

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 957

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 januari 2019

Op 5 december 2017 verscheen het DNB-rapport: «Visie op de toekomst van de Nederlandse Zorgverzekeraars»¹. De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzocht mij om direct te reageren op de bewering dat de houdbaarheid van aanvullende zorgverzekeringen onder druk staat.

Hoewel aanvullende verzekeringen niet binnen mijn bevoegdheid liggen, heb ik in mijn reactie aangegeven deze door DNB gesignaleerde trend serieus te nemen en heb ik toegezegd om dit nader te analyseren alvorens met een reactie te komen.² Daarom heb ik Zorgweb en Vektis gevraagd naar een cijfermatige toets op de veronderstelde ontwikkelingen. Die vindt u in de bijlage³.

De hoofdpunten van deze brief zijn:

- Er zijn op dit moment geen risico's voor de toegankelijkheid van aanvullende zorgverzekeringen.
- De uitgevoerde analyse laat zien dat er nog steeds een ruim aanbod van aanvullende polissen met een uitgebreide dekking is.
- In 2017 was 84,1% van de mensen aanvullend verzekerd (tegenover 88% in 2012). Hiermee blijft de vraag naar aanvullende verzekeringen aangetoond.
- Zoals DNB constateerde, is het wel van belang dat zorgverzekeraars oog houden voor de productontwikkeling van de aanvullende zorgverzekeringen.

Analyse van Zorgweb en Vektis

DNB signaleerde dat steeds meer mensen alleen een aanvullende zorgverzekering kiezen als zij verwachten daarvan gebruik te gaan maken en deze weer aanpassen als de zorg is geleverd. Daardoor komt het

¹ <https://www.dnb.nl/nieuws/nieuwsoverzicht-en-archief/dnbulletin-2017/dnb366735.jsp>.

² Kamerstuk 29 689, nr. 879.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

verzekeringsprincipe, en daarmee de duurzaamheid van het product, onder druk te staan. Op dit moment zouden zorgverzekeraars zich al genoodzaakt zien om de dekking te verkleinen, waarmee ook de toeganke-lijkheid van zorg in het geding kan komen.

Naar aanleiding van deze signalen zijn Zorgweb en Vektis op basis van een uitgebreid databestand – met onder andere informatie over de dekking en premies van alle individuele aanvullende verzekeringen – nagegaan hoe de aanvullende verzekering zich in de periode 2007–2018 heeft ontwikkeld.⁴ Hierbij dient te worden opgemerkt, dat het voor Vektis niet mogelijk is om per individu de gedeclareerde aanvullende zorg te koppelen aan diens polis. Daarom is het consumptiegedrag van de aanvullend verzekerde niet volledig geanalyseerd. Het onderzoek van Zorgweb en Vektis laat de volgende relevante ontwikkelingen zien:

Ontwikkeling smalle en brede polissen

- Het aanbod «smalle» polissen met dekking op 1 of een beperkt aantal onderdelen is de afgelopen 11 jaren sterk toegenomen. Het aanbod van «brede» polissen met een uitgebreide set aan dekkingsonderdelen is ongeveer even groot gebleven. Hier is nog steeds sprake van een ruim aanbod.

De maximale vergoeding per onderdeel

- Een analyse per dekkingsonderdeel laat zien dat het aantal polissen met de meest *uitgebreide tot onbeperkte* vergoeding voor fysiotherapie, tandheelkunde en orthodontie de afgelopen 11 jaren is *afgenomen*.
- Het aantal polissen met een *beperkte* vergoeding per onderdeel is de afgelopen 11 jaren bij fysiotherapie, tandheelkunde en orthodontie *toegenomen*.⁵
- Voor brillen en contactlenzen is er de afgelopen 10 jaar weinig veranderd qua vergoedingsniveau. In 2018 is wel sprake van een sterke groei van het aantal polissen met een hogere vergoeding en een afname van het aantal polissen met een lagere vergoeding. Tegelijkertijd is het aantal aanbieders waar verzekerden terecht kunnen ingeperkt.

Schadelast

- De gemiddelde vergoede zorgkosten per verzekerde ten laste van de aanvullende verzekering zijn de afgelopen jaren met ongeveer 68 euro toegenomen. De grootste stijging van de vergoede kosten vond plaats bij tandheelkundige zorg en paramedische zorg.

Premie ontwikkeling en resultaten

- De premie van de aanvullende verzekering is gestegen.⁶ De premies van polissen met hoge vergoedingen op dekkingsonderdelen stijgen over de afgelopen 11 jaar harder (4,9%) dan die van de polissen met lagere vergoedingen (2,4%).
- Gemiddeld is er sprake van een lichte afname van de dekking. Daarmee is de prijs-kwaliteit verhouding licht afgenomen.
- Deze ontwikkelingen uiten zich niet in hogere winstmarges van zorgverzekeraars, die over de afgelopen 10 jaar geen stijgende lijn

⁴ Voor 2019 zien we geen opvallende afwijkingen van deze resultaten.

⁵ Waarbij deze trend voor tandheelkunde de afgelopen 6 jaar niet doorzet.

