EQUALIS
strategy & modeling

Monitor polisaanbod 2020



Utrecht, 15 juni 2020

ir. Gerrit Hamstra
Celine van de Laar, MSc
Indya Duivenbode, MSc
Saskia Borg, MSc
Wouter van Straaten, MSc
drs. Barry Egberts, MMO

Monitor polisaanbod 2020

Equalis Strategy & Modeling B.V.
Jaarbeursplein 6
3521 AL, Utrecht
www.equalis.nl

Contactpersoon:
Gerrit Hamstra
gerrit.hamstra@equalis.nl
06 10 55 26 28

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 3
Managementsamenvatting 5
1 Inleiding 7
1.1 Aanleiding 7
1.2 Onderzoeksvragen 8
1.2.1 Onderzoeksvragen 8
1.2.2 Uitwerking aanbod van polissen en collectiviteiten 8
1.2.3 Uitwerking legitimatie collectiviteitskorting 8
2 Aanbod van polissen en collectiviteiten 10
2.1 Overzicht van modelovereenkomsten in 2020 11
2.1.1 Gemiddelde premie en vrijwillig eigen risico 13
2.1.2 Betaaltermijnen 16
2.2 Verschilanalyse modelovereenkomsten 17
2.2.1 Clustering A: op basis van vergoeding en korting 18
2.2.2 Clustering B: op basis van enkel vergoeding 19
2.3 Inzicht in de collectiviteiten 20
2.3.1 Algemeen beeld collectiviteiten en deelnemers 21
2.3.2 Collectiviteitenaanbod naar omvang 22
2.3.3 Aantal verzekerden per collectiviteit naar omvang 23
2.3.4 Collectiviteitenaanbod naar kortingsklasse 24
2.3.5 Collectiviteitenaanbod naar aanwezigheid ATP 27
3 Legitimatie collectiviteitskorting 28
3.1 Steekproef en beoordelingskader 29
3.2 Uitkomsten van het onderzoek 30
3.2.1 Algemene bevindingen 30
3.2.2 De mate waarin aanvullende afspraken worden gemaakt 31
3.2.3 Beoordeling van afspraken over kostenbesparing in Zvw 31
3.2.4 Beoordeling van afspraken in aanpalende domeinen 32
3.3 Verdieping afspraken kostenbesparing in Zvw 33
3.3.1 Aannemelijk gemaakte besparing Zvw-kosten 34
3.3.2 Mogelijke besparing Zvw-kosten 35

3.3.3 Theoretische besparing Zvw-kosten ... 35
3.4 Verdieping afspraken aanpalende domeinen ... 36
3.4.1 Aannemelijke baten in aanpalende domeinen ... 37
3.4.2 Mogelijke baten in aanpalend domein ... 38
3.4.3 Theoretische baten van de afspraken ... 38
3.5 Verdieping collectiviteiten zonder afspraken ... 39
3.6 Reflectie van collectiviteiten ... 39
4 Conclusie ... 41
5 Bijlagen ... 43
5.1 Onderzoeksaanpak ... 43
5.1.1 Aanbod van polissen en collectiviteiten ... 43
5.1.2 Legitimatie collectiviteitskorting ... 44
5.2 Verzekeringsconcerns, risicodragers en labels ... 46
5.3 Kenmerken modelovereenkomsten ... 47
5.4 Tabellen Collectiviteiten met en zonder ATP ... 52
5.5 Beoordelingskader afspraken bij collectiviteiten ... 56
5.6 Samenvatting collectiviteiten in steekproef ... 59
5.7 Voorbeelden van afspraken met collectiviteiten ... 62
5.7.1 Kostenbesparing Zvw: aannemelijk effect ... 62
5.7.2 Kostenbesparing Zvw: mogelijk effect ... 64
5.7.3 Kostenbesparing Zvw: theoretisch effect ... 65
5.7.4 Aanpalend domein: aannemelijke baten ... 66
5.7.5 Aanpalend domein: mogelijke baten ... 68
5.7.6 Aanpalend domein: theoretische baten ... 69

Managementsamenvatting

Voor een goed werkend stelsel is het belangrijk dat iedere verzekerde de vrijheid voelt om van verzekeraar te kunnen veranderen. In de praktijk blijkt dat het lastig is voor consumenten om de best passende polis te kiezen, mede door de veelheid van polissen en collectiviteiten die bovendien vaak op elkaar lijken.

Uit het onderzoek blijkt dat er een toename is in de diversiteit van het polisaanbod terwijl het totale aanbod van polissen afneemt. Het aantal modelovereenkomsten is tussen 2015 en 2020 afgenomen, terwijl het aantal zorgverzekeraars in deze periode is toegenomen. Ook is er in 2020 meer onderscheid tussen modelovereenkomsten dan in voorgaande jaren.

Het aantal collectiviteiten is afgenomen met 27% ten opzichte van 2016. Dit betreft vooral kleine collectiviteiten, waardoor het aantal verzekerden dat deelneemt aan een collectiviteit veel minder is afgenomen ten opzichte van 2016. De deelnamegraad daalt licht van 67% in 2016 naar 63% in 2020. De meerderheid van de verzekerden (54%) ontvangt een korting van 5%, waarbij de gemiddelde korting per verzekerde 4,1% en per collectiviteit 4,0% is.

Bij collectiviteiten is het de bedoeling dat zorgverzekeraars voor een specifieke groep gerichte afspraken maken of de zorg gericht inkopen, waardoor de zorgkosten voor deze groep verlaagd worden. De besparing die dat oplevert, mag worden teruggegeven in de vorm van een korting op de premie. Een belangrijk vraag hierbij is of er in de praktijk afspraken worden gemaakt die tot deze besparingen leiden. Is dat niet het geval, dan leidt de korting tot ongewenste premiedifferentiatie waardoor er in de praktijk sprake is van kruissubsidie; binnen dezelfde modelovereenkomst betalen mensen met een lage of geen collectiviteitskorting voor de korting die aan anderen verleend wordt.

Uit het onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars bij 89% van de collectiviteiten aanvullende afspraken hebben gemaakt, zoals gezondheidsprogramma's, stoppen met roken interventies, leefstijlprogramma's en extra dekkingen. Het aantal verzekerden dat in een collectiviteit met afspraken zit, is sterk toegenomen ten opzichte van 2016. Deze afspraken leiden echter niet allemaal tot kostenbesparingen.

Afspraken over kostenbesparing in de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn voor 18% van de collectiviteiten van grote zorgverzekeraars aannemelijk gemaakt, het effect van de afspraken is door geen van de zorgverzekeraars aangetoond. Voor de aannemelijk gemaakte afspraken zijn geen of niet voldoende specifieke berekeningen van de (beoogde) kostenbesparingen aangeleverd. Met een aannemelijke kostenbesparing zonder berekening voor slechts 18% van de collectiviteiten van grote zorgverzekeraars is er een grote groep waar mogelijk kruissubsidie plaatsvindt.

Aanvullend op de aannemelijk gemaakt afspraken zijn er bij meer dan de helft van de collectiviteiten afspraken gemaakt met een mogelijk of theoretisch effect op de Zvw-kosten. Deze afspraken zijn niet voldoende uitgewerkt om vast te stellen dat er toegevoegde waarde voor de collectiviteiten is, maar met een doorontwikkeling is een deel van deze afspraken wellicht ook aannemelijk te maken.

Daarnaast hebben de afspraken op aanpalende domeinen toegevoegde waarde. Bij grote zorgverzekeraars heeft 15% van de collectiviteiten een aannemelijk effect en 72% een mogelijk of theoretisch effect op aanpalende domeinen. Bij de kleinere zorgverzekeraars gaat het bij de laatste groep om 76% van de collectiviteiten. Net als bij de afspraken over kostenbesparing in de Zvw geldt voor de groep met een mogelijk of theoretisch effect dat, met een doorontwikkeling, een deel van deze afspraken wellicht ook aannemelijk kan worden gemaakt. Afspraken in aanpalende domeinen gaan bij werkgeverscollectieven veelal over verzuimreductie, re-integratie of duurzame inzetbaarheid. Met gemeenten worden afspraken gemaakt om bijvoorbeeld schuldenproblematiek te voorkomen.

Samenvattend zien we dat collectiviteiten nog steeds een grote rol spelen, 63% van de verzekerden is verzekerd via een collectiviteit. Een positieve ontwikkeling is dat het aantal polissen is afgenomen, terwijl de diversiteit is toegenomen. Bovendien worden in toenemende mate aanvullende afspraken gemaakt met collectiviteiten. Wel zien we dat slechts in een deel van de collectiviteiten deze afspraken leiden tot aannemelijke kostenbesparingen. Daardoor is kruissubsidie tussen individueel en collectief verzekerden niet uit te sluiten. Daarentegen zien we wel dat de gemaakte afspraken van meerwaarde zijn in aanpalende domeinen, zoals verzuimreductie, duurzame inzetbaarheid en schuldenproblematiek.

Zorgverzekeraars en collectiviteiten geven aan dat het voor sommige afspraken nog te vroeg is om een effect te meten. Ook in het onderzoek hebben wij gezien dat een deel van de afspraken met een mogelijk of theoretisch effect met een doorontwikkeling wellicht tot aannemelijke effecten leiden. Mogelijk is op termijn de aannemelijkheid van afspraken beter vast te stellen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Voor een goed werkend stelsel is het belangrijk dat iedere verzekerde de vrijheid voelt om van verzekeraar te kunnen veranderen. Door de dreiging van het 'stemmen met de voeten' van verzekerden, worden zorgverzekeraars geprikkeld om zorg in te kopen die goed aansluit op de voorkeuren van al haar verzekerden.

Hoewel verzekerden ieder jaar de mogelijkheid hebben om van zorgverzekering te veranderen, blijkt het in de praktijk lastig om de best passende polis te kiezen. Dat komt mede door de veelheid aan aangeboden polissen die bovendien veel op elkaar te lijken[1]. Verzekerden geven aan hierdoor zelfs af te zien van de overstap. Dat betekent dat de gewenste systeemprikkel van de mogelijkheid tot overstappen mogelijk niet optimaal werkt.

Daarnaast is er sprake van een grote hoeveelheid aan collectieve overeenkomsten die zorgverzekeraars voor doelgroepen afsluiten. Het doel van deze collectieve contracten is dat zorgverzekeraars een passend zorgaanbod inkopen voor de doelgroep, waarmee besparingen worden gerealiseerd die tot een korting op de premie kunnen leiden. Het algemene beeld is dat er in de praktijk maar beperkt gerichte afspraken lijken te worden gemaakt die tot effecten leiden. Daarmee is de korting die gegeven wordt bij collectieve contracten ter discussie komen te staan.

Om het polisaanbod overzichtelijker te maken heeft toenmalig Minister Bruins met de zorgverzekeraars afgesproken hun aanbod van de basisverzekeringen (modelovereenkomsten) te beperken en meer onderscheidend te maken. Daarnaast is de collectiviteitskorting met ingang van 2020 verlaagd van 10% naar 5%. De toenmalige minister heeft beloofd de effecten van de beperking van het polisaanbod en de verlaging van de collectiviteitskorting naar 5% in 2020 te monitoren.

[1] Kamerstuk 29689 Herziening Zorgstelsel - nr. 917 - 2 juli 2018

1.2 Onderzoeksvragen

1.2.1 Onderzoeksvragen

Het voorliggende onderzoek richt zich op twee hoofdvragen:

1. Wat is het totale aanbod van polissen en collectiviteiten en in hoeverre verschillen deze van elkaar?
2. Is de inzet van collectiviteitskorting gelegitimeerd? Leiden de gemaakte afspraken tot voldoende voordelen om de korting te rechtvaardigen?

1.2.2 Uitwerking aanbod van polissen en collectiviteiten

Ter beantwoording van vraag 1 hebben wij de volgende cijfers in beeld gebracht:

a) Aantallen modelovereenkomsten per risicodrager, inclusief aard van de modelovereenkomst (natura/restitutie/combinatie), dekking, vergoeding niet-gecontracteerd, premies en korting vrijwillig eigen risico
b) Aantallen collectiviteiten en verzekerden per collectiviteit in 2020, uitgesplitst naar:
   - Aard van het collectief (werkgever, gemeente, patiëntenverenigingen, studenten, ouderenbonden, vakbonden, sportbonden, overig)
   - Aard van de collectiviteiten uitsplitst in omvang (in klassen)
   - Aard van de collectiviteiten uitgesplitst naar de hoogte van de korting (in klassen)
   - Aanwezigheid van een assurantie tussenpersoon (ATP) bij de totstandkoming van collectiviteiten

Daarnaast is meer specifiek gekeken naar de verschillen tussen de modelovereenkomsten om antwoord te geven op de volgende vragen:

c) In hoeverre zijn de modelovereenkomsten inhoudelijk verschillend?
d) Waar bestaan deze verschillen uit?
e) Welk premieverschil gaat hiermee gepaard?

De resultaten van aanbod van polissen en collectiviteiten staan beschreven in hoofdstuk 2.

1.2.3 Uitwerking legitimatie collectiviteitskorting

Voor de beantwoording van vraag 2 hebben wij onderzocht of er bij de collectiviteiten afspraken zijn gemaakt. Voor deze afspraken is gekeken of er in de basisverzekering en/of aanvullende verzekering sprake is van een aantoonbaar dan wel een aannemelijk effect op:

a) De gezondheid van de deelnemers of de doelmatigheid in levering van zorg aan de deelnemers van de collectiviteit wat leidt tot kostenbesparing in de Zvw
b) Andere baten (buiten het zorgdomein) in de vorm van bijvoorbeeld verzuimreductie voor een werkgever of kostendekking voor uitgaven in de bijzondere bijstand voor gemeenten

De resultaten van de legitimatie van de collectiviteitskorting staan beschreven in hoofdstuk 3.

2 Aanbod van polissen en collectiviteiten

Samenvatting

Er zijn in 2020 minder modelovereenkomsten per verzekeraar dan in 2015. In 2020 worden er 55 modelovereenkomsten aangeboden. Dit is een afname ten opzichte van 2015, toen er nog 72 modelovereenkomsten waren. Dit zou het makkelijker moeten maken voor consumenten om te kiezen tussen polissen. De modelovereenkomsten worden in 2020 aangeboden door 11 verschillende zorgverzekeraars. Dit is een toename ten opzichte van 2015 (9 zorgverzekeraars), wat mogelijk zorgt voor meer concurrentie.

Er is in 2020 meer onderscheid tussen modelovereenkomsten dan in voorgaande jaren. Het clusteren van modelovereenkomsten op basis van korting en vergoeding leidt tot 39 unieke clusters van (nagenoeg) gelijke polissen.. Dit is een toename ten opzichte van de jaren hiervoor toen dezelfde clustering leidde tot 30 clusters. Clustering op basis van enkel vergoeding leidt tot 30 unieke clusters. Ook hier is een toename ten opzichte van 2017, toen dezelfde clustering leidde tot 22 clusters.

Meerdere concerns bieden nagenoeg gelijke modelovereenkomsten aan waarbij de premie in sommige gevallen flink kan verschillen. Wanneer er verschillende premies worden aangeboden bij modelovereenkomsten die niet of nauwelijks van elkaar verschillen bij hetzelfde concern is er sprake van premieverschil: er zijn verschillende prijzen voor (nagenoeg) hetzelfde product bij hetzelfde concern. Deze premieverschillen worden mogelijk verklaard door factoren die niet zijn meegenomen in de clustering.

De meerderheid van de Nederlanders is collectief verzekerd. De meeste collectiviteiten zijn via de werkgever afgesloten. De deelnemersgraad en het aantal collectiviteiten neemt wel af. De deelnemersgraad daalt van 67% in 2016 naar 63% in 2020 en het aantal collectiviteiten is afgenomen met 17.153 (-27%) sinds 2016. 91% van het aantal collectiviteiten heeft minder dan 250 verzekerden. Toch is 47% van de collectief verzekerden onderdeel van een grote collectiviteit.

De meerderheid van de verzekerden (54%) ontvangt een korting van 5%. De gemiddelde korting per verzekerde is 4,1% en per collectiviteit is 4,0%.

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de verschillen tussen de aangeboden modelovereenkomsten in 2020. We brengen in kaart in hoeverre polissen echt verschillend zijn en wat de bijbehorende verschillen in de premie zijn. Daarnaast beschrijven we het aanbod van collectiviteiten in 2020 en presenteren we het aantal verzekerden per polis en per type collectiviteit.. Deze resultaten worden

vergeleken met het collectiviteitenaanbod in 2016 zoals gerapporteerd door Zorgweb[2].

In dit hoofdstuk zijn drie termen belangrijk die we vooraf graag willen verduidelijken:

1. Modelovereenkomst: is de basis van de contracten die zorgverzekeraars opstellen met de verschillende voorwaarden, kosten en rechten en plichten voor de consument die een verzekering afsluit.
2. Polis: is wat de consument feitelijk afsluit, deze is gebaseerd op een modelovereenkomst. De consument krijgt een polisblad en is daarmee verzekerd.
3. Collectiviteit: is een groep van verzekerden die een verzekering met specifieke voorwaarden krijgt aangeboden. Bijvoorbeeld medewerkers van een bedrijf of een bepaalde sector, studenten, een sportclub of een belangenorganisatie. Deelname is vrijwillig. De voordelen voor de verzekerden zijn korting, bredere dekking, toegang tot specifieke (gezondheids)programma's of extra service.

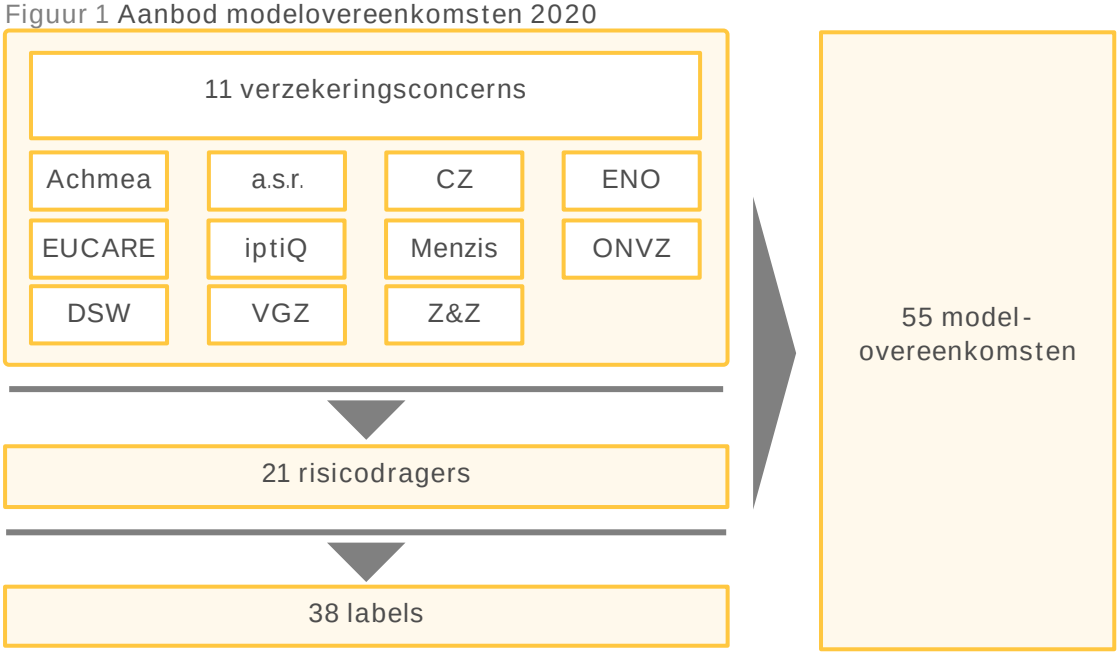
2.1 Overzicht van modelovereenkomsten in 2020

Op basis van de input van zorgverzekeraars heeft de NZa een overzicht opgesteld van de modelovereenkomsten voor 2020. Alle polissen die zorgverzekeraars aanbieden in 2020 zijn opgenomen in het overzicht.

