

Monitor Zorgverzekeringen 2018

Nederlandse Zorgautoriteit

Inhoud

* Samenvatting

1 De zorgverzekeraars

2 Inkomsten, uitgaven en resultaten zorgverzekeraars

3 De zorgpolissen

4 De verzekerden

5 Thema’s 2018

Samenvatting

Jaarlijks brengen we een Monitor Zorgverzekeringen uit, waarin we ingaan op nieuwe ontwikkelingen en de sector aandachtspunten meegeven voor de toekomst. De huidige stand van de zorgverzekeringsmarkt biedt een goed uitgangspunt om vervolgstappen naar de toekomst toe te zetten. Deze vervolgstappen hebben onder meer betrekking op het verbeteren van keuze-informatie voor verzekerden, het bevorderen van de betaalbaarheid door goede zorginkoop en het borgen dat afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders goede zorg mogelijk maken en invulling geven aan de juiste zorg op de juiste plek. Hieronder geven we de belangrijkste aandachtspunten uit de monitor weer.

In 2018 zijn er met de toetreding van de nieuwe zorgverzekeraar IptiQ en het vertrek van twee zorgverzekeraars als gevolg van een fusie in totaal 23 zorgverzekeraars die vallen onder tien verzekeringsconcerns actief op de markt die zorgverzekeringen aanbieden. Er zijn geluiden die er op duiden dat er mogelijk nog meer nieuwe partijen de markt zullen betreden. De NZa juicht de toetreding van nieuwe verzekeraars toe omdat dit tot een versterking van de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt leidt. Natuurlijk moet een nieuwe zorgverzekeraar ook wat kunnen toevoegen voor verzekerden.

Dalende reserves

We signaleren dat de solvabiliteit van alle zorgverzekeraars in 2017 is afgenomen naar gemiddeld 140%. Ook zien we dat zorgverzekeraars minder reserves inzetten om hun premies te verlagen (van € 109 per premiebetaler in 2017 naar € 42 in 2018). De gemiddeld betaalde nominale premie bedraagt in 2018 € 1.308. Op dit moment worden zorgverzekeringen gemiddeld onder de kostprijs aangeboden, maar diverse zorgverzekeraars hebben al aangegeven dat zij dit niet kunnen blijven doen vanwege dalende reserves. Dit heeft direct gevolgen voor hoogte van de premie en onderstreept het belang dat zorgverzekeraars en aanbieders gezamenlijk moeten zoeken naar manieren om de zorg betaalbaar te houden.

Ontwikkelingen polisaanbod

Ten aanzien van het polisaanbod zien we een afname in het aanbod van 58 naar 55 polissen in 2018. Er waren beperkte verschuivingen in het aantal natura, restitutie en combinatiepolissen. Het aantal collectief verzekerden vertoont al enkele jaren een licht dalende trend. Er is sprake van een steeds duidelijker onderscheid in twee deelmarkten van polissen met gezonde en minder gezonde verzekerden tot 2016. Dit hadden wij al verwacht. Met ingang van 2018 zijn in de risicoverevening maatregelen getroffen door het ministerie van VWS om de overcompensatie van gezonde verzekerden te verlagen.

We zien dat er met name binnen concerns veel nagenoeg gelijke polissen zijn. Dit vinden wij ongewenst, omdat we het belangrijk vinden dat verzekerden echt wat te kiezen hebben. Ook collectiviteiten die inhoudelijk weinig toevoegen vinden wij om die reden geen aanwinst op de polismarkt.
In 2018 is 6,7% (1,15 miljoen) van de verzekerden overgestapt. Doelstelling is niet zozeer dat verzekerden overstappen, maar wel dat verzekerden in ieder geval kritisch kijken of hun polis het beste aansluit bij hun behoefte. Bij de overweging om over te stappen speelt mee dat zorgverzekeringen en de verschillen daartussen voor

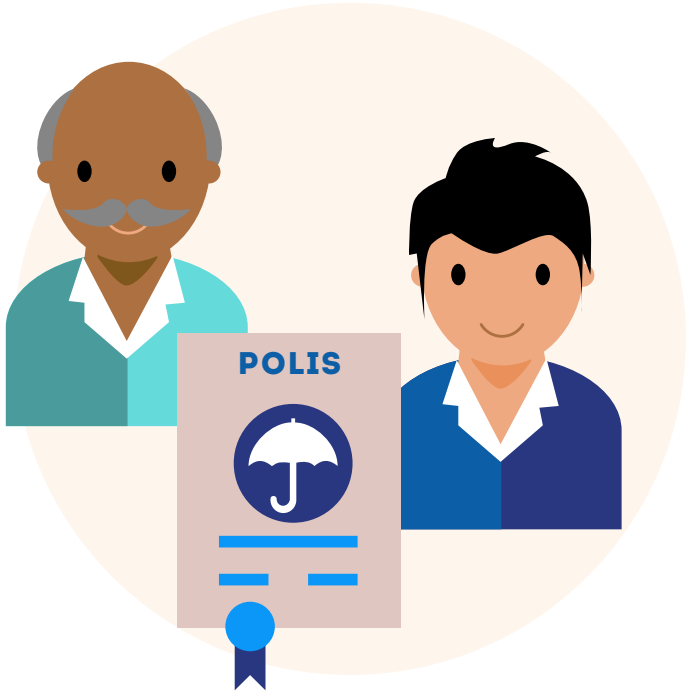
veel verzekerden moeilijk te begrijpen zijn. Wij vinden het daarom belangrijk dat zorgverzekeraars zich inspannen om verzekerden te begeleiden bij het maken van keuzes over hun zorgverzekering. Wij gaan, in dit verband de komende periode aandacht besteden aan duidelijkheid en vindbaarheid van informatie over zorgverzekeringen.

Zorgverzekeraars moeten op grond van hun zorgplicht desgevraagd zorgbemiddeling bieden. Een goed werkende zorgbemiddeling kan bijdragen aan het verminderen van wachttijden in een sector. We zien hierbij ook een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts in zijn rol als poortwachter. Deze kan zijn patiënten voor bemiddeling naar de zorgverzekeraar doorverwijzen.

Niet gecontracteerde zorg

We zien dat de niet gecontracteerde zorg in de ggz en de wijkverpleging toeneemt. De afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken op het moment van contracteren zijn belangrijk om de zorg betaalbaar te houden en de kwaliteit te verbeteren. Om die reden vinden we het belangrijk dat contracteren voor zowel zorgaanbieders en zorgverzekeraars loont, zodat de aantrekkelijkheid ervan toeneemt.

Hiernaast constateren we dat er op dit moment een aantal juridische procedures lopen over niet gecontracteerde zorg, maar ook over cessieverboden en machtigingsvereisten. We zien dat dit in de praktijk niet leidt tot een duidelijke lijn over hoeveel zorgverzekeraars moeten vergoeden bij niet gecontracteerde zorg. Dit leidt tot onduidelijkheid voor verzekerden over waar zij recht op hebben en welke voorwaarden aan verzekerden kunnen worden gesteld, wanneer zij zorg willen van een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Het kabinet heeft in het regeerakkoord aangegeven dat zij gaat onderzoeken op welke wijze het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg verhelderd en versterkt kan worden. De minister van VWS heeft aangegeven dat het kabinet in het najaar 2018 haar maatregelen naar de Kamer zal sturen. De NZa vindt het belangrijk dat er meer duidelijkheid komt over de vergoeding van niet gecontracteerde zorg en verwacht dat zorgverzekeraars zich hiertoe maximaal inspannen. Als dit niet leidt tot de gewenste duidelijkheid, kan aanvullende wetgeving noodzakelijk zijn. De NZa wacht de voorstellen van het kabinet met belangstelling af.



1. De zorgverzekeraars

In 2018 zijn er in totaal 23 verzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden. Dat is één zorgverzekeraar minder dan begin vorig jaar; VGZ Cares is samengegaan met VGZ Zorgverzekeraar, OZF is samengegaan met Zilveren Kruis Zorgverzekeringen en IptiQ Life is in 2018 nieuw op de markt. De meeste zorgverzekeraars vallen onder een overkoepelend concern. In 2018 zijn er tien concerns. Door de komst van IptiQ is dat één concern meer dan vorig jaar.

Het Luxemburgse IptiQ, via IptiQ Holdings Limited dochter van het Zwitserse Swiss Re, is per 1 januari 2018 risicodrager geworden voor een zorgverzekering die door CAK Volmacht B.V. wordt aangeboden onder de labels Promovendum, National Academic en Besured.

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. heet vanaf 1 juli 2018 Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V. en handelt nu onder de naam 'Nationale Nederlanden'.

Er zijn 23 zorgverzekeraars verdeeld over 10 concerns in 2018

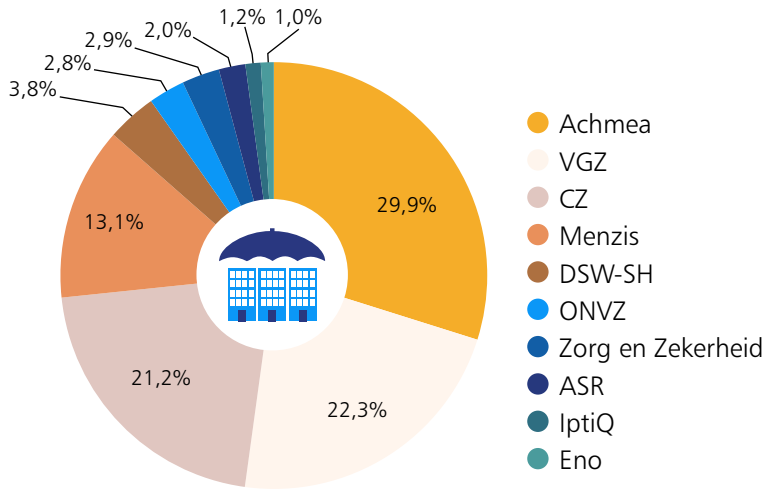
Concern	Zorgverzekeraar
Achmea	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
	De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
	FBTO Zorgverzekeringen N.V.
	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.
	Ohra Ziektekostenverzekeringen N.V.
	Ohra Zorgverzekeringen N.V.
	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.
DSW-SH	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.
	Stad Holland Zorgverzekeraar O.W.M. U.A.
Eno	Eno Zorgverzekeraar N.V.
IptiQ	IptiQ Life S.A.
Menzis	Anderzorg N.V.
	Menzis Zorgverzekeraar N.V.
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
VGZ	IZA Zorgverzekeraar N.V.
	N.V. Zorgverzekeraar UMC
	Univé Zorgverzekeraar N.V.
	VGZ voor de Zorg N.V.
	VGZ Zorgverzekeraar N.V.
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.

Bron: NZa (Modelovereenkomsten).

1.1 Marktaandelen

De vier grootste concerns samen hebben sinds de invoering van de Zvw marktaandeel verloren. Alleen het marktaandeel van CZ is gegroeid. Marktaandelen op basis van het aantal verzekerden geven weer hoe groot de verschillende spelers op de zorgverzekeringsmarkt zijn. De vier grootste concerns hebben samen in 2018 een marktaandeel van 86,5% (2017 88,3%, 2016 88,5%). In de overstapperiode voor het jaar 2018 is 1,8% van de verzekerden van de vier grootste concerns overgegaan naar de kleinere concerns. Hierbij gaat het bij ongeveer 1,2% van de verzekerden om de volmacht CAK-groep met de labels Besured, Promovendum en National academic die met ingang van 2018 over zijn gegaan van VGZ naar IptiQ.

Marktaandelen van de tien concerns in 2018



Bron: Berekeningen op Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag).

1.2 Concentratie

De concentratiegraad van de 10 zorgverzekeringsconcerns bepalen we via de Herfindahl-Hirschman Index (HHI). Deze is gebaseerd op de marktaandelen. Hoe hoger de index, hoe hoger de concentratie in de markt. Bij een HHI van 2.000 of hoger spreken we van een geconcentreerde markt.

De concentratiegraad (HHI) per provincie

Provincie	2014	2015	2016	2017	2018
Drenthe	3.548	3.494	3.330	3.263	3099
Flevoland	3.509	3.269	3.124	3.034	2913
Friesland	6.038	5.885	5.886	5.814	5640
Gelderland	2.308	2.253	2.243	2.227	2144
Groningen	3.555	3.420	3.411	3.291	3241
Limburg	3.483	3.428	3.390	3.360	3270
Noord-Brabant	3.181	3.126	3.070	3.020	2884
Noord-Holland	2.946	2.853	2.755	2.705	2559
Overijssel	2.559	2.528	2.533	2.516	2412
Utrecht	2.785	2.605	2.497	2.464	2248
Zeeland	3.997	3.960	3.968	3.948	3917
Zuid-Holland	1.863	1.835	1.799	1.800	1731
Nederland	2.233	2.193	2.153	2.154	2.064

Bron: Berekeningen op Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag).

Uit de cijfers blijkt dat ook in 2018 de zorgverzekeringsmarkt nog vrij geconcentreerd is. De concentratiegraad is in 2018 wel flink afgenomen ten opzichte van 2017. Belangrijkste oorzaken zijn de verschuiving van marktaandeel van VGZ naar de nieuwe zorgverzekeraar IptiQ en een verlies van 0,5% marktaandeel door Achmea. Het effect is per provincie verschillend. De grootste daling zien we in Utrecht, Friesland en Drenthe. De grootste concentraties vinden we ook dit jaar in Friesland en Zeeland.

1.3 Samenvatting

Momenteel zijn er 23 zorgverzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden. De zorgverzekeraars zijn verdeeld over 10 concerns. De vier grootste concerns samen verliezen ook dit jaar een klein deel van hun verzekerden, net als in de afgelopen jaren. De concentratiegraad daalt, ook door de komst van de nieuwe zorgverzekeraar IptiQ.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is er met ingang van 2018 voor het eerst een nieuwe zorgverzekeraar bij gekomen.



zorgverzekeraars



concerns

2. Inkomsten, uitgaven en resultaten zorgverzekeraars

5

Risicoverevening

Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering. En hoewel zorguitgaven per verzekerde sterk kunnen verschillen, moet de premie voor dezelfde basisverzekering voor iedereen gelijk zijn. Personen die veel en dure zorg krijgen, kosten meer voor een zorgverzekeraar. Vandaar dat zorgverzekeraars een compensatie krijgen voor verzekerden met een hoog risicoprofiel zoals chronisch zieken en ouderen. Ook krijgen zij compensatie voor de basisverzekering van verzekerden onder de achttien jaar. Verzekerden onder de 18 betalen geen premie. Zij ontvangen hiervoor een bedrag uit het Zorgverzekeringsfonds. Zorgverzekeraars dragen geld af aan dit fonds voor verzekerden met een laag risico, waarvan de verwachte kosten lager zijn dan de nominale premie. Het systeem van compensaties voor verschillen in risico heet risicoverevening.

Het bedrag dat zorgverzekeraars jaarlijks ontvangen van het Zorgverzekeringsfonds is de vereveningsbijdrage. De hoogte hangt af van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie. Doel van de risicoverevening is om te zorgen voor een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars en daarmee voor eerlijke concurrentie. De risicoverevening maakt het voor zorgverzekeraars financieel acceptabel dat zieke en gezonde mensen dezelfde premie betalen.

De risicoverevening wordt elk jaar aangepast waar nodig en mogelijk. Uit ons onderzoek naar risicoselectie in 2016 bleek al dat gezonde verzekerden werden overgecompenseerd. In 2018 is er een nieuwe risicoklasse voor gezonde verzekerden toegevoegd en is de risicoklasse 'hoogopgeleiden' uitgebreid met de leeftijdsgroep 35 tot en met 44 jaar. Daarmee is de overcompensatie voor deze groepen beperkt. De compensatie voor mensen met meerdere chronische aandoeningen is verbeterd.

Voor 2019 is een verbetering van het regio-criterium voorgesteld die beter aansluit bij de gezondheidskenmerken van de verzekerden die in die regio wonen. Het criterium verpleging en verzorging gebruikersgroepen (VGG) wordt vervangen door meerjarige V&V-kosten om (mogelijke) ongewenste prikkels voor ondoelmatige zorg te voorkomen. Ook het gebruik van geneesmiddelen (FKG's) wordt beter gecompenseerd, wat een verbetering betekent voor zowel de somatische als GGZ-zorgkosten.
(Bron: Z-177399TK)

Met de continue verbetering wordt de voorspellende kracht van het risicovereveningsmodel steeds groter. Hierdoor zullen afwijkende vereveningsresultaten als gevolg van verschillen in risico's steeds minder waarschijnlijk worden. Verschillen als gevolg van inkoop doelmatigheid en efficiëntie blijven dan over. Door de continue verbetering van de risicoverevening is het mogelijk dat zorgverzekeraars steeds meer risico dragen voor de kosten van de zorg die zij inkopen en vergoeden. In 2018 dragen de zorgverzekeraars vrijwel volledig risico. Voor een zeer beperkt aantal zorgkosten ontvangt de zorgverzekeraar in 2018 nog achteraf compensatie omdat deze niet goed voorspeld kunnen worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om kosten van nieuwe, zeer dure geneesmiddelen, kwaliteitsontwikkeling en experimenten.

2.1 Financiële resultaten zorgverzekeraars

Resultaat risicoverevening tot en met 2016

Het vereveningsresultaat vormt het saldo van de vooraf geschatte vereveningsbijdrage en de werkelijke zorgkosten die de zorgverzekeraar uiteindelijk heeft gerealiseerd. Alle zorgverzekeraars hebben een positief resultaat op de risicoverevening tussen 2012 en 2014. De meeste zorgverzekeraars hebben ook over 2015 en 2016 een (voorlopig) positief resultaat. Dit komt omdat de zorgkosten in die jaren lager bleken dan het ministerie van VWS vooraf had ingeschat. Zorgverzekeraars bleken beter dan verwacht in staat voordelen te behalen met hun zorginkoop. In 2016 sluit de raming beter aan op de (voorlopige) zorgkosten, waardoor het positieve resultaat over 2016 beperkt blijft.

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

Per volwassen verzekerde	2012	2013	2014	2015*	2016*
Resultaat ex-ante risicoverevening	156	185	272	283	50
Ex-post compensaties zorgkosten	-46	22	-16	-143	-8
Resultaat verplicht eigen risico	-9	-12	-25	-26	-17
Resultaat risicoverevening	**101**	**194**	**230**	**113**	**25**

Bron: NZa, vereveningsbijdragen Zorginstituut Nederland en jaarstaten zorgverzekeraars.
Vanwege afronding tellen bedragen niet altijd op tot het getoonde totaal.
*Resultaten voor 2015 en 2016 zijn nog voorlopig

Exploitatieresultaat

De inkomsten minus de zorguitgaven en bedrijfskosten vormen het exploitatieresultaat. De inkomsten van verzekeraars worden grotendeels gevormd door de omzet uit premies en de vereveningsbijdrage. In 2017 is het gemiddelde gerealiseerde exploitatieresultaat per verzekerde (van 18 jaar en ouder) voor de basisverzekering nog negatiever dan in 2016. Dit komt vooral doordat zorgverzekeraars de afgelopen jaren bij de premiestelling uit zijn gegaan van een premie onder kostendekkend niveau, met het doel reserves terug te geven in de premie Zorgverzekeraars hebben in 2017 een voorziening van 42 euro getroffen om de premie in 2018 lager te houden.

