Nederlandse Zorgautoriteit

Marktscan

Zorgverzekeringsmarkt 2016

september 2016

Inhoud

1 Samenvatting

2 De zorgverzekeraars

3 Inkomsten, uitgaven en resultaten

4 De zorgpolissen

5 De verzekerden

1. Samenvatting

De zorgverzekeringsmarkt is een stabiele markt. In een aantal provincies verliest de grootste marktpartij licht marktaandeel aan kleinere zorgverzekeraars. De afgelopen jaren zijn er geen nieuwe zorgverzekeraars toegetreden. Wel zijn er initiatieven om een nieuwe zorgverzekeraar te starten. De NZa is voorstander van deze nieuwe initiatieven.

Zorgverzekeraars zijn de afgelopen jaren meer risico gaan dragen voor de zorginkoop. De compensaties die zij achteraf ontvingen om de financiële risico's van de zorginkoop te beperken, zijn flink afgebouwd. Zo krijgen zorgverzekeraars een sterkere prikkel om doelmatig zorg in te kopen.
De resultaten van de zorgverzekeraars zijn in 2015, net als in 2014, gedaald. In procenten van de zorguitgaven realiseerden de zorgverzekeraars in 2015 gemiddeld een resultaat van 0,7%.

Nieuw toezichtsraamwerk

Per 1 januari 2016 geldt een nieuw toezichtsraamwerk voor zorgverzekeraars op basis van de EU-richtlijnen: Solvency II. Bij de meeste zorgverzekeraars gelden er daardoor hogere eisen aan de omvang van hun reserves. De huidige opbouw van de financiële reserves van de zorgverzekeraars is in lijn met deze hogere eisen.

Op de polismarkt zien we dat meer verzekerden kiezen voor een basispolis met beperkende voorwaarden (bijvoorbeeld beperkingen in het aantal zorgaanbieders waaruit gekozen kan worden). In ruil voor een lagere premie gaan deze verzekerden akkoord met aanvullende beperkingen. Het aantal polissen met beperkende voorwaarden daalde overigens in 2016 ten opzichte van 2015: van 17 naar 13 polissen.

Tweederde van de verzekerden is niet individueel maar via een collectiviteit verzekerd. Het percentage verzekerden dat op deze manier verzekerd is, is in 2016 licht gedaald. In 2016 betalen collectief verzekerden gemiddeld 3,6% minder premie dan individueel verzekerden. In 2015 was dit verschil 4,4%.
De gemiddelde premie voor de basisverzekering steeg van 1.158 euro per jaar in 2015 naar 1.199 euro per jaar in 2016. Dit hangt samen met de uitbreiding van het basispakket door de hervorming van de langdurige zorg. In verband met de gestegen premie is de zorgtoeslag verhoogd.
De aangeboden premiekorting voor een vrijwillig eigen risico daalde in 2016 ten opzichte van 2015. Bij het maximale vrijwillig eigen risico (500 euro) was in 2016 de korting op de premie gemiddeld 228 euro, waar dat in 2015 nog gemiddeld 236 euro was.

Overstappen

In 2016 stapten 1,17 miljoen verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar. Dat is minder dan in 2015. Door over te stappen bespaarden consumenten in 2016 gezamenlijk 30,5 miljoen euro aan premiegelden voor de basisverzekering. In 2015 was dat nog 69 miljoen euro. De prijsgevoeligheid, de mate waarin een premieverhoging leidt tot afname van de vraag, was in 2016 lager dan in 2015.

De NZa analyseerde het overstapgedrag van verzekerden, op basis van gedetailleerde gegevens over de periode 2011 - 2013. We keken daarbij naar leeftijd, gezondheid en economische status. Hieruit komt naar voren dat ouderen en ongezonde verzekerden met lichamelijke problemen, aanzienlijk minder overstappen. Ongezonde verzekerden met geestelijke problemen stappen net zo vaak over als

andere verzekerden. Overstappers kiezen vaker voor een verhoogd vrijwillig eigen risico en voor een polis met beperkende voorwaarden. Verzekerden met een lagere sociaal-economische status kiezen minder vaak een vrijwillig eigen risico. Zij kiezen ook minder vaak voor een polis met bepekende voorwaarden, maar daarbij zijn de verschillen met andere verzekerden kleiner dan bij het eigen risico. Verzekerden die niet overstappen geven als belangrijkste reden aan dat zij tevreden zijn over de dekking van hun zorgpolis en over de service van de huidige zorgverzekeraar.

2. De zorgverzekeraars

Aantal zorgverzekeraars

In 2016 zijn er in totaal 25 zorgverzekeraars. De meeste daarvan vallen onder een overkoepelend concern. Op dit moment zijn er negen concerns. In 2016 zijn er (tot het moment van dit schrijven) geen wijzigingen ten opzichte van 2015 in de aanwezige concerns of zorgverzekeraars. In de loop van 2015 zijn alleen de juridische namen van OZF en Zilveren Kruis gewijzigd, waarbij de toevoeging 'Achmea' is weggelaten.

Aanbod concerns en zorgverzekeraars

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

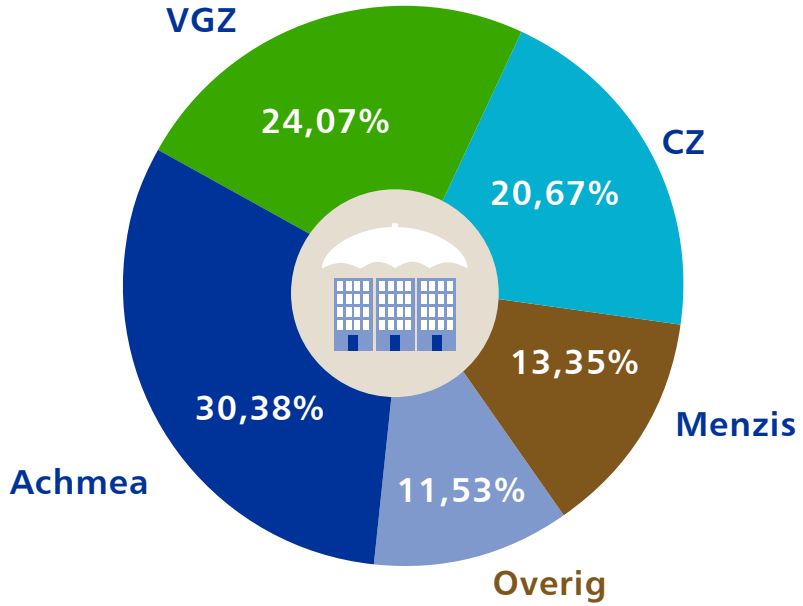
Marktaandelen

Marktaandelen op basis van het aantal verzekerden geven weer hoe groot de verschillende spelers op de zorgverzekeringsmarkt zijn. De vier grootste zorgverzekeringsconcerns verliezen jaarlijks iets van hun marktaandeel aan de kleinere concerns. Samen hebben de vier grootste in 2016 een marktaandeel van 88,5% (2015 88,8%, 2014 89,6%). Het totale aandeel van de overige concerns stijgt van 10,4% in 2014 en 11,2% in 2015 naar 11,5% in 2016.

9
concerns

25
zorgverzekeraars

Marktaandelen zorgverzekeringsconcerns



DSW-SH: 3,47
ONVW: 2,75
Zorg en zekerheid: 2,59
ASR: 1,98
Eno: 0,74

Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag).
De figuur telt op tot meer dan 100%. Dit komt door de afronding.

Concentratie

Concentratie zegt iets over het aantal en de omvang van de spelers op een markt. Bij een hoge concentratie (geconcentreerde markt) zijn er weinig spelers en hebben de spelers een groot marktaandeel. Bij een lage concentratie zijn er veel kleine spelers. We veronderstellen dat er bij een lage concentratie meer concurrentie tussen verzekeraars is, en meer keuze voor consumenten.

De concentratiegraad in een regio is relevant omdat burgers bij hun poliskeuze meer belang hechten aan het zorgaanbod dat in de regio gecontracteerd wordt dan in wat landelijk gecontracteerd wordt. Bovendien is het een indicator voor de onderhandelingsmacht van een zorgverzekeraar bij het inkopen van zorg voor zijn verzekerden. Een landelijk marktaandeel onderschat de lokale/regionale positie van regionaal werkende verzekeraars.

Om de concentratiegraad van zorgverzekeraars in een regio te bepalen, hanteren we de Herfindahl-Hirschman Index (hierna: HHI). Die is gebaseerd op de marktaandelen. Hoe hoger de index, hoe hoger de concentratie in de markt. Bij een HHI van 2.000 of hoger spreken we van een geconcentreerde markt.

De concentratiegraad over heel Nederland daalt al een aantal jaar licht. Wel zijn er regionale verschillen. In 2016 neemt de concentratiegraad in Friesland en Zeeland licht toe. In beide provincies wint de grootste zorgverzekeraar marktaandeel. De concentratiegraad daalt het sterkst in Drenthe, Flevoland, Noord-Holland en Utrecht. Vooral in deze provincies verliest de grootste marktpartij marktaandeel aan kleinere zorgverzekeraars.

Concentratiegraad zorgverzekeringsmarkt per provincie (HHI)

Provincie	2014	2015	2016
Drenthe	3.539	3.478	3.330
Flevoland	3.555	3.324	3.124
Friesland	6.028	5.873	5.886
Gelderland	2.318	2.278	2.243
Groningen	3.486	3.463	3.411
Limburg	3.456	3.392	3.390
Noord-Brabant	3.191	3.153	3.070
Noord-Holland	2.973	2.930	2.755
Overijssel	2.558	2.538	2.533
Utrecht	2.808	2.684	2.497
Zeeland	3.949	3.921	3.968
Zuid-Holland	1.878	1.880	1.799
Nederland	**2.240**	**2.224**	**2.153**

Nieuwe toetreders

Sinds de start van het zorgverzekeringsstelsel zijn er geen nieuwe zorgverzekeraars van start gegaan. Wel zijn er initiatieven om een zorgverzekeraar te starten.

Initiatief Zorgeloos

Op 3 december 2015 kondigde Jos de Blok, oprichter van Buurtzorg Nederland aan om samen met Jan Rotmans en Mathieu Weggeman te willen bijdragen aan het tot stand komen van een nieuwe zorgverzekeraar. Zorgeloos wil een alternatieve zorgverzekering 'waarin de mens voorop staat', minder nadruk ligt op het beperken van schadelast en meer op het bevorderen van gezondheid. Verzekerden worden mede-eigenaar en krijgen daardoor volgens Zorgeloos een sterke positie binnen de zorgverzekeraar. Het verbinden van vernieuwingsnetwerken die al actief zijn om de zorg radicaal te vernieuwen, moet een belangrijke pijler worden. Door meer ruimte te geven aan zorgverleners om vanuit vakmanschap oplossingen te verzinnen, verwacht Zorgeloos dat de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg centraal komen te staan.

In 2016 wil Zorgeloos 50.000 mensen aan zich binden die actief meedoen aan de beweging. De zorgverzekering zelf zal naar verwachting per 2018 beschikbaar zijn. Het staat nog open of dit via een nieuwe verzekeraar of via een label van een bestaande verzekeraar vorm zal krijgen. Om toe te kunnen treden tot de markt is een vergunning van DNB vereist. Zorgverzekeraars moeten aan bepaalde eisen voldoen om verzekeringsactiviteiten te mogen uitoefenen. DNB toetst aan deze eisen bij de behandeling van een aanvraag voor een vergunning. Een belangrijk vereiste is dat de toe te treden verzekeraar beschikt over de vereiste solvabiliteitsmarge. Zorgeloos heeft aangegeven hierover contacten te hebben met DNB en verschillende varianten te onderzoeken, waarbij de leerervaringen worden meegenomen van eerdere pogingen om een nieuwe zorgverzekeraar op te richten.

Voordat een verzekeraar een zorgverzekering op de markt brengt, moet hij het voornemen daartoe schriftelijk aan de NZa melden. Dit is bepaald in de Zorgverzekeringswet. Verder moet de verzekeraar bij die melding voegen 'alle modelovereenkomsten volgens welke hij de zorgverzekeringen wenst aan te bieden'
en moet de verzekeraar aangeven wanneer hij de zorgverzekering zal aanbieden. Dit is op dit moment nog niet aan de orde.

Eerder initiatief: Anno12

Zorgeloos is niet het eerste initiatief om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt. In 2012 kondigde Anno12 aan met een nieuwe zorgverzekering de markt te willen betreden. Dit is Anno12 uiteindelijk niet gelukt. Eind 2015 kondigde Anno12 aan haar initiatief te moeten staken, vanwege, onder andere, de hoge kapitaaleisen. In de vorige marktscan is hieraan aandacht besteed.

Visie NZa

De concentratie van de markt daalt licht. De grootste vier concerns samen hebben in de afgelopen jaren structureel een bétje marktaandeel verloren. Ook zien we een kleine afname van de gewogen marktaandelen. Dit betekent dat er over de hele markt een lichte maar structurele deconcentratie plaatsvindt. Dat geeft kleine(re) partijen ook een betere positie op de markt. Het is ook een aanwijzing dat er concurrentie is en dat verzekerden echt iets te kiezen hebben. Er is weinig beweging op de markt: er zijn 9 grote zorgverzekeringsconcerns en er zijn geen nieuwe zorgverzekeraars toegetreden de afgelopen jaren. De NZa verwelkomt nieuwe initiatieven om toe te treden tot de markt. De zorgverzekeringsmarkt kent een hoge mate van concentratie. Dit kan risico's inhouden voor de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Voor het functioneren van de markt vinden wij het belangrijk dat er geen verdere concentratie op de markt plaatsvindt en dat nieuwe verzekeraars de markt betreden.

3. Inkomsten, uitgaven en resultaten zorgverzekeraars

Wat is risicoverevening?

Zorgverzekeraars hebben de verplichting om iedereen te accepteren voor de basisverzekering. Tegelijkertijd is premiedifferentiatie verboden: ze mogen geen hogere of lagere prijzen hanteren voor specifieke bevolkingsgroepen voor dezelfde polis. De zorguitgaven per verzekerde kunnen echter wel sterk verschillen. Personen die veel en dure zorg krijgen, kosten meer voor een verzekeraar. Een normale schadeverzekeraar vraagt een premie die afhangt van het risico van de verzekerde; maar bij een zorgverzekering mag dat dus niet. Daarom krijgen zorgverzekeraars compensatie voor verzekerden met een hoog risicoprofiel, zoals chronisch zieken en ouderen. Ook krijgen zij compensatie voor het feit dat voor de basisverzekering van kinderen onder de achttien jaar geen premie wordt betaald. Voor verzekerden met een laag risico dragen zorgverzekeraars geld af. Dit mechanisme heet ‘risicoverevening’.

Alle zorgverzekeraars krijgen jaarlijks een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds: de vereveningsbijdrage. De hoogte hiervan hangt af van de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. De risicoverevening zorgt voor een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars – en dus voor eerlijke concurrentie. Ook is het daardoor mogelijk dat zieke en gezonde mensen dezelfde premie betalen.