In 2020 zijn er 55 modelovereenkomsten van 11 verzekeringsconcerns, verdeeld over 21 risicodragers, die onder 38 handelsnamen (labels) worden aangeboden. Bijvoorbeeld verzekeringsconcern Menzis kent twee risicodragers: Anderzorg N.V. en Menzis Zorgverzekeraar N.V. en de drie handelsnamen (labels): Anderzorg, Menzis en Hema. Zie Figuur 1 en Tabel 27 (in de bijlage 4.2) voor het volledige overzicht.

[2] Zorgweb (2016). Fact-finding Collectiviteiten in de Zorgverzekeringwet

Figuur 1 Aanbod modelovereenkomsten 2020



Het grootste deel van de modelovereenkomsten in 2020 betreft een naturapolis (62%). Dat is een lichte stijging ten opzichte van 2019 (58%). Het aantal restitutiepolissen is gedaald (van 21 naar 17). Het aantal naturapolissen (34) en combinatiepolissen (4) is gelijk gebleven doordat er evenveel overeenkomsten zijn verwijderd als toegevoegd. In Tabel 1 staat het overzicht van het aantal modelovereenkomsten per type.

Tabel 1 Aantallen per type modelovereenkomsten in 2019 en 2020

	2019		<->		2020	
	#	%	Verwijderd	Toegevoegd	#	%
Natura	34	58	5	5	34	62
Restitutie	21	36	5	1	17	31
Combinatie	4	7	0	0	4	7
Totaal	59	100	10	6	55	100

Bij de vier grote zorgverzekeraars is het aantal aangeboden modelovereenkomsten afgenomen tussen 2015 en 2020. Zo ging Achmea van 23 naar 13 modelovereenkomsten tussen 2015 en 2020. Het patroon is echter niet strikt dalend, zowel bij Achmea als VGZ was er in 2019 een lichte stijging. Van 2019 naar 2020 hebben deze twee concerns weer een aanzienlijke afname gerealiseerd, respectievelijk van 19 naar 13 en van 14 naar 11 modelovereenkomsten. Bij de kleinere zorgverzekeraars is het aantal veel lager, gemiddeld hebben zij 2,7 modelovereenkomsten.

Tabel 2 Aantal modelovereenkomsten grote vier zorgverzekeraars van 2015 tot 2020

Verzekeraar	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Achmea	23	19	18	18	19	13
VGZ	18	17	17	13	14	11
CZ	12	8	7	7	7	7
Menzis	6	6	5	5	5	5

Tussen 2015 en 2020 daalt het aantal modelovereenkomsten geleidelijk. Het aantal modelovereenkomsten daalt over de jaren van 72 in 2015 naar 55 modelovereenkomsten in 2020 (zie Tabel 3). Het aantal naturapolissen neemt toe, terwijl het aantal restitutie- en combinatiepolissen afneemt.

Tabel 3 Vijf-jaars trend in verdeling modelovereenkomsten per type

Aantal modelovereenkomsten		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Natura	#	28	31	32	31	34	34
	%	47	53	55	56	58	62
Restitutie	#	19	24	21	20	21	17
	%	32	41	36	36	36	31
Combinatie	#	12	4	5	4	4	4
	%	20	7	9	7	7	7
Totaal	#	72	62	59	56	59	55
	%	100	100	100	100	100	100

De premiekorting neemt toe als er gekozen wordt voor een hoger het vrijwillig eigen risico. Ook is er een belangrijke relatie tussen het type polis (natura, restitutie en combinatie) en de gemiddelde premie. Daarom zullen we in deze subparagraaf meermaals de koppeling tussen deze kenmerken en de premie maken.

2.1.1 Gemiddelde premie en vrijwillig eigen risico

Restitutiepolissen zijn duurder dan naturapolissen, maar de spreiding in de premie tussen verschillende modelovereenkomsten is vergelijkbaar. De gemiddelde premie van de natura- en de combinatiepolis is vergelijkbaar, de premie van de restitutiepolis ligt hoger (~€13 per maand). De spreiding van de premie tussen modelovereenkomsten van natura- en restitutiepolissen is vergelijkbaar (bandbreedte van €24,90 resp. € 22,80), de combinatiepolissen liggen dichterbij elkaar (bandbreedte van €8,80). In Tabel 4 staan de premies per type polis bij het vrijwillig eigen risico van €0. In 2019 zien zagen we een vergelijkbaar beeld.

Tabel 4 Spreiding in maandpremie **(€) bij vrijwillig eigen risico van €0 in 2020**

	Totaal	Natura	Restitutie	*Combinatie**
Gemiddelde	120,1	116,1	128,9	*116,9*
Standaarddeviatie	8,6	6,8	5,8	*3,3*
Minimum	102,0	102,0	120,2	*113,0*
Mediaan	120,2	116,2	127,9	*116,5*
Maximum	143,0	126,8	143,0	*121,8*
Aantal	*55*	*34*	*17*	*4*

** slechts 4 combinatiepolissen in 2020.*

Niet alle modelovereenkomsten bieden dezelfde keuzes in vrijwillig eigen risico en de daarmee samenhangende kortingen. Het verplichte eigen risico in Nederland is op dit moment €385. Daarnaast kan de consument kiezen voor een vrijwillige verhoging hiervan, tot een maximum van €885.

In Tabel 5 is weergegeven welke keuzemogelijkheden er zijn. De meeste polissen (39) bieden zes keuzes voor eigen risico aan.

Tabel 5 Keuzemogelijkheden vrijwillig eigen risico

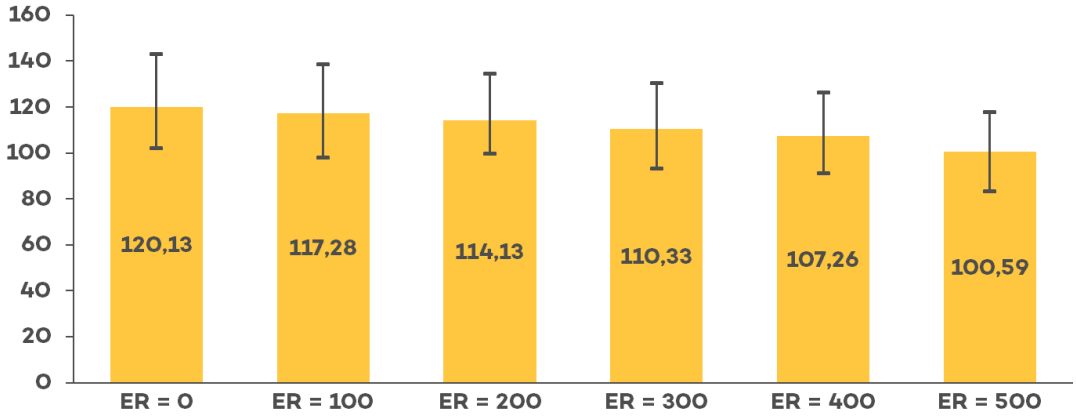
Keuzemogelijkheden ER	Inhoud keuzemogelijkheden	# model-overeenkomsten
6 keuzes vrijwillig ER	€0, €100, €200, €300, €400, €500	39
2 keuzes vrijwillig ER	€0, €500	11
3 keuzes vrijwillig ER	€0, €200, €500	2
3 keuzes vrijwillig ER	€0, €100, €500	1

ER = eigen risico

De gemiddelde premie daalt met elke stap in het vrijwillig eigen risico die kan worden gekozen door de consument. Figuur 2 toont de gemiddelde maandpremie en de spreiding (minimum en maximum) van de 55 modelovereenkomsten in 2020 bij de verschillende keuzes voor het vrijwillig eigen risico. Het is duidelijk te zien dat de gemiddelde premie afloopt met een verhoging van het vrijwillig eigen risico. De bandbreedte (minimale en maximale premie) toont een eenduidig patroon. De gemiddelde maandpremie (Tabel 6) loopt van €120,13 bij een vrijwillig eigen risico van €0,- tot €100,59 bij een vrijwillig eigen risico van €500,-.

In Tabel 6 is een uitsplitsing gemaakt van de gemiddelde maandpremie per type polis: natura, restitutie en combinatie.

Figuur 2 Gemiddelde maandpremie modelovereenkomsten 2020 (n=55) bij verschillende keuzes vrijwillig eigen risico, incl. minimum en maximum



ER = 0: vrijwillig eigen risico €0,-, ER = 100: vrijwillig eigen risico van €100, etc.

Restitutiepolissen hebben de hoogste maandpremie, ook wanneer er korting wordt gegeven vanwege verschillende keuzes voor het vrijwillig eigen risico. De uitsplitsing naar type polis laat zien dat restitutiepolissen ook bij de verschillende keuzes voor vrijwillig eigen risico de hoogste premie vragen. Naturapolissen zijn het type met de laagste premie. Bij restitutiepolissen is de korting het hoogste voor de eerste vier klassen van het vrijwillig eigen risico. Bij een vrijwillig eigen risico van €500 ligt de korting hoger bij de naturapolissen met €19,75 per maand versus €18,84 per maand bij een restitutiepolis. Omdat er slechts 4 combinatiepolissen zijn, is de kans op uitschieters erg groot. Daarom hebben wij deze niet betrokken in de vergelijking.

Tabel 6 **Gemiddelde maandpremie (€) en korting (€)** bij verschillende keuzes vrijwillig eigen risico

	Totaal	Natura	Restitutie	*Combinatie**
ER = 0	120,13	116,11	128,92	*116,94*
Korting				
ER = 100	2,85	2,99	3,97	*2,24*
ER = 200	6,00	6,12	7,84	*5,80*
ER = 300	9,80	9,96	10,68	*10,05*
ER = 400	12,87	13,25	14,06	*12,91*
ER = 500	19,54	19,75	18,84	*20,75*

*ER = Vrijwillig eigen risico, * slechts 4 combinatiepolissen in 2020.*

Tabel 7 Korting op de premie **(€'s)** bij verschillende keuzes vrijwillig eigen risico in 2019 en 2020

	2019		2020		Toename
	Per maand	Per jaar	Per maand	Per jaar	Per jaar
ER = 100	2,66	31,90	2,85	34,20	2,30 (7,2%)
ER = 200	5,64	67,71	6,00	72,00	4,29 (6,3%)
ER = 300	9,19	110,32	9,80	117,60	7,28 (6,6%)
ER = 400	12,63	151,54	12,87	154,44	2,90 (1,9%)
ER = 500	18,90	226,78	19,54	234,48	7,70 (3,4%)

De korting is toegenomen tussen 2019 en 2020. In 2020 is de gemiddelde korting per jaar bij een vrijwillig eigen risico van €500 (ER = 500) €234,48 waar dit in 2019 nog €226,78 was. De korting varieert tussen de €31,90 en €226,78 in 2019 en tussen de €34,20 en €234,48 in 2020. In de laagste klassen is de relatieve toename hoger (6,3-7,2%) dan in de hoogste klassen (1,9-3,4%).

2.1.2 Betaaltermijnen

De keuze uit (normale) maandbetaling, betaling per kwartaal, half jaar, of per jaar varieert per modelovereenkomst. Standaard verloopt de betaling van de premie per maand, maar consumenten kunnen bij bepaalde modelovereenkomsten kiezen om een andere betalingstermijn af te spreken. Bij de meeste polissen, 48 van de 55, kan men kiezen voor het eenmalig vooraf betalen van de volledige premie voor het verzekeringsjaar of de standaard betaling per maand. Hier tegenover staat een korting van gemiddeld 1,67% op de jaarpremie. Deze korting wordt verrekend nadat de korting vrijwillig eigen risico is verrekend. Bij 14 modelovereenkomsten heeft de consument de keuze uit 4 betalingsopties; per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar. Logischerwijs loopt de korting op wanneer er meer in bulk betaald wordt. In Tabel 8 worden de percentages weergegeven van de oplopende korting. In vergelijking met 2019 is er in dit opzicht niet veel gewijzigd. Hetzelfde aandeel modelovereenkomsten bieden opties aan tot kwartaal-, half jaar- en jaarbetaling. Ook de gemiddelde korting is vergelijkbaar per optie.

Tabel 8 Premiekorting bij en mogelijkheid tot betaling vooraf

Betaling per	# model-overeenkomsten	Gemiddelde korting (%)
Maand (standaard)	55	-
Kwartaal	15	0,70
Half jaar	28	0,93
Jaar	48	1,67
		# modelovereenkomsten
Keuze uit 4 betalingsopties		14
Geen korting bij termijnbetaling mogelijk		10
Keuze voor alleen maand of jaar betaling		16

2.2 Verschilanalyse modelovereenkomsten

Om goed in kaart te brengen wat het aanbod van modelovereenkomsten en het verschil daartussen is, zijn de modelovereenkomsten geclusterd op overeenkomende kenmerken. Op deze manier is te zien welke modelovereenkomsten vrijwel gelijk zijn en waar juist de verschillen zitten.

De clusters zijn gebaseerd op kenmerken waarop de consument daadwerkelijk kan kiezen. De modelovereenkomsten zijn door de NZa getypeerd aan de hand van 27 kenmerken. Deze kenmerken hebben voor het grootste deel betrekking op service-elementen en slechts voor een klein deel betrekking op de vergoeding of de korting.

We hebben gekozen voor clustering op twee niveaus: (1) vergoeding en korting en (2) enkel op basis van vergoeding. Vergoeding en korting zijn belangrijke kenmerken voor de consument, wat is er te kiezen en welke premie hangt daar aan vast? De tweede clustering is toegevoegd omdat de mate van vergoeding de belangrijkste reden voor verschil in premies is. Wanneer er verschillende premies worden aangeboden bij modelovereenkomsten die niet of nauwelijks van elkaar verschillen bij hetzelfde concern is er mogelijk sprake van premiedifferentiatie: er zijn verschillende prijzen voor hetzelfde product.

Er is op twee niveaus een clustering aangebracht:

A. Vergoeding en korting
B. Vergoeding

De clustering op niveau A is gebaseerd op een uitgebreide set kenmerken die ook gebruikt kunnen worden op de vergelijkingswebsites. Dat is naast vergoeding ook de mogelijkheid tot het krijgen van korting (door jaar- in plaats van maandbetaling bijvoorbeeld).

De clustering in niveau B sluit aan bij de definitie die de NZa hanteert voor gelijke modelovereenkomsten. Daar is alleen de hoogte van de vergoeding relevant, alle andere kenmerken worden als service-elementen beschouwd.

De clusters geven een indicatie van de mate van variatie tussen modelovereenkomsten. Wanneer modelovereenkomsten zich in hetzelfde cluster bevinden, dan zijn ze (nagenoeg) gelijk (op de gebruikte clusterkenmerken). We kijken naar het aantal modelovereenkomsten binnen een cluster. Wanneer dat er veel zijn wordt er veel (nagenoeg) hetzelfde aangeboden.

Niet alles kan gevat worden in de clusterkenmerken. Naast de clusterkenmerken kunnen er uiteraard nog andere verschillen zitten tussen modelovereenkomsten. Zo kunnen service-aspecten verschillen en kan het distributiekanaal een rol spelen. Daarnaast werkt het resultaat van verevening en zorginkoop door in de premiestellingen. In de premieopbouw poolen sommige zorgverzekeraars hun resultaat. Andere zorgverzekeraars houden hun resultaat per risicodrager

gesplitst. Een verschil in verzekeringsresultaat per risicodrager kan invloed hebben op de premieopbouw en daarmee op de hoogte van de premie. Hier moet dus rekening mee gehouden worden met het interpreteren van de clusters en de premieverschillen binnen clusters.

De volledige clusteringstabellen zijn opgenomen in de bijlage in Tabel 29 en Tabel 30. Hieronder is in Figuur 3 kort weergegeven hoe deze tabellen zijn opgebouwd.

Figuur 3 Schematische weergave clustertabellen



2.2.1 Clustering A: op basis van vergoeding en korting

De eerste clustering leidt tot 39 unieke clusters. De eerste clustering is gemaakt op basis van 8 kenmerken. Deze kenmerken leiden tot een voor de consument zichtbaar verschil (het bestaan van een hardheidsclausule[3] is bijvoorbeeld niet zichtbaar voor de consument). Deze verschillen komen ook op de vergelijkingswebsites tot uitdrukking. Hiermee ontstaan 39 unieke clusters van modelovereenkomsten. In Tabel 9 staan de kenmerken die gebruikt zijn bij de eerste clustering.

Tabel 9 Kenmerken voor clustering A van modelovereenkomsten

Kenmerk	Mogelijke waarden
Type modelovereenkomst	Natura, Restitutie, Combinatie
Selectieve contractering	Ja, Nee
Vergoeding niet-gecontracteerd	75% of hoger, minder dan 75%
Collectieve korting mogelijk	Ja, Nee
Jaarbetaling mogelijk	Ja, Nee
Korting bij ER500 hoger dan €240	Ja, Nee
Verbod overdracht declaratie	Ja, Nee
Concern	Naam van een van de 11 concerns

In 2020 is er meer onderscheid tussen de modelovereenkomsten dan in de voorgaande jaren. Wanneer we kijken naar data uit de afgelopen jaren is de *hoeveelheid* clusters die te maken is op deze kenmerken niet veranderd tussen 2017 en 2019. Elk jaar leidde deze clustering tot 30 clusters. In 2020 leidt deze

[3]In deze hardheidsclausule staat beschreven dat klanten een schriftelijk aanvraag mogen indienen voor een hogere vergoeding van ongecontracteerde zorg dan in de polisvoorwaarden is opgenomen

clustering echter tot 39 clusters, terwijl het totaal aantal modelovereenkomsten is afgenomen. Dit betekent dat er meer onderscheid is te maken tussen de verschillende aangeboden modelovereenkomsten.

Meerdere concerns bieden nagenoeg gelijke modelovereenkomsten aan waarbij de premie in sommige gevallen flink kan verschillen. Dit komt het meest voor bij de grote verzekeringsconcerns. In de bijlage staat het volledige overzicht van de 39 clusters (Tabel 29). We hebben een aantal voorbeelden uitgewerkt:

(1) In cluster 17 zien we dat een concern drie nagenoeg gelijke natura modelovereenkomsten heeft. De premie varieert hier van €108,75 tot €116,95 en het gemiddelde ligt op €114,07. De spreiding tussen de hoogste en de laagste premie is €8,20 per maand, gelijk aan bijna €100 per jaar.

(2) In cluster 16 zien we vier nagenoeg gelijke modelovereenkomsten. De maandpremie zonder vrijwillig eigen risico loopt hier van €119,95 tot €120,12. Het gemiddelde is €119,99. De spreiding is hier dus slechts €0,17 per maand.

(3) In cluster 30 zien we een concern met drie nagenoeg gelijke restitutiepolissen. De premie loopt hier van €121,35 tot €127,45. Dit is een verschil van €6,10 per maand: €73,20 per jaar.

Zoals eerder gesteld worden deze premieverschillen mogelijk verklaard door factoren die niet zijn meegenomen in de clustering.

