Nederlandse Zorgautoriteit

Marktscan

Zorgverzekeringsmarkt 2017

september 2017

Inhoud

* Samenvatting

1 De zorgverzekeraars

2 Inkomsten, uitgaven en resultaten zorgverzekeraars

3 De zorgpolissen

4 De verzekerden

5 Risicosolidariteit en risicoselectie

Samenvatting

De zorgverzekeringsmarkt is in beweging

Momenteel zijn er 24 zorgverzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden. De zorgverzekeraars zijn verdeeld over negen concerns. De vier grootste concerns verliezen samen dit jaar weer een klein deel van hun verzekerden. Op provinciaal niveau daalt de concentratiegraad licht, op landelijk niveau blijft deze gelijk.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn er geen nieuwe zorgverzekeraars bijgekomen. Dit verandert naar verwachting in 2018 met de toetreding van IptiQ. We zijn voorstander van toetreding tot de markt, omdat dit de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt versterkt.

Zorgverzekeraars leiden verlies op de basisverzekering

De verzekeraars hebben in 2016 verlies gemaakt op de basisverzekering. Dit komt onder andere doordat verzekeraars de toename in zorguitgaven niet volledig vertalen naar een premiestijging, maar het tekort deels aanvullen vanuit hun financiële reserves. Dit doen ze al enige jaren. Als het kapitaal dichtbij de kapitaaleis komt, zullen zorgverzekeraars de premies moeten verhogen om daarmee de kosten te dekken. De premieverhoging heeft ook gevolgen voor de schatkist via de zorgtoeslag. Als de zorgpremie voor de basisverzekering niet kostendekkend is, kan dit de toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt bemoeilijken.

In 2017 hebben zorgverzekeraars minder opgebouwde reserves via de premie teruggegeven dan het jaar ervoor. De premie is wel nog steeds lager dan wanneer er geen opgebouwde reserves worden teruggegeven. Gezien de financiële resultaten in 2016 zijn wij tevreden met de verlaging van de premies in 2017 met de eerder opgebouwde reserves. De vraag is of de zorgverzekeraars in de toekomst hun reserves kunnen blijven inzetten om de premiestijging te beperken.
De gemiddeld betaalde jaarlijkse premie is gestegen van € 1.201 in 2016 naar € 1.286 in 2017. Het verschil in premie tussen de duurste en goedkoopste polis bedraagt € 360 in 2017. Dat is 28% van de gemiddeld betaalde premie.

Kosten voor reclame zijn gedaald

De reclamekosten per volwassen verzekerde waren in 2016 ruim 4,5% lager dan in 2015. Het gaat om minder dan 0,1% van de totale omzet. Zorgverzekeraars komen daarmee hun toezegging uit het actieplan Kern Gezond na dat zij terughoudend zullen zijn met reclame. Dit doen zij vanwege hun maatschappelijke verantwoordelijkheid.
De invulling en uitvoering van zorgbemiddeling en zorgadvies door zorgverzekeraars is per zorgverzekeraar verschillend. De NZa zal in haar toezicht nadrukkelijk aandacht blijven besteden aan het voldoen aan de zorgplicht en de kwaliteit van informatieverstrekking.

Twee derde van de verzekerden blijft collectief verzekerd

Het aandeel collectief verzekerden daalde met 0,1 procentpunt naar 67,3% in 2017 ten opzichte van 2016. De korting die collectief verzekerden ontvangen is ook verder afgenomen. In 2017 betalen collectief verzekerden gemiddeld 3,2% minder premie dan individueel verzekerden. In 2015 was dit nog 4,4% en in 2016 3,5%. We hebben in ons onderzoek naar collectiviteiten van vorig jaar geconstateerd dat de nadruk bij collectiviteiten nu teveel op de korting en nauwelijks op de zorginhoud ligt. We doen daarom onderzoek naar criteria voor zorginhoudelijke afspraken die de korting kunnen legitimeren.

Het aantal verschillende polissen is afgenomen

Het aantal verschillende polissen voor de basisverzekering daalde van 71 in 2015 naar 58 in 2017. Dit vereenvoudigt het kiezen tussen de verschillende polissen. Het aantal polissen met beperkende voorwaarden is 14 in 2017 (13 in 2016, 17 in 2015). We zien een stijging van het aantal verzekerden dat dit soort polissen heeft. Vooral personen onder de 35 jaar en gezonde verzekerden hebben zo'n polis. Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis. En net als voorgaande jaren kiezen ongeveer acht op de tien verzekerden voor een aanvullende verzekering.

Eind 2016 is de 'Regeling informatieverstrekking ziektekosten-verzekeraars aan consumenten' aangescherpt. Belangrijke wijzigingen zijn de typering van natura, restitutie en combinatiepolissen en de verplichting om informatie te verstrekken over identieke of nagenoeg identieke polissen die binnen concernverband worden aangeboden. Daarnaast hebben zorgverzekeraars met ingang van dit jaar de zorgverzekeringskaart ingevoerd. In deze marktscan is niet onderzocht of de polismarkt door deze maatregelen transparanter is geworden. Na de overstapperiode gaan we hier verder naar kijken.

Aantal verzekerden zonder basisverzekering stabiel en minder wanbetalers

Het aantal mensen zonder basisverzekering veranderde nauwelijks tussen 2015 en 2016. Eind 2016 zijn er 23.000 mensen onverzekerd. Het aantal wanbetalers is eind 2016 gedaald naar bijna 276.000 personen. De aanpassing in de wanbetalersregeling zal hier een belangrijk bijdrage aan hebben geleverd.

Premies werden vaker op de uiterste datum bekendgemaakt

Voor 2017 zijn de premies van 26 polissen op de laatst mogelijke dag bekendgemaakt. Voor 2016 waren er 13 polissen waarvan de premie pas op de uiterste datum bekend werd gemaakt. Met ingang van dit jaar zullen de premies eerder bekend zijn: de uiterste publicatiedatum voor de premies is met een week vervroegd van 19 naar 12 november.

Verzekerden bespaarden op premiegelden door over te stappen

In totaal bespaarden verzekerden in 2017 € 61,5 miljoen aan premiegelden door over te stappen. Dat is gemiddeld € 67 per overstapper. Overstappers bespaarden daarmee meer aan premiegelden dan in 2016, terwijl het aandeel overstappers naar een andere verzekeraar juist daalde van 6,9% in 2016 naar 6,8% in 2017.

Verzekerden zijn onzeker over de gevolgen van het wisselen van zorgverzekeraar. Onzekerheden zijn een drempel bij het overstappen. Daarom vinden we het wenselijk dat burgers door de zorgverzekeraars beter worden geïnformeerd over de afspraken die de zorgverzekeraars hebben gemaakt om een overstap makkelijker te maken. We roepen zorgverzekeraars op om initiatieven te nemen om deze onzekerheid bij (bestaande of mogelijk toekomstige) verzekerden, weg te nemen. Bij een volgende herziening van de regels zal de NZa beoordelen of een aanscherping van de regels noodzakelijk is.

Sturing via het eigen risico is nog beperkt

Bij veertien zorgverzekeraars betalen verzekerden geen verplicht eigen risico wanneer ze gebruikmaken van bepaalde zorg of een specifieke zorgaanbieder die door de verzekeraar is aangewezen. Dit zijn er meer dan vorig jaar. De zorgverzekeraar stuurt verzekerden naar aanbieders waarvan hij vindt dat deze doelmatiger en efficiëntere zorg leveren. Dit is een goede ontwikkeling. De inzet van het instrument blijft echter beperkt tot enkele vormen van zorg zoals farmaceutische zorg of deelname aan een zorgprogramma. We zien ruimte voor zorgverzekeraars om in de toekomst voor meer zorgvormen gebruik te maken van dit instrument.

Verzekerden met een vrijwillig eigen risico licht gestegen

Het aandeel verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico is in 2017 licht gestegen. In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangen verzekerden een korting op de premie. De aangeboden gemiddelde premiekorting is in 2017 vrijwel gelijk aan 2016. De premiekorting varieert sterk tussen de verschillende polissen. Met ingang van 2017 is er voor het vrijwillig eigen risico geen sprake meer van herverzekering. De zorgverzekeraars zijn hiermee per 2017 gestopt na een oproep hiertoe van de minister van VWS. We vinden dit een goede zaak, omdat herverzekering van het vrijwillig eigen risico selectie in de hand werkt.

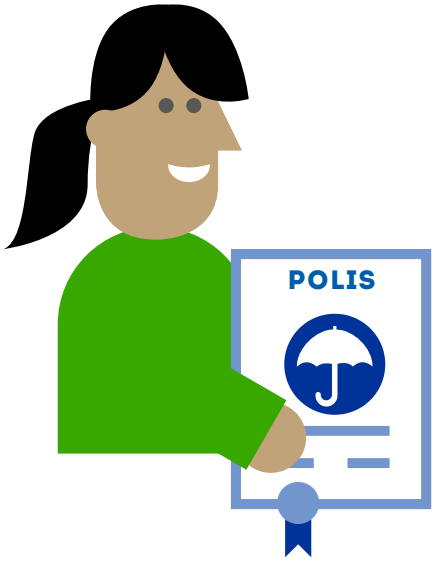
Risicosolidariteit

De update van de kwantitatieve analyse naar risicosolidariteit over de periode 2011-2014 ondersteunt de resultaten die we eerder vonden in 2016. Doordat het risicovereveningsmodel met ingang van 2018 verder wordt aangepast voor langdurig gezonde en hoogopgeleide verzekerden, verwachten we in de toekomst minder segmentatie te zien naar jonge en gezonde verzekerden.