Inkomsten

Nominale premies

Eigen risico

Vereveningsbijdrage

Vooraf en achteraf

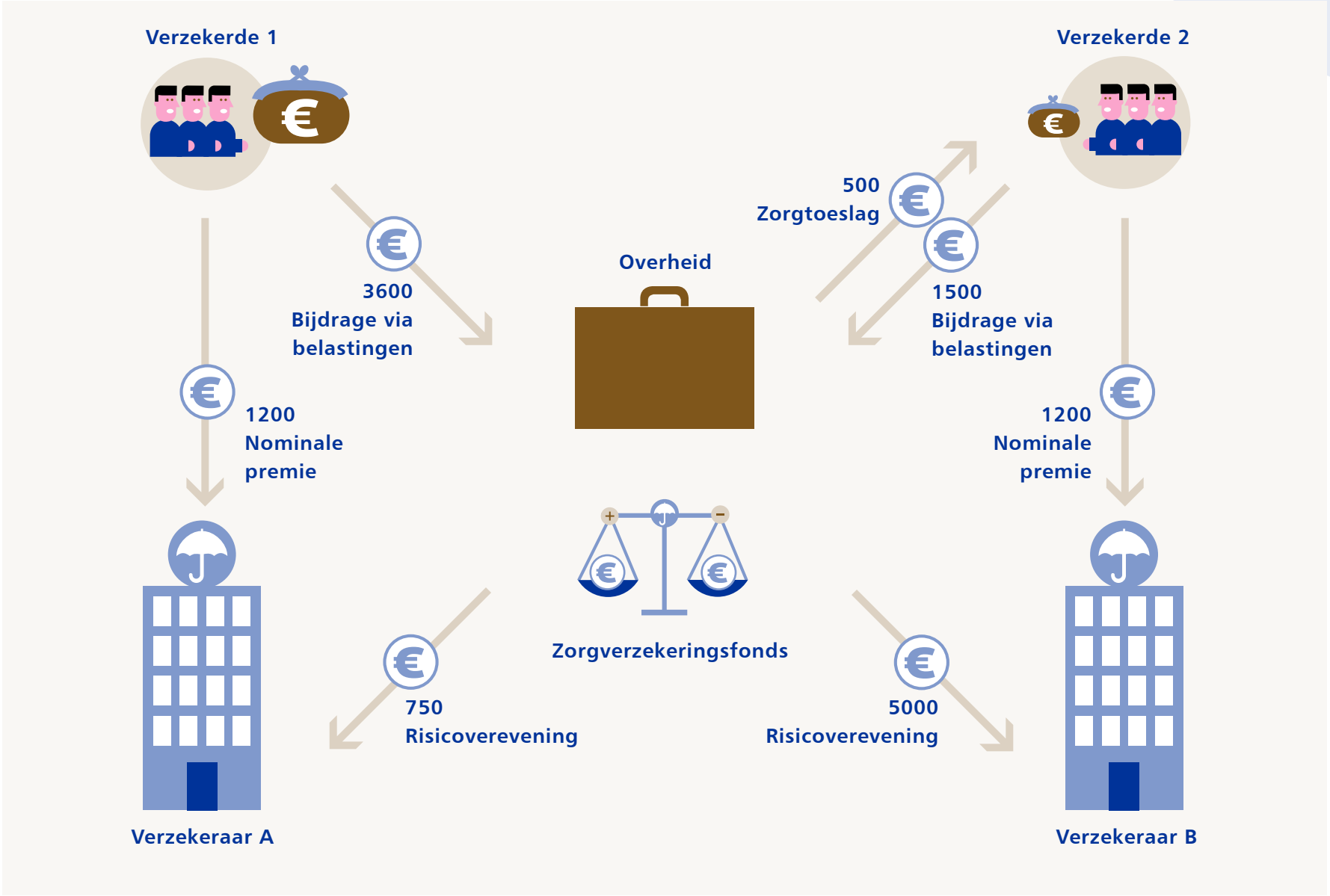
Het risicovereveningssysteem bestaat uit twee onderdelen:

1. Risicoverevening vooraf (ex ante)

Met een econometrisch model worden de zorgkosten van een zorgverzekeraar voorspeld. Dit gebeurt aan de hand van de persoonskenmerken van de verzekerden. Deze voorspelde kosten heten ‘normkosten’. Op basis van die normkosten krijgt de zorgverzekeraar een vergoeding vooraf. Dit berekeningsmodel wordt elk jaar aangepast en waar mogelijk verbeterd.
Enkele voorbeelden van persoonskenmerken die bepalend zijn voor een vergoeding: leeftijd, geslacht, medicijngebruik in voorgaande jaren en eerder gestelde diagnoses.

2. Compensaties achteraf (ex post)

De risicoverevening ex ante werkt heel goed, maar niet perfect. Voor sommige vormen van zorg krijgen zorgverzekeraars achteraf vergoedingen om hun daadwerkelijk gemaakte kosten te compenseren. Zorgverzekeraars hoeven daardoor minder hard te sturen op hun zorginkoop. Doelmatige zorginkoop is een van de belangrijkste instrumenten om de zorg betaalbaar te houden. De overheid bouwt de ex-postcompensaties dan ook geleidelijk af. In 2015 zijn bijna alle ex-postcompensaties afgeschaft voor de geneeskundige zorg. Dat geldt nog niet voor de wijkverpleging, curatieve ggz, kosten van geneesmiddelen die via de zogenoemde ‘sluis’ in het pakket stromen en enkele kleinere posten. Vanaf 2017 vervalt deze compensatie achteraf en dragen de zorgverzekeraars dus zelf het volledige risico voor de zorg die zij inkopen/vergoeden.


Verzekerde 1
Verzekerde 2
3600
Bijdrage via
belastingen
500
Zorgtoeslag
1500
Bijdrage via
belastingen
Overheid
1200
Nominale
premie
1200
Nominale
premie
Zorgverzekeringsfonds
750
Risicoverevening
5000
Risicoverevening
Verzekeraar A
Verzekeraar B

Inkomsten

Omzet BV (in miljarden euro's)

	2014	2015	2016
Nominale premies	14,6	15,5	16,2
Eigen risico	3,1	3,2	3,2
Uitkeringen Zorgverzekeringsfonds	22,1	22,9	22,4
Totaal basisverzekering	39,8	41,6	41,8

Bron premies: NZa op basis van gegevens van Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag). Bron overige cijfers: Rijksbegroting VWS 2016

Zorgverzekering wordt duurder

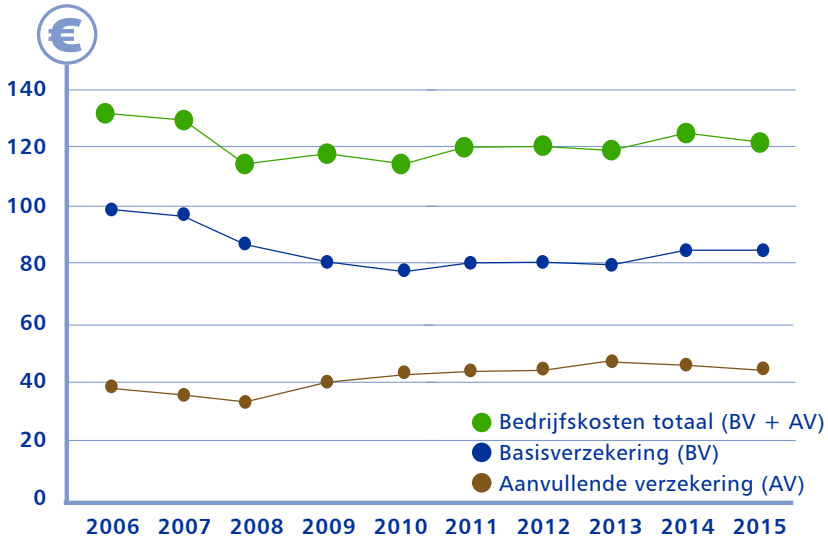
Vanaf de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 zijn de kosten van de zorg gestegen. Oorzaken zijn het toenemende zorggebruik en de introductie van nieuwe, dure behandelmethoden (bron: rijksbegroting VWS). Ook is er zorg overgeheveld naar de zorgverzekeringswet (bijvoorbeeld de wijkverpleging). Mede als gevolg van die hogere zorgkosten hebben zorgverzekeraars hun omzet in deze periode zien groeien. Die omzet is tussen 2013 en 2016 met 4,79% gestegen.

In 2015 en 2016 nam de omzet uit het Zorgverzekeringsfonds (risicoverevening) toe. Dit hangt samen met een tijdelijke rijksbijdrage voor de overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet. Voorheen werd deze zorg betaald vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Uitgaven

Bedrijfskosten van de zorgverzekeraars

Bedrijfskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken. In dit hoofdstuk berekenen we deze kosten exclusief de schadeafhandelingskosten, waardoor die vooral de beheer- en personeelskosten omvatten. De schadeafhandelingkosten waren voor de basisverzekering in 2015 gemiddeld ongeveer € 12 per verzekerde van 18 jaar of ouder. 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.



Bron: NZa (op basis van data van DNB uit jaarstaten Wft)

Bedrijfskosten als percentage van de premie-inkomsten

De bedrijfskosten van de zorgverzekeraars voor de basisverzekering zijn gemiddeld gestegen van € 80 per verzekerde in 2011 naar € 85 per verzekerde in 2015. Het percentage van de bedrijfskosten voor de basisverzekering ten opzichte van de premie-inkomsten, daalt gemiddeld licht sinds 2011 (van 3,2% naar 3,0%).

Reclame- en acquisitiekosten

Een specifiek onderdeel van de bedrijfskosten zijn de reclame- en acquisitiekosten. Hierover ontlenen wij gegevens aan de door verzekeraars op hun websites geplaatste Jaarcijfers Basisverzekering. Aan deze Jaarcijfers kan ook de (ontwikkeling van de) reclame- en acquisitiekosten per concern en per verzekeraar worden ontleend. Daarbij past wel een kanttekening over de onderlinge vergelijkbaarheid van de acquisitiekosten. De wijze waarop zorgverzekeraars werven kan verschillen. Sommige zorgverzekeraars maken meer dan anderen gebruik van tussenpersonen. De kosten van tussenpersonen maken deel uit van de acquisitiekosten. Deze tussenpersonen leveren ook een deel van de dienstverlening die bij andere verzekeraars tot de overige bedrijfskosten worden gerekend.

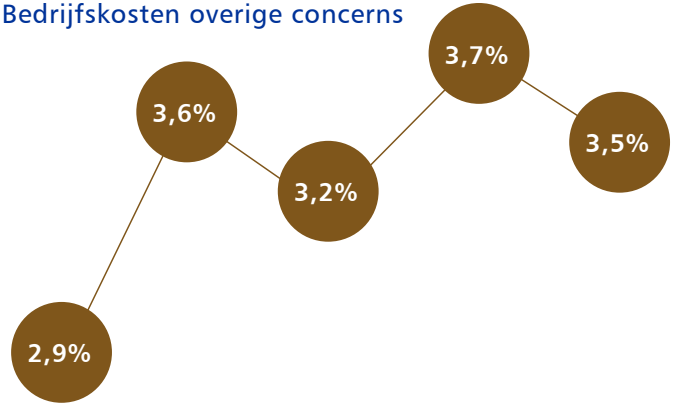
Alle zorgverzekeringsconcerns samen gaven in 2015 € 35,5 miljoen uit aan reclame (advertenties en mailings). Dit is € 4,2 miljoen minder dan in 2014 (€ 39,7 miljoen). Per verzekerde zijn de reclamekosten gemiddeld € 2,63 in 2015.

Aan acquisitie (zoals vergoedingen voor tussenpersonen en intermediairs) besteedden de zorgverzekeraars € 217 miljoen in 2015. Dit is 20 miljoen meer dan in 2014. In totaal was met reclame en acquisitie dus ongeveer € 252 miljoen gemoeid in 2015, dit is 16 miljoen meer dan in 2014. Reclame- en acquisitiekosten bedragen tezamen gemiddeld 0,66% van de omzet (in 2014 0,59%) van de zorgverzekeraars, dit komt neer op gemiddeld € 19 per premiebetalende verzekerde.

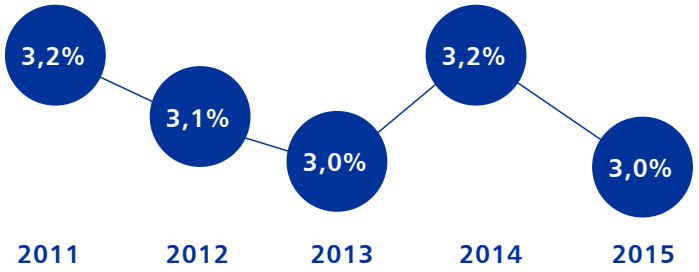
Bedrijfskosten voor de basisverzekering in % van de premie-inkomsten

Bedrijfskosten vier grote concerns

Bedrijfskosten overige concerns



Bedrijfskosten alle zorgverzekeringsconcerns

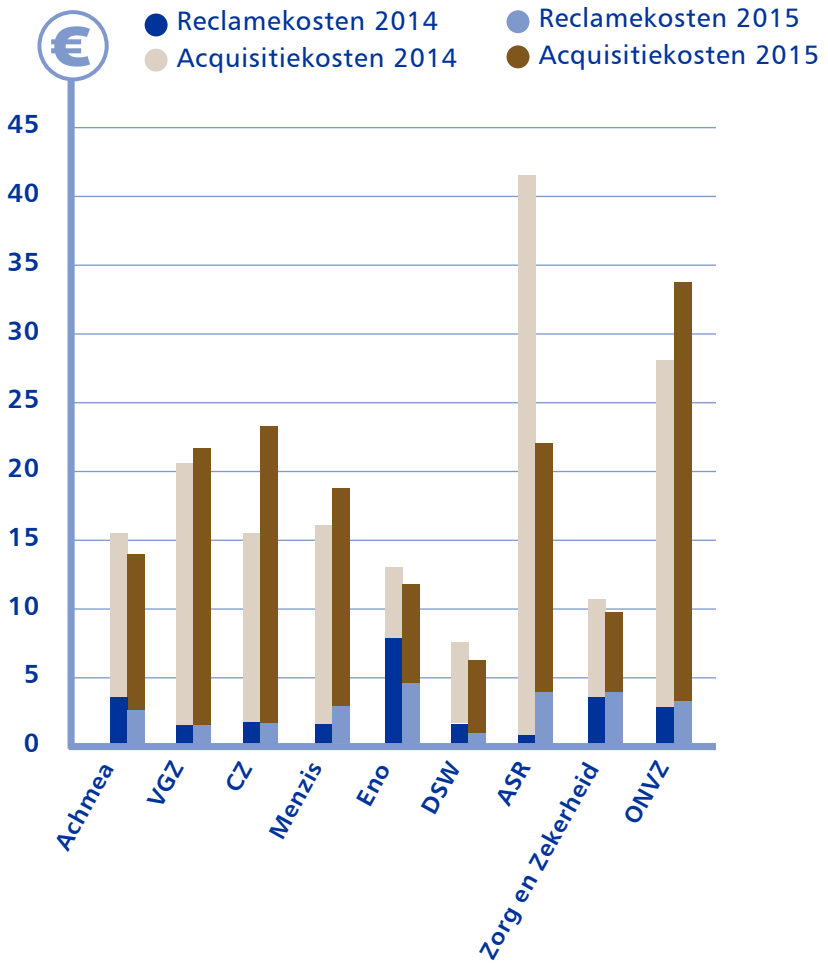


Zorgverzekeraars hebben in het gezamenlijk opgestelde actieplan Kern-Gezond (april 2015) aangegeven zich ervan bewust te zijn dat – gelet op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid – terughoudendheid bij reclame en acquisitie noodzakelijk is. Over de voortgang bij het actieplan hebben zij in februari 2016 gerapporteerd. In marktscan 2015 is de verwachting uitgesproken dat in 2015 de reclame- en acquisitiekosten hierdoor niet zouden stijgen. Dit blijkt nu niet het geval.

Op concernniveau gaf ONVZ in 2015 per verzekerde het meeste geld uit aan reclame en acquisitie: € 34. Dat bedrag bestond bijna volledig uit acquisitiekosten, omdat ONVZ van oudsher veel werkt met tussenpersonen. VGZ gaf in absolute zin het grootste bedrag uit aan reclame en acquisitie. In totaal € 73,5 miljoen.