2.2.2 Clustering B: op basis van enkel vergoeding

Wij hebben een tweede clustering gemaakt op basis van de 3 kenmerken die betrekking hebben op de vergoeding, aangevuld met concern. Deze kenmerken staan in Tabel 10 beschreven. Deze clustering leidt tot 30 clusters, het volledige overzicht is terug te vinden in Tabel 30.

Tabel 10 Kenmerken voor clustering B van modelovereenkomsten

Kenmerk	Mogelijke waarden
Type polis	Natura, Restitutie, Combinatie
Selectieve contractering	Ja, Nee
Vergoeding niet-gecontracteerd	75% of hoger, minder dan 75%
Concern	Naam van een van de 11 concerns

In de afgelopen vier jaar is het clusters toegenomen van 22 tot 30. Dit betekent dat er meer variatie is gekomen in de aangeboden modelovereenkomsten, temeer omdat het totaal aantal aangeboden modelovereenkomsten zelfs licht is afgenomen. Ook zijn er meer concerns op de markt dan in 2015 en worden er minder polissen aangeboden per concern. Meer variatie in het aanbod is een positieve ontwikkeling: er is meer te kiezen terwijl het totale aanbod afneemt. De toename in clusters wordt voor een groot deel verklaard door het aantal concerns, in 2018 is IptiQ op de markt gekomen en in 2019 is EUCARE

toegetreden. Verder liggen de verschillen vooral in de kenmerken 'type polis' en 'selectieve contractering'.

Ook in geval van clustering B bieden meerdere verzekeringsconcerns nagenoeg gelijke modelovereenkomsten aan waarbij de premie in sommige gevallen flink kan verschillen. In de bijlage staat het volledige overzicht van de 30 clusters (Tabel 30). We hebben een aantal voorbeelden uitgewerkt:

(1) In cluster 7 zien we een concern met 7 nagenoeg gelijke modelovereenkomsten. Het gaat hier om naturapolissen, zonder selectieve contractering en een vergoeding van niet-gecontracteerde zorg boven de 75%. De premie varieert hier van €108,75 tot €125,45 en het gemiddelde ligt op €118,26. De spreiding tussen de hoogste en de laagste is €16,70 per maand, wat een verschil van €200 per jaar betekent.

(2) In cluster 14 zien we 6 nagenoeg gelijke modelovereenkomsten bij dezelfde concern. De maandpremie zonder vrijwillig eigen risico loopt hier van €107,95 tot €120,12. Het gemiddelde is €115,98. De spreiding is hier €12,17 per maand, leidend tot €146,04 per jaar.

(3) In cluster 6 zien we een concern met 2 nagenoeg gelijke polissen met een premieverschil van slechts €1,- per maand.

Deze premieverschil worden mogelijk verklaard door factoren die niet zijn meegenomen in de clustering.

2.3 Inzicht in de collectiviteiten

Collectiviteiten hebben invloed op overstapgedrag. De mogelijkheid tot collectiviteitsdeelname maakt het vergelijken, en daarmee het maken van de juiste keuze, lastig. Er ontbreekt namelijk een duidelijk overzicht van alle specifieke collectiviteiten die op een individu van toepassing kunnen zijn. Op deze manier is het, vooral bij het gebruik van vergelijkingssites, lastig om alle mogelijkheden en opties in beeld te krijgen en de best passende keuze te maken. Daarnaast kan het ervoor zorgen dat deelnemers van een collectiviteit minder geneigd zijn om over te stappen.

Het volgende deel van het hoofdstuk geeft inzicht in de deelnamegraad aan de verschillende collectiviteiten. De vergelijking met de cijfers van 2016[4] biedt inzicht in de verandering die het speelveld van de collectiviteiten sindsdien heeft ondergaan.

[4] Zorgweb (2016). Fact-finding Collectiviteiten in de Zorgverzekeringwet

2.3.1 Algemeen beeld collectiviteiten en deelnemers

De meerderheid van de Nederlanders (63%) is collectief verzekerd. Begin 2020 waren er 10,9 miljoen personen verzekerd via een collectiviteit, verdeeld over 47.014 collectiviteiten. Dat komt neer op gemiddeld 232 verzekerden per collectiviteit.

De meeste collectiviteiten (86%) zijn via een werkgever afgesloten. Deze werkgevers collectiviteiten omvatten ongeveer de helft (51%) van alle collectief verzekerden. Het aantal collectiviteiten bij andere aarden is zeer beperkt, alleen de groep 'overige' bevat nog 12% van alle collectiviteiten. Het aantal verzekerden in deze categorie is iets meer dan één derde van alle collectief verzekerden.

De gemiddelde omvang van een collectiviteit verschilt sterk tussen de aarden. De aarden studenten, ouderenbonden en vakbonden hebben gemiddeld een groter aantal verzekerden per collectiviteit dan de andere aarden. Bij werkgeverscollectiviteiten is het gemiddelde aantal verzekerden per collectiviteit het laagste (139) van alle aarden en dit wordt bepaald door een groot aantal kleine collectiviteiten: 93% van de werkgeverscollectiviteiten heeft minder dan 250 verzekerden, met gemiddeld 29 verzekerden per collectiviteit. Tabel 11 geeft een overzicht van het aantal collectiviteiten en verzekerden per aard van de collectiviteiten.

Tabel 11 Aantal collectiviteiten en verzekerden in 2020

	Collectiviteiten		Verzekerden		Gemiddeld # verzekerden
Aard van collectiviteit	#	%	#	%	per collectiviteit
Werkgevers	40.177	85,5	5.587.306	51,3	139
Patiëntenverenigingen	135	0,3	50.832	0,5	377
Studenten	21	0,0	193.904	1,8	9.234
Ouderenbonden	173	0,4	310.496	2,9	1.795
Gemeenten*	695	1,5	683.489	6,3	983
Vakbonden	18	0,0	53.357	0,5	2.964
Sportverenigingen	113	0,2	61.211	0,6	542
Overige	5.682	12,1	3.947.255	36,3	695
Totaal	47.014	100	10.887.850	100	232

*Dit betreft de collectiviteiten voor minima

In 2020 zijn minder Nederlanders collectief verzekerd dan in 2016. Het totaal aantal verzekerden dat collectief verzekerd is, is afgenomen van 67% naar 63%[5]. Het aantal collectiviteiten is afgenomen met 17.153 (-27%) sinds 2016. Dit gaat voornamelijk om kleine collectiviteiten, die om administratieve redenen zijn samengevoegd en om het beëindigen van gelegenheidscollectiviteiten. Hierdoor is het gemiddelde aantal verzekerden per collectiviteit gegroeid van 177 naar 232 (+31%).

[5] Het percentage in 2020 is berekend op basis van het totaal aantal inwoners van Nederland volgens de bevolkingsteller van het CBS: 17.408.573 (peildatum 1 januari 2020)

Het gemiddelde aantal deelnemers bij werkgeverscollectiviteiten stijgt licht. In 2016 was dit 125 en in 2020 neemt het aantal met 11% toe tot 139. Waar dit bij vakbonden sterk is afgenomen (van 8.827 naar 2.964, -66%), neemt het gemiddelde aantal deelnemers voor gemeenten (van 769 naar 983, +28%) en overige collectiviteiten (van 360 naar 695, +93%) juist sterk toe. De verklaring hiervoor is dat bij werkgeverscollectiviteiten de afname van het aantal collectiviteiten (-24%) en deelnemers (-16%) relatief vergelijkbaar is, terwijl bij vakbonden de afname van het aantal deelnemers (-85%) betrekkelijk groot is ten opzichte van de afname in aantal collectiviteiten (-54%). Voor zowel gemeenten als overige collectiviteiten geldt dat er een afname is van het aantal collectiviteiten, maar een toename van het aantal deelnemers. Voor gemeenten is dit respectievelijk -12% en +12%, overige collectiviteiten -32% en +31%.

2.3.2 Collectiviteitenaanbod naar omvang

Aantal collectiviteiten naar omvang

Veruit de meeste collectiviteiten (91%) hebben minder dan 250 verzekerden. Van de overige collectiviteiten heeft 6% tussen 250 en 1.000 verzekerden en 3% heeft tussen 1.000 en 10.000 verzekerden. Collectiviteiten met 10.000 of meer verzekerden komen weinig voor (0,3%).

Grote collectiviteiten komen voornamelijk voor bij studenten, ouderenbonden en vakbonden. Zo vallen drie van de 21 studentencollectiviteiten (14%) in de grootste omvangklasse (10.000+), waar dit in vergelijking bij de werkgeverscollectiviteiten om 63 van de 40.177 collectiviteiten gaat (0,4%). Voor de middelgrote omvangsklassen (250-1.000 en 1.000-10.000 deelnemers) geldt dat het aandeel van alle aarden relatief groot is ten opzichte van het aandeel van de werkgeverscollectiviteiten. Van die laatste vallen ruim 93% in de kleinste omvangsklasse (< 250 deelnemers), waar dit bij de andere aarden tussen 47% en 74% van de collectiviteiten zijn. Tabel 12 geeft de verdeling weer van het aantal collectiviteiten naar aard en grootte van de collectiviteit. Een onderverdeling naar aantal collectiviteiten met of zonder ATP is opgenomen in Tabel 33 in de bijlage.

Tabel 12 Verdeling van aantal collectiviteiten naar aard en verzekerdenomvang

Aard van collectiviteit	<250		250-1.000		1.000-10.000		10.000+		Totaal	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Werkgevers	37.358	93	1.994	5	762	2	63	0,2	40.177	100
Patiëntenverenigingen	100	74	26	19	8	6	1	0,7	135	100
Studenten	12	57	5	24	1	5	3	14	21	100
Ouderenbonden	92	53	44	25	27	16	10	5,8	173	100
Gemeenten*	324	47	234	34	132	19	5	0,7	695	100
Vakbonden	9	50	2	11	6	33	1	5,6	18	100
Sportverenigingen	88	78	15	13	9	8	1	0,9	113	100
Overige	5.010	88	368	6	244	4	60	1,1	5.682	100
Totaal	42.993	91	2.688	6	1.189	3	144	0,3	47.014	100

*Dit betreft de collectiviteiten voor minima

Het aandeel collectiviteiten binnen de grootste omvangklasse is gestegen ten opzichte van 2016 (van 0,2% naar 0,3%). Het aandeel collectiviteiten binnen de kleinste omvangklasse is gedaald van 93% naar 91% en gestegen binnen de omvangklassen 250-1000 van 5% naar 6% en 1000-10.000 van 2% naar 3%. Deze verschuiving van klein naar middelgroot wordt mede veroorzaakt door de recente administratieve samenvoeging van kleine collectiviteiten.

Aantal verzekerden naar omvang

Bijna de helft van alle collectief verzekerden (47%) is onderdeel van een collectiviteit binnen de grootste omvangklasse. Daarnaast is een derde van de collectief verzekerden deel van een middelgrote collectiviteit (1.000 tot 10.000). Het aandeel collectief verzekerden bij relatief kleine collectiviteiten is 12% bij zowel de omvangklassen 250 tot 1.000 als minder dan 250 deelnemers. De meeste deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten, gemeenten en sportverenigingen zijn verzekerd binnen een middelgrote collectiviteit (1.000 – 10.000 deelnemers). Bij de andere aarden bevinden de meeste verzekerden zich juist in de collectiviteiten met de grootste omvangklasse. Tabel 13 geeft de verdeling weer van het aantal deelnemers naar aard en omvang van de collectiviteit. Een onderverdeling naar aantal collectiviteiten met of zonder ATP is opgenomen in de bijlage in Tabel 34.

Tabel 13 Verdeling van aantal verzekerden naar aard en omvang (aantallen x 1.000)

Aard van collectiviteit	<250		250-1.000		1.000-10.000		10.000+		Totaal	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Werkgevers	1.083	19	955	17	1.919	34	1.630	29	5.587	100
Patiëntenverenigingen	6	11	11	21	14	27	20	40	51	100
Studenten	1	1	3	2	9	5	181	93	194	100
Ouderenbonden	6	2	22	7	81	26	201	65	310	100
Gemeenten*	29	4	122	18	352	51	181	26	683	100
Vakbonden	0	1	1	2	24	46	28	52	53	100
Sportverenigingen.	5	8	8	14	29	47	19	31	61	100
Overige	131	3	181	5	785	20	2.849	72	3.947	100
Totaal	1.261	12	1.303	12	3.214	30	5.109	47	10.888	100

*Dit betreft de collectiviteiten voor minima

2.3.3 Aantal verzekerden per collectiviteit naar omvang

Gemiddeld hebben de collectiviteiten met de kleinste omvang slechts 29 verzekerden per contract. Dit betreft het grootste deel van het totaal aantal collectiviteiten (91%). De collectiviteiten met de grootste omvang hebben gemiddeld 35.482 verzekerden. Dit betreft slechts 0,3% van het totaal aantal collectiviteiten en 47% van het aantal collectief verzekerden.

Tabel 14 Aantal collectiviteiten en verzekerden naar omvangklasse collectiviteit

Omvang	Aantal collectiviteiten		Aantal verzekerden		Gem. # per coll.
	#	%	#	%	#
<250	42.993	91	1.261.091	12	29
250-1.000	2.688	6	1.303.082	12	485
1.000-10.000	1.189	3	3.214.260	30	2.703
10.000+	144	0,3	5.109.417	47	35.482
Totaal	47.014	100	10.887.850	100	232

In 2016 was eenzelfde beeld te zien van de verdeling van het aantal collectiviteiten en verzekerden per omvangklasse. Alleen het gemiddeld aantal verzekerden in de kleinste omvangklasse is toegenomen van 23 in 2016 naar 29 in 2020. Dit wordt deels verklaard wordt door een lager aantal kleine collectiviteiten.

2.3.4 Collectiviteitenaanbod naar kortingsklasse

Aantal collectiviteiten naar kortingsklasse

Eén op de tien collectiviteiten (10%) biedt geen korting. De helft van de collectiviteiten (51%) biedt een korting van 5% op de collectiviteit. Daarnaast biedt 35% van de collectiviteiten een korting tussen de 3% en 5%. Het aandeel collectiviteiten binnen de kortingsklassen 0% tot 1% en 2% tot 3% is nagenoeg nul.

Bij patiëntenverenigingen, gemeenten en overige aarden heeft een kwart geen korting op de collectiviteit. Bij gemeenten heeft 186 van de 695 collectiviteiten (27%) geen korting, terwijl dit bij werkgeverscollectiviteiten 3.180 van de 40.177 collectiviteiten (8%) betreft. Bij werkgevers, vakbonden, studenten, gemeenten en overige aarden geeft het grootste aandeel van de collectiviteiten de maximale korting van 5%. Bij patiëntenverenigingen en ouderenbonden geven de meeste collectiviteiten 2 tot 3% korting. Bij sportverenigingen wordt meestal 3 tot 4% korting gegeven. Tabel 15 geeft de verdeling weer van het aantal collectiviteiten naar aard en kortingsklasse van de collectiviteit. Een onderverdeling naar met of zonder ATP is opgenomen in de bijlage in Tabel 35.

Tabel 15 Verdeling van aantal collectiviteiten naar aard en korting

Aard van collectiviteit	0%		>0-1%		1-2%		2-3%		3-4%		4-5%		5%	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Werkgevers	3.180	8	4	0	30	0	902	2	7.508	19	7.394	18	21.159	53
Patiëntenverenigingen	36	27	0	0	0	0	53	39	33	24	10	7	3	2
Studenten	4	19	0	0	0	0	0	0	0	0	3	14	14	67
Ouderenbonden	7	4	0	0	0	0	85	49	18	10	36	21	27	16
Gemeenten*	186	27	0	0	6	1	56	8	210	30	1	0	236	34
Vakbonden	3	17	0	0	0	0	1	6	0	0	1	6	13	72
Sportveren.	4	4	0	0	0	0	2	2	74	65	1	1	32	28
Overige	1.297	23	1	0	0	0	777	14	573	10	396	7	2.638	46
Totaal	4.718	10	5	0	36	0	1.877	4	8.417	18	7.843	17	24.125	51

*Dit betreft de collectiviteiten voor minima

De gemiddelde korting gewogen naar het aantal collectiviteiten is 4,0%. De gemiddelde korting is het hoogste voor werkgevers (4,1%) en studenten (4,0%) en het laagste voor patiëntenverenigingen (2,1%) en gemeenten (2,8%). De gemiddelde korting verdeeld naar collectiviteiten met of zonder ATP zijn weergegeven in de bijlage in Tabel 36.

Tabel 16 Gemiddelde korting incl. 0%-contracten per aard naar collectiviteiten

Aard van collectiviteit	Gemiddelde korting (%)
Werkgevers	4,1
Patiëntenverenigingen	2,1
Studenten	4,0
Ouderenbonden	3,0
Gemeenten*	2,8
Vakbonden	3,9
Sportverenigingen	3,5
Overige	3,2
Totaal	4,0

*Dit betreft de collectiviteiten voor minima

In 2020 ontvangt 68% van alle collectiviteiten de hoogst mogelijke korting. In 2016 was dit gelijkmatiger verdeeld over de verschillende kortingsklassen. Gezien de verlaging van de wettelijk maximaal toegestane korting van 10% naar 5%, is een vergelijking naar kortingsklassen met het rapport uit 2016 niet één-op-één mogelijk. Als de kortingspercentages simpelweg gehalveerd waren ten opzichte van 2016, dan zou je verwachten dat in de huidige klassen 4-5% en 5% samen ongeveer een derde van de collectiviteiten bevinden (33% in de klasse 8-10% in 2016). Dit percentage ligt echter hoger, namelijk 68% van alle collectiviteiten ontvangt in 2020 4 tot 5% korting. Dit effect wordt verklaard door het feit dat collectiviteiten een langere contractduur hebben. Bij doorlopende contracten is gekozen voor een percentage dat het dichts bij de oorspronkelijk korting ligt, wat in de praktijk dus 5% betreft.

Het aandeel in de laagste klasse (0%-2%) is gestegen van 4% in 2016 naar 10% in2020. In 2016 betrof dit een derde werkgeverscollectiviteiten en twee derde overige collectiviteiten. In 2020 is dit aandeel juist tegenovergesteld met ruim twee-derde (68%) werkgeverscollectiviteiten en bijna een derde (27%) overige collectiviteiten. Dat maakt dat er in 2020 relatief gezien meer

werkgeverscollectiviteiten de laagst mogelijke kortingspercentages bieden ten opzichte van overige collectiviteiten. Sinds 2020 zijn ook de gemeenten collectiviteiten (4%) vertegenwoordigd in de laagste kortingsklassen.

Waar het aandeel 0%-korting collectiviteiten in 2020 apart is gerapporteerd, zijn deze collectiviteiten in 2016 bij de laagste kortingsklasse (0-2%) gerekend en is dus geen goede vergelijking te maken tussen de collectiviteiten zonder korting in 2020 en 2016.

Aantal verzekerden naar kortingsklasse

De meeste verzekerden (75%) krijgen minstens 4% korting. En ruim de helft de van de verzekerden ontvangt zelfs een korting van 5%. 8% van de deelnemers aan collectiviteiten ontvangt geen korting. Tabel 17 geeft het aandeel van het aantal verzekerden weer naar aard en kortingscategorie. Een onderverdeling naar met of zonder ATP is opgenomen in de bijlage in Tabel 37.