⁶ De gemiddelde AV-premie is in 11 jaar met € 6,83 per maand gestegen, wat een gemiddelde stijging met 2,8% per jaar betekent. Het gaat daarbij om nominale premies, dus zonder inflatiecorrectie. De gemiddelde inflatie (CPI) bedroeg in deze periode 1,6% per jaar. Bij deze constatering past een kanttekening: De gemiddelde stijging wordt gedrukt door het toegenomen aantal «smalle» polissen en modules (met een lage premie).

laten zien. In de analyse wordt geconcludeerd dat de oorzaak logischerwijs zal liggen in een combinatie van gestegen prijzen van de zorg en een toename van het volume van de gedeclareerde zorg.

Toegang

- Slechts een beperkt aantal zorgverzekeraars hanteerden de afgelopen jaren wachttijden of medische selectie voor de aanvullende verzekering. Ook het aantal aanvullende verzekeringen waarvoor premiedifferentiatie wordt toegepast is stabiel.

Beleidsreactie

We hebben in Nederland een uitgebreid en solidair basispakket. Dat vind ik van groot belang. Ook de toegankelijkheid van aanvullende zorg neem ik serieus. Tegelijkertijd is aanvullende zorg met een reden niet in het pakket opgenomen: voor deze voorzieningen is bepaald dat deze voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf komen. Ook zijn de juridische sturingsmogelijkheden op de aanvullende zorgverzekeringen beperkt, omdat het gaat om particuliere verzekeringen zonder grondslag in de Zorgverzekeringswet. Pakketsamenstelling, polisvoorwaarden, acceptatiebeleid en premiestelling behoren tot de eigen bevoegdheden van de verzekeraar.

Er is, zeker voor de kortere termijn, geen aanleiding om vraagtekens te zetten bij de houdbaarheid van aanvullende zorgverzekeringen of de verzekeraarbaarheid van aanvullende zorg. Hoewel het verzekeren van uitgebreide aanvullende zorg duurder wordt, is er nog steeds een gevarieerd aanbod. Bovendien worden instrumenten als wachttijd en medische selectie niet in toenemende mate ingezet.

In 2017 was 84,1% van de mensen aanvullend verzekerd (tegenover 88% in 2012). Hiermee blijft de vraag naar aanvullende verzekeringen ruimschoots aangetoond.

Er bestaat een zekere spanning tussen voorspelbaarheid en planbaarheid van zorggebruik en de verzekeraarbaarheid ervan. Verzekerden zijn in toenemende mate kritischer op het verzekeringsproduct dat ze kiezen, waarbij de vraag of het product aansluit bij het verwachte zorggebruik meer leidend wordt. Daarnaast worden verzekerden aan het einde van het jaar door (sommige) zorgaanbieders herinnerd of de aanvullende verzekering wel ten volle is benut. Het is een gegeven dat aanvullende pakketten, door de voorzienbaarheid en planbaarheid van sommige aanspraken, voor veel mensen geen prototype risico's afdekken.⁷ Zoals DNB omschrijft, gaat het in die gevallen eerder om een abonnement. DNB constateert hiermee dat het verzekeringsprincipe van de aanvullende verzekering onder druk komt te staan. Zoals uit de analyse blijkt, beslaat deze trend echter niet de hele markt. Ook brede pakketten worden aangeboden en afgesloten.

Voor de bestendigheid van de aanvullende zorgverzekering is het uiteraard relevant hoe de aanspraken in de basisverzekering zich in de toekomst ontwikkelen. Als bijvoorbeeld omvangrijke aanspraken zoals mondzorg of fysiotherapie integraal aan het basispakket zouden worden toegevoegd, dan versmalt het aanvullend verzekerbare pakket. Naarmate dit pakket smaller wordt, wordt de kans op zelfselectie van verzekerden in spé groter (zoals zich nu al kan voordoen bij het aanbieden van losse modules). Als vooral personen met hoge risico's zich verzekeren, zal de schade toenemen en de gemiddelde premie omhoog gaan. Dit kan juist

⁷ Ofwel: lage voorspelbaarheid, potentieel hoge schade.

degenen met lage risico's ertoe brengen om zich minder te verzekeren, waardoor de gemiddelde schade nog verder omhoog gaat.

Een dergelijke spiraal kan de aanvullende verzekering destabiliseren. In de huidige beleidspraktijk worden op dit terrein echter alleen aanspraken aan de basisverzekering toegevoegd voor groepen met specifieke aandoeningen die door het afzien van bepaalde zorg, omdat deze in beginsel niet vanuit het basispakket wordt vergoed (bijvoorbeeld fysio- of oefentherapie), uitwijken naar zwaardere zorgvormen die wel uit de basisverzekering worden vergoed. Er is dan geen sprake van zinnige en zuinige zorg, maar van ongewenste substitutie naar duurdere zorgsoorten uit de basisverzekering.

Voor de lange termijn vragen de geschetste ontwikkelingen om een kritische blik van zorgverzekeraars ten aanzien van de behoeften van polishouders en de mogelijkheden om daarbij passende en duurzame producten voor de lange termijn te ontwikkelen. Zij zijn hierop reeds alert en actief. Een aantal verzekeraars introduceert pure verzekeringsproducten, namelijk verzekeringen die een onvoorspelbaar risico, met een (relatief) kleine kans, maar met hoge kosten als gevolg dekken. Deze ontwikkeling toont aan dat de sector zelf in staat is met duurzame producten te komen. Ik waardeer het dat zorgverzekeraars innovatief blijven in de productontwikkeling en productmix, zodat juist het risico op kostbaardere aanvullende zorg verzekerbare blijft.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins