

Monitor

Collectieve zorgverzekeringen 2016

De effecten van collectieve zorgverzekeringen
voor burgers, zorgaanbieders en
zorgverzekeraars

september 2016

Inhoud

Managementsamenvatting	5
1. Inleiding	9
2. Recente ontwikkelingen collectieve zorgverzekeringen	13
2.1 Individueel versus collectief verzekeren	13
2.1.2 Steekproef grootste collectiviteiten	15
2.2 Mobiliteit verzekeren	16
2.3 Zit er beweging in de markt voor collectieve zorgverzekeringen?	18
2.4 Collectiviteitsgraad	19
2.5 Conclusies H2	20
3. Toegang en transparantie van collectieve zorgverzekeringen	21
3.1 Tussenpersonen	21
3.2 Doelgroepsturing/risicoselectie	22
3.3 Meer dan 10% financieel voordeel	22
3.4 Toegankelijkheid van collectieve zorgverzekeringen	23
3.5 Conclusies H3	24
4. Kortingsafspraken bij collectieve zorgverzekeringen	25
4.1 Kortingenbeleid	25
4.2 Financiering van de kortingen	26
4.3 Prijsvergelijking individuele versus collectieve verzekering	26
4.4 Collectieve korting per doelgroep	28
4.4.1 Kortingen op de basisverzekering	28
4.4.2 Kortingen op de aanvullende verzekering	28
4.5 Conclusies H4	29
5. Zorginkoop en aanvullende afspraken	31
5.1 Zorginkoop	31
5.2 Wat voor aanvullende afspraken worden er gemaakt?	31
5.2.1 Afspraken met werkgevers	31
5.2.2 Overige categorieën	32
5.3 Aandeel aanvullende afspraken in de praktijk	32
5.4 Wat leveren aanvullende afspraken op?	32
5.5 Conclusies H5	33
6. Voor- en nadelen van collectieve zorgverzekeringen	35
6.1 Beoogde voordelen collectieve zorgverzekeringen	35
6.2 Wat vinden de belanghebbenden van de collectieve zorgverzekeringen?	36
6.2.1 Voor- en nadelen voor verzekeren	36
6.2.2 Voor- en nadelen voor werkgevers	37
6.2.3 Voor- en nadelen voor zorgverzekeraars	38
6.3 Collectieve verzekeringen en betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid	40
7. Conclusie	43

Managementsamenvatting

Een collectieve zorgverzekering is een zorgverzekering voor een groep verzekerden. Zo'n groep staat in de Zorgverzekeringswet omschreven als een collectiviteit. De collectieve zorgverzekering gaat al dan niet gepaard met een aanvullende verzekering, aanvullende afspraken en een korting op de premie. In de monitor wordt met collectieve zorgverzekering steeds de basisverzekering bedoeld, tenzij specifiek aangegeven wordt dat het om de aanvullende verzekering gaat.

Ongeveer twee derde van alle Nederlanders is in 2016 collectief verzekerd. Dit percentage daalde licht van 70% in 2014 naar 67% in 2016.

In 2016 zijn er circa 60.000 collectiviteiten, waarvan het overgrote deel werkgeverscollectiviteiten (bijna 50.000). Van de collectief verzekerden is ruim de helft aangesloten bij een werkgeverscollectief. Er zijn relatief weinig collectief verzekerden aangesloten bij een patiëntencollectief. Collectiviteiten voor leden van vak-/sport-/ouderen- en consumentenbonden, internetcollectieven, koepelorganisaties en sociale diensten van de gemeenten hebben ook een substantieel aandeel in de markt.

Bij de start van de Zorgverzekeringswet in 2006 benoemde de wetgever diverse mogelijke voordelen van collectieve zorgverzekeringen voor werkgevers, zorgverzekeraars en verzekerden. Zowel financieel, als in het maken van afspraken met specifieke zorgaanbieders, bijvoorbeeld op het gebied van preventie.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateerde vorig jaar in de [marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015](#) dat in 2015 voor het eerst iets minder mensen een collectieve zorgverzekering afsloten. Daarnaast bleek dat een aantal zorgverzekeraars helemaal geen collectiviteitskorting meer biedt, maar kiest voor een lage(re) premiegrondslag voor de basisverzekering (hierna: de basispremie) voor al hun verzekerden. Bovendien bestaan er ook gewone zorgpolissen met gemiddeld een lagere basispremie dan collectieve zorgpolissen. Deze constatering roepen de vraag op of verzekerden beter af zijn met of juist zonder het aanbod aan collectieve zorgverzekeringen? In deze monitor proberen we hier antwoord op te geven.

Effecten van collectieve verzekeringen

– Financiële voordelen verzekerden

Bijna alle verzekeraars bieden bij collectieve zorgverzekeringen korting op de premie voor de basisverzekering en korting op de aanvullende verzekeringen. Wettelijk geldt een maximale korting van 10% op de basispremie. De daadwerkelijke korting op de basispremie is in 2016 gemiddeld 7,3%.

De omvang van de doelgroep is de meest bepalende factor voor de hoogte van de kortingen. Werkgevers krijgen gemiddeld de hoogste kortingen.

Het prijsverschil tussen collectieve en individuele verzekeringen wordt steeds kleiner. De prijs voor collectieve basisverzekeringen is in 2016 gemiddeld 3,6% goedkoper dan de prijs voor individuele basisverzekeringen.

Werknemers kunnen ook een financiële bijdrage ontvangen van een tussenpersoon, zowel voor de basisverzekering als de aanvullende verzekering. In sommige gevallen loopt het totale financiële voordeel voor verzekerden daarmee op tot meer dan 10% van de basispremie. De NZa vindt het onwenselijk als het aanbieden van een korting of een ander financieel voordeel door tussenpersonen naast de collectieve korting onduidelijkheid over het polisaanbod in de hand werkt. Ook moeten daarbij de wettelijke kaders over de maximale collectiviteitskorting in acht worden genomen.

– Zorginkoop en aanvullende afspraken met zorgverzekeraars
Eén van de beoogde voordelen van collectieve verzekeringen is de mogelijkheid van zorgverzekeraars om specifiek zorg in te kopen bij aanbieders die zijn gespecialiseerd in preventie, om potentieel ziekteverzuim te voorkomen. In de praktijk maken zorgverzekeraars geen onderscheid in de zorginkoop voor collectieve of individuele contracten. Uit een steekproef onder zorgverzekeraars blijkt dat zorgverzekeraars maar voor een deel van de collectieve zorgverzekeringen (minder dan 20%) aanvullende afspraken maken. Vooral met sociale diensten van gemeenten (40%) en werkgevers (21%). De NZa gaat in samenspraak met zorgverzekeraars verkennen welke mogelijkheden er zijn om verdere invulling te geven aan de zorginkoop en zorginhoudelijke afspraken voor collectieve zorgverzekeringen.

Bij sommige zorgverzekeraars krijgen collectief verzekerden vanuit de aanvullende verzekering een extra dekking. Deze dekking kan zorginhoudelijk van aard zijn, gericht zijn op preventie of financieel van aard zijn (bijvoorbeeld afkoop van het verplichte eigen risico). Ook komt het voor dat zorgverzekeraars een specifieke service bieden aan werknemers en werkgevers. Hoewel de meeste zorgverzekeraars geloven in het nut van hierboven genoemde aanvullende afspraken, heeft geen enkele zorgverzekeraar tot op heden kunnen constateren dat de aanvullende afspraken hierover daadwerkelijk effectief zijn. Sommige verzekeraars maken met werkgevers afspraken gemaakt over bijvoorbeeld advies gericht op een betere gezondheid (over zorg, voeding, beweging en leefstijl) of hulpmiddelen gericht op het voorkomen van verzuim (zoals een verzuimcoach).

Aanvullende afspraken gaan meestal gepaard met een langdurige verbintenis tussen zorgverzekeraar en contractpartner, wat voor het marktaandeel van de zorgverzekeraar interessant is. De collectiviteiten bieden zorgverzekeraars ook de mogelijkheid om zich te richten op bepaalde doelgroepen.

Toegang en transparantie van collectieve zorgverzekeringen

Voor het afsluiten van een zorgpolis kan een burger in 2016 kiezen uit 61 verschillende basisverzekeringen. In combinatie met aanvullende verzekeringen en/of aanvullende afspraken zijn er in 2016 circa 60.000 collectieve zorgverzekeringen. Die zijn niet allemaal toegankelijk voor iedereen. Voor een collectieve zorgverzekering kunnen acceptatievoorwaarden gelden, bijvoorbeeld de voorwaarde dat een burger werknemer is van de werkgever die de collectieve verzekering aanbiedt.

Zo nemen tussenpersonen een belangrijke plaats in op de markt voor collectiviteiten. Tussenpersonen worden in de meeste gevallen gefinancierd door de verzekeraar. Het zou goed zijn als tussenpersonen

naar hun klanten transparant zijn over de afspraken die zij met zorgverzekeraars hebben over vergoedingen.

Conclusies

De NZa constateert in deze monitor dat de betaalbaarheid van zorgverzekeringen voor veel burgers is verbeterd door het bestaan van collectieve zorgverzekeringen, omdat deze gemiddeld goedkoper zijn. Maar dit geldt niet voor iedereen: voor sommige verzekerden zal een individuele zorgverzekering nog steeds goedkoper uitpakken. Doordat de prijzen en voorwaarden van collectieve zorgverzekeringen nog onvoldoende goed te vergelijken zijn, is het bovendien mogelijk dat zorgverzekeraars de prijzen minder scherp vaststellen.

Voor sommige burgers neemt de toegankelijkheid van zorgverzekeringen toe en voor sommige burgers af door het bestaan van collectieve zorgverzekeringen. Niet alle collectieve zorgverzekeringen zijn voor iedereen vrij toegankelijk, daarnaast is de toegang tot de voor verzekerden optimale collectieve zorgverzekering niet optimaal geborgd wordt, doordat niet altijd duidelijk is voor welke collectieve verzekeringen ze in aanmerking komen. Er zijn wel zoveel verschillende collectiviteiten (werkgeverscollectiviteiten bijvoorbeeld, maar ook internetcollectiviteiten), dat er voor iedereen een collectieve zorgverzekering beschikbaar is.

Collectieve verzekeringen worden gebruikt als marketinginstrument door de verzekeraar. De kwaliteit van zorg wordt niet beter, maar ook niet slechter door het bestaan van collectieve zorgverzekeringen. Wel ziet de NZa dat de invloed van collectieve zorgverzekeringen op de verleende service door verzekeraars aan verzekerden en collectiviteiten positief is.

De NZa concludeert dat collectieve zorgverzekeringen meer neutrale of positieve dan negatieve effecten hebben op de publieke belangen. Het belangrijkste verbeterpunt is de informatievoorziening aan verzekerden. Zorgverzekeraars zouden duidelijker moeten zijn over de mogelijkheden van collectieve contracten, de (eventuele) toetredingsvoorwaarden en de kortingenstructuur. Ook gaat de NZa in samenspraak met zorgverzekeraars verkennen welke mogelijkheden er zijn om verdere invulling te geven aan de zorginkoop en zorginhoudelijke afspraken voor collectieve zorgverzekeringen.

1. Inleiding

Bijna alle zorgverzekeraars bieden collectieve zorgverzekeringen aan en de overgrote meerderheid van de verzekerden is collectief verzekerd. Collectieve zorgverzekeringen worden aangeboden aan verschillende soorten groepen verzekerden, bijvoorbeeld via een contract met een werkgever of patiëntenorganisatie. Naast een korting op de basisverzekering wordt vaak ook korting gegeven op de aanvullende zorgverzekeringen en soms ook op andere inkomensverzekeringen. Ook worden in een aantal gevallen inhoudelijke afspraken gemaakt over bijvoorbeeld verzuim, preventie of een grotere dekking van de aanvullende verzekeringsafspraken.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateerde vorig jaar in de [marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015](#) dat in 2015 voor het eerst iets minder mensen een collectieve zorgverzekering afsloten. Daarnaast bleek dat een aantal zorgverzekeraars helemaal geen collectiviteitskorting meer biedt, maar kiest voor een lage(re) basispremie voor al hun verzekerden. Bovendien bestaan er ook gewone zorgpolissen met gemiddeld een lagere basispremie dan collectieve zorgpolissen. Deze constatering roept de vraag op of verzekerden beter af zijn met of juist zonder het aanbod aan collectieve zorgverzekeringen? In deze monitor proberen we hier een antwoord op te geven.