Tabel 17 Aantal verzekerden naar aard en korting (aantallen x 1.000)

Aard van collectiviteit	0%		>0-1%		1-2%		2-3%		3-4%		4-5%		5%	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Werkgevers	121	2	0	0	0	0	68	1	263	5	1.213	22	3.919	70
Patientenverenigingen	5	10	0	0	0	0	7	15	9	18	7	14	21	43
Studenten	9	5	0	0	0	0	0	0	0	0	80	42	104	54
Ouderenbonden	1	0	0	0	0	0	59	19	101	33	135	44	12	4
Gemeenten*	153	22	0	0	10	1	108	16	19	28	0	0	217	32
Vakbonden	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	27	52	25	47
Sportverenigingen	0	2	0	0	0	0	0	0	6	10	0	1	53	87
Overige	590	15	1	0	0	0	613	16	443	11	851	22	1.44	37
Totaal	881	8	1	0	10	0	858	8	1.017	9	2.317	21	5.801	53

*Dit betreft de collectiviteiten voor minima

De gemiddelde korting gewogen naar het aantal verzekerden is 4,1%. De gemiddelde korting is het hoogste voor studenten (4,8%) en sportverenigingen (4,7%) en het laagste voor ouderenbonden (3,4%) en gemeenten (2,9%). De gemiddelde korting verdeeld naar collectiviteiten met of zonder ATP zijn weergegeven in de bijlage in Tabel 38.

Tabel 18 Gemiddelde korting incl. 0%-contracten per aard naar verzekerden

Aard van collectiviteit	Gemiddelde korting (%)
Werkgevers	4,6
Patiëntenverenigingen	3,6
Studenten	4,8
Ouderenbonden	3,4
Gemeenten*	2,9
Vakbonden	4,5
Sportverenigingen	4,7
Overige	3,5
Totaal	4,1

*Dit betreft de collectiviteiten voor minima

In 2020 krijgt eenzelfde deel van de verzekerden de hoogst maximale korting als in 2016 (54%). Hoewel ook hier geen één-op-één vergelijking van de kortingsklassen mogelijk is, is het aandeel verzekerden over de kortingsklassen wel even gelijkmatig verdeeld in 2016 als in 2020. In 2016 ontving 6% van de verzekerden de laagste korting 0-2%, waar dit in 2020 8% van de verzekerden betreft (aandeel in de klasse 0% tot en met klasse 1-2%). Hier is dus geen grote stijging of daling te zien.

2.3.5 Collectiviteitenaanbod naar aanwezigheid ATP

De meerderheid van de collectiviteiten (61%) zijn via een assurantietussenpersoon (ATP)[6] afgesloten. Deze collectiviteiten omvatten ongeveer de helft (52%) van het aantal collectief verzekerden. De gemiddelde omvang van collectiviteiten via een ATP is lager (198) dan de gemiddelde omvang van collectiviteiten zonder ATP (284). De gemiddelde korting gewogen naar het aantal collectiviteiten is relatief vergelijkbaar voor collectiviteiten met en zonder ATP, maar gewogen naar het aantal deelnemers geven collectiviteiten met ATP meer korting (4%) dan zonder ATP (3,6%).

Bij werkgeverscollectiviteiten is het merendeel van de verzekerden niet via een ATP verzekerd (43% met ATP versus 57% zonder ATP), terwijl ATP wél de meeste collectiviteiten sluit (58% met ATP versus 42% zonder ATP). Zorgverzekeraars geven aan dat het voor hen niet mogelijk is om alle kleine (MKB) collectiviteiten zelf af te handelen. Zij richten zich meer op de grotere collectiviteiten. Assurantietussenpersonen spelen vaker een rol bij de kleinere collectiviteiten, maar ook grote bedrijven laten zich adviseren door een ATP. In Tabel 19 zijn de aantallen collectiviteiten en deelnemers met en zonder ATP weergegeven. In de bijlage staat in Tabel 32 ook de verdeling naar aard van de collectiviteit.

Tabel 19 Aantal collectiviteiten en deelname met en zonder ATP in 2020

	Collectiviteiten		Verzekerden		Gemiddeld
	#	%	#	%	per collectiviteit
Met ATP	28.689	61	5.680.155	52	198
Zonder ATP	18.325	39	5.207.695	48	284
Totaal	47.014	100	10.887.850	100	232

Het aandeel collectiviteiten waarbij een ATP is betrokken is niet sterk gewijzigd ten opzichte van 2016. Relatief gezien waren in 2016 58% van de collectiviteiten gesloten via een ATP en 42% van de collectiviteiten niet via een ATP. Het aantal deelnemers evenals de gemiddelde korting naar de verdeling met en zonder ATP is niet in het rapport uit 2016 weergegeven.

[6] In de praktijk wordt tegenwoordig de term 'onafhankelijk financieel adviseur' (OFA) gehanteerd

3 Legitimatie collectiviteitskorting

Samenvatting

Zorgverzekeraars hebben bij 89% van de collectiviteiten aanvullende afspraken gemaakt. Het aantal verzekerden dat in een collectiviteit met afspraken zit is toegenomen ten opzichte van 2016. Vooral bij werkgeverscontracten worden vaak afspraken gemaakt. Deze afspraken leiden echter niet allemaal tot kostenbesparingen.

Het aannemelijk maken van kostenbesparingen blijkt lastig in de praktijk. Afspraken over kostenbesparing in de Zvw zijn voor 18% van de collectiviteiten van grote zorgverzekeraars aannemelijk gemaakt, het effect van de afspraken is door geen van de zorgverzekeraars aangetoond. Hiervoor zijn geen of niet voldoende specifieke berekeningen van de (beoogde) kostenbesparingen aangeleverd. Het is daardoor niet uitgesloten dat er kruissubsidie tussen de collectief en individueel verzekerden plaatsvindt.

Bij meer dan de helft van de collectiviteiten zijn afspraken gemaakt met een mogelijk of theoretisch effect op de Zvw-kosten. Deze afspraken zijn niet voldoende uitgewerkt om vast te stellen dat er toegevoegde waarde voor de collectiviteiten is, maar met een doorontwikkeling is een deel van deze afspraken wellicht ook aannemelijk te maken.

Afspraken op aanpalende domeinen hebben toegevoegde waarde. Bij grote zorgverzekeraars heeft 15% van de collectiviteiten een aannemelijk effect en 72% een mogelijk of theoretisch effect op aanpalende domeinen. Bij de kleinere zorgverzekeraars gaat het bij de laatste groep om 76% van de collectiviteiten.

De Zorgverzekeringswet (hierna te noemen Zvw) kent een verbod op premiedifferentiatie, om te voorkomen dat de hoogte van de premie afhankelijk is van de gezondheid van de verzekerden. Wanneer dit gebeurt kan de solidariteit van het stelsel onder druk komen te staan.

De korting die aan collectiviteiten verleend kan worden, is een uitzondering op het verbod op premiedifferentiatie. Bij collectiviteiten is het de bedoeling dat zij voor een specifieke groep gerichte afspraken maken of de zorg gericht inkopen, waardoor de kosten[7] voor deze groep verlaagd worden. De besparing die dat oplevert, mag worden teruggegeven in de vorm van een korting op de premie.

[7] Wij hebben in ons onderzoek alleen gekeken naar de besparing op de Zvw-zorgkosten en niet naar mogelijke besparingen in de beheerskosten van de verzekeraar als gevolg van afspraken met collectiviteiten (bijvoorbeeld afspraken over debiteurenrisico).

Wanneer de korting niet wordt terugverdiend binnen de Zvw, leidt dit mogelijk tot ongewenste premiedifferentiatie. In dat geval is er in de praktijk sprake is van kruissubsidie: binnen dezelfde modelovereenkomst betalen mensen met een lage of geen collectiviteitskorting voor de korting die aan anderen wordt verleend. Dit zet de solidariteit van het stelsel onder druk.

Wij hebben onderzocht of de zorgverzekeraars met de collectiviteiten inhoudelijk afwijkende afspraken hebben gemaakt, wat die afspraken inhouden en of ze aantoonbaar of aannemelijk zorgkosten besparen. Als de korting wordt terugverdiend, is er geen sprake van kruissubsidie. Naast de besparingen op de Zvw nemen we ook de baten in andere (aanpalende) domeinen mee, om een volledig beeld te krijgen van de totale meerwaarde van collectiviteiten.

3.1 Steekproef en beoordelingskader

Voor het onderzoek hebben wij een steekproef getrokken van 198 collectiviteiten bij 9 verzekeringsconcerns[8]. Er is in de steekproef een over-representatie van het aantal collectiviteiten bij de kleinere zorgverzekeraars doordat er een minimum aantal per risicodrager is gehanteerd. In de resultaten hebben wij daarom onderscheid gemaakt tussen grote en kleinere zorgverzekeraars. In bijlage 5.6 staat een gedetailleerde samenvatting van de steekproef.

Van de 198 collectiviteiten zijn er 160 met korting op de Zvw-premie. De resultaten van het onderzoek hebben alleen betrekking op de collectiviteiten met korting op de Zvw-premie, omdat er zonder korting nooit sprake is van kruissubsidie. In deze gevallen is het niet nodig om het effect van de afspraken aannemelijk te maken. Dat betekent niet dat er geen afspraken worden gemaakt, maar we hebben dat niet onderzocht.

De afspraken zijn beoordeeld op basis van het beoordelingskader in bijlage 5.5. Deze beoordeling ligt in het verlengde van de uitgangspunten die de NZa in haar advies[9] schrijft over de criteria bij zorginhoudelijke afspraken.

De meest volledige vorm voor het legitimeren van de korting is het aantonen van het effect van de afspraak. De voorwaarden voor het aantonen van het effect van een afspraak is dat de interventie is geëvalueerd bij de betreffende collectiviteit op basis van een recent jaar. Vervolgens moet aangetoond worden dat de interventie op vergelijkbare manier in 2020 wordt ingezet. Gezien de complexiteit en daarmee grote inspanning die dit vraagt, wordt ook het aannemelijk maken van het effect als voldoende beoordeeld voor de legitimatie van de korting.

[8] DSW heeft aangegeven niet deel te nemen aan het onderzoek omdat ze geen korting geven op de basisverzekering. EUcare heeft geen gehoor gegeven aan de uitnodiging tot deelname

[9] NZa, 19-12-2017, Advies zorginhoudelijke criteria bij collectieve zorgverzekeringen

Voor het aannemelijk maken van het effect van een afspraak zijn twee voorwaarden opgesteld in lijn met het NZa advies:

1. Er moet overtuigend bewijs worden aangeleverd dat de ingezette interventie (eventueel gelijkwaardig of beter) effectief is. Dit kan gedaan worden met (wetenschappelijke) publicaties of eigen evaluaties van de interventie
2. Er moet aannemelijk worden gemaakt dat de interventie relevant is voor de betreffende collectiviteit en ook daadwerkelijk kan worden ingezet. De relevantie kan worden vastgesteld met gezondheidsevaluaties of door duidelijk te maken dat de doelgroep in voldoende mate voorkomt bij de betreffende collectiviteit. Voor het daadwerkelijk inzetten moet duidelijk worden gemaakt dat de verzekerden laagdrempelige toegang hebben

Daarnaast hebben wij de categorieën 'mogelijk' en 'theoretisch' gehanteerd wanneer er niet aan de twee voorwaarden voor aannemelijk werd voldaan, maar de afspraken mogelijk wel effecten hebben. Bij mogelijk is voldaan aan één van de twee voorwaarden en bij theoretisch aan geen van beide. Hierdoor wordt een volledig beeld geschetst van de afspraken die worden gemaakt. Dus naast een aangetoond of aannemelijk effect worden de afspraken ingedeeld in een mogelijk of theoretisch effect. Als een afspraak geen impact op de zorgkosten heeft of bij aanpalende domeinen geen inhoudelijke component heeft, wordt deze ingedeeld in 'geen effect'.

3.2 Uitkomsten van het onderzoek

3.2.1 Algemene bevindingen

De baten van de afspraken hebben altijd betrekking op de basisverzekering of een aanpalend domein. Er worden geen voordelen in de aanvullende verzekering verwacht. In een aantal gevallen is er wel sprake van vergoeding uit de aanvullende verzekering bij gebruik van een interventie. Dit is niet voor alle afspraken expliciet inzichtelijk.

Er is geen berekening van de omvang van de besparingen beschikbaar. In de meeste gevallen is geen berekening aangeleverd. Voor de gevallen waar wel een berekening is aangeleverd, was deze niet specifiek genoeg voor de gemaakte afspraak. Zorgverzekeraars geven aan dat het complex is om de kostenbesparing of de baten die uit een afspraak voortvloeien te berekenen. Dit vraagt om een grote capaciteitsinvestering die zorgverzekeraars tot op heden niet gedaan hebben. Daarnaast wordt een doorrekening bemoeilijkt doordat, vanwege privacy, niet inzichtelijk is wie gebruikt heeft gemaakt van een interventie. Er is sinds 2016 wel veel energie gestoken in het maken van inhoudelijke afspraken, het onderbouwen van de verwachte effecten en het

aansluiten op de doelgroep. Een zorgverzekeraar heeft bijvoorbeeld een bredere evaluatie aangeleverd om de potentie van afspraken met collectiviteiten in kaart te brengen. Anderen hebben uitgebreide stappenplannen om de verzekerde te stimuleren om deel te nemen aan de interventies. Zorgverzekeraars en collectiviteiten geven aan dat het voor sommige afspraken nog te vroeg is om een effect te meten en daarmee te berekenen.

Er worden weinig afspraken exclusief voor een collectiviteit gemaakt. Het gaat veelal om generieke afspraken, die bij meerdere collectiviteiten ingezet kunnen worden. Met deze *top down* benadering is het bereik veel groter dan wanneer afspraken *bottom up* per collectiviteit worden ontwikkeld. Zorgverzekeraars onderzoeken in veel gevallen wel of de afspraken aansluiten bij de doelgroep.

3.2.2 De mate waarin aanvullende afspraken worden gemaakt

Een groot deel van de collectiviteiten heeft aanvullende afspraken. Van de 160 collectiviteiten met korting zijn er voor 143 (89%) aanvullende afspraken gemaakt. In de andere gevallen zijn er alleen afspraken gemaakt over de korting. Het aandeel verzekerden met korting en aanvullende afspraken is 83%. In bijlage 5.6 staat het aantal collectiviteiten en verzekerden weergegeven die korting ontvangen, verdeeld naar wel of geen aanvullende afspraken gemaakt.

Het aantal verzekerden dat een collectiviteit met afspraken heeft, is sterk toegenomen ten opzichte van 2016. Bij grote zorgverzekeraars zijn voor alle verzekerden in een werkgeverscollectiviteit inhoudelijke afspraken gemaakt. Bij de kleinere zorgverzekeraars is dit in 74% het geval (Tabel 43). Dit is een behoorlijke toename ten opzichte van het Zorgweb onderzoek uit 2016. Toen werd er gerapporteerd dat er bij ongeveer 20% van de verzekerden in een werkgeverscollectiviteit sprake was van specifieke afspraken. Ook bij andere aarden zien we meer verzekerden in een collectiviteit met inhoudelijke afspraken ten opzichte van 2016. De resultaten van de onderzoeken zijn echter lastig één op één te vergelijken, omdat de onderzoeksaanpak verschilt. Zo zijn de extra AV-dekkingen in 2016 niet meegenomen als afspraak en is de uitvraag van het huidige onderzoek veel inhoudelijker. Ondanks deze verschillen kunnen we wel concluderen dat het aantal collectiviteiten met afspraken is toegenomen sinds 2016.

3.2.3 Beoordeling van afspraken over kostenbesparing in Zvw

Bij grote zorgverzekeraars heeft 18% van de collectiviteiten een aannemelijk effect in op de Zvw kosten. Geen van de zorgverzekeraars heeft het effect van een afspraak aangetoond. Al eerder is aangegeven dat dit in de praktijk lastig is aan te tonen vanwege de complexiteit. Bij de grote zorgverzekeraars is bij 28% van de collectiviteiten sprake van afspraken met een mogelijk effect en bij 42% een theoretisch effect. Bij 13% van de collectiviteiten van de grote

zorgverzekeraars zijn helemaal geen afspraken gemaakt over kostenbesparing in de Zvw.

Bij de kleinere zorgverzekeraars heeft geen van de collectiviteiten een aangetoond of aannemelijk effect. Bij 20% is sprake van afspraken met een mogelijk effect en bij 34% een theoretisch effect. De groep waarbij helemaal geen afspraken of afspraken zonder effect zijn gemaakt, is met 46% bij de kleinere zorgverzekeraars het grootst.

De afspraken met een mogelijk of theoretisch effect zijn niet voldoende uitgewerkt om vast te stellen dat er toegevoegde waarde voor de collectiviteiten is, maar met een doorontwikkeling is een deel van deze afspraken wellicht ook aannemelijk te maken.

Aangezien er geen of onvoldoende specifieke berekeningen zijn aangeleverd van de kostenbesparing, kunnen we niet vaststellen in welke mate de korting wordt gelegitimeerd met de aannemelijk gemaakte afspraken.

Het is niet uitgesloten dat er kruissubsidie plaatsvindt. Met een aannemelijke kostenbesparing voor slechts 18% van de collectiviteiten van grote zorgverzekeraars is er een grote groep waar mogelijk kruissubsidie plaatsvindt. Bovendien is niet vast te stellen in welke mate de aannemelijk gemaakte afspraken de korting legitimeren.

Binnen de groep waar geen aannemelijke afspraken zijn gemaakt, zijn veel collectiviteiten waarbij mogelijke of theoretische effecten optreden die tot kostenbesparingen leiden. Maar voor deze groepen is het niet aannemelijk gemaakt dat er een besparing optreedt. Daarmee is kruissubsidie dus niet uitgesloten. Bij de groep waarbij er zeker geen effect is op de Zvw-kosten (13% bij de grote zorgverzekeraars en 46% bij de kleinere zorgverzekeraars) is er sprake van kruissubsidie.

In paragraaf 3.3 worden de afspraken rondom kostenbesparing in de Zvw in detail besproken.

3.2.4 Beoordeling van afspraken in aanpalende domeinen

Bij grote zorgverzekeraars heeft 15% van de collectiviteiten een aannemelijk effect in aanpalende domeinen. Bij 72% van de collectiviteiten is sprake van een mogelijk of theoretisch effect op de aanpalende domeinen. Bij de kleinere zorgverzekeraars is dit bij 76% van de collectiviteiten. Naast de besparing op de Zvw-kosten worden er bij een deel van de collectiviteiten afspraken gemaakt in aanpalende domeinen. Dit gaat bij werkgeverscollectieven veelal over verzuimreductie, re-integratie of duurzame inzetbaarheid. Met gemeenten worden afspraken gemaakt om schuldenproblematiek te voorkomen.

Bij de grote zorgverzekeraars is de grootte van de groep waarbij er geen effect is, vergelijkbaar met de Zvw-afspraken. Bij de kleinere zorgverzekeraars worden juist vaker afspraken gemaakt in het aanpalende domein; de groep waarbij er geen effect is, is veel kleiner dan bij de Zvw-afspraken.

Net als bij de afspraken over kostenbesparing in de Zvw geldt voor de groep met een mogelijk of theoretisch effect dat met een doorontwikkeling een deel van deze afspraken wellicht ook aannemelijk kunnen worden gemaakt.

In paragraaf 3.4 worden de afspraken rondom kostenbesparing in detail besproken.

3.3 Verdieping afspraken kostenbesparing in Zvw

In deze paragraaf wordt de beoordeling van de afspraken over kostenbesparing op de Zvw-kosten samengevat en toegelicht. Deze toelichting wordt aangevuld met enkele voorbeelden die in bijlage 5.7 staan beschreven, zodat duidelijk wordt hoe de afspraken er in de praktijk uit zien.

