

Monitor Overstapseizoen 2016-2017

Onderzoek naar de informatievoorziening door zorgverzekeraars, volmachten, collectiviteiten en vergelijkingssites



zorg **V**uldig advies

• — ZORGWEB •

Colofon

Datum: 23 maart 2017

Deze monitor is opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS, die tevens de auteursrechthebbende partij is.

Auteurs: Piet de Bekker, Joost Wijnberger, Michiel Verkoulen, Peter Zuidhof

Met dank aan: Ed Maagdelyjn, Solange Walop (SCC Consultancy), Mariska Vollering (BureauTaal)

Foto's aan voorzijde: de Citroën C1, Peugeot 107/108 en Toyota Aygo zijn nagenoeg identieke auto's in de zogenaamde miniklasse. En de Peugeot Expert, Citroën Jumpy en Toyota Pro-Ace rijden met identieke carrosserieën.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding en korte terugblik	9
1.2 Vraagstelling.....	9
1.3 Het onderzoek.....	10
2 Het speelveld	11
2.1 Inleiding.....	11
2.2 Schematisch overzicht speelveld.....	11
2.3 Vergelijkingsites	19
2.4 Tussenconclusie.....	19
3 Het verzekeringsaanbod aan verzekerden	20
3.1 Inleiding.....	20
3.2 Basisverzekeringen en premies	20
3.3 Nagenoeg identieke basisverzekeringen	21
3.4 Beschikbaarheid en volledigheid overzichten bij concerns	22
3.5 Volmachten en collectiviteiten.....	25
3.6 Tussenconclusie.....	25
4 Bestaande en nieuwe klanten	26
4.1 Inleiding.....	26
4.2 Manier van inschrijven	26
4.3 Premie zonder invullen verzekerdenkenmerken	27
4.4 Cadeaus of actiekortingen.....	28
4.5 Tussenconclusie.....	29
5 Toegankelijkheid	30
5.1 Inleiding.....	30
5.2 Acceptatie voor de basisverzekering.....	30
5.3 Aanvullende verzekeringen en aanvullende tandartsverzekeringen	30
5.4 Overnemen machtiging, overnemen toegangsverlening PGB	32
5.5 Tussenconclusie.....	32
6 Begrijpelijke, juiste en vindbare informatie	34
6.1 Inleiding.....	34
6.2 Bewustwording	35
6.3 Begrijpelijke verzekeringen	35
6.4 Zorgverzekeringskaart.....	37
6.5 Antwoorden op vragen per mail	38
6.6 Contactmogelijkheden	39
6.7 Tussenconclusie.....	40

7	Eigen risico	41
7.1	Inleiding	41
7.2	Begrijpelijke prijzen	41
7.3	Herverzekeren eigen risico	42
7.4	Premiekortingen	43
7.5	Tussenconclusie	44
8	Vergelijkingsites	45
8.1	Inleiding	45
8.2	Informatievoorziening: best passende product	45
8.3	Eerlijk over verzekeringen die (al dan niet) zijn meegenomen	46
8.4	Tussenconclusie	46
9	Contractering	47
9.1	Inleiding	47
9.2	Tijdigheid: stand van contractering op peildata	47
9.3	Vindbaarheid contractering	51
9.4	Financiële consequenties	53
9.5	Tussenconclusie	55
10	Korte nabeschuiving	56
10.1	Inleiding	56
10.2	Overall beeld: verbetering ten opzichte van vorig jaar	56
10.3	Wat kan beter?	56
Bijlage 1	Bronnen	58
	Geraadpleegde bronnen	58
	Gesprekspartners	58
Bijlage 2	Onderzoeksvragen VWS	59
Bijlage 3	Premies per polis	62
Bijlage 4	Vragenlijst enquête	65
Bijlage 5	Onderzoek mysterymailing	68
Bijlage 6	Achtergrondinformatie formele speelveld	71
Bijlage 7	Toelichting op definitie Aanbieders	72
Bijlage 8	Toelichting op onderzochte collectiviteiten	73
Bijlage 9	Toelichting op onderzochte vergelijkingsites	74

Managementsamenvatting

Voor het goed functioneren van de zorgverzekeringsmarkt is het van belang dat burgers een goede afweging kunnen maken tussen de diverse zorgverzekeringen. Heldere informatie voor verzekerden moet niet alleen juist en vergelijkbaar zijn, maar ook aansluiten bij de informatiebehoefte en begrijpelijk zijn.

Het Ministerie van VWS heeft verzocht de activiteiten te monitoren van zorgverzekeraars op het vlak van werven en informatievoorziening tijdens het overstapeseizoen 2016-2017. Deze monitor toetst hoe verzekeraars om gaan met bovenstaande punten. Hoofdvraag van de monitor is:

Is de aan zorgverzekerden geboden informatie (tijdens het overstapeseizoen) makkelijk vindbaar, juist, volledig, begrijpelijk en vergelijkbaar zodat zorgverzekerden een weloverwogen en bewuste keuze kunnen maken voor een passende zorgverzekering?

De hoofdvraag valt uiteen in een lijst concrete subvragen. De vragen hebben betrekking op het speelveld, verzekeringsaanbod, een eventueel onderscheid tussen bestaande en nieuwe klanten, toegankelijkheid, informatievoorziening, vergelijkingsites, eigen risico en contractering.

Het speelveld

De verschillende zorgverzekeringen en aanbieders die een consument tegenkomt vallen onder 24 risicodragers en 9 overkoepelende concerns van zorgverzekeraars. Deze partijen bieden 58 modelovereenkomsten aan.

In het afgelopen jaar is één risicodrager opgeheven en is het aantal aangeboden modelovereenkomsten teruggelopen van 61 naar 58. Daarnaast verdween één volmacht en werden twee labels van de markt gehaald, waardoor het aantal aanbieders – de labels/merken die zich als zelfstandig zorgverzekeringsmerk presenteren en vanuit het perspectief van een consument worden ervaren als aanbieder van een zorgverzekering – met vijf afneemt van 54 naar 49. Samengevat geeft de vergelijking van 2017 met 2016 het volgende beeld:

Zorgverzekeringmarkt: ontwikkelingen speelveld 2017 ten opzichte van 2016

	2016	2017
Concerns	9	9
Risicodragers	25	24
Modelovereenkomsten	61	58
Aanbieders	54	49
Volmachtenemers	4	3

Verzekeringsaanbod aan verzekerden

De premies zijn opgelopen in vergelijking met vorig jaar. De goedkoopste premie is opgelopen van €86 naar €92, de duurste van €113,95 naar €122. Het verschil tussen de hoogste en laagste premie is groter geworden (van €27,95 per maand naar €30,00 per maand).

Een verbetering ten opzichte van het vorige overstapeseizoen zijn de overzichten die Achmea, Menzis en VGZ hebben gepubliceerd met (nagenoeg) identieke basisverzekeringen per concern. Daarbij delen Achmea en VGZ sommige verzekeringen in bij eigen varianten van de naturaverzekering (*natura selectief* en *online natura selectief*). De concerns ASR, DSW, Eno, ONVZ en Zorg en Zekerheid hebben de overzichten niet omdat ze binnen het concern verschillende basisverzekeringen aanbieden.¹

Prijsverschillen tussen (nagenoeg) identieke verzekeringen lopen uiteen. Bij Achmea is het verschil €0,55 per maand bij de natura selectief verzekeringen, €13,20 per maand bij de naturaverzekeringen, en is de premie gelijk bij de restitutieverzekeringen. Bij Menzis is er een verschil van €1,00 bij de naturaverzekeringen. Bij VGZ is er een verschil van €0,40 bij de online natura selectief verzekeringen, €1,34 bij de natura selectief verzekering, €3,39 bij de naturaverzekeringen en €14,05 bij de restitutieverzekeringen. Bij het website-onderzoek bleek de informatie over nagenoeg identieke basisverzekeringen niet eenvoudig vindbaar.

Bestaande en nieuwe klanten

De manier van inschrijven en toegankelijkheid is voor alle modelovereenkomsten gelijk, behalve bij drie specifieke basisverzekeringen die zich richten op bepaalde groepen: HollandZorg richt zich primair op arbeidsmigranten, Salland richt zich op regionaal publiek en Zorgzaam richt zich op defensiepersoneel. Bij volmachten is de inschrijving en toegankelijkheid voor aangeboden basisverzekeringen gelijk.

De premies van de basisverzekeringen zijn zonder invoeren van verzekerdenkenmerken te achterhalen. Wel is er variatie in de wijze waarop de premie wordt gepresenteerd. Bij 42 van de 58 modelovereenkomsten is de premie direct zichtbaar (63%). Bij 13 verzekeringen worden klanten op de homepage naar “bereken uw premie” geleid, waarna mensen verzekerdenkenmerken (leeftijd, geslacht, postcode) moeten invullen. Bij de volmachten is bij één verzekering de premie op de homepage zichtbaar. In alle andere gevallen leidt de route naar “bereken uw premie”.

Drie verzekeraars bieden kleine cadeaus of actiekortingen aan bij het afsluiten van een zorgverzekering. Bij de onderzochte vergelijkingssites is vaker sprake van cadeaus aan nieuwe klanten. Als er klantvoordelen zijn, bieden de meeste partijen (zorgverzekeraars, volmachten en een vergelijkingssite) deze aan zowel bestaande als nieuwe klanten aan.

Toegankelijkheid

Op de websites geven zorgverzekeraars vaker dan volmachten expliciet aan dat iedereen geaccepteerd wordt. De acceptatie voor de basisverzekering is een standaard passage in alle zorgverzekeringskaarten.

¹ Het overzicht waarin concern CZ verwijst naar de drie (nagenoeg) identieke restitutieverzekeringen is na afloop van het overstapeseizoen beschikbaar gemaakt. Het prijsverschil bedraagt €5,86 per maand.

Alle verzekeraars bieden aanvullende verzekeringen en aanvullende tandartsverzekeringen aan die zonder medische selectie of wachttijd toegankelijk zijn. Bij volmachtproducten geldt vaker een medische acceptatie dan bij producten die direct door de verzekeraar worden aangeboden.

Het percentage aanvullende verzekeringen met medische acceptatie is laag en blijft stabiel. Bij de 58 modelovereenkomsten worden 209 aanvullende verzekeringen aangeboden, waar in vijf gevallen een acceptatieprocedure geldt (2%). Het percentage aanvullende tandartsverzekeringen met medische selectie loopt terug. In 2017 zijn er 112 aanvullende tandartsverzekeringen waarbij 31 keer een acceptatieprocedure geldt (28%).

De informatievoorziening over het overnemen van een lopende machtiging of toegangsverlening PGB is minimaal. We hebben tijdens het website-onderzoek geen proactieve uitingen gevonden van zorgverzekeraars of volmachten. Het overnemen van machtigingen staat wel in de polisvoorwaarden van de meeste verzekeraars en volmachten.

Begrijpelijke, juiste en vindbare informatie

De informatievoorziening valt uiteen in veel elementen.

- Zorgverzekeraars wijzen er in hun prolongatiebrieven of –mails niet expliciet op dat het verstandig is om jaarlijks een bewuste keuze te maken. Wel wijst 40% erop dat omstandigheden kunnen wijzigen. Vergelijkingssites doen dit in alle gevallen.
- In vergelijking met vorig jaar hebben zorgverzekeraars zichtbaar geprobeerd de leesbaarheid van teksten te vergroten. Menzis deed het bij de onderzochte teksten relatief het best en haalde soms het gewenste B1 niveau. ONVZ scoorde minder goed (taalniveau C1), de anderen zaten op B2.
- Voor alle aangeboden basisverzekeringen zijn uniforme zorgverzekeringskaarten beschikbaar, in navolging van een aanbeveling in de monitor van het vorige jaar. Op maximaal 2 A4'tjes is op zo'n zorgverzekeringskaart in begrijpelijke taal samengevat wat iedere basisverzekering voor de verzekerde betekent.
- Er is een goede bereikbaarheid: 100% is telefonisch rechtstreeks benaderbaar, bijna 90% is te mailen, en zes zorgverzekeraars hebben ook een fysieke bereikbaarheid via winkels, loketten, servicepunten of een mobiele unit.
- Uit het mysterymailonderzoek blijkt dat 12% van de onderzochte partijen niet te mailen is. Een deel (16%) geeft geen antwoord, en ook de antwoorden die we ontvingen waren maar een enkele keer juist én compleet. Zorgverzekeraars scoren beter dan volmachten. De onderzochte collectiviteiten halen de minste score – niemand had een volledig juist en compleet antwoord.

Eigen risico

Tijdens dit overstapeseizoen is door zorgverzekeraars en volmachten nergens op websites sterk in het oog springend gecommuniceerd over vanaf-prijzen, met een maximaal eigen risico. Dit is wel geconstateerd bij één vergelijkingssite.

Teksten over het eigen risico zijn allemaal ongeveer even moeilijk of makkelijk leesbaar. Er is geen (ongewenste) herverzekering van het vrijwillig eigen risico gevonden, wel twee voorbeelden van herverzekering van het verplicht eigen risico bij twee specifieke doelgroepen (minima en arbeidsmigranten).

Eén basisverzekering biedt geen vrijwillig eigen risico. Bij 47 van de 58 modelovereenkomsten is het mogelijk om in stappen van €100 het vrijwillig eigen risico op te hogen. In de andere gevallen zijn er ongelijke stappen. De korting bij maximaal vrijwillig eigen risico varieert van €150 tot €300 per jaar.

Vergelijkingsites

Er is veel variatie tussen vergelijkingsites in compleetheid en objectiviteit van de dienstverlening. Een meerderheid (7 van de 12 sites) laat best passende producten duidelijk zichtbaar en logisch zien, met daarbij expliciet de vermelding of de verzekeringen al dan niet via de site afgesloten kan worden.

Vergelijkingsites die aangesloten zijn bij het *Keurmerk Objectief Vergelijken* hanteren een lijst van verzekeringen die voor iedereen toegankelijk zijn, en die de aangesloten vergelijkingsites tenminste moeten aanbieden.

Contractering

De vindbaarheid van gecontracteerde zorg is goed. Voor alle zorgaanbieders is de status van de contractering helder gedurende het seizoen: het is steeds duidelijk wie er *wel* gecontracteerd is. Er is beperkt informatievoorziening over wie niet gecontracteerd of nog in onderhandeling is. Uit onze meting blijkt dat geen enkele zorgverzekeraar op 19 november de contractering had afgerond. Wel gaven zes van de negen concerns vroeg in het overstapeseizoen aan dat ze het financiële risico van (nog) niet gecontracteerde ziekenhuizen op zich nemen.

Uit het webonderzoek bleek dat in alle gevallen wordt toegelicht wat de financiële consequenties zijn, in geval mensen gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg. Bij restitutieverzekeringen is helder dat in principe 100% wordt vergoed. De meerderheid van de zorgverzekeraars gebruikt daarbij de term marktconform tarief, een derde van de verzekeraars hanteert andere termen (100% vergoeding tenzij buitensporig/excessieve tarieven). Bij de naturapolissen is helder welk percentage geldt voor niet-gecontracteerde zorg.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en korte terugblik

Het is van groot belang dat verzekerden op basis van heldere informatie een weloverwogen keuze kunnen maken voor hun zorgverzekering. De informatievoorziening tijdens het overstapeseizoen is in dat kader sinds enkele jaren een relevant aandachtspunt. In het *Actieplan Kern-gezond* (ZN, april 2015) gaven zorgverzekeraars aan dat ze hun rol beter wilden vervullen door de keuzevrijheid en transparantie op de zorgverzekeringsmarkt te vergroten.

Vorig jaar werd de eerste monitor van overstapeseizoen najaar 2015 gepresenteerd (Zorgvuldig Advies, 2016). Daaruit kwam een gedifferentieerd beeld naar voren. Veel ging goed, er waren verbeteringen mogelijk, en naast zorgverzekeraars bleken ook andere partijen bezig met – al dan niet goede – informatievoorziening. De basisverzekering wordt ook aangeboden via volmachten en collectiviteiten. Voor de verzekerde is dat niet altijd zichtbaar als herverkoop van een bepaalde basisverzekering. In haar reactie schrijft de minister van VWS dat door zorgverzekeraars een stap in de goede richting is gezet. Aandachtspunten zijn de veelheid van polissen, functioneren van collectiviteiten, onduidelijkheid over de gecontracteerde zorgaanbieders en het gegeven dat ook andere partijen zorgverzekeringen aanbieden.

In februari 2016 presenteerde ZN in *Actieplan Kern-gezond: werk in uitvoering* nieuwe voornemens voor overstapeseizoen 2016-2017. De drie belangrijke voornemens zijn (1) vergroten van de transparantie door een zorginformatiekaart, (2) sneller inzicht geven in de gecontracteerde zorgverleners en (3) de informatievoorziening verder verbeteren in overleg met gevolmachtigden, tussenpersonen, collectiviteiten en vergelijkingsites. Ook de nieuwe Regeling informatieverstrekking (NZa, 2016) bevat acties, zoals beter inzicht in vergoeding en bijbetaling, alsmede een strakkere omschrijving over wat precies een naturapolis of een restitutiepols mag heten. Deze monitor biedt inzicht of de voornemens gerealiseerd zijn en de situatie in vergelijking met het vorige overstapeseizoen verbeterd is.

Er zit spanning tussen enerzijds de wens om overzicht en daarmee het beperken van een grote diversiteit aan zorgverzekeringen, en anderzijds de wens om door variatie op de polismarkt te zorgen voor keuzemogelijkheden voor verzekerden en concurrentiedruk door zorgverzekeraars. In de brief van 28 september 2016 (TK, 26689, nr 769) bij aanbidding van een NZa-onderzoek naar risicoselectie benadrukt de minister het belang dat verzekerden goed geïnformeerd worden over de premieverschillen tussen (nagenoeg) identieke polissen.

1.2 Vraagstelling

De minister van VWS wil dit jaar opnieuw een beeld krijgen van de mate waarin door de sector in de informatiebehoeften van verzekerden wordt voorzien, en ontwikkelingen ten aanzien hiervan in kaart brengen. Daartoe hebben onderzoekers de overstapperiode 2016-2017 gemonitord. Deze monitor kiest daarbij nadrukkelijk het perspectief van de (potentieel) verzekerde.

De hoofdvraag van deze monitor is:

Is de aan zorgverzekerden geboden informatie (tijdens het overstapseizoen) makkelijk vindbaar, juist, volledig, begrijpelijk en vergelijkbaar zodat zorgverzekerden een weloverwogen en bewuste keuze kunnen maken voor een passende zorgverzekering?

De hoofdvraag valt uiteen in een lijst concrete subvragen. De vragen hebben betrekking op het speelveld, verzekeringsaanbod, een eventueel onderscheid tussen bestaande en nieuwe klanten, toegankelijkheid, informatievoorziening, vergelijkingsites, eigen risico en contractering.

1.3 Het onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd door een samenwerkingsverband tussen Zorgvuldig Advies en Zorgweb. We hebben een monitor opgesteld die het hele seizoen bestrijkt, waarbij voor sommige vragen – net als vorig jaar – een ‘snapshot’ benadering is gehanteerd, maar bijvoorbeeld bij zorgcontractering gelet op de inhoudelijke meerwaarde gezocht is naar informatievergadering op diverse peildata.

De monitor beperkt zich tot een weergave van feiten zonder nadere analyse of (subjectieve) beoordeling. Ons is gevraagd om te rapporteren over het overstapseizoen, niet om te interpreteren. Onze methoden en activiteiten zijn daarom primair gericht geweest op het genereren van overzicht: wat zijn de feiten. Het onderzoek ziet vooral op de activiteiten en informatievoorziening bij het aanbieden van een basisverzekering. De markt van aanvullende verzekeringen blijft – behalve rond het vraagstuk van de acceptatie en eventuele koppelverkoop – grotendeels buiten beschouwing.

Voor de monitor hebben wij de volgende onderzoeksmethoden ingezet:

- i. Data-analyse: aanbieders van zorgpolissen, het polisaanbod en het gecontracteerde zorgaanbod
- ii. Uitvraag bij zorgverzekeraars
- iii. Analyse informatievoorziening
 - a. Website-onderzoek (gestructureerd én steekproefsgewijs)
 - b. Mysterymailers (gestructureerd)
 - c. Analyse taalniveau (op specifieke onderdelen)

Daarnaast hebben we gestructureerde interviews uitgevoerd met deskundigen, gesprekken en contacten gehad met het ministerie van VWS en de NZa, en tot slot diverse contacten met partijen gehad om bevindingen te toetsen.

2 Het speelveld

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft inzicht in het speelveld rond het aanbieden van een zorgverzekering. In navolging van de monitor van vorig jaar is voor het overstapeseizoen 2016-2017 gekozen voor een breder speelveld. Naast zorgverzekeraars zijn andere partijen actief om verzekerden te werven en te voorzien van informatie. We bestuderen ook volmachten, collectiviteiten en vergelijkingsites.

2.2 Schematisch overzicht speelveld

Op het eerste gezicht lijkt het 'landschap' van zorgverzekeraars in Nederland zeer divers. Er zijn vier niveaus te onderscheiden: concerns, zorgverzekeraars (risicodragers), labels (aanbieders) en modelovereenkomsten (polissen). Een concern kan meerdere risicodragers omvatten en een risicodragers kan meerdere labels voeren. Een aanbieder kan meerdere polissen aanbieden. Collectiviteiten en volmachten bieden basisverzekeringen aan.

Daarbij zit er verschil tussen wat burgers waarnemen, en wat de formele situatie is. Tijdens het overstapeseizoen worden tientallen namen onder de aandacht gebracht. Sommige volmachten of collectiviteiten presenteren een aanbod dat lijkt op een zelfstandig eigen product van een aparte zorgverzekeraar, maar in werkelijkheid een "herverpakking" is van een onderliggende modelovereenkomst van een zorgverzekeraar.

De verschillende zorgverzekeringen en aanbieders die een consument tegenkomt vallen onder een van de 24 risicodragers en 9 overkoepelende concerns van zorgverzekeraars.

Box: Enkele definities

Aanbieder: De labels/merken die zich als zelfstandig zorgverzekeringsmerk presenteren, en vanuit het perspectief van een consument worden *ervaren* als aanbieder van een zorgverzekering. In dit onderzoek hanteren wij de term aanbieder van een zorgverzekering, of kortweg aanbieder, voor alle aanbieders van openbaar toegankelijke zorgverzekeringen (zonder enige instapdrempel). Zie bijlage 7 voor een toelichting op deze definitie.

Collectiviteit: Een zorgverzekering voor een groep verzekerden.

Concern: Een groep van ondernemingen die samen een economische eenheid voeren en onder een gezamenlijke leiding actief zijn. In het geval van zorgverzekeringen betreft dit één of meerdere risicodragers.

Label: Een label is een uitingsvorm van een zorgverzekeraar waarmee ze zorgverzekeringen aanbiedt (Vektis, 2016). In het UZOVI-register (Unieke Zorgverzekeraarsidentificatie) is een label een handelsnaam waaronder een zorgverzekering wordt aangeboden.

Modelovereenkomst: Standaardovereenkomst voor de basisverzekering die als uitgangspunt dient voor individuele overeenkomsten tussen verzekerde en zorgverzekeraar. Modelovereenkomsten geven invulling aan de eisen die de Zvw voor de basisverzekering stelt. Zorgverzekeraars moeten een modelovereenkomst melden aan de NZa. Modelovereenkomsten moeten publiek toegankelijk zijn.

Polis: De akte waarin de (individuele) verzekeringsovereenkomst is vastgelegd.

Risicodrager: Een risicodrager is de zorgverzekeraar die feitelijk financieel verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Vektis, 2015). De naam van de risicodrager staat altijd in de polis. De begrippen risicodrager en zorgverzekeraar worden als synoniem gebruikt.

