Marktscan en beleidsbrief

Zorgverzekeringsmarkt

Weergave van de markt 2009-2013

augustus 2013

Inhoud

Vooraf **5**

Managementsamenvatting **7**

1. Inleiding **11**
1.1 Aanleiding 11
1.2 Totstandkoming marktscans 11
1.3 Leeswijzer 12

2. Marktstructuur **13**
2.1 Zorgverzekeraars 13
2.2 Marktaandelen en concentratiegraad 14
2.2.1 Marktaandelen 15
2.2.2 Concentratiegraad 16
2.3 Verticale relaties zorgverzekeraars - zorgaanbieders 17
2.4 Risicoverevening 19
2.4.1 Globale beschrijving van het systeem 20
2.4.2 Verbetering van het ex-ante model en voorspelbaar verliesgevende groepen 21
2.5 Financiële positie 24
2.5.1 Resultaten risicoverevening 25
2.5.2 Exploitatieresultaat 27
2.5.3 Beleggingsresultaten 29
2.5.4 Bedrijfskosten 30
2.5.5 Schadelast 32
2.5.6 Solvabiliteit 33

3. Marktgedrag **35**
3.1 Publicatiedatum premies 35
3.2 Aanbod en vraag naar polissen 36
3.3 Individuele versus collectieve verzekeringen 38
3.4 Aanvullende verzekeringen 44
3.5 Marktsegmentatie 46
3.6 Vergoedingsbeperkingen voor niet-gecontracteerde zorg 47
3.7 Zorgplicht 49
3.8 Toegangseisen aanspraken 51
3.9 Overstapgedrag 53
3.9.1 Kwantitatieve gegevens overstappers 53
3.9.2 Kenmerken van overstappers en niet-overstappers 55
3.9.3 Belemmeringen bij overstappen 60
3.9.4 Verzekeraar keuze van collectiviteiten 66
3.10 Herverzekering verplicht en vrijwillig eigen risico 67

4. Kwaliteit **71**
4.1 Transparantietoezicht in 2012 71
4.2 Signalen 72

5. Toegankelijkheid **75**
5.1 Onverzekerden 75
5.2 Wanbetalers 76

6. Betaalbaarheid **77**
6.1 Omzet 77
6.2 Prijs 77
6.3 Vrijwillig eigen risico 82
6.4 Zorgtoeslag en compensatie eigen risico 83

7. Bijlage 1. Bronnen & Methodes 85
7.1 Belangrijkste bronnen 85
7.2 Technische beschrijving analyses belemmeringen bij overstappen 85

8. Bijlage 2. Risicoverevening nader bekeken 87

Vooraf

Voor u ligt de marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Deze scan geeft de stand van zaken weer op de zorgverzekeringsmarkt. Door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op een gestructureerde manier invulling geven aan haar taken als regelgever, toezichthouder en adviseur.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyse is zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag.

Deze marktscan bevat niet de interpretaties van de uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt. Daarvoor is de beleidsbrief Marktscan Zorgverzekeringsmarkt opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

Tot slot bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringstaken maakt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In deze marktscan wordt een beeld van de zorgverzekeringsmarkt geschetst. De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer. Beleidsmatige conclusies en acties naar aanleiding van deze scan beschrijven we in een begeleidende brief.

Naast de jaarlijks gepubliceerde indicatoren zoomt deze marktscan in op twee nieuwe onderwerpen. De paragraaf over overstapgedrag van consumenten is uitgebreid met een vergelijking van overstappers en niet-overstappers en met een analyse van belemmeringen bij het overstappen. Het andere onderwerp is de risicoverevening. Er wordt een korte uitleg gegeven over het model van risicoverevening en de prikkels die daarvan het gevolg zijn voor zorgverzekeraars. Hieronder beschrijven we in het kort de bevindingen uit de marktscan.

De indicatoren schetsen het beeld van een goed werkende polismarkt. Het percentage overstappers is gestegen van 6% in 2012 naar 8,3% in 2013. Dit is het hoogste percentage sinds 2007. De overstapwinst bedraagt € 52 miljoen. De bandbreedte tussen de goedkoopste en duurste basisverzekering daalde van € 275 in 2012 naar € 249 in 2013. Dit wijst op concurrentie op de polismarkt.

Het gemiddelde exploitatieresultaat op de basis- en aanvullende zorgverzekering per verkochte basisverzekering is toegenomen van € 28 in 2011 naar € 82 in 2012. In 2012 is het gemiddelde exploitatieresultaat 3% van de gemiddelde schadelast. Vooral de schadelast voor farmaceutische zorg viel in 2012 lager uit dan verwacht. Daarnaast zijn de opbrengsten van beleggingen meegevallen. Deze gunstige ontwikkelingen zijn in de rekenpremie voor 2013 nog niet meegenomen door VWS. Zorgverzekeraars verwachtten wel dat mede door scherpe inkoop de ontwikkelingen zich ook in 2013 voortzetten. Daarom konden ze de opslagpremie (het deel van de nominale premie dat zij gebruiken om hun bedrijfskosten en exploitatiesaldi te dekken) in 2013 verlagen. De gemiddeld betaalde nominale premie is mede hierdoor gedaald van € 1226 in 2012 naar € 1213 in 2013.

Zoals in onderstaande tabel te zien is, zijn de nominale betalingen (dat is wat verzekerden gemiddeld uitgeven voor de zorgverzekering en het eigen risico) met € 49 gestegen in 2013. Deze stijging komt door onder andere de verhoging van het verplichte eigen risico, de geraamde stijging in zorguitgaven en de veranderingen in het verzekerde pakket. Zonder de hierboven beschreven positieve resultaten van 2012 en gunstige verwachtingen voor 2013 zouden de nominale betalingen met € 166 zijn gestegen. Bijvoorbeeld: door het overhevelen van geriatrische revalidatiezorg (€ 0,8 miljard) van de AWBZ naar de ZvW steeg de rekenpremie met € 30. Door de positieve resultaten hebben zorgverzekeraars voor een groot deel een premieverhoging kunnen voorkomen.

	2009	2010	2011	2012	2013
Verandering in opslagpremie	€ 33	€ 0	€ 1-	€ 65	€ 117-
Verandering in eigen risico	€ 3	€ 5	€ 4	€ 20	€ 62
Verandering in rekenpremie (o.a. door pakketwijzigingen en zorguitgavenstijging)	€ 23-	€ 36	€ 105	€ 38-	€ 104
Totale verandering in nominale betalingen	€ 13	€ 41	€ 108	€ 47	€ 49

De ontwikkelingen wijzen erop dat consumenten probeerden op hun zorgverzekeringen te besparen. Het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is gestegen tot 9,7%. Van alle verzekerden kiest 6,2% voor de hoogste categorie van vrijwillig eigen risico. Het aantal verkochte aanvullende zorgverzekeringen daalde van 14,7 miljoen in 2012 tot 14,3 miljoen in 2013. Dit betekent dat iets meer dan 85% van alle verzekerden een aanvullende zorgverzekering heeft.

Het aantal verzekerden dat zich collectief verzekert, stijgt sinds het invoeren van de zorgverzekeringswet met circa 2 procentpunt per jaar. In 2013 is het percentage collectief verzekerden ruim 69%. De trend in de groei van gelegenheidscollectiviteiten (zoals internetcollectief, koepelorganisaties, verenigingen of bonden en sociale diensten van gemeenten) en de krimp van werkgeverscollectiviteiten zet zich door. De korting voor collectieve verzekeringen ten opzichte van individuele verzekeringen is de laatste vier jaar redelijk stabiel. In 2013 bedraagt deze gemiddeld 5,7%.

Het aantal onverzekerden is met dank aan de Wet 'Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in 2011 sterk teruggelopen. Het aantal wanbetalers is in 2012 vrijwel ongewijzigd gebleven.

In 2013 blijft het aantal naturapolissen stijgen net zoals in eerdere jaren. Iets meer dan de helft van de verzekerden heeft een naturapolis in 2013. De andere helft is ongeveer gelijk verdeeld tussen combinatiepolis en restitutiepolis. Opmerkelijk is dat de daadwerkelijke vergoeding weinig verschilt tussen de verschillende polissen. Verzekerden lijken met name te kiezen op basis van prijs en een naturapolis is over het algemeen het goedkoopste alternatief. Het percentage verzekerden dat een restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg heeft is met 4 procentpunt gedaald in vergelijking met 2012 en bedraagt 9% in 2013.

In 2013 ontvingen minder verzekerden een volledige vergoeding bij gebruik van niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg. De vaakst voorkomende vergoedingsbeperkingen zijn een nominale vergoeding op basis van een lijst (vergoedingoverzicht), of 75-80% van het marktconform tarief. Voor niet-gecontracteerde GGZ zorg en mondzorg (in de basisverzekering) zijn vergoedingsbeperkingen van 50-60% niet zeldzaam. Een vergoedingsbeperking van 50% is nieuw in 2013. De oorzaak van de lagere vergoedingspercentages in 2013 is dat zorgverzekeringsconcerns over de gehele linie de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg voor GGZ en mondzorg verlagen.

Het vereveningssysteem wordt steeds verfijnder. Uit onderzoek van het iBMG blijkt dat het model door de jaren heen steeds beter werkt. In de praktijk zal het altijd zo zijn dat er bepaalde groepen verzekerden zijn voor wie het model niet helemaal perfect compenseert. Dit zou zorgverzekeraars een prikkel kunnen geven om op het risicoprofiel van de verzekerden te sturen. Tegelijkertijd gaan factoren zoals mogelijke reputatieverlies en de continue verbetering van het vereveningssysteem

deze prikkels tegen. Het is daarom niet van tevoren duidelijk in hoeverre verzekeraars naar deze prikkels handelen.

De NZa heeft geen signalen ontvangen over schending van acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie of andere vormen van risicoselectie die in strijd zijn met de wet. De basisverzekering is dus toegankelijk voor iedereen. Ook de aanvullende verzekering, waarvoor wel acceptatievoorwaarden gesteld mogen worden, is zeer toegankelijk. Uit een onderzoek van de Consumentenbond blijkt dat het percentage verzekerden dat bij de aanvullende verzekering te maken heeft met acceptatievoorwaarden 5,5% is. Twee derde hiervan werd uiteindelijk toch geaccepteerd voor de aangevraagde aanvullende verzekering. Meer dan de helft kreeg wel een hogere premie of aanvullende voorwaarden aangeboden.

Uit onderzoek naar de vergelijking tussen overstappers en niet-overstappers blijkt dat mensen die naar verwachting lage zorgkosten hebben (d.w.z. in het algemeen gezond zijn) vaker overstappen dan mensen met voorspelde hoge zorgkosten. De werkelijke zorgkosten van niet-overstappers zonder compensatie van de risicoverevening zijn aanzienlijk hoger dan de kosten van overstappers. Deze verschillen in zorgkosten worden (bijna) volledig gecompenseerd via de risicoverevening.

Er blijven wel verschillen over als we de verschillen tussen overstappers en niet-overstappers per verzekeraar (en niet op macro niveau) analyseren. Een aantal zorgverzekeraars had in 2009 selectieve in- en/of uitstroom van verzekerden. Deze selectieve uitstroom of instroom kan voorkomen door zelfselectie van verzekerden (bijvoorbeeld omdat de verzekeraar een polis aanbood die voor een specifieke groep verzekerden aantrekkelijk was) of door risicoselectie van de verzekeraar.

Bij het overstappen ervaren verzekerden belemmeringen. Meer dan de helft van de volwassen bevolking is het (helemaal) eens met de stellingen dat het veel tijd en/of moeite kost om polissen te vergelijken, te achterhalen welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn door een andere verzekeraar en inzicht te krijgen in de regels en procedures van een andere verzekeraar. De meerderheid vindt ook dat het overstappen onverwachte kosten of ‘gedoe’ met zich mee kan brengen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt. De marktscan beschrijft de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt worden al vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gevolgd. Van 2006 tot en met 2009 publiceerde de NZa deze ontwikkelingen in een monitor. Vanaf 2010 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet.[1]

1.2 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag en de marktuitkomsten: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

Focus
Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn. De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2009 tot en met 2013. Daar waar het niet mogelijk is gebleken deze periode in beeld te brengen, is een voorafgaand jaar toegevoegd om een ontwikkeling in beeld te brengen of is een jaar weggelaten.

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten, in de begeleidende beleidsbrief bij de marktscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

[1] In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk twee en drie wordt ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van de relevant spelers. Vervolgens wordt in de daarop volgende hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

2. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. De eerste paragraaf beschrijft de aanbieders van zorgverzekeringspolissen. De marktaandelen van de zorgverzekeringsconcerns en de concentratiegraad op de zorgverzekeringsmarkt worden weergegeven in paragraaf 2. Paragraaf 3 gaat in op de verticale relaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ten slotte bespreekt paragraaf 4 de financiële positie van zorgverzekeraars.

2.1 Zorgverzekeraars

In 2013 zijn er op de zorgverzekeringsmarkt 26 zorgverzekeraars actief. Deze zijn verdeeld over negen concerns.

Tabel 2.1. Aanbod concerns en zorgverzekeraars 2013

Concern	Zorgverzekeraar
Achmea	AGIS ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	AVERO ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN NV
	DE FRIESLAND ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	FBTO ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	INTERPOLIS ZORGVERZEKERINGEN NV
	OZF ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN NV
Achmea	**7**
ASR	ASR BASIS ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V.
ASR	**1**
CZ	DELTA LLOYD ZORGVERZEKERING N.V.
	OHRA ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN NV
	OHRA ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	OWM CZ GROEP ZORGVERZEKERAAR UA
CZ	**4**
DSW-SH	OWM DSW ZORGVERZEKERAAR U.A.
	STAD HOLLAND ZORGVERZEKERAAR O.W.M. U.A.
DSW-SH	**2**
Eno	ENO ZORGVERZEKERAAR N.V.
Eno	**1**
Menzis	ANDERZORG N.V.
	AZIVO ZORGVERZEKERAAR N.V.
	MENZIS ZORGVERZEKERAAR N.V.
Menzis	**3**
ONVZ	ONVZ ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR N.V.
ONVZ	**1**
VGZ	IZA ZORGVERZEKERAAR NV
	IZZ ZORGVERZEKERAAR N.V.
	N.V. UNIVÉ ZORG
	NV ZORGVERZEKERAAR UMC
	VGZ ZORGVERZEKERAAR N.V.
	ZORGVERZEKERAAR CARES GOUDA N.V.

VGZ	**6**
Zorg&Zekerheid	OWM ZORGVERZEKERAAR ZORG EN ZEKERHEID UA
Zorg&Zekerheid	**1**
Totaal 9	**Totaal 26**

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Voor het eerst sinds de invoering van de Zvw in 2006 zijn er in 2013 geen wijzigingen in de concerns en zorgverzekeraars ten opzichte van het voorgaande jaar. Op 1 januari 2014 wil een nieuwe zorgverzekeraar (Anno12) de markt betreden.

Tabel 2.2. Ontwikkeling aantal zorgverzekeraars 2009 – 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Concerns	12	11	10	9	9
Zorgverzekeraars	30	28	27	26	26

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Tabel 2.3. Overzicht fusies en portefeuilleoverdracht zorgverzekeraars 2006 – 2012

	Ontwikkeling
2007	OZ gaat op in CZ (binnen OZ/CZ-groep) Fusie Univé met VGZ-IZA-Trias (UVIT)
2008	Fusie Delta Lloyd Ohra met CZ Fusie Azivo met Menzis Fusie Agis met Achmea
2009	Univé Zorgverzekeraar N.V. gaat op in N.V. Univé Zorg Confior gaat op in Menzis (binnen Menzis concern)
2010	Portefeuille PNO overgedragen aan ONVZ Groene Land-PWZ gaat op in Zilveren Kruis (binnen Achmea)
2011	Portefeuille AZVZ overgedragen aan Zorg en Zekerheid
2012	Fusie De Friesland – Achmea (op 31 december 2011) Trias gaat op in VGZ (binnen de Coöperatie VGZ, voorheen UVIT)
2013	Geen wijzigingen

Bron: NZa (Modelovereenkomsten; naar de stand per 1 januari van het betreffende jaar)

2.2 Marktaandelen en concentratiegraad

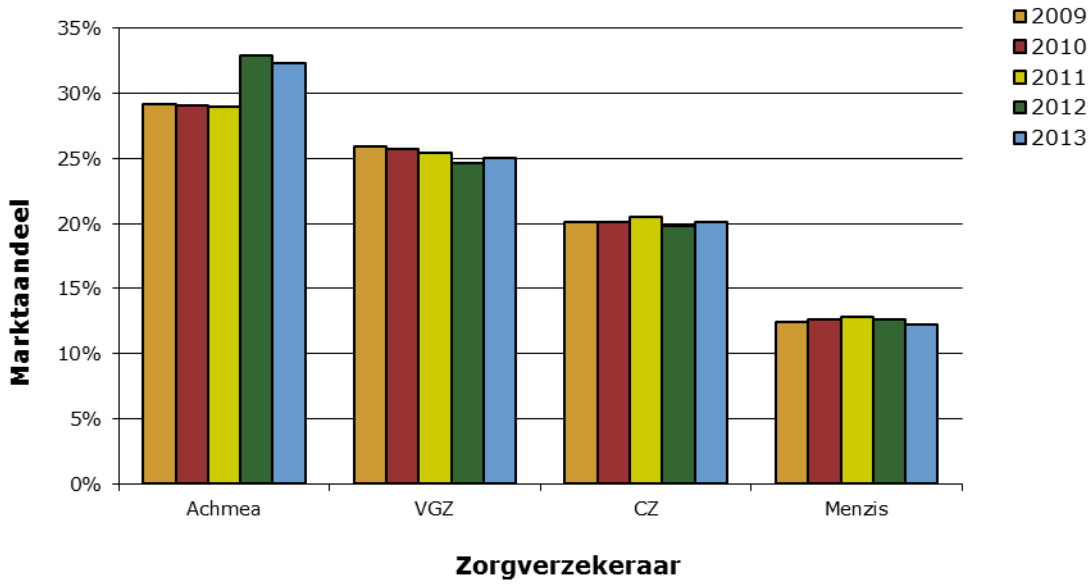
Deze paragraaf behandelt de ontwikkeling in de marktaandelen van de concerns op de Nederlandse markt, in de periode 2009 – 2013, gemeten naar het aantal verzekerden dat bij deze zorgverzekeraar is verzekerd. Achtereenvolgens komt aan bod:

- De landelijke marktaandelen van de grootste vier concerns
- De landelijke marktaandelen van de overige concerns
- De concentratiegraad, gemeten met de Herfindahl–Hirschman Index, landelijk en per provincie.

2.2.1 Marktaandelen

De onderstaande figuur geeft de marktaandelen van de vier grootste zorgverzekeringsconcerns op de Nederlandse markt weer.

Figuur 2.1. Marktaandelen grootste vier zorgverzekeringsconcerns

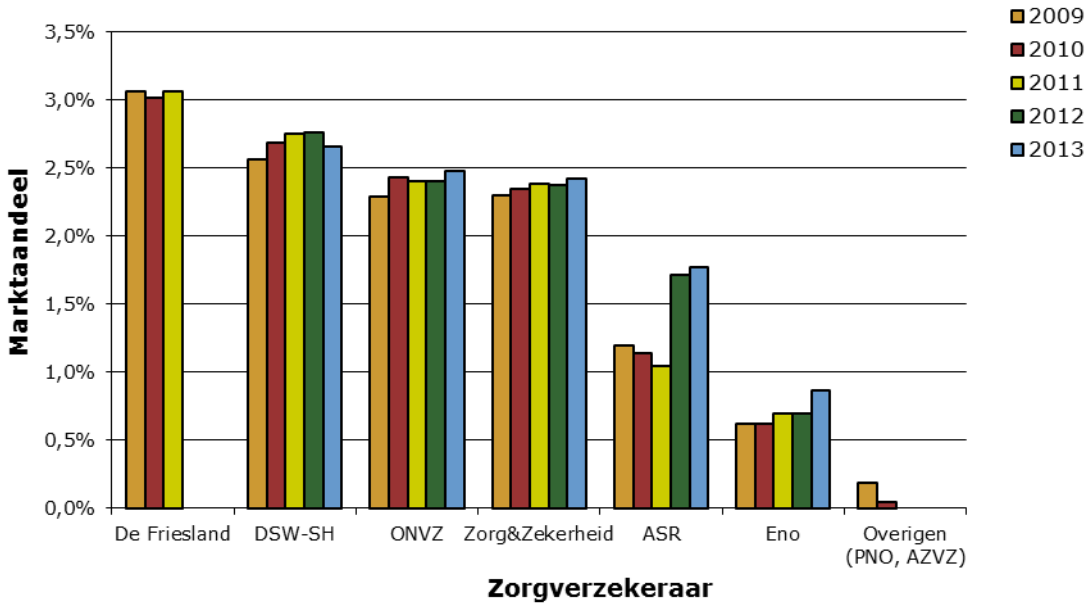


Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

De marktaandelen zijn de door de jaren vrij stabiel; de toename in 2012 bij Achmea is vooral een gevolg van de fusie met De Friesland.

De onderstaande figuur geeft de marktaandelen van de overige concerns weer.

Figuur 2.2. Marktaandelen overige zorgverzekeringsconcerns



Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Het marktaandeel van De Friesland is met ingang van 2012 opgenomen bij Achmea. De forse stijging bij ASR in 2012 wordt voor een groot deel veroorzaakt door de introductie van een nieuw label (merk) van deze verzekeraar.

2.2.2 Concentratiegraad

Een maatstaf die de concentratiegraad in een regio tot uitdrukking brengt, is de Herfindahl–Hirschman Index (hierna: HHI). De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandelen van alle concerns te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. Hoe hoger deze index is, des te hoger de concentratie in de markt is.

In de onderstaande tabel staat de concentratiegraad van de zorgverzekeringsmarkt, per provincie en voor Nederland in totaal, uitgedrukt in de HHI.

Tabel 2.4. Overzicht Herfindahl-Hirschman Index

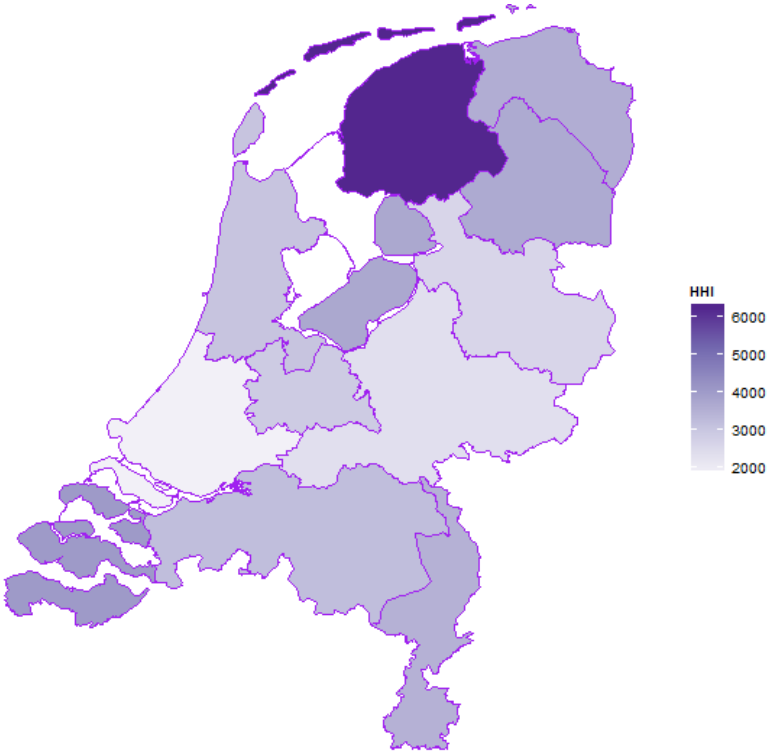
Provincie	2009	2010	2011	2012	2013
Drenthe	3.785	3.697	3.556	3.745	3.659
Flevoland	3.860	3.786	3.666	3.851	3.715
Friesland	4.601	4.555	4.508	6.283	6.202
Gelderland	2.374	2.376	2.360	2.366	2.330
Groningen	3.790	3.907	3.796	3.751	3.581
Limburg	3.663	3.663	3.624	3.518	3.487
Noord-Brabant	3.463	3.412	3.376	3.237	3.203
Noord-Holland	3.160	3.106	3.057	3.117	3.058
Overijssel	2.635	2.627	2.593	2.654	2.595
Utrecht	2.911	2.908	2.884	2.955	2.882
Zeeland	4.071	4.180	4.135	4.043	4.026
Zuid-Holland	1.903	1.894	1.886	1.887	1.882
Nederland	2.119	2.111	2.105	2.277	2.264

Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

In 2012 nam de concentratiegraad landelijk en in een aantal provincies toe door een fusie. In 2013 is een lichte daling van de concentratiegraad zichtbaar.

Figuur 2.3 bevat een grafische weergave van de concentratiegraad (HHI) in 2013.

Figuur 2.3: Concentratiegraad (Herfindahl-Hirschman Index) per provincie in 2013



Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

2.3 Verticale relaties zorgverzekeraars - zorgaanbieders

Evenals vorig jaar, inventariseerde de NZa de vormen van verticale relaties in de zorg die bestaan tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Hiervoor is de informatie over zeggenschapsrelaties en samenwerkingsverbanden uit de maatschappelijk verslagen van zorgverzekeraars verzameld. Er hoeft voor de opname in de onderstaande tabel geen sprake te zijn van een meerderheidsbelang in een zorgaanbieder. De verticale relatie varieert van zeggenschap over de zorgaanbieder, tot een minderheidsparticipatie of samenwerkingsverband.
De meest recente informatie waarover de NZa beschikt betreft het jaar 2011.