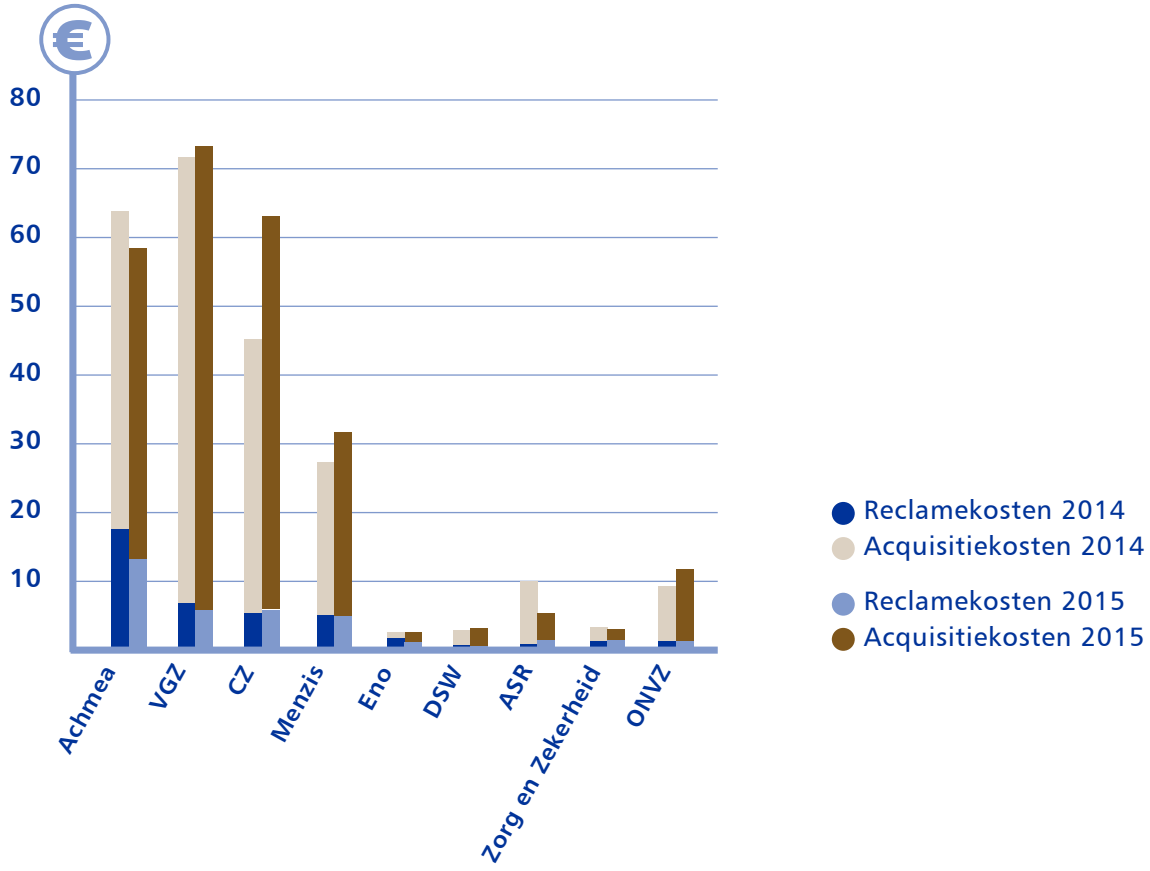
Op het niveau van verzekeraars heeft Avero (onderdeel van Achmea) in 2015 de hoogste acquisitiekosten per verzekerde (53 euro), DSW de laagste (3 euro). De verschillen in reclamekosten zijn kleiner: FBTO (onderdeel van Achmea) geeft daar per verzekerde het meeste aan uit: 7 euro. Er zijn grote verschillen tussen de zorgverzekeraars in reclame- en acquisitiekosten per verzekerde. Dit komt ook door het verschil in het aantal verzekerden. Een voorbeeld hiervan is Avero: deze zorgverzekeraar besteedt ongeveer hetzelfde totaalbedrag aan acquisitie als Zilveren Kruis Achmea, maar heeft veel minder verzekerden. Zilveren Kruis Achmea komt dan ook een stuk lager uit als de acquisitiekosten per verzekerde worden berekend.

Reclame- en acquisitiekosten per verzekerde 2014 en 2015 (in euro's)



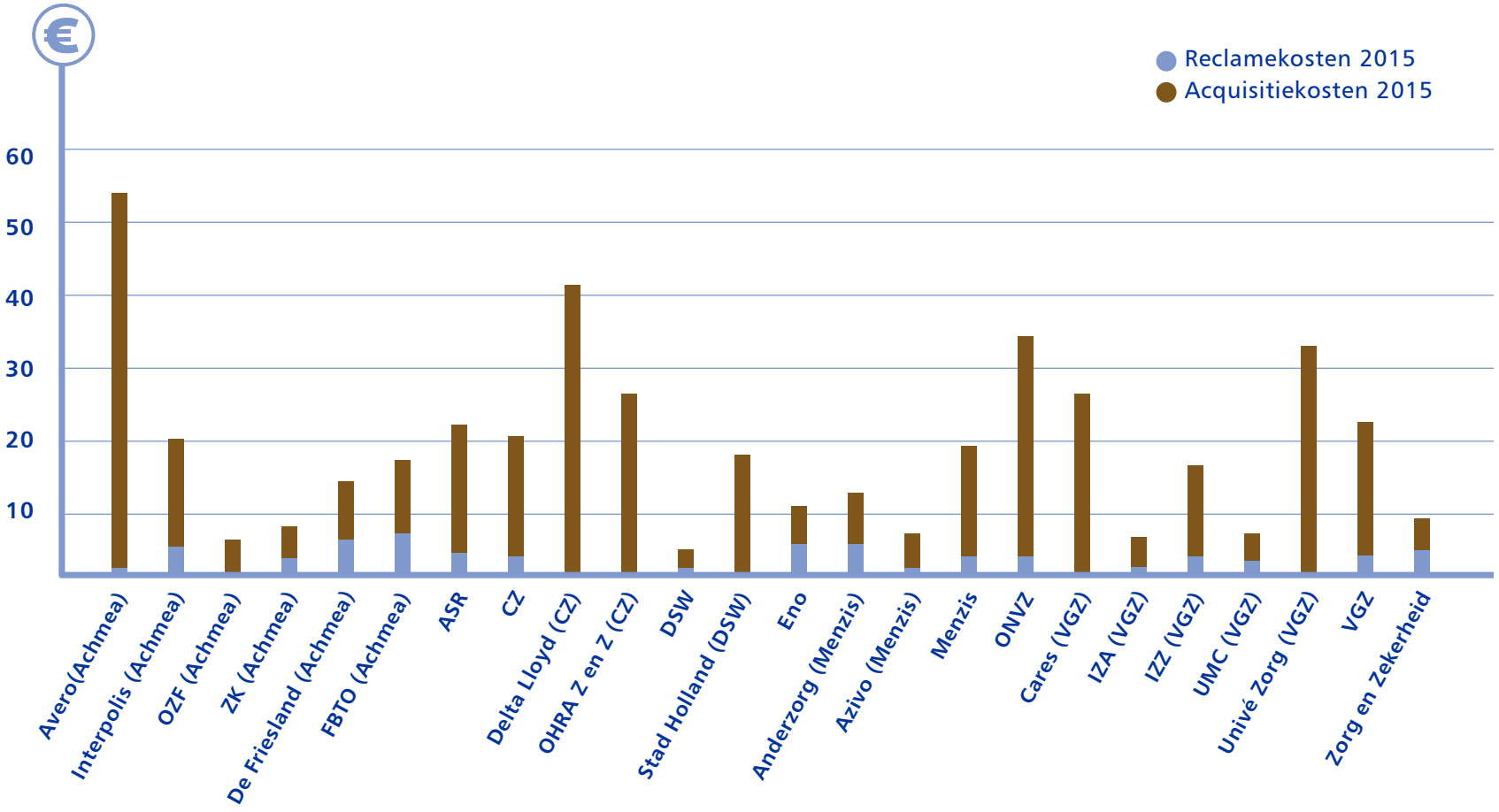
Bron: Jaarcijfers Basisverzekering 2014 en 2015

Reclame- en acquisitiekosten per zorgverzekeringsconcern 2014 en 2015 (x 1.000.000 EUR)



Bron: jaarcijfers basisverzekering 2014 en 2015

Reclame- en acquisitiekosten per verzekerde, per verzekeraar in 2015

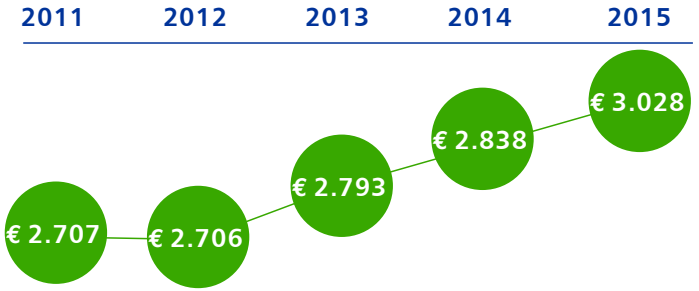


Bron: jaarcijfers basisverzekering 2014 en 2015

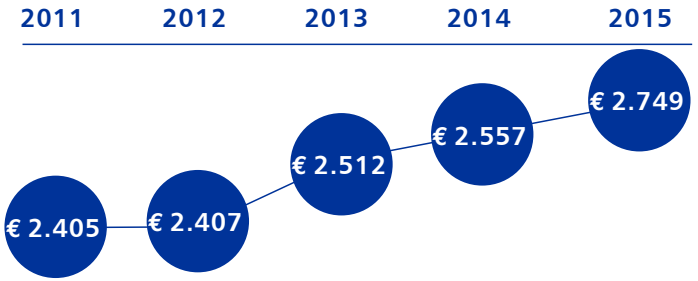
Zorguitgaven

De zorguitgaven van zorgverzekeraars bestaan uit zorgkosten en afhandelingskosten. Bij de vier grote concerns zijn de gemiddelde zorgkosten (de zogenoemde 'schadelast') in 2015 licht gestegen, terwijl dit bedrag bij de overige concerns licht is gedaald. Per saldo zijn de zorguitgaven omhoog gegaan. Oorzaken hiervoor zijn het stijgende zorggebruik en de overheveling van bepaalde zorg (geriatrische revalidatiezorg en wijkverpleging bijvoorbeeld) naar de Zorgverzekeringswet. Als de zorgkosten stijgen, zal de zorgpremie uiteindelijk ook omhoog moeten gaan. Maar dit is niet de enige factor voor de hoogte van de premie. Ook (eisen aan) bijvoorbeeld de opbouw van het eigen vermogen, kosten voor acquisitie- en reclame en resultaten uit eerdere jaren spelen mee. De volgende 3 figuren hebben betrekking op alle concerns. De bovenste figuur is niet de optelsom van de onderste twee. De bovenste twee figuren gaan over de kosten per verzekerde (18 jaar en ouder) voor de basisverzekering. De onderste twee figuren bevat de gegevens per verzekerde (18 jaar en ouder) voor de aanvullende verzekering.

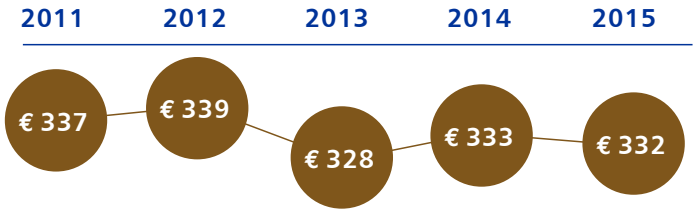
Gemiddelde ontwikkeling totale zorguitgaven BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde



Gemiddelde ontwikkeling totale zorguitgaven basisverzekering, per BV-verzekerde



Gemiddelde ontwikkeling totale zorguitgaven aanvullende verzekering, per AV-verzekerde



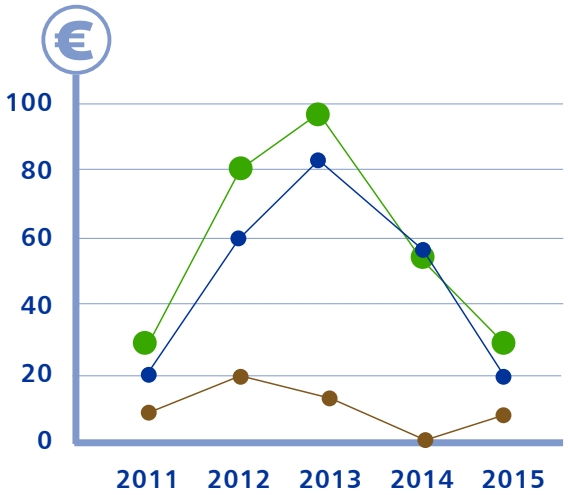
Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft).

Resultaten zorgverzekeraars

Exploitatieresultaat

Het exploitatieresultaat is wat er overblijft als de opbrengsten van zorgverzekeraars verminderd worden met hun zorguitgaven en bedrijfskosten. Onderstaande figuur toont het gemiddelde exploitatieresultaat van zorgverzekeraars per verzekerde op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het totaal daarvan. Dit exploitatieresultaat is exclusief beleggingsresultaten en resultaten uit andere bedrijfsactiviteiten.

Gemiddeld exploitatieresultaat in euro's per basisverzekerde



- Totaal exploitatieresultaat (BV + AV)
- Exploitatieresultaat Basisverzekering
- Exploitatieresultaat aanvullende verzekering

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft).

De goede resultaten van de afgelopen jaren zijn ontstaan doordat de zorgkosten voor de basisverzekering flink lager uitvielen dan bij de premievaststelling was voorspeld. In 2015 is het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde (exclusief beleggingsopbrengsten) voor basisverzekering en aanvullende verzekering gedaald ten opzichte van voorgaande jaren. De zorgverzekeraars hebben de nominale premie in 2014 en 2015 gematigd om zo een deel van de gunstige resultaten terug te geven aan de verzekerden. In procenten van de schadelast was het resultaat in 2015 0,7% (in 2014 2,2%).

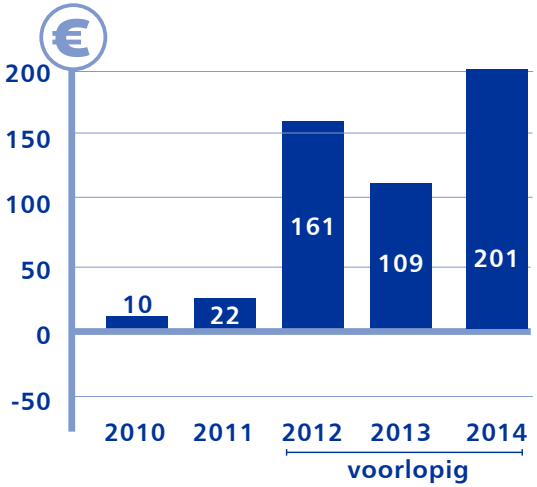
Resultaten risicoverevening

Omdat het systeem van risicoverevening uit twee onderdelen bestaat, zijn er ook twee soorten resultaten:

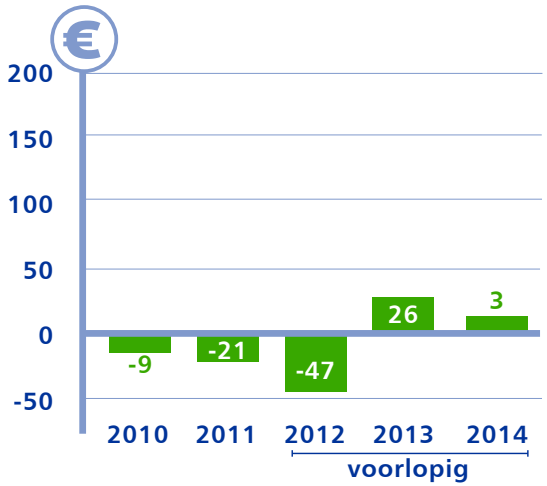
- Het ex-anteresultaat is in grote lijnen de schadelast minus de geschatte eigen betalingen voor verplicht eigen risico, de rekenpremie en de ex-antevereveningsbijdrage.
- Het ex-postresultaat is het resultaat na de vaststelling van de ex-postcompensaties.

De resultaten van de risicoverevening worden pas minimaal vier jaar na het betreffende jaar definitief, als er een goedkeurende accountantsverklaring is.