Op dit moment hebben we geen reden om aan te nemen dat er sprake is van ongewenste risicoselectie door zorgverzekeraars van mensen die intensieve en langdurige ggz gebruiken.

Wij zullen blijven monitoren of zorgverzekeraars zich blijven houden aan het verbod op premiedifferentiatie en risicosolidariteit in acht nemen. We gaan hierbij ook de solvabiliteitspositie van zorgverzekeraars als informatiebron betrekken.

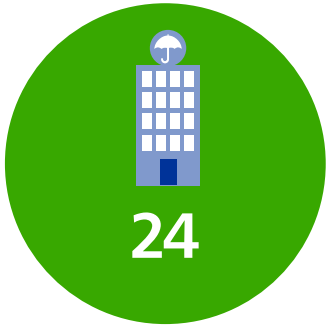
Voor de recente bevindingen van de NZa over de wijze waarop de zorgverzekeraars hun wettelijke taken en hun maatschappelijke rol invullen verwijzen we naar het Samenvattend Rapport Zorgverzekeringswet 2016.



1. De zorgverzekeraars

Er zijn in totaal 24 zorgverzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden in 2017. Dat is er één minder dan vorig jaar; Azivo is opgegaan in Menzis Zorgverzekeraar. De meeste zorgverzekeraars vallen onder een overkoepelend concern. In 2017 zijn er negen concerns.

concerns



zorgverzekeraars

Per 25 september 2017 fuseren de verzekeraars N.V. VGZ Cares en VGZ Zorgverzekeraar N.V. Daarmee verdwijnt verzekeraar N.V. VGZ Cares. Omdat premie en voorwaarden niet wijzigen, zullen verzekerden van deze verzekeraar in 2017 niets van de fusie merken.

Er zijn 24 zorgverzekeraars verdeeld over 9 concerns in 2017

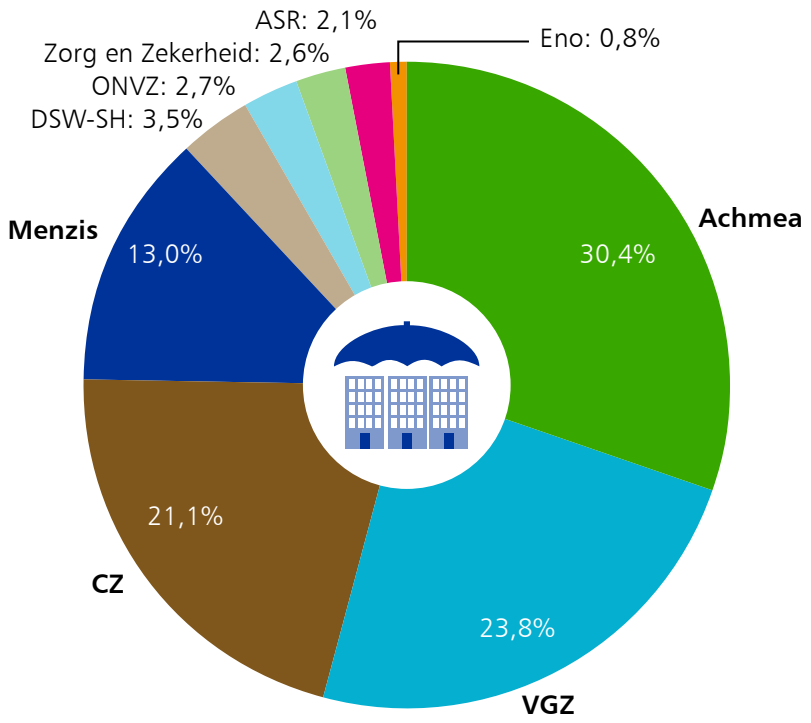
Concern	Zorgverzekeraar
Achmea	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
	De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
	FBTO Zorgverzekeringen N.V.
	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
	OZF Zorgverzekeringen N.V.
	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekering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

Bron: NZa (Modelovereenkomsten).

Marktaandelen

Jaarlijks verliezen de vier grootste concerns samen marktaandeel en neemt het gezamenlijke marktaandeel van de kleinere concerns toe. Marktaandelen op basis van het aantal verzekerden geven weer hoe groot de verschillende spelers op de zorgverzekeringsmarkt zijn.
De vier grootste concerns hebben samen in 2017 een marktaandeel van 88,3% (2016 88,5%, 2015 88,8%). Het totale aandeel van de kleinere concerns stijgt van 11,2% in 2015 en 11,5% in 2016 naar 11,7% in 2017.

Marktaandelen zorgverzekeringsconcerns 2017



Bron: Berekeningen op Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag).

Concentratie

De concentratiegraad van concerns bepalen we via de Herfindahl-Hirschman Index (HHI). Deze is gebaseerd op de marktaandelen. Hoe hoger de index, hoe hoger de concentratie in de markt.

De concentratiegraad (HHI) per provincie

Provincie	2013	2014	2015	2016	2017
Drenthe	3.659	3.548	3.494	3.330	3.263
Flevoland	3.715	3.509	3.269	3.124	3.034
Friesland	6.202	6.038	5.885	5.886	5.814
Gelderland	2.330	2.308	2.253	2.243	2.227
Groningen	3.581	3.555	3.420	3.411	3.291
Limburg	3.487	3.483	3.428	3.390	3.360
Noord-Brabant	3.203	3.181	3.126	3.070	3.020
Noord-Holland	3.058	2.946	2.853	2.755	2.705
Overijssel	2.595	2.559	2.528	2.533	2.516
Utrecht	2.882	2.785	2.605	2.497	2.464
Zeeland	4.026	3.997	3.960	3.968	3.948
Zuid-Holland	1.882	1.863	1.835	1.799	1.800
Nederland	**2.264**	**2.233**	**2.193**	**2.153**	**2.154**

Bron: Berekeningen op Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag). Toelichting: De HHI voor 2014 en 2015 zijn geüpdatet. Dit leidt niet tot andere conclusies dan in de marktscan 2016.

Uit de cijfers blijkt dat ook in 2017 de zorgverzekeringsmarkt nog steeds erg geconcentreerd is. In voorgaande jaren nam de concentratiegraad op landelijk niveau af. Deze daling is gestopt in 2017.

Daarentegen zien we de concentratiegraad per provincie wel verder afnemen, behalve in Zuid-Holland. In Groningen neemt de concentratie het sterkst af.

Nieuwe toetreders

Sinds de start van de Zorgverzekeringswet zijn er geen nieuwe zorgverzekeraars bijgekomen. Wel zijn er initiatieven van nieuwe partijen om tot de markt toe te treden. In de marktscan van vorig jaar zijn we ingegaan op het initiatief Zorgeloos. Wij vinden het belangrijk dat mensen keuzevrijheid hebben en een zorgverzekering kunnen kiezen die het beste aansluit bij hun wensen en omstandigheden. Een nieuwe zorgverzekeraar kan daar een positieve bijdrage aan leveren. Daarom zijn we voorstander van nieuwe toetreders tot de markt.

Een verzekeraar moet het voornemen om een zorgverzekering op de markt te brengen schriftelijk aan de NZa melden. Dit is bepaald in de Zorgverzekeringswet. Bij de melding moet de verzekeraar alle modelovereenkomsten toevoegen op basis waarvan hij een zorgverzekering wil aanbieden. Ook moet hij aangeven wanneer hij de zorgverzekering zal aanbieden.

Het Luxemburgse IptiQ, dochter van het Zwitserse Swiss Re, heeft aangekondigd het voornemen te hebben om met ingang van 2018 de zorgverzekeringsmarkt te betreden en per 1 januari 2018 risicodrager te worden voor de labels van de volmacht Caresco (Promovendum, National Academic en Besured). Op dit moment is zorgverzekeraar VGZ Cares de risicodrager.

Conclusies

Momenteel zijn er 24 zorgverzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden. De zorgverzekeraars zijn verdeeld over 9 concerns. De vier grootste concerns samen verliezen dit jaar een klein deel van hun verzekerden, net als in de afgelopen jaren. Op provinciaal niveau daalt de concentratiegraad licht, op landelijk niveau niet.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn er geen nieuwe zorgverzekeraars bijgekomen. Dit verandert naar verwachting in 2018 met de toetreding van IptiQ. We zijn voorstander van toetreding tot de markt, omdat dit de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt versterkt.