Tabel 2.5. Verticale integratie, 2011

Concern	Zorgaanbieder 2010	Zorgaanbieder 2011	Soort zorg
Achmea	Diagnostisch Centrum Amsterdam	NB	Diagnostiek
	Geneticom		Laboratoriumonderzoek
De Friesland		Sportstad Heerenveen BV	10,5% eigenaar appartementsrecht zorgboulevard Abe Lenstra Stadion
DSW	DSW Apotheken	DSW Apotheken	Geneesmiddelenverstrekking
	De Regionale Commissie Gezondheidszorg Nieuwe Waterweg Noord		Versterking van de regionale samenwerking zorginstellingen
	Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL)	Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL)	Huisartsenzorg
	Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG)	Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG)	Eerstelijns zorgaanbieders
	Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis	Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis	Ziekenhuiszorg en innovatieve zorgprojecten
ENO	Trajectzorg Nederland	Trajectzorg Nederland	GGZ
	Regizorg	Regizorg	Samenwerking met gemeente voor WMO
	Stichting Els	Stichting Els	Eerstelijns zorgaanbieders
Menzis	ZorgPunt Holding	Zorgpunt BV	Eerstelijns zorgaanbieders
	Apotheken	BV Apotheek Azivo	Geneesmiddelenverstrekking
	Koala		Zorg op afstand
		Menzis Zorgaanbod	Organisatie en ontwikkeling nieuwe zorgconcepten
		BV Gezondheidscentrum asielzoekers	Huisartsenzorg binnen asielzoekerscentra
		BV Azivo Zorgservice	Hulpmiddelenverstrekking Den Haag

VGZ	Regionaal Instituut voor Dyslexie B.V		Zorg bij taalproblemen
	Samenwerkingsverbanden t.b.v. ketenzorg en zorg voor ouderen	Samenwerkingsverbanden t.b.v. ketenzorg en zorg voor ouderen w.o. Transmuraal Netwerk Midden Holland; Drechtzorg; Pact van Bleskensgraaf en Savelberg; Levensloopbestendig Gouda	Ketenzorg/zorg voor ouderen.
	Diabetesvereniging Nederland.	Diabetesvereniging Nederland.	Website ter ondersteuning zelfmanagement patiënten
		AstmaFonds	Samenwerking vereniging ter verbetering kwaliteit longzorg.
		Care2u	Software voor begeleiding chronisch zieken
		PsyHealthDirect	Psychologische zorg
CZ		Stichting CbusineZ	organisatie met als doel ontwikkeling en vernieuwing in de zorgsector als mede oprichting, financiering en deelname in ondernemingen

Bron: Jaarverslagen en Uitvoeringsverslagen 2010 en 2011

2.4 Risicoverevening

In Nederland zijn zorgverzekeraars verplicht om iedereen te accepteren voor de basisverzekering (acceptatieplicht). Het is tegelijk verboden om premiedifferentiatie toe te passen. Risicoverevening is er op gericht verzekeraars te compenseren voor voorspelbare winsten en verliezen die het gevolg zijn van de gezondheidstoestand van de verzekerde populatie. Verzekerden met een hoog risicoprofiel zijn bijvoorbeeld chronisch zieken, ouderen of verzekerden uit een sociaal-economische risicogroep. Alle zorgverzekeraars krijgen uit een fonds, het Zorgverzekeringsfonds, jaarlijks een financiële bijdrage, die de *vereveningsbijdrage* wordt genoemd. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie.

Als de risicoverevening goed functioneert, heeft de zorgverzekeraar geen financieel gewin bij het weren van verzekerden met hoge zorgkosten. De risicoverevening zorgt dan voor een gelijke uitgangspositie en daarmee eerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars.

Eerst wordt een globale beschrijving van het risicovereveningssysteem gegeven. Vervolgens wordt ingegaan op een onderzoek waaruit blijkt dat bepaalde subgroepen van verzekerden voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn, ondanks het bestaan van het risicovereveningssysteem.

2.4.1 Globale beschrijving van het systeem

Het risicovereveningssysteem bestaat uit twee onderdelen:
- Risicoverevening voorafgaand aan het jaar (ook wel ex-ante verevening genoemd).
- Compensaties achteraf (ook wel ex-post compensaties genoemd).

Hieronder worden beide onderdelen van de risicoverevening in hoofdlijnen toegelicht. Het doel van deze beschrijving is om de begrippen in de daaropvolgende analyses toe te lichten.

Ex-ante risicoverevening
Om de vergoeding van verzekeraars voor verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerden te berekenen, wordt een econometrisch model gebruikt. Dit model voorspelt de zorgkosten aan de hand van persoonskenmerken van verzekerden. Deze voorspelde kosten worden normkosten genoemd. Op basis van de normkosten wordt een vergoeding per zorgverzekeraar berekend.

Het model is gebaseerd op de landelijk gemiddelde kosten van verzekerden onderscheiden naar risicoprofielen van verzekerden. De normkosten die op basis van het model zijn berekend zijn dus onafhankelijk van de gerealiseerde kosten van de zorgverzekeraar. Door de jaren heen wordt het vereveningsmodel steeds verbeterd en verfijnd. Er wordt altijd naar nieuwe kenmerken van verzekerden gezocht die de verschillen in zorgkosten nog beter kunnen voorspellen. In het risicovereveningsmodel voor het jaar 2012 zijn de volgende kenmerken gebruikt om de zorgkosten van verzekerden te voorspellen:
- Leeftijd
- Geslacht
- Aard van inkomen: risicoklassen op basis van de voornaamste bron van inkomsten in combinatie met de leeftijd van de verzekerde.
- Regio: de regio-indeling berust op een clustering van postcodegebieden op basis van de sociaal-economische, demografische en zorggerelateerde kenmerken van een postcodegebied.
- Farmaciekostengroepen (FKG): risicoklasse gebaseerd op medicijngebruik in het voorgaande kalenderjaar. Het idee achter de FKG's is dat verzekerden met een bepaalde chronische aandoening herkenbaar zijn aan de hand van declaraties van medicijnen waarvan bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven.
- Diagnosekostengroepen (DKG's): DKG's berusten primair op de diagnose die verzekerden krijgen bij hun ontslag uit het ziekenhuis. DKG's worden bepaald op basis van diagnose informatie uit het voorafgaande vereveningsjaar
- Alleen diagnosen waarvan wordt verwacht dat die in het komende jaar hoge kosten met zich meebrengen, worden bij de vaststelling van de DKG's meegenomen.
- Sociaaleconomische status (SES): risicoklassen op basis van het huishoudinkomen per adres per persoon in combinatie met leeftijd;
- Meerjarig Hoge Kosten: risicoklassen op basis van de hoogte van de zorgkosten in de drie voorgaande jaren

Ex-post compensaties
De compensaties achteraf worden ingezet voor kosten die moeilijk te voorspellen of door de verzekeraars niet te beïnvloeden zijn. Zo zijn de vaste kosten van ziekenhuiszorg niet goed te beïnvloeden door zorgverzekeraars en zij worden volledig nagecalculeerd. Ook kan het zijn dat de gegevens die gebruikt worden voor het ex-ante model niet

representatief kunnen worden gemaakt voor een jaar omdat er bijvoorbeeld grote wijzigingen zijn in de bekostiging van een bepaald segment. Gegevens uit het verleden (waarop het ex-ante risicovereveningsmodel is gebaseerd) en actuele gegevens sluiten dan niet op elkaar aan. De ex-post compensaties kunnen ook ingezet worden als de kosten door het ex-ante model (tijdelijk) onvoldoende vergoed worden.

Het nadeel van de ex-post compensaties is dat deze de prikkels voor doelmatig zorginkoop afzwakken, door gerealiseerde kosten (deels) te vergoeden en behaalde winsten door doelmatige inkoop (deels)af te romen. Omdat de berekeningen vooraf steeds beter worden en doelmatige zorginkoop één van de belangrijkste instrumenten is om de zorg betaalbaar te houden, is het gewenst om deze ex-post compensaties af te bouwen. In 2012 zijn zorgverzekeraars risicodragend voor 92% van het verschil tussen door het model voorspelde en de uiteindelijk gerealiseerde kosten.[2]

2.4.2 Verbetering van het ex-ante model en voorspelbaar verliesgevende groepen

Het ex-ante vereveningsmodel wordt steeds verfijnder. Met informatie over de gerealiseerde kosten kan achteraf bepaald worden in hoeverre de ex-ante vereveningsbijdragen die zorgverzekeraars ontvangen, aansluiten bij de gerealiseerde kosten. In 2012 is door het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg[3] (iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam) een analyse uitgevoerd voor 45 groepen[4] verzekerden die naar verwachting verliesgevend zijn.

In het onderzoek worden de gerealiseerde zorgkosten van het jaar 2009 gebruikt, exclusief geestelijke gezondheidszorg en vaste ziekenhuiskosten (die ook niet in het toegepaste model zitten). De kostengegevens zijn niet verhoogd naar het kostenniveau van 2012 maar wel representatief gemaakt voor 2012. Dit betekent dat pakketwijzigingen die tussen 2009 en 2012 hebben plaatsgevonden zijn meegenomen in de berekeningen.

Als eerste stap zijn de gemiddelde gerealiseerde zorgkosten voor deze 45 groepen verzekerden bepaald; dit geeft de situatie zonder risicoverevening weer (eerste regel van Tabel 2.6). Vervolgens zijn de vereveningskenmerken stapsgewijs toegevoegd (regels 2 tot en met 8 in Tabel 2.6) en is het vereveningsresultaat bepaald.

De eerste twee kolommen van de tabel geven aan in welk vereveningsjaar welk persoonskenmerk werd toegevoegd aan het risicovereveningsmodel. In de derde kolom staat het gemiddeld gewogen voorspelde vereveningsresultaat voor de 45 subgroepen van verzekerden. De vierde kolom is de procentuele daling van het gemiddeld gewogen voorspelde vereveningsresultaat ten opzichte van de situatie waarin geen risicoverevening is toegepast.

Zonder risicoverevening is het gemiddeld gewogen voorspelbaar vereveningsresultaat voor de 45 subgroepen -€ 1439. Het model dat in 2012 wordt gebruikt vermindert dit verlies per verzekerden met 77%.

[2] Bron: Van de Ven et al. 2013 p.15.
[3] Van Kleef et al. 2012.
[4] De subgroepen zijn gedefinieerd op basis van informatie uit het Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie (POLS) uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In deze subgroepen zijn chronisch zieken oververtegenwoordigd naar verwachting.

Op de 45 subgroepen wordt in 2012 gemiddeld -€ 333 vereveningsresultaat per verzekerde behaald.[5]

Tabel 2.6. Verbetering ex-ante vereveningsmodel in de periode 1993-2012 op basis van 45 subgroepen

Jaar	Vereveningskenmerken die zijn toegevoegd	Gemiddeld gewogen voorspelbare vereveningsresultaat voor 45 subgroepen, in euro's	Daling van het gemiddeld gewogen voorspelbaar vereveningsresultaat ten opzichte van 'geen verevening'
-	Geen	-1.439	-
1993	Leeftijd of geslacht	-842	41%
1995	Regio	-835	42%
	Aard van het inkomen	-736	49%
2002	Farmacie Kosten Groepen	-475	67%
2004	Diagnose Kosten Groepen	-429	70%
2008	Sociaaleconomische Status	-426	70%
2012	Meerjarig Hoge Kosten	-333	77%

Bron: Van de Ven et al. 2013 p.22

Een aantal van deze groepen verzekerden die statistisch significant verliesgevend zijn staan in Tabel 2.7. De eerste kolom beschrijft de groep en de laatste kolom geeft het gemiddelde negatieve vereveningsresultaat per persoon per jaar weer. Omdat zorgverzekeraars het grootste deel van dit verlies moeten dragen, bestaat er een prikkel om deze groepen verzekerden te weren.[6] Dit betekent dat door deze prikkel verzekerden met een gunstig en ongunstige risicoprofiel in aparte polissen terecht kunnen komen. Als de verdeling van verzekerden met gunstige en ongunstige risicoprofielen in aparte polissen zich voordoet, vormt deze een bedreiging voor de risicosolidariteit van het stelsel.[7]

Het is belangrijk om op te merken dat zorgverzekeraars niet altijd hoeven te reageren op deze prikkels. Er bestaan ook factoren die deze prikkels neutraliseren zoals het risico op reputatieverlies door mogelijke negatieve media-aandacht en de continue verbetering van de risicoverevening die lange termijn winsten en verliezen op groepen tegengaat. Verder zal het in de praktijk altijd zo zijn dat er bepaalde groepen verzekerden zijn voor wie het model niet helemaal perfect compenseert. Een perfecte risicoverevening is praktisch niet mogelijk.

Het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde over alle verzekerden is in de analyse gelijk aan nul. Daarom geldt per groep dat

[5] Gemiddeld gewogen voorspelbare vereveningsresultaat van de 45 subgroepen en de procentuele daling daarvan is een relatieve maat voor het vergelijken van de geschatte modellen. Het is echter niet geschikt als absolute maat voor de kwaliteit van het vereveningsmodel in het algemeen.

[6] In eerste instantie bestaat er een prikkel om deze groepen verzekerden niet te accepteren. Door acceptatieplicht is weigeren van verzekerden onmogelijk. Er zijn wel strategieën waarmee een zorgverzekeraar bepaalde verzekerden kan weren (bijvoorbeeld voor de groep ongunstige polisvoorwaarden).

[7] De NZa heeft geen signalen ontvangen over schending van acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie of andere vormen van risicoselectie die in strijd zijn met de wet.

verzekerden die niet in de groep zitten gemiddeld een positief vereveningsresultaat kennen. Er zijn dus ook veel winstgevende groepen van verzekerden. Het blijkt verder dat ook hoogopgeleiden inclusief studenten een subgroep met positief vereveningsresultaat zijn met gemiddeld € 139 per persoon per jaar (significant op 5%).

Tabel 2.7. Gemiddeld vereveningsresultaat in jaar t per persoon per subgroep na toepassing van het ex-ante vereveningsmodel-2012

Subgroep op basis van informatie uit jaar t-1	Schatting procentuele omvang subgroep ten opzichte van Zvw-populatie	Gemiddelde kosten per persoon in jaar t in euro's	Gemiddeld voorspelbaar negatief vereveningsresultaat per persoon in jaar t in euro's bij het verevenings-model-2012[8]
Slechtste score algemene gezondheid	19,6%	3.932	646
Tenminste één langdurige aandoening	32,6%	3.100	426
Specialist geconsulteerd in afgelopen twaalf maanden	41,2%	2.686	333
Slechtste score fysieke gezondheid	18,8%	3.906	686
Medicijn op recept afgelopen veertien dagen	39,7%	2.917	270
Fysiotherapie afgelopen twaalf maanden	19,5%	2.523	358
Hoge bloeddruk	13,7%	3.532	413
Slechtste score psychische gezondheid	18,6%	2.394	292
3 of meer zelf gerapporteerde aandoeningen	12,6%	4.037	397
Hulpmiddelen gebruikers (12 jaar en ouder)	5,6%	4.944	858
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	3,8%	4.196	690
Andere langdurige ziekte of aandoening	8,6%	4.309	1.008

Bron: Van de Ven 2013 p.23

[8] Alle waardes in deze kolom zijn tenminste op 5% significant ($p<0,05$).

2.5 Financiële positie

In deze paragraaf beschrijven we de financiële positie van zorgverzekeraars. De paragraaf beschrijft achtereenvolgens:
- de risicovereveningsresultaten van zorgverzekeringsconcerns
- het exploitatieresultaat
- de beleggingsresultaten
- de bedrijfskosten
- de schadelast
- de solvabiliteit

Bij de analyse van de financiële positie van zorgverzekeraars hanteert de NZa bedragen per verzekerde van 18 jaar of ouder. De reden hiervoor is dat zorgverzekeraars hun uitvoeringskosten en overige exploitatieresultaten alleen kunnen dekken door hiervoor een opslag in de premies te verwerken: deze premies worden uitsluitend betaald door de verzekerden van 18 jaar of ouder.

Alle informatie in deze paragraaf is gebaseerd op de concernindeling 2013.

Tabel 2.8 geeft een globaal beeld van inkomsten en uitgaven van zorgverzekeraars. Belangrijkste bronnen van inkomsten zijn de ontvangen nominale premies, het bedrag dat de zorgverzekeraar via de risicoverevening ontvangt (de vereveningsbijdrage) en het beleggingsresultaat. De twee belangrijkste uitgavenposten zijn de schadelast (al dan niet inclusief afhandelingskosten) en de bedrijfskosten.

Tabel 2.8. Schematische weergave inkomsten en uitgaven van zorgverzekeraars

Inkomsten/Uitgaven	Onderdelen
Inkomsten	+ Nominale premie
	+ Vereveningsbijdrage
	+ Beleggingsresultaat
Uitgaven	- Schadelast
	- Afhandelingskosten
	- Bedrijfskosten
Totaal	**Exploitatieresultaat**

Bron: NZa

Resultaten die direct samenhangen met het aanbieden van zorgverzekering zijn de grijs gearceerde cellen in Tabel 2.8: de ontvangen nominale premies, de vereveningsbijdrage en de schadelast exclusief afhandelingskosten.

In de volgende paragraaf (2.5.1) bespreken we de resultaten van de risico-verevening. Vervolgens komt het exploitatieresultaat van de zorgverzekeraars aan bod in paragraaf 2.5.2. Het exploitatie resultaat is het resultaat van alle inkomsten en kosten. De paragrafen 2.5.3 tot en met 2.5.5 beschrijven de onderdelen van deze berekening. De laatste paragraaf (2.5.6) bevat een berekening van de solvabiliteitsratio. Solvabiliteit drukt uit in hoeverre een zorgverzekeraar aan zijn toekomstige verplichtingen (op lange termijn) kan voldoen en in staat is

op korte termijn onverwachte kostenontwikkelingen het hoofd te bieden (weerstandsvermogen).

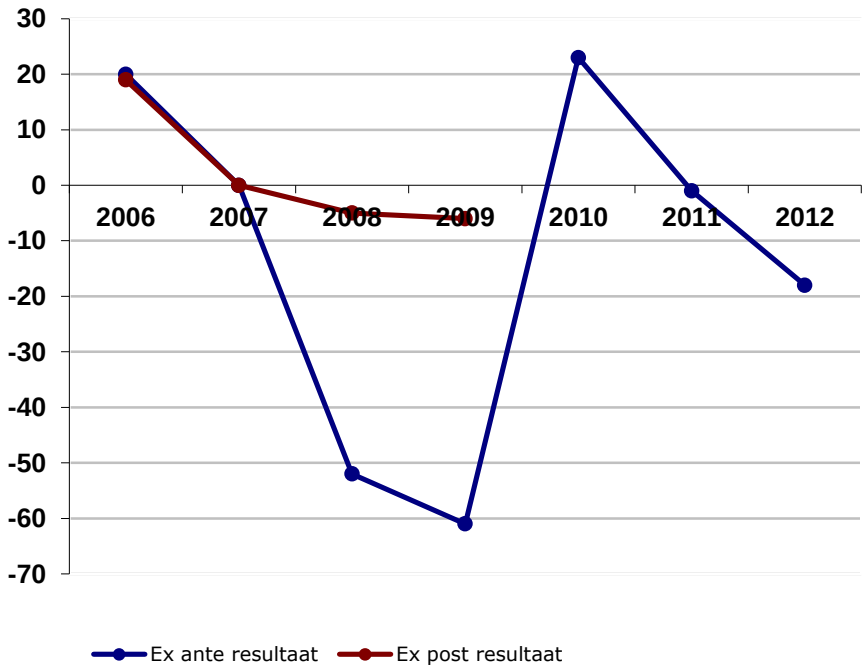
2.5.1 Resultaten risicoverevening

Zoals in paragraaf 2.4 beschreven, ontvangen zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage om voor de verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerden te compenseren. Het ex-ante resultaat is in grote lijnen de som van nominale premie opbrengsten en vereveningsbijdrage minus de schadelast exclusief afhandelingskosten. Gedurende het jaar en ook na afloop van het gegeven jaar worden ex-post compensaties toegepast op de vereveningsbijdrage. Het resultaat van verzekeraars inclusief deze correcties noemen we het ex-post resultaat. Het ex-post resultaat wordt pas vier jaar na het gegeven jaar definitief. De meest recente gegevens over het ex-post resultaat zijn daarom van 2009.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt op basis van een raming jaarlijks vooraf een landelijk macro-budget voor de zorgkosten vast. Het macro-budget wordt door middel van de risicoverevening verdeeld over de zorgverzekeraars. Meer informatie over de risicoverevening staat in paragraaf 2.4.

Tot en met 2011 vond de zogenoemde macronacalculatie plaats, waarbij het verschil tussen de raming en de werkelijke kosten wordt gecompenseerd. De macronacalculatie is in de onderstaande figuur opgenomen als onderdeel van het ex-ante resultaat, omdat de macronacalculatie aan de zorgverzekeraars wordt toegekend naar rato van hun ex ante budget.

Figuur 2.4. Gemiddeld resultaat risicoverevening (per verzekerde 18+)



Bron: NZa (op basis data CVZ, vaststelling vereveningsbijdrage)

In de onderstaande tabel wordt op deze ontwikkeling ingezoomd. Het betreft de definitieve vaststelling van de risicoverevening tot en met 2009 en de voorlopige ex-ante resultaten over de jaren 2010 tot en met

2012. In bijlage 1 is het vereveningsresultaat nader gespecificeerd en apart weergegeven voor de vier grote concerns en de overige concerns.

Tabel 2.9. Resultaten risicoverevening (per verzekerde 18+)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009
Ex-ante resultaat	€ 58-	€ 23	€ 26-	€ 88-
Macronacalculatie	€ 58	€ 23-	€ 26-	€ 26
Extra middelen	€ 20	n.v.t	n.v.t	n.v.t
Sub totaal ex ante resultaat	€ 20	€ 0	€ 52-	€ 61-
Ex-post compensaties	€ 1-	€ 0	€ 52	€ 62
Resultaat no-claim[9] c.q. verplicht eigen risico	€ 0-	€ 0-	€ 6-	€ 6-
Ex post resultaat	€ 19	€ 0	€ 5-	€ 6-

Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 2.10. Ex-ante resultaat risicoverevening (per verzekerde 18+)

€ per verzekerde 18+	2009	2010 voor-lopig	2011 voor-lopig	2012 voor-lopig
Ex-ante resultaat	€ 88-	€ 23-	€ 101-	€ 18-
Macronacalculatie	€ 26	€ 46	€ 101	n.v.t
Extra middelen	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t
Sub totaal ex ante resultaat	€ 61-	€ 23	€ 1-	€ 18-

Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

Het ex-post resultaat van € 19 in 2006 is bijna geheel een gevolg van de extra middelen die het ministerie van VWS beschikbaar heeft gesteld.

De negatieve ex-post resultaten van € 5 in 2008 en € 6 in 2009 bestaan vrijwel geheel uit het door de NZa berekende resultaat van zorgverzekeraars op het eigen risico. Dit resultaat is als volgt berekend: in de risicoverevening vindt een aftrek plaats voor normatief (op basis van verzekerdenkenmerken per zorgverzekeraar) geraamde zorgkosten die ten laste van het verplichte eigen risico komen. In hun jaarlijkse verantwoording vermelden zorgverzekeraars de zorgkosten die ten laste van het verplichte eigen risico zijn gekomen. De NZa heeft het verschil tussen de verantwoorde en de geraamde kosten ten laste van het eigen risico verwerkt in het ex-post resultaat (Tabel 2.10). In de onderstaande tabellen (Tabel 2.11-2.13) zijn de vereveningsresultaten onderscheiden naar de vier grote en de overige concerns.

[9] In de jaren 2006 en 2007 bestond binnen de zorgverzekering een no claim van € 255. Dit betekende dat wanneer een consument in 2006 geen zorg genoot, deze € 255 terug kreeg van zijn zorgverzekeraar. In 2008 is deze regeling vervangen door het verplicht eigen risico.

Tabel 2.11. Resultaat ex ante risicoverevening (inclusief macro-nacalculatie en extra middelen)

€ per verzekerde 18+	2008	2009	2010 voor-lopig	2011 voor-lopig	2012 voor-lopig
Grote 4 concerns	€ 46-	€ 60-	€ 21	€ 2-	€ 25-
Overige concerns	€ 112-	€ 78-	€ 50	€ 16	€ 47
Totaal	€ 52-	€ 61-	€ 23	€ 1-	€ 18-

Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 2.12. Ex post compensaties en resultaat verplicht eigen risico

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009
Grootste 4 concerns	€ 2-	€ 1-	€ 41	€ 55
Overige concerns	€ 16	€ 12	€ 101	€ 57
Totaal	€ 1-	€ 0	€ 46	€ 56

Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 2.13. Resultaat na ex post risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009
Grote 4 concerns	€ 21	€ 0	€ 5-	€ 4-
Overige concerns	€ 0	€ 1	€ 11-	€ 21-
Totaal	€ 19	€ 0	€ 5-	€ 6-

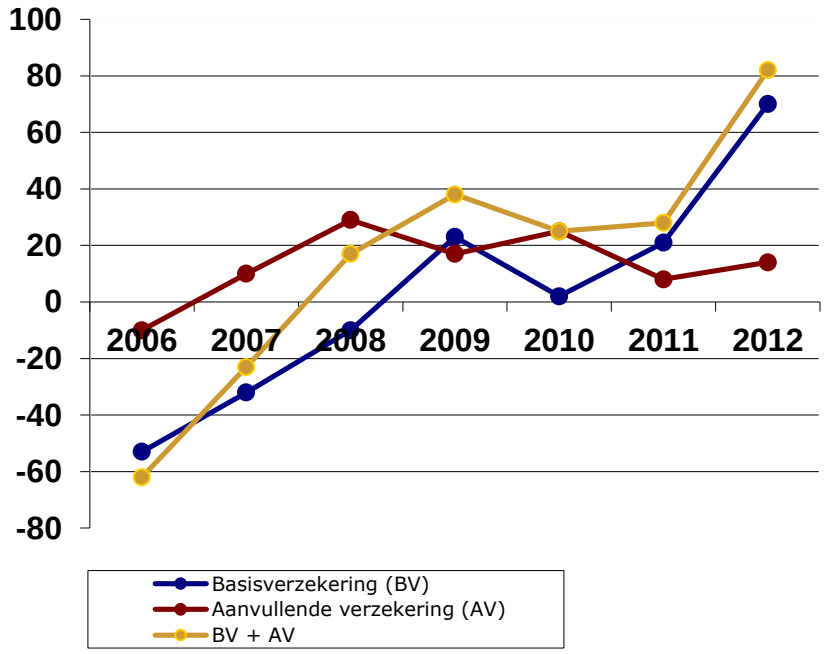
Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

In bijlage 1 is het vereveningsresultaat apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns voor de aspecten macronacalculatie, extra middelen, overige ex-post compensaties en het resultaat op de no-claimkorting dan wel het verplicht eigen risico.

2.5.2 Exploitatieresultaat

Het exploitatieresultaat is het saldo van de opbrengsten (de omzet) en de schadelast en uitvoeringskosten uit de gewone bedrijfsvoering. Het onderstaande figuur toont het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het gemiddelde daarvan. Het exploitatieresultaat is geschoond voor beleggingsresultaten en resultaten uit andere bedrijfsactiviteiten.

Figuur 2.5. Gemiddeld exploitatieresultaat per verzekerde BV, AV en BV+AV (in Euro)



Bron: DNB (jaarstaten Wft, laatst opgenomen jaar betreft voorlopige cijfers uit de 4e kwartaalstaten Wft)

Het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde voor de BV + AV is in 2012 sterk toegenomen. Het gemiddelde exploitatieresultaat (BV+AV) als percentage van de gemiddelde schadelast (BV+AV) bedraagt 3% in 2012.