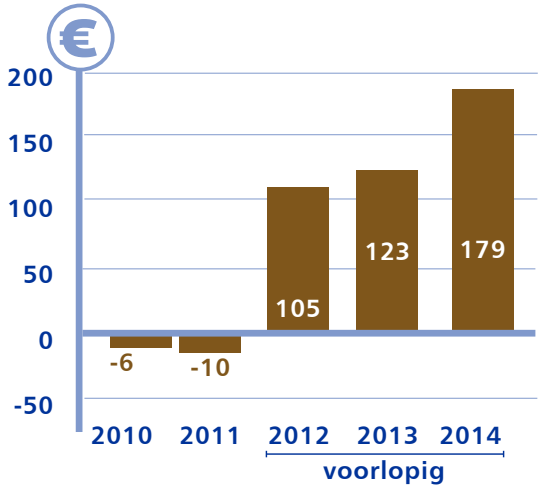
Resultaat ex-ante risicoverevening (in euro's per verzekerde 18+)



Ex-post compensaties zorgkosten (in euro's per verzekerde 18+)



Resultaten risicoverevening (in euro's per verzekerde 18+)



Bron: NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage).

In bovenstaande tabel is te zien dat het resultaat voor de ex-ante risicoverevening in 2014 steeg ten opzichte van 2013.
In 2012, 2013 en 2014 hebben alle zorgverzekeraars een positief resultaat behaald op de risicoverevening. In die jaren waren de zorgkosten aanzienlijk lager dan het ministerie van VWS vooraf had berekend voor het landelijke macrobudget. In de voorlopige resultaten ontbreekt nog de compensatie voor ggz-patiënten met hoge kosten. Ook zijn de cijfers nog voorlopig omdat er nog zorgnota's gedeclareerd kunnen worden over die periode.

Conclusie
De exploitatieresultaten van zorgverzekeraars waren de afgelopen jaren positief, maar laten in 2014 en 2015 een sterke daling zien. Die exploitatieresultaten worden in belangrijke mate veroorzaakt door positieve resultaten op de risicoverevening. Het afschaffen van de macro nacalculatie in 2012 leidt ertoe dat er geen korting of suppletie meer plaatsvindt als de uitgaven afwijken van de raming. De stijging van de uitgaven voor acquisitie en reclame is niet in lijn met het actieplan Kern Gezond. De NZa gaat verzekeraars hierover aanspreken.

Geen risicoselectie door zorgverzekeraars

Risicosolidariteit is één van de pijlers van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. Voor de burger komt risicosolidariteit in de Zorgverzekeringswet voor de basisverzekering onder andere tot uitdrukking in een verzekeringsplicht. Voor de zorgverzekeraars geldt een verbod op premiedifferentiatie en een acceptatieplicht. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars op andere manieren op verzekerdenkenmerken gaan selecteren heeft de wetgever het risicovereveningssysteem ingesteld.

Risicoselectie is onwenselijk omdat dit de risicosolidariteit en daarmee de toegankelijkheid van de zorgverzekering voor de burger aantast. Daarom heeft de NZa eerder in het kader van de marktscan zorgverzekeringsmarkt door iBMG onderzoek laten doen naar de mogelijkheden voor risicoselectie. Er is toen ook gekeken naar het overstapgedrag van verzekerden en hun kenmerken. In 2014 is vervolgens onderzoek gedaan naar de naleving van de acceptatieplicht. Daaruit bleek dat deze niet werd geschonden. Wel waren er een aantal knelpunten rond de toegankelijkheid van zorgverzekeringen voor burgers. Tenslotte is in 2015 en 2016 onderzoek gedaan naar mogelijke risicoselectie in het Nederlandse zorgstelsel.

Onze belangrijkste conclusie was dat verzekerden en verzekeringsconcerns er momenteel in slagen om gezamenlijk een solidaire zorgverzekeringsmarkt te realiseren. Vanwege hun inzet gericht op stabiliteit streven veel zorgverzekeraars – met name de grote – op concernniveau naar een verzekerdenbestand dat een afspiegeling vormt van de Nederlandse samenleving (het zgn. “fair share”). Hiertoe doen zij aan kruissubsidiëring: zij gebruiken de positieve resultaten op de ene polis om ook verlieslatende polissen te kunnen aanbieden. De winst op een budgetpolis die vooral jonge, gezonde overstappers aantrekt, wordt bijvoorbeeld gebruikt om ook een restitutiepolis aan te kunnen bieden die door relatief veel chronisch zieken wordt afgesloten.

De NZa heeft selectie door de zorgverzekeraars op enkele gevallen na, niet aangetroffen. In de enkele gevallen waarin we wel ongewenste sturing hebben waargenomen, betrof dit handelingen van intermediairs of grote collectiviteiten. De betrokken zorgverzekeraars zijn hier individueel op aangesproken.

Aandachtspunten voor de risicosolidariteit

De NZa constateert naar aanleiding van de onderzoeken wel een aantal aandachtspunten om de risicosolidariteit in de zorg te bewaken.

- De koppeling tussen de basis en de aanvullende verzekering;
- Het herverzekeren van het vrijwillig eigen risico (bijvoorbeeld bij seizoensarbeiders);
- Het sturen op doelgroepen door intermediairs en collectiviteiten;
- Premiedifferentiatie voor dezelfde of nagenoeg dezelfde basisverzekering binnen 1 zorgverzekeringsconcern.

In het onderzoeksrapport vragen we de zorgverzekeraars om deze aandachtspunten aan te pakken.

Financiële positie zorgverzekeraars

Solvabiliteit

Zorgverzekeraars moeten voldoen aan bepaalde wettelijke eisen, waaronder het aanhouden van voldoende reserves om eventuele risico's te kunnen opvangen. Net als andere verzekeraars.

De minimale omvang van de reserves die zorgverzekeraars moeten aanhouden liggen vast in Europese richtlijnen (Solvency I en II), die zijn geïmplementeerd in de nationale wetgeving. DNB is door de Nederlandse overheid belast met de taak om toezicht te houden op naleving van deze regelgeving. Per 1 januari 2016 zijn nieuwe regels in werking getreden, Solvency II.

Onder Solvency I moesten verzekeraars over een reserve beschikken van tenminste 11% van de gemiddelde schadelast van de afgelopen 3 jaar. Voorbeeld: de gemiddelde uitgaven aan de Zvw waren ca. € 2200 per verzekerde per jaar. Dan moet er dus per verzekerde een bedrag van € 242 aan reserves worden aangehouden. Dat komt overeen met iets minder dan 1,5 maand uitgaven. Als een verzekeraar een solvabiliteitsgraad van 200% had, wilde dat zeggen dat hij 2 keerde minimum norm aan reserves heeft, in dit voorbeeld dus 22% van de gemiddelde schadelast van de afgelopen 3 jaar. Ter vergelijking: verzekerden die een betalingsachterstand hebben van zes maanden betalen vanaf dat moment een hogere (bestuursrechtelijke) premie aan het Zorginstituut Nederland. De verzekerden blijven verzekerd bij hun eigen zorgverzekeraar en moeten hun schuld daar nog steeds zelf aflossen. De schuld bij de zorgverzekeraar loopt echter niet verder op.

Per 1 januari 2016 stelt Solvency II hogere eisen aan de reserves. Een belangrijk aspect van Solvency II is dat niet meer gekeken wordt naar de schade van de afgelopen drie jaar, maar naar de verwachte schade in het komend jaar. Hoe hoger de verwachte schadelast, hoe meer vermogen aanwezig moet zijn. Omdat de eisen van Solvency II zwaarder zijn dan die van Solvency I, daalt de relatieve positie van de zorgverzekeraars: de mate waarin ze boven de minimumnorm zitten, neemt af.

De solvabiliteitseisen hebben twee specifieke consequenties voor de zorgverzekeringsmarkt. Allereerst geldt dat de recente pakketuitbreidingen als gevolg van de overheveling van delen van de AWBZ naar de Zvw mede leiden tot hogere vermogenseisen; de risicoverevening is weliswaar aangepast, maar onder Solvency II leidt een hogere uitkering uit de risicoverevening ook tot een hoger vermogensbeslag.
In de tweede plaats hebben de vermogenseisen zowel onder Solvency I als onder Solvency II een prikkel in zich tot risicoselectie. Immers, zelfs onder een goedwerkend systeem van risicoverevening zullen slechte risico's – verzekerden met voorspelbaar hoge ziektekosten – een hoger vermogensbeslag veroorzaken: de verzekeraar moet voor hen een hogere reserve aanhouden.

Hierbij is van belang dat de reserves van zorgverzekeraars voornamelijk uit twee bronnen komen: de reserves die zij hebben opgebouwd in de ziekenfondstijd van de Ziekenfondswet en de jaarlijkse resultaten. Het is voor zorgverzekeraars in praktische zin vrijwel niet mogelijk om kapitaal aan te trekken. Als zij hun vermogens moeten versterken, zal dat dus altijd via een premieverhoging en/of een verhoging van de risicoverevening gaan.

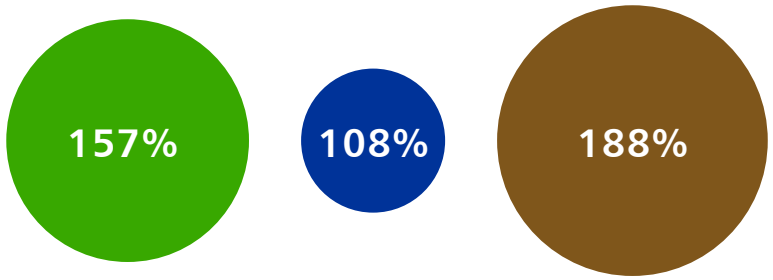
Solvabiliteit gemiddeld ruim boven huidige norm

Gerekend onder de eisen van Solvency I hadden zorgverzekeraars in 2015 een solvabiliteit die neerkomt op gemiddeld 251% van de norm (gewogen gemiddelde). Op één concern na hadden alle zorgverzekeringsconcerns een solvabiliteit boven 200% van de norm.

Onder Solvency II ligt de gemiddelde solvabiliteit (gewogen) op 157% van de minimumnorm. De meest solvabele partij (concern) onder Solvency II heeft 188% van de minimumnorm achter de hand (ongewogen); de minst solvabele partij zit op 108%.

Solvabiliteit zorgverzekeraarsconcerns in 2016

Percentage reserves voor de basisverzekering ten opzichte van de minimumnormen Solvency II



Gemiddelde solvabiliteit: 157%
Meest solvabele zorgverzekeringszorgverzekeraarconcern: 188%
Minst solvabele zorgverzekeringszorgverzekeraar concern: 108%

Conclusie
De opbouw van de reserves van de zorgverzekeraars is in lijn met de groeiende financiële risico's en hogere solvabiliteitseisen.

Wat gebeurt er met de winsten van zorgverzekeraars?

Zorgverzekeraars boeken de laatste jaren positieve financiële resultaten. Wat gebeurt er met dat geld?

Verlaagde premie

Alle zorgverzekeringsconcerns samen hielden in 2015 € 2,3 miljard over aan de basisverzekering. Dat is 6,1% van de omzet. Bij de vaststelling van de premie van zorgverzekeringen voor 2016 is van dit bedrijfsresultaat 84 % ingeboekt om de premie van zorgverzekeringen in 2016 te verlagen. In euro's gaat het om ruim € 2 miljard. Dat is € 145 per volwassen verzekerde. Ook in 2015 is de premie lager dan kostendekkend vastgesteld, maar op basis van de huidige realisatiecijfers lijkt er per saldo toch een klein positief resultaat over te blijven van 0,7% van de schadelast dat wordt toegevoegd aan de reserves. Deze cijfers zijn echter nadrukkelijk nog voorlopig en onder voorbehoud.

Voor een consument is het van belang om te weten of de kosten van zorgverzekeraars stijgen. Hogere kosten leiden immers tot hogere premies. Deze beweging is echter niet te zien in de bedrijfskosten. Van 2011 tot 2015 namen de bedrijfskosten voor de basisverzekering gemiddeld toe met 5,5%. Dit is lager dan de inflatie. Als we de bedrijfskosten nemen als percentage van de premie-inkomsten (premie en vereveningsbijdrage) dan variëren de bedrijfskosten tussen 2011 en 2015 tussen 3,0% en 3,2%.

Gemiddeld negatieve opslagpremie

In de premies zien we terug dat de bedrijfsresultaten zijn ingezet om die premies te verlagen. De opbouw van de premie bestaat in feite uit een schatting van de zorgkosten (rekenpremie) en een opslag voor de kosten die zorgverzekeraars zelf verwachten (opslagpremie). De opslagpremie dekt bijvoorbeeld de bedrijfskosten. Ook kunnen zorgverzekeraars een opslag rekenen als ze meer zorgkosten verwachten te maken dan de overheid inschat. De opslagpremie was in de jaren 2013 tot en met 2016 gemiddeld negatief. Dit betekent dat zorgverzekeraars lagere premies hebben gerekend dan te verwachten viel aan de hand van de voorspelde zorgkosten.

Zorgverzekering goedkoper?

Onze conclusies over de financiële resultaten van zorgverzekeraars betekenen niet dat consumenten minder zijn gaan betalen voor hun zorgverzekering. De premies zijn in 2015 en 2016 gestegen ten opzichte van 2014. In de jaren daarvoor zijn de premies weliswaar gedaald, maar daar stond een verhoging van de eigen betalingen tegenover. In 2015 stegen de uitgaven aan de zorgverzekering met 3,1% en in 2016 naar verwachting met 3,2% (Bron: begroting VWS 2015 en 2016). De zorgverzekering wordt dus nog steeds duurder voor consumenten. Wel krijgen verzekerden daarbij ook meer waarde voor hun premie: het basispakket zorg is de afgelopen jaren uitgebreid, onder andere met de wijkverpleging in 2015.

4. De zorgpolissen

Soorten polissen

Basispolissen en aanvullende verzekeringen

Alle inwoners van Nederland hebben aanspraak op de zorg of vergoeding van zorg die onder het basispakket van de Zvw valt. Zorgverzekeraars zijn ervoor verantwoordelijk dat verzekerden deze zorg of vergoeding van zorg ook daadwerkelijk krijgen. Zij moeten hiervoor minstens één soort 'basisverzekering' aanbieden en mogen daarbij niemand weigeren. Wel mogen ze bepaalde voorwaarden stellen voor levering of vergoeding van zorg. Elke polis voor een basisverzekering kan in prijs verschillen van andere soorten binnen de kaders van de Zvw.

Met elke basisverzekering levert of vergoedt de verzekeraar dezelfde bij of krachtens de wet opgestelde lijst met geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Onder meer fysiotherapie, psychische zorg, ziekenvervoer en tandheelkundige zorg vallen gedeeltelijk onder het basispakket van de Zvw. Voor alles wat buiten dit 'basispakket' valt, kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. Het is verder mogelijk om verzekeringen af te sluiten als individu of als collectief.

Categorieën basispolissen

Iedereen is verplicht verzekerd voor hetzelfde pakket aan zorg in de basisverzekeringen. Verzekerden kunnen kiezen uit verschillende soorten verzekeringen. Die zijn te vatten in drie categorieën: de naturapolis, de restitutiepolis en de combinatiepolis. De verzekeringen verschillen van elkaar in de manier waarop verzekerden hun zorg verkrijgen. Bij de combinatiepolis verschilt het per type zorg of de regels van de naturaverzekering gelden of de regels van de restitutieverzekering. Per 1 november 2016 worden de definities van de polissoorten, waaronder ook die van de combinatiepolis, aangepast; zie hierna.