Volmacht: Een volmacht (gevolmachtigd agent) heeft een bevoegdheid gekregen van de zorgverzekeraars om - bijvoorbeeld - producten onder de naam van de zorgverzekeraar te verkopen of producten van zorgverzekeraars onder eigen naam te verkopen. De volmacht kan namens de zorgverzekeraar bepaalde rechtshandelingen verrichten, zoals acceptatie, polissen afsluiten, premies incasseren en schades behandelen.

Zorgverzekeraar: Een zorgverzekeraar is de partij die een zorgverzekering afsluit met een verzekerde en daarmee het risico van de polis draagt. De begrippen zorgverzekeraar/risicodrager worden synoniem gebruikt.

Concerns

Net als in 2016 zijn er in 2017 negen concerns van zorgverzekeraars actief. Er zijn vier grote concerns die samen 14,9 miljoen verzekerden hadden in 2016 – Achmea (5,1 mln), VGZ (4,1 mln), CZ (3,5 mln), Menzis (2,3 mln). Daarnaast zijn er vijf kleinere concerns van zorgverzekeraars (DSW, ONVZ, Zorg en Zekerheid, ASR en ENO) die samen ruim 1,9 mln verzekerden hadden (Vektis, 2016).

Risicodragers

Onder de negen concerns vallen in totaal vierentwintig risicodragers, één minder dan vorig jaar. De risicodrager Azivo Zorgverzekeraar N.V. is opgeheven en onderdeel van Menzis geworden. Ook de aanbieder Azivo is van de markt, Azivo-klanten ontvingen als prolongatieaanbod een basisverzekering van Menzis voor 2017.

Achmea en VGZ hebben beiden zes risicodragers binnen het concern. CZ heeft er vier.²

Basisverzekeringen en modelovereenkomsten

Onder het volledige marktaanbod basisverzekeringen liggen momenteel 58 modelovereenkomsten. Zorgverzekeraars boden tot 2015 steeds meer verschillende modelovereenkomsten aan, sindsdien loopt het aantal terug van 71 in 2015 en 61 in 2016 (Zorgvuldig Advies, 2016) naar 58 in 2017.

Na de start van het overstapeseizoen, 19 november 2016, zijn er geen nieuwe basisverzekeringen meer geïntroduceerd.

Er is een beperkt aantal mutaties in 2017.

² De modelovereenkomst van OHRA is via twee risicodragers beschikbaar (voormalig ziekenfonds én voormalig particulier). Premies en producten zijn voor alle verzekerden gelijk – voor verzekerden treedt OHRA op als één entiteit.

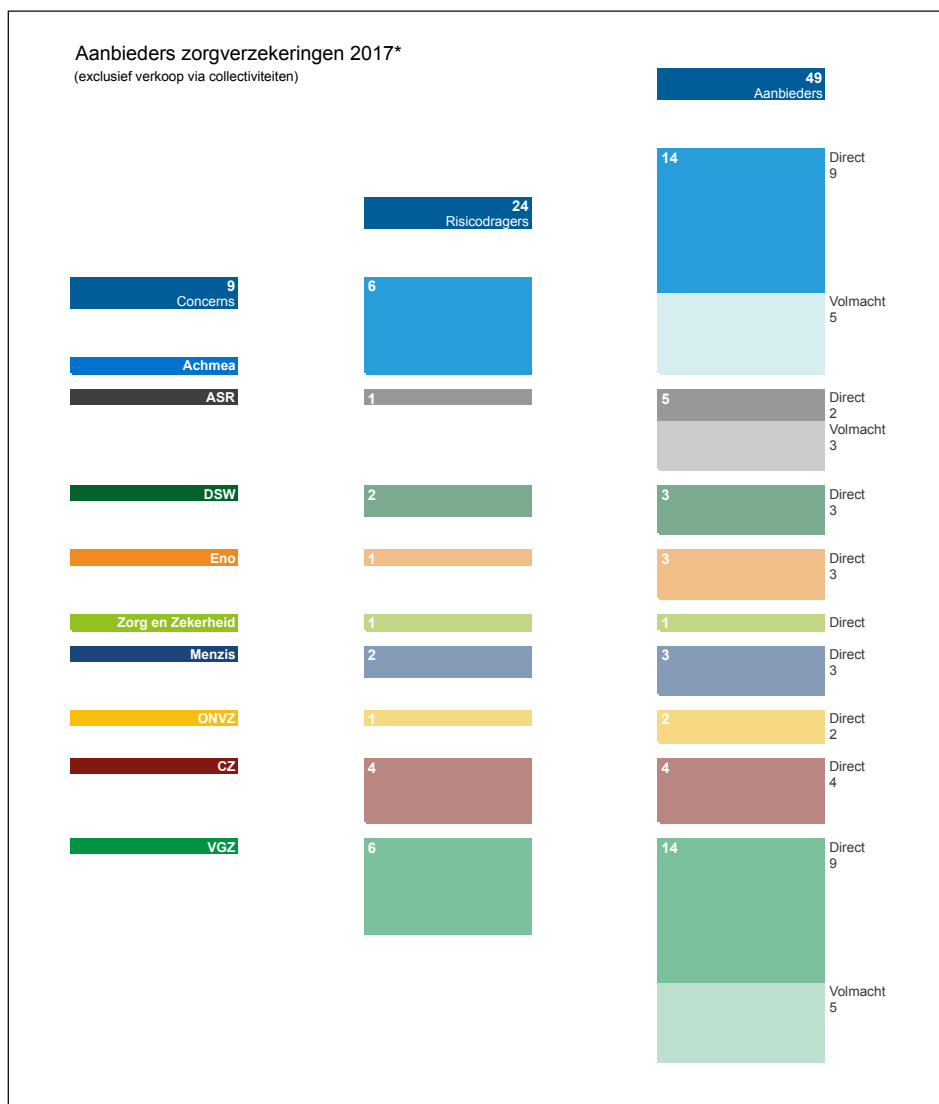
Tabel 1: Modelovereenkomsten – verschillen 2016/2017

	Risicodrager	Modelovereenkomsten
Vervallen in 2017	Azivo	Basispolis
	Delta Lloyd	Zorgverzekering Natura
	Zilveren Kruis	Gezondsamenspolis Natura
		Gezondsamenspolis Restitutie
Nieuw in 2017	Ziezo	Ziezo Selectief

Bron: Zorgvuldig Advies/Zorgweb (2017)

De figuren 1 en 2 geven een schematische weergave van het speelveld in 2017.

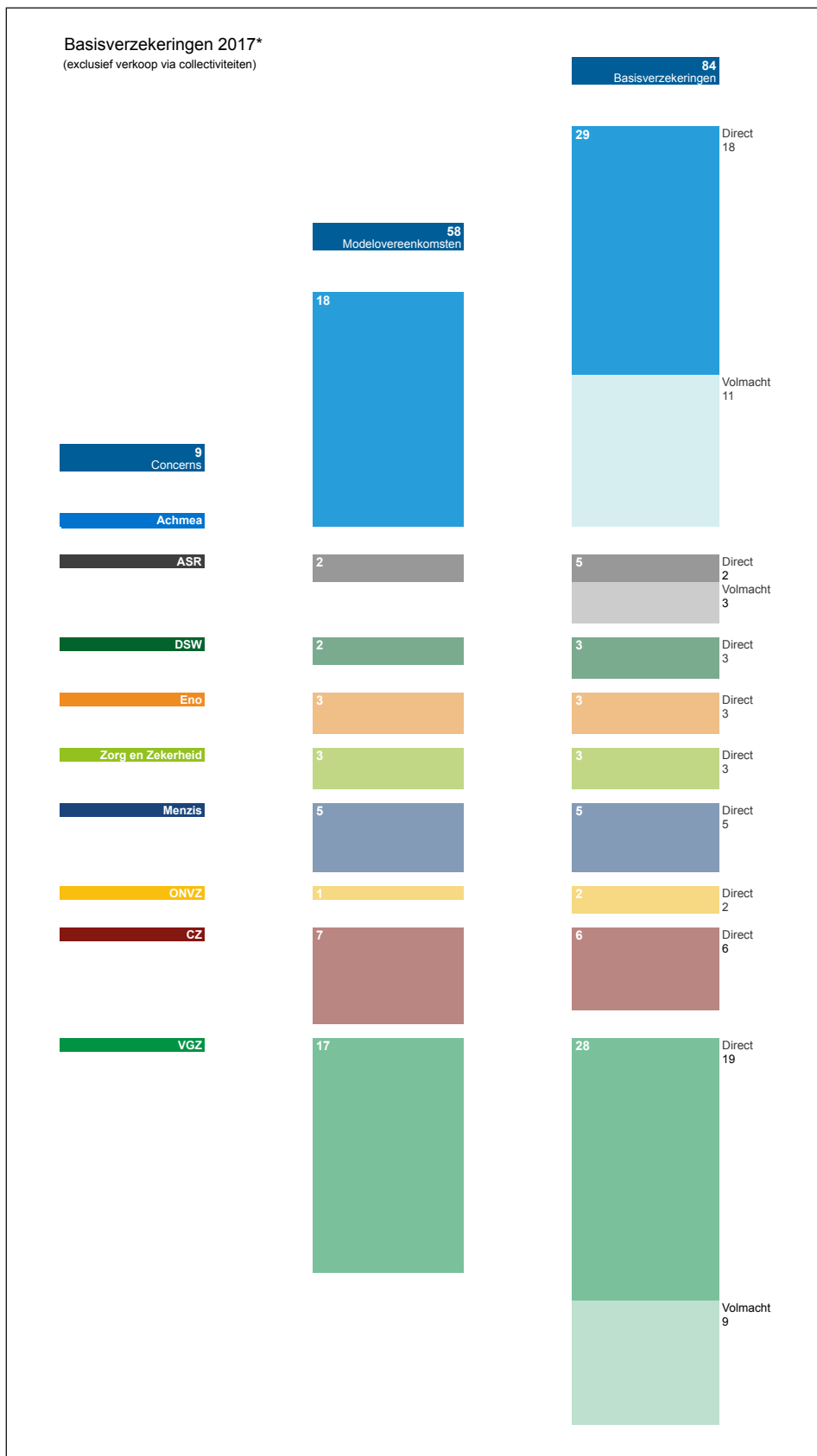
Figuur 1: Overzicht Zorgverzekeringsmarkt, aanbieders zorgverzekeringen 2017



* Betreft aanbieders (zie voor definitie van Aanbieders de 'Box - Enkele definities') die zich als zelfstandig zorgverzekeringsmerk presenteren. Exclusief verkoop via collectiviteiten.

In tabel 4 staan het marktaanbod van de aanbieders uitgewerkt naar de verschillende modelovereenkomsten. Bijlage 3 bevat financiële details van alle modelovereenkomsten.

Figuur 2: Overzicht Zorgverzekeringsmarkt, Basisverzekeringen 2017



* Betreft basisverzekeringen van de 49 aanbieders (zie voor definitie Aanbieders de 'Box - Enkele definities') die zich als zelfstandig zorgverzekeringsmerk presenteren, en de onderliggende modelovereenkomsten. Exclusief verdere verkoop via collectiviteiten.

Tabel 2: Overzicht volmachten 2017

Volmachten

Risicodrager	Volmacht	Aanbieder/basis-verzekering(en)	Type	
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Aevitae	Aevitae		
		Zorg Plan Selectief	Natura	
		Zorg Plan Natura	Natura	
			Zorg Plan Restitutie	Restitutie
	C4me			
		Zorg Plan Natura	Natura	
	Caresco	Nedasco	Zorg Plan Natura	Natura
			Zorg Plan Restitutie	Restitutie
	IAK Verzekeringen	IAK Verzekeringen	Zorg Plan Selectief	Natura
			Zorg Plan Natura	Natura
Zorg Plan Restitutie			Restitutie	
Ik!				
		Zorg Plan Natura	Natura	
		Zorg Plan Restitutie	Restitutie	
ASR Basis Ziektekosten-verzekeringen N.V.	Aevitae	Aevitae		
		Amersfoortse Flexibel	Restitutie	
	Caresco	Nedasco	Amersfoortse Flexibel	Restitutie
	IAK Verzekeringen	IAK Verzekeringen	Amersfoortse Flexibel	Restitutie
VGZ Zorgverzekeraar N.V.	Aevitae	Aevitae		
		VGZ Goede Keuze	Natura	
		VGZ Ruime Keuze	Natura	
		VGZ Eigen Keuze	Restitutie	
	Caresco	Besured	VGZ Ruime Keuze	Natura
		National Academic	VGZ Ruime Keuze	Natura
		Nedasco	VGZ Goede Keuze	Natura
			VGZ Ruime Keuze	Natura
			VGZ Eigen Keuze	Restitutie
		Promovendum	VGZ Ruime Keuze	Natura
	IAK Verzekeringen	IAK Verzekeringen	VGZ Goede Keuze	Natura
			VGZ Ruime Keuze	Natura
VGZ Eigen Keuze			Restitutie	

Bron: Zorgweb

Collectiviteiten

Ruim tweederde van alle verzekerden is aangesloten bij een collectiviteit. De meerderheid van hen is aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit (6,7 miljoen in 2016; 59% van de collectief verzekerden). In de markt zijn grote gelegenheidscollectiviteiten actief (Zorgweb, 2016).

Soms zijn de gelegenheidscollectiviteiten gesloten, dat wil zeggen dat ze niet voor iedereen toegankelijk zijn, maar alleen voor leden. Sommigen richten zich op bepaalde doelgroepen. En weer andere zijn (veelal grote) open consumentencollectiviteiten.

Voor het in kaart brengen van het speelveld dat voor alle consumenten beschikbaar is, hebben we zorgverzekeraars gevraagd naar het aantal openbaar toegankelijke collectiviteiten dat hun polissen aanbiedt. Met openbaar toegankelijke collectiviteiten bedoelen we verzekeringen die voor iedereen toegankelijk zijn, zonder enige bijkomende verplichting of lidmaatschap. Dit betreft ook (gelegenheids)collectiviteiten die door intermediairs/tussenpersonen worden aangeboden, mits ze voor iedereen zonder drempel af te sluiten zijn.

Ontwikkelingen

De uitvraag aan zorgverzekeraars met zelf-gerapporteerde cijfers levert het beeld dat het aantal openbaar toegankelijke collectiviteiten terugloopt van 536 in 2016 naar 269 in 2017. Bij de ingevulde enquêtes is voor Achmea zichtbaar dat het aantal sterk terugloopt in 2017.

Tabel 3: Openbaar toegankelijke collectiviteiten, eigen opgave door zorgverzekeraars, 2015-2017

Concern	2015	2016	2017
Achmea	367	335	68
ASR (**)	0	0	0
CZ	(*)	172	172
DSW	0	0	0
Eno	9	9	9
Menzis	1	1	1
ONVZ (***)	2	2	2
VGZ	12	12	12
Zorg en Zekerheid	5	5	5
TOTAAL	396(*)	536	269

Bron: Online enquête onder zorgverzekeraars, bewerking Zorgvuldig Advies




(*) Niet bekend. Het totaal in 2015 wijkt af van 2016 en 2017.

(**) Er zijn honderden (administratieve) collectiviteiten via assurantietussenpersonen. Klanten krijgen daarbij geen collectiviteitskorting.

(***) Verzekeringsadviseurs bieden dezelfde korting als het online ledencollectief. Dit betreft feitelijk één open collectiviteit vanuit klantperspectief, maar administratief kan men dit tellen als honderden openbaar toegankelijke collectiviteiten.






Tabel 4: Overzicht marktaanbod 2017 (deel 1)

Marktaanbod 2017

Aanbieder	Basisverzekering	Type	Risicodragers	Concern	
Avéro Achmea	Zorg Plan Selectief	Natura	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.		
	Zorg Plan Natura	Natura			
	Zorg Plan Restitutie	Restitutie			
Aevitae (volmacht Aevitae)	Zorg Plan Selectief	Natura			
	Zorg Plan Natura	Natura			
	Zorg Plan Restitutie	Restitutie			
C4Me (volmacht Aevitae)	Zorg Plan Natura	Natura			
IAK Verzekeringen (volmacht IAK)	Zorg Plan Selectief	Natura			
	Zorg Plan Natura	Natura			
	Zorg Plan Restitutie	Restitutie			
Ik! (volmacht IAK)	Zorg Plan Natura	Natura			
	Zorg Plan Restitutie	Restitutie			
Nedasco (volmacht Caresco)	Zorg Plan Natura	Natura			
	Zorg Plan Restitutie	Restitutie			
De Friesland Zorgverzekeraar	Zelf Bewust Polis	Natura			De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
	Alles verzorgd Polis	Natura			
	Vrije Keuze Polis	Restitutie			
Kiemer Zorgverzekeraar	Basisverzekering	Restitutie			
FBTO	Zorgverzekering (Natura)	Natura	FBTO Zorgverzekeringen N.V.		
	Zorgverzekering (Restitutie)	Restitutie			
Interpolis ZorgActief	ZorgActief	Natura	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.		
OZF Achmea	Zorg Polis	Natura	OZF Zorgverzekeringen N.V.		
Zilveren Kruis	Basis Budget	Natura	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.		
	Basis Zeker	Natura			
	Basis Exclusief	Restitutie			
ZieZo van Zilveren Kruis	ZieZo Basis	Natura			
	ZieZo Selectief	Natura			
Pro Life	Principe polis	Natura			
	Principe polis Restitutie	Restitutie			
De Amersfoortse	Basisverzekering Restitutie	Restitutie		ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.	
Aevitae (volmacht Aevitae)	Amersfoortse Flexibel	Restitutie			
IAK Verzekeringen (volmacht IAK)	Amersfoortse Flexibel	Restitutie			
Nedasco (volmacht Caresco)	Amersfoortse Flexibel	Restitutie			
Ditzo	Basisverzekering	Combinatie			
CZ	Zorgbewustpolis	Natura	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.		
	Zorg op maatpolis	Natura			
	Zorgkeuzepolis	Restitutie			
CZdirect	CZdirect	Natura			
Delta Lloyd	Zorgverzekering Restitutie	Restitutie	Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.		
OHRA	Zorgverzekering Restitutie	Restitutie	OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.		
OHRA	Zorgverzekering Restitutie	Restitutie	OHRA Zorgverzekeringen N.V.		
DSW Zorgverzekeraar	Zorgpolis	Combinatie	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.		
InTwente	Zorgpolis	Combinatie			
Stad Holland Zorgverzekeraar	Zorgpolis	Restitutie			

Tabel 4: Overzicht marktaanbod 2017 (deel 2)

Marktaanbod 2017 (vervolg)

Aanbieder	Basisverzekering	Type	Risicodrager	Concern
Salland zorgverzekeringen	Basisverzekering	Natura	Eno Zorgverzekeraar N.V.	
ZorgDirect	Basisverzekering	Natura		
HollandZorg	Basisverzekering	Natura		
Anderzorg	Basis	Natura	AnderZorg N.V.	
HEMA	Zorgverzekering	Combinatie	Menzis Zorgverzekeraar N.V.	
Menzis	Basis Voordelig	Natura		
	Basis	Natura		
	Basis Vrij	Restitutie		
ONVZ	Vrije Keuze Basisverzekering	Restitutie	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	
PNOzorg	Basisverzekering	Restitutie		
De Goudse	De Goudse Zorg Polis Ruime Keuze	Natura	N.V. VGZ Cares	
	De Goudse Zorg Polis Eigen Keuze	Restitutie		
Besured (volmacht Caresco)	Besured Ruime Keuze	Natura		
IZA Zorgverzekeraar	IZA Ruime Keuze	Natura	IZA Zorgverzekeraar N.V.	
	IZA Eigen Keuze	Restitutie		
IZZ Zorgverzekeraar	IZZ Basisverzekering Natura	Natura	IZZ Zorgverzekeraar N.V.	
	IZZ Basisverzekering Restitutie	Restitutie		
Univé	Univé Zorg Geregeld polis	Natura	N.V. Univé Zorg	
	Univé Zorg Vrij Polis	Restitutie		
	Modelovereenkomst Zorgzaam polis	Natura		
	Univé Zorg Select Polis	Natura		
ZEKUR	Gewoon ZEKUR Zorg	Natura		
	ZEKUR zorg vrij	Restitutie		
VGZ Zorgverzekeraar	VGZ Goede Keuze	Natura	VGZ Zorgverzekeraar N.V.	
	VGZ Ruime Keuze	Natura		
	VGZ Eigen Keuze	Restitutie		
Aevitae (volmacht Aevitae)	VGZ Goede Keuze	Natura		
	VGZ Ruime Keuze	Natura		
	VGZ Eigen Keuze	Restitutie		
IAK Verzekeringen (volmacht IAK)	VGZ Goede Keuze	Natura		
	VGZ Ruime Keuze	Natura		
	VGZ Eigen Keuze	Restitutie		
Nedasco (volmacht Caresco)	VGZ Goede Keuze	Natura		
	VGZ Ruime Keuze	Natura		
	VGZ Eigen Keuze	Restitutie		
National Academic (volm. Caresco)	VGZ Ruime Keuze	Natura		
Promovendum (volmacht Caresco)	VGZ Ruime Keuze	Natura		
Bewuzt	Bewuzt Basis	Natura		
Zorgverzekeraar UMC	UMC Zorgverzekering	Restitutie		N.V. Zorgverzekeraar UMC
Zorg en Zekerheid	Zorg Gemak Polis	Combinatie	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	
	Zorg Zeker Polis	Natura		
	Zorg Vrij Polis	Restitutie		

2.3 Vergelijkingssites

Vergelijkingssites spelen een belangrijke rol bij de informatievoorziening tijdens het overstapeseizoen. Het speelveld kent meerdere soorten vergelijkingssites. Twee onderscheidende kenmerken zijn: (1) al dan niet aangesloten bij het Keurmerk Objectief Vergelijken en (2) al dan niet in het bezit van een eigen AFM-vergunning om te mogen bemiddelen volgens de Wet op het financieel toezicht.

Er zijn vijf partijen aangesloten bij het Keurmerk Objectief Vergelijken (Independer, Zorgkiezer, Pricewise, HoyHoy en Geld.nl). We hebben niet kunnen achterhalen hoeveel vergelijkingssites een eigen AFM-vergunning hebben en hoeveel sites gebruik kunnen maken van een collectieve vergunning. Tijdens het onderzoek zijn we op dit speelveld vele tientallen sites tegengekomen. Op basis daarvan hebben we een steekproef van vergelijkingssites onderzocht. De resultaten over de vergelijkingssites bieden een indicatie/impressie. Een toelichting op de keuze van geselecteerde vergelijkingssites is als bijlage 9 bijgevoegd.

2.4 Tussenconclusie

De verschillende zorgverzekeringen en aanbieders die een consument tegenkomt vallen onder 24 risicodragers en 9 overkoepelende concerns van zorgverzekeraars. Deze partijen bieden 58 modelovereenkomsten aan.

In het afgelopen jaar is één risicodrager opgeheven en is het aantal aangeboden modelovereenkomsten teruggelopen van 61 naar 58. Daarnaast verdween één volmacht en werden twee labels van de markt gehaald, waardoor het aantal aanbieders – de labels/merken die zich als zelfstandig zorgverzekeringsmerk presenteren en vanuit het perspectief van een consument worden *ervaren* als aanbieder van een zorgverzekering – met vijf afneemt van 54 naar 49. Samengevat geeft de vergelijking van 2017 met 2016 het volgende beeld:

Zorgverzekeringmarkt: ontwikkelingen speelveld 2017 ten opzichte van 2016

	2016	2017
Concerns	9	9
Risicodragers	25	24
Modelovereenkomsten	61	58
Aanbieders	54	49
Volmachtenemers	4	3

3 Het verzekeringsaanbod aan verzekerden

3.1 Inleiding

De meest eenvoudige en zichtbare manier om nieuwe verzekerden te werven, is via de prijsstelling van een zorgverzekering. Hoewel kwaliteit een steeds belangrijkere rol speelt bij zorginkoop door verzekeraars, en tevredenheidsonderzoeken inzoomen op de service en klantgerichtheid van verzekeraars, is voor veel overstappers uiteindelijk toch de premiestelling van doorslaggevend belang (NZa 2016, NIVEL 2015).