Zorgverzekeraars hanteren het uitgangspunt dat de premie kostendekkend moet zijn. Zorgverzekeraars hebben bij de premie-calculatie voor 2012 rekening gehouden met stijgende zorgkosten, tekorten op hun vereveningsbijdrage, het vervallen van de macro nacalculatie en toenemende solvabiliteitseisen. Achteraf is gebleken dat de zorgkosten in 2012 aanzienlijk minder zijn toegenomen dan verwacht. Zodoende hebben de zorgverzekeraars hogere inkomsten (premie) en lager dan verwachte uitgaven (zorgkosten) gerealiseerd in 2012.

In hoofdstuk 6 blijkt dat de zorgverzekeraars in 2013 een aanzienlijk lagere opslag in hun nominale premie hebben opgenomen dan in 2012, waardoor een groot deel van het positieve resultaat over 2012 in 2013 naar verwachting weer terugvloeit naar de verzekerden.

In de onderstaande tabellen wordt nader op de ontwikkeling van de exploitatieresultaten ingezoomd en zijn deze voor de BV, AV en BV+AV apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 2.14. Gemiddeld exploitatieresultaat per BV-verzekerde

Exploitatieresultaat Zvw per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011	2012 voorlopig
Grootste 4 concerns	€ 33-	€ 11-	€ 26	€ 2	€ 19	€ 71
Overige concerns	€ 21-	€ 0	€ 7-	€ 2	€ 32	€ 60
Totaal	€ 32-	€ 10-	€ 23	€ 2	€ 21	€ 70

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.15. Gemiddeld exploitatieresultaat per AV-verzekerde

Exploitatieresultaat AV per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011	2012 voorlopig
Grootste 4 concerns	€ 12	€ 29	€ 18	€ 24	€ 6	€ 13
Overige concerns	€ 8-	€ 38	€ 14	€ 34	€ 26	€ 24
Totaal	€ 10	€ 29	€ 17	€ 25	€ 8	€ 14

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.16. Gemiddeld exploitatieresultaat BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde[10]

Exploitatieresultaat Zvw + AV per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011	2012 voorlopig
Grootste 4 concerns	€ 22-	€ 15	€ 41	€ 24	€ 25	€ 83
Overige concerns	€ 29-	€ 36	€ 6	€ 34	€ 55	€ 81
Totaal	€ 23-	€ 17	€ 38	€ 25	€ 28	€ 82

Bron: DNB (jaarstaten Wft 2006 - 2010, kwartaalstaat Wft Q4 2011)

2.5.3 Beleggingsresultaten

In de onderstaande tabel zijn de beleggingsopbrengsten van de ziektekostenverzekeraars (BV + AV) weergegeven.

Tabel 2.17. Gemiddelde beleggingsopbrengst

Beleggingsopbrengst BV + AV per verzekerde Zvw 18+	2008	2009	2010	2011	2012
Grootste 4 concerns	€ 17-	€ 73	€ 33	€ 31	€ 63
Overige concerns	€ 2-	€ 53	€ 23	€ 21	€ 46
Totaal	€ 16-	€ 71	€ 32	€ 30	€ 62

Bron: DNB (kwartaalstaten ziektekostenverzekeraars) en NZa (verzekerdenstanden)

De gemiddelde beleggingsopbrengsten zijn in 2012 sterk verbeterd ten opzichte van 2010 en 2011.

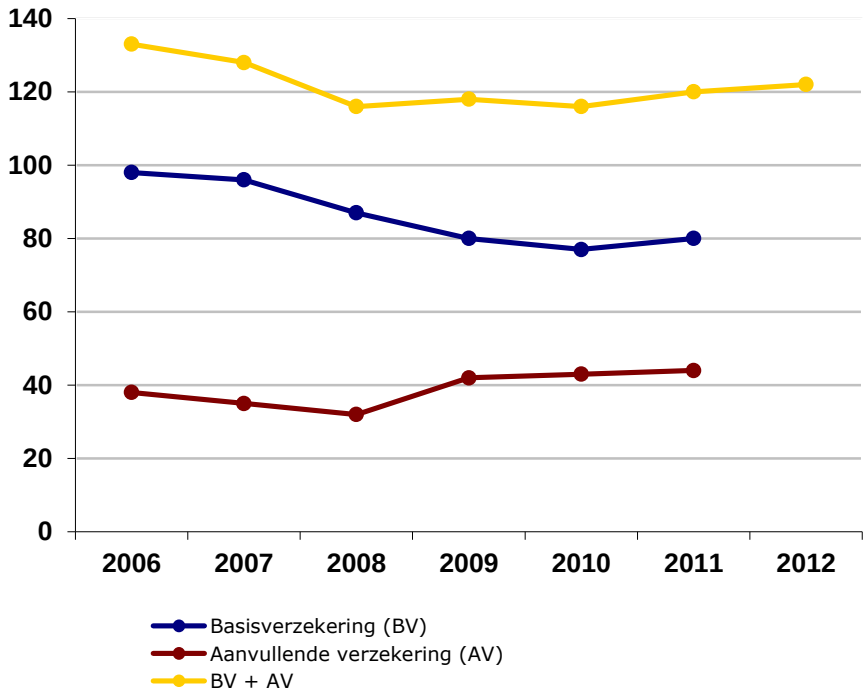
[10] De gemiddelde exploitatieresultaten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot het gemiddelde exploitatieresultaat BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.

2.5.4 Bedrijfskosten

De bedrijfskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken, exclusief de schadeafhandelingskosten[11].
De schadeafhandelingskosten basisverzekering zijn over 2011 gemiddeld € 12 per verzekerde van 18 jaar of ouder.

Het onderstaande figuur toont de gemiddelde bedrijfskosten per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het gemiddelde daarvan. Over 2012 zijn nog geen gegevens beschikbaar die zijn uitgesplitst naar BV en AV apart, enkel over BV en AV samen.

Figuur 2.6. Gemiddeld bedrijfskosten per verzekerde BV, AV en BV+AV (in Euro)



Bron: DNB (jaarstaten Wft, 2012 voorlopig: kwartaalstaten Wft)

Uit het bovenstaande figuur blijkt dat de bedrijfskosten in 2011 en 2012 licht stijgen. In de onderstaande tabellen wordt op deze ontwikkeling ingezoomd en zijn de bedrijfskosten BV, AV en BV+AV apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Een van de kleinere concerns heeft over de hele reeks jaren veruit de laagste bedrijfskosten per verzekerde.

[11] De schadeafhandelingskosten zijn in de als bron voor de bedrijfskosten gebruikte verantwoording voor de Wet op het financieel toezicht (Wft) integraal opgenomen in de schadelasten. Via de jaarstaten van de zorgverzekeraars voor de risicoverevening heeft de NZa globaal inzicht in de schadeafhandelingskosten voor de basisverzekering.

Tabel 2.18. Gemiddelde ontwikkeling bedrijfskosten per BV-verzekerde

Per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011
Grote 4 concerns	€ 96	€ 84	€ 79	€ 77	€ 81
Overige concerns	€ 103	€ 110	€ 94	€ 76	€ 75
Totaal	€ 96	€ 87	€ 80	€ 77	€ 80

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.19. Gemiddelde ontwikkeling bedrijfskosten per AV-verzekerde

Per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011
Grote 4 concerns	€ 33	€ 30	€ 40	€ 42	€ 43
Overige concerns	€ 50	€ 50	€ 57	€ 55	€ 57
Totaal	€ 35	€ 32	€ 42	€ 43	€ 44

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.20. Gemiddelde ontwikkeling bedrijfskosten BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde [12]

Per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011	2012 voorlopig
Grote 4 concerns	€ 126	€ 112	€ 115	€ 115	€ 119	€ 119
Overige concerns	€ 149	€ 157	€ 147	€ 126	€ 126	€ 146
Totaal	€ 128	€ 116	€ 118	€ 116	€ 120	€ 122

Bron: DNB (jaarstaten Wft, 2012 voorlopig: kwartaalstaten Wft)

In de onderstaande tabel zijn de bedrijfskosten weergegeven als percentage van de premie-inkomsten. Over 2012 zijn nog geen gegevens beschikbaar die uitgesplitst zijn naar basis en aanvullende verzekering.

Tabel 2.21. Bedrijfskosten als percentage van de premie-inkomsten[13] (BV+AV)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 voorlopig
Grote 4 concerns	5,4%	4,3%	4,3%	4,0%	4,2%	4,1%
Overige concerns	6,4%	5,7%	5,1%	4,5%	4,3%	5,2%
Totaal	5,4%	4,4%	4,3%	4,1%	4,2%	4,2%

Bron: DNB (jaarstaten Wft, 2012 voorlopig: kwartaalstaten Wft)

[12] De gemiddelde bedrijfskosten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot de gemiddelde bedrijfskosten BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.
[13] De premie-inkomsten van ziektekostenverzekeraars bestaan uit de nominale premies, de ontvangsten uit het Zorgverzekeringsfonds en de premies voor de aanvullende verzekeringen.

Tabel 2.22. Bedrijfskosten BV als percentage van de premie-inkomsten[12] BV

	2007	2008	2009	2010	2011
Grote 4 concerns	4,6%	3,7%	3,3%	3,0%	3,2%
Overige concerns	5,3%	4,7%	3,8%	3,1%	2,9%
Totaal	4,7%	3,8%	3,3%	3,0%	3,2%

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.23. Bedrijfskosten AV als percentage van de premie-inkomsten[12] AV

	2007	2008	2009	2010	2011
Grote 4 concerns	11,0%	9,2%	11,5%	11,7%	11,2%
Overige concerns	12,3%	12,0%	13,6%	12,7%	12,6%
Totaal	11,1%	9,5%	11,7%	11,8%	11,3%

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

2.5.5 Schadelast

De onderstaande tabellen tonen de gemiddelde schade per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV) en de aanvullende verzekering (AV). De schadelast wordt in deze paragraaf inclusief afhandelingskosten weergegeven, conform de definitie van De Nederlandsche Bank (DNB).

Tabel 2.24. Gemiddelde ontwikkeling schade[14] per BV-verzekerde

Per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011
Grote 4 concerns	€ 2.011	€ 2.240	€ 2.283	€ 2.452	€ 2.403
Overige concerns	€ 1.895	€ 2.264	€ 2.342	€ 2.343	€ 2.429
Totaal	€ 2.001	€ 2.242	€ 2.288	€ 2.442	€ 2.405

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.25. Gemiddelde ontwikkeling schade14 per AV-verzekerde

Per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011
Grote 4 concerns	€ 264	€ 268	€ 294	€ 294	€ 334
Overige concerns	€ 363	€ 330	€ 350	€ 342	€ 370
Totaal	€ 273	€ 274	€ 299	€ 298	€ 337

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

[14] Inclusief schade-afhandelingskosten

Tabel 2.26. Gemiddelde ontwikkeling schade BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde [15]

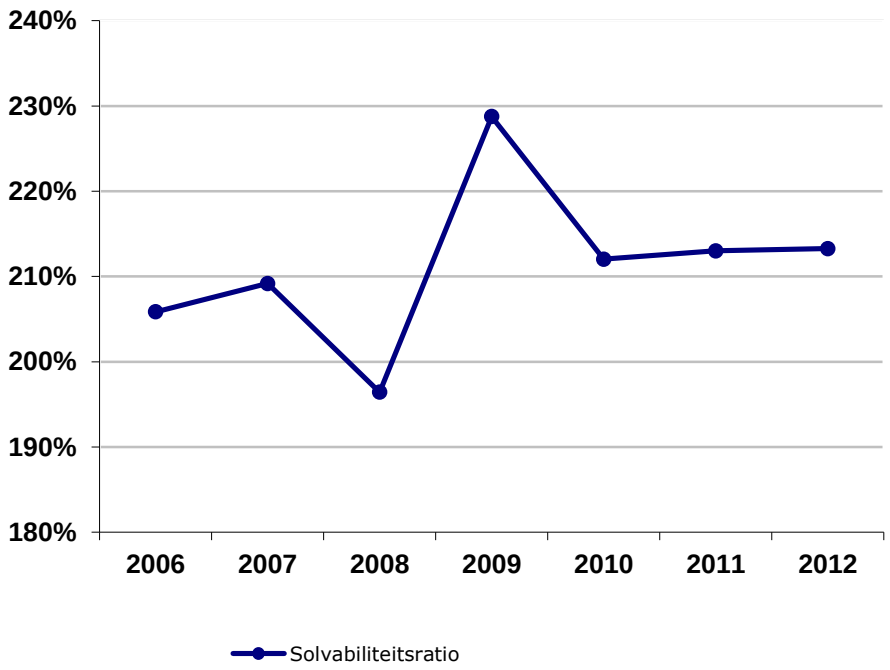
Per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011	2012 voorlopig
Grote 4 concerns	€ 2.254	€ 2.486	€ 2.549	€ 2.716	€ 2.701	€ 2.743
Overige concerns	€ 2.233	€ 2.573	€ 2.666	€ 2.654	€ 2.763	€ 2.570
Totaal	€ 2.252	€ 2.494	€ 2.560	€ 2.711	€ 2.707	€ 2.726

Bron: DNB (jaarstaten Wft, 2012 voorlopig: kwartaalstaten Wft)

2.5.6 Solvabiliteit

De solvabiliteitsratio is in het financiële toezicht door DNB gedefinieerd als de aanwezige solvabiliteit gedeeld door de vereiste solvabiliteit (x 100%).

Figuur 2.7. Ontwikkeling gemiddelde solvabiliteitsratio



Bron: DNB (kwartaalstaten Q4 van jaar t)

Voor de vaststelling van de vereiste en aanwezige solvabiliteit gelden voor verzekeraars specifieke regels. Intern hanteren ziektekostenverzekeraars doorgaans als norm een minimale solvabiliteitsratio van circa 150%. Alle concerns voldoen ruimschoots aan die norm.

De wettelijke solvabiliteitseis voor de basisverzekering is per 1 januari 2010 verhoogd van 8% naar 9% en per 1 januari 2012 naar 11%.[16]

[15] De gemiddelde bedrijfskosten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot de gemiddelde bedrijfskosten BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.
[16] Deze eis geldt voor de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekering geldt een eis van 24%.

In de onderstaande tabel wordt op deze ontwikkeling ingezoomd en is de gemiddelde solvabiliteitsontwikkeling apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 2.27. Gemiddelde ontwikkeling solvabiliteitsratio

Solvabiliteit	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Grote 4 concerns	210%	212%	197%	230%	211%	211%	210%
Overige concerns	168%	180%	191%	217%	219%	231%	244%
Totaal	206%	209%	196%	229%	212%	213%	213%

Bron: DNB (kwartaalstaten Q4 van jaar t)

In 2012 zijn zowel de aanwezige als de vereiste solvabiliteit met gemiddeld 20% toegenomen. De gemiddelde solvabiliteitsratio is daardoor in 2012 gelijk gebleven.

Er kan ook een onderscheid gemaakt worden tussen verzekeraars die alleen BV, alleen AV of BV en AV tegelijk uitvoeren. De entiteiten die alleen de BV uitvoeren hebben eind 2012 een solvabiliteitsratio van 196% (2011 191%). De entiteiten die alleen de AV uitvoeren hebben eind 2012 solvabiliteitsratio van 361% (2011 380%). De entiteiten die zowel de BV als de AV uitvoeren hebben eind 2012 een solvabiliteitsratio van 180% (2011 ook 180%).[17]

[17] Bronbestand kerncijfers 2011-2012 tbv NZa, ontvangen van DNB.

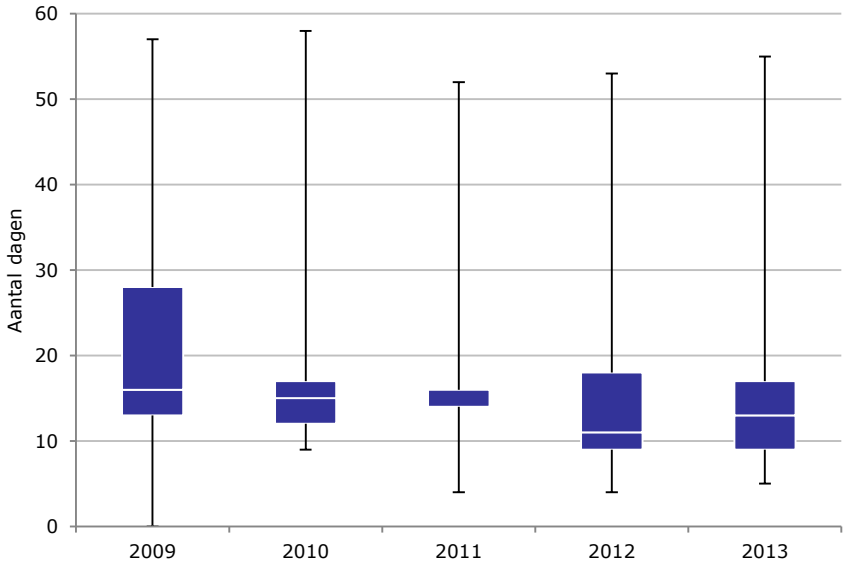
3. Marktgedrag

Dit hoofdstuk geeft een weergave van de relatie van de zorgverzekeraars met de consument. Het hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens:
- de datum van het bekendmaken van premies
- de vraag naar en het aanbod van basisverzekeringen
- collectieve versus individuele verzekeringen
- aanvullende verzekeringen
- vergoedingsbeperkingen bij niet-gecontracteerde zorg
- het overstapgedrag van consumenten
- herverzekering van eigen risico

3.1 Publicatiedatum premies

Jaarlijks maken zorgverzekeraars tenminste zes weken van te voren hun premies voor het komende jaar bekend. De onderstaande figuur geeft de spreiding weer van hoeveel dagen voor de uiterste datum zorgverzekeraars de premie voor het betreffende jaar bekend hebben gemaakt.

Figuur 3.1. Spreiding publicatiedatum premie; aantal dagen vóór de uiterste datum van 19 november van het voorafgaand jaar



Bron: t/m 2012 ministerie van VWS[18], 2013 Zorgverzekeraars (persberichten, websites)

In 2012 was DSW weer de eerste zorgverzekeraar die de premie voor het komende jaar bekend maakte. DSW doet dit elk jaar eind september. De meeste zorgverzekeraars maken hun premie bekend in de eerste helft van november.

[18] Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, met kenmerk Z-3102731, inzake Toezeggingen Algemeen Overleg Zvw 19 januari, d.d. 7 februari 2012.

3.2 Aanbod en vraag naar polissen

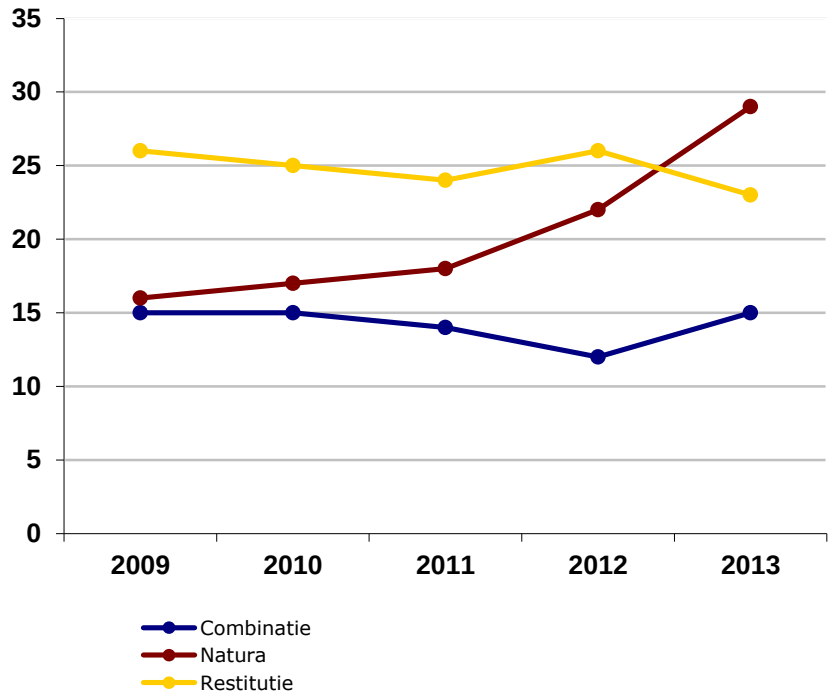
Polissen zijn te onderscheiden naar soort (natura, restitutie, combinatie) en naar de mate waarin zorg is gecontracteerd.

Het recht van de verzekerde hangt af van de soort polis:
- naturapolis: verzekerde heeft recht op zorg
- restitutiepolis: verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg
- combinatiepolis: de aanspraak op natura of restitutie verschilt per soort zorg

Bij gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar contracten met zorgaanbieders afgesloten, waarin afspraken over prijs, kwaliteit, inhoud van de zorg en doelmatigheid zijn vastgelegd. De verzekerde moet zich bij gecontracteerde zorg in principe tot een gecontracteerde zorgaanbieder wenden. Doet hij dit niet dan kan een vergoedingsbeperking gelden gelijk aan of lager dan het wettelijke of marktconforme tarief. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de daadwerkelijke vergoeding weinig verschilt tussen de verschillende polissen omdat de meeste aanbieders gecontracteerd zijn.

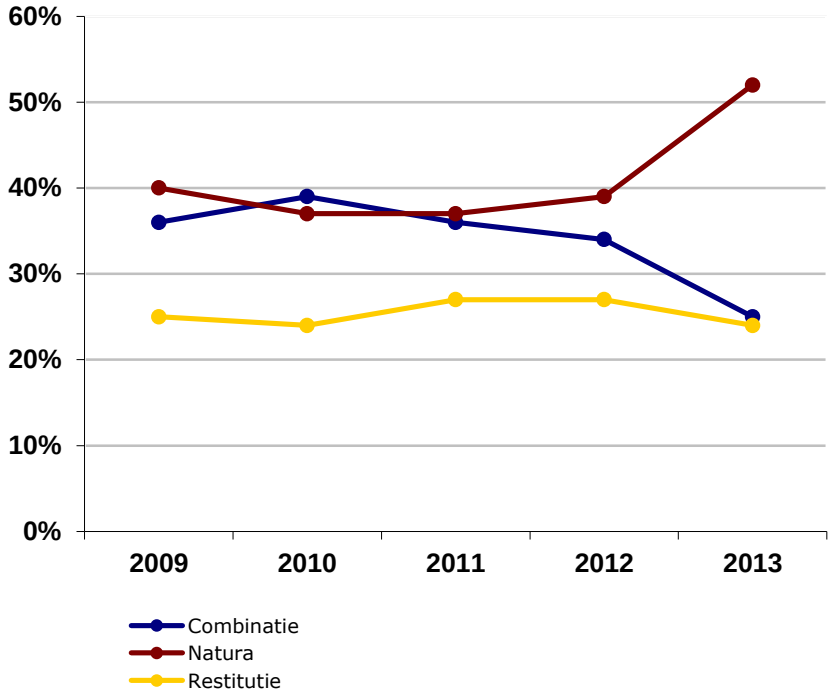
De ontwikkeling van het aanbod en de vraag naar natura-, restitutie- en combinatiepolissen laat zich als volgt weergeven:

Figuur 3.2. Aanbod polissen naar soort basisverzekering (in aantallen per soort polis)



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Figuur 3.3. Vraag naar polissen naar soort basisverzekering (percentage verzekerden per soort polis)



Bron: NZA op basis van NZA (Modelovereenkomsten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Uit deze figuren blijkt in 2013 een stijging in het aanbod van naturapolissen en ook in het percentage verzekerden dat een naturapolis heeft. Het aantal restitutiepolissen op de markt daalt en ook daalt het percentage verzekerden dat een restitutiepolis heeft. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de belangrijkste redenen om een polis te kiezen zijn de collectiviteitskorting, de premie van de basisverzekering en de dekking van de aanvullende verzekering. Verzekerden kiezen dus niet bewust naar een natura of restitutiepolis, en 36% weet zelfs niet welke soort polis hij heeft.[19]

In 2013 zijn zeven nieuwe natura polissen aan het aanbod toegevoegd, is er één vervallen en is één combinatiepolis gewijzigd in een volledige natura polis. Dit laatste betreft een polis van een grote zorgverzekeraar en verklaart voor 80% de grote verschuiving in de vraag van combinatiepolissen met gecontracteerde zorg naar naturapolissen. In deze polis zijn de voorwaarden voor geestelijke gezondheidszorg aangepast, waardoor dit in 2013 een volledige natura polis is geworden.

In de onderstaande tabellen wordt nader op deze ontwikkeling ingezoomd en zijn vraag en aanbod per soort polis en contractering van zorg nader uitgesplitst.

[19] Bron: Enquête naar belemmeringen bij overstappen.

Tabel 3.1. Aanbod polissen basisverzekering (aantal polissen per soort polis)

Soort polis	Contractering zorg	2009	2010	2011	2012	2013
Combinatie	Deels gecontracteerd	9	14	8	7	10
	Gecontracteerd	6	1	6	5	5
	Subtotaal	15	15	14	12	15
Natura	Gecontracteerd	16	17	18	22	29
	Subtotaal	16	17	18	22	29
Restitutie	Deels gecontracteerd	2	6	7	8	12
	Gecontracteerd	2	1	5	6	5
	Niet-gecontracteerd	22	18	12	12	6
	Subtotaal	26	25	24	26	23
Totaal		57	57	56	60	67

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Tabel 3.2. Vraag naar polissen basisverzekering (percentage verzekerden per soort polis)

Soort polis	Contractering zorg	2009	2010	2011	2012	2013
Combinatie	Deels gecontracteerd	8%	28%	8%	21%	20%
	Gecontracteerd	27%	10%	27%	13%	4%
	Subtotaal	36%	39%	36%	34%	25%
Natura	Gecontracteerd	40%	37%	37%	39%	52%
	Subtotaal	40%	37%	37%	39%	52%
Restitutie	Deels gecontracteerd	1%	3%	8%	7%	9%
	Gecontracteerd	1%	1%	6%	6%	5%
	Niet-gecontracteerd	22%	20%	13%	13%	9%
	Subtotaal	25%	24%	27%	27%	24%
Totaal		100%	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa op basis van NZa (Modelovereenkomsten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

De verschuiving binnen het aanbod van restitutiepolissen van niet-gecontracteerd naar deels gecontracteerd betreft grotendeels aanpassingen in de polisvoorwaarden van de restitutie-polissen binnen één concern.

