



Kern-gezond

Actieplan Zorgverzekeraars Nederland

April 2015 (herziene herdruk september 2021)

Het Nederlandse zorgstelsel wordt internationaal tot de beste gerekend: de kwaliteit van de zorg is hoog en alle Nederlanders hebben goede toegang tot medisch noodzakelijke zorg.

Solidariteit vormt de basis van de Zorgverzekeringswet: rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek betalen allemaal dezelfde premie voor dezelfde zorgverzekering (in de volksmond 'basisverzekering' genoemd).

Als zorgverzekeraars maken wij ons wel op een aantal punten zorgen over de werking van het stelsel. Zowel in ons eigen handelen als in het overheidsbeleid zien wij ontwikkelingen die – als we er niet alert op zijn en tijdig bijsturen – de solidariteit kunnen aantasten. Wij vinden het noodzakelijk én mogelijk het zorgstelsel te versterken en onze eigen rolvervulling te verbeteren. Dat geldt zowel voor het polisaanbod en de positie van verzekerden als voor onze relatie met het zorgveld.

Dat concretiseren wij – om te beginnen bij het polisaanbod en de positie van verzekerden - op de volgende manier.¹

1 Wij zorgen voor overzichtelijke polissen, door:

- Duidelijke polissen per zorgverzekeraar
- Heldere polisinhoud

2 Wij zorgen voor eenvoudig overstappen, door:

- Overstapdrempels wegnemen
- Transparante bemiddeling en vergelijking
- Terughoudendheid bij commercie

3 Wij laten de zorgverzekeraar als maatschappelijke ondernemer zien, door:

- Transparantie over de bedrijfsvoering
- Invloed van verzekerden op het beleid

4 Wij pleiten voor een solidaire basisverzekering, door:

- Behoud van een breed basispakket
- Goede risicoverevening als randvoorwaarde voor solidair zorgstelsel

De zorgverzekeraars:²

- zullen naar deze uitgangspunten en principes handelen en zijn daarop door iedereen aanspreekbaar;
- zullen op die punten waar dat aan de orde is in overleg treden met de minister over noodzakelijke aanpassing van wet- en regelgeving.

¹ Alle afspraken hebben betrekking op de basisverzekering, tenzij expliciet is aangegeven dat het gaat om de aanvullende verzekering. Dit betekent bijvoorbeeld dat polis gelezen dient te worden als de polis voor de basisverzekering. Overal waar (basis)premie staat wordt de grondslag voor de premie voor de betreffende variant van de zorgverzekering bedoeld.

² Alle afspraken worden uitgevoerd door de zorgverzekeraars op het niveau van de risicodragers, tenzij is aangegeven dat de afspraak wordt uitgevoerd op het niveau van het zorgverzekeraarsconcern.

Context

Het Nederlandse zorgstelsel wordt internationaal tot de beste gerekend: de kwaliteit van de zorg is hoog en alle Nederlanders hebben goede toegang tot medisch noodzakelijke zorg. Solidariteit vormt de basis van de Zorgverzekeringswet: rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek betalen allemaal dezelfde premie voor dezelfde basisverzekering (in Zvw-termen: voor iedere verzekerde die dezelfde variant van de zorgverzekering heeft, geldt dezelfde grondslag voor de premie). Ook lukt het steeds beter de kostenstijging in de zorg in de hand te houden en de stijging van de zorgpremie te beperken, zodat een breed pakket in de basisverzekering voor iedereen betaalbaar blijft.

Maar er zit ook spanning tussen een solidair stelsel aan de ene kant, en keuzevrijheid voor verzekerden en concurrentie tussen zorgverzekeraars aan de andere kant. En tussen het streven naar kwalitatief hoogwaardige zorg dichtbij en de – in verband met diezelfde solidariteit noodzakelijke – beheersing van de kosten. Daarom is het goed dat ons private zorgstelsel is ingebed in uitgebreide publieke randvoorwaarden, die de basis van die solidariteit borgen. Centraal daarin staan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht, die garanderen dat elke Nederlander, ongeacht zijn gezondheidsrisico, kan rekenen op goede en betaalbare zorg. Om het zorgstelsel te versterken en onze eigen rolvervulling te verbeteren willen zorgverzekeraars in dit spanningsveld de juiste balans vinden. In dit plan staan hiervoor concrete acties die de zorgverzekeraars zelf ter hand nemen en voorstellen richting de overheid. Het gaat hierbij om aspecten die aan de publieke randvoorwaarden raken. Voor de meest cruciale randvoorwaarde vragen zorgverzekeraars bijzondere aandacht: een goede risicoverevening.