Uit de beoordeling blijkt dat de kostenbesparing in de Zvw niet is aangetoond. Wij hebben zorgverzekeraars gevraagd of zij de effecten van de afspraken konden aantonen op basis van evaluaties uit eerder jaren. Hiervoor is voor geen enkele collectiviteit informatie aangeleverd.

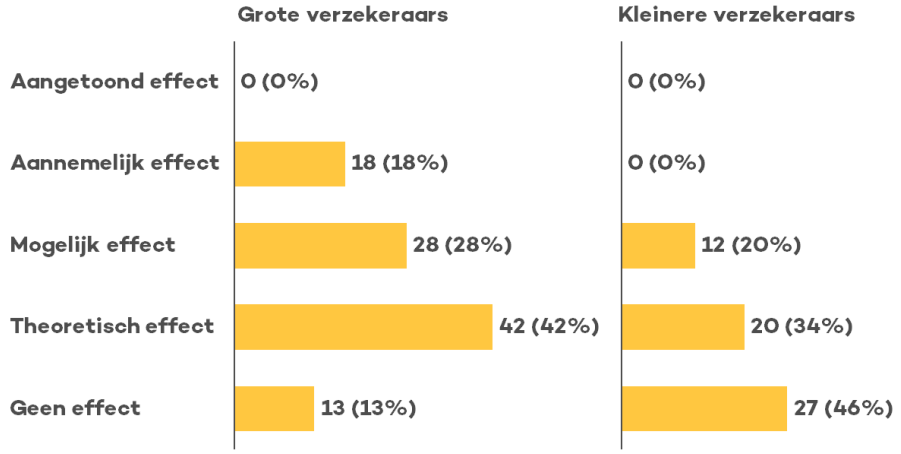
Bij de grote zorgverzekeraars is voor 18% van de collectiviteiten wel aannemelijk gemaakt dat er een besparing wordt gerealiseerd. In deze gevallen hebben zorgverzekeraars laten zien dat er (wetenschappelijk) bewijs is voor de ingezette interventies, dat er behoefte is aan deze interventie bij de populatie van de collectiviteit (bijvoorbeeld op basis van gezondheidsevaluaties) en dat deze actief worden aangeboden (bijvoorbeeld door informatievoorziening, via bedrijfsartsen of een online portaal).

Naast de aannemelijk gemaakte besparing is er bij een deel van de collectiviteiten een mogelijk effect. In deze gevallen is er geen bewijs voor het effect van de afspraak, maar is een effect niet uitgesloten. In Figuur 5 is te zien dat er naast de aannemelijk gemaakte besparing er bij 28% (grote zorgverzekeraars) en 20% (kleinere zorgverzekeraars) van de collectiviteiten er een mogelijk effect is.

Een grote groep collectiviteiten heeft een theoretische besparing. Bij deze collectiviteiten is er geen bewijs voor het effect van de afspraak en is ook niet aannemelijk gemaakt dat de beoogde doelgroep bereikt wordt. Bij grote zorgverzekeraars gaat het om 42% van de collectiviteiten, bij de kleinere zorgverzekeraars om 34% van de collectiviteiten. Daarnaast hebben bij de grote zorgverzekeraars 13% en bij de kleinere zorgverzekeraars 46% geen besparing.

In Figuur 4 staat de samenvatting van de beoordeling van de kostenbesparing in de Zvw van de 160 collectiviteiten met korting op de Zvw-premie.

Figuur 4 Afspraken besparing Zvw-kosten naar omvang zorgverzekeraars[10]
Aantal collectiviteiten



3.3.1 Aannemelijk gemaakte besparing Zvw-kosten

De 18 collectiviteiten met een aannemelijk gemaakte Zvw-kostenbesparing zijn allemaal van de grote zorgverzekeraars. Gemiddeld krijgen deze collectiviteiten 4,4% korting op de Zvw-premie.

Tabel 20 Samenvatting aannemelijk gemaakte besparing Zvw-kosten

	Totaal	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Aantal collectiviteiten	18	18	-
Gemiddelde korting	4,4%	4,4%	-
Verdeling naar omvang			
Groot (>2500)	10	10	-
Midden (250-2500)	2	2	-
Klein (25-250)	5	5	-
Micro (<25)	1	1	-
Verdeling naar aard			
Werkgever	12	12	-
Gemeente	6	6	-
Overige	-	-	-
Tussenpersoon aanwezig	12	12	-

Bij deze afspraken worden verschillende interventies ingezet. Enkele voorbeelden van deze interventies zijn stoppen met roken sessies, extra dekking voor mindfulness programma's, voedings- en beweegprogramma's en een persoonsgerichte aanpak bij gemeenten. In paragraaf 5.7.1 zijn voorbeelden uitgewerkt van de gemaakte afspraken.

[10] Grote zorgverzekeraars betreft de 4 grootste verzekeringsconcerns (Achmea, VGZ, CZ en Menzis)

3.3.2 Mogelijke besparing Zvw-kosten

Er zijn 40 collectiviteiten met een mogelijke besparing op de Zvw-kosten. Het merendeel van deze collectiviteiten (70%) zit bij de grote zorgverzekeraars. In de meeste gevallen betreft het grote of middelgrote collectiviteiten (70%). Gemiddeld krijgen deze collectiviteiten 4% korting op de Zvw-premie.

Tabel 21 Samenvatting mogelijke besparing Zvw-kosten

	Totaal	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Aantal collectiviteiten	40	28	12
Gemiddelde korting	4%	3,5%	5%
Verdeling naar omvang			
Groot (>2500)	17	12	5
Midden (250-2500)	12	6	6
Klein (25-250)	8	8	0
Micro (<25)	3	2	1
Verdeling naar aard			
Werkgever	16	11	5
Gemeente	12	9	3
Overige	12	8	4
Tussenpersoon aanwezig	18	7	11

Bij deze afspraken worden verschillende interventies ingezet. Hiervoor is de koppeling met de doelgroep gemaakt, maar ontbreekt het bewijs van het effect. Enkele voorbeelden van deze interventies zijn extra dekking voor sportmaterialen voor sporters, een interventie rondom slaapverbetering bij werknemers en een vitaliteitsinterventie bij ouderen. In paragraaf 5.7.2 zijn voorbeelden uitgewerkt van de gemaakte afspraken.

3.3.3 Theoretische besparing Zvw-kosten

Er zijn 62 collectiviteiten met een theoretische besparing op de Zvw-kosten. Gemiddeld krijgen deze collectiviteiten 4,9% korting op de Zvw-premie. De omvang is redelijk gelijk verdeeld over de klassen. Het gaat in de meeste gevallen om een werkgeverscontract.

Tabel 22 Samenvatting theoretische besparing Zvw-kosten

	Totaal	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Aantal collectiviteiten	62	42	20
Gemiddelde korting	4,9%	4,9%	5,0%
Verdeling naar omvang			
Groot (>2500)	18	15	3
Midden (250-2500)	20	13	7
Klein (25-250)	18	11	7
Micro (<25)	6	3	3
Verdeling naar aard			
Werkgever	46	33	13

Gemeente	-	-	-
Overige	16	9	7
Tussenpersoon aanwezig	25	10	15

Bij deze afspraken worden verschillende interventies ingezet. Hiervoor ontbreekt zowel de koppeling met de doelgroep als het bewijs van het effect. Enkele voorbeelden van deze interventies zijn de inzet van leefstijlprogramma's, toegang tot interventieportalen en vergoeding van het lidmaatschap voor een sportvereniging. In paragraaf 5.7.3 zijn voorbeelden uitgewerkt van de gemaakte afspraken.

3.4 Verdieping afspraken aanpalende domeinen

Hieronder wordt de beoordeling van de afspraken binnen de aanpalende domeinen samengevat en toegelicht. Ook hier wordt deze toelichting aangevuld met enkele voorbeelden zodat duidelijk wordt waar het in de praktijk om gaat.

Uit de beoordeling blijkt dat de baten in de aanpalende domeinen niet zijn aangetoond. Wij hebben zorgverzekeraars gevraagd of zij de effecten van de afspraken konden aantonen op basis van evaluaties uit eerder jaren. Hiervoor is voor geen enkele collectiviteit informatie aangeleverd.

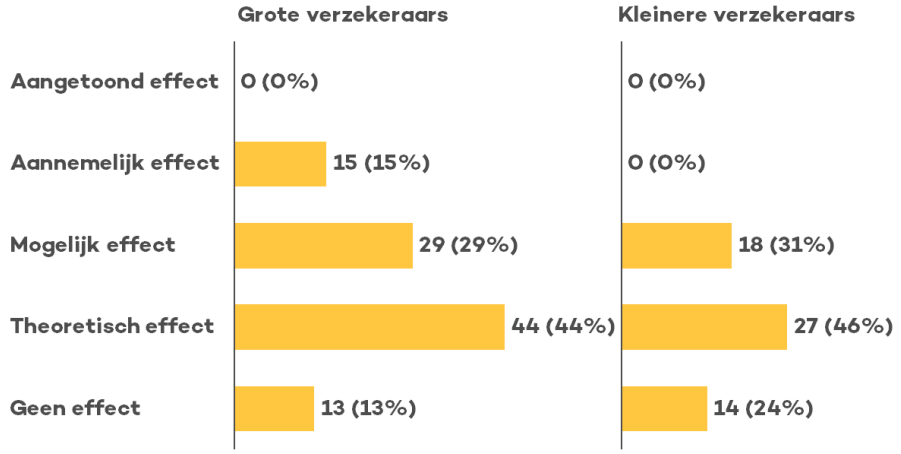
Bij de grote zorgverzekeraars worden voor 15% van de collectiviteiten de baten in de aanpalende domeinen wel aannemelijk gemaakt. In deze gevallen hebben zorgverzekeraars laten zien dat er (wetenschappelijk) bewijs is voor de ingezette interventies en dat er behoefte is aan deze interventie bij de populatie van de collectiviteit.

Naast de aannemelijk gemaakte baten is er bij 29% (grote zorgverzekeraars) en 31% (kleinere zorgverzekeraars) van de collectiviteiten een mogelijk effect. In deze gevallen is er geen bewijs voor het effect van de afspraak, maar is een effect niet uitgesloten.

Het merendeel van de collectiviteiten heeft theoretische baten in de aanpalende domeinen. Bij grote zorgverzekeraars gaat het om 44% van de collectiviteiten, bij de kleinere zorgverzekeraars om 46% van de collectiviteiten.

In Figuur 5 staat de samenvatting van de beoordeling van de aanpalende domeinen van de 160 collectiviteiten met korting op de Zvw-premie.

Figuur 5 Afspraken in aanpalende domeinen naar omvang zorgverzekeraars
Aantal collectiviteiten



3.4.1 Aannemelijke baten in aanpalende domeinen

Voor 15 collectiviteiten zijn de baten van de afspraken in de aanpalende domeinen aannemelijk gemaakt. Deze collectiviteiten zitten allemaal bij de grote zorgverzekeraars. Het zijn voornamelijk grote collectiviteiten. De gemiddelde korting is 3,5%.

Tabel 23 Samenvatting aannemelijke baten aanpalende domeinen

	Totaal	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Aantal collectiviteiten	15	15	-
Gemiddelde korting	3,5%	3,5%	-
Verdeling naar omvang			
Groot (>2500)	10	10	-
Midden (250-2500)	1	1	-
Klein (25-250)	4	4	-
Micro (<25)	-	-	-
Verdeling naar aard			
Werkgever	11	11	-
Gemeente	-	-	-
Overige	4	4	-
Tussenpersoon aanwezig	8	8	-

Bij deze afspraken worden verschillende interventies ingezet. Enkele voorbeelden van deze interventies zijn gezondheidsbevordering voor werknemers en pakket aan initiatieven voor zorgprofessional, vergoeding van gespecialiseerde zorg voor werknemers, voedings- en beweegprogramma's, een persoonsgerichte aanpak bij gemeenten en online zelfhulpmodules. In paragraaf 5.7.4 zijn voorbeelden uitgewerkt van de gemaakte afspraken.

3.4.2 Mogelijke baten in aanpalend domein

Voor 47 collectiviteiten zijn er mogelijk baten van de afspraken in de aanpalende domeinen. Deze collectiviteiten zijn redelijk verdeeld over de omvangsklassen en de aarden. De gemiddelde korting is 4,6%.

Tabel 24 Samenvatting mogelijke baten aanpalende domeinen

	Totaal	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Aantal collectiviteiten	47	29	18
Gemiddelde korting	4,6%	4%	5%
Verdeling naar omvang			
Groot (>2500)	19	11	8
Midden (250-2500)	14	7	7
Klein (25-250)	10	8	2
Micro (<25)	4	3	1
Verdeling naar aard			
Werkgever	23	12	11
Gemeente	12	9	3
Overige	12	8	4
Tussenpersoon aanwezig	21	10	11

Bij deze afspraken worden verschillende interventies ingezet. Hiervoor is de koppeling met de doelgroep gemaakt, maar ontbreekt het bewijs van het effect. Enkele voorbeelden van deze interventies zijn vitaliteitsinterventies bij ouderen, activiteiten voor slaapverbetering bij werknemers, en afspraken met een gemeente voor de minima. In paragraaf 5.7.5 zijn voorbeelden uitgewerkt van de gemaakte afspraken.

3.4.3 Theoretische baten van de afspraken

Voor 71 collectiviteiten zijn er theoretische baten van de afspraken in de aanpalende domeinen. Deze collectiviteiten zijn redelijk verdeeld over de omvangsklassen. Het grootste deel zijn werkgeverscollectiviteiten en de gemiddelde korting is 4,9%.

Tabel 25 Samenvatting theoretische of geen baten aanpalende domeinen

	Totaal	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Aantal collectiviteiten	71	44	27
Gemiddelde korting	4,9%	4,9%	5,0%
Verdeling naar omvang			
Groot (>2500)	23	18	5
Midden (250-2500)	23	12	11
Klein (25-250)	18	11	7
Micro (<25)	7	3	4
Verdeling naar aard			
Werkgever	52	33	19
Gemeente	-	-	-
Overige	19	11	8

Tussenpersoon aanwezig	34	12	22

Bij deze afspraken worden verschillende interventies ingezet. Hiervoor ontbreekt zowel de koppeling met de doelgroep als het bewijs van effectiviteit. Enkele voorbeelden van deze interventies zijn extra dekking voor hulp aan huis, een bedrijfszorgprogramma en een brede set met algemene interventies. In paragraaf 5.7.6 zijn voorbeelden uitgewerkt van de gemaakte afspraken.

3.5 Verdieping collectiviteiten zonder afspraken

Er zijn 17 collectiviteiten van de 160 collectiviteiten met korting waar helemaal geen afspraken voor zijn gemaakt om kosten te besparen. Dat betekent dat voor ongeveer 10% geen afspraken worden gemaakt, terwijl er wel korting wordt geboden.

Deze collectiviteiten krijgen bijna altijd de maximale korting. Het grootste deel zit bij de kleinere zorgverzekeraars. In de meeste gevallen is er geen tussenpersoon betrokken.

Tabel 26 Samenvatting collectiviteiten zonder afspraak

	Totaal	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Aantal collectiviteiten	17	4	13
Gemiddelde korting	4,9%	5%	4,9%
Verdeling naar omvang			
Groot (>2500)	7	1	6
Midden (250-2500)	2	-	2
Klein (25-250)	6	1	5
Micro (<25)	2	2	-
Verdeling naar aard			
Werkgever	10	-	10
Gemeente	-	-	-
Overige	7	4	3
Tussenpersoon aanwezig	4	1	3

3.6 Reflectie van collectiviteiten

Wij hebben werkgevers, gemeente en overige collectiviteiten gevraagd naar de afspraken die zij gemaakt hebben en welke meerwaarde zij hiervan ervaren. Deze reacties hebben wij bij de beoordeling vergeleken met de input van de zorgverzekeraars om vast te stellen of dit een consistent beeld oplevert. Wij hebben per risicodrager 2 werkgevers, 2 gemeenten en 2 overige collectiviteiten uitgevraagd, voor zover aanwezig. Deze hebben wij binnen de steekproef aselect aangewezen. De zorgverzekeraars hebben de contactgegevens verstrekt.

Van de 160 collectiviteiten met collectiviteitskorting op de basisverzekering hebben wij 62 collectiviteiten gevraagd naar hun ervaringen. Daarvan hebben 40 collectiviteiten informatie aangeleverd en 9 collectiviteiten gaven aan niet mee te willen werken of hadden geen tijd. Van 13 collectiviteiten is na herhaalde rappels geen enkele reactie ontvangen.

De informatie van de collectiviteiten en de zorgverzekeraars was zeer overeenkomstig. In een enkel geval gaf de collectiviteit een uitgebreidere omschrijving dan de zorgverzekeraar. Net als voor de zorgverzekeraars is het voor collectiviteiten moeilijk om de meerwaarde te kwantificeren. In veel gevallen wordt hier verwezen naar de privacy van de deelnemers.

Ter illustratie volgen hier nog enkele citaten van de terugkoppeling die wij de collectiviteiten hebben ontvangen.

- "Vanuit het gezondheidsbudget en de werkgeversmodule worden preventieve activiteiten en interventies voor medewerkers bekostigd. De fysiotherapeut heeft een ruimte in ons kantoor gebouw en fysiotherapie wordt intensief gebruikt."

- "Onze collectiviteit wordt vergeleken met de totale portefeuille van de verzekeraar. Verder monitoren we het klik- en zoekgedrag van de accounts op de portal. Samen met de input van het dashboard worden gerichte e-learnings, artikelen, etc. ingezet om gezondheid te bevorderen."

- "Of er als gevolg van de verzekering minder schulden zijn, valt niet na te gaan omdat daar veel meer factoren spelen. Daar zou vergaand onderzoek naar gedaan moeten worden maar daar is nu geen gelegenheid voor."

- "Als onderdeel van de samenwerking met de verzekeraar zal de komende periode (zoveel mogelijk) kwantitatief worden onderzocht wat de baten zijn in relatie tot een verlaging van de zorgkosten."

- "Het is voor ons wel de vraag of de uitgaven voor deze polis opwegen tegen de voordelen. Wij laten een extern bureau een onderzoek uitvoeren naar de effectiviteit van de polis en laten voorstellen doen voor alternatieven."

- "Naar mijn mening leidt deze gemeentelijke zorgpolis niet tot primair lager zorggebruik. Huisarts wordt wel bezocht, medicijnen worden opgehaald en de poli-afspraak wordt nagekomen. De winst zit in het eerder kunnen inspelen op een zorgvraag waardoor mogelijk de langere termijn situatie qua kosten en welbevinden veel gunstiger uitpakt."

4 Conclusie

Voor een goed werkend stelsel is het belangrijk dat iedere verzekerde de vrijheid voelt om van verzekeraar te kunnen veranderen. In de praktijk blijkt dat het lastig is voor consumenten om de best passende polis te kiezen, mede door de veelheid van polissen en collectiviteiten die bovendien vaak op elkaar lijken. Equalis heeft hiervoor het aanbod van polissen en collectiviteiten in 2020 onderzocht. Het doel van het onderzoek was om enerzijds inzicht te krijgen in de aantallen en ontwikkelingen van polissen en collectiviteiten en anderzijds in de legitimatie van de korting voor collectiviteiten. Dit hebben wij gedaan door in ons onderzoek de volgende 2 hoofdvragen van VWS te beantwoorden.

Vraag 1: wat is het totale aanbod van polissen en collectiviteiten en in hoeverre verschillen deze van elkaar?