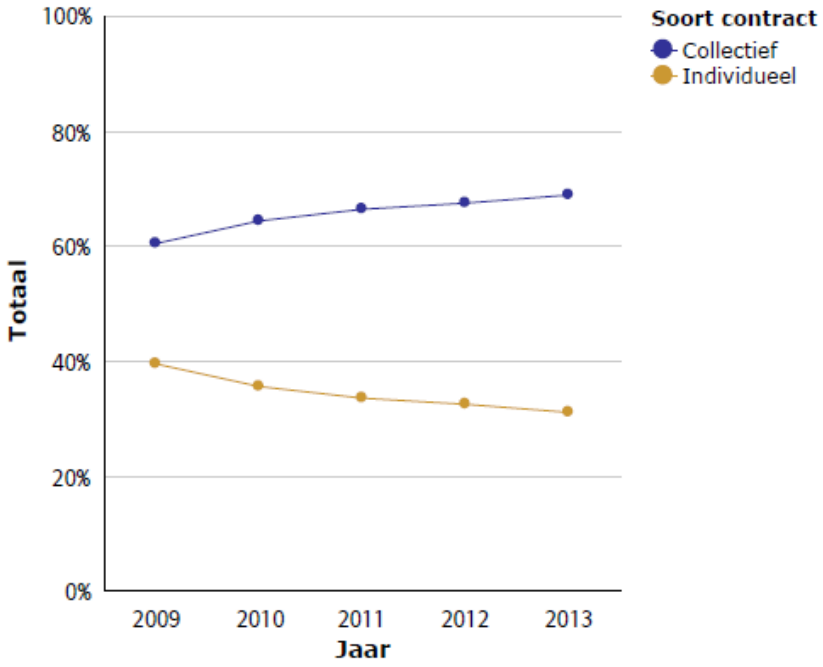
3.3 Individuele versus collectieve verzekeringen

Deze paragraaf beschrijft enkele ontwikkelingen op het gebied van individuele versus collectieve verzekeringen. Achtereenvolgens komt aan bod:

- De ontwikkeling in het percentage verzekerden dat collectief en individueel is verzekerd.
- De collectiviteitgraad per zorgverzekeraar.
- De collectieve korting per soort collectiviteit.
- Een vergelijking van de prijs van een individuele verzekering en een collectieve verzekering.

De figuur laat de ontwikkeling van het aantal collectief en individueel verzekerden zien.

Figuur 3.4. Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden



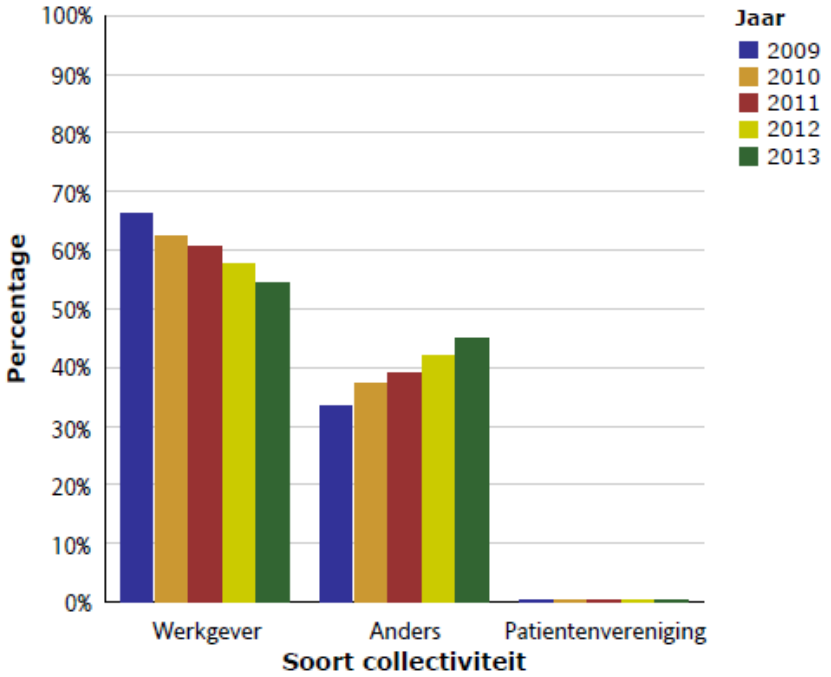
Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Uit de figuur blijkt dat jaarlijks meer verzekerden zich bij een collectiviteit aansluiten. De oorzaak ligt in de ruime mogelijkheden binnen de Zvw om een collectief te sluiten met een zorgverzekeraar.

Van 2009 tot 2013 stijgt het aandeel collectief verzekerden met gemiddeld 2% punt per jaar. In 2013 is ruim 69% collectief verzekerd.

De verdeling van de collectief verzekerden naar soort collectiviteit is weergegeven in de onderstaande figuur.

Figuur 3.5 Collectief verzekerden naar soort collectiviteit

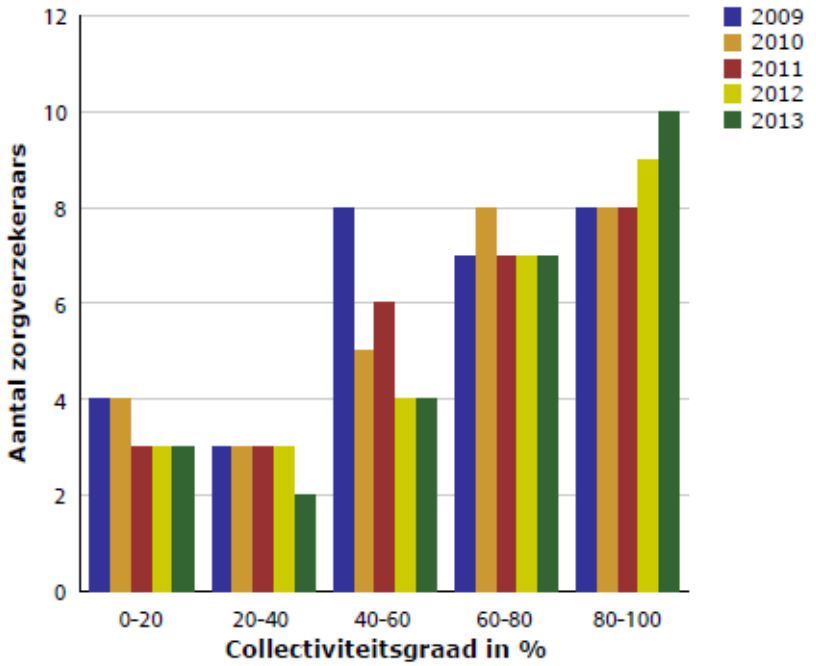


Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten)

Het aantal collectief verzekerden via een gelegenheidscollectief (de categorie anders) neemt al sinds de invoering van de Zvw toe. Sinds 2012 gaat deze groei ook ten koste van het aantal verzekerden met een werkgeverscollectiviteit. Het aantal verzekerden dat in 2013 is aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit is ten opzichte van 2012 afgenomen met ongeveer een half miljoen tot 6,1 miljoen verzekerden. 5,1 miljoen verzekerden hebben zich in 2013 aangesloten bij een gelegenheidscollectiviteit, in 2012 waren dat er nog 4,7 miljoen. Het aantal verzekerden wat is aangesloten bij een patiënten collectiviteit is al sinds de invoering van de Zvw gelijk. De aanbieders van gelegenheidscollectiviteiten uit de categorie anders zijn onder meer koepelorganisaties, verenigingen, bonden, sociale diensten van gemeenten en aanbieders die hun collectieve zorgverzekeringen via internet aanbieden.

Figuur 3.6 geeft de collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar weer. De collectiviteitsgraad is het percentage collectief verzekerden ten opzichte van het totaal aantal verzekerden van een zorgverzekeraar. In de figuur zijn de individuele risicodragende zorgverzekeraars opgedeeld in vijf categorieën afhankelijk van de hoeveelheid aangesloten verzekerden dat middels een collectief contract is verzekerd bij de betrokken verzekeraar.

Figuur 3.6. Collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar

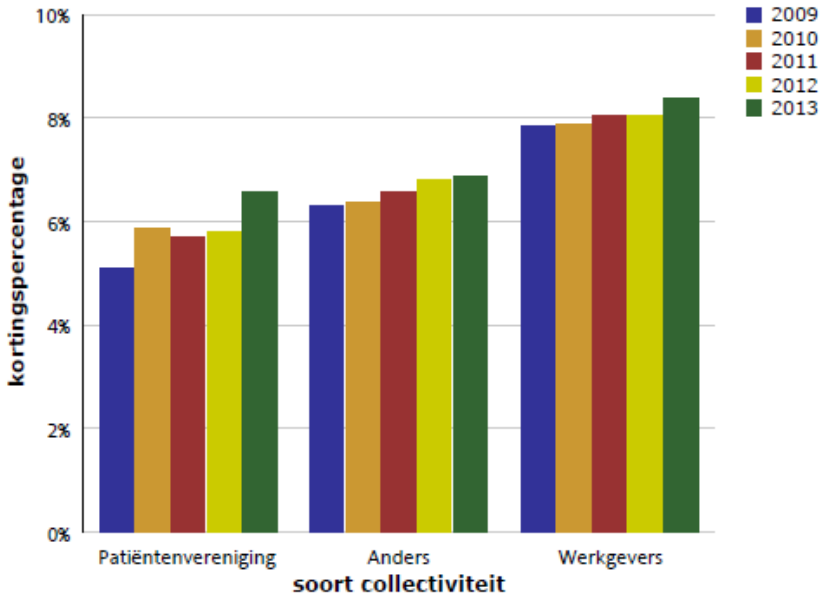


Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Ruim twee derde van de zorgverzekeraars heeft in 2012 en 2013 een collectiviteitsgraad van meer dan 50%. Dit betekent dat zorgverzekeraars in hoge mate afhankelijk zijn van collectiviteiten in hun portefeuille. Door de geleidelijke toename van de collectiviteitsgraad door de jaren heen is een verschuiving zichtbaar in de rubricering van zorgverzekeraars met een hogere collectiviteitsgraad.

In de onderstaande figuur wordt per categorie collectiviteiten het gemiddelde kortingspercentage ten opzichte van de nominale premie weergegeven. Aangezien weinig collectiviteiten met patiëntenverenigingen worden afgesloten, hebben relatief kleine wijzigingen een grote invloed op de gemiddelde collectiviteitskorting.

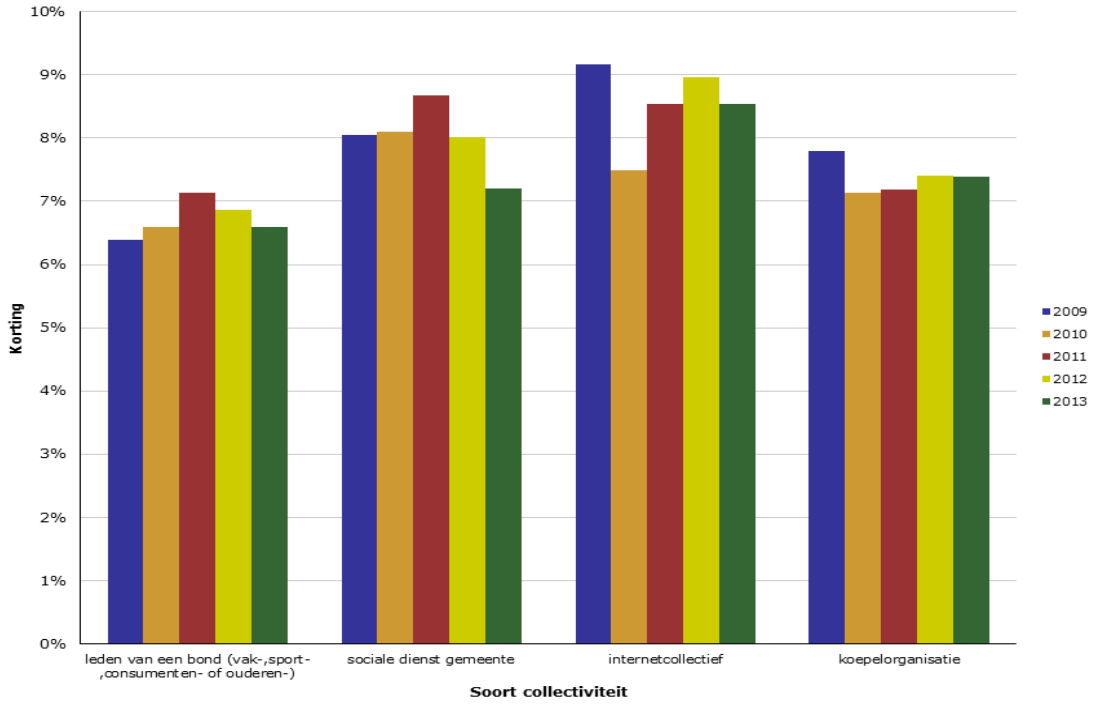
Figuur 3.7. Collectieve korting per soort collectiviteit



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

In de onderstaande figuur wordt ingezoomd op de categorie 'anders' en is het gemiddelde kortingspercentage op de basisverzekering weergegeven. De kortingspercentages zijn gebaseerd op de opgaven van de zorgverzekeraars van kortingspercentages voor maximaal 30 grootste collectiviteiten die groter zijn dan 1% van het totaal van hun collectief verzekerden.

Figuur 3.8. Collectieve korting per categorie 'anders'



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Omdat het hier een deelwaarneming van alleen de grootste collectiviteiten per zorgverzekeraar betreft, wijkt de berekeningswijze van het gemiddelde kortingspercentage enigszins af van de indicator collectieve korting per soort collectiviteit, waarin alle collectiviteiten zijn begrepen. De categorie 'Anders' uit die indicator is in deze figuur nader uitgesplitst voor de grootste contracten.

Ten slotte is in de onderstaande tabel een vergelijking gemaakt van de betaalde premie van individuele verzekeringen en de (basispremie – kortingen =) betaalde premie van collectieve verzekeringen. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3.3. Prijs individuele versus collectieve verzekering (gewogen gemiddelden)

		2009	2010	2011	2012	2013
Individueel verzekerden	Betaalde premie (basispremie)	€ 1.094	€ 1.137	€ 1.245	€ 1.275	€ 1.262
Collectief verzekerden	Basispremie	€ 1.113	€ 1.154	€ 1.267	€ 1.299	€ 1.289
	Betaalde premie	€ 1.036	€ 1.070	€ 1.174	€ 1.201	€ 1.190
	Korting op basispremie	6,9%	7,3%	7,4%	7,5%	7,7%
	Korting t.o.v. individueel verzekerden	5,3%	5,9%	5,7%	5,8%	5,7%
Alle verzekerden	Betaalde premie	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199	€ 1.226	€ 1.213

Bron: NZa op basis van Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag) en NZa (uitvraag collectiviteiten)

Uit de tabel volgt dat, hoewel de basispremie voor collectieve verzekeringen gemiddeld hoger is dan voor individuele verzekeringen, de betaalde premie voor collectieve verzekeringen gemiddeld uiteindelijk lager is vanwege de korting die wordt verstrekt. De korting voor collectieve verzekeringen ten opzichte van individuele verzekeringen is de laatste vier jaren redelijk stabiel.

Onderstaand wordt ingezoomd op het prijsvoordeel per soort collectief. Hieruit blijkt dat werkgeverscollectiviteiten de hoogste korting bedingen op de basispremie. De korting op collectiviteiten uit de categorie anders is in 2013 licht gedaald. Ondanks dit beeld is in 2013 het aantal verzekerden met een werkgeverscollectiviteit met een half miljoen gedaald terwijl het aantal verzekerden wat deelneemt aan een zogeheten gelegenheidscollectiviteit is gestegen. Dit beeld is bij veel zorgverzekeraars zichtbaar. Oorzaken hiervan kunnen bijvoorbeeld zijn dat meer werkenden werkeloos zijn geraakt en zich dan maar bij een gelegenheidscollectiviteit hebben aangesloten, ondanks de lagere korting. Ook kan het komen doordat de overige polisvoorwaarden van een gelegenheidscollectiviteit gunstiger zijn dan die van een werkgeverscollectiviteit, zoals de aanvullende verzekering, dekking of een lagere basispremie. Deze factoren compenseren dan het verschil in hoogte van de collectiviteitskorting.

Tabel 3.4. Prijsvoordeel per jaar collectieve versus individuele verzekering

Soort collectief	2009	2010	2011	2012	2013
Werkgevers	€ 68	€ 74	€ 79	€ 81	€ 81
Patiëntenvereniging	€ 38	€ 50	€ 50	€ 52	€ 57
Anders	€ 51	€ 56	€ 61	€ 65	€ 61
Totaal	€ 58	€ 67	€ 71	€ 74	€ 72

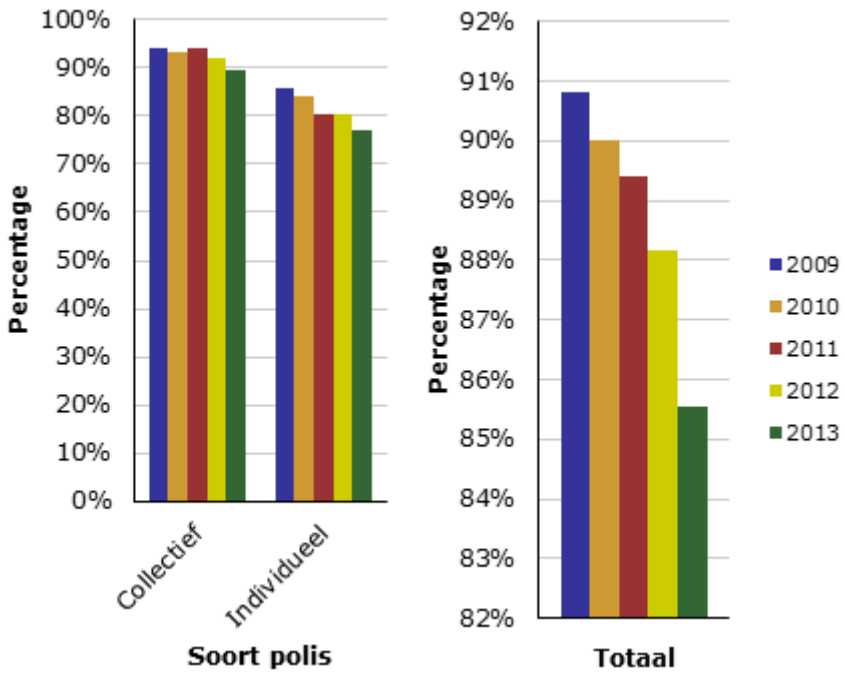
Bron: NZa op basis van Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag) en NZa (uitvraag collectiviteiten)

3.4 Aanvullende verzekeringen

Deze paragraaf beschrijft enkele ontwikkelingen op het gebied van de aanvullende verzekeringen. Achtereenvolgens komt aan bod:
- Het percentage aanvullend verzekerden per soort polis.
- Het aantal afgenomen aanvullend verzekeringen, uitgesplitst naar dekking mét en zónder mondzorg.
- Het percentage verzekerden met alleen een aanvullende verzekering.
- Het aantal aanvullende verzekeringen, uitgesplitst naar verzekeringen mét en zónder acceptatievoorwaarden.

De onderstaande figuur geeft het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering weer, opgesplitst naar collectief en individueel verzekerden.

Figuur 3.9. Percentage aanvullend verzekerden per soort polis



Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

In totaal heeft in 2013 ruim 85% van de verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten. Het percentage van zowel individueel en collectief verzekerden met een aanvullende verzekering neemt met de

jaren af. In 2013 lijkt er een versnelling van deze daling te hebben plaatsgevonden. In totaal hebben 14,3 miljoen verzekerden in 2013 een aanvullende verzekering.

In onderstaande tabel is hiernaast voor 2012 het aantal aanvullende verzekering met en zonder dekking voor mondzorg weergegeven. Meer dan drie kwart van de afgesloten aanvullende verzekeringen heeft een dekking voor mondzorg. Deze data zijn voor 2013 helaas niet beschikbaar.

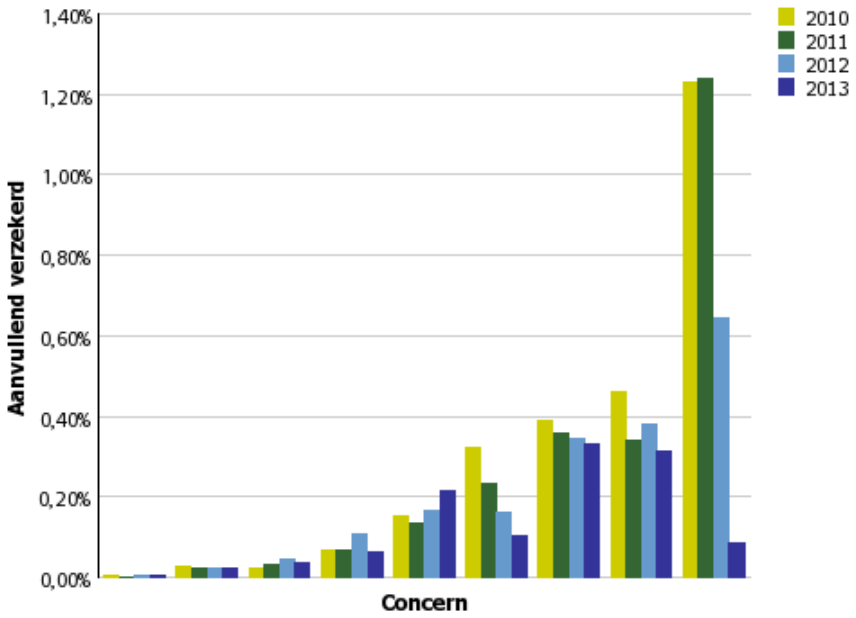
Tabel 3.5. Aantal aanvullend verzekerden met en zonder dekking voor mondzorg

	Jaar	AV's met mondzorg	AV's zonder mondzorg	Totaal AV's
Aantal x 1 mln.	2012	11,2	3,5	14,7
Percentage	2012	76%	24%	100%
Aantal x 1 mln.	2013	nb	Nb	14,3

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

In de onderstaande figuur is het percentage verzekerden opgenomen dat bij het betreffende concern alleen een aanvullende verzekering heeft afgesloten en de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft lopen.

Figuur 3.10. Percentage verzekerden met alleen een aanvullende verzekering bij een concern



Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Het betreft al jaren zeer kleine percentages. Het hoogste percentage betreft een van de kleinere concerns. Landelijk gaat het in 2013 om 0,19% van de verzekerden (2012 0,22%).

Uit de marktscan zorgverzekeringsmarkt van 2012 blijkt dat zorgverzekeraars voor 42% van de aangeboden aanvullende verzekeringen acceptatievoorwaarden stellen. In de consumentengids van december 2012 heeft de Consumentenbond een artikel genaamd

"vreemde vragen van zorgverzekeraars" gewijd aan de vraag in hoeverre zorgverzekeraars acceptatievoorwaarden stellen bij aanvullende verzekeringen.

De Consumentenbond heeft voor 2013 van 37 op de markt actieve zorgverzekeraars en labels in kaart gebracht of zij een acceptatieprocedure hanteren voor aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Hieruit blijkt dat ruim 20% van de zorgverzekeraars acceptatievoorwaarden hanteert voor een aanvullende verzekering en zelf meer dan 56% acceptatievoorwaarden hanteert voor een tandartsverzekering. Over het algemeen hebben deze acceptatievoorwaarden betrekking op de verzekeringen met de meest uitgebreide dekking.

De Consumentenbond heeft aan een ledenpanel gevraagd in hoeverre zij een aanvullende verzekering hebben en of voor de acceptatie aanvullende vragen zijn gesteld. Uit de respons bleek dat 5,5% van de verzekerden met een aanvullende verzekering nadere vragen moest beantwoorden. Twee derde hiervan werd uiteindelijk toch geaccepteerd voor de aangevraagde aanvullende verzekering. Meer dan de helft kreeg wel een hogere premie of aanvullende voorwaarden aangeboden.

3.5 Marktsegmentatie

De zorgverzekeraars bieden zorgverzekeringen aan de consumenten aan. Dezelfde zorgverzekeringen kunnen ook door volmachten of tussenpersonen worden aangeboden. De volmachten mogen namens de zorgverzekeraar polissen afsluiten, premies incasseren en schades behandelen. Ze functioneren zoals een zorgverzekeraar behalve dat ze geen risicodrager zijn. Een tussenpersoon bemiddelt tussen de zorgverzekeraar en de consument. De zorgverzekeraar blijft in dit geval verantwoordelijk voor het vergoeden van zorg. Zorgverzekeraars, volmachten en tussenpersonen gebruiken verschillende labels (merknamen) voor hun zorgverzekeringen in hun marketing. Voor consumenten zijn deze labels de meest zichtbaar en dus de producten waaruit ze kiezen.

De NZa heeft een bureauonderzoek gedaan naar de marktsegmentatie op de zorgverzekeringsmarkt. We hebben de websites van verzekeraars, volmachten en eventueel die van tussenpersonen kwalitatief beoordeeld. Ook brachten we in kaart welke consumentengroepen deze websites aanspreken. De resultaten geven inzicht in de doelgroepen waarop zorgverzekeraars en volmachten concurreren.

Doelgroepen worden niet alleen door middel van speciale voorwaarden van zorgverzekeringen aangetrokken maar ook via collectiviteitskortingen of een voordelige bundel van verzekeringen (basis en specifieke aanvullende zorgverzekering of andere schadeverzekeringen). In dit onderzoek van de NZa was bepalend of de reclame op de website een doelgroep aanspreekt ongeacht welke product precies aangeboden wordt. Op grote lijnen kunnen we drie richtingen van marktsegmentatie onderscheiden.

De eerste is segmentatie op basis van gezinssituatie, leeftijd of leefstijl. De vaakst voorkomende doelgroepen zijn de jongeren en studenten. Er zijn speciaal voor hen ontworpen aanvullende verzekeringen of verzekeringspakketten in het aanbod van een zorgverzekeraar of volmacht. Andere doelgroepen op basis van gezinssituatie of leeftijd zijn de gezinnen en vitale 50 plussers. Een verzekeraar of volmacht biedt

uiteraard polissen voor meerdere van deze doelgroepen aan; bij voorbeeld voor jongeren, gezinnen en 50-plussers.

De tweede richting is de positionering ten opzichte van prijs, kwaliteit en gemak. Een groep van labels positioneert zich als prijsvechter en probeert klanten te trekken met de 'laagste prijzen'. Andere merken benadrukken vooral overzichtelijkheid, goede prijs-kwaliteit verhouding en gemak in het regelen van zaken. Ook in deze groep is lage prijs een aspect maar deze labels hoeven niet de goedkoopste te zijn. Deze labels richten zich op consumenten die wel wat over hebben voor hun verzekering en naast prijs ook andere factoren mee laten spelen in hun keuze. Nog een andere groep van verzekeraars wil uitblinken met extra services zoals zorgadvies, een second opinion of juist met de beste zorg.

