Nederlandse Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
			95111/133144

Onderwerp
Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2014

Datum
29 augustus 2014

Mevrouw de Minister,

Bijgaand treft u ter informatie de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014 aan. De marktscan geeft de stand van zaken op de zorgverzekeringsmarkt in de periode 2010-2014 weer. Wij voeren deze marktscan periodiek uit om de werking van het zorgverzekeringsstelsel te toetsen aan de drie publieke belangen in de zorg: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. In deze brief gaan we in op de opvallendste zaken uit de marktscan en de acties die de NZa naar aanleiding hiervan onderneemt.

In de marktscan zien wij verschillende ontwikkelingen. De nominale premie is in 2014 gedaald, van € 1.213 in 2013 tot € 1.098 dit jaar. Ook vorig jaar was een daling te zien van de nominale premie. Zorgverzekeraars lijken hiermee de positieve resultaten en gestegen solvabiliteit van 2013 deels terug te geven aan hun verzekerden.

Sinds 2012 is sprake van een lichte daling van de concentratiegraad van zorgverzekeraars, en een lichte toename van de concurrentie op regionaal niveau. In het bijzonder zien we een toenemende concurrentie met goedkope polissen. Er is een groeiend aanbod van en vraag naar deze polissen, waarin zorgverzekeraars een selectief aanbod hanteren. Het is van belang dat verzekerden bij het afsluiten van een budgetpolis goed begrijpen waar ze voor kiezen. Door goede informatie te verstrekken kunnen zorgverzekeraars voorkomen dat verzekerden achteraf verrast worden door beperkingen in de zorgkeuze.

We zien dat in 2014 minder mensen zijn overgestapt dan in 2013. Vooral bij de duurdere polissen zien we een stabilisatie van de markt. Redenen hiervoor zijn tevredenheid van verzekerden over hun polis en verzekeraar. Daarnaast zegt een deel van de verzekerden dat ze niet overstappen omdat ze verwachten dat het veel moeite kost om een

betere of goedkopere zorgverzekeraar te vinden en dat ze bang zijn voor administratieve problemen bij de overstap.

De NZa volgt deze ontwikkelingen en neemt mede naar aanleiding van de bevindingen uit de marktscan de volgende acties:

- Jaarlijks monitort de NZa de exploitatieresultaten van de zorgverzekeraars, de ontwikkeling van de premies en de solvabiliteit.
- De ontwikkelingen rond de kortingen op de te betalen premies zullen worden gevolgd. Zo zullen we onder meer het acceptatiebeleid bij volmachten nader onderzoeken.
- De NZa is eerder dit jaar een onderzoek gestart naar de kwaliteit van de informatie op vergelijkingssites, in samenwerking met andere toezichthouders.
- Zorgverzekeraars bereiden zich momenteel voor om meer informatie aan de verzekerde te geven over de kosten van diens zorggebruik. De NZa zal wanneer dat nodig blijkt – en zodra zij daartoe wettelijk bevoegd is[1] – hieraan nadere eisen stellen.
- De NZa zet in op het versterken van de informatiepositie van verzekerden in de overstapperiode, via consumentenorganisaties en in samenwerking met de Autoriteit Consument en Markt (ACM).

Hieronder lichten wij de bevindingen van de marktscan en de genoemde actiepunten toe.

Betaalbaarheid

Premieontwikkeling
De gemiddeld betaalde nominale premie is gedaald van € 1.213 in 2013 naar € 1.098 in 2014. Een belangrijke factor hierin is, zo blijkt uit de marktscan, dat de solvabiliteitsratio van zorgverzekeraars in 2013 is verder gestegen. Met name de meevallende schadelast ten opzichte van de inschattingen vooraf en zorginkoop dragen hieraan bij.

De exploitatieresultaten zijn in 2013 op een vergelijkbaar niveau ten opzichte van de schadelast als in 2012. Indien dit ook voor 2014 het geval is kan over 2014 een verdere stijging van de solvabiliteit worden verwacht. Hierbij moet worden opgemerkt dat met het nieuwe Europese berekeningsmodel van de solvabiliteit (Solvency II), de solvabiliteitsratio rond de 140% zou liggen (aanzienlijk lager dan de huidige berekening van 216%). Dit nieuwe berekeningsmodel zal vanaf 2016 worden toegepast door de Nederlandse Bank in zijn toezicht op de verzekeraars en zal dus leiden tot een scherpe daling in de solvabiliteitsratio. Ook de overheveling van zorg vanuit de AWBZ naar de Zvw kan gaan leiden tot een dalende solvabiliteitsratio.

