



Monitor Zorgverzekeringen 2019

september 2019

Inhoud

Samenvatting

1. Inleiding
2. De zorgverzekeraars
3. Inkomsten, uitgaven en
resultaten zorgverzekeraars
4. De zorgpolissen
5. De verzekerden
6. Conclusies en aanbevelingen

Samenvatting

Jaarlijks voeren we een monitor uit op de zorgverzekeringmarkt. Hierin monitoren we de trends en ontwikkelingen rondom zorgverzekeraars, polissen, inkomsten, uitgaven en resultaten en verzekerden.

Dit doen we om in kaart te brengen hoe het staat met de betaalbaarheid, toegankelijkheid, solidariteit en transparantie op de zorgverzekeringsmarkt. We kijken dit jaar naar de ontwikkelingen over de periode 2015 tot 2019. Daarnaast gaan we dit jaar op verzoek van VWS in op het aantal digitaal verstrekte polissen.

Zorgverzekeraars

Op dit moment zijn er 24 zorgverzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden. De zorgverzekeraars zijn verdeeld over 11 concerns. Sinds vorig jaar is een nieuwe zorgverzekeraar toegetreden. Deze buitenlandse verzekeraar EUCARE biedt zijn verzekeringen aan via de volmacht Aevitae.

Resultaten

De meeste zorgverzekeraars hadden over 2015 tot 2017 een positief resultaat op de risicoverevening. In 2016 en 2017 sloten de gerealiseerde zorgkosten beter aan op de raming dan in de voorgaande jaren. In 2018 was het gemiddelde gerealiseerde

exploitatieresultaat per verzekerde (van 18 jaar en ouder) voor de basisverzekering positief na twee jaren met negatieve resultaten. Een van de oorzaken is dat zorgverzekeraars een kleinere voorziening hebben opgenomen om de premies in het komende jaar te verlagen. Zorgverzekeraars zijn vanuit financieel perspectief terughoudender met reclame. In 2018 is € 2,18 per verzekerde uitgegeven aan reclame, dit is 2 cent minder per verzekerde dan in 2017. De gemiddelde solvabiliteit is in 2018 toegenomen naar 145% (140% in 2017) van de minimaal vereiste solvabiliteit.

Ontwikkelingen polisaanbod

Het aantal polissen is ten opzichte van 2018 met 4 gestegen naar 59 in 2019. Dit wordt mede verklaard door de toetreding van EUCARE met twee polissen. Zonder deze toetreding is echter nog steeds sprake van een toename van het polisaanbod. Er is zowel bij VGZ als bij Zilveren Kruis een polis met beperkende voorwaarden bijgekomen.

Van de 59 zorgverzekeringen kunnen in er ieder geval 56 digitaal worden afgesloten en toegestuurd. Twee zorgverzekeringen bieden de polis niet op papier aan. Bijna 60% van de verzekerden heeft de polis langs elektronische weg ontvangen.

Verzekerden

Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis, bijna 19% een restitutiepolis en 6% een combinatiepolis in 2019. Dit beeld is al sinds 2017 gelijk. Er zijn 14 polissen met beperkende voorwaarden in 2019 (13 in 2018). Daarvan hebben echter maar vier polissen een beperkte ziekenhuiskeuze. Het aandeel verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden bedraagt 14,1% in 2019, dit zijn 2,4 miljoen verzekerden. In 2019 zijn 14,4 miljoen (83,8%) verzekerden aanvullend verzekerd. Van de collectief verzekerden is 89,1% aanvullend verzekerd in 2019 ten opzichte van 73,9% van de individueel verzekerden. 65,3% van de verzekerden is collectief verzekerd in 2019. 6,16 miljoen verzekerden zijn verzekerd via een werkgeverscollectief, 79.000 via een patiëntenvereniging. Via de collectieve contracten van gemeenten zijn in 2019 ruim 725.000 mensen verzekerd. Ongeveer 4,3 miljoen collectief verzekerden zitten bij andersoortige collectiviteiten.

In 2018 is het aantal onverzekerden met 6.800 toegenomen naar ruim 24.000. In 2018 en 2019 zijn maatregelen getroffen om het aantal wanbetalers te verlagen. Het aantal wanbetalers is hierdoor in 2018 met 25.000 gedaald naar 224.000.

De zorgverzekeringsmarkt is gesegmenteerd in een jong en gezond segment overstappers en een segment overige verzekerden. Deze segmentatie is in de periode 2014 tot 2017 ongeveer gelijk gebleven aan het beeld van vorig jaar. In ons onderzoek naar risicoselectie van 2016 hebben wij geconstateerd dat op concernniveau via winstgevende polissen de verliezen van verliesgevende polissen worden opgevangen. We zien een lichte afname van deze subsidiering binnen concerns. Dit zou kunnen duiden op een afname van de solidariteit op concernniveau.

De NZa heeft een aantal signalen gekregen dat het loont voor verzekeraars om via directe marketing (denk hierbij aan gepersonaliseerde advertenties in sociale media) te sturen op hun verzekerdenpopulatie. Hierdoor is het voor verzekeraars mogelijk om een positiever vereveningsresultaat te realiseren. De NZa vindt het onwenselijk wanneer daarmee op verzekerdenkenmerken wordt gestuurd. Dat tast de solidariteit aan. De NZa wil daarom dit najaar verkennen of het mogelijk is om meer te kunnen zeggen over sturing op verzekerdenpopulaties via directe marketing. Naar verwachting zijn de bevindingen in het voorjaar van 2020 bekend.

Premie

Een gemiddelde volwassen Nederlander betaalt in 2019 voor de basisverzekering € 1.806 per jaar via de inkomensafhankelijke bijdrage en € 1.384 per jaar (€ 1.308 in 2018) aan nominale premie. Het verschil in nominale premie tussen de duurste en goedkoopste polis bedraagt € 438. Polissen met beperkende voorwaarden zijn met gemiddeld € 1.291 het goedkoopst. Restitutiepolissen zijn met € 1.433 gemiddeld het duurst, al zijn er ook restitutiepolissen op de markt die goedkoper zijn dan een polis met beperkende voorwaarden.

De collectiviteitskorting is in 2019 gemiddeld 7,2%. Effectief betalen collectief verzekerden gemiddeld slechts 1,9% minder premie dan individueel verzekerden, omdat zorgverzekeraars een opslag hanteren op de premie om de collectiviteitskorting uit te betalen. Verzekerden met een polis die niet collectief wordt aangeboden betalen de laagste premie van € 1.314. Voor een polis waarop wel collectieve korting mogelijk is betalen individueel verzekerden € 1.473 en collectief verzekerden € 1.379.

Overstappen

In 2019 is 7,3% van de verzekerden (1,26 miljoen) overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Dit is het een na hoogste overstappercentage sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Hierdoor bespaarden deze verzekerden € 41,2 miljoen aan premiegeld.

In november 2018 wachtte een aantal zorgverzekeraars tot het laatste moment om de premies voor 2019 bekend te maken. Twee zorgverzekeraars maakten de premie voor een beperkt aantal verzekerden te laat bekend. Dit kwam omdat van een aantal verzekerden e-mailadressen niet aanwezig waren of onjuist waren. Daarnaast duurde het verzenden bij de internet-provider langer dan gedacht. Verzekerden hebben deze informatie tijdig nodig om een goede keuze voor een zorgverzekering te maken. De NZa vindt het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar dat verzekerden tijdig worden geïnformeerd over wijzigingen in hun premie of polisvoorwaarden. De NZa houdt er toezicht op dat zorgverzekeraars premiewijzigingen tijdig bekend maken. Ook in de komende periode zal de NZa dit blijven toetsen en waar nodig handhavingsinstrumenten inzetten.

Zorgverzekeraars moeten op grond van de regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) op hun website een overzicht publiceren met alle (nagenoeg) gelijke polissen die zij binnen hun concern aanbieden. Uit onderzoek van de NZa in de overstapperperiode 2017/2018 naar de vindbaarheid van informatie over de polissen bleek dat onder andere het overzicht van nagenoeg gelijke polissen niet goed vindbaar is. Informatie moet niet alleen juist zijn, maar ook vindbaar, begrijpelijk en op het juiste moment worden aangeboden. Dit is voor de NZa een belangrijke

randvoorwaarde om verzekerden te ondersteunen in hun keuze voor de best passende zorgverzekering. De focus van de NZa is daarom door de jaren heen verschoven van juiste en duidelijke informatieverstrekking door zorgverzekeraars over polissen, naar vindbare en vergelijkbare informatie. Nu moeten zorgverzekeraars ook die volgende stap gaan zetten en zorgen dat de wijze waarop zij informatie verstrekken, ook aansluit bij de informatiebehoefte, het zoekgedrag en de belevingswereld van verzekerden. Specifiek op het gebied van vindbaarheid van informatie zien we op dit moment ruimte voor verbetering. Het komende overstapseizoen zal de NZa hieraan nadrukkelijk aandacht geven.

Eigen risico

Negentien van de 24 zorgverzekeraars maken in 2019 gebruik van de mogelijkheid om zorgkosten buiten het verplicht eigen risico te laten vallen. Dit zijn er twee meer dan vorig jaar. In 2019 is er met name een flinke toename van het aantal zorgprogramma's dat wordt uitgesloten van het eigen risico. Het gaat hierbij niet om de wettelijke uitsluitingen, maar om de door de zorgverzekeraars zelf aangewezen programma's. Al deze programma's zijn gericht op stoppen met roken.

Zorgverzekeraars geven een premiekorting bij de keuze voor een vrijwillig eigen risico. In 2019 kiest 9,8% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico van € 500. De gemiddelde korting bedraagt dan € 227.

In 2019 zien we bij een vrijwillig eigen risico van € 500 een duidelijke verandering in de spreiding van de korting per polis. In 2019 zijn deze kortingen over het algemeen lager dan in 2018.

Aanbevelingen

Polisaanbod

De NZa is voorstander van een onderscheidend en overzichtelijk polisaanbod. Veel polissen die sterk op elkaar lijken, dragen daar niet aan bij. De oplossing ligt naar het oordeel van de NZa in het beperken van het aantal nagenoeg gelijke polissen. Sommige concerns bieden nu vier tot wel zes polissen aan, die nagenoeg niet van elkaar verschillen, behalve soms de prijs. De NZa wijst in deze context op haar standpunt ten aanzien van het toezicht op concerns. De NZa zou graag zien dat het verbod op premie-differentiatie ook van toepassing is op concerns, aangezien zorgverzekeringsconcerns hun risicodragers kunnen gebruiken om verschillende premies te kunnen hanteren voor gelijke polissen. In ons eerdere onderzoek over risicoselectie en risico-solidariteit uit 2016, maar ook in de monitor zorgverzekeringsmarkt 2018 heeft de NZa daar aandacht aan besteed.

Risicoverevening

In 2018 zijn enkele grote wijzigingen doorgevoerd in de risicoverevening. Voor 2019 is een verbetering van het regio-criterium ingevoerd en is het criterium verpleging en verzorging gebruikersgroepen (VGG) vervangen door meerjarige V&V-kosten. Ook het gebruik van geneesmiddelen (FKG's) wordt beter gecompenseerd.

Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat vanaf 2018 de focus verschuift van doorontwikkeling naar onderhoud van het risicovereveningsmodel. De risicoverevening wordt hierdoor voor zorgverzekeraars meer voorspelbaar, waardoor zij zich beter kunnen richten op verzekerden die voorspelbaar winstgevend zijn. De NZa signaleert hierbij als risico dat de prikkel voor

verzekeraars hierdoor groter wordt om zich voor langere termijn op winstgevende groepen te richten. Om het risico op ongewenste selectie te beperken doet de NZa de nadrukkelijke oproep om de risicoverevening steeds te verbeteren en naar nieuwe methoden te zoeken om zo voorspelbare winsten en verliezen zo veel mogelijk te beperken.

Verzekeren vrijwillig eigen risico

In 2019 is er bij twee zorgverzekeraars sprake van verzekering van het vrijwillig eigen risico, dan wel van het voornemen daartoe. Daarnaast heeft een van deze zorgverzekeraars aangegeven dat een derde zorgverzekeraar deze dienst via een derde partij aanbiedt. De zorgverzekeraars waren daarmee per 2017 gestopt. De NZa vindt het alsnog verzekeren van het vrijwillig eigen risico via een aanvullende verzekering onwenselijk en spreekt alle verzekeraars die dit aanbieden hier op aan. Met zo'n aanvullende verzekering kun je voor een beperkt bedrag een aanzienlijke korting krijgen op je premie, maar deze verzekering is maar voor een beperkte groep toegankelijk (seizoenarbeiders, studenten (para)medische opleidingen). Op deze manier kan een verzekeraar aan een specifieke groep verzekerden een premiekorting geven voor een maximaal vrijwillig eigen risico, terwijl zij zorgkosten die zij maken niet zelf hoeven te betalen. Hierdoor wordt de facto het verbod op premiedifferentiatie omzeild en kan de zorgverzekeraar een selectief acceptatiebeleid voeren. Het alsnog verzekeren van het eigen risico neemt bovendien de beoogde prikkel weg tot gematigd zorggebruik, terwijl die prikkel juist een doel is van het eigen risico. De NZa doet daarom een oproep aan deze zorgverzekeraars om hier mee te stoppen.

1. Inleiding

1. Inleiding

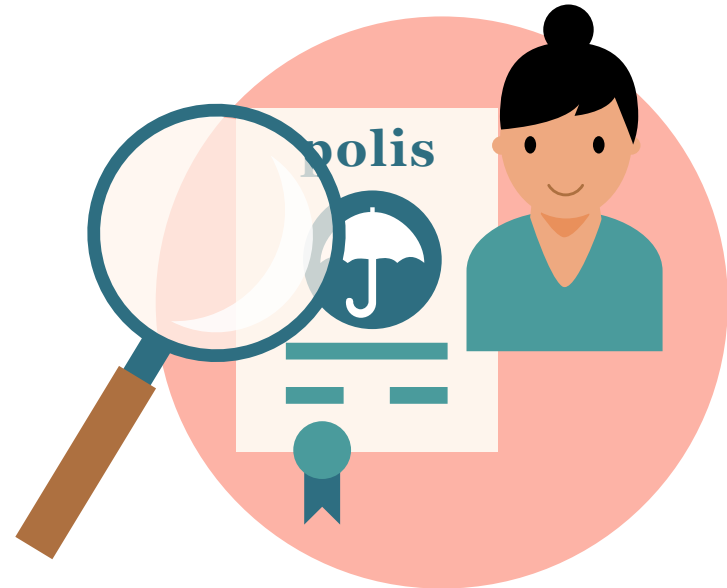
De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van monitors. Een monitor geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een markt. Deze monitor gaat in op de zorgverzekeringsmarkt

De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt worden al vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gevolgd met behulp van een set basisindicatoren. Daarnaast kijkt de NZa dit jaar op het verzoek van de minister naar de ontwikkeling van het aantal elektronisch verstrekte polissen. Op basis van de uitkomsten hiervan kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringsstaken inzet. Hierbij kijkt de NZa met name naar de belangrijkste uitgangspunten van de Zvw te weten de betaalbaarheid, toegankelijkheid, solidariteit en transparantie.

Focus

Deze monitor richt zich op de basisset indicatoren. Deze indicatoren hebben betrekking op de zorgverzekeraars en hun resultaten, de ontwikkelingen in het polisaanbod (aantal, soort en prijs) en het gedrag van verzekerden (overstapgedrag). Zoals aangegeven kijken we hiernaast op verzoek van de minister naar de ontwikkeling van het aantal elektronisch verstrekte polissen. De periode waar deze monitor betrekking op heeft, betreft de jaren 2015 tot en met 2019.

Voor deze monitor vragen wij informatie uit bij zorgverzekeraars, Vektis en DNB. Daarnaast maken we gebruik van de jaarrekeningen van zorgverzekeraars. We vragen zorgverzekeraars informatie over hun collectiviteiten en het verzekeren van het eigen risico. Daarnaast hebben we dit jaar voor het eerst een uitvraag gedaan over het aantal digitaal verstrekte polissen. We hebben van alle polissen behalve voor één kleine polis informatie gekregen over het aantal digitaal verstrekte polissen. In samenwerking met Vektis vragen we verzekeraars informatie over het aantal overstappers en hun verzekerdenpopulatie. Ten slotte krijgen we van DNB financiële informatie over onder andere de solvabiliteit van zorgverzekeraars.



2. De zorgverzekeraars

2.1 Marktaandelen

2.2 Concentratie

2. De zorgverzekeraars

Begin 2019 zijn er in totaal 24 verzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden. De meeste zorgverzekeraars vallen onder een overkoepelend verzekeringsconcern. In 2019 zijn er elf concerns. Door de komst van EUCARE is er één zorgverzekeraar en één concern meer dan vorig jaar.

Het op Malta gevestigde EUCARE Insurance PCC Ltd. is per 1 januari 2019 risicodrager geworden voor een deel van de zorgverzekeringen die worden uitgevoerd door Aevitae B.V. als gevolmachtigde van EUCARE.

In 2018 was iptiQ de eerste nieuwe zorgverzekeraar sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006.

Er zijn 24 Zorgverzekeraars verdeeld over 11 concerns

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	Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV
	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.
EUCARE	EUCARE Insurance PCC Limited
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.

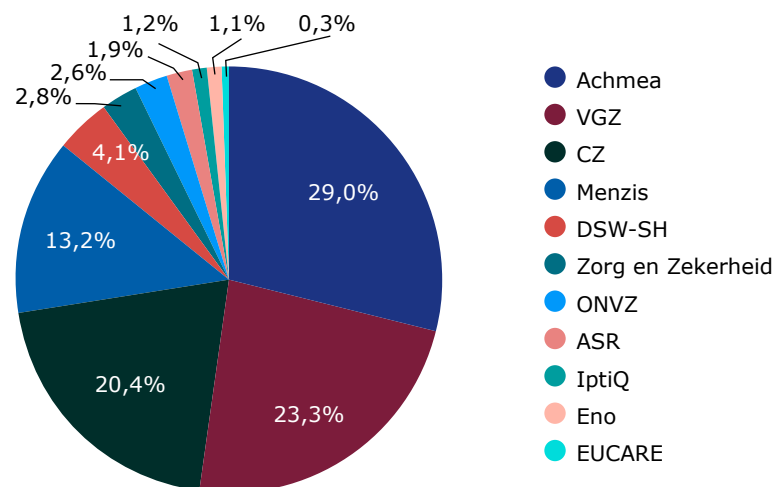
Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

VGZ voor de Zorg en VGZ Zorgverzekeraar willen per 27 september 2019 fuseren, waarbij VGZ voor de Zorg opgaat in VGZ Zorgverzekeraar.

2.1 Marktaandelen

De vier grootste concerns samen verliezen al sinds de invoering van de Zvw langzaam marktaandeel aan de kleinere concerns. 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 2019 een marktaandeel van 85,9% (2018 86,5%, 2017 88,3%). In de overstapperiode voor het jaar 2019 is 0,6% van de verzekerden van de vier grootste concerns overgegaan naar de kleinere concerns. Ongeveer de helft daarvan komt doordat Aevitae als gevolmachtigde per 2019 met een portefeuille van 50.000 verzekerden van risicodrager Avéro is overgestapt naar EUCARE. Aevitae is ook nog steeds gevolmachtigde van VGZ.

Marktaandelen van de elf concerns in 2019



Bron: Berekeningen op Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag).

2.2 Concentratie

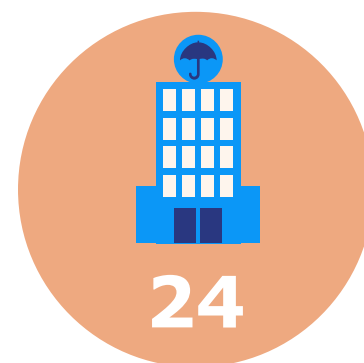
De concentratiegraad van de elf zorgverzekeringsconcerns bepalen we via de Herfindahl-Hirschman Index (HHI). Deze is gebaseerd op de marktaandelen. Hoe hoger de index, hoe hoger de concentratie in de markt. Bij een HHI van 2.000 of hoger spreken we van een geconcentreerde markt.

De concentratiegraad (HHI) per provincie

Provincie	2015	2016	2017	2018	2019
Drenthe	3.494	3.330	3.263	3099	3010
Flevoland	3.269	3.124	3.034	2913	2755
Friesland	5.885	5.886	5.814	5640	5527
Gelderland	2.253	2.243	2.227	2144	2119
Groningen	3.420	3.411	3.291	3241	3221
Limburg	3.428	3.390	3.360	3270	3209
Noord-Brabant	3.126	3.070	3.020	2884	2827
Noord-Holland	2.853	2.755	2.705	2559	2505
Overijssel	2.528	2.533	2.516	2412	2336
Utrecht	2.605	2.497	2.464	2248	2171
Zeeland	3.960	3.968	3.948	3917	3826
Zuid-Holland	1.835	1.799	1.800	1731	1716
Nederland	2.193	2.153	2.154	2.064	2035

Bron: Berekeningen op Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag).

