

## Independer

Sinds de oprichting van Independer staat transparantie hoog in het vaandel. Wij maken complexe (financiële) zaken inzichtelijk voor consumenten en stellen hen zo in staat zelf weloverwogen keuzes te maken.

Vanuit het perspectief van de consumenten die zich oriënteert op een eventuele verandering van zorgverzekering willen wij graag een aantal kanttekeningen maken bij het voorliggende wetsvoorstel. Wij sluiten af met enkele mogelijke verbeteringen en alternatieven.

## Wetsvoorstel

Het wetsvoorstel kent voor de consument die overweegt om een andere zorgverzekering af te sluiten, een drietal kernpunten:

1. De eigen betaling mag geen feitelijke verhindering zijn om gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Hoe hoog de eigen betaling mag zijn voordat er sprake is van een 'hinderpaal' wordt overgelaten aan zorgverzekeraars en aan de rechter (o.a. par. 5.1.2 en hoofdstuk 8).
2. Er is met IZA partijen de afspraak gemaakt dat zorgverzekeraars jaarlijks vóór 12 november het inkoopproces afronden (o.a. par. 4.2.4). Dit betreft een inspanningsverplichting en is dus voor de NZa niet handhaafbaar<sup>1</sup>. Een zorgverzekeraar ondervindt ook geen direct financieel nadeel als hij zijn contractering niet tijdig rond heeft. Een consument kan hier ook geen rechten aan ontnemen.
3. Een verzekerde die onbeperkte keuzevrijheid wil kan een restitutiepolis afsluiten (o.a. par 5.1.2).

## Oriëntatie op zorgverzekeringen vereist goede keuze-informatie

De mogelijkheid om goed geïnformeerd te besluiten om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, of juist te blijven bij de huidige verzekeraar, is een noodzakelijke pijler onder het Nederlandse zorgsysteem. Zonder deze mogelijkheid kan het stelsel van gereguleerde marktwerking niet goed functioneren en staat de solidariteit die met dit stelsel wordt afgedwongen onder druk.

De consument die overweegt over te stappen vergelijkt de producten van verzekeraars, daarbij vaak geholpen door vergelijkingssites of tussenpersonen. De eventuele bijbetaling bij gebruik van niet-gecontracteerde zorgaanbieders kan daarbij een belangrijke overweging zijn.

**Het voorliggende wetsvoorstel maakt het voor een consument onmogelijk om het nadeel van een verzekering waarbij hij mogelijk moet bijbetalen af te wegen tegen de extra premie die hij daarvoor moet betalen.**

Dit komt door de volgende constatering:

- het is gedurende de overstap periode **niet altijd bekend met welke aanbieders een verzekeraar een contract heeft**. Op 12 november, bij aanvang van de wettelijke periode van 7 weken, is dit zelfs in geen enkel jaar sinds 2006 het geval geweest, ondanks talloze inspanningen en beloften<sup>2</sup>. In het debat van 12 juni 2023 stelde de minister dat hij een deadline niet wettelijk wil verankeren. Dit wekt tenminste de indruk dat de belangen van marktpartijen zodanig groot zijn dat het ook de komende jaren niet volledig duidelijk gaat zijn op 12 november. Anders zou er immers geen bezwaar zijn tegen een deadline. In de door de NZA gepubliceerde 'Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg' staat zelf expliciet: *"Dit laat onverlet als de onderhandelingen nog lopen na 12 november dat partijen deze gewoon kunnen afronden"*.

De redenen waarom de contractering in het afgelopen jaar volgens de minister nog slechter ging dan in voorgaande jaren kunnen zich bovendien **in de toekomst gemakkelijk opnieuw voordoen**. Bijvoorbeeld hoge inflatie, nog niet afgesloten cao's, een pandemie etc. Als het een jaar wel goed

---

<sup>1</sup> Dit blijkt ook uit de door de NZA op 11 juli 2023 gepubliceerde 'Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg'. Zie hierin bijvoorbeeld richtsnoer 15.

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld het actieplan Kerngezond van Zorgverzekeraars Nederland uit 2015.

zou gaan is dat dus zeker geen garantie voor de toekomst.

- Het is voor een consument **volstrekt onduidelijk hoe hoog de maximale eigen betaling gaat zijn**. Dit komt doordat de invulling van het hinderpaalcriterium aan de verzekeraar en de rechter wordt overgelaten maar ook doordat de kosten van behandelingen vooraf vaak niet bekend zijn en een percentage daarvan dus ook niet. Het uitgangstarief dat gehanteerd wordt kan zelfs verschillen en er kunnen per (deel) sector andere percentages gelden. Bovendien zal de behandelaar soms ook een deel van de kosten voor zijn rekening nemen (coulance).

Tenslotte lijkt het wetsvoorstel voorbij te gaan aan de mogelijkheid dat een consument **meer dan één behandeling** door een niet-gecontracteerde aanbieder wenst (stapeling). Het is echter evident dat een consument voor wie een bepaald bedrag aan eigen betaling voor niet-gecontracteerde zorg nog net geen hinderpaal vormt, die hinderpaal wel ervaart als hij meer dan eens per jaar van een niet-gecontracteerde zorgverlener gebruik wil maken.

### **Zorgplicht vergelijkingssites**

Vergelijkingssites en tussenpersonen met een Wft vergunning 'Adviseren Zorgverzekeringen' zijn verplicht hun klanten te adviseren welk product het beste aansluit bij de wensen en behoeften van de klant.

Ook voor organisaties met een Wft vergunning is het echter niet mogelijk om te weten of de maximale eigen betaling in de orde van honderden of enkele duizenden<sup>3</sup> euro's zal liggen. **Het is daarom ook niet mogelijk om de klant te helpen bij de afweging van de extra premie tegen dit risico**. Het wetsvoorstel maakt het deze partijen daardoor moeilijk, zo niet onmogelijk, om aan de wettelijke zorgplicht te voldoen.