Solidariteit vraagt om goede risicoverevening

Voor het borgen van de solidariteit is het van belang, dat voor een zorgverzekeraar alle verzekerden – jong en oud, gezond en ziek, rijk en arm – financieel even aantrekkelijk zijn. Verschillen in gezondheidsrisico's, die met dit soort kenmerken samenhangen, dienen daarom vooraf gecompenseerd te worden, zodat het loont te investeren in goede en doelmatige zorg voor kwetsbare groepen, zoals ouderen en chronisch zieken, en een gelijk speelveld voor alle zorgverzekeraars bestaat. Daarvoor is een beter werkend ex ante risicovereveningssysteem een absolute randvoorwaarde.

Zonder een goed werkende risicoverevening kunnen zorgverzekeraars met meer dan gemiddeld 'ongunstige' risicogroepen in financiële problemen komen zonder dat zij hier invloed op hebben. Voor zorgverzekeraars is het van belang dat zij per saldo voor hun verzekerdenportefeuille een adequate compensatie ontvangen uit het risicovereveningssysteem. Het risicovereveningssysteem werkt hiervoor nog niet optimaal; gezond wordt overgecompenseerd, ziek wordt ondergecompenseerd. Zorgverzekeraars willen zich kunnen onderscheiden in termen van zorginkoop voor kwetsbare doelgroepen, zoals ouderen en chronisch zieken. Zolang en voor zover zij (nog) ongunstig zijn in termen van risicoverevening dienen er aanpassingen plaats te vinden, zodat de op solidariteit gerichte rol van zorgverzekeraars nog sterker dan nu geaccentueerd kan worden.

Daarvoor is een gelijk speelveld nodig dat ook uitdaagt om zorg te contracteren die goed is voor juist de meest kwetsbare groepen. De verbetering van het ex ante risicovereveningssysteem moet daarom meer aandacht krijgen. Hoewel het risicovereveningssysteem nooit 100% perfect zal zijn, pleiten zorgverzekeraars ervoor fors in te zetten op verdere verbetering van het systeem, met name gericht op het voorkomen van een overcompensatie bij gezonden en het verkrijgen van een adequate compensatie voor groepen die nu onvoldoende worden gecompenseerd, zoals chronisch zieken. Zorgverzekeraars zoeken hiertoe de samenwerking met de overheid, die verantwoordelijk is voor het reguliere onderzoeksprogramma van de risicoverevening, en zullen steeds proactief met eigen voorstellen komen.

Keuzevrijheid en transparantie zorgverzekeringsmarkt

Binnen de publieke randvoorwaarden werken zorgverzekeraars in onderlinge concurrentie aan kwalitatief goede en doelmatige zorg voor hun verzekerden. Zij hechten aan die concurrentie, die bijdraagt aan beheersing van de uitgaven en keuzevrijheid voor verzekerden. Die keuzevrijheid kan worden vergroot door de transparantie op de zorgverzekeringsmarkt te vergroten. Door goede keuze-informatie op het juiste moment en door onduidelijkheden en misvattingen over polisvoorwaarden weg te nemen, wordt de echte concurrentie vergroot. De acties van de zorgverzekeraars zijn gericht op een overzichtelijk polisaanbod, heldere polissen, transparante bemiddeling en vergelijking en transparantie over bedrijfsvoering en zorginkoopbeleid. Ook zetten de zorgverzekeraars zich in om overstapdrempels voor verzekerden weg te nemen, vinden zij terughoudendheid bij commercie geboden en zorgen ze voor een effectieve invloed van verzekerden. Zorgverzekeraars willen hierover ook afspraken maken met vergelijkers, die een belangrijke rol vervullen in de informatievoorziening aan een groot deel van de overstappende verzekerden.

1. Overzichtelijke polissen

Keuzevrijheid voor alle verzekerden is uitgangspunt van ons stelsel. Om goed te kunnen kiezen is het nodig dat voor verzekerden inzichtelijk is welke polissen er verkrijgbaar zijn, wat daarvan de meerwaarde is, wie daarvan het risico draagt en wat daarvan de inhoud is.