2. Inkomsten, uitgaven en resultaten zorgverzekeraars

Financiële resultaten zorgverzekeraars

Risicoverevening

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

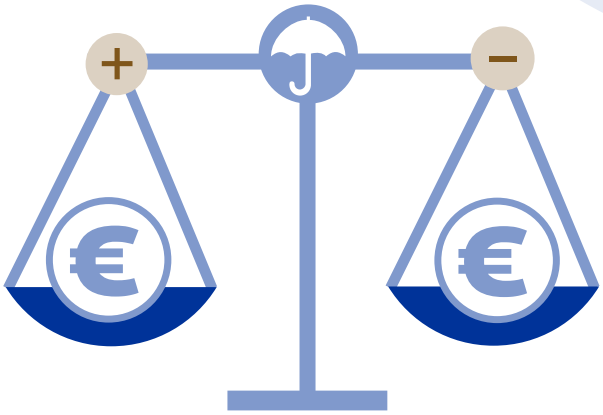
Het bedrag dat zorgverzekeraars jaarlijks ontvangen van het Zorgverzekeringsfonds is de vereveningsbijdrage. De hoogte hangt af van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie. De risicoverevening zorgt voor een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars en daarmee voor eerlijke concurrentie. De risicoverevening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

De risicoverevening wordt elk jaar aangepast waar dat kan. In 2018 staan er een aantal veranderingen op stapel in de risicoverevening. Zo komt er een nieuwe risicoklasse voor gezonde verzekerden en wordt de risicoklasse ‘hoogopgeleiden’ uitgebreid met de leeftijdsgroep 35 tot en met 44 jaar (zie de kamerbrief). Ook wordt de compensatie voor mensen met meerdere chronische aandoeningen aangepast. Verder zijn er veranderingen gepland in de verevening van ggz-kosten, waardoor de zorgkosten van ggz-patiënten beter voorspeld kunnen worden.

Met de continue verbetering van het risicovereveningsmodel wordt het mogelijk dat zorgverzekeraars steeds meer risico dragen voor de kosten van de zorg die zij inkopen en vergoeden. In 2017 dragen de zorgverzekeraars vrijwel volledig risico. Voor een zeer beperkt aantal zorgkosten ontvangt de zorgverzekeraar in 2017 nog achteraf compensatie omdat deze niet goed voorspeld kunnen worden. Dit geldt onder andere voor bepaalde dure geneesmiddelen die in een jaar nieuw aan het verzekerde pakket worden toegevoegd.

Resultaat risicoverevening tot en met 2015

De meeste zorgverzekeraars hebben een positief resultaat op de risicoverevening tussen 2012 en 2015. Dit komt omdat de zorgkosten in die jaren voor die zorgverzekeraars lager bleken dan het ministerie van VWS vooraf had ingeschat. Het resultaat voor de ex-ante risicoverevening steeg in 2015 ten opzichte van 2014. In 2015 zijn de ex-post compensaties zorgkosten negatief. Dit komt omdat de kosten die achteraf gecompenseerd worden vooraf te hoog vastgesteld waren. Het ging met name om moeilijk in te schatten kosten van dure geneesmiddelen. Op basis van volledige nacalculatie zijn deze teruggebracht tot de werkelijke kosten.



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

Per volwassen verzekerde	2011	2012	2013	2014*	2015*
Resultaat ex-ante risicoverevening	22	156	185	201	283
Ex-post compensaties zorgkosten	-21	-46	22	3	-143
Resultaat verplicht eigen risico	-11	-9	-12	-25	-26
Resultaat risicoverevening	**-10**	**101**	**194**	**179**	**113**

Bron: NZa, vereveningsbijdragen Zorginstituut Nederland en jaarstaten zorgverzekeraars.
Vanwege afronding tellen bedragen niet altijd op tot het getoonde totaal.
*Resultaten voor 2014 en 2015 zijn nog voorlopig

Exploitatieresultaat per verzekerde tot en met 2016

De inkomsten minus de zorguitgaven en bedrijfskosten vormen het exploitatieresultaat. De inkomsten van verzekeraars worden grotendeels gevormd door de omzet uit premies en de vereveningsbijdrage. In 2016 is het gemiddelde gerealiseerde exploitatieresultaat per verzekerde (18 jaar en ouder) voor de basisverzekering gedaald en komt dit negatief uit. Enerzijds komt dit omdat de zorguitgaven per verzekerde in 2016 zijn gestegen, terwijl de inkomsten uit premies en vereveningsbijdrage per verzekerde zijn gedaald. Anderzijds hebben verzekeraars ten laste van de resultaten in 2016 een voorziening getroffen voor het inzetten van € 108 per verzekerde (18 jaar en ouder) om de premie in 2017 laag te houden.

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

Per volwassen verzekerde	2014	2015	2016
Premies en vereveningsbijdrage	2.675	2.818	2.810
Zorguitgaven	-2.557	-2.774	-2.854
Bedrijfskosten en schadebehandelingskosten	-96	-95	-92
Opbrengst beleggingen	31	13	14
Subtotaal resultaat (excl. ramingen en vrijval voorziening lagere premie)	53	-38	-122
Afloop ramingen voorgaande jaren	92	114	67
Vrijval voorziening lagere premie huidig jaar	38	98	140
Subtotaal resultaat (incl. ramingen en vrijval voorziening lagere premie)	183	173	86
Voorziening lagere premie volgend jaar	-105	-145	-108
Exploitatieresultaat (na aftrek voorziening lagere premie volgend jaar)	77	28	-22

Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering

Inkomsten zorgverzekeraars

De inkomsten van zorgverzekeraars lijken in 2017 op basis van ramingen hoger te liggen dan in 2016. De inkomsten via nominale premies zijn al bekend over 2017 en deze zijn hoger dan in 2016. De geraamde vereveningsbijdrage is ook hoger dan in 2016. De geraamde inkomsten via betalingen uit het eigen risico zijn gelijk aan die in 2016.

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

Soort inkomen	2015	2016	2017
Nominale premies	15,5	16,2	17,5
Eigen risico	3,2	3,2	3,2
Vereveningsbijdrage	23,0	22,4	22,8
Totale inkomsten basisverzekering	**41,7**	**41,8**	**43,5**

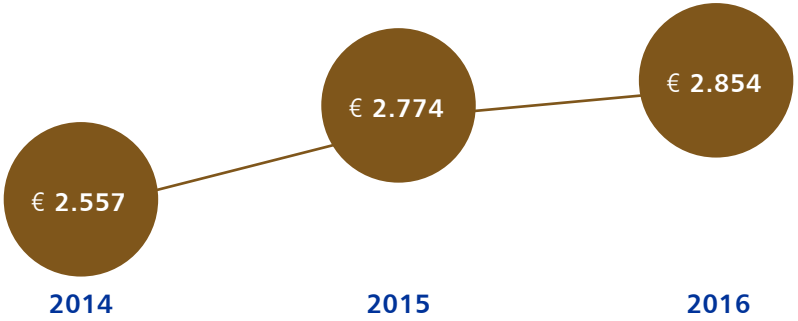
Bron premies: Berekeningen op Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag).
Bron overige cijfers: Rijksbegroting VWS 2017.

Uitgaven zorgverzekeraars

Zorguitgaven tot en met 2016

De zorguitgaven voor de basisverzekering per verzekerde stijgen met bijna 3% van € 2.774 in 2015 naar € 2.854 in 2016. Oorzaken zijn onder andere pakketuitbreidingen, duurdere zorg en het toenemende zorggebruik. In 2016 is het pakket uitgebreid voor onder meer verpleging en verzorging. Wat betreft het zorggebruik speelt de vergrijzing ook een rol: Het aantal 65-plussers steeg tussen 2015 en 2016 van 18,1% naar 18,4% (gebaseerd op de kwartaalstaten Zvw). Tussen 2014 en 2015 is zorg uit de Wlz overgeheveld naar de Zvw, wat ook een deel van de stijging in de zorguitgaven verklaart.

Ontwikkeling zorguitgaven basisverzekering per verzekerde 18+

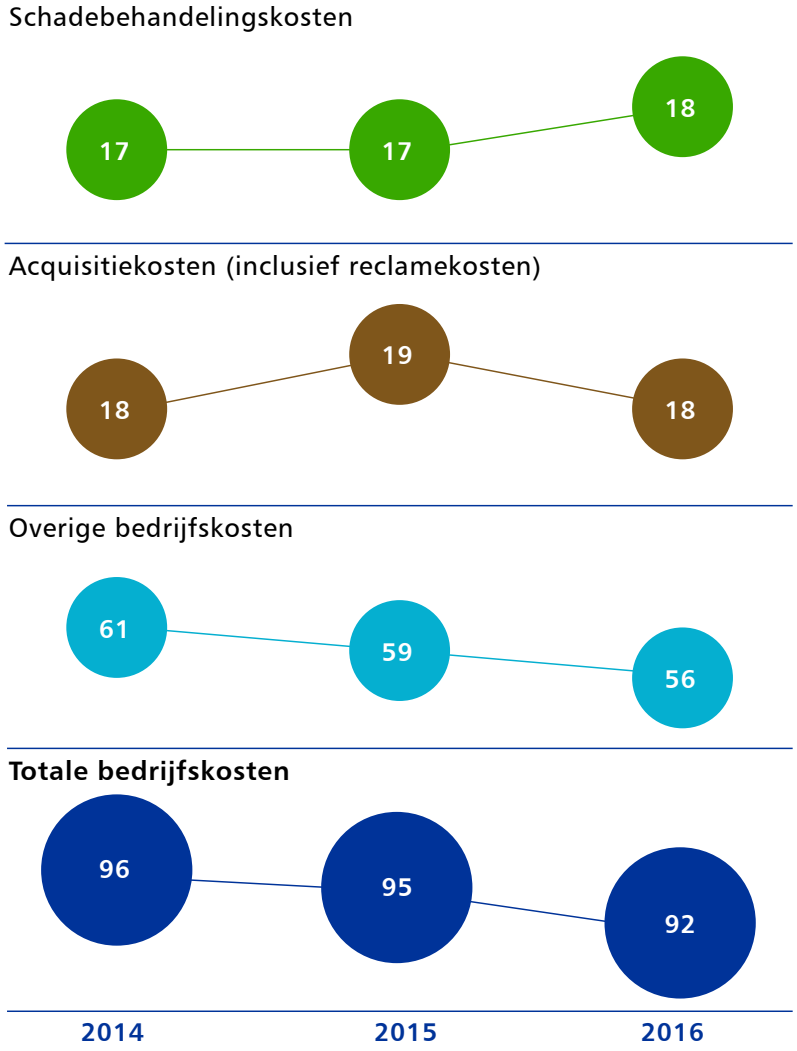


Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering.

