreëerd die hoger ligt dan 10%. De NZa onderzoekt of hierbij aan de regelgeving is voldaan, intervenueert wanneer dat wenselijk is en rapporteert hierover in november in het Samenvattend rapport uitvoering Zorgverzekeringswet.

Voor het oordeel over de bovenstaand beschreven situatie is van belang dat het wettelijk kader voor collectiviteiten weinig bepalend is. Partijen kunnen in het collectieve contract via legitieme afspraken ook andere financiële voordelen dan de korting op de premie van de zorgverzekering creëren. Tegelijk houden zij zich aan de wet door de korting op de premie voor de zorgverzekering onder 10% te houden. Het gevolg is dat financiële voordelen voor groepen van verzekerden verder uiteen lopen. De NZa gaat in het kader van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet nader op de relatie met premiedifferentiatie in.

7.3 Conclusies en acties NZa

Voor wat betreft de basisverzekering is er in de collectieve contracten geen sprake van maatwerk. De functionele aanspraken zijn voor geen van de partijen interessant. Om meer duidelijkheid te krijgen over de mogelijkheden die functionele aanspraken in dit verband bieden, vraagt de NZa het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om een toelichting. In de aanvullende verzekering is vooral psychosociale hulp en fysiotherapie belangrijk in verband met de relatie met ziekteverzuim.

Er is sprake van verschillende partnerships tussen zorgverzekeraars en bedrijven met afspraken over zorg en verzuim. Voor (grotere) werkgevers zijn dergelijke afspraken interessanter dan louter de zorgverzekering. Werkgevers zijn verder vooral geïnteresseerd in de bemiddelingsrol van de zorgverzekeraar (voor een snelle terugkeer van zieke werknemers) en in ontduubeling van de kosten.

Hoewel het maatwerk in de Zorgverzekeringswet dus niet overeenkomt met de verwachtingen die daarover bestonden, bestaan vooral voor werkgevers buiten de Zorgverzekeringswet voldoende mogelijkheden om toegesneden all-inpakketten af te sluiten. De NZa ziet daarom geen aanleiding om actie te ondernemen.

Zorgelijker is dat een collectieve verzekering niet als vliegwielt voor een integrale zorginkoop voor de leden van de collectiviteit fungeert. Er is eerder sprake van gescheiden trajecten. Dat geldt ook voor patiëntencollectiviteiten. De zorgverzekeraars willen de patiëntenverenigingen wel bij de zorginkoop betrekken, maar de resultaten daarvan zetten zij niet in voor de verkoop van collectieve contracten. Patiëntenorganisaties concentreren zich op hun beurt steeds meer op premiekortingen.

Dat zorgwensen van de collectiviteiten niet doorwerken op de zorginkoop benadrukt het belang om de zorginkoop te versterken. Lopende activiteiten van de NZa voor de verbetering van de zorginkoop zoals die al vermeld zijn in hoofdstuk 3, zal zij daarom met kracht voortzetten. Een positief signaal is dat de verwijdering tussen zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties bij de verkoop van collectieve zorgverzekeringen samenwerking tussen hen bij de zorginkoopkant niet uitsluit.

Afspraken in cao's over de koppeling tussen rechten van werknemers en de afgesloten zorgverzekering kunnen leiden tot een beperking van de keuzemogelijkheden van de consument. De NZa zal bij het ministerie

van Sociale Zaken aandacht vragen voor bepalingen in cao's die werknemers sterk stimuleren zich bij een bepaalde zorgverzekeraar te verzekeren.

8. Aansluiten van verkoop- en inkoopcycli

8.1 Inleiding

De NZa heeft in diverse rapporten aangekondigd dat zij de mogelijkheden onderzoekt om de contracteercyclus en de overstapcyclus in de tijd beter op elkaar te laten aansluiten.⁶⁵ In de afgelopen jaren bleek dat veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders pas na de overstapperiode tot stand kwamen. Dit is minder gunstig voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt. Het is namelijk van belang dat consumenten op het moment dat zij een zorgverzekering afsluiten, kunnen weten welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. De consument is hierbij gebaat, want dan kan hij een weloverwogen keuze voor een zorgverzekering maken.

Om verzekerden vóór het afsluiten van een polis te kunnen informeren over de gecontracteerde zorgaanbieders, moeten zorgverzekeraars eerst hun zorginkoopproces afronden en daarna pas verzekerden werven. Naarmate een zorgverzekeraar meer selectief contracteert, neemt het belang hiervan toe omdat de verzekerde mogelijk moet bijbetalen wanneer hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Veel polisvoorwaarden bevatten bepalingen die de vergoeding voor de verzekerde in dat geval beperken tot bijvoorbeeld 10 of 20%. Diverse zorgverzekeraars hebben aangegeven in de toekomst meer selectief te willen contracteren.