1.1. Duidelijke polissen per zorgverzekeraar

- 1.1.1. Zorgverzekeraars maken per merk alle polissen voor de basisverzekering, waaruit de aspirant-verzekerde een keuze heeft, op een transparante wijze op de website zichtbaar.
- 1.1.2. Om verzekerden beter de weg te wijzen in het polisaanbod, gaan zorgverzekeraars per polis aangeven waarom naar hun opvatting vanuit het klantperspectief de polis van toegevoegde waarde is ten opzichte van de andere polissen. Ze doen dit zowel op hun website als in de richting van hun verzekerdenvertegenwoordiging.
- 1.1.3. Zorgverzekeraars geven het overzicht van binnen hun concern verkrijgbare (nagenoeg) identieke basisverzekeringen op een uniforme wijze vorm ter bevordering van de herkenbaarheid voor verzekerden.
- 1.1.4. Zorgverzekeraars brengen nieuwe polissen die openstaan voor alle verzekerden expliciet onder de aandacht van bestaande verzekerden.
- 1.1.5. Zorgverzekeraars dragen er zorg voor dat in de marketing en op de websites van gevolmachtigden, tussenpersonen en vergelijkers voor alle aangeboden polissen transparant en vindbaar is welke zorgverzekeraar uiteindelijk het risico draagt.
- 1.1.6. Met het oog op een stabiel polisaanbod voor de verzekerde die overweegt naar een andere basisverzekering over te stappen, zorgen zorgverzekeraars die reeds een of meer basisverzekeringen aanbieden, dat ze uiterlijk op 12 november alle nieuwe polissen en bijbehorende premies bekend gemaakt hebben. Indien een zorgverzekeraar deel uitmaakt van een concern van meerdere zorgverzekeraars, geldt deze afspraak op concernniveau. Deze afspraak staat niet in de weg dat een zorgverzekeraar tijdens het overstap- en prolongatieseizoen premies verlaagt.
- 1.1.7. Zorgverzekeraars streven – binnen het totale pakket aan aangeboden verzekeringen – naar een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen met een brede dekking zonder toelatingseisen. Tandartsverzekeringen, waar in sterke mate sprake is van antiselectie en anticiperend gedrag, zijn hiervan uitgezonderd.

1.2. Heldere polisinhoud

- 1.2.1. Zorgverzekeraars maken jaarlijks uiterlijk op 12 november op hun website per polis duidelijk wat de polisvoorwaarden zijn en welke zorg voor de desbetreffende polis is gecontracteerd.
- 1.2.2. Zorgverzekeraars informeren verzekerden op aantoonbaar begrijpelijke wijze over de werking van zorgverzekeringen. In het voor alle schadeverzekeraars in de EU wettelijk verplichte 'Informatiedocument over het verzekeringsproduct' (wij noemen dit: de Zorgverzekeringskaarten voor basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen) passen zorgverzekeraars gezamenlijk opgestelde afspraken toe ten aanzien van de te vermelden informatie en de te gebruiken formuleringen.³

³ Zo benoemen zorgverzekeraars bijvoorbeeld - indien van toepassing - het mechanisme van vergoedingsconsequenties bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg, en passen zorgverzekeraars uniforme tekstafspraken en een begrijpelijk taalniveau (B1) toe.

2. Eenvoudig overstappen

Alle verzekerden die willen overstappen dienen dat zo gemakkelijk mogelijk te kunnen doen op basis van heldere en betrouwbare informatie, zonder dat zij in de wijze van afsluiten of in de voorwaarden te maken krijgen met onnodige drempels. Daartoe moet ook de transparantie rond vergelijkers en tussenpersonen beter, en is terughoudendheid geboden ten aanzien van reclame en wervingsacties.

2.1. Overstapdrempels wegnemen

- 2.1.1. Aspirant verzekerden krijgen op de website op een toegankelijke wijze de premies van de basisverzekering getoond zónder dat zij eerst hun verzekerdenkenmerken (zoals de leeftijd) hoeven in te vullen.
- 2.1.2. Zorgverzekeraars werpen bij de aanmelding van nieuwe verzekerden geen drempels op voor specifieke doelgroepen: per polis is elke manier van inschrijven voor iedereen toegankelijk. Een uitzondering vormen collectiviteiten, die op specifieke groepen gericht zijn en daarmee niet voor iedereen openstaan. Voor veel verzekerden in Nederland is zo'n collectiviteit beschikbaar.
- 2.1.3. Zorgverzekeraars geven prominent op hun eigen websites én op vergelijkingssites aan dat iedereen voor elke polis wordt geaccepteerd voor de basisverzekering.
- 2.1.4. Mensen die zorg gebruiken, kunnen dat als drempel ervaren bij het eventueel veranderen van zorgverzekeraar. Om dergelijke (gepercipieerde) drempels zoveel mogelijk weg te nemen, nemen zorgverzekeraars voor de basisverzekering:
 - de akkoordverklaring/machtiging van de oude zorgverzekeraar over voor de duur van de afgegeven akkoordverklaring/machtiging met dezelfde eventuele bijbetaling voor de verzekerde;
 - een positieve toegangsverlening tot het 'pgb verpleging en verzorging' door de oude zorgverzekeraar over voor de duur van de door de verpleegkundige gestelde indicatie.
 Bij de verlening van machtigingen en positieve toegangsverklaring wordt dit actief gecommuniceerd naar de verzekerde.
- 2.1.5. Zorgverzekeraars hanteren het uitgangspunt dat een aspirant verzekerde zonder acceptatievoorwaarden toegang heeft tot de aanvullende verzekering, indien de verzekerde bij de oude zorgverzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering heeft afgesloten. Een zorgverzekeraar mag zijn meest uitgebreide tandartsverzekeringen hiervan uitzonderen, om deze tandverzekering houdbaar te houden voor bestaande verzekerden.