We concluderen dat de toegenomen ruimte in solvabiliteit (deels) is doorgegeven aan de verzekerden. Op dit moment is er nog geen duidelijke conclusie te trekken of er nog meer ruimte voor

[1] De wettelijke grondslag hiervoor is opgenomen in het Voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving (Kamerstukken II, 2013-14, 33 980, nr. 2).

zorgverzekeraars is om de behaalde winsten op de schadelast terug te geven aan verzekerden in de premies. Hiervoor is zicht nodig op meerdere jaren. De NZa zal de ontwikkeling van de exploitatieresultaten en de premies wel in haar marktscans blijven volgen. Langs deze weg zullen wij ook de solvabiliteitsontwikkeling volgen.

Kortingen op de te betalen premie
Aan zorgverzekeraars is gevraagd of zij gebruik maken van kortingen op de te betalen premie. Een aantal zorgverzekeraars doet dit en hanteert deze kortingen met name als marketinginstrument. Denk aan welkomstkortingen, een vergoeding voor het aanbrengen van nieuwe verzekerden en een korting voor het afnemen van diverse producten. We zien dat er steeds meer soorten kortingen ontstaan. Dat bleek ook in ons onderzoek naar de acceptatieplicht[2]. In deze brief wordt nader op dit onderzoek in gegaan in de paragraaf risicoselectie. In het rapport hebben wij gewezen op het risico voor het verbod op premiedifferentiatie voor de basisverzekering. De NZa blijft het gebruik van deze kortingen volgen.

Concurrentie
Om een beeld te krijgen van de mate van concurrentie op de markt moeten verschillende indicatoren uit de marktscan in samenhang worden gezien.

De concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt wordt met name gevoerd met de goedkopere polissen. Dit blijkt onder andere uit de ontwikkelingen rond de budgetpolissen. De premies van deze polissen worden pas op het allerlaatste moment gepubliceerd en zijn gemiddeld ongeveer 80 euro lager dan de gewone naturapolissen. Daarnaast is er een relatief forse groei van het aanbod van deze polissen en een bovengemiddelde toename van het aantal verzekerden dat hier gebruik van maakt.

Er is de laatste twee jaar een ontwikkeling zichtbaar van groeiende solvabiliteitsmarges en positieve resultaten op de schadelast. Het aantal overstappers valt iets terug ten opzichte van 2013. De spreiding van de premies lijkt met name aan de bovenkant (dat wil zeggen, bij de duurdere polissen) toe te nemen. Dit kan duiden op een stabilisatie in met name de bovenkant van de markt maar hiermee kan niet worden gesteld dat er sprake is van een afname van de concurrentie. In de afgelopen periode waren er enkele potentiële toetreders. Uiteindelijk is het tot nu toe niet financieel aantrekkelijk gebleken voor nieuwe partijen om toe te treden.

Ontwikkeling marktaandelen
Uit de marktscan blijkt dat de marktaandelen van zorgverzekeraars op concernniveau al enkele jaren redelijk stabiel zijn. Met name de kleinere zorgverzekeraars en Menzis groeien licht. De zorgverzekeringsmarkt is een geconcentreerde markt. Landelijk is er sinds 2012 een lichte daling in de concentratiegraad zichtbaar. Vanwege de concentratie op de zorgverzekeringsmarkt onderzoekt de NZa wat de gevolgen voor het stelsel zijn wanneer een grote zorgverzekeraar in problemen zou raken. Over de bevindingen en de mogelijkheden om deze risico's te beperken

[2] Verdiepend onderzoek Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars Bevindingen, acties en aanbevelingen, NZa, april 2014.

wordt aan het eind van dit jaar gerapporteerd in de monitor Concentratie en Specialisatie.

Uit een analyse van de gewogen marktaandelen van zorgverzekeraars op regionaal niveau blijkt dat die licht dalen. Het gemiddeld sector breed gewogen marktaandeel is in 2014 35%. Dit betekent dat een gemiddeld zorgverzekeringsconcern, in de voor haar relevante postcodegebieden, een marktaandeel (in termen van aantal verzekerden) van 35% heeft. Deze daling kan betekenen dat er meer concurrentie is tussen de verzekeraars op regionaal niveau. Daarbij kan deze daling er toe leiden dat zorgverzekeraars in hun traditionele kernregio's minder sterk worden in hun onderhandelingen met zorgaanbieders. De NZa volgt de ontwikkelingen rond de zorginkoop. Afgelopen voorjaar heeft de NZa over de meest recente ontwikkelingen bij de zorginkoop gerapporteerd in haar monitor zorginkoop.[3]

Wanbetalers en herverzekering eigen risico
In 2013 is het aantal wanbetalers met 9% fors gegroeid tot 323.000. Oorzaken hiervan zijn onder meer de verhoging van het verplicht eigen risico naar 350 euro in 2013 en de economische situatie in Nederland de afgelopen jaren. De verwachting is dat de financiële schade van wanbetaling vanaf 2014 minder zal toenemen omdat het Zorginstituut per 2013 de zorgtoeslag direct is gaan verrekenen met de premieachterstand.