De derde strategie is het focussen op niches. Er bestaan verzekeringen in het bijzonder voor bij voorbeeld vrouwen en ondernemers.

Combinatie van deze drie richtingen komt ook voor. Een voorbeeld hiervan zijn de doelgroepen jongeren en studenten. Ze krijgen het vaakst een apart verzekeringspakket of aanvullende verzekering aangeboden, ongeacht wat de andere doelgroepen van de verzekeraar of volmacht zijn.

3.6 Vergoedingsbeperkingen voor niet-gecontracteerde zorg

Zorgverzekeraars stellen soms in de polisvoorwaarden beperkingen aan de te vergoeden zorgkosten voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Zij vergoeden normaal gesproken maximaal het tarief dat is vastgesteld op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) of, bij vrije zorgmarkten, een marktconform tarief. Een marktconform tarief is het tarief wat passend is binnen de Nederlandse marktomstandigheden.

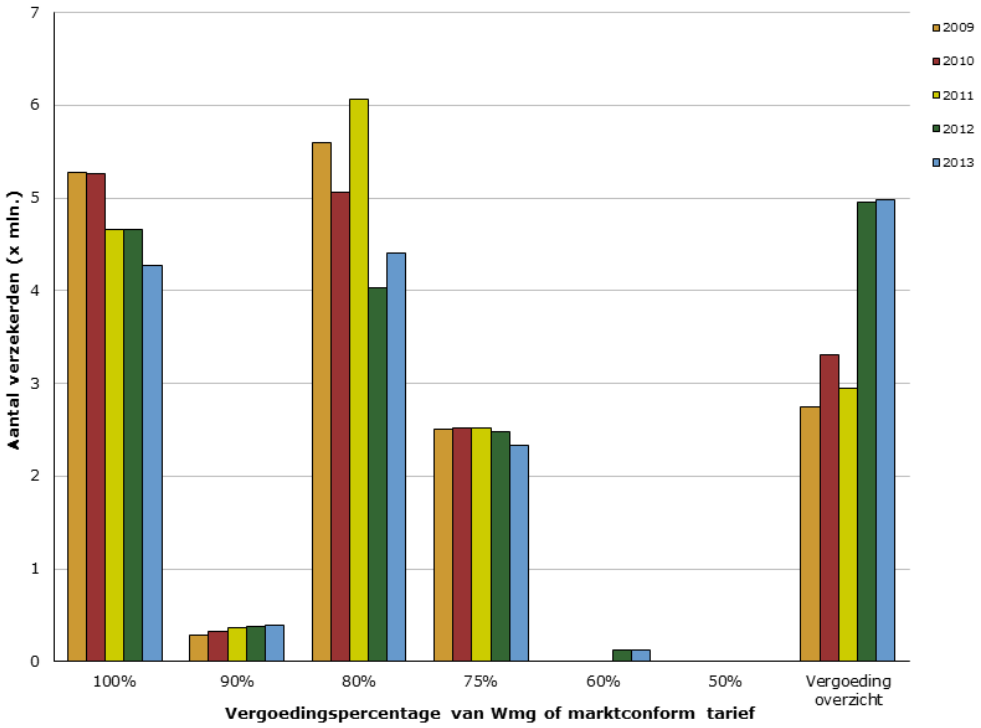
In het afgelopen jaar is er veel discussie geweest over welke vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg op grond van de Zvw is toegestaan. Recent zijn er ook enkele uitspraken door de rechter geweest. In de meest recente uitspraak is in kort geding door de rechtbank in Breda bepaald dat een vergoeding van minder dan 80-75% strijdig is met het hinderpaalcriterium. De rechter verwees hierbij naar de memorie van toelichting op de Zvw. Daarin wordt het hinderpaalcriterium aangehaald.[20]

De NZa hanteert in haar beleidsregel toezichtkader zorgplicht[21] op grond van artikel 13 Zvw de volgende normen: 1) de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor iedere verzekerde die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeft, gelijk is en 2) de vergoeding niet nihil mag zijn. Zorgverzekeraars kunnen dus minder dan het maximum vergoeden.

In de onderstaande figuur is de ontwikkeling te zien van het percentage verzekerden met een vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg.

[20] Zie het arrest Müller-Fauré en Van Riet, 13 mei 2003, zaak C-385/99 van de Europese Commissie.
[21] TH/BR-006.

Figuur 3.11. Ontwikkeling aantal verzekerden met vergoedingsbeperking bij niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

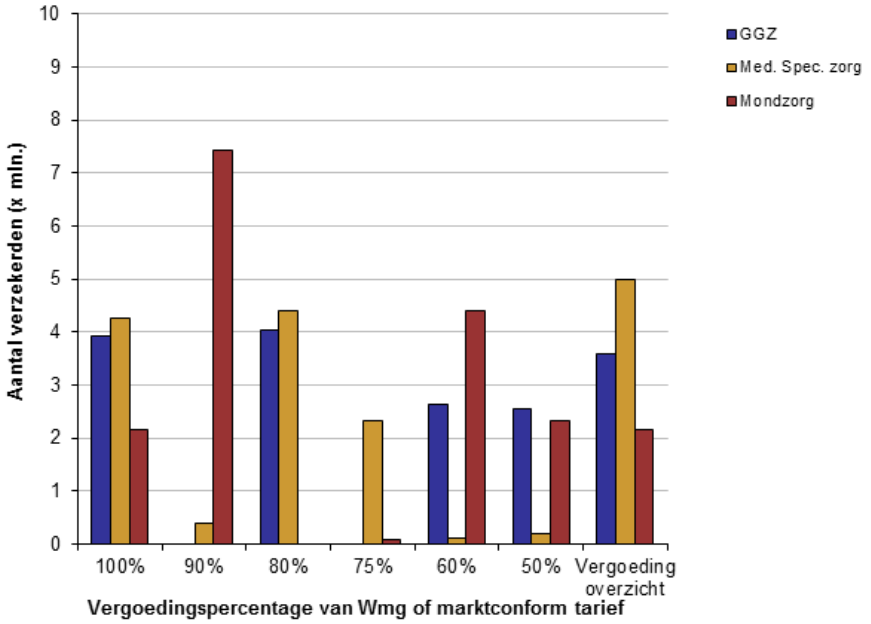
Sinds 2008 is het aantal verzekerden dat bij gebruik van niet-gecontracteerd zorg aanspraak kan maken op een volledige vergoeding afgenomen.

In de categorie 'vergoedingoverzicht' is de vergoeding beperkt volgens een door de zorgverzekeraar vastgestelde lijst met maximum vergoedingen die vaak lager zijn dan bij gecontracteerde zorg. Het betreft de polissen met (deels) gecontracteerde zorg van twee grote en een kleine zorgverzekeraar.

Daarnaast zijn tot op heden nagenoeg alle aanbieders van medisch specialistische zorg gecontracteerd. De beperking van de vergoeding heeft vooral betrekking op privéklinieken. Omdat deze over het algemeen lagere passantenprijzen hanteren dan algemene ziekenhuizen is de beperking van de vergoeding van enkele verzekeraars feitelijk kleiner. Er zijn met ingang van 2011 enkele zorgverzekeraars voor specifieke verrichtingen zoals blaasverwijderingsoperaties en borstkankerzorg alleen afspraken gaan maken met ziekenhuizen die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. De verwachting is dat als gevolg van deze recente ontwikkeling, de vergoedingsbeperkingen in de toekomst een groter effect zullen hebben voor de medisch specialistische zorg.

In de onderstaande tabel zijn voor het jaar 2013 naast de vergoedingsbeperkingen voor de medisch specialistische zorg, ook de vergoedingsbeperkingen voor de GGZ en mondzorg weergegeven.

Figuur 3.12. Beperking vergoeding niet-gecontracteerde zorg voor Medisch specialistische zorg, GGZ en Mondzorg, in 2013



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Uit de figuur blijkt dat vergoedingsbeperkingen van 50-60% voor niet-gecontracteerde GGZ zorg en mondzorg (in de basisverzekering) niet zeldzaam zijn in tegenstelling tot de vergoedingsbeperkingen in medisch specialistische zorg. Een vergoedingsbeperking van 50% is nieuw in 2013. De lage percentages worden veroorzaakt doordat zorgverzekeringsconcerns over de gehele linie de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg voor GGZ en mondzorg verlagen. Er is een zorgverzekeringsconcern dat lagere vergoedingen hanteert dan de andere concerns voor GGZ en mondzorg. Ook valt op dat de meeste zorgverzekeraars mondzorg (in de basisverzekering) voor 90% vergoeden, indien die wordt geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. In 2012 vergoedden de meeste zorgverzekeraars op grond van hun polisvoorwaarden voor mondzorg nog 100%. Wel speelden in 2012 problemen rond de vergoedingen als gevolg van het experiment vrije prijzen in de mondzorg. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 4.2.

3.7 Zorgplicht

Bij het inkopen van zorg zullen zorgverzekeraars altijd rekening moeten houden met hun zorgplicht (art. 11 Zvw). De zorgplicht houdt in dat op zorgverzekeraars de verplichting rust ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

Voor verzekerden met een restitutiepolis hebben verzekerden recht op zorgbemiddeling. Verzekeraars moeten er bij deze bemiddeling voor zorgen dat zij met de zorgaanbieder afspraken maken over de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid en borgen dat zorgaanbieders op deze aspecten aan de gewenste niveaus voldoen.

Bij prestaties die in natura worden aangeboden gaat de zorgplicht van zorgverzekeraars een stap verder. De zorgverzekeraar heeft een resultaatsverplichting tot het (laten) leveren van zorg en moet waarborgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor zijn verzekerden zodat zij de zorg kunnen krijgen waar zij behoefte aan hebben. De zorgverzekeraar moet proactief beleid hebben ontwikkeld zodat de tijdigheid en bereikbaarheid van de zorgverlening aan zijn verzekerden ook blijft wanneer een gecontracteerde zorgaanbieder zou wegvallen.

Zorgverzekeraars zijn vrij om te kiezen welke zorgaanbieders zij hiervoor contracteren. Zij zijn dus niet verplicht om met alle zorgaanbieders contracten te sluiten. De NZa heeft de zorgplicht nader vastgelegd in de beleidsregel toetsingskader zorgplicht zorgverzekeraars (TH/BR-006).

Consultatieronde medisch specialistische zorg
De normen die de Zvw stelt voor de zorgplicht ten aanzien van toegankelijkheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg, zijn grotendeels open normen. Om te onderzoeken hoe zorgverzekeraars omgaan met deze open normen voor medisch specialistische zorg, hield de NZa in 2012 een consultatieronde. Daarbij zijn gesprekken gevoerd met een aantal zorgverzekeraars, de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). In deze gesprekken stond de vraag centraal of nadere invulling van de open norm zorgplicht voor de medisch specialistische zorg noodzakelijk is.

Op grond van de informatie uit de consultatieronde en signalen, concludeert de NZa dat zorgverzekeraars op dit moment voldoende zorg inkopen om aan de zorgplicht voor medisch specialistische zorg te voldoen. Zorgverzekeraars contracteren breed, waardoor er geen problemen zijn om verzekerden de benodigde zorg te leveren. Uit de consultatie is verder gebleken dat de zorgverzekeraars weinig tot geen behoefte hebben aan een nadere invulling van de open normen voor zorgplicht voor electieve zorg.

De verwachting is dat selectieve inkoop van zorg door zorgverzekeraars de komende jaren gaat toenemen tegen de achtergrond van de Wijziging van artikel 13 Zvw en de gewijzigde bekostigingsstructuur in de medisch specialistische zorg. Hierdoor neemt de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars in belang toe.

Beleidsregel Overmacht
Zorgverzekeraars zijn op grond van hun zorgplicht verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Een zorgaanbieder kan failliet gaan waardoor deze continuïteit in gevaar kan komen. Zorgverzekeraars zouden dan problemen kunnen ondervinden om te voldoen aan hun zorgplicht. Als een zorgverzekeraar aantoonbaar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen en hem dit niet is aan te rekenen, kan sprake zijn van een overmachtsituatie.

De NZa heeft sinds 1 januari 2013 de beleidsregel Overmacht continuïteit van zorg (TH/BR-008) ingevoerd. Deze beleidsregel is van toepassing op cruciale zorg, te weten: ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde crisisopvang GGZ en zorg als omschreven bij of krachtens de AWBZ. De beleidsregel geeft aan op welke wijze zorgverzekeraars een situatie van overmacht in de nakoming van de zorgplicht voor de continuïteit van cruciale zorg bij de NZa kunnen melden en hoe de NZa dit toetst.

Verzekeraars moeten een situatie van overmacht schriftelijk bij de NZa melden en duidelijk aangeven welke inspanningen zij hebben verricht om op een alternatieve manier aan hun zorgplicht te voldoen, en waarom dit niet is gelukt. De NZa toetst op basis van de door de zorgverzekeraar aangeleverde informatie of het beroep op overmacht terecht is. Als de NZa vaststelt dat er sprake is van overmacht kan het ministerie van VWS een vangnetstichting oprichten om de continuïteit van de betreffende vorm van cruciale zorg te waarborgen. Deze vangnetstichting kan vervolgens bij de NZa een beroep doen op een beschikbaarheidsbijdrage. Als geen sprake is van overmacht moet de verzekeraar zélf de continuïteit van zorg waarborgen. Bijvoorbeeld door in de zorg te voorzien door zelf een vangnetstichting op te richten. Tot mei 2013 heeft de NZa geen verzoeken om en beschikbaarheidsbijdrage ontvangen.

3.8 Toegangseisen aanspraken

Onderzocht is of zorgverzekeraars eisen stellen als het gaat om de toegang tot aanspraken waar verzekerden recht op hebben. Daarbij is gekeken hoe vaak voor een bepaalde verstrekking toegangseisen worden gesteld en of er sprake moet zijn van een toestemming, voorschrift of verwijzing[22]. Deze kunnen soms naast elkaar gevraagd worden. Er is ook gekeken of er een relatie is met of er sprake is van een natura of restitutie-aanspraak. Uit de analyse blijkt dat er geen verband is tussen de toegangseisen en of er sprake is van natura of restitutie. In de onderstaande tabel zijn de uitkomsten van de analyse opgenomen.

Voor de analyse is gezocht naar veel voorkomende eisen die voor toegang worden gesteld. Een zorgverzekering stelt toegangseisen vaak afhankelijk van de vraag of de betreffende zorg is gecontracteerd of niet of dat er sprake is van zorg die slechts onder bepaalde omstandigheden aan kan worden gemerkt als verzekerde zorg. In deze analyse tellen we alle zorgverzekeringen mee die toegangseisen stellen ongeacht of deze eisen voor alle gevallen of alleen voor specifieke situaties gelden. In het geval van fysiotherapie bijvoorbeeld eist 79% van de zorgverzekeringen een verwijzing. Dit gaat echter grotendeels om verwijzing in geval van niet-gecontracteerde aanbieders. Gecontracteerde aanbieders kunnen doorgaans zonder verwijzing worden bezocht.

[22] Toestemming is gelijk aan een machtiging. De zorgverzekeraar moet op grond van de polisvoorwaarden vooraf goedkeuring voor de behandeling geven voordat die kan worden geleverd/vergoed. Een voorschrift wordt gegeven wanneer de behandelend arts voorschrijft welke vervolgbehandeling of medicatie wordt gegeven. Een recept is een voorbeeld van een voorschrift. Er is sprake van een verwijzing wanneer een arts een patiënt verwijst naar een specifieke soort zorgverlener. Denk aan de verwijzing van de huisarts naar de specialist. Een verwijzing is noodzakelijk om aanspraak te kunnen maken op medisch specialistische zorg.

Tabel 3.6. Toegangseisen voor de aanspraken op zorg

Aanspraak	Natura	Toegangseisen	Toestemming	Voorschrift	Verwijzing
Ambulance vervoer	51%	60%	40%	34%	9%
Dieetadvisering	48%	76%	3%	0%	70%
Ergotherapie	51%	67%	0%	21%	43%
Farmaceutische zorg	51%	100%	46%	90%	0%
Fysiotherapie	52%	87%	37%	21%	79%
GGZ	51%	96%	1%	6%	96%
Huisartsenzorg	61%	22%	15%	0%	10%
Hulpmiddelenzorg	54%	93%	58%	9%	24%
Ketenzorg	64%	29%	6%	0%	23%
Kraamzorg	54%	54%	1%	6%	18%
Logopedie	51%	72%	0%	21%	48%
Med. Spec. zorg	52%	100%	66%	0%	97%
Mondzorg	52%	97%	76%	0%	52%
Oefentherapie	52%	84%	37%	21%	78%
Verloskundige zorg	52%	36%	3%	6%	30%
Zittend ziekenvervoer	52%	100%	79%	36%	4%
Overige vormen	38%	8%	8%	0%	8%

Bron: NZa

In Tabel 3.6 staan de aanspraken die in de modelovereenkomsten, die op de markt zijn gebracht, worden aangeboden. Ook wordt het percentage van deze aanspraken wat in als natura-aanspraak wordt aangeboden en het percentage zorgverzekeringen dat toegangseisen stelt of een toestemming, voorschrift of verwijzing eist weergegeven. 51% van de zorgverzekeringen biedt bij voorbeeld ergotherapie in natura aan. In 67% van de modelovereenkomsten worden toegangseisen gesteld aan ergotherapie. Toestemming is in geen van de gevallen vereist voor ergotherapie, maar 21% van de zorgverzekeringen eist een voorschrift en 43% een verwijzing in bepaalde situaties.

De volgende zaken vallen op: voor farmacie, GGZ, hulpmiddelen, medisch specialistische zorg, mondzorg en zittend ziekenvervoer worden nagenoeg altijd toegangseisen gesteld. Voor farmaceutische zorg is er voornamelijk sprake van een voorschrift (recept). Voor medisch specialistische zorg, mondzorg en zittend ziekenvervoer wordt in meer dan drie kwart van de gevallen een toestemming geëist. Bij medisch specialistische zorg betreft het voornamelijk bepaalde aandoeningen die niet altijd als verzekerde zorg kunnen worden aangemerkt. Denk hierbij aan plastische chirurgie. Daarnaast is voor GGZ en Medisch specialistische zorg altijd een verwijzing vereist.

In het bijzonder is nog gekeken naar de toegang tot farmaceutische zorg. In het geval van zes polissen is als vereiste gesteld dat herhaalrecepten via een internetapotheek moeten worden besteld. Deze zes polissen hebben voorts als kenmerk gemeen dat het allemaal prijsvechters betreft. Het merendeel van deze polissen kan tevens worden gekenmerkt als internetpolis.

3.9 Overstapgedrag

Deze paragraaf beschrijft het overstapgedrag en de ontwikkeling daarin. Achtereenvolgens komt aan bod:
- kwantitatieve gegevens over overstapgedrag
- kenmerken van overstappers en niet overstappers
- belemmeringen bij overstappen
- verzekeraar keuze van collectiviteiten

3.9.1 Kwantitatieve gegevens overstappers

De NZa definieert overstap als het veranderen van zorgverzekeraar. Indien een verzekerde overstapt bij een zorgverzekeraar van het ene label naar het andere label (bijvoorbeeld van De Amersfoortse naar Ditzo) wordt dit momenteel niet als een overstap geregistreerd. Als een collectiviteit in zijn geheel overstapt van een zorgverzekeraar naar een andere zorgverzekeraar, wordt het als overstap van elk lid van de collectiviteit opgevat.

In onderstaande tabel is voor de jaren 2009-2013 weergegeven hoeveel verzekerden in totaal bij een andere zorgverzekeraar zijn ingestroomd, zowel in aantallen als in percentages. De NZa hanteert de instroom als mobiliteitsindicator voor overstapgedrag.

Tabel 3.7. Instroom verzekerden

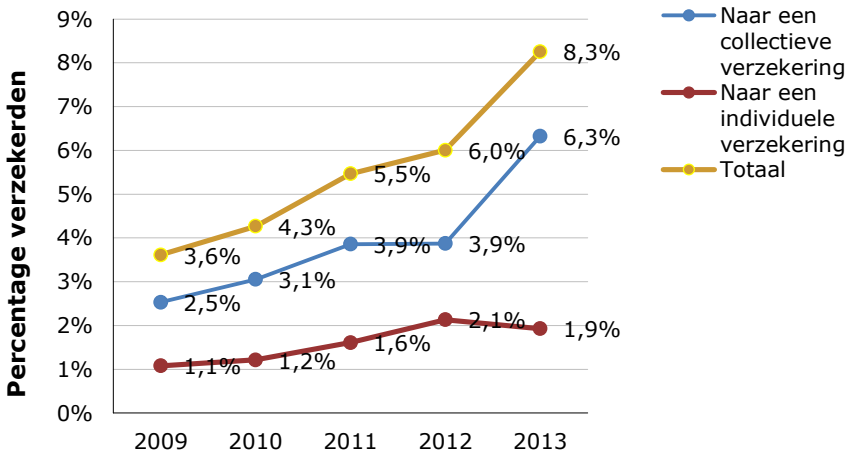
	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal verzekerden instroom (in mln.)	0,6	0,7	0,9	1,0	1,4
Totaal blijvers (in mln.)	15,8	15,8	15,7	15,7	15,3
Tot aantal verzekerden (in mln.)	16,4	16,5	16,6	16,7	16,7
Instroom %	**3,6%**	**4,3%**	**5,5%**	**6,0%**	**8,3%**
Blijvers %	96,4%	95,7%	94,5%	94,0%	91,7%

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Uit de tabel volgt dat elk jaar meer mensen overstappen; per 2013 is 8,3% van de verzekerden (1,4 miljoen in aantal) ingestroomd bij een andere zorgverzekeraar. Hiervan betreft 1,1 procentpunt de overgang van een label en een aantal collectiviteiten naar andere zorgverzekeraars.[23] De onderstaande figuur toont de ontwikkeling van het percentage verzekerden dat jaarlijks overstapt naar een andere zorgverzekeraar, en maakt daarbij tevens onderscheid naar verzekerden die zijn overgestapt naar een collectieve zorgverzekering en verzekerden die zijn overgestapt naar een individuele zorgverzekering.

[23] De NZa neemt in tegenstelling tot Vektis deze verzekerden mee in de bepaling van het percentage verzekerden dat overstapt.

Figuur 3.13. Percentage verzekerden dat jaarlijks instroomt bij een andere zorgverzekeraar

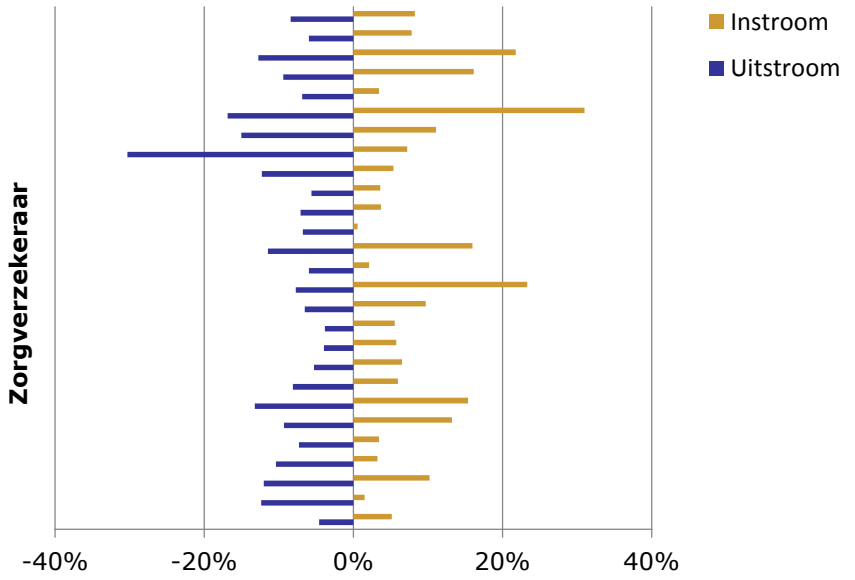


Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

In de figuur valt op dat het percentage overstappers naar een individuele verzekering in 2013 daalt. Hierbij speelt een rol dat het aantal individueel verzekerden jaarlijks daalt door overstap naar een collectieve verzekering. De figuur toont alleen de instroom bij zorgverzekeraars. Binnen een zorgverzekeraar stapt gemiddeld ook nog eens 1,1% van de verzekerden over van een individuele naar een collectieve verzekering, terwijl dit andersom 0,4% is.

Onderstaande figuur toont per zorgverzekeraar de instroom en de uitstroom van 2012 op 2013.

Figuur 3.14. Instroom en uitstroom per zorgverzekeraar van 2012 op 2013



Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

De instroom en uitstroom van verzekerden van 2012 op 2013 zijn per zorgverzekeraar uitgedrukt in een percentage van het aantal verzekerden per eind 2012. De grootste uitstroom bedraagt 30% bij een

verzekeraar, de grootste instroom 31% bij een andere verzekeraar en is grotendeels veroorzaakt door de overstap van enkele collectiviteiten.

In de onderstaande tabel is een berekening opgenomen van de overstapwinst en de prijsgevoeligheid. De prijsgevoeligheid of ook wel de prijselasticiteit genoemd, geeft de relatieve (procentuele) verandering van de gevraagde hoeveelheid aan als gevolg van een relatieve (procentuele) prijsverandering van dat goed. Met deze uitkomst kan een inschatting worden gemaakt of een prijsverandering leidt tot een stijging van de omzet of juist tot een omzetdaling. Hoe hoger de absolute waarde is van de prijsgevoeligheid, hoe feller consumenten reageren op een prijswijziging. Over het algemeen is deze reactie tegengesteld aan de prijsontwikkeling. Dus bij een premiestijging zullen verzekerden wegtrekken naar andere aanbieders, terwijl bij een premiedaling het aantal verzekerden zal toenemen.

In deze tabel is overstappen ruimer gedefinieerd dan een verandering van zorgverzekeraar. Het betreft hier overstappen tussen het individueel of collectief afsluiten van dezelfde polis, het afsluiten van een andere polis bij dezelfde zorgverzekeraar of het helemaal overstappen naar een andere zorgverzekeraar, al dan niet binnen hetzelfde concern.