3.2 Basisverzekeringen en premies

Wat zijn de premies van de verschillende basisverzekeringen? In Bijlage 3 zijn alle premies bijgevoegd, deze paragraaf zoomt in op de top tien van hoogst en laagst geprijsde basisverzekeringen (zonder vrijwillig eigen risico) tijdens overstapseizoen 2016-2017.

De top tien van *hoogst* en van *laagst* geprijsde basisverzekeringen zonder vrijwillig eigen risico (en zonder collectiviteitskorting) ziet er als volgt uit.

Tabel 5. Top tien van hoogst geprijsde basisverzekeringen zonder vrijwillig eigen risico (2017)

Concern	Risicodrager	Modelovereenkomst	Soort polis	Premie
Menzis	Menzis Zorgverzekeraar N.V.	Menzis Basis Vrij	Restitutie	€ 122,00
Achmea	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Zorgplan Restitutie	Restitutie	€ 121,75
Achmea	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Pro Life Principe Polis Restitutie	Restitutie	€ 121,75
Achmea	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Zilveren Kruis Basis Exclusief	Restitutie	€ 121,75
Achmea	De Friesland Zorgverzekeringen N.V.	De Friesland Vrije Keus Polis	Restitutie	€ 120,50
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	Restitutie	€ 119,50
CZ	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.	CZ Zorgkeuzepolis	Restitutie	€ 119,05
Menzis	Menzis Zorgverzekeraar N.V.	Menzis Basis	Natura	€ 119,00
VGZ	N.V. VGZ Cares	De Goudse Eigen Keuze	Restitutie	€ 118,95
VGZ	VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ Eigen Keuze	Restitutie	€ 118,95

Bron: Zorgweb

Tabel 6. Top tien van laagst geprijsde basisverzekeringen zonder vrijwillig eigen risico (2017)

Concern	Risicodrager	Modelovereenkomst	Soort polis	Premie
VGZ	N.V. Univé Zorg	Univé Gewoon ZEKUR	Natura	€ 92,00
Achmea	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	ZieZo Selectief	Natura	€ 93,95
VGZ	N.V. Univé Zorg	Univé Zorg Select	Natura	€ 98,75
VGZ	VGZ Zorgverzekeraar N.V.	Bewuzt Basis	Natura	€ 99,15
Achmea	De Friesland Zorgverzekeringen N.V.	De Friesland Zelf Bewust Polis	Natura	€ 99,95
Achmea	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	ZieZo Basis	Natura	€ 99,95
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.	Ditzo Basisverzekering	Combinatie	€ 100,95
Menzis	Anderzorg N.V.	Anderzorg Basis	Natura	€ 102,00
CZ	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.	CZ Direct	Natura	€ 102,35
Menzis	Menzis Zorgverzekeraar N.V.	Menzis Basis Voordelig	Natura	€ 103,00

Bron: Zorgweb

De premie varieert dus van €92 tot €122 per maand, een verschil van €30 per maand oftewel €360 per jaar. Vorig jaar was dit een variatie van €86 tot €113,95 per maand, een verschil van €27,95 per maand.

Alle risicodragers hadden per 19 november de premies voor de basisverzekering(en) bekend gemaakt. Voor consumenten waren de premies van De Goudse (concern VGZ) niet goed vindbaar. Na 19 november heeft Bewuzt (concern VGZ) de premie verlaagd van €101,50 naar €99,15.

3.3 Nagenoeg identieke basisverzekeringen

De voorwaarden van de goedkoopste (natura) en duurste (restitutie) basisverzekeringen zijn met betrekking tot het onderdeel contractering wel verschillend. Binnen de groep naturaverzekeringen of binnen de groep restitutieverzekeringen zijn er prijsverschillen die samenhangen met verschillen in service, zorginkoop of andere zaken³.

Verzekeraars binnen één concern bieden soms (nagenoeg) identieke basisverzekeringen aan onder verschillende namen. Ze hebben in hun vervolgvormen bij Actieplan Kern-Gezond afgesproken om consumenten hierover te informeren. Ook de NZa heeft de transparantieregels aangescherpt, waarbij zorgverzekeraars in een overzicht op de website moeten vermelden dat polissen (nagenoeg) gelijk zijn.

Zicht op (nagenoeg) identieke basisverzekeringen

Het is voor consumenten niet eenvoudig om te achterhalen waar precies de verschillen zitten tussen de aangeboden verzekeringen. De informatievoorziening op websites en bijvoorbeeld op de zorgverzekeringskaarten laat op enkele hoofdthema's zien wat een basisverzekering betekent:

- Is het een restitutieverzekering, combinatieverzekering of een naturaverzekering?
- In geval van een naturaverzekering: is er een ruime of een beperkte contractering?
- In geval van niet-gecontracteerde zorg: wat is het vergoedingspercentage?
- Zijn er bijzonderheden met betrekking tot service, distributie, wijze van communicatie?

Van de direct en via volmachten aangeboden modelovereenkomsten zijn zorgverzekeringskaarten beschikbaar (zie hoofdstuk 6). Daarnaast worden modelovereenkomsten door volmachten en collectiviteiten met een korting aangeboden. Deze identieke basisverzekeringen – het zijn dezelfde onderliggende modelovereenkomsten – krijgen door de collectiviteitskorting een andere premie.

Actief wijzen op nagenoeg identieke basisverzekeringen binnen het concern

We hebben met een enquête onder zorgverzekeraars nagevraagd of, en op welke wijze, (huidige) klanten worden gewezen op nagenoeg identieke polissen binnen het concern. De respondenten van zorgverzekeraars bij Achmea, Menzis en VGZ gaven daarbij verwijzingen naar de website waar overzichten waren geplaatst.

³ Verzekerden kunnen ook kiezen voor een combinatieverzekering. Dat is een verzekering waarin zowel natura- als restitutieafspraken zijn opgenomen.

De andere verzekeraars gaven aan dat ze klanten niet wezen op nagenoeg identieke polissen, waarbij één respondent expliciet aangaf dat ze geen identieke polissen hadden binnen zijn concern.

Bij het website-onderzoek bleken de overzichten van (nagenoeg) identieke basisverzekeringen slecht vindbaar.

3.4 Beschikbaarheid en volledigheid overzichten bij concerns

Als pragmatische oplossing voor de lastige vergelijkbaarheid heeft deze monitor de door verzekeraars zelf opgestelde overzichten bestudeerd met (nagenoeg) identieke basisverzekeringen per concern. Een aantal concerns heeft tijdens het overstapeseizoen deze overzichten beschikbaar gesteld (Achmea, Menzis, VGZ) om verzekerden te informeren over vergelijkbare basisverzekeringen. Sinds begin maart 2017 heeft ook CZ een overzicht gemaakt van de (nagenoeg) identieke restitutieverzekeringen. De overzichten zoals vindbaar op websites van verzekeraars van (nagenoeg) identieke polissen zijn gecombineerd in de tabellen 5 tot en met 8. De overzichten bevatten meer gegevens en kenmerken van de betreffende modelovereenkomsten. We hebben de kenmerken getoetst aan de polisvoorwaarden. Uit onze analyse blijkt dat hiermee inderdaad de nagenoeg identieke basisverzekeringen per concern op een rij staan.

Bij de andere concerns (ASR, DSW, Eno, ONVZ en Zorg en Zekerheid) zijn geen overzichten beschikbaar gesteld omdat volgens de zorgverzekeraars zelf de modelovereenkomsten binnen het concern onderling verschillend zijn.

Tabel 7: Nagenoeg identieke basisverzekeringen Achmea concern

Type Polis	Aanbieder	Risicodrager	Naam verzekering	Premie
Natura selectief				
	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Basis Budget	€ 104,95
	Avéro Achmea	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Zorgplan Selectief	€ 105,50
Natura				
	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Basis Zeker	€ 117,45
	Avéro Achmea	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Zorgplan Natura	€ 117,20
	ProLife	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Principe Polis	€ 117,45
	Interpolis	Interpolis Zorgverzekeringen N.V..	Zorgactief	€ 104,25
	OZF	OZF Zorgverzekeringen N.V.	OZF Zorgpolis	€ 117,45
Restitutie				
	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Basis Exclusief	€ 121,75
	Avéro Achmea	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Zorgplan Restitutie	€ 121,75
	ProLife	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Principe Polis Restitutie	€ 121,75

Bron: Overgenomen uit de overzichten van (nagenoeg) identieke basisverzekeringen van Achmea

Bij concern Achmea zijn de basisverzekeringen van ZieZo (risicodrager Zilveren Kruis) en van De Friesland niet opgenomen omdat deze niet (nagenoeg) identiek zijn⁴.

⁴ De Friesland en Zilveren Kruis worden als aparte concerns gezien met ieder een eigen (product- en premie-) beleid, Raad van Commissarissen en verantwoordingslijn richting DNB. De NZa geeft aan in de toelichting op artikel 30 van de Regeling Informatievoorziening dat zij de DNB volgt.

De prijsverschillen per categorie zijn:

- €0,55 per maand bij de natura selectief verzekeringen.
- €13,20 per maand bij de natura verzekeringen, waarbij in een kolom aangetekend wordt dat de goedkoopste (Interpolis) alleen via intermediairs te koop is, en er geen mogelijkheid is tot collectiviteitskorting. Bij een maximale collectiviteitskorting op de duurste basisverzekering is het prijsverschil gereduceerd tot €1,45 per maand.
- Alle drie de restitutieverzekeringen hebben dezelfde premie.

Tabel 8: Nagenoeg identieke basisverzekeringen Menzis concern

Type Polis	Aanbieder	Risicodrager	Naam verzekering	Premie
Natura				
	Menzis	Menzis Zorgverzekeringen N.V.	Menzis Basis Voordelig	€ 103,00
	Anderzorg	Anderzorg Zorgverzekeringen N.V.	Anderzorg Basis	€ 102,00

Bron: Overgenomen uit het overzicht van (nagenoeg) identieke basisverzekeringen van Menzis

Het prijsverschil is €1,00 per maand .

Tabel 9: Nagenoeg identieke basisverzekeringen VGZ concern

Type Polis	Aanbieder	Risicodrager	Naam verzekering	Premie
Online natura selectief				
	Bewuzt	VGZ Zorgverzekeringen N.V.	Bewuzt Basis	€ 99,15
	Univé	N.V. Univé zorg	Univé Zorg Select polis	€ 98,75
Natura selectief				
	VGZ	VGZ Zorgverzekeringen N.V.	VGZ Goede Keuze	€ 104,95
	Besured	N.V. VGZ Cares	Besured Ruime Keuze	€ 106,29
Natura				
	De Goudse	N.V. VGZ Cares	De Goudse Zorgpolis Ruime Keuze	€ 112,95
	IZA	IZA Zorgverzekeraar N.V.	IZA Ruime Keuze	€ 110,00
	IZZ	IZZ Zorgverzekeraar N.V.	IZZ Basisverzekering, Variant Natura	€ 109,94
	Univé	N.V. Univé zorg	Univé Zorg geregeld polis	€ 113,25
	VGZ	VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ Ruime Keuze	€ 112,95
		<i>Ook aangeboden als</i>	<i>Promovendum Ruime Keuze</i>	
			<i>National Academic Ruime Keuze</i>	
	Zorgzaam	N.V. Univé Zorg	Modelovereenkomst Zorgzaam	€113,33
Restitutie				
	UMC	N.V. Zorgverzekeraar UMC	UMC Zorgverzekering	€ 104,90
	IZZ	IZZ Zorgverzekeraar N.V.	IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie	€ 113,28
	IZA	IZA Zorgverzekeraar N.V.	IZA Eigen Keuze	€ 114,25
	Univé	N.V. Univé zorg	Univé Zorg Vrij polis	€ 117,25
	Univé	N.V. Univé zorg	Gewoon ZEKUR Zorg Vrij	€ 117,25
	De Goudse	N.V. VGZ Cares	De Goudse Zorg Polis Eigen Keuze	€ 118,95
	VGZ	VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ Eigen Keuze	€ 118,95

Bron: Overgenomen uit de overzichten van (nagenoeg) identieke basisverzekeringen van VGZ

Bij concern VGZ ontbreekt de aanbieder Gewoon ZEKUR (risicodrager Univé) in een van de natura overzichten omdat deze een eigen contracteringsbeleid heeft.

De prijsverschillen per categorie zijn:

- €0,40 per maand bij de online natura selectief verzekeringen.
- €1,34 per maand bij de natura selectief verzekeringen.
- €3,39 per maand bij de natura verzekeringen, waarbij de premies van Promovendum (€97,90) en National Academic (€104,95) niet in het overzicht staan. De basispremie start op dezelfde €112,95 als de VGZ Ruime Keuze, daar gaat 7% collectiviteitskorting van af, en in geval van Promovendum een extra Promovendum voordeel (€7,05).
- €14,05 per maand bij de restitutieverzekeringen.

Tabel 10: Nagenoeg identieke basisverzekeringen CZ concern

Type Polis	Aanbieder	Risicodragers	Naam verzekering	Premie
Restitutie				
	CZ	OWM CZ groep zorgverzekeraar UA	CZ Zorgkeuzepolis	€ 119,50
	OHRA	OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V.	OHRA zorgverzekering	€113,64
	Delta Lloyd	Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.	Delta Lloyd Zorgverzekering	€ 115,83

Bron: Overgenomen uit het overzicht van (nagenoeg) identieke basisverzekeringen van CZ

Het prijsverschil is €5,86 per maand.

Gehanteerde terminologie

VGZ en Achmea hebben hun overzichten met naturaverzekeringen nader uitgesplitst. Bij Achmea is een onderscheid gemaakt tussen de vijf *natura* verzekeringen en twee *natura selectief* verzekeringen. Bij VGZ is een onderscheid gemaakt naar zes *natura* verzekeringen, twee *natura selectief* verzekeringen en nog twee *online natura selectief* verzekeringen. Voor deze nieuwe termen en indelingen zijn geen NZa-definities beschikbaar waardoor onduidelijk is of de verzekeringen vergelijkbaar zijn *tussen* concerns.

Ook de naamvoering van basisverzekeringen kan verwarring opleveren. De term *Ruime keuze* wordt bij basisverzekeringen binnen het VGZ concern gebruikt voor een *reguliere naturaverzekering*. Besured gebruikt de term voor een *natura selectief verzekering* die in het overzicht naast de VGZ *Goede Keuze* staat. Onduidelijkheid over terminologie maakt vergelijken van nagenoeg identieke basisverzekeringen voor verzekerden lastig.

Variabelen in de overzichten

In de overzichten geven de verzekeraars de volgende (redenen voor) verschillen aan:

- Premie:
 - de bruto-premie kan verschillen omdat de basisverzekering door verschillende risicodragers wordt aangeboden met verschillende eigen vermogens die voor premieverlaging ingezet kunnen worden (bron: VGZ overzichten).
 - de netto-premie kan verschillen door toepassing van verschillende collectiviteitskortingen.

- Distributiewijze:
 - sommige basisverzekeringen worden alleen via de website verkocht, andere ook via assurantietussenpersonen (atp's) of via eigen kantoren.
- Communicatie en service:
 - soms alleen online, in andere gevallen ook offline, telefonisch, via kantoren.

3.5 Volmachten en collectiviteiten

De aanbiedingen van volmachten zijn vindbaar op eigen websites en worden verkocht via de vergelijkingssites, waarbij in een aantal gevallen eigen labels worden gehanteerd. Voor consumenten lijken de volmachten op zelfstandige zorgverzekeraars, maar ze zijn een verkoopkanaal van volmachtgevers. De premiestelling is gelijk aan de modelovereenkomsten van bovenliggende risicodragers, behalve wanneer de volmachten een eigen label *als collectiviteit* in de markt zetten.

Zo wordt de modelovereenkomst Avéro Zorg Plan Natura (€117,20) via het label C4Me verkocht, waarbij in de communicatie een prijs van €105,48 wordt gepresenteerd (met collectiviteitskorting).

In het overzicht van nagenoeg identieke polissen staat bij de VGZ Natura Selectief-polissen opgemerkt: “De Besured Ruime Keuze kent maximaal 10% collectiviteitskorting waardoor de minimale premie €96,90 bedraagt.” Dit is ook de premie voor de (collectieve), via de volmacht Caresco aangeboden, studentenzorgverzekeringen van Promovendum en National Academic. Deze studentenzorgverzekeringen worden onder een eigen label gepresenteerd als reguliere basisverzekering, maar zijn dus een collectiviteit met bijbehorende maximale korting.

3.6 Tussenconclusie

De premies zijn opgelopen in vergelijking met vorig jaar. De goedkoopste premie is opgelopen van €86 naar €92, de duurste van €113,95 naar €122. Het verschil tussen de hoogste en laagste premie is groter geworden.

Een verbetering ten opzichte van het vorige overstapeseizoen zijn de overzichten die Achmea, Menzis en VGZ hebben gepubliceerd met nagenoeg identieke basisverzekeringen per concern. De concerns ASR, DSW, Eno, ONVZ en Zorg en Zekerheid hebben deze overzichten niet omdat ze binnen het concern verschillende basisverzekeringen aanbieden.⁵

Prijsverschillen tussen (nagenoeg) identieke verzekeringen lopen uiteen. Bij Achmea is het verschil €0,55 bij de natura selectief verzekeringen, €13,20 bij de naturaverzekeringen, en is de premie gelijk bij de restitutieverzekeringen. Bij Menzis is er een verschil van €1,- bij de naturaverzekeringen. Bij VGZ is er een verschil van €0,40 bij de online natura selectief verzekeringen, €1,34 bij de natura selectief verzekering, €3,39 bij de naturaverzekeringen en €14,05 bij de restitutieverzekeringen. Bij het website-onderzoek bleek de informatie over nagenoeg identieke basisverzekeringen niet eenvoudig vindbaar.

⁵ Het overzicht waarin concern CZ verwijst naar de drie (nagenoeg) identieke restitutieverzekeringen is na afloop van het overstapeseizoen beschikbaar gemaakt. Het prijsverschil bedraagt €5,86 per maand.

4 Bestaande en nieuwe klanten

4.1 Inleiding

In het verleden werden nieuwe klanten soms anders behandeld dan bestaande klanten (Zorgvuldig Advies, 2016; NZa, 2016). Dit betrof zowel positieve prikkels (cadeaus) als negatieve prikkels (drempels bij inschrijfprocedure). Nieuwe klanten werden als het ware verleid of geremd bij het afsluiten van een verzekering. Dit werd vanuit politiek, beleidsmakers en toezichthouders als onwenselijk betiteld (zie bijvoorbeeld TK, 29689, nr,769).

De zorgverzekeraars namen zich in het Actieplan Kern-gezond (ZN, 2015) voor om terughoudend te zijn bij commercie en het uitgangspunt te hanteren dat aspirant verzekerden niet gunstiger behandeld zouden worden dan bestaande verzekerden.

4.2 Manier van inschrijven

Zorgverzekeraars

Bij de zorgverzekeraars is de manier van inschrijven voor iedereen in principe gelijk. Drie modelovereenkomsten richten zich op specifieke groepen en wijken in dat opzicht af van andere basisverzekeringen:

- HollandZorg (concern Eno). Deze zorgverzekering richt primair zich op mensen die tijdelijk in Nederland verblijven. In veel gevallen wordt aan buitenlandse werknemers via een werkgever een collectieve verzekering aangeboden, maar de verzekering is ook individueel af te sluiten. Afsluiten van een zorgverzekering is voor iedereen gelijk, maar verloopt via een Engelstalige website.
- Salland (concern Eno). Dit is een provinciale polis, en past binnen specifieke wettelijke mogelijkheden die de Zorgverzekeringswet biedt. De zorgverzekering is beschikbaar voor iedereen die in Overijssel, Gelderland of het buitenland woont en verzekeringsplichtig is. Bij aanvragen wordt als eerste stap gevraagd om de postcode. Mensen buiten het adherentiegebied krijgen de melding "U woont buiten het verzorgingsgebied van Salland Zorgverzekeringen" met doorverwijzing naar ZorgDirect (eveneens binnen het Eno concern). Voor de verzekerden binnen de doelgroep is afsluiten voor iedereen gelijk.
- Zorgzaam (concern VGZ). Dit is een zorgverzekering voor iedereen die een arbeidsrelatie heeft of had met Defensie. Bij afsluiten wordt gevraagd om een werknemernummer en staat vermeld dat de premie wordt ingehouden op salaris of uitkering. Mensen die niet tot het collectief behoren kunnen de verzekering aanvragen tegen een andere prijs zonder de collectiviteitskorting.

De voorwaarden bij HollandZorg en Salland passen bij de speciale positie die ze innemen als respectievelijk (tijdelijke) zorgverzekeraar voor arbeidsmigranten en uitdrukkelijk regionale zorgverzekeraar.

Volmachten

De volmachten hanteren binnen hun productenstroom geen onderscheid wat betreft de manier van inschrijven. Bij de afzonderlijke labels van volmachten is de manier van inschrijven gelijk. Wanneer het label zich richt op een specifieke doelgroep zoals studenten, dan hanteert men de voorwaarden van een collectiviteit.

Wel geldt bij de volmachten dat consumenten vaak via werkgevers of tussenpersonen de zorgverzekering afsluiten. In geval van rechtstreeks afsluiten hanteert Caresco (Nedasco) aanvraagformulieren voor alle onderliggende volmachtgevers. IAK biedt niet alleen de zorgverzekeringen van volmachtgevers aan, maar ook andere basisverzekeringen waarvoor ze als een assurantietussenpersoon optreedt.

Collectiviteiten

Bij de onderzochte collectiviteiten is de manier van inschrijven gelijk voor iedereen die voldoet aan de voorwaarden voor die betreffende collectiviteit.

4.3 Premie zonder invullen verzekerdenkenmerken

Zorgverzekeraars

Bij 42 van de basisverzekeringen is de premie direct zichtbaar zonder dat men persoonlijke vragen hoeft in te vullen. Bij 15 verzekeringen is de premie wel te achterhalen, maar vergt het zoeken. De Goudse (2 verzekeringen) hanteert een afzonderlijke premietabel in pdf. Bij de 13 andere verzekeringen is de premie alleen via het tabblad “zorgverzekering” zonder persoonlijke informatie zichtbaar. Klanten worden op de homepage via een doorklik naar “Bereken je/uw premie”, “Regel het direct”, “Direct overstappen” of een andere actiegerichte tekst geleid, waarna ze verzekerdenkenmerken (leeftijd, geslacht, postcode) moeten invullen. De doorklik link staat meestal op de homepage en is herkenbaar dankzij een ander kleurgebruik.

Volmachten

Bij de volmachten is bij één verzekering de premie op de homepage zichtbaar. In alle andere gevallen leidt de route naar “bereken uw premie”. Met enig zoeken is ook bij volmachten te achterhalen wat de premie voor de basisverzekering is zonder dat men persoonlijke vragen hoeft in te vullen. De volmachten volgen de prijsstelling van de achterliggende verzekeraars. Wanneer het label zich richt op een specifieke doelgroep zoals studenten, dan hanteert men standaard een premie met collectiviteitskorting.

Collectiviteiten

Van de tien onderzochte grote collectiviteiten geven er zes complete en volledige informatie over onder meer de premiestelling en bieden de mogelijkheid om via een eigen website over te stappen. Bij de andere onderzochte collectiviteiten wordt je voor nadere informatie of daadwerkelijk afsluiten doorverwezen naar de zorgverzekeraar, waar mensen bij het afsluitproces een nummer of code van de collectiviteit kunnen invullen. De onderzochte collectiviteiten verschillen onderling te zeer om in algemene zin uitspraken te doen over collectiviteiten.