Voor de analyses in deze monitor is gebruik gemaakt van gegevens over de collectieve contracten (jaren 2006 - 2016) en informatie van de zorgverzekeraars over alle groepen verzekerden met een collectieve zorgverzekering. Daarnaast is een selectie van de contracten van de collectieve zorgverzekeringen gebruikt (op basis van een steekproef). Tot slot hebben we informatie verzameld via vragenlijsten en interviews over de ervaringen van zorgverzekeraars, tussenpersonen en groepen verzekerden met een collectieve zorgverzekering. In de monitor wordt met collectieve zorgverzekering steeds de basisverzekering bedoeld, tenzij specifiek aangegeven wordt dat het om de aanvullende verzekering gaat. Voor meer informatie verwijzen we naar de bijlage Bronnen en Methoden bij deze monitor.

Historie collectieve zorgverzekeringen

In de tijd van de ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars bestonden er al collectieve zorgverzekeringen vanuit werkgevers. De werknemers onder een bepaalde inkomensgrens waren verplicht ziekenfonds verzekerd. De werknemers boven deze inkomensgrens waren particulier verzekerd en hadden vaak toegang tot de collectieve verzekering van hun werkgever. Werkgevers boden in het algemeen slechts één verzekering aan, dus was er voor de particulier verzekerden weinig keuzevrijheid op het gebied van collectieve verzekeringen. Bij de start van het huidige zorgstelsel in 2006, hadden sommige zorgverzekeraars dus al collectieve zorgverzekeringen in portefeuille, en andere zorgverzekeraars (de ziekenfondsverzekeraars) niet. Artikel 18 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt per 2006 de mogelijkheid aan iedere zorgverzekeraar om groepen verzekerden prijskorting te geven. De zorgverzekeraar mag daarbij tot 10% korting bieden op de premiegrondslag voor de basisverzekering (hierna: de basispremie). Het idee hierachter is dat een groep verzekerden meer 'tegenwicht' kan bieden aan de zorgverzekeraars, ook wel 'countervailing power' genoemd. Zo kunnen deze groepen bijvoorbeeld invloed

uitoefenen op de service en de zorginkoop van de verzekeraar. Dit tegenwicht kan bijdragen aan de publieke belangen van de Zvw, namelijk het waarborgen van toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en betaalbare gezondheidszorg. Ook kunnen werkgevers of andere partijen die een collectiviteit vormen (hierna contractanten genoemd), met een collectief contract samenwerkingsverbanden aan gaan met zorgverzekeraars die zich actief richten op bijvoorbeeld verzuimpreventie en -bestrijding. Zorgverzekeraars geven aan dat zij deze collectieve zorgverzekeringen aanbieden omdat de wet daarvoor de mogelijkheid bood en (groepen) verzekerden hierom vroegen.

Wanneer spreken we van een collectiviteit/een collectieve zorgverzekering?

Een collectiviteit wordt in de Zorgverzekeringswet omschreven als: 'een groep natuurlijke personen wier belangen worden behartigd door een rechtspersoon met betrekking tot de verzekering van natuurlijke personen wier belangen die rechtspersoon behartigt'. Zorgverzekeraars hanteren geen eenduidige definitie om collectiviteiten en collectieve verzekeringen aan te duiden. Sommige zorgverzekeraars vinden korting op de premie zonder samenwerkingscontract met een collectiviteit geen 'echte' collectieve zorgverzekering. Verder zijn er ook zorgverzekeraars die zich afvragen of collectiviteiten en collectieve zorgverzekeringen wel zijn af te bakenen. Zij zien namelijk geen verschil tussen een collectieve zorgverzekering en een reguliere zorgverzekering die onder een ander label goedkoper in de markt wordt gezet.

Elementen die veel zorgverzekeraars gebruiken om een collectiviteit aan te duiden zijn als volgt:

- een administratief vehikel;
- ter identificatie van een bepaalde groep mensen;
- een groep met een gemeenschappelijk belang;
- er is een partij die de belangen behartigt van de groep (bijvoorbeeld een werkgever) en deze groep vertegenwoordigt (bijvoorbeeld als collectiviteit) richting de zorgverzekeraar;
- een groep waaraan korting wordt gegeven op de basisverzekering.

Collectiviteiten kunnen worden onderscheiden in 'open' en 'gesloten' collectiviteiten. Met 'open' wordt bedoeld dat iedereen toegang heeft tot deze groep. Een 'gesloten' collectiviteit is niet voor iedereen toegankelijk, omdat er specifieke voorwaarden worden gesteld aan deelname. Voorwaarden die bij gesloten collectiviteiten gesteld worden zijn bijvoorbeeld:

- lidmaatschap van een bond of vereniging;
- aangesloten zijn bij een organisatie;
- ingeschreven zijn bij een sociale dienst;
- (ex-) werknemer zijn bij een werkgever met een collectief contract.

Er is geen duidelijk onderscheid tussen een 'open' en een 'gesloten' collectiviteit. Is bijvoorbeeld een vereniging voor iedereen toegankelijk? Dit is waarschijnlijk afhankelijk van de criteria die er zijn om lid te kunnen worden. Een gratis lidmaatschap is voor iedereen bereikbaar, maar een duur lidmaatschap van een exclusieve vereniging waarschijnlijk niet. Ook aan criteria die zijn gericht op een bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld hoogopgeleiden) kan niet iedereen voldoen, al is het maar de vraag of hier op wordt gecontroleerd bij het aangaan van de collectieve verzekering. Kortom, dit onderscheid is sterk gerelateerd aan de toegankelijkheid van collectiviteiten. In hoofdstuk 3 gaan we verder in op de toegankelijkheid van collectiviteiten.

In deze monitor onderscheidt de NZa drie hoofdcategorieën collectiviteiten:

- werkgeverscollectiviteiten;
- patiënten collectiviteiten;
- overige collectiviteiten.

Deze laatste hoofdcategorie ('overige collectiviteiten') is voor de steekproef verder onder te verdelen in de volgende 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'.

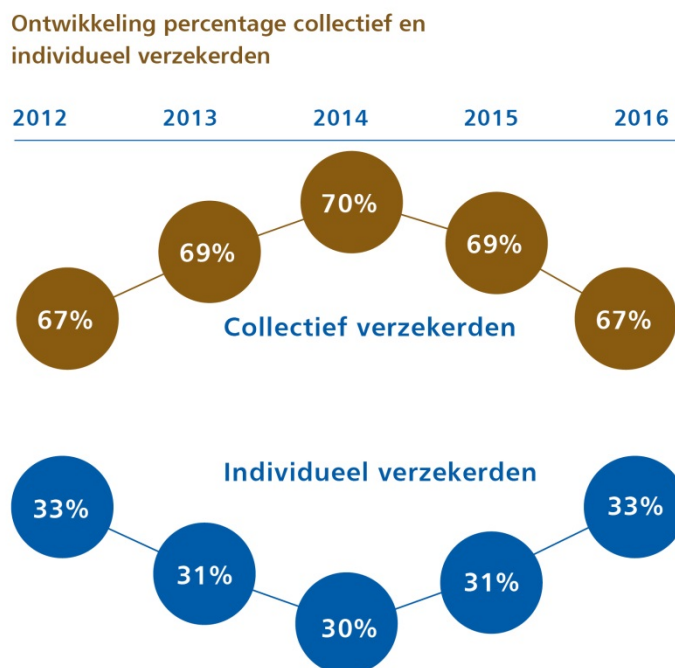
2. Recente ontwikkelingen collectieve zorgverzekeringen

In dit hoofdstuk geven we een beeld van de ontwikkelingen op het gebied van collectieve zorgverzekeringen van 2012 tot en met 2016.

2.1 Individueel versus collectief verzekerden

Bij de start van de Zorgverzekeringswet had een deel van de consumenten al een collectieve ziektekostenverzekering welke vaak doorliep in het nieuwe stelsel. Vanaf de start van het nieuwe stelsel waren zowel zorgverzekeraars als werkgevers op zoek naar mogelijkheden om het aandeel collectief verzekerden uit te breiden. Over de jaren tot 2015 is dit terug te zien in de aantallen. In 2015 is het aandeel collectief verzekerden voor het eerst licht gedaald (naar 69%). Deze daling zet door, in 2016 is 67% van de verzekerden collectief verzekerd.

Figuur 1. Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden



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

2.1.1 Aantal en omvang collectieve zorgverzekeringen

We onderscheiden drie soorten collectiviteiten: werkgevers-, patiënten- en overige collectiviteiten.

Op dit moment zijn er circa 60.000 collectiviteiten, waarvan het overgrote deel werkgeverscollectiviteiten betreft (bijna 50.000), en een klein aantal patiëntencollectiviteiten (ongeveer 150). Buiten deze twee soorten zijn er nog circa 8.500 collectiviteiten die andere soorten doelgroepen vertegenwoordigen, zoals bonden, consumentenorganisaties en de gemeentelijke sociale dienst.

Tabel 1. Totaal aan collectiviteiten

Aantal collectiviteiten	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgevers	56.497 (88,5%)	58.670 (87,7%)	51.747 (86,2%)	49.390 (86,2%)	49.571 (85,1%)
Patiëntenverenigingen	57 (0,1%)	136 (0,2%)	205 (0,3%)	155 (0,3%)	156 (0,3%)
Overig	7.267 (11,4%)	8.124 (12,1%)	8.073 (13,4%)	7.725 (13,5%)	8.524 (14,6%)
Totaal	63.821 (100,0%)	66.930 (100,0%)	60.025 (100,0%)	57.270 (100,0%)	58.251 (100,0%)

Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten-algemeen)

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%).

Over de jaren 2012 – 2016 zien we dat deze verhouding redelijk constant is. Het aandeel deelnemers aan collectieve zorgverzekeringen via patiëntenverenigingen is klein: dit is te verklaren doordat patiëntenverenigingen pas bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid hadden om collectieve verzekeringen af te sluiten, in tegenstelling tot werkgevers die dit ook in het voorgaande stelsel hadden.

Tabel 2. Totaal aantal collectief verzekerden per hoofdcategorie

Aantal collectief verzekerden (x 1.000)	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgevers	6.437 (57,8%)	6.133 (53,8%)	6.384 (54,5%)	6.399 (56,2%)	6.210 (54,6%)
Patiëntenverenigingen	22 (0,2%)	49 (0,4%)	66 (0,6%)	50 (0,4%)	51 (0,4%)
Overig	4.677 (42,0%)	5.219 (45,8%)	5.257 (44,9%)	4.947 (43,4%)	5.120 (45,0%)
Totaal	11.136 (100,0%)	11.401 (100,0%)	11.707 (100,0%)	11.395 (100,0%)	11.381 (100,0%)

Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten-algemeen)

Het gemiddelde aantal verzekerden per collectiviteit blijft redelijk gelijk tussen 2012 en 2016. Duidelijk te zien is dat werkgeverscollectiviteiten gemiddeld de minste verzekerden per collectiviteit hebben, gemiddeld tussen de 115 en 130. Collectiviteiten van patiëntenverenigingen zijn gemiddeld groter (gemiddeld tussen de 325 en bijna 400 verzekerden), en de overige collectiviteiten hebben gemiddeld de meeste verzekerden per collectiviteit (tussen de 600 en 650). Er is een enorme spreiding in het aantal verzekerden per collectiviteit. Er zijn heel veel kleine werkgevers in Nederland, naast een paar grote (zoals bijvoorbeeld Rijksoverheid en provincies). Er zijn bijna 1.4 miljoen bedrijven in Nederland met slechts één of twee medewerkers, en slechts ruim 7000 bedrijven met 100 of meer medewerkers (bron: CBS). In de categorie overig zitten een paar hele grote collectiviteiten (met wel 250.000 tot 400.000 aangesloten verzekerden) waardoor het gemiddelde hoger uitvalt dan van andere soorten collectiviteiten.