Bedrijfskosten tot en met 2016

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

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

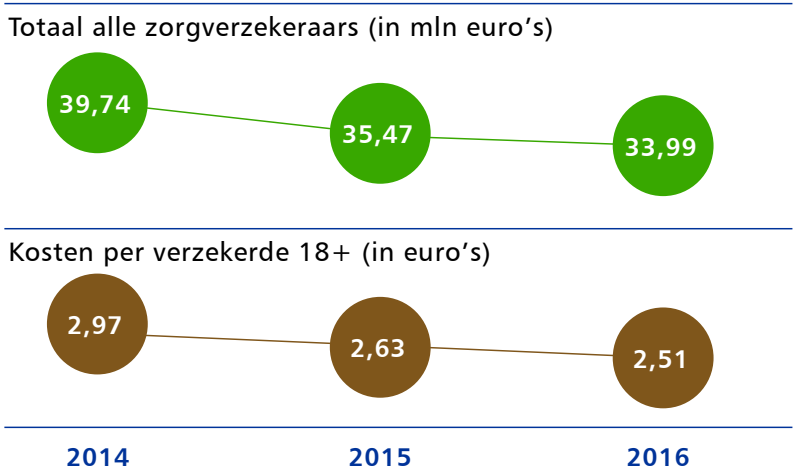


Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering.

Reclame

De zorgverzekeraars hebben over 2016 ruim 4,5% minder aan reclamekosten uitgeven per volwassen verzekerde dan over 2015. De reclamekosten per volwassen verzekerde zijn gedaald van € 2,63 in 2015 naar € 2,51 in 2016. Ten opzichte van 2014 is de omvang van de reclamekosten in 2016 gedaald met ruim 15% per volwassen verzekerde.

Reclamekosten



Bron: jaarcijfers basisverzekering 2014,2015 en 2016

In totaal is er in 2016 voor bijna € 34 miljoen aan reclamekosten uitgegeven. Net als in voorgaande jaren is dat minder dan 0,1% van de totale omzet van zorgverzekeraars.

Wij constateren dat zorgverzekeraars daarmee hun toezegging uit het actieplan Kern Gezond (april 2015) nakomen dat zij terug-houdend zijn met reclame. Dit doen zij vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Reclame-uitingen en zorgbemiddeling

De NZa deed aan zorgverzekeraars de aanbeveling om hun reclame niet te richten op specifieke doelgroepen en hun verzekerden actiever te benaderen voor zorgbemiddeling en zorgadvies.

We constateren op basis van de uitvoeringsverslagen dat zorg-verzekeraars over 2016 laten zien dat ze wat betreft hun reclame-uitingen blijven voldoen aan de wet- en regelgeving op het gebied van risicosolidariteit. Een voorbeeld daarvan is dat zorgverzekeraars hun website inzetten om de verzekering voor zoveel mogelijk men-sen toegankelijk te maken of dat ze benadrukken dat de polisvoor-waarden ook nog op papier geleverd kunnen worden.

Hoe vulden zorgverzekeraars in 2016 hun rol als zorgbemiddelaar en zorgadviseur in de praktijk in? De activiteiten van zorgverzeke-raars op het gebied van zorgbemiddeling en zorgadvies concen-treren zich rond de thema's zorgplicht (en zorginkoop) en infor-matieverstrekking aan verzekerden. Tussen de thema's zorgplicht en informatieverstrekking bestaat een duidelijk verband. Goede afspraken 'aan de voorkant' op het gebied van zorginkoop (zoals afspraken over Treeknormen) zijn van invloed op aard en omvang van eventuele zorgplichtproblemen die zich later kunnen voordoen. Daarmee zijn goede afspraken bij de zorginkoop dus ook van invloed op de mate waarin zorgbemiddeling 'aan de achterkant' nodig is om zorgplichtproblemen op te lossen. Een zorgverzekeraar met veel succesvolle zorgbemiddeling bij oplopende wachttijden doet het niet per definitie beter dan een zorgverzekeraar die vooraf

inkoopafspraken heeft gemaakt rondom wachttijden waardoor geen zorgbemiddeling nodig is.
Zorgbemiddeling en zorgadvies bestaan voor een belangrijk deel uit bemiddeling bij wachttijden, maar ook uit advies over kwaliteit van zorg en beschikbaarheid van zorg. Bemiddeling en advies kan op verschillende manieren aan de verzekerde worden aangeboden. Wat zijn de relevante aspecten in de zorginkoop en welke vormen van zorgbemiddeling en zorgadvies zijn er? We trekken geen conclusies in termen van beter of slechter vanwege het hierboven genoemde verband tussen 'voor- en achterkant'.

Zorginkoop aspecten

Tijdigheidscriteria worden vaak expliciet genoemd in de inkoopcontracten met zorgaanbieders: Vrijwel alle verzekeraars nemen de treeknormen op in hun contracten met aanbieders. Enkele verzekeraars gebruiken per beroepsgroep bepaalde tijdigheidscriteria. Zo zien we bij logopedie de criteria 'eerste afspraak binnen vijf werkdagen' en 'doorverwijzing bij lange wachttijd'. Veel verzekeraars nemen in de contracten op dat aanbieders het direct moeten melden wanneer de continuïteit van zorg in het gedrang komt. Afhankelijk van wat daarover in de contracten is afgesproken, kan dit (financiële) consequenties voor de aanbieder hebben.

Vormen van zorgbemiddeling en zorgadvies

De verzekeraars hebben meestal een afdeling zorgbemiddeling. Wel zijn er verschillen in het beleid voor zorgbemiddeling. Sommige verzekeraars verwijzen verzekerden altijd eerst naar de huisarts. Ook helpen verzekeraars verzekerden via de website bij het kiezen van alternatieve aanbieders en desgewenst bemiddelen ze. Wanneer meer verzekerden tegen hetzelfde probleem aanlopen, verwachten wij dat de verzekeraar met aanbieders naar een oplossing zoeken. Soms moet daarbij extra budget voor een aanbieder worden ingezet.

Bij zorgbemiddeling en algemeen advies spelen de bereikbaarheid en de informatieverstrekking aan verzekerden een belangrijke rol. Het aanbod verschilt per zorgverzekeraar, maar het gaat veelal om telefonische bereikbaarheid via de klantenservice, de zorgconsulent, de afdeling zorgadvies of de afdeling zorgbemiddeling. Een aantal regionale verzekeraars heeft winkels of een mobiel steunpunt. Alle verzekeraars hebben meerdere vormen van moderne toegang waarmee verzekerden contact met de verzekeraar op kunnen nemen, zoals een app, mijnOmgeving, Facebook, Twitter en Whatsapp. Veel verzekeraars leveren specifieke informatie over (gecontracteerde) aanbieders en wachttijden via tools als Zorgzoeker, Zorgvinder of Zorgwijzer. Uit het onderzoek blijkt dat het advies soms financieel van aard kan zijn en gericht op gecontracteerde zorg en vergoeding. Soms is het advies gericht op levensstijl, aandoeningen, behandelingen en bijvoorbeeld mogelijkheid voor second opinion.

Conclusies

De verzekeraars hebben in 2016 verlies gemaakt op de basisverzekering. Dit komt onder andere doordat verzekeraars de toename in zorguitgaven niet volledig vertalen naar een premiestijging, maar het tekort deels aanvullen vanuit hun financiële reserves. Dit doen ze al enige jaren. Als het kapitaal dichtbij de kapitaaleis komt, zullen zorgverzekeraars de premies moeten verhogen om daarmee de kosten te dekken. De premieverhoging heeft ook gevolgen voor de schatkist via de zorgtoeslag. Als de zorgpremie voor de basisverzekering niet kostendekkend is, kan dit de toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt bemoeilijken (zie de casus van ANNO12 in de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015

In 2017 hebben zorgverzekeraars minder opgebouwde reserves teruggegeven via de premie dan het jaar ervoor. De premie is wel nog steeds lager dan wanneer er geen opgebouwde reserves worden teruggegeven. Gezien de financiële resultaten in 2016 zijn wij tevreden met de verlaging van de premies in 2017 met de eerder opgebouwde reserves. De vraag is of de zorgverzekeraars in de toekomst hun reserves kunnen blijven inzetten om de premiestijging te beperken.

