

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
3853954-1067722-Z

Bijlagen
1

Datum document
13 juni 2024

Datum 18 juni 2024
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de leden Paulusma en Sneller (beiden D66) over het bericht dat zorgverzekeraars overstappers belemmeren waardoor de premie onnodig hoog is (2024Z10466).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg,

Pia Dijkstra

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Antwoorden op Kamervragen van de leden Paulusma en Sneller (beiden D66) over het bericht dat zorgverzekeraars overstappers belemmeren waardoor de premie onnodig hoog is (2024Z10466, ingezonden 13 juni 2024).

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht 'Basispremie kan 100 euro lager, 'verzekeraars belemmeren overstappen''? 1)

Antwoord vraag 1

Ja, ik ben met dit bericht bekend.

Vraag 2

Deelt u de mening dat het uiterst kwalijk is dat zorgverzekeraars overstappen bewust belemmeren, waardoor Nederlanders ruim 900 miljoen euro meer betaalden aan zorgpremie dan nodig is?

Antwoord vraag 2

Ik vind het belangrijk dat verzekerden een weloverwogen keuze kunnen maken voor hun zorgverzekering. Het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM)¹ waar het bericht op gebaseerd is, laat zien dat een groot deel van de verzekerden een basispolis heeft waarvoor een (bijna) gelijk, maar goedkoper alternatief bestaat. Dat kan verschillende redenen hebben. Verzekerden kunnen inherent aarzelend staan tegenover overstappen naar een andere basisverzekering of een andere zorgverzekeraar, zoals een deel van de consumenten ook op andere markten zoals energie of telecommunicatie minder geneigd is tot "switchen". Maar verzekerden kunnen ook meer willen betalen voor hun huidige polis uit tevredenheid en vanuit service- en merkbeleving. Daarbij merk ik graag op dat er geen 900 miljoen voor het 'oprapen' ligt. Een massale overstap van verzekerden naar goedkopere polissen zal leiden tot premiestijgingen. De kosten van de zorg moeten immers betaald worden.

Ik vind het belangrijk dat verzekerden weten dat er een (bijna) gelijk, maar goedkoper alternatief is. Daarom is het goed dat de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-027) van de NZa zorgverzekeraars verplicht om verzekerden via hun website te wijzen op bijna gelijke polissen. Zorgverzekeraars moeten hierbij aangeven wat de verschillen zijn tussen deze polissen. Verder steun ik het voornemen van de NZa om te verkennen of zorgverzekeraars verplicht kunnen worden om verzekerden actiever te wijzen op een eventuele (bijna) gelijke polis met een lagere premie.

Vraag 3

Is bekend of er verschillen zijn tussen inkomensgroepen wat betreft hoe vaak er overgestapt wordt naar een andere zorgverzekeraar?

¹ Zie Kamerstuk 29689, nummer 1252.

Vraag 4

Klopt de hypothese dat de mensen die (relatief) het meest baat zouden hebben van overstappen naar een goedkopere zorgverzekering (namelijk de lagere inkomens) dit het minst doen? Bent u bereid het CBS (of een ander instituut) te verzoeken om deze hypothese te onderzoeken?

Vraag 5

Veronderstellende dat deze hypothese klopt (uit onderzoek blijkt dat dit bijvoorbeeld klopt voor energiecontracten), welk handelingsperspectief ziet u voor gemeenten/Rijksoverheid/Autoriteit Consument & Markt (ACM) om hier iets aan te veranderen? Deelt u de mening dat dit zeer wenselijk zou zijn, ook gegeven de complexiteit van gerichte inkomensondersteuning aan deze groepen via andere instrumenten?

Vraag 6

Kunt u schetsen wat de gevolgen zijn van het bellemeren van overstappen door verzekeraars op de armoedecijfers en de koopkracht van mensen met een lage sociaal-economische status (SES)?

Antwoord vraag 3, 4, 5 en 6

Het is mij niet bekend of het overstapgedrag tussen verzekerden uit verschillende inkomensgroepen verschilt. Wel is er eerder onderzoek gedaan naar het keuzegedrag van zorggebruikers.² Uit dit onderzoek bleek dat zorggebruikers minder vaak overstappen dan niet-zorggebruikers. Dat verschil werd echter niet verklaard door het zorggebruik, maar door achterliggende factoren zoals algemene overstapgeneigdheid en leeftijd. Mensen die de afgelopen jaren van energieleverancier, internet/telefonie/tv of een andere verzekering (niet-zorgverzekering zijnde) zijn overgestapt, stappen ook vaker over van zorgverzekering.

Wel is er specifieke aandacht voor het keuzegedrag van verzekerden met een lage sociale-economische positie. Dit heb ik gedaan, omdat ik weet dat zorgverzekeringen voor mensen een moeilijk onderwerp is, en juist ook voor deze doelgroep. Net als in voorgaande jaren is er het afgelopen overstapseizoen een publieksvoorlichting vanuit het ministerie van VWS uitgezet. Het doel van deze voorlichting was om mensen erop te wijzen dat het van belang is hun nieuwe zorgpolis te controleren en na te gaan of deze nog aansluit bij hun zorgbehoeften. Er is hierbij voor het afgelopen seizoen extra aandacht gegeven aan het voorlichten van mensen met een lagere sociaaleconomische positie. Er zijn door VWS getrainde sleutelpersonen ingezet op onder andere lokale markten en bij informatie/thema-avonden in bijvoorbeeld buurthuizen en sportkantines om deze mensen te bereiken. Hierbij is gebruikt gemaakt van specifieke middelen, zoals flyers en korte animaties, ook vertaald in o.a. Turks en Arabisch. Uit de evaluatie bleek dat inderdaad het voor deze doelgroep moeilijk is om een keuze te maken voor een zorgverzekering. Voor het komende overstapseizoen zal er ook weer een publieksvoorlichting gegeven worden. Het is aan mijn opvolger om daar vorm aan te geven, maar ik zal meegeven dat het van belang is extra aandacht te blijven besteden aan deze doelgroep. Ik zal geen onderzoek uitzetten naar het overstapgedrag van verschillende inkomensgroepen. Daarnaast ondersteunen verschillende gemeenten lage inkomensgroepen bij de keuze van een

² Zie Kamerstuk 29689, nummer 1050.

zorgverzekering met de zogenoemde 'Voorzieningenwijzer'. Tijdens een persoonlijk gesprek wordt er advies gegeven over de best passende zorgverzekering.

Tot slot wil ik nog opmerken dat ik de stelling niet deel dat een goedkopere polis automatisch een betere keuze is (verzekerden kunnen een duurdere polis met meer service prefereren boven een goedkopere polis met minder service), en dat verzekeraars mensen niet belemmeren om over te stappen, zij proberen ook juist zo duidelijk mogelijke informatie te geven.

Vraag 7

Is voor u het onderzoek van de ACM de eerste keer dat signalen over het belemmeren van overstappen door zorgverzekeraars naar boven komen, of heeft u al eerder hier signalen over ontvangen? Indien u deze signalen al eerder ontvangen heeft, welke stappen zijn er al gezet om een einde te maken aan deze praktijken?

Vraag 8

Welke consequenties verbindt u aan dit onderzoek van de ACM? Welke stappen gaat u zetten om het belemmeren van overstappen door zorgverzekeraars tegen te gaan?

Vraag 9

Hoe kijkt u aan tegen het voorstel van de ACM en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om de koppeling tussen aanvullende verzekeringen en specifieke basispolissen te verbieden? Gaat u dit advies opvolgen?

Antwoord vraag 7, 8 en 9

In 2018 hebben de ACM en de NZa eerder onderzoek gedaan naar verschillen tussen basispolissen en keuzes van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt.³ Sindsdien zijn verschillende stappen ondernomen. Zo is per 1 januari 2023 de collectiviteitskorting op de basisverzekering afgeschaft. Eén van de redenen hiervoor was dat het grote aantal collectiviteiten niet bijdroeg aan een overzichtelijk polisaanbod. Daarnaast heeft de NZa de informatieverplichtingen voor zorgverzekeraars die gelden ten aanzien van (bijna) gelijke polissen aangescherpt. Op die manier is het voor verzekerden beter inzichtelijk wanneer er een vergelijkbare polis is.⁴

De ACM en NZa rapporteren dat de beperkte toegang tot de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen bij bepaalde basisverzekeringen het kiezen lastiger maakt en de risicosolidariteit ondermijnt. Ik zal in gesprek gaan met de NZa en ACM om te verkennen of er handelingsopties zijn. Dat is namelijk niet evident, omdat de markt voor aanvullende verzekeringen een vrije markt is. Dat betekent dat verzekeraars zelf bepalen welke aanvullende verzekeringen ze aan wie aanbieden, met welke dekking, en tegen welke premie. Daarnaast vind ik het belangrijk om de observatie van de ACM en de NZa in een breder perspectief te bezien. De Zorgverzekeringswet (Zvw) beoogt solidariteit tussen gezond en ongezond en de risicoverevening is het mechanisme om voor een gelijk speelveld te zorgen: dat groepen gezonde verzekerden in beginsel even aantrekkelijk zijn als groepen ongezonde verzekerden. Het goede nieuws is dat vorig jaar met de

³ Zie Kamerstuk 29689, nummer 931.

⁴ Zie Kamerstuk 35872, nummer 10.

invoering van de zogenaamde "constrained regression" een substantiële verbetering in de risicoverevening is gerealiseerd. Omdat deze verbetering nog nieuw is, verwacht ik dat de doorwerking ervan de komende jaren doorzet. Als ik de redenatie van de ACM en NZa volg, dan zou dat ook invloed kunnen hebben op de wijze waarop zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen aanbieden.

Vraag 10

Bent u van plan om ervoor te zorgen dat het aantal basispolissen vermindert, zodat consumenten niet meer verdwaald raken in een oerwoud aan polissen? Zo ja, wat gaat u doen om dit te bewerkstelligen?

Vraag 11

Bent u van plan om iets te doen aan het feit dat zorgverzekeraars polissen op een niet-neutrale manier presenteren, door bijvoorbeeld een goedkopere basispolis "basis" te noemen terwijl een vrijwel identieke duurdere basispolis "ruim" genoemd wordt? Zo ja, hoe gaat u dit aanpakken?

Antwoord vraag 10 en 11

Ik vind het net als u belangrijk dat er voor verzekerden écht iets te kiezen valt op de zorgverzekeringsmarkt. Het gaat mij hierbij niet zozeer om het aantal polissen, maar vooral om de diversiteit van het polisaanbod. Als er veel polissen zijn die sterk op elkaar lijken dan bemoeilijkt dit het keuzeprocess voor verzekerden. Verzekerden kunnen hierdoor overstapbelemmeringen ervaren, hetgeen leidt tot een lagere overstapgeneigdheid. Juist die overstapgeneigdheid is belangrijk om zorgverzekeraars te prikkelen in te spelen op de preferenties en zorgbehoeften van verzekerden.

(Bijna) gelijke polissen dragen niet bij aan een onderscheidend polisaanbod. Daarom is het goed dat de informatieregeling van de NZa zorgverzekeraars verplicht om verzekerden via hun website te wijzen op bijna gelijke polissen. Zorgverzekeraars moeten hierbij aangeven wat de verschillen zijn tussen deze polissen. Daarnaast steun ik het voornemen van de NZa om te verkennen of zorgverzekeraars verplicht kunnen worden om verzekerden actiever te wijzen op een eventuele (bijna) gelijke polis met een lagere premie. Verder zijn vergelijkingssites bij uitstek een instrument dat verzekerden kunnen gebruiken om polissen met elkaar te vergelijken. Deze sites maken ook kleine verschillen tussen polissen inzichtelijk. Deze initiatieven moeten eraan bijdragen dat verzekerden niet onbewust voor een polis kiezen waarvoor een goedkoper (bijna) gelijk alternatief bestaat.

Vraag 12

Heeft u meer signalen ontvangen van bewuste marktverstoring in de zorg, of andere vormen van ongewenste marktmacht? Lopen er nog meer ACM-onderzoeken naar vergelijkbare praktijken? Op welke andere punten in de zorg denkt u dat de marktwerking niet goed functioneert, ten koste van de consument?