U heeft ons verzocht in deze marktscan bijzondere aandacht te besteden aan herverzekering van het eigen risico. Een verzekeraar kan het verplicht en vrijwillig eigen risico van de Zvw herverzekeren in een aanvullende verzekering. Dit kan wenselijk zijn als het doel is om betalingsrisico's te beperken. Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld minima en seizoenarbeiders. Bij deze groepen is er namelijk een relatief groot risico op wanbetaling. Voor minima omdat zij het eigen risico niet kunnen opbrengen en bij seizoenarbeiders omdat het verhalen achteraf in het land van herkomst erg complex kan zijn.

Onwenselijk is het wanneer herverzekering van het eigen risico wordt ingezet om lagere premies te kunnen bieden en zo het verbod op premiedifferentiatie te omzeilen. Hierbij kan worden gedacht aan een extra goedkope polis voor studenten. Daarbij wordt het maximale vrijwillig eigen risico ingezet om de premie te verlagen en vervolgens wordt het verplicht en vrijwillig eigen risico herverzekerd.

Tot vorig jaar werd deze constructie door enkele zorgverzekeraars ingezet. Omdat het gebruik van deze constructies de risicosolidariteit van het stelsel aantast en dit ongewenst is, bieden zorgverzekeraars de herverzekering van het eigen risico voor studenten per 2014 niet langer aan. Dat wordt bevestigd in een uitvraag die wij voor dit jaar gedaan hebben. Dit product wordt alleen nog aangeboden aan enkele collectiviteiten voor bijstandsgerechtigden en minima, zeevarenden, expats en seizoenarbeiders waarbij er een betaalrisico bestaat.

Naast het gebruik van herverzekering van het verplicht eigen risico bieden nagenoeg alle zorgverzekeraars hun verzekerden een

[3] Monitor en beleidsbrief zorginkoop, NZa, februari 2014.

mogelijkheid om het verplicht eigen risico gespreid te betalen. Uit de bij verzekeraars hierover uitgevraagde informatie blijkt dat het aanbod hiervan en de vraag vanuit verzekerden de afgelopen jaren flink is gegroeid. Inmiddels maakt 8% van alle verzekerden hier gebruik van voor een bedrag van 225 miljoen euro in 2013[4]. Wij hebben het ministerie van VWS hierover nader geïnformeerd in onze brief over de rapportage evaluatie aspecten wettelijk verplicht eigen risico 2012 en 2013 van 16 mei 2014.

Toegankelijkheid

Overstapgedrag
In 2014 is 6,9% van de verzekerden overgestapt. Dit is 1,4 procentpunt minder overstappers dan in het voorgaande jaar. Wel is dit percentage nog altijd hoger dan in de jaren 2010 tot en met 2012.

Een oorzaak van de daling kan er in liggen dat verzekerden verwachten weinig winst te behalen met overstappen, terwijl zij wel overstapkosten moeten maken. Uit de analyse van de overstapwinst blijkt dat de prijsgevoeligheid in 2014 op het laagste punt van de afgelopen vijf jaar ligt. Hieraan zal ook de daling van de gemiddelde nominale premie in 2014 hebben bijgedragen, van 1.098 euro in 2014 ten opzichte van 1.213 euro in 2013. Hierdoor realiseerden verzekerden ook zonder overstappen al een lagere premie. Toch is de overstapwinst, ondanks het lagere overstappercentage in 2014 wel gestegen naar 54,2 miljoen euro. Het loont dus om over te stappen.

Tegelijkertijd laat een onderzoek van het Nivel zien dat mensen die kiezen om niet over te stappen als reden geven dat ze tevreden zijn met hun verzekering en de service van de verzekeraar. Daarnaast geven verzekerden ook aan dat zij niet overstappen omdat ze verwachten overstapdrempels tegen te komen. Zij vinden het te veel moeite om een betere of goedkopere verzekering te zoeken, of vrezen administratieve kosten bij een overstap. De NZa heeft in de afgelopen overstapperiode overigens nauwelijks signalen ontvangen over problemen die werden ervaren bij het overstappen.