De reclamekosten per volwassen verzekerde waren in 2016 ruim 4,5% lager dan in 2015. Het gaat om minder dan 0,1% van de totale omzet. De afname van de reclamekosten is in lijn met de toezegging van zorgverzekeraars uit het actieplan Kern Gezond dat zij terughoudend zullen zijn met reclame.

De invulling en uitvoering van zorgbemiddeling en zorgadvies door zorgverzekeraars is per zorgverzekeraar verschillend. De NZa zal in haar toezicht nadrukkelijk aandacht blijven besteden aan het voldoen aan de zorgplicht en de kwaliteit van informatieverstrekking.

3. De zorgpolissen

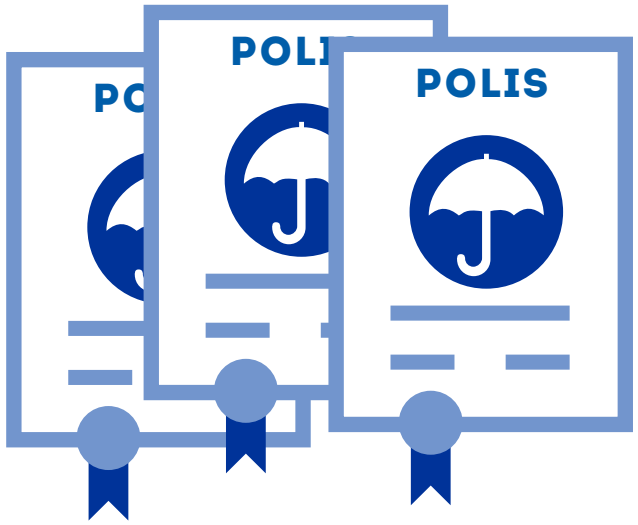
Soorten polissen

Basispolissen en aanvullende verzekeringen

Alle inwoners van Nederland hebben aanspraak op zorg of vergoeding van zorg die onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet valt. Zorgverzekeraars zijn ervoor verantwoordelijk dat verzekerden deze zorg of vergoeding van kosten van zorg krijgen. De zorgverzekeraar moet iedereen accepteren als verzekerde voor de basisverzekering (acceptatieplicht). Zorgverzekeraars mogen voor gelijke model-overeenkomsten binnen dezelfde risicodrager geen verschillende premies vragen (verbod op premiedifferentiatie).

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

Uit het onderzoek risicoselectie (in 2016) bleek dat meerdere verzekeraars binnen een concern dezelfde of nagenoeg dezelfde polis aanboden tegen verschillende premies. Dit is voor verzekerden niet transparant. Daarom hebben we besloten met ingang van november 2016 de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten op dit punt aan te passen. Wanneer binnen een concern polissen worden aangeboden die (vrijwel) gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties en de keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders, moet iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht op zijn website vermelden dat deze polissen (vrijwel) gelijk zijn. Ook het soort informatie dat in het overzicht moet komen, is in de regeling gespecificeerd die vanaf 1 november 2016 gelden. Vanaf 1 november 2017 wordt de regeling opnieuw aangepast en geldt bovenstaande ook voor identieke of vrijwel identieke polissen die door dezelfde zorgverzekeraar worden aangeboden.



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

Polissen met beperkende voorwaarden

Er zijn 14 polissen met beperkende voorwaarden in 2017 (13 in 2016, 17 in 2015). In ruil voor een lagere premie gaan verzekerden bij deze polissen akkoord met beperkingen. Het kan onder meer gaan om minder keuze uit gecontracteerde zorgaanbieders en/of een vergoeding minder dan 75% bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg.

De vergoeding voor zorg door een zorgaanbieder zonder contract met een verzekeraar varieert bij deze polissen van 65 tot 80% van het tarief. Bij naturapolissen zonder beperkende voorwaarden ligt het percentage van de vergoeding meestal op 75 tot 80%, soms 90% van het tarief. Het tarief kan het gemiddelde tarief zijn waartegen een prestatie is gecontracteerd door de zorgverzekeraar, het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief, of een vergelijkbare berekeningsmethode.

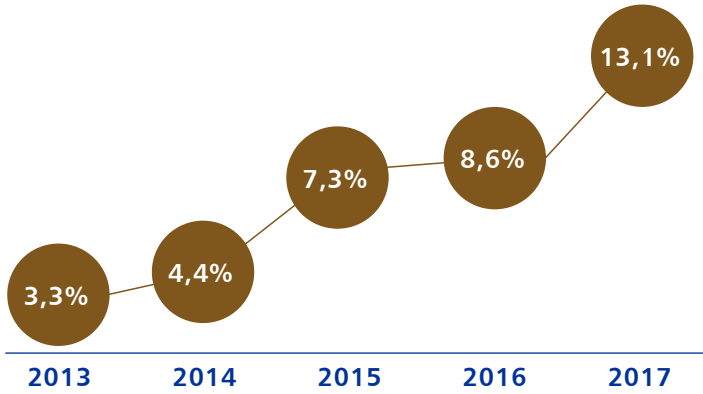
Gemiddeld hebben polissen met beperkende voorwaarden de laagste premie. Maar dat betekent niet dat al die polissen behoren tot de verzekeringen met de laagste basispremie. Er zijn grote prijsverschillen tussen polissen. Verzekerden doen er dus goed aan om kritisch te kijken naar zorgverzekeringen en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

In 2017 constateerde de NZa dat een polis met beperkende voorwaarden op kwaliteit en wachttijden gelijkwaardig is aan een reguliere zorgpolis met gecontracteerde zorg. Wel moeten verzekerden extra opletten bij welke zorgaanbieder de zorg volledig

vergoed wordt. Eerder onderzoek van de NZa wees al uit dat ook de zorgplicht bij deze polissen niet in het geding is.

Het aandeel verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden is 13,1% in 2017 (8,6% in 2016 en 7,3% in 2015). Het gaat in 2017 om 2,22 miljoen verzekerden. De stijging van 2016 op 2017 komt grotendeels doordat een verzekeraar de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg bij een naturapolis in 2017 heeft verlaagd van 75 naar 65% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. In onze definitie is minder dan 75% vergoeding voor niet gecontracteerde zorg een kenmerk van polissen met beperkende voorwaarden. Daarom valt deze naturapolis vanaf 2017 in de groep van polissen met beperkende voorwaarden. Verzekerden van deze polis kunnen overigens wel een beroep doen op een hardheidsclausule als de lagere vergoeding hen belemmert om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan. De vergoeding kan dan omhoog worden gebracht naar maximaal 75%.

Aantal verzekerden met polis met beperkende voorwaarden



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

Wie hebben een polis met beperkende voorwaarden?
De afgelopen jaren hebben meer verzekerden een zorgpolis met beperkende voorwaarden. Deze ontwikkeling roept vragen op over de samenstelling van deze groep verzekerden. Bestaat er bijvoorbeeld een verband tussen de hoogte van het inkomen en de keuze voor dit soort polissen? We onderzochten dit op basis van de meest recente gegevens die gebruikt worden voor de risicoverevening, dat is 2014. We hebben daarbij gekeken naar alle polissen met beperkende voorwaarden en naar een deel van deze polissen, namelijk die met een beperkt aantal ziekenhuiscontracten.

Vooral personen onder de 35 jaar en gezonde verzekerden kiezen een polis met beperkende voorwaarden of polissen met een beperkt aantal ziekenhuiscontracten. Studenten en verzekerden jonger dan 25 jaar met een laag inkomen kiezen iets vaker een polis met beperkende voorwaarden dan studenten en verzekerden jonger dan 25 jaar met een hoog inkomen. Verzekerden ouder dan 35 jaar kiezen minder vaak voor een polis met beperkende voorwaarden. De keuze voor een polis met beperkende voorwaarden hangt daarbij niet af van de hoogte van het inkomen.

Hoe zit het vervolgens met het zorggebruik?
Gebruiken personen met een laag inkomen en een polis met beperkte voorwaarden minder ziekenhuiszorg dan anderen met zo'n polis? We zien geen sterke samenhang tussen de hoogte van het inkomen en het gebruik van ziekenhuiszorg voor verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden of een beperkt aantal ziekenhuiscontracten.