Betere informatie over type polis

De NZa krijgt regelmatig signalen dat burgers onverwacht moeten bijbetalen voor zorg, omdat ze denken dat alle zorg wordt vergoed maar dit bij hun polis niet zo is. Om dit soort onaangename verrassingen te voorkomen, heeft de NZa haar regels aangepast over wat precies een naturapolis of een restitutiepolis mag heten. Verzekeraars zullen voor de polissen van 2017 aangeven of het een naturapolis, een restitutiepolis of een combinatiepolis is waarbij de aangescherpte regels gelden van de NZa wat onder elk van deze polissoorten moet worden verstaan. Kort gezegd geldt dan de volgende indeling (afgezien van het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen):

- Bij een **naturapolis** weet je als verzekerde zeker dat je zorgverzekeraar de zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders betaalt, volgens de prijs die de verzekeraar met de aanbieder heeft afgesproken. Ga je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet je vaak een deel bijbetalen.
- Bij een **restitutiepolis** krijg je de kosten van zorg vergoed bij alle zorgaanbieders, ongeachtof de zorgaanbieders wel of niet gecontracteerd is. Alleen als een zorgaanbieder een excessief tarief rekent, is het mogelijk dat je een deel zelf moet betalen. De verzekeraar mag namelijk niet meer vergoeden dan het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Je kan je verzekeraar vooraf vragen of je dit risico op bijbetaling loopt bij de zorgaanbieder waar je graag naartoe wilt.
- Een **combinatiepolis** is een polis die een combinatie maakt van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen. Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding. Met ingang van de per 1 november 2016 aangescherpte regelgeving over de typering van polissen omvat het type 'combinatiepolis' voortaan ook die polissen die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg maar waarbij de vergoeding verdergaand wordt beperkt dan hierboven bij 'restitutiepolis' is aangegeven. Die polissen kunnen dan niet meer worden aangeduid als restitutiepolis.

Contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Een zorgverzekeraar legt afspraken met de zorgaanbieders vast in contracten. Bijvoorbeeld de afspraken over de prijzen van de zorg, over de hoeveelheid behandelingen of over de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt.

Minder polissen met beperkende voorwaarden in 2016

De laatste jaren bieden zorgverzekeraars een toenemend aantal polissen aan met beperkende voorwaarden. In de volksmond heten dit 'budgetpolissen'. In ruil voor een lagere premie gaan deze verzekerden akkoord met aanvullende beperkingen. Het kan daarbij onder meer gaan om minder keuze uit gecontracteerde zorgaanbieders, een lagere vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg en/of de eis dat verzekerden bepaalde zaken online regelen. Meestal zijn dit naturaverzekeringen. In 2015 waren er 17 van dit soort polissen, in 2016 nog 13.
De vergoeding voor zorg door een zorgaanbieder waar geen contract mee is, varieert bij deze polissen van 65% - 80% van het tarief. Bij naturapolissen zonder beperkende voorwaarden ligt het percentage van de vergoeding doorgaans op 75 - 80%, soms 90% van het tarief. Met 'het tarief' bedoelen we het Gemiddelde tarief waartegen de betreffende prestatie is gecontracteerd door de zorgverzekeraar, het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief, of een vergelijkbare berekeningsmethode.

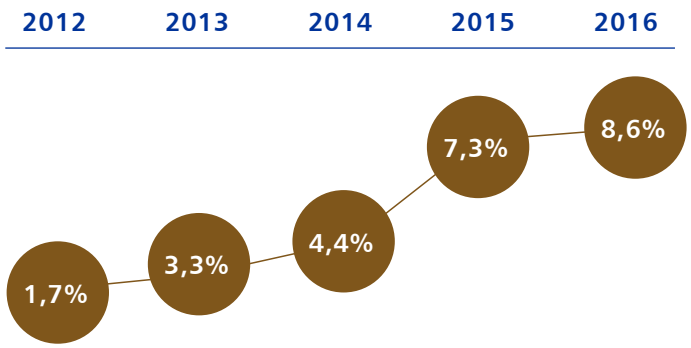
Gemiddeld hebben polissen met beperkende voorwaarden de laagste premie. Maar dat betekent niet dat al die polissen behoren tot de verzekeringen met de laagste basispremie. Er zijn ook zogenaamde budgetverzekeringen die duurder zijn dan het gemiddelde van € 1.199 per jaar. Bovendien zijn er ook natura- en restitutiepolissen zónder beperkende voorwaarden die in de algemene prijsrange van 'budgetpolissen' zitten. Het loont dus de moeite om de voorwaarden van de polissen goed te vergelijken.
Lees meer over de prijzen van de polissen.

Zorgverzekeraar moet duidelijk maken welke polissen sterk op elkaar lijken

Binnen één concern kunnen meerdere zorgverzekeraars vallen. Daarbij kan het voorkomen dat ze (vrijwel) dezelfde polis aanbieden onder verschillende namen. Terwijl de inhoud vaak zeer vergelijkbaar is, is de premie en de extra service die de verzekeraar levert niet altijd gelijk. Het loont dus om te controleren of je huidige polis goedkoper wordt aangeboden door een zusterverzekeraar. Om het vergelijken makkelijker te maken heeft de NZa voor de polissen van 2017 de transparantieregels aangescherpt. Wanneer vanuit een concern waartoe meer zorgverzekeraars behoren polissen worden aangeboden die gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten, moet dan iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht op de website vermelden dat deze polissen gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Daarbij moet ook een aantal in de regeling genoemde elementen, waaronder de premie van de polissen benoemd worden.

Het aanbod aan polissen met beperkende voorwaarden daalt in 2016 naar 13 (in 2015 waren er nog 17 van deze polissen op de markt). Het percentage verzekerden met een dergelijke polis (ook wel budgetpolis genoemd) steeg in 2016. Dit nam toe van 7,3% naar 8,6% van alle verzekerden. Dat betekent dat ruim 1,45 miljoen verzekerden inmiddels een polis heeft met deze beperkende voorwaarden.

Aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden



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

Conclusies en visie NZa

Het aanbod aan budgetpolissen zorgt voor differentiatie en concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en geeft verzekerden meer keuzemogelijkheden. Het is prima als dit ertoe leidt dat een aantal verzekerden bewust kiest voor deze polis, omdat deze het beste aansluit bij hun wensen. Zeker als in de huidige situatie op concernniveau sprake is van een zogeheten 'fair share' (waarbij het verzekerdenbestand een afspiegeling vormt van de Nederlandse samenleving) en als positieve resultaten op de ene polis gebruikt worden om ook verlieslatende polissen aan te kunnen bieden. Het is dan wel in het belang van de individuele verzekerde om verder te kijken dan alleen de prijs.

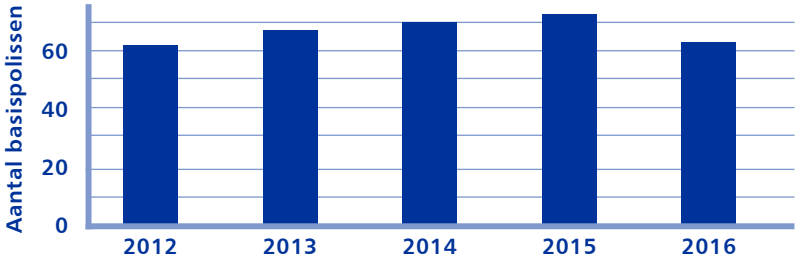
Polissen met beperkende voorwaarden zijn gemiddeld goedkoper dan andere polissen, maar bieden meestal een lagere vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorg. Ook is er meestal een beperkter netwerk aan gecontracteerde aanbieders.

Er zijn grote prijsverschillen tussen polissen, ook als ze op het eerste gezicht identiek zijn. Verzekerden doen er goed aan om kritisch te kijken naar zorgverzekeringen en deze te vergelijken aan de hand van hun eigen voorkeuren. Om de keuze tussen polissen makkelijker te maken, kunnen burgers zichzelf in ieder geval de volgende twee vragen stellen. Allereerst: wil ik veel keuze in zorgaanbieders voor een iets hogere prijs, of minder keuze voor een lagere prijs? Ten tweede: wil ik een vrijwillig eigen risico? Er zijn polissen die met het laagste eigen risico erg goedkoop zijn, maar met een hoger eigen risico relatief duur. Een goede vergelijking is alleen te maken als polissen met hetzelfde eigen risico tegenover elkaar worden gezet. Tot slot is het goed om te bedenken dat een polis met beperkende voorwaarden vaak goedkoper is qua premie, maar duur kan zijn als je toch gebruik maakt van een zorgaanbieder waar geen contract mee is.

Basisverzekeringen in 2016

In 2016 zijn er 61 verschillende polissen voor de basisverzekering op de markt. In 2015 waren er nog 71 verschillende polissen. Ten opzichte van 2015 worden in 2016 zeven naturapolissen, drie combinatiepolissen en een restitutiepolis niet meer aangeboden. Er is 1 nieuwe combinatiepolis bij gekomen. Vier combinatiepolissen zijn gewijzigd in volledige naturapolissen en twee combinatiepolissen zijn gewijzigd in volledige restitutiepolissen.

Aantal en groei van basispolissen

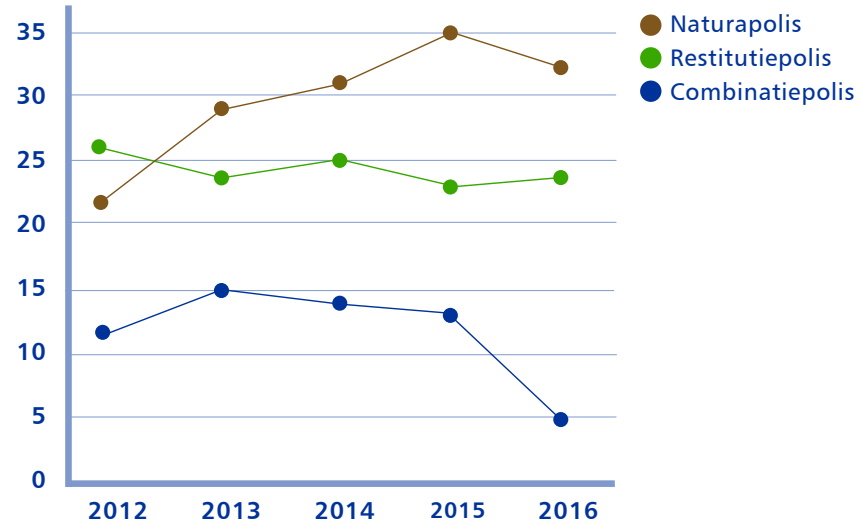


Bron: NZa (Modelovereenkomsten).

Tot 2012 domineerde de restitutiepolis het aanbod aan basisverzekeringen. Maar sinds 2012 heeft de naturapolis die positie overgenomen. Het aanbod aan combinatiepolissen is duidelijk gedaald in 2016.

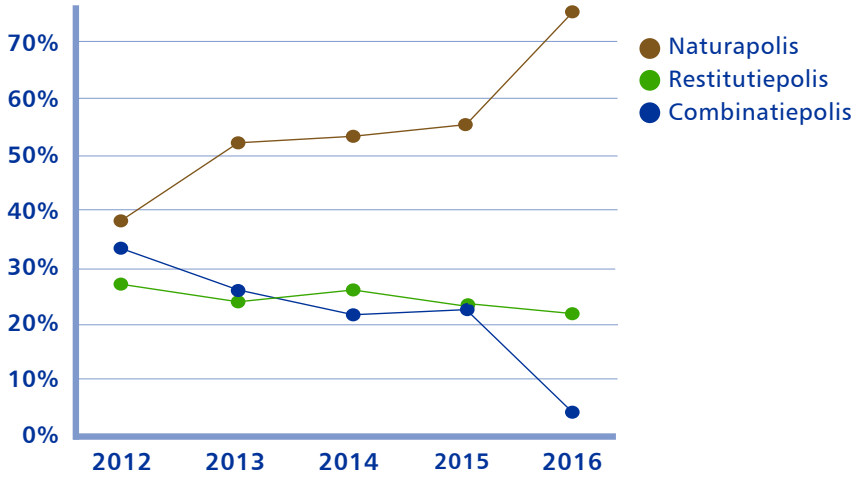
Het percentage verzekerden met een naturapolis steeg van 55% in 2015 naar 74% in 2016. Dit houdt vooral verband met wijzigingen in de polisvoorwaarden van een aantal combinatiepolissen, waardoor deze in 2016 volledige naturapolissen zijn geworden. In dit geval betreft het volledig wijziging in een polis van Zilveren Kruis (inclusief Interpolis, OZF en het label Pro Life) waarin mondzorg per 2016 ook in natura verzekerd is.

Aantal aangeboden polissen basisverzekeringen, naar soort polis



Bron: NZa (Modelovereenkosmten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Percentage verzekerden per soort polis

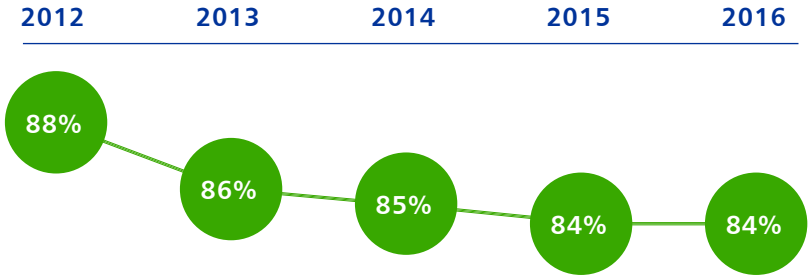


Bron: NZa (Modelovereenkomsten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Aanvullende verzekeringen in 2016

Voor veel zorg buiten het basispakket kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. Er geldt echter geen acceptatieplicht en de vergoedingen zijn soms gemaximeerd op een schadebedrag of aantal behandelingen zonder inhoudelijke motivering. In 2016 sloot 84% van de verzekerden (14,2 miljoen mensen) een aanvullende verzekering af. Het aantal ligt daarmee op hetzelfde niveau als in 2015.

Percentage aanvullend verzekerden



Voor het eerst sinds 2006 is er geen afname van het percentage aanvullend verzekerden.
Dat geldt voor zowel individueel als collectief verzekerden. Het aantal collectief verzekerden met een aanvullende verzekering bleef vrijwel gelijk in 2014, 2015 en 2016 (88,5%). Het percentage individueel verzekerden met een aanvullende verzekering neemt toe van 74,4% in 2015 tot 75,2% in 2016.

Vooral mondzorg aanvullend verzekerd

In onderstaande tabel is het aantal aanvullend verzekerden met en zonder dekking voor mondzorg weergegeven. In 2016 heeft 72% van de aanvullend verzekerden een dekking voor mondzorg.

Aanvullend verzekerden met en zonder dekking voor mondzorg

aanvullende verzekering	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal x 1mln.					
Met mondzorg	11,2	10,4	10,4	10,4	10,2
Zonder mondzorg	3,5	3,9	3,8	3,8	4,0
Totaal	14,7	14,3	14,2	14,2	14,2
Percentage					
Met mondzorg	76%	73%	73%	73%	72%
Zonder mondzorg	24%	27%	27%	27%	28%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

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

Aanvullend verzekerd bij een andere verzekeraar

Een klein deel van de verzekerden heeft alleen de aanvullende verzekering afgesloten bij een bepaalde zorgverzekeraar en de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar. Landelijk gaat het in 2015 en 2016 om 0,19% en 0,20% van de aanvullend verzekerden. Deze zijn inbegrepen in de bovenstaande tabel.