4.4 Cadeaus of actiekortingen

Zorgverzekeraars

Er zijn minder cadeaus of acties bij zorgverzekeraars dan bij het vorige overstapeseizoen. Zorgverzekeraars hanteren het uitgangspunt dat zij aspirant verzekerden niet gunstiger behandelen dan huidige verzekerden. Sommige zorgverzekeraars hanteren in 2016/2017 bij hun aanbod actiekortingen en kleine geschenken voor nieuwe (potentiële) klanten. Het betreft:

- Gratis CD, DVD of boek bij aanvragen van offerte voor ProLife verzekering.
- “Tip een vriend” actie bij Anderzorg: “als je een vriend, familie of kennis tips en zij via jouw promotiepagina verzekeren, krijg je een beloning van €40. Die kun je verdelen in €20 voor jezelf en €20 voor de nieuwe verzekerde, of je geeft de volledige beloning aan de nieuwe verzekerde.”
- ZEKUR biedt de actie “Verdien €12,50” als verzekerden een vriend(in), kennis of familielid als nieuw lid aanbrengen.

Er zijn meer acties bij de zorgverzekeraars, maar deze hangen niet samen met het afsluiten van een nieuwe zorgverzekering. Het zijn algemene klantvoordelen gericht op bestaande en nieuwe klanten.

Volmachten en collectiviteiten

Volmachten en collectiviteiten zijn niet betrokken bij of gebonden aan afspraken in *Actieplan Kerngezond*. Zij hanteren echter geen actiekortingen en geschenken die anders zijn voor nieuwe klanten in vergelijking met bestaande klanten. Collectiviteiten gaan wel verder dan zorgverzekeraars met het aanbieden van klant- of ledenvoordelen. In dit kader valt het “Extra Promovendumvoordeel” op. Collectiviteiten geven soms een deel van de provisie als klantvoordeel door (NZa, 2016). Door dit klantvoordeel bovenop een collectiviteitskorting wordt de totale korting meer dan 10% van de premiegrondslag (zie paragraaf 7.4).

Vergelijkingsites

Drie van de onderzochte vergelijkingsites hanteren actiekortingen en geschenken die anders zijn voor nieuwe klanten in vergelijking met bestaande klanten:

- Zorgkiezer gaf als cadeau een gratis health check bij afsluiten via Zorgkiezer.
- Polswijzer had een cadeau actie waarbij men een abonnement kon kiezen op De Telegraaf, Privé of Autovisie – en waarbij voor iedere 250 aanmeldingen een Apple TV werd verloot.
- De Consumentenbond bood aan niet-leden 6 maanden gratis lidmaatschap en aan leden een jaarabonnement op de Gezondgids (ter waarde van €34).

Ook geven vergelijkingsites cadeaus of kansen op cadeaus bij wijze van klantvoordelen aan bestaande en nieuwe klanten. Zo biedt Independer een gratis tandongevallenverzekering. Deze is beschikbaar voor iedereen. Nieuwe klanten kunnen deze afsluiten en hij loopt door als bestaande klanten eerder een verzekering afsloten via Independer. Bestaande klanten die de tandongevallenverzekering nog niet hadden, werden per mail geattendeerd op de mogelijkheid.

4.5 Tussenconclusie

De manier van inschrijven en toegankelijkheid is voor alle modelovereenkomsten gelijk, behalve bij drie specifieke basisverzekeringen die zich richten op bepaalde groepen: HollandZorg richt zich primair op arbeidsmigranten, Salland richt zich op regionaal publiek en Zorgzaam richt zich op defensiepersoneel. Bij volmachten is de inschrijving en toegankelijkheid voor aangeboden basisverzekeringen gelijk.

De premies van de basisverzekeringen zijn zonder invoeren van verzekerdenkenmerken te achterhalen, behalve bij enkele onderzochte collectiviteiten. Wel is er variatie in de wijze waarop de premie wordt gepresenteerd. Bij 42 van de 58 modelovereenkomsten is de premie direct zichtbaar. Bij 13 verzekeringen worden klanten op de homepage naar “bereken uw premie” geleid, waarna mensen verzekerdenkenmerken (leeftijd, geslacht, postcode) moeten invullen. Bij de volmachten is bij één verzekering de premie op de homepage zichtbaar. In alle andere gevallen leidt de route naar “bereken uw premie”.

Drie verzekeraars bieden kleine cadeaus of actiekortingen aan bij het afsluiten van een zorgverzekering. Bij de onderzochte vergelijkingssites is vaker sprake van cadeaus aan nieuwe klanten. Als er klantvoordelen zijn, bieden de meeste partijen (zorgverzekeraars, volmachten en een vergelijkingssite) deze aan zowel bestaande als nieuwe klanten aan.

5 Toegankelijkheid

5.1 Inleiding

Een deel van de verzekerden is terughoudend bij het overstappen omdat men bang is dat de verzekeraar hen niet accepteert. Voor de basisverzekering is die vrees onterecht – daar geldt een wettelijke acceptatieplicht. En ook de meeste aanvullende verzekeringen bleken bij het vorige onderzoek van het overstapeseizoen zonder medische selectie toegankelijk.

5.2 Acceptatie voor de basisverzekering

Uit ons webonderzoek blijkt dat zorgverzekeraars in meerderheid (63%) op de website aangeven dat iedereen wordt geaccepteerd voor de basisverzekering. Bij de volmachten wordt op de website minder vaak (14%) expliciet aangegeven dat iedereen wordt geaccepteerd. Wel is de acceptatie voor de basisverzekering een standaard passage in alle zorgverzekeringskaarten: “De wet zorgt ervoor dat een zorgverzekeraar u altijd accepteert voor de basisverzekering. Leeftijd en gezondheid spelen geen rol. En hebben ook geen gevolgen voor uw premie”.

De onderzoeksvraag betrof de expliciete communicatie op de website over de acceptatie voor de basisverzekering. Daarnaast is de feitelijke acceptatie voor de basisverzekering van belang. Voor verzekerden staan op grond van artikel 3 Zvw (acceptatieplicht) in principe alle modelovereenkomsten open. Als onder verschillende labels uitgebrachte basisverzekeringen inhoudelijk volledig identiek zijn dan wordt aan de acceptatieplicht voldaan als een verzekerde tenminste bij één label de betreffende polis kan sluiten.

Bij zorgverzekeraars en volmachten wordt voldaan aan de acceptatieplicht. Voor collectiviteiten geldt de acceptatieplicht niet, hoewel sommige aanbieders zich wel presenteren als zorgverzekeraar. Door deze presentatie lijkt het alsof ze een acceptatieplicht hebben, maar als ze vervolgens wel toegangsvoorwaarden stellen wordt voor potentieel verzekerden pas duidelijk is dat ze te maken hebben met een groepsverzekering. Voorbeelden hiervan zijn VvAA en Zorgzaam. De modelovereenkomst van de VvAA is via de aanbieder ONVZ openbaar toegankelijk, de Modelovereenkomst Zorgzaam is via de Univé Zorg Geregeld polis openbaar toegankelijk.

5.3 Aanvullende verzekeringen en aanvullende tandartsverzekeringen

Voor aanvullende verzekeringen (AV) hebben verzekeraars de mogelijkheid om een acceptatieprocedure te hanteren, maar in de praktijk doen ze dit zeer beperkt.

Verzekeraars streven naar een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen met een brede dekking, zonder toelatingseisen. In actieplan Kern-Gezond spraken de verzekeraars af dat aspirant-verzekerden zonder acceptatievoorwaarden toegang zouden krijgen tot een aanvullende verzekering, als die aspirant-verzekerden bij hun oude verzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering hadden. Tandartsverzekeringen werden daar overigens van uitgesloten.

Aanvullende verzekeringen

Bij de directe aanbieders van de 58 modelovereenkomsten is het aantal aanvullende verzekeringen stabiel (was 208, nu 209) en het aantal met selectie 5 gebleven (2%).⁶

Alle verzekeraars bieden aanvullende verzekeringen die zonder medische selectie of wachttijd toegankelijk zijn. Als er selectie plaatsvindt is dit bij relatief meest uitgebreide aanvullende verzekeringen.

Aanvullende tandartsverzekeringen

Het aantal aanvullende tandartsverzekeringen dat door zorgverzekeraars wordt aangeboden was 108 en stijgt naar 112. Het aantal met medische acceptatie blijft op 31, waarmee het percentage daalt naar 27,7%.

Alle verzekeraars bieden een aanvullende tandartsverzekering aan die zonder medische selectie of wachttijd toegankelijk is. Als er selectie plaatsvindt is dit bij relatief meest uitgebreide aanvullende tandartsverzekeringen.

Wachttijd

Bij 27 van de in totaal 404 aanvullende verzekeringen en aanvullende tandartsverzekeringen geldt een wachttijd. Deze is in 1 geval van toepassing op ooglaseren, bij de andere 26 is de wachttijd tandgerelateerd.

Samengevat

Onderstaande tabel toont het aantal aanvullende verzekeringen en aanvullende tandartsverzekeringen met een medische selectie voor de aanbieders van zorgverzekeringen, gesplitst in 'Verzekeraars (direct)' en 'Volmachten'. Het aantal aanvullende en aanvullende tandartsverzekeringen met medische acceptatie is gelijk aan vorig jaar. Bij volmachtproducten geldt vaker een medische acceptatie dan bij producten die rechtstreeks door de verzekeraar worden aangeboden.

Tabel 11: Aanvullende verzekeringen en voorwaarden voor acceptatie

	totaal in 2016	acceptatie in 2016	%	totaal in 2017	acceptatie in 2017	%
Aanvullende verzekeringen						
Verzekeraars (direct)	208	5	2,4%	209	5	2,4%
Volmachten				47	2	4,2%
Tandartsverzekeringen						
Verzekeraars (direct)	108	31	29,2%	112	31	27,7%
Volmachten				22	7	31,8%

Bron: Zorgweb

⁶ Als we het verzekerdenperspectief kiezen en het totaal aantal aanvullende verzekeringen berekenen op basis van de 49 aanbieders van openbaar toegankelijke zorgverzekeringen, dan is het totaal aantal AV gedaald van 281 naar 266, en het aantal AV met medische acceptatie gedaald van 12 (4%) naar 9 (3%).

5.4 Overnemen machtiging, overnemen toegangsverlening PGB

Zorgverzekeraars hebben afspraken om bestaande machtigingen voor zorg of een reeds afgegeven toegangsverlening PGB verpleging en verzorging over te nemen. De overname van een PGB regeling is gebaseerd op een bestuurlijke afspraak (Actieplan Kern-Gezond), de verplichting om een lopende machtiging van nieuwe verzekerden over te nemen staat in de Zorgverzekeringswet (artikel 14 lid 5).

Tijdens het webonderzoek is gezocht naar expliciete toelichtingen hierover, en ook bij de mysterymailing is geprobeerd te achterhalen of partijen actief of passief wijzen op het overnemen van bestaande afspraken. De onderzoekers hebben de expliciete vermeldingen van zorgverzekeraars en volmachten aanvankelijk niet gevonden op de websites en in antwoorden op de mails.

Bij nader bestuderen bleek het overnemen van machtigingen én van de toegangsverlening PGB wel in de polisvoorwaarden of bijvoorbeeld PGB-reglementen van de onderzochte verzekeraars en volmachten te staan. Inmiddels is ook bij in ieder geval Menzis en CZ op de website eenvoudig toegankelijke informatie beschikbaar.

Anekdotisch bewijs is gevonden via het social media kanaal Twitter. Een consument stelde een directe vraag aan twee webcare teams *“Als ik naar jullie overstap & ik heb n geldige indicatie PGB V&V, nemen jullie deze dan over? (huidige indicatie = nog 4 jr geldig).”* Eén verzekeraar antwoordde positief *“Hoi [naam], je indicatie kunnen we overnemen. Kijk voor verdere info + tarieven op onze site: [verwijzing naar link]”* en de andere verzekeraar negatief *“[naam] Helaas niet, wij gaan zullen de aanvraag opnieuw moeten gaan beoordelen. Groet [naam]”*.

We hebben tot slot bij LederIN (het netwerk voor mensen met een chronische ziekte of beperking) en bij Per Saldo (De belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget) nagevraagd of zij signalen of klachten hadden ontvangen over verzekeraars die een machtiging of toegangsverlening PGB niet hadden overgenomen. Beide partijen hadden daar geen concrete signalen over.

5.5 Tussenconclusie

Op de websites geven zorgverzekeraars vaker dan volmachten expliciet aan dat iedereen geaccepteerd wordt. De acceptatie voor de basisverzekering is een standaard passage in alle zorgverzekeringskaarten.

Alle verzekeraars bieden aanvullende verzekeringen en aanvullende tandartsverzekeringen aan die zonder medische selectie of wachttijd toegankelijk zijn. Bij volmachtproducten geldt vaker een medische acceptatie dan bij producten die direct door de verzekeraar worden aangeboden.

Het percentage aanvullende verzekeringen met medische acceptatie is laag en blijft stabiel. Bij de 58 modelovereenkomsten worden 209 aanvullende verzekeringen aangeboden, waar in vijf gevallen een acceptatieprocedure geldt (2%). Het percentage aanvullende tandartsverzekeringen met medische selectie loopt terug. In 2017 zijn er 112 aanvullende tandartsverzekeringen waarbij 31 keer een acceptatieprocedure geldt (28%).

De informatievoorziening over het overnemen van een lopende machtiging of toegangsverlening PGB is minimaal. We hebben tijdens het website-onderzoek geen proactieve uitingen gevonden van zorgverzekeraars of volmachten. Het overnemen van machtigingen staat wel in de polisvoorwaarden van de meeste verzekeraars en volmachten.

6 Begrijpelijke, juiste en vindbare informatie

6.1 Inleiding

Een belangrijke randvoorwaarde om te komen tot inzicht in de polissen is de beschikbaarheid van begrijpelijke en juiste informatie.

Verzekeraars informeren hun klanten via de polisvoorwaarden en vergoedingsoverzichten over de dekking van een polis. Zorgverzekeraars stellen zeer veel informatie beschikbaar via hun websites. We hebben de websites – zo veel mogelijk op basis van feitelijke criteria – onderzocht om de begrijpelijkheid, juistheid en vindbaarheid van bepaalde zaken vast te stellen.

We hebben ervoor gekozen om een gespecialiseerde partij (BureauTaal) in te schakelen om van diverse teksten te bepalen of het taalniveau B1 is.⁷

We hebben van de negen concerns bepaald of zij hun schriftelijke communicatie wel of niet voeren op taalniveau B1. We hebben gekeken naar de volgende onderdelen:

1. Polisvoorwaarden (uitleg vergoeding fysiotherapie in de basisverzekering);
2. Uitleg restitutiepolis/naturapolis/combinatiepolis (op de site);
3. Uitleg werking eigen risico (op de site).

We hebben bij alle voorwaarden een steekproef genomen en gekeken naar de volgende criteria:

- Hoe is de structuur van de tekst? Staan er bijvoorbeeld tussenkopjes in de tekst? Zijn deze tussenkopjes goed te begrijpen?
- Staat steeds het belangrijkste van iedere alinea vooraan?
- Zijn de zinnen gemiddeld 10 woorden lang?
- Staan er geen tangcontracties in de tekst?
- Zijn de zinnen actief?
- Zijn de woorden concreet?
- Zijn de woorden niet formeel?
- Vermijd de schrijver vaktaal, of wordt vaktaal uitgelegd?
- Komen de woorden voor in het dagelijks taalgebruik?
- Zijn de woorden eenduidig?
- Staat er geen figuurlijke taal in de tekst?

Daarnaast heeft een gespecialiseerde partij (SCC Consultancy) een mysterymailing verzorgd en geanalyseerd.

⁷ Met taalniveau B1 bedoelen we “eenvoudig Nederlands”. De Raad van Europa heeft een meetlat ontwikkeld (Common European Framework) waarmee je het taalniveau kunt meten van mensen en van teksten. De Raad van Europa onderscheidt zes taalniveaus: A1 is het laagste niveau, C2 het hoogste. Bedrijven, overheden en instellingen schreven hun teksten voorheen vaak op taalniveau C1 maar streven nu meestal naar taalniveau B1. Ongeveer 60% van de Nederlanders komt niet verder dan taalniveau B1. Daardoor begrepen veel mensen de teksten overheid en bedrijfsleven niet. Teksten op taalniveau B1 zijn niet alleen geschikt voor mensen met een beperkte taalvaardigheid of een lager opleidingsniveau. Ook mensen met een hoger taalniveau hebben een voorkeur voor teksten in eenvoudig Nederlands doordat de tekst ook voor hen gemakkelijk en efficiënt leest.

6.2 Bewustwording

Prolongatiebrieven

Van alle concerns – en vaak van alle onderliggende risicodragers – hebben de onderzoekers prolongatiebrieven, prolongatiemails en andere eindejaarscommunicatie ontvangen.

Er is één nieuwe basisverzekering, en klanten worden daar door Zilveren Kruis actief op gewezen. Zilveren Kruis schrijft in de prolongatiebrief expliciet in de PS: “Zilveren Kruis heeft 5 soorten basisverzekeringen: Basis Budget, Basis Zeker, Basis Exclusief, ZieZo Basis en de nieuwe basisverzekering ZieZo Selectief”.

Jaarlijks een bewuste keuze

Zorgverzekeraars wijzen er in hun prolongatiebrieven of –mails niet expliciet op dat het verstandig is om jaarlijks een bewuste keuze te maken. Wel maken een enkele zorgverzekeraar een verwijzing naar het feit dat “omstandigheden kunnen wijzigen” dus het verstandig kan zijn om te controleren of de huidige verzekering nog passend is. Vergelijkingsites, de overheid (VWS, NZa) en andere commerciële partijen (media) wijzen vaker op het maken van een jaarlijkse bewuste keuze. De overheid doet dit via de website www.ikregelmijnzorggoed.nl waar mensen naar tips worden geleid. Van de vergelijkingsites wijzen 9 van de 13 onderzochte sites op het maken van een bewuste keuze, waaronder alle vergelijkingsites die verbonden zijn aan het Keurmerk Objectief Vergelijken.

Keuzes en stappen

Op alle websites geven zorgverzekeraars goed vindbaar informatie over keuzes die een (potentieel) verzekerde kan maken, en de stappen die mensen moeten doorlopen. De stappen – bijvoorbeeld over het kiezen van een type basisverzekering, een vrijwillig eigen risico of afsluiten van een aanvullende of tandartsverzekering – zijn logisch en begrijpelijk vormgegeven. In toelichtingen, informatieblokken of pop-ups worden potentieel verzekerden door de stappen heen geleid.

6.3 Begrijpelijke verzekeringen

Veel zorgverzekeraars geven een overzichtelijke weergave van verschillen tussen verzekeringen, vooral als er binnen de zorgverzekeraar twee of drie verschillende zorgverzekeringen worden aangeboden.

Taalniveau polisvoorwaarden

Kijken we naar het taalniveau van de polisvoorwaarden, dan zien we dat veel voorwaarden binnen een concern vergelijkbaar zijn, dus gebaseerd zijn op een zelfde basistekst.

Tabel 12: Samenvatting taalniveau polisvoorwaarden

Taalniveau	Concern	Zorgverzekeringen
B1-B2	Menzis	Anderzorg, HEMA, Menzis
B2	Achmea, ASR, CZ, DSW, ENO, VGZ, Zorg en Zekerheid	alle overige
C1	ONVZ	ONVZ (PNOzorg, VvAA)

Bron: Analyse BureauTaal

Eén concern realiseert een taalniveau van B1-B2 in de polisvoorwaarden. En één concern (ONVZ) is duidelijk moeilijker dan alle andere concerns. In de voorwaarden van Menzis (met de basisverzekeringen van Anderzorg, HEMA en Menzis) krijgen bijna alle moeilijke termen een uitleg. Er staat bijvoorbeeld uitgelegd wat een oedeemtherapeut en een manueel therapeut doen. En er wordt zo weinig mogelijk te raden overgelaten. Er staat bijvoorbeeld dat u recht heeft op fysiotherapie vanaf de 21e behandeling. Dan staat er ook nog een kader met ‘let op!: u heeft vanuit uw Basisverzekering geen recht op de eerste 20 behandelingen.’

De teksten van de grote middengroep bevatten meer moeilijke woorden (bijvoorbeeld ‘raadplegen’). Daarnaast merk je dat er vaker ingewikkelde zinnen worden gebruikt. Bijvoorbeeld tangconstructies. De teksten van de middengroep zijn wel concreter dan de teksten van ONVZ. Er staat minder jargon in, en overall wordt de lezer aangesproken. Bij ONVZ staat ‘de verzekerde moet een verwijzing hebben’, bij de middengroep wordt de lezer steeds met ‘u’ of ‘je’ aangesproken.

Uitleg verschil restitutie, natura, combinatie

Op alle websites is tekst geselecteerd waarin een zorgverzekeraar of volmacht een toelichting gaf over het verschil tussen een restitutiepolis, naturapolis of een combinatiepolis. Als de verzekeraar maar één type verzekering aanbiedt, hebben we de tekst geselecteerd waar wordt uitgelegd wat de betreffende polis is.

Tabel 13: Samenvatting taalniveau uitleg type polis

Taalniveau	Concern	Zorgverzekeringen*
B1	Achmea	Kiemer, FBTO
	CZ	CZ, OHRA
	Menzis	Anderzorg
	VGZ	ZEKUR
B2	Achmea	Avéro, De Friesland, Interpolis, OZF, Zilveren Kruis, ZieZo, Pro Life
	ASR	De Amersfoortse, Ditzo
	CZ	Delta Lloyd
	ENO	Salland, ZorgDirect, HollandZorg
	Menzis	HEMA, Menzis (<i>B1-B2 niveau</i>)
	VGZ	Besured, IZA, IZZ, Univé, VGZ, UMC
	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid
C1	DSW	DSW, Stad Holland**
	VGZ	De Goudse

* Bij CZdirect (CZ), ONVZ en Bewuzt (VGZ) is de toelichting over restitutie/natura niet gevonden op de website of niet expliciet gemaakt.

** Bij en Stad Holland staat op de homepage een animatiefilmpje waarin termen en kenmerken in twee minuten en in eenvoudige bewoordingen worden toegelicht.

Bron: Analyse BureauTaal

Ook de teksten bij de volmachten inclusief onderliggende labels zijn bekeken. Deze teksten waren allemaal op B2 niveau geformuleerd.

Woordgebruik is het belangrijkste verbeterpunt dat te benoemen is, en waar meerdere partijen hun voordeel mee kunnen doen. Woorden als ‘niet-gecontracteerd’, ‘beperkt aantal’, ‘spoedzorg’, ‘oplopen’ en ‘marktconform’ zijn te moeilijk voor iemand met taalniveau B1.

6.4 Zorgverzekeringskaart

Nieuw dit jaar zijn de Zorgverzekeringskaarten om verzekerden te informeren over de inhoud van de basisverzekeringen. In de Monitor van vorig jaar werd gewezen op dit initiatief van de Consumentenbond en Patiënten Federatie (destijds NPCF). Dit jaar stellen zorgverzekeraars voor iedere basisverzekering een zorgverzekeringskaart beschikbaar. De verzekerde leest op maximaal twee A4'tjes de belangrijkste passages over de polisvoorwaarden van het betreffende basisverzekeringsproduct. Indien van toepassing leest hij ook welke zorgaanbieders de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd, en welke gevolgen dit heeft voor de vergoeding van zorgkosten. Op de zorgverzekeringskaart staan tot slot verwijzingen naar achtergrondinformatie, bijvoorbeeld over de omvang van het verzekerde pakket en de werking van het eigen risico.