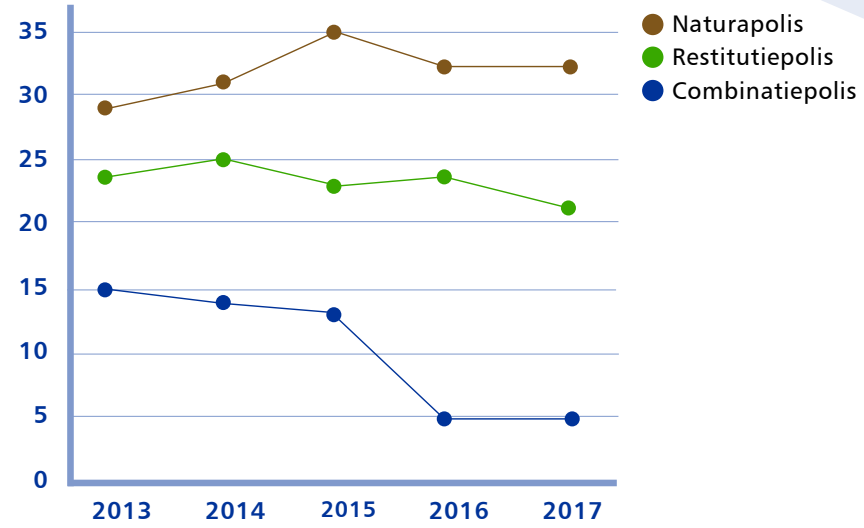
Basisverzekeringen in 2017

Het aantal verschillende polissen voor de basisverzekering is gedaald. Op dit moment zijn er 58 verschillende polissen op de markt (61 in 2016 en 71 in 2015). In 2017 zijn er 32 naturapolissen, 21 restitutiepolissen en 5 combinatiepolissen. Het aantal combinatiepolissen was in 2016 ten opzichte van 2015 sterk afgenomen. Verzekeraars hebben toen polissen inhoudelijk gewijzigd of beëindigd. Hierdoor veranderden combinatiepolissen in restitutie- en naturapolissen.

Welke veranderingen in het polis aanbod waren er in 2017?
Drie naturapolissen en een restitutiepolis worden in 2017 niet meer aangeboden. Daarnaast is er een nieuwe naturapolis bijgekomen. Twee restitutiepolissen zijn gewijzigd in combinatiepolissen vanwege de aangescherpte definitie van het begrip restitutiepolis per 1 november 2016. Twee combinatiepolissen zijn gewijzigd in naturapolissen.

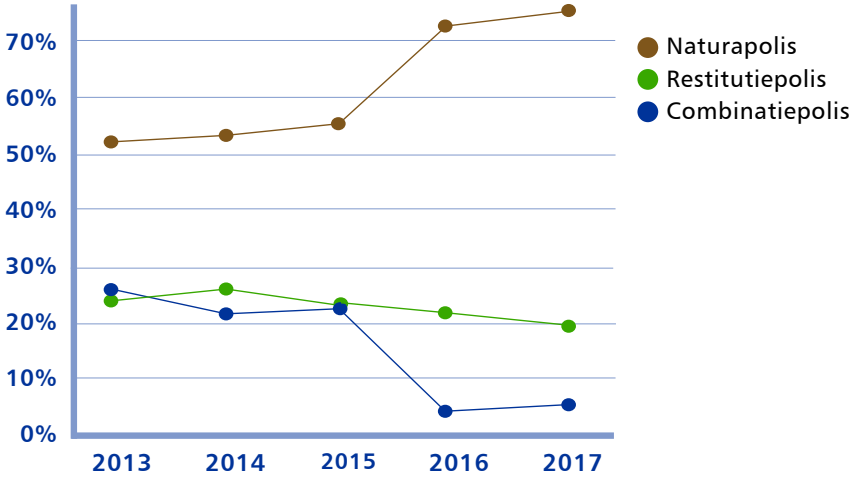
Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis, bijna 20% een restitutiepolis en 5% een combinatiepolis in 2017. Het zijn voornamelijk inhoudelijke wijzigingen van enkele polissen en dus niet het keuzegedrag van verzekerden die zorgen voor veranderingen in het aandeel verzekerden per soort polis.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

Welk soort polissen worden aangeboden?



Bron: NZa (Modelovereenkosmten)

Welk soort polis hebben verzekerden?



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

Aanvullende verzekeringen

Voor veel zorg buiten het basispakket kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. Er geldt geen acceptatieplicht en de vergoedingen zijn soms gemaximeerd op een bedrag of aantal behandelingen. In 2017 zijn 14,3 miljoen verzekerden aanvullend verzekerd. Dit is 84,1% van de verzekerden (84,2% in 2015, 84,3% in 2016). Het aandeel aanvullend verzekerden onder collectief en individueel verzekerden bleef vrijwel gelijk. Het aandeel collectief verzekerden met een aanvullende verzekering is 88,7% in 2017 (88,5% in 2016). Het aandeel individueel verzekerden met een aanvullende verzekering is 74,8% in 2017 (75,7% in 2016).

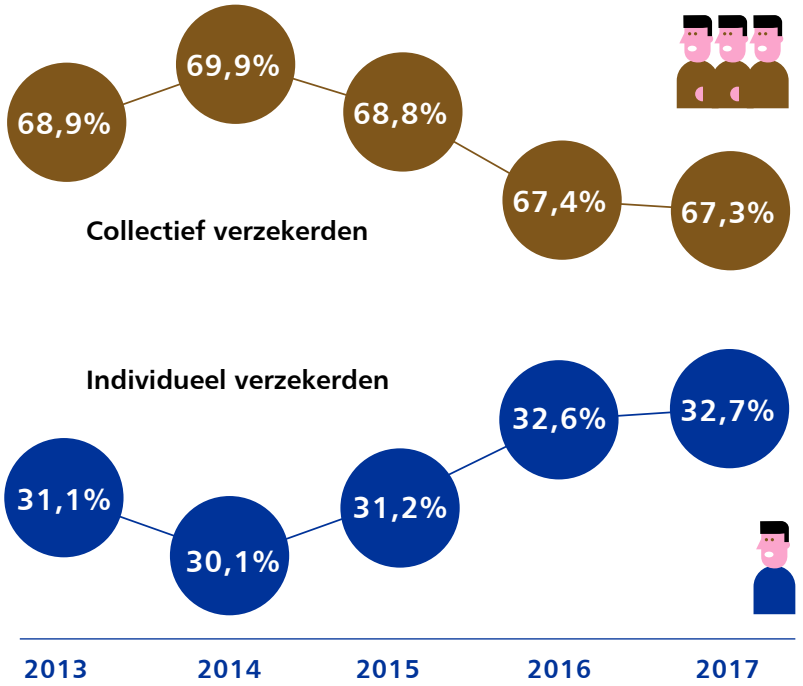
Vooral mondzorg is aanvullend verzekerd. Net als in 2016 heeft ook dit jaar 72% van de aanvullend verzekerden een dekking voor mondzorg.

Vrijwel alle verzekerden met een aanvullende verzekering hebben deze bij dezelfde zorgverzekeraar als waar ze de basisverzekering hebben gesloten. Een zeer beperkt aantal verzekerden heeft de basis- en aanvullende verzekering niet bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten. Landelijk gaat het in 2017 om 0,14% van de aanvullend verzekerden (in 2016 was dit 0,2%).

Collectieve zorgverzekeringen

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

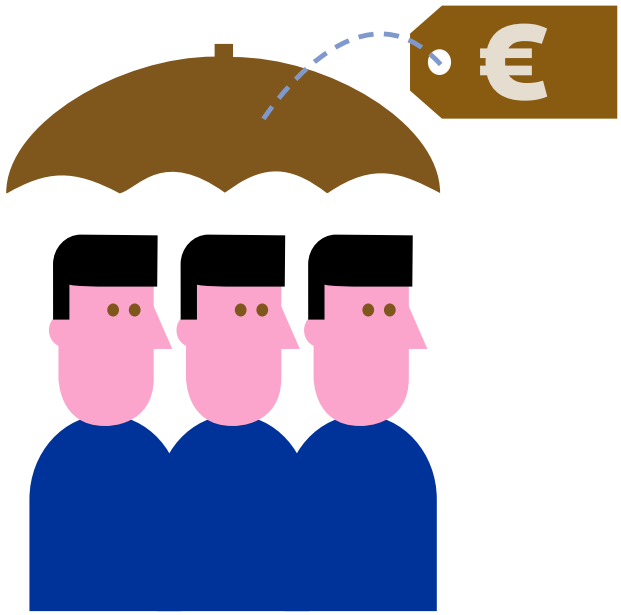
Aandeel collectief verzekerden en individueel verzekerden



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

Het aantal verzekerden via een werkgeverscollectief daalt van 6,2 miljoen verzekerden in 2016 naar circa 5,9 miljoen in 2017. Het gaat om 51,7% van de collectief verzekerden in 2017 (54,6% in 2016). Zoals uit de volgende paragraaf zal blijken is het prijsvoordeel van collectieve zorgverzekeringen in vergelijking met individuele zorgverzekeringen lager dan voorgaande jaren. Een collectieve zorgverzekering is dus wat de prijs betreft minder aantrekkelijk geworden. Het aantal verzekerden via een patiëntenvereniging blijft in 2017 ongeveer 50.000. Via de collectieve contracten van gemeenten zijn in 2017 ruim 685.000 mensen verzekerd (6,0% van de collectief verzekerden). Gemeenten bieden inwoners met de laagste inkomens de gelegenheid zich collectief te verzekeren in een gemeentecollectiviteit. We vermoeden dat meeste gemeenten zo'n collectiviteit aanbieden, maar data hierover ontbreken. Verzekerden van gemeentecollectiviteiten krijgen vaak korting op de premie van de basisverzekering en een voordeliger aanvullende verzekering. Ook kan het verplicht eigen risico in een aanvullende verzekering meeverzekerd zijn. Ongeveer 4,8 miljoen collectief verzekerden zitten bij andersoortige collectiviteiten (41,8% van de collectief verzekerden). In 2016 waren 5,1 miljoen verzekerden aangesloten bij een gemeentecollectiviteit of andersoortig collectiviteit.