### **Restitutiepolis als oplossing?**

Het wetsvoorstel suggereert dat de klant die geen enkele 'hinder' wil ondervinden als hij een niet-gecontracteerde zorgverlener wil kiezen, de mogelijkheid heeft om een restitutiepolis te kiezen.

Of dat inderdaad een oplossing is hangt af van de vraag of verzekeraars restitutiepolissen blijven aanbieden en zo ja wat het premieverschil met naturapolissen is. Op dit moment worden nog enkele restitutieverzekeringen aangeboden maar dat aantal neemt ieder jaar af. Het premieverschil ligt in 2023 in de orde van €200 per jaar. Dit is dus ongeveer de helft van het verplicht eigen risico, waarbij wordt opgemerkt dat er vrijwel consensus in de Kamer bestaat dat een hoger eigen risico maatschappelijk ongewenst is<sup>4</sup>.

Het wetsvoorstel zal echter **antiselectie** tot gevolg hebben bijvoorbeeld omdat juist mensen die zijn aangewezen op GGZ of thuiszorg voor een restitutiepolis zullen kiezen. Daar komt bij dat mensen die voor een restitutiepolis kiezen naar verwachting gemiddeld minder gezond zijn. De hogere kosten van deze groep worden door het vereveningssysteem nog altijd niet volledig gecompenseerd.

Het steeds kleinere aantal aanbieders van restitutiepolissen vergroot dit probleem van antiselectie voor de overblijvende zorgverzekeraars.

**Het is daarom aannemelijk dat verzekeraars door dit wetsvoorstel geheel stoppen met het aanbieden van restitutieverzekeringen of dat het premieverschil zodanig groot wordt dat dit door veel consumenten op zichzelf al als een hinderpaal bij vrije-artsenkeuze wordt ervaren.**

---

<sup>3</sup> Zie paragraaf 5.4.2. waarin staat dat zelfs een korting van 25% à €3.446 niet als een hinderpaal werd gezien.

<sup>4</sup> Dit blijkt o.m. uit de brede steun voor het bevriezen van het eigen risico sinds 2017.

## Oplossingen

Om bovenstaande problemen op te lossen stellen wij het volgende voor:

### **1) Voer dit wetsvoorstel niet in zonder een verplichting aan zorgverzekeraars om op 12 november het inkoopproces afgerond te hebben.**

Overweging hierbij is dat een deadline weliswaar een ingreep in de vrije markt is maar dit ingrijpen is niet noodzakelijk in het nadeel van verzekeraars. De deadline geldt immers evenzeer voor aanbieders van zorg. Ook in andere markten, zoals de transfermarkt voor profvoetballers, zet een deadline de onderhandelingen wel onder druk maar werkt dit niet categorisch in het voor- of nadeel van één van de partijen.

Voor de afweging of een dergelijke ingreep proportioneel is, ook in het licht van het Unierecht, is verder van belang te overwegen dat het nadeel van het vrij laten van de onderhandeling niet zozeer ligt bij de individuele consument die mogelijk een te hoog bedrag moet betalen voor niet-gecontracteerde zorg, maar bij het goed functioneren van het systeem van gereguleerde marktwerking als geheel.

### **2) Maximeer het bedrag dat een consument moet betalen voor niet-gecontracteerde zorg.**

Voor de consument is vooral duidelijkheid en transparantie van belang. Het is een politieke afweging hoe hoog dit maximum<sup>5</sup> moet zijn. Vanuit consumentenperspectief is ieder maximum beter dan een onduidelijk maximum.

Overigens is het natuurlijk ook mogelijk om bijvoorbeeld voor sectoren als GGZ en Thuiszorg een ander maximum te hanteren dan voor andere sectoren. Dit doet maar beperkt afbreuk aan de gewenste duidelijkheid en transparantie.

Een overweging is verder om dit maximumbedrag **te implementeren als een extra verplicht eigen risico** bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Er zou dan dus een extra verplicht eigen risico van €X komen dat alleen van toepassing is indien men zorg afneemt van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Uiteraard kan dit extra verplicht eigen risico zo nodig ook weer gedifferentieerd worden per sector.

Overweging hierbij is dat een extra eigen risico een **bewezen effectief middel** is waarmee schadeverzekeraars hun klanten bij schade verleiden om gebruik te maken van gecontracteerde ketenpartners.

Relevant is verder dat in het huidige wetsvoorstel de consument het verschil moet begrijpen tussen i) het verplicht eigen risico, ii) eigen bijdragen (b.v. voor medicijnen of hulpmiddelen) en iii) eigen betalingen voor gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Door de koppeling van de maximale betaling voor niet-gecontracteerde zorg aan het verplicht eigen risico, blijven van deze drie categorieën er nog maar twee over, wat **de begrijpelijkheid van de informatie ten goede zou komen**.

Deze oplossing ligt overigens grotendeels in lijn met het artikel dat de hoogleraren Van de Ven, Schut en Varkevisser publiceerden<sup>6</sup>. Zie ook de reactie van prof. Varkevisser op deze consultatie.

---

<sup>5</sup> Vanzelfsprekend moet voorkomen worden dat zorgaanbieders hier misbruik van maken door een onredelijk hoog tarief te rekenen. Dit kan door de maximale vergoeding bij een restitutiepolis als uitgangspunt te nemen.

<sup>6</sup> [https://esb.nu/wp-content/uploads/2023/06/000-000\\_Varkevisser-5.pdf](https://esb.nu/wp-content/uploads/2023/06/000-000_Varkevisser-5.pdf)