Antwoord vraag 12

Zowel de NZa als de ACM zijn bevoegd op te treden bij mogelijke marktverstoringen zoals ongewenste marktmacht. De NZa kan als sectorspecifieke marktmeester en onafhankelijk toezichthouder optreden tegen marktverstoringen op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De ACM houdt toezicht op het naleven van mededingingsregels door ondernemingen op grond van de Mededingingswet (Mw). Die regels zijn ook van toepassing op de zorg.

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en burgers kunnen signalen van mogelijke marktverstoringen melden bij de NZa en ACM, waarna de toezichthouders individueel dan wel gezamenlijk kunnen besluiten een onderzoek te starten⁵. Daarnaast kunnen beide toezichthouders op eigen initiatief een onderzoek starten. Ook kan de minister de toezichthouders verzoeken onderzoek te doen, waarna de toezichthouders kunnen besluiten om dit verzoek op te volgen. De ACM en de NZa zijn onafhankelijke instanties en beschikken over hun eigen onderzoeksagenda. Dergelijke onderzoeken bevatten bovendien vaak vertrouwelijke informatie. De minister van VWS en ik kunnen daardoor geen uitspraken doen over eventuele lopende onderzoeken. Daar waar de toezichthouder(s) over onvoldoende middelen beschikt (beschikken) om adequaat in te grijpen, kan in voorkomende gevallen overwogen worden wet- en regelgeving aan te passen. In een recent aan uw Kamer verzonden brief gaat de minister van VWS in op de wijze waarop zij het zorgspecifiek markttoezicht van de NZa wenst te versterken.⁶

Vraag 13

Bent u van mening dat de ACM en NZa nu voldoende in staat zijn om dergelijke bewust marktversturende praktijken op te sporen en aan te pakken? Welke verbetermogelijkheden ziet u?

Antwoord vraag 13

Zoals genoemd in beantwoording van vraag 12 heeft de minister van VWS recent aan uw Kamer een brief verzonden waarin zij beschrijft hoe zij het zorgspecifiek markttoezicht van de NZa wenst te versterken. Daarbij gaat zij eveneens in op de motie van de leden Van den Berg en Tielen waarin verzocht wordt onderzoek te doen naar wat het zou betekenen als de drempel(s) van de bagatelbepaling in de Mededingingswet wordt/worden verhoogd. In die brief concludeert de minister van VWS met name verbetermogelijkheden te zien ten aanzien van de Zorgspecifieke fusietoets (Zft) om gericht onwenselijke concentraties (zoals een fusie of overname) tegen te gaan. Voor het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium (AMM-instrumentarium) dat is neergelegd in de Wmg, vindt zij het op dit moment niet wenselijk wijzigingen door te voeren. Daarvoor is eerst scherper zicht nodig op de specifieke knelpunten waarin aanmerkelijke marktmacht de uitvoering van een regioplan kan bemoeilijken. Daarover blijft zij de komende periode in gesprek met de NZa. Tot slot concludeert ze in die brief dat een eventuele verruiming van de bagatelbepaling niet leidt tot het gewenste effect en in het belang van de patiënt is.

Vraag 14

Bent u bereid om de antwoorden op deze vragen te delen voor het commissiedebat Zorgverzekeringstelsel d.d. 19 juni 2024?

⁵ Zie voor meer informatie over het toezicht door de NZa: [Ons toezicht in vogelvlucht | Over de NZa | Nederlandse Zorgautoriteit](#). Zie voor meer informatie over toezicht door de ACM in de zorg: [Wat doet de ACM in de zorgsector? | ACM.nl](#). In het samenwerkingsprotocol tussen de ACM en de NZa hebben de toezichthouders een aantal algemene uitgangspunten en afspraken vastgelegd ten aanzien van de onderlinge samenwerking: [Staatscourant 2015, 583 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#).

⁶ Kamerstukken II 2023/2024, 31 765 nr. 854

Antwoord vraag 14

Ja, hier heb ik mijn best voor gedaan.

1) NOS, 4 juni 2024, 'Basispremie kan 100 euro lager, 'verzekeraars belemmeren overstappen'' (Basispremie kan 100 euro lager, 'verzekeraars belemmeren overstappen' (nos.nl))