Het aantal door zorgverzekeraars aangeboden modelovereenkomsten is afgenomen, terwijl de diversiteit is toegenomen. Er zijn meer clusters van nagenoeg gelijke polissen, wat betekent dat polissen minder op elkaar lijken. Dit is een positieve ontwikkeling omdat het daarmee gemakkelijker is voor verzekerden om een keuze te maken. Binnen verzekerdenconcerns kan het wel voorkomen dat er sprake is van meerdere nagenoeg gelijke modelovereenkomsten waarbij de premies in sommige gevallen flink verschillen.

Collectiviteiten spelen voor de verzekerden nog steeds een belangrijke rol, het aantal mensen dat verzekerd is via een collectiviteit is licht afgenomen van 67% naar 63%. Het aantal collectiviteiten is met 27% sterk afgenomen, hoewel er in 2020 nog steeds 47.014 collectiviteiten zijn. De afname heeft vooral plaatsgevonden doordat collectiviteiten waar geen inhoudelijke afspraken werden gemaakt zoals kleine collectiviteiten en gelegenheidscollectiviteiten zijn afgebouwd.

De werkgevers spelen nog steeds de belangrijkste rol in het faciliteren van collectiviteiten. Van alle contracten is 86% gesloten met een werkgever waar in totaal 51% van de verzekerden verzekerd zijn. De groep Overige is met 36% van de verzekerden de volgende grote groep. Bij de andere aarden varieert de omvang van 0,5% tot 6,3% van de verzekerden.

De meeste verzekerden (54%) ontvangen de maximale collectiviteitskorting van 5% op de Zvw-premie. Waarbij de groepen Studenten (4,8%) en Werkgevers (4,6%) de hoogste korting en de groepen Ouderbonden (3,4%) en Gemeenten (2,9%) de laagste korting ontvangen. Gemiddeld over alle verzekerden is de korting 4,1%. De korting is voor veel contracten niet gehalveerd als gevolg van de halvering van de maximale korting per 2020. Dat komt doordat contracten vaak een langere doorlooptijd kennen. Daarom is bij de aanpassing van de korting vaker gekozen voor 5% omdat deze het dichts bij de oorspronkelijke korting lag.

Vraag 2: Is de inzet van collectiviteitskorting gelegitimeerd? Leiden de gemaakte afspraken tot voldoende voordelen om de korting te rechtvaardigen?

Met steeds meer collectiviteiten worden aanvullende afspraken gemaakt. In 2016 gaven verzekeraars aan vooral bij werkgevers aanvullende afspraken te maken voor ongeveer 20% van de verzekerden. In de steekproef van dit onderzoek ligt dit aandeel veel hoger. Bij collectiviteiten met korting zijn bij de grote verzekeraars voor 100% en bij de kleinere verzekeraars voor 74% van de verzekerden afspraken gemaakt. Hoewel de cijfers niet helemaal vergelijkbaar zijn, is toch te concluderen dat er sprake is van een behoorlijke toename.

Wel zien we dat voor geen van de collectiviteiten het effect van de afspraken is aangetoond en bij slechts 18% van de collectiviteiten bij de grote verzekeraars leiden de afspraken tot aannemelijke kostenbesparingen. Daardoor is kruissubsidie tussen individueel en collectief verzekerden met dezelfde polis niet uit te sluiten. Overigens zien we wel dat de gemaakte afspraken van meerwaarde zijn. Dit geldt voor de afspraken over kostenbesparing in de Zvw en voor de afspraken in aanpalende domeinen (bijvoorbeeld verzuimreductie, duurzame inzetbaarheid of schuldenproblematiek).

In de praktijk blijkt het lastig om het effect van een afspraak aan te tonen. Dat komt doordat het opzetten van een effectmeting complex en tijdrovend is. Bovendien is niet altijd alle benodigde informatie te verkrijgen vanwege de privacy van de deelnemers. Daarom is het belangrijk om met name het aannemelijk maken van afspraken verder te ontwikkelen. Wij hebben in ons onderzoek een definitie opgesteld die uitgaat van bewezen interventies, die aansluiten op de doelgroep en waarbij aannemelijk is gemaakt dat mensen gebruik maken van de interventie. Deze methodiek kan, aan de hand van de uitkomsten van dit rapport, geëvalueerd en doorontwikkeld worden.

Tot slot concluderen wij dat sinds 2016 er veel meer aandacht is geweest voor collectiviteiten. Dat is terug te zien in het aantal afspraken en ook in de energie die veel zorgverzekeraars erin hebben gestoken. Hierdoor zijn sommige afspraken recent gestart. Zorgverzekeraars en collectiviteiten geven aan dat het daarom voor deze afspraken nog te vroeg is om een effect te meten. Ook in het onderzoek hebben wij gezien dat een deel van de afspraken met een mogelijk of theoretisch effect met een doorontwikkeling wellicht tot aannemelijke effecten leiden. Mogelijk is op termijn de aannemelijkheid van afspraken beter vast te stellen.

5 Bijlagen

5.1 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek is uitgevoerd in vier fasen. Het inregelen en afstemmen van het projectmanagement hebben we in de voorbereidingsfase van ons project gedaan. In de gegevensuitvraag hebben we de uitvraag bij zorgverzekeraars opgesteld, de steekproef uitgevoerd en de gegevens uitgevraagd bij de zorgverzekeraars. In de analysefase zijn de ontvangen gegevens geanalyseerd om tot beantwoording van de onderzoeksvragen zoals deze in paragraaf 1.2 beschreven staan te komen. De conceptresultaten voor onderzoeksvraag 2 (legitimatie van collectiviteitskorting) zijn tussentijds ter bespreking bij alle zorgverzekeraars voorgelegd. We sluiten het onderzoek af met deze definitieve rapportage.



5.1.1 Aanbod van polissen en collectiviteiten

De NZa vraagt jaarlijks informatie op bij zorgverzekeraars over polissen en collectiviteiten. Voor de polissen vragen zij zorgverzekeraars om aan te geven welke modeloverkomsten zij hanteren. Vervolgens stelt de NZa een overzicht op van alle modelovereenkomsten met door zorgverzekeraars aangeleverde kenmerken, zoals type polis, soort contractering, hoogte van vergoedingen, mogelijkheid tot korting, keuze voor eigen risico, premie en een aantal serviceaspecten zoals jaarbetaling.

Wij hebben de door de NZa opgestelde informatie ontvangen[11] en met hen besproken. Dat heeft op een paar punten tot aanscherping, verheldering of andere interpretatie geleid. Dit gaat bijvoorbeeld om de omgang met het hinderpaal criterium. Vervolgens hebben wij op basis van deze lijst gekeken in hoeverre de modelovereenkomsten inhoudelijk van elkaar verschillen. Hiervoor hebben wij gekeken naar de kenmerken die in de lijst gebruikt zijn en deze ingedeeld in 3 categorieën: impact op vergoeding, mogelijke korting en service. Bij de keuze voor de kenmerken hebben wij onderzocht in hoeverre deze gebruikt

[11] De NZa heeft in een toelichting op de aangeleverde informatie aangegeven dat voor 1% van de verzekerden een inschatting is gemaakt van benodigde gegevens vanwege problemen in de aanlevering bij 1 zorgverzekeraar; deze zorgverzekeraar heeft voor bijna 60% van de verzekerden informatie aangeleverd

worden op de vergelijkingssites. We hebben rekening gehouden met de kenmerken die op vergelijkingssite worden gebruikt, omdat dit iets is waar de consument zijn/haar keuze op baseert.

Voor het onderzoek hebben wij de verschillen tussen de modelovereenkomsten op twee niveaus in kaart gebracht: combinatie van vergoedings- en kortingskenmerken (o.a. selectieve contractering en de mogelijkheid tot collectieve korting) en alleen vergoedingskenmerken.

Naast de modelovereenkomsten hebben zorgverzekeraars een overzicht aangeleverd van alle collectiviteiten die zij aanbieden, inclusief het aantal verzekerden dat daar aan deelneemt. Op basis van deze informatie hebben wij een overzicht opgesteld van de aantallen verzekerden per aard van de collectiviteit, de omvang, de hoogte van de korting en de aanwezigheid van een tussenpersoon.

De uitkomsten worden vergeleken met de resultaten van het onderzoek van Zorgweb uit 2016[12]: *"Fact-finding Collectiviteiten in de Zorgverzekeringswet"*. Bij verwijzingen naar 2016 worden dus de resultaten uit dit rapport bedoeld.

Ook wordt er een onderscheid gemaakt tussen collectiviteiten die tot stand komen met tussenkomst van een assurantietussenpersonen (ATP) en zonder.

5.1.2 Legitimatie collectiviteitskorting

Op basis van een steekproef onder 9 zorgverzekeringconcerns[13] hebben wij 198 collectiviteiten onderzocht. Voor iedere collectiviteit uit de steekproef hebben de zorgverzekeraars informatie aangeleverd om de gemaakte afspraken te beschrijven en de effecten aan te tonen of aannemelijk te maken. Om deze informatie te verzamelen hebben wij een uitvraag opgesteld waarin we vragen naar de gemaakte afspraken, het beoogde effect en de verwachte impact op de zorgkosten voor 2020. Naast een impact op de zorgkosten hebben wij gevraagd aan te geven of er op andere domeinen impact is gerealiseerd (bijvoorbeeld verzuimreductie bij werkgevers).

Voor de legitimatie van de geboden collectiviteitskorting vragen wij de zorgverzekeraars om het (beoogde) effect van de afspraken aan te tonen op basis van ervaringscijfers of uitgevoerde evaluaties. Als dat niet mogelijk is, vragen wij hen om het effect aannemelijk te maken door bijvoorbeeld naar externe onderzoeken te verwijzen. Vervolgens moet de verwachte besparing op de zorgkosten voor 2020 ingeschat worden. De geboden korting is alleen legitiem als de bespaarde zorgkosten minimaal evenveel bedragen als de hoogte van de geboden korting en als de effecten van de afspraken die daartoe leiden zijn aangetoond of aannemelijk zijn gemaakt.

[12] Zorgweb (2016). Fact-finding Collectiviteiten in de Zorgverzekeringswet

[13] DSW heeft aangegeven niet deel te nemen aan het onderzoek omdat ze geen korting geven op de basisverzekering. Eucare heeft geen gehoor gegeven aan de uitnodiging tot deelname

De geleverde informatie van de zorgverzekeraars hebben wij beoordeeld op volledigheid en validiteit. Dat hebben wij gedaan aan de hand van een beoordelingskader. Dit beoordelingskader staat beschreven in bijlage 5.5.

Naast de uitvraag bij zorgverzekeraars hebben wij bij 62 van collectiviteiten ook een uitvraag gedaan bij de collectiviteiten zelf. Ook bij hen hebben wij naar de afspraken gevraagd en naar de baten die zij van de afspraken ervaren. Bij de beoordeling van gegevens van de zorgverzekeraars is de informatie van de collectiviteiten meegenomen om vast te stellen of de collectiviteit de meerwaarde die de zorgverzekeraars benoemen ook kan laten zien.

Na de beoordelingen van de aangeleverde gegevens, hebben wij de zorgverzekeraars gevraagd om op onze bevindingen te reageren en hebben ze de gelegenheid gehad om eenmalig aanvullende gegevens aan te leveren.

5.2 Verzekeringsconcerns, risicodragers en labels

Tabel 27 Labels verdeeld naar risicodrager en verzekeringsconcern in 2020

Verzekeringsconcern	Risicodrager	Label/handelsnaam
Achmea	De Friesland Zorgverzekeraar N.V.	De Friesland
	FBTO Zorgverzekeringen N.V.	FBTO
	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	Rabobank
	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Zilveren Kruis
		Pro Life
		ZieZo
a.s.r.	a.s.r. Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.	Ditzo
		Amersfoortse
CZ	Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV	Nationale Nederlanden
	OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.	Ohra
	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.	CZ
		Just
		CZdirect
DSW	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.	DSW
		inTwente
	OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.	Stad Holland
Eno	Eno Zorgverzekeraar N.V.	Salland
		HollandZorg
		ZorgDirect
EUCARE	EUCARE Insurance PCC Limited	Aevitae
iptiQ	iptiQ Life S.A.	Besured
		National Academic
		Promovendum
		One Underwriting
Menzis	AnderZorg N.V.	Anderzorg
	Menzis Zorgverzekeraar N.V.	Menzis
		Hema
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	ONVZ
		PNO
		VvAA
VGZ	IZA Zorgverzekeraar N.V.	IZA
	N.V. Univé Zorg	Univé
		ZEKUR
		Zorgzaam
	N.V. Zorgverzekeraar UMC	UMC
	VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ
		Bewuzt
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	Zorg en Zekerheid

5.3 Kenmerken modelovereenkomsten

Tabel 28 Beschikbare kenmerken modelovereenkomsten

Kenmerk	Toelichting
Uzovi-nummer	Unieke zorgverzekeraars identificatie
Naam modelovereenkomst vorig jaar	
Naam modelovereenkomst 2020	
Verzekeraar	Naam die bij de uzovi-code hoort
Concern	Verzekeringsconcern waar zorgverzekeraar toe behoort
Labels	Gevoerde labels door de zorgverzekeraar
Soort polis	Natura/restitutie/combinatie
Internetpolis	Distributiekanaal: echter niet volledig betrouwbaar
Beperkende voorwaarden	Is er sprake van beperkende voorwaarden
Selectieve contractering	Is er sprake van selectieve gecontracteerde aanbieders
Vergoeding niet-gecontracteerd lager dan 75%	
Selectief gecontracteerde zorg (excl, hulpmiddelen)	Omschrijving welke zorg selectief is gecontracteerd.
Percentage vergoeding niet-gecontracteerd	
Basis voor percentage vergoeding niet-gecontracteerd	Hoe is het percentage vergoeding voor niet gecontracteerde zorg berekend?
Hinderpaalcriterium	Indien niet gecontracteerd <75%: is dit opgenomen?
Collectiviteitskorting mogelijk?	
Op de markt in jaar t?	
Aangemeld art 25 Zvw?	Check of de modelovereenkomst is aangemeld als omschreven in art 25 van de Zvw en daarmee wettelijk bestaand
Maandpremie bij elk vrijwillig eigen risico	
Korting bij betaling per kwartaal, half jaar, jaar	
Publicatiedatum premie	
Jaarpremie bij elk vrijwillig eigen risico	
Korting Jaarpremie bij elk vrijwillig eigen risico	
Soort polis jaar t-1	Natura/restitutie/combinatie
Ongewijzigde soort polis?	
Reden wijziging	
Verbod op overdragen vordering declaratie	In deze situatie moet de verzekerde de nota eerst zelf betalen aan de aanbieder en dan de kosten declareren

Tabel 29 Clustering modelovereenkomsten niveau A

Nr	Soort polis	Selectieve contrac-tering	Vergoeding niet gecontr. lager dan 75%	Collectieve korting mogelijk	Jaar-betaling mogelijk	Korting ER500 >=240	Verbod op overdragen declaratie	Concern	Aant. gelijke modelover-eenkomsten	Minimum maandpremie **ER000 (€s)**	Gemiddelde maandpremie **ER000 (€s)**	Maximum maandpremie **ER000 (€s)**
1	Natura	ja	nee	ja	ja	ja	ja	Achmea	2	115,95	115,95	115,95
2	Natura	ja	nee	ja	nee	nee	ja	VGZ	1	101,95	101,95	101,95
3	Natura	ja	nee	nee	ja	ja	ja	Achmea	1	105,25	105,25	105,25
4	Natura	nee	ja	ja	ja	nee	ja	CZ	1	114,95	114,95	114,95
5	Natura	nee	ja	ja	nee	ja	nee	iptiQ	1	121,30	121,30	121,30
6	Natura	nee	ja	nee	ja	ja	ja	Achmea	1	110,50	110,50	110,50
7	Natura	nee	ja	nee	ja	ja	ja	Menzis	2	110,00	110,50	111,00
8	Natura	nee	ja	nee	nee	ja	ja	CZ	2	107,95	108,95	109,95
9	Natura	nee	nee	ja	ja	ja	ja	Achmea	3	125,45	125,45	125,45
10	Natura	nee	nee	ja	ja	ja	ja	iptiQ	1	126,84	126,84	126,84
11	Natura	nee	nee	ja	ja	ja	ja	Menzis	1	123,00	123,00	123,00
12	Natura	nee	nee	ja	ja	ja	ja	Zorg&Zekerheid	1	120,20	120,20	120,20
13	Natura	nee	nee	ja	ja	ja	nee	ASR	1	122,50	122,50	122,50
14	Natura	nee	nee	ja	ja	ja	nee	EUCARE	2	124,95	124,95	124,95
15	Natura	nee	nee	ja	ja	nee	ja	CZ	1	120,95	120,95	120,95
16	Natura	nee	nee	ja	ja	nee	ja	VGZ	4	119,95	119,99	120,12
17	Natura	nee	nee	nee	ja	ja	ja	Achmea	3	108,75	114,07	116,95
18	Natura	nee	nee	nee	ja	ja	ja	Zorg&Zekerheid	1	114,20	114,20	114,20
19	Natura	nee	nee	nee	ja	ja	nee	ASR	1	107,90	107,90	107,90
20	Natura	nee	nee	nee	ja	nee	ja	VGZ	1	107,95	107,95	107,95
21	Natura	nee	nee	nee	nee	ja	ja	Achmea	1	109,25	109,25	109,25
22	Natura	nee	nee	nee	nee	nee	ja	Eno	1	113,90	113,90	113,90
23	Natura	nee	nee	nee	nee	nee	ja	VGZ	1	107,95	107,95	107,95
24	Restitutie	nee	nee	ja	ja	ja	ja	Achmea	1	134,95	134,95	134,95
25	Restitutie	nee	nee	ja	ja	ja	ja	IptiQ	1	135,05	135,05	135,05
26	Restitutie	nee	nee	ja	ja	ja	ja	Menzis	1	133,00	133,00	133,00
27	Restitutie	nee	nee	ja	ja	ja	ja	Zorg&Zekerheid	1	126,00	126,00	126,00
28	Restitutie	nee	nee	ja	ja	ja	nee	ASR	1	142,95	142,95	142,95
29	Restitutie	nee	nee	ja	ja	ja	nee	EUCARE	1	133,95	133,95	133,95
30	Restitutie	nee	nee	ja	ja	nee	ja	CZ	3	121,35	123,85	127,45
31	Restitutie	nee	nee	ja	ja	nee	ja	ONVZ	1	133,00	133,00	133,00
32	Restitutie	nee	nee	ja	ja	nee	ja	VGZ	4	120,16	125,40	127,89
33	Restitutie	nee	nee	ja	nee	nee	ja	Eno	1	128,50	128,50	128,50
34	Restitutie	nee	nee	nee	ja	ja	ja	Achmea	1	122,50	122,50	122,50
35	Restitutie	nee	nee	nee	ja	nee	nee	DSW-SH	1	128,50	128,50	128,50
36	Combinatie	nee	nee	ja	nee	ja	ja	Menzis	1	113,00	113,00	113,00

37	Combinatie	nee	nee	ja	nee	nee	ja	Eno	1	121,80	121,80	121,80
38	Combinatie	nee	nee	nee	ja	ja	nee	ASR	1	114,95	114,95	114,95
39	Combinatie	nee	nee	nee	ja	nee	nee	DSW-SH	1	118,00	118,00	118,00

Tabel 30 Clustering modelovereenkomsten niveau B

Nr	Soort polis	Selectieve contractering	Vergoeding niet-gecontracteerd lager dan 75%	Concern	aantal gelijke modelovereen-komsten	Minimum maandpremie ER000 (€)	Gemiddelde maandpremie ER000 (€)	Maximum maandpremie ER000 (€)
1	Natura	ja	nee	Achmea	3	105,25	112,38	115,95
2	Natura	ja	nee	VGZ	1	101,95	101,95	101,95
3	Natura	nee	ja	Achmea	1	110,50	115,00	110,50
4	Natura	nee	ja	CZ	3	107,95	110,95	114,95
5	Natura	nee	ja	iptiQ	1	121,30	121,30	121,30
6	Natura	nee	ja	Menzis	2	110,00	110,50	111,00
7	Natura	nee	nee	Achmea	7	108,75	118,26	125,45
8	Natura	nee	nee	ASR	2	107,90	115,20	122,50
9	Natura	nee	nee	CZ	1	120,95	120,95	120,95
10	Natura	nee	nee	Eno	1	113,90	113,90	113,90
11	Natura	nee	nee	EUCARE	2	124,95	124,95	124,95
12	Natura	nee	nee	iptiQ	1	126,84	126,84	126,84
13	Natura	nee	nee	Menzis	1	123,00	123,00	123,00
14	Natura	nee	nee	VGZ	6	107,95	115,98	120,12
15	Natura	nee	nee	Zorg&Zekerheid	2	114,20	117,20	120,20
16	Restitutie	nee	nee	Achmea	2	122,50	128,73	134,95
17	Restitutie	nee	nee	ASR	1	142,95	142,95	142,95
18	Restitutie	nee	nee	CZ	3	121,35	123,85	127,45
19	Restitutie	nee	nee	DSW-SH	1	128,50	128,50	128,50
20	Restitutie	nee	nee	Eno	1	128,50	128,50	128,50
21	Restitutie	nee	nee	EUCARE	1	133,95	133,95	133,95
22	Restitutie	nee	nee	iptiQ	1	135,05	135,05	135,05
23	Restitutie	nee	nee	Menzis	1	133,00	133,00	133,00
24	Restitutie	nee	nee	ONVZ	1	133,00	133,00	133,00
25	Restitutie	nee	nee	VGZ	4	120,16	125,40	127,89
26	Restitutie	nee	nee	Zorg&Zekerheid	1	126,00	126,00	126,00
27	Combinatie	nee	nee	ASR	1	114,95	114,95	114,95
28	Combinatie	nee	nee	DSW-SH	1	118,00	118,00	118,00
29	Combinatie	nee	nee	Eno	1	121,80	121,80	121,80
30	Combinatie	nee	nee	Menzis	1	113,00	113,00	113,00

Tabel 31 Gemiddelde maandpremie bij verschillende keuzes eigen

	2020	2019	2018	2017	2016	2015
ER000						
Premie natura	€ 116,11	€ 115,52	€ 109,55	€ 108,19	€ 102,25	€ 96,50
Premie restitutie	€ 128,92	€ 127,58	€ 118,99	€ 116,05	€ 107,24	€ 103,54
Premie combinatie	€ 116,94	€ 112,49	€ 107,96	€ 107,30	€ 101,30	€ 98,89
ER100						
Premie natura	€ 113,13	€ 112,75	€ 107,26	€ 105,73	€ 99,27	€ 94,03
Premie restitutie	€ 124,95	€ 123,54	€ 115,21	€ 112,74	€ 103,97	€ 100,42
Premie combinatie	€ 114,69	€ 109,43	€ 104,23	€ 102,83	€ 98,90	€ 95,34
ER200						
Premie natura	€ 109,99	€ 109,86	€ 104,29	€ 102,85	€ 96,34	€ 91,13
Premie restitutie	€ 121,08	€ 120,11	€ 111,75	€ 109,30	€ 100,46	€ 96,64
Premie combinatie	€ 111,14	€ 105,87	€ 100,51	€ 99,35	€ 95,23	€ 91,70
ER300						
Premie natura	€ 106,15	€ 106,45	€ 101,04	€ 99,55	€ 93,26	€ 87,55
Premie restitutie	€ 118,24	€ 116,68	€ 108,29	€ 105,86	€ 96,95	€ 92,99
Premie combinatie	€ 106,89	€ 103,01	€ 97,48	€ 95,52	€ 91,73	€ 87,76
ER400						
Premie natura	€ 102,86	€ 102,65	€ 97,06	€ 95,74	€ 89,65	€ 84,01
Premie restitutie	€ 114,86	€ 113,20	€ 104,80	€ 102,37	€ 93,37	€ 89,30
Premie combinatie	€ 104,03	€ 100,15	€ 94,45	€ 91,40	€ 87,73	€ 83,64
ER500						
Premie natura	€ 96,36	€ 96,53	€ 90,29	€ 89,50	€ 84,47	€ 76,97
Premie restitutie	€ 110,07	€ 109,06	€ 99,94	€ 96,92	€ 87,85	€ 83,38
Premie combinatie	€ 96,19	€ 92,36	€ 86,76	€ 83,82	€ 78,57	€ 77,96

5.4 Tabellen Collectiviteiten met en zonder ATP

Tabel 32 Aantal collectiviteiten en deelnemers, onderverdeeld naar ATP (% naar verdeling met/zonder ATP)

	Contracten				Deelnemers				Gemiddeld per contract	
		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP	Met ATP	Zonder ATP
Aard van collectiviteit	#	%	#	%	#	%	#	%	#	#
Werkgevers	23.154	58	17.023	42	2.386.200	43	3.201.106	57	103	188
Patiëntenverenigingen	33	24	102	76	7.680	15	43.152	85	233	423
Studenten	14	67	7	33	112.179	58	81.725	42	8.013	11.675
Ouderenbonden	87	50	86	50	140.369	45	170.127	55	1.613	1.978
Gemeenten	645	93	50	7	544.253	80	139.236	20	844	2.785
Vakbonden	9	50	9	50	28.052	53	25.305	47	3.117	2.812
Sportverenigingen	7	6	106	94	893	1	60.318	99	128	569
Overige	4.740	83	942	17	2.460.529	62	1.486.726	38	519	1.578
Totaal	28.689	61	18.325	39	5.680.155	52	5.207.695	48	198	284

Tabel 33 Verdeling aantal contracten, onderverdeeld naar omvangsklasse en ATP (% naar verdeling met/zonder ATP)

	0-250				250-1.000				1.000-10.000				10.000+			
	Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP	
Aard van collectiviteit	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Werkgevers	21.978	59	**15.380**	41	**827**	41	**1167**	59	**323**	42	**439**	58	**26**	41	**37**	59
Patiëntenverenigingen	25	25	75	75	6	23	20	77	2	25	6	75	0	0	1	100
Studenten	7	58	5	42	4	80	1	20	1	100	0	0	2	67	1	33
Ouderenbonden	40	43	52	57	26	59	18	41	15	56	12	44	6	60	4	40
Gemeenten	307	95	17	5	218	93	16	7	116	88	16	12	4	80	1	20
Vakbonden	8	89	1	11	0	0	2	100	0	0	6	100	1	100	0	0
Sportverenigingen	5	6	83	94	2	13	13	87	0	0	9	100	0	0	1	100
Overige	4.307	86	703	14	253	69	115	31	147	60	97	40	33	55	27	45
Totaal	26.677	62	16.316	38	1.336	50	1352	50	604	51	585	49	72	50	72	50

Tabel 34 Verdeling aantal deelnemers, onderverdeeld naar omvangsklasse en ATP (aantallen x 1.000)

	0-250				250-1.000				1.000-10.000				10.000+			
	Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP	
Aard van collectiviteit	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Werkgevers	**541**	50	**543**	50	**392**	41	**561**	59	**804**	42	**1.116**	58	**649**	40	**982**	60
Patiëntenverenigingen	1	20	4	80	3	27	8	73	4	29	10	71	0	0	20	100
Studenten	0,4	40	0,6	60	3	81	0,7	19	9	100	0	0	100	56	80	44
Ouderenbonden	4	67	2	33	13	59	9	41	40	49	41	51	83	41	119	59
Gemeenten	27	93	2	7	115	94	7	6	302	86	50	14	100	55	81	45
Vakbonden	0,3	96	0	4	0	0	1	100	0	0	24	100	28	100	0	0
Sportverenigingen	0,1	2	5	98	0,7	8	8	92	0	0	29	100	0	0	19	100
Overige	98	75	33	25	124	69	57	31	493	63	292	37	1.745	61	1.104	39
Totaal	672	53	589	47	651	50	652	50	1.652	51	1.562	49	2.704	53	2.404	47

Tabel 35 Verdeling aantal contracten per kortingscategorie en ATP (% naar verdeling met/zonder ATP)

	0%				>0-1%				1-2%				2-3%				3-4%				4-5%				5%			
	Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP	
Aard van collectiviteit	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Werkgevers	**1.390**	44	**1.790**	56	**0**	0	**4**	100	**3**	10	**27**	90	**488**	54	**414**	46	**4.451**	59	**3.057**	41	**4.043**	55	**3.351**	45	**12.779**	60	**8.380**	40
Patiëntenverenigingen	14	39	22	61	0	0	0	0	0	0	0	0	9	17	44	83	8	24	25	76	2	20	8	80	0	0	3	100
Studenten	2	50	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33	2	67	11	79	3	21
Ouderenbonden	3	43	4	57	0	0	0	0	0	0	0	0	63	74	22	26	7	39	11	61	10	28	26	72	4	15	23	85
Gemeenten	140	75	46	25	0	0	0	0	6	100	0	0	55	98	1	2	210	100	0	0	1	100	0	0	233	99	3	1
Vakbonden	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	5	38	8	62
Sportverenigingen	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	74	100	1	100	0	0	2	6	30	94
Overige	964	74	333	26	0	0	1	100	0	0	0	0	722	93	55	7	518	90	55	10	320	81	76	19	2.216	84	422	16
Totaal	2.519	53	2.198	47	0	0	5	100	9	25	27	75	1.338	71	538	29	5.194	62	3.222	38	4.379	56	3.463	44	15.250	63	8.872	37

Tabel 36 Gemiddelde korting per aard gewogen naar aantal contracten, met of zonder ATP, in- of exclusief 0%

	Gemiddelde korting			
	Met ATP		Zonder ATP	
Aard van collectiviteit	incl. 0%	excl. 0%	incl. 0%	excl. 0%
Werkgevers	4,2	4,4	4	4,4
Patiëntenverenigingen	1,7	2,9	2,3	2,9
Studenten	4,2	4,9	3,4	4,8
Ouderenbonden	2,5	2,6	3,5	3,7
Gemeenten	3	3,8	0,4	4,4
Vakbonden	3,2	4,8	4,7	4,7
Sportverenigingen	2,4	4,1	3,5	3,6
Overige	3,3	4,1	2,9	4,5
Totaal	3,1	4	3,1	4,1

Tabel 37 Verdeling aantal deelnemers per kortingscategorie en ATP (aantallen x 1.000)

	0%				>0-1%				1-2%				2-3%				3-4%				4-5%				5%			
	Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP		Met ATP		Zonder ATP	
Aard van collectiviteit	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Werkgevers	**505**	88	**71**	12	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0,2**	100	**34**	49	**35**	51	**149**	56	**115**	44	**399**	33	**815**	67	**1.754**	45	**2.165**	55
Patiëntenverenigingen	1	17	5	83	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25	6	75	3	33	6	67	2	29	5	71	0	0	22	100
Studenten	9	98	0,2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0	81	100	103	99	1	1
Ouderenbonden	0,4	29	1	71	0	0	0	0	0	0	0	0	50	83	10	17	339	83	67	17	463	84	89	16	10	79	3	21
Gemeenten	95	62	58	38	0	0	0	0	100	100	0	0	28	26	81	74	194	100	0	0	0	0	0	0	217	100	1	0
Vakbonden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5	100	0	0	0	0	28	100	0	0	0	1	25	99
Sportverenigingen	0,3	30	0,7	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100	0,5	100	0	0	0	0	54	100
Overige	411	70	179	30	1	50	1	50	0	0	0	0	399	65	214	35	199	45	244	55	563	66	289	34	888	61	560	39
Totaal	567	64	315	36	1	50	1	50	100	100	0,2	0	513	60	346	40	579	57	439	43	1.039	45	1.278	55	2.972	51	2.830	49

Tabel 38 Gemiddelde korting per aard, gewogen naar deelnemers, met of zonder ATP, in- of exclusief 0%

	Gemiddelde korting			
	Met ATP		Zonder ATP	
Aard van collectiviteit	incl. 0%	excl. 0%	incl. 0%	excl. 0%
Werkgevers	**4,7**	**4,8**	**4,6**	**4,7**
Patiëntenverenigingen	**3,7**	**4,2**	**2,9**	**3,2**
Studenten	**5**	**5**	**4,6**	**5**
Ouderenbonden	**3,5**	**3,5**	**3,2**	**3,2**
Gemeenten	**1,5**	**2,5**	**3,2**	**3,9**
Vakbonden	**4,9**	**4,9**	**4**	**4**
Sportverenigingen	**4,7**	**4,8**	**2,6**	**4,1**
Overige	**3,6**	**4,1**	**3,4**	**4,1**
Totaal	4	4,2	3,6	4

5.5 Beoordelingskader afspraken bij collectiviteiten

Voor de beoordeling van de aangeleverde afspraken is een beoordelingskader opgesteld. Het proces voor het beoordelen van de afspraken is in Figuur 6 weergegeven.

Figuur 6 Processchema van de beoordeling van afspraken bij collectiviteiten



In de eerste stap worden de aangeleverde afspraken beoordeeld op of de doelgroep eenduidig is beschreven, de afspraak duidelijk is beschreven, het (beoogde) effect SMART is beschreven, de baten duidelijk zijn omschreven en of er een berekening is gemaakt voor de verwachte besparing op de zorgkosten in 2020. Deze eerste stap is een inventarisatie om de afspraken in te delen. De criteria vormen een basis voor de inhoudelijke beoordeling van de effecten van de afspraken, maar zijn geen uitsluitingscriteria. Zo is criterium 5 'berekening van besparing zorgkosten in 2020' een toets voor de meest ideale situatie, maar niet bepalend voor de inhoudelijke beoordeling.

Na deze stap worden de afspraken inhoudelijk beoordeeld aan de hand van de aangeleverde gegevens. Dit gebeurt voor zowel de besparing van de Zvw-kosten als de effecten in aanpalende domeinen. In beide gevallen wordt gekeken of de afspraak is aangetoond of aannemelijk gemaakt. Deze beoordeling ligt in het verlengde van de uitgangspunten die de NZa in haar advies[14] schrijft over de criteria bij zorginhoudelijke afspraken (zie kader).

De NZa gaat uit van 3 drie criteria:

- De zorginhoudelijke afspraak moet leiden tot een verlichting van de schadelast voor de Zorgverzekeringswet
- De zorginhoudelijke afspraak moet specifiek toegespitst zijn op de populatie van de collectiviteit

[14] NZa, 19-12-2017, Advies zorginhoudelijke criteria bij collectieve zorgverzekeringen

- Afspraken, die op grond van andere wet- en regelgeving al vereist zijn, worden uitgesloten

Bij het eerste criterium moet de zorgverzekeraar aannemelijk maken dat de zorginhoudelijke afspraak leidt tot een verlichting van de schadelast voor de Zorgverzekeringswet. De aannemelijk gemaakte verlichting van de schadelast mag zowel op korte als op lange termijn zijn. Omdat het niet mogelijk is om vooraf een effect aan te tonen, volstaat het aannemelijk van het effect.

Het tweede criterium is dat zorgverzekeraars en collectiviteiten moeten kunnen motiveren waarom een afspraak juist voor deze collectiviteit relevant en daarvoor effectief is. Dit betekent dat het niet mag gaan om generieke afspraken die voor de gemiddelde bevolking gelden.

Het derde criterium is dat zaken die al op basis van andere wet- en regelgeving verplicht zijn, niet kunnen worden opgevoerd als zorginhoudelijke afspraak die een collectiviteitskorting legitimeert.

De meest volledige vorm voor het legitimeren van de korting is het aantonen van het effect van de afspraak. De voorwaarden voor het aantonen van het effect van een afspraak is dat de interventie is geëvalueerd bij de betreffende collectiviteit op basis van een recent jaar. Vervolgens moet aangetoond worden dat de interventie op vergelijkbare manier in 2020 wordt ingezet. Gezien de complexiteit en daarmee grote inspanning die dit vraagt, wordt ook het aannemelijk maken van het effect als voldoende beoordeeld voor de legitimatie van de korting.

Voor het aannemelijk maken van het effect van een afspraak zijn 2 voorwaarden opgesteld in lijn met het NZa advies:

1. Er moet overtuigend bewijs worden aangeleverd dat de ingezette interventie (eventueel gelijkwaardig of beter) effectief is. Dit kan gedaan worden met (wetenschappelijke) publicaties of eigen evaluaties van de interventie
2. Er moet aannemelijk worden gemaakt dat de interventie relevant is voor de betreffende collectiviteit en ook daadwerkelijk kan worden ingezet. De relevantie kan worden vastgesteld met gezondheidsevaluaties of door duidelijk te maken dat de doelgroep in voldoende mate voorkomt bij de betreffende collectiviteit. Voor het daadwerkelijk inzetten moet duidelijk worden gemaakt dat de verzekerden laagdrempelige toegang hebben

Daarnaast hebben wij de categorieën 'mogelijk' en 'theoretisch' gehanteerd wanneer er niet aan beide voorwaarden voor aannemelijk werd voldaan, maar de afspraken mogelijk wel effecten hebben. Bij mogelijk is voldaan aan één van de

twee voorwaarde en bij theoretisch aan geen van beide. Hierdoor wordt een volledig beeld geschetst van de afspraken die worden gemaakt.

De effecten in het aanpalend domein zijn op dezelfde manier beoordeeld als de effecten op de Zvw.

5.6 Samenvatting collectiviteiten in steekproef

De steekproef is getrokken onder alle risicodragers van alle deelnemende zorgverzekeraars. DSW heeft niet deelgenomen aan het onderzoek omdat zij geen collectiviteitskorting op de basisverzekering geven. Eucare is niet op de uitnodiging tot deelname ingegaan. De overige 9 zorgverzekeraars hebben wel deelgenomen aan het onderzoek.

Per risicodrager zijn aanvankelijk per aard van de collectiviteit 10 collectiviteiten getrokken, verdeeld over de omvangsklassen. Deze aanpak leidde tot een te onrealistische werklast voor de grote zorgverzekeraars. Daarom is besloten om de voorwaarde op per aard van de collectiviteiten minimaal 10 collectiviteit te selecteren, losgelaten.

Op basis van een poweranalyse is bepaald dat de minimale steekproef omvang in dat geval 114 was. In de poweranalyse is er vanuit gegaan dat er voor 5% van de collectiviteiten een resultaat te meten was. Hoe hoger dit percentage, hoe kleiner de steekproef kan zijn om toch representatief te zijn. In de praktijk bleek dat er voor 89% van de collectiviteiten informatie is aangeleverd. Door wel alle aarden en omvangsklassen terug te laten komen per risicodrager (voor zover aanwezig natuurlijk) is de totale steekproef uitgekomen op 198 collectiviteiten.

Van de 198 collectiviteiten zijn er 160 (81%) met korting op de Zvw-premie. In totaal gaat het om 88% van de verzekerden. Dat betekent dat kleinere contracten vaker geen korting krijgen. In totaal zijn er ruim 1,3 mln verzekerden onderdeel van de steekproef. In Tabel 39 staan het aantal contracten en verzekerden in de steekproef per kortingsklasse weergegeven.