Uit de cijfers blijkt dat ook in 2019 de zorgverzekeringsmarkt nog vrij geconcentreerd is, maar dat de dalende trend zich voortzet. De sterkste daling zien we dit jaar in Flevoland, Friesland en Drenthe waar Achmea marktaandeel verliest en in Zeeland waar CZ marktaandeel verliest. Ook in de meeste andere provincies leveren Achmea en CZ marktaandeel in. Het marktaandeel van VGZ neemt landelijk en in bijna alle provincies het sterkst toe. De grootste concentraties vinden we ook dit jaar in Friesland en Zeeland.



zorgverzekeraars



concerns

3. Inkomsten, uitgaven en resultaten zorgverzekeraars

3.1 Inkomsten en uitgaven zorgverzekeraars

3.2 Financiële resultaten zorgverzekeraars

3. Inkomsten, uitgaven en resultaten zorgverzekeraars

3.1 Inkomsten en uitgaven zorgverzekeraars

De inkomsten van zorgverzekeraars zijn in 2019 op basis van ramingen hoger dan in 2018. De inkomsten via de nominale premies zijn al bekend over 2019 en deze zijn hoger dan in 2018. De geraamde vereveningsbijdrage is ook hoger dan in 2018. De geraamde inkomsten via betalingen uit het eigen risico zijn voor 2019 naar beneden bijgesteld ten opzichte van 2018. De informatie over bedrijfskosten en financiële resultaten heeft betrekking op alle zorgverzekeraars behalve iptiQ. Dit komt doordat de onderliggende informatie voor de analyses bij iptiQ niet beschikbaar was. De gevraagde informatie wordt door zorgverzekeraars bekend gemaakt op verzoek van het ministerie. Er is geen sprake van een formele aanlever- of publicatie-verplichting. Daarbij heeft iptiQ aangegeven geen jaarcijfers op het niveau van haar Nederlandse zorgportefeuille beschikbaar te hebben, maar deze cijfers op het niveau van de risicodrager te publiceren. Daar vallen echter ook andere activiteiten onder en niet enkel de Nederlandse zorgportefeuille. In de onderstaande cijfers is iptiQ daarom niet meegenomen. Onderzocht wordt of dit voor komende jaren kan worden aangepast.

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

Soort inkomsten	2016	2017	2018	2019
Nominale premies	16,2	17,5	18,0	19,2
Eigen risico	3,2	3,2	3,2	3,1
Vereveningsbijdrage	22,0	22,8	24,8	25,5
Totale inkomsten basisverzekering	41,4	43,5	46,0	47,8

Bron nominale premies: Berekeningen op basis van door Vektis aangeleverde data (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag).
Bron overige cijfers: Rijksbegroting VWS 2019.

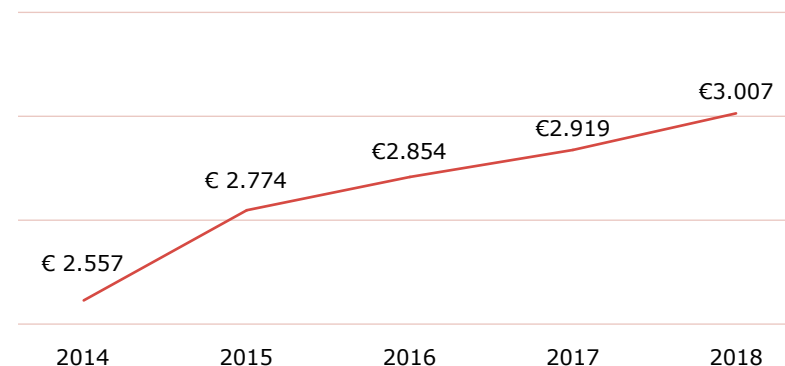
Uitgaven zorgverzekeraars

Zorguitgaven tot en met 2018

De zorguitgaven voor de basisverzekering per verzekerde stijgen met 3,0% van € 2.919 in 2017 naar € 3.007 in 2018. 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 uitbreiding van het basispakket van de zorgverzekering, nieuwe behandelingen en medicijnen, algemene kostenstijgingen en het toenemende zorggebruik door onder andere vergrijzing. In 2015 is zorg uit de toenmalige AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Voor een verdere toelichting op de ontwikkeling van de zorgkosten verwijzen wij naar het financieel beeld zorg uit het financieel jaarverslag 2018 XVI van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Ontwikkeling zorguitgaven basisverzekering per verzekerde 18+



Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering.

Bedrijfskosten tot en met 2018

De bedrijfskosten voor de basisverzekering zijn gedaald van € 86 in 2017 naar € 85 per volwassen verzekerde in 2018. De bedrijfskosten bedragen in 2018 2,8% van de premie-inkomsten inclusief vereveningsbijdrage (3,6% in 2014, 3,4% in 2015, 3,3% in 2016 en 3,0% in 2017). 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 en door een vereveningsuitkering van € 41 per verzekerde jonger dan 18 jaar.

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

Kostensoort	2014	2015	2016	2017	2018
Schadebehandelingskosten	17	17	18	15	14
Acquisitiekosten (inclusief reclamekosten)	18	19	18	17	17
Overige bedrijfskosten	61	59	56	54	54
Totaal bedrijfskosten	96	95	92	86	85

Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering.

Reclame

De zorgverzekeraars hebben over 2018 1% minder aan reclamekosten uitgegeven per volwassen verzekerde dan over 2017. De reclamekosten per volwassen verzekerde zijn gedaald van € 2,20 in 2017 naar € 2,18 in 2018. Ten opzichte van 2014 is de omvang van de reclamekosten in 2018 gedaald met bijna 27% per volwassen verzekerde.

Reclamekosten (2018)

Kostensoort	2014	2015	2016	2017	2018
Totaal alle zorgverzekeraars (in mln euro's)	39,74	35,47	33,99	30,08	29,70
Kosten per verzekerde 18+ (in euro's)	2,97	2,63	2,51	2,20	2,18

Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering.

In totaal is er in 2017 voor ruim € 29,7 miljoen aan reclamekosten uitgegeven. Dat is dan 0,07% van de totale omzet van zorgverzekeraars.

Wij constateren dat zorgverzekeraars over het algemeen 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.

3.2 Financiële resultaten zorgverzekeraars

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 een rijksbijdrage voor de basisverzekering van kinderen onder de achttien jaar, want die betalen geen premie. Zij ontvangen hiervoor een bedrag uit het Zorgverzekeringsfonds. Zorgverzekeraars ontvangen minder geld van dit fonds voor verzekerden met een laag risico, waarvan de verwachte kosten lager zijn dan de nominale premie. Dit mechanisme heet risicoverevening.

Het bedrag dat zorgverzekeraars jaarlijks ontvangen van het Zorgverzekeringsfonds is de vereveningsbijdrage. De hoogte hangt af van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie. De risicoverevening zorgt 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. Voor 2019 is een verbetering van het regio-criterium ingevoerd die beter aansluit bij de gezondheidskenmerken van de verzekerden die in die regio wonen. Het criterium verpleging en verzorging gebruikersgroepen (VGG) is 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.

De Minister stelt voor om het Besluit zorgverzekering in 2019 zo aan te passen dat het vanaf 2020 mogelijk is hoge kostencompensatie in te voeren voor een kleine groep verzekerden met zeer hoge kosten voor geestelijke gezondheidszorg. Begin september 2019 wordt hierover definitief besloten.

Voor een zeer beperkt aantal zorgkosten ontvangen de zorgverzekeraars nog achteraf compensatie omdat deze niet goed voorspeld kunnen worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om kosten van nieuwe, zeer dure geneesmiddelen, kwaliteitsontwikkeling en experimenten.

Sinds 2018 is de focus verschoven van doorontwikkeling naar onderhoud van het risicovereveningsmodel. De NZa signaleert hierbij als risico dat de prikkel voor verzekeraars hierdoor groter wordt om zich voor langere termijn op winstgevende groepen te richten. Dit kan risicoselectie in de hand werken, waardoor de solidariteit wordt aangetast. Aan de andere kant kan door de risicoverevening een groep met slechter zorgprofiel (stel diabetici) wel eens winstgevender zijn dan een groep met een beter zorgprofiel (studenten). Om het risico op ongewenste selectie te beperken doet de NZa de nadrukkelijke oproep om de risicoverevening steeds te verbeteren en naar nieuwe methoden te zoeken om zo voorspelbare winsten en verliezen zo veel mogelijk te beperken. Met de continue verbetering wordt de voorspellende kracht van het risicovereveningsmodel steeds groter. Hierdoor zullen afwijkende vereveningsresultaten steeds minder waarschijnlijk worden en kunnen zorgverzekeraars vrijwel volledig risico dragen voor de kosten die zij vergoeden.

Resultaat risicoverevening tot en met 2017

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, 2016 en 2017 een (voorlopig) positief resultaat. Dit komt omdat de zorgkosten in die jaren lager bleken dan het ministerie van VWS vooraf had ingeschat. In 2016 en 2017 sluiten de (voorlopige) zorgkosten beter aan op de raming, waardoor het positieve resultaat over 2016 en 2017 beperkt blijft.

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

Per volwassen verzekerde	2013	2014	2015	2016*	2017*
Resultaat ex-ante risicoverevening	185	272	329	50	73
Ex-post compensaties zorgkosten	22	-16	-151	-8	-8
Resultaat verplicht eigen risico	-12	-25	-27	-17	-12
Resultaat risicoverevening	194	230	151	25	52

Bron: NZa, vereveningsbijdragen Zorginstituut Nederland en jaarstaten zorgverzekeraars.

Vanwege afronding tellen bedragen niet altijd op tot het getoonde totaal.

*Resultaten voor 2016 en 2017 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 2018 is het gemiddelde gerealiseerde

exploitatieresultaat per verzekerde (van 18 jaar en ouder) voor de basisverzekering weer positief. In 2016 en 2017 was het resultaat negatief. Dit kwam vooral doordat de zorgverzekeraars bij de premiestelling uitgingen van een premie ver onder een kostendekkend niveau. Het doel daarvan was reserves terug te geven in de premie. In 2018 hebben zorgverzekeraars gemiddeld een voorziening op de balans opgenomen van € 16 per verzekerde (18+) om de premie in 2019 lager te houden. In de jaren daarvoor was deze voorziening fors hoger waardoor zij de premie relatief een stuk lager konden houden.

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

	2014	2015	2016	2017	2018
Premies en vereveningsbijdrage	2.675	2.818	2.810	2.902	3.068
Zorguitgaven	-2.557	-2.774	-2.854	-2.919	-3.007
Bedrijfskosten en schadebehandelingskosten	-96	-95	-92	-86	-85
Opbrengst beleggingen	31	13	14	15	-7
Subtotaal resultaat boekjaar (incl. ramingen)	53	-38	-122	-88	-31
Mee- en tegenvallers ten opzichte van de ramingen in voorgaande jaren	92	113	67	-19	25
Vrijval voorziening lagere premie huidig jaar	38	98	140	108	42
Voorziening lagere premie volgend jaar	-99	-141	-109	-42	-16
Exploitatieresultaat	84	32	-23	-41	19

Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering

Solvabiliteit

Eind 2018 bedraagt de gemiddelde solvabiliteit van de zorgverzekeraars 145% van de wettelijke norm. Eind 2017 was dit 140% en eind 2016 155%. De aanwezige solvabiliteit voor de basisverzekering is 9,4 miljard euro per eind 2018. Het jaar daarvoor was dit 8,9 miljard euro. De stijging wordt veroorzaakt door een beter resultaat op premies en zorguitgaven en minder onttrekking aan de reserves voor het lager houden van de premies (Bron: jaarcijfers zorgverzekeraars).

Een te lage solvabiliteit kan er toe leiden dat een zorgverzekeraar maatregelen gaat treffen om te zorgen dat zijn continuïteit niet in gevaar komt. Om premieschommelingen te voorkomen vinden zorgverzekeraars het wenselijk om een buffer aan te houden boven de minimaal vereiste grens op grond van Solvency II (SCR). Op deze manier kan de verzekeraar een stabiel premiebeleid voeren zonder gelijk de premie te moeten verhogen bij een onvoorziene tegenvaller. Bij een solvabiliteit onder de SCR moet een zorgverzekeraar uitvoering geven aan een formeel herstelplan.



4. De zorgpolissen

4.1 Soorten polissen

4.2 Prijs van de basisverzekering

4. De zorgpolissen

4.1 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. Verzekeraars vergoeden vanuit de basisverzekering een bij wet vastgestelde aanspraak op geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. 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 de [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.
- 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.
- Een combinatiepolis is een polis die een combinatie maakt van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen. Denk dan aan een polis waarbij bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in natura wordt geleverd en fysiotherapie wordt vergoed (restitutie).

Basisverzekeringen in 2019

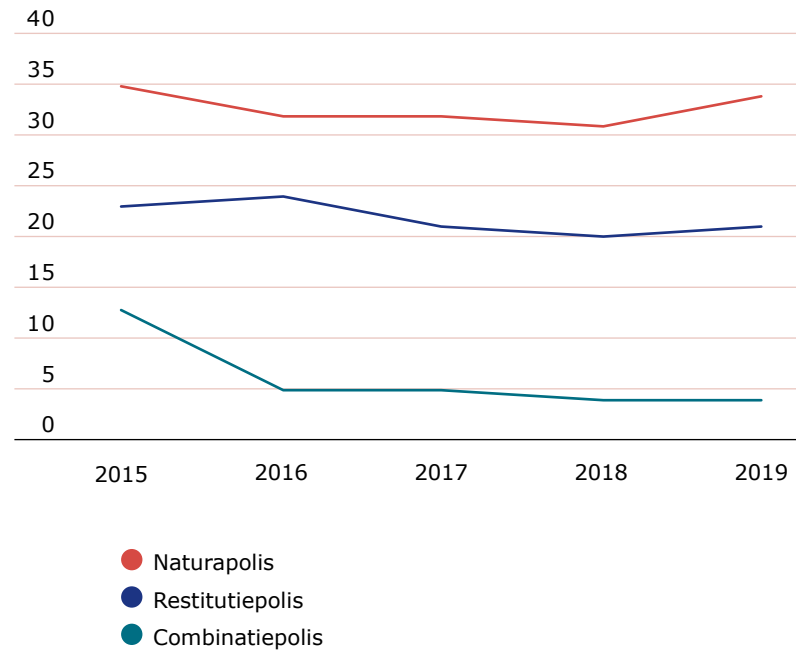
Het aantal verschillende polissen voor de basisverzekering is toegenomen. Op dit moment zijn er 59 modelovereenkomsten op de markt (55 in 2018, 58 in 2017 en 61 in 2016). In 2019 zijn er 34 naturapolissen, 21 restitutiepolissen en 4 combinatiepolissen.

De verschillende zorgverzekeraars binnen een concern bieden vaak inhoudelijk gelijke modelovereenkomsten aan. Er zijn in 2019 volgens opgave van zorgverzekeraars 36 daadwerkelijk verschillende polissen. Dit betekent dat er van de 59 modelovereenkomsten 23 gelijk of nagenoeg gelijk zijn. In een geval biedt een concern dezelfde modelovereenkomst via zes verschillende risicodragers aan. In 2018 waren van de 55 modelovereenkomsten er 34 daadwerkelijk verschillend.

Welke veranderingen in het polis aanbod waren er in 2019?

In 2019 zijn er drie naturapolissen en een restitutiepolis bij gekomen. De nieuwe zorgverzekeraar EUCARE biedt per 2019 een naturapolis en een restitutiepolis aan. Zilveren Kruis heeft het aanbod uitgebreid met de Pro Life Principe Polis Budget en VGZ voor de Zorg met de IZZ Basisverzekering Variant BewuZt, beiden naturapolissen met beperkende voorwaarden. Daarnaast zijn alle polissen die in 2018 werden aangeboden ook in 2019 verkrijgbaar.

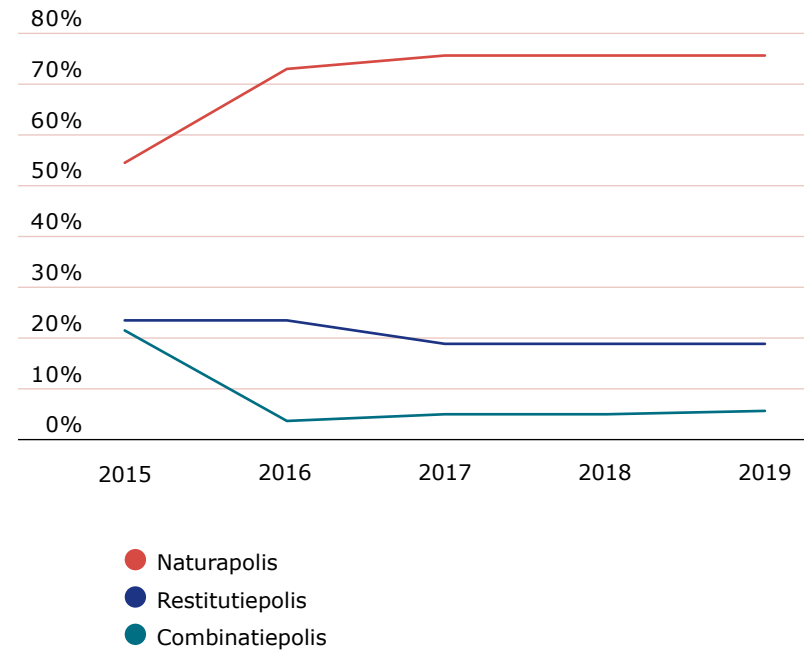
Welk soort polissen worden aangeboden?



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis, bijna 19% een restitutiepolis en 6% een combinatiepolis in 2019. De verhoudingen zijn ten opzichte van 2018 en 2017 weinig veranderd. In 2016 en 2017 zijn het voornamelijk inhoudelijke wijzigingen van enkele polissen en dus niet het keuzegedrag van verzekerden die zorgen voor veranderingen in het aandeel verzekerden per soort polis.

Welk soort polis hebben verzekerden gekozen?



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

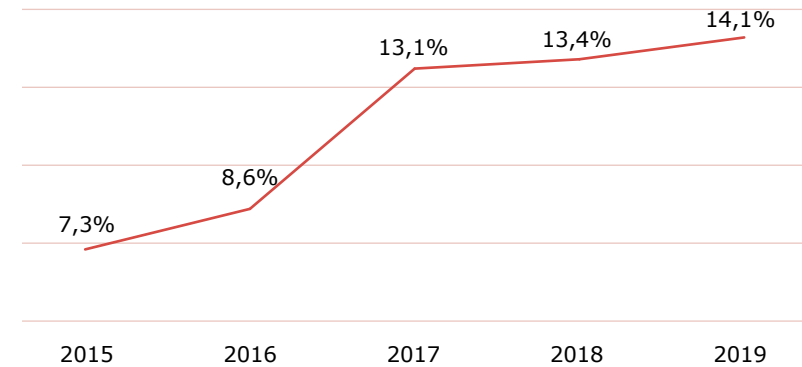
Polissen met beperkende voorwaarden

Er zijn 14 polissen met beperkende voorwaarden in 2019 (13 in 2018, 14 in 2017). Dit zijn naturapolissen met minder keuze uit gecontracteerde aanbieders en/of een vergoeding van minder dan 75% bij het gebruik van niet gecontracteerde zorg. In ruil hiervoor wordt een lagere premie gevraagd. Bij vier polissen is er sprake van een beperkte ziekenhuiskeuze.

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

Het aandeel verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden bedraagt 14,1% in 2019 (13,4% in 2018, 13,1% in 2017 en 8,6% in 2016). Het gaat in 2019 om 2,4 miljoen verzekerden. Per 2019 heeft één polis geen beperkende voorwaarde meer die er in 2018 wel was. Er zijn twee polissen met beperkende voorwaarden bij gekomen. Deze polissen richten zich zoals eerder aangegeven op Pro life en IZZ-verzekerden.

Aandeel verzekerden met polis met beperkende voorwaarden



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

Digitale verstrekking polissen

In het huidige digitale tijdperk wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de polisakte voor de zorgverzekering met toestemming van de verzekeringnemer langs elektronische weg te verstrekken, in plaats van op papier. Met het oog op lastenbesparing had de minister oorspronkelijk het voornemen om bij wet de digitale verstrekking van de polisakte tot standaard te maken. Gezien de autonome toename hiervan, werd regelgeving hierover echter niet meer nodig geacht en is de wetwijziging begin 2019 ingetrokken (Kamerstuk 34399, nr. 10). In plaats daarvan heeft de minister de NZa gevraagd om de ontwikkeling van het aantal digitaal verstrekte polissen te monitoren. Dit is het eerste jaar waarin dat gebeurt.

Uit de bij zorgverzekeraars uitgevraagde informatie blijkt dat van alle aangeleverde 58 zorgverzekeringen, in ieder geval 56 digitaal kunnen worden afgesloten en toegestuurd. Van twee zorgverzekeringen wordt het polisblad alleen op papier aangeboden. Bijna alle zorgverzekeringen kunnen ook op papier worden afgesloten. Twee zorgverzekeringen worden alleen digitaal aangeboden. Daarnaast zijn er vier zorgverzekeringen met minder dan 250 verzekerden met een papieren polis. Bij zorgverzekeringen op papier krijgen de verzekerden hun polisblad en het wijzigingsoverzicht op papier toegezonden.

Opvallend is dat bijna alle zorgverzekeraars de polisvoorwaarden via een link op de website aanbieden. Het gehele boekje met de polisvoorwaarden wordt niet standaard toegezonden. Eventueel kan het wel (telefonisch) worden opgevraagd. Dit geldt ook voor de twee zorgverzekeringen die alleen per post worden aangeboden.

We hebben ook gekeken naar de mogelijkheden voor verzekerden om contact te hebben met hun zorgverzekeraar. Voor nagenoeg alle zorgverzekeringen is contact per post en telefoon mogelijk. Bij twee zorgverzekeringen kan niet via de post worden gecommuniceerd. Voor ruim 90% van de 58 zorgverzekeringen is ook contact per e-mail of social media een optie. Voor de helft van de zorgverzekeringen is ook contact per chatapplicatie of app mogelijk. Indiening van declaraties kan bij 97% van de zorgverzekeringen via de post en bij 81% van de zorgverzekeringen via een app.

Zorgverzekeraars hebben over 2019 voor 15 miljoen polissen aangegeven of de polis digitaal of per papier wordt verzonden. 59% van deze verzekerden heeft een digitale polis en 41% een papieren polis. In 2015 ontving nog maar 27% van de verzekerden de polis digitaal (Memorie van toelichting bij Wetsvoorstel Wijziging van de Zvw in verband met de elektronische zorgpolis, Kamerstuk 34399, nr. 3).

Aanvullende verzekeringen

Voor veel zorg buiten het basispakket kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. Er geldt geen acceptatieplicht en de vergoedingen zijn soms gemaximeerd op een bedrag of aantal behandelingen. In 2019 zijn 14,4 miljoen verzekerden aanvullend verzekerd. Dit is 83,8% van de verzekerden (83,7% in 2018 en 84,1% in 2017). Van de collectief verzekerden is 89,1% aanvullend verzekerd in 2019 (88,3% in 2018). Van de individueel verzekerden is 73,9% aanvullend verzekerd in 2019 (74,6% in 2018).

Voorals mondzorg is aanvullend verzekerd. Dit jaar heeft ruim 71% van de aanvullend verzekerden een dekking voor mondzorg. In 2016, 2017 en 2018 was dat 72%.

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 2019 om 0,16% van de aanvullend verzekerden (in 2017 was dit 0,15%).

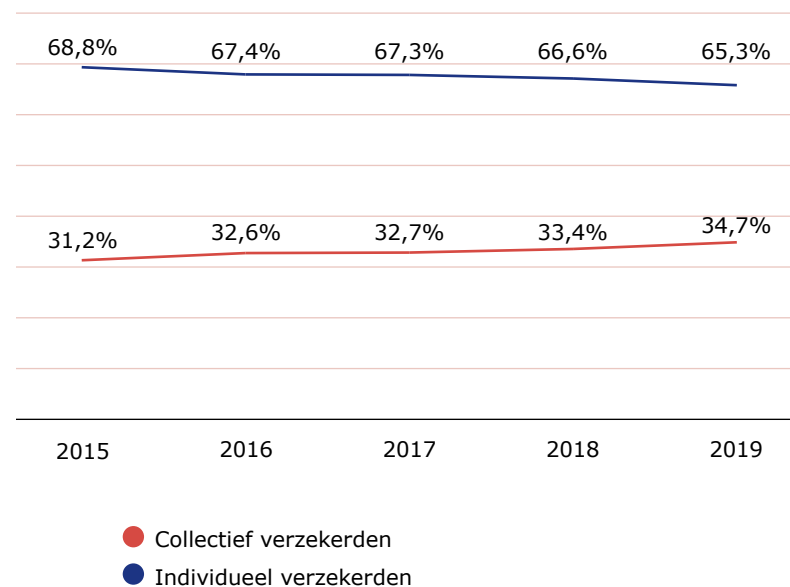
Collectieve zorgverzekeringen

Ook dit jaar is ruim 65% van de verzekerden via een collectiviteit verzekerd. Tot en met 2014 zagen we jaarlijks een kleine stijging, na 2014 is er jaarlijks een lichte daling. Collectief verzekerden hebben in veel gevallen voordelen die ze als individueel verzekerde niet krijgen. Meestal een financiële korting op de premie. Zoals uit de volgende paragraaf zal blijken is het prijsvoordeel van collectieve zorgverzekeringen in

vergelijking met individuele zorgverzekeringen al een aantal jaren aan het dalen. Een collectieve zorgverzekering is dus wat de prijs betreft minder aantrekkelijk geworden.

Er zijn verschillende soorten collectieve zorgverzekeringen. Sommige zijn voor iedere burger toegankelijk (denk aan breed toegankelijke zoals bijvoorbeeld PMA en United Consumers) en andere zijn dit niet (dit zijn met name werkgeverscollectiviteiten).

Aandeel collectief verzekerden



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

Het aantal verzekerden via een werkgeverscollectief daalt licht van 6,16 miljoen in 2018 naar 6,14 miljoen in 2019. Het gaat om 54,7% van de collectief verzekerden in 2019, dit is een stijging van 0,8% ten opzichte van 2018 (53,9% in 2018, 51,7% in 2017). Het aantal verzekerden via een patiëntenvereniging is ongeveer 79.000 in 2019 (ongeveer 84.000 in 2018). Via de collectieve contracten van gemeenten zijn in 2019 ruim 725.000 mensen verzekerd (6,5% van de collectief verzekerden). In 2018 waren dit er ruim 715.000 (6,3% van de collectief verzekerden). Ongeveer 4,3 miljoen collectief verzekerden zitten bij andersoortige collectiviteiten (38,1% van de collectief verzekerden). In 2017 waren 4,5 miljoen verzekerden aangesloten bij een andersoortig collectiviteit.

Gemeenten bieden inwoners met de laagste inkomens de gelegenheid zich collectief te verzekeren in een gemeente-collectiviteit. Volgens gezondverzekerd.nl bieden bijna alle gemeenten een collectieve zorgverzekering aan voor mensen met een laag inkomen. Begin 2019 zijn er Nederland in totaal 355 gemeenten en 579 collectieve contracten tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

Via gezondverzekerd.nl kunnen in 2019 inwoners uit ruim 300 gemeenten zich direct aanmelden voor een gemeentepolis. 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.

Acceptatieplicht en risicosolidariteit

In Nederland hebben we een zorgverzekeringsstelsel dat voor iedereen toegankelijk en betaalbaar moet zijn. Daarom zijn zorgverzekeraars verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering tegen dezelfde prijs, ongeacht leefstijl, leeftijd, inkomen of ziektehistorie. Zorgverzekeraars worden met behulp van de risicoverevening gecompenseerd voor verschillen in zorgkosten van verzekerden. In deze paragraaf bekijken we of er op risico's wordt geselecteerd.

Hiervoor maken we gebruik van een standaard set indicatoren. We hebben gekeken naar de jaren 2014 tot en met 2017. De resultaten hebben we vergeleken met de ontwikkelingen die we in de vorige periodes zagen. In 2016 heeft de NZa over risicoselectie een [kwalitatief onderzoek](#) gedaan naar risicoselectie en risicosolidariteit.

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. Er zijn aan de ene kant polissen met steeds ongezondere verzekerden. Deze polissen worden steeds verliesgevender. Aan de andere kant zien we polissen met steeds gezondere verzekerden. Deze polissen worden steeds winstgevender. Deze segmentatie blijft, ten opzichte van de vorige monitor, in stand over de jaren 2014-2017. Binnen concerns middelen de resultaten elkaar uit. Concerns subsidiëren zo polissen onderling. Goede vereveningsresultaten op een polis worden ingezet om slechte resultaten te compenseren. Wel zien we in de onderzochte periode een trend dat deze

subsidiering de laatste jaren licht afneemt. Uit de prijsontwikkeling van de zorgverzekeringen in het volgende hoofdstuk blijkt dat de spreiding in premies toeneemt. Dit kan een indicatie zijn dat de solidariteit op concernniveau afneemt.

Vanaf 2018 zijn er net als in voorgaande jaren in de risicoverevening verbeteringen doorgevoerd. Na 2018 is de focus verschoven van doorontwikkeling naar onderhoud van het risicovereveningsmodel. De verevening wordt nog wel geactualiseerd. Alleen zijn grote verbeteringen van ex-ante aanpassingen niet meer te verwachten, gegeven de huidige data, methode en bekostiging. De NZa signaleert hierbij als risico dat de prikkel voor verzekeraars hierdoor groter wordt om zich voor langere termijn op winstgevendende groepen te richten. Dit kan risicoselectie in de hand werken, waardoor de solidariteit wordt aangetast. Aan de andere kant kan door de risicoverevening een groep met slechter zorgprofiel (stel diabetici) wel eens winstgevender zijn dan een groep met een beter zorgprofiel (studenten). Het is in dat kader wenselijk om de risicoverevening steeds te actualiseren. Door een constante doorontwikkeling is het voor verzekeraars moeilijker om te sturen op specifieke groepen verzekerden. Voorspelbare winsten en verliezen worden immers kleiner en ook de voorspelbaarheid op de lange termijn van deze winsten en verliezen neemt af.

Bij de analyse van de financiële resultaten hebben we gezien dat de gemiddelde solvabiliteit is gestegen. Op 31 december 2018 zijn er geen zorgverzekeraars die onder de minimumbuffers komen.

Dit jaar waren er enkele geluiden dat het voor zorgverzekeraars loont om te sturen op specifieke populaties. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat dit een risico vormt. Daarnaast besteedt

strategisch onderzoeksbureau Equalis hier in haar [blog](#) "premieverschillen tussen zorgverzekeraars nemen toe" aandacht aan. Volgens Equalis worden verschillen in premies met name veroorzaakt door verschillen in populatiekenmerken.

Mogelijk is directe marketing via bijvoorbeeld social media effectief voor zorgverzekeraars bij sturing op populaties. Uit de huidige analyses komt dit beeld niet direct naar voren. Daarbij is dit een instrument wat verzekeraars kosteneffectief kunnen inzetten. Als deze marketing echter ook kan worden gebruikt om op verzekerdenkenmerken te sturen, dan is dat onwenselijk. Dat kan namelijk de solidariteit aantasten. De NZa wil daarom dit najaar gaan verkennen of het mogelijk is om meer te kunnen zeggen over sturing op verzekerdenpopulaties via directe marketing en of dat leidt tot onwenselijke gevolgen.

4.2 Prijs van de basisverzekering

De prijs van de basisverzekering bestaat uit twee delen. Een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet en een nominale premie. Een gemiddelde volwassen Nederlander betaalt in 2019 voor de basisverzekering € 1.806 per jaar via de inkomensafhankelijke bijdrage en € 1.384 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 2019 zonder kortingen die verzekeraars eind 2018 bekendmaakten was gemiddeld € 1.455. Hierbij zijn alle bedragen gewogen naar het aantal volwassen verzekerden per zorgverzekeraar in 2018.

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

	2019
Rekenpremie VWS	1.380
Resultaat op zorgactiviteiten	-72
Bedrijfskosten incl. schadebehandelingskosten	72
Inzet beleggingsopbrengsten	-2
Onttrekking aan reserves	-25
Toevoeging aan reserves	2
Opslag winst	0
Opslag i.v.m. collectiviteitskortingen	78
Opslag i.v.m. korting vrijwillig eigen risico	21
Opslag i.v.m. oninbare premies	3
Overig opslag	-2
Totaal basispremie	1.455

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 2019 hebben de zorgverzekeraars € 371 miljoen aan beleggingsopbrengsten en reserves ingezet om de premie lager vast te kunnen stellen. Enkele zorgverzekeraars hebben de premie juist verhoogd om reserve op te bouwen, samen voor € 28 miljoen. Per saldo gaat het in 2019 om een verlaging van de premie met € 343 miljoen ofwel € 25 per premiebetaler. De nominale premie is daardoor voor alle genoemde jaren minder dan kostendekkend vastgesteld.

Hoogte daadwerkelijke premieverlaging	2015	2016	2017	2018	2019
Miljard euro	1,4	2	1,5	0,7	0,343
Per premiebetaler (€)	105	146	111	50	25

Bron: Zorgverzekeraars; Jaarcijfers

Gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering

De gewogen gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering inclusief collectiviteitskortingen stijgt met 5,8% naar € 1.384 in 2019. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn buiten beschouwing gelaten.

Gemiddeld betaalde nominale premie per jaar (in €)

Soort polis	2015	2016	2017	2018	2019
Individueel verzekerden	1.195	1.229	1.314	1.332	1.401
Collectief verzekerden	1.142	1.186	1.272	1.296	1.375
Alle verzekerden	1.158	1.201	1.286	1.308	1.384

Het verschil tussen de duurste en goedkoopste polis is € 438 in 2019. Dat is 32% van de gemiddeld betaalde premie. De jaarpremie van de goedkoopste polis is € 1.167 en de duurste kost € 1.605. 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.

