

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MZS

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Ontworpen door

5.1.2e . 5.1.2e

Senior Beleidsmedewerker

T 070- 5.1.2e

M +31(0)6- 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Datum

4 november 2020

Kenmerk

Zaaknummer

Betreft	Jaarlijks BO met Vereniging Regionale Zorgverzekeraars (VRZ)
Vergaderdatum en -tijd	19 november 2020, 10.30 – 11.30 uur
Vergaderplaats	Ministerie van VWS, Ministerszaal

Paraaf directeur

Paraaf DGCZ

Directeur Z

1 Aanleiding en doel overleg

Al enkele jaren spreekt de minister éénmaal per jaar met het bestuur van de Vereniging van Regionale Zorgverzekeraars (verder: VRZ). De vereniging bestaat uit de zorgverzekeraars Eno, Zorg en Zekerheid en ONVZ. Het overleg heeft een informeel en informatief karakter. In de sfeer van 'benen op tafel' worden allerlei onderwerpen besproken die spelen in de zorgverzekeringssector besproken.

De VRZ heeft in september 2020 het stuk 'Samen voor gezondheid - Nederland de gezondste burgers in 2040!', met de ondertitel 'Een pleidooi voor maatregelen om de publieke gezondheid te bevorderen' uitgebracht. De onderwerpen die daarin genoemd zijn, komen onder punt 3d van de nota aan de orde.

2 Deelnemers overleg

Namens VRZ zullen bij het overleg aanwezig zijn:

De heer 5.1.2e van Zorg en Zekerheid (5.1.2e VRZ)

De heer 5.1.2e van ONVZ (5.1.2e VRZ)

De heer 5.1.2e (5.1.2e VRZ)

De heer 5.1.2e (5.1.2e VRZ/'lobbyclub')

Namens VWS bent u aanwezig samen met de DG CZ en de Directeur Zorgverzekeringen.

3 Te bespreken punten

In overleg met de VRZ is de volgende lijst met besprekpunten vastgesteld. Onder de punten staat een korte toelichting van de VRZ bij de bullet. En daaronder staat cursief ons commentaar.

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk

- a) Organisatie van het zorgstelsel;
- Onderwerpen gerelateerd aan de contourennota

U kunt aangeven wat de stand van zaken is rond de vaststelling van de contourennota en wat de grote lijnen zijn in de nota.

- b) Collectiviteiten & het polisaanbod;
- Over de aangekondigde afschaffing van de collectiviteitskorting, en de voordelen van collectieve zorgverzekeringen op het gebied van gezondheidsbevordering;

U kunt aangeven dat de collectiviteitskorting wordt afgeschaft, omdat deze korting gefinancierd wordt via een opslag op de premie en niet op basis van een besparing op de zorguitgaven, zoals de Zvw bedoeld heeft. Het blijft ook na de afschaffing van de collectiviteitskorting voor zorgverzekeraars mogelijk om met bijvoorbeeld werkgevers en gemeenten (zorg)inhoudelijke afspraken te maken. Daarbij blijft het voor zorgverzekeraars mogelijk om een collectiviteitskorting op de aanvullende verzekering te verstrekken en mogen bijvoorbeeld werkgevers en gemeenten desgewenst zelf een premiebijdrage verstrekken.

- c) Risicoverevening & de coronacrisis;
- Over het monitoren op afwijkende, niet door doelmatigheid verklaarbare vereveningsresultaten, de toereikendheid van de catastrofereregeling na 2020, en hoe COVID-19 impact heeft op het risicovereveningsmodel.

U kunt aangeven dat zorgverzekeraars voor zorgkosten in verband met corona, vanaf een bepaalde financiële drempel, een beroep doen op de wettelijke Catastrofereregeling. Dit geldt voor 2020 en 2021. Hiervoor moeten de declaraties voor covid-kosten goed te onderscheiden zijn, bijv. met covid-markers uit het ziekenhuis. Er wordt met alle partijen samen hard gewerkt om deze administratie en verantwoording adequaat en uniform te laten verlopen.

De mate waarin COVID-19 de reguliere zorg verstoort, bijv. door uitval van zorg, verschilt ook sterk tussen regio's en dus tussen zorgverzekeraars. Over de financiële gevolgen hiervan hebben zorgverzekeraars voor 2020 samen solidariteitsafspraken gemaakt. De ACM heeft dit goedgekeurd.

Voor 2021 wordt in de risicoverevening het macro-risico op over- en onderschrijdingen grotendeels (85%) overgenomen door het Zorgverzekeringsfonds. Ook overwegen zorgverzekeraars een vorm van onderlinge solidariteitsafspraken voor 2021.

U kunt aangeven dat al deze afspraken tot stand zijn gekomen na intensief en goed overleg met ZN en zorgverzekeraars.

U kunt eventueel vragen of de kleine verzekeraars hierin voldoende gehoord zijn.

d) Betaalbaarheid & transparantie;

- Over het maximeren van het eigen risico, een mogelijk forfaitair eigen risico, en over vergelijkingssites die minder informatie delen van zorgverzekeraars die geen provisie afdragen.

