



Rapport

# Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars





# Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Concurrentie tussen zorgverzekeraars speelt een belangrijke rol in het zorgstelsel	11
1.2 Meer ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars	13
1.3 Onderzoeksvraag en relatie met andere onderzoeken	14
1.4 Reikwijdte van dit onderzoek	15
1.5 Bronnen van informatie voor dit onderzoek	16
1.6 Leeswijzer	17
<b>2. Analytisch kader</b>	<b>19</b>
2.1 Wanneer is onderscheid tussen zorgverzekeraars wenselijk?	19
2.2 Waarom valt onderscheid tussen zorgverzekeraars te verwachten?	20
2.3 Op welke aspecten kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden?	21
2.4 Wanneer benutten zorgverzekeraars de beschikbare ruimte om zich van elkaar te onderscheiden?	22
<b>3. Keuzegedrag verzekerden</b>	<b>27</b>
3.1 Aspecten waarop verzekerden letten bij het kiezen van een polis	27
3.2 Conclusie	28
<b>4. Diversiteit polisaanbod</b>	<b>29</b>
4.1 Inleiding	29
4.2 Basiszorgverzekering	30
4.3 Aanvullende zorgverzekeringen	32
4.4 Collectiviteiten	34
4.5 Polissen genoemd in het Gupta onderzoek	35
4.6 Conclusie	39
<b>5. Premie</b>	<b>41</b>
5.1 Prikkels	41
5.2 Mogelijkheden	41
5.3 Ruimte voor verder onderscheid	41
5.4 Conclusie	42
<b>6. Keuzevrijheid zorgaanbieder</b>	<b>45</b>
6.1 Prikkels	45
6.2 Mogelijkheden	45
6.3 Ruimte voor verder onderscheid	45
6.4 Conclusie	46
<b>7. Dienstverlening aan verzekerden</b>	<b>49</b>
7.1 Prikkels	49
7.2 Mogelijkheden	49
7.3 Ruimte voor verder onderscheid	49
7.4 Conclusie	54
<b>8. Kwaliteit van zorg</b>	<b>57</b>
8.1 Inleiding	57
8.2 Evaluaties Zvw en de daarop aansluitende maatregelen	58
8.3 Doelmatigheid	60
8.4 Mogelijkheden voor onderscheid op kwaliteit van zorg	62
8.5 Prikkels voor onderscheid op kwaliteit van zorg	66

8.6	Ruimte voor verder onderscheid op kwaliteit van zorg	69
8.7	Innovatie zorgaanbod en contractvormen	71
8.8	Conclusie kwaliteit van zorg	72
<b>9.</b>	<b>Preventie</b>	<b>75</b>
9.1	Inleiding	75
9.2	Prikkels	75
9.2.1	Individuele en universele preventie	75
9.2.2	Prikkels bij de collectieve zorgverzekering	79
9.3	Mogelijkheden	80
9.4	Ruimte voor verder onderscheid	81
9.5	Conclusies	81
<b>10.</b>	<b>Beschouwing</b>	<b>83</b>
10.1	Inleiding	83
10.2	Aandacht zorgverzekeraars hangt nauw samen met prikkels vanuit verzekerden	83
10.3	Premie en keuzevrijheid: ruimte voor verder onderscheid beperkt	84
10.4	Diversiteit polisaanbod: verder onderscheid onwenselijk	85
10.5	Dienstverlening: meer aandacht van zorgverzekeraars wenselijk	86
10.6	Kwaliteit van zorg en preventie: inspanningen zorgverzekeraars komen niet overeen met maatschappelijke verwachtingen	86
10.6.1	Bestaande ruimte voor verder onderscheid zorgverzekeraars	88
10.6.2	Opties voor vergroting prikkels zorgverzekeraars op kwaliteit en preventie	89
10.7	Ter afsluiting	91
	<b>Bijlage 1. Overzicht gesprekspartners (organisaties)</b>	<b>93</b>

## Managementsamenvatting

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben gezamenlijk onderzocht in hoeverre de vier grote zorgverzekeraars ruimte hebben om met elkaar te concurreren en deze ruimte ook benutten. Daartoe is gekeken naar de prikkels en mogelijkheden voor de zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden. Effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars is van belang om de doelen uit de Zorgverzekeringswet te realiseren ten aanzien van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

### Hoofdconclusies ten aanzien van ruimte voor onderscheid

Op het vlak van dienstverlening aan verzekerden is er de meeste ruimte voor zorgverzekeraars om zich verder van elkaar te onderscheiden. Hoewel vanuit verzekerden en maatschappij de prikkels grotendeels ontbreken om meer te investeren in dienstverlening, is het van maatschappelijk belang dat zorgverzekeraars hier de ruimte die er is meer benutten. Als verzekerden goed geïnformeerd worden door zorgverzekeraars over bijvoorbeeld de kwaliteit van zorgverleners of zorgbemiddeling, kunnen zij betere keuzes maken voor een zorgaanbieder.

Voor de premie en de keuzevrijheid van zorgaanbieders ondervinden zorgverzekeraars sterke en gelijkgerichte prikkels vanuit verzekerden en de maatschappij. Dit zijn dan ook de onderwerpen waarop zorgverzekeraars zich inspanssen en gebruik maken van de mogelijkheden die er zijn om zich te onderscheiden. Voor deze aspecten is de ruimte voor verder onderscheid beperkt.

Ook op de diversiteit van het polisaanbod laten zorgverzekeraars maar beperkt ruimte voor onderscheid liggen. De prikkels vanuit verzekerden zijn op dit punt gering en de maatschappelijke verwachtingen zijn vooral gericht op een beperking van de diversiteit aan polissen.

Zorgverzekeraars ervaren vanuit verzekerden onvoldoende prikkels om te investeren in kwaliteit van zorg en preventie. Verzekerden vinden deze aspecten minder belangrijk bij de keuze van een individuele zorgverzekering. Maatschappelijk is het wel belangrijk dat in deze onderwerpen wordt geïnvesteerd. De prikkels voor zorgverzekeraars om in zorgkwaliteit en preventie te investeren zijn beperkt doordat dit financieel vaak niet loont. Ook zijn er voor kwaliteit maar beperkt mogelijkheden voor differentiatie. Zorgverzekeraars laten derhalve maar weinig ruimte voor onderscheid liggen. De verwachtingen in de maatschappij dat zorgverzekeraars meer zullen investeren in zorgkwaliteit en preventie om zich daarmee te onderscheiden, zijn daarom niet realistisch.

Toch zien wij mogelijkheden om de ruimte voor zorgverzekeraars om in kwaliteit van zorg te investeren te vergroten. Meer transparantie over de kwaliteit van het zorgaanbod geeft verzekerden informatie om te kunnen kiezen tussen zorgaanbieders. Zij kunnen kwaliteitsverschillen tussen aanbieders dan afwegen tegen bijvoorbeeld de reistijd. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden bewuster maken van de kwaliteitsverschillen en daarnaast kunnen verzekerden gerichter ondersteund worden bij de keuze van een zorgaanbieder, bijvoorbeeld door de huisarts hier een directere rol te geven. Zij kunnen ook meer en beter gebruik maken van

de reeds bij hen zelf en bij zorgaanbieders beschikbare informatie over kwaliteit. Zorgaanbieders moeten dan gegevens over de kwaliteit van door hen geleverde zorg beschikbaar stellen. Op hun beurt worden zij dan ook gestimuleerd om in kwaliteitsverbetering te investeren.

Meer – generieke- transparantie op het gebied van kwaliteit zal het onderscheid tussen zorgverzekeraars niet automatisch vergroten. Toch is het belangrijk dat meer werk van transparantie wordt gemaakt, enerzijds vanuit het belang van de individuele consument en anderzijds vanuit het algemeen belang omdat meer transparantie het gemiddelde kwaliteitspeil van zorgaanbieders kan verhogen.

Voor collectieve zorgverzekeringen zijn er meer mogelijkheden om in zorgkwaliteit en preventie te investeren en bestaat er ruimte voor verder onderscheid. Zorgverzekeraars worden tot nu toe onvoldoende geprikkeld om zich op dat vlak van elkaar te onderscheiden, maar krijgen meer oog voor deze ruimte. Dit komt onder andere door de toenemende maatschappelijke druk die er is om binnen de collectiviteiten meer zorginhoudelijke afspraken te maken.

Betere benutting van de bestaande ruimte voor verder onderscheid door zorgverzekeraars kan derhalve met name op de dienstverlening en in de collectieve verzekeringen tot meer keuze leiden. Naar verwachting zal dit evenwel niet tot drastisch andere marktuitkomsten leiden dan nu het geval is. De vormgeving van het zorgstelsel (risicovereveningssystematiek, acceptatieplicht, solidariteit, geen winstoogmerk) en het keuzegedrag van verzekerden zijn belangrijke oorzaken dat er op sommige aspecten weinig onderscheid tussen zorgverzekeraars is of valt te verwachten. Voor verzekerden zullen premie en keuzevrijheid belangrijke criteria blijven om een polis te kiezen en zorgverzekeraars houden hiermee rekening bij het aanbieden van een polis en verdere investeringen. Zo zullen zij een afweging maken tussen investeringen in dienstverlening en de gevolgen die dit heeft voor de hoogte van de premie.

Het zorgstelsel is een privaatrechtelijk model met publiekrechtelijke randvoorwaarden. Zorgverzekeraars moeten binnen die randvoorwaarden de ruimte hebben en houden om te experimenteren en zich van elkaar te onderscheiden. De maatschappelijke en politieke druk op zorgverzekeraars perken de ruimte voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden al behoorlijk in. Als hier meer sturingselementen aan toegevoegd worden, kan het gevolg zijn dat de diversiteit nog verder afneemt. Het is aan de zorgverzekeraars om aandacht te geven aan de aspecten die een maatschappelijk belang hebben. Dat is onderdeel van hun taak binnen het zorgstelsel.

## **Het onderzoek**

Dit onderzoek is een vervolg op de tussenrapportage van het onderzoek naar concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt die de ACM begin 2016 heeft uitgebracht. In die rapportage werd geconcludeerd dat er meer ruimte lijkt te bestaan voor concurrentie tussen de bestaande zorgverzekeraars. Dit is nu nader onderzocht. Voor dit kwalitatieve onderzoek hebben wij gesprekken gevoerd met patiënten- en consumentenorganisaties, vergelijkingssites, wetenschappers, collectieven, overheidsorganisaties, ledenraden van zorgverzekeraars en alle negen zorgverzekeringsconcerns. Voorts hebben we een informatieverzoek onder zorgverzekeraars uitgezet, onderzoek gedaan naar het zoekgedrag van consumenten naar zorgverzekeringen en gebruik gemaakt van relevante literatuur waaronder eigen onderzoeken.



Op de zorgverzekeringsmarkt zijn negen zorgverzekeraars (concerns) actief. Dit onderzoek richt zich op de grootste vier: CZ, Zilveren Kruis, Menzis en Coöperatie VGZ (cVGZ). Deze zorgverzekeraars hadden in 2016 een gezamenlijk marktaandeel van bijna 90% en bepalen met hun gedrag in aanzienlijke mate de dynamiek en de uitkomsten op de zorgverzekeringsmarkt. In het onderzoek naar groei- en toetredingsdrempels dat ACM begin 2017 uitbracht, stonden de kleinere zorgverzekeraars centraal.

Anders dan in andere verzekeringsmarkten hebben de meeste zorgverzekeraars geen commerciële doelstelling. Wel hebben zij een competitieve doelstelling. Zij worden deels gedreven door financiële prikkels en daarnaast door intrinsieke prikkels om het beter en anders te doen dan andere zorgverzekeraars. Dit vertaalt zich echter niet in een sterke groeiambitie in het aantal verzekerden. Zorgverzekeraars zijn in het verleden met name gegroeid door te fuseren met andere zorgverzekeraars.

Om antwoord te geven op de vraag of de grote zorgverzekeraars de ruimte benutten om met elkaar te concurreren, is gekeken naar de mogelijkheden en prikkels voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden. Het verschil tussen prikkel en mogelijkheid is belangrijk, want dit bepaalt in welke richting verbeteringen gezocht moeten worden als zorgverzekeraars onvoldoende investeren in een bepaald aspect.

In het onderzoek is naar zes verschillende aspecten gekeken waarop zorgverzekeraars zich naar hun verzekerden kunnen onderscheiden: de diversiteit in het polisaanbod, de premie, de keuzevrijheid van zorgaanbieders, de dienstverlening aan verzekerden, de kwaliteit van de geleverde zorg en preventie. Daarbij is gekeken naar de basiszorgverzekering, de aanvullende zorgverzekering en de collectieve zorgverzekeringen.

## Bevindingen uit het onderzoek

### *Diversiteit van het polisaanbod*

Verzekerden kunnen uit veel polissen kiezen. Er is sprake van natura-, combinatie- en restitutiepolissen. Er zijn (basis)polissen die op het eerste gezicht veel op elkaar lijken. Desondanks is er voor zorgverzekeraars slechts beperkt ruimte om zich met hun polisaanbod verder te onderscheiden naar verzekerden, bijvoorbeeld door zich te richten op een bepaald aspect of een bepaalde doelgroep. Uit gesprekken met consumenten- en patiëntenorganisaties en vergelijkingssites en uit klantenonderzoek door zorgverzekeraars naar de voorkeuren van verzekerden, blijkt dat er geen signalen zijn dat bij verzekerden vraag is naar andersoortige polissen. Zorgverzekeraars worden ook beperkt in hun mogelijkheden om zich te onderscheiden, omdat polissen voor specifieke doelgroepen al snel tot (beschuldigingen van) risicoselectie leiden. Daarnaast werkt de risicovereveningssysteematiek voor specifieke doelgroepen, zoals chronisch zieken of zwangere vrouwen, onvoldoende goed waardoor het voor de zorgverzekeraar niet rendabel is om een polis voor die doelgroep aan te bieden. Zorgverzekeraars denken wel na over dit soort polissen, maar zien vanwege genoemde redenen af om deze polissen op de markt aan te bieden.

Zorgverzekeraars zeggen ook dat zij niet te veel aparte polissen op de markt willen zetten omdat dit de transparantie in de markt kan verminderen. De afgelopen jaren is mede vanwege de politieke en maatschappelijke druk op zorgverzekeraars om het aantal polissen te verminderen, het polisaanbod afgenomen.

De maatschappelijke druk op zorgverzekeraars om iedereen toe te laten tot de aanvullende zorgverzekering, heeft als onbedoeld effect dat individuele aanvullende zorgverzekeringen mogelijk van de markt verdwijnen. Dit is het gevolg van adverse selectie. Verzekerden die veel zorg nodig hebben, kiezen voor de meest uitgebreide dekking terwijl andere verzekerden dit niet meer doen. Hierdoor wordt de polis voor zorgverzekeraars verlieslatend. Zorgverzekeraars reageren daarop door de premie te verhogen of de dekking aan te passen, waardoor dit effect versterkt wordt. De aanvullende zorgverzekering verwordt zo tot een spaarproduct in plaats van een verzekering. Als aanvullende zorgverzekeringen van de markt verdwijnen, is er minder ruimte voor verder onderscheid tussen zorgverzekeraars.

#### *Premie*

Bij de keuze voor een polis is de hoogte van de premie het belangrijkste aspect waar verzekerden naar kijken. Zorgverzekeraars ervaren daardoor een sterke prikkel om een scherpe premie in de markt te zetten. Zowel tussen als binnen zorgverzekeraarsconcerns is er sprake van premieverschillen tussen de verschillende polissen die worden aangeboden. Er is maar beperkt ruimte voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden op premie. Deze ruimte wordt ook beperkt door de geldende solvabiliteitseisen. Zorgverzekeraars willen niet te snel groeien omdat het lastig is om voldoende eigen vermogen aan te trekken en zullen om die reden geen te scherpe premie willen aanbieden.

#### *Keuzevrijheid zorgaanbieder*

Naast de hoogte van de premie is voor verzekerden keuzevrijheid tussen zorgaanbieders het belangrijkste criterium waar zij een polis op uitzoeken. Het gaat enerzijds om verzekerden die maximale keuzevrijheid (zonder bijbetaling) willen en bereid zijn om hier een hogere premie voor te betalen en anderzijds om verzekerden die omwille van een lage premie minder keuzevrijheid (met een eventuele bijbetaling als zij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bezoeken) accepteren. Met het aanbieden van naturapolissen waarvoor veel of juist minder zorgaanbieders worden gecontracteerd en met restitutiepolissen komen zorgverzekeraars aan de wensen van beide groepen tegemoet. De ruimte voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden is aanwezig, maar beperkt. De ruimte voor verder onderscheid voor polissen met minder keuze wordt beperkt door artikel 13 van de Zvw en de zorgplicht. Artikel 13 van de Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars verzekerden niet in hun keuze voor een zorgaanbieder mogen belemmeren door een dusdanig lage vergoeding te geven dat deze een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De op zorgverzekeraars rustende zorgplicht verplicht hen (in geval van een natura-aanspraak) om voldoende zorg te contracteren.

#### *Dienstverlening*

Op dienstverlening aan hun verzekerden kunnen zorgverzekeraars zich verder van elkaar onderscheiden. Buiten de financieel-administratieve processen, waar zorgverzekeraars de ruimte pakken om zich te onderscheiden, beschikken ze over de mogelijkheden om meer te investeren in dienstverlening dan nu het geval is. Zorgverzekeraars besteden hier op dit moment onvoldoende aandacht aan. Ze kunnen bijvoorbeeld transparanter zijn over welke zorg zij inkopen of zich proactiever richting verzekerden opstellen bij het aanbieden van zorgbemiddeling of -advies. Via deze informatie kan de patiënt ook betere keuzes maken tussen zorgaanbieders. Op dit moment doen verzekerden met dergelijke vragen nog nauwelijks een beroep op de diensten van zorgverzekeraars, maar degenen die dit wel doen waarderen de verleende diensten met hoge cijfers. Als verzekerden zich





meer bewust zijn van de diensten die een zorgverzekeraar kan aanbieden, kan dit ook tot een sterkere prikkel voor zorgverzekeraars leiden om hierin meer te investeren.

#### *Kwaliteit van de geleverde zorg*

Voor de kwaliteit van zorg geldt dat er weinig ruimte voor zorgverzekeraars is om zich te onderscheiden. De maatschappelijke kritiek dat zorgverzekeraars te weinig investeren in kwaliteit is niet in alle opzichten terecht. De ruimte voor verder onderscheid bij selectieve contractering wordt beperkt door maatschappelijke voorkeuren voor keuzevrijheid en het gebrek aan vertrouwen van verzekerden in (sturing door) zorgverzekeraars. De mogelijkheden worden daarnaast praktisch sterk beperkt door het gebrek aan goede en algemeen aanvaarde kwaliteitsindicatoren.

De prikkels voor zorgverzekeraars om in kwaliteit te investeren zijn eveneens beperkt, om drie redenen. Ten eerste letten verzekerden bij het kiezen van een polis maar beperkt op de door de zorgverzekeraars ingekochte kwaliteit van zorg. Gebrek aan goede en toegankelijke kwaliteitsinformatie is hiervan deels een oorzaak.

Ten tweede is de prikkel om in kwaliteit te investeren veelal beperkt tot de regio waar de zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft. Daar profiteert hij het meest direct van de investeringen in kwaliteit en zijn de meelifteffecten van andere zorgverzekeraars het kleinst. In die kernregio's experimenteren verzekeraars ook met nieuwe vormen van zorginkoop en met (het stimuleren van) samenwerking tussen zorgaanbieders om de zorg beter en doelmatiger te leveren. Deze experimenten zijn nuttig doordat hier allerlei leereffecten kunnen ontstaan en zorgaanbieders met hun best practices elkaar kunnen inspireren en prikkelen. Deze regionale differentiatie tussen zorgverzekeraars zal echter niet noodzakelijkerwijs tot meer productonderscheid tussen zorgverzekeraars leiden. Dit komt doordat regionale ervaringen moeilijk te vertalen zijn naar een inhoudelijk onderscheid tussen zorgverzekeraars op landelijk niveau.

Ten derde geldt dat zorgverzekeraars geen oververtegenwoordiging willen van een bepaalde groep verzekerden in hun verzekerdenportefeuille, omdat dit te veel onzekerheden met zich meebrengt. Zij zullen zich daarom niet expliciet profileren richting bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld chronische patiënten. Ook dit beperkt de investeringen in zorgkwaliteit.

Voor collectieve verzekeringen is er aanzienlijk meer ruimte voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op zorgkwaliteit. Bovenstaande knelpunten spelen daar minder of helemaal geen rol. De kans op meelifteffecten van andere zorgverzekeraars is kleiner en zorgverzekeraars kunnen met werkgevers passende afspraken maken over het belonen van investeringen in kwaliteit. Zorgverzekeraars kunnen dan ook actiever invulling geven aan zorginhoudelijke afspraken met collectiviteiten. Zij geven ook zelf aan dat zij hier kansen laten liggen en hier meer op gaan inzetten.

#### *Preventie*

Er is veel maatschappelijke druk op zorgverzekeraars om meer in preventie te investeren. Preventie, zo is de verwachting, leidt tot gezondheidswinst en lagere zorgkosten. Uit de literatuur blijkt evenwel dat preventie niet altijd tot gezondheidswinst leidt en in die gevallen dat dit wel zo is, niet altijd tot lagere zorgkosten hoeft te leiden.

Wanneer preventie wel tot lagere zorgkosten leidt, kan de prikkel voor een zorgverzekeraar om hierin te investeren nog steeds beperkt zijn. Dit komt doordat de baten van investeringen in preventieprogramma's voor een deel ook bij andere zorgverzekeraars terechtkomen. Ook is er onzekerheid over het terugverdienen van de investeringen in preventie omdat het soms wel 20 jaar duurt voordat de positieve resultaten zichtbaar zijn.

Een aantal zorgverzekeraars ziet preventie als een overheidstaak en niet als een taak van de zorgverzekeraar. De belangrijkste reden die zij hiervoor noemen, is dat er voor de zorgverzekeraar geen business case zou zijn om te investeren in preventie.

Vanuit een maatschappelijke verantwoordelijkheid investeren zorgverzekeraars wel in een aantal kleinschalige initiatieven van preventie voor de individuele zorgverzekering. Investeringen in preventie kunnen worden gestimuleerd door een preventiefonds. Wij vinden het de moeite waard de mogelijkheden hiervan verder te onderzoeken.

Bij de collectieve zorgverzekeringen is er meer ruimte voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden. Evenals bij zorgkwaliteit, geven zorgverzekeraars voor preventie aan dat zij kansen laten liggen en zich meer willen gaan inzetten om met collectiviteiten afspraken over preventie te maken.

# 1. Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de onderzoeksvraag die centraal staat in dit rapport, de relatie met andere onderzoeken naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt en de reikwijdte van het onderzoek. We geven daarbij eerst een korte schets van de werking van het stelsel en de rol van zorgverzekeraars daarin. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van de bronnen die zijn gebruikt voor dit onderzoek en een leeswijzer voor het rapport.

## 1.1 Concurrentie tussen zorgverzekeraars speelt een belangrijke rol in het zorgstelsel

### *Werking zorgstelsel en rol zorgverzekeraars in het stelsel*

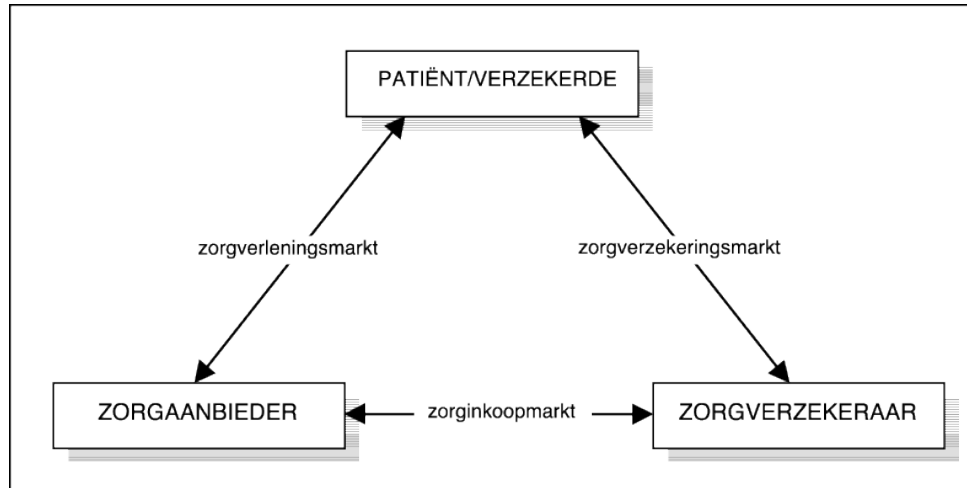
Binnen het huidige zorgstelsel is een belangrijke rol voor zorgverzekeraars weggelegd om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen.<sup>1</sup> Het goed functioneren van het zorgstelsel gaat uit van de bekende driehoeksrelatie tussen de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. De verschillende actoren die actief zijn op deze markten opereren binnen een systeem van wettelijke randvoorwaarden. De overheid heeft maatregelen genomen om de solidariteit en toegankelijkheid te garanderen en om marktfalen tegen te gaan. Er is daarom sprake van gereguleerde concurrentie.

Binnen de driehoek (zie figuur 1.1) concurreren zorgverzekeraars met elkaar om de gunst van de verzekerde op de zorgverzekeringsmarkt. Verzekerden kunnen elk jaar overstappen als zij ontevreden zijn over hun huidige zorgverzekeraar of als een andere zorgverzekeraar een lagere premie aanbiedt, een polis die beter bij hen past, betere zorg inkoop of zijn klanten meer service biedt. Om klanten te behouden dan wel aan te trekken, is het voor bijvoorbeeld de premie en de kwaliteit van de ingekochte zorg belangrijk dat zorgverzekeraars over deze aspecten goede afspraken maken met zorgaanbieders. Concurrentie tussen zorgverzekeraars kan zodoende tot lagere prijzen en/of betere kwaliteit op de zorginkoopmarkt leiden. Patiënten/verzekerden kunnen op hun beurt voor druk op zorgaanbieders zorgen door voor de kwalitatief beste of meest doelmatige zorgaanbieders te kiezen.

---

<sup>1</sup> Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet, Kamerstuk 29763 nr.3, vergaderjaar 2003-2004.

**Figuur 1.1 Relaties op de zorgmarkt**



Voor een goed werkende zorgverzekeringsmarkt geldt dat verzekerden verschillen in polissen moeten kunnen waarnemen en waarderen. Verzekerden moeten afhankelijk van hun voorkeur een afweging kunnen maken tussen o.a. de hoogte van de premie, de door zorgverzekeraars aangeboden keuzevrijheid van zorgaanbieders, de kwaliteit van het gecontracteerde aanbod en de dienstverlening van de zorgverzekeraar. Alleen wanneer zij over de juiste informatie beschikken en zorgverzekeraars kunnen vergelijken zullen zij zorgverzekeraars op deze aspecten scherp houden. Gezonde verzekerden kijken hierbij eerder naar de premie, terwijl zorggebruikers meer naar zorginhoudelijke elementen kijken. Beide groepen hebben echter een belang bij een betaalbare premie. Voor de zorginkoopmarkt en zorgverlenersmarkt is het belangrijk dat zorgverzekeraars en verzekerden verschillen tussen zorgaanbieders op bijvoorbeeld kwaliteit waar kunnen nemen.

*Prikkels zorgverzekeraars*

De prikkels die zorgverzekeraars ervaren om hun rol op te pakken, zijn zowel materieel als immaterieel van aard. Zorgverzekeraars lopen financieel risico op hun uitgaven en inkomsten. De belangrijkste mechanismes hier zijn de risicoverevening en de (prijs-)concurrentie op de polismarkt. De risicoverevening bepaalt de maximale compensatie die de zorgverzekeraars ontvangen uit het vereveningsfonds. De bijdrage per verzekerde verschilt en de meeste ex post compensaties voor zorguitgaven zijn inmiddels afgebouwd. De concurrentie op de polismarkt verhindert dat zorgverzekeraars te hoge uitgaven doorberekenen in de premie. Daarnaast ervaren zorgverzekeraars niet-financiële prikkels. Die bestaan uit maatschappelijke en politieke druk, als ook uit de intrinsieke motivatie bij zorgverzekeraars om hun maatschappelijke rol te vervullen. Zorgverzekeraars ervaren tenslotte een prikkel om het goed te doen om hun continuïteit te waarborgen. Zij kunnen het zich daarom niet veroorloven om het structureel slechter te doen dan andere zorgverzekeraars.

De meeste zorgverzekeraars hebben geen winstdoelstelling, de winst wordt toegevoegd aan de reserves of teruggegeven aan hun verzekerden, bijvoorbeeld in de vorm van een lagere premie. De zorgverzekeraars geven aan dat zij wel een competitieve doelstelling hebben en dat zij de ambitie hebben om het beter en anders te doen dan andere zorgverzekeraars. Dit doen zij bijvoorbeeld door andere en betere dienstverlening of doelmatigheidsafspraken met zorgaanbieders te maken dan andere zorgverzekeraars.



Zorgverzekeraars ervaren geen sterke groei-ambitie. Zorgverzekeraars streven vooral naar het behoud van hun huidig marktaandeel en een representatieve afspiegeling van de verzekerdenpopulatie in Nederland. Dit heeft te maken met de risicovereveningssystematiek en de solvabiliteitseisen. De risicovereveningssystematiek speelt een rol omdat bepaalde groepen verzekerden niet goed uit de verevening komen. Omdat jonge gezonde verzekerden vaker overstappen naar een andere zorgverzekeraar (en per saldo voordelig zijn voor een zorgverzekeraar), spannen zorgverzekeraars zich met name in om die groep aan te trekken dan wel te behouden. Hiermee behouden ze een evenwicht tussen winstgevendende en verlieslatende verzekerden. De solvabiliteitseisen zorgen ervoor dat zorgverzekeraars over voldoende eigen vermogen moeten beschikken om te kunnen groeien. Door deze eisen wordt de groei in het aantal verzekerden enigszins ontmoedigd. De prikkels voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden dan wel te concurreren liggen daardoor anders dan in andere sectoren.

#### *Waarom is concurrentie belangrijk?*

Concurrentie tussen zorgverzekeraars is geen doel op zich, maar een middel om een verbetering van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te realiseren. Als zorgverzekeraars niet alle ruimte benutten om met elkaar te concurreren, dan zijn er verbeteringen mogelijk. De ACM en de NZa willen met dit onderzoek antwoord geven op de vraag of zorgverzekeraars de ruimte benutten en de prikkels ervaren om zich van elkaar te onderscheiden. Het huidige zorgstelsel vormt hierbij het uitgangspunt.

## 1.2 Meer ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars

De ACM heeft in februari 2016 een tussenrapport over de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt uitgebracht.<sup>2</sup> De conclusie van het tussenrapport is dat er ruimte lijkt te zijn voor meer concurrentie tussen de bestaande zorgverzekeraars. In het tussenrapport zijn drie hypothesen geformuleerd voor vervolgonderzoek. Elke hypothese ziet op een eigenschap van de zorgverzekeringsmarkt die de concurrentie mogelijk op een negatieve manier beïnvloedt.

- Onnodig hoge toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt beperken de concurrentiedruk vanuit potentiële toetreders en kleine zorgverzekeraars.
- Grote zorgverzekeraars hebben onvoldoende prikkels om zich van elkaar te onderscheiden en daarmee verzekerden te winnen.
- Beperkte transparantie en onnodige complexiteit van het productaanbod beperken de concurrentiedruk vanuit verzekerden op zorgverzekeraars.

Het onderzoek naar de twee laatste hypothesen voeren de ACM en de NZa samen uit. Wij zijn als toezichthouders beiden actief op de zorgverzekeringsmarkt en vinden het voor onze toezichts-werkzaamheden belangrijk om het antwoord te kennen op de vraag of de grote zorgverzekeraars voldoende prikkels hebben om zich van elkaar te onderscheiden en met elkaar te concurreren. Het onderzoek naar

---

<sup>2</sup> Autoriteit Consument en Markt. (2016, februari). *Tussenrapportage concurrentie op markt voor zorgverzekeringen*.

<https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15504/Tussenrapportage-concurrentie-op-markt-voor-zorgverzekeringen>

toetredings- en groeirempels is gepubliceerd in februari 2017. De resultaten van het onderzoek naar de complexiteit en intransparantie op de polismarkt volgen later.

### 1.3 Onderzoeksvraag en relatie met andere onderzoeken

#### *Onderzoeksvraag*

De vraag die in dit onderzoek centraal staat, is of grote zorgverzekeraars voldoende prikkels en mogelijkheden ervaren om zich van elkaar te onderscheiden naar verzekerden. Effectieve prikkels voor zorgverzekeraars zijn van belang om de doelen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) te realiseren. In het Gupta rapport<sup>3</sup> (2016) is ingegaan op de beperkingen die zorgverzekeraars ervaren om zich te onderscheiden als gevolg van wet- en regelgeving en politieke en maatschappelijke druk. De ACM en de NZa geven met dit onderzoek antwoord op de vraag of er ruimte is voor zorgverzekeraars om zich verder van elkaar te onderscheiden en verkennen opties om eventuele knelpunten weg te nemen.

#### *Onderzoek groei- en toetredingsdrempels*

De ACM heeft begin 2017 een rapport uitgebracht over de groei- en toetredingsdrempels die er zijn op de zorgverzekeringsmarkt. Uit dat onderzoek bleek dat de huidige solvabiliteitseisen in combinatie met de beperkingen om kapitaal aan te trekken en reguleringonzekerheid belangrijke factoren zijn die de groei van kleine zorgverzekeraars in de weg staat. De prikkel voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden, hangt sterk samen met de prikkels en de mogelijkheden die zij ervaren om te groeien. Als zorgverzekeraars niet kunnen of willen groeien dan zullen zij ook minder snel een onderscheidende polis op de markt brengen of een afwijkende premie in de markt zetten die veel verzekerden aantrekt. Wij zullen in dit rapport niet specifiek meer ingaan op de beperkingen die er zijn voor zorgverzekeraars om te groeien omdat deze al aan de orde zijn gekomen in het hierboven genoemde rapport. Hoewel dat onderzoek zich richtte op de kleine zorgverzekeraars, gelden de groeirempels in hoge mate ook voor grote zorgverzekeraars.

