



E-mail
cjakobs@consumentenbond.nl
Telefoonnummer
+31 70-4454343
Ons kenmerk
CJAKOBS/80149
Datum: 8 april 2019
Onderwerp: zorgverzekeringen

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Vaste Commissie voor VWS
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Geachte leden van de commissie VWS van de Tweede Kamer,

Woensdag 10 april vergadert u in een AO over de zorgverzekeringen. Voor uw gedachtenvorming wil ik u graag enkele punten meegeven die de Consumentenbond als problematisch ervaart. Daarbij geef ik u ook mogelijke oplossingsrichtingen aan.

Zorgverzekeringen worden in plaats van eenvoudiger, steeds complexer. Er zijn bij het overstappen steeds meer zaken waar je rekening mee moet houden voor een goede keuze van zorgverzekering. Dat geldt nog meer voor mensen die veel zorg gebruiken.

Aspecten die daarbij een rol spelen:

- het nog steeds grote aantal polis combinatiemogelijkheden
- wel of geen contractering van zorgaanbieders (waarbij het er op lijkt dat de contracteringsgraad zeker met zelfstandige zorgverleners steeds lager wordt)
- onduidelijkheid over aan welke eisen gecontracteerde zorgverleners moeten voldoen
- de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg
- volumebeperkingen die worden afgesproken
- consequenties van het medicijnbeleid van verzekeraars

Daar komt bij dat voor de aanvullende verzekeringen bovenstaande aspecten ook steeds meer een rol gaan spelen. Het maakt het steeds lastiger om van 12 november tot 31 december tot een verantwoorde keuze voor een zorgverzekering te komen.

Op enkele punten ga ik hier nog nader in.

- Ook tijdens de overstapperiode 2018 – 2019 hebben wij weer moeten constateren dat de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet tijdig afgerond was. Voor ziekenhuizen geven zorgverzekeraars weliswaar garanties af zodat eind december duidelijk is welke zorg is gecontracteerd, maar voor zbc's, ggz en eerstelijnszorg is dit veel minder het geval. Een adequate keuze voor een nieuwe verzekering kan dus niet gemaakt worden. De benodigde informatie is daarvoor eenvoudigweg onvoldoende beschikbaar.



De Consumentenbond vraagt zich inmiddels af of het niet logisch is de vaste opzegperiode los te laten en verzekeren – in lijn met de wet Van Dam en de gedragscode van schadeverzekeraars – het recht te geven na 12 maanden bij een verzekeraar verzekerd te zijn geweest, maandelijks het recht op opzeggen en overstappen te geven. Voordeel voor verzekeren is dat zij veel meer op het moment dat het ertoe doet, verzekeringen kunnen vergelijken op gecontracteerde zorg. Op basis hiervan kunnen zij vervolgens een besluit nemen om al dan niet over te stappen. Wellicht levert dit voor verzekeraars meer administratieve lasten op, maar het zou een positieve invloed kunnen hebben op de beweging van verzekeren op de zorgverzekeringsmarkt en daarmee op de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Het ons overigens niet om het overstappen van zorgverzekeren, maar wel om de mogelijkheid voor verzekeren om op basis van complete informatie en zonder tijdsdruk een afgewogen keuze voor een verzekering te maken.

- Verzekeren zijn nog steeds onzeker over de gevolgen van een overstap. Dat blijkt ook uit de diverse bij uw agenda behorende stukken. Dit ondanks dat verzekeren gebruik kunnen maken van diverse vergelijkingssites, verzekeraars inmiddels voor zowel de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering “zorgverzekeringskaarten” kennen en zij onderling afspraken hebben gemaakt over de gevolgen van een overstap voor bijvoorbeeld machtigingen voor behandelingen. Ook geeft de NZa in de “Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten” aanwijzingen voor de vindbaarheid van informatie. Deze zijn echter nog te algemeen en bieden nog onvoldoende soelaas om polissen makkelijk te kunnen vergelijken.

Een volgende stap in de verbetering van de vergelijkbaarheid van het verzekeringsaanbod zou wat ons betreft dan ook kunnen liggen in verdere afstemming tussen verzekeraars over het taalgebruik en de inrichting van website, polisvoorwaarden, brochures en zorgzoekers. Gebruik van B1-taalniveau en gebruik van dezelfde termen door verzekeraars, een vaste indeling van polisvoorwaarden, de websites en zorgzoekers met naast tekst ook veel beeld, zou de vindbaarheid, begrijpelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatie van zorgverzekeraars kunnen vergroten. Standaardeisen voor de zoekfuncties op de website kunnen ook helpen. Wij verwijzen hierbij ook naar de oproep van de NZa onlangs op dit onderwerp naar aanleiding van onderzoek tijdens de afgelopen overstapperiode <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/03/21/nza-polisinformatie-beter-meer-hulp-bij-keuze-gewenst> Wellicht kunt u er bij de minister op aandringen met zorgverzekeraars hierover in overleg te gaan. Mochten er mededingingsproblemen opdoemen als zorgverzekeraars hierover afspraken maken, dan zouden deze in het belang van de consument moeten worden weggenomen.



- Steeds meer besluiten individuele zorgverleners geen contract meer te sluiten met zorgverzekeraars. Wij vinden dat een slechte zaak, omdat verzekerden er bij de keuze van een verzekering van uit moeten kunnen gaan dat zij adequaat – zowel qua beschikbaarheid van zorgverleners als ten aanzien van de door zorgverleners te leveren kwaliteit van de zorg – verzekerd zijn.

De impasse rond de contractering wordt mede veroorzaakt door de onduidelijkheid over de kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Er bestaat in ieder geval in de beleving van velen een flinke discrepantie tussen het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars, zoals gepubliceerd in de maand april en de uiteindelijke praktijk van de contractering.

Openbaarheid van de contracten tussen zorgverzekeraars en individuele zorgaanbieders en verbetering van de informatie over kwaliteit van de zorg als zodanig, zou helderheid voor consumenten kunnen opleveren. Verzekerden hebben er recht op te weten waarom een zorgverlener is gecontracteerd, maar ook de redenen wanneer een zorgverlener niet is gecontracteerd, moeten transparant zijn. In het verlengde daarvan zou de beperkte vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners dan achterhaald zijn. Immers, als consumenten de daadwerkelijke afspraken kennen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zullen zij minder moeite hebben de keuze van hun zorgverzekeraar te billijken ofwel kiezen voor een verzekering zonder beperkende voorwaarden door de contractering.

- Een laatste frictie waarop wij u willen wijzen zijn de gebruikelijke onderhandelingsperikelen aan het eind van het jaar tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen over al dan niet bereikte plafonds. Deze onderhandelingen worden nu over de rug van consumenten gevoerd, die aan het einde van het jaar worden geconfronteerd met berichten van ziekenhuizen dat zij geen nieuwe patiënten meer kunnen behandelen dat jaar.

Uiteraard zullen zorgverzekeraars betogen dat onderhandelingen over volumes een belangrijk sturingsinstrument zijn, maar je kunt de 'sancties' (mits terecht) ook prima meenemen in het jaar dat er op volgt. Dan weet de consument ten minste waar hij aan toe is, en kan hij een gefundeerde keuze maken waar hij zijn zorg afneemt.

Mocht u nadere informatie over bovenstaande van ons wensen, dan kunt u contact opnemen met Carl Jakobs, cjakobs@consumentenbond.nl, 070-4454343 of Henry Uitslag, 070-4454236.

Met vriendelijke groet,
Consumentenbond

Olof King
directeur belangenbehartiging