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

Soort polis	2015	2016	2017	2018	2019
Polis met beperkende voorwaarden	1.056	1.116	1.206	1.217	1.291
Combinatie (zonder polissen met beperkende voorwaarden)	1.148	1.221	1.271	1.280	1.334
Natura (zonder polissen met beperkende voorwaarden)	1.174	1.211	1.302	1.325	1.397
Restitutie	1.169	1.203	1.297	1.331	1.433
Alle polissen	1.158	1.201	1.286	1.308	1.384

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%. 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 7,2%. Effectief gezien betalen collectief verzekerden in 2019 gemiddeld slechts 1,9% minder premie dan individueel verzekerden. Dit komt omdat de basispremie bij verzekeringen die ook met collectieve korting kunnen worden afgesloten (€ 1.482 in 2019) hoger ligt dan de basispremie van verzekeringen waarop geen collectieve korting mogelijk is (€ 1.401 in 2019). De korting ten opzichte van individueel verzekerden is gedaald. Net als in andere jaren kiezen individueel verzekerden in 2019 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.

Gemiddelde premie collectief versus individueel verzekerden

		2015	2016	2017	2018	2019
Individueel verzekerden	Betaalde premie (= basispremie)	€ 1.195	€ 1.229	€ 1.314	€ 1.332	€ 1.401
Collectief verzekerden	Basispremie	€ 1.232	€ 1.280	€ 1.373	€ 1.401	€ 1.482
	Betaalde premie	€ 1.142	€ 1.186	€ 1.272	€ 1.296	€ 1.375
	Korting op basispremie	7,3%	7,3%	7,4%	7,5%	7,2%
	Korting t.o.v. individueel verzekerden	4,4%	3,5%	3,2%	2,7%	1,9%
Alle verzekerden	Betaalde premie	€ 1.158	€ 1.201	€ 1.286	€ 1.308	€ 1.384

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

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 evenveel opslag als dat zij korting krijgen, zodat het voordeel van de collectieve korting gemiddeld nul is.

In 2019 worden 41 van de 59 modelpolissen ook met collectieve korting aangeboden (in 2018 37 van de 55). De 18 polissen waarbij geen collectieve korting mogelijk is bestaan uit alle soorten polissen (natura, restitutie, combinatie). Het deel van de modelpolissen dat alleen zonder collectieve korting wordt aangeboden is toegenomen. In 2007 ging het om 1 op de 18 polissen, in 2012 om 1 op de 5 en sinds 2017 om ongeveer 1 op de 3 polissen.

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

		2015	2016	2017	2018	2019
Polissen zonder mogelijkheid collectieve korting	Betaalde premie (= basispremie)	€ 1.124	€ 1.147	€ 1.242	€ 1.246	€ 1.314
Polissen die ook met collectieve korting worden aangeboden	Betaalde premie individueel verzekerden	€ 1.231	€ 1.276	€ 1.377	€ 1.408	€ 1.473
	Basispremie collectief verzekerden	€ 1.238	€ 1.288	€ 1.382	€ 1.410	€ 1.492
	Collectieve korting collectief verzekerden	€ 95	€ 100	€ 109	€ 111	€ 114
	Betaalde premie collectief verzekerden	€ 1.142	€ 1.188	€ 1.272	€ 1.298	€ 1.379
Alle polissen	Betaalde premie	€ 1.158	€ 1.201	€ 1.286	€ 1.308	€ 1.384

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, gemiddeld de laagste premie betalen. In 2019 is dat € 1.314 per jaar. Voor een polis waarop wel collectieve korting mogelijk is betalen individueel verzekerden in 2019 gemiddeld € 1.473 en collectief verzekerden € 1.379.



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

		2015	2016	2017	2018	2019
Polissen die ook met collectieve korting worden aangeboden	Collectieve korting collectief verzekerden	€ 95	€ 100	€ 109	€ 111	€ 114
	Opslag collectieve korting in basispremie	€ 72	€ 74	€ 84	€ 86	€ 87
	Netto korting collectief verzekerden	€ 23	€ 26	€ 25	€ 25	€ 27

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

Collectief verzekerden krijgen in 2019 gemiddeld € 114 korting, maar in hun basispremie is een opslag van gemiddeld € 87 opgenomen om de collectieve korting mogelijk te maken, zodat een korting van € 27 resteert.

Prijsvoordeel collectieve versus individuele zorgverzekering

Collectieve zorgverzekeringen via de werkgever leveren gemiddeld het hoogste prijsvoordeel op. Het absolute prijsvoordeel ten opzichte van individueel verzekerden daalt al sinds 2013. In 2019 is de gemiddelde korting op werkgeverscollectiviteiten 8,9%. Ten opzichte van individueel verzekerden is het voordeel 3,6% ofwel € 50. De gemiddelde collectieve korting op gemeentecollectiviteiten is 6,0%, wat ten opzichte van individueel verzekerden een voordeel oplevert van 0,5% ofwel € 8.

Prijsvoordeel collectieve versus individuele zorgverzekering (in euro's)

Soort collectief	2015	2016	2017	2018	2019
Werkgevers	€ 68	€ 62	€ 61	€ 56	€ 50
Patiëntenvereniging	€ 46	€ 39	€ 38	€ 39	€ 33
Gemeente			€ 32	€ 14	€ 8
Overig	€ 42	€ 35	€ 35	€ 24	€ 13
Totaal	€ 52	€ 43	€ 42	€ 36	€ 26

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



5. De verzekerden

5.1 Verzekerden, onverzekerden en wanbetalers

5.2 Overstap naar een andere zorgverzekeraar

5.3 Eigen risico

5. De verzekerden

5.1 Verzekerden, onverzekerden en wanbetalers

Verzekerden

In 2019 sloten 17,2 miljoen personen een basisverzekering af. Zo'n 14,4 miljoen personen sloten een aanvullende verzekering af.

Aantal verzekerden basis- en aanvullende verzekering (in mln)

Soort verzekering	2015	2016	2017	2018	2019
Basisverzekering	16,8	16,9	17,0	17,1	17,2
Aanvullende verzekering	14,2	14,2	14,3	14,3	14,4

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 tot 2018. In 2018 is het aantal onverzekerden weer gestegen.

Op 31 december 2018 waren er 24.205 mensen zonder basisverzekering. Het is de NZa niet bekend waardoor deze stijging wordt veroorzaakt. Eind 2014 waren er nog 29.454 en in 2011 bijna 58.000 onverzekerden. Gemoedsbezwaarden en militairen hoeven geen zorgverzekering af te sluiten en zijn niet in de cijfers opgenomen.

Aantal onverzekerden voor de basisverzekering

	2014	2015	2016	2017	2018
Onverzekerd per 31 december	29.454	24.269	22.960	17.424	24.205

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

Wanbetalers

De wanbetalersregeling is bedoeld om verzekerden die zes of meer maanden premieachterstand hebben op hun zorgverzekering toch in de zorgverzekering te houden. Deze regeling is niet van toepassing op mensen die een betalingsregeling hebben met de zorgverzekeraar of in een schuldhulptraject zitten. Zorgverzekeraars melden wanbetalers aan bij het CAK voor het opleggen en innen van een bestuursrechtelijke premie. Zorgverzekeraars melden wanbetalers af bij het CAK als de premieschuld door verzekerde is voldaan. Verder wordt de wanbetaler afgemeld bij het CAK als:

- de verzekerde een regeling voor schuldhulpverlening heeft getroffen met de zorgverzekeraar;
- de verzekerde een betalingsregeling heeft getroffen met de zorgverzekeraar;
- de verzekerde is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering natuurlijke personen (WSNP).

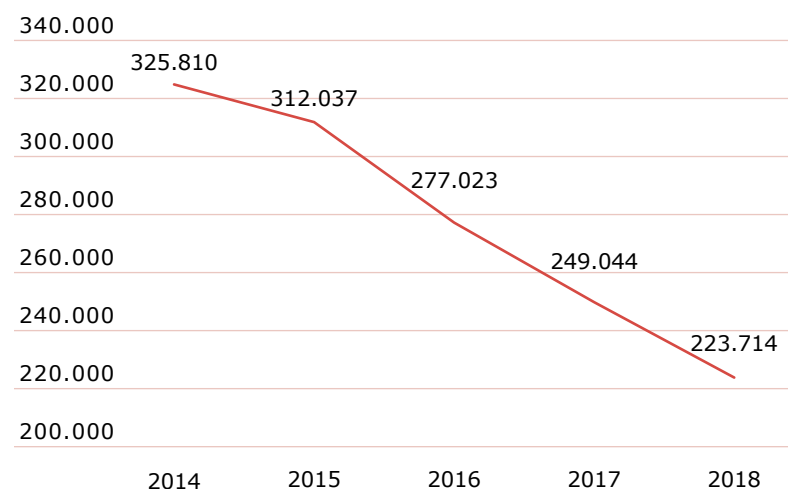
In juli 2016 is de wanbetalersregeling aangepast zodat mensen hier makkelijker uitstromen. Om de uitstroom te bewerkstelligen is er in eerste instantie gekozen voor de uitstroom van de groep bijstandsgerechtigden. Eén van de voorwaarden voor een bijstandsgerechtigde om uit de wanbetalersregeling te komen 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 uitstroomregeling bijstandsgerechtigde wanbetalers kent de voorwaarde van een driejarige betalingsregeling van € 35 per maand. De resterende schuld bij de zorgverzekeraar wordt kwijtgescholden. Eventuele openstaande bestuursrechtelijke premie bij het CAK wordt niet meer geïnd. Om de afbetaling van de schuld makkelijker te maken en hierdoor mensen te stimuleren zo'n regeling te treffen, heeft de minister de bestuursrechtelijke premie (de zorgpremie plus een boete) met ingang van 2019 verlaagd naar 120% van de gemiddelde nominale premie.

In 2018 en 2019 zijn verdere maatregelen genomen om het aantal wanbetalers terug te dringen. Een verzekerde die de schuld bij de zorgverzekeraar had voldaan kreeg soms nog een eindafrekening van het CAK voor de nog openstaande bestuursrechtelijke premie. Dat leidde in veel gevallen tot nieuwe betalingsproblemen. Daarom is in 2018 besloten om voor iedere verzekerde die de schuld bij de zorgverzekeraar

heeft voldaan de eindafrekening van de bestuursrechtelijke premie kwijt te schelden.

Wanbetalers die onder bewind staan kunnen ook uitstromen uit de wanbetalersregeling. De uitstroomregeling voor wanbetalers onder bewind is per 1 juli 2019 inwerking getreden. Het aantal wanbetalers is hierdoor gedaald van bijna 326.000 eind 2014 naar ongeveer 224.000 eind 2018.

Aantal wanbetalers aangemeld bij het CAK per 31 december



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

5.2 Overstap 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 zorgverzekeraars 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. Een label is een merknaam waaronder een bepaalde modelovereenkomst wordt aangeboden. Dezelfde modelovereenkomst wordt soms ook onder verschillende labels aangeboden. De verzekerde zal dit zelf wel als een overstap ervaren. De verzekerde verandert dan mogelijk wel van zorgverzekering, maar blijft verzekerd bij dezelfde zorgverzekeraar.