2.2. Transparante bemiddeling en vergelijking

- 2.2.1. Zorgverzekeraars vinden, gezien ook de breed levende behoefte aan duidelijkheid rond kosten en vergoeding, dat voor verzekerden duidelijk moet zijn welke provisie of vergoeding een gevolmachtigde, tussenpersoon of vergelijkingssite ontvangt. Zorgverzekeraars spannen zich in om gevolmachtigden, tussenpersonen en vergelijkeners precontractueel en actief transparant te laten zijn over het nominale provisiebedrag dat gemoeid is met de aankoopbeslissing van de verzekerde.
- 2.2.2. Zorgverzekeraars constateren dat verzekerden de dienstverlening van vergelijkeners waarderen en erkennen de meerwaarde van de specialistische kennis omtrent keuze-informatie en keuzeprocessen. Zorgverzekeraars vinden het uit oogpunt van transparantie over en draagvlak voor de werking van de zorgverzekeringsmarkt gewenst dat vergelijkeners hun vergelijkingen verrijken, objectiveren en transparant maken, zodat verzekerden op basis van volledige informatie een vergelijking kunnen maken. Zorgverzekeraars willen op korte termijn samen met vergelijkeners het initiatief nemen om hierover afspraken te maken.

2.3. Terughoudendheid bij commercie

- 2.3.1. Zorgverzekeraars kiezen als uitgangspunt dat zij aspirant verzekerden niet gunstiger zullen behandelen dan huidige verzekerden. Dat stelt beperkingen aan het aanbieden van actiekortingen en geschenken aan uitsluitend nieuwe verzekerden.⁴
- 2.3.2. Zorgverzekeraars communiceren bij hun polisaanbod op een eenduidige manier over de premie en voorwaarden voor de desbetreffende polis. In wervende verzekerdencommunicatie (marketinguitingen) wordt de premiegrondslag van een basisverzekering vermeld en geen 'vanaf-prijzen' die gebaseerd zijn op een korting bij een vrijwillig eigen risico. Dat neemt uiteraard niet weg dat in informatie voor verzekerden ook duidelijk moet worden wat de premie bij een vrijwillig eigen risico is.
- 2.3.3. Hoewel reclame en werving inherent zijn aan de werking van het stelsel, zijn zorgverzekeraars zich ervan bewust dat – gelet op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid – terughoudendheid op dit punt noodzakelijk is.

⁴ Dit laat onverlet de individuele verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor het vormgeven van hun contractuele relaties met tussenpersonen en volmachten.

3. Zorgverzekeraar als maatschappelijke ondernemer

Zorgverzekeraars zijn maatschappelijke ondernemingen die zich in de richting van verzekerden en andere belanghebbenden verantwoorden over hun beleid. Zij zijn ook vrijwel allemaal georganiseerd op coöperatieve grondslag en geven hun verzekerden daadwerkelijk invloed op hun beleid.

3.1. Transparantie over de bedrijfsvoering

- 3.1.1. Zorgverzekeraars geven op onderling vergelijkbare wijze jaarlijks inzicht in de premieopbouw, de premiebestedingen en hun jaarcijfers.
- 3.1.2. Zorgverzekeraars publiceren jaarlijks vóór 1 april op voor zorgaanbieders en verzekerden inzichtelijke wijze hun zorginkoopbeleid voor het volgende jaar inclusief hun overwegingen ten aanzien van de kwaliteit en hoe zij verzekerden hierbij hebben betrokken.