Tabel 1. Gemiddeld aantal verzekerden per collectiviteit

Verzekerden per collectiviteit	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgevers	114	105	123	130	125
Patiëntenverenigingen	390	364	321	320	325
Overig	644	642	651	640	601
Totaal	174	170	195	199	195

Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten-algemeen)

2.1.2 Steekproef grootste collectiviteiten

De NZa vraagt jaarlijks aan alle verzekeraars om voor hun tien grootste collectieve contracten aanvullende informatie aan te leveren. In 2016 is gevraagd naar de 30 grootste collectieve contracten per verzekeraar.

Over de jaren 2012 tot 2015 werden ruim 250 tot ongeveer 280 collectieve contracten aangeleverd en over 2016 ruim 510 contracten. Het aantal collectief verzekerden dat onder deze contracten valt ligt rond de 50% voor de periode 2012 – 2015 en bedraagt 55% voor het jaar 2016.

Als we specifiek kijken naar de grotere collectiviteiten in onze steekproef, dan zien we dat er veel werkgeverscollectiviteiten tussen zitten (230 van 513 in 2016), en dat ruim een derde van de verzekerdersgroep uit de 2016 steekproef (circa 2,2 miljoen) bij een van deze werkgeverscollectiviteiten aangesloten is. We zien ook dat diverse andere soorten collectiviteiten hier een substantieel aandeel in de markt hebben. Zoals de collectiviteiten voor leden van vak-, sport-, ouderen-, / consumentenbonden, internetcollectieven, koepelorganisaties en sociale diensten van de gemeenten.

Opvallend is de toename van het aantal grote internetcollectiviteiten tussen 2012 en 2015 van 17 naar 37. Ook het aantal internetverzekerden neemt toe van ruim 450.000 naar 630.000. Het aantal werkgeverscollectiviteiten neemt juist af van 118 naar 104, net als het aantal verzekerden in deze categorie van ruim 2.27 miljoen naar ruim 2,06 miljoen.

NB: Onze steekproefdata geven een beeld van de grootste collectiviteiten. In het rapport van Zorgweb vindt u voor het jaar 2016 ook een totaalbeeld voor de verschillende soorten collectiviteiten. De uitkomsten van de monitor zijn vergeleken met het onderzoek van Zorgweb. Daarbij bleek er een verschil te bestaan in het aantal door zorgverzekeraars aangeleverde collectieve contracten. In de bijlage Bronnen en methoden wordt nader ingegaan op dit verschil. Zie ook [fact-finding collectiviteiten in de zorgverzekeringwet](#).

Een duidelijke ontwikkeling sinds 2006 is dat er veel nieuwe soorten collectiviteiten op de markt zijn gekomen. Onder zorgverzekeraars is er discussie over wanneer het instrument van collectiviteitskorting wel en niet ingezet zou mogen worden (aan welk type collectiviteiten bijvoorbeeld). Ook zijn er zorgen dat het systeem uitgehold wordt als er te gemakkelijk kortingen worden aangeboden, zonder dat er aanvullende afspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld op het gebied van preventie.

Tabel 4. Aantal collectiviteiten per type

Aantal collectiviteiten	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgever	118 (44,2%)	108 (40,4%)	109 (38,7%)	104 (41,1%)	230 (44,8%)
Patiëntenvereniging	2 (0,7%)	2 (0,7%)	3 (1,1%)	2 (0,8%)	3 (0,6%)
Leden van een bond (vak-; sport-; consumenten- of ouderen-)	41 (15,4%)	45 (16,9%)	41 (14,5%)	31 (12,3%)	71 (13,8%)
Koepelorganisatie	18 (6,7%)	19 (7,1%)	19 (6,7%)	19 (7,5%)	43 (8,4%)
Internetcollectief	17 (6,4%)	20 (7,5%)	34 (12,1%)	37 (14,6%)	48 (9,4%)
Sociale dienst gemeente	14 (5,2%)	11 (4,1%)	14 (5%)	13 (5,1%)	35 (6,8%)
Anders	57 (21,3%)	62 (23,2%)	62 (22,0%)	47 (18,6%)	83 (16,2%)
Totaal	267 (100,0%)	267 (100,0%)	282 (100,0%)	253 (100,0%)	513 (100,0%)

Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten-steekproef)

Tabel 2. Aantal verzekerden per type collectiviteit

Aantal verzekerden (x1000)	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgever	2.276	2.107	2.179	2.064	2.230
Patiëntenvereniging	6	9	3	2	32
Leden van een bond (vak-;sport-; consumenten- of ouderen-)	612	588	585	738	1.004
Koepelorganisatie	580	667	654	554	704
Internetcollectief	454	427	632	630	638
Sociale dienst gemeente	277	202	224	220	332
Anders	1.267	1.609	1.650	1.338	1.301
Totaal	5.472	5.611	5.927	5.545	6.240
totaal alle collectief verzekerden	11.136	11.401	11.707	11.395	11.381
% collectief verzekerden in grootste collectiviteiten	49%	49%	51%	49%	55%

Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten-steekproef)

2.2 Mobiliteit verzekerden

We zien dat collectief verzekerden de afgelopen jaren, met uitzondering van 2016, relatief gezien iets honkvaster zijn dan individueel verzekerden. Dit is onder meer te verklaren door de meerjarige contracten die zorgverzekeraars afsluiten met collectiviteiten: als verzekerden vertrouwen hebben in hun collectiviteit, dan laten zij het uitzoekwerk veelal aan hen over en stappen zij ook minder snel over. Dit maakt collectieve zorgverzekeringen aantrekkelijk voor het marktaandeel van zorgverzekeraars.

In 2016 zien we dat iets minder mensen met een collectieve zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar blijft (van 92% in 2015 naar 89% in 2016).

In absolute aantallen is het aantal verzekerden dat vertrekt uit een collectieve verzekering (hier uitstapper genoemd) vanaf 2012 jaarlijks

groter dan bij de individuele verzekeringen. Een kanttekening hierbij is dat bij beëindiging van het dienstverband, een collectieve verzekering vaak ook eindigt. Het zou kunnen zijn dat deze groep niet was overgestapt als het dienstverband niet was beëindigd.

Onderstaande tabel laat zien welk percentage verzekerden ook in 2016 bij dezelfde zorgverzekeraar blijft (individueel dan wel collectief verzekerd).

Tabel 3. Percentage verzekerden dat bij dezelfde zorgverzekeraar als het vorige jaar blijft

JAAR	Percentage blijvers Individueel verzekerden	Percentage blijvers Collectief verzekerden
2012	89	94
2013	89	91
2014	89	92
2015	87	92
2016	89	89

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

Onderstaande tabel geeft weer hoeveel verzekerden in een bepaald jaar hun collectieve of individuele verzekering opzegt. Zij kunnen een andere verzekering kiezen, van de huidige zorgverzekeraar of van een andere zorgverzekeraar.

Tabel 4. Aantal verzekerden dat de huidige verzekering opzegt

JAAR	Opzeggingen individuele zorgverzekering	Opzeggingen collectieve zorgverzekeringen
2012	591.794	671.785
2013	618.705	1.029.222
2014	564.316	902.762
2015	703.798	919.757
2016	556.562	1.237.096

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

Onderstaande tabel laat zien hoe groot het percentage verzekerden is dat bij dezelfde zorgverzekeraar een collectieve zorgverzekering kiest in plaats van de huidige individuele zorgverzekering, en andersom. In 2016 kozen bijna 170 duizend individueel verzekerden voor een collectieve verzekering van de eigen verzekeraar.

Dit is 31% van alle individueel verzekerden die in 2016 kozen voor een andere zorgverzekering voor de basispolis (69% is naar een andere verzekeraar vertrokken). Vergeleken met voorgaande jaren kozen in 2016 beduidend meer collectief verzekerden binnen de eigen zorgverzekeraar voor een individuele verzekering: ruim 400.000 verzekerden. Dit is 34% van alle collectief verzekerden die hun verzekering beëindigden.

Tabel 5. Verzekerden die bij hun eigen zorgverzekeraar switchen van een collectieve naar een individuele basisverzekering

JAAR	Individueel naar collectief zelfde zorgverzekeraar		Collectief naar individueel –zelfde zorgverzekeraar	
	aantal	%	Aantal	%
2012	177.724	30	44.435	7
2013	176.183	28	69.527	7
2014	171.035	30	63.226	7
2015	237.424	34	131.444	14
2016	169.810	31	414.646	34

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

In 2016 zien we voor het eerst dat er meer mensen kiezen voor een individuele basisverzekering dan voor een collectieve basisverzekering. In de jaren daarvoor kozen altijd meer mensen voor een collectieve verzekering dan voor een individuele verzekering.

Tabel 6. Aantal verzekerden dat kiest voor een individuele of collectieve verzekering

JAAR	Aantal nieuwe individueel verzekerden	Aantal nieuwe collectief verzekerden
2012	399.563	822.977
2013	391.526	1.232.914
2014	442.305	998.651
2015	576.844	1.036.531
2016	909.738	868.095

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

2.3 Zit er beweging in de markt voor collectieve zorgverzekeringen?

Van de 513 grootste collectieve contracten in 2016 zijn er 165 al in 2006 afgesloten. Deze 165 collectieve zorgverzekeringen hebben in 2016 circa 3 miljoen verzekerden. Sommige van hen zitten al sinds het voorgaande zorgstelsel (vóór 2006) bij dezelfde verzekeraar.

Daarnaast zien we dat er tussen 2007 en 2016 nog steeds nieuwe grote collectieve contracten zijn afgesloten. Het gaat hier niet om verlengingen van een collectief contract tussen partijen, maar om partijen die een nieuw contract afsluiten. Jaarlijks worden voor 110.000 tot 770.000 verzekerden nieuwe collectieve contracten afgesloten. Zorgverzekeraars geven aan dat de grootste bewegingen in de collectieve zorgverzekeringen plaatsvonden ten tijde van de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006. Wel zijn de verzekeraars van mening dat er nog steeds enige beweging in de collectieve verzekeringsmarkt zit, maar dat ze veel tijd en geld moeten investeren om collectieve contracten in hun portefeuille te krijgen of te behouden.

Zorgverzekeraars gaan bij voorkeur meerjarige contracten aan om de investering eruit te halen. Voor de collectiviteiten ligt het ook niet voor de hand om heel vaak te switchen van verzekeraar, omdat het afsluiten van een contract van hen ook een investering vraagt en omdat hun deelnemers -als ze tevreden zijn met de service van de zorgverzekeraar- ook niet zomaar mee zullen willen gaan naar een nieuwe verzekeraar. Uit de cijfers kunnen we inderdaad concluderen dat er enige dynamiek op de collectieve verzekeringsmarkt is, omdat er jaarlijks nieuwe contracten worden afgesloten.

Voor verzekeraars is het lastig om hele grote collectiviteiten over te nemen. Op basis van de Europese richtlijn om financiële problemen bij verzekeraars te voorkomen (Solvency II), moeten verzekeraars een financiële buffer hebben om onvoorziene tegenvallers op te vangen. De grootte van de buffer is afhankelijk van diverse factoren, waaronder de premie-inkomsten. Voor een collectiviteit van rond de 100.000 verzekerden kan de vereiste financiële buffer oplopen tot wel 50 miljoen euro.

Het opbouwen van een financiële reserve kost tijd. Op het moment dat een grote collectiviteit wil overstappen naar een andere zorgverzekeraar heeft die zorgverzekeraar niet per definitie genoeg financiële reserves om in één keer hele grote groepen verzekerden extra in de portefeuille te nemen. Hierdoor is er in de markt een drempel voor zorgverzekeraars om een grote collectiviteit over te nemen.

Tabel 7. Startjaar contracten collectiviteiten en aantal verzekerden

Jaar contract afgesloten	Aantal collectiviteiten wat in het gegeven jaar een contract afsluit	Aantal verzekerden op deze contracten
2006 en eerder	165	3.062.054
2007	46	535.516
2008	24	155.712
2009	69	649.973
2010	31	166.042
2011	28	110.277
2012	28	166.018
2013	46	764.666
2014	26	363.870
2015	32	142.547
2016	18	123.103
	Totaal: 513	Totaal: 6.239.778

Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten-steekproef van het jaar 2016)

2.4 Collectiviteitsgraad

Bijna alle zorgverzekeraars bieden collectieve zorgverzekeringen aan. De collectiviteitsgraad zegt iets over de hoeveelheid verzekerden die collectief verzekerd zijn per verzekeraar, in relatie tot de individueel verzekerden bij die verzekeraar. In 2016 daalde, evenals in 2015, het aantal collectief verzekerden licht. Toch blijft het aandeel collectief verzekerden in de portefeuille van zorgverzekeraars groot. Het merendeel van de zorgverzekeraars (19 van de 25) heeft in 2016 meer dan 40% collectief verzekerden. Bijna de helft (12 van 25) van de zorgverzekeraars heeft een zeer hoge collectiviteitsgraad van 80% of meer.