Publicatiedatum premies van bestaande polissen

De overstapperperiode loopt vanaf het moment dat zorgverzekeraars hun hernieuwde voorwaarden van bestaande polissen en de bijbehorende premies publiceren tot 1 januari. Vervolgens kan tot 31 januari een nieuwe zorgverzekering afgesloten worden. In 2018 moesten zorgverzekeraars uiterlijk 12 november hun premies voor 2019 bekendmaken aan hun verzekerden, omdat een premiewijziging pas mag ingaan zeven weken nadat deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

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 2019 is bij 22 van de 59 polissen op de uiterste datum algemeen bekendgemaakt. Voor 2018 waren dat er 11 van de 55.

Te late publicatie

De NZa heeft het afgelopen jaar haar beleid aangescherpt ten aanzien van tijdige aanlevering en bekendmaken van premie- en poliswijzigingen en zal sneller overgaan tot toezichtmaatregelen. Afgelopen jaar hebben twee zorgverzekeraars desalniettemin aangegeven problemen te hebben gehad met de bekendmaking van de premie op 12 november. Het betrof met name verzekerden waarvan het e-mailadres niet klopte of niet aanwezig was of de mail kortstondig vertraging opliep bij verzending door externe factoren. De NZa vindt het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om er voor te zorgen dat alle e-mailadressen aanwezig en gecontroleerd zijn, en dat de mail tijdig wordt verzonden. Algemene vooraankondigingen dat de premie op 12 november op de website staat voldoen niet om een dergelijk gebrek te herstellen. Het is daarom aan zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat alle verzekerden tijdig worden geïnformeerd over een premiewijziging.

Vindbaarheid informatie

Gedurende de overstapperperiode 2018 - 2019 heeft de NZa een onderzoek uitgevoerd naar de vindbaarheid van informatie op de website van zorgverzekeraars. Het gemiddelde percentage verzekerden dat informatie over de verschillende onderwerpen vond, ligt tussen de 36% (overzicht nagenoeg gelijke polissen) en 84% (vergoeding voor fysiotherapie). De vindbaarheid van het merendeel van de onderwerpen lag tussen de 74% en de 84%. Vooral de vindbaarheid van het overzicht nagenoeg gelijke polissen valt hierbij in negatieve zin op. Dit overzicht moet verplicht op de website staan op grond van artikel 30 uit de

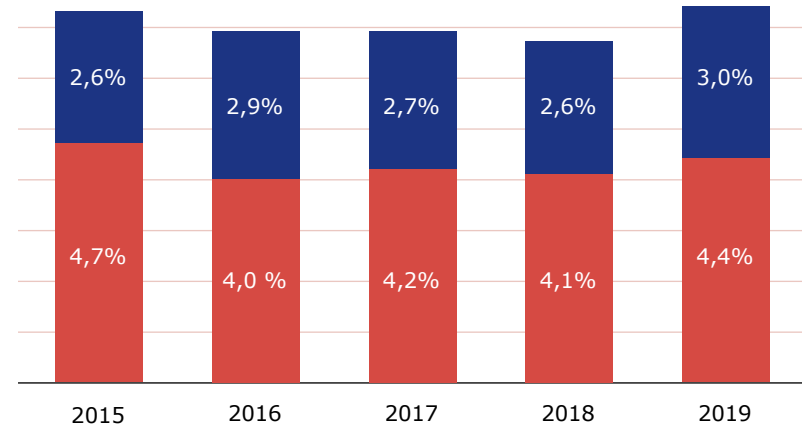
regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010). De NZa vindt dat verzekerden een geïnformeerde keuze moeten kunnen maken voor een polis.

Aantal overstappers

Consumenten besparen in 2019 door over te stappen gezamenlijk € 41,2 miljoen aan premiegelden voor de basisverzekering (€ 44,2 miljoen in 2018). Toch stapt jaarlijks slechts een deel van de verzekerden over. In 2019 stapte 7,3% van de verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar (1,26 miljoen verzekerden). In 2018 stapten ongeveer 117.000 verzekerden minder over (6,7% van de verzekerden). Vektis heeft in haar [zorgthermometer verzekerden in beeld 2019](#) geconstateerd dat sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet het percentage overstappers alleen in 2013 hoger is geweest.

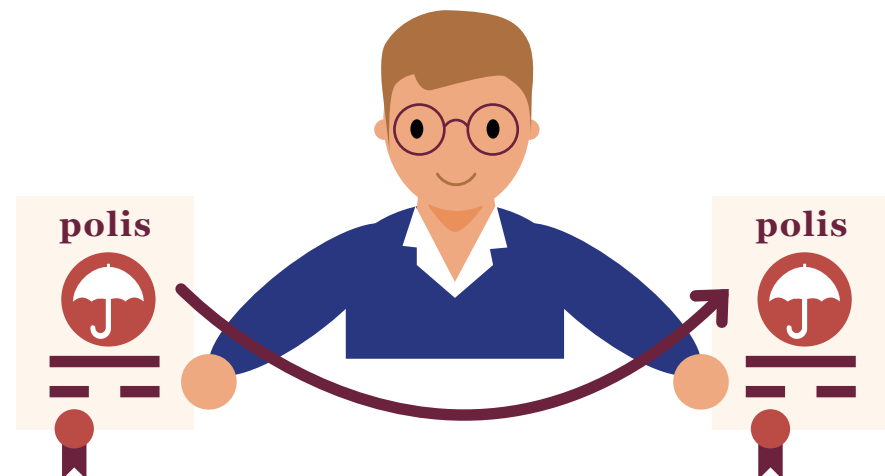
Van het overstapcijfer 2019 heeft 0,29% betrekking op de overstap van verzekerden naar EUCARE. Dat gaat om verzekerden van Aevitae die zijn overgegaan van Avéro naar EUCARE. De overstap van verzekerden naar EUCARE is geen actieve overstap omdat verzekerden hier zelf niets voor hebben hoeven doen.

Percentage verzekerden die overstappen



- Naar een collectieve verzekering
- Naar een individuele verzekering

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



Hoe gevoelig zijn burgers voor een premie-verandering?

Tijdens de overstapperiode voor 2019 stapten meer consumenten over dan in 2018.

In de overstapperiode voor 2019 daalde de vraag naar een polis met 7%, als de premie van die polis met 10% steeg en de premie van andere polissen gelijk bleef. In 2018 daalde de vraag in dat geval met 9%. Verzekerden zijn dus iets minder prijsgevoelig geworden. In de bijlage bij de monitor geeft de NZa aan hoe de prijsgevoeligheid wordt berekend.

Niet alleen de prijs heeft invloed op de vraag of verzekerden overstappen. Denk hierbij aan de kosten van het zoeken naar een andere zorgverzekeraar 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 overstappen, zo lang als zij zich maar niet op grond van irreële overwegingen bij hun bestaande verzekeraar blijven.

5.3 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, wijkverpleging, 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 zorgaanbieders, zorgprogramma's, een geneesmiddel of een hulpmiddel.

Negentien van de 24 zorgverzekeraars maken in 2019 gebruik van de mogelijkheid om bepaalde zorgkosten buiten het verplicht eigen risico te laten vallen. Elf zorgverzekeraars geven vrijstelling van het verplicht eigen risico voor de kosten van medicatie-beoordeling bij chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen. Zeven zorgverzekeraars geven een vrijstelling wanneer een aangewezen geneesmiddel wordt gebruikt. De vrijstelling voor ggz bij aangewezen zorgaanbieders geldt maar voor één specifieke polis van één zorgverzekeraar. De vrijstelling voor fysiotherapie bij aangewezen zorgaanbieders bij twee zorgverzekeraars geldt bij elk maar voor één van hun polissen. De programma's voor een aanpak zijn in 2019 allemaal gericht op stoppen met roken.

Zeventien zorgverzekeraars sturen via verplicht eigen risico

	2015	2016	2017	2018	2019
Totaal aantal concerns	9	9	9	10	11
Totaal aantal zorgverzekeraars	25	25	24	23	24
Een vorm van sturing door:					
Aantal concerns	9	6	7	8	9
Aantal zorgverzekeraars	12	13	18	17	19
Aangewezen zorgaanbieder:					
Medisch specialistische zorg			1	1	1
Fysiotherapie				1	2
GGZ				1	1
Aangewezen zorg:					
Een programma voor een aanpak	1	1	1	6	17
Geneesmiddel	8	8	8	8	7
Medicatie beoordeling	11	12	12	11	11

Bron: NZa, polisvoorwaarden zorgverzekeraars

Vrijwillig eigen risico

Hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe meer premiekorting de verzekerde krijgt. De korting bij een vrijwillig eigen risico van € 500 is daarbij vaak ook relatief het hoogst. De gemiddeld aangeboden premiekorting voor een vrijwillig eigen risico van € 500 is in 2019 gedaald ten opzichte van 2018. Bij zes polissen (van vier zorgverzekeraars) is de korting bij een vrijwillig eigen risico van € 500 per 2019 verlaagd. Het gaat vooral om polissen waarbij deze korting relatief hoog was.

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

Vrijwillig eigen risico	2015	2016	2017	2018	2019
€ 100	45	44	46	46	46
€ 200	88	86	87	88	87
€ 300	131	127	129	129	128
€ 400	175	169	173	172	172
€ 500	235	228	232	232	227

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Hoe verschillend zijn premiekortingen voor vrijwillig eigen risico? Er is nog steeds een groot verschil tussen de laagste en de hoogste aangeboden korting voor het vrijwillig eigen risico. In 2019 kan de verzekerde bij een eigen risico van € 500 bij één polis € 150 korting per jaar krijgen en op drie andere polissen € 300.

Hoogst en laagst aangeboden premiekorting (in euro's) in 2019

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

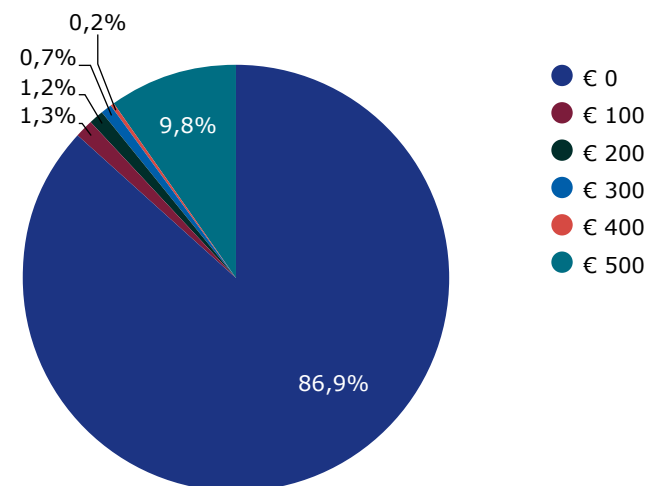
Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

De hoogste en laagste kortingen die worden gegeven bij een vrijwillig eigen risico zijn in 2019 niet veranderd ten opzichte van 2018.