Exploitatieresultaat basisverzekering per verzekerde 18+ (in euro's)

	2014	2015	2016	2017
Premies en vereveningsbijdrage	2.675	2.818	2.810	2.902
Zorguitgaven	-2.557	-2.774	-2.854	-2.919
Bedrijfskosten en schadebehandelingskosten	-96	-95	-92	-86
Opbrengst beleggingen	31	13	14	15
Subtotaal resultaat boekjaar (incl. ramingen)	53	-38	-122	-88
Mee- en tegenvallers ten opzichte van de ramingen in voorgaande jaren	92	113	67	-19
Vrijval voorziening lagere premie huidig jaar	38	98	140	108
Voorziening lagere premie volgend jaar	-99	-141	-109	-42
Exploitatieresultaat	84	32	-23	-41

Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering

Inkomsten zorgverzekeraars

De inkomsten van zorgverzekeraars zijn in 2018 op basis van ramingen hoger dan in 2017. De inkomsten via de nominale premies zijn al bekend over 2018 en deze zijn hoger dan in 2017. De geraamde vereveningsbijdrage is ook hoger dan in 2017. De geraamde inkomsten via betalingen uit het eigen risico zijn iets hoger dan in 2017.

Inkomsten zorgverzekeraars op basisverzekering (in mld. euro's)

Soort inkomsten	2016	2017	2018
Nominale premies	16,2	17,5	18,0
Eigen risico	3,2	3,2	3,2
Vereveningsbijdrage	22,0	22,8	24,8
Totale inkomsten basisverzekering	**41,4**	**43,5**	**46,1**

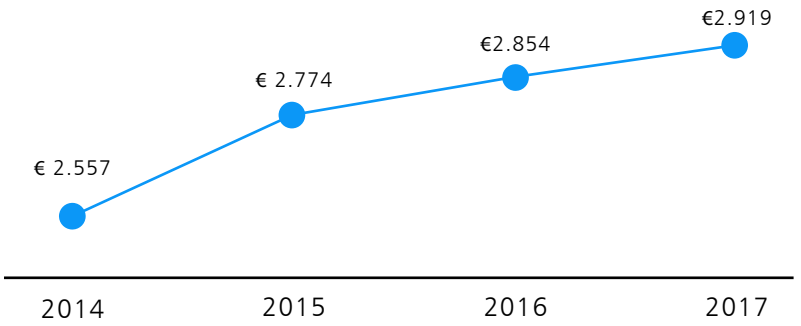
Bron nominale premies: Berekeningen op Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag). Bron overige cijfers: Rijksbegroting VWS 2018. Voor 2018 zijn de cjfers aangepast, omdat is besloten het eigen risico niet te verhogen.

Uitgaven zorgverzekeraars

Zorguitgaven tot en met 2017

De zorguitgaven voor de basisverzekering per verzekerde stijgen met 2,3 procent van € 2.854 in 2016 naar € 2.919 in 2017. Dit zijn de belangrijkste uitgaven voor de zorgverzekeraars die daardoor ook de grootste weerslag vinden in de premie. Oorzaken van de gestegen uitgaven zijn onder andere pakketuitbreidingen, duurdere zorg en het toenemende zorggebruik. In 2015 is zorg uit de toenmalige AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Wat betreft het zorggebruik speelt de vergrijzing ook een rol: Het aantal 65-plussers steeg tussen 2016 en 2017 van 18,4 procent naar 18,8 procent van de verzekerden.

Ontwikkeling zorguitgaven basisverzekering per verzekerde 18+



Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering.

Bedrijfskosten tot en met 2017

De bedrijfskosten voor de basisverzekering zijn gedaald van € 92 in 2016 naar € 86 per volwassen verzekerde in 2017. De bedrijfskosten bedragen in 2017 3,0 procent van de premie-inkomsten inclusief vereveningsbijdrage (3,6 procent in 2014, 3,4 procent in 2015 en 3,3% in 2016). Bedrijfskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken. Zorgverzekeraars dekken hun uitvoeringskosten door hiervoor een opslag in de premies te verwerken.

Bedrijfskosten basisverzekering per verzekerde 18+ (in euro's)

Kostensoort	2014	2015	2016	2017
Schadebehandelingskosten	17	17	18	15
Acquisitiekosten (inclusief reclamekosten)	18	19	18	17
Overige bedrijfskosten	61	59	56	54
Totaal bedrijfskosten	**96**	**95**	**92**	**86**

Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering.

Reclame

De zorgverzekeraars hebben over 2017 ruim 11 procent minder aan reclamekosten uitgeven per volwassen verzekerde dan over 2016. De reclamekosten per volwassen verzekerde zijn gedaald van € 2,51 in 2016 naar € 2,20 in 2017. Ten opzichte van 2014 is de omvang van de reclamekosten in 2017 gedaald met ruim 26 procent per volwassen verzekerde.

Reclamekosten

Kostensoort	2014	2015	2016	2017
Totaal alle zorgverzekeraars (in mln euro's)	39,74	35,47	33,99	30,08
Kosten per verzekerde 18+ (in euro's)	2,97	2,63	2,51	2,20

Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering.

In totaal is er in 2017 voor ruim € 30 miljoen aan reclamekosten uitgegeven. Dat is minder dan 0,1 procent van de totale omzet van zorgverzekeraars.

Wij constateren dat zorgverzekeraars hun toezegging uit het actieplan Kern Gezond (april 2015) nakomen dat zij terughoudend zijn met reclame. Dit actieplan had als doel het zorgstelsel te versterken en de eigen rolvervulling te verbeteren door keuzevrijheid en transparantie op de zorgverzekeringsmarkt te vergroten.

Solvabiliteit

Eind 2017 bedraagt de gemiddelde solvabiliteit op zorgverzekeraarsniveau 140% van de minimumnorm. Eind 2016 was dit 155% en eind 2015 160%. De aanwezig solvabiliteit voor de basisverzekering is 8,9 miljard euro per eind 2017. Het jaar daarvoor was dit 9,7 miljard euro. De daling wordt veroorzaakt door de inzet van reserves voor het lager houden van de premies. (Bron: jaarcijfers zorgverzekeraars)

Een te lage solvabiliteit kan er toe leiden dat een zorgverzekeraar maatregelen moet treffen om te zorgen dat zijn continuïteit niet in gevaar komt. Om premieschommelingen te voorkomen houden zorgverzekeraars altijd een buffer aan boven de minimaal vereiste grens op grond van Solvency II. Een te lage solvabiliteit heeft tot gevolg dat maatregelen moeten worden getroffen bij een zorgverzekeraar. Ondanks de daling van de gemiddelde solvabiliteitsratio in 2017 zit op 31 december 2017 geen zorgverzekeraar onder de door hem gestelde buffers gekomen.

2.2 Samenvatting

De zorgverzekeraars hebben in 2016 en 2017 verlies gemaakt op de basisverzekering. Dit komt onder andere doordat zorgverzekeraars de toename in zorguitgaven niet volledig vertalen naar een premiestijging, maar het tekort aanvullen vanuit hun financiële reserves. Dit doen ze al enige jaren. Met de inzet van reserves kunnen zorgverzekeraars de stijging enkel enigszins beperken. Er is steeds minder ruimte voor teruggave (in de solvabiliteit zelf maar ook uit de resultaten); hiermee komt de premie dichterbij de werkelijkheid.

In 2018 hebben zorgverzekeraars minder geld beschikbaar voor het lager houden van de premie dan het jaar ervoor. Het is vanuit de betaalbaarheid van de zorg gezien wenselijk dat zorgverzekeraars waar mogelijk hun overtollige middelen inzetten om premies te verlagen.
Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat het de vraag is of zij in de toekomst hun reserves kunnen blijven inzetten om de premiestijging te beperken.

De reclamekosten per volwassen verzekerde waren in 2017 ruim 11 procent lager dan in 2016. Het gaat om minder dan 0,1 procent van de totale omzet. De afname van de reclamekosten is in lijn met de toezegging van Zorgverzekeraars uit het actieplan Kern Gezond dat zij terughoudend zullen zijn met reclame.



3. De zorgpolissen

3.1 Soorten polissen

Basispolissen en aanvullende verzekeringen

Alle inwoners van Nederland hebben aanspraak op zorg of vergoeding van zorg die onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet valt. Zorgverzekeraars zijn ervoor verantwoordelijk dat verzekerden deze zorg of vergoeding van kosten van zorg krijgen. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars kunnen selecteren op risico's moet de zorgverzekeraar iedereen accepteren als verzekerde voor de basisverzekering (acceptatieplicht). Zorgverzekeraars mogen voor gelijke modelovereenkomsten binnen dezelfde risicodrager geen verschillende premies vragen (verbod op premiedifferentiatie).

Verzekeraars mogen binnen bepaalde grenzen voorwaarden stellen voor levering of vergoeding van zorg. Vanuit de basisverzekering vergoeden ze een bij wet vastgestelde aanspraak op geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Waar de afbakening van het basispakket onduidelijk is, stelt het Zorginstituut Nederland de grenzen vast. Fysiotherapie, psychische zorg, ziekenvervoer en tandheelkundige zorg vallen gedeeltelijk onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Voor zorg die buiten het basispakket valt bestaat de mogelijkheid een aanvullende verzekering af te sluiten.

Categorieën basispolissen

Iedereen is verplicht verzekerd voor hetzelfde pakket aan zorg in de basisverzekeringen. Verzekerden kunnen op grond van de Zvw kiezen uit een natura-, een restitutie- of combinatiepolis (zie Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten).

- Bij een naturapolis moet de zorgverzekeraar zijn verzekerden de benodigde zorg leveren. Ga je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet je vaak een deel zelf betalen. Deze vergoeding mag niet zo laag zijn dat dit een hinderpaal vormt om de zorg af te nemen bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder.
- Bij een restitutiepolis heb je recht op vergoeding van de kosten van zorg. Je krijgt de kosten van zorg vergoed bij alle zorgaanbieders, ongeacht of de zorgaanbieder wel of niet gecontracteerd is. Alleen als een zorgaanbieder een onredelijk tarief rekent, is het mogelijk dat je een deel zelf moet betalen. De verzekeraar mag namelijk niet meer vergoeden dan het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Verzekerden kunnen bij hun zorgverzekeraar vooraf vragen of dit risico op bijbetaling er is bij de zorgaanbieder waar de verzekerde graag naar toe wil.
- Een combinatiepolis is een polis die een combinatie maakt van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen. Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding. Met ingang van de per 1 november 2016 aangescherpte regelgeving over de typering van polissen omvat het type 'combinatiepolis' voortaan ook die polissen die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg maar waarbij de vergoeding verdergaand wordt beperkt dan hierboven bij 'restitutiepolis' is aangegeven. Die polissen kunnen dan niet meer worden aangeduid als restitutiepolis.

Polissen met beperkende voorwaarden

Er zijn 13 polissen met beperkende voorwaarden in 2018 (14 in 2017, 13 in 2016). Dit zijn naturapolissen met minder keuze uit gecontracteerde aanbieders en een vergoeding van minder dan 75% bij het gebruik van niet gecontracteerde zorg. In ruil hiervoor wordt een lagere premie gevraagd.

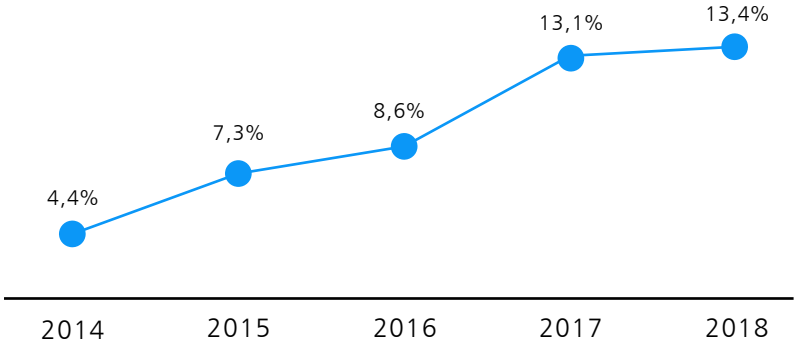
De vergoeding voor zorg door een zorgaanbieder zonder contract met een verzekeraar varieert bij deze polissen van 65 tot 80 procent van het gemiddeld door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief. Bij naturapolissen zonder beperkende voorwaarden ligt het percentage van de vergoeding meestal op 75 tot 80 procent, soms 90 procent van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Gemiddeld hebben polissen met beperkende voorwaarden de laagste premie. Maar dat betekent niet dat al die polissen behoren tot de verzekeringen met de laagste basispremie. Er zijn grote prijsverschillen tussen polissen. Verzekerden doen er dus goed aan om kritisch te kijken naar zorgverzekeringen en deze te vergelijken aan de hand van hun eigen voorkeuren. Daarnaast is het goed te bedenken dat een polis met beperkende voorwaarden vaak goedkoper is qua premie, maar duur kan zijn als de verzekerde toch gebruik maakt van een zorgaanbieder waar geen contract mee is.

In 2017 constateerde de NZa dat een polis met beperkende voorwaarden op kwaliteit en wachttijden gelijkwaardig is aan een reguliere zorgpolis met gecontracteerde zorg (Rapport Zorginkoop voor polissen met beperkende voorwaarden). Wel moeten verzekerden extra opletten bij welke zorgaanbieder de zorg volledig vergoed wordt. Eerder onderzoek van de NZa wees al uit dat ook de zorgplicht bij deze polissen niet in het geding is.

Het aandeel verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden is 13,4 procent in 2018 (13,1 procent in 2017 en 8,6 procent in 2016). Het gaat in 2018 om 2,3 miljoen verzekerden. Per 2018 zijn 2 polissen met beperkende voorwaarden vervallen en is er een nieuwe bij gekomen. De verzekerden met de vervallen polissen kregen polissen zonder beperkende voorwaarden aangeboden en de meesten hebben die geaccepteerd. Bij de overige polissen met beperkende voorwaarden groeit het aantal verzekerden geleidelijk.

Aandeel verzekerden met polis met beperkende voorwaarden



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

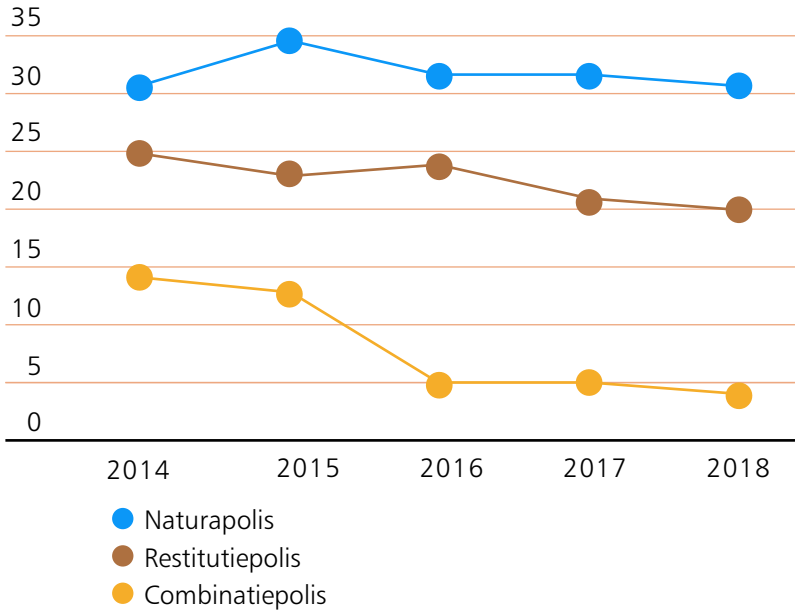
Basisverzekeringen in 2018

Het aantal verschillende polissen voor de basisverzekering is weer gedaald. Op dit moment zijn er 55 verschillende polissen op de markt (58 in 2017, 61 in 2016 en 71 in 2015). In 2018 zijn er 31 naturapolissen, 20 restitutiepolissen en 4 combinatiepolissen. Het aantal combinatiepolissen was in 2016 ten opzichte van 2015 sterk afgenomen. Verzekeraars hebben toen polissen inhoudelijk gewijzigd of beëindigd. Hierdoor veranderden combinatiepolissen in restitutie- of naturapolissen.

Welke veranderingen in het polis aanbod waren er in 2018?

Drie naturapolissen en twee restitutiepolissen worden in 2018 niet meer aangeboden. Daarnaast zijn er twee nieuwe natura-polissen bijgekomen. Een naturapolis is gewijzigd in een restitutie-polis en een combinatiepolis is gewijzigd in een naturapolis door aanpassingen in de voorwaarden.

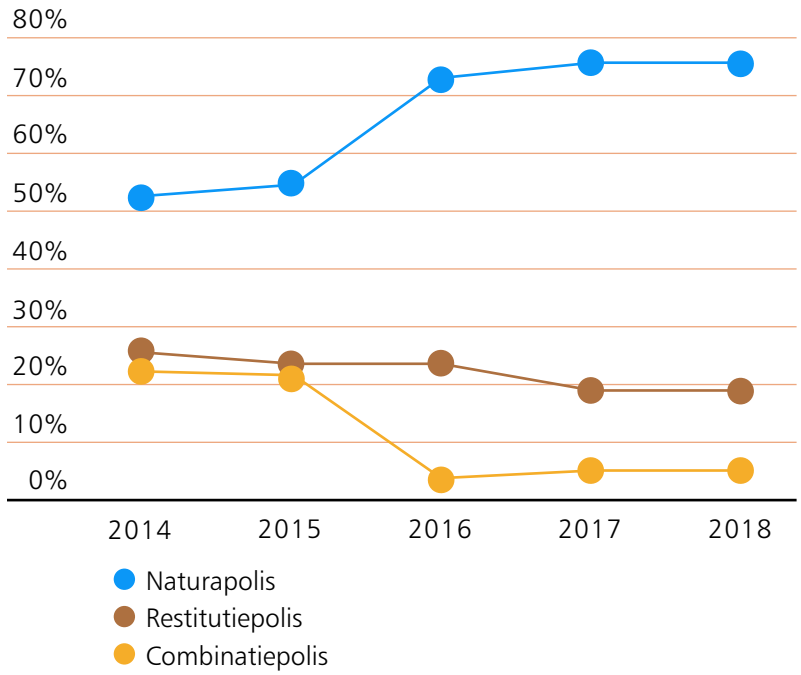
Welk soort polissen worden aangeboden?



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis, bijna 20 procent een restitutiepolis en 5 procent een combinatiepolis in 2018. Het zijn voornamelijk inhoudelijke wijzigingen van enkele polissen en dus niet het keuzegedrag van verzekerden die zorgen voor veranderingen in het aandeel verzekerden per soort polis. Dit geldt vooral voor 2016 en 2017.

Welk soort polis hebben verzekerden gekozen?



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

Aanvullende zorgverzekeringen

Voor veel zorg buiten het basispakket kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. Er geldt geen acceptatieplicht. Sinds enkele jaren wordt alleen nog een acceptatiebeleid toegepast bij de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen. De vergoedingen zijn meestal gemaximeerd op een bedrag of aantal behandelingen. In 2018 zijn 14,3 miljoen verzekerden aanvullend verzekerd. Dit is 83,7 procent van de verzekerden (84,3 procent in 2016, 84,1 procent in 2017). Het aandeel aanvullend verzekerden onder collectief en individueel verzekerden bleef vrijwel gelijk. Het aandeel collectief verzekerden met een aanvullende verzekering is 88,3 procent in 2018 (88,7 procent in 2017). Het aandeel individueel verzekerden met een aanvullende verzekering is 74,2 procent in 2018 (74,5 procent in 2017).