In 2017 hebben 18 van de 24 zorgverzekeraars meer dan 40% collectief verzekerden. Collectieve zorgverzekeringen zijn (net als individuele zorgverzekeringen) gebaseerd op een modelovereenkomst, wat voor verzekerden vaak niet duidelijk is. Per 1 november 2017 gaat de aangepaste Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten in. Zorgverzekeraars die een collectiviteitsovereenkomst hebben gesloten zijn dan verplicht om informatie over collectiviteiten te verstrekken aan burgers. Ook worden zij dan verplicht om ervoor te zorgen dat collectiviteiten met wie zij een collectiviteitsovereenkomst hebben gesloten duidelijk maken op welke modelovereenkomst en welke zorgverzekeraar de collectiviteit betrekking heeft. Dit moet het voor burgers eenvoudiger maken om collectieve polissen te vergelijken met individuele polissen. Daarnaast hebben we in ons onderzoek naar collectiviteiten van vorig jaar geconstateerd dat de nadruk bij collectiviteiten nu teveel op de korting en nauwelijks op de zorginhoud ligt. We doen daarom onderzoek naar criteria voor zorginhoudelijke afspraken die korting kunnen legitimeren.



Prijs van de basisverzekering

De prijs van de basisverzekering bestaat uit twee delen. Een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet en een nominale premie. Een volwassen Nederlander betaalt in 2017 voor de basisverzekering gemiddeld € 1.596 per jaar via de inkomensafhankelijke bijdrage en gemiddeld € 1.286 per jaar aan nominale premie. Mensen betalen de nominale premie rechtstreeks aan hun verzekeraar. De zorgverzekeraar kan een korting geven op deze premie bij een collectieve zorgverzekering, bij het vooruitbetalen van de premie of bij het afsluiten van een vrijwillig eigen risico. Verzekerden betalen het eigen risico rechtstreeks aan de zorgverzekeraar. Er bestaan ook wettelijke eigen bijdrages. Deze worden rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaald.

Hoe is de nominale premie opgebouwd?

Wanneer zorgverzekeraars de premie voor het volgende jaar publiceren, maken ze ook bekend hoe de premie is opgebouwd. Daarbij gaan ze uit van ramingen van zorguitgaven, bedrijfskosten en reserveopbouw. De nominale premie voor 2017 zonder kortingen die verzekeraars eind 2016 bekendmaakten was gemiddeld € 1.363. Hierbij zijn alle bedragen gewogen naar het aantal volwassen verzekerden per zorgverzekeraar in 2016. Verzekeraars rekenen een opslag op de jaarlijkse premie om daaruit de collectiviteitskorting te kunnen betalen. Deze geraamde opslag is € 66 en is onderdeel van de post ‘overig, inclusief opslag voor het geven van collectiviteitskortingen’ waarin bijvoorbeeld ook een bedrag aan opslag voor wanbetalers zit.

Opbouw van de nominale premie 2017 (in euro’s)

Rekenpremie VWS	1.326
Resultaat op zorgactiviteiten	-24
Bedrijfskosten	82
Beleggingsopbrengsten	0
Onttrekking aan reserves	-111
Toevoeging aan reserves	0
Opslag winst	0
Overig, incl. opslag voor het geven van collectiviteitskortingen	90
Totaal nominale premie (premiegrondslag)	**1.363**

Bron: Zorgverzekeraars; uniform overzicht opbouw premie

Zorgverzekeraars gebruiken hun reserves om de premie te verlagen. Bij de vaststelling voor de premie in 2017 zijn verzekeraars uitgegaan van de inzet van ongeveer € 1,5 miljard uit hun reserves en verwachte beleggingsopbrengsten. In 2016 ging het om € 2 miljard en in 2015 om € 1,4 miljard. Dit heeft het mogelijk gemaakt om de premie voor de basisverzekering in 2017 gemiddeld € 111 per premiebetaler lager vast te stellen. In 2016 was dit € 148 en in 2015 € 105. De nominale premie is daardoor minder dan kostendekkend vastgesteld.

Gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering

De gewogen gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering inclusief collectiviteitskortingen stijgt met 7% naar € 1.286 in 2017. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn buiten beschouwing gelaten.

Gemiddeld betaalde nominale premie per jaar (in €)

	2013	2014	2015	2016	2017
Individueel verzekerden	1.262	1.137	1.195	1.229	1.314
Collectief verzekerden	1.190	1.080	1.142	1.186	1.272
Alle verzekerden	1.213	1.098	1.158	1.201	1.286

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

Het verschil tussen de duurste en goedkoopste polis is € 360 in 2017. Dat is 28% van de gemiddeld betaalde premie. De jaarpremie van de goedkoopste polis is € 1.104 en de duurste kost € 1.464. Er zijn dus grote prijsverschillen tussen polissen. Verzekerden doen er goed aan om kritisch te kijken naar zorgverzekeringen en deze te vergelijken aan de hand van hun eigen voorkeuren.

Verzekerden betalen gemiddeld minder premie (inclusief collectiviteitskorting) voor een polis met beperkende voorwaarden dan voor de andere polissen. Daarnaast valt op dat verzekerden met restitutiepolissen vanaf 2015 gemiddeld minder betaalden dan verzekerden met gewone naturapolissen. Een oorzaak kan zijn dat de uitvoeringskosten lager zijn bij restitutiepolissen doordat zorgverzekeraars geen zorg hoeven in te kopen. Een andere mogelijke oorzaak is dat er sprake is van sterkere concurrentie op restitutiepolissen dan op naturapolissen.

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

	2013	2014	2015	2016	2017
Polis met beperkende voorwaarden	1.143	1.004	1.056	1.116	1.206
Combinatie (zonder polissen met beperkende voorwaarden)	1.208	1.116	1.148	1.221	1.271
Natura (zonder polissen met beperkende voorwaarden)	1.215	1.089	1.174	1.211	1.302
Restitutie	1.223	1.117	1.169	1.203	1.297
Eindtotaal	**1.213**	**1.098**	**1.158**	**1.201**	**1.286**

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

Kortingen op de premie

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

- Bij een collectieve zorgverzekering: de korting die de zorgverzekeraar hiervoor kan geven is in de Zorgverzekeringswet vastgelegd en is maximaal 10%. Bijna alle zorgverzekeraars bieden een collectiviteitskorting aan.
- Bij het afsluiten van een vrijwillig eigen risico: hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting op de premie. De korting verschilt per polis. De premiekorting kan oplopen tot € 300 op jaarbasis bij een vrijwillig eigen risico van € 500.

Korting bij collectieve zorgverzekeringen

De collectiviteitskorting op de basispremie is dit jaar gemiddeld 7,4%. Effectief gezien betalen collectief verzekerden in 2017 gemiddeld slechts 3,2% minder premie dan individueel verzekerden. Dit komt omdat de basispremie zonder collectieve korting bij verzekeringen die ook door collectiviteiten kunnen worden afgesloten (€ 1.373 in 2017) hoger ligt dan de basispremie van verzekeringen die niet door collectiviteiten (kunnen) worden afgesloten (€ 1.314 in 2017).

De korting ten opzichte van individueel verzekerden is gedaald. Net als in andere jaren kiezen individueel verzekerden in 2017 vaker voor een polis met een lager dan gemiddelde basispremie. Een groot deel van de individueel verzekerden lijkt dus kritisch te kijken naar de premie bij hun keuze.

Gemiddelde premie collectief vs. alle individueel verzekerden (in euro's)

	2013	2014	2015	2016	2017
Individueel verzekerden					
Betaalde premie (= basispremie)	1.262	1.137	1.195	1.229	1.314
Collectief verzekerden					
Basispremie	1.289	1.168	1.232	1.280	1.373
Betaalde premie	1.190	1.080	1.142	1.186	1.272
Korting op basispremie	7,7%	7,5%	7,3%	7,3%	7,4%
Korting t.o.v. individueel verzekerden	5,7%	5,0%	4,4%	3,5%	3,2%
Alle verzekerden					
Betaalde premie	**1.213**	**1.098**	**1.158**	**1.201**	**1.286**

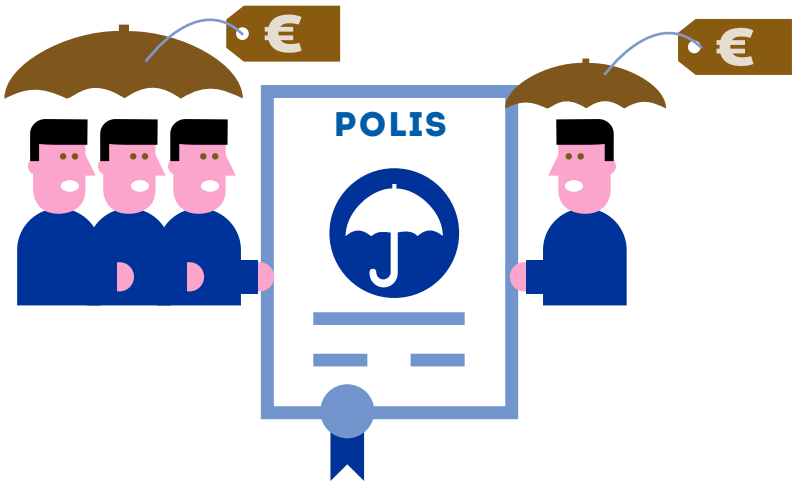
Bron: NZa op basis van Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag)

Collectieve zorgverzekeringen via de werkgever leveren gemiddeld het hoogste prijsvoordeel op. Het absolute prijsvoordeel is in 2017 opnieuw gedaald, maar minder dan in voorgaande jaren. Bij een groeiend aantal polissen krijgen collectief verzekerden geen korting meer op de basisverzekering. In 2013 waren dit 6 polissen, in 2017 zijn er 14 polissen zonder collectiviteitskorting.