#### *Relatie met andere onderzoeken*

Dit onderzoek heeft raakvlakken met andere lopende of reeds afgeronde onderzoeken naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Dit zijn (i) de onderzoeken die zowel de NZa als het ministerie van VWS uitvoeren naar de collectiviteiten, (ii) het onderzoek van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (hierna: RVS) op welke manier zorgverzekeraars zorg inkopen op de markt voor medisch specialistische zorg<sup>4</sup>, (iii) het onderzoek naar de toekomst van de zorgverzekeringsmarkt dat De Nederlandse Bank dit jaar is gestart<sup>5</sup>, (iv) het onderzoek van de Autoriteit Financiële Markten (2015) naar de productontwikkeling van zorgverzekeraars bij de aanvullende zorgverzekeringen<sup>6</sup> en (v) onderzoeken van ZonMw<sup>7</sup> (2009) en KMPG<sup>8</sup>

<sup>3</sup> Gupta Strategists (februari 2016). *Het Bedrijfsmodel van Zorgverzekeraars*. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15482/Studie-Gupta-het-bedrijfsmodel-van-zorgverzekeraars>.

<sup>4</sup> RVS, *Inkoop safari, verkenning van de praktijk van de zorginkoop*, 2017 <https://www.raadvr.nl/uploads/docs/Inkoop safari.pdf>

<sup>5</sup> <http://www.dnb.nl/nieuws/dnb-nieuwsbrieven/nieuwsbrief-verzekeren/nieuwsbrief-verzekeren-januari-2017/dnb351777.jsp>

<sup>6</sup> <https://www.afm.nl/nl-nl/professionals/nieuws/2015/nov/rapport-aanvullende-zorgverzekeringen>

<sup>7</sup> ZonMw, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag (september 2009)



(2014) naar de evaluatie van de Zvw. De waarde van dit onderzoek is de focus op het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars.

## 1.4 Reikwijdte van dit onderzoek

In dit onderzoek is naar alle vormen van zorgverzekeringen gekeken die door zorgverzekeraars worden aangeboden: de individuele zorgverzekeringen en de collectieve zorgverzekeringen die beiden kunnen bestaan uit basis- en aanvullende zorgverzekeringen. De meeste aandacht gaat uit naar de individuele zorgverzekeringen en dan met name de basiszorgverzekering. Als er voor de aanvullende zorgverzekeringen of voor de collectieve zorgverzekeringen andere conclusies of omstandigheden gelden, zal dit expliciet worden gemeld in deze rapportage.

Wij gaan in dit rapport met name in op de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op het gebied van medisch specialistische zorg. Hier gingen de meeste gesprekken met marktpartijen en zorgverzekeraars ook over. De conclusies zijn deels ook van toepassing op andere sectoren zoals de ggz en de eerste lijn.

Voor de ggz lijkt er voor zorgverzekeraars wel minder onderscheid mogelijk door de aard van het product. Het is voor zorgverzekeraars lastiger om in te schatten welke zorg zij precies inkopen omdat de transparantie daarover beperkter is dan in de medisch specialistische zorg. Verzekerden zullen in vergelijking met ziekenhuizen ook minder snel kijken of een ggz-aanbieder wel of niet gecontracteerd is bij het kiezen van een polis.<sup>9</sup> Dit heeft gevolgen voor de prikkels van zorgverzekeraars om in de ggz te investeren. Ook vergelijkingssites besteden meer aandacht aan welke ziekenhuizen wel/niet gecontracteerd zijn dan het geval is voor ggz-aanbieders.

Voor de eerste lijn geldt dat zorgverzekeraars in potentie meer mogelijkheden hebben om zich te onderscheiden door de veelheid aan zorgverleners en de marktpositie van een grotere speler tegenover deze kleine zorgaanbieders. Hierdoor zullen zorgverzekeraars in potentie eerder vernieuwende initiatieven van de grond kunnen krijgen. Aan de andere kant zullen de prikkels om zich te onderscheiden kleiner zijn doordat verzekerden bij het kiezen van de basisverzekering minder aandacht hebben voor eerstelijnszorg. Dit kan ook te maken hebben met het feit dat voor huisartsenzorg, de meest in het oog springende zorgaanbieder in de eerste lijn, zorgverzekeraars nagenoeg alle huisartsen hebben gecontracteerd. Er is dan geen reden om hier verder naar te kijken. Voor de aanvullende zorgverzekering is deze prikkel wel sterker omdat er een grotere variatie in het gecontracteerde aanbod mogelijk is. De verzekerde loopt daardoor een groter risico op een eigen bijbetaling als zijn voorkeursaanbieder niet gecontracteerd is.

De focus van dit onderzoek ligt op de vier grote zorgverzekeraars (concerns). Deze hebben een gezamenlijk marktaandeel van bijna 90% en bepalen met hun gedrag in grote mate de dynamiek en de uitkomsten op de zorgverzekeringsmarkt. In het onderzoek naar groei- en

---

<sup>8</sup> KPMG. (september 2014). *Evaluatie Zorgverzekeringswet*.  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/09/01/evaluatie-zorgverzekeringswet>

<sup>9</sup> Verschillende zorgverzekeraars geven aan dat gezien de wachtlijstproblematiek bij de GGZ en de toenemende behoefte aan GGZ zorg klanten mogelijk steeds meer gaan kijken naar welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn.

toetredingsdrempels dat ACM begin 2017 heeft gepubliceerd, stonden de kleine zorgverzekeraars centraal.

Overigens is een groot aantal bevindingen in dit rapport ook op kleine zorgverzekeraars van toepassing. Ook voor kleine zorgverzekeraars geldt bijvoorbeeld (i) dat verzekerden op hoofdlijnen naar de aspecten premie en keuzevrijheid zullen kijken bij het aanschaffen van een polis (ii) dat zij de sterkste prikkels ervaren om goed in te kopen in hun kernregio en (iii) tegen dezelfde knelpunten aanlopen als grote zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg, wat hun onderscheidend vermogen beperkt.

Daarbij zien we dat veel kleine zorgverzekeraars zich bewust richten op één bepaald element waarmee zij zich (kunnen) onderscheiden van de grote zorgverzekeraars, bijvoorbeeld dienstverlening of innovatie. Zo richt één van de kleine zorgverzekeraars zich nadrukkelijk op de dienstverlening aan zijn klanten, onder andere door relatief veel medisch geschoolde medewerkers aan te nemen die vragen van klanten op het gebied van zorg kunnen beantwoorden. Een andere kleine zorgverzekeraar heeft de ambitie om zich sterk te richten op preventie. Dit kan deze zorgverzekeraar ook doen omdat hij een sterke positie heeft in zijn kernregio en er daardoor beperkt sprake is van meelifteffecten van andere zorgverzekeraars. Voorts is er een zorgverzekeraar die zich profileert door als eerste de premie bekend te maken. Kleine zorgverzekeraars zorgen daarmee op uiteenlopende manieren voor onderscheid op de zorgverzekeringmarkt en concurrentiedruk op (ook) de grote zorgverzekeraars.

## 1.5 Bronnen van informatie voor dit onderzoek

Wij hebben van verschillende bronnen gebruik gemaakt voor dit onderzoek.

Wij hebben voor dit onderzoek ten eerste gesprekken gevoerd met verschillende partijen. In het rapport wordt verwezen naar 'marktpartijen' als het gaat om partijen waarmee wij hebben gesproken die geen zorgverzekeraar zijn. Het doel van deze gesprekken was om een beter beeld te krijgen welke typen polissen deze marktpartijen missen in het huidige polisaanbod en hoe zij vinden dat zorgverzekeraars hun rol ten aanzien van bijvoorbeeld de inkoop van zorg oppakken in het stelsel. Er is onder meer gesproken met patiënten- en consumentenorganisaties, vergelijkingssites, academici, aanbieders van collectiviteiten, overheidsorganisaties en ledenraden van zorgverzekeraars. Verder is gesproken met de raden van bestuur van alle negen zorgverzekeringconcerns. Een overzicht van alle partijen waarmee wij hebben gesproken is te vinden in bijlage 1.

Verder hebben wij aan vergelijkingssite Independer gevraagd om onderzoek te doen naar het zoekgedrag van consumenten op hun website. Hiermee is in beeld gebracht of er indicaties zijn dat consumenten op zoek zijn naar nieuwe/andere soorten polissen buiten het huidige polisaanbod.

Voorts is een informatieverzoek aan alle zorgverzekeraars gestuurd. Zorgverzekeraars werden verzocht om informatie aan te leveren over de manier waarop zij de behoefte van hun klanten peilen en inzichtelijk te maken welke nieuwe polissen zij de afgelopen vier jaar hebben ontwikkeld. Ten slotte heeft het onderzoeksteam van de ACM en de NZa gebruikgemaakt van relevante literatuur en eigen rapporten.





In dit rapport verwijzen wij niet met naam en toenaam naar de partijen met wie wij hebben gesproken. Het doel van dit rapport is het generiek handelen van de grote zorgverzekeraars in beeld te brengen. Wanneer het openbare stukken of uitspraken betreft, zullen zorgverzekeraars of marktpartijen wél met naam worden genoemd.

## 1.6 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt gestructureerd. Hoofdstuk 2 beschrijft het analysekader dat is gebruikt om de vraag te beantwoorden of er verdere ruimte is voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden en of dit wenselijk is. Hoofdstuk 3 gaat kort in op het keuzegedrag van verzekerden omdat dit gevolgen heeft voor het gedrag en de prikkels van zorgverzekeraars. De daarop volgende hoofdstukken (4-9), die de kern van het rapport vormen, gaan in op de vraag of zorgverzekeraars de ruimte benutten om zich te onderscheiden op achtereenvolgens de diversiteit in hun polisaanbod, de premie, de keuzevrijheid van zorgaanbieders, hun dienstverlening aan verzekerden, de kwaliteit van zorg en preventie. Voor elk van deze onderwerpen beschrijven we wat de mogelijkheden voor zorgverzekeraars zijn om zich op dat aspect te onderscheiden, welke prikkels zij ervaren om van deze mogelijkheden gebruik te maken en of er verdere ruimte voor onderscheid mogelijk en wenselijk is. Het rapport sluit af met een reflectie op onze bevindingen en verkent waar mogelijk handelingsopties om eventuele knelpunten die onderscheid in de weg staan weg te nemen.



## 2. Analytisch kader

Dit hoofdstuk beschrijft beknopt het analysekader van het onderzoek en gaat daarbij allereerst in op de vraag wanneer sprake is van een wenselijk onderscheid tussen zorgverzekeraars. Meer onderscheid kan namelijk ook tot marktmacht of intransparantie leiden en is daarom niet in alle gevallen wenselijk. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag wat de redenen zijn dat onderscheid tussen zorgverzekeraars valt te verwachten en op welke aspecten zorgverzekeraars zich kunnen onderscheiden. Ten slotte volgt een beschrijving van het kader dat is gebruikt om antwoord te geven op de vraag of zorgverzekeraars de ruimte gebruiken om zich van elkaar te onderscheiden.

### 2.1 Wanneer is onderscheid tussen zorgverzekeraars wenselijk?

De economische theorie maakt onderscheid tussen verschillende soorten differentiatie. In het geval van zogenaamde statische differentiatie kiezen spelers op de markt op welke 'locatie' ze gaan zitten met hun productaanbod. In de context van een zorgverzekeringsmarkt betekent dit dat iedere zorgverzekeraar bepaalt welk product, kwaliteit en prijs hij kiest. De uitkomst van dit proces van differentiatie kan zijn dat de ene zorgverzekeraar andere producten kiest dan een andere zorgverzekeraar en/of een hogere kwaliteit (en een hogere prijs) heeft.

Zowel verschillen in product als in kwaliteit kunnen goed uitpakken voor de consument omdat het productaanbod daardoor beter kan aansluiten bij de voorkeuren van consumenten. Bij maximale variëteit wordt elke voorkeur maximaal bediend. Aan dit type onderscheid zit echter ook een nadeel voor consumentenwelvaart, namelijk dat aanbieders hun prijzen kunnen verhogen bij dergelijke gedifferentieerde producten. Dat kan vooral in markten met hoge toetredingsdrempels. Of statische differentiatie welvaartsverhogend is, is dan ook een afruil tussen het positieve effect van meer keuze en het negatieve effect van hogere prijzen. De mate waarin consumenten daadwerkelijk waardering hebben voor variatie en kwaliteit en de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om door de variatie prijzen te verhogen, bepalen samen of differentiatie gewenst of niet is.

Voor 2017 kon de consument kiezen uit 58 basispolissen en een groot aantal aanvullende zorgverzekeringen.<sup>10</sup> We zien natura-, restitutie- en combinatiepolissen met bijbehorende verschillen in gecontracteerde zorg en vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg. Maar we zien ook polissen (met name intra-concern) die gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties<sup>11</sup> en de keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders of overige diensten, maar wel in premie verschillen.<sup>12</sup> Dit kan ertoe leiden dat consumenten door de bomen het

<sup>10</sup> Nederlandse Zorgautoriteit. (september 2016). *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016*. [https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan\\_Zorgverzekeringsmarkt\\_2016](https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt_2016). ZorgVuldig advies, monitor activiteiten zorgverzekeraars overstapeseizoen najaar 2015, (februari 2016).

<sup>11</sup> De Zvw legt ook beperkingen aan de verschillen op. Zo is de aanspraak voor iedereen hetzelfde in de basisverzekering en kan de basisverzekering niet meer dekken dan wat onder de aanspraak valt. Ook geldt er een verbod op premiedifferentiatie.

<sup>12</sup> Als er sprake is van dit soort polissen moet de betrokken zorgverzekeraar op de website aangeven dat deze polissen gelijk of nagenoeg gelijk zijn. [https://www.nza.nl/1048076/1048133/TH\\_NR\\_007\\_Informatieverstrekking\\_ziektekostenverzekeraars\\_aan\\_consumenten.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048133/TH_NR_007_Informatieverstrekking_ziektekostenverzekeraars_aan_consumenten.pdf)

bos niet meer zien en daardoor geen goede keuze meer kunnen maken. Het lopende onderzoek van de ACM en NZa naar de in paragraaf 1.2 genoemde hypothese 3 ('Beperkte transparantie en onnodige complexiteit van het productaanbod beperken de concurrentiedruk vanuit verzekeren op zorgverzekeraars') gaat nader in op de mate van differentiatie tussen basispolissen en de mogelijke gevolgen voor consumenten.

Naast statische differentiatie is er ook een dynamische vorm van onderscheid. Deze is standaard voor elke markt en verhoogt de welvaart vrijwel altijd. Concurrentie betekent dat je het beter wilt doen dan je concurrent en leidt daarmee tot een voortdurende zoektocht naar verbeteringen en innovaties. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten door de inkoop anders vorm te geven. Deze dynamische competitieve strijd is ook een manier om je van je concurrent te onderscheiden. Zolang dit niet zulke vormen aanneemt dat één partij een zo groot deel van de markt naar zich toetrekt dat er een machtspositie ontstaat<sup>13</sup>, wijst deze dynamische prikkel op gezonde concurrentie die in het belang van de consument is.

Wij vinden onderscheid wenselijk als de patiënt/verzekerde daar beter van wordt. Wij realiseren ons dat de behoeften tussen patiënten en verzekeren sterk kunnen verschillen. Dit biedt voor zorgverzekeraars ook mogelijkheden in termen van differentiatie. Het zorgt er echter ook voor dat zorgverzekeraars beide partijen moeten bedienen en daarbij belangen moeten afwegen.

## 2.2 Waarom valt onderscheid tussen zorgverzekeraars te verwachten?

Op een concurrerende markt worden zorgverzekeraars voortdurend geprikkeld om zich te onderscheiden. Als zij dit niet doen, lopen zij het risico om verzekeren te verliezen. Deze prikkel zorgt er voor dat zij beter inspelen op de wensen van verzekeren/patiënten. Dit kan bijvoorbeeld door een lagere premie aan te bieden of een hogere kwaliteit te leveren. Door een ander aanbod kunnen zorgverzekeraars zich op een positieve manier onderscheiden van andere zorgverzekeraars.

Onderscheid is geen doel op zich. In een economisch-theoretisch perfect concurrerende markt zal er bijvoorbeeld geen onderscheid zijn tussen zorgverzekeraars en zal elke zorgverzekeraar hetzelfde aanbod doen. In de zorgsector is hier geen sprake van. Er zijn verschillen tussen regio's waar zorgverzekeraars inkopen. Ook verschillen de posities van zorgverzekeraars in die regio's. Daarnaast beschikken zorgverzekeraars niet over dezelfde informatie over prijzen en kwaliteit. Zorgverzekeraars zullen ieder op een eigen manier proberen in te spelen op deze wisselende omstandigheden. Zij zullen experimenteren met contractvormen en afspraken met zorgaanbieders om te kijken op welke manier zij bijvoorbeeld de meest doelmatige afspraken kunnen maken. Hoewel door de schaal van de grote zorgverzekeraars zij voor een deel een populatie van verzekeren zullen hebben met vergelijkbare kenmerken als leeftijd, geslacht etc., heeft elke zorgverzekeraar ook een eigen verzekerenbasis. De verzekeren in deze regio's zullen productkenmerken als service en premie verschillend waarderen. In een dergelijke heterogene markt verwacht je daarom met verschillende zorgverzekeraars een gedifferentieerd productaanbod.

---

<sup>13</sup> ACM en NZa zullen met name optreden als er sprake is van misbruik van marktmacht.

## 2.3 Op welke aspecten kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden?

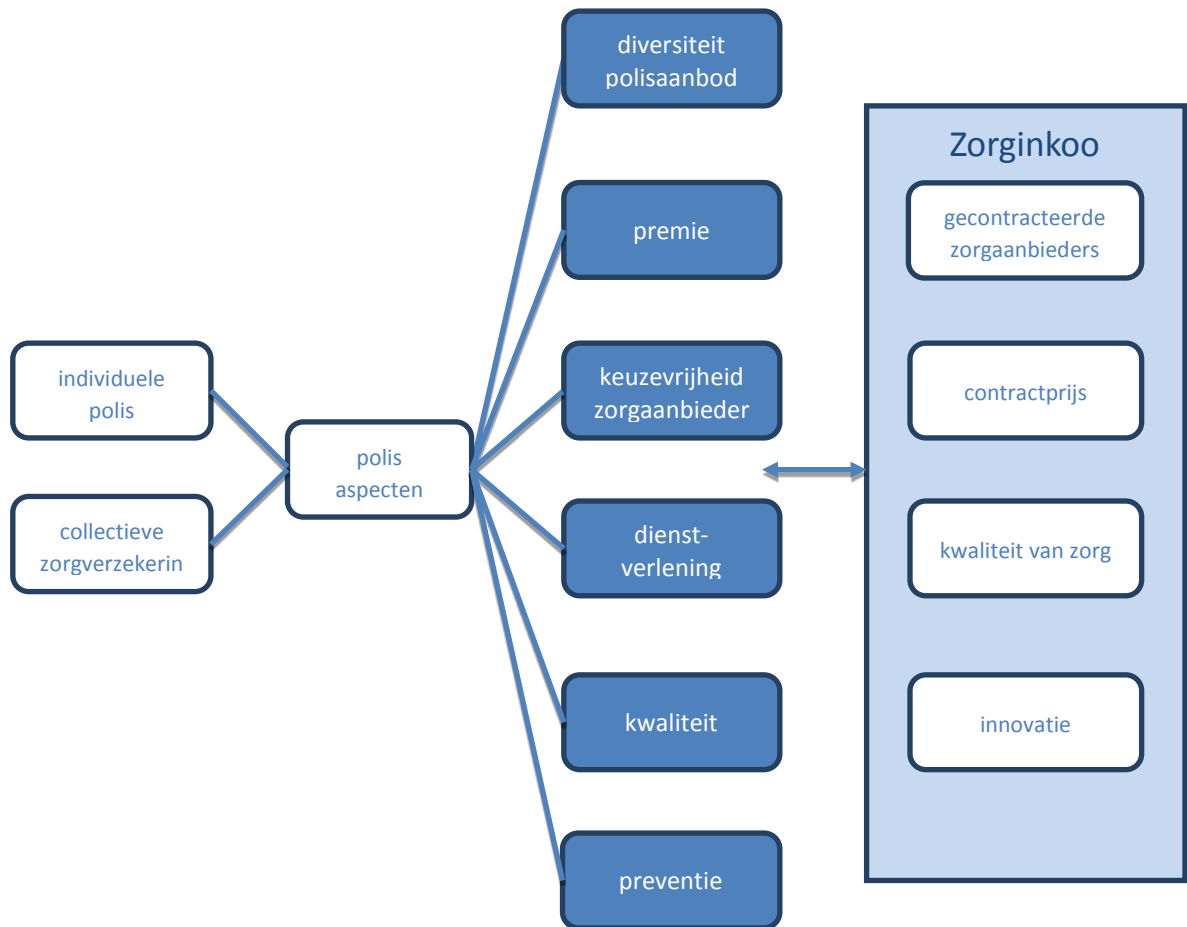
Zorgverzekeraars kunnen zich in theorie op verschillende aspecten van elkaar onderscheiden, bijvoorbeeld:

- door het soort polis dat zij aanbieden, zoals natura/restitutie/combinatiepolis voor de basiszorgverzekering;
- door de keuze om wel of niet aanvullende polissen of collectiviteiten aan te bieden;
- door de hoogte van de premie;
- door de mate van keuzevrijheid voor zorgaanbieders;
- door de kwaliteit van de ingekochte zorg;
- door de breedte van het gecontracteerde aanbod dan wel dekking in de aanvullende zorgverzekering;
- door zich op bepaalde doelgroepen te richten zoals ouderen of diabetici;
- door zich op een bepaald aspect te richten, zoals kwaliteit, luxe, keuzevrijheid of preventie;
- door zich landelijk dan wel regionaal te profileren;
- door hun dienstverlening, bijvoorbeeld de mate waarin een zorgverzekeraar zijn verzekerden ondersteunt bij wachtlijstbemiddeling of het vinden van een goede zorgaanbieder;
- door het distributiekanaal waarmee zij hun polissen aanbieden.

In dit onderzoek richten wij ons op de ruimte die er is voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden richting hun verzekerden op zes aspecten: de diversiteit in het polisaanbod, de premie, de keuzevrijheid voor zorgverleners, de dienstverlening, de kwaliteit van zorg en preventie.

Voor een aantal van deze aspecten (denk aan premie en kwaliteit van zorg) zullen zorgverzekeraars om er invulling aan te geven in hun polis, moeten onderhandelen met zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt. In figuur 2.1 zijn genoemde zes aspecten weergegeven, evenals de afspraken die zorgverzekeraars hiervoor moeten maken op de zorginkoopmarkt met zorgaanbieders.

**Figuur 2.1 In het onderzoek staan zes polisaspecten centraal waarop zorgverzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden.**



## 2.4 Wanneer benutten zorgverzekeraars de beschikbare ruimte om zich van elkaar te onderscheiden?

Voor de beantwoording van de vraag of zorgverzekeraars de beschikbare ruimte benutten om zich van elkaar te onderscheiden, zijn in ieder geval twee invalshoeken belangrijk. Ten eerste of er een mogelijkheid is om zich te onderscheiden. En ten tweede of zij voldoende prikkels ervaren om zich te onderscheiden.

Er is sprake van mogelijkheden als zorgverzekeraars geen wettelijke, maatschappelijke of andersoortige belemmeringen ervaren om zich te onderscheiden.

Er is sprake van een prikkel als de zorgverzekeraar de stimulans ervaart om in een bepaald onderwerp te investeren. De prikkels voor zorgverzekeraars zijn divers. Zij ervaren een directe prikkel om ergens in te investeren of aandacht aan te geven als dit een aspect is waarop verzekerden/patiënten letten bij het kiezen van een polis. Als zij hier niet in investeren lopen zij immers het risico dat zij verzekerden verliezen.<sup>14</sup> Zorgverzekeraars zullen hierbij vanzelfsprekend ook letten op de vraag of het financieel loont om in een aspect te investeren. Zorgverzekeraars

<sup>14</sup> Bij de inschatting of een verzekerde een bepaald aspect belangrijk vindt, wordt gebruik gemaakt van onderzoek dat de NZa en de ACM hebben uitgevoerd naar het keuzegedrag van verzekerden, zoals de Zorgmonitors van SAMR en de marktscans van de NZa.



ervaren voorts prikkels vanuit de maatschappij om zaken 'op te pakken', ook als dit financieel niet lonend is.<sup>15</sup>

Zorgverzekeraars maken bij de keuze om ergens wel of niet aandacht aan te besteden een afweging tussen de verschillende groepen die zij bedienen. De belangen van verzekerden kunnen daarbij op gespannen voet staan met die van patiënten en andersom. De inspanningen van een zorgverzekeraar om een lage prijs bij een zorgaanbieder te bedingen, kunnen bijvoorbeeld ten koste gaan van investeringen in de kwaliteit van zorg.

Bij de beantwoording van de vraag of de zorgverzekeraar een prikkel ervaart om iets te doen, kijken we naar de huidige situatie. Investeert hij op dit moment wel of niet in dat aspect? We realiseren ons dat het hierbij om een momentopname gaat. Als verzekerden het betreffende aspect bijvoorbeeld meer zouden gaan waarderen of als de risicoverevening wordt aangepast, dan kan de prikkel ook veranderen.

Of er ruimte is voor meer onderscheid hangt af van de ruimte die er voor zorgverzekeraars is voor meer inspanningen op dat aspect. We kijken hierbij met name naar de ruimte die er voor zorgverzekeraars is om meer waarde te creëren voor hun klanten, maar nemen ook de maatschappelijke verwachtingen die er rond bepaalde onderwerpen leven mee.

Er resulteren, schematisch, vier combinaties van mogelijkheden en prikkels (zie figuur 2.2).

#### *Wel prikkels / Geen mogelijkheden*

Als zorgverzekeraars niet over de mogelijkheden beschikken om zich te onderscheiden, maar dit wel zouden willen doen, laten zorgverzekeraars geen ruimte liggen om zich te onderscheiden. Dit is bijvoorbeeld het geval als een zorgverzekeraar zijn verzekerden eerder zou willen laten behandelen dan verzekerden van andere zorgverzekeraars, maar dit vanwege wettelijke beperkingen niet mogelijk is.

#### *Geen prikkels / Geen mogelijkheden*

Als zorgverzekeraars niet over de prikkels en de mogelijkheden beschikken om zich te onderscheiden, laten zij geen ruimte onbenut liggen om zich van elkaar te onderscheiden. Een voorbeeld zijn (kostenverhogende) investeringen in medische kwaliteit voor een specifiek ziekenhuis. Voor zorgverzekeraars is het niet mogelijk om zich hierop te onderscheiden omdat zorgverleners op het gebied van kwaliteit geen onderscheid (willen) maken tussen verzekerden. Zorgverzekeraars kunnen de investeringen mogelijk ook niet terugverdienen omdat bij een verhoging van de premie zij het risico lopen dat de premiegevoelige verzekerden weggaan. Zij zullen daarom geen prikkel ervaren om hier in te investeren.

---

<sup>15</sup> Bij de inschatting of een onderwerp in de maatschappelijke belangstelling staat, wordt gebruik gemaakt van een grove schatting hoe vaak dit onderwerp in de media, kamerbrieven of andere publieke uitingen wordt genoemd waarbij tevens gekeken wordt naar welke partij dit onderwerp benoemt.

**Figuur 2.2 Analyse kader ruimte voor onderscheid zorgverzekeraars**

		Mogelijkheden	
		Geen	Wel
Prikkel	Wel	Geen ruimte voor verder onderscheid	Mate van ruimte voor verder onderscheid
	Geen	Geen ruimte voor verder onderscheid	Mate van ruimte voor verder onderscheid

*Geen prikkels / Wel mogelijkheden*

Als zorgverzekeraars over de mogelijkheden beschikken om zich te onderscheiden op een bepaald aspect, maar in de praktijk daar niets mee doen, zijn er verschillende antwoorden mogelijk op de vraag of zorgverzekeraars gebruik maken van de ruimte om zich te onderscheiden.

Allereerst kan het zijn dat er vanuit verzekerden geen vraag/behoefte bestaat naar een meer onderscheidend aanbod van zorgverzekeraars en er ook vanuit de maatschappij geen verdere inspanningen en onderscheid van zorgverzekeraars wordt verwacht. Zorgverzekeraars laten dan op het betreffende aspect geen ruimte onbenut om zich verder te onderscheiden. Dit kan bijvoorbeeld een polis zijn die zich richt op een bepaalde doelgroep, maar waar vanuit die doelgroep geen vraag naar is.

Het kan evenwel zijn dat er weliswaar vanuit verzekerden geen vraag/behoefte bestaat, maar het desondanks wel wenselijk is dat zorgverzekeraars meer in het betreffende onderwerp investeren, bijvoorbeeld omdat dit in het belang van patiënten is of 'hoort' bij hun rol in het zorgstelsel. In dat geval laat de zorgverzekeraar wel ruimte onbenut om zich op dit aspect te onderscheiden.

Het kan ook zijn dat er vanuit verzekerden wel vraag/behoefte is naar een bepaald aspect, maar dat de zorgverzekeraar verlies lijdt als hij zich meer inspant om in dat aspect te investeren. In dat geval is er ruimte voor verder onderscheid, maar is er een valide reden waarom een zorgverzekeraar dat product niet aanbiedt, ook als de maatschappij het wel wenselijk vindt dat zorgverzekeraars hierin investeren. Een illustratie hiervan is de polis Energiek die door Eno werd aangeboden. Deze polis trok een grote instroom van vrouwen die van geboortezorg gebruik maakten terwijl de polis voor een gemiddelde populatie van vrouwen bedoeld was. Er was daardoor sprake van oververtegenwoordiging van verzekerden waarvoor de kosten hoger waren dan de vereveningsbijdrage. Hierdoor leed Eno verlies op deze polis en haalde deze uit de markt. In dit geval bood de risicoverevening onvoldoende compensatie, omdat de verevening op groepsniveau compenseert en zwangerschap niet een van de kenmerken is die is in de risicoverevening is opgenomen.

*Wel prikkels / Wel mogelijkheden*

Wanneer zorgverzekeraars zowel de prikkels ervaren als de mogelijkheden hebben om zich te onderscheiden, is er ruimte voor





zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden. In dat geval beoordelen we de mate waarin dat gebeurt: zorgverzekeraars benutten deze ruimte al en er is geen verder onderscheid mogelijk; zorgverzekeraars benutten deze ruimte niet; of zorgverzekeraars benutten de ruimte ten dele en er is verder onderscheid mogelijk.



### 3. Keuzegedrag verzekerden

#### 3.1 Aspecten waarop verzekerden letten bij het kiezen van een polis

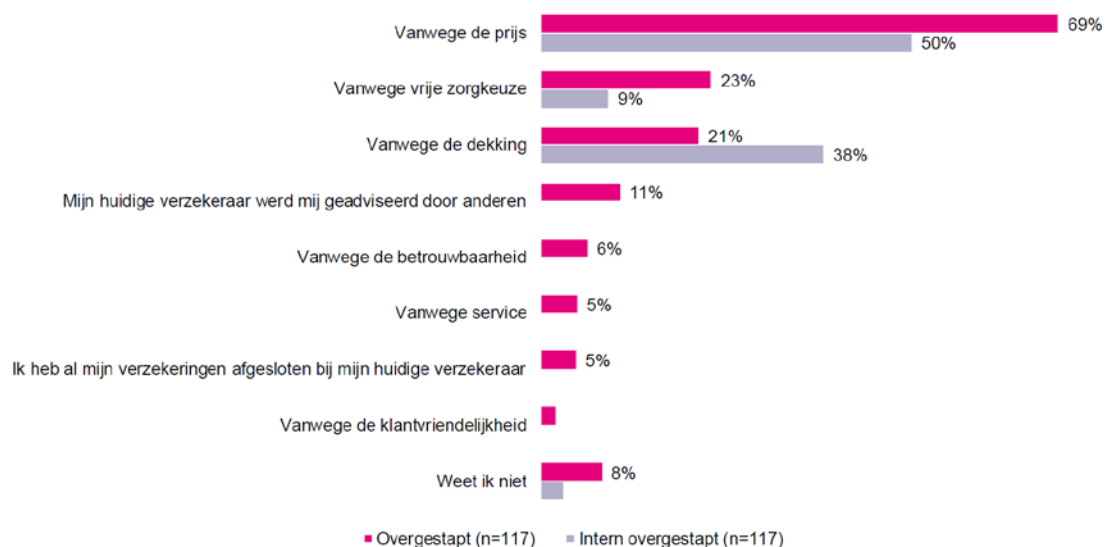
##### *Inleiding*

In dit hoofdstuk gaan we kort in op de vraag op welke aspecten verzekerden letten bij het kiezen van een polis omdat dit invloed heeft op de mate waarin zorgverzekeraars vanuit verzekerden de prikkel voelen om zich op dat aspect te richten en zich van elkaar te onderscheiden. We gaan daarbij met name in op de redenen van overstappers bij het kiezen van een polis omdat hiervan de meeste concurrentiedruk op zorgverzekeraars uitgaat.

##### *Keuzegedrag verzekerden*

De belangrijkste reden voor een verzekerde om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar is de hoogte van de premie (zie figuur 3.1). Andere redenen om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar zijn vrije zorgkeuze en de dekking van de aanvullende zorgverzekering. De betrouwbaarheid en de service van de zorgverzekeraar worden ook genoemd als reden om over te stappen, maar in veel mindere mate.<sup>16</sup>

**Figuur 3.1** Overzicht van redenen om over te stappen naar nieuwe zorgverzekeraar/andere polis



Bron: SAMR

De redenen voor verzekerden om niet over te stappen voor het jaar 2017 zijn in volgorde van belangrijkheid de huidige tevredenheid met de zorgverzekeraar, de service die hij aanbiedt, dat de zorgverzekeraar een gunstige prijs aanbiedt en er geen of nauwelijks verschil is tussen zorgverzekeraars in hun polisaanbod. Dit is een gelijksoortig beeld als in 2016.

<sup>16</sup> SAMR, Smartagent Marketresponse, Rapport Consumentenonderzoek naar de zorgverzekeringmarkt, april 2017

Uit onderzoek onder consumenten komt daarnaast naar voren dat onzekerheid over de gevolgen van de overstap consumenten weerhoudt om over te stappen.<sup>17</sup> Het gaat dan met name om de onzekerheid die verzekerden ervaren of zij na een overstap dezelfde zorg vergoed krijgen of bij dezelfde zorgaanbieder kunnen blijven.