Tabel 3.8. Prijsgevoeligheid overstappen

	2009	2010	2011	2012	2013
Ongewogen premie (voor overstappen)	€ 1.080	€ 1.118	€ 1.214	€ 1.243	€ 1.232
Gewogen premie (voor overstappen)	€ 1.059	€ 1.099	€ 1.201	€ 1.229	€ 1.217
Gewogen premie (na overstappen)	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199	€ 1.226	€ 1.213
Totale overstapwinst x 1 miljoen	€ 4,1-	€ 50,4	€ 35,8	€ 39,7	€ 52,6
Prijsgevoeligheid	0,2	2,5-	1,6-	1,8-	2,3-

Bron: NZa op basis van NZa (Modelovereenkomsten en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

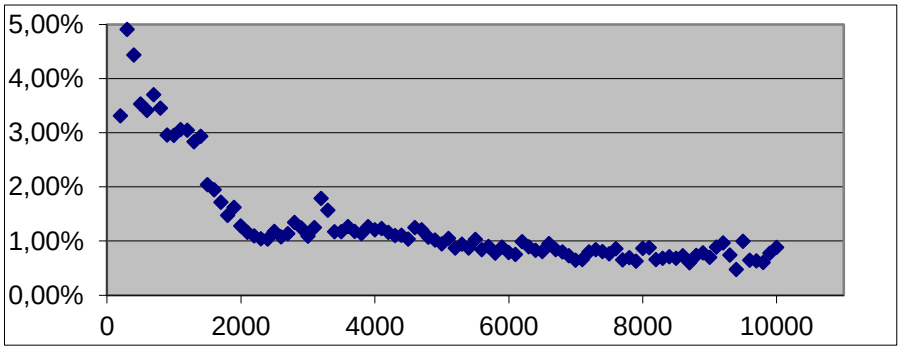
Uit de tabel volgt dat de consumenten in 2013 bijna € 53 miljoen aan premiegelden hebben bespaard door over te stappen naar een andere polis (en/of collectiviteit/zorgverzekeraar) die in 2013 lager is geprijsd dan waarvoor hun vorige polis in 2013 wordt aangeboden. De prijsgevoeligheid van -2,3 in 2013 betekent dat een premieverhoging van 1% van een gemiddelde polis (terwijl de prijs van andere polissen gelijk blijft) leidt tot een afname van de vraag naar die polis van 2,3%.

3.9.2 Kenmerken van overstappers en niet-overstappers

De NZa vroeg het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBGM, Erasmus Universiteit) om onderzoek te doen naar overstapgedrag van verzekerden.[24] Het iBGM onderzocht welke groepen verzekerden veel en welke groepen verzekerden weinig overstappen. Ook vergeleken zij de kenmerken van overstappers en niet overstappers. Uit het onderzoek blijkt dat mensen die naar verwachting lage zorgkosten hebben (d.w.z. in het algemeen gezond zijn) vaker overstappen dan mensen met voorspelde hoge zorgkosten. In Figuur 3.15 staat het percentage overstappers als functie van de normkosten uit de risicoverevening. Uit de figuur blijkt dat met een toename van de zorgkosten (en dus verslechtering van de gezondheid van de verzekerden) het overstappercentage daalt van ongeveer 5 procent tot een half procent.

[24] Duijmelinck et al. 2013.

Figuur 3.15. Percentage overstappers op 1 januari 2009[25] als functie van normkosten



Bron: Duijmelinck et al. 2013 p.39.

Tabel 3.9 hieronder laat de verschillen tussen de kenmerken van overstappers en niet-overstappers zien. Overstapper zijn gemiddeld 9,1 jaar jonger dan niet overstappers. Hogere percentages onder niet-overstappers die in een farmaciekostengroep (FKG), diagnosekostengroep (DKG) of meerjarige hoge kosten (MHK) klassen zijn ingedeeld wijzen erop dat er meer chronisch zieken zijn onder niet-overstappers dan onder overstappers.[26]

Tabel 3.9. Kenmerken van de overstappers versus de niet-overstappers op 1 januari 2009

Kenmerken	Niet-overstappers op 1 januari 2009	Overstappers op 1 januari 2009
Percentage vrouw	50,9%	51,6%
Gemiddelde leeftijd	40,0 jaar	30,9 jaar
Percentage ingedeeld in een FKG in 2009	16,8%	8,6%
Percentage ingedeeld in een DKG in 2009	2,57%	0,88%
Percentage ingedeeld in een MHK-klasse in 2009	7,4%	3,4%

Bron: Duijmelinck et al. 2013 p. 41

Zorgkosten van overstappers en niet-overstappers op landelijk niveau

De gerealiseerde zorgkosten van niet-overstappers (voor het toepassen van de risicoverevening) zijn aanzienlijk hoger dan de kosten van niet-overstappers. Dit is waar voor een aantal jaren vóór en ná de overstap. Tabel 3.10 laat deze verschillen zien.

[25] De groep overstappers is gedefinieerd als verzekerden die op 31 december 2008 bij een andere verzekeraar (risicodrager) waren ingeschreven dan op 1 januari 2009. Het recentste jaar waarvoor gegevens van de risicoverevening beschikbaar waren in de tijd van het onderzoek is 2010. Overstappers zijn echter lastig te identificeren in 2010 door verschuivingen van volmachten. Daarom worden gegevens uit 2009 gebruikt voor de analyses.
[26] Voor een toelichting over FKG's, DKG's en MKH's zie paragraaf 2.4.

Tabel 3.10. Gemiddelde werkelijke zorgkosten van verzekerden die op 1 januari 2009 wel of niet overstapten

Jaar	Gemiddelde werkelijke kosten niet-overstappers	Gemiddelde werkelijke kosten overstappers	Relatief verschil*
2006	€ 1.364	€ 772	-43%
2007	€ 1.462	€ 851	-42%
2008	€ 1.483	€ 872	-41%
2009	€ 1.586	€ 1.010	-36%
2010	€ 1.742	€ 1.152	-34%

* De verschillen zijn op de volgende manier berekend: [(werkelijke zorgkosten overstappers/werkelijke zorgkosten niet-overstappers)-1] x 100%; alle verschillen zijn significant: p<0,01
Bron: Duijmelinck et al. 2013 p.42

De hierboven weergegeven verschillen in zorgkosten tussen overstappers en niet overstappers worden (bijna) volledig gecompenseerd via de risicoverevening.

Het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde op landelijk niveau is berekend door de gemiddeld gerealiseerde zorgkosten van de groep af te trekken van de gemiddelde normkosten van de groep. De uitkomst van deze berekening kan bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie worden geïnterpreteerd als het gemiddelde vereveningsresultaat (winst of verlies).[27] Het doel van de analyse is om na te gaan of de groepen overstappers en niet-overstappers onderling verschillen in risico's, waarvoor het vereveningssysteem niet goed compenseert.

Tabel 3.11 laat zien dat in het jaar van de overstap (2009) een gemiddelde winst van 23 euro per overstapper wordt gerealiseerd. Een jaar na de overstap is deze winst omgeslagen naar een gemiddeld verlies van € 23 per overstapper. Over de eerste twee jaar na de overstap wordt op de groep overstappers als geheel dus vrijwel geen winst of verlies gemaakt

[27] In Duijmelinck et al. 2013 wordt de term 'gemiddeld financieel resultaat' gebruikt.

Tabel 3.11. Gemiddelde vereveningsresultaat[28] (in 2008, 2009 en 2010) per overstapper en niet-overstapper bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie

Jaar	Gemiddelde vereveningsresultaat per niet-overstapper op 1 januari 2009	Gemiddelde vereveningsresultaat per overstapper op 1 januari 2009
2008	€ -4***	€ 89***
2009	€ -1	€ 23***
2010	€ 0	€ -23***

*** significant: p<0,01

Bron: Duijmelinck et al. 2013 p.43

Zorgkosten van overstappers en niet-overstappers per zorgverzekeraar

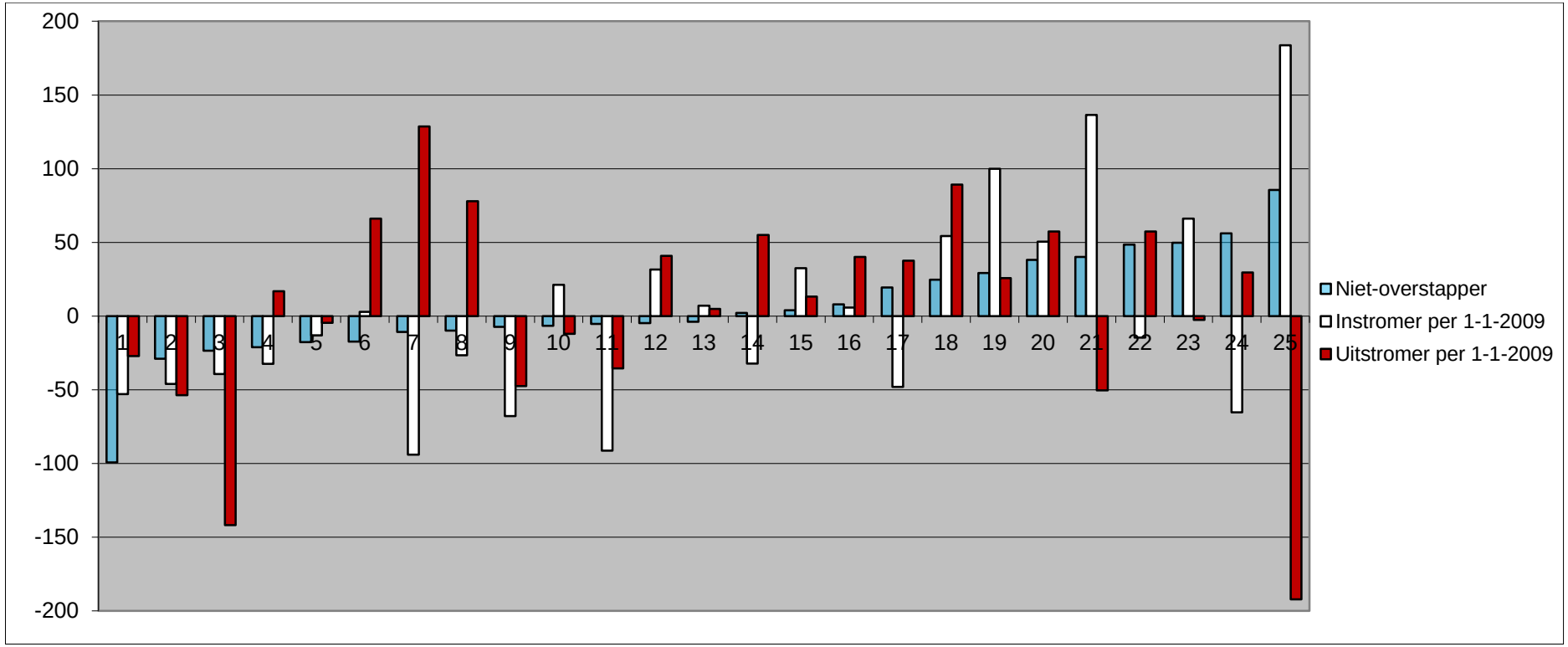
Figuur 3.16 zoomt in op het vereveningsresultaat[29] na compensatie via de risicoverevening in 2009 per zorgverzekeraar. Vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraar zijn er verzekerden die in een gegeven jaar instromen, uitstromen of niet-overstappen.[30] De analyses geven een beeld van de vereveningsresultaten van deze drie groepen verzekerden per zorgverzekeraar in 2009.

[28] De normkosten zijn in 2008 en 2009 berekend op basis van het risicoverevening-model-2012 en in 2010 op basis van het model-2013, beide exclusief de bandbreedte-regeling. Door het toepassen van het model-2012 in plaats van 2009 op de kosten-2009 zijn de gepresenteerde winsten en verliezen een onderschatting van de werkelijke winsten en verliezen in 2009 die resulteren na toepassing van het model-2009. De hiervoor benodigde gegevens waren niet beschikbaar voor het onderzoek. Hetzelfde geldt voor de kosten-2008. Een belangrijk verschil is dat de voorspelkracht van het model-2012 (door de toevoeging van Meerjarig Hoge Kosten) groter is dan van die van het model-2008 en 2009. Een globale indicatie is dat de gemiddelde winsten en verliezen per subgroep bij het model-2008 en 2009 circa een kwart groter zijn dan bij het model-2012 (Duijmelinck et al. 2013 p.43).

[29] Het vereveningsresultaat per verzekeraar is berekend vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde vereveningsresultaat.

[30] In de analyse zijn de volgende definities gebruikt:
- Instromers: verzekerden die per 1 januari 2009 als nieuwe verzekerden bij de zorgverzekeraar geregistreerd staan
- Uitstromers: verzekerden die per 1 januari 2009 overgestapt zijn van de geanalyseerde zorgverzekeraar naar een andere zorgverzekeraar.

Figuur 3.16. Gemiddelde vereveningsresultaat in euro's in 2009 per zorgverzekeraar per niet-overstapper, instromer en uitstromer per 1 januari 2009[31]



Bron: Duijmelinck et al. 2013 p.55.

De gevonden resultaten voor de niet-overstappers en instromers zijn statistisch significant ($p<0,05$) voor zorgverzekeraars 1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 17 t/m 25. Uit verdere analyse blijkt dat de afwijkende resultaten van instromers bij zorgverzekeraars 6, 10, 12, 17 t/m 25 waarschijnlijk niet door (on)doelmatigheid komen. De gevonden resultaten voor de uitstromers zijn statistisch significant ($p<0,05$) voor zorgverzekeraar 6, 7, 8, 12, 14, 18, 20 en 25.

[31] Na toepassing van het risicovereveningsmodel-2012, bij een landelijk-gemiddeld kostendekkende premie en exclusief de bandbreedte-regeling. Zorgverzekeraars zijn geordend naar oplopend resultaat per niet-overstapper

Het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde van de zorgverzekeraar op instromers geeft een beeld over de vraag of de zorgverzekeraar wel of niet vooral verzekerden met een gunstig risicoprofiel aantrekt. Positieve resultaat op de groep niet-overstappers kan een signaal zijn van een gunstig risicoprofiel van verzekerden.

Een positief vereveningsresultaat op instromers en niet-overstappers kan echter ook andere oorzaken hebben. Zo kan de zorgverzekeraar lagere kosten hebben dan gemiddeld en zo een positief resultaat bereiken op haar hele verzekerdenpopulatie en dus ook instromers. Op dezelfde manier kan een negatieve resultaat op niet-overstappers en instromers op ondoelmatigheid van de zorgverzekeraar wijzen. Uit verdere analyse blijkt echter dat bij 12 van de 25 verzekeraars de positieve of negatieve resultaten op instromers waarschijnlijk niet door (on)doelmatigheid komen. In het geval van niet-overstappers is het niet mogelijk om effecten van (on)doelmatigheid en (on)gunstig risicoprofiel te onderscheiden.

Als de groep van uitstromers structureel verliesgevend is, dan is dat een signaal dat de polis(sen) van de zorgverzekeraar mogelijk nadelig zijn voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel of dat de zorgverzekeraar op risico selecteert. Het resultaat kan hier niet opgevat worden als gevolg van doelmatigheid omdat het resultaat is uitgerekend op basis van de kosten van de zorgverzekeraar ná de overstap en doelmatigheid betreft de zorgverzekeraar vóór de overstap.

Een aandachtspunt is dat resultaten per zorgverzekeraar en niet per polis worden weergegeven op de figuur. Een aantal zorgverzekeraars heeft meerdere polissen. Het komt vaak voor dat een zorgverzekeraar een natura polis met relatief hoge vergoedingsbeperkingen en ook een restitutiepolis zonder vergoedingsbeperkingen aanbiedt. In dat geval laat de figuur alleen de gemiddelde resultaten van de twee polissen zien. Bij zorgverzekeraars met maar één polis zijn de resultaten van die polis wél af te lezen in de figuur.

De zorgverzekeraar die er met zijn gunstige (en ook statistisch significante) uitkomsten uitspringt (verzekeraar 25) heeft maar één polis in zijn aanbod. Dit is ook een relatief restrictieve polis[32] met hoge korting voor 500 euro vrijwillig eigen risico. Behalve deze uitzondering is er in het algemeen geen duidelijk verband tussen polisvoorwaarden en financieel resultaat op instromers, uitstromers en niet-overstappers.

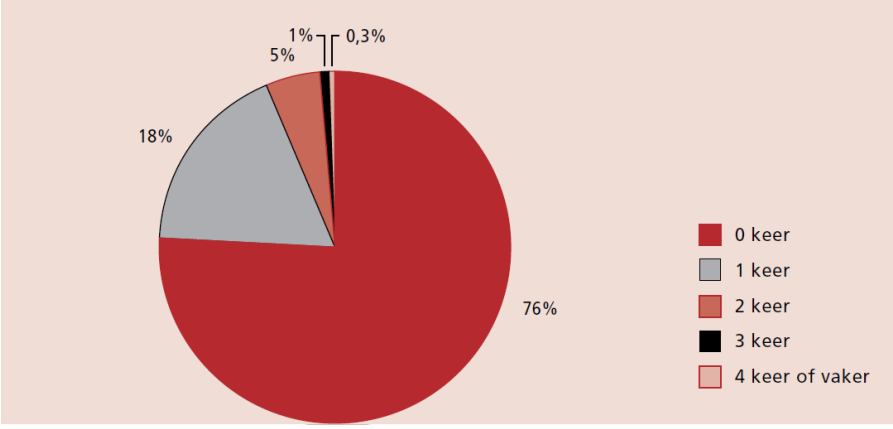
3.9.3 Belemmeringen bij overstappen

Uit Figuur 3.17 blijkt dat ongeveer drie kwart van de verzekerden nog nooit van zorgverzekeraar is gewisseld. Dit roept de vraag op of er belemmeringen zijn voor overstappen. Deze paragraaf gaat op de resultaten van een enquête naar belemmeringen bij overstappen[33] in.

[32] De polissen zijn vergeleken in de volgende categorieën: vergoedingsbeperkingen in het geval van niet-gecontracteerde zorgaanbieder en toegangseisen in medisch specialistische zorg, curatieve geestelijk gezondheidszorg, fysiotherapie en farmacie en premiekorting bij 500 euro vrijwillig eigen risico.

[33] In opdracht van de NZa heeft Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam) een vragenlijst ontwikkeld waarmee onderzocht kan worden waar de belemmeringen zitten bij het overstappen. De enquête werd in de eerste twee weken van februari 2013 door Motivaction uitgezet onder volwassen verzekerden.

Figuur 3.17. Percentage verzekerden per overstapfrequentie tussen 2006 en 2013



Bron: Vektis: Zorgthermometer, Verzekerden in beweging 2013

Onder de mensen die niet van verzekeraar wisselden voor de basis verzekering heeft 22,3% wel een overstap overgewogen. Bijna vier op de tien niet-overstappers verwacht echter dat een overstap naar een andere zorgverzekeraar geen voordelen zou hebben gehad. Niet-overstappers die wel voordelen zagen, noemen de volgende redenen als drie belangrijkste: 1) premie basisverzekering is lager, 2) dekking aanvullende verzekering is beter, 3) premie aanvullende verzekering is lager. Andere kenmerken van de basisverzekering dan prijs (kwaliteit van gecontracteerde zorgaanbieders, keuzevrijheid, hoogte van eigen bijdrage bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders) worden elk door 3% van de respondenten genoemd.

Tabel 3.12. Het vaakst genoemde mogelijke voordelen van overstappen onder niet-overstappers

Mogelijke voordeel bij het overstappen	Percentage dat het voordeel heeft genoemd
Premie basisverzekering is lager	19,3%
Premie aanvullende verzekering is lager	14,7%
Dekking aanvullende verzekering is beter	11,3%
Aantal respondenten	**972**

Bron: Enquête naar belemmeringen bij overstappen

Als belangrijkste redenen om niet over te stappen noemen de niet-overstappers: 1) tevreden zijn met hun huidige zorgverzekeraar, 2) al jaren bij dezelfde zorgverzekeraar zitten, 3) de werkgever/ gemeente betaalt een deel van de premie of eigen risico.[34] Verder geeft van de niet overstappers 9% aan bang te zijn niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar. 2% vreest de toegang tot huidige zorgaanbieders te verliezen.

[34] Voor het bepalen van de drie belangrijkste redenen zijn respondenten gevraagd om de door hen genoemde redenen te rangschikken. De belangrijkste redenen hoeven dus niet de vaakst genoemde redenen te zijn.

Tabel 3.13. Redenen om niet over te stappen

Redenen om niet over te stappen	Percentage dat de redenen heeft genoemd
Tevreden met huidige zorgverzekeraar	67,4%
Zit al jaren bij deze zorgverzekeraar	40,6%
Het kost veel tijd en/of moeite om de regels en procedures van een andere verzekeraar te achterhalen	13,8%
Het kost veel tijd en/of moeite om over te stappen	11,4%
Overstappen brengt een hoop onzekerheid met zich mee	10,8%
Werkgever/gemeente betaalt deel van premie/eigen risico	10,3%
Bang dat door een andere zorgverzekeraar niet geaccepteerd zal worden voor aanvullende verzekering	9,1%
Verwacht dat bij andere zorgverzekeraar een hogere premie moet betalen dan andere verzekerden	8,3%
Andere verzekeringen ook bij de huidige verzekeraar afgesloten	4,3%
Vorig jaar al van zorgverzekeraar veranderd	2,9%
Andere verzekeraar is duurder/huidige verzekeraar is (één van) de goedkoopste	2,4%
Bang niet langer toegang hebben tot huidige zorgaanbieder(s)	1,9%
Spaart voor bonuspunten of andere kortingen bij huidige zorgverzekeraar	1,2%
Andere verzekeraar nauwelijks goedkoper of geen/ gering prijsverschil	1,2%
Een overstap had geen voordelen of voordelen waren onduidelijk	1,0%
Vanwege mijn aanvullende verzekering/vergoeding die ik krijg	1,0%
Aanvraag werd geweigerd	0,4%
Te laat/geen zin	0,3%
Principiële keuze/ identiteit van zorgverzekeraar	0,3%
Aantal respondenten	**972**

Bron: Enquête naar belemmeringen bij overstappen

De stellingen in Tabel 3.14 beschrijven verwachte belemmeringen bij het overstappen. Het blijkt dat meer dan de helft van de volwassen bevolking ermee eens of helemaal mee eens is dat het veel tijd en/of moeite kost om polissen te vergelijken en te achterhalen welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn door een andere verzekeraar.

Tabel 3.14. Percentage verzekerden dat verschillende moeilijkheden ervaart/verwacht bij het overstappen

Stelling: Het kost veel tijd en/of moeite…	Helemaal mee oneens	Helemaal mee eens	Noch mee eens noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
…verschillende polissen voor de basisverzekering met elkaar te vergelijken	2,1%	14,2%	26,6%	44,6%	12,5%
…verschillende polissen voor de aanvullende verzekering met elkaar te vergelijken	1,8%	9,6%	24,0%	49,1%	15,6%
…te achterhalen welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn door een andere zorgverzekeraar	1,4%	8,8%	34,5%	46,1%	9,2%
…te achterhalen hoe hoog eventuele eigen bijdragen bij een andere zorgverzekeraar zijn	2,6%	20,8%	32,1%	37,1%	7,4%
…het taalgebruik dat gehanteerd wordt in de reclames, advertenties of polissen van zorgverzekeraars te begrijpen	3,5%	24,6%	38,2%	29,1%	4,6%
…het papierwerk dat nodig is om over te stappen op orde te krijgen	5,2%	23,8%	37,1%	28,9%	4,9%

Bron: Enquête naar belemmeringen bij overstappen

In Tabel 3.15 gaan de stellingen over eventuele (verwachte) belemmeringen na het overstappen. Bij het uitzoeken hoe declaraties moeten worden ingediend ervaren (of verwachten) respondenten de minste moeilijkheden. Het uitzoeken onder welke voorwaarden zorg wordt vergoedt kost voor het grootste deel van respondenten veel tijd en/of moeite.

Tabel 3.15. Percentage verzekerden dat verschillende moeilijkheden ervaart/verwacht na het overstappen

Stelling: Het kost veel tijd en/of moeite	Helemaal mee oneens	Helemaal mee eens	Noch mee eens noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
…uit te zoeken hoe declaraties ingediend moeten worden bij een andere zorgverzekeraar	2,4%	22,0%	39,7%	31,8%	4,1%
…inzicht te krijgen in de regels en procedures van een andere zorgverzekeraar	1,8%	9,6%	30,2%	48,8%	9,6%
…uit te zoeken onder welke voorwaarden een andere zorgverzekeraar zorg vergoedt	1,5%	8,9%	28,7%	50,6%	10,2%
…uit te zoeken of een andere zorgverzekeraar wachttijden hanteert voordat zorg vergoed wordt	2,1%	9,3%	36,6%	45,9%	6,1%

Bron: Enquête naar belemmeringen bij overstappen

Verwachtingen over de nieuwe verzekeraar en de zorg die zij contracteert zijn in Tabel 3.16 beoordeeld door de respondenten. Meer dan de helft van de volwassen verzekerden is het ermee eens of

helemaal mee eens dat een overstap onverwachte kosten of 'gedoe' met zich mee kan brengen. Ongeveer vier van tien verzekerden verwacht dat het overstappen ertoe kan leiden dat ze minder goede zorg krijgen.