2.5 Conclusies H2

- Het aandeel collectief verzekerden is na een lange periode van jaarlijkse stijgingen (tot 70% in 2014) de laatste twee jaar licht dalende. In 2016 is 67% van de verzekerden collectief verzekerd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er meer goedkope individuele polissen op de markt zijn gekomen die concurreren met de collectieve polissen.
- De meeste collectief verzekerden (ongeveer 55%) zijn voor hun verzekering aangesloten bij een werkgeverscollectief. Er zijn maar weinig mensen aangesloten bij een patiëntencollectief (0,4%). Iets minder dan de helft van de verzekerden (bijna 45%) is aangesloten bij andere soorten collectiviteiten.
- Als we inzoomen op de grotere collectiviteiten, dan zien we dat buiten de werkgeverscollectiviteiten ook diverse andere soorten collectiviteiten een substantieel aandeel in de markt hebben. Zoals de collectiviteiten voor leden van vak-, sport-, ouderen-, en consumentenbonden, internetcollectieven, koepelorganisaties en sociale diensten van de gemeenten.
- Ten opzichte van individueel verzekerden zijn collectief verzekerden relatief gezien de afgelopen jaren (met uitzondering van 2016) iets honkvaster geweest in hun keuze voor hun zorgverzekeraar. Voor 2016 was er geen verschil.
- Vergeleken met voorgaande jaren stapten in 2016 beduidend meer collectief verzekerden binnen de eigen zorgverzekeraar over op een individuele verzekering: ruim 400.000 verzekerden. Dit is 34% van alle collectief verzekerden die hun verzekering beëindigden.
- Veel van de grotere collectieve contracten zijn jaren geleden (met name in 2006) afgesloten en sindsdien verlengd. Toch is er nog steeds enige dynamiek op de collectieve verzekeringsmarkt, omdat er jaarlijks nieuwe contracten worden afgesloten tussen collectiviteiten en verzekeraars.

3. Toegang en transparantie van collectieve zorgverzekeringen

In dit hoofdstuk beschrijven we de toegankelijkheid van collectieve zorgverzekeringen: zijn ze voor iedereen op dezelfde manier toegankelijk? Ook beschrijven we de informatie over de collectieve zorgverzekeringen: is deze transparant?

3.1 Tussenpersonen

Grote collectiviteiten of werkgevers nemen vaak tussenpersonen in de arm om te helpen met het uitkiezen van de beste collectieve zorgverzekering. De tussenpersoon helpt bijvoorbeeld met het scherp krijgen van de behoefte van de klant (welke eisen stelt de klant aan een zorgverzekering?) en vergelijkt de verschillende verzekeraars met elkaar om de klant een gedegen advies te geven. Ook na het contract kunnen tussenpersonen nog diensten aanbieden, bijvoorbeeld door tussentijds te kijken of het contract nog aansluit bij de oorspronkelijke behoeftes van de klant.

Zorgverzekeraars bieden zorgverzekeringen steeds vaker aan via internet, via tussenpersonen zoals vergelijkingssites of internetcollectiviteiten. Tussenpersonen worden dan gebruikt als distributiekanaal voor (collectieve) zorgverzekeringen. De tussenpersoon neemt dan bijvoorbeeld het accountmanagement en relatiemanagement over. Overigens zijn niet alle vergelijkingssites en internetcollectiviteiten tussenpersonen.

Een tussenpersoon kan ook zelf optreden als collectiviteit en als primair doel hebben om voor een grote groep verzekerden een hoge korting te bedingen bij de zorgverzekeraar. Een tussenpersoon draagt daarnaast actief bij aan de interacties tussen verzekerde en zorgverzekeraar. Bijvoorbeeld door een eigen klantenservice om zo veel mogelijk vragen en klachten af te vangen voor de zorgverzekeraar en tegelijkertijd om voor de belangen van de eigen klanten op te kunnen komen richting de zorgverzekeraar en de klanten aan de tussenpersoon te binden.

Tussenpersonen die zelf als collectiviteit optreden, zijn in principe toegankelijk voor iedereen. Echter, vanwege specifieke kenmerken van een dergelijke tussenpersoon (bijvoorbeeld primair gericht op een lage premie en alleen bereikbaar via internet) worden vooral prijsbewuste en internet-georiënteerde verzekerden aangesproken door dergelijke collectiviteiten. Dit verschijnsel kan ook optreden bij de individuele zorgverzekeringen, waar sommige verzekeringen voor iedereen toegankelijk zijn, maar die vooral een bepaalde groep mensen zal aanspreken.

Een tussenpersoon verdient aan zijn inzet. Wanneer deze optreedt als collectiviteit en zich als zodanig verbindt aan een zorgverzekeraar, dan krijgt de tussenpersoon provisie per premiebetaler of verzekerde van de zorgverzekeraar. Een tussenpersoon die optreedt namens grote werkgevers krijgt een vast bedrag of een percentage van de premie van de zorgverzekeraar, dit laatste is vergelijkbaar met een hypotheekadviseur die in het verleden niet werd betaald door de opdrachtgever (de hypotheeknemer), maar door de aanbieder (de hypotheekverstrekker).

Tussenpersonen kunnen de klant (de collectiviteit) ook om een fee vragen, bijvoorbeeld voor het uitvoeren van marktonderzoek en voor adviezen over relevante ontwikkelingen (hier kan dan een optie bijzitten dat de fee vervalt als ze voor een contract gaan). In hoeverre een werkgever wel/niet betaalt voor de service van die tussenpersoon is (ook voor zorgverzekeraars) niet altijd duidelijk; soms wordt een geldbedrag betaald, soms is het niet transparant.

Tussenpersonen vallen buiten het toezicht van de NZa, dit valt onder de bevoegdheid van de Autoriteit Financiële Markten. Het zou goed zijn als deze tussenpersonen naar hun klanten transparant zijn over de afspraken die zij met zorgverzekeraars hebben over vergoedingen. Hier zijn ze, op basis van de Wft, ook toe verplicht als een klant daar om verzoekt. Zorgverzekeraars zijn altijd verantwoordelijk voor alle inhoudelijke informatie die tussenpersonen verstrekken over de producten of diensten van de zorgverzekeraar. Hier houdt de NZa toezicht op.

Sommige tussenpersonen hebben er belang bij om met één zorgverzekeraar in zee te gaan. De service en administratieve processen zijn effectiever wanneer een dergelijke tussenpersoon zich op één zorgverzekeraar kan richten. Wij hebben ook geluiden gehoord dat dit juist ook anders zou kunnen zijn, omdat tussenpersonen commissie per verzekerde krijgen (niet per collectiviteit) en dat ze daarmee niet hetzelfde belang hebben bij exclusiviteit als zorgverzekeraars. Wij hebben geen cijfers die een beeld kunnen geven van de rol van tussenpersonen op dit punt.

3.2 Doelgroepsturing / risicoselectie

Zorgverzekeraars kunnen met het aanbieden van collectiviteitscontracten met kortingen veel klanten aan zich binden. Zorgverzekeraars mogen zich daarbij richten op specifieke doelgroepen, maar het is niet de bedoeling dat hiermee specifiek verzekerden worden binnengehaald waarvan verwacht wordt dat ze voorspelbaar winstgevend zijn.

De NZa keek in eerder onderzoek naar risicoselectie (www.nza.nl/publicaties/rapporten > 2016) of dit speelt bij collectieve zorgverzekeringen. Vanuit het kwantitatieve onderzoek zijn in relatie met collectieve verzekeringen geen signalen voor nader onderzoek vastgesteld.

Uit het kwalitatieve onderzoek naar risicosolidariteit en risicoselectie (www.nza.nl/publicaties/rapporten > 2016) is naar voren gekomen dat in enkele gevallen ongewenste sturing is waargenomen door intermediairs of grote collectiviteiten. De betrokken zorgverzekeraars zijn hier individueel op aangesproken. Het feit dat collectiviteiten (ongewenste) sturing kunnen faciliteren via acceptatievoorwaarden vormt ook een aandachtspunt voor de toekomst. De NZa zal volgen of dit ook daadwerkelijk gebeurt.

3.3 Meer dan 10 % financieel voordeel

Wettelijk mag een verzekeraar maximum 10% korting geven op de basispremie. In sommige gevallen kan bij collectieve verzekeringen het financiële voordeel voor verzekerden echter meer zijn dan 10% van de basispremie. Werkgevers kunnen bijvoorbeeld een financiële bijdrage geven voor de basispremie die de werknemer verschuldigd is. Ook

wanneer een collectieve verzekering wordt afgesloten via een tussenpersoon, dan kan de tussenpersoon een financieel voordeel bieden aan verzekerden, bovenop de 10% korting op de basispremie die de zorgverzekeraar maximaal kan geven. Dit financiële voordeel wordt door de tussenpersoon gefinancierd vanuit de provisie die hij krijgt van de zorgverzekeraar. In zijn algemeenheid vindt de NZa het onwenselijk dat er naast de collectieve korting ook een korting of een ander geldelijk voordeel door de tussenpersoon zelf aan een verzekerde gegeven wordt.

3.4 Toegankelijkheid van collectieve zorgverzekeringen

In 2016 kunnen verzekerden kiezen uit 34 echt verschillende basisverzekeringen. Een aantal van deze verzekeringen wordt binnen één concern onder verschillende labels op de markt gebracht. Hierdoor valt er in 2016 te kiezen uit 61 verschillende basisverzekeringen. Al deze polissen voor de basisverzekering zijn voor iedere burger op dezelfde manier toegankelijk. Er gelden geen toelatingscriteria.

De basisverzekering wordt vaak gecombineerd met een aanvullende zorgverzekering (zoals bijvoorbeeld een tandartsverzekering). Meestal kan er per zorgverzekeraar worden gekozen uit meerdere van deze aanvullende verzekeringen. Het aantal combinaties resulteert in een veelvoud aan mogelijkheden. sommige zorgverzekeraars hanteren voor de aanvullende zorgverzekeringen toelatingscriteria. Dat is wettelijk toegestaan. De aanvullende zorgverzekeringen zijn daarom niet door iedere burger op dezelfde manier toegankelijk. In de praktijk blijkt overigens dat het aantal aanvullende zorgverzekeringen waarvoor toelatingscriteria gelden, sterk gedaald is de afgelopen jaren. Zie de [marktscan zorgverzekeringsmarkt 2015](#).

Zoals in hoofdstuk 1 is beschreven, is een collectieve zorgverzekering 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. 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.

Collectieve zorgverzekeringen worden ervaren als goedkoop vanwege de korting die wordt geboden. In hoofdstuk vier gaan we verder in op de prijsverschillen tussen collectieve en individuele zorgverzekeringen.

3.5 Conclusies H3

- Tussenpersonen nemen een belangrijke plaats in op de markt voor collectiviteiten en worden in de meeste gevallen gefinancierd door de verzekeraar. Het zou goed zijn als deze tussenpersonen naar hun klanten transparant zijn over de afspraken die zij met zorgverzekeraars hebben over vergoedingen.
- Vanuit het kwantitatieve onderzoek zijn in relatie met collectieve verzekeringen geen signalen voor nader onderzoek vastgesteld.
- Uit het kwalitatieve onderzoek naar risicosolidariteit en risicoselectie is naar voren gekomen dat in enkele gevallen ongewenste sturing is waargenomen door intermediairs of grote collectiviteiten. De NZa zal gaan volgen of collectiviteiten in de toekomst (ongewenste) sturing gaan faciliteren via acceptatievoorwaarden. Uit het kwalitatieve vervolgonderzoek naar risicoselectie blijkt dat collectiviteiten wel risicoselectie kunnen faciliteren via de acceptatievoorwaarden. Daarnaast kunnen collectiviteiten (en andere intermediairs) zelf aan (ongewenste) sturing doen via eigen marketing en communicatie. De verantwoordelijke zorgverzekeraars hebben hier niet altijd controle over.
- Er is met circa 60.000 collectiviteiten een groot aantal collectieve verzekeringen op de markt. Het aantal unieke verzekeringsproducten ligt vele 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. Wij roepen zorgverzekeraars op om de informatievoorziening aan verzekerden over de mogelijkheden van collectieve contracten, de (eventuele) toetredingsvoorwaarden en de kortingenstructuur te verbeteren.