Uit de gesprekken met marktpartijen komt naar voren dat verzekerden de zorgverzekering als een low-interest product ervaren. Het zijn met name jonge en gezonde verzekerden die overstappen.<sup>18</sup> Voor deze verzekerden is een scherpe premie belangrijk. Zorgverzekeraars geven aan dat voor hen van belang is dat zij een evenwichtige verdeling van verzekerden hebben in hun portefeuille. Als zij voorspelbare goede risico's kwijtraken, zoals bepaalde groepen van gezonde verzekerden, lopen zij per saldo inkomsten mis ten opzichte van andere zorgverzekeraars die wel veel gezonde verzekerden hebben. Hierdoor zou de premie verhoogd moeten worden waardoor zij het risico lopen nog meer gezonde verzekerden kwijt te raken.<sup>19</sup> De huidige concurrentiestrijd tussen zorgverzekeraars draait daarom om het behouden dan wel aantrekken van jonge (gezonde) verzekerden. Het aanbieden van 'budgetpolissen' door zorgverzekeraars sluit bij deze ontwikkeling aan.

Hoewel verzekerden minder op kwaliteit letten bij het kiezen van een polis, gaat van chronische patiënten wel enige druk uit op de kwaliteitsdimensie van de polis. Zij kijken meer naar de inhoudelijke aspecten van de zorgverzekering. Zij weten immers ook beter welke zorg zij nodig hebben.<sup>20</sup>

Het is voor verzekerden ook lastig om de dimensie kwaliteit bij hun poliskeuze te betrekken. De nadruk op professionele kwaliteit in de inkoop, zoals het gebruik van volumenormenten, sluit niet aan bij de belevingswereld van verzekerde en patiënt. Patiënten kijken bijvoorbeeld meer naar patiënttevredenheid.

Daarnaast moet de verzekerde verschillende aspecten afwegen bij de keuze van een polis, zoals de premie, het gecontracteerde aanbod en de kwaliteit van het gecontracteerde aanbod. Dat is een complexe afweging. De verzekerde koopt in feite algemene toegang tot zorg en geen specifieke zorg.

### 3.2 Conclusie

Vanuit verzekerden gaat door de nadruk die zij leggen op de hoogte van de premie bij het kiezen van een polis met name een prikkel naar zorgverzekeraars uit om op doelmatigheid te letten in de zorginkoop. Van chronische patiënten gaat wel enige druk uit op de kwaliteitsdimensie van de polis. Door de waarde die verzekerden hechten aan keuzevrijheid zullen zorgverzekeraars ook niet snel zorgaanbieders niet contracteren.

---

<sup>17</sup> Zie ook: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/17179/Consumenten-zoeken-zekerheid-bij-keuze-zorgverzekering>.

<sup>18</sup> Zie bijvoorbeeld: Nivel (2015), functioneren van de zorgverzekeringsmarkt en Nederlandse Zorgautoriteit (september 2016), Marktscan zorgverzekeringsmarkt.

<sup>19</sup> Dit hangt niet alleen met de inkomsten uit de risicoverevening samen, maar met de totale opbrengsten en kosten van een groep verzekerden met bepaalde kenmerken. De risicoverevening kan ook niet voorkomen dat zorgverzekeraars zich op jonge gezonde verzekerden richten.

<sup>20</sup> NZa (2006), Monitor Zorgverzekeringsmarkt, deelrapportage het overstapgedrag van chronisch zieken.



## 4. Diversiteit polisaanbod

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de prikkels, de mogelijkheden en de ruimte die er is voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden bij de diversiteit van hun polisaanbod. We doelen hierbij op de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich met hun polisaanbod te onderscheiden naar verzekerden door zich te richten op een bepaald aspect of een bepaalde doelgroep.

Uit het Gupta onderzoek bleek dat zorgverzekeraars mogelijk ruimte laten liggen om zich te onderscheiden in hun polisaanbod in vergelijking met het buitenland. In het buitenland worden in vergelijking met Nederland polissen aangeboden die zich richten op een zo laag mogelijke premie, een maximaal gebruik van eHealth, luxe, een focus op kwaliteit of een bepaalde aandoening. Gupta redeneerde dat als in het buitenland deze polissen wordt aangeboden, hier in Nederland mogelijk ook vraag naar is.

Om te beoordelen of zorgverzekeraars de ruimte benutten om zich van elkaar te onderscheiden bij het aanbieden van polissen zijn twee perspectieven van belang. Ten eerste het perspectief van de verzekerde. Op welke aspecten let de verzekerde bij het kiezen van het soort polis en is hij dus sturend met zijn keuzegedrag op welke polissen door zorgverzekeraars worden aangeboden. Dit bepaalt in belangrijke mate de prikkel voor een zorgverzekeraar op welke accenten hij inzet. Ten tweede het perspectief van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar bepaalt immers met het polisaanbod dat hij aanbiedt uit wat voor polissen de verzekerde kan kiezen. Er is daarbij een duidelijke wisselwerking tussen de twee partijen, maar niet op voorhand duidelijk welke partij wie aanstuurt. Het zou bijvoorbeeld heel goed mogelijk zijn dat als zorgverzekeraars andere polissen aanbieden, verzekerden ook anders kiezen. Het voorbeeld van Energiek illustreert dit. Op voorhand was niet duidelijk of verzekerden voor deze polis zouden kiezen, deze polis werd namelijk niet aangeboden. Na de introductie van de polis blijkt er veel vraag naar te zijn.

Wij hebben voor deze rapportage vooral gekeken of er zichtbare signalen zijn dat bepaalde polissen gemist worden zoals bijvoorbeeld uit het huidige zoekgedrag van verzekerden en uit gesprekken met marktpartijen kan afgeleid worden. Wij hebben geen consumentenonderzoek uitgevoerd om er achter te komen of consumenten bepaalde polissen missen.

We gaan in dit hoofdstuk in op de markten voor de basiszorgverzekering, de aanvullende zorgverzekering en de markt voor collectieve zorgverzekeringen. De polissen die in het Gupta rapport genoemd zijn, worden apart besproken omdat deze inzicht geven in de redenen waarom deze polissen wel of niet worden aangeboden in Nederland.

### Box 1: Casus Energiek

Per 1 januari 2016 is Eno gestopt met het aanbieden van het label 'Energiek'. Dit label richtte zich specifiek op vrouwen. Naast een basisverzekering, werden vier verschillende aanvullende verzekeringen aangeboden met, naast algemene vergoedingen, ruimere vergoedingen voor bijvoorbeeld kosten voor de Mamma Print, alternatieve geneeswijzen, zorg rondom zwangerschap en bevalling, anticonceptie enz. Deze polis bleek vooral aantrekkelijk voor vrouwen die geboortezorg nodig hadden. Deze zorg is relatief duur, zeker als er complicaties optreden. De compensatie van deze kosten in de risicoverevening is op groepsniveau gemiddeld genomen juist vastgesteld voor vrouwen. Maar door de grote instroom van vrouwen die geboortezorg nodig hadden ten opzichte van vrouwen die dit niet nodig hadden, was er sprake van een oververtegenwoordiging van verzekerden met hoge kosten. Daarbij stapten verzekerden wanneer ze geen geboortezorg meer nodig hadden over naar andere verzekeraars.

## 4.2 Basiszorgverzekering

### *Mogelijkheden*

Voor de basiszorgverzekering zijn er voor zorgverzekeraars mogelijkheden om verschillende polissen te aan te bieden. Verzekerden kunnen kiezen uit drie verschillende polissoorten: de naturapolis, de restitutiepolis en de combinatiepolis.<sup>21</sup> In figuur 4.1 is de ontwikkeling van de verschillende polissoorten in de periode 2009-2016 weergegeven. In 2017 werden er in totaal 58 polissen aangeboden, waarvan de naturapolis de meest voorkomende polissoort is.

In 2016 waren er ten opzichte van 2015 elf basispolissen van de markt verdwenen en was er één nieuwe polis geïntroduceerd. In totaal werden zeven naturapolissen, drie combinatiepolissen en een restitutiepolis niet meer aangeboden en was er één nieuwe combinatiepolis bij gekomen. Daarnaast waren sommige bestaande polissen gewijzigd in een ander soort polis.<sup>22</sup> Een belangrijke reden voor de afname van het aantal polissen is dat zorgverzekeraars in het gezamenlijk opgestelde actieplan Kern-gezond (april 2015) hebben afgesproken dat zij de transparantie op de polismarkt willen verbeteren. Als gevolg hiervan is ook het aantal polissen, met name de polissen met een beperkt onderscheid,<sup>23</sup> verminderd.

---

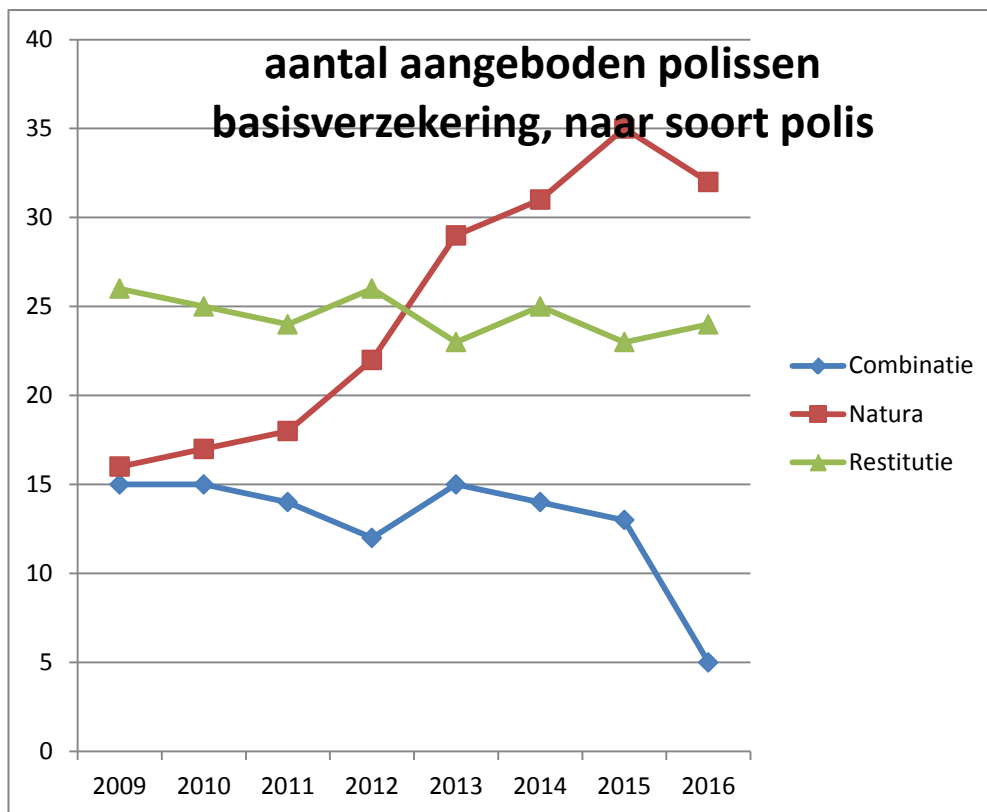
<sup>21</sup> Bij een naturapolis krijgt de verzekerde zorg geleverd bij de zorgaanbieders die zijn zorgverzekeraar daarvoor heeft gecontracteerd. De verzekeraar vergoedt de aanbieder de overeengekomen prijs. Als de verzekerde een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bezoekt, moet de verzekerde vaak een deel bijbetalen. Bij een restitutiepolis krijgt de verzekerde de kosten van zorg vergoed bij alle zorgaanbieders, ongeacht of de zorgaanbieder wel of niet gecontracteerd is. Als een zorgaanbieder evenwel een excessief tarief rekent, hoeft de verzekeraar alleen een marktconform tarief te vergoeden. Een combinatiepolis is een polis die een combinatie maakt van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen. Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding.

<sup>22</sup> Vier combinatiepolissen zijn gewijzigd in volledige naturapolissen en twee combinatiepolissen zijn gewijzigd in volledige restitutiepolissen. Voor zorgverzekeringen die vanaf 2017 worden aangeboden, hanteert de NZa strakkere definities voor de verschillende soorten polissen.

<sup>23</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (september 2016), Marktscan zorgverzekeringsmarkt.



**Figuur 4.1 Aantal aangeboden polissen basisverzekeringen naar soort polis.**



#### Prikkels

Uit het marktonderzoek zijn geen directe signalen gekomen dat verzekerden bepaalde polissen missen. Van verzekerden is er daarom geen druk op zorgverzekeraars om met vernieuwende of aangepaste polissen te komen. Het huidige polisaanbod voldoet over het algemeen aan de behoefte van de verzekerden. Er komen bij de vergelijkingssites, patiënten- en consumentenorganisaties geen vragen binnen van consumenten die bepaalde polissen missen of vragen vanuit consumenten die er op duiden dat zij bepaalde aspecten missen binnen het huidige polisaanbod. Ook uit de onderzoeken die zorgverzekeraars onder hun klanten uitzetten, zijn er geen signalen dat verzekerden specifieke polissen missen. Hiermee is niet gezegd dat op het moment dat zorgverzekeraars geheel andere polissen gaan aanbieden, er geen vraag naar zal zijn. Deze mogelijke latente behoeftes zijn in dit onderzoek niet in kaart gebracht.

Bijna alle zorgverzekeraars onderzoeken regelmatig wat de klantbehoeften van verzekerden zijn. Er vinden bijvoorbeeld klantonderzoeken, panelonderzoeken en klachtanalyses plaats. Ook collectiviteiten, patiëntenverenigingen, ledenraden, intermediairs en externe rapporten worden door de zorgverzekeraars betrokken bij deze behoeftebepalingen. Daarnaast worden er specifieke onderzoeken uitgezet naar bijvoorbeeld de vraag van een bepaald hulpmiddel of zorgtype. De behoeftebepalingen zijn veelal structureel ingebed in de organisaties. Door deze onderzoeken hebben zorgverzekeraars over het algemeen goed zicht op de wensen van hun verzekerdenpopulatie.

Uit de informatie van de zorgverzekeraars blijkt dat de meeste zorgverzekeraars in de afgelopen jaren enkele nieuwe polissen op haalbaarheid onderzocht hebben. De nieuwe concepten zijn bedoeld voor specifieke doelgroepen, zoals chronisch zieken, ouderen of studenten. In

sommige gevallen is er sprake van een multi-channel service concept waarin de polis met een andere verzekering aangeboden wordt. Vooral de polissen waarin digitalisering en lage kosten een grote rol spelen, worden daadwerkelijk geïntroduceerd. Uit de informatie van zorgverzekeraars blijkt daarnaast dat een belangrijke reden waarom bepaalde polissen niet op de markt worden aangeboden de angst voor het aantrekken van te grote risico's of te grote patiëntengroepen is, waardoor zij aan hogere solvabiliteitseisen moeten voldoen.

#### *Ruimte voor verder onderscheid*

Marktpartijen zijn van mening dat er over het algemeen binnen het huidige polisaanbod waarschijnlijk voor elke verzekerde een passende verzekering beschikbaar is. Verschillende marktpartijen gaven expliciet aan dat zij niet direct de in het Gupta rapport genoemde polissen missen of dat hier het gewenste onderscheid in gezocht moet worden. Enkele zorgverzekeraars bieden bewust maar één basiszorgverzekering en één aanvullende zorgverzekering aan om maximale transparantie te bieden.

### **4.3 Aanvullende zorgverzekeringen**

#### *Mogelijkheden*

Ten opzichte van de basiszorgverzekering zijn er bij de aanvullende zorgverzekering meer mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden, met name door een verschillende dekking aan te bieden. Er kan bijvoorbeeld gekozen worden tussen 9, 12 of meer fysiotherapie-behandelingen.

#### *Prikkels*

In 2016 hadden net als in 2015 84% van de verzekerden een aanvullende zorgverzekering afgesloten. Er is dus veel vraag naar aanvullende zorgverzekeringen.

In de afgelopen jaren is er steeds meer kritiek vanuit de maatschappij gekomen op de zorgverzekeraars vanwege het hanteren van voorwaarden bij het afsluiten van een aanvullende zorgverzekering.<sup>24</sup> Het actieplan Kern-gezond van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)<sup>25</sup> heeft daarom als uitgangspunt dat een aspirant verzekerde zonder acceptatievoorwaarden toegang heeft tot de aanvullende zorgverzekering, indien de verzekerde bij de oude zorgverzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering heeft afgesloten.

Deze afspraak heeft er aan bijgedragen dat er sprake is van een verschraving in het aanbod van aanvullende zorgverzekeringen. Onbeperkt verzekeren tegen fysiotherapie zonder medische selectie is bijvoorbeeld nauwelijks nog mogelijk. Dit komt door adverse selectie. Alleen verzekerden die veel fysiotherapie verwachten te gebruiken, kiezen voor de polis met de ruimste dekking. Zorgverzekeraars reageren hierop door hun dekking aan te passen of hun premie te verhogen waardoor dit effect verder versterkt wordt. De aanvullende zorgverzekering is daardoor verworpen tot een spaarproduct in plaats van een risicoverzekering omdat de verwachte uitgaven aan zorg min of meer gelijk zijn aan de betaalde premie. Meerdere marktpartijen sluiten

---

<sup>24</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/01/27/beantwoording-kamervragen-over-het-bericht-dat-zorgverzekeraars-risicoselectie-toepassen-bij-de-aanvullende-verzekering>

<sup>25</sup> <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=972816385>





niet uit dat individuele aanvullende zorgverzekeringen op termijn verdwijnen.<sup>26</sup>

Meerdere zorgverzekeraars erkennen het probleem van adverse selectie waardoor op voorhand al duidelijk is dat de betreffende aanvullende verzekering verlieslatend zal zijn. Door adverse selectie nemen vooral mensen die weten dat ze bijvoorbeeld een bril nodig hebben een aanvullende verzekering die brillen vergoedt. Zij verwachten dan ook dat bijvoorbeeld brillen uit de aanvullende zorgverzekeringen zullen verdwijnen. Een aantal zorgverzekeraars merkt op dat de aard van de aanvullende zorgverzekering zal verschuiven naar pakketten waarbij het gebruik op individueel niveau minder goed voorspelbaar is.

#### *Ruimte voor verder onderscheid*

Uit het marktonderzoek blijkt niet direct dat verzekerden bepaalde polissen missen. Een aantal marktpartijen geven wel aan dat verzekerden steeds minder goed kunnen kiezen voor een ruime aanvullende verzekering voor bijvoorbeeld fysiotherapie terwijl hier wel behoefte naar is. Op deze ontwikkeling zijn we hierboven ingegaan.

Marktpartijen noemen wel een aantal aspecten waarop zorgverzekeraars zich meer zouden kunnen onderscheiden. Zij zouden chronisch zieken bijvoorbeeld beter kunnen begeleiden, bijvoorbeeld op het gebied van therapietrouw. Ook kunnen zorgverzekeraars meer zorgadvies-op-maat geven. Tegelijkertijd wordt hierbij aangegeven dat dit het rendement van de aanvullende zorgverzekering onder druk kan zetten en dus mogelijk maar beperkt haalbaar is als verzekerden met name naar de hoogte van de premie kijken.

Een zorgverzekeraar geeft aan dat een doelgroepenpolis in de aanvullende zorgverzekering niet rendabel is. De risicoverevening is niet van toepassing op de aanvullende verzekering. Daarnaast zijn bijvoorbeeld reumapatiënten landelijk gespreid waardoor daar niet goed op ingekocht kan worden. Ook hebben chronisch zieken een hogere zorgconsumptie. Door de koppeling met de basisverzekering is het lastig om hier een goed resultaat op te halen.

#### *Conclusie*

Wij zien, mede door de maatschappelijk druk die er bij de aanvullende zorgverzekering is om iedereen te accepteren, het risico dat een aantal individuele verzekeringen van de markt gaan verdwijnen omdat deze niet meer rendabel aangeboden kunnen worden. Dit beperkt de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich met aanvullende verzekeringen te onderscheiden. Met het verdwijnen van aanvullende zorgverzekeringen nemen ook de keuzemogelijkheden voor verzekerden af. Als de politiek het onwenselijk vindt dat een aantal individuele aanvullende zorgverzekeringen verdwijnen, kan zij overwegen om de zorg die nu in de aanvullende verzekering wordt gedekt, (opnieuw) op te nemen in de basiszorgverzekering. Daarmee verdwijnt wel de mogelijkheid voor de verzekerde om zich ook *niet* te verzekeren voor deze onderdelen. Ook zal het onderscheidend vermogen tussen zorgverzekeraars hierdoor niet toenemen.

---

<sup>26</sup> Dat geldt sterker voor goed voorspelbare dekkingselementen zoals brillen en beugels die in de aanvullende zorgverzekering zijn opgenomen.

## 4.4 Collectiviteiten

### *Mogelijkheden*

Er is sprake van een groot aantal collectiviteiten. In totaal zijn er 64.000 collectiviteiten<sup>27</sup>. Verzekerden kiezen alleen uit die collectiviteiten die relevant voor hen zijn, bijvoorbeeld waar zij via hun werkgever aan kunnen deelnemen of door hun lidmaatschap van een patiëntenvereniging.

Er zijn geen knelpunten voor zorgverzekeraars die het aanbieden van collectiviteiten in de weg staan. Tot 2014 steeg het percentage mensen dat zich collectief liet verzekeren naar 70%<sup>28</sup>. Daarna neemt dit percentage af naar 67% in 2016. Een belangrijke reden hiervoor is dat er steeds meer goedkope individuele verzekeringen op de markt komen die aantrekkelijk zijn voor verzekerden die voorheen collectief verzekerd waren. Ook is het aantal collectiviteiten afgenomen omdat zorgverzekeraars niet meer met alle collectiviteiten een contract willen afsluiten, bijvoorbeeld met de gelegenhedscollectieven.

Er zijn veel soorten collectiviteiten. Werkgeverscollectiviteiten komen het meest voor. In 2016 is bijna 55% van de collectief verzekerden hierbij aangesloten tegenover nog geen 1% die verzekerd is bij een patiëntencollectief. De overige 45% is aangesloten bij andersoortige (gelegenheds-)collectieven zoals bijvoorbeeld een ouderen-, consumenten-, sport- of internetcollectief. Er zijn daarnaast veel kleine collectiviteiten. Bij 93% van het totaal aantal contracten bedraagt de gemiddelde deelname slechts 23 personen<sup>29</sup>.

Uit onderzoek van de NZa en Zorgweb blijkt dat zorgverzekeraars niet specifiek inkopen voor collectiviteiten.<sup>30</sup> Voor een derde van de verzekeringen binnen collectiviteiten worden wel aanvullende afspraken gemaakt. Het gaat dan bijvoorbeeld om afspraken over preventie, meer dekking voor fysiotherapie of betalingsregelingen voor het eigen risico. Deze maatwerkafspraken vergen geen aparte zorginkoop, want het zijn vooral financieel administratieve arrangementen.

Er zijn veel mogelijkheden en nauwelijks beperkingen voor zorgverzekeraars om collectieve zorgverzekeringen aan te bieden. Dit geeft zorgverzekeraars veel mogelijkheden om voor deze collectiviteiten productdifferentiatie toe te passen. Dit zal voor het ene collectief, waar er bijvoorbeeld sprake is van een zelfde zorgvraag in een specifieke regio, wel makkelijker zijn dan voor het andere collectief waar de verzekerden qua kenmerken minder overeenkomsten kennen en meer over het land gespreid zijn.

---

<sup>27</sup> Zorgweb (2016), Fact-finding Collectiviteiten in de Zorgverzekeringswet, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/07/27/fact-finding-collectiviteiten-in-de-zorgverzekeringswet>

<sup>28</sup> NZa (2016), Monitor Collectieve Verzekeringen 2016, De effecten van collectieve verzekeringen voor burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars [https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor\\_Collectieve\\_zorgverzekeringen\\_2016.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048181/Monitor_Collectieve_zorgverzekeringen_2016.pdf)

<sup>29</sup> Zie voetnoot 21.

<sup>30</sup> Ibid 29.

VGZ is een voorbeeld van een zorgverzekeraar die een nieuwe collectiviteit heeft geïntroduceerd in 2017, zie box 2.

### Box 2: Ouderenpolis VGZ – VGZ Vitaal

VGZ heeft een nieuwe collectieve verzekering speciaal op ouderen gericht. Dit is geen nieuwe polis. Om de bestaande polissen is een service-schil heen gezet. De zorgverzekeraar biedt bijvoorbeeld een leefstijlcheck, vervangende mantelzorg en een valcursus. De ouderen krijgen een zorgbuddy toegewezen. Ouderen die mee willen doen kunnen zich aanmelden bij de ANBO of het Nationaal Ouderenfonds. Via deze collectieven krijgen ze 7 procent korting op de basisverzekering en 5 procent op een aanvullende polis. Overigens geldt er geen minimum leeftijd voor de ouderenverzekering, iedereen mag meedoen.

De NZa heeft het voornemen om op verzoek van VWS de Regeling informatieverstrekking zorgverzekeraars aan consumenten aan te passen zodat consumenten bij collectieve polissen weten om welke modelpolis het gaat. Verder onderzoekt de NZa de vraag of er zorginhoudelijke criteria geoperationaliseerd kunnen worden zodat de zorginhoud meer centraal komt te staan bij collectiviteiten dan nu het geval is.

#### *Prikkels*

Verzekerden kunnen uit meerdere collectiviteiten kiezen, zij kunnen bijvoorbeeld kiezen uit verschillende werkgeverscollectiviteiten en gelegenheidscollectiviteiten. Het is voor hen niet altijd even makkelijk om de voorwaarden van deze collectiviteiten met elkaar te vergelijken. Deze zijn bijvoorbeeld ook niet opgenomen bij de vergelijkingsites. De grootste druk op de premie (de financiële korting van de collectiviteit ten opzichte van de basiszorgverzekering) komt mogelijk eerder van individuele zorgverzekeringen dan van andere collectiviteiten.

#### *Ruimte voor verder onderscheid*

Uit het marktonderzoek zijn geen signalen naar voren gekomen dat consumenten in het polisaanbod bepaalde collectiviteiten missen.

## 4.5 Polissen genoemd in het Gupta onderzoek

Uit het Gupta-onderzoek bleek op basis van een vergelijking met het buitenland dat zorgverzekeraars mogelijk ruimte laten liggen om zich te onderscheiden in hun polisaanbod. In het buitenland worden in vergelijking met Nederland polissen aangeboden die zich richten op een zo laag mogelijke premie, een maximaal gebruik van eHealth, luxe, een focus op kwaliteit of een bepaalde aandoening. Gupta redeneerde dat als in het buitenland deze polissen wordt aangeboden, hier in Nederland mogelijk ook vraag naar is. Hieronder zullen we de in het Gupta-rapport genoemde polissen langslopen om een beter beeld te krijgen waarom deze polissen niet in Nederland worden aangeboden.

### **Kwaliteitspolis**

De kwaliteitspolis is een polis die erop gericht is om klanten kwalitatief zo goed mogelijke zorg te bieden. In deze polis worden alleen de zorgaanbieders gecontracteerd die een bovengemiddelde kwaliteit leveren.

Meerdere marktpartijen geven aan dat de consument geïnteresseerd is in zorgkwaliteit en dat dit onvoldoende in de polissen aan bod komt. Door het beperkte inzicht in kwaliteit lijkt de consument volgens een marktpartij het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en de omvang

van het pakket als kwaliteitskenmerk te zijn gaan zien en niet de geleverde kwaliteit van de zorg.

Het gebrek aan onderscheid op het gebied van kwaliteit tussen zorgverzekeraars is volgens marktpartijen het gevolg van het beperkte onderscheid tussen de zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt. Zorgverzekeraars zouden zich ook terughoudend opstellen op die markt omwille van het imago. Elk sturend optreden door zorgverzekeraars, zoals selectieve contractering, wordt door verzekerden gewantrouwd.

Zowel zorgverzekeraars als marktpartijen geven aan dat om onderscheid te kunnen maken op kwaliteit, kwaliteitsindicatoren nodig zijn. Met deze kwaliteitsindicatoren kunnen vervolgens de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders inzichtelijk gemaakt worden. Eén van de redenen waarom zorgverzekeraars weinig zouden inzetten op kwaliteit is gelegen in het feit dat de duiding van de huidige kwaliteitsinformatie tot discussie leidt. Diverse zorgverzekeraars geven aan dat de medische beroepsgroepen momenteel een informatie-monopolie bezitten op kwaliteit waardoor de transparantie in het gedrang komt. Als de zorgverzekeraar eigen normen hanteert, komen de wetenschappelijke verenigingen in het verzet. Zo is er een zorgverzekeraar die graag een Kwaliteitspolis zou willen aanbieden, maar de zorgaanbieders werken hier niet aan mee.

Sommige zorgverzekeraars zijn echter van mening dat betere zorg zich niet zou moeten vertalen in nieuwe of aparte polissen, maar vooral in de inkoop van zorg moet terugkomen. Zij vinden het ook niet wenselijk en mogelijk om een eigen beleid te voeren op kwaliteit. De normen van de medische beroepsgroep zijn leidend en het is dus volgens deze zorgverzekeraars niet aan hen zelf om een oordeel over kwaliteit te vormen.

### **Aandoeningspolis**

De aandoeningspolis is een polis die zich richt op een zo goed mogelijke behandeling voor patiënten die vanwege chronische aandoening(en) intensief zorg gebruiken. De polis richt zich bijvoorbeeld op patiënten met diabetes, COPD of reuma.

Er zijn volgens zorgverzekeraars en marktpartijen verschillende redenen waarom een aandoeningspolis op dit moment niet wordt aangeboden. Ten eerste is hier maar beperkt vraag naar vanuit verzekerden. Daarnaast vormt de risicoverevening volgens hen een knelpunt en worden dit soort polissen niet aangeboden omdat die de solidariteit kunnen aantasten. Op deze redenen wordt hieronder ingegaan.

#### *Beperkte vraag vanuit verzekerden*

Een patiëntencollectief heeft opgemerkt dat er geen behoefte is aan een 'diabetespolis'. Mensen met diabetes hebben ook nog andere gezinsleden (partners/kinderen) die verzekerd moeten worden en wellicht weer andere behoeften hebben. Daarnaast blijkt uit de gesprekken dat chronische patiënten soms eerder in een financiële korting geïnteresseerd zijn dan in de zorginhoudelijke aspecten in een polis. Een reden hiervoor kan zijn dat in een polis toch niet alle zorg zit die patiënten nodig hebben, bijvoorbeeld voor die patiënten die aan meerdere aandoeningen lijden. Tot slot geven enkele zorgverzekeraars aan tegen dit soort polissen te zijn omdat van een aandoeningspolis een stigmatiserend effect uitgaat. Bepaalde groepen patiënten willen volgens hen niet separaat worden aangesproken. Ook kunnen zij zich juist gediscrimineerd voelen. Waarom wordt er voor diabetes patiënten wel een specifieke polis aangeboden en niet voor patiënten met bijvoorbeeld longfibrose of reuma?

### *Risicoverevening*

Alle zorgverzekeraars geven aan dat een aandoeningspolis niet haalbaar is vanwege de risicoverevening. Een zorgverzekeraar wordt in de risicoverevening voor een gemiddelde per groep gecompenseerd voor de voorspelbare kosten. Een doelgroep polis zal echter ook de relatief dure verzekerden binnen een groep aantrekken. Als je daar een oververtegenwoordiging van hebt, dan compenseert de verevening onvoldoende. De zorgverzekeraar krijgt dan te maken met een hoger dan gemiddelde schadelast. De kosten voor deze groep kunnen alleen worden terugverdiend door voor deze groep de zorg doelmatiger in te kopen. Doordat de kostenparameters in de risicoverevening elke drie jaar herijkt worden is er volgens zorgverzekeraars onvoldoende tijd om de investeringen in zorginkoop terug te verdienen<sup>31</sup>.

Ook is onduidelijk welke schadelast deze verzekerden in de toekomst met zich meebrengen. Zorgverzekeraars willen zoveel mogelijk een fair share van verzekerden hebben en niet een te grote specifieke doelgroep ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

De Minister heeft in de brief 'Kwaliteit Loont'<sup>32</sup> en een brief over de risicoverevening<sup>33</sup> aangekondigd de risicoverevening te verbeteren zodat zorgverzekeraars meer geprikkeld worden om zich te richten op chronisch zieken en andere verzekerden die veel zorg gebruiken. Dit is mede van belang omdat de zorgverzekeraars de Zvw vanaf 2017 volledig risicodragend uitvoeren. Wij ondersteunen deze voorstellen omdat chronische patiënten hierdoor betere zorg kunnen krijgen.

Marktpartijen verschillen van mening over de mate waarin de risicoverevening een rol speelt. Een marktpartij denkt dat op polisniveau dit weliswaar van belang is, maar op concernniveau bij een zorgverzekeraar een aanzienlijk kleinere rol speelt. Vooral bij grote zorgverzekeraars heffen de verschillen tussen de verschillende polissen elkaar op.

### *Solidariteit*

Meerdere zorgverzekeraars vinden het aanbieden van aparte polissen voor doelgroepen niet passen bij de gedachte achter de Zvw. Binnen de reguliere polis moet goed worden ingekocht voor verschillende doelgroepen en geen uitzondering gemaakt worden voor een specifieke doelgroep. Speerpunten bij de zorginkoop worden mede vastgesteld op basis van de risico's in de verzekerdenpopulatie.

### **Goedkooppolis**

De Goedkooppolis is een verzekering voor mensen die een zo goedkoop mogelijke zorgverzekering willen afsluiten. Verzekerden worden gestimuleerd om naar een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders te gaan en ontmoedigd om zorg te gebruiken.

Marktpartijen vinden een Goedkooppolis acceptabel zolang hierover goed gecommuniceerd wordt zodat de verzekerde weet wat hij aanschaft. Veel marktpartijen menen dat een dergelijke polis al in Nederland wordt aangeboden en dat dit de enige innovatieve polis is die de laatste jaren

---

<sup>31</sup> Zorgverzekeraars die beter inkopen dan andere zorgverzekeraars zullen na die drie jaar een relatief voordeel hebben en houden ten opzichte van andere zorgverzekeraars doordat de bijdrage uit de risicoverevening gebaseerd is op de gemiddelde kosten van alle zorgverzekeraars. Dit hoeft echter niet op te wegen tegen de kosten van de investering.

<sup>32</sup> Brief aan de Tweede Kamer van 6 februari 2015, kenmerk 723296-133115-Z

<sup>33</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/17/kamerbrief-over-risicoverevening-2017-nieuwe-stappen-in-verbetering-compensatie-voor-chronisch-zieken>

op de markt is gekomen. Een marktpartij geeft aan dat zorgaanbieders, gezien de commotie over de budgetpolis<sup>34</sup>, niet snel met een dergelijke polis geassocieerd willen worden, zeker niet als deze nog meer uitgekleeft wordt. Doordat zorgkwaliteit onvoldoende inzichtelijk is, weet de verzekerde niet of de zorgverzekeraar wel de goede zorg heeft ingekocht. De consument wil daarom graag zelf een zorgaanbieder kunnen kiezen<sup>35</sup>.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat zij bewust geen polis met een beperkt gecontracteerd zorgaanbod (budgetpolis) aanbieden omdat zij vinden dat dit de risicosolidariteit aantast en er sprake van risico-selectie zou kunnen zijn.

### **E-Healthpolis**

Deze polis heeft tot doel om verzekerden online te helpen om het maximale uit hun gezondheid te halen. Dit bewerkstelligt de polis door zoveel mogelijk zorg online ter beschikking te stellen, verzekerden te stimuleren om online faciliteiten te gebruiken en via deze online faciliteiten verzekerden te stimuleren om gezonder te leven.

Marktpartijen vragen zich af hoe ver je kunt gaan met een dergelijke polis. De zorgverzekeraar werkt al steeds digitaler, maar de patiënt zal uiteindelijk persoonlijk contact willen met een zorgverzekeraar als hij een vraag heeft. Meerdere zorgverzekeraars geven aan dat regelgeving rond privacy en governance in de weg staat om meer digitaal zaken te doen.

Een marktpartij merkt op dat dit soort aspecten ook niet goed in het keuzeproces bij vergelijkingsites zouden kunnen worden meegenomen waardoor zorgverzekeraars hier minder aandacht aan zullen besteden.

### **Luxepolis**

De Luxepolis biedt een zo ruim mogelijke dekking, zowel qua vergoede zorg als qua service. Verzekerden krijgen bij zorgaanbieders voorrang op andere patiënten en medische ingrepen worden uitgevoerd door medisch specialisten en niet door minder ervaren arts-assistenten of co-assistenten. De verzekerden krijgen daarnaast luxe extra's om de directe zorg heen zoals bijvoorbeeld een luxe eenpersoonskamer, luxe catering en meer handen aan het bed en een persoonlijke zorg-assistent.

De verwachting is dat deze polis op zich haalbaar zou moeten kunnen zijn, maar de behoefte hieraan gering is. Hierbij is het van belang dat de solidariteit niet onder druk komt te staan. Het is de vraag of (grote) verschillen in service aan verschillende groepen verzekerden geaccepteerd worden. Diverse marktpartijen vermoeden dat zorgverzekeraars een dergelijke polis niet aanbieden omdat dit een negatief uitstralingseffect kan hebben.

Voor de luxepolis geldt dat in Nederland met de komst van de Zorgverzekeringwet de klasseverzekering, die meer service bood ten opzichte van de ziekenfondsverzekering, is afgeschaft. Het is nu vrij standaard dat een patiënt op een eenpersoonskamer kan verblijven en in het algemeen dezelfde service krijgt als alle andere verzekerden.

---

<sup>34</sup> <http://www.nu.nl/geldzaken/4156896/zorgverzekeraars-moeten-waarschuwen-budgetpolis.html>, <https://www.nrc.nl/nieuws/2016/12/15/kappen-nou-met-die-budgetpolissen-5795654-a1536697>.

<sup>35</sup> Dit komt ook omdat de verzekerde een andersoortige relatie heeft met zijn zorgaanbieder dan met de zorgverzekeraar.

## Conclusie

Wij zijn van oordeel, in lijn met zorgverzekeraars en marktpartijen, dat er verschillende factoren zijn die het aanbieden van de door Gupta genoemde polissen in de weg kunnen staan. Voor de doelgroep-polis is er maar beperkt vraag vanuit verzekerden en is de risicoverevening een knelpunt. In andere landen worden doelgroep-polissen ook niet aangeboden omdat zorgverzekeraars bang zijn dat zij hiermee slechte verzekerden aantrekken met potentieel hoge toekomstige uitgaven. Het door Gupta genoemde voorbeeld van de diabetespolis is één van de weinige doelgroep-polissen die wordt aangeboden. Het aanbieden van een luxe polis of een goedkooppolis leidt tot maatschappelijke weerstand omdat dit indruist tegen het beginsel van solidariteit. Hierdoor zullen zorgverzekeraars niet snel prikkels ervaren om deze polissen aan te bieden. Deze polissen worden in minder extreme varianten wel aangeboden. Voor de kwaliteitspolis worden zorgverzekeraars in hun mogelijkheden beperkt om deze polissen aan te bieden. Dat zorgverzekeraars niet de ruimte benutten om zich verder te onderscheiden met dit soort polissen is daarom een begrijpelijke marktuitkomst.

Wij zien wel dat in het buitenland zorgverzekeraars<sup>36</sup> veel polissen aanbieden met een sterke aandacht voor preventie. In deze polissen wordt sporten of bewegen bijvoorbeeld beloond. Zorgverzekeraars in het buitenland maken ook vaker gebruik van big data om ziektepatronen te voorspellen en hun patiënten hierover te adviseren om klachten in een vroeg stadium te adresseren of te voorkomen. Hoewel het hier vaak om relatief recente startups gaat, rijst de vraag waarom zorgverzekeraars in Nederland niet meer investeren in deze dienstverlening en preventie. In hoofdstuk 7 en 9 gaan wij hier nader op in.

## 4.6 Conclusie

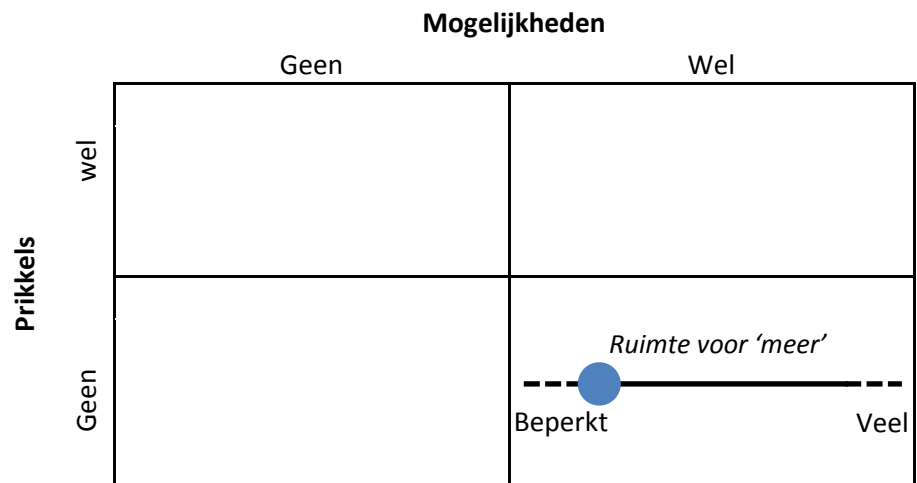
Zorgverzekeraars beschikken over de mogelijkheden om zich verder te onderscheiden in hun polisaanbod. Zij ervaren hiertoe echter maar een beperkte prikkel. Ten eerste omdat verzekerden hier niet naar vragen; zij missen geen bepaalde polissen in het huidige polisaanbod. Ten tweede omdat de financiële prikkel hiertoe ontbreekt, omdat de risicoverevening niet voor alle doelgroepen goed verevent en er het risico is dat als een zorgverzekeraar zich onderscheidt hij een onevenredig deel van de zware patiënten krijgt. Ten derde is er grote maatschappelijke druk op zorgverzekeraars om niet te veel polissen aan te bieden.

Zorgverzekeraars laten daardoor geen ruimte liggen om zich op dit aspect verder te onderscheiden. In figuur 4.2 hebben wij daarom aangegeven dat er maar beperkt ruimte voor verder onderscheid is. Het gaat hier om een momentopname. Als verzekerden andere voorkeuren ontwikkelen kan het alsnog gewenst zijn dat er meer differentiatie plaatsvindt. De maatschappelijke druk om de aanvullende zorgverzekering voor iedereen toegankelijk te maken, heeft als gevolg dat de individuele aanvullende zorgverzekering mogelijk van de markt verdwijnt. Hierdoor neemt het onderscheid tussen zorgverzekeraars af.

---

<sup>36</sup> Zorgverzekeraars die deze polissen aanbieden zijn bijvoorbeeld Predictive Health management (VS), Oscar (VS), Clovers Health preventie (VS), PingAn's Health Cloud (China), Bright Health's zorgnetwerk (VS) en BridgeSpan Health (VS).

**Figuur 4.2 Invulling analytisch kader voor diversiteit polisaanbod: er is beperkt ruimte voor verder onderscheid**





## 5. Premie

In dit hoofdstuk gaan we in op de prikkels, de mogelijkheden en de ruimte die er is voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden op de premie.

### 5.1 Prikkel

Voor de verzekerden die overstappen, is de hoogte van de premie de belangrijkste reden om van zorgverzekeraar te veranderen. Verzekerden zorgen hiermee voor een sterke prikkel voor zorgverzekeraars om op dit aspect te letten.

De sterke focus van verzekerden op de hoogte van de premie heeft er toe geleid dat zorgverzekeraars in de eerste jaren na de introductie van de Zvw sterk bezuinigd hebben op hun beheerskosten onder andere door hun inkoopapparaat in te krimpen. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor efficiënter werken, maar dit beperkt wel de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om bij de inkoop van zorg het verschil te maken.

### 5.2 Mogelijkheden

Er bestaan grote premieverschillen tussen zorgverzekeraars (zie figuur 5.1) en daarmee onderscheid als alle polissen voor de basiszorgverzekering tezamen worden bekeken. In 2016 hadden ongeveer 650 verzekerden de goedkoopste polis voor de basisverzekering. Zij betaalden een gemiddelde jaarpremie van € 997. Dit betrof een collectieve naturapolis met beperkende voorwaarden. Zo'n 40.000 verzekerden hadden de duurste basispolis en betaalden € 1.367 per jaar. Dit betrof een individuele restitutiepolis. Het verschil tussen de duurste en goedkoopste polis was in 2016 € 370. Dat is 31% van de gemiddeld betaalde premie.

### 5.3 Ruimte voor verder onderscheid

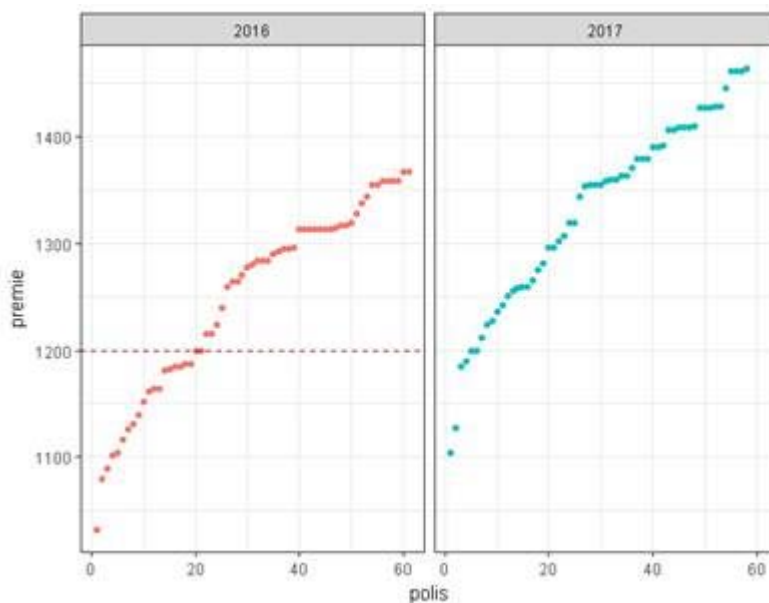
Er is voor zorgverzekeraars volgens ons, maar ook zorgverzekeraars zelf, nog meer ruimte om zich op premie te onderscheiden als het hen lukt om de zorg doelmatiger in te kopen. Zoals ook in hoofdstuk 8 wordt aangegeven, proberen zorgverzekeraars steeds meer vorm te geven aan hun inkooprol. Zij proberen bijvoorbeeld ieder op hun eigen manier via afspraken met zorgaanbieders de zorg efficiënter te organiseren. Zorgverzekeraars geven aan dat hier nog verdere stappen in gemaakt kunnen worden, bijvoorbeeld door succesvolle afspraken die tot zowel een verbetering van de kwaliteit als een verlaging van de kosten leiden verder uit te rollen over het land.

Uit de gesprekken die met zorgverzekeraars zijn gevoerd, blijkt dat zorgverzekeraars met name door de solvabiliteitseisen maar beperkte groei-ambities hebben omdat het lastig is aan voldoende kapitaal te komen om te groeien. Dit heeft ook gevolgen voor het vaststellen van de hoogte van de premie. Zorgverzekeraars willen niet een te lage premie in de markt zetten omdat zij anders te veel verzekerden zullen aantrekken. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat sommige zorgverzekeraars juist een (te) hoge premie in de markt zetten omdat zij niet te veel willen groeien of juist minder verzekerden willen hebben. De huidige drempels

die er zijn om te groeien, zorgen er daarmee voor dat de premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars beperkt wordt en zorgverzekeraars een afwachtende en voorzichtige houding innemen ten aanzien van het vaststellen van hun premie. Dit is volgens een aantal zorgverzekeraars ook de reden dat zorgverzekeraars steeds langer wachten met het bekend maken van de premies in de periode dat zij dit kunnen doen. Ze willen niet een te afwijkende premie in de markt zetten ten opzichte van soortgelijke polissen.

Zorgverzekeraars kunnen door hun reserves nog verder in te zetten meer ruimte pakken om zich te onderscheiden, maar dit is een strategie die op middellange/korte termijn niet houdbaar is. Wij zijn daarom van oordeel dat de verdere ruimte voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op premie beperkt is.

**Figuur 5.1 Premieverschillen polisaanbod basisverzekeringen (2016-2017<sup>37</sup>)**



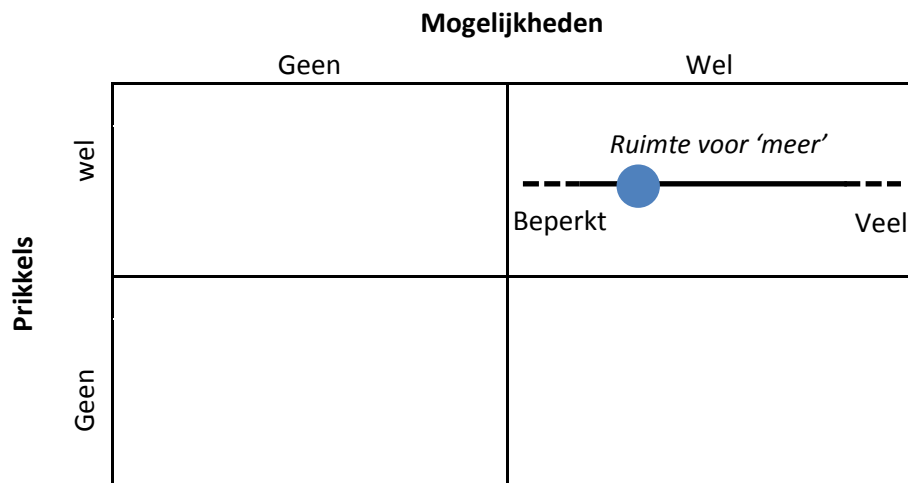
## 5.4 Conclusie

Wij constateren dat zorgverzekeraars over de mogelijkheden en prikkels beschikken om zich op het gebied van premie van elkaar te onderscheiden. Deze ruimte wordt wel ingeperkt door de solvabiliteitseisen. Er is een beperkte ruimte voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden bijvoorbeeld door zich in de inkoop nog verder te richten op doelmatigheid. In figuur 5.2 hebben wij daarom aangegeven dat zorgverzekeraars de ruimte pakken die er is en de ruimte voor verder onderscheid beperkt is.

<sup>37</sup> Gebaseerd op openbare informatie van Vektis en de Nederlandse Zorgautoriteit.



**Figuur 5.2 Invulling analytisch kader voor premie: er is beperkt ruimte voor verder onderscheid**







## 6. Keuzevrijheid zorgaanbieder

In dit hoofdstuk gaan we in op de prikkels, de mogelijkheden en de ruimte die er is voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden op het aspect keuzevrijheid van zorgaanbieders. Wij interpreteren keuzevrijheid als de mate waarin verzekerden zonder extra bijbetalingen gebruik kunnen maken van de zorgaanbieders die zij willen bezoeken.

### 6.1 Prikkel

Naast de premie is de keuzevrijheid in het gecontracteerde aanbod de belangrijkste reden voor verzekerden om van zorgverzekeraar te veranderen. Verzekerden zorgen hiermee voor een prikkel voor zorgverzekeraars om op dit aspect te letten. De prikkels vanuit verzekerden zijn hierbij wel divers. Er is een groep verzekerden die keuzevrijheid belangrijk vindt en bij elke zorgaanbieder terecht wil zonder hier een extra vergoeding voor hoeven te betalen en een groep voor wie de hoogte van de premie het belangrijkste is en die minder keuzevrijheid accepteert.

### 6.2 Mogelijkheden

Zorgverzekeraars kunnen zelf beslissen wat voor soort polis zij aanbieden aan hun verzekerden als het om de keuzevrijheid van het aantal zorgaanbieders gaat. Zij kunnen kiezen voor het aanbieden van een naturapolis, een restitutiepolis en een combinatiepolis. De zogenaamde 'budgetpolis'<sup>38</sup> valt binnen een van deze types. Zorgverzekeraars maken hier in de praktijk ook verschillende keuzes in. Bij de restitutiepolis is er sprake van maximale keuzevrijheid, bij de naturapolissen kan sprake zijn van beperkingen in het gecontracteerde aanbod. Bij de budgetpolis is de keuzevrijheid veelal het kleinst. Met de verschillende polissen wordt ingespeeld op de behoeften van verschillende soorten verzekerden. Er is ruimte voor onderscheid.

### 6.3 Ruimte voor verder onderscheid

Marktpartijen geven aan dat zorgverzekeraars zich nog meer zouden kunnen onderscheiden door meer selectief te contracteren. Denk aan een polis waar ten opzichte van de huidige budgetpolissen zorgverzekeraars nog minder zorgaanbieders contracteren. Het is daarbij wel van belang dat zorgverzekeraars toelichten waarom zij bepaalde zorgaanbieders niet contracteren.

---

<sup>38</sup> Er is geen sluitende definitie van een 'budgetpolis'. De NZa hanteert in haar onderzoeken een aantal kenmerken: een lagere premie, keuze uit een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders, een relatief lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg en de verplichting om geneesmiddelen en/of hulpmiddelen online te bestellen bij een bepaalde aanbieder. Ook de verplichting om declaraties en/of alle administratieve zaken via internet te regelen, is een kenmerk. Bron: Rapport '17 zorgpolissen nader bekeken in relatie tot de zorgplicht' NZa, juni 2015.

Hoewel er in theorie meer onderscheid mogelijk is door minder zorgaanbieders te contracteren, blijkt uit de discussie rond de aanpassing van artikel 13<sup>39</sup> van de Zvw, volgens ons dat dit een gevoelig onderwerp is. Vanuit de maatschappij/politiek zijn er zorgen als de ene verzekerde bij meer zorgaanbieders terecht kan dan een andere verzekerde omdat dit de solidariteit aantast. Ook wil men er voor waken dat de verzekerde als hij patiënt wordt, wat immers onvoorspelbaar is, dan niet uit een te beperkte groep zorgaanbieders moet kiezen. De mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich nog meer te onderscheiden via selectieve contractering worden ook beperkt door de zorgplicht. In meer landelijke regio's is het voor zorgverzekeraars niet mogelijk om nog selectiever te contracteren.

Wij hebben begrip dat zorgverzekeraars voorzichtig zijn bij het opzoeken van meer ruimte om zich op dit aspect te onderscheiden. Zorgverzekeraars moeten een afweging maken tussen de belangen van verzekerden en patiënten bij het aanbieden van een polis als het om het aantal gecontracteerde aanbieders gaat. De ruimte voor zorgverzekeraars om zich op dit aspect verder te onderscheiden is aanwezig, maar is beperkt, ook door de eerder genoemde zorgplicht.

Zorgverzekeraars zouden zich volgens ons daarnaast kunnen onderscheiden door anders dan andere zorgverzekeraars geen omzetplafonds te hanteren en/of een doorleverplicht overeen te komen bij de afspraken die zij maken met ziekenhuizen. Zij kunnen dan meer keuzevrijheid aanbieden dan andere zorgverzekeraars.

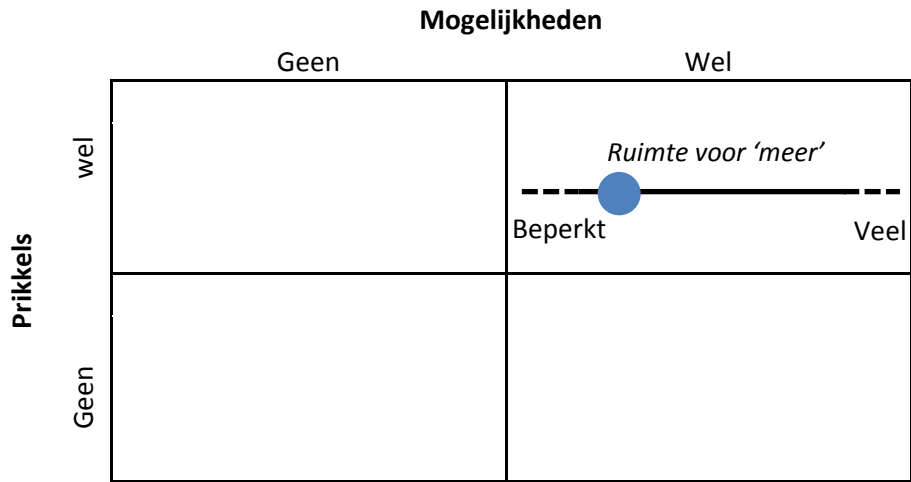
## 6.4 Conclusie

Voor het aspect keuzevrijheid geldt dat er binnen de wettelijke kaders er mogelijkheden voor onderscheid zijn voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars ervaren ook de prikkel om hier naar te kijken vanuit hun verzekerden. Gezien de gevoeligheid van dit onderwerp is er volgens ons maar beperkt ruimte voor verder onderscheid, zoals in figuur 6.1 is aangegeven.

---

<sup>39</sup> Door de aanpassing van art 13 van de Zvw zouden zorgverzekeraars meer vrijheid hebben om zelf te bepalen welke vergoeding verzekerden zouden krijgen als zij naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Dit zou zorgverzekeraars meer mogelijkheden geven om in hun ogen kwalitatief ondermaatse of niet efficiënte zorgaanbieders geen of minder vergoeding te geven waardoor verzekerden minder snel naar deze zorgaanbieders gaan omdat zij dan een groter deel van de behandeling zelf moeten bijbetalen. In de Eerste kamer was veel discussie over de vraag hoeveel ruimte zorgverzekeraars hier zouden mogen hebben. Het wetsvoorstel om meer ruimte aan zorgverzekeraars te geven is uiteindelijk eind 2014 niet aangenomen.

**Figuur 6.1 Invulling analytisch kader voor keuzevrijheid zorgaanbieder: er is beperkt ruimte voor verder onderscheid**







## 7. Dienstverlening aan verzekerden

In dit hoofdstuk gaan we in op de prikkels, de mogelijkheden en de ruimte die er is voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden op de dienstverlening aan hun klanten.

### 7.1 Prikkel

Voor verzekerden die overstappen is de dienstverlening niet het belangrijkste aspect waar zij een polis op uitkiezen. Vanuit die kant is er dus weinig druk op zorgverzekeraars om iets met dit aspect te doen. Voor de verzekerden die niet regelmatig overstappen, zijn aan de andere kant de tevredenheid met de huidige zorgverzekeraar en de door de zorgverzekeraar verleende service de belangrijkste redenen om bij hun huidige zorgverzekeraar te blijven.<sup>40</sup> Dit wijst er op dat vanuit deze verzekerden mogelijk wel druk uitgaat op zorgverzekeraars om hierin te investeren of in elk geval het bestaande niveau te handhaven.

### 7.2 Mogelijkheden

Zorgverzekeraars kunnen zich van elkaar onderscheiden door betere dienstverlening aan hun verzekerden te bieden dan andere zorgverzekeraars. Voorbeelden hiervan zijn het sneller verwerken van declaraties, de verstrekte informatie over polissen en de ingekochte zorg, en hoe zij verzekerden helpen bij de keuze voor een zorgverzekering en zorgaanbieder, onder andere door het beantwoorden van vragen van verzekerden en zorgbemiddeling.<sup>41</sup>

Zorgverzekeraars ontwikkelen ook apps waardoor het voor hun klanten makkelijker wordt om bijvoorbeeld een declaratie in te dienen, te bekijken in welke mate het eigen risico al opgemaakt is of persoonlijke wijzigingen door te voeren. Ook maken zij een begin met het informeren van klanten over ontwikkelingen in de zorg en bieden zij klanten aan om te helpen met vragen over bijvoorbeeld dementie of diabetes. De ene zorgverzekeraar investeert hier meer in dan de andere en er is derhalve sprake van onderscheid in de markt.

Er zijn voor zorgverzekeraars op dit aspect veel mogelijkheden en nauwelijks beperkingen om zich van elkaar te onderscheiden.

### 7.3 Ruimte voor verder onderscheid

Verschillende marktpartijen geven aan dat zij vinden dat de dienstverlening door zorgverzekeraars verbeterd kan worden. Zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld niet transparant over welke criteria zij

---

<sup>40</sup> Consumenten niet vaker overgestapt, Consumentenonderzoek naar de zorgverzekeringsmarkt 11 mei 2016, SAMR, <http://www.nu.nl/zorgverzekering/4381278/vrije-artsenkeuze-verzekerden-belangrijker-dan-lage-premie.html>

<sup>41</sup> Zie voor een meer uitgebreide uiteenzetting van de voorbeelden van dienstverlening waarop zorgverzekeraars zich kunnen onderscheiden Gupta Strategists (februari 2016). *Het Bedrijfsmodel van Zorgverzekeraars*. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15482/Studie-Gupta-het-bedrijfsmodel-van-zorgverzekeraars>.

hanteren bij de zorginkoop en lichten volgens deze partijen onvoldoende toe op basis van welke criteria zij besluiten om een zorgaanbieder niet te contracteren. Volgens deze marktpartijen zouden zorgverzekeraars zich op deze aspecten meer kunnen profileren.

Ook vinden marktpartijen dat zorgverzekeraars veel meer de informatie waarover zij beschikken moeten delen met hun verzekerden, bijvoorbeeld op het gebied van zorgkwaliteit. Deze marktpartijen erkennen dat er veel discussie met het veld is over de duiding van kwaliteitsinformatie, waardoor zorgverzekeraars hier terughoudend in zijn, maar vinden dat er dan met name een taak is voor zorgverzekeraars om dit goed uit te leggen. Dat gebeurt nu volgens hen onvoldoende.

Zorgverzekeraars zouden volgens een aantal marktpartijen ook beter kunnen inspelen op vragen van cliënten rond de overheveling van zorg naar de Zvw, zoals begin 2015 bij de AWBZ het geval was. Het viel een marktpartij op dat zorgverzekeraars zeer afwachtend waren bij het ontwikkelen van diensten voor de cliënten die onder de Zvw zouden gaan vallen. Dit terwijl deze cliënten zeker baat hadden bij advies en ondersteunende diensten, zoals advies bij langer thuis wonen of hulp als een cliënt vastloopt met zijn Persoons gebonden budget (PGB) of het organiseren van mantelzorg.

Ook geven marktpartijen aan dat zorgverzekeraars op het gebied van wachtlijstbemiddeling geen gewenste zorg op maat aanbieden voor specifieke groepen die op verschillende terreinen met problemen kampen. Zorgverzekeraars zouden nog meer service kunnen bieden bij de bemiddeling van hulp of advies bieden bij het beantwoorden van vragen van verzekerden over bijvoorbeeld preventie.

Een marktpartij geeft aan dat zorgverzekeraars ook directer hun klanten kunnen adviseren als hun huidige polis niet meer bij hen past in het geval van veranderde omstandigheden voor de aanvullende zorgverzekering of het eigen risico.

Zorgverzekeraars kunnen volgens marktpartijen ook meer investeren in het geven van persoonlijk zorgadvies, bijvoorbeeld door medisch adviseurs in dienst te nemen die verzekerden helpen bij vragen over zorg.<sup>42</sup>

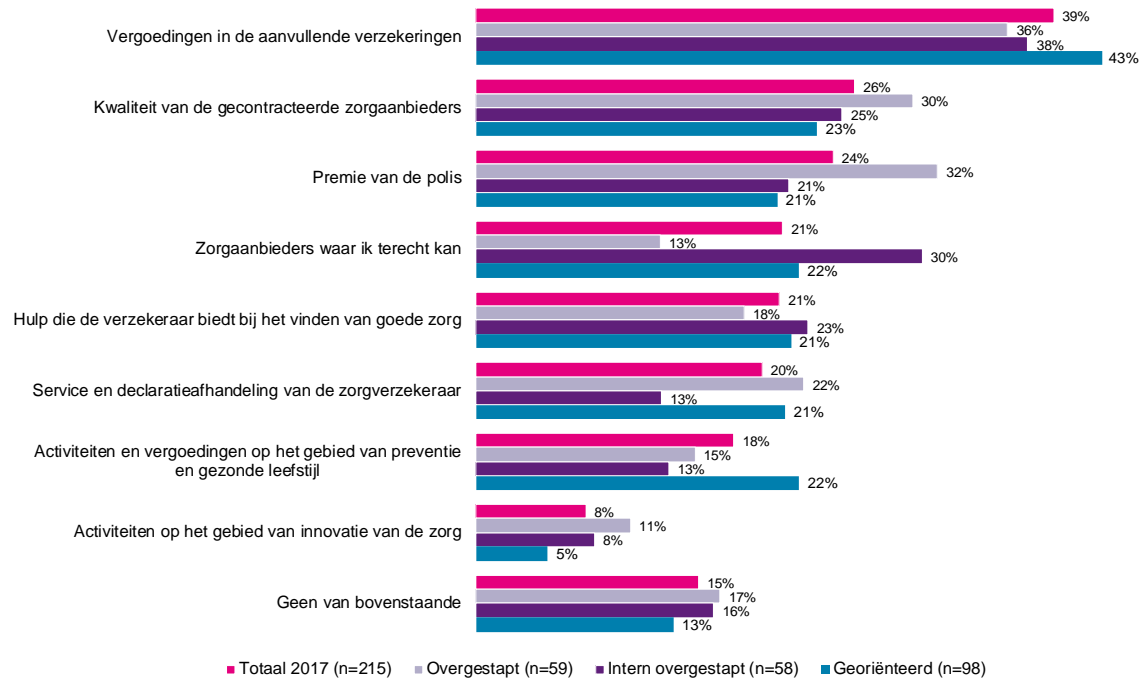
Uit de Zorgmonitor<sup>43</sup> blijkt dat verzekerden die overgestapt zijn of zich op een overstap hebben georiënteerd over uiteenlopende aspecten meer informatie zouden willen hebben. Dat is informatie over de vergoedingen in de aanvullende zorgverzekeringen, de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders, de premie van de polis en een groot aantal serviceaspecten, zie ook figuur 7.1.

---

<sup>42</sup> ACM en NZa merken hierover op dat zorgverzekeraars in de praktijk medisch adviseurs of medisch geschoold personeel in dienst hebben die een bijdrage leveren aan de dienstverlening, maar dat de mate waarin zorgverzekeraars hierin investeren verschilt. Een van de kleine zorgverzekeraars zet hier bijvoorbeeld sterk op in.

<sup>43</sup> Smartagent Marketresponse, Rapport Consumentenonderzoek naar de zorgverzekeringmarkt, april 2017.

**Figuur 7.1 Onderwerpen waar consumenten die zijn overgestapt of zich op een overstap hebben georiënteerd betere informatie over wensen bij de keuze voor een polis.** <sup>44</sup>



Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat consumenten een actieve rol voor zorgverzekeraars zien om hulp te bieden bij het vinden van goede zorg en het stellen van kwaliteitseisen aan zorgaanbieders.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat zij meer zouden willen doen op het gebied van hun dienstverlening buiten het faciliteren van verzekerden bij de financieel-administratieve processen, maar hier tegen knelpunten aanlopen. Een zorgverzekeraar geeft aan dat zij weten dat klanten die veel zorg gebruiken niet altijd over een bij hen passende polis beschikken. Het gaat dan bijvoorbeeld om een chronische patiënt die elk jaar voor een maximaal vrijwillig eigen risico kiest en dit elk jaar opmaakt. Deze zorgverzekeraar zou deze verzekerde graag direct adviseren om een andere polis te nemen, maar vanwege privacy redenen mag dat volgens hem niet. Deze zorgverzekeraar geeft ook aan dat hij directer zorgadvies aan potentiële diabetes patiënten wil geven en veel directer aan de slag zou willen gaan met het helpen van problematische gezinnen in een wijk die veel zorgkosten veroorzaken. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat zij direct verzekerden zouden willen informeren als er geen contract met een bepaalde zorgaanbieder wordt gesloten. De juridische risico's rond privacy houden dit volgens hen echter tegen. Zorgverzekeraars kunnen klanten wel adviseren als deze zelf contact opnemen met zorgverzekeraars.

Sommige zorgverzekeraars geven ook aan dat zij graag meer aan zorgbemiddeling zouden willen doen, maar dat verzekerden hen vaak niet direct weten te vinden. Dit heeft ook te maken met het wantrouwen van verzekerden in zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars vinden het ook lastig om klanten te adviseren over de beste zorgaanbieder door dat er een gebrek aan goede kwaliteitsinformatie is. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat zij actief spiegelinformatie met huisartsen delen over

<sup>44</sup> Smartagent Marketresponse, Rapport Consumentenonderzoek naar de zorgverzekeringmarkt, april 2017

kwaliteit en kosten om hen te informeren over welke zorgaanbieders het best op deze onderwerpen presteren. De huisarts kan dan vervolgens verzekerden helpen bij hun keuze voor een zorgaanbieder.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat er weliswaar meer investeringen in 'inhoudelijke' dienstverlening mogelijk zijn, maar dat dit wel gepaard gaat met hogere beheerskosten en dus een hogere premie. Deze zorgverzekeraars geven aan dat zij een afweging maken tussen de toegevoegde waarde van dienstverlening voor verzekerden en patiënten en de extra kosten die daarmee gepaard gaan.

#### *Oordeel ACM en NZa*

ACM en NZa zijn van oordeel dat zorgverzekeraars op een aantal vlakken de ruimte pakken om zich op hun dienstverlening te onderscheiden. Dit is met name het geval voor de administratieve aspecten die samenhangen met dienstverlening, zoals de verwerking van declaraties. Zorgverzekeraars ontwikkelen bijvoorbeeld apps waardoor het voor verzekerden steeds makkelijker wordt om declaraties in te dienen. Zij ervaren hiertoe ook een prikkel omdat deze dienstverlening tot minder administratieve kosten leidt en verzekerden administratief gemak belangrijk vinden.

Tegelijkertijd zien we dat zorgverzekeraars zich op een groot aantal aspecten meer van elkaar kunnen onderscheiden dan ze nu doen. Zorgverzekeraars beschikken over veel informatie waarmee zij hun klanten goed kunnen helpen. Zij gebruiken deze informatie met name als klanten hen hier zelf voor benaderen. Het overgrote deel van de verzekerden weet echter niet dat de zorgverzekeraar deze diensten aanbiedt, zoals ook blijkt uit het door SAMR uitgevoerde consumentenonderzoek.

Wij realiseren ons dat de ene zorgverzekeraar meer investeert in dienstverlening dan de andere, maar voor alle zorgverzekeraars geldt dat er verdere ruimte voor inspanningen en onderscheid is. Hieronder gaan we in op een aantal voorbeelden waar zorgverzekeraars pro-actiever hun rol kunnen oppakken.

#### *Transparante inkoopcriteria*

Zorgverzekeraars zouden duidelijker aan consumenten bekend kunnen maken welke criteria zij hanteren bij hun zorginkoop en dit op een toegankelijke wijze op hun website presenteren. Wij zijn het eens met marktpartijen dat zorgverzekeraars hier onvoldoende aandacht aan besteden. Een voorbeeld hiervan zijn de gevolgen voor verzekerden van volume-afspraken die zorgverzekeraars met ziekenhuizen maken. Het is voor verzekerden niet altijd duidelijk wat voor consequenties dit heeft wanneer zij een ziekenhuis moeten bezoeken. Daarnaast was het in de praktijk niet altijd duidelijk wie de verzekerde informeert als het plafond is bereikt.<sup>45</sup> Verzekerden moeten hier duidelijkheid over hebben als zij een zorgaanbieder (gaan) bezoeken. Van verzekerden kan realistisch gezien niet verwacht worden dat zij hier naar kijken bij de keuze van een polis.

#### *Informeren verzekerden en patiënten*

Ook kunnen zorgverzekeraars zich pro-actiever richting hun verzekerden opstellen bij het aanbieden van zorgbemiddeling of advies. Een

---

<sup>45</sup> Zorgverzekeraars zijn verplicht om op hun website te vermelden hoe de zorgverzekeraar omgaat met volumeafspraken en omzetplafonds, en de mogelijke consequenties hiervan voor de verzekerde.

[https://www.nza.nl/1048076/1048133/TH\\_NR\\_007\\_Informatieverstrekking\\_ziektkostenverzekeraars\\_aan\\_consumenten.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048133/TH_NR_007_Informatieverstrekking_ziektkostenverzekeraars_aan_consumenten.pdf)



voorbeeld hiervan is de wachtlijstbemiddeling. Zorgverzekeraars zien dat patiënten soms heel lang moeten wachten op een behandeling in een ziekenhuis, waarbij de geldende norm wordt overschreden, maar pakken dan geen actieve rol op om deze patiënten te informeren over alternatieve ziekenhuizen. Een ander voorbeeld is het informeren van consumenten over kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders. Zorgverzekeraars kunnen zowel op basis van openbare informatie als de eigen informatie waarover zorgverzekeraars via de declaratiegegevens beschikken, consumenten meer informeren over de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders. Het gaat bijvoorbeeld om sterftcijfers (HSMR) en het aantal heroperaties. Zoals uit het onderzoek van SAMR blijkt, verwachten verzekerden ook dat zorgverzekeraars hen helpen bij het vinden van goede zorg. Zij moeten deze rol intensiever oppakken.

#### *Direct benaderen van verzekerden*

Een mogelijkheid om de dienstverlening te verbeteren is dat zorgverzekeraars meer de ruimte opzoeken om specifieke groepen verzekerden te informeren over wijzigingen in het pakket, het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en/of het geven van persoonlijk zorgadvies. De wetgever heeft hierbij publieke randvoorwaarden opgelegd. Als zorgverzekeraars verzekerden direct willen benaderen, maken zij gebruik van persoonsgegevens en moeten zij dit toetsen aan de Wet Bescherming persoonsgegevens (Wbp). Van belang in dit kader is ook dat wordt voldaan aan overige privacyregels, zoals de privacyregels die zijn gesteld bij en krachtens de Zvw, Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en Wet langdurige zorg (Wlz).

De Autoriteit Persoonsgegevens heeft aan ons aangegeven dat zorgverzekeraars, al dan niet via hun branchevereniging ZN, een casus aan haar kunnen voorleggen als zij twijfels hebben of zij persoonsgegevens mogen gebruiken bij het benaderen van hun verzekerden. Ze moeten dan wel eerst zelf een gedegen juridische onderbouwing hebben gemaakt. Zorgverzekeraars moeten vooral kunnen onderbouwen dat de voorgenomen verwerking van de gegevens is toegestaan. Onder meer door (i) het doel en de noodzaak aan te tonen, (ii) te onderbouwen dat er sprake is van een verenigbaar doel en (iii) door het treffen van passende waarborgen. Het moet bijvoorbeeld in het belang van patiënten zijn dat zij deze informatie ontvangen omdat zij hierdoor betere zorg kunnen krijgen of betere keuzes kunnen maken.

Ook voor de regels waar de NZa op toeziet is het aan zorgverzekeraars om te onderzoeken in hoeverre verzekerden er behoefte aan hebben rechtstreeks actief door verzekeraars te worden benaderd voor bemiddeling of advies. NZa is bereid met verzekeraars te overleggen op basis van de genoemde onderbouwing over de mogelijkheden en beperkingen daarin.

Wij realiseren ons dat zorgverzekeraars voor zij dergelijke initiatieven ondernemen deze juridisch moeten toetsen en dat hier kosten aan verbonden zijn. Ook kan er sprake zijn van eventuele reputatierisico's als er zich fouten in de uitvoering voordoen. Het is daarom van belang dat zorgverzekeraars op zorgvuldige wijze de ruimte verkennen en invullen die er is om hun verzekerden/patiënten van adviezen te voorzien die voor hen van toegevoegde waarde zijn.

Zorgverzekeraars kunnen de risico's in relatie tot de privacywetgeving beperken door hun verzekerden bij het afsluiten van hun polis te vragen of zij er bezwaar tegen hebben dat gegevens over hun zorggebruik worden gebruikt. Zij kunnen bijvoorbeeld een keuzemenu aan hun verzekerden aanbieden met de verschillende mogelijkheden waarmee

een zorgverzekeraar zijn verzekerden kan helpen als het gaat om zorgadvies. De verzekerde is zich dan ook meer bewust van de diensten die een zorgverzekeraar aanbiedt.

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat verzekerden de dienstverlening van zorgverzekeraars, zoals hulp bij het vinden van een goede zorgaanbieder, als goed bestempelen, maar dat voor veel verzekerden niet duidelijk is dat de zorgverzekeraar hen hierbij kan helpen. Het gebruik van deze diensten is dan ook nog zeer beperkt. Door de diensten meer onder de aandacht van verzekerden te brengen, kan het gebruik ervan toenemen, waardoor ook de prikkel voor de zorgverzekeraar sterker wordt om hierin meer te investeren. Daarnaast is er de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om met zorgaanbieders afspraken te maken om meer direct zorgadvies te geven aan hun patiënten.

#### *Informatieverstrekking zorgverzekeraars*

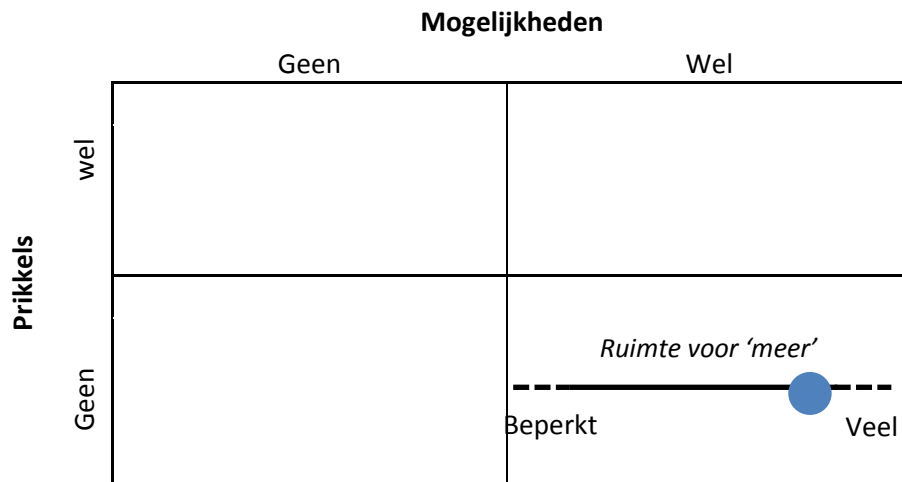
Uit de onderzoeken die de NZa heeft uitgevoerd naar de informatieverstrekking van zorgverzekeraars over de polissen op websites of via de telefoon blijkt dat zorgverzekeraars over het algemeen hun taken op dit punt naar behoren uitvoeren. En als dat niet het geval is snel maatregelen nemen om dit te verhelpen. Wij merken wel op dat zorgverzekeraars niet uit zichzelf komen met innovatieve concepten die de dienstverlening kunnen verbeteren en vrij reactief reageren op problemen waar verzekerden mee kampen. Er zijn voldoende mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden, maar zorgverzekeraars besteden hier nu onvoldoende aandacht aan en benutten de kansen die er zijn voor verder onderscheid niet.

## **7.4 Conclusie**

Op basis van de visies van marktpartijen en eerdere onderzoeken die wij hebben gedaan naar de dienstverlening van zorgverzekeraars, concluderen wij dat er veel mogelijkheden zijn voor zorgverzekeraars om zich in de dienstverlening verder te onderscheiden. Zorgverzekeraars ervaren op dit moment echter onvoldoende prikkels om deze ruimte te benutten. Dit komt deels omdat investeringen in dienstverlening tot een hogere premie leiden en zorgverzekeraars bang zijn verzekerden te verliezen als de premie te hoog wordt ten opzichte van andere zorgverzekeraars die minder in dienstverlening investeren. Wij zijn desondanks van oordeel dat zorgverzekeraars op dit aspect aanzienlijk ruimte voor meer onderscheid laten liggen (zie figuur 7.2) en meer hun rol moeten oppakken in het belang van hun verzekerden en patiënten. Meer differentiatie op dit vlak is gewenst.



**Figuur 7.2 Invulling analytisch kader voor dienstverlening: er is aanzienlijke ruimte voor meer onderscheid**







## 8. Kwaliteit van zorg

### 8.1 Inleiding

Eén van de doelen van het zorgstelsel is dat zorgverzekeraars zich richten op zowel de doelmatigheid van de zorg met het oog op de betaalbaarheid, als op de kwaliteit van zorg. Zij zouden hiermee zowel de belangen van verzekerden als patiënten behartigen. Zorgverzekeraars zouden een verbetering van de kwaliteit vooral moeten realiseren door kwalitatief minder goed presterende zorgaanbieders niet langer te contracteren. Door via de inkoop het verschil te maken op kwaliteit zouden verzekerden mede op basis van (verschil in) kwaliteit kunnen kiezen tussen zorgverleners en tussen zorgverzekeraars.

Dit is niet het eerste rapport dat ingaat op de rol van zorgverzekeraars op het gebied van kwaliteit/inkoop en de knelpunten die zorgverzekeraars ervaren bij het oppakken van deze rol. Om een beter begrip te krijgen van de huidige situatie en context waarin zorgverzekeraars opereren, staan we kort stil bij de conclusies van de twee evaluaties van de werking van de Zvw die in opdracht van het ministerie van VWS in resp. 2009 en 2014 zijn uitgevoerd. Sinds 2006 zijn namelijk verschillende maatregelen genomen om de mogelijkheden en prikkels voor zorgverzekeraars om op prijs en kwaliteit in te kopen aan te scherpen. Deze maatregelen hebben invloed gehad op de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden en met elkaar te concurreren, zowel op het gebied van doelmatigheid als zorgkwaliteit.

In dit hoofdstuk gaan we in op de prikkels, de mogelijkheden en de ruimte die er is voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden op de kwaliteit van zorg. Bij kwaliteit gaan we zowel in op de kwaliteit van de ingekochte zorg als innovatie. We merken daarbij op dat 'kwaliteit van zorg' een veelomvattend begrip is. Kwalitatief goede zorg<sup>46</sup> kan worden omschreven als verantwoorde zorg. Dat wil zeggen: de zorg is van goed niveau, wordt in ieder geval doeltreffend, doelmatig en vraaggericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Omdat kwaliteit raakt aan doelmatigheid, staan we ook stil bij de mogelijkheden, prikkels en verdere ruimte die er is op het gebied van doelmatigheid. De relatie tussen kwaliteit en doelmatigheid is daarbij niet eenduidig, doelmatigheid kan zowel samengaan met een hogere kwaliteit als ten koste gaan van kwaliteit. Een ander aspect is de veiligheid van de verleende zorg. Waar we in dit hoofdstuk kortheidshalve spreken over 'kwaliteit' bedoelen we deze verschillende aspecten. Dit hoofdstuk richt zich met name op het onderscheidend vermogen op het gebied van kwaliteit voor de basiszorgverzekering.

---

<sup>46</sup> De wettelijke eisen aan kwaliteit van zorg liggen vast in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Die gaat verder dan kwaliteit van het medisch handelen: ook een goede regeling voor klachten maakt deel uit van het begrip.

## 8.2 Evaluaties Zvw en de daarop aansluitende maatregelen

Beide evaluaties van de Zvw concludeerden dat de beoogde rol van zorgverzekeraars op de inkoopmarkt nog niet of maar in beperkte mate van de grond is gekomen. De onderzoeksrapporten voeren hier echter verschillende oorzaken voor aan. De evaluatie van 2009<sup>47</sup> noemt o.a. :

- de disfunctionerende bekostigingssystematiek van ziekenhuizen;
- het gebrek aan voldoende goede prestatie-indicatoren;
- een tekortschietend aanbod van zorgverleners (in aantal en variëteit);
- de aanwezigheid van meeliftproblemen bij zorginkoop;
- praktische problemen bij het sturingsinstrument ‘gedifferentieerd eigen risico’;
- en de substantiële ex-post kostencompensaties voor ziekenhuiszorg (A-segment).

Dit heeft geleid tot een aantal maatregelen. In 2012 is de bekostiging van ziekenhuizen gewijzigd. De budgettering is afgeschaft en in 2015 is een integraal tarief voor medisch specialistische zorg ingevoerd. De ex post verevening voor verzekeraars is vrijwel volledig afgebouwd. Hierdoor zijn de prikkels voor zorgverzekeraars om scherp in te kopen toegenomen: zij lopen immers meer financieel risico.

In de evaluatie van 2014<sup>48</sup> door KPMG staan enkele ontwikkelingen rond zorginkoop en resterende knelpunten beschreven. Zoals uit de bevindingen uit dit rapport blijkt, is er deels sprake van dezelfde knelpunten als bij de eerdere evaluatie in 2009. Dit kan er op wijzen dat ondanks de maatregelen die door de overheid zijn genomen het niet mogelijk is om deze punten te verbeteren of dat zorgverzekeraars dan wel zorgverleners de hen toebedachte rol niet oppakken zoals verwacht.

Wij hebben de knelpunten uit het evaluatierapport ingedeeld in prikkels en mogelijkheden volgens het analysekader van hoofdstuk 2<sup>49</sup>. We staan uitgebreid stil bij de bevindingen uit de evaluatie(s) omdat die aangeven hoe het stelsel werkt, welke beperkingen en prikkels voor verzekeraars zijn ingebouwd en welke pogingen tot bijsturing al eerder zijn ondernomen.

### Ontwikkelen rond zorginkoop

#### *Prikkels*

- Het afschaffen van het representatiemodel in de medisch specialistische zorg. Tot 2012 gold het representatiemodel in het A-segment<sup>50</sup> (waar nog sprake was van instellingsbudgettering). In de praktijk bleek dat het representatiemodel leidde tot minder concurrentie tussen zorgverzekeraars en daarmee tot een verminderde focus op doelmatige zorginkoop.
- Het vergroten van de risicodragendheid van zorgverzekeraars door het afschaffen van de ex post risicoverevening. Hierdoor nemen de prikkels voor zorgverzekeraars om scherp in te kopen toe.

<sup>47</sup> Zon Mw, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag (september 2009).

<sup>48</sup> KPMG. (september 2014). *Evaluatie Zorgverzekeringswet*.  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/09/01/evaluatie-zorgverzekeringswet>.

<sup>49</sup> KPMG hanteert deze indeling niet, deze is door ons gemaakt.

<sup>50</sup> Het deel van het aanbod van medisch specialistische zorg waarvoor nog prijsregulering van toepassing is.

- De hoofdlijnenakkoorden. In juli 2011 en juli 2013<sup>51</sup> zijn hoofdlijnenakkoorden gesloten tussen het ministerie van VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In deze akkoorden zijn voor de zorginkoop afspraken gemaakt dat zorgverzekeraars de selectieve inkoop van zorg zouden uitbreiden, voor bijvoorbeeld de complexe spoedzorg.

#### *Mogelijkheden*

- Toename van het aandeel vrije prijzen in de tweede lijn. In de tweedelijnszorg is het aandeel behandelingen met vrije prijzen in de medisch-specialistische zorg toegenomen tot 70%. Dit vergroot de mogelijkheden om selectief in te kopen.
- De toename van kwaliteitsindicatoren. De afgelopen jaren zijn de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsindicatoren toegenomen. Er is echter ook nog (aanzienlijke) ruimte voor verbetering van de inzichtelijkheid in kwaliteit; nog steeds zijn uitkomsten van kwaliteit (ook voor de indicatoren die reeds beschikbaar zijn) niet transparant, simpelweg omdat nog niet alle informatie wordt gepubliceerd.
- Kwaliteitsnormering door beroepsgroepen. De laatste jaren is een ontwikkeling in gang gezet, waarbij naast en met de normeringen vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), kwaliteitsnormen zijn opgesteld door (wetenschappelijke verenigingen van) medische beroepsgroepen. Deze normeringen worden opgenomen in de zorginkoospecificaties en vormen zo een onderdeel van het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

KPMG constateert dat de zorginkoopmarkt nog niet optimaal functioneert en dat bijvoorbeeld selectieve zorginkoop maar in beperkte mate van de grond komt. Belemmerende factoren voor zorginkoop zijn volgens KPMG:

#### *Mogelijkheden*

- Artikel 13 van de Zvw. Zorgverzekeraars moeten volgens dit wetsartikel een substantieel deel van de zorg vergoeden als een verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat. Het is daardoor voor zorgverzekeraars niet goed mogelijk om bepaalde groepen aanbieders uit te sluiten via selectieve contractering.
- De late beleidscyclus. Wijzigingen in het beleid na 1 juli zorgen voor onzekerheid bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders over het gevoerde beleid omdat hiermee rekening gehouden dient te worden in de contracten. Deze onzekerheid kan van invloed zijn op de voortgang van het contracteerproces.
- Gebrek aan transparantie in zorgkwaliteit. Ondanks de ontwikkeling in het aantal kwaliteitsindicatoren, blijkt dat het gebrek aan transparantie over de kwaliteit nog een belemmering vormt voor zorginkoop op basis van kwaliteit of het belonen van goed presterende aanbieders. Veel indicatoren zijn reeds beschikbaar in klinische registraties, maar simpelweg niet transparant.
- Kwaliteit: bureaucratie versus transparantie van uitkomsten. Het blijkt dat vanuit zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders de hoeveelheid kwaliteitsindicatoren (via Zichtbare Zorg) niet in verhouding staat tot het beperkte nut van deze structuur- en procesindicatoren. Indien zorgaanbieders transparant worden over de kwaliteit (uitkomsten) van de geleverde zorg kan een groot deel van de kwaliteitsindicatoren komen te vervallen.
- Fusies en concentraties van zorg. Fusies en concentraties kunnen tot nadelige effecten leiden en de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om goed in te kopen beperken.

<sup>51</sup> Brief van 5 juli 2011, TK 2010-2011, 29248 nr. 215 resp. brief van 16 juli 2013, kenmerk 107307-CZ

#### *Prikkels*

- De angst van zorgverzekeraars voor reputatieschade.  
Zorgverzekeraars zijn terughoudend in het selectief contracteren van zorgaanbieders omdat dit tot reputatieschade kan leiden. KPMG merkt op dat het hierbij om de perceptie van zorgverzekeraars gaat. Er zijn volgens haar in de praktijk nog weinig aanwijzingen dat zorgverzekeraars ook daadwerkelijk (grootschalig) verzekerden verliezen als gevolg van selectief contracteren.

De Minister heeft geprobeerd artikel 13 van de Zvw aan te passen zodat zorgverzekeraars de mogelijkheid zouden krijgen om geheel zelf te bepalen of ze een vergoeding bieden aan verzekerden die naar niet gecontracteerde aanbieders gaan en zo ja, hoe hoog die dan zou zijn. De Eerste Kamer heeft hier echter niet mee ingestemd. Verder zijn ten opzichte van de situatie bij de evaluatie in 2014 een aantal veranderingen in gang gezet. Er zijn afspraken gemaakt over het vervroegen van de beleidscyclus. Daarnaast moeten zorgverzekeraars vanaf het moment dat een polis wordt aangeboden bekend maken welke zorgaanbieders zij hebben gecontracteerd indien dit gevolgen kan hebben voor hun verzekerden. Ook moeten zij de vergoedingen voor eventuele niet-gecontracteerde zorg vermelden.<sup>52</sup> Voor de transparantie van kwaliteit geldt dat deze verder verbeterd is, maar ook dat zorgverzekeraars deze nog maar beperkt gebruiken in hun inkoop.<sup>53</sup>

Uit beide rapporten over de evaluatie kan geconcludeerd worden dat de inkoop nog niet functioneert zoals oorspronkelijk met de inrichting van het stelsel is beoogd. We merken daarbij op dat de mate waarin selectief wordt ingekocht in beide evaluaties het belangrijkste criterium lijkt te zijn waaraan dat wordt afgemeten. Het gaat er ons inziens echter vooral om dat een (geloofwaardige) dreiging van selectief contracteren marktmacht beperkt.

In het vervolg van dit hoofdstuk gaan we nader in op de vraag of zorgverzekeraars op de aspecten doelmatigheid en kwaliteit ruimte laten liggen om zich verder te onderscheiden.

### **8.3 Doelmatigheid**

Doelmatigheid en kwaliteit zijn twee aspecten van de inkoop die ontegenzeggelijk met elkaar te maken hebben. De relatie is echter niet eenduidig. Zorg van hoge kwaliteit is niet per se ondoelmatig. Goede zorg levert betere uitkomsten, minder complicaties en kan daarom uiteindelijk goedkoper uitpakken. Maar eenzijdig letten op de prijs zonder daarbij kwaliteitsaspecten te betrekken, kan leiden tot verschraling en kwalitatief ondermaatse zorg met navenante uitkomsten. We behandelen daarom beide aspecten in samenhang.

#### *Prikkels*

Uit de gesprekken met marktpartijen en zorgverzekeraars zijn geen signalen voortgekomen dat zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg te weinig letten op doelmatigheid. Voor doelmatigheid liggen de prikkels

---

<sup>52</sup> Zie artikel 13 en 14 van de door de NZa vastgestelde Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.  
[https://www.nza.nl/1048076/1048133/TH\\_NR\\_007\\_Informatieverstrekking\\_ziektekostenverzekeraars\\_aan\\_consumenten.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048133/TH_NR_007_Informatieverstrekking_ziektekostenverzekeraars_aan_consumenten.pdf)

<sup>53</sup> Zie ook: [https://www.nza.nl/1048076/1048181/Contractering\\_gepast\\_gebruik.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048181/Contractering_gepast_gebruik.pdf) (januari 2017).



aan verzekeraarszijde goed. Zorgverzekeraars zijn volledig risicodragend over de uitgaven en verzekerden zijn - voor een deel- gevoelig voor de hoogte van de premie. Doelmatigere inkoop kunnen zorgverzekeraars vertalen naar een lagere premie op landelijk niveau. Hiermee kunnen ze dus een concurrentieel voordeel behalen ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

#### *Mogelijkheden*

Zorgverzekeraars geven aan dat zij zich in hun mogelijkheden beperkt voelen door artikel 13 van de Zvw. Hierdoor moeten zij inefficiënte zorgaanbieders grotendeels vergoeden voor de door hen geleverde zorg en kunnen zij niet de door hen beoogde besparingen realiseren. Daarnaast beperkt de marktmacht van ziekenhuizen volgens zorgverzekeraars initiatieven van zorgverzekeraars om de zorg af te schalen en/of zorg te verplaatsen naar de eerste lijn.

Wij hebben in het kader van dit rapport geen onderzoek gedaan naar de vraag of er sprake is van marktmacht van ziekenhuizen die door zorgverzekeraars gewenste initiatieven op het gebied van doelmatigheid in de weg staan. In de praktijk zien we wel dat het terugbrengen van ziekenhuiscapaciteit moeizaam gaat. Het terugdringen van de capaciteit was onderdeel van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord uit 2013. Daarbij was ook sprake van een fonds om zorgaanbieders te compenseren voor het afstoten van complexe zorg zodat deze vanuit kwaliteitsperspectief sneller geconcentreerd kon worden. Dit is echter niet van de grond gekomen, mogelijk omdat men het onderling niet eens werd over de financiering van de kosten van sanering/concentratie.

Omdat het zorgverzekeraars niet lukt om afspraken te maken over terugbrengen van de capaciteit, zijn zij ook terughoudend bij contractering van kleinere of innovatieve zorgaanbieders. Zonder een daling van het volume bij ziekenhuizen zou dat immers leiden tot een stijging van uitgaven.

#### *Ruimte voor verder onderscheid*

Zorgverzekeraars geven aan dat er nog ruimte voor verder onderscheid is op dit aspect. Via lokale experimenten, zie ook paragraaf 8.7, proberen zorgverzekeraars afspraken met zorgaanbieders te maken om de doelmatigheid te verbeteren. Elke zorgverzekeraar kiest hierbij voor een eigen insteek. Zorgverzekeraars geven zelf aan dat zij ruimte zien om zich verder te onderscheiden door de afspraken die in een bepaalde regio tot goede resultaten op het gebied van kwaliteit en kosten leiden, verder uit te rollen naar andere regio's.

Een aantal marktpartijen merkt op dat zorgverzekeraars juist te veel op doelmatigheid letten en dat dit ten koste kan gaan van de kwaliteit van de zorg.

#### *Conclusie*

Zorgverzekeraars ervaren door de sterke aandacht van verzekerden bij de keuze van een polis op de premie de prikkel om op doelmatigheid te letten binnen de huidige wettelijke kaders. Zij maken gebruik van de mogelijkheden die er zijn om zich te onderscheiden. Er is verder ruimte voor onderscheid mogelijk door nog doelmatiger in te kopen. In hun kernregio experimenteren zorgverzekeraars met initiatieven om hier invulling aan te geven, die zij indien deze succesvol zijn, kunnen uitrollen naar andere regio's.

## 8.4 Mogelijkheden voor onderscheid op kwaliteit van zorg

De algemene perceptie in het veld, bij beleidsmakers en in de evaluaties van de Zvw is dat zorgverzekeraars te weinig inspanningen leveren op het gebied van kwaliteit van zorg. Er zijn verschillende oorzaken aan te wijzen waarom er weinig onderscheid is tussen zorgverzekeraars op het gebied van zorgkwaliteit. Deze vallen deels samen met de in de evaluaties genoemde oorzaken.

Er is ten eerste onvoldoende maatschappelijk draagvlak voor onderscheid in kwaliteit tussen verzekerden. Een tweede factor die onderscheid in de weg staat, zijn de marktomstandigheden. Door marktmacht van zorgaanbieders zouden zorgverzekeraars niet in staat zijn het verschil te maken op de zorginkoopmarkt. Een derde aspect dat het onderscheid beperkt, is het gebrek aan transparantie op het gebied van de kwaliteit van zorg. Hieronder gaan we uitgebreider in op deze punten.

### *Houding zorgverleners t.a.v. verschil in kwaliteit*

Zorgverleners accepteren in het algemeen geen onderscheid op inhoud en kwaliteit van zorg tussen verzekerden. Een zorgaanbieder levert dezelfde zorginhoudelijke kwaliteit aan alle patiënten, ongeacht bij wie zij verzekerd zijn. Op het gebied van toegangstijden is er in theorie onderscheid mogelijk voor electieve zorg, maar ook dit wordt zowel vanuit de maatschappij als de beroepsgroepen in de praktijk onwenselijk geacht. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hanteren in de praktijk dezelfde Treeknormen voor toegang. De NZa houdt hier ook toezicht op. Een zorgverzekeraar kan zich op dit punt daarom niet in positieve zin onderscheiden<sup>54</sup>.

Vanuit het perspectief van solidariteit is het ontbreken van verschillen in kwaliteit positief omdat iedereen 'dezelfde' kwaliteit van zorg geleverd krijgt. Dit leidt er echter toe dat er geen onderscheid is in zorginhoudelijke kwaliteit tussen zorgverzekeraars of polissen als het om dezelfde gecontracteerde zorgverleners gaat. Er is dus voor een consument weinig te kiezen.

### **Consumentenvertrouwen**

Een algemeen en belangrijk knelpunt voor meer onderscheid op zorgkwaliteit is dat zorgverzekeraars ervaren dat consumenten er niet op vertrouwen dat de zorgverzekeraar in het belang van zijn verzekerden inkoop. Dit kan defensief gedrag van de zorgverzekeraars in de hand werken. Zorgverzekeraars zullen niet snel een strenger beleid bij de inkoop voeren dan andere zorgverzekeraars als zij vrezen dat sommige vormen van onderscheid maatschappelijk en/of door hun verzekerden niet aanvaard worden.

Het 'sturen' van consumenten naar voorkeursaanbieders is maatschappelijk omstreden. Een wetsvoorstel om de mogelijkheden hiertoe binnen de Zvw te verruimen, is door de Eerste kamer verworpen. Zorgverzekeraars kunnen weliswaar met geselecteerde aanbieders afspraken over kwaliteit maken, maar zullen als verzekerden naar ander zorgaanbieders gaan die in hun ogen mindere kwaliteit leveren deze zorg

---

<sup>54</sup> Er zijn signalen bij de NZa binnengekomen dat verzekerden niet terecht kunnen bij hun aanbieder van eerste voorkeur, met name door de omzetplafonds. Zorgverzekeraars moeten dan hetzij een ander aanbod regelen of het contract herzien. Dit gebeurt meestal achteraf en is correctief. Dit valt daarom niet als een positief onderscheid *vooraf* te kwalificeren.



toch moeten vergoeden. Zorgverzekeraars noemen dit zelf als één van de belemmeringen om het verschil te maken op de inkoop.

Zorgverzekeraars maken aan de andere kant echter ook weinig gebruik van de mogelijkheden om hun verzekerden op een positieve manier te sturen. Zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld de mogelijkheid om het eigen risico geheel of gedeeltelijk kwijt te schelden<sup>55</sup> als de verzekerde naar een door hen gecontracteerde voorkeursaanbieder gaat. Andere modellen zijn ook denkbaar. Dit lijkt echter vrijwel niet te gebeuren voor de medisch specialistische zorg; zie ook tabel 8.1.<sup>56</sup> De tabel laat zien dat minder dan de helft van de verzekeraars een vorm van sturing toepast en dat bij de medisch specialistische zorg geen enkele verzekeraar specifieke aanbieders aanwijst. Ook bij een breed gecontracteerd aanbod zou een zorgverzekeraar een verzekerde nog steeds kunnen informeren over zowel de prijs als de kwaliteit van zorg bij verschillende aanbieders (zonder financiële sanctie als de voorkeur van de zorgverzekeraar niet wordt gevolgd).

### Marktomstandigheden

In de gesprekken die wij met zorgverzekeraars hebben gevoerd, brengen de zorgverzekeraars naar voren dat de marktmacht van zorgaanbieders hun mogelijkheden om hun rol op het gebied van kwaliteit op te pakken beperkt. Dit geldt bijvoorbeeld voor hun mogelijkheden om bepaalde vormen van zorg te concentreren of te verplaatsen. In de evaluatie van de Zvw (2014<sup>57</sup>) wordt eveneens de conclusie getrokken dat de sterke positie van aanbieders van medisch specialistische zorg verzekeraars beperkt in hun mogelijkheden voor selectieve inkoop.