Budgetpolissen
In de afgelopen jaren is het aanbod van zogeheten budgetpolissen met selectieve contractering flink gestegen. Inmiddels zijn 12 van de 70 polissen die op de markt zijn budgetpolissen. Behalve ONVZ, ENO en DSW bieden alle concerns een of meerdere budgetpolissen aan. Deze polissen kenmerken zich over het algemeen door een scherpe premiestelling en een beperkt aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast wordt vaak een lage vergoeding gegeven voor niet gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars contracteren met name selectief voor medisch specialistische zorg, farmacie en hulpmiddelen. De premie van deze polissen ligt dit jaar ongeveer 80 euro lager dan de gewone naturapolissen. Het aandeel van deze polissen bedraagt inmiddels 4,4% van de zorgverzekeringsmarkt.

---

[4] Brief over de rapportage evaluatie aspecten wettelijk verplicht eigen risico 2012 en 2013 van 16 mei 2014 met kenmerk 83049-115701.

Deze ontwikkeling kan gunstig zijn in het licht van de betaalbaarheid van de zorg. Verzekerden krijgen meer keus tussen verschillende zorgverzekeringen en zorgverzekeraars kunnen met deze polissen verzekerden beter sturen naar gecontracteerde zorgaanbieders. Er zijn geluiden dat budgetpolissen consequenties kunnen hebben voor de kwaliteit van de ingekochte zorg. De NZa betrekt dit onderwerp in de marktscan zorginkoop. Wel is het van groot belang dat verzekerden zich bewust zijn van de gevolgen van de keuze voor een budgetpolis. Hiertoe is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars hen goed informeren over de gecontracteerde zorgaanbieders en wat de gevolgen zijn indien een verzekerde toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wil. De NZa ziet hierop toe. Mede daarom wordt het vanaf 1 januari 2015 verplicht dat zorgverzekeraars zes weken voor de start van het verzekeringsjaar bekend maken welke zorgaanbieders zij hebben gecontracteerd.

De budgetpolissen worden door zorgverzekeraars vooral ingezet als instrument om de overstappers binnen te halen. Dit blijkt onder meer uit het feit dat de premies van deze polissen relatief dicht bij elkaar liggen en dat zorgverzekeraars van deze polissen de premies relatief laat publiceren. Uit de nu beschikbare informatie lijken verzekeraars de budgetpolissen niet in te zetten om zich op bepaalde doelgroepen te richten.

Tegenover de budgetpolissen staat een aantal polissen met relatief hoge premies. Tegen de verwachting in is er op die polissen geen sprake van een hoge uitstroom van verzekerden. Dit staaft de eerdere conclusie dat veel verzekerden tevreden zijn met hun verzekering. Tegelijkertijd kan dit ook betekenen dat verzekerden nog niet voldoende informatie hebben over de voordelen van overstappen. Transparantie blijft hierbij dus een punt van aandacht.

Risicoselectie
U heeft de NZa verzocht om in de marktscan aandacht te besteden aan mogelijke indirecte, niet-verboden vormen van risicoselectie. In de marktscan wordt een aantal mogelijkheden geschetst die zorgverzekeraars kunnen inzetten om op risico's te selecteren. De belangrijkste zijn: het inzetten van de collectiviteitskorting voor doelgroepenbeleid, de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico, het gebruik van een beperkt aanbod van gecontracteerde zorg en vergoedingsbeperkingen voor niet-gecontracteerde zorg, het gebruik van beperkende voorwaarden voor toegang tot zorg zoals een verwijzing of machtiging en kortingen op de te betalen premies.

Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat het inzetten van gelegenheidscollectiviteiten om een acceptatiebeleid te kunnen toepassen voor doelgroepen op dit moment voorkomt. Het vrijwillig eigen risico wordt door één verzekeraar op een zodanige wijze ingezet dat dit zou kunnen leiden tot zelfselectie door verzekerden. Hiertoe wordt een hoge nominale premie gecombineerd met een hoge korting bij het maximale vrijwillig eigen risico. In de praktijk maken diverse zorgverzekeraars gebruik van een korting op de te betalen premie, een beperkt gecontracteerd aanbod, vergoedingsbeperkingen voor niet gecontracteerde zorg of eisen voor toegang tot zorg. We hebben daarbij

niet feitelijk kunnen vaststellen dat deze instrumenten ook worden ingezet om op risico's te selecteren.