Tabel 3.16. Percentage verzekerden dat eens/oneens is met de volgende stellingen

Stelling: Overstappen naar een andere zorgverzekeraar zou...	Helemaal mee oneens	Helemaal mee eens	Noch mee eens noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
...uiteindelijk onverwachte kosten met zich mee kunnen brengen	1,4%	12,4%	35,2%	44,3%	6,7%
...onverwacht 'gedoe' met zich mee kunnen brengen	1,4%	8,8%	32,7%	49,0%	8,0%
...kunnen leiden tot het krijgen van minder goede zorg	2,7%	17,9%	40,8%	33,5%	5,1%
...ertoe kunnen leiden dat de zorg die ik van verschillende zorgaanbieders ontvang minder goed op elkaar is afgestemd	1,6%	13,9%	44,0%	35,6%	4,8%
...onverwachte wachttijden voor vergoeding met zich mee kunnen brengen	1,7%	12,6%	43,5%	37,4%	4,8%

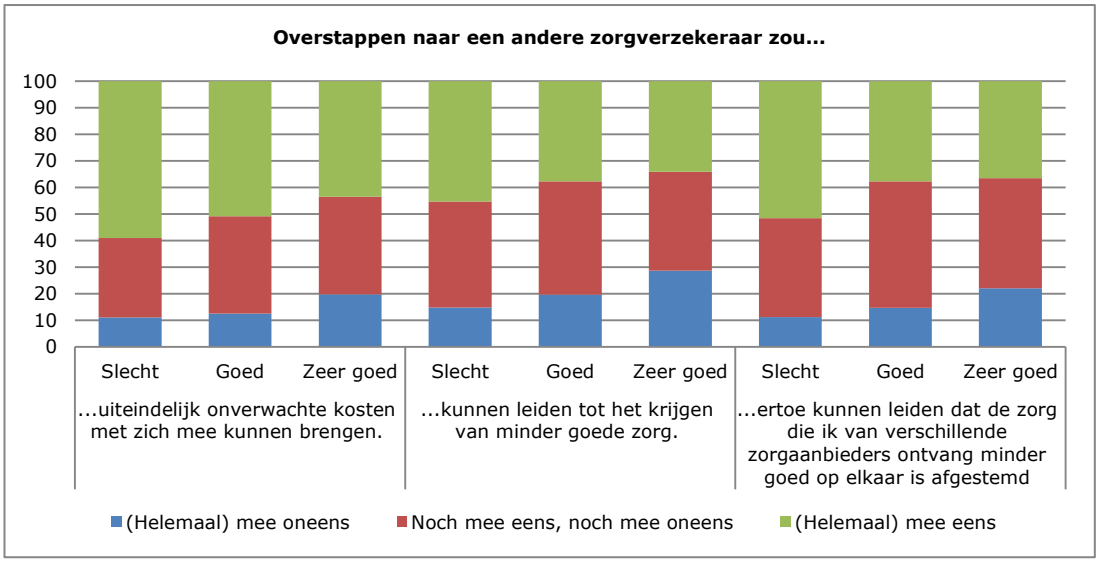
Bron: Enquête naar belemmeringen bij overstappen

Subgroepen naar gezondheid, leeftijd en opleiding
Deze alinea zoomt in op subgroepen van verzekerden naar gezondheid, leeftijd en hoogste voltooide opleiding en onderzoekt of verschillende groepen van verzekerden de belemmeringen bij overstappen in dezelfde mate ervaren. Hiervoor wordt de verhouding van aantal verzekerden dat het (helemaal) mee eens is en dat het (helemaal) mee oneens is met de stelling vergeleken in subgroepen naar gezondheid, leeftijd en opleiding. Alleen de stellingen waarbij statistisch significante verschillen tussen de subgroepen zijn, worden besproken.

Figuur 3.18 laat de verschillen tussen subgroepen naar gezondheid zien.[35] Slechts bij drie de stellingen zijn de verschillen statistisch significant. Bij alle drie stellingen geldt echter dat onder verzekerden van zeer goede gezondheid het percentage dat het oneens is met de stelling het hoogste is. Tegelijkertijd zijn verzekerden met een slechte gezondheid het meest eens met de stellingen. De resultaten wijzen erop dat de in de stellingen geformuleerde belemmeringen door verzekerden van slechte gezondheid in grotere mate ervaren of verwacht worden.

[35] Onderscheid is gemaakt tussen verzekerden die hun gezondheid over het algemeen slecht, goed of zeer goed noemen.

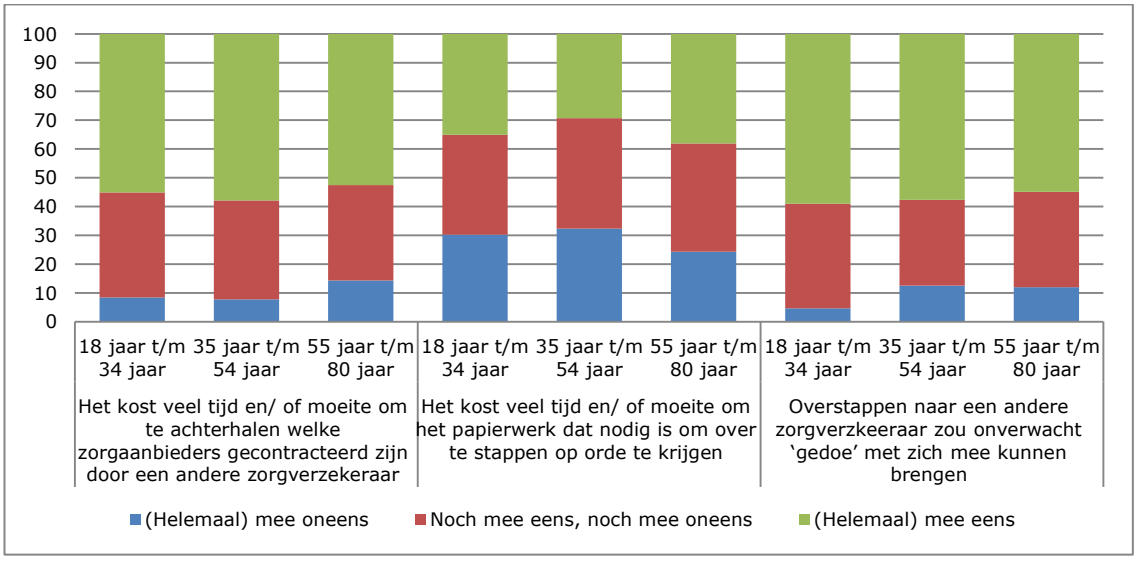
Figuur 3.18. Verschillen in mate van belemmeringen bij overstappen per gezondheidscategorie



Bron: Enquête naar belemmeringen bij overstappen

Als er wordt ingezoomd op subgroepen per leeftijd[36] komen er bij andere drie stellingen verschillen naar voren dan die naar voren kwamen bij de subgroepen naar gezondheid. De resultaten laten in dit geval geen patroon zien. Bij elke stelling is een andere leeftijdscategorie in verhouding de meeste mensen mee eens zijn met de stelling.
Het is opvallend dat de jongste leeftijdscategorie het meest verwacht dat een overstap onverwacht gedoe mee zou brengen.

Figuur 3.19. Verschillen in mate van belemmeringen bij overstappen per leeftijdscategorie



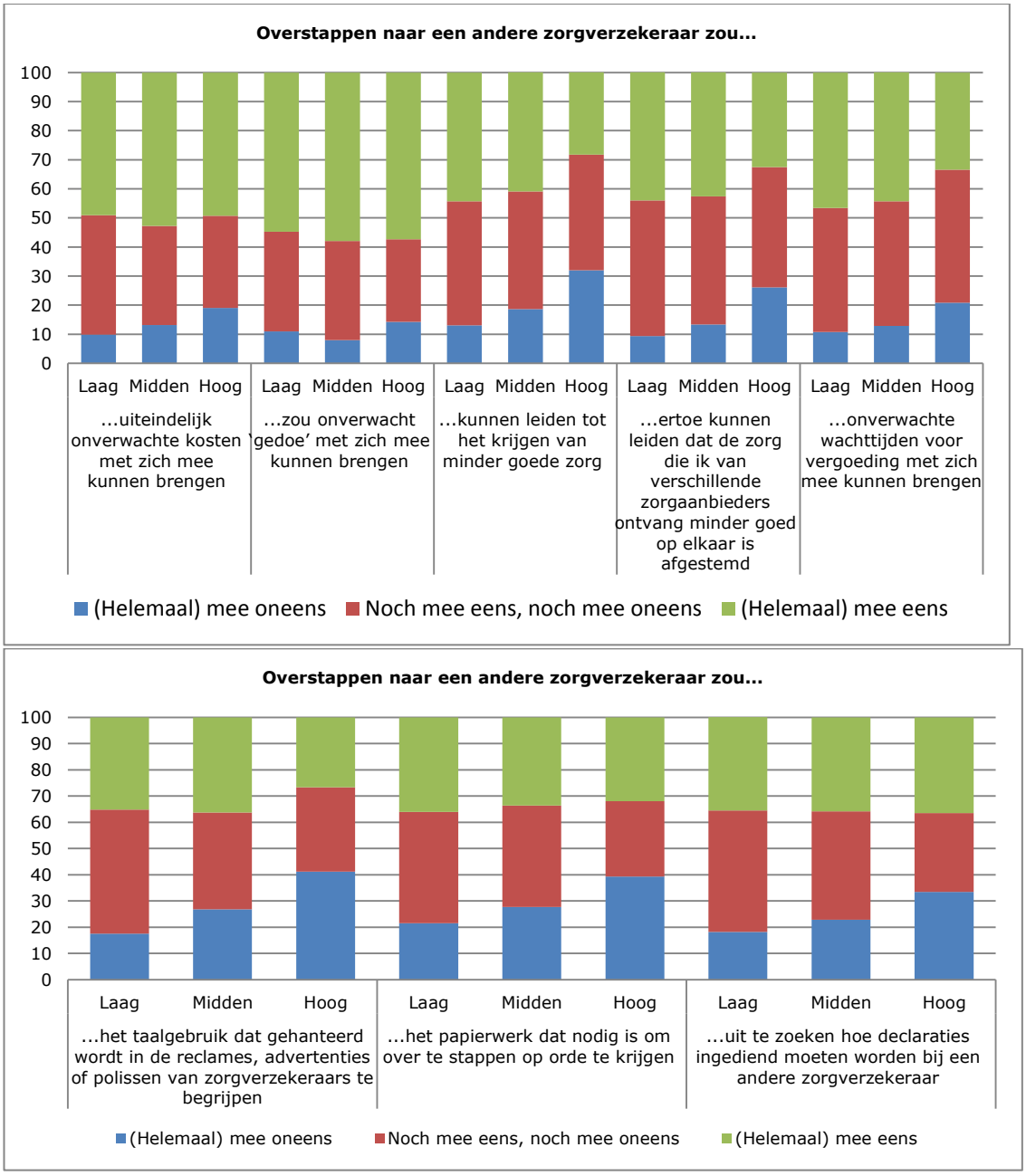
Bron: Enquête naar belemmeringen bij overstappen

Als verzekerden naar hun hoogste voltooide opleiding worden onderscheiden zijn er verschillen te zien bij acht stellingen. Op één stelling na ervaren of verwachten laag opgeleiden de in de stellingen

[36] Op basis van leeftijd worden er drie groepen onderscheiden: van 18 jaar t/m 34 jaar, van 35 jaar t/m 54 jaar, en van 55 jaar t/m 80 jaar.

genoemde belemmeringen in de hoogste mate terwijl hoog opgeleiden deze belemmeringen in de laagste mate ervaren of verwachten.

Figuur 3.20. Verschillen in mate van belemmeringen bij overstappen per hoogste voltooide opleidingsniveau



Bron: Enquête naar belemmeringen bij overstappen

3.9.4 Verzekeraar keuze van collectiviteiten

Naast de reguliere uitvraag bij zorgverzekeraars over hun grootste collectiviteiten heeft de NZa dit jaar ook een paar collectiviteiten benaderd om een beeld te krijgen over hun keuze naar een verzekeraar. Het algemeen beeld is dat collectiviteiten zelf het initiatief moeten nemen en alleen in enkele gevallen ongevraagd offertes binnen krijgen. Onder de grootste collectiviteiten komt aanbesteding voor als methode om een verzekeraar uit te kiezen. De mate waarin collectiviteiten bereid zijn om

over te stappen naar een andere verzekeraar varieert van het elk jaar evalueren van de contract(en) tot het waarde hechten aan continuïteit.

Met uitzondering van de patiëntenverenigingen, lijkt er ruimte te zijn voor onderhandelingen met de verzekeraar. De afspraken gaan in het algemeen over de korting op de basis- en aanvullende verzekeringen, de inhoud van de aanvullende verzekeringen of extra vergoedingen en serviceverlening. Werkgevers kunnen ook afspraken maken over verzuim en re-integratie of maatregelen gericht op preventie. Kortingen op andere schadeverzekeringen komen vaak als aanvullend voordeel voor. In het algemeen zijn de geïnterviewde collectiviteiten tevreden met hun contracten met uitzondering van de patiëntenverenigingen.

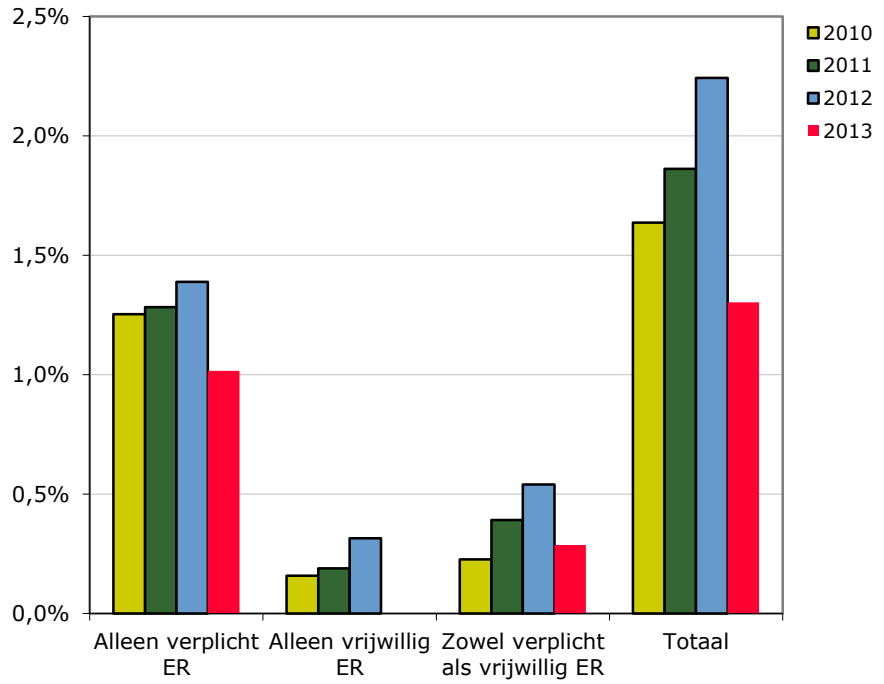
3.10 Herverzekering verplicht en vrijwillig eigen risico

Alle verzekerden van 18 jaar of ouder hebben in 2013 een verplicht eigen risico van € 350. Dit betekent dat verzekerden van hun zorgkosten de eerste € 350 zelf moeten betalen. Daarnaast kunnen zij in ruil voor een premiekorting een eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 kiezen. De zorgkosten worden eerst ten laste van het verplicht en het vrijwillig eigen risico gebracht en pas daarna ten laste van de zorgverzekering. Enkele zorgkosten zoals huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg zijn uitgesloten van het eigen risico.

Het eigen risico kan worden herverzekerd. Bij een herverzekering van het eigen risico hoeft de polishouder geen eigen risico te betalen wanneer hij zorg ontvangt. Zorgverzekeraars bieden bijvoorbeeld seizoenarbeiders de mogelijkheid zich te verzekeren tegen het eigen risico. Via de gemeenten kunnen uitkeringsgerechtigden en minima gebruik maken van een collectiviteit van de gemeentelijke uitkeringsinstantie om zich tegen het eigen risico te verzekeren. Via de CAO voor zeevarenden is geregeld dat onder voorwaarden de herverzekering van het eigen risico voor risico van de werkgever komt.

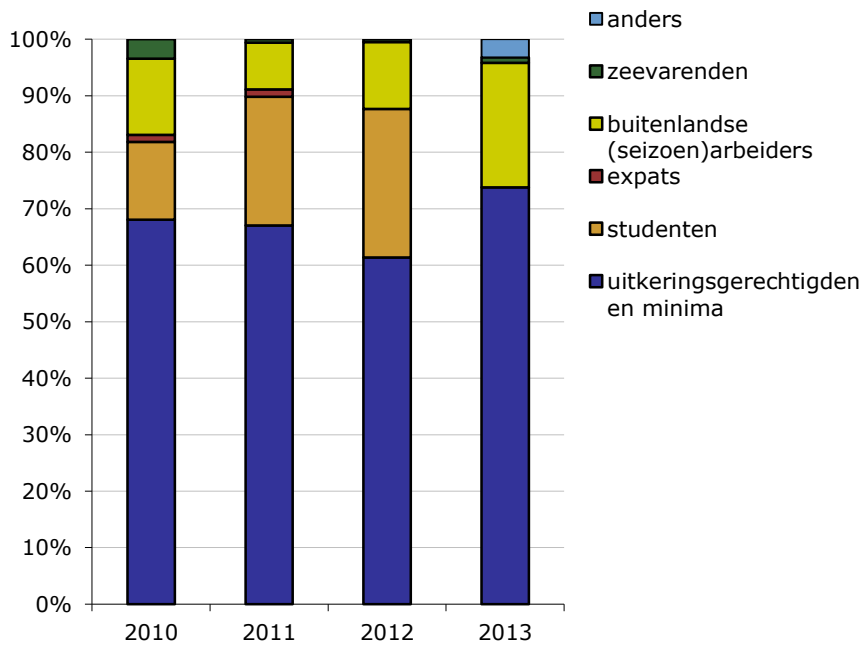
Figuur 3.21 geeft het percentage verzekerden weer waarvan het verplicht en/of vrijwillig eigen risico is herverzekerd. De tweede figuur zoomt in op de categorieën van verzekerden met een herverzekering van het eigen risico, te weten de: zeevarenden, buitenlandse (seizoen)arbeiders, expats, studenten (t/m 2012), uitkeringsgerechtigden en minima.

Figuur 3.21. Percentage verzekerden (18+) met herverzekering van het eigen risico



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Figuur 3.22. Verdeling verzekerden met herverzekering eigen risico naar categorie



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Uit de figuren volgt dat het percentage verzekerden met een herverzekering van het eigen risico in 2013 sterk is afgenomen. Dit heeft twee oorzaken:

- In 2013 wordt aan studenten geen herverzekering van het eigen risico meer aangeboden.
- Een collectiviteit voor uitkeringsgerechtigden en minima heeft na overstap naar een andere zorgverzekeraar aanzienlijk minder verzekerden.

De categorie ‘anders’ bevat voornamelijk collectief verzekerde gepensioneerden.

4. Kwaliteit

In dit hoofdstuk wordt eerst de transparantie van de zorgverzekeringsmarkt besproken. Transparante informatie helpt de consumenten om vooraf een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een bepaalde polis en stelt hen in staat bijvoorbeeld hun recht te halen als zij het niet eens zijn met een beslissing van hun zorgverzekeraar. Hiervoor is beschikbare, juiste, volledige en begrijpelijke (keuze)-informatie over verschillende aspecten van de zorgverzekering belangrijk. Paragraaf 4.1 beschrijft de resultaten van het transparantietoezicht van de NZa.

Vervolgens worden de ontvangen signalen geanalyseerd. Op diverse manieren ontvangt de NZa allerlei vragen, meldingen en klachten van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. We noemen een vraag, melding of klacht een signaal als deze een signaal over een ongewenste situatie in de zorg bevat. Signalen zijn belangrijk voor de NZa, omdat deze laten zien waar problemen zitten. Door verzamelen en evalueren van de signalen kan de NZa risicogericht toezicht houden. De NZa onderneemt alleen actie naar aanleiding van signalen waarbij het algemeen consumentenbelang gediend is. Voor de belangenbehartiging bij specifieke klachten van individuele consumenten zijn in beginsel andere instanties aangewezen. Paragraaf 4.2 gaat op de ontvangen signalen in.

Tot en met 2012 rapporteerden we in de marktscan de klanttevredenheid, gemeten met de CQ index. Het onderzoek naar de CQ index is niet meer uitgevoerd door Rivm en kiesBeter.nl. Daarom kan deze indicator niet meer opgenomen worden in de marktscan.

4.1 Transparantietoezicht in 2012

Op 25 december 2012 heeft de NZa de beleidsregel 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten' geactualiseerd. In de beleidsregel is bepaald welke informatie, die van belang kan zijn voor de keuze voor een bepaalde polis, zorgverzekeraars aan (potentiële) verzekerden moeten verstrekken. Bijvoorbeeld informatie over de polisvoorwaarden, welke zorg gecontracteerd is en wat het kan betekenen voor de vergoeding van zorg als sprake is van gecontracteerde zorg en een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoe de verzekeraar omgaat met het preferentiebeleid voor geneesmiddelen en wat de toegangsvoorwaarden zijn voor de aanvullende verzekering.

Naast de beleidsregel, heeft de NZa een self-assessment uitgebracht: zorgverzekeraars moeten dit self-assessment gebruiken om na te gaan of ze met hun informatieverstrekking aan verzekerden voldoen aan deze beleidsregel. De NZa gebruikt de ingevulde en geretourneerde self-assessments bij haar toezicht op de verzekeraars.

Naar aanleiding van de ingevulde self-assessments heeft de NZa begin 2013 de websites van zorgverzekeraars op drie van de vijftien toetspunten uit de beleidsregel beoordeeld, te weten: informatieverstrekking over het gecontracteerde zorgaanbod en het preferentiebeleid geneesmiddelen, en het vergoedingenoverzicht op de website. De inhoudelijke eisen waarop deze toetspunten worden

beoordeeld zijn door de NZa vastgelegd in de beleidsregel TH/BR-007 ínformatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2012'.

Van de 46 gecontroleerde websites:
- Voldeden 11 websites van 6 zorgverzekeraars niet volledig aan het toetspunt 'het gecontracteerde zorgaanbod'. Met name hoe vaak de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd.
- Voldeden 7 websites, van 5 zorgverzekeraars, niet volledig aan het toetspunt 'het preferentiebeleid geneesmiddelen'. Met name ontbrak informatie over welk middel vergoed wordt als het preferente middel niet beschikbaar is.
- Voldeden alle websites aan het toetspunt 'vergoedingenoverzicht'.

De zorgverzekeraars zijn aangesproken op de bevindingen en moeten hun informatie aanpassen zodat zij voldoen aan de gestelde eisen voor deze toetspunten.

4.2 Signalen

In 2012 wijzigde de NZa de opzet van haar signaaltoezicht ingrijpend, om beter in te kunnen spelen op prioriteiten. Als gevolg van deze wijzigingen is in 2012 sprake van een trendbreuk en zijn de cijfers 2012 niet goed vergelijkbaar met de cijfers van de voorafgaande jaren.

De NZa heeft desondanks in 2012 veel meer meldingen ontvangen dan in voorgaande jaren. Enerzijds is sprake van een autonome toename van het aantal signalen, anderzijds heeft de NZa veel meldingen ontvangen naar aanleiding van het experiment vrije prijzen mondzorg. In het algemeen constateren we dat mensen de NZa steeds beter weten te vinden om hun klacht of melding door te geven. Dit is vooral zo in situaties waarin mensen zich persoonlijk bij de situatie betrokken voelen, als in de media aandacht besteed wordt aan de problematiek of als de NZa actief stimuleert tot het aanmelden van casuïstiek.

In 2012 heeft de NZa in totaal 182 signalen ontvangen over zorgverzekeraars. Een groot deel van deze klachten ging over respectievelijk mondzorg en transparantie (respectievelijk 56 en 31 signalen). De NZa heeft geen signalen ontvangen over schending van acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie of andere vormen van risicoselectie die in strijd zijn met de wet.

Niet elk signaal leidt automatisch tot een interventie. Dit kan verschillende redenen hebben. Zo wachten we in bepaalde gevallen tot er meer signalen over een onderwerp binnenkomen. Ook kan het zijn dat er geen algemeen consumentenbelang in het geding is, of het signaal slechts een incident betreft.

Onder een interventie wordt verstaan: een formele actie van de NZa richting een toezichtobject om een ongewenste situatie te beëindigen. Dit kan variëren van het geven van voorlichting tot aan het opleggen van een boete. Opgemerkt moet worden dat een interventie betrekking kan hebben op meerdere signalen. Dit is bijvoorbeeld het geval als signalen over hetzelfde onderwerp of toezichtobject gaan. In 2012 vonden 31 interventies door de NZa plaats bij zorgverzekeraars en zorgkantoren.

In 2012 heeft de NZa een groot aantal signalen ontvangen over mondzorg. De signalen hadden met name betrekking op de hoogte van de prijzen en op het ontbreken van vergoeding of onjuiste vergoeding door de zorgverzekeraar. Dit werd met name veroorzaakt door de start

van het experiment met vrije prijzen in de mondzorg per 1 januari 2012. Diverse mondzorgaanbieders hebben in reactie hierop hun prijzen verhoogd. In de praktijk bleek dat sommige zorgverzekeraars weigerden de nota's van mondzorg volledig te vergoeden omdat de gedeclareerde kosten hoger waren dan de prijzen op de vergoedingslijsten die de zorgverzekeraars zelf hadden opgesteld. De NZa sprak zorgverzekeraars hierop aan. Zorgverzekeraars mogen niet een van-te-voren zelfstandig opgestelde lijst met vergoedingen hanteren bij een restitutiepolis. Zij moeten – als zij ingediende nota's afwijzen – per geval onderbouwen waarom het op de nota genoemde bedrag niet hoeft te worden vergoed omdat het hoger is dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is. Daarnaast bleek dat sommige zorgverzekeraars te weinig aanbieders hadden gecontracteerd. Op grond van hun zorgplicht moeten zorgverzekeraars voor een natura-aanspraak voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden. Zorgverzekeraars die te weinig aanbieders hebben gecontracteerd moeten de volledige kosten van de zorg vergoeden. Omdat er onduidelijkheid bestond over de bereikbaarheids- en tijdigheidsnormen voor de mondzorg, wisten zorgverzekeraars niet hoeveel mondzorg zij moesten inkopen en dus niet wanneer zij de conclusie konden trekken dat er voldoende gecontracteerd was. In overleg met het veld is de NZa gekomen met bereikbaarheidsnormen voor mondzorg. Deze zijn opgenomen in de beleidsregel toezichtkader zorgplicht.

Nadat de NZa zorgverzekeraars heeft gewezen op hun verplichtingen, nam het aantal signalen over een beperkte vergoeding in de tweede helft van 2012 af. Naar aanleiding van de problemen bij het experiment besloot de minister van VWS om de tarieven voor de mondzorg met ingang van 2013 weer te reguleren.

De overige signalen hadden onder meer betrekking op misleidende of onjuiste informatieverstrekking. De NZa heeft in 2012 veel actie ondernomen om de transparantie te verbeteren. Ook in 2013 is het toezicht op transparantie een speerpunt voor de NZa.

5. Toegankelijkheid

Dit hoofdstuk beschrijft hoeveel mensen in Nederland in de loop van de jaren verzekerd zijn, hoeveel mensen onverzekerd zijn en hoeveel mensen de premie voor de zorgverzekering niet (kunnen) betalen.

Tabel 5.1 bevat het totaal van de in Nederland verkochte basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen in de periode 2009 – 2012.

Tabel 5.1. Aantal verkochte polissen (x 1 miljoen)

Soort verzekering	2009	2010	2011	2012	2013
Basisverzekering (in mln)	16,4	16,5	16,6	16,7	16,7
Aanvullende verzekering (in mln)	14,9	14,8	14,8	14,7	14,3

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

5.1 Onverzekerden

Tabel 5.2 brengt het aantal mensen in beeld zonder basisverzekering in de periode 2009 – 2012, exclusief de gewetens- en gemoedsbezwaarden. In maart 2011 is de Wet 'Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in werking getreden. Het CVZ heeft daarin de taak om:

- onverzekerden op te sporen door middel van bestandsvergelijking;
- deze aan te sporen alsnog een zorgverzekering te sluiten;
- boetes op te leggen als dat niet gebeurt;
- de betrokkenen uiteindelijk ambtshalve te verzekeren bij een zorgverzekeraar;
- een bestuursrechtelijke premie op te leggen en deze zoveel mogelijk op het salaris, het pensioen of de uitkering in te houden.