**Tabel 8.1 Gebruik van eigen risico als sturingsinstrument door zorgverzekeraars**

#### Hoeveel zorgverzekeraars gebruiken het eigen risico als sturingsinstrument?

	2014	2015	2016
Totaal aantal zorgverzekeraars	26	25	25
<b>Zorgverzekeraar past sturing toe</b>			
Aantal concerns	5	9	9
Aantal zorgverzekeraars	16	12	12
<b>Aangewezen zorgaanbieder:</b>			
Farmaceutische zorg	7	11	11
Medisch spec. Zorg	1	0	0
<b>Aangewezen zorg:</b>			
Een programma voor een aandoening	6	1	2
Geneesmiddel	8	8	8

Bron: NZa, polisvoorwaarden zorgverzekeraars

Het beeld rond marktmacht is naar ons oordeel genuanceerd. In algemene zin kan -afhankelijk van de regionale situatie- sprake zijn van marktmacht van ziekenhuizen. ACM en NZa hebben in het kader van dit onderzoek niet onderzocht of er sprake is van marktmacht die zich uit in

<sup>55</sup> zie artikel 2.17 lid 2 Besluit Zorgverzekering.

<sup>56</sup> Een zorgverzekeraar gaf aan dat met het onder voorwaarden terugbetalen van het eigen risico is geëxperimenteerd, maar dat dat experiment is stopgezet, o.a. vanwege de negatieve reacties van verzekerden.

<sup>57</sup> Zie paragraaf 8.1.

misbruik in de vorm van te hoge prijzen of te lage kwaliteit of het tegenwerken van door zorgverzekeraars gewenste initiatieven.

Afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn de uitkomst van een onderhandelingstraject. Dat zorgverzekeraars niet altijd hun ambities -al dan niet in het verlengde van die van de overheid- volledig weten te realiseren, is niet per definitie het gevolg van marktmacht van de zorgaanbieder, maar kan ook een compromis zijn tussen aspecten als prijs, kwaliteit en andere factoren.

Samenwerking van zorgverzekeraars om deze marktmacht tegen te gaan, kan strijdig zijn met de Mededingingswet. Een belangrijke overweging voor ACM om geen goedkeuring te geven aan gezamenlijke afspraken van zorgverzekeraars over het concentreren van de complexe acute zorg, was gelegen in de onenigheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de te behalen kwaliteitsvoordelen. Daarmee was niet duidelijk dat de voordelen van concentratie opwogen tegen de beperking van de keuzevrijheid van verzekerden/patiënten. In gevallen waar samenwerking wel toegestaan is, zal dit aan de andere kant niet tot onderscheid tussen zorgverzekeraars leiden.

Als zorgverzekeraars concrete signalen hebben dat ziekenhuizen wenselijke ontwikkelingen tegenhouden kunnen zij hierover contact opnemen met de ACM en de NZa.

### **Transparantie van kwaliteit**

Een belangrijk knelpunt dat zorgverzekeraars zeggen te ervaren bij de inkoop op basis van kwaliteit is de nog steeds gebrekkige transparantie over kwaliteit. Dit punt werd ook prominent in de evaluatie van de Zvw van 2014 genoemd.

Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren inspanningen gedaan om meer inzicht in de kwaliteit te krijgen, o.a. door in de inkoop (eigen) volumenormenten te hanteren. Dit leidde tot weerstand bij de zorgaanbieders, met name omdat zorgverzekeraars verschillende normen hanteerden. Uiteindelijk hebben de beroepsverenigingen van medisch specialisten voor een aantal behandelingen volumenormenten opgesteld. Zorgverzekeraars hebben met de zorgaanbieders en het Zorginstituut Nederland (ZiN) afgesproken dat zij dezelfde indicatoren en normen zullen gebruiken bij de inkoop van zorg<sup>58</sup>. Uit een onderzoek van de RVS<sup>59</sup> blijkt dat zorgverzekeraars deze indicatoren echter maar nauwelijks gebruiken bij hun zorginkoop. Een aantal zorgverzekeraars heeft publiekelijk aangekondigd dat zij geen eigen kwaliteitsindicatoren meer zullen ontwikkelen en zich aansluiten bij de normen van het veld. Hierdoor is er nauwelijks nog onderscheid tussen zorgverzekeraars bij het hanteren van kwaliteitscriteria. Ondanks deze ontwikkelingen blijven zorgverzekeraars van mening dat er te weinig transparantie van kwaliteit is. Zij vinden echter dat er met name een taak voor de overheid ligt om de transparantie te verbeteren.

---

<sup>58</sup>

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2016/10/04/samenwerkingsafspraken-ten-behoeve-van-transparante-kwaliteitsinformatie-in-de-medisch-specialistische-zorg>

<sup>59</sup> Inkoop safari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop, RVS, Den Haag, 2017. In het rapport wordt hierover het volgende opgemerkt: *Omdat indicatoren niet betrouwbaar en onderscheidend zijn, durven zorgverzekeraars er vooralsnog niet op te sturen. Daar waar er goede uitkomstmaten zijn, zeggen verzekeraars deze te betrekken bij de zorginkoop. Een verzekeraar stelt dat hij slechts over 10% van wat hij inkoop kwaliteitsinformatie heeft. De discussie gaat vaak over wie de beste indicatoren heeft en het komt er nog nauwelijks van om met de opgebrachte informatie iets te doen.*





Zorgverzekeraars beschikken naast algemene (landelijke) indicatoren over eigen informatie uit de declaraties die zij ook kunnen gebruiken als kwaliteitsinformatie. Zij kunnen bijvoorbeeld vergelijken welke ziekenhuizen meer behandelingen doen dan gemiddeld, welke ziekenhuizen vaker dan gemiddeld voor een operatie kiezen in plaats van voor alternatieve behandelvormen, hoeveel heroperaties plaatsvinden etc. Zorgverzekeraars doen hier in de praktijk echter weinig mee. Uit de gesprekken met marktpartijen komt naar voren dat zorgverzekeraars ook maar beperkt de kwaliteitsinformatie gebruiken die de IGZ hanteert en die algemeen toegankelijk is. Deze data laten kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders zien, maar zorgverzekeraars verbinden hier geen zichtbare consequenties aan. Zorgverzekeraars zouden volgens één van de door ons geïnterviewde partijen in de praktijk ook de volumenormenten die door de beroepsgroepen zijn opgesteld en aanvaard niet hanteren bij de inkoop van zorg. Zorgstandaarden zouden naar ons oordeel door zorgverzekeraars ondersteund moeten worden en onderdeel zijn van de inkoop.

Meer generieke transparantie op het gebied van kwaliteit zal het onderscheid tussen zorgverzekeraars niet per se vergroten. Toch is het vergroten van inzicht in kwaliteitsverschillen belangrijk. Het biedt zorgverzekeraars meer ruimte om zich te onderscheiden op de dienstverlening naar verzekerden in het benutten van deze informatie. Patiënten kunnen ook zelfstandig van deze informatie gebruik maken zodat zij beter geïnformeerde keuzes voor een zorgaanbieder kunnen maken. Patiënten zijn dan immers in staat om een betere afweging te maken tussen bijvoorbeeld kwaliteitsverschillen en reisafstand bij de keuze van een hulpverlener. Daarnaast dient meer transparantie het algemeen belang omdat deze het gemiddelde kwaliteitspeil van zorgaanbieders kan verhogen. Zorgaanbieders willen immers niet onderaan de lijstjes op het gebied van kwaliteit bungelen. Meer transparantie over kwaliteit biedt ook meer mogelijkheden voor zorgaanbieders om 'best practice' voorbeelden van andere zorgaanbieders over te nemen. Dat zou zorgverzekeraars op hun beurt kunnen stimuleren om hier meer aandacht aan te besteden in de inkoop en/of het aanbod aan verzekerden.

#### *Collectiviteiten*

De mogelijkheden voor zorgverzekeraars om in kwaliteit te investeren zijn groter voor collectiviteiten dan voor de individuele basisverzekering. Er is meer ruimte voor differentiatie mogelijk en het consumentenwantrouwen speelt minder een rol. De ruimte voor differentiatie is vooral groter voor grootschaligere collectiviteiten (waar dus schaal- en scopevoordelen te behalen zijn) en daar waar het mogelijk is gerichte afspraken te maken voor de zorginkoop. Voor de gelegenheidscollectieven is dit minder makkelijk.

Werkgevers en vakbonden maken bijvoorbeeld afspraken over inzetbaarheid van hun medewerkers om verzuim te beperken of te voorkomen. Andere onderwerpen waar afspraken over gemaakt worden zijn preventie, e-health checks en trainingen over werkdruk en mindfulness. Ouderenbonden en patiëntenverenigingen fungeren vooral als sparringpartner voor de zorgverzekeraar bij de inkoop van relevante zorgsoorten voor die groepen.

## 8.5 Prikkel voor onderscheid op kwaliteit van zorg

### Aandacht voor kwaliteit

Uit de vorige paragraaf blijkt dat onderscheid op gebied van zorgkwaliteit tussen zorgverzekeraars niet eenvoudig is.

De zorgverzekeraars geven tijdens de gesprekken vrijwel allemaal aan dat ze bij de inkoop aandacht besteden aan kwaliteit. Een zorgverzekeraar geeft aan dat hij (professionele) kwaliteit vooral een zaak van de zorgaanbieders vindt en dat hij zich daar niet meer via het opleggen van normen bij de inkoop op richt. Een andere zorgverzekeraar liet daarentegen weten dat streven naar kwaliteitsverbetering in de zorg verankerd is in de missie van de organisatie.

In de monitor over het contracteerproces voor de medisch specialistische zorg<sup>60</sup> wordt echter door zorgaanbieders aangegeven: 'Er wordt niet of nauwelijks gekeken naar de kwaliteit van zorg en er is geen ruimte voor groei van productie.' Hieruit leiden we af dat er volgens zorgaanbieders meer aandacht voor kwaliteit zou moeten zijn.

Overigens merkt de NZa ook op dat bij de zogenaamde budgetpolissen de: '(..) kwaliteit van de geboden zorg bij een deel van de onderzochte polissen het belangrijkste onderscheidende criterium is geweest om zorgaanbieders te selecteren voor een polis met beperkende voorwaarden'.<sup>61</sup> Zorgverzekeraars passen hier wel degelijk kwaliteitseisen toe. Mogelijk is dit een reactie van zorgverzekeraars op de negatieve reputatie die de 'budgetpolis' heeft gekregen of leidt hogere kwaliteit in sommige gevallen tot lagere kosten.

Ook de RVS<sup>62</sup> merkt op: *'over de hele linie speelt kwaliteit binnen de inkoop een beperkte, maar groeiende rol door een aantal initiatieven van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Echt selectief inkopen waarmee specialisatie van ziekenhuizen wordt nagestreefd, is niet van de grond gekomen. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geven aan dat de onderhandelingen uiteindelijk vooral over geld en risico gaan.'*

### Ervaren zorgverzekeraars de juiste prikkels?

Een reden waarom zorgverzekeraars niet investeren in kwaliteit is volgens ons dat ze maar beperkte prikkels ervaren om dit te doen. Consumenten kiezen vooral op prijs en keuzevrijheid en (nog) niet op kwaliteit. Een ander aspect dat speelt, is dat zorgverzekeraars te weinig financiële prikkels ervaren om te investeren in de inkoop van zorg voor specifieke groepen patiënten. Het is op langere termijn niet rendabel. Dit ligt onder andere aan de risicoverevening. Hieronder gaan we nader in op deze argumenten.

#### *Geen kwaliteitsprikkel vanuit verzekerden*

Verzekerden letten bij het kiezen van een polis in meerderheid niet op de door de zorgverzekeraars ingekochte kwaliteit van zorg, zie ook hoofdstuk 3. Dit kan ten koste gaan van investeringen in kwaliteit.

---

<sup>60</sup>

[https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Monitor\\_contracteerproces\\_medisch\\_specialistische\\_zorg\\_2016](https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Monitor_contracteerproces_medisch_specialistische_zorg_2016) (december 2016)

<sup>61</sup>

[https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Rapport\\_Zorginkoop\\_voor\\_polissen\\_met\\_beperkende\\_voorwaarden](https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Rapport_Zorginkoop_voor_polissen_met_beperkende_voorwaarden) (februari 2017)

<sup>62</sup> Inkoop safari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop, RVS, Den Haag, 2017



De RVS<sup>63</sup> constateert dat inkoopinspanningen op gebied van kwaliteit twee invalshoeken kennen: de professionele kwaliteit en de gebruikers- of klantervaringen. Zorgverzekeraars hebben zich volgens de RVS tot nu toe vooral gericht op het eerste, zoals het gebruik van volumenormenten in de inkoop.

De nadruk op professionele kwaliteit in de inkoop waar de RVS naar verwijst, maakt het ook lastig voor consumenten om bij hun poliskeuze verschillen in kwaliteit te betrekken. Zij worden dan immers geacht hun keuze te bepalen op de voor hen optimale combinatie van premie, gecontracteerd aanbod en kwaliteit van het gecontracteerde aanbod waarbij de gehanteerde normen voor kwaliteit niet hoeven aan te sluiten bij de beleving van patiënten op het gebied van kwaliteit zoals patiënttevredenheid. Dat is een complexe afweging. De consument koopt met zijn zorgverzekering in feite algemene toegang tot zorg en geen specifieke zorg. Om die reden is niet te verwachten dat een onderscheid in polisaanbod waarbij verschillen in kwaliteit tot uiting komen, snel tot ander gedrag van de consument op de zorgverzekeringsmarkt gaat leiden. Van chronische patiënten gaat wel enige druk uit op de kwaliteitsdimensie van de polis.

#### *Meelifteffecten bij investeringen in kwaliteit*

Zorgverzekeraars ervaren vrijwel alleen in hun kernregio een prikkel om in kwaliteit te investeren. Dit komt omdat andere zorgverzekeraars meeliften op de inspanningen van een zorgverzekeraar om de kwaliteit van zorg bij een zorgverlener te verbeteren terwijl zij in mindere mate hiervoor de kosten hoeven te dragen. Van het terugdringen van het aantal complicaties profiteren ook andere zorgverzekeraars. De zorgaanbieder levert immers aan alle patiënten/verzekerden dezelfde kwaliteit, ongeacht waar zij verzekerd zijn. Dit meelifteffect is het kleinst in de kernregio.

Het valt niet uit te sluiten dat ook consumenten dit oppikken en om die reden indifferent zijn ten aanzien van hun polis op dit aspect; er zijn namelijk toch geen kwaliteitsverschillen in de zorg die consumenten bij een zorgverlener ontvangen. Er is voor consumenten dan weinig te kiezen en ook weinig reden om te kiezen.

Zorgverzekeraars zijn daarom met name lokaal en regionaal aan het experimenteren met nieuwe vormen van zorginkoop en samenwerking met zorgaanbieders. Wij vinden dergelijke experimenten zinvol, maar verwachten niet dat ze zullen leiden tot meer onderscheid tussen zorgverzekeraars. Dit komt enerzijds omdat deze regionale ervaringen moeilijk te vertalen zijn naar een inhoudelijk onderscheid op landelijk niveau en anderzijds als ze succesvol zijn, worden overgenomen door andere zorgverzekeraars. Het ondernemen van dergelijke initiatieven kan wel bijdragen aan het imago van de zorgverzekeraar, zie ook box 3 waarin we ingaan op de maatschappelijke prikkels die zorgverzekeraars ervaren om bijvoorbeeld in kwaliteit en preventie te investeren.

#### *Risicoverevening*

Een derde aspect dat investeringen in kwaliteit voor bepaalde doelgroepen ontmoedigt, is de risicoverevening. Zorgverzekeraars willen geen oververtegenwoordiging van een bepaalde patiëntenpopulatie in hun verzekerdenportefeuille. Een zorgverzekeraar die zich op een bepaalde groep richt door hier specifieke investeringen voor te doen, loopt een groot risico de onvoordeligste patiënten binnen die groep aan te trekken, terwijl de risicoverevening de gemiddelde kosten voor een groep compenseert.

---

<sup>63</sup> Ibid

Een oververtegenwoordiging van een bepaalde groep kan daarnaast op de lange termijn tot onvoorspelbare risico's leiden, bijvoorbeeld omdat niet duidelijk is welke zorgkosten deze groep in de toekomst met zich meebrengt, en of de risicoverevening hiervoor goed compenseert.

Al deze aspecten samen leiden er toe dat zorgverzekeraars maar een beperkte prikkel ervaren om kwaliteitsverschillen in het polisaanbod tot uiting te laten komen. Een grote inkoopinspanning kan alleen terugverdiend worden via een vermindering van de schadelast of een hogere premie.

Bovengenoemde constatering leidt tot de vraag of de prikkels in het systeem niet te eenzijdig op doelmatigheid liggen. Ook de RVS en Nivel geven aan dat de prijsprikkel op de zorgverzekeringsmarkt overheersend is. Een constatering die dezelfde kant op wijst, is dat zorgverzekeraars veelal verwijzen naar hun intrinsieke motivatie en hun maatschappelijke verantwoordelijkheid om zich in te zetten voor een verbetering van de kwaliteit van zorg (zie ook box 3). Een andere bevinding die hierop aansluit, is dat een groot aantal zorgverzekeraars negatief is over de invloed van budgetpolissen op de inkoop van zorg. Enkele verzekeraars zeggen dat het afschaffen van de budgetpolissen er toe kan leiden dat zorgverzekeraars meer inspanningen op het gebied van kwaliteit gaan doen. De budgetpolissen zouden vooral op een lage prijs gericht zijn en niet op de kwaliteit van zorg.<sup>64</sup> Bovendien zijn dergelijke polissen aantrekkelijk voor mensen die relatief weinig zorg gebruiken en voor wie kwaliteit minder belangrijk is.

#### *Collectiviteiten*

Voor afspraken met collectiviteiten spelen de hierboven genoemde knelpunten minder of helemaal geen rol. De kans op meelifteffecten is kleiner en zorgverzekeraars kunnen met werkgevers of andere collectiviteiten afspraken maken over een passende beloning en op maat gesneden afspraken over zorgkwaliteit. De prikkels liggen hier in theorie goed.

#### **Box 3: Maatschappelijke verantwoordelijkheid zorgverzekeraars**

Zorgverzekeraars kunnen zich op landelijk niveau van elkaar onderscheiden door bijvoorbeeld de zorgverzekeraar te zijn die per regio het meest experimenteert op het gebied van innovatie of preventie, de zorgverzekeraar te zijn die zich richt op kwaliteit of zich profileert als de meest sociale zorgverzekeraar. Dit kan bijdragen aan een maatschappelijk imago, net zoals dat van bijvoorbeeld DSW die zich bewust een ander imago aanmeet dan andere zorgverzekeraars.

Alle zorgverzekeraars geven aan dat zij bij het oppakken van hun rol zich bewust zijn van hun maatschappelijke taak en rol. Zorgverzekeraars ondernemen initiatieven om de zorg te verbeteren of toegankelijker te maken terwijl je dit economisch rationeel niet van hen zou verwachten. Dit geldt bijvoorbeeld voor het onderwerp preventie, waarvoor het in veel gevallen voor zorgverzekeraars niet rendabel is om hierin te investeren, maar zij toch initiatieven ondernemen omdat de maatschappij en het ministerie van VWS dit van hen verwacht. Dit geldt ook voor initiatieven om de zorgkwaliteit te verbeteren, ook al kunnen

<sup>64</sup> Deze claim vindt geen ondersteuning in de bevindingen van de NZa waar wij in het begin van paragraaf 8.5 naar verwijzen.



zorgverzekeraars dit niet direct vertalen naar een concurrentieel voordeel.

Zorgverzekeraars zoeken, mede door de overheveling van taken zoals de wijkverpleegkundige zorg, steeds actiever de samenwerking op met gemeenten om problemen die in de wijken spelen op te pakken. De zorgverzekeraars gaan hierbij verder dan de zorgplicht hun voorschrijft. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het initiatief van CZ om via de organisatie Sociaal Hospitaal de schulden van een aantal probleemgezinnen over te nemen. De verwachting is dat het overnemen van de schulden bij de deelnemers aan de proef tot minder stress zal leiden waardoor deze minder vaak hulp nodig hebben van bijvoorbeeld maatschappelijk werkers en psychologen. Zorgverzekeraars ervaren hiertoe een financiële prikkel, maar pakken meer ruimte dan van hen verwacht wordt. Ook andere zorgverzekeraars experimenteren op lokaal/regionaal niveau met dit soort initiatieven.

Een reden voor het ondernemen van dergelijke initiatieven is dat zorgverzekeraars opereren in een sterk politiek gevoelige omgeving waarbij hun license to operate telkens ter discussie staat. Zorgverzekeraars lijken daarbij soms meer in te spelen op de wensen van de politiek in hun gedrag en acties dan dat zij inspelen op de behoeften van hun klanten. Hierdoor kan er een spanning ontstaan tussen het collectieve belang dat zorgverzekeraars worden geacht te dienen en het individuele belang van hun verzekerden. De verzekerde wil bijvoorbeeld een lage premie, terwijl de overheid zorgverzekeraars vraagt om in kwaliteit te investeren.

## 8.6 Ruimte voor verder onderscheid op kwaliteit van zorg

De algemene perceptie, zoals ook verwoord in andere onderzoeken naar de inkoopinspanningen van zorgverzekeraars, is dat kwaliteit onvoldoende aandacht krijgt in de zorginkoop. Dit wordt bevestigd door een aantal zorgverzekeraars. Een verzekeraar merkt op dat extra inspanningen in de inkoop ook tot hogere beheerskosten leiden, wat weer in de premie tot uiting komt. Dat illustreert naar ons oordeel nog eens het hierboven gesignaleerde spanningsveld tussen doelmatigheid en kwaliteit.

Aan de andere kant zien we dat de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om op het gebied van de kwaliteit van de zorg zich verder te onderscheiden beperkt zijn. Wij kunnen niet concluderen dat kwaliteitsaspecten voor zorgverzekeraars in het geheel niet belangrijk zijn of dat zij die in het geheel niet bij de inkoop betrekken. Ook zien we geen harde aanwijzingen dat ze hier hun mogelijkheden onvoldoende benutten. De ruimte voor zorgverzekeraars om zich op dit aspect verder te onderscheiden beoordelen we daarom als beperkt.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat zij verdere ruimte voor onderscheid zien op het gebied van kwaliteit bijvoorbeeld door lokale experimenten, waar zij afspraken maken met zorgaanbieders om de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren, verder uit te rollen naar andere regio's; zie ook de paragrafen over doelmatigheid (8.3) en innovaties (8.7), waarin wij hier uitgebreider bij stil staan. Ook merkt een zorgverzekeraar op dat hij de kwaliteit wil verbeteren door het zorglandschap te herschikken. Dit gaat verder dan selectieve contractering omdat de profielen van de ziekenhuizen en ander zorgaanbieders in de regio op elkaar moeten (blijven) aansluiten.

Een veel gehoorde opmerking is dat zorgverzekeraars meer hun ruimte zouden moeten pakken bij het selectief contracteren van zorgaanbieders, bijvoorbeeld als er duidelijke kwaliteitsverschillen zijn tussen zorgaanbieders. We zien dat zorgverzekeraars er voor kiezen om in de praktijk het instrument van niet contracteren niet snel in te zetten<sup>65</sup>. Dit instrument wordt alleen ingezet als alle andere onderhandelingsopties niet werken en vormt het ultieme disciplineringsinstrument. Bij de keuze om een zorgaanbieder wel of niet te contracteren moeten zorgverzekeraars een afweging maken tussen enerzijds de behoefte van een groot deel van de verzekerden om naar elke zorgaanbieder toe te gaan en anderzijds de wens om zo goed mogelijke zorg in te kopen.

Wij zijn van oordeel dat het voor de verbetering van de kwaliteit niet noodzakelijk is dat zorgverzekeraars meer selectief contracteren. Het is wel belangrijk dat zij actief acties ondernemen als zorgaanbieders niet aan de normen voldoen of substantieel afwijken van overige zorgaanbieders. Dit zien we in de praktijk ook gebeuren via verschillende verbetertrajecten. Voorts kunnen zorgverzekeraars op basis van hun eigen kwaliteitsinformatie pro-actiever hun klanten adviseren naar welke zorgaanbieder zij het beste kunnen gaan. Ook kunnen zij meer doen met de instrumenten die zij hebben om op een positieve manier hun verzekerden te sturen. Zorgverzekeraars kunnen onder andere meer differentiatie van het eigen risico tussen aanbieders toepassen waar dat mogelijk is.

#### *Collectiviteiten*

Voor collectiviteiten is er wel meer ruimte voor onderscheid. Vanuit het veld is er meer behoefte aan op maat gesneden afspraken. Marktpartijen geven aan dat zorgverzekeraars niet altijd openstaan voor zorginhoudelijke afspraken. Zorgverzekeraars maken maar mondjesmaat specifieke afspraken voor een collectiviteit. De focus ligt met name op de financiële korting. De zorginkoop wijkt niet af van die voor individuele verzekerden.

Bij de aanvullende zorgverzekering in de collectiviteit worden wel meer specifieke aanvullende dekkingsafspraken gemaakt. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat juist de collectiviteiten zich bij uitstek lenen voor specifiek beleid voor bijvoorbeeld chronisch zieken. Dit geldt zowel voor collectiviteiten die betrekking hebben op de basisverzekering als collectiviteiten die gaan over de aanvullende verzekering.

De algemene perceptie, die bevestigd wordt door zorgverzekeraars zelf, is dat zorgverzekeraars nog weinig gebruik gemaakt hebben van de ruimte om zorginhoudelijke afspraken te maken met collectiviteiten. Zorgverzekeraars pakken dit nu langzaam op. Enkele voorbeelden van collectiviteiten waar zorginhoudelijke afspraken worden gemaakt zijn begeleiding van en naar het ziekenhuis van kwetsbare ouderen waardoor de ziekenhuisopname wordt verkort en een diabetes-preventieprogramma in een gemeente.

Het ministerie van VWS onderzoekt of de collectiviteiten in hun huidige vorm voldoende toegevoegde waarde met zich meebrengen. Een vraag die hierbij van belang is, is hoe gestimuleerd kan worden dat binnen de collectiviteiten meer aandacht komt voor zorginhoudelijke afspraken.

---

<sup>65</sup> Zorgverzekeraars zullen in de onderhandeling hier mogelijk wel mee dreigen om de onderhandelingen te beïnvloeden.



## 8.7 Innovatie zorgaanbod en contractvormen

Innovatie maakt deel uit van de kwaliteit van zorg. Onder innovatie verstaan we innovatie in de organisatie van het zorgaanbod en innovatieve contractvormen. We besteden in deze paragraaf aandacht aan vernieuwende initiatieven van zorgverzekeraars om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren.

### *Mogelijkheden*

Er zijn geen specifieke wettelijke belemmeringen voor zorgverzekeraars om zich te richten op gespecialiseerde aanbodvormen zoals het Parkinsonnet of zorggroepen, hun aanbod te richten op specifieke doelgroepen (zoals chronische patiënten) en/of innovatieve contractvormen (zoals meerjarenafspraken, afspraken over substitutie van zorg of het belonen van kwaliteit).

Er is nog wel sprake van een (beperkt) aantal mogelijke praktische belemmeringen. Zorgverzekeraars kunnen bij de NZa een aanvraag doen voor nieuwe prestaties en experimenten. Als zorgverzekeraars initiatieven willen ontplooiën die zich over meerdere domeinen uitstrekken, bijvoorbeeld substitutie tussen de tweede en de eerste lijn of tussen de Zvw en de Wmo, lopen zij aan tegen het feit dat voor al deze domeinen verschillende kaders gelden. Er is sprake van gescheiden budgettaire kaders, verschillende regelingen voor de inzet van het macrobeheersinstrument (MBI) en ook de risicoverevening kent andere verdelingen. Hierdoor is het lastig voor zorgverzekeraars om integrale afspraken te maken.

### *Prikkels*

Zorgverzekeraars zetten zich vooral regionaal in voor innovatieve inkoop. De afspraken met het ziekenhuis in Bernhoven zijn een landelijk bekend voorbeeld; cVGZ heeft een shared savings afspraak met dit ziekenhuis gemaakt om de zorg te verbeteren en goedkoper te organiseren. Ook andere zorgverzekeraars maken dit soort afspraken.<sup>66</sup> Deze initiatieven ontplooiën ze meestal in hun kerngebied. Andere zorgverzekeraars in de regio liften dan mee op het resultaat, omdat de zorgaanbieder geen onderscheid maakt tussen verzekerden bij de zorg die hij verleent. Een aantal zorgverzekeraars geven aan dat niet erg te vinden, omdat zij het als hun maatschappelijke taak zien om de kwaliteit van zorg naar een hoger niveau te brengen.

In de meeste gevallen kunnen resultaten van lokale inkoopinitiatieven lastig naar landelijk niveau worden opgeschaald, waardoor (inhoudelijk) verschil in een polis die landelijk wordt verkocht, niet goed mogelijk is. Het is wel mogelijk om doelmatigheidswinst uit een regionaal initiatief te vertalen naar een lagere landelijke premie. De verbeteringen in kwaliteit die lokaal in regio's worden gerealiseerd kunnen daarnaast bijdragen aan het (landelijk) imago van de zorgverzekeraar.

---

<sup>66</sup> CZ en het Catharina Ziekenhuis hebben eind 2015 bijvoorbeeld een meerjarencontract met prikkels voor kwaliteitsverbeteringen afgesloten voor cardiologie. Zie ook: <https://www.catharinaziekenhuis.nl/nieuws/1206-catharina-ziekenhuis-sluit-uniek-contract-met-cz-voor-hartpatiënten-kwaliteit-van-zorg-wordt-leidend.html> . Een ander voorbeeld is het 'value based' meerjarencontract dat de Santeon-ziekenhuizen met CZ, Menzis en Multizorg over borstkankerzorg hebben afgesloten, zie ook <https://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Verdieping/2017/1/Santeon-ziekenhuizen-sluiten-meerjarencontract-met-drie-verzekeraars/> . In 2011 sloot Achmea al een meerjarencontract met het Zaans Medisch Centrum waarin kwaliteitsverbeteringen worden beloond en afspraken worden gemaakt over de reductie van kosten. Zie ook: <https://www.skipr.nl/index.php/actueel/id7264-achmea-bespaart-met-nieuw-type-zorgcontract-.html>

Een prikkel die investeringen in innovatie beperkt, is dat bij geslaagde substitutie, zoals bij overheveling van zorg van de tweede naar de eerste lijn, de volumedaling in de tweede lijn wordt opgevuld met nieuwe activiteiten. Dat doet potentiële besparingen voor de zorgverzekeraar teniet.

#### *Belang van ruimte voor innovatie*

We zien dat zorgverzekeraars, ondanks de beperkte prikkels, lokaal/regionaal inzetten op innovatieve en/of kwaliteitsgerichte inkoopvormen. Zorgverzekeraars experimenteren regionaal met contractvormen die ook de organisatie van het aanbod proberen te veranderen. Dat levert nieuwe inzichten en mogelijkheden op. Vernieuwing en onderscheid in inkoopvormen en uitrollen van best practices naar andere regio's is zeer wenselijk. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars hiervoor ruimte houden en hun rol (blijven) invullen.

## **8.8 Conclusie kwaliteit van zorg**

Zorgverzekeraars kopen zowel zorg voor de individuele zorgverzekeringen als voor de collectieve zorgverzekeringen in. Deze inkoop verschilt inhoudelijk in de praktijk niet van elkaar. De mogelijkheden en prikkels om in kwaliteit te investeren verschillen echter wel.

Zorgverzekeraars zetten zich op verschillende manieren in om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, waarbij de ene zorgverzekeraar hier meer aandacht aan besteedt dan de andere zorgverzekeraar.

Hoewel zorgverzekeraars aangeven dat zij sterke maatschappelijke prikkels ervaren om in kwaliteit te investeren, maken ze de hoge maatschappelijke verwachtingen met betrekking tot de inkoop van kwaliteit niet waar.

Dit komt enerzijds doordat de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden beperkt zijn. Zij zijn gebonden aan wettelijke kaders bij de inkoop van zorg en vanuit de maatschappij worden ook duidelijke grenzen gesteld aan de wenselijkheid om bij de ene zorgverzekeraar een betere kwaliteit te ontvangen dan bij een andere zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars ervaren daarnaast maar beperkte financiële prikkels om in zorgkwaliteit te investeren. Er is sprake van een spanningsveld tussen investeringen in kwaliteit en doelmatigheid omdat verzekerden met name kijken naar de hoogte van de premie bij het kiezen van een polis. Dit speelt met name in die situaties waarin investeringen in kwaliteit niet samengaan met doelmatigheid of als de voordelen in termen van doelmatigheid pas op middellange termijn gerealiseerd kunnen worden.

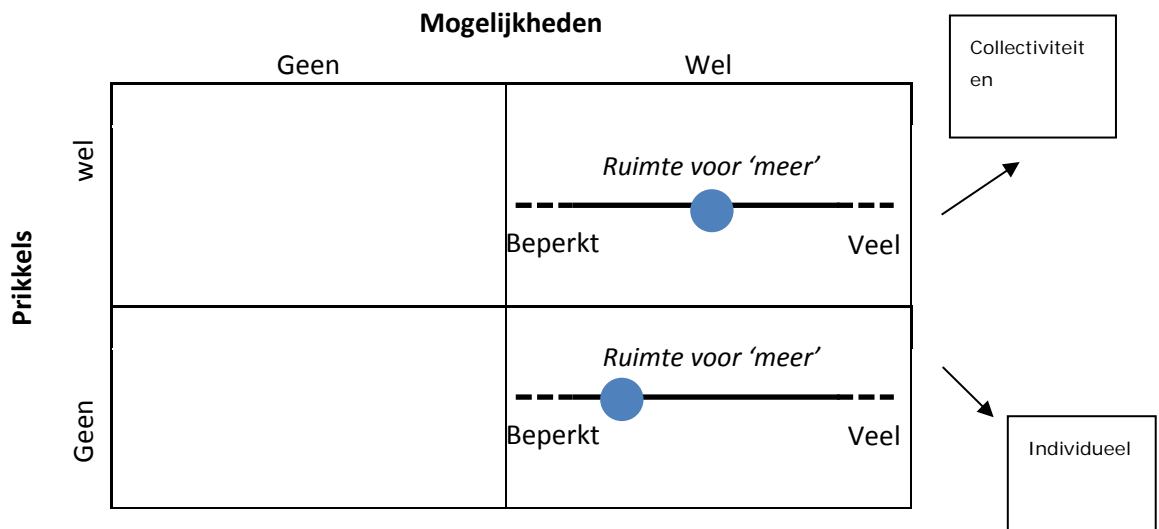
Wij concluderen dat zorgverzekeraars voor de individuele zorgverzekeringen maar beperkt ruimte laten liggen voor verder onderscheid. Er is vooral ruimte voor verder onderscheid bij het informeren van verzekerden over kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders en het uitrollen van regionale experimenten naar andere regio's. Dit betekent naar ons oordeel dat binnen het stelsel zoals dat nu vorm heeft gekregen, de polismarkt zorgverzekeraars onvoldoende stimuleert om zich te onderscheiden op de kwaliteit van zorg. In figuur 8.1 hebben we daarom aangegeven dat er maar beperkt ruimte voor verder onderscheid is. Niettemin is inzet op kwaliteit van groot



maatschappelijk belang en is het gewenst dat zorgverzekeraars meer inzet op dit aspect tonen.