Ook in ons verdiepend onderzoek *Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars* van april 2014 hebben wij aandacht besteed aan instrumenten die mogelijk voor risicoselectie gebruikt kunnen worden. In het onderzoek signaleren wij een aantal mogelijke risico's ten aanzien van de acceptatieplicht. Zo hanteren sommige zorgverzekeraars een marketing beleid waarin zij (praktische) drempels opwerpen voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Dit gebeurt onder meer via informatieverstrekking en de 'vindbaarheid' van polissen. De wijze waarop dit gebeurt is naar huidig inzicht juridisch toegestaan, maar drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegankelijkheid en keuzevrijheid van consumenten. Naar aanleiding van deze bevindingen hebben wij in het rapport acceptatieplicht de volgende actiepunten benoemd.

- Onderzocht zal worden hoe de transparantie-eisen rond de polisinformatie kunnen worden aangescherpt.
- Bekeken wordt hoe kan worden verplicht dat een verzekerde zich voor alle polissen op dezelfde manier kan inschrijven.
- De ontwikkelingen rond de aanvullende verzekering als sturingsinstrument zullen worden gevolgd.
- Het acceptatiebeleid bij volmachten zal nader worden onderzocht.
- Zorgverzekeraars die de toetsing van hun acceptatiebeleid niet structureel hebben geborgd worden hierop aangesproken.

Wij zijn reeds gestart met de opvolging van deze actiepunten. Naar verwachting zullen deze vervolgacties in de eerste helft van 2015 zijn opgevolgd.

Kwaliteit

Transparantie
De NZa krijgt ieder jaar meer signalen over zorgverzekeraars. Het aantal signalen is in 2013 gestegen tot ruim 300. Deels wordt deze toename veroorzaakt doordat verzekerden de NZa steeds beter weten te vinden. Opvallend is dat ongeveer een derde van deze signalen gaat over de informatieverstrekking door verzekeraars. Het betreft onder meer signalen over verkeerde informatieverstrekking over vergoedingen en het soort zorg waar verzekerden aanspraak op hebben. De input vanuit deze signalen wordt meegenomen in de jaarlijkse self-assessments die zorgverzekeraars invullen.

In het kader van het transparantietoezicht focust de NZa dit jaar op de informatieverstrekking vanuit de zorgverzekeraar naar de verzekerde. Zorgverzekeraars bereiden zich op dit moment gezamenlijk voor om meer informatie aan de verzekerde te gaan leveren over de kosten van diens zorggebruik. Hierbij gaat het om de informatie die de zorgverzekeraars van zorgaanbieders ontvangen. Doel is het kostenbewustzijn van consumenten te vergroten en consumenten meer te betrekken bij fraudebestrijding. In eerste instantie wordt de informatie online via de "mijn-omgeving" verstrekt, maar de verzekerde kan de informatie ook desgewenst op schrift krijgen. Door de uitgebreide informatie krijgt de verzekerde meer inzicht in de zorgkosten en kunnen

onjuistheden bij de verzekeraar gemeld worden. Een betere opsporing van onjuistheden is ook in het belang van zorgverzekeraars. De NZa volgt deze ontwikkeling op de voet. Indien nodig zal de NZa een nadere regel opstellen om te garanderen dat alle zorgverzekeraars deze informatie aan hun verzekerden leveren. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat eerst de Wmg wordt aangepast, zodat de NZa wettelijk bevoegd is tot het opstellen van dit soort nadere regels.[5]

Vergelijkingssites
De NZa heeft ook signalen gekregen over partijdige of onvolledige informatieverstrekking over zorgverzekeringen door sommige vergelijkingssites. Ook hier geldt dat de zorgverzekeraar een belangrijke rol heeft om te zorgen dat verzekerden bijvoorbeeld gecontracteerde zorgaanbieders met elkaar kunnen vergelijken. De NZa onderzoekt momenteel hoe de relaties tussen de verzekeraars en de vergelijkingssites eruit zien en hoe de informatieverstrekking tussen deze partijen verloopt. In dit onderzoek wordt samengewerkt met andere toezichthouders, waaronder ACM.

Informatiepositie verzekerden
In de komende overstapperiode zal de NZa inzetten op het versterken van de informatiepositie van verzekerden, via consumentenorganisaties en in samenwerking met ACM.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.A. Ruys MBA
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

[5] De wettelijke grondslag van deze regelgevingsbevoegdheid is opgenomen in het Voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving (Kamerstukken II, 2013-14, 33 980, nr. 2).