4. Kortingsafspraken bij collectieve zorgverzekeringen

In dit hoofdstuk geven we een beeld van de ontwikkelingen op het gebied van premies en kortingen bij collectieve verzekeringen van 2012 tot en met 2016 weer.

4.1 Kortingenbeleid

Bijna alle verzekeraars bieden bij collectieve zorgverzekeringen korting op de premie voor de basisverzekering. Zorgverzekeraars met collectieve zorgverzekeringen geven allemaal korting op de aanvullende verzekeringen. De korting op de basisverzekering is maximaal 10% van de basispremie, op de aanvullende verzekeringen worden ook hogere kortingen geboden. Zorgverzekeraars geven aan dat de volgende factoren bepalend kunnen zijn voor de hoogte van de kortingen van hun collectieve zorgverzekeringen (onderstaande factoren gelden in de meeste gevallen voor de korting op de basisverzekering, in sommige gevallen echter ook (of alleen) voor de aanvullende verzekering):

- Omvang van de groep deelnemers: in algemene zin geldt dat hoe groter de omvang, hoe hoger de kortingen. Hierbij wordt veelal gewerkt aan de hand van staffel-systemen. Dit is de meest bepalende factor volgens de zorgverzekeraars.
- Samenwerking op het gebied van gezondheidsmanagement: als de werkgevers of verenigingen zich inspannen voor hun deelnemers op het gebied van gezondheid en leefstijl (promotie van de verzekering, aanspreken op een 'gezonde' leefstijl) dan zijn diverse verzekeraars bereid hogere kortingen te geven.
- Contractduur: één verzekeraar gaf aan dat hij contracten langer dan een jaar bij het collectief stimuleert door middel van een hogere korting.
- Exclusiviteit van het contract: verzekeraars geven hogere kortingen op de basis- en aanvullende verzekering wanneer zij als enige een collectieve zorgverzekering mogen aanbieden. Wanneer collectiviteiten contracten afsluiten met meerdere verzekeraars om hun deelnemers meer keuze te bieden, dan staat hier meestal een lager korting tegenover.
- Eén zorgverzekeraar biedt meer korting als de werkgever of ondernemer ook een verzuim- en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft afgesloten.
- Inhoud van het totaalpakket: voor de uiteindelijke korting wordt ook naar het totaalpakket gekeken (basis- en aanvullende verzekering) en naar eventuele aanvullende afspraken. Als er bijvoorbeeld een uitgebreid preventieprogramma in het aangeboden pakket zit, dan kan de geboden korting lager uitvallen dan wanneer dit niet het geval is.
- Extra financiële bijdrage vanuit de werkgever: één verzekeraar geeft meer korting als werkgevers zelf ook met een financiële bijdrage komen.
- Wijze van inning van de premie: verzekeraars geven vaak extra korting als hun eigen administratiekosten lager uitvallen doordat een werkgever de premie rechtstreeks inhoudt op het loon van de verzekerde (en de kans op wanbetaling hiermee ook lager is en de hiermee samenhangende kosten voor aanvullende acties ook).
- De regio: één zorgverzekeraar geeft meer korting in de regio waar deze zelf zorg inkoopt, dan voor andere regio's.

Voor alle zorgverzekeraars is de omvang van de doelgroep de meest bepalende factor voor de hoogte van de kortingen. Dit zit ook in de onderhandelingsmacht van dit soort grotere collectiviteiten (bijvoorbeeld grote werkgevers), die vaak precies weten welke maximale kortingen ze kunnen krijgen en met minder geen genoeg willen nemen.

4.2 Financiering van de kortingen

Zorgverzekeraars willen dat er een gemiddeld kostendeekkende premie betaald wordt. Dat wil zeggen dat het totaal aan premie dat betaald wordt door individueel en collectief verzekerden genoeg is om de kosten te dekken die de verzekeraar maakt. Ze financieren de kortingen op collectieve zorgverzekeringen door een opslag op de basispremie die voor iedereen geldt. Als er meer collectief verzekerden in het totale verzekerdenbestand zitten, of de hoogte van de collectieve kortingen groter is, zal de opslag ook groter zijn.

Daarnaast gebruiken enkele zorgverzekeraars soms een deel van hun reserves of beleggingsopbrengsten om de premie voor de basisverzekering te verlagen (dit geldt dan voor alle verzekerden, zowel de individueel als de collectief verzekerden). Ook kunnen verzekeraars geld gebruiken uit opbrengsten van andere verzekeringen (bijvoorbeeld schadeverzekeringen) om de premies te verlagen.

De zorgverzekeraars geven aan dat de kortingen op de collectieve zorgverzekeringen voor een klein deel terugverdiend worden doordat zij efficiënt kunnen communiceren met grote groepen tegelijk. Ook de administratie is voor sommige verzekeraars eenvoudiger. Wel zeggen de zorgverzekeraars dat het er in de praktijk veelal op neer komt dat een deel van de korting op collectieve zorgverzekeringen betaald wordt door de mensen die (bij dezelfde zorgverzekeraar) individueel verzekerd zijn. Tevens geven zorgverzekeraars aan dat de prijs van collectieve zorgverzekeringen vooraf hoger wordt gesteld, om het gewenste kortingspercentage te kunnen geven.

Naast het financieren van kortingen, worden soms ook activiteiten gefinancierd ter voorkoming van ziektekosten of ten behoeve van het terugdringen van ziekteverzuim. Ook voor de financiering van dergelijke activiteiten is het mogelijk dat hiervoor middelen worden gebruikt die niet uit Zvw-activiteiten zijn opgebouwd, zoals reserves en beleggingsopbrengsten.

4.3 Prijsvergelijking individuele versus collectieve verzekering

In deze paragraaf hebben we de (gewogen) gemiddelde basispremie voor collectieve en individuele zorgverzekeringen met elkaar vergeleken. Hoe deze gemiddelden vergeleken zijn, is toegelicht in de bijlage Bronnen en methoden. Er zijn steeds meer verzekerden die kiezen voor polissen met beperkende voorwaarden. In 2016 zijn er meer individueel verzekerden (ruim 750.000 of 13,7%) dan collectief verzekerden (700.000 of 6,1%) die een dergelijke polis hebben afgesloten. In de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016 wordt verder ingegaan op polissen met beperkende voorwaarden. Zowel collectief als individueel worden er natura-, restitutie- en combinatiepolissen aangeboden en afgesloten. In de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016 worden de verschillende soorten polissen verder beschreven.

De gewogen gemiddelde basispremie voor collectief verzekerden is door de jaren heen jaarlijks ongeveer 25 tot 50 euro hoger dan voor de individueel verzekerden. Collectief verzekerden zijn gemiddeld genomen echter goedkoper uit door de aangeboden kortingen. De korting die de verzekeraars aanbieden op de basispremie varieert de afgelopen jaren van gemiddeld 7,3% tot 7,7%.

Wanneer we echter de betaalde premies voor individuele verzekeringen afzetten tegen de betaalde premies voor collectieve verzekeringen, dan is de collectieve verzekering gemiddeld maar 5,8% (in 2012) tot 3,6% (in 2016) goedkoper. Dit afnemende verschil wordt verklaard doordat de basispremie van collectief verzekerden gemiddeld genomen steeds duurder wordt ten opzichte van die van individueel verzekerden. Verzekerden die individueel verzekerd zijn op een polis waarop ook collectief verzekerden zitten betalen meer premie dan de collectief verzekerde deelnemers. In 2016 was dit gemiddeld 93 euro meer voor een heel jaar.

Tabel 8. Prijs individuele versus collectieve verzekering, op jaarbasis

		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 Database modelovereenkomsten en Vektisdata (Mobiliteit en Keuzegedrag).

De getallen zijn gewogen gemiddelden

De laagste basispremie waarvoor mensen zich kunnen verzekeren in 2016 is € 1.032, de hoogste is € 1.367. Deze goedkoopste en duurste polissen worden zowel individueel als collectief aangeboden. Door de korting zijn collectief verzekerden op de goedkoopste polis het allergeodkoopste uit van allemaal, want zij betalen hiervoor € 997 premie voor heel 2016.

Tabel 9. Minimale en maximale prijzen voor de basisverzekering in 2016, op jaarbasis

2016		Laagste prijs	Hoogste prijs	Gewogen gemiddelde prijs
Individueel verzekerden	Betaalde premie (= basispremie)	1.032	1.367	€ 1.229
Collectief verzekerden	Basispremie	1.032	1.367	€ 1.278
	Betaalde premie	997	1.326	€ 1.185

Bron: NZa Database modelovereenkomsten en Vektisdata (Mobiliteit en Keuzegedrag).

De getallen zijn gewogen gemiddelden

4.4 Collectieve korting per doelgroep

4.4.1 Kortingen op de basisverzekering

Als je kijkt naar de drie soorten doelgroepen, dan zien we in onze data over 2012-2016 dat de werkgevers hier gemiddeld genomen beduidend hogere kortingspercentages kregen op de premie voor de basisverzekering (8,0 - 8,8%), dan de patiëntenverenigingen (5,8 - 7,0 %) en de overige collectiviteiten (6,5 - 7,0%).

Tabel 10 Kortingspercentages basisverzekering voor collectieve verzekeringen

Soort collectiviteit	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgever	8,0	8,4	8,6	8,6	8,8
Patiëntenvereniging	5,8	6,6	6,5	6,8	7,0
Overig	6,8	7,0	6,9	6,5	6,7
Totaal	7,5	7,	7,8	7,6	7,8

Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten- algemeen). De percentages zijn gewogen gemiddelden.

In de steekproefdata is te zien dat de kortingspercentages voor de grotere werkgevers gemiddeld nog wat hoger liggen dan het landelijk gemiddelde voor de werkgevers, namelijk 8,7 - 9,7 %.

NB: In de steekproefdata zitten te weinig patiëntenverenigingen (slechts 2 á 3) om voor deze groep een representatief beeld te kunnen geven. In tabellen 14, 15 en 16 is dus geen informatie opgenomen over patiëntenverenigingen.

Tabel 11 Kortingspercentages basisverzekering, naar soort collectiviteit

Soort collectiviteit	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgever	8,7	9,1	9,1	9,2	9,7
Leden van een bond (vak-; sport-; consumenten- of ouderen-)	6,5	6,4	5,9	6,6	7,1
Koepelorganisatie	8,3	8,0	8,1	8,6	7,9
Internetcollectief	9,0	8,5	7,4	7,9	7,6
Sociale dienst gemeente	8,0	7,2	7,2	7,4	7,4
Anders	7,1	7,5	7,8	7,1	6,3

Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten-steekproef). De percentages zijn gewogen gemiddelden.

4.4.2 Kortingen op de aanvullende verzekering

Voor de aanvullende zorgverzekeringen van de grotere collectiviteiten in de steekproef kregen de koepelorganisaties (bijvoorbeeld de organisatie voor zzp-ers) de afgelopen periode gemiddeld genomen de hoogste kortingen (11,4 - 12,8 %). Ook de werkgevers bedingen gemiddeld genomen hoge kortingen op de aanvullende verzekeringen (9,6 - 11,2%). Daarbij is in deze subgroep van grotere collectiviteiten beduidend minder korting gegeven aan internet- en gemeentecollectiviteiten (resp. 3,8 - 6,8% en 0,6 - 5,1%).

Tabel 12 Kortingspercentages voor aanvullende verzekeringen, naar soort collectiviteit

Soort collectiviteit	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgever	9,6	9,6	10,1	10,6	11,2
leden van een bond (vak-; sport-; consumenten- of ouderen-)	7,7	7,9	7,9	9,0	8,7
Koepelorganisatie	11,4	11,4	11,4	12,8	12,3
Internetcollectief	6,1	4,9	4,7	6,8	3,8
sociale dienst gemeente	5,1	1,3	0,6	3,9	2,8
Anders	11,3	10,3	9,5	9,1	9,0

Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten-steekproef). De percentages zijn gewogen gemiddelden.