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk

Betaalbaarheid

De VRZ heeft het stuk 'Samen voor gezondheid - Nederland de gezondste burgers in 2040!', met de ondertitel 'Een pleidooi voor maatregelen om de publieke gezondheid te bevorderen', in september uitgebracht. Hierin roepen zij op de publieke gezondheid te bevorderen door onder andere in te zetten op een zogenaamd vitaliteitsfonds. Dit fonds zou gefinancierd moeten worden uit algemene middelen, waarbij een belasting op ongezonde keuzes ten goede komt aan zorginhoudelijke programma's. U kunt aangeven dat u het doel van een dergelijk fonds onderschrijft: preventie/vitaliteit is ook een speerpunt voor VWS. Er loopt daarom een traject loopt waarbij VWS, VNG en ZN (o.a. Zorg en Zekerheid is daar actief bij betrokken) samenwerken aan een preventie-infrastructuur. Hierbij moeten zorgverzekeraars en gemeenten samenwerkingsafspraken over gezondheidsbevorderende preventie maken. Daarbij wordt nadrukkelijk gekeken naar diverse opties voor financiering, waaronder een fonds. Maar er zijn meerder opties waarnaar gekeken wordt. (NB We zoeken uit of en hoe het mogelijk zou kunnen zijn om een dergelijk fonds op te zetten, maar dat een eerste vingeroefening leerde ons dat dit heel ingewikkeld is. Allerlei juridische, praktische en stelselvraagstukken zullen moeten worden opgelost voordat we een dergelijke stap kunnen zetten. Dit lijkt dus voor nu niet de meest haalbare route.)

Maximeren van het eigen risico

De VRZ is vanwege betaalbaarheid van zorgkosten voorstander van het beperken van het verplicht en het vrijwillig eigen risico tot gezamenlijk € 650. Nu is dat € 885 (€ 385 verplicht eigen risico en maximaal € 500 vrijwillig eigen risico). Het kabinet deelt het belang van betaalbare zorgkosten, maar heeft gekozen voor een andere invulling. Het verplicht eigen risico is voor deze kabinetsperiode vastgezet op € 385 en laat het dus niet meer meestijgen met de zorgkosten. Deze maatregel was onderdeel van een pakket aan maatregelen om de stapeling van zorgkosten te beperken bij mensen die veel zorg gebruiken. Naast deze maatregel is de eigen bijdrage voor geneesmiddelen gemaximeerd en zijn de eigen bijdragen voor Wlz en Wmo verlaagd.

Forfaitair eigen risico

Daarnaast is de VRZ voorstander van een forfaitair eigen risico. Dat betekent dat mensen als ze naar een ziekenhuis gaan een vaste eigen bijdrage (bijv. € 150) betalen i.p.v. een eigen risico dat afhankelijk is van de prijs die tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar is afgesproken. Verzekerden weten dan vooraf beter wat ze moeten betalen. Keerzijde is onder andere dat verzekerden er dan geen belang meer bij hebben om naar een goedkoop ziekenhuis te gaan i.p.v. een duur. Het kabinet heeft ervoor gekozen om de huidige systematiek van het eigen risico te handhaven. De NZa heeft iets geadviseerd dat aansluit bij de wens van VRZ (eens wens die overigens niet wordt gedeeld binnen geheel ZN): eigen risico loskoppelen van dbc-systematiek. U ontvangt nog voor het overleg met de VRZ een kamerbrief met een conceptreactie. Daarin

adviseren wij om het voorstel nu af te wijzen, omdat het niet past in het kabinetsbeleid en bovendien een fundamentele ingreep is. De VVD heeft – net als CDA en D66 – wel iets dergelijks in zijn nieuwe verkiezingsprogramma staan: "Op termijn willen we naar een eigen bijdrage per behandeling, in plaats van een eigen risico dat je ook kwijt kunt zijn aan één dure ingreep." Mogelijk wordt het dus wel een optie voor een volgend kabinet.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Verzekeringsmarkt

Kenmerk

Vergelijkingsites

U kunt aangeven dat een aantal grote vergelijkingsites (zoals Independer en Zorgkiezer.nl) zijn aangesloten bij het keurmerk 'Objectief vergelijken'. In dit keurmerk zijn onder andere de voorwaarden opgenomen dat het al dan niet hebben van een afspraak met een zorgverzekeraar geen invloed mag hebben op de ranking en dat de best passende zorgverzekering altijd duidelijk en als eerste zichtbaar is. Een onafhankelijk bestuur ziet toe op de naleving van de gedragscode.

De NZa heeft vorig jaar onderzoek gedaan naar de informatieverstrekking door vergelijkingsites. Zij heeft geconcludeerd dat de informatie van vergelijkingsites over het algemeen juist en duidelijk is. Wel heeft zij een aantal vergelijkingsites erop moeten wijzen dat niet altijd duidelijk vermeld werd dat de getoonde polissen alleen de polissen betrof die een verzekerde bij de betreffende vergelijkingsite kon afsluiten. De betreffende vergelijkingsites hebben vervolgens hun site aangepast. De zorgverzekeraars en de vergelijkingsite(s) bepalen zelf of zij een contract samen aangaan en welke inhoud dit contract heeft. U gaat zich daar niet in mengen.

- e) Actualiteiten (Coronazorg, reguliere zorg, etc.)

U kunt een laatste stand van zaken geven van de situatie rond corona.

4 Advies en toelichting

-

5.1.2e 5.1.2e