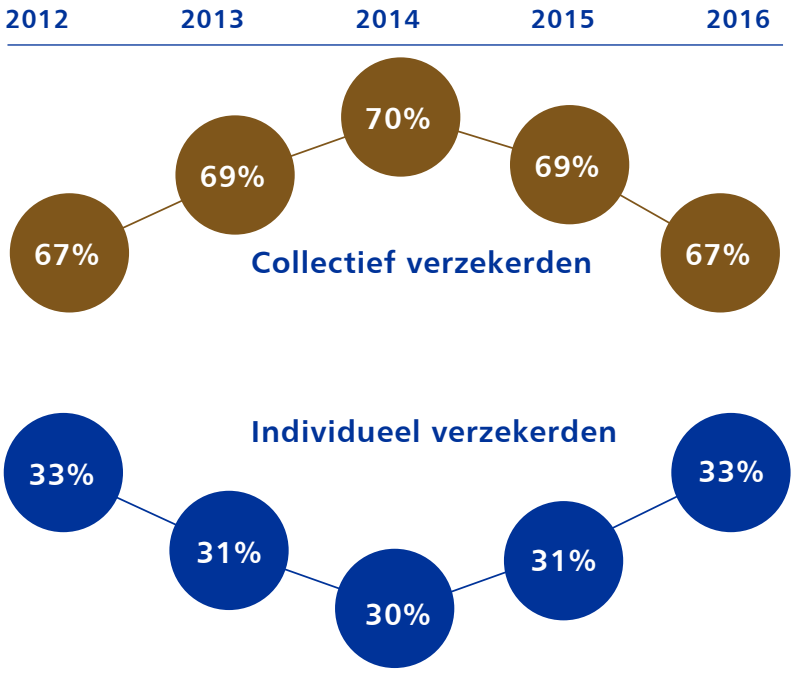
Collectieve verzekeringen

De meeste mensen verzekeren zich niet individueel, maar via een collectief. Als collectief kunnen ze soms bepaalde voordelen behalen die ze als individueel verzekerde niet krijgen (doorgaans een financiële korting). Er zijn verschillende categorieën collectieve verzekeringen (‘collectiviteiten’). Niet elke collectieve zorgverzekering is voor iedere burger toegankelijk. Desondanks zijn er in 2016 duizenden collectieve zorgverzekeringen die in meer of minder mate wél toegankelijk zijn voor iedere burger.

Collectieve verzekeringen

De meeste mensen verzekeren zich niet individueel, maar via een collectief. Als collectief kunnen ze soms bepaalde voordelen behalen die ze als individueel verzekerde niet krijgen (doorgaans een financiële korting). Er zijn verschillende categorieën collectieve verzekeringen ('collectiviteiten'). Niet elke collectieve zorgverzekering is voor iedere burger toegankelijk. Desondanks zijn er in 2016 duizenden collectieve zorgverzekeringen die in meer of minder mate wél toegankelijk zijn voor iedere burger.

Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden



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

Tot 2014 steeg het percentage mensen dat zich collectief liet verzekeren met gemiddeld 2% per jaar. In 2015 en 2016 neemt dit percentage af.

Soorten collectiviteiten

De bekendste collectiviteiten zijn werkgeverscollectiviteiten. Een werkgeverscollectiviteit wordt opgezet door een werkgever en is speciaal bedoeld voor zíjn werknemers. Daarnaast zijn er patiëntencollectiviteiten, vaak opgezet door patiëntenverenigingen en bedoeld voor bepaalde patiëntgroepen. De laatste categorie 'overige collectiviteiten' is verder onder te verdelen in vijf subcategorieën:

- leden van een bond (ouderen-, vak-, consumenten- of sportbond);
- koepelorganisatie (bijvoorbeeld de koepelorganisatie voor zzp'ers);
- internetcollectief;
- sociale dienst gemeente;
- restcategorie: 'andere collectiviteiten'.

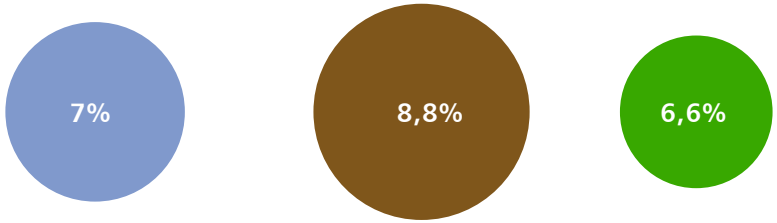
Percentage collectief verzekerden naar soort collectiviteit

Werkgeverscollectiviteiten: 54,6%
Patiëntencollectiviteiten: 0,4%
Overige collectiviteiten: 45%

In 2016 is het merendeel van de collectief verzekerden aangesloten bij een van de werkgeverscollectiviteiten: circa 6,2 miljoen verzekerden (54,6%). Het aantal verzekerden dat een verzekering afneemt via een patiëntenvereniging bedraagt ongeveer 50.000 (0,4 %). Ongeveer 5,1 miljoen collectief verzekerden zitten bij andere soorten collectiviteiten (45%).

In 2016 hebben 19 van de 25 zorgverzekeraars meer dan 40% collectief verzekerden. Toch blijft het aandeel collectief verzekerden in de portefeuille van zorgverzekeraars groot.

Collectieve korting per soort collectiviteit 2016



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten).

Gemiddeld is de korting op een collectieve zorgverzekering 7,8%.

Het polisaanbod op een rij

Al enige tijd is er veel discussie over het aantal zorgverzekeringspolissen dat op de markt is. Door de grote hoeveelheid polissen wordt het voor mensen moeilijk, zo niet onmogelijk om te kiezen, is de gedachte. Het polisaanbod in vogelvlucht.

Hoe zit het polisaanbod in elkaar?

Voor een goede analyse is het van belang om precies te duiden hoe het polisaanbod in elkaar zit. De getallen die in de discussie worden genoemd, zijn samengesteld uit een optelsom van alle mogelijke combinaties van basisverzekeringen en aanvullende en tandartsverzekeringen. De 61 polissen voor de basisverzekering worden aangeboden door 25 zorgverzekeraars. Elke zorgverzekeraar biedt minimaal één modelovereenkomst aan. Het minimale aantal polissen is dan ook 25. Er zijn maar een paar polissen voor de basisverzekeringen die veel verzekerden kiezen, terwijl er ook veel polissen voor de basisverzekering zijn die maar weinig verzekerden kopen. Het aantal verschillende basispolissen dat wordt aangeboden lijkt veel groter dan de 61 verschillende polissen die er waren in 2016 (71 in 2015). Dit komt doordat veel van deze polissen op verschillende manieren worden aangeboden. We hebben het dan over polissen die worden aangeboden via:

- Collectiviteiten
- Volmachten
- Een combinatie van labels, collectiviteiten en volmachten

‘Verpakkingen’

Zorgverzekeraars bieden hun polissen soms zelf op verschillende manieren aan. Het is hierbij niet altijd eenvoudig voor verzekerden om te beoordelen of hierbij alleen sprake is van een andere ‘verpakking’ van dezelfde polis of dat sprake is van verzekeringen met een afwijkend karakter qua invulling.

Ook kunnen de polissen voor de basisverzekering nog via collectieve verzekeringen 'verpakt' worden. Een collectieve zorgverzekering is een combinatie van een basisverzekering met in de meeste gevallen een korting in combinatie met vaak ook een aanvullende verzekering, tandartsverzekering en/of aanvullende afspraken in relatie tot het voorkomen van ziekte. Deze combinaties worden verpakt in een specifieke overeenkomst. Er zijn in 2016 circa 60.000 collectiviteiten in de markt waarmee een groot aantal potentiële keuzemogelijkheden voor de burger ontstaat. Niet alle keuzemogelijkheden worden expliciet aan de consument getoond.

Het aantal unieke basisverzekeringen ligt, zoals hierboven geschetst, velen malen lager. Deze verzekeringsproducten zijn wel toegankelijk voor alle verzekerden, maar niet in alle mogelijke verpakkingsvarianten en ook niet altijd voor dezelfde scherpe prijs. Om voor de scherpste prijs te kunnen gaan is ook relevant om te weten welke collectiviteitskortingen er aan welke collectiviteiten worden gegeven. Vooral dit laatste is nu niet erg overzichtelijk voor consumenten. Het is nu niet van te voren altijd even duidelijk voor welke collectieve verzekeringen en collectiviteitskortingen verzekerden in aanmerking komen. Wij roepen zorgverzekeraars op om de informatievoorziening aan verzekerden over de mogelijkheden van collectieve contracten, de (eventuele) toetredingsvoorwaarden en de kortingenstructuur te verbeteren.

Een uitgebreid overzicht van de het polisaanbod in 2015 is opgenomen in de monitor Activiteiten zorgverzekeraars overstapseizoen najaar 2015 van Zorgvuldig Advies die op 11 maart 2016 aan de Tweede Kamer is aangeboden.

Casus Energiek

In november 2015 kondigde zorgverzekeraar Eno aan te stoppen met het label Energiek per 1 januari 2016. Dit label 'Energiek' richtte zich speciaal op vrouwen. Onder dit label werden naast een basisverzekering, vier verschillende aanvullende verzekeringen aangeboden (Start, Extra, Plus en Top) met, naast algemene vergoedingen, vergoedingen voor behandelingen specifiek gericht op vrouwen. Hierbij kan gedacht worden aan vergoeding van kosten voor de Mamma Print, alternatieve geneeswijzen, zorg rondom zwangerschap en bevalling, anticonceptie en diverse gezondheidscursussen.
De kosten van de premie zouden te hoog worden om nog aantrekkelijk te zijn. Alle Energiek-verzekerden kregen van Eno een nieuw aanbod van Salland ZorgDirect. In het nieuws werd vervolgens de vraag gesteld of door het stoppen van Energiek sprake was van risicoselectie. Een groep vrouwen die hoge zorgkosten maakt zou worden ontmoedigd zorgkosten te maken bij deze zorgverzekeraar.

Waarom werd gestopt met deze polis?

In de praktijk bleken de vrouwspecifieke vergoedingen dusdanig aantrekkelijk dat met name vrouwen die geboortezorg nodig hadden de polis vonden en afsloten. De kosten voor geboortezorg zijn relatief hoog, zeker als er complicaties zijn bij een bevalling kunnen deze kosten oplopen. Deze kosten vallen grotendeels onder de basisverzekering. Voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd is de compensatie voor de kosten van geboortezorg via de risicoverevening gemiddeld genomen juist vastgesteld. Het probleem is echter dat onvoldoende specifiek wordt gecompenseerd in de risicoverevening: vrouwen die bevallen zijn naar verwachting verliesgevend, terwijl leeftijdsgenoten die niet bevallen naar verwachting winstgevend zijn.

Voor de zorgkosten van nul-jarigen vindt via de risicoverevening wel een specifieke compensatie plaats. Echter, wanneer de verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar worden de kosten alleen gecompenseerd over de duur van het betreffende jaar. Hierdoor werden ook deze kosten voor Eno deels gecompenseerd.
De polis bestaat vanaf 2010 maar op vergelijkingssites van 2014 naar 2015 bleek dat Energiek steeds bovenaan uitkwam met betrekking tot de vergoeding van geboortezorg. Er was toen een enorme instroom van vrouwen die juist geboortezorg nodig hadden. De verzekerdenpopulatie van deze polis was als gevolg daarvan te eenzijdig en maakte relatief hoge zorgkosten. Zodra verzekerden geen geboortezorg meer nodig hadden, stapten zij weer over naar een andere verzekeraar. Een klassieke situatie van risicoselectie door zelfselectie: de betrokken vrouwen weten beter wanneer zij zullen bevallen dan de verzekeraar en kiezen alleen voor de verzekeraar als dat het geval is. Eno zag geen kans om dit binnen het polisaanbod van Energiek op te lossen door een andere prijsstelling.

Compensatie vanuit de risicoverevening

Zoals deze casus laat zien is het belangrijk dat de kosten van geboortezorg goed worden gecompenseerd vanuit de risicoverevening zodat deze groep verzekerden niet achterblijven. Verzekeraars hebben bij een onvoldoende risicoverevening geen prikkels om goede zorg in te kopen, aangezien de verzekeraar dan allemaal verliesgevende verzekerden krijgt.
In de Kamerbrief over de risicoverevening 2017 is er aandacht besteed aan de vraag of binnen de risicoverevening een oplossing kan worden gevonden voor het gegeven dat als een verzekeraar een oververtegenwoordiging heeft van zwangerschappen of geboortes, er naar verwachting een negatief resultaat ontstaat. Er zijn experts die pleiten dit op te lossen door een alternatieve compensatie, bijvoorbeeld in de vorm van een vergoeding per geval (gevalsnormering) of volledige compensatie achteraf. De minister heeft aangegeven dat dit pleidooi niet in lijn is met de doelmatigheid die het ex-ante voorspelmodel nastreeft. Wel laat zij onderzoeken of er andere kenmerken voorhanden zijn die de kosten van geboortezorg, van pasgeborenen en van kinderen beter kunnen voorspellen. De NZa zal de ontwikkelingen blijven volgen.

Conclusies en aanbeveling NZa

Er zijn in 2016 61 verschillende polissen op de markt voor de basisverzekering (de modelovereenkomsten). In 2015 waren dit er 71. Toch is het voor mensen moeilijk om te vergelijken en te kiezen, omdat deze polissen op verschillende manieren, door verschillende partijen en in verschillende verpakkingen worden aangeboden.

De NZa raadt burgers aan om hun polis zorgvuldig te kiezen. Bijvoorbeeld door vergelijkingssites te gebruiken. Een bijsluiter die wijst op de gevolgen van de keuze die consument maakt kan hierbij een goed hulpmiddel zijn.
Per 1 november 2016 verplicht de NZa de betreffende zorgverzekeraars bovendien om identieke of nagenoeg identieke polissen die binnen één concern worden aangeboden , in een overzicht op de website te plaatsen. Daarbij moet ook een aantal in de regeling genoemd elementen, waaronder de premie van de polissen, benoemd worden. Dit helpt verzekerden om het aanbod aan basispolissen beter te kunnen vergelijken.

De NZa roept zorgverzekeraars op om de informatievoorziening aan verzekerden over de mogelijkheden van collectieve contracten, de (eventuele) toetredingsvoorwaarden en de kortingenstructuur te verbeteren.

Prijs van zorgverzekeringen

Nominale premie

De nominale premie is het vaste bedrag dat mensen rechtstreeks aan hun verzekeraar betalen voor de basisverzekering. We onderscheiden dit van de inkomensafhankelijke bijdrage, die verderop aan bod komt.

Opbouw van de nominale premie voor de basisverzekering

Onderstaande tabel geeft de gemiddelde opbouw weer van de nominale premie voor 2016, gewogen naar het aantal verzekerden van 18 jaar of ouder per zorgverzekeraar in 2015. Die weging houdt in dat de opbouw van een polis met veel verzekerden zwaarder meeweegt voor het gemiddelde dan een polis met minder verzekerden. De cijfers betreffen de jaarlijkse premie zonder kortingen.

Opbouw van de nominale basispremie 2016 (in euro's per jaar)

Rekenpremie VWS	1.288
Resultaat op zorgactiviteiten	-41
Bedrijfskosten	82
Beleggingsopbrengsten	-3
Onttrekking aan reserves	-145
Toevoeging aan reserves	0
Opslag winst	0
Overig, incl.	88
Totaal basispremie	1.269

Bron: Zorgverzekeraars; uniform overzicht opbouw premie

Zorgverzekeraars gebruiken reserves om premie te verlagen

De zorgverzekeraars zijn bij de vaststelling voor de premie 2016 uitgegaan van de inzet van ongeveer € 2 miljard uit hun reserves en verwachte beleggingsopbrengsten. De nominale premie is daardoor minder dan kostendekkend vastgesteld. In 2015 was dit € 1,4 miljard. De premie voor de basisverzekering is daardoor gemiddeld € 145 per premiebetalerlager vastgesteld.

Gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering

De gemiddelde premie voor de basisverzekering (inclusief collectiviteitskortingen) steeg van € 1.158 in 2015 naar € 1.199 in 2016.

Gemiddeld betaalde nominale premie per jaar (in €)

	2012	2013	2014	2015	2016
Individueel verzekerden	1.275	1.262	1.137	1.195	1.229
Collectief verzekerden	1.201	1.190	1.080	1.142	1.185
Alle verzekerden	1.226	1.213	1.098	1.158	1.199

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

Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn in bovenstaande tabel buiten beschouwing gelaten.

In 2016 hadden ongeveer 650 verzekerden de goedkoopste polis voor de basisverzekering. Zij betaalden een gemiddelde jaarpremie van € 997. Dit betrof een collectieve naturapolis met beperkende voorwaarden. Zo'n 40.000 verzekerden hadden de duurste basispolis en betaalden € 1.367 per jaar. Dit betrof een individuele restitutiepolis. Het verschil tussen de duurste en goedkoopste polis was in 2016 € 370. Dat is 31% van de gemiddeld betaalde premie. Op zorgverzekeraarsniveau en concernniveau is de spreiding geringer.