De kortingen op de aanvullende verzekering kunnen in de praktijk behoorlijk variëren: tussen de 0 en 50%. De allerhoogste kortingen zijn de afgelopen periode naar werkgeverscollectiviteiten gegaan (35 - 50%). De maximale kortingen die de afgelopen periode aan ander soorten collectiviteiten zijn gegeven liggen duidelijk lager ($\leq 26\%$).

Tabel 13 Maximale kortingspercentages voor de aanvullende verzekering, naar soort collectiviteit

Soort collectiviteit	2012	2013	2014	2015	2016
Werkgever	41,0	35,0	34,5	34,2	50,0
leden van een bond (vak-; sport-; consumenten- of ouderen-)	15,8	13,5	12,6	15,0	15,0
Koepelorganisatie	15,0	20,0	15,0	20,8	20,7
Internetcollectief	26,0	19,5	25,0	20,2	20,3
sociale dienst gemeente	15,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Anders	25,0	25,0	20,0	24,8	21,2

Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten-steekproef)

4.5 Conclusies H4

- De omvang van een collectiviteit is de meest bepalende factor voor de hoogte van de korting op de basisverzekering en de aanvullende verzekering.
- De kortingen op de collectieve verzekeringen worden gefinancierd door een opslag op de basispremie en door de mensen die individueel zijn verzekerd op collectieve polissen. Zij betalen een hogere prijs zodat een verzekeraar korting kan geven aan een ander deel van de verzekerden.
- Verzekerden die de scherpste premie betalen voor de basisverzekering, zijn collectief verzekerd. Collectief verzekerden zijn gemiddeld ook goedkoper uit voor hun basisverzekering dan de individueel verzekerden. Het voordeel ten opzichte van de individueel verzekerden neemt de laatste jaren wel steeds verder af (van gemiddeld 5,8% in 2012 naar 3,6% in 2016). Er zijn steeds meer verzekerden die kiezen voor polissen met beperkende voorwaarden. In 2016 zijn er meer individueel verzekerden (ruim 750.000 of 13,7%) dan collectief verzekerden (700.000 of 6,1%) die een dergelijke polis hebben afgesloten. Verschillende voorwaarden zouden een (gedeeltelijke) verklaring kunnen zijn voor het prijsverschil.

- Werkgeverscollectiviteiten krijgen gemiddeld genomen hogere kortingen op de basisverzekering dan collectiviteiten van patiëntenverenigingen en andere collectiviteiten. Voor de aanvullende verzekeringen krijgen koepelorganisaties gemiddeld de hoogste korting, gevolgd door de werkgeverscollectiviteiten.

5. Zorginkoop en aanvullende afspraken

In dit hoofdstuk kijken we naar het zorginkoop beleid van verzekeraars voor collectieve zorgverzekeringen en de afspraken die zij maken deelnemers aan een collectieve zorgverzekering.

5.1 Zorginkoop

Uit interviews met zorgverzekeraars bleek dat de zorginkoop voor basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen inhoudelijk niet anders is voor de deelnemers aan een collectiviteit dan voor individueel verzekerden. De gedachte hierachter is dat een verzekeraar de best mogelijke zorg inkoopt, en deze zorg niet enkel voor collectiviteiten 'reserveert'.

In aanloop naar de zorginkoop kan er wel overleg plaatsvinden tussen zorgverzekeraars en belangenbehartigers voor specifieke groepen verzekerden. Als belangenbehartiger hoef je geen collectiviteit te zijn om met de zorgverzekeraar te kunnen praten. De NZa gaat samen met zorgverzekeraars verkennen welke mogelijkheden er zijn om verdere invulling te geven aan de zorginkoop en zorginhoudelijke afspraken voor collectieve zorgverzekeringen.

5.2 Wat voor aanvullende afspraken worden er gemaakt?

Veel zorgverzekeraars maken met slechts een deel van hun collectiviteiten meer afspraken voor de collectieve zorgverzekeringen dan alleen een korting op de zorgpremie. Bijvoorbeeld over het voorkomen van ziektekosten. Het maken, invullen en onderhouden van deze aanvullende afspraken kost zorgverzekeraars naar eigen zeggen echter veel tijd en energie. Veel zorgverzekeraars zijn daarom geneigd om aanvullende afspraken vooral te maken met grote partijen zoals multinationals of een verzameling van partijen binnen een branche. Welke afspraken maken de zorgverzekeraars met de verschillende doelgroepen?

5.2.1 Afspraken met werkgevers

Veel zorgverzekeraars maken afspraken met werkgevers die gericht zijn op het stimuleren van vitaliteit en op het voorkomen of terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Bijvoorbeeld door een specifieke (aan arbeid gerelateerde) behoefte aan zorg of preventie op maat te organiseren voor de werkgever. De afspraken verschillen:

- Vanuit de collectieve aanvullende verzekering kunnen bijvoorbeeld aanvullende dekkingen worden gegeven, waarbij de werkgever mogelijk een deel bijdraagt. Het kan dan gaan om zowel zorginhoudelijke dekkingen (gerichte fysiotherapie, psychologische hulp), om dekkingen die zijn gericht op preventie (leefstijladvies, een health check of een verzuimcoach) als om financiële dekkingen (afkoop van het eigen risico).
- Tevens kan de zorginkoop worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte. Het gaat dan bijvoorbeeld om het inkopen van genoeg fysiotherapie en soms om psychologische zorg of hulpmiddelen.
- Het komt ook voor dat zorgverzekeraars een bepaald service bieden, zoals advies (over zorg, voeding, beweging en leefstijl), een (online)

tool om inzicht te kunnen krijgen in de oorzaken van verzuim of een verzuimcoach.

Sommige zorgverzekeraars koppelen een collectieve zorgverzekering van de werkgever aan een inkomensverzekering. Een werkgever krijgt dan bijvoorbeeld ook korting op deze inkomensverzekering. Investerings in bijvoorbeeld preventie van ziekteverzuim hebben niet altijd een vermindering van kosten in de zvw ten gevolge, maar soms wel minder schadelast in de inkomensverzekering. Een verzekeraar waar beide verzekeringen lopen, is eerder geneigd om deze investering te doen, omdat hij zelf effecten merkt.

Aanvullende afspraken worden meestal pas gemaakt als een werkgever een meerjarige verbintenis is aangegaan met een zorgverzekeraar. De aanvullende afspraken die met werkgevers worden gemaakt, gelden vaak ook voor de gezinsleden van werknemers en/of ex-werknemers. Ook worden er soms aparte afspraken gemaakt met werkgeverscollectiviteiten voor gepensioneerden.

5.2.2 Overige categorieën

Ook voor andere doelgroepen dan werkgevers worden soms aanvullende afspraken gemaakt, onder andere gericht op vitaliteit en zelfredzaamheid. Zorgverzekeraars geven aan speciale afspraken te maken met vakbonden, seniorenbonden, gemeentelijke sociale diensten, patiëntenverenigingen en sportbonden. Zo worden soms specifiek voor ouderen extra dekkingen afgesproken in het aanvullende pakket en wordt ingezet op kennisdeling via vakbladen en vragenuurtjes. Bij patiëntenverenigingen wordt soms het lidmaatschap (gedeeltelijk) vergoed. Veel zorgverzekeraars hebben aangegeven dat voor sociale minima wordt samengewerkt met gemeenten om zo betalingsachterstanden in te perken en het midden van zorg te voorkomen.

Verzekeraars doen soms ook andere aanbiedingen om potentiële klanten voor een collectieve verzekering te werven, zoals korting op niet-zorg gerelateerde producten.

5.3 Aandeel aanvullende afspraken in de praktijk

Uit de cijfers in de steekproef met daarin de grootste collectiviteiten, blijkt dat de zorgverzekeraars in de afgelopen jaren (2012 - 2015) met minder dan een derde van de grootste collectiviteiten in de steekproef aanvullende afspraken hebben gemaakt. In 2016 was er sprake van een grotere steekproef en werd er met minder dan één op de vijf grootste collectiviteiten in de steekproef aanvullende afspraken gemaakt. Dit laat zien dat er in de praktijk lang niet met alle grote collectiviteiten aanvullende afspraken worden gemaakt. De meeste aanvullende afspraken worden in 2016 gemaakt met grote collectiviteiten voor sociale diensten van gemeenten (met 40% van deze collectiviteiten), daarna gevolgd door die van de werkgevers (21%) en van koepelorganisaties (19%).

5.4 Wat leveren aanvullende afspraken op?

Zoals in bovenstaande paragrafen is uiteengezet, maken zorgverzekeraars uiteenlopende aanvullende afspraken die zijn gericht op bijvoorbeeld gezondheidswinst, het terugdringen van ziekteverzuim

en arbeidsongeschiktheid, op vitaliteit en het voorkomen van ziektekosten. Hoewel de meeste zorgverzekeraars geloven in de effectiviteit van de ingezette diensten, heeft geen enkele zorgverzekeraar tot op heden kunnen constateren dat de aanvullende afspraken hierover daadwerkelijk effectief zijn gebleken.

Zorgverzekeraars en werkgevers erkennen dat ze geen zicht hebben op de effecten van de ingezette diensten op de gezondheidswinst, terugdringen ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid of ziektekosten. Zij stellen dat het heel lastig is om hier wetenschappelijk onderbouwde uitspraken over te doen, omdat er veel bijkomende factoren zijn die de uitkomsten van een bepaalde interventie kunnen beïnvloeden (als voorbeeld noemden zij een reorganisatie bij een werkgever, die invloed kan hebben op de resultaten van een programma om ziekteverzuim terug te dringen). Verder wordt door een enkele zorgverzekeraar aangetekend dat de aanvullende (inhoudelijke) afspraken niet worden gemaakt om de kosten voor zorg omlaag te brengen voor de zorgverzekeraar, maar meer om het behoud van marktaandeel.

5.5 Conclusies H5

- Zorgverzekeraars maken geen onderscheid in de zorginkoop voor collectieve of individuele contracten.
- Bijna alle zorgverzekeraars maken voor de collectieve zorgverzekeringen aanvullende afspraken, boven op de korting op de zorgpremie. Zij doen dit meestal pas als er een meerjarige verbintenis is aangegaan en lang niet voor alle groepen collectief verzekeren. Voor werkgeverscollectiviteiten gaan deze afspraken veelal over het stimuleren van vitaliteit en het voorkomen of terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Ook voor andere doelgroepen worden soms aanvullende afspraken gemaakt, onder andere gericht op vitaliteit en zelfredzaamheid.
- Gezien de relatief grote tijdsinvestering die in de aanvullende afspraken gaat zitten, maken zorgverzekeraars deze vooral met de grotere organisaties of voor een verzameling van partijen binnen eenzelfde grotere branche.
- In de steekproef van grotere collectieve contracten zien we relatief weinig aanvullende afspraken terug. Van 2012 - 2015 werd met gemiddeld één derde van de grootste collectiviteiten in de steekproef aanvullende afspraken gemaakt, in 2016 (met een grotere steekproef) slechts met een op de vijf grootste collectiviteiten in de steekproef.
- Hoewel de meeste zorgverzekeraars geloven in het nut van aanvullende afspraken, heeft geen enkele zorgverzekeraar tot op heden kunnen constateren dat de aanvullende afspraken hierover daadwerkelijk effectief zijn. Zij stellen ook dat het heel lastig is om hier wetenschappelijk onderbouwde uitspraken over te doen, omdat er veel bijkomende factoren zijn die de uitkomsten van een bepaalde interventie kunnen beïnvloeden.

6. Voor- en nadelen van collectieve zorgverzekeringen

De meerwaarde van een collectieve zorgverzekeringen is niet eenduidig te vatten. Diverse partijen hebben daar verschillende opvattingen over. In dit hoofdstuk geven we weer welke voor- en nadelen de diverse belanghebbenden zien voor de burgers, de werkgevers en de zorgverzekeraars.