Voor collectiviteiten zijn er wel meer mogelijkheden en prikkels om in kwaliteit te investeren. Voor een deel gaat het om dezelfde zorginkoop als voor de individuele zorgverzekeringen, maar er zijn meer mogelijkheden om specifieke afspraken met bijvoorbeeld werkgevers of patiëntenorganisaties te maken voor specifieke groepen verzekerden. Er is daarnaast meer bereidheid om hiervoor te betalen. Zorgverzekeraars geven ook zelf aan dat er meer ruimte voor onderscheid is en zij zich meer gaan inzetten op zorginhoudelijke afspraken met collectiviteiten. De ruimte voor verder onderscheid is daarom aanwezig en groter dan voor de individuele zorgverzekeringen.

**Figuur 8.2 Invulling analytisch kader voor kwaliteit van zorg: voor collectiviteiten is verder onderscheid mogelijk, voor individuele zorgverzekeringen is deze ruimte beperkter**





## 9. Preventie

### 9.1 Inleiding

Er is publieke consensus dat het maatschappelijk loont om meer in preventie te investeren. In de Agenda voor de zorg roepen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenfederaties nadrukkelijk op om meer te investeren in preventie. De minister van VWS heeft de wens om hierin meer te investeren in meerdere kamerbrieven uitgesproken.<sup>67</sup> Ook het Nivel en andere onderzoekers vragen in rapportages en opiniestukken aandacht voor preventie.<sup>68 69</sup> Daarbij wordt ook nadrukkelijk naar zorgverzekeraars gekeken. Tegelijkertijd rijst de vraag of zorgverzekeraars een prikkel hebben om te investeren in preventie.

#### Maatschappelijke baten preventie

Leefstijl heeft een steeds belangrijkere invloed op onze gezondheid. Vele studies laten een toenemend verschil zien in gezondheid en levensverwachting tussen hoger en lager opgeleiden. Dit heeft te maken met onder andere de buurt en omgeving waarin mensen leven, de werkomgeving en de daarmee samenhangende leefstijl. Belangrijke elementen die een gezonde leefstijl beïnvloeden zijn voldoende bewegen, gezond eten en een laag stressniveau. RIVM gaf in 2011 aan dat 27% van de ziektelast direct terug te voeren is op leefstijl. Een aantal aandoeningen, zoals longkanker en COPD hangt nog veel sterker samen met leefstijlfactoren. Bij deze aandoeningen is meer dan 80% van de ziektelast terug te voeren op leefstijl.

Voordelen van het meer investeren in preventie zijn (i) een toename in de levensverwachting en met name een toename van het aantal gezonde jaren zonder beperking of chronische ziekte, (ii) een toename van de participatie en productiviteit, en (iii) een daling van de zorguitgaven (RVZ 2011).<sup>70</sup>

In dit hoofdstuk gaan we in op de prikkels, de mogelijkheden en de ruimte die er is voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden op leefstijlpreventie voor de individuele en de collectieve zorgverzekeringen. Dit hoofdstuk gaat niet in op het voorkomen van complicaties en beperkingen bij bestaande aandoeningen (zgn. zorggerelateerde preventie).

### 9.2 Prikkels

#### 9.2.1 Individuele en universele preventie

Zorgverzekeraars zijn in het algemeen niet optimistisch over hun rol bij het bevorderen van deze vormen van preventie. Een aantal zorgverzekeraars geeft zelfs aan preventie niet als onderdeel van hun taak te zien.<sup>71</sup> Zij vinden dat preventie een overheidstaak is of in ieder

<sup>67</sup> Zie bijvoorbeeld Kamerbrief 25 maart 2016, *Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten*.

<sup>68</sup> Koopmans et al. (2012), *Preventie kan effectiever!*, Nivel.

<sup>69</sup> Zie bijvoorbeeld De Jong & Hoekstra 2017, *Betaalbare Zorg* in ESB 102(4745) 12 januari 2017.

<sup>70</sup> RVZ (2011), *Preventie van welvaartsziekten*.

<sup>71</sup> De opvattingen van zorgverzekeraars lopen hier uiteen. Zo stelt een kleine zorgverzekeraar preventie een belangrijk onderdeel te vinden van de zorgverzekering.

geval buiten de risicoverevening gefinancierd zou moeten worden. De reden die zij daarvoor noemen, is dat er geen *business case* is voor investeringen in preventie. Desondanks investeren zorgverzekeraars wel in preventie. Ze geven aan dit te doen vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het idee dat investeren in preventie financieel niet loont, wordt breed gedeeld onder zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars noemen daarvoor verschillende redenen waar we hieronder op ingaan.

### **Drempels voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op preventie**

Er kunnen drie perspectieven onderscheiden worden waarom zorgverzekeraars drempels ervaren om in preventie te investeren. Dat zijn:

1. Gezondheidswinst: Niet alle preventieprogramma's zijn in termen van doelmatigheid voldoende effectief, voor veel andere programma's ontbreekt het bewijs hiervoor.
2. Zorgkosten: Preventie leidt vaak tot gezondheidswinst, maar niet altijd tot een verlaging van de zorguitgaven.
3. Concurrentieel voordeel zorgverzekeraar: Verlaging van zorgkosten leidt niet altijd tot concurrentieel voordeel voor de zorgverzekeraar

Op elk van deze aspecten gaan we hieronder nader in.

### **Perspectief 1– Gezondheidswinst**

#### *Universele preventie*

Er zijn vele vormen van preventie die doelmatig gezondheidswinst opleveren. Voorbeelden hiervan zijn programma's voor rookpreventie en het voorkomen van depressies (Trimbos Instituut 2014). In veel gevallen zijn dit programma's die de aard hebben van een collectief goed. Dit zijn zogenaamde populatiegerichte preventieprogramma's. Het ligt bij deze programma's niet voor de hand dat het preventieprogramma wordt beperkt tot de verzekerden van één zorgverzekeraar. Onderzoek van het Trimbos Instituut toont bijvoorbeeld aan dat preventie van overmatig alcoholgebruik het meest effectief is bij middelbare scholieren. Dergelijke programma's worden aangeboden aan een gehele schoolklas onafhankelijk van de zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar met een groot aantal verzekerden in de regio zou kunnen besluiten hierin te investeren, maar de gezondheidswinst blijft dan niet beperkt tot de eigen verzekerden.

#### *Niet alle programma's zijn doelmatig*

Lang niet alle preventieprogramma's leveren doelmatige<sup>72</sup> gezondheidswinst op of het bewijs daarvoor ontbreekt nog. Het RIVM constateert dat bijvoorbeeld bij vroegopsporing van psychosociale problemen<sup>73</sup> en het Trimbos Instituut laat de (grote) verschillen zien tussen meerdere programma's om middelengebruik (zoals alcohol, drugs) bij jongeren tegen te gaan.<sup>74</sup> Ook wordt er weinig onafhankelijk

---

<sup>72</sup> Gezondheidswinst is doelmatig wanneer de gezondheidswinst ten opzichte van de investeringen voldoende is. Een duur programma dat leidt tot een kleine gezondheidswinst is dan ook niet doelmatig.

<sup>73</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2013), *Preventie in de zorg – Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*.

<sup>74</sup> Lokkerbol, Lokman, Boon & Smit (2014), *Kosten en effecten van preventie van middelengebruik bij jongeren*, Trimbos Instituut, Utrecht.



onderzoek gedaan naar de werking van preventieprogramma's waardoor niet zeker is wat het effect van preventie is.<sup>75</sup>

#### *Individuele preventieprogramma's*

Preventieprogramma's die zich richten op het individu vallen voor een belangrijk deel buiten het basispakket. Het Nivel ziet dit als een drempel voor effectieve preventie omdat juist de groep die het meest gebaat zou zijn bij preventie veelal niet voor preventieprogramma's in de aanvullende zorgverzekering kiezen en daardoor niet wordt bereikt. Tegelijkertijd geeft juist het feit dat deze preventieprogramma's geen onderdeel zijn van het basispakket zorgverzekeraars de mogelijkheid om zich met het aanbieden en vergoeden van deze programma's van elkaar te onderscheiden. Zorgverzekeraars noemen de privacywetgeving als drempel om op basis van hun eigen data individuen met een hoog gezondheidsrisico op te sporen en voor hen een advies of een programma aan te bieden, zie ook hoofdstuk 7.

Preventieprogramma's die zich richten op individuen/verzekerden met een verhoogd risico zijn in veel gevallen niet effectief. Belangrijke oorzaken daarvan zijn de beperkte motivatie van deelnemers aan deze programma's en de lage deelnametrouw.<sup>76</sup> Verder is er een sterke samenhang tussen leefstijl enerzijds en de fysieke en sociale leefomgeving anderzijds. Het Nivel geeft aan dat interventieprogramma's alleen zin hebben naast complementair beleid. Voorbeelden zijn regelgeving over waar gerookt mag worden, het reguleren van zout in voedsel en belastingen op ongezonde middelen en voeding.

## **Perspectief 2– Zorguitgaven**

### *Verwachtingen over effect van preventie op uitgaven in de zorg*

Als een preventieprogramma leidt tot gezondheidswinst kan dit een betere en goedkopere manier zijn om een patiënt/individu te helpen dan via de curatieve zorg. Er is dan ook vaak de verwachting dat preventie leidt tot minder zorguitgaven doordat preventie automatisch leidt tot substitutie dan wel het voorkomen van andere vormen van zorg. Deze verwachting is echter in veel gevallen niet terecht.

### *Gezondheidswinst tegen hogere zorgkosten*

Een bekend voorbeeld waarbij preventieprogramma's niet financieel lonend zijn, zijn preventieprogramma's voor rokers. Door iemand op middelbare leeftijd succesvol te laten stoppen met roken, worden hartproblemen in de regel niet voorkomen, maar uitgesteld. De betreffende persoon wordt ouder en krijgt ook meer ouderdomsziekten. Het resultaat is dan gezondheidswinst *met* hogere zorgkosten. Temple (2011) concludeert dan ook dat de reden om in preventie te investeren in de meeste gevallen *alleen* maar gezondheidswinst kan zijn.<sup>77</sup> De claim dat dit ook tot minder zorguitgaven leidt, is volgens hem misleidend.

### *Gezondheidswinst tegen lagere zorgkosten*

Er zijn echter wel degelijk vormen van preventie die leiden tot minder zorgkosten. Dit zijn vooral preventiemaatregelen die chronische ziekten voorkomen. Temple noemt het voorkomen van dementie en infectieziekten als voorbeeld. Het voorkomen dat mensen überhaupt beginnen met roken is een ander voorbeeld.<sup>78</sup> Maatregelen om deze chronische ziekten te voorkomen, zullen zich echter noodzakelijkerwijs

<sup>75</sup> SKIPR (2017), In preventieonderzoek is vaak sprake van belangverstremgeling.

<sup>76</sup> Koopmans, Korevaar, Nielen, Verhaak, De Jong, Van Dijk, Noordman, Veenhof & Schellevis (2012), Preventie kan effectiever!, Nivel

<sup>77</sup> Temple (2011), Why prevention can increase health-care spending in *European Journal of Public Health*, Vol 22, No 5, 618-619

<sup>78</sup> Ibid.

moeten richten op de gehele populatie, dus ook op mensen die zonder het preventieprogramma niet zouden zijn gaan roken.

### **Perspectief– 3 Concurrentieel voordeel zorgverzekeraar**

#### *Meelifteffecten*

Ook bij doelmatige en kostenbesparende preventie bestaan er knelpunten die verhinderen dat zorgverzekeraars zich met investeringen in preventie kunnen onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Net zoals bij investeringen in kwaliteit het geval is (zie hoofdstuk 8), liften andere zorgverzekeraars mee op de investeringen van een zorgverzekeraar. Wanneer een zorgverzekeraar investeert in een obesitasprogramma op alle basisscholen in een gemeente, zal het preventieprogramma zich niet beperken tot de verzekerden van één zorgverzekeraar. Hierdoor heeft een zorgverzekeraar vooral een financiële prikkel om te investeren in preventie in die gemeenten waar hij veel verzekerden heeft. Ook wanneer de zorgverzekeraar de keten efficiënter wilt organiseren zodat patiënten in een vroeg stadium beter worden geholpen en minder snel bij de eerste hulp terecht komen, profiteren andere zorgverzekeraars mee. Hierdoor heeft de zorgverzekeraar financieel een beperktere prikkel om bijvoorbeeld de wijkverpleging te versterken om te voorkomen dat ouderen naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gaan.

#### *Wrong-pocket*

Een tweede drempel is dat de investerende partij en de partij die financieel baat heeft bij preventie vaak niet dezelfde is. Dit noemen we het *wrong-pocket* probleem. Zorgverzekeraars gaven tijdens de gesprekken in het onderzoek hier verschillende voorbeelden van. Zo was er een casus waarbij de gemeente door het uitkeren van bijzondere bijstand had kunnen voorkomen dat er duur vervangend vervoer door de zorgverzekeraar zou moeten worden ingezet. De gezamenlijke kosten voor zorgverzekeraar en gemeente waren dan veel lager geweest. Een ander voorbeeld is de wijze waarop een gemeente omgaat met de schuldhulpverlening. Mensen met grote schulden hebben vaak ook hoge zorgkosten. Het Nibud haalt meerdere publicaties aan waaruit de relatie blijkt tussen schuldenproblematiek enerzijds en fysieke problemen, overgewicht, stress, slapeloosheid en depressie anderzijds.<sup>79</sup> Door effectievere schuldhulp kan een deel van deze zorgkosten worden vermeden. Eén zorgverzekeraar doet momenteel een proef waarbij ze de schulden van mensen met grote schulden overnemen.<sup>80</sup> Een laatste voorbeeld is dat effectievere jeugdhulp door gemeenten ook zal leiden tot besparingen voor zorgverzekeraars, bijvoorbeeld doordat ze GGZ-problematiek in een vroeg stadium opsporen en behandelen. Doordat het *wrong-pocket* probleem voor een belangrijk deel speelt met gemeenten in het sociale domein, is samenwerking tussen de zorgverzekeraar en gemeenten een goede manier om een deel van deze problemen op te lossen.

#### *Tijdseffect*

Een derde knelpunt is dat bij preventie de kosten voor de baten uitgaan. Dit noemen we het *tijdseffect*. De terugverdientijd van een investering kan soms erg lang zijn. Daarnaast kunnen verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar waardoor de baat bij een andere zorgverzekeraar kan uitkomen. Hoewel het aantal overstappers jaarlijks beperkt is, gaat het mogelijk wel om een grote groep als de periode

---

<sup>79</sup> Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting Nibud (2014), Overkoepelende blik op de omvang en preventie van schulden in Nederland.

<sup>80</sup> De zorgverzekeraar mag dit overigens alleen uit eigen middelen financieren.



waarin de preventie zich moet uitbetalen lang is. Dat is op zichzelf een *wrong-pocket* probleem dat wordt veroorzaakt door de tijd die tussen de investeringen en de baten zit. Een bijkomend probleem dat volledig door het tijdeffect komt, is dat de zorgverzekeraar de middelen moet hebben om de investeringen te doen. Dat betekent dat de zorgverzekeraar eigen vermogen moet kunnen inzetten zonder in de problemen te komen met de solvabiliteitseisen. Wanneer dit niet mogelijk is, zal de zorgverzekeraar de premie moeten verhogen om te kunnen investeren in preventie, met het gevaar dat hij zichzelf daarmee uit de markt prijst. Er blijkt over het algemeen namelijk niet veel betalingsbereidheid bij individuele verzekerden te zijn voor preventie.<sup>81</sup>

#### *Effecten risicoverevening*

De vierde drempel is dat de risicoverevening het voorkomen van ziekte of het verbeteren van gezondheid niet beloont. Het risicovereveningssysteem is er primair op gericht om een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te creëren en risicoselectie te voorkomen. De keerzijde is echter dat de prikkel om te investeren in preventie afneemt naarmate het risicovereveningssysteem beter wordt.<sup>82</sup> Wanneer een diabetespatiënt bijvoorbeeld door leefstijlverbeteringen van de diabetes afraakt, krijgt de zorgverzekeraar een lagere bijdrage uit het risicovereveningssysteem, ook als deze gezondheidsverbetering het gevolg is van de inzet van de zorgverzekeraar. Overigens loont het voor een zorgverzekeraar wel om van een zware diabeet een lichtere diabeet te maken, zolang de gezondheidsverbetering maar geen effect heeft op de bijdrage uit de risicoverevening. Ook de financiële prikkel om verzekerden gezond te houden, wordt beperkt doordat zorgverzekeraars voor verzekerden met gezondheidsklachten een hogere bijdrage uit het risicovereveningsfonds krijgen.<sup>83</sup>

### 9.2.2 Prikkel bij de collectieve zorgverzekering

#### *Betalingsbereidheid voor preventie*

Bij collectieve verzekeringen zijn er voor zorgverzekeraars meer financiële prikkels om te investeren in preventie. Dit komt ten eerste omdat er wel bereidheid bij de collectiviteit kan zijn om voor preventie te betalen. Zo kan een werkgever bereid zijn te betalen voor preventieprogramma's die leiden tot minder verzuim. Eén zorgverzekeraar stelt dan ook dat de hoogte van het verzuim de ruimte voor de zorgverzekeraar bepaalt om te investeren in preventie. Een andere zorgverzekeraar gaf aan preventie te koppelen aan een arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV). Deze zorgverzekeraar gaf ook aan dat een werkgever die in preventie gaat investeren, ook zou kunnen besluiten om zelf het risico voor arbeidsongeschiktheid te dragen en geen AOV meer af te sluiten.<sup>84</sup>

<sup>81</sup> Zie bijvoorbeeld; Determan, Lambooy, Bekker-Grob, Hayen, Varkevisser, Schut & De Wit (2016), What health plans do people prefer? The trade-off between premium and provider choice in *Social Science & Medicine* 165, p 10-18

<sup>82</sup> Kanters, Brouwer, Van Vliet, Van Baal & Polder (2012), A new prevention paradox: The trade-off between reducing incentives for risk selection and increasing the incentives for prevention for health insurers in *Social Science & Medicine*, Vol 76, 150-158.

<sup>83</sup> Hier staan uiteraard ook hoge zorgkosten tegenover. Zorgverzekeraars ervaren aan de andere kant wel een prikkel om verzekerden gezond te maken doordat de bijdrage van een verzekerde gebaseerd is op het zorggebruik van het jaar daarvoor. Als een verzekerde niet langer gebruik maakt van bijvoorbeeld bepaalde geneesmiddelen, ontvangt de zorgverzekeraar toch nog een jaar een vergoeding hiervoor, terwijl hij hiervoor geen kosten meer maakt.

<sup>84</sup> Dit zal alleen mogelijk zijn bij een wat groter bedrijf die het risico van arbeidsongeschiktheid beter kan ondervangen.

Voorbeelden van werkgeverscollectieven die in de gesprekken met zorgverzekeraars werden genoemd om preventieafspraken mee te maken, zijn busbedrijven, schoonmaakbedrijven en dakbedekkers. Een groot voordeel van een collectief is dat de preventieve maatregelen kunnen worden afgestemd op de doelgroep. Zo hebben buschauffeurs vaak te maken met lage rugpijn en hebben dakbedekkers een grotere kans om huidkanker te krijgen. Zorgverzekeraars kunnen aanvullende modules met de werkgever afspreken die op de doelgroep zijn afgestemd.

Ook een gemeente zou bij een collectieve verzekering voor minima kunnen besluiten te investeren in preventiemaatregelen gericht op deze groep. Samenwerking tussen gemeente(n) en zorgverzekeraar(s) zou bovendien een belangrijk deel van het *wrong pocket* probleem oplossen en een integrale aanpak mogelijk maken. Zo kunnen preventieprogramma's bijvoorbeeld worden gecombineerd met maatregelen om bewegen in de stad te stimuleren. Overigens geven zorgverzekeraars aan dat het delen van informatie met gemeenten door privacywetgeving vaak niet mogelijk is. Dit bemoeilijkt de samenwerking. Een andere factor die investeringen in preventie mogelijk in de weg staat, is dat een zorgverzekeraar met een dergelijk collectief verzekerden aantrekt die slecht uit de risicoverevening komen, waardoor het voor de zorgverzekeraar op lange termijn mogelijk toch niet loont om een dergelijke collectiviteit aan te bieden.

#### *Andere collectieven*

Een zorgverzekeraar heeft bij een patiëntencollectief meer financiële prikkels om in te zetten op preventie als er mogelijkheden zijn om iets exclusiefs voor de eigen verzekerden te doen. Dat zou het vergoeden van E-Health toepassingen kunnen zijn om de gezondheid van een patiënt te monitoren. Verzekerden in een collectief zouden bereid kunnen zijn extra te betalen voor deze dienstverlening. Tegelijkertijd kan de zorgverzekeraar profiteren als er met deze toepassingen zorg kan worden voorkomen. Overigens is op dit moment het aantal verzekerden dat bij een patiëntencollectief is aangesloten zeer laag.<sup>85</sup>

De prikkels om in te zetten op goede ketenzorg zijn een stuk minder omdat ook de verzekerden van andere zorgverzekeraars mee profiteren.

Voor zogenaamde bushaltecollectieven – collectieven die bestaan uit een groep mensen die weinig met elkaar gemeen hebben – zijn er geen extra prikkels om te investeren in preventie ten opzichte van de prikkel buiten de collectiviteiten.

### 9.3 Mogelijkheden

Los van de prikkels zijn er volop mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te investeren in preventie. Wel noemen zorgverzekeraars dat het individueel benaderen van verzekerden met een verhoogd risico wordt verhinderd door privacywetgeving. Zoals we eerder hebben opgemerkt op grond van informatie die wij van de AP hebben gekregen, zijn hier voor zorgverzekeraars waarschijnlijk meer mogelijkheden om binnen de privacywetgeving hun verzekerden te benaderen dan zij denken. Zorgverzekeraars kunnen er ook voor kiezen om hier toestemming voor te vragen aan hun verzekerden.

---

<sup>85</sup> NZa 2016, Monitor Collectieve Zorgverzekeringen 2016.





Zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven zijn preventieprogramma's effectiever wanneer er een samenhang is met de fysieke en sociale omgeving. Zo is een leefstijlprogramma effectiever wanneer er ook bij de werkgever aandacht is voor gezond werken. Bij samenwerkingen tussen de zorgverzekeraar en de werkgever ontstaat de mogelijkheid om dit in samenhang te benaderen. Bij samenwerkingen met gemeenten ontstaat de mogelijkheid om meer samenhang te brengen tussen bijvoorbeeld gezondheid en de woonomgeving.

## 9.4 Ruimte voor verder onderscheid

Met name bij de collectieve zorgverzekeringen ligt er ruimte voor zorgverzekeraars om meer te investeren in preventie. Zorgverzekeraars herkennen dat zelf ook en geven aan bij collectiviteiten meer te willen gaan inzetten op zorginhoudelijke afspraken.<sup>86</sup> Zorgverzekeraars kunnen samen met werkgevers inzetten op een gecombineerde aanpak waarbij aandacht is voor een veilige werkvloer en leefstijlpreventie. Bedrijven kunnen hiermee ongevallen en verzuim verminderen, wat zowel intrinsieke als financiële waarde heeft. Daarnaast is er ruimte voor meer samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten, waarbij afspraken worden gemaakt over het delen van de risico's en de kosten voor preventie. Dit zou gemeente en zorgverzekeraars gezamenlijk in staat stellen om veel van de in dit hoofdstuk geïdentificeerde problemen te omzeilen.

## 9.5 Conclusies

Zorgverzekeraars bieden zowel preventie aan voor de individuele zorgverzekeringen als de collectieve zorgverzekeringen. De mogelijkheden en prikkels om in preventie te investeren verschillen. In figuur 9.1 maken we daarom een onderscheid tussen de ruimte voor verder onderscheid tussen deze twee zorgverzekeringen.

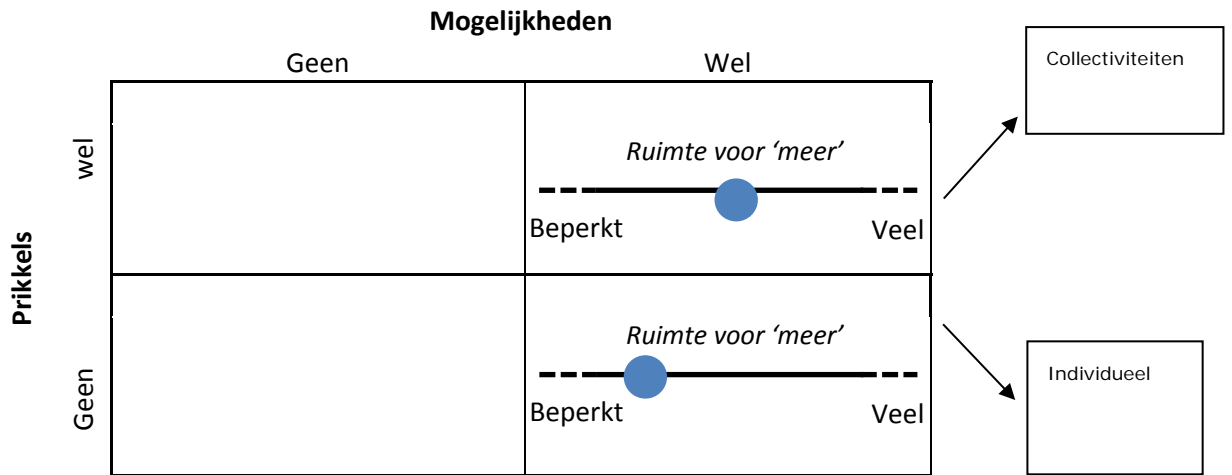
Zorgverzekeraars hebben volop mogelijkheden om in preventie te investeren. Zoals uit de bevindingen uit dit hoofdstuk blijkt, is niet elke vorm van preventie echter doelmatig en is niet alle doelmatige preventie kostenbesparend. Van preventie die niet doelmatig is, moet worden afgezien omdat deze geen gezondheidswinst oplevert. Doelmatige preventie die leidt tot gezondheidswinst zonder kostenbesparing is maatschappelijk wel wenselijk. Zorgverzekeraars hebben dan echter geen financiële prikkel om hierin te investeren waardoor hier minder in geïnvesteerd wordt dan maatschappelijk wenselijk kan zijn.

Die prikkel zal er wel zijn wanneer er een bereidheid is om hier extra voor te betalen. Die betalingsbereidheid is niet te verwachten van individuele verzekerden, omdat deze met name naar de hoogte van de premie kijken bij het aanschaffen van een polis. Investerings in preventie kan daardoor tot een verlies van (prijjsgevoelige) verzekerden leiden als de investeringen onzeker zijn of niet snel genoeg terugverdiend worden.

---

<sup>86</sup> Eén zorgverzekeraar geeft aan een aantal niet inhoudelijke collectiviteiten te hebben afgestoten en hier verder mee te gaan.

**Figuur 9.1 Invulling analytisch kader voor preventie, ruimte voor onderscheid bij individuele zorgverzekeringen beperkt, voor collectieve zorgverzekeringen is er meer ruimte voor verder onderscheid**



De bereidheid om te betalen voor preventie kan er wel zijn bij werkgevers en gemeenten. Collectieve verzekeringen zijn dan ook potentieel waardevol om preventie te stimuleren. Momenteel geven zorgverzekeraars echter aan hier nog te weinig mee te doen. Die prikkel kan ook ontstaan bij een goede samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten, waarbij afspraken worden gemaakt over het delen van kosten en risico's.

Tot slot zien we dat zorgverzekeraars ook wanneer ze geen financiële prikkel hebben om iets te doen aan preventie, ze hier toch in investeren. Dat doen ze vanuit publieke rol die hen aanmoedigt op doelmatige preventie in te zetten, ook wanneer dit niet direct tot concurrentieel voordeel leidt.

Aangezien de financiële prikkel om buiten collectiviteiten in preventie te investeren beperkt is en zorgverzekeraars vanuit een maatschappelijke prikkel wel degelijk investeren in preventie, laten zorgverzekeraars hier maar beperkt ruimte voor verder onderscheid liggen. Binnen de collectieve zorgverzekeringen zijn er echter wel degelijk de juiste prikkels aanwezig om te investeren in preventie. Zorgverzekeraars geven zelf aan dat ze meer met deze ruimte zouden kunnen doen en zijn daar nu ook mee bezig. De ruimte voor verder onderscheid voor collectiviteiten is daarom aanzienlijk groter dan voor individuele zorgverzekeringen.

## 10. Beschouwing

### 10.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is voor zes aspecten onderzocht of zorgverzekeraars de ruimte benutten om zich te onderscheiden: diversiteit in het polisaanbod, premie, keuzevrijheid van zorgverlener, dienstverlening aan verzekerden, kwaliteit van de geleverde zorg en preventie. Zoals uit de vorige hoofdstukken geconcludeerd kan worden, verschillen de uitkomsten tussen deze aspecten.

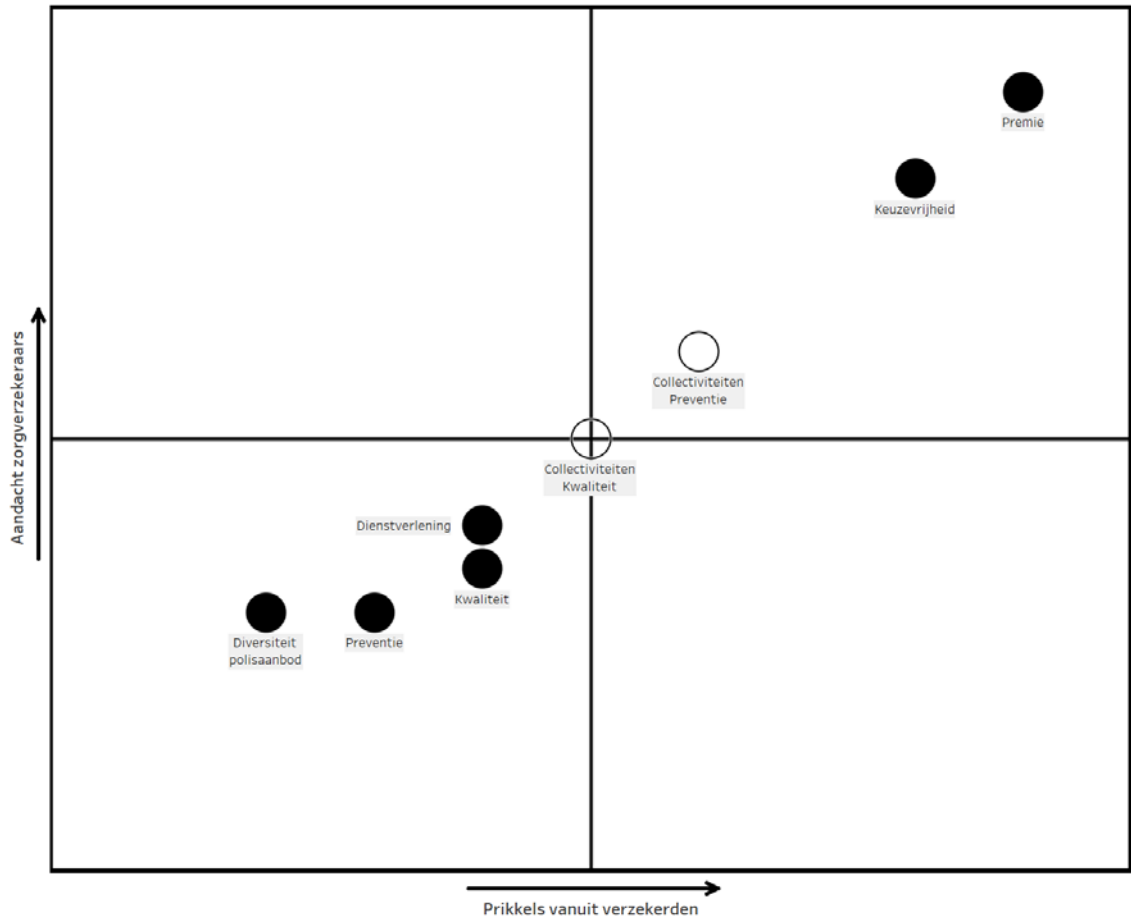
In dit hoofdstuk bekijken we vanuit een viertal invalshoeken welke conclusies getrokken kunnen worden uit de bevindingen. De eerste invalshoek is de mate waarin zorgverzekeraars prikkels ervaren vanuit hun verzekerden om in de genoemde aspecten te investeren. De tweede invalshoek zijn de verwachtingen die er vanuit de maatschappij bestaan over de mate waarin zorgverzekeraars zouden moeten investeren in deze onderwerpen. De derde invalshoek is hoeveel aandacht zorgverzekeraars aan dat specifieke aspect besteden. En de vierde invalshoek is de ruimte die er voor zorgverzekeraars is om zich verder te onderscheiden op de verschillende aspecten.

Uit de voorgaande hoofdstukken bleek reeds dat de bevindingen deels ook verschillen tussen de polisvormen: individuele polis of collectieve polis. In het bijzonder is hiervan sprake bij de aspecten kwaliteit en preventie. Om die reden wordt voor kwaliteit en preventie bij de bespreking van de vier invalshoeken apart stil gestaan bij het onderscheid tussen individuele polissen en collectieve zorgverzekeringen. De plaatsing van de verschillende aspecten in de navolgende figuren geeft ons kwalitatieve oordeel weer. De 'scores' moeten niet als absolute scores worden geïnterpreteerd, maar als kwalitatieve illustratie hoe een aspect zich verhoudt ten opzichte van de andere aspecten.