In het onderzoek naar de aansluiting tussen de contracteercyclus en de overstapcyclus heeft de NZa zich gericht op de vier onderzoeksvragen.⁶⁶ Deze vragen zijn:

1. Wat is het huidige beeld van de transparantie van gecontracteerde zorgaanbieders door zorgverzekeraars?
2. Welke prikkels bestaan er voor marktpartijen om tijdig contracten af te sluiten?
3. Welke belemmeringen bestaan er voor marktpartijen om het contracteerproces te vervroegen?
4. Welke oplossingen zijn er om het contracteerproces te vervroegen?

Het onderzoek is grotendeels gericht op het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen (vooral het B-segment, dat wil zeggen het segment met vrij onderhandelbare prijzen). De reden is dat de financiële omvang van de ziekenhuiszorg ruim 60% van de totale kosten van de Zorgverzekeringswet uitmaakt. Bovendien is de potentiële financiële impact voor verzekerden groot wanneer zij naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis gaan. Een vergoedingsbeperking van bijvoorbeeld 10% betekent voor een verzekerde bij behandeling in een ziekenhuis een veel hogere eigen bijbetaling dan wanneer hij naar bijvoorbeeld de huisarts gaat. Daarnaast is het zo dat naar verwachting de knelpunten om het contracteerproces bij de DBC's tijdig af te ronden,

⁶⁵ NZa: *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2007*, juni 2007, *Monitor B-segment 2007*, juni 2007, *Visiedocument Richting geven aan keuzes*, mei 2007 en *Samenvattend rapport uitvoering Zvw 2006*, oktober 2007.

⁶⁶ Het onderzoek bestond uit een scan van de websites van de zorgverzekeraars, een schriftelijke enquête onder zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's) en interviews met zorgverzekeraars, ziekenhuizen, zbc's, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), de Consumentenbond en de NPCF.

in het B-segment het grootst zijn. Dit wordt veroorzaakt door diverse ontwikkelingen, zoals de uitbreiding van het B-segment, het traject van de schoningsprijzen en de afschaffing van vaste kapitaallasten.

Naast de ziekenhuiszorg heeft de NZa bij haar onderzoek in beperkte mate ook de verstrekking fysiotherapie betrokken. Voor fysiotherapie gelden vrije prijzen. Zorgverzekeraars scherpen ook hun contracteerbeleid voor fysiotherapie aan.

In de volgende vier paragrafen komt de beantwoording van de vier onderzoeksvragen van de NZa aan de orde.

8.2 Transparantie

De zorgverzekeraars hebben op hun websites informatie opgenomen over zorgaanbieders die zij hebben gecontracteerd. Deze informatie is in een aantal gevallen niet eenvoudig te vinden. Daarnaast is het meestal niet duidelijk op welk jaar de contracten betrekking hebben. Het is voor de (aspirant-)verzekerde dan niet helder of een bepaalde zorgaanbieder nu daadwerkelijk gecontracteerd is voor de polis die hij heeft afgesloten of wil gaan afsluiten. De zorgverzekeraars hebben in 2007 niet selectief gecontracteerd en voor 2008 was dit evenmin hun doelstelling. Diverse zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij in de toekomst wel meer selectief willen contracteren. Bij selectief contracteren is het essentieel dat de (aspirant-)verzekerde tijdig zicht heeft op de gecontracteerde zorgaanbieders. Zoals eerder is aangegeven, kan het voor de verzekerde grote financiële gevolgen hebben als hij ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

Naast de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod moeten de zorgverzekeraars ook de informatieverstrekking verbeteren over de vergoedingsbependingen bij een keuze voor niet-gecontracteerde zorg (zie verder paragraaf 5.4).

Ook de consumentenorganisaties vinden het van groot belang dat de zorgverzekeraars transparant zijn over de zorgaanbieders die zij hebben gecontracteerd.

8.3 Prikkels

In een goed werkende zorgverzekeringsmarkt zijn verzekerden geïnteresseerd in verschillen in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een dergelijke marktsituatie is de belangrijkste prikkel voor zorgverzekeraars om de onderhandelingen tijdig af te ronden. Zij kunnen dan namelijk de consument tijdig informeren of een zorgaanbieder wel of niet voor het nieuwe polisjaar gecontracteerd is. Het doel daarvan is dat zorgverzekeraars zich daarmee kunnen profileren. Een andere prikkel is dat zij de informatie over gecontracteerde prijzen kunnen betrekken bij hun premiecalculatie voor de zorgpolis(sen).

Bij zorgaanbieders gaat het bij het tijdig afsluiten van contracten vooral om een financiële prikkel. Voor het begrotingsproces is het van belang dat zij op tijd zicht krijgen op de tarieven en op de verwachte omzet en kosten. Ook geeft het contract zorgaanbieders zekerheid dat zij de zorgkosten bij de zorgverzekeraar kunnen declareren. Hierdoor verbetert de liquiditeit bij de zorgaanbieder.