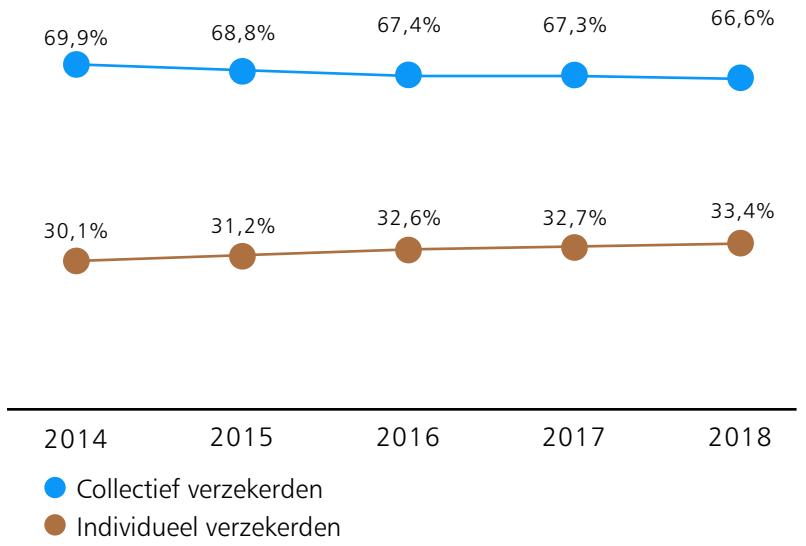
Vooral mondzorg is aanvullend verzekerd. Net als in 2016 en 2017 heeft ook dit jaar 72 procent van de aanvullend verzekerden een dekking voor mondzorg.

Vrijwel alle verzekerden met een aanvullende verzekering hebben deze bij dezelfde zorgverzekeraar als waar ze de basisverzekering hebben gesloten. Een zeer beperkt aantal verzekerden heeft de basis- en aanvullende verzekering niet bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten. Landelijk gaat het in 2018 om 0,15 procent van de aanvullend verzekerden (in 2017 was dit 0,14 procent).

Collectieve zorgverzekeringen

Ook dit jaar is ongeveer twee derde van de verzekerden via een collectiviteit verzekerd. Het aandeel is wel licht gedaald. Collectief verzekerden hebben in veel gevallen voordelen die ze als individueel verzekerde niet krijgen. Meestal een financiële korting. Er zijn verschillende soorten collectieve zorgverzekeringen. Een aantal is voor iedere burger toegankelijk (denk aan breed toegankelijke zoals bijvoorbeeld PMA) en een aantal niet (dit zijn met name werkgeverscollectiviteiten).

Aandeel collectief verzekerden



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

Het aantal verzekerden via een werkgeverscollectief stijgt van 5,9 miljoen in 2017 naar 6,2 miljoen in 2018 en is daarmee weer op het niveau van 2016. Het gaat om 53,9% van de collectief verzekerden in 2018 (51,7 procent in 2017, 54,6% in 2016). Zoals uit de volgende paragraaf zal blijken is het prijsvoordeel van collectieve zorg-verzekeringen in vergelijking met individuele zorgverzekeringen al een aantal jaren aan het dalen. Een collectieve zorgverzekering is dus wat

de prijs betreft minder aantrekkelijk geworden. Het aantal verzekerden via een patiëntenvereniging is ongeveer 83 duizend in 2018 (ongeveer 50 duizend van 2015 tot en met 2017). Via de collectieve contracten van gemeenten zijn in 2018 ruim 715 duizend mensen verzekerd (6,2% van de collectief verzekerden). In 2017 waren dit er ruim 685 duizend (6,0 procent van de collectief verzekerden). Gemeenten bieden inwoners met de laagste inkomens de gelegenheid zich collectief te verzekeren in een gemeentecollectiviteit. We vermoeden dat meeste gemeenten zo'n collectiviteit aanbieden, maar data hierover ontbreken. In 2018 zijn er Nederland in totaal 380 gemeenten en bijna 600 collectieve contracten tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Veel gemeenten bieden een keuze uit meer dan één collectief contract. Verzekerden van gemeentecollectiviteiten krijgen vaak korting op de premie van de basisverzekering en een voordeliger aanvullende verzekering. Ook kan het verplicht eigen risico in een aanvullende verzekering meeverzekerd zijn. Ongeveer 5,9 miljoen collectief verzekerden zitten bij andersoortige collectiviteiten (39,1% procent van de collectief verzekerden). In 2017 waren 4,8 miljoen verzekerden aangesloten bij een andersoortig collectiviteit.

Acceptatieplicht en risicosolidariteit

In Nederland hebben we een zorgverzekeringsstelsel dat voor iedereen toegankelijk en betaalbaar moet zijn. Daarom zijn zorgverzekeraars verplicht iedereen te accepteren tegen dezelfde prijs ongeacht leefstijl, leeftijd, inkomen of ziektehistorie. Zorgverzekeraars worden met behulp van de risicoverevening gecompenseerd voor verschillen in verwachte zorgkosten van verzekerden. Uit eerder onderzoek van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars geen verzekerden weigeren. In deze paragraaf bekijken we of er op andere manieren mogelijk sprake is van risicoselectie.

Hiervoor maken we gebruik van een standaard set indicatoren. We hebben gekeken naar jaren 2013 tot en met 2016. De resultaten hebben we vergeleken met de ontwikkelingen die we in de vorige periodes zagen. Daarnaast kijken we ook naar de ontwikkeling van de solvabiliteit van zorgverzekeraars.

We zien dat er op de zorgverzekeringsmarkt sprake is van deelmarkten. Zorgverzekeringen die zich richten op overstappers en zorgverzekeringen die zich richten op bestaande groepen verzekerden. Het onderscheid tussen deze groepen polissen neemt toe tot 2016. Er zijn aan de ene kant polissen met steeds ongezondere verzekerden. Deze polissen behalen een steeds negatiever vereveningsresultaat. Aan de andere kant zien we polissen met steeds gezondere verzekerden. Deze polissen behalen een steeds positiever vereveningsresultaat. Dit komt doordat nieuwe polissen op de markt zich richten op overstappers die vaak jonge en gezonde verzekerden zijn. Deze polissen behalen daardoor vaak goede resultaten in de verevening. Tegelijkertijd verliezen de bestaande "oude" polissen steeds meer verzekerden met een goed resultaat en hebben nieuwe verzekerden op deze polissen vaak een relatief slecht resultaat.

Binnen concerns middelen de resultaten elkaar uit. Concerns subsidiëren zo polissen onderling. Goede vereveningsresultaten op een polis worden ingezet om slechte resultaten te compenseren en worden niet alleen gebruikt om een lagere premie te vragen. We zien hiernaast dat sommige concerns steeds positievere resultaten behalen op de verevening terwijl andere concerns juist negatievere resultaten behalen. Op langere termijn kan dit problemen geven voor deze concerns.

Vanaf 2018 zijn in de risicoverevening verbeteringen doorgevoerd waarmee het probleem van de hiervoor geschetste deelmarkten

wordt aangepakt. In de risicoverevening is er een klasse toegevoegd voor gezonde verzekerden en is de overcompensatie voor hoger opgeleide verzekerden aangepast. Zo worden zorgverzekeraars vanaf 2018 nog beter gecompenseerd voor chronisch zieken. Dit zal het resultaatverschil tussen gezondere en ongezondere verzekerden verminderen. Het blijft belangrijk om deze risicoverevening steeds te actualiseren.

bij de analyse van de financiële resultaten hebben we gezien dat de gemiddelde solvabiliteit is gedaald. Geen enkele zorgverzekeraar komt eind 2017 onder de minimumbuffers die ze zelf hebben gesteld. Een te lage solvabiliteit leidt er toe dat maatregelen moeten worden genomen om deze weer omhoog te krijgen. Wanneer de zorgverzekeraar op de verzekerdenpopulatie zou gaan sturen kan dat onwenselijke gevolgen hebben voor de risicosolidariteit. We hebben geen signalen dat dit het geval is.

3.2 Prijs van de basisverzekering

De prijs van de basisverzekering bestaat uit twee delen. Een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet en een nominale premie. Een volwassen Nederlander betaalt in 2018 voor de basisverzekering gemiddeld € 1.750 per jaar via de inkomensafhankelijke bijdrage en gemiddeld € 1.308 per jaar aan nominale premie. Mensen betalen de nominale premie rechtstreeks aan hun verzekeraar. De zorgverzekeraar kan een korting geven op deze premie bij een collectieve zorgverzekering, bij het vooruitbetalen van de premie of bij het afsluiten van een vrijwillig eigen risico. Verzekerden betalen het eigen risico rechtstreeks aan de zorgverzekeraar. Er bestaan ook wettelijke eigen bijdrages. Deze worden rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaald.

Hoe is de nominale premie opgebouwd?

Wanneer zorgverzekeraars de premie voor het volgende jaar publiceren, maken ze ook bekend hoe de premie is opgebouwd. Daarbij gaan ze uit van ramingen van zorguitgaven, bedrijfskosten en reserve-afbouw. Met ingang van 2018 zijn de opslagen voor collectiviteitskortingen, eigen risicokortingen en oninbare premies apart vermeld. De nominale premie voor 2018 zonder kortingen die verzekeraars eind 2017 bekendmaakten was gemiddeld € 1.378. Hierbij zijn alle bedragen gewogen naar het aantal volwassen verzekerden per zorgverzekeraar in 2017.

Opbouw van de nominale premie 2018 (in euro's)

	2018
Rekenpremie VWS	1.324
Resultaat op zorgactiviteiten	-71
Bedrijfskosten incl. schadebehandelingskosten	79
Inzet beleggingsopbrengsten	-1
Onttrekking aan reserves	-49
Toevoeging aan reserves	1
Opslag winst	0
Opslag i.v.m. collectiviteitskortingen	73
Opslag i.v.m. korting vrijwillig eigen risico	19
Opslag i.v.m. oninbare premies	3
Overig opslag	-1
Overig	
Totaal basispremie	**1.378**

Bron: Zorgverzekeraars; uniform overzicht opbouw premie

Zorgverzekeraars nemen de laatste jaren een voorziening op om het volgende jaar de premie te verlagen. Bij de berekening van de premie voor 2018 zijn verzekeraars uitgegaan van ongeveer € 0,7 miljard (€50 per premiebetaler). In 2017 ging het om € 1,5 miljard (€ 111 per premiebetaler), in 2016 om € 2 miljard (€ 146 per premiebetaler) en in 2015 om € 1,4 miljard (€ 105 per premiebetaler). De nominale premie is daardoor voor de genoemde jaren minder dan kostendekkend vastgesteld.

Gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering

De gewogen gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering inclusief collectiviteitskortingen stijgt met 1,7% naar € 1.308 in 2018. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn buiten beschouwing gelaten.

Gemiddeld betaalde nominale premie per jaar (in €)

Soort polis	2014	2015	2016	2017	2018
Individueel verzekerden	1.137	1.195	1.229	1.314	1.332
Collectief verzekerden	1.080	1.142	1.186	1.272	1.296
Alle verzekerden	**1.098**	**1.158**	**1.201**	**1.286**	**1.308**

Het verschil tussen de duurste en goedkoopste polis is € 380 in 2018. Dat is 29 procent van de gemiddeld betaalde premie. De jaarpremie van de goedkoopste polis is € 1.126 en de duurste kost € 1.506. Er zijn dus grote prijsverschillen tussen polissen. Verzekerden doen er goed aan om kritisch te kijken naar zorgverzekeringen en deze te vergelijken aan de hand van hun eigen voorkeuren. Verzekerden betalen gemiddeld minder premie (inclusief collectiviteitskorting) voor een polis met beperkende voorwaarden dan voor de andere polissen. Daarnaast valt op dat verzekerden met restitutiepolissen vanaf 2015 gemiddeld minder betaalden dan verzekerden met gewone naturapolissen. Een oorzaak kan zijn dat de uitvoeringskosten lager zijn bij restitutiepolissen. Een andere mogelijke oorzaak is dat er sprake is van sterkere concurrentie op restitutiepolissen dan op naturapolissen.

Gewogen gemiddeld betaalde premie per polissoort (in euro's)

Soort polis	2014	2015	2016	2017	2018
Polis met beperkende voorwaarden	1.004	1.056	1.116	1.206	1.217
Combinatie (zonder polissen met beperkende voorwaarden)	1.116	1.148	1.221	1.271	1.280
Natura (zonder polissen met beperkende voorwaarden)	1.089	1.174	1.211	1.302	1.325
Restitutie	1.117	1.169	1.203	1.297	1.331
Alle polissen	**1.098**	**1.158**	**1.201**	**1.286**	**1.308**

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

Kortingen op de premie

Zorgverzekeraars mogen voor modelovereenkomsten die gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten, binnen dezelfde risicodrager geen verschillende premies vragen (verbod op premiedifferentiatie). Wel zijn er wettelijk geregelde kortingen op de premiegrondslag toegestaan, die als gevolg kunnen hebben dat verzekerden een verschillende premie betalen.

- Bij een collectieve zorgverzekering: de korting die de zorgverzekeraar hiervoor kan geven is in de Zorgverzekeringswet vastgelegd en is maximaal 10 procent. Bijna alle zorgverzekeraars bieden een collectiviteitskorting aan.

- Bij het afsluiten van een vrijwillig eigen risico: hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting op de premie. De korting verschilt per polis. De premiekorting kan oplopen tot € 300 op jaarbasis bij een vrijwillig eigen risico van € 500.

Korting bij collectieve zorgverzekeringen

De collectiviteitskorting op de basispremie is dit jaar gemiddeld 7,5 procent. Effectief gezien betalen collectief verzekerden in 2018 gemiddeld slechts 2,7 procent minder premie dan individueel verzekerden. Dit komt omdat de basispremie bij verzekeringen die ook met collectieve korting kunnen worden afgesloten (€ 1.401 in 2018) hoger ligt dan de basispremie van verzekeringen waarop geen collectieve korting mogelijk is (€ 1.332 in 2018).
De korting ten opzichte van individueel verzekerden is gedaald. Net als in andere jaren kiezen individueel verzekerden in 2018 vaker voor een polis met een lager dan gemiddelde basispremie. Een groot deel van de individueel verzekerden lijkt dus kritisch te kijken naar de premie bij hun keuze.

Opslag premie voor collectieve korting

Om een collectieve korting op een polis te kunnen geven, nemen zorgverzekeraars in de basispremie van die polis een opslag voor collectieve kortingen op. Alle verzekerden met die polis betalen deze opslag. Hoe meer collectieve korting op een polis wordt gegeven, hoe hoger de opslag is. Zo zijn er enkele polissen met alleen collectief verzekerden. Bij die polissen betalen verzekerden gemiddeld evenveel opslag als dat zij korting krijgen, zodat het voordeel van de collectieve korting gemiddeld nul is.
In 2018 worden 37 van de 55 modelpolissen ook met collectieve korting aangeboden. De 18 polissen waarbij geen collectieve korting mogelijk is bestaan uit alle soorten polissen (natura, restitutie, combinatie).

Gemiddelde premie collectief versus individueel verzekerden

		2014	2015	2016	2017	2018
Individueel verzekerden	Betaalde premie (= basispremie)	€ 1.137	€ 1.195	€ 1.229	€ 1.314	€ 1.332
Collectief verzekerden	Basispremie	€ 1.168	€ 1.232	€ 1.280	€ 1.373	€ 1.401
	Betaalde premie	€ 1.080	€ 1.142	€ 1.186	€ 1.272	€ 1.296
	Korting op basispremie	7,5%	7,3%	7,3%	7,4%	7,5%
	Korting t.o.v. individueel verzekerden	5,0%	4,4%	3,5%	3,2%	2,7%
Alle verzekerden	**Betaalde premie**	**€ 1.098**	**€ 1.158**	**€ 1.201**	**€ 1.286**	**€ 1.308**

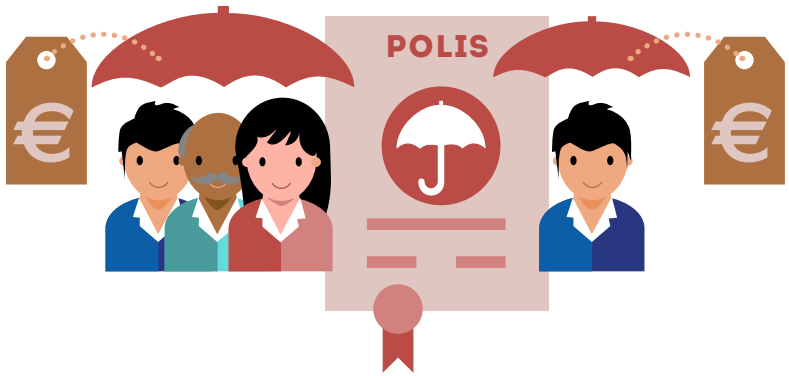
Bron: NZa op basis van Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag)

Gemiddeld betaalde premie voor polissen met of zonder mogelijkheid van collectieve korting

		2014	2015	2016	2017	2018
Polissen zonder mogelijkheid collectieve korting	Betaalde premie (= basispremie)	€ 1.081	€ 1.124	€ 1.147	€ 1.242	€ 1.246
Polissen die ook met collectieve korting worden aangeboden	Betaalde premie individueel verzekerden	€ 1.154	€ 1.231	€ 1.276	€ 1.377	€ 1.408
	Basispremie collectief verzekerden	€ 1.170	€ 1.238	€ 1.288	€ 1.382	€ 1.410
	Collectieve korting collectief verzekerden	€ 90	€ 95	€ 100	€ 109	€ 111
	Betaalde premie collectief verzekerden	€ 1.080	€ 1.142	€ 1.188	€ 1.272	€ 1.298
Alle polissen	**Betaalde premie**	**€ 1.098**	**€ 1.158**	**€ 1.201**	**€ 1.286**	**€ 1.308**

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

Uit de tabel blijkt dat verzekerden met een polis waarop geen collectieve korting mogelijk is, vanaf 2015 gemiddeld de laagste premie betalen. In 2018 is dat 1.246 euro per jaar. Voor een polis waarop wel collectieve korting mogelijk is betalen individueel verzekerden in 2018 gemiddeld 1.408 euro en collectief verzekerden 1.298 euro.



Collectieve korting en de opslag in de basispremie om de collectieve korting te financieren

		2014	2015	2016	2017	2018
Polissen die ook met collectieve korting worden aangeboden	Collectieve korting collectief verzekerden	€ 90	€ 95	€ 100	€ 109	€ 111
	Opslag collectieve korting in basispremie	€ 66	€ 72	€ 74	€ 84	€ 86
	Netto korting collectief verzekerden	€ 23	€ 23	€ 26	€ 25	€ 25

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

Collectief verzekerden krijgen in 2018 gemiddeld 111 euro korting, maar in hun basispremie is een opslag van gemiddeld 86 euro opgenomen om de collectieve korting mogelijk te maken, zodat een korting van 25 euro resteert. Deze 25 euro wordt dus betaald door de individueel verzekerden op deze polissen die ook met een collectieve korting worden aangeboden.

Prijsvoordeel collectieve versus individuele zorgverzekering

Collectieve zorgverzekeringen via de werkgever leveren gemiddeld het hoogste prijsvoordeel op. Het absolute prijsvoordeel is in 2018 opnieuw gedaald. In 2018 is de gemiddelde korting op werkgeverscollectiviteiten 8,9%. Ten opzichte van individueel verzekerden is het voordeel 4,2% ofwel 56 euro. De gemiddelde collectieve korting op gemeentecollectiviteiten is 5,9%, wat ten opzichte van individueel verzekerden een voordeel oplevert van 1,1% ofwel 14 euro.

Prijsvoordeel collectieve versus individuele zorgverzekering (in euro's)

Soort collectief	2014	2015	2016	2017	2018
Werkgevers	70	68	62	61	56
Patiëntenvereniging	46	46	39	38	39
Gemeente	50	42	35	32	14
Overig				35	24
Totaal	**57**	**52**	**43**	**42**	**36**

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

3.3 Samenvatting

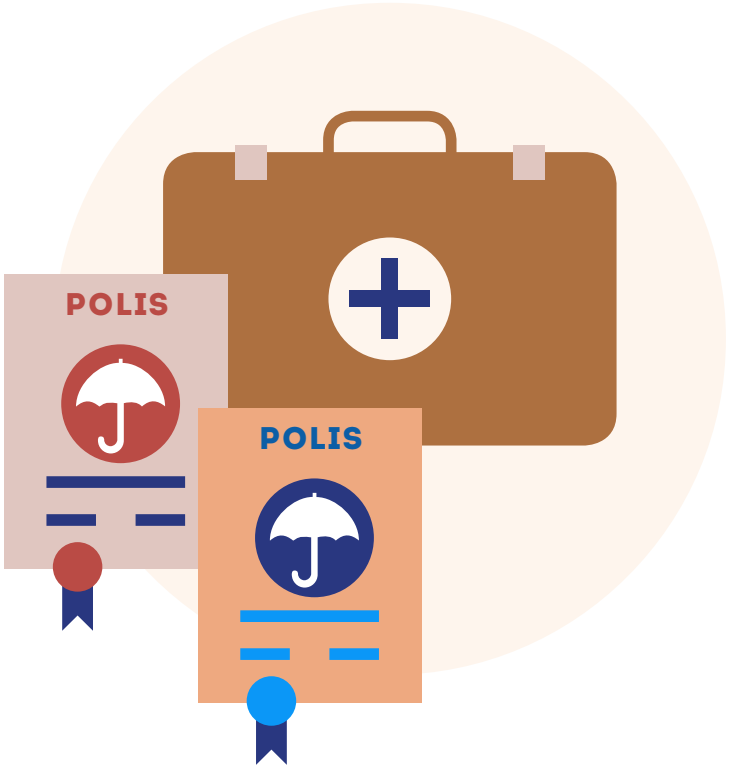
Het aantal verschillende polissen voor de basisverzekering daalde opnieuw, van 58 in 2017 naar 55 in 2018. In 2015 waren er nog 71 polissen. In 2018 zijn er 13 polissen met beperkende voorwaarden (14 in 2017, 13 in 2016). We zien in 2018 een kleine stijging van het aantal verzekerden met deze polissen.
De daling van het polisaanbod vereenvoudigt het kiezen tussen de verschillende polissen. Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis. En net als voorgaande jaren kiezen ongeveer 8 op de 10 verzekerden voor een aanvullende verzekering. De gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering stijgt in 2018 met 1,7 procent naar € 1.308 per jaar. Het verschil tussen de duurste en goedkoopste polis is € 380 in 2017. Dat is 29 procent van de gemiddeld betaalde premie.

Ruim 75% van de verzekerden heeft in 2018 een natura polis, net als vorig jaar. Ruim 83,7% van de verzekerden heeft ook een aanvullende verzekering. Vorig jaar was dat 84,1%.

Ook dit jaar is twee derde van de verzekerden collectief verzekerd. Het aandeel collectief verzekerden daalde met 0,7 procentpunt naar 66,6 procent in 2018 ten opzichte van 2017. In 2018 betalen collectief verzekerden gemiddeld 2,7 procent minder premie dan individueel verzekerden. In 2015 was dit nog 5 procent. Er is een dalende trend zichtbaar.

Bij de polissen waarop een collectieve korting op de premie mogelijk is, is een opslag in de basispremie opgenomen om de korting te financieren. Daardoor is het netto voordeel voor collectief verzekerden beperkt. Verzekerden met een polis waarop geen collectieve korting mogelijk is, betalen zelfs minder premie.

Het beeld van een toenemende opsplitsing in twee deelmarkten wat we in de marktscan zorg verzekeringsmarkt 2017 hebben geconstateerd zet zich zoals verwacht door in de cijfers. We zien wel dat er binnen concerns sprake is van kruissubsidiëring tussen winst en verliesgevende polissen. Zoals vorig jaar al aangegeven, zijn enkele parameters in het risicovereveningsysteem met ingang van 2018 aangepast. Daarom is op dit moment geen aangepast beleid nodig. Wel moet er gelet worden op de selectieve instroom en uitstroom van verzekerden. Dit zou op termijn de concurrentieverhoudingen kunnen verstoren.



4. De verzekerden

4.1 (on)verzekerden en wanbetalers

Verzekerden

In 2018 sloten 17,1 miljoen personen een basisverzekering af. Zo'n 14,3 miljoen personen sloten een aanvullende verzekering af.

Aantal verzekerden basis- en aanvullende verzekering (in mln.)

Soort verzekering	2014	2015	2016	2017	2018
Basisverzekering	16,7	16,8	16,9	17,0	17,1
Aanvullende verzekering	14,2	14,2	14,2	14,3	14,3

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

Onverzekerden

In Nederland is iedereen die blijvend in Nederland woont of arbeid verricht verplicht een zorgverzekering te hebben. In 2011 is begonnen met de actieve opsporing van onverzekerden (door middel van bestandsvergelijkingen). Sindsdien is het aantal onverzekerden jaarlijks gedaald. Op 31 december 2017 waren er 17.424 mensen zonder basisverzekering. Eind 2013 waren dat er nog 28.740 en in 2011 bijna 58.000. Gemoedsbezwaarden en militairen hoeven geen zorgverzekering af te sluiten en zijn niet in de cijfers opgenomen.

Aantal onverzekerden voor de basisverzekering

	2013	2014	2015	2016	2017
Onverzekerd per 31 december	28.740	29.454	24.269	22.960	17.424

Bron: De Staat van Volksgezondheid en Zorg, cijfers van het CAK

Wanbetalers

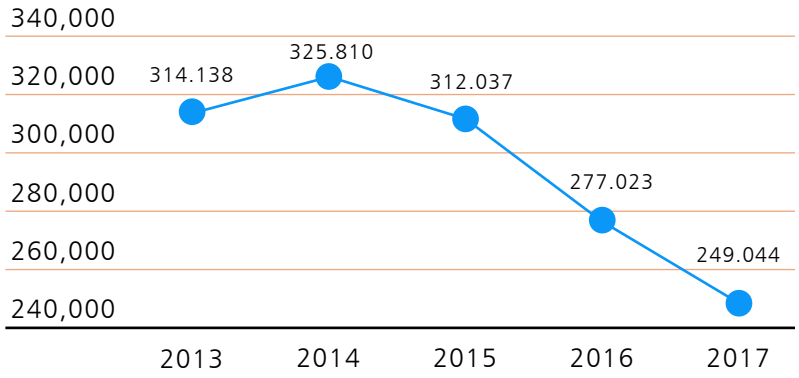
De wanbetalersregeling is bedoeld om het aantal mensen met premieachterstand terug te dringen. Daarnaast zijn ook afspraken gemaakt over het verzekerd houden van wanbetalers. Voor mensen die een betalingsregeling hebben met de zorgverzekeraar of in een schuldhulptraject zitten wordt de bestuursrechtelijke premie opgeschort. Zorgverzekeraars meldden wanbetalers tot eind 2016 aan bij het Zorginstituut Nederland voor het opleggen en innen van een bestuursrechtelijke premie. Per 2017 melden zorgverzekeraars wanbetalers aan bij het CAK. Het CAK heft en int de bestuursrechtelijke premie totdat:

- de wanbetaler al zijn schulden bij de zorgverzekeraar heeft voldaan,
- er al dan niet door tussenkomst van een schuldhulpverlener een afbetalingsregeling is getroffen,
- een stabilisatieovereenkomst is overeengekomen
- of indien er een wettelijk of minnelijk schuldtraject loopt en de nominale premie aan de zorgverzekeraar wordt betaald.

De mogelijkheid om uit het bestuursrechtelijk regime te stromen met een afbetalingsregeling die zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener tot stand is gekomen, bestaat sinds 1 juli 2016. Dit is opgenomen in de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen. Deze wet biedt tevens de grondslag om met een ministeriële regeling groepen aan te wijzen die direct uit kunnen stromen uit de wanbetalersregeling. De ministeriële regeling die dit mogelijk maakt voor bijstandsgerechtigden is op 8 juli 2016 in werking getreden.

Om de uitstroom te bewerkstelligen is er in eerste instantie gekozen voor de uitstroom van de groep bijstandsgerechtigden. Eén van de voorwaarden voor een bijstandsgerechtigde om uit de wanbetalersregeling te komen is dat deze zich aansluit bij de collectieve zorgverzekering voor minima (een gemeentecollectiviteit). Daardoor krijgt deze persoon vaak een collectiviteitskorting op de zorgverzekeringspremie en een voordeliger aanvullende verzekering. Ook kan het verplicht eigen risico worden meeverzekerd. De verzekerden worden afgemeld als aan de voorwaarden is voldaan.
Het aantal wanbetalers is gedaald van bijna 326.000 eind 2014 naar ongeveer 249.000 eind 2017, doordat zorgverzekeraars op grote schaal wanbetalers hebben afgemeld vanwege een betalingsregeling. Deze afmelding is mogelijk door de wetswijziging in 2016: wet verbetering wanbetalersmaatregelen.

Aantal wanbetalers aangemeld bij het CAK per 31 december



Bron: De Staat van Volksgezondheid en Zorg, cijfers van het CAK

4.2 Overstappen naar een andere zorgverzekeraar

Wanneer is er sprake van een overstap?

Verzekerden kunnen elk jaar veranderen van zorgverzekering. We hebben het over overstappen als een verzekerde de ene zorgverzekeraar verruilt voor de andere. Het maakt niet uit of de twee verzekeraars tot hetzelfde concern behoren. Als een groep collectief verzekerden in zijn geheel overstapt, dan wordt dit geteld als een overstap van elk groepslid. Er is geen sprake van een overstap als de verzekerde switcht tussen de labels van dezelfde zorgverzekeraar. De verzekerde zal dit zelf wel als een overstap ervaren.

Publicatiedatum premies van bestaande polissen

De overstapperiode loopt vanaf het moment dat verzekeraars hun hernieuwde voorwaarden van bestaande polissen en de bijbehorende premies publiceren tot 1 januari. Vervolgens kan tot 31 januari een nieuwe verzekering afgesloten worden. In 2017 moesten zorgverzekeraars uiterlijk 12 november hun premies voor 2018 bekendmaken aan hun verzekerden. Op grond van artikel 17 lid 7 Zvw. mag een premiewijziging pas zeven weken nadat deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld ingaan.

De meeste zorgverzekeraars hebben ook deze keer lang gewacht om hun premies te publiceren. DSW was opnieuw de eerste die zijn premie bekendmaakte: in september, een week na Prinsjesdag. De premie voor 2018 is voor 11 polissen op of enkele uren na de uiterste datum algemeen bekendgemaakt. Daaronder zijn 6 van de 13 polissen met beperkende voorwaarden die vooral op prijs concurreren.

De NZa heeft direct na 12 november onderzoek gedaan naar de te late publicatie van premies door één zorgverzekeraar. Hieruit bleek dat een deel van de verzekerden van deze zorgverzekeraar twee tot drie dagen te laat was geïnformeerd over de premie voor 2018. Ook de publicatie op de website had een dag te laat plaatsgevonden. Daarop heeft de zorgverzekeraar de verzekerden die te laat waren geïnformeerd gecompenseerd door de opzegtermijn met een week te verlengen en de nieuwe premie een maand later in te laten gaan.

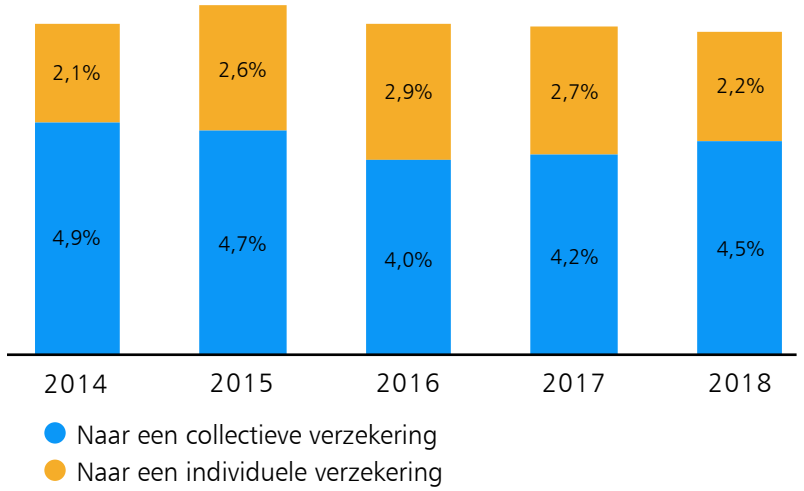
Vanaf het moment dat een polis wordt aangeboden moet de verzekeraar ook verdere informatie over de voorwaarden verstrekken aan de consumenten. Op initiatief van ZN doen de zorgverzekeraars dat met een uniforme 'Zorgverzekeringskaart' per polis. Deze is op grond van de Europese richtlijn verzekeringsdistributie (IDD) nu ook verplicht. Daarin is samenvattend opgenomen wat wel en niet verzekerd is en welke beperkingen er gelden. Ook is te zien of de zorgverzekeraar een beperkt aantal zorgaanbieders heeft gecontracteerd en wat de financiële gevolgen zijn als de verzekerde voor een niet-gecontracteerde aanbieder kiest. De zorgverzekeringskaarten bevatten verwijzingen naar nadere informatie per onderwerp. Met ingang van 2018 zijn voor de aanvullende verzekeringen ook zorgverzekeringskaarten beschikbaar.

Concerns waarin verschillende zorgverzekeraars vergelijkbare polissen aanbieden zijn verplicht een overzicht van die vergelijkbare polissen te publiceren.

Aantal overstappers

Consumenten bespaarden voor 2018 door over te stappen gezamenlijk € 44,2 miljoen aan premiegelden voor de basisverzekering (€ 61,5 miljoen in 2017). Toch stapt jaarlijks slechts een deel van de verzekerden over. In 2018 stapte 6,7 procent van de verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar (1,15 miljoen verzekerden). In 2017 stapten ongeveer 14.000 verzekerden meer over (6,8 procent van de verzekerden). In het overstapcijfer van 2018 hebben we de verzekerden die zijn overgegaan van VGZ naar IptiQ niet opgenomen, anders zou het overstappercentage 7,9% zijn in 2018. Collectiviteiten die met hun gehele verzekerdenportefeuille zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar zijn wel opgenomen in dit cijfer.

Percentage verzekerden die overstappen



Bron: NZa op basis van Vektis Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag en Vektis Aanlevering Verzekerden Gegevens, AVG.

Hoe gevoelig zijn burgers voor een premieverandering?

Tijdens de overstapperiode voor 2018 stapten consumenten iets minder vaak over dan in 2017. In de overstapperiode voor 2018 daalde de vraag naar een polis met 9 procent, als de premie van die polis met 10 procent steeg en de premie van andere polissen gelijk bleef. In 2017 daalde vraag in dat geval met 13%. Verzekerden zijn dus iets minder prijsgevoelig geworden.

Er is ook sprake van andere factoren dan enkel de prijs die voor verzekerden invloed hebben op de keuze om over te stappen. Denk hierbij aan de tijd die het kost om een andere zorgverzekeraar te zoeken of de onzekerheid die de keuze voor een nieuwe verzekeraar met zich mee brengt. Daarnaast kan de verzekerde ook gewoon tevreden zijn met zijn huidige zorgverzekeraar. Het is op zich geen probleem als verzekerden niet opstappen, zo lang als zij zich maar niet op grond van irreële overwegingen bij hun bestaande verzekeraar blijven.

Wij hebben in 2017 samen met de ACM een onderzoek gedaan naar de verschillen tussen basisverzekeringen en de keuzes van consumenten. De aanleiding is de veelgehoorde klacht dat consumenten 'door de bomen het bos niet meer zien'. Veel verzekerden hebben een basisverzekering waarvoor een goedkoper, vergelijkbaar alternatief bestaat. Het onderzoek toont niet aan wat de belangrijkste oorzaak hiervan is. Aannemelijk is dat het een combinatie van factoren betreft.

4.3 Eigen risico

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder hebben in 2018 een verplicht eigen risico van € 385 voor de basisverzekering. De eerste € 385 van hun zorgkosten moeten ze dus zelf betalen. In ruil voor een premiekorting kunnen ze daarnaast kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De maximale hoogte van het verplicht en vrijwillig eigen risico samen is dus € 885. Gemaakte zorgkosten komen eerst ten laste van het verplicht eigen risico, daarna van het vrijwillig eigen risico en pas daarna van de zorgverzekering. Een aantal zorgvormen is uitgesloten van het eigen risico, zoals huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg. Daarbij merken wij op dat er voor verschillende zorgvormen (zoals hoortoestellen en kraamzorg) een wettelijke eigen bijdrage geldt.

Sturen op preventie of effectieve zorg

Zorgverzekeraars mogen zelf besluiten dat bepaalde zorgkosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen. Het gaat dan om speciaal door de zorgverzekeraar aangewezen zorg-aanbieders, gezondheidsprogramma's, een geneesmiddel of een hulpmiddel.
Bij zeventien van de 23 zorgverzekeraars betalen verzekerden in 2018 geen verplicht eigen risico voor bepaalde zorg waarvoor ze gebruik-maken van een aangewezen zorgaanbieder. Elf zorgverzekeraars geven vrijstelling van het verplicht eigen risico voor de kosten van medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen. Acht zorgverzekeraars geven een vrijstelling wanneer een aangewezen geneesmiddel wordt gebruikt. De vrijstelling voor Fysiotherapie en GGZ bij aangewezen zorgaanbieders geldt maar voor één specifieke polis van één zorgverzekeraar. De programma's voor een aandoening zijn bij zes verzekeraars gericht op stoppen met roken. Bij één daarvan gaat het ook om de kosten van een diëtist bij een programma Beter Eten.

Zeventien zorgverzekeraars sturen via verplicht eigen risico

	2015	2016	2017	2018
Totaal aantal concerns	9	9	9	10
Totaal aantal zorgverzekeraars	25	25	24	23
Een vorm van sturing door:				
Aantal concerns	9	6	7	8
Aantal zorgverzekeraars	12	13	18	17
Aangewezen zorgaanbieder:				
Medisch specialistische zorg			1	1
Fysiotherapie				1
GGZ				1
Aangewezen zorg:				
Een programma voor een aandoening	1	1	1	6
Geneesmiddel	8	8	8	8
Medicatie beoordeling	11	12	12	11

Bron: NZa, polisvoorwaarden zorgverzekeraars

Vrijwillig eigen risico

Hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe meer premiekorting de verzekerde krijgt. De gemiddeld aangeboden premiekorting voor een vrijwillig eigen risico is in 2018 vrijwel onveranderd ten opzichte van 2017. Bij de meeste polissen is de premiekorting in 2018 gelijk aan 2017. (Bij één polis is de premiekorting voor het hoogste eigen risico flink verlaagd en bij twee polissen is de premiekorting licht verhoogd.)

Gemiddelde premiekorting naar vrijwillig eigen risico (in euro's)

Vrijwillig eigen risico	2014	2015	2016	2017	2018
€ 100	46	45	44	46	46
€ 200	90	88	86	87	88
€ 300	133	131	127	129	129
€ 400	178	175	169	173	172
€ 500	236	235	228	232	232

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)



Hoe verschillend zijn premiekortingen voor vrijwillig eigen risico? De hoogste en laagste kortingen die worden gegeven bij een vrijwillig eigen risico zijn in 2018 niet veranderd ten opzichte van 2017.

Er is een groot verschil tussen de laagste en de hoogste aangeboden korting voor het vrijwillig eigen risico. In 2018 kan de verzekerde bij een eigen risico van € 500 bij één polis € 150 korting per jaar en op vier andere polissen € 300 korting per jaar krijgen.

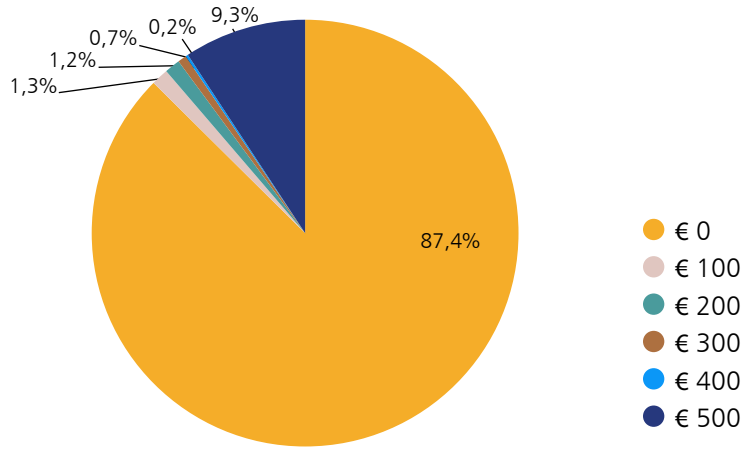
Hoogst en laagst aangeboden premiekorting (in euro's) in 2018

Vrijwillig eigen risico	Laagste korting	Hoogste korting
€ 100	30	72
€ 200	60	120
€ 300	90	165
€ 400	120	219
€ 500	150	300

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Meer verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico (in 2018 12,6%). Het maximaal vrijwillig eigen risico van € 500 wordt het meest gekozen. In 2018 kiest 9,3 procent van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico van € 500. In 2017 was dit 8,9%, in 2014 7,1 procent.

Verdeling verzekerden 18+ met een vrijwillig eigen risico in 2018



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

(Her)verzekering eigen risico

Bij een herverzekering van het eigen risico hoeft de verzekerde geen eigen risico te betalen als hij zorg ontvangt. Hij betaalt daarvoor extra premie via een aanvullende verzekering. Vanaf 2017 is er voor het vrijwillig eigen risico geen sprake meer van (her)verzekering. De zorgverzekeraars zijn hiermee gestopt na de oproep daartoe van de minister van VWS. Herverzekering van het verplicht eigen risico wordt maar voor enkele (risico)doelgroepen aangeboden, zoals gemeentecollectiviteiten voor minima, seizoenarbeiders, expats en zeevarenden.

Het aandeel verzekerden met een herverzekering van het verplicht eigen risico is 2,4 procent in 2018. In 2016 en 2017 was dit 1,8 procent. Per februari 2018 zijn er 329.177 verzekerden die een (her)verzekering hebben voor het verplicht eigen risico. Die groep bestaat voor 69 procent uit minima en voor 30 procent uit buitenlandse seizoenarbeiders, de rest wordt gevormd door expats en zeevarenden. De toename in 2018 zit zowel bij de minima als bij de buitenlandse seizoenarbeiders. In 2018 herverzekeren 2 zorgverzekeraars het verplicht eigen risico van buitenlandse seizoenarbeiders. In 2017 was dat er 1. In 2017 en 2018 (her)verzekeren 6 zorgverzekeraars het verplicht eigen risico van minima. Het aantal minima dat daarvan gebruik maakt steeg van 192 duizend in 2017 naar 227 duizend in 2018.

4.4 Samenvatting

Het aantal mensen zonder basisverzekering is in 2017 gedaald. Eind 2017 waren er ongeveer 17 duizend onverzekerden, eind 2016 waren dat er nog 23 duizend. Het aantal wanbetalers is in 2017 sterk gedaald naar ongeveer 249 duizend personen. Ook in 2016 was al een sterke daling zichtbaar. De aanpassing in de wanbetalersregeling in 2016 heeft hieraan bijgedragen.

Voor 2018 zijn de premies van 11 polissen op de laatst mogelijke dag of zelfs daarna bekendgemaakt. Voor 2017 waren er 26 polissen waarvan de premie op de uiterste datum bekend werd gemaakt. De NZa heeft actie ondernomen naar een zorgverzekeraar die de premie van enkele polissen na de uiterste datum bekend heeft gemaakt. Alhoewel een late publicatie van premies kan wijzen op scherpe prijsconcurrentie vinden wij het voor verzekerden wel van belang dat die tijdig worden geïnformeerd over wijzigingen in hun premie of polisvoorwaarden. Daarbij is het voor een eerlijke concurrentie noodzakelijk dat zorgverzekeraars de uiterste datum niet overschrijden.

In totaal bespaarden verzekerden € 44,2 miljoen euro aan premiegelden in 2018 door over te stappen. Dat is gemiddeld € 39 per overstapper. Overstappers bespaarden daarmee minder aan premiegelden dan in 2017. Het aandeel overstappers naar een andere verzekeraar daalde van 6,85 procent in 2017 naar 6,71 procent in 2018.

Bij zeventien zorgverzekeraars betalen verzekerden geen verplicht eigen risico voor bepaalde zorg waarvoor ze gebruikmaken van een specifieke zorgaanbieder of die door de verzekeraar is aangewezen. De zorgverzekeraar stuurt verzekerden naar aanbieders waarvan hij vindt dat deze doelmatiger en efficiëntere zorg leveren. Dit is een goede ontwikkeling.

Het aandeel verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico is ook in 2018 gestegen. In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangen verzekerden een korting op de premie. De aangeboden gemiddelde premiekorting is in 2018 vrijwel gelijk aan 2017 (€ 232 euro korting bij € 500 vrijwillig eigen risico). De premiekorting varieert sterk tussen verschillende polissen.

In 2018 heeft 2,4 procent van de verzekerden een herverzekering voor het verplicht eigen risico. Het gaat dan met name om minima en buitenlandse seizoenarbeiders.

5. Thema's 2018

5.1 Inleiding

Naast de standaardindicatoren die in deze monitor jaarlijks worden opgenomen nemen we ook vaak thema's op die op dat moment actueel zijn. Dit jaar hebben we gekozen voor de volgende onderwerpen:

- **Niet gecontracteerde zorg**: recent zijn er in de rechtspraak ontwikkelingen geweest die gevolgen hebben voor de zorgverzekeringsmarkt.
- **Polisaanbod**: en aanzien van het polisaanbod zijn op dit moment diverse ontwikkelingen gaande. Zo is recent artikel 31 van de regeling informatieverstrekking ingevoerd. Daarnaast heeft de minister de NZa om advies gevraagd over de mogelijke verschillen tussen polissen.
- **Adviesrol van en zorgbemiddeling door zorgverzekeraars**: Wachttijden zijn een actueel thema. De NZa is bezig om maatregelen te treffen om deze te beperken. Zorgverzekeraars kunnen hier middels een goede invulling van hun bemiddelingsrol aan bijdragen. Daarnaast heeft VWS de NZa gevraagd aandacht te besteden aan de adviesrol van en de zorgbemiddeling door zorgverzekeraars.

5.2 Niet gecontracteerde zorg

De zorgverzekeraar heeft een regierol in het zorgstelsel. Deze vult hij ten behoeve van zijn verzekerden in door middel van de zorginkoop. De zorginkoop is noodzakelijk voor de zorgverzekeraars om voor hun natura-verzekerden te kunnen voldoen aan hun zorgplicht. Vandaar dat contractering en dan met name de niet gecontracteerde zorg hoog op de politieke agenda staat. Naar aanleiding van de hele discussie rond niet gecontracteerde zorg hebben veldpartijen-onderzoeksbureau Arteria gevraagd een onderzoek te doen naar de niet gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. De Minister van VWS heeft onderzoeksbureau Arteria vervolgens gevraagd onderzoek te doen naar niet gecontracteerde zorg in de GGZ. Uit deze onderzoeken blijkt dat de niet gecontracteerde zorg in deze sectoren qua omvang weliswaar beperkt is, maar wel flink groeit. Met het oog op de discussie rond niet gecontracteerde zorg hebben we eerder aangegeven dat wat ons betreft het afsluiten van contracten voor beide partijen zou moeten lonen.1 Eventuele acties zouden daarop gericht moeten worden.

Voor deze monitor zijn met de vier grote zorgverzekeraars gesprekken gevoerd. Zij wijzen er allen op dat het probleem van niet contracteren alleen bij wijkverpleging en GGZ speelt. De contracteergraad daalt in deze twee sectoren. Een enkele zorgverzekeraar wijst ook op een lagere contracteergraad bij de revalidatiezorg. Dit laatste heeft te maken met een stijging van het aantal zelfstandige behandelklinieken die revalidatiezorg leveren.

Verschillende zorgverzekeraars zijn in een rechtszaak verwikkeld rondom niet gecontracteerde zorg en het hinderpaalcriterium. Zo liep er in 2018 een rechtszaak tegen Zilveren Kruis over het machtigingsvereiste en cessieverbod bij de wijkverpleging.

1 **'Samenwerken voor de beste zorg'**

Daarnaast heeft de NZa twee handhavingsverzoeken ontvangen ten aanzien van de vergoedingen voor niet gecontracteerde zorg. Deze verzoeken betreffen de hoogte van de vergoeding, of die in overeenstemming is met wat in de modelovereenkomst is bepaald en of een machtigingseis voor niet gecontracteerde zorg is toegestaan.

Onderzoeken wijkverpleging en ggz

In het afgelopen Regeerakkoord is een passage opgenomen die luidt: "We onderzoeken op welke wijze het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg verhelderd en versterkt kan worden." Met het oog hierop zijn door onderzoeksbureau Arteria twee onderzoeken gedaan voor de sectoren wijkverpleging en ggz. Daarnaast hebben wij een onderzoek gedaan naar de contractering in de wijkverpleging.

Voor de wijkverpleging constateert Arteria in het onderzoek "Niet gecontracteerde zorg in de wijkverpleging" van 13 december 2017 dat de niet gecontracteerde zorg de afgelopen periode is gestegen. Arteria constateert dat niet gecontracteerde aanbieders hogere kosten maken per patiënt. Vektis heeft hierop onderzocht of deze hogere kosten kunnen worden verklaard door verschillen in de gezondheidstoestand van de cliëntenpopulaties. Uit dit onderzoekt blijkt dat de hogere kosten hierdoor niet kunnen worden verklaard.

Niet gecontracteerde zorg wijkverpleging

Bedrag in miljoenen	**2015**	**2016**	**2017**
Gecontracteerd	€ 2.743,7	€ 2.357,3	€ 1.257,6
Niet-gecontracteerd	€ 36,9	€ 104,3	€ 83,5
% niet-gecontracteerd van het totaal	1,3%	4,2%	6,2%

Bron: Arteria, 2017 (ten tijden van rapportage nog niet volledig uitgedeclareerd)

Voor de ggz constateert Arteria in haar onderzoek "Niet gecontracteerde Geestelijke gezondheidszorg" van 4 juli 2018 dat de niet gecontracteerde zorg in de ggz is gestegen. De kosten van niet-gecontracteerde ggz zijn bij een aantal diagnoses hoger (verslavingen aan alcohol, aan overige middelen, somatoforme stoornissen (lichamelijke klachten zonder onderliggende lichamelijke ziekte) en restgroep diagnoses), bij andere diagnoses vergelijkbaar of lager. Patiënten ervaren volgens het onderzoek niet of nauwelijks verschillen in doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg tussen een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij de zorgaanbieders zijn de meningen op dit punt verdeeld. Een enkele zorgverzekeraar geeft aan dat door het ontbreken van duidelijke zorgstandaarden zorgverzekeraars hun vermoedens over minder doelmatige en kwalitatieve zorg bij een aantal zorgaanbieders moeilijk hard kunnen maken.[2]

2 Kamerbrief over onderzoek niet gecontracteerde zorg ggz van 17 juli

Niet gecontracteerde zorg ggz

Bedrag in miljoenen	2014	2015	2016
Niet-gecontracteerd	128	148	187
% niet-gecontracteerd van het totaal	4,4%		6,3%
Aantallen patiënten	6,1%		8,5%

Bron: gebaseerd op data in rapport Arteria, Vektis 2018)

In zowel het hoofdlijnenakkoord ggz als die van de wijkverpleging heeft VWS afspraken gemaakt met de brancheorganisaties om het contracteerproces te verbeteren en niet gecontracteerde zorg tegen te gaan. Het kabinet overweegt aanvullende maatregelen. Het Kabinet zal de Tweede Kamer over de afspraken met brancheorganisaties en de aanvullende maatregelen in het najaar informeren.

Recente jurisprudentie

De vergoeding van een zorgverzekeraar voor geleverde zorg aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt ingevuld door het zogenoemde hinderpaalcriterium, dat voortvloeit uit artikel 13, lid 1, Zvw. Iedereen heeft recht op een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Voor verzekerden is het echter lastig om te achterhalen wanneer er sprake is van een hinderpaal.

De Hoge Raad[3] heeft in de zaak CZ-Momentum de vuistregel aangenomen dat geen sprake is van een feitelijke hinderpaal als de zorgverzekeraar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vaststelt op 75-80 procent van het gemiddeld gecontracteerde tarief. De NZa volgt in haar toezicht deze vuistregel. Van lagere vergoedingen moet de zorgverzekeraar kunnen onderbouwen waarom er geen sprake is van een hinderpaal. Hierbij kan worden meegewogen of de zorgverzekeraar gebruik maakt van een hardheidsclausule. Verzekerden kunnen daarop een beroep doen als zij vinden dat er in hun geval sprake is van een hinderpaal.

Toch leidt ook deze vuistregel regelmatig tot discussies en rechtszaken over de invulling ervan. Met name over het begrip gemiddeld gecontracteerd en vergoedingen onder de 75% is wel eens onduidelijkheid. Recent heeft een rechter in de zaak De Friesland-GGZ Forte aangegeven dat het aan de zorgverzekeraar is om aan te tonen dat er geen sprake is van een hinderpaal, zodra de vergoeding onder de 75-80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief komt.[4] De rechtbank overweegt dat het gaat om het bedrag dat de verzekerde zelf aan de zorg dient bij te dragen en of dit een belemmering vormt om naar de niet gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De rechter stelt dat ook de "minst draagkrachtigen" niet mogen worden verhinderd door het bedrag. De rechtbank stelt de maximale hinderpaal zonder een verder inhoudelijke onderbouwing op 500 euro, wat gelijk is aan het maximale vrijwillig eigen risico.

Een week eerder kwam het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden echter tot een andere conclusie.[5] Het Hof oordeelde dat bij de invulling van het vergoedingspercentage dient te worden uitgegaan van de gemiddelde ("modale") patiënt en niet van de minst verdienende en minst vermogende patiënt. Hier koppelt het Hof geen maximaal bedrag aan vast, zoals de rechter een week later wel deed.

3 ECLI:NL:HR:2014:1646

4 ECLI:NL:RBNNE:2018:245

5 ECLI:NL:GHARL:2018:710

Een andere zaak betreft die van de Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze tegen VGZ en Menzis. In deze zaak is het de vraag of bij alle vormen van zorg een vergoedingspercentage van 75% moet worden gehanteerd en of daarbij kan worden uitgegaan van het gemiddeld gecontracteerde tarief of dat een andere maatstaf moet worden genomen. Hierbij wordt betoogd dat tenminste een reële prijs moet worden vergoed.

Ook heeft Zilveren Kruis recent bij de rechtbank[6] een zaak tegen Stichting Zorgrecht verloren en deze later in hoger beroep[7] gewonnen. Het betrof de vraag of een machtigingsvereiste en een cessieverbod dat Zilveren Kruis in de polisvoorwaarden had opgenomen voor niet gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg rechtmatig was. Het Hof concludeerde dat Zilveren Kruis voldoende heeft onderbouwd waarom zij beide heeft opgenomen in de polisvoorwaarden. Voor het Hof woog zwaar dat bij spoedeisende zorg telefonisch afgeweken kan worden van een machtiging. Voor wat betreft het cessieverbod wijst het Hof op het gegeven dat het een kenmerk is van niet gecontracteerde zorg dat de rekening naar de patiënt gaat. Opvallend bij deze casus is dat de rechtbank en het Hof tot tegenovergestelde conclusies komen. In deze zaak is door Stichting Zorgrecht inmiddels een bodemprocedure gestart.

Onderzoek NZa vergoeding niet gecontracteerde zorg

Naar aanleiding van enkele klachten en handhavingsverzoeken dit jaar hebben we onderzocht of zorgverzekeraars vergoeden wat ze in hun polisvoorwaarden hebben opgenomen voor niet gecontracteerde zorg (persbericht Nza van 16 augustus 2018). We hebben onderzoek gedaan bij 6 zorgverzekeraars. We hebben een steekproef genomen van alle declaraties voor niet-gecontracteerde ggz en fysiotherapie in 2017. Daarvan is nagerekend welk deel van de nota verzekerden vergoed kregen. Dit is vervolgens vergeleken met de polisvoorwaarden.

Uit het onderzoek is gebleken dat twee zorgverzekeraars niet exact vergoedden wat ze in hun polisvoorwaarden hebben opgenomen als verzekerden naar een fysiotherapeut gingen die geen contract had met hun zorgverzekeraar. De twee zorgverzekeraars zijn hierop aangesproken en hebben hun werkwijze aangepast.

We hebben ook gezien dat het voor verzekerden moeilijk is om vooraf te achterhalen wat ze precies zelf moeten betalen als ze naar een zorgaanbieder willen die geen contract heeft met hun zorgverzekeraar. We vinden het belangrijk dat verzekerden dit inzicht vooraf wel hebben. Daarom gaan we in gesprek met de zorgverzekeraars om te bekijken hoe verzekerden vooraf beter inzicht kunnen krijgen in hun eigen betalingen als ze ervoor kiezen om naar een zorgaanbieder te gaan die geen contract heeft met hun zorgverzekeraar.

Ook is er een handhavingsverzoek ingediend wat onder meer ziet op de machtigingsvereiste voor niet gecontracteerde zorg. Er loopt over dit handhavingsverzoek momenteel een beroepszaak bij het College voor Beroep en bedrijfsleven. De vraag of een machtigingsvereiste alleen mag worden gesteld bij niet gecontracteerde zorg speelt ook in de procedure tussen Stichting Zorgrecht en Zilveren Kruis.

6 ECLI:NL:RBMNE:2018:750
7 ECLI:NL:GHARL:2018:6229

5.3 Polisaanbod

De afgelopen overstapperiode was er discussie over de omvang van het polisaanbod. Het gaat dan met name over 'kloonpolissen' of (nagenoeg) gelijke polissen en collectiviteiten. Hierdoor zou er mogelijk sprake zijn van een te groot aanbod.

Zorgverzekeraars bieden gemiddeld 2,4 modelovereenkomsten aan. Meestal een natura en een restitutiepolis, daarnaast wordt dan vaak een concurrerende modelovereenkomst al, dan niet met beperkende voorwaarden aangeboden. Dit is op zich niet bijzonder veel. Wel zien we hierbij enkele opvallende zaken.

Gelijke of nagenoeg gelijke polissen

Een deel van de polissen die op het oog verschillend lijken, zijn inhoudelijk gelijk of nagenoeg gelijk wat betreft de te verzekeren prestaties (natura of restitutie) en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Wanneer wij kijken naar de polissen die op deze onderdelen gelijk zijn, zien we dat er op deze onderdelen slechts 34 daadwerkelijk verschillende model-overeenkomsten op de markt zijn. Daarnaast zijn er ook model-overeenkomsten die op deze onderdelen slechts minimaal van elkaar verschillen. Dit kan leiden tot schijnkeuze. De NZa heeft daarom per 1 november 2017 alle zorgverzekeraars verplicht om op hun website een overzicht te plaatsen van identieke of nagenoeg gelijke polissen binnen hun concern. Voor de vraag of er sprake is van gelijke polissen sluit de NZa aan bij het verbod op premiedifferentiatie (artikel 17 lid 2 Zvw).

Zorgverzekeraars geven over de (nagenoeg) gelijke polissen aan dat hier goede redenen voor zijn. Zo kan er verschil worden gemaakt in doelgroep, distributie, mogelijkheid van contact (digitaal of anders). Zorgverzekeraars geven aan dat merkbeleving en distributiekanaal belangrijk zijn voor verzekerden. Ook kijken verzekerden naar het complete pakket dat wordt aangeboden (basisverzekering en aanvullende verzekering). Daarbij kan de basisverzekering weinig verschillen, maar de aanvullende verzekering juist veel.

Naar aanleiding hiervan heeft De Minister ons gevraagd om een theoretisch kader te ontwikkelen met kenmerken op basis waarvan een premieverschil kan worden gelegitimeerd. We hebben dit jaar een theoretische analyse (adviesrapport duiding verschillen tussen polissen) uitgevoerd op basis van drie typen kenmerken: bedrijfsvoering, marketing en distributie en productdifferentiatie. Uit de analyse blijkt dat er voor alle kenmerken voor- en nadelen zijn bij het wel of niet toestaan van premiedifferentiatie. Wij vragen ons af in hoeverre meer mogelijkheden tot premiedifferentiatie, tot een verbetering van het keuzeproces voor de verzekerde kunnen leiden. Meer mogelijkheden tot premiedifferentiatie leiden namelijk ook tot een groter polisaanbod. Daarbij is het de vraag of het voor verzekerden wel voldoende duidelijk is wat de verschillen tussen de polissen zijn.

In onderzoek wat wij in 2017 samen met ACM hebben uitgevoerd constateren wij dat er nog ruimte is voor zorgverzekeraars om zich verder te onderscheiden zodat er voor verzekerden daadwerkelijk wat te kiezen is. Minister Bruins heeft hierop verzekeraars opgeroepen dat ze hun polisaanbod substantieel zullen verminderen en meer onderscheidend maken. In 2020 wordt de voortgang hiervan gemeten.

Collectiviteiten

In 2018 hebben 17 van de 23 zorgverzekeraars meer dan 40 procent collectief verzekerden. Collectieve zorgverzekeringen zijn (net als

individuele zorgverzekeringen) gebaseerd op een modelovereenkomst, wat voor verzekerden vaak niet duidelijk is. Per 1 november 2017 is de aangepaste Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten ingegaan. Zorgverzekeraars die een collectiviteits-overeenkomsten sluiten, zijn daardoor verplicht om informatie over collectiviteiten te verstrekken aan burgers. Ook worden zij verplicht om ervoor te zorgen dat collectiviteiten met wie zij een collectiviteits-overeenkomst hebben gesloten duidelijk maken op welke model-overeenkomst en welke zorgverzekeraar de collectiviteit betrekking heeft. Dit moet het voor burgers eenvoudiger maken om collectieve polissen te vergelijken met individuele polissen.

Begin 2018 hebben we de naleving van de nieuwe verplichting gecontroleerd. Zie onze brief "acties NZa voor en tijdens over-stapperiode 2017-2018" van 23 maart 2018. Daaruit blijkt dat zorgverzekeraars transparantie over collectiviteiten op hun agenda hebben staan en dat zij zich bewust zijn van hun rol. Praktisch komt het er op neer dat zorgverzekeraars een algemene bepaling over transparantie hebben opgenomen in de contracten met al hun collectiviteiten. Verder zien wij dat een enkele zorgverzekeraar zijn afspraken met een specifiek collectief heeft aangepast wanneer er sprake is van een collectiviteit die zich positioneert als een zorgverzekeraar met een eigen modelovereenkomst. Eigenlijk voldeden zorgverzekeraars al voor de invoering van artikel 31 aan de verplichtingen zoals gesteld in artikel 31. Slechts in een enkel geval hebben zorgverzekeraars aanvullende maatregelen getroffen.

We zijn kritisch op de meerwaarde van collectiviteiten. Om een collectiviteit een waardevolle toevoeging aan het zorgstelsel te laten zijn, zou tegenover collectiviteitskorting ook zorginhoudelijke afspraken moeten staan. Dit is in de praktijk nauwelijks het geval. In een aantal gevallen worden wel afspraken gemaakt over bijvoorbeeld preventie of afspraken voor minima. Zie ook onze adviesbrief over zorginhoudelijke afspraken collectiviteiten van 19 december 2017. Daaruit blijkt dat de ruimte om zorginhoudelijke afspraken te maken binnen de reikwijdte van de Zvw beperkt is. Daarnaast bestaat het vermoeden dat een aantal collectiviteiten de inzichtelijkheid van het aanbod bemoeilijken. Dit is met name het geval wanneer collectiviteiten zich voordoen als zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars voeren hierop aan dat er voor verzekerden wel degelijk voordelen zijn zoals extra vergoedingen in de aanvullende verzekering, preventie-afspraken en andere extra's. Zorgverzekeraars vinden wel dat collectiviteiten toegevoegde waarde moeten hebben voor de verzekerde. Er bestaan echter verschillen van inzicht over de invulling van die meerwaarde. De ene zorgverzekeraar vindt dat er inhoudelijke afspraken over bijvoorbeeld preventie moeten worden gemaakt terwijl de andere zorgverzekeraar van mening is dat collectiviteiten voor iedereen toegankelijk moeten zijn. Andere zorgverzekeraars zien weer geen meerwaarde in deze vrije collectiviteiten en zien meer in collectiviteiten homogene groepen waar dan specifieke afspraken voor kunnen worden gemaakt.

Ook is er discussie over de maximale hoogte van de collectieve korting. De korting wordt nu vaak niet gerechtvaardigd door besparingen in bijvoorbeeld gezamenlijke zorginkoop of veel minder administratieve lasten, terwijl het wel de solidariteit tussen verzekerden aantast. De korting voor collectief verzekerden wordt uiteindelijk opgebracht door de verzekerden zelf doordat de zorgverzekeraar een opslag toepast bij de berekening van de premiegrondslag.

Minister Bruins wil dat zorgverzekeraars een einde maken aan deze fictieve korting en dat zij collectieve zorgverzekeringen niet langer louter gebruiken als marketinginstrument. Om deze eis kracht bij te zetten halveert de minister met ingang van 2020 de maximale wettelijke korting die verzekeraars mogen geven voor een collectiviteit van 10% naar 5%. Ook verplichten wij de verzekeraars om duidelijk aan te geven op welke modelovereenkomst een collectiviteit gebaseerd is. Het moet daarmee voor de verzekerden direct duidelijk zijn over welke polis het gaat, zodat de verzekerde eenvoudiger alternatieven kan vergelijken.

5.4 Adviesrol zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars bieden verzekerden indien gewenst zorgadvies (wachtlijstbemiddeling, advieskeuze zorgaanbieder) aan. Hieronder vallen diensten als wachttijdbemiddeling en keuzeadvisering van zorgaanbieders. Ook activiteiten als het geven van leefstijladvies of het geven van tips voor een afspraak bij de arts vallen onder zorgadvies. Dergelijke activiteiten komen in de praktijk echter maar zelden voor en worden hier daarom verder niet behandeld.

Wachttijdbemiddeling en advies zijn op dit moment actueel vanuit de wachttijdproblematiek. Zorgverzekeraars hebben hier een rol om te zorgen dat hun verzekerden tijdig zorg krijgen. Van zorgverzekeraars verwachten we dat ze ook bij de zorginkoop aandacht besteden aan de wachttijden. In de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg hebben we hierop controles uitgevoerd. In de medische-specialistische zorg en de wijkverpleging hebben we gesprekken gevoerd. Op basis van de uitkomsten nemen we zo nodig in de tweede helft van 2018 aanvullende maatregelen.

Naast de zorginkoop verwachten wij dat zorgverzekeraars hun wachtlijstbemiddeling op professionele wijze uit voeren, zodat de patiënt niet onnodig lang hoeft te wachten op zorg. De patiënt houdt uiteindelijk zelf de verantwoordelijkheid om te kiezen voor een bepaalde aanbieder. In diverse regelingen hebben we opgenomen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders mensen, die op een wachtlijst terecht komen, erop moeten wijzen dat er een mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling is. Ook zorgkantoren zetten zich in om beter zichtbaar te worden. In de geestelijke gezondheidszorg zien we dat meer mensen informatie krijgen over wachtlijstbemiddeling en daar ook meer gebruik van maken.

Uit de monitor overstapseizoen 2017-2018 van Nivel blijkt dat de verzekerden die van zorgbemiddeling (het betreft dan met name wachttijdbemiddeling) gebruik maken tevreden zijn over deze dienstverlening.
In gesprekken heeft een aantal zorgverzekeraars aangegeven terughoudend te zijn met het actief benaderen van verzekerden. Zij geven aan dat uit onderzoek en pilots blijkt dat de meeste verzekerden hier niet positief tegenover staan. Het wordt als teveel bemoeizucht ervaren. Ook vanuit privacy-oogpunt kleven hier bezwaren aan.

Volgens het onderzoek van Nivel weet meer dan de helft van de verzekerden niet dat zij van zorgadvies gebruik kunnen maken. Dit komt deels doordat veel verzekerden niet op zoek zijn naar zorg. Dit beeld lijkt bevestigd te worden doordat de bekendheid bij 65-plussers aanzienlijk groter is dan bij jongere verzekerden. Voor degenen die dit wel weten is de website van de zorgverzekeraar de belangrijkste informatiebron. In 2017 heeft ongeveer 10% van de verzekerden gebruik gemaakt van zorgadvies.

Zorgverzekeraars zijn zich bewust van de relatieve onbekendheid en zij zoeken naar manieren om de bekendheid van zorgadvies te vergroten. Alle zorgverzekeraars vermelden zorgadvies op hun websites. Om zorgadvies onder de aandacht te brengen wordt daarnaast door diverse verzekeraars gebruik gemaakt van mailingen, banners, magazines en mediacampagnes. Het effect hiervan is nog niet structureel gemeten, maar lijkt volgens de zorgverzekeraars vooralsnog beperkt.

Uit interviews met een aantal zorgverzekeraars blijkt dat de rol van de huisarts bij zorgbemiddeling vaak onderbelicht is. Deze zou een grotere rol kunnen spelen om de patiënt te kunnen wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling. Zorgverzekeraars zien hier nog kansen. Al geven ze ook aan dat de huisartsen dit niet als een prioriteit zien. Soms zijn huisartsen ook niet bekend met het bestaan van de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling.

Naast de zorgbemiddeling geven zorgverzekeraars andere adviezen. Deze hebben bijvoorbeeld betrekking op de pakketkeuze inclusief aanvullend pakket, keuze eigen risico en de (financiële) gevolgen van de keuze voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar geeft hier algemene informatie over op websites of bijvoorbeeld magazines/nieuwsbrieven. Individuele (keuze) informatie wordt op verzoek van de verzekerde gegeven.

Zorgverzekeraars bieden apps voor het inzien van declaraties, stand eigen risico en het indienen van declaraties. Daarnaast zijn er ook apps voor gezondheidsadvies, bijvoorbeeld CZ ‘App de Dokter’, FBTO ‘De Dokter’, Menzis ‘Samen gezond’, Zilveren kruis ‘De Vakantiedokter’.

5.5 Conclusie

Niet gecontracteerde zorg staat in de belangstelling. Problemen spelen met name bij de sectoren wijkverpleging en GGZ. Opvallend is dat verschillende zorgverzekeraars te maken hebben met juridische procedures. Ook bij de NZa lopen diverse handhavings-verzoeken. We zien dat de jurisprudentie onvoldoende is uitgekristalliseerd en dat diverse rechters tegengestelde uitspraken doen. Ook rondom het machtigingsvereiste en cessieverboden is er nog onvoldoende duidelijkheid. Dit brengt onzekerheid met zich mee voor de verzekerde. De verzekerde weet niet op welke vergoeding hij recht heeft als hij kiest voor een niet gecontracteerde aanbieder. Dat is onwenselijk. Het zou duidelijk moeten zijn waar een verzekerde aan toe is wanneer hij of zij kiest voor niet gecontracteerde zorg.

Bovendien leiden sommige uitspraken er toe dat het verschil tussen niet gecontracteerde en gecontracteerde zorg kleiner wordt (eisen die worden gesteld aan en de vergoeding die wordt gegeven voor niet gecontracteerde zorg). Dit heeft direct gevolgen voor de sturingsmogelijkheden die zorgverzekeraars hebben. Dit vormt een bedreiging voor het stelsel omdat de inkooprol van de zorgverzekeraar hierdoor wordt aangetast. Uitgangspunt moet zijn dat contracteren voor beide partijen loont. Dit is op het moment gezien de forse groei van de niet gecontracteerde zorg in de wijkverpleging en de GGZ onvoldoende het geval.

Wij vinden dat verzekerden echt iets te kiezen moeten hebben als zij een zorgverzekering afsluiten. Op dit moment zien we veel polissen die gelijk of nagenoeg gelijk zijn, bijvoorbeeld doordat binnen concerns (nagenoeg) gelijk polissen tegen verschillende premies worden aangeboden door verschillende verzekeraars

binnen een concern. Ook bestaan er collectiviteiten die inhoudelijk weinig toevoegen voor verzekerden. Dit vindt de NZa onwenselijk. Naast dat er iets te kiezen moet zijn, is het belangrijk dat burgers worden geholpen bij het maken van keuzes ten aanzien van hun zorgverzekering. Dit begint bij duidelijke en vindbare informatie. De komende overstapperiode zal de NZa aandacht besteden aan de vindbaarheid van informatie.

Zorgverzekeraars bieden zorgbemiddeling en zorgadvies aan. Dit is een belangrijke taak, omdat de zorgverzekeraar hiermee kan zorgen dat zijn verzekerden tijdig zorg krijgen. We constateren dat zorgverzekeraars zich vooral reactief opstellen en wachten tot verzekerden contact opnemen. De NZa is momenteel bezig met een onderzoek naar de aanpak van wachttijden voor medisch specialistische zorg, ggz, ambulancezorg en wijkverpleging. Bemiddeling door zorgverzekeraars speelt hier een belangrijke rol in. De rol van huisartsen bij zorgbemiddeling is nog onderbelicht. Wij denken dat de huisarts bij zorgbemiddeling een prominentere rol kan spelen. Hij is namelijk als poortwachter en doorverwijzer de spil in het zorgproces. De huisarts kan bijvoorbeeld verwijzen naar de zorgverzekeraar voor wachttijdbemiddeling of advies over welke zorgaanbieder de beste zorg levert.



Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

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

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

Vormgeving
Taluut

Bijlagen

Monitor Zorgverzekeringen 2018

Inhoud

Bijlage 1: Definities en begrippen Monitor Zorgverzekeringen 2017

Bijlage 2: Update basisindicatoren risicosolidariteit/ risicoselectie

Bijlage 3: Analyse kruissubsidie tussen polissen zorgverzekeringsconcerns

Bijlage 1. Definities en begrippen Monitor Zorgverzekeringen 2018

In deze bijlage is weergegeven hoe de belangrijkste cijfers en tabellen in de Monitor Zorgverzekeringen 2018 tot stand zijn gekomen. Onderstaand overzicht toont het hoofdstuk van de marktscan waar het begrip of cijfer voor de eerste keer in de hoofdtekst voorkomt.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
Algemeen		Basisverzekerden, premiebetalers, 18+-verzekerden of volwassen verzekerden, AV-verzekerden.	NZa via Vektis van Zorgverzekeraars: Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	In de tekst wordt gerefereerd aan drie begrippen voor het terugrekenen van cijfers naar verzekerden: - Basisverzekerden zijn alle mensen met een basisverzekering (BV). - Premiebetalers, 18+-verzekerden of volwassen verzekerden: Veel getallen berekenen we alleen voor het aantal volwassen verzekerden, omdat consumenten onder de 18 geen premie betalen. - AV-verzekerden: Dit zijn de mensen met een aanvullende verzekering (AV). Dit aantal is kleiner dan het totaal aantal basisverzekerden, omdat een aanvullende verzekering niet verplicht is.
Algemeen		Verzekerden-aantallen	NZa via Vektis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	Voor veel indicatoren in de marktscan worden verzekerdenaantallen gebruikt. Bijvoorbeeld bij het berekenen van gewogen gemiddelden en om cijfers terug te rekenen naar een bedrag per verzekerde. Daar waar dit is gedaan, is niet apart de bron voor de verzekerdenaantallen genoemd.
1.	1	Overzicht zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars melden o.a. aanvang, beëindiging, fusies, naamswijziging bij de NZa.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
2.	1	Labels	Algemeen	Dit is het merk of de handelsnaam waaronder een zorgverzekering wordt aangeboden.
3.	1	Volmacht	Algemeen	Een (model)polis van een zorgverzekeraar kan ook worden aangeboden door een gevolmachtigd agent van die zorgverzekeraar. De gevolmachtigd agent sluit de overeenkomst (al dan niet via een tussenpersoon) voor rekening en risico van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar blijft zelf risicodrager.
4.	1	Marktaandelen concerns	NZa via Vektis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	Cijfers zijn berekend op basis van verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar en geaggregeerd op concern niveau. De vier grote concerns zijn Achmea, VGZ, CZ en Menzis. De overige concerns zijn DSW-SH, ONVZ, Zorg en Zekerheid, ASR, IptiQ en Eno.
5.	1	Concentratie (HHI landelijk en per provincie)	NZa via Vektis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	De Herfindahl Hirschman Index (HHI) berekenen we op basis van de verzekerdenaantallen. In tegenstelling tot het berekenen van marktaandelen, sluiten we hier verzekerden die in het buitenland wonen uit. De HHI is de som van de kwadraten van alle relatieve marktaandelen x 10.000. We hebben de HHI berekend op het niveau van de zorgverzekeringsconcerns zowel landelijk als per provincie. Er is gekeken op concernniveau omdat op dit niveau zorg wordt ingekocht (en bij sommige concerns als inkoopcombinatie van concerns).
6.	2	Resultaten risicoverevening	Algemeen	De resultaten over de laatste twee jaren zijn nog voorlopig. Er kunnen nog zorgnota's worden gedeclareerd en de ex ante bijdragen zijn nog deels gebaseerd op voorlopige opgaven van verzekerdenkenmerken door de zorgverzekeraars.
7.	2	Resultaat ex ante risicoverevening	NZa (op basis van data van het Zorginstituut,	De bedragen volgen rechtstreeks uit de bron: (ex ante deelbijdragen – werkelijke kosten) / verzekerden 18+ betreffend jaar

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
			vaststelling vereveningsbijdrage)	De ex ante deelbijdragen zijn bepaald op basis van verzekerdenkenmerken, waarbij voor ieder kenmerk per verzekerde een vooraf een bepaald bedrag is vastgesteld. Kenmerken zijn bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en chronische aandoeningen.
8.	2	Ex post compensaties zorgkosten	NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage)	De bedragen volgen rechtstreeks uit de bron: ex post compensaties zorgkosten / aantal verzekerden 18+ Ex post compensaties vormen een risicoverevening achteraf op basis van gerealiseerde zorgkosten. Hierbij gaat het nog maar om een beperkt aantal zorgkosten die moeilijk vooraf te voorspellen zijn (vaste kosten), zoals de kosten van bepaalde dure geneesmiddelen in ziekenhuizen.
9.	2	Resultaat verplicht eigen risico	NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage) Werkelijke schade t.l.v. verplicht eigen risico: Jaar- en kwartaalstaten zorgverzekeraars Zvw	De bedragen volgen rechtstreeks uit de bronnen. Resultaat eigen risico = werkelijke schade t.l.v. verplicht eigen risico minus geraamde opbrengst normatief eigen risico. De geraamde opbrengst normatief eigen risico wordt bij de vaststelling van de risicoverevening in mindering gebracht op de bijdrage die de zorgverzekeraars krijgen voor zorgkosten. De opbrengst normatief eigen risico wordt ex-ante bepaald op basis van verzekerdenkenmerken. Vanaf 2018 wordt daarbij rekening gehouden met de kosten per verzekerde over de voorafgaande drie jaren, waardoor de ex-ante vaststelling nauwkeuriger wordt.
10.	2	Exploitatie-resultaat BV	NZa op basis van de door de	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: exploitatieresultaat BV / aantal verzekerden 18+ BV

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
			zorgverzekeraars gepubliceerde “Jaarcijfers Basisverzekering”	De Jaarcijfers Basisverzekering bestaan uit diverse posten die in de tabel per verzekerde 18+ zijn weergegeven. Aanpassing cijfers ten opzichte van de vorige marktscan: Bij de post ‘Voorziening lagere premie volgend jaar’ waren door ons niet de juiste posten uit de Jaarcijfers basisverzekering geselecteerd. Wij hadden daar de post bestemming resultaat ‘Lagere premie in volgend jaar’ opgenomen in plaats van de ‘voorziening voor de lagere premie volgend jaar’, die feitelijk ten laste van het resultaat komt. Bij enkele zorgverzekeraars was er verschil tussen de twee posten. Er is een kleine correctie verwerkt in de post ‘Mee- en tegenvallers ten opzichte van de ramingen in voorgaande jaren’ in 2015.
11.	2	Inkomsten BV	1. Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2. Rijksbegroting VWS 2018	Nominale premies op basis Gegevensvraag verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag: Met het aantal individueel en collectief verzekerden 18+ gecombineerd met de premies en collectieve kortingen per polis is het totaal van de nominale premies berekend, inclusief collectieve kortingen, exclusief andere kortingen. Eigen risico en Vereveningsbijdragen uit het zorgverzekeringsfonds: In de begroting van VWS is hiervoor jaarlijks een raming opgenomen en zijn bedragen uit voorgaande jaren waar mogelijk bijgesteld op basis van gerealiseerde bedragen. Voor 2018 hebben wij de cijfers aangepast, omdat na opstelling van de begroting van VWS is besloten het eigen risico niet te verhogen. Bron voor de aanpassing zijn de berekeningen van VWS in de notitie Bepaling macro-deelbijdragen 2018. die ten grondslag liggen aan de bedragen

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
				die zijn opgenomen in de Regeling risicoverevening 2018.
12.	2	Zorguitgaven BV per verzekerde 18+	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde 'Jaarcijfers Basisverzekering'	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering exploitatieresultaat BV / aantal verzekerden 18+ BV De zorguitgaven zijn per verzekerde 18+weergegeven voor het lopende jaar, inclusief de ramingen van zorgverzekeraars voor nog te ontvangen declaraties en exclusief de afloop van ramingen uit voorgaande jaren.
13.	2	Bedrijfskosten BV per verzekerde 18+	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde 'Jaarcijfers Basisverzekering'	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: bedrijfskosten / aantal verzekerden 18+ BV Toelichting acquisitiekosten: Acquisitiekosten zijn zowel middellijke als onmiddellijke kosten die betrekking hebben op het sluiten van verzekeringsovereenkomsten. Zij bestaan uit variabele kosten in verband met het afsluiten of vernieuwen van deze overeenkomsten, maar ook salariskosten van loondienstagenten. Acquisitiekosten kunnen bestaan uit zowel provisies (aanbrengprovisie) als overige kosten (bijvoorbeeld reclamekosten).
14.	2	Reclamekosten BV, totaal en per verzekerde 18+	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde "Jaarcijfers Basisverzekering"	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: totale reclamekosten kosten per verzekerde: reclamekosten / aantal verzekerden 18+ BV
15.	2	Solvabiliteit	Zorgverzekeraars; Jaarcijfers Basisverzekering	De bedragen van vereiste en aanwezige solvabiliteit onder Solvency II zijn als aparte posten weergegeven in de door de zorgverzekeraars vanaf 2014 gepubliceerde Jaarcijfers Basisverzekering.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
				Solvabiliteitsratio = (aanwezige solvabiliteit / minimaal vereiste solvabiliteit) * 100%
16.	3	Polissen met beperkende voorwaarden	NZa, bestand Modelovereenkomsten	Er is geen sluitende definitie voor polissen met beperkende voorwaarden. Voor het onderzoek is daarom gekeken naar zorgpolissen met bepaalde beperkende kenmerken: – selectieve contractering van zorgaanbieders; – een relatief lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, minder dan 75%; – de verplichting om geneesmiddelen online te bestellen bij een bepaalde aanbieder.
17.	3	Vergoedings-percentage voor niet-gecontracteerde zorg	NZa, bestand Modelovereenkomsten	De vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg volgen uit de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars.
18.	3	Aantal en percentage verzekerden met polis met beperkende voorwaarden	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Percentage verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden = (aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden / totaal aantal verzekerden) x 100% Het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden komt rechtstreeks uit de bron Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag.
19.	3	Aantal polissen basisverzekering	NZa, bestand Modelovereenkomsten	De NZa beschikt over een bestand met alle modelovereenkomsten voor de basisverzekering van 2006 tot heden. Dit bestand is gebruikt om te kijken hoeveel en wat voor polissen er op de markt zijn. Het bestand is gebaseerd op de

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
				publicaties door zorgverzekeraars van hun polisvoorwaarden en premies per modelovereenkomst. De modelovereenkomst is eigenlijk het model van de polisvoorwaarden van een bepaalde zorgverzekering. We noemen dit in de marktscan kortweg 'polis' of 'basispolis'.
20.	3	Aantal aangeboden polissen naar soort polis	NZa, bestand Modelovereenkomsten	Het bestand modelovereenkomsten bevat per polis een identificatie van soort polis op basis van de polisvoorwaarden: natura, restitutie, combinatie.
21.	3	Percentage verzekerden per gekozen soort polis	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Aantal verzekerden per soort polis / totaal aantal verzekerden
22.	3	Percentage aanvullend verzekerden	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Percentage aanvullend verzekerden = (aantal verzekerden AV / aantal verzekerden BV) * 100% Tevens gespecificeerd naar individueel en collectief verzekerden.
23.	3	Aanvullend verzekerden met en zonder mondzorg	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Aantal volgt direct uit de data. Percentage: Aantal verzekerden AV met c.q. zonder mondzorg / aantal verzekerden AV
24.	3	Aanvullend verzekerd bij andere verzekeraar	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Een aantal verzekerden heeft alleen de aanvullende verzekering afgesloten bij een bepaalde zorgverzekeraar en de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
				Percentage: aantal betreffende verzekerden / totaal aantal verzekerden AV
25.	3	Percentage collectief en individueel verzekerden	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Percentage collectief c.q. individueel verzekerden = (som van aantal collectief c.q. individueel verzekerden per polis / som van totaal aantal verzekerden per polis) (Met polis is ook hier de modelovereenkomst bedoeld.)
26.	3	Soort collectiviteit	NZa uitvraag Collectiviteiten	De soorten collectiviteiten die de NZa in de uitvraag collectiviteiten heeft benoemd: werkgevers, patiëntenvereniging, gemeentecollectiviteit, pseudo-collectiviteit (ook wel als “overige” aangeduid).
27.	3	Aantal en percentage verzekerden per soort collectiviteit	NZa uitvraag Collectiviteiten	Aantal verzekerden per soort collectiviteit volgt direct uit de uitvraag. Percentages naar soort collectiviteit berekend op basis van de specificatie in de uitvraag.
28.	3	Percentage collectief verzekerden per zorgverzekeraar (collectiviteits-graad)	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar = (aantal collectief verzekerden / totaal verzekerden per zorgverzekeraar)*100%, We hebben vervolgens de afzonderlijke zorgverzekeraars ingedeeld naar categorie 0-20%, 20 – 40%, etc. en in de marktscan beschreven hoeveel verzekeraars meer dan 40% collectief verzekerden hebben.
29.	3	Risicoselectie	Kenmerken per verzekerde voor de risicoverevening.	De NZa gebruikt een set basisindicatoren voor het monitoren van signalen van risicoselectie. Deze zijn voor het eerst gepresenteerd in juni 2015 (NZa, 25 juni 2015). De set van basisindicatoren is voor het eerst toegepast op concern- en

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
				polisniveau voor de jaren 2010 tot en met 2013. De resultaten van deze analyse zijn in januari 2016 gepubliceerd (NZa, 29 januari 2016). Met een kwalitatief onderzoek is nadere duiding gegeven aan de kwantitatieve analyse. Deze bevindingen kwamen in september 2016 uit (NZa, 26 september 2016). Nu hebben we de kwantitatieve analyses geactualiseerd op basis van gegevens over de jaren 2013 tot en met 2016.
30.	3	Inkomensafhankelijke bijdrage	Rijksbegroting VWS 2018	De gemiddeld per volwassen verzekerde te betalen inkomensafhankelijke premie is rechtstreeks afkomstig uit de bron: Rijksbegroting VWS 2018, Figuur 6 op pagina 206.
31.	3	Opbouw nominale basispremie	Zorgverzekeraars; uniform overzicht opbouw premie	Zorgverzekeraars publiceren de opbouw van hun nominale premie voor het komende jaar tegelijk met het bekend maken van hun premie en op uniforme wijze. De NZa heeft ook inzicht in het aantal premiebetalende verzekerden per zorgverzekeraar. In combinatie daarmee kunnen voor de marktscan een aantal berekeningen worden gemaakt, waaronder een specificatie van de gewogen landelijk gemiddelde premieopbouw. Het betreft uiteraard ramingen. Het totaal van de geraamde basispremie in het overzicht is de nominale premie zonder aftrek van collectieve en andere kortingen.
32.	3	Gemiddeld betaalde nominale premie	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Met het aantal individueel en collectief verzekerden 18+ gecombineerd met de premies en collectieve kortingen per polis is een gewogen gemiddelde berekend van de betaalde premie per polis inclusief collectieve kortingen, exclusief andere kortingen.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
			2e bestand NZa Modelovereenkomsten	
33.	3	Gemiddelde betaalde premie per polissoort	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Idem als hierboven, maar dan per polissoort. De indeling in vier categorieën betekent wel iets voor de interpretatie van de uitkomsten. We hebben apart de gemiddelde prijs gedefinieerd van de polissen met beperkende voorwaarden. De polissen met beperkende voorwaarden zijn in feite naturapolissen. Alleen in 2015 betreft het ook twee combinatiepolissen en in 2016 één combinatiepolis.
34.	3	Prijs individuele versus collectieve verzekeringen	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Basispremie, betaalde premie en collectieve korting. Voor individueel verzekerden is de betaalde premie gelijk aan de basispremie. Collectief verzekerden betalen de basispremie minus collectieve korting. Input op polisniveau voor de berekening: - premiegrondslag (basispremie) - aantal verzekerden 18+ individueel - aantal verzekerden 18+ collectief - gemiddelde collectieve korting voor collectief verzekerden
35.	3	Prijsvoordeel collectieve verzekeringen per soort collectiviteit	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Berekening gaat als volgt: Gemiddeld betaalde nominale premie individueel verzekerden - gemiddeld betaalde nominale premie collectief verzekerden (naar soort collectiviteit) Input (uit al beschreven indicatoren):

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
			2e bestand NZa Modelovereenkomsten 3e NZa uitvraag Collectiviteiten	- gemiddeld betaalde premie individueel verzekerden (Modelovereenkomsten en Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag) - gemiddelde korting per soort collectiviteit (uitvraag Collectiviteiten) Het betreft ook hier gewogen gemiddelden op basis aantal verzekerden * betaalde premie c.q. collectieve korting. Met ingang van 2017 heeft de NZa de uitvraag collectiviteiten uitgebreid met collectiviteiten via gemeenten (voor mensen met een laag inkomen). In vorige jaren vielen deze collectiviteiten onder 'Overig '.
36.	3	Gemiddelde premie van polissen met en zonder collectieve koritng	1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	De berekening is in principe gelijk aan die bij "Prijs individuele versus collectieve verzekeringen". Maar nu is onderscheid gemaakt tussen polissen die met en zonder mogelijkheid van collectieve korting worden aangeboden.
37.	3	Opslag collectieve korting	1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Zorgverzekeraars die op een polis collectieve korting geven verhogen voor de financiering daarvan de basispremie met een opslag voor collectieve korting. Wij hebben voor de polissen waarbij collectieve korting mogelijk is de opslag voor collectieve kortingen berekend. Opslag collectieve korting = totaalbedrag collectieve korting / totaal aantal premiebetalers

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
38.	4	Aantal verzekerden	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Het aantal verzekerden basisverzekering en aanvullende verzekering komt rechtstreeks uit de bron.
39.	4	Aantal onverzekerden	De Staat van Volksgezondheid en Zorg, cijfers van het CAK	Aantallen zijn rechtstreeks overgenomen uit de bron. https://www.staatvenz.nl/ De aantallen in de oudere jaren wijken iets af van de aantallen in onze vorige marktscans. Daarin waren de jaaroverzichten van Zorginstituut Nederland de bron.
40.	4	Aantal wanbetalers	De Staat van Volksgezondheid en Zorg, cijfers van het CAK	Aantallen zijn rechtstreeks overgenomen uit de bron. https://www.staatvenz.nl/ De aantallen in de oudere jaren wijken iets af van de aantallen in onze vorige marktscans. Daarin waren de jaaroverzichten van Zorginstituut Nederland de bron.
41.	4	Publicatiedatum premie	Zorgverzekeraars; persberichten, websites	Voor de publicatiedatum van de premie per polis hebben we de websites van zorgverzekeraars, persberichten en nieuwsberichten gemonitord, o.a. met behulp van nieuws-alerts.
42.	4	Overstappen loont; besparing premie door overstappen	premiegrondslag: bestand NZa Modelovereenkomsten betaalde premie en aantal verzekerden: Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit	Som van (prijs per polis en contractsoort jaar t * aantal verzekerden 18+ per polis en contractsoort jaar t) - som van (prijs per polis en contractsoort jaar t * aantal verzekerden 18+ per polis en contractsoort jaar t-1) Contractsoort: individueel of collectief verzekerd Een verschil in aantal verzekerden tussen jaar t en jaar t-1 wordt geëlimineerd door het aantal verzekerden verschil op te nemen tegen gemiddelde premie.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
			en Keuzegedrag	
43.	4	Prijsgevoeligheid	Formule prijsgevoeligheid: NZa-researchpaper: *Measuring consumer premium elasticities in health insurance: A new approach* (2007) Premiegrondslag: bestand NZa Modelovereenkomsten Betaalde premie (P) en aantal verzekerden (x): Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	De definitie van prijsgevoeligheid komt uit het genoemde NZa-researchpaper. We gebruiken onderstaande formule uit dit paper: $$\varepsilon^*(\alpha) = -\frac{\sum_{l=1}^{N}\sum_{k=i,g} P_{k,l}(x_{k,l,t} - x_{k,l,t+1})}{\frac{1}{2}\sum_{l=1}^{N}\sum_{m=1}^{N}\frac{x_{i,l,t}}{P_{i,l}}((P_{i,l} - P_{i,m})^2 + \alpha(P_{i,l} - P_{g,m})^2) + \frac{x_{g,l,t}}{P_{g,l}}(P_{g,l} - P_{g,m})^2}$$ De formule vullen we met de andere bronnen zoals die genoemd staan. Voor een nadere uitleg wordt verwezen naar het researchpaper.
44.	4	Aantal overstappers	Vektis / VECOZO en Gegevensvraag	M.i.v. 2014 op basis geaggregeerde cijfers uit AVG (Aanleveren Verzekerden Gegevens) waarin de zorgverzekeraars hun verzekerdenmutaties aanleveren.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
			Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Percentage: Berekening op basis uitstroom en instroom van verzekerden per zorgverzekeraar van 31 december jaar t-1 op 1 januari jaar t. Afgezet tegen totaal aantal verzekerden op peilmoment 1 januari 00:00 uur. Verdeling naar individueel en collectief verzekerden voor alle jaren op basis van de verhoudingen van overstappers in de Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag.
45.	4	Sturing met eigen risico	NZa; polisvoorwaarden en websites zorgverzekeraars	Aan de hand van de polisvoorwaarden en websites van zorgverzekeraars is vastgesteld of een zorgverzekeraar het eigen risico inzet als sturingsinstrument door bepaalde zorg of zorgaanbieders aan te wijzen waarvoor geen eigen risico geldt (naast de wettelijk van het eigen risico vrijgestelde zorgprestaties). Het aantal zorgverzekeraars dat sturing toepast in 2017 is aangepast van 14 naar 18. Binnen een concern bleken nog 4 zorgverzekeraars sturing toe te passen. Ook in de specificaties van de wijze van sturing zijn aanpassingen gedaan, maar deze hebben per saldo geen effect op de cijfers.
46.	4	Gemiddelde premiekorting vrijwillig eigen risico	bestand NZa Modelovereenkomsten	We berekenen een ongewogen gemiddelde van alle polissen, om een beeld te vormen van de geboden korting. De exacte prijzen van polissen en eigen risicokortingen zijn bekend uit de premie-tabellen die de zorgverzekeraars publiceren. Ontbrekende prijzen, als een bepaalde categorie eigen risico niet wordt aangeboden bij een verzekering, zijn niet meegeteld in de berekening.
47.	4	Spreiding premiekorting vrijwillig eigen risico	bestand NZa Modelovereenkomsten	Zelfde bron als hierboven. Voor deze analyse hebben we per categorie eigen risico de hoogste en de laagste waarde van de kortingen genomen en daarvan eveneens het verschil laten zien.
48.	4	Percentage	Gegevensvraag	Som van aantal verzekerden per polis per vrijwillig eigen risico categorie

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
		verzekerden per eigen risico categorie	Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	(categorie 0, 100, 200, 300, 400, 500 euro vrijwillig ER)
49.	4	Opslag vrijwillig eigen risico	NZa op basis: 1e bestand NZa Modelovereenkomsten 2e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 3e Jaar- en kwartaalstaten zorgverzekeraars Zvw	Om premiekorting bij een vrijwillig eigen risico mogelijk te maken verhogen zorgverzekeraars de basispremie. De korting voor vrijwillg eigen risico is namelijk (veel) hoger dan de schadelast die ten laste van het vrijwillig eigen risico komt. Input op polisniveau voor de berekening: - Korting per vrijwillige eigen risico categorie - Aantal premiebetalers per vrijwillige eigen risico categorie (inclusief categorie geen vrijwillig eigen risico) - Schade t.l.v. het vrijwillig eigen risico
50.	4	Verzekerden met een herverzekering van het verplicht eigen risico.	NZa uitvraag Collectiviteiten (waarin ook uitvraag herverzekering)	Aantal: direct uit de bron opgeteld. Percentage: (som van aantal verzekerden 18+ met herverzekering van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar / totaal aantal verzekerden 18+) * 100%
51.	5	Niet gecontracteerde zorg	Interviews zorgverzekeraars, onderzoeken niet gecontracteerde wijkverpleging en	Niet gecontracteerde zorg betreft zorg geleverd door zorgaanbieders die geen contract hebben gesloten over zorglevering met de zorgverzekeraar van de verzekerde die de betreffende zorg heeft afgenomen. Voor deze zorg geldt dat de zorgverzekeraar een vergoeding mag bepalen. Deze vergoeding mag geen hinderpaal vormen voor de verzekerde om zorg af te

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie / berekening
			GGZ Arteria 2017 en 2018 en jurisprudentie	nemen bij een niet ge contracteerde zorgaanbieder.
52.	5	Zorgbemiddeling en zorgadvies	Interviews zorgverzekeraars	Zorgbemiddeling en zorgadvies omvat de activiteiten van zorgverzekeraars, veelal in de vorm van informatieverstrekkingen en persoonlijk contact, gericht op het ondersteunen van hun verzekerden bij het vinden van goede zorg (passend en tijdig).