Om eenduidigheid te realiseren heeft Zorgverzekeraars Nederland in samenwerking met de verzekeraars een lijst met standaardformuleringen ontwikkeld. De hoop/verwachting is (1) dat verzekerden de werking van een basisverzekering beter begrijpen als ze de kaart gelezen hebben, en (2) dat verzekerden beter begrijpen welke gevolgen de keuze voor de ene of de andere basisverzekering heeft als ze kaarten naast elkaar leggen.

De onderzoekers hebben in totaal 87 zorgverzekeringskaarten gevonden. Naast alle directe aanbieders van de 58 modelovereenkomsten, hebben ook aanbieders van de herverpakkingen (volmachten of collectiviteiten) een eigen zorgverzekeringskaart (Ik!, Promovendum, National Academic, InTwente, PNOzorg, VvAA). De volmachten hebben eigen zorgverzekeringskaarten voor iedere aangeboden basisverzekering, met daarop hun eigen logo én die van de volmachtgever en risicodragers.

Bij zes van de onderzochte vergelijkingssites waren zorgverzekeringskaarten beschikbaar. Dit betrof vier van de vijf aangesloten partijen bij het Keurmerk Objectief Vergelijken, en daarnaast twee sites met een eigen AFM-vergunning.

Bevindingen:

- Bij naturaverzekeringen is afgesproken om per basisverzekering twee kaarten te maken.
 - Vóór de jaarwisseling (31/12) staat bij naturaverzekeringen de passage “... streven we ernaar om volledig/ruim/beperkt te contracteren” gehanteerd.
 - Na de jaarwisseling wordt op de zorgverzekeringskaart van een naturaverzekeringen vermeld “hebben we volledig/ruim/beperkt gecontracteerd”.

Bij een deel van de naturaverzekeringen zijn per ultimo januari 2017 de aangepaste zorgverzekeringskaarten beschikbaar.

- Bij één risicodragers zaten de verkeerde kaarten gekoppeld aan de link.
- Bij 54 zorgverzekeringskaarten is expliciet de risicodragers (zorgverzekeraar) vermeld, bij vier staat de aanbieder vermeld waaronder de verzekering bij de verzekerde bekend is. Als de aanbieder vermeld is, dan wordt nergens duidelijk wie de risicodragende partij is.

- In totaal wijken drie risicodragers af van het standaard afgesproken stramien. Eén zorgverzekeraar hanteert de termen *naturapolis* en *restitutiepolis*, in plaats van de afgesproken termen *naturaverzekering* en *restitutieverzekering*. Eén zorgverzekeraar heeft gekozen voor eigen, aangepaste teksten die afwijken van de afgesproken standaarden en een iets andere lay-out, hetgeen de vergelijkbaarheid beperkt. En één risicodragers heeft een aangepaste lay-out, waarmee het voor de burger lastiger wordt om te controleren of passages identiek of afwijkend zijn.

We hebben het taalniveau van de Zorgverzekeringskaarten steekproefsgewijs laten beoordelen door BureauTaal. Deze teksten krijgen het oordeel taalniveau B2, waarbij de teksten over naturaverzekeringen nog iets moeilijker zijn dan de teksten over restitutieverzekeringen. Dit wordt verklaard doordat de schrijvers bij een naturaverzekering meer ingewikkelde dingen moeten uitleggen, bijvoorbeeld over de gecontracteerde zorg.

6.5 Antwoorden op vragen per mail

Burgers moeten de juiste informatie krijgen als zij een zorgverzekeraar mailen. Een vraag in dit onderzoek was daarom “Worden vragen van (aspirant) verzekerden per mail correct en volledig beantwoord?” In het kader van deze monitor is gekozen voor een compacte mailing (twee vragen) en een beoordeling van de antwoorden op de elementen “correct” en “volledig”. De resultaten zijn indicatief.

Er zijn twee uiteenlopende cases ingezet voor een mysterymailing, te weten

1. Ik heb mogelijk in de loop van volgend jaar misschien een nieuwe heup nodig en ik vroeg me af of ik er vanuit kan gaan dat ik in het Spaarne ziekenhuis terecht kan.
2. Vanwege mijn incontinentie heb ik bij mijn huidige verzekeraar een afspraak dat mijn apotheek alle materialen daarvoor rechtstreeks declareert. Bestaat er bij jullie ook zo iets? En kan ik dan ook gewoon Tena blijven gebruiken?

De belangrijkste resultaten van het deelonderzoek:

- In ruim 1 op de 10 gevallen (12%) bleek het niet mogelijk om een e-mail te sturen (geen optie voor contact per mail, webformulier niet beschikbaar, webformulier alleen voor een ander type vragen beschikbaar/bruikbaar).
- Regelmatig werden de vragen per mail niet beantwoord (16%), waarbij de volmachten relatief de meeste mails niet hebben beantwoord.
- Antwoorden zijn zelden volledig juist én compleet: bij casus 1 waren drie zorgverzekeraars juist én compleet, bij casus 2 waren twee (andere) zorgverzekeraars juist én compleet.
- De antwoorden bij restitutieverzekeringen zijn correcter en vollediger. Bij naturaverzekeringen is het van belang om financiële consequenties en gevolgen van een contractrelatie uit te leggen aan de verzekerde, en in de praktijk blijkt dat niet voldoende te gebeuren. Wanneer een verzekeraar beide varianten aanbiedt, had het antwoord vaak betrekking op de naturapolis, zonder dat de mailer daar zelf expliciet in is geweest.

- Bij de casus over het Spaarne ziekenhuis werd door 17% een concreet antwoord gegeven op de expliciete vraag over het gebruik van het merk TENA.
- Bij de casus over het incontinentiemateriaal werd door niemand de link gelegd met het overnemen van een machtiging voor zorg.
- Zorgverzekeraars scoren beter dan volmachten. Collectiviteiten geven zelden een inhoudelijk antwoord maar vragen eerst naar persoonlijke gegevens (om te checken of mensen lid zijn) of verwijzen vragenstellers door.

6.6 Contactmogelijkheden

Verzekeraars

Dit jaar is onderzocht welke contactmogelijkheden de verzekeraars en volmachten aanbieden. We hebben specifiek gekeken naar telefonische benaderbaarheid, benaderbaarheid per mail (of via een webformulier) en fysieke bereikbaarheid (in de vorm van winkels, een balie op kantoor of een mobiel contactpunt).

Tabel 14: Overzicht contactmogelijkheden

Welke contactmogelijkheden zijn er	
Telefonisch	100%
Per mail of via een webformulier (functionerend)	88%
Fysiek (winkels, mobiel contactpunt)	24%

Bron: Webonderzoek

Telefonisch: alle verzekeraars en volmachten zijn telefonisch bereikbaar. Van hen heeft 2% een gratis nummer beschikbaar gesteld, 81% hanteert een gewoon nummer, 17% heeft een betaald nummer.

Mail of webformulier: uit het mysterymail onderzoek bleek dat het in veel gevallen (12%) niet mogelijk was om een e-mail te sturen.

Fysiek: de volgende zorgverzekeraars hebben een of meerdere fysieke locaties waar ze (potentieel) verzekerden kunnen informeren:

- CZ: balie op hoofdkantoren in Tilburg, Goes en Sittard; daarnaast 16 regionale servicekantoren en mobiele locaties met spreekuren.
- DSW: drie vaste loketten en een rijdend loket dat wekelijks langs 13 locaties gaat.
- InTwente: heeft tijdens het overstapeseizoen een mobiele unit (rondreizend door Twente)
- Menzis heeft in vier provincies een winkel en servicepunt.
- Zorg en Zekerheid: zes winkels en daarnaast op negen locaties een servicepunt met specifieke openingstijden.
- Univé: 130 winkels verspreid over Nederland.

Naast deze contactmogelijkheden wordt gebruik gemaakt van social media, livechat, whatsapp en assurantietussenpersonen of verzekeringsadviseurs.

Volmachten

Volmachten en de onderliggende labels zijn telefonisch en per mail bereikbaar. Wel geldt bij één volmacht dat alleen klanten kunnen mailen met een klant- of polisnummer.

6.7 Tussenconclusie

De informatievoorziening valt uiteen in veel elementen.

- Zorgverzekeraars wijzen er in hun prolongatiebrieven of –mails niet expliciet op dat het verstandig is om jaarlijks een bewuste keuze te maken. Wel wijst 40% erop dat omstandigheden kunnen wijzigen. Vergelijkingssites doen dit in alle gevallen.
- In vergelijking met vorig jaar hebben zorgverzekeraars zichtbaar geprobeerd de leesbaarheid van teksten te vergroten. Menzis deed het bij de onderzochte teksten relatief het best en haalde soms het gewenste B1 niveau. ONVZ scoorde minder goed (taalniveau C1), de anderen zaten op B2.
- Voor alle aangeboden basisverzekeringen zijn uniforme zorgverzekeringskaarten beschikbaar, in navolging van een aanbeveling in de monitor van het vorige jaar. Op maximaal 2 A4'tjes is op zo'n zorgverzekeringskaart in begrijpelijke taal samengevat wat iedere basisverzekering voor de verzekerde betekent.
- Er is een goede bereikbaarheid: 100% is telefonisch rechtstreeks benaderbaar, bijna 90% is te mailen, en zes zorgverzekeraars hebben ook een fysieke bereikbaarheid via winkels, loketten, servicepunten of een mobiele unit.
- Uit het mysterymailonderzoek blijkt dat 12% van de onderzochte partijen niet te mailen is. Een deel (16%) geeft geen antwoord, en ook de antwoorden die we ontvingen waren maar een enkele keer juist én compleet. Zorgverzekeraars scoren beter dan volmachten. De onderzochte collectiviteiten halen de minste score – niemand had een volledig juist en compleet antwoord.

7 Eigen risico

7.1 Inleiding

Het is van belang dat mensen begrijpen wat de gevolgen zijn van een verzekering met een hoger eigen risico. Daarnaast hebben zorgverzekeraars omwille van de vergelijkbaarheid van aanbiedingen de afspraak gemaakt om bij het presenteren van de premies uit te gaan van een premie zonder vrijwillig eigen risico.

7.2 Begrijpelijke prijzen

Vanaf-prijzen

Zorgverzekeraars namen bij het Actieplan Kern-gezond in 2015 voor om bij hun polisaanbod op een eenduidige manier communiceren over de premie voor de desbetreffende polis en geen 'vanaf-prijzen' te communiceren die gebaseerd waren op een maximaal vrijwillig eigen risico. Tot twee jaar geleden werden nog vaak "vanaf prijzen" gepresenteerd.

Tijdens dit overstapeseizoen is door zorgverzekeraars en volmachten nergens op websites primair gecommuniceerd over de vanaf-prijzen, met een maximaal eigen risico. Er is anekdotisch bewijs van één zorgverzekeraar die bij een reclamecampagne op de mobiele site van Nu.nl expliciet op ieder scherm melding maakte van de vanaf prijs (€78,45 p/mnd). Daarbij stond het maximale vrijwillig eigen risico bovendien als eerste/voorkeurs keuze vermeld.

Wel communiceerde één van de onderzochte vergelijkingssites (www.studentenverzekering.nl) primair met 'vanaf-prijzen' voor alle aangeboden zorgverzekeringen.

De onderzochte collectiviteiten gaan in hun communicatie standaard uit van de prijs met een collectiviteitskorting. Zie daarover verder paragraaf 7.4.

Eigen risico

Op alle websites is tekst geselecteerd waarin een zorgverzekeraar of volmacht een toelichting gaf op de werking van het eigen risico. Daarnaast zijn de teksten beoordeeld van de Rijksoverheid en het Verbond van Verzekeraars over de werking van het eigen risico. De beide laatste bronnen zijn opgesteld conform taalniveau B1. De teksten van zorgverzekeraars variëren van B1 tot C1. Ook de teksten bij de volmachten inclusief onderliggende labels zijn bekeken. Deze teksten waren allemaal op B2 niveau geformuleerd. Doordat veel teksten kort waren, is het een oordeel op hoofdlijnen.

Tabel 15: Analyse van het taalniveau van teksten over het eigen risico, samengevat

Taalniveau	Concern	Zorgverzekeringen
B1	Achmea	Interpolis
	Menzis	Anderzorg, Menzis
	VGZ	IZZ
	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid
B2	Achmea	Avéro, De Friesland, Kiemer, FBTO, OZF, Zilveren Kruis, ZieZo, Pro Life
	ASR	De Amersfoortse, Ditzo
	CZ	CZ, CZdirect, OHRA, Delta Lloyd
	DSW	DSW, Stad Holland
	ENO	Salland, ZorgDirect, HollandZorg
	Menzis	HEMA
	ONVZ	ONVZ
	VGZ	De Goudse, IZA, Univé, ZEKUR, VGZ, Bewuzt, UMC
C1	VGZ	Besured

Bron: BureauTaal

De beoordeelde teksten over het eigen risico lijken sterk op elkaar. Ze zijn dan ook allemaal ongeveer even moeilijk. Bij de meeste teksten zijn punten aan te wijzen die B1-schrijvers anders zouden hebben gedaan. Dit leidt tot een B2 score. Verbeterpunten lopen nogal uiteen. Het betreft zaken als:

- Structuur: in de tweede zin staat dan al dat overheid het bedrag van het eigen risico bepaalt. Dat is geen relevante basisinformatie voor de lezer, zou meer achterin de tekst mogen staan.
- Te lange zinnen.
- Passieve zinnen.
- Figuurlijke taal: ‘in aanmerking komen voor’, of ‘dan wordt dit eerst in rekening gebracht’.
- Moeilijke woorden: ‘eigen risicobedrag’, ‘dekking van de basisverzekering’
- Vage taal: ‘voor iedereen vanaf 18 jaar geldt een verplicht eigen risico’ → hoezo ‘geldt’?

7.3 Herverzekeren eigen risico

Herverzekeren verplicht en/of vrijwillig eigen risico

Een deel van de zorgkosten die mensen jaarlijks maken zijn voor eigen rekening via het eigen risico. Er zijn twee soorten eigen risico bij de zorgverzekering: verplicht en vrijwillig. Er geldt een (verplicht) eigen risico voor mensen van 18 jaar en ouder als men gebruik maakt van zorg uit de basisverzekering. Enkele zorgvormen zijn daarvan uitgesloten, zoals de huisarts. In 2017 bedraagt het verplicht eigen risico €385 net als in 2016.

Herverzekering van het verplichte eigen risico is voor zorgverzekeraars interessant als zij hiermee een voorspelbaar debiteurenrisico kunnen beperken, zoals bij sociale minima en seizoenarbeiders. Net als in 2016 gebeurt dit in 2017 bij de basisverzekering van HollandZorg (specifiek gericht op arbeidsmigranten). Daarnaast is bekend dat herverzekering van het verplicht eigen risico wordt aangeboden bij gemeentepolissen die door meerdere zorgverzekeraars worden aangeboden (een collectieve zorgverzekering met uitgebreide dekking voor mensen met een laag inkomen). Tijdens dit onderzoek zijn geen andere voorbeelden gevonden.

In het verleden werd de herverzekering van het verplicht eigen risico aangeboden in combinatie met een herverzekering van het vrijwillig eigen risico om een zo laag mogelijke premie te kunnen rekenen. Die combinatie wordt door zowel de NZa als door de minister van VWS als ongewenst beschouwd. In het overstapseizoen 2016-2017 zijn geen basisverzekeringen aangetroffen waarbij de mogelijkheid werd geboden om het vrijwillig eigen risico te herverzekeren.

7.4 Premiekortingen

Vrijwillig eigen risico

Het is mogelijk bij de meeste basisverzekeringen om korting te krijgen op de premie door te kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Eén basisverzekering (Besured) biedt geen vrijwillig eigen risico. Bij 47 van de 58 modelovereenkomsten is het mogelijk om in stappen van €100 het vrijwillig eigen risico op te hogen tot een maximaal vrijwillig eigen risico van €500.

De premiekorting bij een maximaal vrijwillig eigen risico varieert in 2017:

- De Amersfoortse Restitutie, ONVZ Vrije Keuze en drie verzekeringen van Zorg en Zekerheid (Zorg Gemak, Zorg Zeker en Zorg Vrij) bieden met €300 (ofwel €25 per maand) de hoogste korting bij een maximaal vrijwillig eigen risico.
- UMC Zorgverzekering Restitutie biedt met €150 (ofwel €12,50 per maand) de laagste korting.
- Bij 23 modelovereenkomsten stijgt de korting met gelijke bedragen bij iedere stap verhoging van het eigen risico. Eén verzekeraar maakt de korting steeds iets beperkter. Tot slot zijn er tien verzekeraars die bij de laatste stap (van €400 naar €500 vrijwillig eigen risico) een grotere premiekorting hanteren. ONVZ heeft het grootste verschil: tot €400 krijgt men maandelijks €12,30 korting. De laatste stap naar €500 levert maandelijks €12,70 extra korting tot een totaal van €25 korting per maand.

Sommige verzekeraars bieden niet alle treden (€100, €200, €300, €400, €500) aan. Er zijn 11 basisverzekeringen met beperkte(re) mogelijkheden. Dit betreft doorgaans de goedkopere zorgverzekeringen uit de markt.

Tabel 16: Opbouw vrijwillig eigen risico

Treden vrijwillig eigen risico	Aantal BV's
€100/€200/€300/€400/€500	47
€500	8
€100/€500	1
€100/€300/€500	1
Geen	1

Bron: Webonderzoek

Collectiviteitskorting

Drie zorgverzekeraars richten zich op specifieke doelgroepen. Bij IZZ, UMC, Zorgzaam wordt als “default” een premie gepresenteerd met collectiviteitskorting.

Dit gebeurt ook bij collectiviteiten die via de volmachten worden aangeboden, zoals C4Me, Ik!, Promovendum en National Academic. Bij Promovendum wordt bovendien een stapeling van de korting aangeboden. De premiegrondslag voor de basisverzekering is €112,95 (VGZ Ruime Keuze). Daar gaat €8 collectiviteitskorting van af, en daarnaast €7,05 “Extra Promovendumvoordeel”. Daarmee komt de eindprijs lager uit dan 10% collectiviteitskorting .

7.5 Tussenconclusie

Tijdens dit overstapseizoen is door zorgverzekeraars en volmachten nergens op websites sterk in het oog springend gecommuniceerd over vanaf-prijzen, met een maximaal eigen risico. Dit is wel geconstateerd bij één vergelijkingsite.

Teksten over het eigen risico zijn allemaal ongeveer even moeilijk of makkelijk leesbaar. Er is geen (ongewenste) herverzekering van het vrijwillig eigen risico gevonden, wel twee voorbeelden van herverzekering van het verplicht eigen risico bij twee specifieke doelgroepen (minima en arbeidsmigranten).

Eén basisverzekering biedt geen vrijwillig eigen risico. Bij 47 van de 58 modelovereenkomsten is het mogelijk om in stappen van €100 het vrijwillig eigen risico op te hogen. In de andere gevallen zijn er ongelijke stappen. De korting bij maximaal vrijwillig eigen risico varieert van €150 tot €300 per jaar.

8 Vergelijkingsites

8.1 Inleiding

Vergelijkingsites zijn een belangrijk kanaal waarmee verzekerden tijdens het overstapeseizoen zich op begrijpelijke wijze laten informeren over de verschillende beschikbare zorgverzekeringen. Daarnaast bieden ze vaak een mogelijkheid om direct een gewenste verzekering af te sluiten.

De vergelijkers hebben te maken met een inherente spanning tussen enerzijds zo objectief en begrijpelijk informeren van mensen die op zoek zijn naar een nieuwe zorgverzekering en anderzijds het commerciële belang om te zorgen dat mensen bij (of via) hen die nieuwe zorgverzekering afsluiten.

We hebben dertien vergelijkingsites onderzocht: vijf partijen met een eigen AFM-vergunning die tevens zijn aangesloten bij het Keurmerk Objectief Vergelijken, zes partijen met een eigen AFM-vergunning, en twee partijen zonder eigen AFM-vergunning (zie bijlage 9).

8.2 Informatievoorziening: best passende product

Het is belangrijk dat vergelijkingsites op een logische, duidelijk zichtbare plek en afgescheiden van een “betaalde top 3” het best passende product laten zien aan de consument.

Vergelijkingsites geven een advies aan mensen die zich oriënteren op een nieuwe polis. Zij hanteren daarbij verschillende methoden. Sommige vergelijkingsites tonen in de top-3 alleen partijen waarmee zij een overeenkomst hebben. Andere vergelijkingsites tonen ook partijen waarmee zij geen overeenkomst hebben en niet kunnen worden afgesloten via de vergelijkingsite, maar gegeven de invoer wel de beste passende verzekering kan zijn voor een verzekerde.

In de Gedragscode van het Keurmerk Objectief Vergelijken geven de partijen aan dat de best passende verzekering duidelijk en als eerste getoond wordt, ook als de betreffende verzekeraar geen samenwerking heeft met de vergelijkingsite en geen vergoeding betaalt. Daarnaast mogen verzekeraars die een (hogere) vergoeding betalen niet hoger in het vergelijkingsresultaat komen te staan.

Zeven vergelijkingsites geven hun best passende producten duidelijk zichtbaar en logisch, met daarbij expliciet de vermelding of de verzekeringen al dan niet via de site afgesloten kan worden. De andere zes onderzochte vergelijkingsites geven als resultaat de verzekeringen die direct afgesloten kunnen worden.

Tabel 17: Antwoorden op deelvragen uit het webonderzoek van vergelijkingssites

Vraag	Keurmerk	Overig
Wordt geadviseerd om je minimaal een maal per jaar goed te informeren met betrekking tot de zorgverzekering	100%	50%
Wordt de zorginformatiekaart verstrekt	80%	25%
Worden cadeaus aangeboden aan nieuwe klanten	20%	25%
Wordt expliciet beschreven wat de vergelijkingssite aan provisie ontvangt	100%	38%

Bron: Website-onderzoek

8.3 Eerlijk over verzekeringen die (al dan niet) zijn meegenomen

Acht van de dertien onderzochte sites laten (ook) verzekeringen zien die niet direct via de vergelijkingssite af te sluiten zijn. Dit betreft de vijf sites die aangesloten zijn bij het Keurmerk en drie sites met een eigen AFM-vergunning (Consumentenbond, Polswijzer en Zorgverzekeringswijzer). Ze geven een overzicht van partijen die geen actuele premies leveren en om die reden niet opgenomen worden, en van de partijen die zich op doelgroepen richten en al dan niet in de vergelijking worden meegenomen. Vergelijkingssites die aangesloten zijn bij het Keurmerk gebruiken een lijst van verzekeringen die voor iedereen toegankelijk zijn en die de aangesloten vergelijkingssites tenminste moeten aanbieden.

Bij de vijf resterende vergelijkers is niet expliciet duidelijk gemaakt dat de vergelijkingssite bepaalde verzekeringen niet meeneemt in de vergelijking. De lijst zorgverzekeraars, volmachten en collectiviteiten is beduidend minder compleet.

8.4 Tussenconclusie

Er is veel variatie tussen vergelijkingssites in compleetheid en objectiviteit van de dienstverlening. Een meerderheid (7 van de 12 sites) laat best passende producten duidelijk zichtbaar en logisch zien, met daarbij expliciet de vermelding of de verzekeringen al dan niet via de site afgesloten kan worden.

Vergelijkingssites die aangesloten zijn bij het *Keurmerk Objectief Vergelijken* hanteren een lijst van verzekeringen die voor iedereen toegankelijk zijn, en die de aangesloten vergelijkingssites tenminste moeten aanbieden.