Gewogen gemiddeld betaalde premie

In onderstaande tabel is de gewogen gemiddeld betaalde premie inclusief collectiviteitskortingen weergegeven voor de verschillende soorten polissen. De polissen met beperkende voorwaarden zijn apart vermeld.

Gewogen gemiddeld betaalde premie per polisoort

	2012	2013	2014	2015	2016
Budgetpolis	1.154	1.143	1.004	1.056	1.116
Combinatie	1.214	1.208	1.116	1.148	1.221
Natura	1.239	1.215	1.089	1.174	1.209
Restitutie	1.228	1.223	1.117	1.169	1.204
Eindtotaal	1.226	1.213	1.098	1.158	1.199

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

Verzekerden betalen duidelijk minder premie voor een polis met beperkende voorwaarden dan voor de andere soorten polissen. Daarnaast valt op dat er in 2016 weinig prijsverschil zit tussen een restitutiepolis en een naturapolis.

Wat betalen verzekerden via de inkomstenbelasting aan de zorg?

Naast de nominale premie aan de zorgverzekeraars dragen verzekerden ook een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet af. Deze bijdrage wordt geïnd door de belastingdienst. Deze belasting wordt voor mensen in loondienst rechtstreeks door de werkgever afgedragen. Er is een maximum aan het bedrag aan brutoloon waarover de bijdrage wordt berekend: de maximumbijdrage. Een volwassen Nederlander betaalt gemiddeld € 1.199 per jaar aan premie voor de basisverzekering en ongeveer € 1.596 via de inkomensafhankelijke bijdrage. De inkomensafhankelijke premie varieert dus sterk per persoon, afhankelijk van de hoogte van de inkomsten.

Kortingen op de nominale premie

Zorgverzekeraars bieden soms kortingen aan op de premie van hun zorgverzekeringen. Voor de basisverzekering geldt dat de zorgverzekeraar iedereen moet accepteren als verzekerde (acceptatieplicht) en dat de premie voor dezelfde verzekering voor iedereen gelijk moet zijn (verbod op premiedifferentiatie).

Welke kortingen bestaan er?

Zorgverzekeraars bieden in diverse gevallen een korting aan.

Wettelijke geregelde kortingen op de premiegrondslag:

- Bij een collectieve verzekering: de korting die de zorgverzekeraar hiervoor kan geven is in de Zvw vastgelegd en bedraagt maximaal 10%. Bijna alle zorgverzekeraars bieden een collectiviteitskorting aan.
- Bij het afsluiten van een vrijwillig eigen risico: hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting op de premie. De korting verschilt per verzekeraar/label en varieert van een paar euro tot ruim twintig euro op de maandelijks te betalen premie.

Korting bij collectieve verzekeringen

De basispremie voor collectieve verzekeringen is gemiddeld hoger dan voor individuele verzekeringen. Door de korting is de nominale premie die collectief verzekerden betalen, gemiddeld lager dan de nominale premie die verzekerden met een individuele verzekering betalen.

Tabel Prijs individuele versus collectieve verzekering (gewogen gemiddelden in €)

	2012	2013	2014	2015	2016
Individueel verzekerden					
Betaalde premie (= basispremie)	1.275	1.262	1.137	1.195	1.229
Collectief verzekerden					
Basispremie	1.299	1.289	1.168	1.232	1.278
Betaalde premie	1.201	1.190	1.080	1.142	1,185
Korting op basispremie	7,5%	7,7%	7,5%	7,3%	7,3%
Korting t.o.v. individueel verzekerden	5,8%	5,7%	5,0%	4,4%	3,6%
Alle verzekerden					
Betaalde premie	1.226	1.213	1.098	1.158	1.199

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

In 2016 betalen collectief verzekerden gemiddeld 3,6% minder premie dan individueel verzekerden. De korting ten opzichte van individueel verzekerden is lager dan in 2015. Individueel verzekerden hebben in 2016 (evenals in 2014 en 2015) vaker gekozen voor een polis met een lager dan gemiddelde basispremie. Het aantal zorgverzekeraars dat geen korting aan collectiviteiten geeft en in plaats daarvan een lagere basispremie vraagt, neemt toe. In onderstaande tabel wordt ingezoomd op het prijsvoordeel per soort collectief.

Prijsvoordeel per jaar collect. versus individuele verzekering (in €)

Soort collectief	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgevers	81	81	70	68	63
Patiëntenvereniging	52	57	46	46	41
Overig	65	61	50	42	36
Totaal	74	72	57	52	44

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

Collectieve verzekeringen via de werkgever levert gemiddeld de hoogste korting op. Het absolute prijsvoordeel is in 2016 opnieuw gedaald. Bij een aantal polissen krijgen collectief verzekerden met ingang van 2015 geen korting meer op de basisverzekering.

Andere kortingen op de premie en cadeaus

Er zijn verschillende manieren waarop korting op de te betalen premie kan worden aangeboden door een zorgverzekeraar, denk hierbij aan korting als de premie vooruit wordt betaald, als de werkgever de premie betaald, bij het verhogen van het vrijwillig eigen risico of als men zich via een collectiviteit verzekerd. Naast dit soort kortingen worden door zorgverzekeraars en tussenpersonen tijdens de overstapperiode ook cadeaus en andere kortingen aangeboden.

Tijdens de overstapperiode in 2015/2016 keek de NZa naar de verschillende cadeaus en kortingen die door zorgverzekeraars en tussenpersonen worden gegeven bij het afsluiten van een zorgverzekering. Er zijn zorgverzekeraars die (welkomst)cadeaus aanbieden bij het afsluiten van een zorgverzekering. Bij tussenpersonen komt het vaker voor dat cadeaus worden aangeboden in plaats van een financiële korting. Denk aan een tablet, een spelcomputer of korting in een winkel. Een cadeau trekt eerder een bepaald type verzekerde aan dan een financiële korting. Een spelcomputer is bijvoorbeeld niet voor alle verzekerden aantrekkelijk – een korting wel.

De kortingen of cadeaus die worden aangeboden bij het afsluiten van een nieuwe zorgverzekering zijn toegankelijk voor alle aspirant verzekerden, met uitzondering van eventuele kortingen of cadeaus die aangeboden worden bij bepaalde collectiviteiten (bijvoorbeeld van werkgevers). In sommige gevallen lijken de cadeaus doelgroep specifiek, een voorbeeld hiervan is het aanbieden van een Xbox die vooral jongeren aanspreekt.

Er zijn geen kortingen/cadeaus gevonden waarbij sprake is van een wettelijke overtreding. Wel heeft de NZa in het kader van het kwalitatief onderzoek naar risicosolidariteit en risicoselectie zorgverzekeraars individueel teruggekoppeld waaronder in voorkomende gevallen de onwenselijkheid van hun productbeleid en communicatie.

Visie NZa

Er zijn geen aanwijzingen dat zorgverzekeraars met kortingen sturen op het aantrekken van specifieke groepen verzekerden. De kortingen zijn over het algemeen niet gericht op een doelgroep of kenmerken van een doelgroep. Bovendien zijn de kortingen bereikbaar voor iedereen, met uitzondering van bepaalde collectiviteiten. Sommige bemiddelende websites bieden cadeaus aan in plaats van korting. Hiermee kan in theorie op een specifieke doelgroep gestuurd worden. Het is ongewenst dat zorgverzekeraars met cadeaus of kortingen sturen op het aantrekken van specifieke groepen verzekerden en daarmee sturen op risicoselectie.
We vinden financiële kortingen daarom in principe beter dan cadeaus.

5. De verzekerden

Toegankelijkheid van de zorgverzekeringen

Iedere inwoner van Nederland boven de 18 jaar is sinds 2006 verplicht om jaarlijks een basisverzekering af te sluiten. In dit hoofdstuk brengen we de toegankelijkheid van zorgverzekeringen in beeld. Dat wil zeggen: hoeveel mensen sluiten er jaarlijks een polis af voor de basisverzekering en eventueel voor de aanvullende verzekering? En hoeveel mensen hebben moeite met het verwerven of betalen van een zorgverzekering?

Aantal verzekerden voor de basisverzekering en aanvullende verzekering (in mln)

Soort verzekering	2012	2013	2014	2015	2016
Basisverzekering	16,6	16,7	16,7	16,8	16,9
Aanvullende verzekering	14,7	14,3	14,2	14,2	14,2

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

Aantal onverzekerden voor de basisverzekering

	2012	2013	2014	2015
Instroom (aangeschreven onverzekerden)	78.268	69.382	71.726	47.458
Uitstroom	96.030	72.323	71.012	54.480
Onverzekerd per 31 dec.	40.203	28.740	29.454	22.432

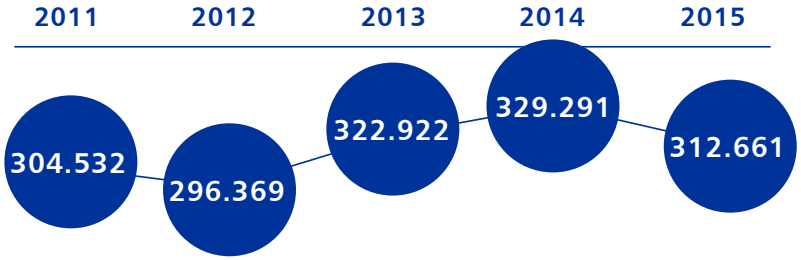
Bron: Zorginstituut Nederland

Het aantal mensen zonder basisverzekering neemt jaarlijks af. Op 31 december 2015 waren er 22.432 mensen zonder basisverzekering. De instroom betreft personen die volgens de administratie van de zorgverzekeraars geen zorgverzekering hebben afgesloten. De uitstroom betreft personen die zich alsnog verzekerd hebben, ambtshalve worden verzekerd, met succes hun verzekeringsplicht hebben betwist of blijken te horen tot een specifieke categorie, zoals gemoedsbezwaarden en militairen.

Wanbetalers

Wanbetalers zijn verzekerden met een betalingsachterstand van ten minste zes maanden nominale premie. Het gaat daarbij alleen om mensen die geen betalingsregeling hebben met de zorgverzekeraar, niet in een wettelijk of minnelijk schuldhulptraject zitten en geen stabilisatieovereenkomst hebben gesloten. Zorgverzekeraars melden verzekerden af als wanbetaler zodra de premieschuld is afgelost, als de verzekerde een regeling voor schuldhulpverlening heeft getroffen of als de verzekerde is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering. Het Zorginstituut constateert in 2016 dat het aantal wanbetalers afneemt.

Aantal wanbetalers basisverzekering



Per 1 juli 2016 is de wet Verbetering wanbetalersmaatregelen van kracht geworden. Deze wet beoogt de preventiefase te verbeteren door maatregelen te nemen om wanbetaling van zorgpremies te voorkomen. Deze maatregelen betreffen verbetering van het premieregime – bestaande uit wijzigingen in de bronheffing en verbetering van de kwaliteit van het adresgegeven – en bevordering van de uitstroom van wanbetalers.

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar

Definitie overstappen

Verzekerden kunnen elk jaar veranderen van verzekeraar. De NZa heeft het over 'overstappen' als een verzekerde de ene zorgverzekeraar voor de andere verruilt. Het maakt niet uit of de twee verzekeraars tot hetzelfde overkoepelende concern behoren. Er is volgens de definitie geen sprake van een overstap als de verzekerde switcht tussen de labels van één en dezelfde zorgverzekeraar. (Hoewel de verzekerde dit zelf wel als een overstap kan ervaren.) Als een groep collectief verzekerden in zijn geheel overstapt, dan wordt dit geteld als een overstap van elk groepslid.

Publicatiedatum premies bestaande polissen

Zorgverzekeraars moeten uiterlijk 19 november hun premies voor het komende kalenderjaar bekendmaken aan hun verzekerden. DSW is steevast de eerste die dit doet: in september, een week na Prinsjesdag.

In 2015 hebben vrijwel alle zorgverzekeraars lang gewacht om hun premie voor 2016 bekend te maken. De spreiding in het bekendmaken van de premie is nog maar zeer gering. In 2015 is door 50% van de zorgverzekeraars de premie tussen de 1 en 7 dagen voor de uiterste datum gepubliceerd. In 2014 lag dit tussen 7 en 20 dagen. Er is een wijziging van de Zorgverzekeringswet in voorbereiding om de uiterste datum voor de bekendmaking van de premie voor 2018 met een week te gaan vervroegen tot 12 november 2017. De overstapperiode wordt dan een week langer. Voor het jaar 2017 is de uiterste publicatiedatum van de premies nog 19 november 2016.

Aantal overstappers

In 2016 stapten 1,17 miljoen verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar (6,9% van de verzekerden). Dit is minder dan in 2015, toen stapten 1,22 miljoen verzekerden over (7,3% van de verzekerden).

Eigen risico

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder hebben in 2016 een verplicht eigen risico van € 385 voor de basisverzekering. Dit betekent dat zij van hun zorgkosten de eerste € 385 zelf moeten betalen. Daarnaast kunnen zij in ruil voor een premiekorting kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De maximale hoogte van het eigen risico is dus € 885. Gemaakte zorgkosten gaan eerst ten laste van het (verplicht en vrijwillig) eigen risico en pas daarna van de zorgverzekering. Diverse zorgvormen zijn uitgesloten van het eigen risico, zoals huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg.

Er bestaan ook eigen bijdrages, maar die worden rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaald en blijven daarom buiten deze marktscan.

Vrijwillig eigen risico

Hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe meer premiekorting de verzekerde krijgt.

Tabel Premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie (gemiddeld in euro's per polis)

Vrijwillig eigen risico categorie	2013	2014	2015	2016
€ 100	45	46	45	44
€ 200	88	90	89	86
€ 300	131	133	132	126
€ 400	175	178	176	169
€ 500	230	236	236	228

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

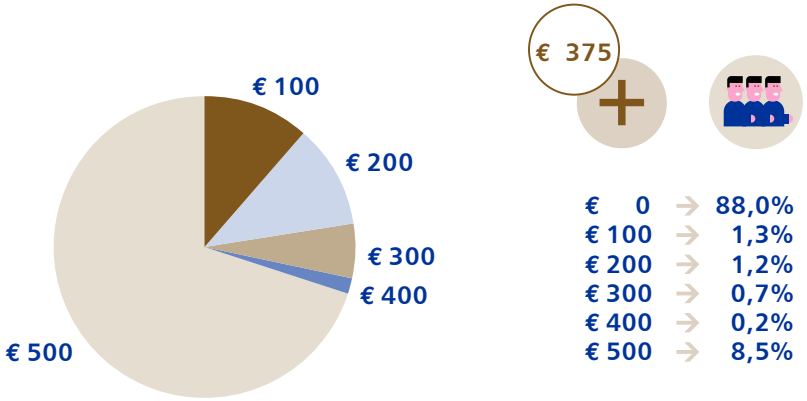
De aangeboden premiekorting voor een vrijwillig eigen risico daalde in 2016 ten opzichte van 2015. De daling van de gemiddelde korting is vooral een gevolg van een sterke verlaging van de eigen risico kortingen (met 11,2%) bij een aantal polissen. Verhoging van de korting voor het vrijwillig eigen risico zien we in 2016 maar bij 2 polissen. De premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie verschilt per polis. In de onderstaande tabel is de laagste en hoogste aangeboden korting weergegeven.

Laagste en hoogst geboden premiekorting in 2016 bij vrijwillig eigen risico (per jaar)

Bron: NZa (Modelovereenkomsten).

Uit de cijfers blijkt dat er een groot verschil is tussen de laagste en de hoogste aangeboden vrijwillig eigen risico korting. In 2016 kan de verzekerde bij een eigen risico van € 500 op de ene polis € 150 korting en op drie polissen € 300 korting per jaar krijgen. Deze cijfers verschillen weinig met voorgaande jaren: in 2015 was alleen de hoogst geboden korting € 24 hoger.