Bijlage 2. Update basisindicatoren risicoselectie / risicosolidariteit

De NZa gebruikt een set basisindicatoren voor het monitoren van signalen van mogelijke risicoselectie. De set van basisindicatoren is voor het eerst toegepast op concern- en polisniveau voor de jaren 2010 tot en met 2013. De resultaten van deze analyse zijn in januari 2016 gepubliceerd (NZa, 29 januari 2016). Met een kwalitatief onderzoek is nadere duiding gegeven aan de kwantitatieve analyse. Deze bevindingen kwamen in september 2016 uit (NZa, 26 september 2016). In het rapport 'Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt' staat een beschrijving van definities en methoden die de NZa hierbij hanteert. In 2017 was een update van de indicatoren voor de periode 2011-2014 opgenomen in de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017. In deze update zijn de volgende gegevens geactualiseerd:

- definitieve kostencijfers 2014 (van ZiN);
- voorlopige kostencijfers 2015, 2016 (van ZiN);
- kenmerken van verzekerden 2015, 2016 (van ZiN);
- gegevens over polis keuze van verzekerden 2014 t/m 2016 (van Vektis),

Beschrijving van de indicatoren

De basisindicatoren zijn gebaseerd op het ex-ante vereveningsresultaat. We gebruiken het gestandaardiseerde vereveningsresultaat in plaats van het daadwerkelijke ex-ante vereveningsresultaat en noemen dit in de rest van de tekst 'resultaat' of 'vereveningsresultaat'. Dit resultaat is eenvoudig te begrijpen en vergelijkbaar tussen alle jaren. Het landelijk gemiddelde van het resultaat is ieder jaar nul. Het resultaat ligt boven het gemiddelde (maar hoeft geen winst te zijn) als het positief is en onder het gemiddelde (maar hoeft geen verlies te zijn) als het negatief is.

De indicatoren geven het volgende weer:

- Het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar op de totale populatie van de polis (indicator T). Verzekerdenjaar betekent dat we rekening houden met de duur van inschrijving. Verzekerden die halverwege het jaar ingeschreven worden (pasgeborenen, overledenen) tellen minder dan 1 verzekerdenjaar mee.
- Het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar op de uitstroom, dus op de verzekerden die overstappen naar een andere polis (indicator U). Deze indicator corrigeren we voor het resultaat op de verzekerden die niet uitstromen (indicator U-Tblijvers).
- Het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar op de instroom, dus op de nieuwe verzekerden in een bepaald jaar, berekend vóór en ná de overstap (indicatoren I* en I).

Een indicator met een resultaat dat (significant) boven nul ligt wijst op een gezondere populatie dan gemiddeld en andersom, een resultaat dat (significant) onder nul ligt wijst op een ongezondere populatie dan gemiddeld. Indicator T geeft een beeld van de huidige situatie, indicatoren U, U-$T_{blijvers}$ en I geven inzicht in de ontwikkelingen. Als een polis een positief resultaat heeft op de totale populatie (T) en op de instroom (I), maar een negatief resultaat op de uitstroom (U en U-$T_{blijvers}$), dan heeft deze polis boven gemiddeld veel gezonde verzekerden waarbij het aandeel gezonde verzekerden op de polis blijft groeien. De polis draagt bij aan segmentatie op de polismarkt en heeft een sterke aanwijzing voor risicoselectie.

Indicatoren I* en V gebruiken we als robuustheidscheck.

Samenhang tussen de indicatoren

Hoe identificeren we polissen die bijdragen aan segmentatie van de markt en een aanwijzing vormen voor risicoselectie? Hiervoor gebruiken we de basisindicatoren. Onderstaande tabel maakt inzichtelijk welke combinaties van uitkomsten van indicatoren een aanwijzing vormen voor risicoselectie. De eerste twee combinaties vormen een sterke aanwijzing, terwijl de laatste twee beperkte aanwijzingen zijn.

Tabel 1 Aanwijzingen voor risicoselectie

Indicator	Sterke aanwijzing 1	Sterke aanwijzing 2	Beperkte aanwijzing 3	Beperkte aanwijzing 4
T	Positief of eventueel niet relevant	Negatief of eventueel niet relevant	Positief, negatief of eventueel niet relevant	Positief, negatief of eventueel niet relevant
I	Positief	Negatief	Positief of negatief	Niet relevant
I*	Positief	Positief, negatief of niet relevant	Hetzelfde teken als I	Niet relevant of eventueel positief of negatief
U	Negatief of niet relevant	Positief of niet relevant	Niet relevant of eventueel hetzelfde teken als T	Positief of negatief
U-$T_{blijvers}$	Negatief	Positief	Niet relevant	Hetzelfde teken als U
V	Niet relevant	Niet relevant	Niet relevant	Niet relevant

De term ‘niet relevant’ betekent dat het gemiddelde relevantieniveau van de indicator over de onderzochte periode onder 1 is.

Veranderingen in de verevening

In 2015 en 2016 zijn een aantal aanpassingen doorgevoerd in het risicovereveningssyteem. In 2015 is bijvoorbeeld een nieuw model voor kosten verpleging en verzorging ingevoerd. Verder zijn de kosten voor geriatrische revalidatiezorg en de kosten voor extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (overgeheveld vanuit de AWBZ) aan de kosten somatische zorg toegevoegd. Ook een aantal kenmerken van het somatisch model is vernieuwd (farmaciekostengroepen en sociaaleconomische status) of als nieuw toegevoegd (generieke somatische morbiditeit, een kenmerk dat rekening houdt met hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken en ouderen). Voor de details

zie de brief van de Minister VWS aan de Tweede Kamer (19 september 2015, Ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2015).

In 2016 zijn verdere aanpassingen gedaan aan het risicovereveningssysteem. Zo is een apart model voor het langdurig ggz ingevoerd en drie nieuwe kenmerken (gebaseerd op gebruik van fysiotherapie, wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg respectievelijk) opgenomen in het somatisch model om compensatie voor chronisch zieken te verbeteren. Brief van de Minister VWS aan de Tweede Kamer (1 september 2016, Risicodragendheid 2016, en 16 juni 2015, Risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken.

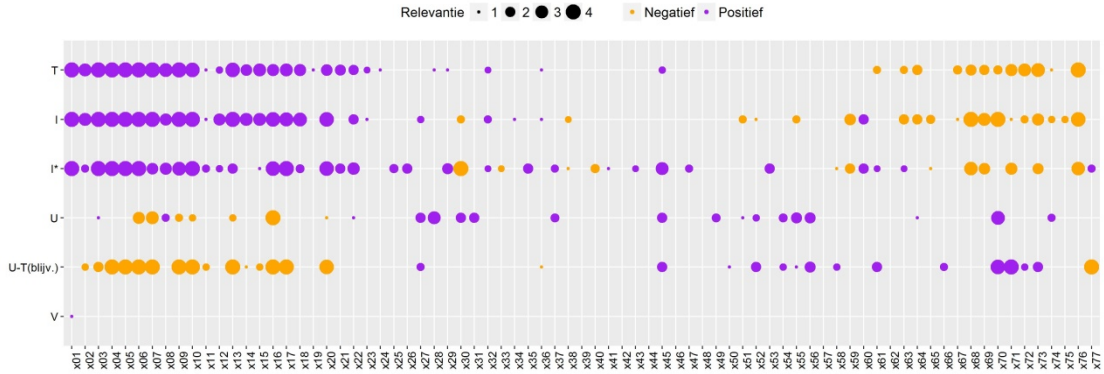
Het is belangrijk om op te merken dat we het model langdurig ggz niet konden meenemen in onze berekeningen door ontbrekende data. Omdat het om een relatief klein percentage van de totale kosten in de verevening gaat, verwachten we dat dit maar een klein effect heeft op onze resultaten. Verder, onze conclusies zijn gebaseerd op gemiddelde resultaten van vier jaar wat genoeg robuustheid biedt.

De totale kosten meegenomen in de risicoverevening namen met meer dan 25 procent toe in de periode 2013-2016. De toename is deels gevolg van de uitbreidingen van de risicoverevening met bijvoorbeeld verpleging en verzorging. We zien ook dat de spreiding van de gestandaardiseerde resultaten die we uitrekenen toegenomen is. De besproken toenamen van totale kosten kan een reden zijn hiervoor. Tegelijkertijd hanteren we absolute grenzen om de relevantie van onze resultaten te toetsen. Als een polis, bijvoorbeeld, structureel significant hogere resultaat heeft dan 25 euro, noemen we het als een relevant bovengemiddeld resultaat. Omdat de resultaten in het algemeen sterker afwijken van nul, gaan de resultaten sneller boven de grens. We zien daarom steeds meer relevante resultaten op polis- en ook op concernniveau.

Resultaten per polis

Onderstaande figuur toont de gemiddelde resultaten per polis voor de periode 2013-2016. Op de verticale as zijn de verschillende basisindicatoren weergegeven. Op de horizontale as staan alle polissen. De nummering van de polissen komt niet overeen met de nummering van de polissen in onderzoeken van afgelopen jaren. Per polis zijn bij de indicatoren gekleurde bolletjes te zien die in grootte van elkaar kunnen verschillen. Een bolletje is paars wanneer het resultaat van de indicator positief is, bij een negatief resultaat is het bolletje geel. De grootte van het bolletje geeft de gemiddelde relevantie in de periode 2012 tot en met 2015 weer. Het relevantieniveau laat zien in hoeverre de indicatorwaarde afwijkt van nul in de periode dat de polis op de markt was. Als een bolletje relevantieniveau 4 heeft, dan lag in de periode 2013-2016 het resultaat van de polis ieder jaar meer dan 100 hoger dan het landelijk gemiddelde resultaat.

Figuur 1: Resultaten basisindicatoren per polis (2013-2016)



Bron: Berekeningen NZa op gegevens ZIN en Vektis 2012-2016

Polissen met een sterke aanwijzing voor risicoselectie
In de periode 2011-2014 waren er 13 polissen gevonden met een sterke positieve of negatieve aanwijzing. Vanuit deze dertien polissen, hebben 10 ook in de periode 2013-2016 een sterke aanwijzing. Er zijn negen sterke aanwijzingen in de huidige analyse die in de vorige analyse nog niet aanwezig waren.

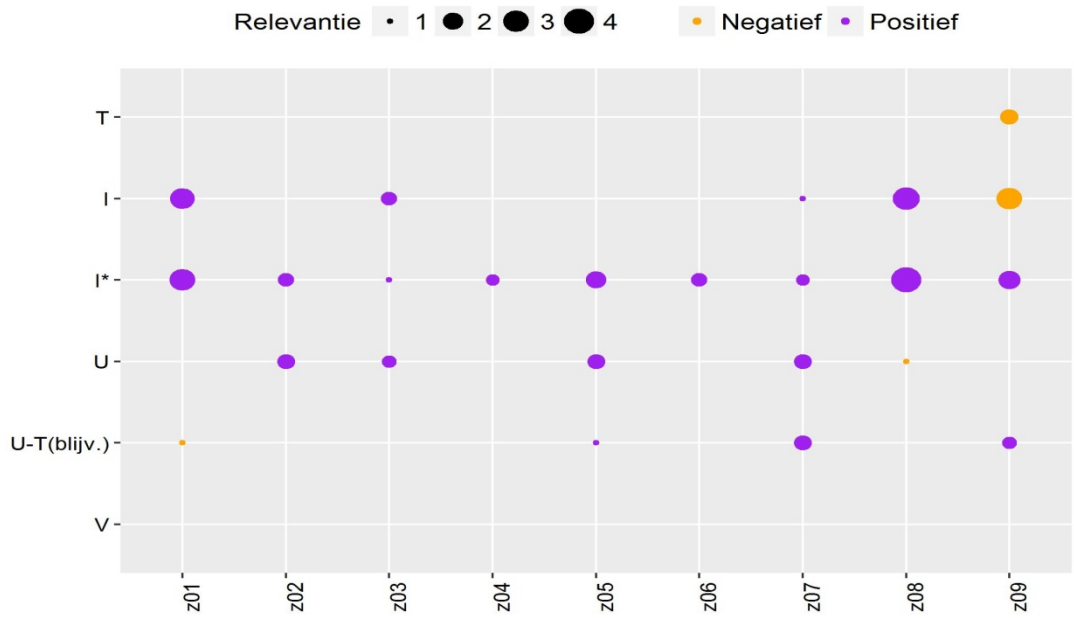
Polissen met een beperkte aanwijzing voor risicoselectie
In het vorige onderzoek, vonden we de dertien polissen die een beperkte aanwijzing toonde voor risicoselectie in de periode 2011-2014. In de huidige onderzoek zijn er 15 polissen met een beperkte aanwijzing voor risicoselectie. Vier polissen hebben nog steeds dezelfde aanwijzing als in het vorige onderzoek. Bij twee polissen is de aanwijzing van beperkt naar sterk veranderd, terwijl bij andere twee de sterke aanwijzing is beperkt geworden.
In de periode 2012-2015 heeft een grote polis een relevant positieve uitstroom. In het laatste jaar is het resultaat van de instroom ook verslechterd, waardoor de populatie van de polis steeds minder gunstig wordt.

Resultaten per concern

Bijna alle concerns van zorgverzekeraars hebben nog steeds een gemengde populatie verzekerden zoals dit op de volgende figuur te zien is. Er is één concern dat een onder gemiddeld resultaat heeft op de totale populatie en ook op de instroom. Tegelijk heeft de uitstroom een betere resultaat dan de blijvers. Dit patroon van resultaten geeft een sterke aanwijzing voor risicoselectie.

Verder is het ook opvallend dat het resultaat van de uitstroom van twee concerns lager is dan het resultaat van de blijvers. Dit betekent dat hun populatie een steeds minder gunstig risicoprofiel krijgt.

Figuur 2. Resultaten basisindicatoren per concern (2013-2016)



Bron: Berekeningen NZa op gegevens ZIN en Vektis 2011-2015

Bijlage 3. Analyse kruissubsidie tussen polissen zorgverzekeringsconcerns

Betalen verzekerden in een polis met een beneden gemiddeld resultaat een hogere premie dan verzekerden in een polis met bovengemiddeld resultaat? Met deze analyse willen we een inzicht krijgen in hoeverre er sprake is van kruissubsidie tussen de polissen van zorgverzekeringsconcerns.

Om premieverschillen tussen de polissen in kaart te brengen, focussen we op de betaalde premies in plaats van basispremies. Dit betekent dat we voor zover mogelijk rekening houden met de korting van de premie voor een collectieve verzekering en voor het vrijwillig eigen risico. We nemen ook de eventuele zorgkosten in verband met het vrijwillig eigen risico mee die de verzekerde betaalt aan de zorgverzekeraar. De eventuele zorgkosten voor het verplicht eigen risico zitten in het gestandaardiseerde vereveningsresultaat van de verzekerde; daarom nemen we deze niet mee in de uitgaven van de verzekerde. We nemen eventuele eigen bijdragen ook niet mee in onze analyse. Deze eventuele uitgaven kunnen tot de aantasting van risicosolidariteit leiden maar horen niet bij de polisvoorwaarden of polis-opties die de zorgverzekeraar kan bepalen.

In de analyse betrekken we alleen verzekerden boven de 18 jaar omdat alleen zij een premie betalen en voor een vrijwillig eigen risico kunnen kiezen. We beschouwen daarbij alle verzekerden die in de categorie 18+ vallen als mensen die het hele jaar 18+ zijn, en dus de hele jaar eigen risico dragen. De gemiddelde betaalde premie van een polis geeft aan hoeveel premie de verzekerden van deze polis gemiddeld betalen. Hierbij zijn de zorgkosten vanwege een eventueel vrijwillig eigen risico meegenomen. Van dit totale bedrag trekken we de landelijk gemiddelde betaalde premie af, zodat we naar de verschillen tussen polissen kunnen kijken. We nemen het gemiddelde van deze ‘gestandaardiseerde premies’ per jaar in de periode 2013 - 2016 zodat we één getal per polis krijgen.

In onze analyse zetten we de gestandaardiseerde premies af tegen de gestandaardiseerde resultaten over de periode 2013-2016. Hieruit blijkt dat de groep polissen die een slechter vereveningsresultaat hebben dan het landelijk gemiddelde niet per se een hogere premie hebben dan de landelijk gemiddelde premie. In het algemeen wordt er beperkt gecompenseerd in de premie voor het onder gemiddelde vereveningsresultaat. Aan de andere kant zien we dat polissen die een bovengemiddeld vereveningsresultaat behalen, de positieve resultaten niet volledig teruggeven aan de verzekerden door een lagere premie. We zien dus een bepaalde mate van kruissubsidiëring tussen polissen (van hetzelfde concern). Kruissubsidiëring vermindert de gevolgen van de segmentatie.

Om een idee te krijgen van de ontwikkelingen wat betreft risicosolidariteit, hebben we de resultaten van de drie periodes 2012-2014, 2013-2015 en 2014-2016 naast elkaar gelegd. De resultaten laten de correlatie (sterkte van samenhang) tussen de gestandaardiseerde premie en gestandaardiseerde resultaat van de polis zien. Hieruit blijkt

dat de kruissubsidiering heel licht afneemt, maar dat er uiteindelijk weinig verandering is in risicosolidariteit.