9 Contractering

9.1 Inleiding

Om als verzekerde een goede keuze te kunnen maken is het van belang dat bij de start van het overstapseizoen duidelijk is welke zorgaanbieders de verzekeraars wel en niet hebben gecontracteerd, en welke zorg bij welke zorgaanbieder vergoed wordt. Daarnaast moet voor de verzekerde duidelijk zijn hoeveel je moet bijbetalen als je naar een zorgverlener gaat waar de zorgverzekeraar geen contract mee heeft.

[TK, 32620, nr. 174) Schippers: "Ik ben met u van mening dat verzekerden hun keuze voor een polis moeten kunnen baseren op volledige informatie over de inhoud van de polissen. In mijn brief van 31 maart jongstleden (Kamerstuk 29 689, nr. 695) heb ik u geïnformeerd over de afspraken die zijn gemaakt voor de verbetering van het contracteringsproces. De afspraken hebben betrekking op verschillende aspecten van het contracteerproces. (...). Overigens zal niet alle zorg voor het overstapseizoen zijn gecontracteerd. Dat hoeft ook niet als de verzekerde maar volledig wordt geïnformeerd over welke zorgaanbieders onder welke polis vallen."

9.2 Tijdigheid: stand van contractering op peildata

Zorgverzekeraars ronden hun zorginkoop idealiter op 19 november van het kalenderjaar af. Daarmee kunnen zij vanaf de start van het overstapseizoen (potentiële) verzekerden informeren over de concrete invulling van hun polisvoorwaarden. Het is echter niet verplicht de contractering op dat moment afgerond te hebben. Als de contractering niet is afgerond is het wel van belang dat de zorgverzekeraar duidelijk communiceert over de gevolgen daarvan voor de (potentiële) verzekerden.

Tijdens het overstapseizoen is inzicht in definitief wel en niet gecontracteerd zorgaanbod van belang:

Niet gecontracteerde zorgaanbieders: alleen de aanduiding 'definitief niet gecontracteerd' geeft echt duidelijkheid. In de door verzekeraars aan Zorgweb geleverde contracteringsdata (met frequente updates tijdens het seizoen) zit echter geen onderscheid tussen 'nu niet' en 'definitief niet' gecontracteerd voor 2017. In het tweede deel van deze paragraaf (Informatievoorziening over contractering) geven we wel aan hoe verzekeraars hier zelf mee omgaan.

Gecontracteerde zorgaanbieders: wij hebben van acht van de negen concerns de ontwikkeling in gecontracteerde zorg tijdens het overstapseizoen gevolgd⁸. De gecontracteerde zorg bestond hierbij uit twee componenten:

1. De daadwerkelijk gecontracteerde zorgaanbieders
2. De (categorieën) zorgaanbieders waarvoor verzekeraars aangeven deze met zekerheid te gaan contracteren, danwel deze ongeacht de contracteringsstatus te vergoeden alsof gecontracteerd.

⁸ DSW heeft haar contracteringsdata niet via Zorgweb beschikbaar gesteld voor dit onderzoek.

We kijken steeds naar de optelsom van 1 en 2 omdat dit voor de consument effectief het gecontracteerde zorgaanbod zal zijn. We noemen deze optelsom ‘zorgaanbieders (vergoed als) gecontracteerd’.

De focus ligt hierbij niet op het absolute percentage gecontracteerde zorgaanbieders, maar op de verandering in het percentage ‘zorgaanbieders (vergoed als) gecontracteerd’ gedurende het overstapseizoen. Dit geeft namelijk aan of de consument in het begin van het seizoen een volledige keuze kan maken of dat er nog sprake is van veranderingen gedurende het seizoen.⁹

We hebben op meerdere momenten in het overstapseizoen het aantal ‘zorgaanbieders (vergoed als) gecontracteerd’ gemeten van elf veelgebruikte categorieën zorgaanbieders. Uit onze meting blijkt dat geen enkele zorgverzekeraar op 19 november de contractering had afgerond. Er waren drie verzekeraars die wel voor bepaalde categorieën zorgaanbieders duidelijkheid gaven bij de start van het seizoen. Op onze eerste peildatum van 24 november:

- garandeerde ASR ‘vergoeding alsof gecontracteerd’ bij 100% van de ziekenhuizen
- had Menzis aangegeven dat 100% van de apothekers gecontracteerd is en garandeerde ze dat 100% van de ziekenhuizen gecontracteerd zou worden,
- had Zorg en Zekerheid aangegeven dat ze 100% van de ziekenhuizen gaan contracteren.

In tabel 18 staat de gemiddelde verandering per categorie gedurende het seizoen weergegeven.

Tabel 18: Door zorgverzekeraars aangegeven percentage ‘zorgaanbieders (vergoed als) gecontracteerd’ aan begin en einde overstapseizoen*

	24 november**	30 december**	delta***
Ziekenhuis	87%	98%	11%
ZBC	23%	36%	13%
Fysiotherapie	72%	73%	2%
Apothekers	83%	94%	11%
Logopedie	70%	75%	5%
Huidtherapie	68%	69%	1%
Ergotherapie	65%	69%	4%
Diëtetiek	69%	73%	3%
Oefentherapie	68%	70%	3%
Verloskundige	68%	71%	3%
GGZ	47%	53%	7%

* Aantal ‘zorgaanbieders (vergoed als) gecontracteerd’ afgezet tegen het totaal aantal zorgaanbieders in een categorie. Het percentage betreft een ongewogen gemiddelde van de contracteergegevens van zorgverzekeraars voor 2017, zoals aan Zorgweb gecommuniceerd voor/op 24 november respectievelijk 30 december 2016.

** Zorgverzekeraars updaten niet elke dag hun contracteringsdata, dit verloopt sprongsgewijs. Het kan dus voorkomen dat kort na een meting er een significante verandering in contractering heeft plaatsgevonden.

*** Verschil in procentpunten tussen 24 november en 30 december

⁹ Zorgverzekeraars hebben niet als doel om 100% van alle zorgverleners te contracteren. Het kan voldoende zijn als zorgverzekeraars met 70% contractering aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Daarnaast kan een reden zijn om niet te contracteren als bijvoorbeeld een deel van de zorgverleners niet voldoet aan kwaliteitseisen.

De categorie Ziekenhuis kent gemiddeld een van de grootste veranderingen in procentpunten gedurende het seizoen. Daarbij zijn de verschillen tussen zorgverzekeraars relatief groot. Dit komt niet alleen doordat de ene zorgverzekeraar verder is in haar contracteringsproces dan de andere, maar ook doordat sommige zorgverzekeraars er voor kiezen om de consument op een andere manier zekerheid te bieden. Dit doen ze dan met (eerdergenoemde) toezeggingen los van de echte status van de contractering, bijvoorbeeld dat alle ziekenhuizen worden vergoed *alsof* ze gecontracteerd zijn, of dat alle ziekenhuizen gecontracteerd zullen worden voor 2017, wat in beide gevallen leidt tot een score van 100%.

Tabel 19 bevat de contracteringsstatus Ziekenhuis per concern.

Tabel 19: Door zorgverzekeraars aangegeven percentage 'ziekenhuizen (vergoed als) gecontracteerd' aan begin en einde overstapseizoen per concern*

Ziekenhuis contractering*	24 november	30 december	delta**
Achmea	62%	100%	38%
ASR	100%	100%	0%
CZ	95%	100%	5%
Eno	74%	88%	14%
Menzis	100%	100%	0%
VGZ	77%	100%	23%
Zorg en Zekerheid	100%	100%	0%

* Aantal 'ziekenhuizen (vergoed als) gecontracteerd' afgezet tegen het totaal aantal ziekenhuizen. Het percentage betreft een ongewogen gemiddelde van de contracteergegevens van zorgverzekeraars voor 2017, zoals aan Zorgweb gecommuniceerd voor/op 24 november respectievelijk 30 december 2016. DSW heeft de contracteringsdata niet via Zorgweb beschikbaar gesteld voor dit onderzoek. ONVZ biedt enkel een restitutieverzekering, waardoor de stand van de contractering niet relevant is voor dit onderzoek.

** Zorgverzekeraars updaten niet elke dag hun contracteringsdata, dit verloopt sprongsgewijs. Het kan dus voorkomen dat kort na een meting er een significante verandering in contractering heeft plaatsgevonden.

*** Verschil in procentpunten tussen 24 november en 30 december.

Uit de metingen blijkt dat de contractering nog duidelijk in ontwikkeling is gedurende het overstapseizoen en het dus van groot belang is dat zorgverzekeraars duidelijk communiceren over de gevolgen hiervan voor de consument.

Informatievoorziening over contractering

Als de contractering niet is afgerond voor 19 november, is het zoals gezegd van belang dat de zorgverzekeraar duidelijk communiceert over de gevolgen daarvan voor de (potentiële) verzekerden. Het informatie-artikel hierover van de NZa (TH/NR-007) bevat de volgende eisen:

- Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar in een actueel overzicht op de website welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd.

- Het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders bevat ook informatie over:
 - Hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd;
 - Wanneer het overzicht voor het laatst is gewijzigd;
 - Indien van toepassing, een algemeen toelichtende tekst dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn en dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;
 - Voor welke periode de contracten zijn afgesloten.

In ons webonderzoek hebben we bij de zorgverzekeraars en volmachten geconstateerd dat ze voldoen aan genoemde eisen. Onderstaande tabel geeft weer hoe de concerns met communicatie over de contractering omgaan. Daarbij is de focus gelegd op de contractering van ziekenhuizen.

Tabel 20. Informatievoorziening over contractering, verschillende uitingen per concern

Concern	Standaardpassage over contractering van (in ieder geval) ziekenhuizen
Achmea	Als toelichting bij de informatie over contractering (ook van ziekenhuizen) stond: “In de zorgzoeker vindt u zorgverleners met wie wij afspraken hebben gemaakt voor 2017. Met een aantal zorgverleners zijn we nog in gesprek. Zodra de gesprekken zijn afgerond vindt u dit in onze zorgzoeker. Wij werken deze informatie van maandag t/m vrijdag dagelijks bij”.
ASR	Bij ASR was de boodschap bij De Amersfoortse dat mensen met de restitutie-verzekering overal terecht konden, wel of geen contract. Bij Ditzo stond op de homepage “100% vrije keuze voor ziekenhuizen en huisartsen”.
CZ	U kunt ook in 2017 bij alle ziekenhuizen terecht. En we vergoeden uw ziekenhuiszorg gewoon volgens uw verzekeringsvoorwaarden. (...) Wel kan het zo zijn dat u in onze Zorgvinder een blauw vinkje achter 'gecontracteerd 2017' ziet staan. Dat betekent dat we met dit ziekenhuis nog in onderhandeling zijn voor 2017, maar u uw zorg gewoon krijgt vergoed volgens uw polisvoorwaarden. Net als bij een gecontracteerd ziekenhuis.
DSW	DSW Zorgverzekeraar heeft met bijna alle zorgaanbieders een overeenkomst maar in ieder geval met alle ziekenhuizen en grote instellingen. Indien een ziekenhuis of grote instelling nog “in onderhandeling” staat op de zorgatlas dan krijgt u uw zorg toch volledig vergoed.
Eno	Voor zorg uit de basisverzekering kunt u bij bijna alle huisartsen en ziekenhuizen terecht.
Menzis	We geven onze klanten de zekerheid dat ze komend jaar naar alle ziekenhuizen en huisartsen kunnen. Ongeacht of er op dit moment al een contract is of niet, dat maakt niet uit voor onze klanten. (...) Dit jaar kunt u al in elk ziekenhuis terecht en in 2017 kan dat gewoon weer.
ONVZ	Geeft als kernboodschap Zorgverzekering met 100% vrije keuze.
VGZ	Aanvankelijk stond in de Vergelijk en Kies vermeld: “Nog niet alle contractinformatie van 2017 bekend. Met een aantal zorgaanbieders zijn wij nog in gesprek over het contract voor 2017. Er komen dus nog dagelijks zorgaanbieders bij. We werken de informatie in Vergelijk en Kies wekelijks bij. Laatste update dd (...)”. Op 16 december 2016 bracht VGZ in een persbericht naar buiten dat alle ziekenhuizen gecontracteerd waren. In de Vergelijk en Kies stond vervolgens “We hebben met alle ziekenhuizen een contract , voor bijna alle zorg. (etc).”
Zorg en Zekerheid	Voor 2017 heeft Zorg en Zekerheid afspraken gemaakt met bijna alle zorgverleners. Bij een aantal zorginstellingen lopen de onderhandelingen nog. Net als in voorgaande jaren sluiten wij een contract met alle ziekenhuizen in Nederland. Zodra de gesprekken zijn afgerond vindt u dit terug in onze zorgzoeker Ook in 2017 wordt uw nota gewoon vergoed als gecontracteerde zorg.

Bron: Website onderzoek

Voor 2017 hebben 6 van de 9 concerns aangegeven dat ze het financieel risico van (nog) niet gecontracteerde ziekenhuizen op zich nemen. Bij Achmea, Eno en VGZ is dat niet expliciet gemaakt.

Voor alle zorgaanbieders is de status van de contractering helder gedurende het seizoen: het is steeds duidelijk wie er gecontracteerd is. Zorgverzekeraars maken wisselend onderscheid tussen een zorgaanbieder die *nog* geen contract heeft (maar in onderhandeling is), of een partij die definitief niet gecontracteerd is. De onderzoekers zagen bij CZ het volgende onderscheid:

- Groen vinkje: u krijgt de zorg volgens uw polisvoorwaarden vergoed.
- Oranje vinkje: u krijgt de zorg volgens uw polisvoorwaarden vergoed. In een incidenteel geval kan het zijn dat u langer moet wachten op uw behandeling als gevolg van onze afspraken over prijs en/of kwaliteit met ziekenhuizen en voor wijkverpleging.
- Blauw vinkje: u krijgt de zorg volgens uw polisvoorwaarden vergoed, zoals bij gecontracteerde zorg. Ook al heeft de zorgverlener (nog) geen contract bij ons.
- Rood kruisje: u betaalt mogelijk een deel van de kosten van de behandeling zelf. Deze zorgverlener heeft geen contract met ons of niet alle behandelingen zijn gecontracteerd.

Als de zorgverzekeraar de boodschap geeft dat ze nog in onderhandeling zijn zonder verdere toezeggingen (zoals VGZ en Achmea in de tabel 20 doen), betekent een verandering in contractering gedurende het seizoen dat de beschikbare keuze-informatie tussen begin en einde van het overstapeseizoen voor de consument verschilt. Als bijvoorbeeld begin december een bepaalde relevante zorgaanbieder door een aantal verzekeraars nog niet gecontracteerd is, maar aan het einde van het seizoen wel, kan dit begin december het aantal 'passende' zorgpolissen voor deze consument onterecht beperken.

9.3 Vindbaarheid contractering

Zorgverzekeraars

Bij alle verzekeraars die een naturapolis aanbieden – dus waar het van belang is om inzage te hebben in de contractering – zijn conform de transparantie-eisen van de NZa overzichten beschikbaar en eenvoudig vindbaar om te achterhalen of bepaalde specifieke zorgaanbieders gecontracteerd zijn.

De verzekeraars hanteren daarbij verschillende namen, zoals Zorgwijzer, Zorgatlas, Zorgzoeker, Zorgvinder of Kies en Vergelijk. De informatie over het gecontracteerd aanbod is in principe *per concern* voor alle zorgverzekeraars op dezelfde wijze beschikbaar, en daarmee herkenbaar en vergelijkbaar. Er zijn enkele gevallen waar *binnen het concern* afwijkingen zijn:

- De Friesland/Kiemer heeft een afwijkende presentatie dan het moederconcern Achmea
- De ZEKUR-informatie is afwijkend van de rest van het VGZ-concern.
- Bij De Goudse wordt een verzekerde met een link doorverwezen naar de Vergelijk en Kies van VGZ. Daar moet je kiezen welke basisverzekering van toepassing is, maar staan geen De Goudse verzekeringen in de lijst.

De vorm waarin men kan zoeken verschilt:

- Je kunt altijd zoeken op zorgsoort of type zorgaanbieder (ziekenhuis/kliniek/ZBC,

fysiotherapeut, apotheek, etc), soms ook op specialisme of aandoening.

- Je kunt altijd een adres of woonplaats invullen om op zorgaanbieders in de buurt te zoeken.
- Bij alle zorgverzekeraars is vervolgens inzichtelijk of de zorgaanbieder gecontracteerd is, niet gecontracteerd is of nog in onderhandeling is. Er is variatie in de manier waarop dit zichtbaar wordt gemaakt. De ene doet het met een vinkje, de ander schrijft in woorden uit of partijen in 2016 en/of 2017 gecontracteerd zijn.

De presentatie van de resultaten verschilt maar is in alle gevallen overzichtelijk en begrijpelijk:

- Het is mogelijk om de actieradius aan te passen (de afstand tot een postcode of woonplaats);
- Zorgverzekeraars leveren aanvullende informatie zoals contactgegevens of een landkaart waarin de gevonden zorgverleners zijn geplot;
- Daarnaast zijn er aanvullende kenmerken die wisselen per concern en soms zelfs per zorgverzekeraar zoals bijvoorbeeld het presenteren van wachttijden, patiëntervaringen of voorkeursaanbieders.

Er zijn meerdere manieren om kwaliteitsinformatie te verwerken. Veel zorgverzekeraars werken met een sterrenstelsel. Zo heeft bijvoorbeeld ONVZ (en onderliggende aanbieders) informatie omgezet naar een kwaliteitsscore met een zeer uitgebreide nadere toelichting. HEMA werkt met drie inkoopprofielen voor fysiotherapiepraktijken om kwaliteitsniveaus inzichtelijk te maken.

De zoekmachine van De Amersfoortse en Ditzo is erg uitgebreid. Men werkt met diverse filters, waarbij je bijvoorbeeld kunt zoeken naar zorgverleners die minimaal vier kwaliteitssterren scoren en minimaal een acht halen bij het filter patiënten ervaringen. Bij de resultaten staat een verwijzing naar patiëntervaringen op Zorgkaart Nederland en worden behaalde keurmerken getoond. Net als bij andere concerns is bij de resultaten ook contactinformatie van de betreffende zorginstelling of zorgverlener opgenomen.

Maar in enkele gevallen wordt expliciet uitgelegd waarom zorgverleners worden uitgesloten, ofwel: waarom anderen zijn geselecteerd. We zijn drie voorbeelden tegengekomen:

- CZ heeft een informatieblokje “Voor sommige behandelingen of aandoeningen werken we alleen samen met gespecialiseerde zorgverleners en krijgen dus niet alle ziekenhuizen een contract. Dit kunt u zien aan een rood kruisje. (...) Dit geldt voor Borstkanker, Maagoperaties voor gewichtsvermindering, Schisis, Langdurige infectie na heup- of knieprothese, Mohs’ chirurgie”.
- Univé Zorg Select schrijft “Hieronder vindt u voorbeeld van de vijf behandelingen waarvoor u alleen naar zorgaanbieders mag die zorgvernieuwingen stimuleren: Een trombosepraktijk die gebruik maakt van een klantvriendelijke vingerprik, Ziekenhuizen die in het bezig zijn of werken aan verkrijgen van het Seniorvriendelijk keurmerk, Maatwerk bij het vaststellen van de optimale dosis van reumamedicijnen, etc.
- Zorg en Zekerheid contracteert weliswaar alle ziekenhuizen, maar hanteert voor knie- en heupartrose de afspraak dat de behandeling bij drie ziekenhuizen niet meer onder het verplicht eigen risico valt. “Uit eigen onderzoek is gebleken dat deze ziekenhuizen de meest zinnige en zuinige zorg verlenen voor behandelingen van knie- en heupartrose.”

De andere concerns geven in algemene termen aan dat het al dan niet contracteren samenhangt met de rol die verzekeraars hebben om goede zorg in te kopen. Daarom maken ze afspraken over de zorg, bijvoorbeeld over hoe snel iemand een behandeling kan krijgen, wat een behandeling kost, en eventueel of er speciale voorwaarden zijn voor kwaliteit. Het VGZ concern noemt daarbij de normen van beroepsgroepen en volume als parameters.

Volmachten

De volmachten maken in alle gevallen gebruik van de zoekmachines die bij de betreffende risicodrager horen. De informatie is net als bij de zorgverzekeraars makkelijk vindbaar. Bij Aevitae, Promovendum en National Academic draait de Zorgvinder/Vergelijk en Kies binnen de eigen site. Bij de anderen word je met een link naar de pagina van de risicodrager toe geleid.

Vergelijkingssites

Er wordt door vier van de dertien onderzochte vergelijkingssites veel werk besteed aan de informatievoorziening over de contractering. Independer, Pricewise, HoyHoy en de Consumentenbond hebben een zoekmachine geïntegreerd waar iemand, na invullen van een postcode en kiezen/aanvinken van een zorgverzekeraar, een overzicht krijgt van zorgverleners die je kunt sorteren op type (ziekenhuis, fysiotherapeut, etc) en een vinkje of kruisje als mensen terecht kunnen zonder bijbetaling. De informatie is gebaseerde op dezelfde updates van het gecontracteerde aanbod aan Zorgweb waar we in paragraaf 9.2 over rapporteerden.

9.4 Financiële consequenties

Marktconforme restitutie

Bij een restitutiepolis is het uitgangspunt dat een verzekeraar de nota van de zorgaanbieder vergoedt, ongeacht of de aanbieder is gecontracteerd of niet. De verzekeraar mag echter niet meer vergoeden dan het marktconforme tarief: als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten mag de verzekeraar dit deel niet vergoeden (NZa, 2016). Bij alle restitutieverzekeringen van de onderzochte risicodragers is toegelicht dat de vergoeding 100% is, tot een bepaald tarief.

Van de 19 restitutieverzekeringen hanteren 12 (63%) expliciet de term marktconforme vergoeding. In de andere gevallen wordt in andere termen, maar eveneens duidelijk, beschreven dat er een “100% vergoeding is tenzij er sprake is van excessieve/buitensporige/onredelijke tarieven”.

Niet-gecontracteerde zorg

Tijdens het webonderzoek bleek dat bij alle zorgverzekeraars en volmachten wordt toegelicht wat de financiële consequenties zijn als mensen gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg. In één op de tien gevallen vergde dit enig zoekwerk.

Tabel 21. Vergoedingspercentage bij niet-gecontracteerde zorg in geval van een naturaverzekering*

Zorgverzekeraar	Basisverzekering	% vergoeding	Zorgverzekeraar	Basisverzekering	% vergoeding
Avéro Achmea	Zorgplan Selectief	75%	Menzis	Anderzorg Basis	65%
Avéro Achmea	Zorgplan Natura	75%	Menzis	Menzis Basis	75%
De Friesland	Alles Verzorgd Polis	80%	Menzis	Hema Zorgverzekering	75%
De Friesland	Zelf Bewust Polis	70%	IZA	IZA Ruime Keuze	80%
FBTO	Naturapolis	75%	IZZ	IZZ variant natura	80%
Interpolis	ZorgActief	75%	Univé	Zorg Geregeld Polis	80%
OZF	Zorgpolis	75%	Univé	Gewoon ZEKUR Zorg	80%
Zilveren Kruis	Basis Budget	75%	Univé	Zorg Select Polis	70%
Zilveren Kruis	Basis Zeker	75%	VGZ Cares	De Goudse Ruime Keuze	80%
Zilveren Kruis	ZieZo Selectief	75%	VGZ Cares	Besured Ruime Keuze	80%
Zilveren Kruis	ZieZo Basis	75%	VGZ	VGZ Ruime Keuze	80%
Zilveren Kruis	Pro Life Principe Polis	75%	VGZ	VGZ Bewuзд Basis	70%
CZ	Zorg op maat	75%	VGZ	VGZ Goede Keuze	75%
CZ	Zorgbewust	70%	Zorg en Zekerheid	Zorg Zeker Polis	75%
CZ	CZdirect	65%	Zorg en Zekerheid	Zorg Gemak Polis	75%
Eno	Salland Basisverzekering	90%			
Eno	HollandZorg Basisverz.	75%			
Eno	ZorgDirect Basisverz.	75%			

* De concerns ASR en ONVZ geven aan dat ze 100% vergoeden. DSW geeft bij veel niet-gecontracteerde zorg 100% vergoeding als er sprake is van een wettelijk maximumtarief. Soms geldt 100% tot een maximaal door DSW vast te stellen vergoeding.