De contracten voor 2008 tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars waren op het moment van de overstapcyclus 2007/2008 veelal nog niet afgesloten. In het voorjaar van 2008 was een groot gedeelte van die contracten nog steeds niet afgerond.⁶⁷ De contracten met fysiotherapeuten werden grotendeels rond de jaarwisseling 2007/2008 afgesloten. De marktpartijen geven aan dat de prikkels voor een tijdige afronding van het contracteerproces bij de onderhandelingen voor 2008 nog geen overheersende rol hebben gespeeld.

8.4 Belemmeringen

Volgens de marktpartijen belemmert een aantal factoren de tijdige afronding van de onderhandelingen. Een van de belangrijkste factoren is dat de wet- en regelgeving voor de marktpartijen niet tijdig beschikbaar is en ook niet altijd duidelijk is. Daarbij gaat het om de wijzigingen in de basisverzekering, de verdere liberalisering van de ziekenhuiszorg en andere regelgeving door het ministerie van VWS, maar ook om de verstrekking van beleidsregels, tariefsbeschikkingen, prestatiebeschrijvingen en schoningsprijzen voor het B-segment door de NZa.⁶⁸ Voor een verdere toelichting op de achtergronden van de vertraging in de oplevering van de schoningsprijzen, zie de beschrijving in de NZa-Monitor B-segment die in juli 2008 verschijnt.

Marktpartijen verkeren ook in onzekerheid omdat hen de visie van de overheid op de gereguleerde marktwerking niet duidelijk is. Dit speelt vooral in de ziekenhuiszorg. Daarnaast zijn partijen onzeker over de schatting van de kosten voor het B-segment in de ziekenhuizen door diverse ontwikkelingen: het traject schoning van budgetten, de afschaffing van de vaste kapitaallasten, de afschaffing van de lumpsum en het ontbreken van voldoende volumegegevens. Verder geven zorgaanbieders aan dat de onderhandelingen erg arbeidsintensief zijn. Diverse zorgaanbieders verklaren dat de beschikbare onderhandelingscapaciteit bij de zorgverzekeraars onvoldoende is. Ook geven de zorgaanbieders aan dat de zorgverzekeraars steeds met aanvullende voorwaarden komen omdat zij de offertes van de zorgaanbieders vergelijken. Het gevolg is dat het onderhandelingsproces soms weer wordt opgebroken.

8.5 Oplossingen

Marktpartijen geven aan dat zij er voorstander van zijn om het contracteerproces te vervroegen. De belangrijkste argumenten hiervoor zijn de interne bedrijfsvoering en de positie van de patiënt/consument. De oplossingen die de marktpartijen aandragen zijn vooral de volgende:

- Een tijdige invoering van wet- en regelgeving, inclusief een duidelijke visie en regie op de uitbreiding van het vrije marktsegment.
- Een tijdige afronding van het schoningsproces door de NZa. Een beperkt aantal marktpartijen vraagt de NZa juist de schoningsprijzen niet meer bekend te maken. In dat geval kan de markt zijn werk doen.

⁶⁷ Voor meer informatie: zie NZa, *Monitor B-segment 2008*.

⁶⁸ Bij uitbreiding van de ziekenhuiszorg waarvoor vrije prijzen gelden (B-segment), vindt schoning van het budget van de ziekenhuizen plaats voor de zorg die naar het B-segment wordt overgeheveld. Dit gebeurt door onder andere gebruik te maken van schoningsprijzen, de zogeheten kostprijzen per DBC. Deze zijn gebaseerd op DBC-kostprijsinformatie van twaalf koploperziekenhuizen.

- Het aangaan van meerjarencontracten. Hierbij merken de marktpartijen op dat daarvoor wel stabiliteit en meer zekerheid over de toekomst noodzakelijk is.
- Werken met een vorm van digitaal onderhandelen. Dit kan de snelheid van onderhandelen bevorderen.

8.6 Conclusies en acties NZa

De NZa vindt het van belang dat de zorgverzekeraars de consument tijdig en transparant informeren over de zorgaanbieders die zij hebben gecontracteerd. De zorgverzekeraars moeten op hun website helder aangeven welke zorgaanbieders zij in welk jaar of voor hoeveel jaren hebben gecontracteerd. In andere uitingen (zoals brochures en informatiepakketten) moet de zorgverzekeraar verwijzen naar de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders op de website. Verder is het voor de consument van belang dat de informatie van de zorgverzekeraars over de gecontracteerde zorgaanbieders niet alleen tijdens de overstapperiode actueel is, maar gedurende het gehele polisjaar. Daarbij speelt mee dat verzekerden een opzeggingsgrond hebben wanneer blijkt dat een contract met een zorgaanbieder komt te vervallen, want dit betekent een verslechtering van de verzekeringsvoorwaarden. Oorzaak is het feit dat gecontracteerde zorgaanbieders onderdeel zijn van de modelovereenkomst. De NZa beoordeelt de transparantie van de websites op het aspect 'gecontracteerde zorgaanbieders'; dit doet zij niet alleen tijdens de overstapperiode 2008/2009, maar gedurende het gehele jaar. De NZa past tevens het *Richtsnoer Informatieverstrekking* zodanig aan dat het voldoet aan de eisen die zij stelt aan de transparantie van het gecontracteerde zorgaanbod.