6.1 Beoogde voordelen collectieve zorgverzekeringen

In de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet zijn enkele mogelijke voordelen benoemd voor respectievelijk werkgevers, werknemers/verzekeringnemers en verzekeraars:

- Aanbieden collectieve zorgverzekering
 - Profileren met secundaire arbeidsvoorwaarden (werkgevers):
Werkgevers kunnen zich richting werknemers profileren met een aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarde.
 - Er is geen inkomensgrens om te kunnen profiteren (werknemers):
Een collectief contract wordt afgesloten voor alle medewerkers, in tegenstelling tot het voorgaande stelsel waarin dit alleen gebruikelijk was voor werknemers met inkomens boven de ziekenfondsgrens.
- Bundeling van verzekeringen met samenhangende risico's
 - Dienstverlening door zorgverzekeraars bij ziekte en arbeidsongeschiktheid (werkgevers):
Werkgevers hebben de mogelijkheid om verzekeringen met samenhangende risico's te bundelen, zoals loondoorbetaling en reïntegratiemaatregelen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. De werkgever kan bij de keuze voor een verzekeraar dan selecteren op adequate dienstverlening bij ziekteverzuim, bijvoorbeeld in geval van arbeidsrelevante aandoeningen, en hiermee een belangrijke slag maken in het effectief aanpakken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.
 - Dienstverlening door zorgverzekeraars (werknemers):
Werknemers kunnen een aanzienlijk betere dienstverlening door verzekeraars krijgen bij een combinatie van inkomens- en zorgverzekeringen.
 - Specifieke zorginkoop (werknemers):
Een verzekeraar kan zorg inkopen bij aanbieders die gespecialiseerd zijn in arbeidsgelateerde klachten, waardoor deze sneller verholpen zijn. Hiermee wordt potentieel ziekteverzuim verkort.
 - Kostenbesparing (werkgevers):
Door werkgevers zijn er bij een combinatie van inkomens- en zorgverzekeringen substantiële kostenbesparingen te realiseren.
 - Combinatiekorting en hoogwaardige dienstverlening (werkgevers):
Voor werkgevers kan het aantrekkelijk zijn om collectieve contracten af te sluiten door de mogelijkheid van combinatiekortingen en hoogwaardige dienstverlening van de ziektekosten- en inkomensverzekeraars aan werkgevers en werknemers.
 - Gekoppelde verkoop van verzekeringsproducten (verzekeraars):
Voor inkomens- en zorgverzekeraars zijn collectiviteiten interessant omdat zij dan naast de zorgverzekering ook andere

- verzekeringen kunnen aanbieden. Hiermee kunnen de verzekeraars zich meer en meer richten op de keten van verzuimpreventie en –bestrijding, waarbij hun kracht ligt op het terrein van snelle medische interventie en wachtlijstbemiddeling.
- Financiële voordelen (werknemers):
 - Korting op de premie:
Werknemers kunnen financiële voordelen behalen door deel te nemen aan een collectief contract, zoals de korting op de basispremie.
 - Financiële bijdrage door werkgevers:
Werkgevers kunnen zelf ook een deel van de premie voor de basisverzekering of aanvullende verzekering van hun werknemers betalen via het loon van de werknemers.
 - Tegenwicht bieden aan de zorgverzekeraar (countervailing power) verzekerden:
 - Verzekerden kunnen ‘countervailing power’ tegenover de verzekeraars ontleen aan collectieve contracten. Door een zekere ‘massa’ aan verzekerden kunnen aanvullende voordelen, zoals een betere service voor de verzekerden in het collectief, worden onderhandeld met verzekeraars. Ook kunnen zij hiermee invloed uitoefenen op de zorginkoop.
 - Snelle en kwalitatief goede zorg (werknemers):
 - Werknemers kunnen garanties krijgen over snelle en kwalitatief goede zorg (ook op de werkplek) wanneer zij deelnemen aan een collectief contract.

6.2 Wat vinden de belanghebbenden van de collectieve zorgverzekeringen?

Om de huidige meerwaarde van collectiviteiten inzichtelijk te maken vroegen we zorgverzekeraars, tussenpersonen, consumentenorganisaties en werkgeversorganisaties naar de voor- en nadelen van collectieve zorgverzekeringen die zij ervaren. Uit de respons is een divers en soms tegenstrijdig beeld naar voren gekomen dat hieronder is samengevat.

Er is niet gesproken met afzonderlijke collectiviteiten, wel met enkele overkoepelende organisaties. Er kunnen dus ook voor- en nadelen van belanghebbenden zijn die niet hier niet benoemd worden.

6.2.1 Voor- en nadelen voor verzekerden

Hieronder volgt een opsomming van punten die bevraagde partijen hebben genoemd die in hun ogen specifiek voor verzekerden gelden.

Voordelen

- Financieel voordeel:
 - Een verzekerde krijgt een (hoge) korting op de basispremie.
 - Een werkgever kan zelf ook een financiële bijdrage leveren aan een basisverzekering of aanvullende verzekering. Dit is in een aantal gevallen in de Cao vastgelegd.
 - Soms kan een verzekerde korting krijgen op andere verzekeringsproducten of dienstverlening van een verzekeraar.
 - Soms kan een verzekerde korting krijgen op producten of diensten die een collectiviteit zelfstandig op de markt brengt.
 - Gezondheidswinst: door preventieprogramma's en samenwerking tussen zorgverzekeraar, de collectiviteit en de verzekerde kunnen voor de burgers aanvullende afspraken worden gemaakt die extra gezondheidswinst kunnen opleveren ten opzichte van enkel de basisverzekering en standaard aanvullende verzekeringen.

Wanneer bijvoorbeeld een werkgever enkel gezond eten aanbiedt in de bedrijfskantine en in de verzekering aanvullende vergoeding voor diëtetiek opgenomen is, kan een verzekerde extra gezondheidswinst behalen.

- Uitgebreidere dekkingen: werkgevers en zorgverzekeraars kunnen de dekkingen van de aanvullende verzekering uitbreiden, bijvoorbeeld voor fysiotherapie, psychische hulp of brillenglazen / contactlenzen.
- Minder keuzestress: collectiviteiten zijn een gemakkelijk kanaal om een zorgpolis te kiezen waarbij een korting wordt gegeven op de premie. Ben je lid van een vereniging of heb je een werkgever, dan is de onderhandeling voor een zorgverzekering al voor je gevoerd door iemand die er doorgaans meer uit weet te slepen.
- Countervailing power:
 - grote collectiviteiten kunnen hele scherpe prijzen en voorwaarden bedingen voor hun deelnemers.
 - collectiviteiten zorgen er voor dat er wordt geluisterd naar verzekerden.
- Service voor de verzekerde: een collectiviteit kan als contactkanaal optreden richting de zorgverzekeraar, soms met een eigen webportaal.
- Acceptatie: (Vaak) non-selecte acceptatie van aanvullende verzekeringen.

Nadelen

- Intransparantie:
 - Over de hoogte van de korting: het is soms voor zorgverzekeraars lastig om aan verzekerden uit te leggen waarom op de ene collectieve verzekering meer korting wordt gegeven dan op de andere.
 - Over het aanbod aan polissen: er zijn legio verpakkingen waarin een zorgverzekering op de markt wordt gebracht, wat resulteert in een onoverzichtelijk totaalaanbod waaruit burgers kunnen kiezen.
 - Over de inhoud van de collectiviteit: via vergelijkingssites die optreden als tussenpersoon, is soms niet inzichtelijk te maken welke (eventuele) maatwerk-afspraken zijn gemaakt.
 - Onduidelijke premiestelling: burgers worden 'gelokt' met een korting, maar een collectieve verzekering hoeft niet persé goedkoper te zijn dan een inhoudelijk vergelijkbare individuele verzekering. Daarnaast wordt in de calculatie voor de basispremie rekening gehouden met een opslag voor de korting. Hierdoor is de werkelijke korting (ten opzichte van een andere polis zonder collectiviteitskorting) lager.
- Een collectiviteit beperkt de mobiliteit: door een (gesuggereerde) lage premie en eventueel een bijdrage in de premie van de werkgever, stappen verzekerden minder snel over.

6.2.2 Voor- en nadelen voor werkgevers

Hieronder volgt een opsomming van punten die bevroagde partijen hebben genoemd die in hun ogen specifiek voor werkgevers gelden.

Voordelen

- De zorgverzekeraar als inhoudelijke sparringpartner: er kunnen tussen zorgverzekeraar en werkgever aanvullende afspraken gemaakt worden over vitaliteit, duurzame inzetbaarheid en verzuim, soms specifiek gericht op een bepaalde doelgroep.
- Profileren met secundaire arbeidsvoorwaarde:
 - Als een werkgever zelf een financiële bijdrage levert aan een basisverzekering of aanvullende verzekering, dan kan hij zich daarmee aantrekkelijk maken voor (potentiële) werknemers.

- Een uitgebreid(er)e dekking van de aanvullende verzekering stelt werknemers in staat om uitgebreider gebruik te maken van verzekerde zorg, wat de werkgever mogelijk minder verzuim oplevert.
- Betrokkenheid bij de werknemer: via een collectieve verzekering wordt werkgevers een mogelijkheid geboden om betrokken te zijn bij een gezonde leefstijl van de werknemers.
- Koppeling van verzekeringsproducten: het koppelen van een ziektekostenverzekering aan een inkomensverzekering heeft als voordeel dat er op twee fronten gewerkt wordt aan het zo snel mogelijk weer gezond krijgen van medewerkers.
- Invloed op gezond gedrag van werknemers: Werkgevers hebben het gevoel dat de gezondheid (van werknemers) op de werkvloer bespreken taboe is. Door aanvullende afspraken met de verzekeraar te maken, kan toch indirect gezond gedrag van werknemers gestimuleerd worden.
- Invloed op besteding zorgverzekeringspremie: Werkgevers betalen de helft van de zorgverzekeringspremie. Via de weg van de collectieve contracten kunnen zij nog enigszins de aanwending van de gelden beïnvloeden.
- Aanvullende afspraken: werkgevers kunnen aanvullende afspraken maken met een verzekeraar, om vitaliteit, of het voorkomen of terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te stimuleren.

Nadelen

- Tijdrovend: het kost een werkgever veel tijd, energie en expertise om een collectiviteit goed in te kunnen vullen en te onderhouden.
- Onzichtbare preventie- en verzuimeffecten: het effect van inhoudelijke afspraken op het gebied van preventie of duurzame inzetbaarheid is onduidelijk. Eenieder gelooft dat het iets oplevert, maar niemand kan effecten daadwerkelijk aantonen.
- Het is een behoorlijke uitdaging om mensen in een werkgeverscollectiviteit te krijgen en te behouden. Er is teveel aanbod en medewerkers willen voornamelijk korting (zij hebben weinig zicht op wat de werkgever met de verzekeraar afsprekt op het gebied van verzuim en duurzame inzetbaarheid en hoe dit uitpakt voor de verzekerde)
- Korte overstapperperiode: Zorgverzekeraars maken veelal pas op 19 november hun premie voor het nieuwe jaar bekend. Veel werkgevers wachten op de premies voordat ze definitief voor een verzekeraar kiezen voor hun collectiviteit. De communicatie rondom de collectieve polis kan dan pas eind november starten, veel verzekerden blijven dan zitten waar ze zitten.

6.2.3 Voor- en nadelen voor zorgverzekeraars

Hieronder volgt een opsomming van punten die bevroagde partijen hebben genoemd die in hun ogen specifiek voor zorgverzekeraars gelden.

Voordelen

- Goed marketinginstrument:
 - Je bereikt grotere groepen mensen tegelijkertijd.
 - Je kunt meerjarige afspraken maken. De verzekeraar kan hierdoor scherpere afspraken maken en klanten doorgaans ook langer aan zich binden.
 - Collectief verzekerden zijn minder gevoelig om over te stappen waardoor marktaandeel kan worden veroverd en behouden.