Bron: Zorgweb (data-analyse) en Zorgvuldig Advies (website-onderzoek)

Op de website van de zorgverzekeraars staat altijd vermeld welke zorgaanbieders al dan niet gecontracteerd zijn (zie vorige paragraaf). Ze gebruiken daarvoor een afzonderlijk tabblad met “vergoeding”, waarop per zorgcategorie is uitgelegd wat de hoogte van de vergoeding is en in welke gevallen er een eventuele bijbetaling noodzakelijk is.

In de Zorgzoeker/Zorgvinder overzichten is dit per zorgaanbieder aangeven. Daarbij wordt in alle gevallen verwezen naar een gemiddeld gecontracteerd tarief of een wettelijk maximum/WMG-tarief. Ook staat vermeld dat mensen bij vragen of onduidelijkheden over de hoogte van een vergoeding contact kunnen opnemen met de verzekeraar.

Volmachten

De volmachten hebben zelf teksten beschikbaar gesteld over financiële consequenties of verwijzen door naar de pagina’s van de achterliggende zorgverzekeraars. De informatievoorziening is voor de herverpakkingen van dezelfde kwaliteit als die van de volmachtgevers. Ook bij de afzonderlijk door volmachten aangeboden verzekeringen (C4Me, Ik!, Promovendum en National Academic) zijn bij het webonderzoek geen onduidelijkheden geconstateerd.

9.5 Tussenconclusie

De vindbaarheid van gecontracteerde zorg is goed. Voor alle zorgaanbieders is de status van de contractering helder gedurende het seizoen: het is steeds duidelijk wie er wel gecontracteerd is. Er is beperkt informatievoorziening over wie niet gecontracteerd of nog in onderhandeling is. Uit onze meting blijkt dat geen enkele zorgverzekeraar op 19 november de contractering had afgerond. Wel gaven zes van de negen concerns vroeg in het overstapeseizoen aan dat ze het financieel risico van (nog) niet gecontracteerde ziekenhuizen op zich nemen.

Tijdens het webonderzoek bleek dat bij alle zorgverzekeraars en volmachten wordt toegelicht wat de financiële consequenties zijn, in geval mensen gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg. Bij de naturapolissen is helder welk percentage geldt voor niet-gecontracteerde zorg. Bij restitutieverzekeringen is helder dat in principe 100% wordt vergoed. De meerderheid van de zorgverzekeraars gebruikt daarbij de term marktconform tarief, een derde van de verzekeraars hanteert andere termen (100% vergoeding tenzij buitensporig/excessieve tarieven).

10 Korte nabeschuiving

10.1 Inleiding

Deze monitor bevat een feitelijk overzicht van de informatievoorziening door zorgverzekeraars en in een aantal gevallen volmachten, collectiviteiten en vergelijkingssites. Het formele speelveld is met 9 concerns, 24 risicodragers en 58 modelovereenkomsten tamelijk stabiel en overzichtelijk. Dit jaar is in aanvulling op vorig jaar meer aandacht besteed aan andere partijen dan zorgverzekeraars, zoals volmachten en collectiviteiten, die ‘herverpakkingen’ aanbieden van de beschikbare modelovereenkomsten.

10.2 Overall beeld: verbetering ten opzichte van vorig jaar

De hoofdvraag van de monitor *“Is de aan zorgverzekerden geboden informatie (tijdens het overstapeseizoen) makkelijk vindbaar, juist, volledig, begrijpelijk en vergelijkbaar zodat zorgverzekerden een weloverwogen en bewuste keuze kunnen maken voor een passende zorgverzekering?”* is lastig met een eenduidig ja of nee te beantwoorden. Immers, voor een juiste interpretatie van informatie wordt ook een inspanning gevraagd van de ontvangende partij, verzekerden. De overheid of een verzekeraar kan niet afdwingen dat iemand zich actief informeert over de gevolgen van een polis met een beperkte vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. Maar dankzij transparantieregels van de NZa, en activiteiten van bijvoorbeeld vergelijkingssites, is veel heldere informatie beschikbaar voor verzekerden om een weloverwogen keuze te kunnen maken.

De hoofdvraag valt uiteen in een lijst concrete subvragen. De vragen hebben betrekking op het speelveld, verzekeringsaanbod, een eventueel onderscheid tussen bestaande en nieuwe klanten, toegankelijkheid, informatievoorziening, vergelijkingssites, eigen risico en contractering. Op al deze fronten is de situatie stabiel of is er vooruitgang ten opzichte van vorig jaar.

De zorgverzekeraars – en onderliggende aanbieders zoals volmachten – hebben met het breed implementeren van de Zorgverzekeringskaart een sterke impuls gegeven aan verdere transparantie op de zorgverzekeringsmarkt.

Met betrekking tot cadeaus, vanaf prijzen, acceptatieprocedures voor de aanvullende verzekering en het begrijpelijk formuleren van polisvoorwaarden of de werking van het eigen risico, is de situatie dit jaar stabiel of verbeterd. De informatie over contractering is vaker dan vorig jaar gericht op kwaliteitsinformatie en patiëntervaringen.

10.3 Wat kan beter?

Partijen die zich als zelfstandig zorgverzekeringsmerk presenteren, en vanuit het perspectief van een consument worden *ervaren* als aanbieder van een zorgverzekering, zouden beter inzichtelijk kunnen maken op welke modelovereenkomst van welke risicodrager het aanbod gebaseerd is.

Om te voorkomen dat mensen via 'bereken mijn premie' worden verleid tot het invullen van persoonlijke verzekerdensmerken verdient het aanbeveling om de premie direct op een homepage te presenteren. Anderzijds: voor het maken van een aanbod op maat, is het relevant om in te spelen op persoonlijke wensen. Om bijvoorbeeld bij een naturaverzekering te kunnen bepalen welke zorgaanbieders in de omgeving gecontracteerd zijn, zal een verzekeraar eerst moeten vragen waar iemand woont.

Uit eerder NZa onderzoek naar de telefonische informatieverstrekking en het (compacte) mysterymailonderzoek in deze Monitor valt af te leiden dat er grote verschillen – en dus verbeterpunten – zijn, wat betreft het volledig en juist beantwoorden van vragen.

Het is nog onduidelijk in hoeverre de zorgverzekeringskaart of een overzicht van (nagenoeg) identieke verzekeringen in de praktijk veel gebruikt is. Verzekeraars, maar ook de andere partijen op dit speelveld, kunnen zich inspannen om het gebruik van dergelijke instrumenten te vergroten.

Bijlage 1 Bronnen

Geraadpleegde bronnen

- Consumentenbond, diverse berichten op de website
- NZa (maart 2014). Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars
- NZa (december 2014). Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-018)
- NZa (september 2016). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016.
- NZa (september 2016). Monitor Collectieve zorgverzekeringen 2016.
- NZa (september 2016). Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt
- NZa (november 2016). Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-007)
- NZa (december 2016). Telefonische informatieverstrekking zorgverzekeraars
- Reitsma-van Rooijen, M., Brabers, A.E.M., Jong, J.D. de, Vrije keuze van zorgaanbieders van belang bij het kiezen van een polis, NIVEL, april 2015.
- Vektis (april 2016). Zorgthermometer – verzekerden in beeld.
- VWS: Tweede Kamer 29 689, Herziening Zorgstelsel, Nr. 689
- VWS: Tweede Kamer 29 689, Herziening Zorgstelsel, Nr. 769
- VWS: Tweede Kamer 29 689, Herziening Zorgstelsel, Nr. 770
- Zorgweb (juni 2016). Fact-finding Collectiviteiten in de Zorgverzekeringwet.
- Zorgverzekeraars Nederland (april 2015). Actieplan Kern-gezond
- Zorgverzekeraars Nederland (februari 2016). Actieplan Kern-gezond: werk in uitvoering.
- Zorgvuldig Advies (februari 2016). Monitor Activiteiten zorgverzekeraars overstapeseizoen najaar 2015.

Gesprekspartners

Gedurende het onderzoek hebben we diverse gesprekken gevoerd met het ministerie van VWS (Meike Kramer, Ingeborg Been) over voortgang en inhoud.

We hebben een drietal interviews gehouden:

datum	organisatie	gesproken met ...
3 januari 2017	Zorgverzekeraars Nederland	Henny Wijngaard, René Groot Koerkamp, Mathijs Romme
4 januari 2017	Zorgaspect.nl	Rob Adolfsen
27 januari 2017	Consumentenbond	Carl Jacobs, Sandra Mul

Daarnaast hebben we telefonisch en mailcontact met alle zorgverzekeraars, met volmachten, vergelijkingsites, IederIN, Per Saldo, SKGZ en de NZa.

Bijlage 2 Onderzoeksvragen VWS

Voor de monitor hebben we de volgende onderzoeksmethoden ingezet:

- i. Data-analyse: aanbieders van zorgpolissen, het polisaanbod en het gecontracteerde zorgaanbod
- ii. Uitvraag bij zorgverzekeraars
- iii. Analyse informatievoorziening
 - a) Website-onderzoek (gestructureerd én steekproefsgewijs)
 - b) Mysterymailers (gestructureerd)
 - c) Analyse taalniveau (op specifieke onderdelen)

Daarnaast hebben we enkele gesprekken gevoerd en contacten gehad met veldpartijen om feitelijke bevindingen te toetsen.

Nadere uitwerking van de aanpak per vraag

Vragen ...	Beantwoording door
1. Speelveld	
(a) Breng schematisch in kaart hoe het speelveld er in dit overstapeseizoen uit ziet: concerns, risicodragers, labels, polissen (inclusief categorie – natura, restitutie en combinatie), collectiviteiten en volmachten.	(i) Data-analyse, (ii) Uitvraag zorgverzekeraars, (iii-a) Website-onderzoek
(b) Laat zo mogelijk het aantal volmachten zien dat een bepaalde polis aanbiedt.	(i) Data-analyse
(c) Laat zo mogelijk het aantal openbaar toegankelijke collectiviteiten zien dat de polis aanbiedt.	(ii) Uitvraag zorgverzekeraars
(d) Geef – per verzekeraar – een overzicht van de nieuwe polissen, en de vervallen polissen.	(i) Data-analyse
(e) Geef een zo volledig mogelijk overzicht van nieuwe en vervallen concerns, risicodragers, volmachten en openbaar toegankelijke collectiviteiten vergeleken met vorig overstapeseizoen.	(i) Data-analyse, (ii) Uitvraag zorgverzekeraars
2. Polisaanbod	
(a) Maakt de zorgverzekeraar op de website expliciet duidelijk dat iedereen wordt geaccepteerd voor de basisverzekering van die polis? Brengt tevens in kaart of dit geldt voor de volmachten die de polis aanbieden.	(iii-a) Website-onderzoek
(b) Maak inzichtelijk wat de premie per polis is, met name indien een inhoudelijk identieke polis binnen één concern onder meerdere labels wordt verkocht.	(i) Data-analyse
(c) Worden er na 19 november nog nieuwe polissen op de markt geïntroduceerd?	(i) Data-analyse
3. Bestaande en nieuwe klanten	
(a) Is de manier van inschrijven voor iedereen gelijk?	(iii-a) Website-onderzoek
(b) Vraag bij zorgverzekeraars met nieuwe polissen na of huidige klanten met een brief/mail ook worden gewezen op de nieuwe polissen?	(ii) Uitvraag
(c) Vraag bij zorgverzekeraars na of, en op welke wijze, (huidige) klanten worden gewezen op nagenoeg identieke polissen binnen het concern?	(ii) Uitvraag – maar komen we ook bij websites tegen
(d) Wordt de premie gepresenteerd zonder dat er verzekerdenkenmerken (leeftijd, geslacht, etc.) hoeven te worden ingevuld?	(iii-a) Websites
(e) Biedt de zorgverzekeraar (en indien van toepassing de volmacht en/of collectiviteit) cadeau aan bij het afsluiten van een polis (en wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen bestaande klanten en nieuwe klanten)?	(iii-a) Websites
4. Toegankelijkheid	
(a) Biedt de zorgverzekeraar (en indien van toepassing de volmacht) een aanvullende verzekering die zonder medische selectie toegankelijk is?	(i) Data-analyse

(b) Biedt de zorgverzekeraar (en indien van toepassing de volmacht) de verzekerde een soortgelijke aanvullende polis aan zonder medische selectie, indien hij bij een andere verzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering had afgesloten? Gelden er andere afwijkende criteria?	(i) Data-analyse
(c) Biedt de zorgverzekeraar (en indien van toepassing de volmacht) een aanvullende tandartsverzekering aan die zonder medische selectie of wachttijd toegankelijk is?	(i) Data-analyse
(d) Biedt de zorgverzekeraar (en indien van toepassing de volmacht) aan om reeds bestaande machtigingen voor zorg over te nemen van een andere zorgverzekeraar? Passief of actief?	(iii-b) Mysterymailing
(e) Biedt de zorgverzekeraar (en indien van toepassing de volmacht) aan om reeds afgegeven toegangsverlening PGB verpleging en verzorging over te nemen? Passief of actief?	(iii-b) Mysterymailing
5. Informatievoorziening	
(a) Geeft de zorgverzekeraar, de volmacht, collectiviteit of vergelijkingsite op de website en/of in de prolongatiemail aan dat het verstandig is eenmaal per jaar een bewuste keuze te maken voor een zorgverzekering (dit kan de huidige of een andere zorgverzekering zijn)?	(ii) Uitvraag zorgverzekeraars, (iii-a) Website-onderzoek
(b) Biedt de zorgverzekeraar, (indien van toepassing) de volmacht of collectiviteit informatie over de te maken keuzes/stappen bij het kiezen van de juiste zorgverzekering?	(iii-a) Website-onderzoek
(c) Welke zorgverzekeraar of (indien van toepassing) volmacht licht op taalniveau B1 toe wat het verschil is tussen een restitutiepolis, een naturapolis en een combinatiepolis?	(iii-c) Analyse taalniveau
(d) Zijn de polisvoorwaarden voor de basisverzekering op taalniveau B1 geformuleerd?	(iii-c) Analyse taalniveau
(e) Geeft de zorgverzekeraar overzichtelijk weer wat de verschillen zijn tussen de polissen die zij aanbiedt?	(iii-a) Website-onderzoek
(f) Worden vragen van (aspirant) verzekerden per mail correct en volledig beantwoord?	(iii-b) Mysterymailing
(g) Hoe is de verzekeraar of (indien van toepassing) de volmacht bereikbaar? Telefonisch, internet, winkel (aantal noemen) of allen?	(iii-a) Website-onderzoek
(h) Verstrekt de zorgverzekeraar, volmacht of vergelijkingsite de Zorginformatiekaart van de NPCF/Consumentenbond/ZN?	(iii-a) Website-onderzoek
(i) Laten vergelijkingsites op een logische, duidelijk zichtbare plek en afgescheiden van de "betaalde top-3", het best passende product zien aan de consument?	(iii-a) Website-onderzoek
(j) Benoemen vergelijkingsites de zorgverzekeringen die niet zijn meegenomen in de vergelijking?	(iii-a) Website-onderzoek
6. Eigen risico	
(a) Communiqueert de zorgverzekeraar, de volmacht en de collectiviteit de premie voor de basisverzekering zonder vrijwillig eigen risico, of een zogenoemde 'vanaf-premie'?	(iii-a) Website-onderzoek
(b) In welke indeling wordt het vrijwillig eigen risico bij de polissen aangeboden?	(i) Data-analyse
(c) Biedt de verzekeraar aan om het vrijwillig eigen risico te herverzekeren?	(iii-a) Website-onderzoek
(d) Wordt de werking van het eigen risico op B1 niveau uitgelegd?	(iii-c) Analyse taalniveau
7. Contractering	
(a) Breng per concern in kaart of op 19 november de contractering rond is?	(i) Data-analyse*
(b) Zo nee, voor welke sectoren nog niet?	(i) Data-analyse *
(c) Kan het percentage gecontracteerde zorgaanbieders worden genoemd?	(i) Data-analyse *
(d) Is het voor de verzekerde duidelijk vindbaar welke zorgaanbieders wel en niet zijn gecontracteerd?	(iii-a) Website-onderzoek
(e) Indien de contractering nog niet volledig is; neemt de verzekeraar het risico	(i) Data-analyse*, (iii-a)

op zich of geeft hij dat door aan de verzekerde?	Website-onderzoek
(f) Indien de contractering niet volledig rond is; geeft de verzekeraar dit expliciet aan?	(iii-a) Website onderzoek
(g) Hoe biedt de zorgverzekeraar of volmacht het overzicht aan van het gecontracteerd aanbod? Bv. een zoekfunctie op polis, zorgaanbieder, aandoening, regio of combinaties van deze opties?	(iii-a) Website-onderzoek
(h) Wordt bij het gecontracteerd aanbod een duiding gegeven waarom specifieke zorgaanbieders wel of niet zijn gecontracteerd? Speelt de kwaliteit van de zorgaanbieder daarbij een rol?	(iii-a) Website-onderzoek
(i) Geven partijen informatie over de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders? Zo ja, een algemeen oordeel, of een oordeel voor elk van de gecontracteerde vormen van zorg?	(iii-a) Website-onderzoek
(j) Is bij afsluiten van de polis duidelijk wat eventuele financiële consequenties zijn van zorggebruik bij niet gecontracteerde zorgaanbieders? Per zorgaanbieder inzichtelijk; wel/niet contract en hoogte vergoeding?	(iii-a) Website-onderzoek, (iii-b) Mysterymailing
(k) Is duidelijk hoeveel wordt vergoed bij 'de marktconforme vergoeding' bij restitutiepólissen?	(iii-a) Website-onderzoek, (iii-b) Mysterymailing

* Toelichting/Disclaimer: De database van Zorgweb geeft inzage in de contractering (status zorginkoop) voor bijna alle zorgverzekeraars. Door middel van de uitvraag aan verzekeraars achterhalen we zoveel mogelijk ontbrekende data.

Het website onderzoek heeft grotendeels plaatsgevonden in week 51 van 2016 (week van 19 december). Op dat moment mocht worden aangenomen dat de informatie op de websites van de respectievelijke organisaties goed en op orde zou zijn.

Bijlage 3 Premies per polis

Concern	Risicodrager	Naam/eigen modelovereenkomst	Type	Premie	Korting	485	585	685	785	885
ACHMEA	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Avéro Achmea Zorg Plan Selectief Natura Zorg Plan Natura Zorg Plan Restitutie	Natura	€ 105,50	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00	
			Natura	€ 117,20	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00	
			Restitutie	€ 121,75	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00	
	De Friesland Zorgverzekeraar N.V.	De Friesland Zorgverzekeraar Zelf Bewust Polis Alles verzogd Polis Vrije Keuze Polis	Natura	€ 99,95	€ 4,25	€ 8,25	€ 12,00	€ 16,50	€ 22,00	
			Natura	€ 114,95	€ 4,25	€ 8,25	€ 12,00	€ 16,50	€ 22,00	
			Restitutie	€ 120,50	€ 4,25	€ 8,25	€ 12,00	€ 16,50	€ 22,00	
			Restitutie	€ 106,75	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€ 22,00	
	FBTO Zorgverzekeringen N.V.	FBTO Zorgverzekering (Natura) Zorgverzekering (Restitutie)	Natura	€ 103,50	€ 4,17	€ 8,33	€ 12,50	€ 16,67	€ 20,83	
			Restitutie	€ 108,50	€ 4,17	€ 8,33	€ 12,50	€ 16,67	€ 20,83	
			Restitutie	€ 104,25	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00	
	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	Interpolis ZorgActief ZorgActief	Natura	€ 104,25	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00	
			Natura	€ 117,45	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00	
			Natura	€ 104,95	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00	
	OZE Zorgverzekeringen N.V.	OZE Achmea Zorg Polis	Natura	€ 104,95	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00	
			Natura	€ 117,45	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00	
Natura			€ 117,45	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00		
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Zilveren Kruis Basis Budget Basis Zeiker Basis Exclusief	Natura	€ 104,95	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00		
		Natura	€ 117,45	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00		
		Restitutie	€ 121,75	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00		
ZieZo van Zilveren Kruis	ZieZo van Zilveren Kruis ZieZo Basis ZieZo Selectief Pro Life	Natura	€ 99,95	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€ 22,00			
		Natura	€ 99,95	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€ 22,00			
		Principe polis	€ 117,45	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 20,00		
ASR	ASR Basis Ziektelkostenverzekeringen N.V.	ASR Basis Ziektelkostenverzekeringen N.V. Basisverzekering Restitutie Ditso Basisverzekering	Restitutie	€ 117,50	€ 4,17	€ 8,34	€ 12,50	€ 16,67	€ 25,00	
			Combinatie	€ 100,95	€ 4,17	€ 7,09	€ 11,67	€ 16,67	€ 22,50	
			Combinatie	€ 100,95	€ 4,17	€ 7,09	€ 11,67	€ 16,67	€ 22,50	

Concern	Risicodrager	Naam/eigen modelovereenkomst	Type	Premie	Korting	585	685	785	885
CZ	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.	CZ Zorgbewuistpolis Zorg op maatpolis Zorgkeuzepolis CZdirect CZdirect	Natura	€ 108,90	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€ 17,50
			Natura	€ 112,85	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 17,50
			Restitutie	€ 119,05	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 17,50
			Natura	€ 102,35	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€ 19,50
			Restitutie	€ 115,83	€ 3,33	€ 6,67	€ 10,00	€ 13,33	€ 16,67
			OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.	OHRA	€ 113,64	€ 3,33	€ 6,67	€ 10,00	€ 13,33
OHRA Zorgverzekeringen N.V.	OHRA	Zorgverzekering Restitutie	Restitutie	€ 113,64	€ 3,33	€ 6,67	€ 10,00	€ 13,33	€ 16,67
			Restitutie	€ 113,64	€ 3,33	€ 6,67	€ 10,00	€ 13,33	€ 16,67
			Restitutie	€ 113,64	€ 3,33	€ 6,67	€ 10,00	€ 13,33	€ 16,67

Concern	Risicodrager	Naam/eigen modelovereenkomst	Type	Premie	Korting	585	685	785	885	
DSW-SH	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.	DSW Zorgverzekeraar Zorgpolis	Combinatie	€ 108,00	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 23,00	
			Stad Holland Zorgverzekeraar Zorgpolis	Restitutie	€ 112,00	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 23,00
				Restitutie	€ 112,00	€ 4,00	€ 8,00	€ 12,00	€ 16,00	€ 23,00

Concern	Risicodrager	Naam/eigen modelovereenkomst	Type	Premie	Korting	585	685	785	885
Eno	Eno Zorgverzekeraar N.V.	Salland zorgverzekeringen Basisverzekering ZorgDirect Basisverzekering HollandZorg Basisverzekering	Natura	€ 112,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 17,50
			Natura	€ 114,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 17,50
			Natura	€ 114,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 17,50
			Natura	€ 114,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 17,50
			Natura	€ 114,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 17,50

Concern	Risicodrager	Naam/eigen modelovereenkomst	Type	Premie	Korting	585	685	785	885
Menzis	AnderZorg N.V.	Basis HEMA Zorgverzekering Menzis Basis Voordelig Basis Basis Vrij	Natura	€ 102,00	€ 4,00	€ 7,00	€ 11,00	€ 16,00	€ 24,00
			Combinatie	€ 108,00	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€ 24,00
			Natura	€ 103,00	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€ 20,00
			Natura	€ 119,00	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 20,00
			Restitutie	€ 122,00	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 20,00
			Restitutie	€ 122,00	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 20,00