Uit de onderstaande tabel blijkt dat het aantal onverzekerden door deze maatregel sterk is teruggelopen.

Tabel 5.2. Aantal onverzekerden

	2009	2010	2011	2012
Onverzekerden op peildatum (mei)	193.700	174.610		
Nog onverzekerd 6 maanden na peildatum	152.240	136.450		
Door CVZ aangeschreven onverzekerden			164.388	
Nog onverzekerd per 31 december			57.965	40.203

Bron 2006 – 2010: CBS, bron vanaf 2011: CVZ

De 40.203 onverzekerden per eind 2012 bevinden zich bij het CVZ in de fase van eerste aanschrijving (27.760), een eerste boete drie maanden na de aanschrijving (7.108) of een tweede boete drie maanden na de

eerste boete (5.335). Drie maanden na de tweede boete sluit het CVZ namens de onverzekerde een zorgverzekering af als deze zich nog dan steeds niet zelf heeft verzekerd.

5.2 Wanbetalers

In tabel 5.3 staat de ontwikkeling in de afgelopen vier jaar in het aantal wanbetalers. Wanbetalers zijn hier gedefinieerd als verzekerden met een betalingsachterstand van ten minste zes maanden nominale premie en die geen afbetalingsregeling hebben met de zorgverzekeraar of deze niet nakomen. Sinds de inwerkingtreding van de Wet 'Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering' op 1 september 2009 zijn deze wanbetalers overgeheveld van de zorgverzekeraars naar het bestuursrechtelijke premieregime bij het CVZ.

Tabel 5.3. Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar)

	2009	2010	2011	2012
Aantal wanbetalers bij zorgverzekeraars	318.480			
Aantal wanbetalers bij CVZ	14.790	267.512	304.748	300.000

Bron: CVZ

6. Betaalbaarheid

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen in omzet, prijs, vrijwillig eigen risico, zorgtoeslag en compensatie eigen risico. De eerste paragraaf 'Omzet' geeft de omzet weer van de ziektekostenverzekeraars[37] en daarmee de totale betalingen van nominale premie, procentuele premie en eigen risico. De tweede paragraaf 'Prijs' geeft de nominale betalingen per verzekerde weer. De derde paragraaf gaat in op de vraag naar polissen met een vrijwillig eigen risico en de premiekorting bij een eigen risico. Tot slot komen de zorgtoeslag en de compensatie eigen risico aan de orde.

6.1 Omzet

In deze paragraaf staat de totale omzet van ziektekostenverzekeraars. De tabel hieronder is de omzet uit het basisverzekeringsdeel uitgesplitst naar nominale premie, verplicht eigen risico en uitkering van het Zorgverzekeringsfonds (ZVF).

Tabel 6.1. Omzet ziektekostenverzekeraars (in miljarden euro)

Soort	2009	2010	2011	2012	2013
Nominale premie	13,8	14,4	15,9	16,7	16,9
Eigen risico	1,4	1,5	1,6	2,0	2,9
Overige baten				0,1	0,2
Uitkeringen ZVF	19,5	20,3	19,8	19,9	20,6
Subtotaal basisverzekering	34,7	36,3	37,3	38,7	40,6
Premie aanvullende verzekeringen	4,2	4,3	4,6	5,0	5,1
Totaal	38,9	40,6	41,9	43,7	45,7

Bron: zorgverzekeringen: ministerie van VWS (Financieel Beeld Zorg)
Bron: aanvullende verzekeringen: 2009 – 2011 DNB (Toezichtgegevens verzekeraars)
2012, 2013: NZa raming op basis premiestijgingen aanvullende verzekeringen (diverse media) en mutatie aantal aanvullend verzekerden (Vektis)

Uit de tabel volgt dat in de loop van de jaren de totale omzet van ziektekostenverzekeraars stijgt.

6.2 Prijs

Deze paragraaf zoomt in op verschillende aspecten van de premie voor zorgverzekeringen. Achtereenvolgens komt aan bod:
- de gemiddeld betaalde nominale premie;
- de spreiding van verzekerden over categorieën betaalde nominale premie;
- de spreiding van de gewogen gemiddeld betaalde premie;
- de ontwikkeling van nominale betalingen van verzekerden;
- de oorzaak van de mutatie in de nominale betalingen.

In onderstaande tabel is voor de jaren 2009 – 2013 de gemiddeld betaalde nominale premie opgenomen, zowel voor individueel

[37] Ziektekostenverzekeraars: zorgverzekeraars en aanvullende ziektekosten verzekeraars

verzekerden als voor collectief verzekerden. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.

Tabel 6.2. Gemiddeld betaalde nominale premie

	2009	2010	2011	2012	2013
Individueel verzekerden	€ 1.094	€ 1.137	€ 1.245	€ 1.275	€ 1.262
Collectief verzekerden	€ 1.036	€ 1.070	€ 1.174	€ 1.201	€ 1.190
Alle verzekerden	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199	€ 1.226	€ 1.213

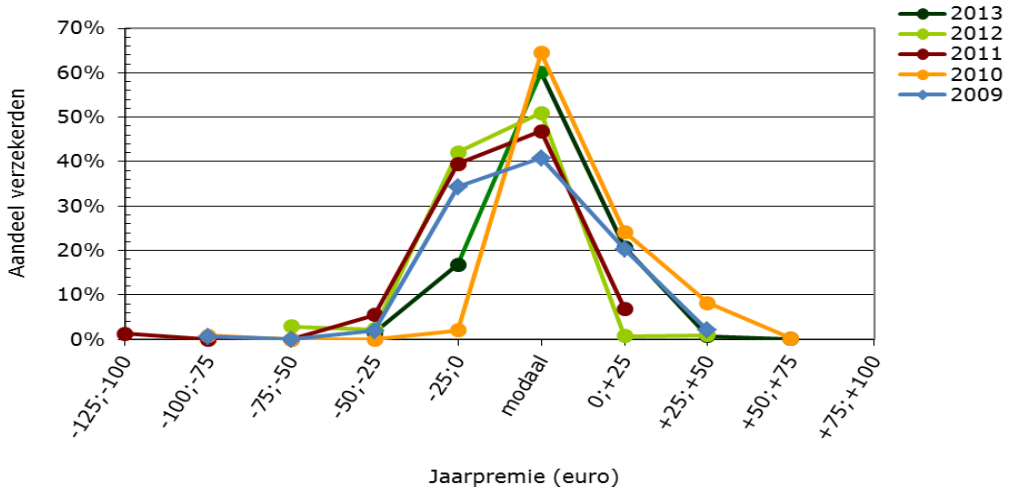
Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

De gemiddeld betaalde premie (inclusief collectiviteitskortingen) is in 2013 gedaald naar € 1.213.

De inkomensafhankelijke bijdrage als onderdeel van de premie wordt in tabel 6.1 weergegeven onder de kop uitkeringen ZVF. Dit bedrag is jaarlijks ongeveer gelijk aan de hoogte van de premie-inkomsten inclusief het eigen risico.

In het onderstaande overzicht is te zien welk percentage verzekerden de modale premie betalen en hoeveel verzekerden minder of meer dan de modale premie betalen. Dit is in figuur 6.1 weergegeven door de spreiding van verzekerden over categorieën betaalde nominale premie ten opzichte van de modale klasse, gebaseerd op de gemiddeld per zorgverzekeraar betaalde premie inclusief collectiviteitkortingen in beeld te brengen.

Figuur 6.1. Spreiding van verzekerden over categorieën betaalde premie



Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

In 2013 heeft 60% van de verzekerden een polis bij een verzekeraar die per verzekerde gemiddeld een nominale premie ontvangt tussen € 1.200 en € 1.225 (de modale klasse); voor 21% betreft het de hogere klasse 1.225 tot 1.250 en voor 17% betreft het de lagere klasse € 1.175 tot € 1.200. Het 1,5% van verzekerden is bij een verzekeraar verzekerd waar de gemiddeld betaalde premie lager dan € 1.175 en voor 0,8% hoger dan € 1.250.

De onderstaande tabel geeft de bandbreedte tussen de laagste en de hoogste betaalde premie weer, op concern-, zorgverzekeraars- en polisniveau.

Tabel 6.3. Bandbreedte van de gewogen gemiddeld betaalde premie

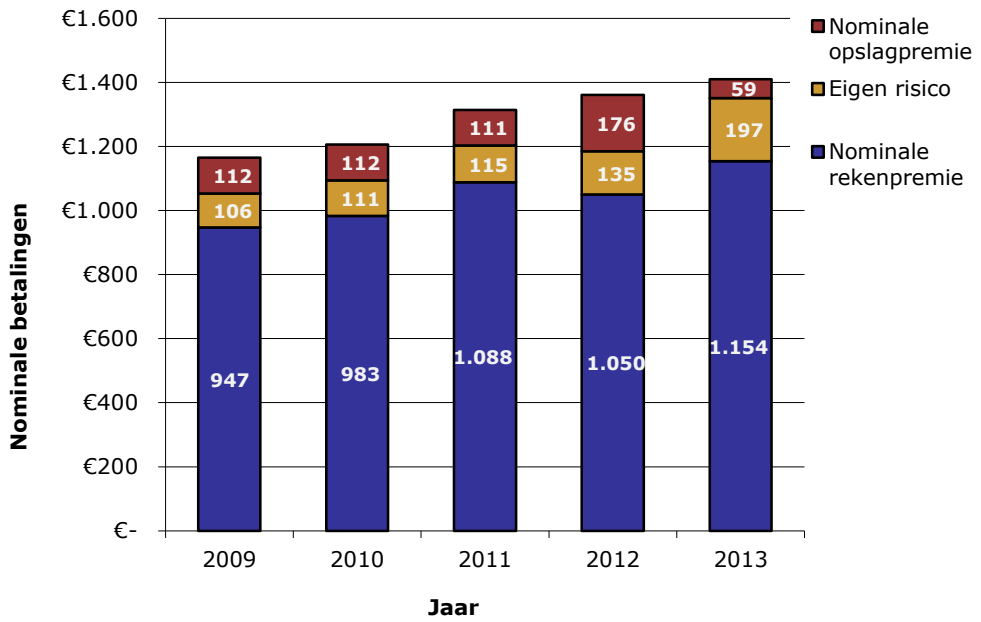
Bandbreedte	2009	2010	2011	2012	2013
Op concernniveau	€ 46	€ 64	€ 26	€ 24	€ 41
Op zorgverzekeraarsniveau	€ 152	€ 160	€ 155	€ 140	€ 140
Op polisniveau	€ 280	€ 279	€ 277	€ 275	€ 249

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

De bandbreedte tussen de laagste en de hoogste premie fluctueert jaarlijks. Op polisniveau is de trend dalend. De gemiddeld betaalde premie varieert in 2013 van € 1.343 voor een aantal verzekerden met een individuele restitutie-polis tot € 1.094 voor een aantal verzekerden met een collectieve natura-polis. De bandbreedte op polisniveau bedraagt derhalve in 2013 € 249. Op zorgverzekeraarniveau en concernniveau is de spreiding geringer.

De onderstaande figuur geeft de opbouw en ontwikkeling van de nominale betalingen van verzekerden weer, uitgesplitst naar:
- Nominale rekenpremie; de nominale rekenpremie is de premie die benodigd is om de verwachte schadelast te kunnen dekken. De rekenpremie wordt jaarlijks vastgesteld door het ministerie van VWS.
- Eigen risico; het (door alle verzekerden van 18 jaar of ouder) gemiddeld betaalde verplicht eigen risico minus de gemiddelde compensatie-uitkeringen voor chronisch zieken.
- Nominale opslagpremie; de nominale opslagpremie is het gedeelte van de zorgverzekeringspremie boven de rekenpremie die door zorgverzekeraars wordt gebruikt ter dekking van de uitvoeringskosten (ook wel bedrijfskosten genoemd) en het exploitatieresultaat.

Figuur 6.2. De ontwikkeling van de nominale betalingen van verzekerden (gemiddeld per verzekerde van 18 jaar of ouder)



Bron: ministerie van VWS (rekenpremie en eigen risico), NZa/Vektis (opslagpremie)

In 2013 bedraagt de door de overheid vastgestelde nominale rekenpremie € 1.154. Door de zorgverzekeraars is gemiddeld een nominale opslagpremie gehanteerd van € 59 ter dekking van hun uitvoeringskosten en overige exploitatiesaldi. Samen vormt dit de gemiddeld betaalde nominale premie van € 1.213.

In tabel 6.4 zijn de veranderingen in de onderdelen van nominale betalingen uit Figuur 6.2 toegelicht.

Tabel 6.4. Oorzaak mutatie nominale betalingen (gemiddeld per verzekerde van 18 jaar of ouder)

		2009	2010	2011	2012	2013
Mutatie Nominale opslagpremie	**Totaal**	€ 33	€ 0	€ 1-	€ 65	€ 117-
Mutatie eigen risico	Verplicht eigen risico (gemiddeld)	€ 4	€ 7	€ 4	€ 25	€ 67
	Compensatie chronisch zieken (gemiddeld)	€ 1-	€ 2-	€ 0	€ 5-	€ 5-
	Totaal	€ 3	€ 5	€ 4	€ 20	€ 62
Mutatie Nominale rekenpremie	Verbetering saldo Zorgverzekeringsfonds	€ 65-	€ 6	€ 75	€ 25-	€ 10
	Zorguitgavenstijging en pakketaanpassing	€ 65	€ 40	€ 40	€ 35	€ 115
	Aanpassing naar 50/50 verhouding nominale / procentuele premie en alle overige mutaties	€ 23-	€ 10-	€ 10-	€ 48-	€ 21-
	Totaal	€ 23-	€ 36	€ 105	€ 38-	€ 104
Totaal	Totale mutatie nominale betalingen	€ 13	€ 41	€ 108	€ 47	€ 49

Bron: NZa op basis begroting VWS, NZa database Modelovereenkomsten en Vektis uitvraag Mobiliteit en Keuzegedrag

Uit bovenstaande tabel volgt dat in 2013 de nominale opslagpremie sterk is gedaald. De hoogte en mutatie van de opslagpremie is met name bepaald door de verwachte uitvoeringskosten en resultaat van risicoverevening. Bij de premieberekening voor 2012 hebben de zorgverzekeraars bij de premievaststelling landelijk (via een hogere opslagpremie) onder andere rekening gehouden met een hogere stijging van de zorgkosten dan verwerkt in het macro budget. In 2012 hebben de verzekeraars verder rekening gehouden met de verhoging van de solvabiliteitseisen per 1 januari 2012.

Bij de premieberekening 2013 hadden de zorgverzekeraars inzicht in de werkelijke kostenontwikkeling 2012 die, met name door de kostenontwikkeling farmacie, veel lager bleek dan verwacht. De in 2012 ingezette daling van de kosten farmacie zal naar verwachting in 2013 een nog groter effect hebben. Bij de zorguitgavenstijging 2013 (begroting VWS van september 2012) is hiermee nog geen rekening gehouden. De nominale rekenpremie is mede daarom met 104 euro gestegen in 2013. In de stijging van de nominale rekenpremie staan ook pakketwijzigingen en is bijvoorbeeld de overheveling van geriatrische revalidatiezorg van AWBZ naar ZvW verwerkt. De overheveling van geriatrische revalidatiezorg betreft 0,8 miljard euro in totaal[38], wat € 30 stijging in de rekenpremie veroorzaakt.

Kortom: Zorgverzekeraars konden voor 2013 hun opslagpremie sterk verlagen, met name omdat zij in 2012 een hogere opslagpremie hebben geraamd dan achteraf gezien nodig bleek en omdat zij in 2013 minder tekort op hun vereveningsbijdrage voor zorgkosten verwachten. Daarnaast zijn de opbrengsten van beleggingen meegevallen.

[38] Bron: Rijksbegroting 2013 XVI Volksgezondheid Welzijn en Sport.

6.3 Vrijwillig eigen risico

Bij het afsluiten van een zorgverzekering kunnen verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In de regel geldt, hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe meer korting de zorgverzekeraar op de te betalen premie zal verstrekken. Deze paragraaf beschrijft de ontwikkelingen in het vrijwillig eigen risico: de premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie en het percentage verzekerden dat elke categorie kiest.

In de tabel hieronder wordt per eigen risico categorie de gemiddelde premiekorting weergegeven.

Tabel 6.5. Premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie

Vrijwillig eigen risico categorie	2009	2010	2011	2012	2013
€ 100	€ 42	€ 44	€ 44	€ 45	€ 45
€ 200	€ 84	€ 86	€ 86	€ 87	€ 88
€ 300	€ 121	€ 126	€ 127	€ 129	€ 131
€ 400	€ 162	€ 166	€ 168	€ 174	€ 175
€ 500	€ 205	€ 210	€ 219	€ 229	€ 230

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Uit Tabel 6.5 blijkt dat de gemiddeld door zorgverzekeraars aangeboden premiekorting voor een vrijwillig eigen risico in de loop der jaren licht is gestegen.

Tabel 6.6. Percentage verzekerden 18+ per vrijwillig eigen risico categorie[39]

Vrijwillig eigen risico categorie	2009	2010	2011	2012	2013
Geen vrijwillig eigen risico	94,9%	94,7%	94,0%	93,1%	90,3%
€ 100	1,5%	1,5%	1,4%	1,4%	1,4%
€ 200	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,1%
€ 300	0,6%	0,6%	0,8%	0,9%	0,7%
€ 400	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
€ 500	2,0%	2,2%	2,7%	3,6%	6,2%

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Uit Tabel 6.6 volgt dat het percentage verzekerden zonder vrijwillig eigen risico in 2013 fors is gedaald ten opzichte van de voorgaande jaren. Mensen blijken vaker voor een vrijwillig eigen risico te kiezen, met als grootste stijger de vrijwillig eigen risico categorie van € 500. In 2013 blijkt ca. 6,2% van de verzekerden te kiezen voor deze hoogste categorie voor vrijwillig eigen risico.

[39] In de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2012 waren de gegevens in deze tabel verschoven. Dit is de juiste tabel.

6.4 Zorgtoeslag en compensatie eigen risico

Ter compensatie voor de basispremie en het verplicht eigen risico wordt jaarlijks een inkomensafhankelijke zorgtoeslag gegeven aan verzekerden een inkomen hebben onder een bepaalde grens. In 2013 bedraagt de inkomensgrens voor alleenstaanden € 31.000 en voor partners € 42.000. Tevens geldt er een vermogensgrens. De maximale zorgtoeslag bedraagt voor alleenstaanden € 1.060 en voor partners € 2.062. In het begrotingsakkoord voor 2013 is afgesproken dat de zorgtoeslag voor minima stijgt met hetzelfde bedrag waarmee het eigen risico wordt verhoogd.

Uit cijfers van het CBS blijkt dat in 2011 4,618 miljoen huishoudens zorgtoeslag kregen. Dit is 62,3% van alle huishoudens in Nederland. De totale zorgtoeslag bedroeg in dat jaar € 4,657 miljard.

De compensatie eigen risico is bedoeld voor verzekerden met meerjarige hoge kosten (‘chronisch zieken’) en compenseert voor het verschil tussen het maximaal te betalen verplicht eigen risico en het gemiddeld betaalde eigen risico door verzekerden die niet voor de compensatie in aanmerking komen.

Tabel 6.7. Zorgtoeslag en compensatie eigen risico per verzekerde 18+

	2011	2012	2013
Zorgtoeslag	€ 355	€ 339	€ 349
Compensatie eigen risico	€ 8	€ 13	€ 18

Bron: Rijksbegroting 2013 XVI Volksgezondheid Welzijn en Sport

7. Bijlage 1. Bronnen & Methodes

Deze bijlage bevat een overzicht gegeven van de belangrijkste gebruikte bronnen. Na een beschrijving van de gebruikte bronnen, volgt een extra toelichting op de gebruikte methode in de analyse van enquête gegevens in paragraaf 3.7.3.

7.1 Belangrijkste bronnen

- NZa gegevens:
  - Database modelovereenkomsten: Betreft aantallen zorgverzekeraars, aantallen en soorten polissen, specifieke polisvoorwaarden.
  - Transparantieonderzoek: Regulier onderzoek naar transparantie zorgverzekeringsmarkt.
  - Signalen database: ontvangen signalen over zorgverzekeringsmarkt.
- Uitvraag collectiviteiten: De NZa vraagt jaarlijks gegevens aan zorgverzekeraars over collectieve verzekeringen en herverzekering eigen risico.
- College voor zorgverzekeringen (CVZ): ontvangen gegevens betreffen verzekerden aantallen per 4-positie postcode, aantal onverzekerden, aantal wanbetalers, vaststelling vereveningsbijdrage.
- Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag): de gegevens zijn verzameld door Vektis bij alle zorgverzekeraars over in- en uitstroom van verzekerden, specifieke statistieken over verzekerden en aanvullende verzekeringen.
- De Nederlandsche Bank (DNB): Jaar en kwartaalstaten met omzetgegevens voor zowel basis- als aanvullende zorgverzekering.
- Enquête naar belemmering bij overstappen: resultaten van de door Motivaction uitgezette enquête naar belemmeringen bij het overstappen.
- Rijksbegroting 2013 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Rapporten:
- D. Duijmelinck, W.P.M.M.Van de Ven, R.C.Van Kleef, R.C.J.A.Van Vliet: Overstapgedrag en risicoselectie (2013)
- W.P.M.M. van de Ven, R.C. van Kleef, Dr. R.C.J.A. van Vliet: 'Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten?' (2013)
- Van Kleef, R.C., R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2012) Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau. Onderzoeksrapport. Rotterdam: iBMG

7.2 Technische beschrijving analyses belemmeringen bij overstappen

De analyses zijn gebaseerd op de resultaten van een internet enquête uitgezet in de eerste twee weken van februari 2013. Door weging zijn de resultaten representatief gemaakt op de volwassen bevolking in leeftijd, geslacht, hoogste voltooide opleiding, Nielsen regio's (6)[40] en mentality

[40] Nielsen regio's zijn regio's gedefinieerd voor marktonderzoek.
Nielsen I: 3 grote gemeenten (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag);
Nielsen II: West (Utrecht, Noord-Holland, Zuid-Holland exclusief 3 grote gemeenten);
Nielsen III: Noord (Groningen, Friesland, Drenthe).

milieus[41]. Alle resultaten zijn op basis van de gewogen antwoorden berekend; ze zijn dus representatief op de volwassen bevolking.

Bij de analyses van belemmeringen bij het overstappen zijn de antwoordcategorieën 'mee eens' en 'helemaal mee eens' samengevoegd naar een categorie '(helemaal) mee eens' net als de categorieën 'helemaal mee oneens' en 'mee oneens' naar '(helemaal) mee oneens'. Dit was noodzakelijk omdat in de twee uiterste categorieën het aantal observaties te laag was om statistische toetsen te kunnen doen. Er vallen dus drie categorieën te onderscheiden bij de stellingen: '(helemaal) mee oneens', 'noch mee eens, noch mee oneens', '(helemaal) mee eens'.

Het is opvallend dat een grote groep verzekerden (tussen de 24-44% bij de diverse stellingen) het antwoord 'noch mee eens, noch mee oneens' geeft. Naar verwachting vallen onder deze groep de verzekerden die noch ervaringen, noch uitgesproken verwachtingen hebben. Als er aanzienlijke verschillen zijn in de relatieve grootte van deze neutrale groep beïnvloed deze de resultaten van de analyses. Daarom worden de analyses in twee stappen gedaan. Eerst toetsen we of er significante verschillen zijn in de grootte van de neutrale groep per subgroepen van verzekerden. Vervolgens wordt deze neutrale groep uitgesloten en geanalyseerd of er significante verschillen zijn tussen de relatieve grootte van groepen die eens/oneens zijn met de stelling per subgroep.[42] Resultaten worden significant genoemd als de p-waarde onder 0,05 is.

Nielsen IV: Oost (Overijssel, Gelderland, Flevoland).
Nielsen V: Zuid (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg).
Nielsen VI: Randgemeenten.

[41] Mentality is een sociologisch onderzoeksmodel dat consumenten groepeert op basis van gedeelde normen- en waardeoriëntatie. De categorieën zijn: traditionele burgerij, moderne burgerij, gemaksgeoriënteerden, Opwaarts mobielen, Post-materialisten, Post-moderne hedonisten, Kosmopolieten en Nieuwe conservatieven.

[42] Als er geen verschillen waren in de eerste stap dan beïnvloed het uitsluiten van de neutrale groep de analyses niet. Als er wel verschillen zijn dan het uitsluiten is noodzakelijk om de relatieve grootte van de groep die mee eens of mee oneens is te kunnen vergelijken.

8. Bijlage 2. Risicoverevening nader bekeken

In deze bijlage is het vereveningsresultaat zoals weergegeven in paragraaf 2.4.2 nader gespecificeerd en apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 1. Resultaat ex ante risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009
Grote 4 concerns	€ 55-	€ 24	€ 20-	€ 86-
Overige concerns	€ 97-	€ 20	€ 87-	€ 102-
Totaal	€ 58-	€ 23	€ 26-	€ 88-

Bron: Nza (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 2. Effect macronacalculatie

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009
Grote 4 concerns	€ 58	€ 23-	€ 26-	€ 26
Overige concerns	€ 61	€ 30-	€ 25-	€ 24
Totaal	€ 58	€ 23-	€ 26-	€ 26

Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 3. Effect extra middelen

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009
Grote 4 concerns	€ 20	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Overige concerns	€ 21	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totaal	€ 20	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 4. Effect overige ex post compensaties (hoge kosten verevening, generieke verevening, nacalculatie, bandbreedteregeling)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009
Grote 4 concerns	€ 2-	€ 1-	€ 46	€ 62
Overige concerns	€ 13	€ 7	€ 106	€ 62
Totaal	€ 1-	€ 0	€ 52	€ 62

Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 5. Resultaat op no-claim c.q. verplicht eigen risico

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009
Grote 4 concerns	€ 0-	€ 0-	€ 6-	€ 7-
Overige concerns	€ 3	€ 4	€ 5-	€ 4-
Totaal	€ 0-	€ 0-	€ 6-	€ 6-

Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 6. Resultaat na ex post risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009
Grote 4 concerns	€ 21	€ 0	€ 5-	€ 4-
Overige concerns	€ 0	€ 1	€ 11-	€ 21-
Totaal	€ 19	€ 0	€ 5-	€ 6-

Bron: NZa (op basis CVZ data vaststelling vereveningsbijdrage)