Tabel 39 Aantal collectiviteiten en verzekerden in de steekproef naar kortingsklasse

Kortingsklasse	Aantal collectiviteiten	Aantal verzekerden
Met korting	160 (81%)	1.166.314 (88%)
Zonder korting	38 (19%)	153.370 (12%)
Totaal	198 (100%)	1.319.684 (100%)

In de steekproef is een uitvraag gedaan per risicodrager. Daardoor is de verdeling van het aantal verzekerden over de grote en kleinere zorgverzekeraars niet representatief. In Tabel 40 is te zien dat de verdeling van de verzekerden in de steekproef 74% grote zorgverzekeraars en 26% kleinere zorgverzekeraars is, terwijl de landelijke verdeling 85% vs. 15% is. Daarom rapporteren we de resultaten voor deze groepen afzonderlijk.

Tabel 40 Marktaandelen zorgverzekeraars in steekproef en landelijk in 2020

Aanvullende afspraken	Verdeling in steekproef	Landelijk marktaandeel
Grote zorgverzekeraars	867.943 (74%)	14,9 mln (85%)
Kleinere zorgverzekeraars	298.371 (26%)	2,4 mln (15%)
Totaal	1.166.314 (100%)	17,3 mln (100%)

Van de 160 collectiviteiten met korting zijn er bij de grote zorgverzekeraars 97 (96%) en bij de kleinere zorgverzekeraars 46 (78%) collectiviteiten met aanvullende afspraken (Tabel 41).

Tabel 41 Aantal collectiviteiten met korting, met en zonder afspraken

Aanvullende afspraken	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Met afspraken	97 (96%)	46 (78%)
Zonder afspraken	4 (4%)	13 (22%)
Totaal	101 (100%)	59 (100%)

In Tabel 42 is de verdeling van het aantal collectiviteiten over de aarden uit de steekproef en totaal te zien. Ondanks de lage aantallen zijn de kleinere aarden nog steeds oververtegenwoordigd in de steekproef, bijvoorbeeld bij patiënten is 3% uitgevraagd, terwijl zij slecht 0,6% van alle collectiviteiten beslaan.

Tabel 42 Aantal collectiviteiten in steekproef naar aard

Kortingsklasse	Aantal collectiviteiten in de steekproef	Verdeling collectiviteiten totaal (basis voor steekproef)
Werkgevers	112 (57%)	81,8%
Overig	47 (24%)	15,4%
Gemeenten	18 (9%)	1,5%
Patiënten	3 (3%)	0,6%
Vakbonden	4 (2%)	0,4%
Ouderen	6 (2%)	0,3%
Studenten	4 (2%)	0,0%
Sporters	4 (2%)	0,0%
Totaal	198 (100%)	100%

In Tabel 43 staat per aard van het aantal verzekerden in een collectiviteit met afspraken naar grootte van de zorgverzekeraars.

Tabel 43 Aantal verzekerden in collectiviteit met afspraken naar aard

Kortingsklasse	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Werkgevers	193.214 (100%)	50.910 (74%)
Overig	571.323 (97%)	58.694 (41%)
Gemeenten	17.081 (100%)	4.903 (100%)
Patiënten	nvt	0 (0%)
Vakbonden	6.778 (100%)	nvt
Ouderen	56.602 (100%)	nvt
Studenten	0 (0%)	652 (1%)
Sporters	5.393 (100%)	nvt
Totaal	850.391 (98%)	115.159 (39%)

In Tabel 44 staat de verdeling van de collectiviteiten over de omvangsklassen naar grootte van de verzekeraar voor de collectiviteiten met korting.

Tabel 44 Omvangsklassen collectiviteiten

Omvangsklasse	Grote zorgverzekeraars[15]	Kleinere zorgverzekeraars
Micro	8 (8%)	5 (12%)
Klein	28 (25%)	14 (35%)
Midden	23 (29%)	20 (12%)
Groot	42 (38%)	20 (41%)
Totaal	101 (100%)	59 (100%)

In Tabel 45 staat het overzicht van de effecten van de afspraken op de Zvw-kosten voor de collectiviteiten met korting.

Tabel 45 Effect afspraken op Zvw-kosten

Aanvullende afspraken	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Aangetoond effect	0 (0%)	0 (0%)
Aannemelijk effect	18 (18%)	0 (0%)
Mogelijk effect	28 (28%)	12 (20%)
Theoretisch effect	42 (42%)	20 (34%)
Geen effect	13 (13%)	27 (46%)
Totaal	101 (100%)	59 (100%)

In Tabel 46 staat het overzicht van de effecten van de afspraken op de aanpalende domeinen voor de collectiviteiten met korting.

Tabel 46 Effect afspraken op aanpalende domeinen

Aanvullende afspraken	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Aangetoond effect	0 (0%)	0 (0%)
Aannemelijk effect	15 (15%)	0 (0%)
Mogelijk effect	29 (29%)	18 (31%)
Theoretisch effect	44 (44%)	27 (46%)
Geen effect	13 (13%)	14 (24%)
Totaal	101 (100%)	59 (100%)

In Tabel 47 staat het overzicht van de exclusiviteit en de omvang van de beoogde doelgroep van de afspraken weergegeven voor de collectiviteiten met korting.

Tabel 47 Exclusiviteit en omvang doelgroep van de afspraken

Exclusiviteit en omvang doelgroep van de afspraken	Grote zorgverzekeraars	Kleinere zorgverzekeraars
Exclusief, doelgroep groter dan 50%	6 (6%)	1 (2%)
Exclusief, doelgroep kleiner dan 50%	0 (0%)	3 (5%)
Niet exclusief, doelgroep groter dan 50%	69 (68%)	18 (31%)
Niet exclusief, doelgroep kleiner dan 50%	24 (24%)	24 (41%)
Onbekend	2 (2%)	13 (22%)
Totaal	101 (100%)	59 (100%)

[15] Grote zorgverzekeraars betreft de grootste 4 zorgverzekeraars: Achmea, VGZ, CZ en Menzis

5.7 Voorbeelden van afspraken met collectiviteiten

5.7.1 Kostenbesparing Zvw: aannemelijk effect

Voorbeeld – Gezondheidsverbetering van werknemers



Omschrijving

De zorgverzekeraar brengt de zorgbehoefte bij een werkgever in kaart met een enquête. Hieruit volgt een inzicht in de impact van werkstress of fysieke belasting op de organisatie t.o.v. de benchmark. Op basis daarvan worden laagdrempelige interventies aangeboden om direct mee aan de slag te gaan. Aanvullend geeft een zorgconsumptierapportage inzicht in veel voorkomende klachten binnen de collectiviteit waarmee de urgentie voor het inzetten van interventies wordt vergroot. Daarnaast worden informatievoorziening en experts ingezet om werkgevers te informeren over bedrijfszorg en arbeidsrisico's en aan te moedigen tot het deelnemen aan interventies.



Beoogde effect

Het beoogde effect is het verbeteren van de gezondheid van medewerkers en daarmee het voorkomen van zorgkosten (en in aanpalend domein het vergroten van de duurzame inzetbaarheid).



Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep is werknemers binnen een specifieke sector.



Beoordeling

De zorgverzekeraar zet gezondheidsanalyse en rapportages in om passende en bewezen effectieve interventies in te zetten bij de collectiviteit. Het is daarom aannemelijk gemaakt dat er een Zvw-kostenbesparing gerealiseerd kan worden. Doordat het beoogde effect preventief van aard is zal de aannemelijke Zvw-kostenbesparing op midden tot lange termijn optreden.

Voorbeeld – Stoppen met roken sessies



Omschrijving

Stopondersteuning voor rokers door middel van groepstrainingen, persoonlijke begeleiding en telefonische coaching. Deze wordt jaarlijks tijdens Stoptober door de collectiviteit opnieuw aangeboden aan haar deelnemers en hun partners.



Beoogde effect

Het beoogde effect is het verlagen van het aantal rokers en daarmee het verbeteren van de gezondheid van de deelnemers aan de collectiviteit.

Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep bestaat uit alle rokers en hun partners binnen de collectiviteit.

Beoordeling

Het effect van de interventie is aannemelijk gemaakt op basis van een wetenschappelijk artikel over de effectiviteit van stopen met rokensessies. De zorgverzekeraar heeft inzichten vergaard om te onderzoeken welke interventies bij de collectiviteit passen, waardoor er een koppeling tussen de interventie en de behoefte van de doelgroep is gemaakt. Doordat de gezondheidseffecten van het stoppen met roken geleidelijk in werking treden, zal de aannemelijke Zvw-kostenbesparing op midden-lange tot lange termijn optreden.

Voorbeeld – Persoonsgerichte interventies binnen gemeenten

Omschrijving

Persoonsgerichte interventies worden ingezet om multiproblematiek te verminderen. Deze personen kunnen door een samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeente worden geïdentificeerd en vervolgens worden benaderd. Inmiddels zijn er 286 personen waarvoor deze interventie (binnenkort) wordt ingezet. Een voorbeeld hiervan is een persoon met een zwaar verwaarloosd gebit. Mede hierdoor had de persoon ernstige pijnklachten wat hem in zijn functioneren belemmerde. De tandartskosten kon hij niet opbrengen en recht op een financiële bijdrage had hij niet. De zorgverzekeraar besloot de niet gedekte tandartskosten te vergoeden, waardoor vervolgkosten (zoals huisartsbezoeken en medicatie i.v.m. pijnklachten) bespaard werden, de persoon kon re-integreren en inmiddels uit de bijstand is.

Beoogde effect

Het verminderen van fysieke en psychische klachten, leidend tot een vermindering in Zvw-kosten en het vergroten van de participatie.

Beoogde doelgroep

De persoonsgerichte interventies zijn bedoeld voor personen in gemeente-collectiviteiten die te maken hebben met multiproblematiek.

Beoordeling

Het effect van de interventie is aannemelijk gemaakt met een berekening van de kostenbesparing op basis van de hierboven genoemde casus. Vanwege het specifieke karakter van deze afspraak, is de kostenbesparing niet te veralgemeniseren voor de hele collectiviteit. Door de interventie alleen aan te bieden bij personen die te maken hebben met multiproblematiek is er een duidelijke koppeling tussen de interventie en

de behoefte van de doelgroep. De termijn waarop de Zvw-kostenbesparing gerealiseerd wordt is casusafhankelijk. In bovenstaand voorbeeld werden de reguliere kosten van de mondzorg direct bespaard.

5.7.2 Kostenbesparing Zvw: mogelijk effect

Voorbeeld – Pakket aan initiatieven voor zorgprofessionals



Omschrijving

Binnen een breder pakket aan initiatieven worden diensten aangeboden, zoals peer support, time en stress management en coaches.



Beoogde effect

Het beoogde effect is het behoud en verbeteren van de mentale gezondheid en zodoende het vermindering van psyche-gerelateerde zorgkosten.



Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep is zorgprofessionals.



Beoordeling

Deze interventie heeft mogelijk effect op de zorgkosten: met de aangeleverde bewijslast heeft de zorgverzekeraar laten zien dat het beoogde effect van de interventie aansluit bij de doelgroep, maar een duidelijk omschrijving en bewijs van het effect van de diensten ontbreken. Doordat de interventie voornamelijk preventief van aard is zal de mogelijke Zvw-kostenbesparing op lange termijn optreden.

Voorbeeld – Vitaliteitsinterventie voor ouderen



Omschrijving

Een ouderenbond en een tussenpersoon ondernemen gezamenlijk initiatieven om de vitaliteit van verzekerden te bevorderen. Deze initiatieven bestaan uit het informeren en adviseren van de doelgroep, zoals over het nut en de noodzaak van gezond leven en over de mogelijkheden die hiervoor geboden worden.



Beoogde effect

Het beoogde effect is het vitaal krijgen/houden van deelnemers, zodat zij langer en met meer welzijn in de eigen omgeving kunnen blijven wonen. Dit moet uiteindelijk leiden tot een besparing in Zvw-kosten.



Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep bestaat uit alle ouderen binnen de collectiviteit.

Beoordeling

Deze interventie heeft mogelijk effect: het beoogde effect van de interventie sluit aan bij de beoogde doelgroep, maar een duidelijk omschrijving en bewijs van het effect van de initiatieven ontbreken. Doordat de interventie preventief van aard is zal de mogelijke Zvw-kostenbesparing op lange termijn optreden.

5.7.3 Kostenbesparing Zvw: theoretisch effect

Voorbeeld - Vergoeding lidmaatschap sportvereniging

Omschrijving

Om de drempel tot lidmaatschap van een sportclub te verlagen, ontvangt de sportclub per deelnemer een bijdrage.

Beoogde effect

Het bevorderen van de deelname aan en toegankelijkheid van sportclubs. Dit moet uiteindelijk leiden tot meer sporten en een verbeterde gezondheid onder de leden.

Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep is sporters. De collectiviteit waar deze interventie wordt ingezet bestaat uit leden van een sportclub.

Beoordeling

Deze interventie heeft een theoretisch effect. De doelgroep bestaat in veel gevallen uit sporters met een bestaand lidmaatschap van een sportclub. Dat sluit niet aan bij het beoogde effect van de interventie. Daarnaast is het beoogde effect van de interventie niet uitgewerkt. Het is dus niet duidelijk hoe het beschikbaar stellen van een bijdrage uiteindelijk leidt tot lagere zorgkosten.

5.7.4 Aanpalend domein: aannemelijke baten

Voorbeeld – Vergoeding van zorg gespecialiseerd voor werknemers



Omschrijving

Vergoeding van psychologische zorg waarbij het werk en de werkgever actief wordt betrokken bij de behandeling.



Beoogde effect

Het verminderen van psychologische klachten en zodoende verzuim reduceren en re-integratie bevorderen.



Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep is werknemers met psychologische klachten.



Beoordeling

Deze interventie heeft aannemelijke baten in aanpalende domeinen (verzuimreductie en re-integratie). Het effect van de interventie is onderzocht door middel van een effectmeting door de aanbieder van de interventie. Door te onderzoeken welke gezondheidsoplossingen aansluiten bij de collectiviteit, heeft de zorgverzekeraar de koppeling tussen de interventie en de doelgroep gemaakt. De baten kunnen op de midden-lange of lange termijn gerealiseerd worden, omdat deze interventie betrekking heeft op de mentale gezondheid.

Voorbeeld – Voedings- en beweegprogramma



Omschrijving

Extra vergoedingen die inspelen op verschillende thema's, waaronder voedings- en beweegprogramma's.



Beoogde effect

Het verminderen van problematieken op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat, hart- en vaatziekten en diabetes, en zodoende verzuim reduceren.



Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep is deelnemers van de collectiviteit met houdings- en bewegingsapparaat problemen, hart- en vaatziekten en/of diabetes.



Beoordeling

Deze interventie heeft aannemelijke baten in een aanpalend domein (verzuimreductie). Het effect van de interventie is onderzocht door een Nederlandse universiteit, samen met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft daarnaast onderzocht naar welke thema's behoefte is binnen de collectiviteit, waardoor er een koppeling tussen de interventie en de doelgroep is gemaakt. De baten zullen op de midden-lange termijn gerealiseerd worden.

Voorbeeldinterventie - Online (zelfhulp)modules



Omschrijving

Met online (zelfhulp)modules kunnen deelnemers van collectiviteiten zelfstandig of onder begeleiding werken aan hun mentale gezondheid. De modules bevatten psycho-educatie, tests, oefeningen en ervaringsverhalen. De inhoud van de modules is gebaseerd op ACT (Acceptance and Commitment Therapy), cognitieve gedragstherapie en mindfulness.



Beoogde effect

Door mentale gezondheid te bevorderen en psychische klachten te verminderen kan ziekteverzuim verminderd worden. Dit wordt bereikt door de laagdrempelige toegang tot GGZ.



Beoogde doelgroep

De modules zijn bedoeld voor personen met licht-psychische klachten. Door de gezondheid van collectiviteiten in kaart te brengen kunnen zorgverzekeraar en/of werkgevers modules inzetten naar de behoeften en wensen van de deelnemers aan de collectiviteiten.



Beoordeling

Deze interventie heeft aannemelijke baten in een aanpalend domein (toegankelijkheid en verzuimreductie). Het effect van deze interventie is onderzocht door een Nederlandse universiteit. Op basis van dit onderzoek is het effect van de interventie bewezen. Daarnaast is een koppeling tussen de interventie en de behoefte van de doelgroep gemaakt. De baten kunnen op de midden-lange of lange termijn gerealiseerd worden, omdat deze interventie betrekking heeft op de mentale gezondheid.

5.7.5 Aanpalend domein: mogelijke baten

Voorbeeld – Interventie rondom slaapverbetering



Omschrijving

De zorgverzekeraar zet een gezondheidsplatform in met meerdere interventies gericht op verschillende thema's. Bij een collectiviteit wordt specifiek ingezet op het thema slaap.



Beoogde effect

Het beoogde effect is het verbeteren van de leefstijl rondom het thema slaap, waardoor deelnemers beter kunnen omgegaan met werkdruk.



Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep is werknemers.



Beoordeling

Deze interventie heeft mogelijk effect: de zorgverzekeraar heeft onderzocht dat de grootste behoefte voor de collectiviteit bij slaap lag. Daarmee sluit de interventie aan bij de beoogde doelgroep. Een duidelijk omschrijving en bewijs van het effect van de interventie ontbreken. Daarom is deze interventie niet als aannemelijk beoordeeld.
De mogelijke Zvw-kostenbesparing zal op midden-lange termijn optreden.

Voorbeeld – Afspraken minimacontract



Omschrijving

Met de gemeente zijn afspraken gemaakt voor de minima in de gemeente. Deze afspraken gaan over toegang tot zorgprogramma's, AV-pakketten zonder medische selectie, korting op het eigen risico, budget voor leefstijlprojecten en een informatie over gezondheid via de website.



Beoogde effect

Het beoogde effect is driedeling, namelijk:

1) Verbeteren van toegang tot zorg
2) Verzorgen van betaalbare zorg
3) Aanpakken van schuldenproblematiek



Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep bestaat uit minima, wonend in de betreffende gemeente.



Beoordeling

Deze interventie heeft een mogelijk baten in een aanpalend domein (toegang en betaalbaarheid gezondheidszorg, schuldenproblematiek). Het is duidelijk dat de interventie aansluit bij de doelgroep, maar er is geen bewijs van het effect van de ingezette interventies. De baten kunnen op korte of midden-lange termijn gerealiseerd worden; een aantal afspraken heeft direct effect en de afspraken rond leefstijl hebben effect op de midden-lange termijn.

5.7.6 Aanpalend domein: theoretische baten

Voorbeeld – Brede set met algemene interventies



Omschrijving

Toegang tot een providerboog, bestaande uit een brede set van interventies.



Beoogde effect

Het verminderen van problematiek rondom werkstress en zittend werk om zodoende verzuim te verminderen en re-integratie te bevorderen.



Beoogde doelgroep

De beoogde doelgroep is werknemers



Beoordeling

Deze interventie heeft een theoretisch effect in een aanpalend domein (verzuim). De interventie geeft toegang tot een algemene set van interventies waarbij de koppeling tussen de doelgroep en de interventie ontbreekt. Daarnaast is het beoogde effect van de interventie niet onderbouwd.

EQUALIS

Equalis Strategy & Modeling B.V.
Info@Equalis.nl
www.equalis.nl