Wel zien we bij een vrijwillig eigen risico van € 500 een duidelijke verandering in de spreiding van de korting per polis. In 2019 zijn deze kortingen over het algemeen lager dan in 2018. Bij de andere eigen risico-categorieën zien we deze verandering niet. In 2019 is een korting van van € 300 dus meer een uitzondering geworden. Dat betreft drie polissen (vier in 2018).

Jaarlijks kiezen meer verzekerden voor een vrijwillig eigen risico (in 2019 13,1%). Het maximaal vrijwillig eigen risico van € 500 wordt het meest gekozen. In 2019 kiest 9,8% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico van € 500. In 2018 was dit 9,3%, in 2015 8,2%.

Verdeling verzekerden 18+ met een vrijwillig eigen risico in 2019



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

Verzekering eigen risico

Bij een verzekering van het eigen risico via een aanvullende verzekering hoeft de verzekerde geen eigen risico te betalen als hij zorg ontvangt. Hij betaalt daarvoor extra premie via de aanvullende verzekering.

Verzekering vrijwillig eigen risico

In 2019 is er voor het eerst sinds 2016 weer sprake van verzekering van het vrijwillig eigen risico. De zorgverzekeraars waren daarmee per 2017 gestopt na de oproep daartoe van de minister van VWS.

In 2019 verzekert één zorgverzekeraar het verplicht én vrijwillig eigen risico als onderdeel van een aanvullende verzekering. Deze aanvullende verzekering is alleen af te sluiten voor iemand die een voltijd (para)medische studie volgt aan een hbo of universiteit. Deze aanvullende verzekering wordt via een separate waarborgmaatschappij aangeboden. Een andere zorgverzekeraar overweegt om, naast het verplicht eigen risico, ook het vrijwillig eigen risico weer te gaan verzekeren, mogelijk met terugwerkende kracht tot 2018. Deze verzekering is alleen toegankelijk voor seizoenarbeiders. Deze verzekeraar heeft dit voornemen eerder dit jaar bij de NZa gemeld en de NZa gevraagd om haar zienswijze. Een van de argumenten om hiervoor te kiezen was dat een concurrent dit product ook aanbiedt voor seizoenarbeiders. Die concurrent maakt daarvoor gebruik van de diensten van een andere verzekeraar, waardoor dat niet zichtbaar is in de bij de NZa aangeleverde informatie. Hierdoor ontstaat volgens de zorgverzekeraar een ongelijk speelveld en zijn zij gedwongen het product weer aan te bieden. Ze hebben aangegeven dit te willen heroverwegen indien het gelijke speelveld wordt hersteld.

Zorgverzekeraars kunnen het vrijwillig eigen risico verzekeren door hiervoor een dekking op te nemen in een aanvullende verzekering. Er is de NZa één geval bekend van een externe partij die voor een zorgverzekeraar het vrijwillig eigen risico verzekert. In ruil voor een (vaak beperkte) premie wordt dan het vrijwillig eigen risico afgedekt. De verzekerde krijgt hierdoor een maximale premie korting voor het maximale vrijwillig en eigen risico terwijl hij voor de aanvullende verzekering maar een minimale premie

hoeft te betalen. Zorgverzekeraars kunnen dit product aanbieden aan een specifieke groep verzekerden, bijvoorbeeld seizoenarbeiders. Op deze manier betalen deze verzekerden een relatief lage premie ten opzichte van gewone verzekerden die geen gebruik kunnen maken van deze verzekering. Omdat dit product wordt aangeboden via een aanvullende verzekering kan het verbod op premiedifferentiatie zo worden omzeild. De NZa vindt het alsnog verzekeren van het vrijwillig eigen risico daarom onwenselijk en blijft de ontwikkelingen op dit terrein scherp volgen. De NZa spreekt daarnaast de betrokken zorgverzekeraars hier op aan, inclusief de zorgverzekeraar die gebruik maakt van de diensten van een derde partij, en zal ze dringend vragen te stoppen met het aanbieden van dit product.

Het aandeel verzekerden met een verzekering van het verplicht eigen risico is 2,6% in 2019 (2,4% in 2018 en 1,8% in 2017). Per februari 2019 zijn er 354.454 verzekerden die een verzekering hebben voor het verplicht eigen risico. Die groep bestaat voor 67% uit minima en voor 31% uit buitenlandse seizoenarbeiders, de rest wordt gevormd door expats, zeevarenden en met ingang van 2019 ook weer studenten. Verzekering van het verplicht eigen risico heeft als voordeel dat dit betalingsrisico's voor dergelijke groepen kan voorkomen. De toename in 2019 zit bijna helemaal bij de minima en de buitenlandse seizoenarbeiders. In 2019 verzekeren 2 zorgverzekeraars het verplicht eigen risico van buitenlandse seizoenarbeiders, net als in 2018. In 2017, 2018 en 2019 herverzekeren zes zorgverzekeraars het verplicht eigen risico van minima. Het aantal minima dat daarvan gebruik maakt steeg van 227.000 in 2018 naar 239.000 in 2019.

6. Conclusies en aanbevelingen

6.1 Polisaanbod

6.2 Risicoverevening en risicoselectie

6.3 Verzekering vrijwillig eigen risico

6. Conclusies en aanbevelingen

Deze monitor richt zich op een basisset indicatoren. Deze indicatoren hebben betrekking op de zorgverzekeraars en hun resultaten, de ontwikkelingen in het polisaanbod (aantal, soort en prijs) en het gedrag van verzekerden (overstapgedrag). Daarnaast hebben we dit jaar gekeken naar het digitale polisaanbod. Deze indicatoren monitoren we jaarlijks. Op de meeste indicatoren is weinig verandering te zien. Op een aantal punten zien we wel relevante veranderingen. Hieronder zijn de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit de monitor opgenomen.

6.1 Polisaanbod

Het aantal polissen is ten opzichte van 2018 gestegen. De NZa is voorstander van een overzichtelijk polisaanbod. Een toename van het aantal polissen draagt daar niet aan bij. De oplossing ligt naar het oordeel van de NZa in het beperken van het aantal nagenoeg gelijke polissen op concernniveau. Sommige concerns bieden nu vier tot wel zes polissen aan, die nagenoeg niet van elkaar verschillen, behalve soms de prijs. De NZa wijst in deze context op haar standpunt ten aanzien van het toezicht op concerns. De NZa zou graag zien dat het verbod op premie-differentiatie ook van toepassing is op concerns, aangezien zorgverzekeringsconcerns hun risicodragers kunnen gebruiken om verschillende premies te kunnen hanteren voor gelijke polissen. In ons eerdere onderzoek over risicoselectie en risicosolidariteit uit 2016, maar ook in de monitor zorgverzekeringsmarkt 2018 heeft de NZa daar aandacht aan besteed.

Enkele zorgverzekeraars waren dit jaar voor een aantal verzekerden te laat met de bekendmaking van de premies. De NZa vindt het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat deze premies tijdig bij alle verzekerden bekend zijn. Zij zullen er dan ook zelf voor moeten zorgen dat alle e-mail-adressen aanwezig zijn en kloppen en dat de mail tijdig wordt verzonden. Algemene vooraankondigingen dat de premie op 12 november op de website staat voldoen niet om een dergelijk gebrek te herstellen. Het is daarom aan zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat alle verzekerden tijdig worden geïnformeerd over een premiewijziging.

Uit onderzoek van de NZa in 2018 naar de vindbaarheid van informatie over de polissen, bleek dat het overzicht van nagenoeg gelijke polissen niet goed vindbaar is. Verder zet de NZa erop in dat polisinformatie daadwerkelijk ondersteunend is aan het keuzeprocés van verzekerden. Informatie moet daarom niet alleen juist zijn, maar ook vindbaar, begrijpelijk en op het juiste moment worden aangeboden. Dit is voor de NZa een belangrijke randvoorwaarde om verzekerden te ondersteunen in hun keuze voor de best passende zorgverzekering. De focus van de NZa is daarom door de jaren heen verschoven van juiste en duidelijke informatieverstrekking door zorgverzekeraars over polissen, naar vindbare en vergelijkbare informatie. Nu moeten zorgverzekeraars ook die volgende stap gaan zetten en zorgen dat de wijze waarop zij informatie verstrekken, ook aansluit bij de informatiebehoefte, het zoekgedrag en de belevingswereld van verzekerden. Specifiek op het gebied van vindbaarheid van informatie zien we op dit moment ruimte voor verbetering. Het komende overstapseizoen zal de NZa hieraan nadrukkelijk aandacht geven.

6.2 Risicoverevening en risicoselectie

Vanaf 2018 zijn in de risicoverevening verbeteringen doorgevoerd. Het blijft belangrijk om deze risicoverevening steeds te actualiseren. Door een constante doorontwikkeling is het voor verzekeraars moeilijker om te sturen op specifieke groepen verzekerden. De verschuiving in de focus van doorontwikkeling naar onderhoud van het risicovereveningsmodel geeft in deze context een ongewenste prikkel af. De NZa signaleert hierbij als risico dat de prikkel voor verzekeraars hierdoor groter wordt om zich voor langere termijn op winstgevende groepen te richten. Aan de andere kant kan door de risicoverevening een groep met een slechter zorgprofiel (stel diabetici) wel eens winstgevender zijn dan een groep met een beter zorgprofiel (studenten). Om het risico op ongewenste selectie te beperken doet de NZa de nadrukkelijke oproep om de risicoverevening steeds te verbeteren en naar nieuwe methoden te zoeken om zo voorspelbare winsten en verliezen zo veel mogelijk te beperken.

Dit jaar waren er enkele geluiden dat het voor zorgverzekeraars loont om te sturen op specifieke populaties. Daarbij zou vooral directe marketing via bijvoorbeeld social media effectief zijn. De NZa vindt het onwenselijk wanneer daarmee op verzekerdenkenmerken kan worden gestuurd. Dit tast de solidariteit aan. De NZa wil daarom dit najaar gaan verkennen of het mogelijk is om meer te kunnen zeggen over sturing op verzekerdenpopulaties via directe marketing.

6.3 Verzekering vrijwillig eigen risico

Vanaf dit jaar zijn er weer twee zorgverzekeraars die het vrijwillig eigen risico via de aanvullende verzekering alsnog verzekeren, dan wel het voornemen daartoe hebben. Daarnaast is er een zorgverzekeraar die hiervoor gebruik maakt van een derde verzekeraar. De NZa vindt het alsnog verzekeren van het eigen risico via de aanvullende verzekering onwenselijk. Op deze manier wordt de aanvullende verzekering gebruikt om verplichtingen uit de Zvw te omzeilen. Concreet kan zo het verbod op premiedifferentiatie worden omzeild. Het alsnog verzekeren van het eigen risico neemt bovendien de beoogde prikkel weg tot gematigd zorggebruik, terwijl die prikkel juist een doel is van het eigen risico. De NZa spreekt de betrokken verzekeraars hierop aan en zal ze dringend vragen te stoppen met het aanbieden van dit product.



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

Informatie- en Contactcentrum

Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar tussen 9.00 - 17.00 uur, lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

Vormgeving

Taluut