- Verzekerden zijn in hun keuze voor een zorgverzekering, veelal gedreven door de hoogte van de premie. Door korting op de premie te geven wanneer een collectieve verzekering via een vergelijkingssite afgesloten wordt, komt een dergelijke polis als financieel aantrekkelijk uit de ranking, wat nieuwe verzekerden oplevert.
- Door een collectiviteit op een bepaalde manier in de markt te zetten, kunnen zorgverzekeraars zich verbinden aan specifieke doelgroepen. Hiermee zijn voor verzekeraars financiële voordelen te halen (verminderen van betalingsachterstanden en wanbetalers, binden van verzekerden).
- Ontwikkelen en uitrollen van nieuwe zorgvormen/interventies
 - Collectiviteiten vertegenwoordigen groepen verzekerden met gemeenschappelijke kenmerken en belangen. Dit maakt co-creaties voor meerjarige programma's en metingen mogelijk. Collectiviteiten spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling en het uitproberen van nieuwe programma's via pilots. Succesvolle pilots voor nieuwe zorgvormen/interventies kunnen uiteindelijk breder beschikbaar worden gesteld.
- Administratieve lastenverlichting:
 - de werkgever kan (administratieve) handelingen op zich nemen, bijvoorbeeld door de premiebedragen via de loonstrook te innen.
 - een collectiviteit kan als eerste aanspreekpunt fungeren voor verzekerden waardoor veel vragen voor de zorgverzekeraar worden afgevangen.
- Aanvullende afspraken: verzekeraars kunnen aanvullende afspraken maken met een collectiviteit, om vitaliteit, zelfredzaamheid, of het voorkomen of terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te stimuleren.
- Tijdige betaling: inning van premie via de collectiviteit (vooral bij werkgevers en gemeenten) voorkomt dat er voor de zorgverzekeraar wanbetalers ontstaan.
- Hogere klanttevredenheid bij verzekerden.

Nadelen

- Tijdrovend: het kost een zorgverzekeraar de nodige tijd en energie om een goede relatie met collectiviteiten te onderhouden en (maatwerk)afspraken te maken.
- Afhankelijkheid van collectiviteiten: vooral grote collectiviteiten hebben een belangrijke invloed op het verzekerdenbestand en daarmee het marktaandeel.
- Onderhandelingsmacht van grote collectiviteiten: deze macht 'dwingt' zorgverzekeraars tot het geven van het grootst mogelijke kortingspercentage.
- Administratieve lastenverzwaring: Sommige verzekeraars geven aan dat er voor collectieve verzekeringen meer informatie moet worden geregistreerd per verzekerde dan bij individuele verzekeringen.
- Ongebonden achterban: veel 'open' collectiviteiten vertegenwoordigen ongebonden groepen die zich enkel richten op het verkrijgen van korting, waardoor er minder binding is met de klant.
- Sommige verzekeraars geven aan dat het inkopen van zorg op kwaliteit lukt nauwelijks. Op dit onderdeel is er dan geen onderscheid te maken met collectieve zorgverzekeringen.

Risicoselectie van gezonde ouderen?

Vanwege de veel hogere vereveningsbijdrage voor ouderen dan voor jongeren, kunnen gezonde ouderen ook heel winstgevend zijn. Prof. dr. Wynand van de Ven (emeritus hoogleraar Erasmus) geeft aan dat er collectiviteiten van ouderen denkbaar zijn die gunstig uitpakken voor verzekeraars. Zo is er een organisatie van ouderen die voor haar leden diverse activiteiten organiseert, zoals Nordic walken, fietstochten, wandeltochten, jeu-de-boule, dagjes-uit, gezamenlijk theaterbezoek en andere culturele activiteiten. Deze organisatie biedt haar leden ook hun collectieve zorgverzekering aan. Het is goed voorstelbaar dat de deelnemers aan deze collectiviteit een selecte groep gezonde ouderen vormen die voorspelbaar winstgevend zijn. Enerzijds mag worden aangenomen dat de ouderen die vanwege deze activiteiten lid worden van deze organisatie, een selecte groep vormen die veel bewegen en relatief gezond zijn. Anderzijds zullen mensen die slecht ter been zijn, wijkverpleging nodig hebben of in een verpleeghuis zijn opgenomen minder snel lid worden van deze organisatie.

"Ik zou wel eens een overzicht over de afgelopen tien jaar willen zien van de totale inkomsten (vereveningsbijdragen plus gemiddelde nominale premie) minus de zorgkosten voor dit soort collectiviteiten." prof. dr. Wynand van de Ven.

6.3 Collectieve verzekeringen en betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid

In paragraaf 6.1 zijn de door de wetgever benoemde mogelijke voordelen beschreven. In paragraaf 6.2 zijn de door verschillende belanghebbenden genoemde voor- en nadelen van collectieve zorgverzekeringen weergegeven. In deze paragraaf lichten we toe hoe de collectieve verzekeringen bijdragen aan de doelen van het zorgstelsel: toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg voor iedereen.

Betaalbaarheid voor de burger

Een van de voordelen die genoemd worden door belanghebbenden is dat collectieve verzekeringen voor lagere premies zouden zorgen. We zien in de praktijk wel dat collectief verzekerden gemiddeld genomen iets goedkoper uit zijn voor hun basisverzekering dan individueel verzekerden (3,6% in 2016). Het is daarmee echter niet zo dat *iedere* Nederlandse burger door het instrument van collectieve verzekeringen nu ook een lagere premie betaalt.

Verzekerden moeten een polis kunnen afsluiten die het beste aansluit bij hun behoefte, tegen een redelijke premie. Op dit moment kunnen verzekerden overzicht krijgen van de beschikbare basisverzekeringen en bijbehorende premies. Het is nu echter niet van te voren altijd even duidelijk voor welke collectieve verzekeringen en collectiviteitskortingen verzekerden in aanmerking komen. Een verzekerde kan producten dan niet goed met elkaar vergelijken, waardoor het lastig wordt de beste verzekering uit te kiezen. Verzekeraars hoeven in dat geval de prijs minder scherp neer te zetten dan wanneer de verzekeringsmarkt transparant is.

Samenvattend kun je stellen dat de betaalbaarheid voor sommige burgers verbeterd is door de mogelijkheid van collectieve verzekeringen, maar dat dit niet voor iedere Nederlander geldt.

Kwaliteit van zorg en service

Uit de interviews bleek dat het inkoopbeleid voor de zorginkoop (voor basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen) niet anders is voor de deelnemers aan een collectiviteit dan voor individueel verzekerden. Voorafgaand aan de zorginkoop kan er wel overleg plaatsvinden tussen zorgverzekeraars en belangenbehartigers voor specifieke groepen verzekerden. Als belangenbehartiger hoef je echter geen collectiviteit te zijn om met de zorgverzekeraar te kunnen praten. We kunnen dus niet stellen dat de zorg kwalitatief beter wordt ingekocht doordat er collectieve verzekeringen op de markt zijn.

Zorgverzekeraars kunnen wel betere service verlenen bij collectieve verzekeringen. Bijvoorbeeld door (maatwerk)afspraken te maken met collectiviteiten over extra's (voor preventieprogramma's, inzet verzuimcoaches, hoeveelheid fysio, en dergelijk). Dit kan in theorie gezondheidswinst opleveren. In slechts een beperkt aantal gevallen worden er met collectiviteiten ook aanvullende afspraken gemaakt op het gebied van preventie of duurzame inzetbaarheid van medewerkers, of specifieke zorginhoudelijke afspraken.

Zorgverzekeraars en werkgevers geven aan dat zij tot op heden niet hebben kunnen constateren hoeveel gezondheidswinst (of vermindering van het ziekteverzuim) het resultaat is van de aanvullende afspraken. Het lijkt dus onmogelijk om vast te stellen of collectieve verzekeringen meer gezondheidswinst behalen dan individuele verzekeringen.

Samenvattend is de invloed van collectieve verzekeringen op de kwaliteit van zorg neutraal en is de invloed op de verleende service door verzekeraars aan verzekerden en collectiviteiten positief.

Toegankelijkheid zorgpolissen

Niet iedere verzekerde heeft dezelfde toegang heeft alle beschikbare collectieve verzekeringen en de hierbij behorende kortingen. Er lijkt genoeg keuze in de zorgverzekeringen om te zorgen dat iedere verzekerde een voor hem of haar goede polis kan afsluiten. Maar werkgeverscollectiviteiten krijgen gemiddeld de hoogste korting, en deze zijn niet voor iedere verzekerde toegankelijk.

Bovendien hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om verzekerden te weigeren voor een collectieve verzekering (collectieve verzekeringen mogen toelatingscriteria hanteren), wat (passieve) risicoselectie tot gevolg kan hebben. Tenslotte kan het zijn dat de toegang tot de voor jou optimale collectieve zorgverzekering niet optimaal geborgd wordt, doordat niet altijd duidelijk is voor welke collectieve verzekeringen je in aanmerking komt.

Aan de andere kant zien we dat verzekerden door het collectieve aanbod soms makkelijker hun keuze kunnen maken voor een zorgverzekering. Deze verzekerden vertrouwen erop dat 'hun' collectiviteit (bijvoorbeeld de werkgever) een goed aanbod heeft bedongen bij de zorgverzekeraar. Verder verbetert de toegankelijkheid voor bepaalde verzekerden omdat zij via collectiviteiten een lagere premie kunnen krijgen en eventueel ook kunnen profiteren van specifieke aanvullende afspraken.

Samenvattend zorgt de mogelijkheid tot collectieve zorgverzekeringen voor sommige verzekerden voor een afname van de toegankelijkheid van zorgpolissen en voor andere verzekerden voor een toename van de toegankelijkheid.

7. Conclusie

Twee derde van de verzekerden in Nederland is collectief verzekerd. Gemiddeld zijn collectieve zorgverzekeringen goedkoper dan individuele verzekeringen, in 2016 scheelde dit gemiddeld 3,6%. Verzekerden letten vooral op de prijs en kiezen voor de korting op de basispremie voor de basisverzekering en aanvullende verzekering. Voor sommige verzekerden is de keuze voor een zorgverzekering makkelijker door het bestaan van collectieve zorgverzekeringen. Zij gaan ervan uit dat 'hun' collectiviteit een goed aanbod bedongen heeft bij de verzekeraar en zoeken dan niet verder naar andere zorgverzekeringen. Zorgverzekeraars, belangenbehartigers van verzekerden en werkgevers hechten aan collectieve zorgverzekeringen.

De NZa constateert in deze monitor dat de betaalbaarheid van zorgverzekeringen voor veel burgers is verbeterd door het bestaan van collectieve zorgverzekeringen, omdat deze gemiddeld goedkoper zijn. Maar dit geldt niet voor iedereen: voor sommige verzekerden zal een individuele zorgverzekering nog steeds goedkoper uitpakken. Doordat de prijzen en voorwaarden van collectieve zorgverzekeringen nog onvoldoende goed te vergelijken zijn, is het bovendien mogelijk dat zorgverzekeraars de prijzen minder scherp vaststellen. Voor sommige burgers neemt de toegankelijkheid van zorgverzekeringen toe en voor sommige burgers af door het bestaan van collectieve zorgverzekeringen. Niet alle collectieve zorgverzekeringen zijn voor iedereen vrij toegankelijk, daarnaast is de toegang tot de voor verzekerden optimale collectieve zorgverzekering niet optimaal geborgd wordt, doordat niet altijd duidelijk is voor welke collectieve verzekeringen ze in aanmerking komen. Er zijn wel zoveel verschillende collectiviteiten (werkgeverscollectiviteiten bijvoorbeeld, maar ook internetcollectiviteiten), dat er voor iedereen een collectieve zorgverzekering beschikbaar is.

Collectieve verzekeringen worden gebruikt als marketinginstrument door de verzekeraar. De kwaliteit van zorg wordt niet beter, maar ook niet slechter door het bestaan van collectieve zorgverzekeringen. In de praktijk maken zorgverzekeraars geen onderscheid in de zorginkoop voor collectieve of individuele contracten. Uit een steekproef onder zorgverzekeraars blijkt dat zorgverzekeraars maar voor een deel van de collectieve zorgverzekeringen (minder dan 20%) aanvullende afspraken maken. Vooral met sociale diensten van gemeenten (40%) en werkgevers (21%). Wel ziet de NZa dat de invloed van collectieve zorgverzekeringen op de verleende service door verzekeraars aan verzekerden en collectiviteiten positief is.

De NZa concludeert dat collectieve zorgverzekeringen meer neutrale of positieve dan negatieve effecten hebben op de publieke belangen. Het belangrijkste verbeterpunt is de informatievoorziening aan verzekerden. Zorgverzekeraars zouden duidelijker moeten zijn over de mogelijkheden van collectieve contracten, de (eventuele) toetredingsvoorwaarden en de kortingenstructuur. Ook gaat de NZa in samenspraak met zorgverzekeraars verkennen welke mogelijkheden er zijn om verdere invulling te geven aan de zorginkoop en zorginhoudelijke afspraken voor collectieve zorgverzekeringen.