3.2. Invloed van verzekerden op het beleid

- 3.2.1. Om verzekerden optimaal te betrekken bij het beleid volgt iedere zorgverzekeraar (of groep waar zij deel van uitmaakt) de handreiking van zorgverzekeraars aan hun verzekerdenvertegenwoordiging voor het informeren en consulteren van verzekerden (juni 2020). In de handreiking staat onder andere dat:
 - Zorgverzekeraars hun verzekerden nog beter willen informeren over het bestaan en functioneren van hun verzekerdenvertegenwoordiging. Daarnaast zijn zorgverzekeraars graag bereid om hun vertegenwoordiging te faciliteren om de verzekerden zelf te informeren. Zij stellen hun verzekerdenvertegenwoordiging in goed overleg in de gelegenheid om dit te doen via de kanalen die de zorgverzekeraar daarvoor zelf ook gebruikt, zoals: website, nieuwsbrief, community e.d. Waar nodig ondersteunt de zorgverzekeraar zijn vertegenwoordiging bij het informeren van de verzekerden.
 - Zorgverzekeraars vinden dat het informeren van verzekerden door de verzekerdenvertegenwoordiging niet genoeg is om hun rol als vertegenwoordiger van hun achterban goed te kunnen vervullen. Het is belangrijk dat een verzekerdenvertegenwoordiging zelf weet wat er onder verzekerden leeft. Zorgverzekeraars zijn in dat licht bereid om hun verzekerdenvertegenwoordiging in de gelegenheid te stellen om – in overleg met de zorgverzekeraar – verzekerden te raadplegen via de kanalen die de zorgverzekeraar daarvoor beschikbaar heeft. Dat zijn dezelfde kanalen die de vertegenwoordiging ook kan gebruiken om verzekerden te informeren, zoals: website, nieuwsbrief, community e.d.

- Zorgverzekeraars hun verzekerdenvertegenwoordiging faciliteren bij het informeren en consulteren van verzekerden door in redelijkheid ruimte en expertise aan de vertegenwoordiging te bieden om de hierboven genoemde opties in goed overleg te benutten. Iedere zorgverzekeraar zal hiervoor in overleg met de vertegenwoordiging één of meer vaste contactpersonen voor de verzekerdenvertegenwoordiging benoemen. De zorgverzekeraars stellen daarnaast inspanning in capaciteit, tijd en geld beschikbaar, uiteraard in redelijkheid.

4. Solidaire basisverzekering

Zorgverzekeraars zijn de belangenbehartigers van hun verzekerden en zullen zich ook in de richting van overheid en politiek zo opstellen, bijvoorbeeld bij discussies over de omvang van het basispakket en de hoogte van het eigen risico. Ook is een goede risicoverevening voor zorgverzekeraars van belang om de solidariteit voor verzekerden te kunnen borgen.

4.1. Behoud van een breed basispakket

- 4.1.1. Uit het oogpunt van solidariteit en toegankelijkheid van zorg vinden zorgverzekeraars een breed basispakket gewenst. Zorg waarvan de samenleving en politiek vinden dat deze voor iedereen toegankelijk moet zijn, dient te worden opgenomen in het basispakket.
- 4.1.2. Zorgverzekeraars vinden dat beperkingen van de groei van de zorguitgaven primair niet gezocht moeten worden in pakketmaatregelen. Het sturen op doelmatigheid en kwaliteit moeten voorop staan bij het beperken van de groei van de zorguitgaven.

4.2. Veranderen van verplicht en vrijwillig eigen risico

- 4.2.1. Uit het oogpunt van solidariteit en toegankelijkheid van zorg vinden zorgverzekeraars het ongewenst dat het verplichte eigen risico structureel verder wordt verhoogd.
- 4.2.2. Zorgverzekeraars willen aan verzekerden vooraf helderheid kunnen bieden hoeveel van hun eigen risico zij kwijt zijn bij een bezoek aan het ziekenhuis of GGZ-instelling.

4.3. Goede risicoverevening als randvoorwaarde voor solidair zorgstelsel

- 4.3.1. Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat het inkopen van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor hun verzekerden wordt gestimuleerd, in het bijzonder voor ouderen en chronisch zieken. Tegelijkertijd vinden zorgverzekeraars dat de prikkels tot risicoselectie moeten worden geminimaliseerd. Om beide doelen te realiseren is een goed werkend risicovereveningsmodel essentieel. Zorgverzekeraars vinden daarom dat de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel verbeterd moet worden. Zij stellen hiervoor hun expertise beschikbaar.
- 4.3.2. Daarnaast roepen de zorgverzekeraars de minister op om de ex post compensaties afhankelijk te maken van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel, met bijzondere aandacht voor de situaties van wijziging van de bekostiging van zorg. Hierdoor zijn de financiële risico's voor zorgverzekeraars verantwoord, wordt de positie van ouderen en chronisch zieken niet onnodig verzwakt en wordt de prikkel tot risicoselectie voorkomen.