Percentage verzekerden 18+ per vrijwillig eigen risico categorie



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

Steeds meer mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De grootste stijger is de categorie van € 500. In 2016 kiest 8,5% van de verzekerden voor deze hoogste categorie vrijwillig eigen risico. In 2013 was dit 6,2%, in 2014 7,1% en in 2015 8,2%.

Aantal verzekerden 18+	2012	2013	2014	2015	2016
0	93,1%	90,3%	89,3%	88,3%	88,0%
€ 100	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%
€ 200	0,9%	1,1%	1,3%	1,3%	1,2%
€ 300	0,9%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
€ 400	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
€ 500	3,6%	6,2%	7,1%	8,2%	8,5%

Hoeveel zorgverzekeraars gebruiken het eigen risico als sturingsinstrument?

	2014	2015	2016
Totaal aantal zorgverzekeraars	26	25	25
Zorgverzekeraar past sturing toe			
Aantal concerns	5	9	9
Aantal zorgverzekeraars	16	12	12
Aangewezen zorgaanbieder:			
Farmaceutische zorg	7	11	11
Medisch spec. Zorg	1	0	0
Aangewezen zorg:			
Een programma voor een aandoening	6	1	2
Geneesmiddel	8	8	8

Bron: NZa, polisvoorwaarden zorgverzekeraars

Waarom een eigen risico?

Het eigen risico is ingesteld om de zorg in Nederland betaalbaar te houden.

Bewustzijn vergroten: zorg is niet gratis

Een van de doelen van het eigen risico is de kosten van de zorg remmen, doordat verzekerden zich bewuster worden van die kosten. Zorg die ten laste komt van het eigen risico is niet 'gratis' of 'goedkoop'. Het eigen risico zoals dat nu is vormgegeven zorgt maar voor een deel voor dit bewustzijn. Niet alle zorg valt nu onder het eigen risico (huisartsenzorg is bijvoorbeeld uitgezonderd) en alleen mensen die weinig zorg nodig hebben, kiezen voor een hoger vrijwillig eigen risico. Verzekerden met een hoog eigen risico (verplicht plus vrijwillig) zullen eerder geneigd zijn de kosten van zorg mee te laten wegen in hun keuze voor een zorgaanbieder. Voorwaarde is dan wel dat de verzekerde vooraf voldoende inzicht heeft in deze kosten.

Solidariteit vergroten: verzekerden én gebruikers van zorg dragen bij

Voor 2016 worden de opbrengsten van het verplicht eigen risico geschat op € 3,2 miljard. Wanneer er geen eigen risico zou bestaan, zou de jaarpremie voor iedereen met € 240 stijgen (Bron: VWS). Eigen bijdragen helpen om het draagvlak voor een solidair verzekeringsstelsel in stand te houden: niet alleen van de premiebetaler, maar ook van de zorggebruiker wordt een bijdrage gevraagd.

Sturen op preventie of effectieve zorg

Zorgverzekeraars kunnen bepaalde vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet of slechts voor een deel ten laste komen van het hogere vrijwillig eigen risico. Dit geldt ook voor het verplicht eigen risico, maar dan alleen voor bepaalde aangewezen vormen zorg en onder bepaalde voorwaarden (bij een algemene maatregel van bestuur). Bijvoorbeeld als verzekerden deelnemen aan (preventieve) gezondheidsprogramma's of gebruikmaken van door de zorgverzekeraar geselecteerde zorgaanbieders, genees-of hulpmiddelen. In onderstaande tabel staat hoeveel zorgverzekeraars het eigen risico gebruiken als sturingsinstrument.

Herverzekering eigen risico

Bij een herverzekering van het eigen risico hoeft de verzekerde geen eigen risico te betalen als hij zorg ontvangt. Hij betaalt alleen een verzekering om het risico te ondervangen dat hij het eigen risico later direct moet betalen. Herverzekering van het eigen risico is voor zorgverzekeraars een middel om een (voorspelbaar) debiteurenrisico te beperken.

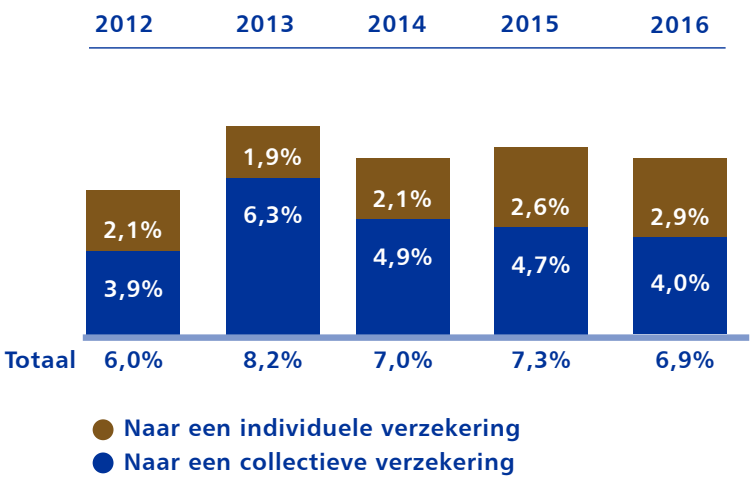
Herverzekering is maar voor enkele (risico)doelgroepen toegankelijk, zoals: seizoensarbeiders, uitkeringsgerechtigden, expats en zeevarenden. Bij deze groepen is er een groot risico op wanbetaling als zorgkosten ten laste van het eigen risico komen. Een verzekerde met een laag inkomen is soms niet in staat een eigen risico van € 385 op te brengen. In het geval van seizoenarbeiders en expats is de kans groot dat de verzekerde niet meer in Nederland is wanneer de zorgverzekeraar een declaratie ontvangt. Het incasseren van het eigen risico in het woonland van de seizoenarbeider kan erg moeizaam verlopen. Herverzekering van het verplicht eigen risico voorkomt dit soort betalingsproblemen. Ditzelfde geldt voor zeevarenden, die het merendeel van het jaar op zee zijn.

In 2016 nam het percentage verzekerden met een herverzekering van het eigen risico toe tot 1,8% van het totaal aantal verzekerden. De groei zit met name in collectieve contracten met gemeenten voor uitkeringsgerechtigden en minima. Per februari 2016 zijn er 245.195 verzekerden die een herverzekering hebben voor het eigen risico. Die groep bestaat voor 75% uit uitkeringsgerechtigden of minima en voor 23% uit buitenlandse seizoenarbeiders.

Conclusies en aanbevelingen NZa

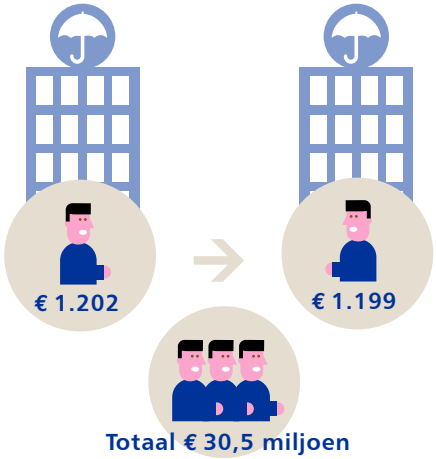
De NZa vindt herverzekering van het verplicht eigen risico in principe onwenselijk. Herverzekering neemt de beoogde prikkel van het verplicht eigen risico weg om matig te zijn in het zorggebruik. Er zijn echter groepen verzekerden die zodanige problemen hebben om het verplicht eigen risico te betalen, dat herverzekering van het verplicht eigen risico een goede oplossing kan zijn voor hun situatie. Zolang het herverzekeren beperkt blijft tot deze specifieke groepen, ziet de NZa geen probleem.
Het alsnog verzekeren van het vrijwillig eigen risico is ongewenst, omdat dit kan worden ingezet door zorgverzekeraars om op risico's te selecteren. Dit hebben wij onder andere gesignaleerd in het onderzoek naar risicoselectie. Naar aanleiding van deze bevinding en de oproep van de minister van VWS aan zorgverzekeraars om hiermee te stoppen, hebben de betreffende zorgverzekeraars te kennen gegeven hiermee te zullen stoppen met ingang van 2017. Wij moedigen dit aan.

Jaarlijks percentage verzekerden dat overstapt



Bron: NZa op basis van Vektis-gegevens over Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag (2011 - 2013) en het Vektis/Vecozo-bestand Aanlevering Verzekerden Gegevens (2014, 2015).

Hoeveel bespaarden verzekerden in 2016 met overstappen?



Bron: NZa op basis van NZa-gegevens over Modelovereenkomsten 2016 en Vektis-gegevens over Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag.

Overstappen: waarom wel/niet?

Top 3 van redenen om niet over te stappen:

Is tevreden over de dekking van de totale polis	51%
is al heel lang bij huidige zorgverzekeraar	31%
Is tevreden over de service van huidige zorgverzekeraar	20%

Top 3 van redenen om wel over te stappen:

Kiest voor nieuwe zorgverzekeraar gelet op de hoogte van de totale premie	26%
verwacht dat zijn/haar zorggebruik anders is	13%
Kiest voor nieuwe zorgverzekeraar gelet op de hoogte van de premie van de basisverzekering	11%

Deze cijfers zijn gebaseerd op een onderzoek van Nivel (2016).

Door over te stappen bespaarden consumenten in 2016 gezamenlijk € 30,5 miljoen aan premiegelden voor de basisverzekering. De prijsgevoeligheid is -0,7. Dat betekent dat een premieverhoging van 1% van een polis (terwijl de prijs van andere polissen gelijk blijft) leidt tot een afname van de vraag naar die polis van 0,7%. De prijsgevoeligheid was in 2016 lager dan in 2015, toen bedroeg deze -1,3.

De NZa heeft op basis van gedetailleerde gegevens over de periode 2011 - 2013 een aantal nadere analyses gedaan die meer inzicht geven in de persoonskenmerken van overstappers en in hun keuzes op het punt van eigen risico en polissen met beperkende voorwaarden.

Ouderen en lichamelijk ongezonde verzekerden stappen minder over

Zo heeft de NZa heeft een analyse gedaan naar het overstapgedrag van verzekerden naar leeftijd en gezondheid. Een verzekerde behoorde tot de groep 'ongezond' als hij valt binnen de kostengroepen zoals genoemd in de risicoverevening (somatische of ggz farmaciekostengroep, diagnosekostengroep of somatische meerjarige hoge kostengroep, of ggz hoge of lage drempel). De conclusies van deze analyse is dat ouderen en ongezonde verzekerden met lichamelijke problemen, aanzienlijk minder overstappen. Ongezonde verzekerden met geestelijke problemen stappen net zo vaak over als andere verzekerden.

Overstappers kiezen vaker voor verhoogd vrijwillig eigen risico

De NZa onderzocht hoeveel overstappers kiezen voor een verhoogd vrijwillig eigen risico van € 500. Het valt op dat het percentage verzekerden met € 500 vrijwillig eigen risico, hoger is onder overstappers dan in de hele populatie van premiebetalers. Dit wijst erop dat verzekerden hun vrijwillig eigen risico verhogen op het moment dat ze ook van polis wisselen. Ook kan het zijn dat verzekerden met een hoog vrijwillig eigen risico vaker overstappen.

Percentage verzekerden met geen of maximaal vrijwillig eigen risico

	2011		2012		2013	
Eigen Risico	premie-betaler	over-stapper	premie-betaler	over-stapper	premie-betaler	over-stapper
Geen	94%	86%	94%	86%	91%	78%
€ 500	3%	8%	3%	9%	5%	16%

Overstappers kiezen vaker voor een budgetpolis (binnen hetzelfde concern)

De volgende tabel laat zien dat het aantal mensen dat een budgetpolis afsluit toeneemt; het percentage verzekerden dat een budgetpolis heeft is hoger onder de overstappers dan in de hele populatie van premiebetalers. Verder zien we ook dat overstappers die een budgetpolis afsluiten vaak binnen het concern blijven, dat wil zeggen dat hun oude en nieuwe polis wordt door een verzekeraar aangeboden die onder hetzelfde zorgverzekeringsconcern valt. Het aanbieden van een budgetpolis helpt de verzekeraar zijn prijsgevoelige verzekerden te behouden.

Welk deel van de overstappers kiest voor een polis met beperkende voorwaarden?

	premiebetaler	overstapper	overstapper buiten concern	overstapper binnen concern
2011	1%	9%	7%	14%
2012	2%	12%	8%	23%
2013	3%	18%	15%	26%

1

2

3

4

5

Verzekerden met een lage sociaal-economische status maken andere keuzes

De NZa onderzocht ook of mensen men een lage sociaal-economische status andere keuzen maken dan de gemiddelde populatie. Hiervoor is de keuze van deze groep met betrekking tot hun polis en vrijwillig eigen risico vergeleken met de keuze van de rest van de populatie. Omdat er mogelijk veel studenten zijn met een lage sociaal-economische status, zijn alleen verzekerden die 30 jaar of ouder zijn meegenomen in de analyse. Voor de verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid tussen de groepen is gecorrigeerd.

De conclusie is dat de groep verzekerden met een laaginkomen en gemiddeld inkomen minder vaak een budgetpolis kiezen en minder vaak een vrijwillig eigen risico nemen ten opzicht van de groep hoge inkomens. Van de verzekerden met een laag of gemiddeld inkomen kiest 6,2% en 7,0% een vrijwillig eigen risico. Van de verzekerden met een hoog inkomen kiest 10,7% een vrijwillig eigen risico. Van de verzekerden met een laag of gemiddeld inkomen kiest 1,9% en 2,1% een budgetpolis. Bij de verzekerden met een hoog inkomen is dat 2,2%.

De NZa heeft ook een analyse uitgevoerd waarbij naar de aard van het inkomen van de verzekerden is gekeken in plaats van naar het inkomen. De arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en 65-plussers nemen minder vaak een vrijwillig eigen risico ten opzichte van de zelfstandigen en de referentiegroep (overigen). Arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en 65-plussers kiezen relatief minder vaak voor een budgetpolis.

Conclusies NZa

- In 2016 stapten 1,17 miljoen verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar. Zij bespaarden samen 30,5 miljoen op de premie voor de basisverzekering.
- Het aantal overstappers is gedaald het afgelopen jaar: van 7,3% in 2015 naar 6,9% in 2015.
- Mensen stappen vooral niet over omdat ze tevreden zijn over de dekking van hun huidige polis, al lang bij hun zorgverzekeraar klant zijn en/of tevreden zijn over de service van hun zorgverzekeraar.
- Mensen die wel overstappen, kiezen voor een zorgverzekering met een lagere premie, stappen over omdat het zorggebruik naar verwachting anders wordt, of omdat zij willen deelnemen aan een collectieve zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar.
- Om overstappen makkelijker te maken, introduceerden de ACM en de NZa in 2014 een stappenplan en informeerde de NZa de verzekerden via factsheets in samenwerking met de consumentenorganisaties. In de komende overstapperiode voert Zorgverzekeraars Nederland een zorgverzekeringskaart, mede op basis van het polisprofiel van de Patiëntenfederatie Nederland.
- Verzekeraars namen in 2015 een aantal drempels weg voor verzekerden om over te stappen. Zo kunnen verzekerden lopende machtigingen meenemen naar de nieuwe zorgverzekeraar. Dit geldt ook voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Ook kunnen de verzekerden zonder acceptatievoorwaarden een aanvullende zorgverzekering krijgen van de nieuwe zorgverzekeraar die vergelijkbaar is aan zijn huidige aanvullende zorgverzekering. Bovendien hoeven verzekerden niet meer persoonskenmerken in te vullen(zoals leeftijd) voordat zij premies van de basisverzekering kunnen vergelijken. Tot slot kunnen verzekerden kiezen uit een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen met een brede dekking zonder toelatingseisen.
- Mensen met een lage sociaal- economische status kiezen minder vaak voor een vrijwillig eigen risico.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn
Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

Vormgeving
Taluut