### 10.2 Aandacht zorgverzekeraars hangt nauw samen met prikkels vanuit verzekerden

Als we alle zes aspecten tezamen bekijken, dan concluderen wij dat de aandacht van zorgverzekeraars om in bepaalde aspecten te investeren sterk samenhangt met de prikkels die zij hier vanuit verzekerden ervaren. Dit is geïllustreerd in figuur 10.1. De zorgverzekeraars richten zich op de aspecten die verzekerden belangrijk vinden en dan met name de premie en keuzevrijheid voor een zorgaanbieder. Zij besteden minder aandacht aan zorgkwaliteit, preventie en dienstverlening. In die zin is er sprake van een te verwachten marktuitkomst. Deze bevindingen betekenen ook dat als de politiek vindt dat zorgverzekeraars aan bepaalde aspecten te weinig aandacht besteden, het meest voor de hand liggende mechanisme is om dan de prikkels van verzekerden voor dat aspect te versterken. In de navolgende paragrafen gaan we uitgebreider in op de verschillende aspecten.

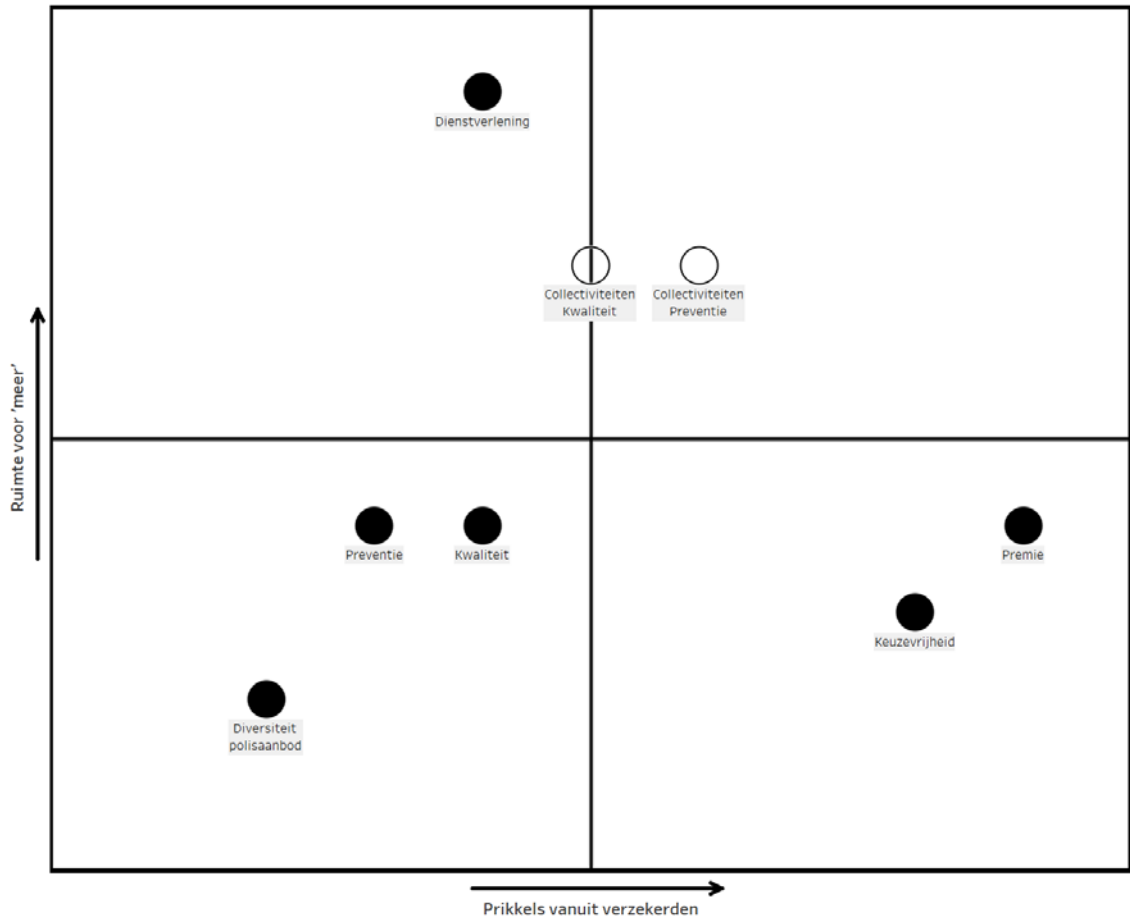
**Figuur 10.1 Aandacht van zorgverzekeraars voor een bepaald aspect hangt sterk samen met de betreffende prikkels die zij vanuit verzekerden ervaren**



### 10.3 Premie en keuzevrijheid: ruimte voor verder onderscheid beperkt

Zoals geïllustreerd in figuur 10.1, zijn voor verzekerden de aspecten premie en keuzevrijheid van zorgverlener het belangrijkste bij het kiezen van een polis. Ook vanuit de maatschappij wordt veel aandacht gevraagd voor deze twee aspecten, zie figuur 10.3. Een lage premie is belangrijk omdat dit bijdraagt aan de betaalbaarheid van de zorguitgaven. Keuzevrijheid is belangrijk omdat dit raakt aan de solidariteit van het zorgstelsel. Op deze aspecten pakken zorgverzekeraars binnen de huidige wettelijke kaders de ruimte om zich van elkaar te onderscheiden. Naar ons oordeel, weergegeven in figuur 10.2, ligt er voor keuzevrijheid en premie maar beperkt ruimte voor verder onderscheid. Verzekerden zorgen met hun keuzegedrag voor de passende druk op zorgverzekeraars om aandacht aan deze onderwerpen te besteden. De zorgverzekeraars ervaren voor deze aspecten voldoende prikkels om zich van elkaar te onderscheiden. Zij verrichten voor deze aspecten de inspanning die van hen verwacht mag worden.

**Figuur 10.2 Ruimte voor meer aandacht/differentiatie hangt slechts deels samen met de mate van prikkels vanuit verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt.**



De druk vanuit verzekerden, maar ook de oproepen vanuit de maatschappij om de premie zo laag mogelijk te houden, inclusief het inzetten van de reserves van zorgverzekeraars, heeft mogelijk wel als gevolg dat zorgverzekeraars zich minder op andere aspecten richten. Bij de inkoop van zorg gaan de prikkels met name uit naar doelmatigheid en minder naar kwaliteit. Als zorgverzekeraars zich te veel richten op het aanbieden van een lage premie kan dit derhalve nadelige gevolgen hebben voor de kwaliteit. In paragraaf 10.6 gaan we daar nader op in.

#### 10.4 Diversiteit polisaanbod: verder onderscheid onwenselijk

Ook ten aanzien van de diversiteit van het polisaanbod is de ruimte voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden beperkt, zie figuur 10.2. Op dit aspect ontbreken de prikkels voor zorgverzekeraars om hier verder in te investeren, omdat er vanuit verzekerden geen vraag naar is. In dit opzicht verrichten de zorgverzekeraars hier de inspanning die van hen verwacht mag worden.

Vergeleken met premie en keuzevrijheid, zijn er vanuit de maatschappij veel minder verwachtingen van de inspanningen van zorgverzekeraars op het gebied van de diversiteit van het polisaanbod, zie figuur 10.3. Hiervoor geldt zelfs, zoals ook blijkt uit de programma's van politieke partijen, dat de maatschappij vindt dat zorgverzekeraars te veel polissen aanbieden en te veel differentiatie toepassen. Deze differentiatie kan ten koste gaan van de consumentenwelvaart. Wij zullen later dit jaar hier op

terugkomen in ons onderzoek naar de mate van differentiatie tussen basispolissen en de mogelijke gevolgen hiervan voor consumenten.

### **10.5 Dienstverlening: meer aandacht van zorgverzekeraars wenselijk**

Ten opzichte van premie, keuzevrijheid en diversiteit polisaanbod, ligt dienstverlening aan de verzekerden aan de andere kant van het spectrum van ruimte voor meer onderscheid. Vooral op dit aspect is er ruimte voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden en laten zorgverzekeraars naar ons oordeel kansen onbenut om hier in de praktijk meer mee te doen.

Zoals geïllustreerd in figuur 10.3 is dienstverlening geen onderwerp waar vanuit de maatschappij veel aandacht naar uit gaat als het gaat om het functioneren van zorgverzekeraars. Ook vanuit de verzekerde bestaat er voor dit aspect weinig aandacht. Om deze redenen investeren zorgverzekeraars minder in dienstverlening dan wenselijk is vanuit een maatschappelijk belang.

Het lijkt erop dat de prikkels die zorgverzekeraars vanuit verzekerden ervaren sterker zijn dan die vanuit patiënten. Zorgverzekeraars kunnen verzekerden die zorg nodig hebben beter van dienst zijn, door hen hulp te bieden bij het vinden van goede zorg. Op basis van openbare, maar ook eigen kwaliteitsinformatie kunnen zij verzekerden pro-actiever en in meer begrijpelijke taal informatie geven over welke aanbieder de beste zorg levert. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars mogelijk meer doen bij het geven van persoonlijk zorgadvies aan specifieke groepen, binnen de kaders van de toepasselijke regelgeving. Naast informatie over hun ziekte of aandoening, valt daarbij te denken aan concrete informatie over veranderingen in het gecontracteerde aanbod of het gebruik van middelen.

Door meer informatie aan verzekerden te geven over de manier waarop de zorgverzekeraar zijn verzekerden kan helpen, kan de verzekerde ook bewuster zijn zorgverzekeraar uitzoeken op dit aspect. De verzekerde kan dan een betere afweging maken tussen bijvoorbeeld de hoogte van de premie en een goede service. Zorgverzekeraars ervaren daardoor op hun beurt sterkere prikkels om in dit aspect te investeren.

### **10.6 Kwaliteit van zorg en preventie: inspanningen zorgverzekeraars komen niet overeen met maatschappelijke verwachtingen**

Voor de ingekochte kwaliteit van zorg en preventiemaatregelen zien we de grootste discrepantie tussen de inspanningen van de zorgverzekeraars enerzijds en de maatschappelijke (publieke) verwachtingen anderzijds, zie figuur 10.3. Zorgverzekeraars besteden hier relatief beperkt aandacht aan omdat de financiële prikkels om hierin te investeren beperkt zijn. Kwaliteit en preventie zijn echter wel de onderwerpen waar na de premie en keuzevrijheid de meeste discussies over gaan in het publieke debat en de verwachting dat zorgverzekeraars hier een rol in oppakken groot is.

Bij de introductie van de Zvw was de verwachting dat zorgverzekeraars op het gebied van kwaliteit een even grote inspanning zouden verrichten als op het aspect doelmatigheid (en premie). Ons onderzoek laat zien dat dit niet het geval is. Investerings in preventie zijn minder prominent in



de uitgangspunten van het stelsel opgenomen, maar ook hier is de consensus in het veld dat er te weinig in wordt geïnvesteerd. Anders dan voor de premie het geval is, is er vanuit verzekerden (naast de collectiviteiten) weinig druk op zorgverzekeraars om tot meer onderscheid te komen op deze aspecten (zie figuur 10.1).

De concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt werkt op dit moment onvoldoende ten aanzien van de inspanningen van zorgverzekeraars op het gebied van kwaliteit van zorg. Dit betekent dat op dit punt de werking van het stelsel kennelijk tekort schiet: de resultaten zijn onvoldoende in overeenstemming met de doelen. Dit roept de vraag op of de maatschappelijke verwachtingen, in combinatie met de inrichting van het stelsel, realistisch waren of zijn.

Zoals beschreven in hoofdstuk 8, zijn de mogelijkheden en prikkels om in kwaliteit te investeren niet groot. We zien dat, binnen de publiekrechtelijke kaders van het huidige stelsel, zorgverzekeraars wel op lokaal niveau proberen te sturen op kwaliteit door hierover specifieke afspraken te maken. Zorgverzekeraars laten volgens ons daarmee maar beperkt kansen en mogelijkheden tot verder onderscheid liggen.

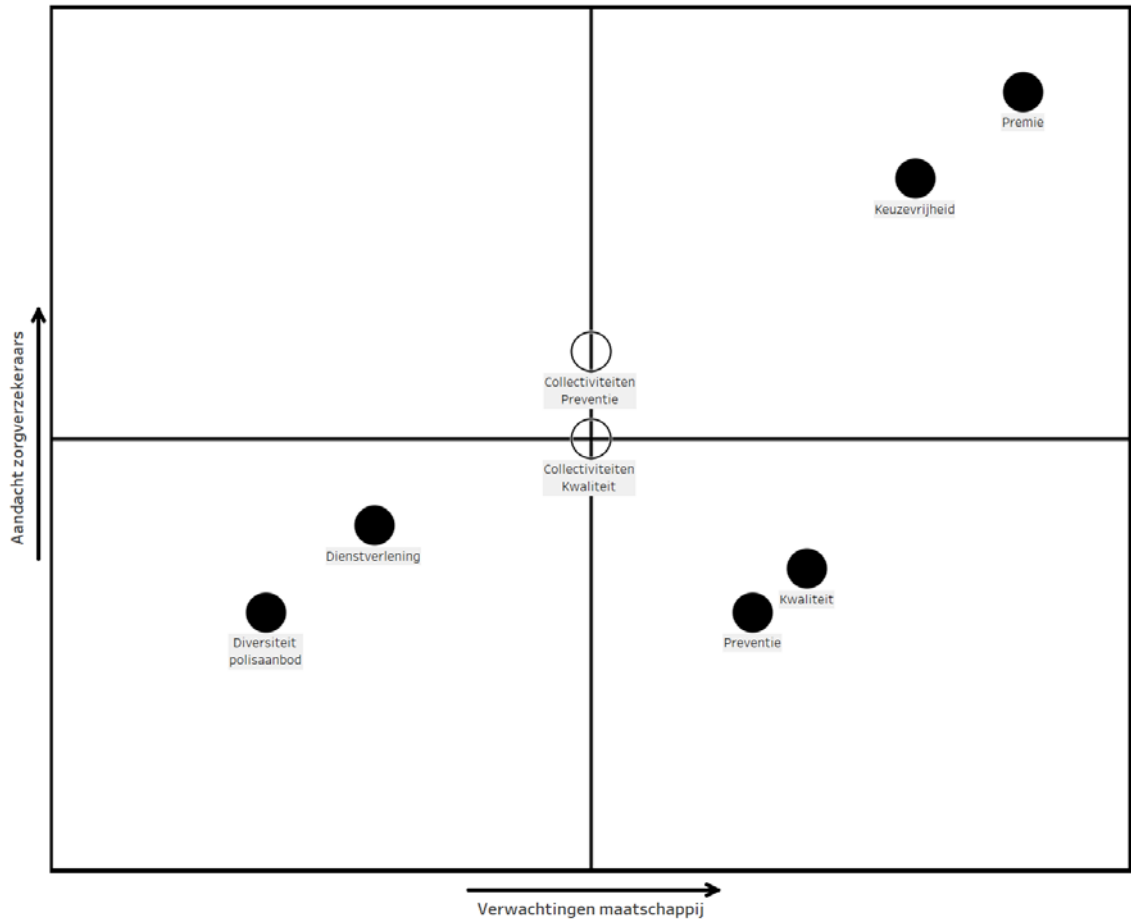
De mogelijkheden voor zorgverzekeraars om lokaal te experimenteren moeten behouden blijven en bij voorkeur verruimd worden. Door de lokale experimenten die zorgverzekeraars initiëren, kunnen leereffecten ontstaan en dit biedt de mogelijkheid voor zorgaanbieders om best practices te identificeren en om elkaar op dit punt te inspireren en prikkelen. Dat is naar onze mening de beste manier om -uiteindelijk- tot meer innovaties voor patiënten te komen. Deze dynamische differentiatie van zorgverzekeraars zal overigens niet noodzakelijkerwijs tot meer productonderscheid tussen zorgverzekeraars leiden. Dit komt enerzijds doordat deze regionale ervaringen moeilijk te vertalen zijn naar een inhoudelijk onderscheid op landelijk niveau en anderzijds doordat succesvol gebleken innovaties worden overgenomen door andere zorgverzekeraars.

Voor preventie geldt een soortgelijk verhaal. Ondanks dat de financiële prikkels voor zorgverzekeraars om hier in te investeren ontbreken, experimenteren zorgverzekeraars met initiatieven op dit vlak vanuit een gevoelde maatschappelijke verantwoordelijkheid. De best practices kunnen fungeren als bron van inspiratie voor andere zorgverzekeraars.

Hoewel zorgverzekeraars niet als eerste aan zet lijken te zijn om investeringen in zorgkwaliteit of preventie op een substantieel hoger niveau te brengen, is het wel van belang dat zij gebruik maken van de bestaande ruimte (beperkte) ruimte die er is om zich verder te onderscheiden. Wij realiseren ons dat zorgverzekeraars daarbij een afweging moeten maken tussen investeringen in kwaliteit/preventie enerzijds en de gevolgen die dit heeft op de hoogte van de premie anderzijds.

We zien mogelijkheden om de aandacht van zorgverzekeraars voor kwaliteit en preventie te vergroten, zodat hun inspanningen meer overeenkomen met de verwachtingen vanuit de maatschappij. In dit verband gaan we hieronder eerst in op de verdere ruimte die er is voor zorgverzekeraars om zich nu al te onderscheiden op deze aspecten. Daarna kijken we naar opties voor vergroting van deze ruimte als verzekerden meer prikkels en mogelijkheden krijgen om op de kwaliteit van de geleverde zorg te letten of als zorgverzekeraars een meer directe prikkel ervaren om zich op deze aspecten verdergaand in te spannen. Ook staan we kort stil bij de wenselijkheid van direct overheidsingrijpen om investeringen in kwaliteit en preventie te stimuleren.

**Figuur 10.3** Voor de individuele polissen komen de inspanningen van zorgverzekeraars op zorgkwaliteit en preventie niet overeen met de maatschappelijke verwachtingen.



### 10.6.1 Bestaande ruimte voor verder onderscheid zorgverzekeraars

Zoals toegelicht in hoofdstuk 8 en 9, is de bestaande ruimte voor zorgverzekeraars om zich met de individuele zorgverzekering verder te onderscheiden op het gebied van kwaliteit en preventie beperkt. Enig verder onderscheid is evenwel nog mogelijk. Dit geldt met name door het vergroten van het inzicht in de kwaliteit van zorg.

Zorgverzekeraars kunnen het inzicht in zorgkwaliteit voor hun verzekerden vergroten door meer transparantie over kwaliteit bij zorgaanbieders af te dwingen. Zij kunnen dit met name doen in die delen van het land waar zij over een groot regionaal marktaandeel beschikken. Zorgverzekeraars moeten de professionele normen en richtlijnen die in de inkoop gebruikt worden vertalen naar een voor hun (potentiële) verzekerden begrijpelijke uitleg. Zorgverzekeraars kunnen daarnaast pro-actief meer kwaliteitsinformatie verspreiden over zorgaanbieders. Dit is des te meer van belang als die informatie voor de consument niet automatisch valt af te leiden uit het gecontracteerd zijn als zodanig, waardoor bij de verzekerde de perceptie kan bestaan dat elke zorgaanbieder dezelfde kwaliteit levert, terwijl dit in de praktijk niet zo is.

Vervolgens kunnen zorgverzekeraars deze informatie gebruiken in hun inkoopbeleid. Om de kritiek te voorkomen dat zorgverzekeraars ieder hun eigen kwaliteitsindicatoren ontwikkelen en lokaal toepassen, is het





met name belangrijk dat zij richting hun patiënten goed toelichten wat de informatie concreet voor patiënten kan betekenen.

Voor collectiviteiten is er aanzienlijk meer ruimte om te investeren in zorginhoudelijke afspraken, waaronder preventie. Zoals weergegeven in figuur 10.2, is de ruimte voor verder onderscheid daar dan ook groter dan voor de individuele zorgverzekeringen. Zorgverzekeraars kunnen meer gebruik maken van de mogelijkheden die er zijn om voor specifieke doelgroepen op maatgesneden afspraken te maken, zoals bijvoorbeeld voor buschauffeurs en schoonmakers plaatsvindt. Ook is er ruimte voor meer zorginhoudelijke samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten waarbij ze gezamenlijk effectiever kunnen inzetten op preventie. Uit ons onderzoek blijkt dat hier vanuit zorgaanbieders ook behoefte aan is, maar het hen niet altijd lukt om hier het gesprek met zorgverzekeraars over aan te gaan.

De focus bij collectiviteiten tot nu ligt te sterk op de financiële korting. Het geven van een financiële korting zonder dat hier besparingen in de inkoop tegenover staan, is een vorm van ongewenste differentiatie omdat er dan sprake is van prijsdiscriminatie. Verzekeraars kunnen naar ons oordeel hun maatschappelijke taak beter invullen door binnen de collectieve verzekering meer inhoudelijke afspraken te maken over preventie en kwaliteit.

#### **10.6.2 Opties voor vergroting prikkels zorgverzekeraars op kwaliteit en preventie**

De meest directe manier om te bevorderen dat zorgverzekeraars meer in kwaliteit investeren is door te stimuleren dat verzekerden hier meer naar gaan kijken bij de keuze van een polis. Dit zal ten eerste gebeuren als verzekerden meer inzicht krijgen in zorgkwaliteit. En daarnaast als verzekerden geholpen worden bij de keuze voor een zorgaanbieder waarbij ook expliciet aandacht wordt besteed aan de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders.

##### *Inzicht in zorgkwaliteit vergroten*

Meer transparantie over de kwaliteit van het zorgaanbod zorgt er voor dat verzekerden over de informatie beschikken om op dit aspect bewust te kiezen tussen zorgaanbieders. Als kwaliteitsverschillen inzichtelijk zijn, kunnen verzekerden daar bij de keuze voor een aanbieder ook consequenties aan verbinden. Zij kunnen dan bijvoorbeeld het kwaliteitsverschil tussen zorgaanbieders afwegen tegen de extra reistijd naar een kwalitatief betere zorgaanbieder. Zorgaanbieders worden op hun beurt dan gestimuleerd om meer in kwaliteit te investeren.

Als verzekerden actief kiezen op zorgkwaliteit, zal de zorgverzekeraar hier meer aandacht aan besteden bij de inkoop van zorg en kan hij hier ook directer consequenties aan verbinden in zijn inkoopbeleid. Hij kan dan bijvoorbeeld veel duidelijker verantwoorden waarom hij bij een bepaalde zorgaanbieder minder of juist meer contracteert.

Zowel informatie vanuit het Zorginstituut Nederland (ZiN) als vanuit individuele zorgverzekeraars kan bijdragen aan meer inzicht in de kwaliteit van zorg. Wij ondersteunen dan ook van harte de initiatieven van het ZiN om de transparantie van kwaliteit te vergroten en roepen zorgverzekeraars op om hier ook actiever in te zijn.

##### *Patiënten helpen bij kiezen van zorgaanbieder*

De huisarts vervult een spilfunctie bij de verwijzing van een patiënt naar medisch specialistische zorg. De overheid kan overwegen om de huisarts een directere rol te geven bij het helpen kiezen van een zorgaanbieder.

Dit is een taak die nu formeel niet bij huisartsen belegd is. In Engeland kennen huisartsen wel een dergelijke rol. De Engelse NHS kent het zogenaamde 'Choose and book' model.<sup>87</sup> Daarbij krijgt de patiënt van de huisarts een aantal opties voor ziekenhuizen en behandelaars voorgelegd waaruit hij kan kiezen en kan hij samen met de huisarts vervolgens een afspraak voor een behandeling maken. Door de patiënt directer te helpen bij de keuze voor een zorgaanbieder zal de patiënt bewuster naar het aspect kwaliteit kijken en zullen zorgaanbieders vervolgens geprikkeld worden om meer in kwaliteit te investeren om deze patiënt aan te trekken. Als de patiëntenstromen hierdoor wijzigen, kan de zorgverzekeraar hier met zijn inkoopbeleid op aansluiten.

In de Nederlandse situatie dient de huisarts in zo'n rol niet alleen inzicht in de kwaliteit van de aangeboden zorg te hebben, maar ook na te gaan welke zorgaanbieders door de zorgverzekeraar van de patiënt gecontracteerd zijn. De patiënt moet immers een afweging kunnen maken tussen kwaliteit en eventuele extra bijbetalingen. In het NHS model ontbreekt die complicatie. De invoering van een dergelijk model kan het kwaliteitsbewustzijn en daarmee de kwaliteit van de geleverde zorg vergroten. Hoewel dit model om genoemde redenen niet op korte termijn zo maar in te voeren is, is het de moeite waard om dit nader te bezien op zijn mogelijkheden voor de middellange termijn

#### *Verder verbeteren risicoverevening*

Op dit moment ervaren zorgverzekeraars met name prikkels om op doelmatigheid te letten. Eén van de redenen die zorgverzekeraars ervan weerhouden om meer in kwaliteit te investeren, is de risicoverevening (zie par. 8.5). Als zorgverzekeraars meer inzetten op zorgkwaliteit kan dit er toe leiden dat een zorgverzekeraar verzekerden aantrekt die niet goed uit de verevening komen. De Minister heeft daarom aangekondigd om de risicoverevening aan te passen zodat het aantrekkelijker wordt om chronisch zieken als verzekerden aan te trekken<sup>88</sup>. Dergelijke maatregelen kunnen ook genomen worden om andere groepen verzekerden te compenseren zodat zorgverzekeraars voor deze groepen meer in kwaliteit van zorg gaan investeren.

Hierbij dient goed gelet te worden op de invloed van deze aanpassingen op de prikkels voor zorgverzekeraars om in preventie te investeren. Door verzekerden te compenseren voor hun zieke verzekerden beloon je namelijk niet het gezond(er) maken van verzekerden. Als iemand gezond wordt, vervalt immers de bijdrage uit de risicoverevening. Daarnaast is het belangrijk dat zorgverzekeraars investeringen in het gezond maken van verzekerden terug kunnen verdienen. Een optie is daarom om te onderzoeken of je binnen de risicoverevening gezondheidswinst kan belonen. Dat zou zorgverzekeraars aanzetten tot extra inspanningen voor verzekerden met hoge zorgkosten. Eerdere evaluaties van de Zvw hebben geleid tot verschillende maatregelen om de prikkels voor zorgverzekeraars te versterken bij de inkoop van zorg. Deze hebben een beperkt effect gehad op de kwaliteit van zorg; wel hebben ze bijgedragen aan de doelmatigheid. Het belonen van gezondheidswinst zou deze prikkels meer in de richting van preventie en kwaliteit kunnen sturen en daarom wenselijk zijn.

Voor preventie geldt dat er naast de risicoverevening een veelheid van andere oorzaken is die er voor zorgen dat zorgverzekeraars er niet in investeren. Zoals in hoofdstuk 9 beschreven, zijn dit: (i) er is maar

<sup>87</sup> Zie ook: <http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>

<sup>88</sup> Brief aan de Tweede Kamer van 6 februari 2015, kenmerk 723296-133115-Z



beperkt bereidheid bij verzekerden om extra te betalen voor preventie; (ii) er is niet altijd sprake van een kostendaling voor zorgverzekeraars; (iii) andere zorgverzekeraars liften mee op de inspanningen van de investerende zorgverzekeraar; (iv) *wrong pocket*-kwesties; en (v) tijdseffecten. Het sleutelen aan bijvoorbeeld alleen de duur van de contracten tussen verzekerde en zorgverzekeraar om het tijdseffect op te lossen, zal weinig opleveren zonder oplossingen voor de andere knelpunten. Het is alleen mogelijk en effectief om de prikkels voor inspanningen voor preventie te verbeteren als de diverse drempels in samenhang worden aangepakt.

Voor preventie kan de overheid, gezien de veelheid aan factoren die de prikkels voor zorgverzekeraars om hierin te investeren belemmeren, overwegen om extra investeringen in preventie te bekostigen vanuit een preventiefonds. Andere organisaties zoals de RVZ hebben hiertoe opgeroepen<sup>89</sup>. Wij vinden het de moeite waard om dit verder te onderzoeken.

We zien geen aanleiding voor de overheid om directer de prestaties van zorgverzekeraars op het gebied van zorgkwaliteit te gaan aansturen. Directe sturing door de overheid kan namelijk tot mogelijke onbedoelde neveneffecten leiden. Zo zou de overheid om meer inspanningen op het gebied van kwaliteit in de inkoop af te dwingen, nadere normen kunnen opstellen voor de wijze waarop kwaliteitsaspecten in de inkoop moeten worden meegenomen. Dit kan via de zorgplicht. Het is dan belangrijk dat voor zorgverzekeraars duidelijk is aan welke (extra) normen zij moeten voldoen. Ook is het belangrijk dat de overheid oog heeft voor de praktische invulling van deze eisen in de praktijk. Essentieel is dat zorgverzekeraars prikkels blijven houden om zorg in te kopen en er niet massaal voor gaan kiezen om een restitutiepolis aan te bieden. Zij hoeven zich dan immers minder druk te maken hoe zij invulling moeten geven aan de eisen op het gebied van kwaliteit. In dat geval zou de maatregel contraproductief zijn vanuit een oogpunt van kwaliteit stimulerende inkoop.

## 10.7 Ter afsluiting

Op een aantal aspecten is er ruimte voor de individuele zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden binnen de kaders van het huidige stelsel. De meest directe en effectieve manier om zorgverzekeraars daarin te laten investeren is als verzekerden aan die aspecten meer aandacht besteden bij het kiezen van een polis. Zo kunnen voor het aspect kwaliteit van zorg verzekerden geholpen worden door het inzicht in kwaliteit te vergroten en hen directer te ondersteunen bij het keuzeproces voor een zorgaanbieder. Voor andere aspecten, bijvoorbeeld dienstverlening, is het lastiger om zorgverzekeraars zich meer te laten inspannen via de druk van verzekerden. In dat geval moeten zorgverzekeraars de belangen van patiënten zwaarder wegen dan zij nu doen. Dergelijke initiatieven zullen bijdragen aan een betere werking van het zorgstelsel en specifiek aan meer (inhoudelijke) keuzemogelijkheden voor verzekerden op het vlak van collectiviteiten en dienstverlening, maar naar onze verwachting niet tot geheel andere uitkomsten leiden dan nu. Voor verzekerden zullen de dominante criteria om een polis te kiezen premie en keuzevrijheid blijven en hiermee houden zorgverzekeraars rekening bij het aanbieden van een polis en de beslissing in welke aspecten zij investeren.

<sup>89</sup> <https://www.skivr.nl/actueel/id29426-zn-voorman-houd-zorg-als-geheel-betaalbaar.html>,  
<https://www.mednet.nl/nieuws/id5707-rvz-pleit-voor-preventiefonds.html>;

Het is belangrijk dat zorgverzekeraars op individuele basis de ruimte die bestaat benutten. Dit is niet alleen van belang voor concurrentieel onderscheid, maar ook essentieel om te kunnen experimenteren met lokale initiatieven waarmee een zorgverzekeraar op zijn beurt zorgaanbieders en andere zorgverzekeraars inspireert.

In dit verband is van belang dat zorgverzekeraars niet gezamenlijk de bestaande ruimte om zich van elkaar te onderscheiden inperken. In het onderzoek heeft een aantal zorgverzekeraars naar voren gebracht dat de rol van ZN zich te veel richt op de bestaande belangen waardoor er te weinig vernieuwing van de grond komt. Verzekeraars gaven daarbij aan dat er binnen ZN-verband soms aanzienlijke verschillen van inzicht zijn op onderwerpen waarover een ZN-standpunt wordt gevormd. Zij formuleren de uitdaging voor ZN in het combineren van het behartigen van het gemeenschappelijk belang van de zorgverzekeraars (“de randen van het speelveld bewaken”) en de ruimte laten aan de individuele zorgverzekeraars om “zelf het eigen spel” te bepalen. Door de eigen invulling van het speelveld wordt vernieuwing gefaciliteerd.

Wij onderschrijven het pleidooi van individuele verzekeraars richting ZN om hen de ruimte te laten om zelf te bepalen hoe zij het spel willen spelen en om eigen standpunten in te nemen. Dat is immers een direct signaal dat zorgverzekeraars zich op een onderwerp kunnen of willen onderscheiden van elkaar. Zorgverzekeraars moedigen we aan om zelf de verantwoordelijkheid te nemen een individuele koers te kiezen waar dat mogelijk is.

Op basis van ons onderzoek zien we geen aanleiding voor een keuze van de overheid om de prestaties van zorgverzekeraars directer te gaan aansturen. Terughoudendheid met een stapeling van maatregelen en directe sturing vanuit de overheid is geboden. Het stelsel in zijn huidige vorm is bedoeld als een privaatrechtelijk model met publiekrechtelijke randvoorwaarden. In het onderzoek zien we dat de randvoorwaarden die vanuit de overheid worden opgelegd de mogelijkheden van zorgverzekeraars om zich te onderscheiden beperken. Behalve formele maatregelen en bepalingen spelen hier ook informele aspecten een rol, waaronder maatschappelijke en politieke druk en bestuurlijke akkoorden. Striktere publieke randvoorwaarden aan de basisverzekering kunnen uiteindelijk leiden tot verschraling van het aanbod en minder keuzemogelijkheden. We zien al een dergelijke beweging bij de aanvullende zorgverzekering, waar ruimere acceptatie heeft geleid tot minder aanbod. Als meer sturingselementen voor de individuele verzekering worden toegevoegd, kan het gevolg zijn dat diversiteit en onderscheid afnemen. Dat geldt zeker als er publieke maatregelen met een landelijk uniform karakter worden opgelegd. Deze kunnen al snel leiden tot frustratie van de mogelijkheden voor lokale experimenten, die wij als een belangrijke aanjager van differentiatie en innovatie beschouwen.



## Bijlage 1. Overzicht gesprekspartners (organisaties)

Autoriteit Financiële Markten (AFM)  
ANNO12  
Autoriteit Persoonsgegevens (AP)  
ASR  
Consumentenbond  
CZ  
De Friesland  
DGN Groep/Zorgkiezer  
De Nederlandse Bank (DNB)  
DSW  
Diabetesvereniging Nederland (DVN)  
ENO  
Gezond Veluwe  
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)  
ICZ / Vandaag Collectief  
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)  
Independer.nl  
KPMG Plexus  
Ledenraad Menzis  
Ledenraad cVGZ  
Menzis  
ONVZ  
Patiëntenfederatie Nederland  
Poliswijzer.nl  
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)  
's Heeren Loo  
cVGZ  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)  
Zilveren Kruis  
Zorginstituut Nederland (ZiN)  
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)  
Zorg en Zekerheid  
Zorgeloos  
Zorgvuldig Advies  
Zorgweb