Concern	Risicodrager	Naam/eigen modelovereenkomst	Type	Premie	Korting	585	685	785	885
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	Restitutie	€ 119,50	€ 3,40	€ 6,50	€ 9,50	€ 12,30	€ 25,00

Concern	Risicodragers	Naam/eigen modelovereenkomst	Type	Premie	Korting	585	685	785	885
VGZ	N.V. VGZ Cares	De Goudse	Natura	€ 112,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00
		De Goudse Zorg Polis Ruime Keuze	Restitutie	€ 118,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00
		De Goudse Zorg Polis Eigen Keuze							
		Besured	Natura	€ 96,90	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
		Besured Ruime Keuze							
	IZA Zorgverzekeraar N.V.	IZA Zorgverzekeraar	Natura	€ 110,00	€ 6,00	€ 10,00	€ 13,50	€ 16,50	€ 19,00
		IZA Ruime Keuze	Restitutie	€ 114,25	€ 6,00	€ 10,00	€ 13,50	€ 16,50	€ 19,00
		IZA Eigen Keuze							
	IZZ Zorgverzekeraar N.V.	IZZ Zorgverzekeraar	Natura	€ 109,94	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00
		IZZ Basisverzekering Natura	Restitutie	€ 113,28	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00
		IZZ Basisverzekering Restitutie							
	N.V. Univé Zorg	Univé	Natura	€ 113,25	€ 4,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00
		Univé Zorg Geregeld polis	Restitutie	€ 117,25	€ 4,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00
		Univé Zorg Vrij Polis	Natura	€ 113,33	€ 3,00	n.v.t.	€ 9,00	n.v.t.	€ 15,00
		Modelovereenkomst Zorgzaam polis	Natura	€ 98,75	€ 4,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00
Univé Zorg Select Polis									
ZEKUR		Natura	€ 92,00	€ 4,00	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€ 15,00	
Gewoon ZEKUR Zorg									
VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ Zorgverzekeraar	Natura	€ 104,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00	
	VGZ Goede Keuze	Natura	€ 112,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00	
	VGZ Ruime Keuze	Restitutie	€ 118,95	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00	
	VGZ Eigen Keuze								
N.V. Zorgverzekeraar UMC	Bewust Basis	Natura	€ 99,15	€ 3,00	€ 6,00	€ 9,00	€ 12,00	€ 15,00	
	Zorgverzekeraar UMC	Restitutie	€ 104,90	€ 2,50	€ 5,00	€ 7,50	€ 10,00	€ 12,50	
Concern	Risicodragers	Naam/eigen modelovereenkomst	Type	Premie	Korting	585	685	785	885
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	Zorg en Zekerheid	Combinatie	€ 104,60	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	€ 25,00
		Zorg Gemak Polis	Natura	€ 115,95	€ 6,00	€ 10,00	€ 13,75	€ 18,25	€ 25,00
		Zorg Zeker Polis	Restitutie	€ 118,95	€ 6,00	€ 10,00	€ 13,75	€ 18,25	€ 25,00

Bijlage 4 Vragenlijst enquête

Inleiding

Het ministerie van VWS monitort hoe verzekerden hun weg vinden tijdens het overstapeseizoen voor zorgverzekeringen. De hoofdvraag luidt: Is de tijdens het overstapeseizoen aan zorgverzekerden geboden informatie makkelijk vindbaar, juist, volledig, begrijpelijk en vergelijkbaar zodat zorgverzekerden een weloverwogen en bewuste keuze kunnen maken voor een passende zorgverzekering?

Een samenwerkingsverband van Zorgvuldig Advies & Zorgweb stelt deze monitor op. De onderzoekers zullen input verzamelen voor het onderzoek om een actueel en feitelijk correct beeld te krijgen. Omdat het onderzoek handelt vanuit het perspectief van een verzekerde, zullen zij zich zoveel mogelijk baseren op openbare informatie en u zo min mogelijk te belasten. Er blijven echter nog enkele vragen open. Ik wil u vriendelijk verzoeken om vanuit uw expertise een bijdrage te leveren aan het onderzoek.

Het invullen van deze compacte vragenlijst kost ongeveer 10 minuten. Als u niet de juiste persoon bent om deel te nemen aan dit onderzoek, wilt u dan zo vriendelijk zijn om de naam van een nieuw aanspreekpunt door te geven? Bij eventuele vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met projectleider Piet de Bekker. Dat kan telefonisch: +31 6 51208803; of per mail: pietdebekker@zorgvuldigadvies.nl.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw bereidheid om te participeren aan het onderzoek!

Naam en functie

Voor de monitor is het van belang om de verschillen tussen afzonderlijke labels van zorgverzekeringen helder te krijgen. We vragen u daarom deze enquête in te vullen namens één specifiek verzekeringslabel. Bij elke vraag waar gerefereerd wordt aan uw verzekeraar vragen we u deze te beantwoorden namens dit specifieke label.

Om bepaalde signalen uit het onderzoek goed te kunnen valideren willen wij mogelijk contact met u opnemen. Daarom vragen we enkele contactgegevens van u. Uw gegevens zullen slechts gebruikt worden ten behoeve van dit onderzoek en niet verder gedeeld worden.

1. Wat is uw naam?

2. Wat is uw emailadres?

3. Wat is uw telefoonnummer (professioneel)?

4. Namens welk verzekeringslabel vult u deze enquête in?

5. Wat is uw functie?

Collectiviteiten

6. Wat is het aantal openbaar toegankelijke collectiviteiten* dat uw label in 2017 aanbiedt?

(*Bedoeld wordt collectiviteiten die voor iedereen toegankelijk zijn, zonder enige bijkomende verplichting of lidmaatschap, *inclusief alle 'openbaar toegankelijke collectiviteiten zonder drempels' bij tussenpersonen*)

7. Wat was het aantal openbaar toegankelijke collectiviteiten dat werd aangeboden in..
2015

2016

Huidige en nieuwe klanten

8. Indien u een nieuwe polis aanbiedt, worden huidige klanten met een brief/mail gewezen op deze nieuw op de markt geïntroduceerde polissen?

Ja / Nee / Niet van toepassing

9. Heeft u een afschrift van een standaard prolongatie brief of bericht dat u naar uw klanten stuurt?

Nee / Ja, ik mail die naar pietdebekker@zorgvuldigadvies.nl / Ja, en hier kopieer ik een link naar dat bericht:

10. Worden huidige klanten gewezen op nagenoeg identieke polissen die uw verzekeringslabel aanbiedt?

Nee / Indien ja, op welke wijze? ...

Afsluiting

Hartelijk dank voor uw deelname!

De resultaten van dit onderzoek worden verwerkt in de Monitor Overstapeseizoen die begin 2017 gepubliceerd zal worden door het ministerie van VWS.

Mocht u vragen hebben of behoefte aan toelichting op uw antwoorden neem dan contact op met projectleider Piet de Bekker via pietdebekker@zorgvuldigadvies.nl of via telefoonnummer 06 5120 8803.

Bijlage 5 Onderzoek mysterymailing

Verantwoording van het onderzoek

In de week van 19 december zijn de volgende vragen gesteld:

1. Ik heb mogelijk in de loop van volgend jaar misschien een nieuwe heup nodig en ik vroeg me af of ik er vanuit kan gaan dat ik in het Spaarne ziekenhuis terecht kan.
2. Vanwege mijn incontinentie heb ik bij mijn huidige verzekeraar een afspraak dat mijn apotheek alle materialen daarvoor rechtstreeks declareert. Bestaat er bij jullie ook zoiets? En kan ik dan ook gewoon Tena blijven gebruiken?

Ad 1. Een juist antwoord bevat het concrete antwoord:

- Ja, je kunt in het Spaarne ziekenhuis terecht (in geval van restitutie, in geval van natura als Spaarne inderdaad gecontracteerd is) of Nee, je kunt niet zonder meer in het Spaarne ziekenhuis terecht (natura, niet-gecontracteerd).
- In geval van natura bevat het juiste antwoord bovendien informatie over de financiële consequenties en gevolgen zoals het budgetplafond of andere beperkende voorwaarden die mogelijk parten spelen in de loop van het jaar.

Een compleet antwoord geeft bovendien nadere informatie:

- De vergoeding is afhankelijk van het type verzekering.
 - Bij een restitutieverzekering heb je alle keuzevrijheid. Een zeer compleet antwoord verwijst bovendien naar excessieve tarieven (vergoeding gelimiteerd tot marktconforme tarief)
 - Bij naturaverzekering is er volledige vergoeding als er een contract met het Spaarne is. Je kunt via de zorgzoeker vinden of we een contract hebben.
 - Bij natura: als er geen contract, is uitgelegd waarom de aanbieder niet gecontracteerd is, en wordt er een alternatief aangeboden?
- Vermelding van een zorgzoeker of link naar de zorgzoeker (in geval van natura)
- Vermelding dat de operatie af gaat van eventueel resterend eigen risico (financiële consequenties)

Ad 2. Een juist antwoord bevat de volgende elementen:

- Incontinentiemateriaal wordt vergoed in de basisverzekering
- Een expliciete verwijzing naar overnemen machtiging.
- Antwoord op het rechtstreeks declareren (“ja, dat kan” of “nee, dat kan niet”).
- Antwoord op de vraag of het merk Tena gehandhaafd kan worden (“ja, dat kan” of “nee, dat kan niet”)

Een compleet antwoord geeft bovendien:

- Uitleg over de overname van de machtiging (dus: eerder medische acceptatie doorlopen, afspraak dat zorgverzekeraar bestaande machtiging overneemt)
- Uitleg over de manier van declareren en de relatie met apotheker (rechtstreeks declareren)
- In geval van selectieve inkoop/voorkeursaanbieder: verwijzen naar afhankelijkheid van type basisverzekering, en de eventuele consequenties (afhankelijk van type verzekering)
- Vermelding dat incontinentiemateriaal voor een deel voor rekening van het eigen risico komt.

Uitvoering en resultaten

De verschillende zorgverzekeraars, volmachten en collectiviteiten hebben, binnen een tijdvenster van een uur, een mysterymail ontvangen met een vraag. De analyse heeft enkele weken daarna plaatsgevonden, zodat alle aangeschreven partijen ruim de tijd hebben gehad om te reageren.

In 12% van de gevallen was het niet mogelijk om een e-mail te sturen. Dit bleek om uiteenlopende redenen, variërend van een webformulier dat niet de mogelijkheid bood om algemene vragen als deze te stellen, een webformulier dat structureel niet functioneert tot geen mogelijkheid om een organisatie per e-mail te bereiken.

Van de gevallen waarin wel een mail gestuurd kon worden, werd nog eens 16% niet beantwoord, waarbij vooral de vragen aan volmachten relatief vaak onbeantwoord bleven (36%). Van de mails die werden beantwoord, ontvingen we van 60% binnen 48 uur de reactie en van 85% binnen 96 uur.

Vraag 1:

% juist	totaal	VZ	VO	CO
100%	18%	27%	0%	0%
60%	50%	50%	60%	44%
0%	33%	23%	40%	56%

VZ = verzekeraars; VO = volmachten; CO = collectiviteiten

Informatie die in het kader van de juistheid met name ontbreekt in de antwoorden is informatie over financiële consequenties en gevolgen van een naturaverzekering en contractrelatie, zoals budgetplafond of andere beperkende voorwaarde. In het geval van restitutiepolissen klopte de informatie in alle gevallen.

% compleet	totaal	VZ	VO	CO
100%	10%	12%	20%	0%
60%	50%	54%	60%	33%
0%	40%	35%	20%	67%

VZ = verzekeraars; VO = volmachten; CO = collectiviteiten

Informatie die in het kader van de compleetheid met name ontbreekt in de antwoorden is de concrete relatie tussen de type verzekering (restitutie, natura of combinatie) en de mogelijke financiële consequenties van het risico op bijbetaling.

Alternatieve suggesties voor een locatie zijn gegeven in de vorm van een verwijzing naar een zorgzoeker, al dan niet in de vorm van een directe link. In 28% van de gevallen is expliciet gewezen op het feit dat hiervoor eveneens het eigen risico wordt aangesproken.

Vraag 2

% juist	totaal	VZ	VO	CO
80%	8%	7%	25%	0%
60%	26%	31%	25%	0%
40%	21%	24%	0%	17%
20%	28%	28%	25%	33%
0%	18%	10%	25%	50%

VZ = verzekeraars; VO = volmachten; CO = collectiviteiten

Informatie die in het kader van de juistheid met name ontbreekt in de antwoorden is het direct benoemen dat een bestaande, doorlopende machtiging wordt overgenomen en een uitleg over het rechtstreeks declareren. Daarnaast ontbreekt veelal de expliciete vermelding dat incontinentiemateriaal wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

In slechts 17% van de gevallen is concreet antwoord gegeven op de expliciete vraag ten aanzien van het gebruik van het merk TENA.

% compleet	totaal	VZ	VO	CO
80%	8%	3%	25%	0%
60%	26%	14%	0%	0%
40%	21%	52%	50%	17%
20%	28%	21%	25%	33%
0%	18%	10%	0%	50%

VZ = verzekeraars; VO = volmachten; CO = collectiviteiten

Informatie die in het kader van de compleetheid met name ontbreekt in de antwoorden is de toelichting op de overname van een machtiging, dit is het gevolg van het feit dat dit door slechts een organisatie is benoemd. Ook de uitleg over het rechtstreeks declareren is vaak niet benoemd, wanneer het benoemd is, is het altijd ook uitgelegd. Daarnaast ontbreekt vaak de uitleg over de selectieve inkoop.

In 23% van de gevallen is expliciet gewezen op het feit dat hiervoor eveneens het eigen risico wordt aangesproken.

Bijlage 6 Achtergrondinformatie formele speelveld

Iedere zorgverzekeraar in Nederland heeft een Unieke ZorgVerzekeraarsIdentificatie (UZOVI). In UZOVI zijn het unieke UZOVI-nummer en de onderlinge relaties tussen zorgverzekeraars, labelorganisaties, nevenvestigingen, gevolmachtigde verzekeringsagenten en zorgkantoren geregistreerd.

Tabel B5.1: De concerns en risicodragers (zorgverzekeraars) op een rij

Concern	Risicodrager	Concern	Risicodrager
Achmea	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. De Friesland Zorgverzekeraar N.V. FBTO Zorgverzekeringen N.V. Interpolis Zorgverzekeringen N.V. OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V. Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Eno	Eno Zorgverzekeraar N.V.
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.	Menzis	Anderzorg N.V. Azivo Zorgverzekeraar N.V. Menzis Zorgverzekeraar N.V.
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. OHRA Zorgverzekeringen N.V. OWM CZ Groep Zorgverzekeringen U.A.	ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
DSW	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. Stad Holland Zorgverzekeraar O.W.M. U.A.	VGZ	IZA Zorgverzekeraar N.V. IZZ Zorgverzekeraar N.V. N.V. Univé Zorg N.V. Zorgverzekeraar UMC VGZ Zorgverzekeraar N.V. N.V. VGZ Cares
		Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA

Bron: Zorgvuldig Advies en Zorgweb

Tabel B5.2: De relaties tussen volmachtenemers en volmachtgevers (zorgverzekeraars) op een rij

UZOVI code	Naam	Relatie Rol	Relatie met UZOVI code	Concern
3328	Aevitae (ASR Ziektekosten)	volmacht van	0403	ASR ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN
8958	Aevitae (Avéro Achmea)	volmacht van	3329	ACHMEA
3330	Aevitae (NV VGZ Cares)	volmacht van	0420	COOPERATIE VGZ
8956	Aevitae (VGZ)	volmacht van	7095	COOPERATIE VGZ
8995	Caresco (NV VGZ Cares)	volmacht van	0420	COOPERATIE VGZ
8959	Caresco BV (ASR Ziektekosten)	volmacht van	0403	ASR ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN
8965	Caresco BV (VGZ)	volmacht van	7095	COOPERATIE VGZ
8960	Nedasco BV / Caresco BV (Avéro Achmea)	volmacht van	3329	ACHMEA
8973	IAK Volmacht B.V. (ASR Ziektekosten)	volmacht van	0403	ASR ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN
8971	IAK Volmacht B.V. (Avéro Achmea)	volmacht van	3329	ACHMEA
8972	IAK Volmacht B.V. (VGZ)	volmacht van	7095	COOPERATIE VGZ

Bron: UZOVI register (30 december 2016).

Bijlage 7 Toelichting op definitie Aanbieders

De consument wordt in de markt geconfronteerd met diverse aanbieders van zorgverzekeringen. Bij het weergeven van het marktaanbod en de spelers is een ‘technische’ benadering mogelijk op basis van zorgverzekeraar, label, volmacht, collectiviteit, modelovereenkomst. Echter voor de consument is de technische indeling niet zo relevant. Dichterbij zijn de zorgverzekeringsmerken waarmee hij geconfronteerd wordt.

Om inzichtelijk te maken hoeveel afzonderlijke ‘zorgverzekeraars’ een consument kan tegenkomen, hebben we gekeken naar aanbieders die als op zichzelf staand zorgverzekeringsmerk worden gepresenteerd. Het kunnen merken/labels zijn die direct door de risicodrager onder eigen naam in de markt worden gezet, zoals VGZ, Bewuzt, Zilveren Kruis, Anderzorg, CZ direct, ONVZ, etc. etc.. Ook kan een zorgverzekeringsmerk via een volmacht aangeboden worden, bijvoorbeeld Promovendum en ik!. Soms is de onderliggende constructie een bestaande modelovereenkomst die met een ander label in de markt wordt gezet, zoals bij InTwente van DSW.

De gemene deler is dat het steeds een op zichzelf staand zorgverzekeringsmerk is. In ons onderzoek zijn we van al deze aanbieders een eigen zorgverzekeringskaart tegengekomen. Bij volmachten en collectiviteiten is (in ieder geval op het eerste oog) niet altijd duidelijk dat het een herverpakking van een modelovereenkomst is.

Naast de ‘aanbieders’ bestaan nog tienduizenden collectiviteiten (zie ook Fact-finding collectiviteiten, Zorgweb, 2016) die een herverpakking van bestaande basisverzekeringen aanbieden, maar zich dus niet als ‘zorgverzekeraar’ presenteren.

Bijlage 8 Toelichting op onderzochte collectiviteiten

Er zijn 64.000 collectiviteiten (Zorgweb, 2016). Wij hebben hier tijdens dit onderzoek een selectie van gemaakt om een indruk te krijgen van de informatievoorziening. Van een tiental collectiviteiten hebben we de informatievoorziening geanalyseerd om een indruk te krijgen van de wijze waarop zij (potentieel) verzekerden informeren. Die bevindingen komen terug bij de betreffende hoofdstukken.

We zijn ons er van bewust dat deze zeer selecte steekproef hooguit een impressie geeft, en niet als representatief mag worden gezien voor alle, of een deel van de, collectiviteiten. Bij de keuze voor de collectiviteiten hebben we aansluiting gezocht bij de indeling die Zorgweb eerder hanteerde. Voor vijf categorieën hebben we telkens twee – redelijk willekeurige – collectiviteiten gekozen, rekening houdend met de volgende criteria:

- Open karakter (laagdrempelig toegankelijk voor >100.000 mensen).
- Significante deelname (in potentie >10.000 deelnemers).
- Alle grote zorgverzekeraars/concerns vertegenwoordigd.

Categorie/doelgroep	Collectiviteit	Verzekering
Patiënt	Nederlandse Patiëntenverzekering (NPV)	Pro Life
	Diabetes Vereniging Nederland (DVN)	CZ OHRA Zilveren Kruis
Student	StudentenGoedVerzekerd	Zilveren Kruis
	<i>Besured</i>	Besured
Ouderen	Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO)	Aevitae (VGZ) Avéro Achmea Delta Lloyd CZ Menzis De Friesland Zorgverzekeraar OHRA ONVZ Pro Life Salland zorgverzekeringen VGZ Zorgverzekeraar Zilveren Kruis Zorg en Zekerheid
	Protestants-Christelijke Ouderen Bond (PCOB)	OHRA Pro Life Zorg en Zekerheid
Vakbond	CNV	CZ
	FNV	Menzis
Overig¹⁰	PMA	Menzis
	United Consumers	VGZ Zorgverzekeraar

¹⁰ PMA en UnitedConsumers richten zich uitdrukkelijk op de gehele Nederlandse bevolking, werven via landelijke kanalen, en presenteren hun aanbod (ook) op de vergelijkingssites.

Bijlage 9 Toelichting op onderzochte vergelijkingsites

De vergelijkingsites zijn bezig met activiteiten omtrent de zorgverzekeringen, proberen klanten te werven én voorzien (potentieel) verzekerden van informatie. Vergelijkingsites kunnen daarmee een goed hulpmiddel vormen voor de consument bij het maken van een keuze voor een nieuwe zorgverzekering.

In het onderzoek hebben we meerdere vergelijkingsites bestudeerd die we onderscheiden naar een tweetal kenmerken: (1) verbonden aan het Keurmerk Objectief Vergelijken en (2) over een eigen AFM-vergunning beschikken.

Keurmerk Objectief Vergelijken:

Deelnemers: Pricewise, Independer, HoyHoy, Zorgkiezer, Geld.nl.

In 2015 is het Keurmerk Objectief Vergelijken gelanceerd om transparantie, duidelijkheid en volledigheid bij vergelijkingsites te borgen. In 2016 hebben deelnemende partijen besloten bepaalde voorwaarden aan te scherpen en uit te breiden. Zo is de transparantie over provisie-inkomsten vergroot (vergelijkingsites hanteren dezelfde voorgeschreven methodiek en vermelden duidelijk hoeveel provisie zij per klant ontvangen) en is de volledigheid van de lijst met verzekeraars die worden meegenomen in de vergelijking gegarandeerd (met ingang van 19 november moeten aangesloten vergelijkers alle zorgverzekeraars vergelijken die vrij toegankelijk zijn voor consumenten en waarvan zij over premie en polisvoorwaarden kunnen beschikken). De gedragscode spoort ook andere vergelijkingsites aan om hun dienstverlening te verbeteren.

AFM-vergunning

Van bemiddelen volgens de Wet op het financieel toezicht is sprake als meer dan alleen contactgegevens van een klant aan een aanbieder worden doorgegeven. Vergelijkingsites treden vaak op als bemiddelaar. Dit betekent dat vergelijkingsites ervoor kunnen zorgen dat de consument het product kan afsluiten bij de aanbieder, en dat vergelijkingsites consumenten mogen adviseren. Vergelijkingsites hebben hiervoor een vergunning van de AFM nodig. Soms hebben sites een eigen vergunning, soms vallen ze onder een collectieve vergunning (zoals ZanoX).

Ontwikkelingen

Er zijn ontwikkelingen geweest bij de vergelijkingsites. HoyHoy is in februari 2016 overgenomen door PriceWise. Ze zijn nog wel als twee merken actief in de markt, maar de sites kennen dezelfde backoffice.

Wij hebben de volgende dertien vergelijkingssites bestudeerd:

Vergelijkingssite	AFM vergunning	Keurmerk Objectief Vergelijken
Independer	eigen	ja
Consumentenbond	eigen	nee
Zorgkiezer	eigen	ja
Pricewise	eigen	ja
HoyHoy	eigen	ja
Geld.nl	eigen	ja
Poliswijzer	eigen	nee
Zorgverzekeringswijzer	eigen	nee
Zorgwijzer	eigen	nee
Overstappen	eigen	nee
Easyswitch	eigen	nee
Welke zorgverzekering.nl	paraplu Zanox	nee
Studentenverzekering.nl	paraplu Zanox	nee