Het tijdig afronden van de onderhandelingen is ook een belangrijke randvoorwaarde voor de mobiliteit van de verzekerden en dus voor een goede marktwerking van de zorgverzekeringsmarkt. Dit geldt des te meer als verzekeraars meer selectief gaan contracteren. De NZa vindt dat de partijen in de zorg beter rekening moeten houden met dit belang en zich meer moeten inspannen om de contracteercyclus te vervroegen. Het valt op dat veel partijen wachten met onderhandelen totdat de NZa de schoningsprijzen bekend maakt. De NZa beveelt de marktpartijen aan niet uitsluitend op de schoningsprijzen af te gaan, maar zich ook te laten leiden door andere gegevens die eerder beschikbaar kunnen zijn. Voorbeelden zijn de eigen kostprijzen, benchmarkgegevens, de prijzen van het voorafgaande jaar, zorgprofielen en eigen onderzoeken. De NZa adviseert partijen ook om te experimenteren met meerjarencontracten en digitaal onderhandelen.

De NZa onderzoekt in de overstapperiode 2008/2009 welke voortgang is geboekt om het onderhandelingsproces 2009 te vervroegen. Wanneer mocht blijken dat de voortgang om het onderhandelingsproces tijdiger af te ronden onvoldoende is, dan overlegt de NZa met het ministerie van VWS over volgende stappen. Deze kunnen bijvoorbeeld bestaan uit aanpassing van de regelgeving en/of het opleggen van verplichtingen.

Voorwaarde voor tijdige afronding van de onderhandelingen door de marktpartijen is duidelijkheid over de wet- en regelgeving. De NZa beveelt het ministerie van VWS aan om het beleid voor het vrije marktsegment en de veranderingen in wet- en regelgeving (inclusief de pakketsamenstelling Zorgverzekeringswet) tijdig bekend te maken. Zo is het wenselijk dat wijzigingen in de wet- en regelgeving bij marktpartijen vóór 1 juli bekend zijn. De NZa zelf moet de gegevens die voor de onderhandelingen noodzakelijk zijn tijdig bekendmaken. Zij onderzoekt

of er reeds voor 1 oktober 2008 aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars duidelijkheid geboden kan worden over de mate waarin de budgetten opgeschoond worden door de uitbreiding van het B-segment in 2009.

Bijlage 1. Bronnen

Bron	Nodig voor
1. informatie bij NZa	
Beoordeling van modelovereenkomsten	Ontwikkeling van het aanbod van zorgverzekeringen, de inhoud van polissen en toetreding
2. publieke bronnen	
Websites en informatiepakketten van verzekeraars	Beoordeling op transparantie
Onderzoeksrapporten en tijdschriftartikelen	Analyse van achtergronden
3. andere toezichthouders/zbo's	
Rapportages van verzekeraars aan het CVZ (verzekerden-aantallen per zorgverzekeraar, inclusief 4-cijferige postcode)	Inzicht in marktaandeel op landelijk niveau en op regionaal niveau
DNB	Vaststellen achtergronden van premiestelling (o.a. vermogenspositie en kosten)
RIVM/Kiesbeter.nl	Informatie over premies en inhoud van aanvullende verzekeringen en over zoekgedrag op Kiesbeter.nl
4. eigen gegevensuitvraag	
a. zorgverzekeraars via Vektis.	Macro-overzicht mobiliteit (aantallen overstappers op basis van in- en uitstroomgegevens per zorgverzekeraar) Inzicht in voorkeuren van verzekerden en in betaalbaarheid (actueel keuzegedrag van verzekerden: polis, aanvullende verzekeringen, eigen risico, collectief enz.)
b. enquête bij verzekerden via bestaand panel in samenwerking met iBMG Rotterdam	1. achtergronden van overstappedrag van verzekerden 2. oordelen over transparantie van zorgverzekeraars en hun polissen 3. houding van verzekerden tegenover eigen risico
c. enquête over collectiviteiten bij zorgverzekeraars	Informatie over collectiviteiten per zorgverzekeraar in lijn met het format 2007 (# verzekerden per collectiviteit/soort collectiviteit, kortingspercentages, aanvullende afspraken)



Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.