Prijsvoordeel per jaar collectieve vs. individuele zorgverzekering (in euro's)

Soort collectief	2013	2014	2015	2016	2017
Werkgevers	81	70	68	62	61
Patiëntenvereniging	57	46	46	39	38
Gemeente					32
Overig	61	50	42	35	35
Totaal	**72**	**57**	**52**	**43**	**42**

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



Conclusies

Het aantal polissen met beperkende voorwaarden is 14 in 2017 (13 in 2016, 17 in 2015). We zien een stijging van het aantal verzekerden dat dit soort polissen heeft. Vooral personen onder de 35 jaar en gezonde verzekerden kiezen voor zo'n polis.

Ook dit jaar is twee derde van de verzekerden collectief verzekerd. Het aandeel collectief verzekerden daalde met 0,1 procentpunt naar 67,3% in 2017 ten opzichte van 2016. De korting die collectief verzekerden ontvangen is verder afgenomen. In 2017 betalen collectief verzekerden gemiddeld 3,2% minder premie dan individueel verzekerden. In 2015 was dit nog 4,4% en in 2016 3,5%. In ons onderzoek naar collectiviteiten van vorig jaar hebben wij geconstateerd dat de nadruk bij collectiviteiten nu teveel op de korting en nauwelijks op de zorginhoud ligt. We doen daarom onderzoek naar criteria voor zorginhoudelijke afspraken die de korting kunnen legitimeren.

Dit jaar is de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten aangescherpt en hebben zorgverzekeraars de zorgverzekeringskaart ingevoerd. In deze marktscan is niet onderzocht of de transparantie hierdoor is toegenomen. Na de overstapperiode zullen we dit verder bekijken. Een verdere aanscherping van de transparantieregels (onder meer op het vlak van collectieve zorgverzekeringen) wordt op 1 november 2017 van kracht.

Het aantal verschillende polissen voor de basisverzekering daalde van 71 in 2015 naar 58 in 2017. Dit vereenvoudigt het kiezen tussen de verschillende polissen. Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis. En net als voorgaande jaren kiezen ongeveer acht op de tien verzekerden voor een aanvullende verzekering. De gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering stijgt in 2017 met 7% naar € 1.286 per jaar. Het verschil tussen de duurste en goedkoopste polis is € 360 in 2017. Dat is 28% van de gemiddeld betaalde premie.

4. De verzekerden

Hoeveel mensen sluiten jaarlijks een polis af voor de basisverzekering en voor de aanvullende verzekering? En hoeveel mensen hebben moeite met het afsluiten of betalen van een zorgverzekering?

Verzekerden

In 2017 sloten 17 miljoen personen een basisverzekering af. Zo'n 14,3 miljoen personen sloten een aanvullende verzekering af.

Aantal verzekerden basis- en aanvullende verzekering (in mln)

Soort verzekering	2013	2014	2015	2016	2017
Basisverzekering	16,7	16,7	16,8	16,9	17,0
Aanvullende verzekering	14,3	14,2	14,2	14,2	14,3

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

Onverzekerden

Het aantal mensen zonder basisverzekering is in 2016 niet gedaald. In de jaren daarvoor was er sprake van een afname doordat deze verzekerden actief werden opgespoord. Hoewel de opsporing van onverzekerden in 2016 niet gestopt is, is het aantal mensen zonder basisverzekering niet verder gedaald. Op 31 december 2016 waren er 22.960 mensen zonder basisverzekering. De instroom bestaat uit personen die geen zorgverzekering hebben afgesloten, maar wel in Nederland wonen of werken. De uitstroom zijn personen die zich alsnog verzekerd hebben, ambtshalve worden verzekerd of met succes hun verzekeringsplicht hebben betwist. Gemoedsbezwaarden en militairen hoeven geen zorgverzekering af te sluiten en zijn niet in de cijfers opgenomen.

Aantal onverzekerden voor de basisverzekering

	2012	2013	2014	2015	2016
Instroom (aangeschreven onverzekerden)	78.268	69.382	71.726	47.458	53.912
Uitstroom	96.030	72.323	71.012	54.480	53.384
Onverzekerd per 31 dec.	40.203	28.740	29.454	22.432	22.960

Bron: Zorginstituut Nederland

Wanbetalers

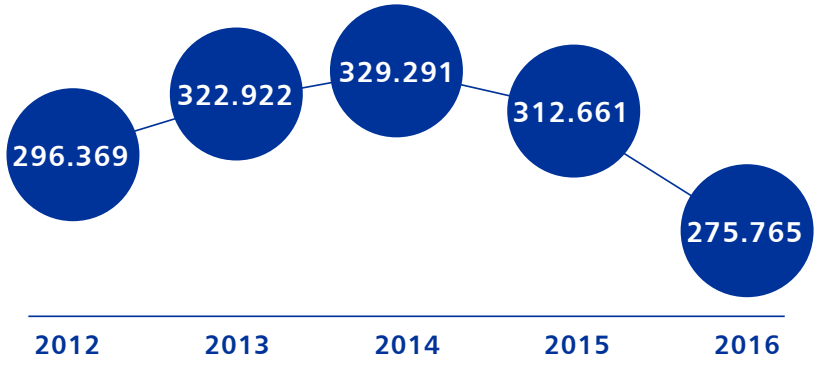
De wanbetalersregeling is bedoeld voor verzekerden die langer dan zes maanden hun zorgverzekeringspremie niet hebben betaald. Deze regeling is niet van toepassing op mensen die een betalingsregeling hebben met de zorgverzekeraar of in een schuldhulptraject zitten. Zorgverzekeraars meldden wanbetalers tot eind 2016 aan bij het Zorginstituut Nederland voor het opleggen en innen van een bestuursrechtelijke premie. Per 2017 melden zorgverzekeraars wanbetalers bij het CAK. Zorgverzekeraars melden verzekerden af als wanbetaler als de premieschuld is afgelost, als de verzekerde een regeling voor schuldhulpverlening heeft getroffen, als er een betalingsregeling is getroffen tussen de verzekeringnemer en de verzekeraar of als de verzekerde is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering.

In juli 2016 is de wanbetalersregeling aangepast zodat mensen hier makkelijker uitstromen. Eén van de voorwaarden voor een bijstandsgerechtigde om uit de wanbetalersregeling te komen is dat deze zich aansluit bij de collectieve zorgverzekering voor minima (een gemeentecollectiviteit). Daardoor krijgt deze persoon

vaak een collectiviteitskorting op de zorgverzekeringspremie en een voordeliger aanvullende verzekering. Ook is het verplicht eigen risico meeverzekerd. Verzekerden worden ook afgemeld als wanbetaler als ze een betalingsregeling met de zorgverzekeraar treffen. Om de afbetaling van de schuld makkelijker te maken en hierdoor mensen te stimuleren zo'n regeling te treffen, heeft de minister de bestuursrechtelijke premie (de zorgpremie plus een boete) aanzienlijk verlaagd: van € 160 naar € 127 per maand.

Het aantal aangemelde wanbetalers was eind 2015 al gedaald, maar zal door de aanpassing van de wanbetalersregeling nog verder gedaald zijn naar bijna 276.000 personen eind 2016.

Aantal wanbetalers aangemeld bij ZiN per 31 december



Bron: Zorginstituut Nederland, Jaaroverzicht

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar

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

Publicatiedatum premies van bestaande polissen
De overstapperiode loopt vanaf het moment dat verzekeraars hun hernieuwde voorwaarden van bestaande polissen en de bijbehorende premies publiceren tot 1 januari. Vervolgens kan tot 31 januari een nieuwe verzekering afgesloten worden. In 2016 moesten zorgverzekeraars uiterlijk 19 november hun premies voor 2017 bekendmaken aan hun verzekerden.

De meeste zorgverzekeraars hebben lang gewacht om hun premies voor 2017 te publiceren. DSW was opnieuw de eerste die zijn premie bekendmaakte: in september, een week na Prinsjesdag. De premie voor 2017 is voor 26 polissen op de uiterste datum bekendgemaakt. Voor 2016 ging het om 13 polissen en voor 2015 om 3 polissen. Twee concerns (VGZ en ONVZ) maakten de premie voor 2017 voor al hun polissen pas op de laatst mogelijke dag bekend. Voor 2016 ging dit om één concern (ONVZ).

Bij de Belastingdienst dient uiterlijk op 13 november de premiegrondslag inclusief collectiviteitskorting bekend te zijn. Zij berekent daarmee de zorgtoeslag voor januari 2018 die op 20 december 2017 wordt uitbetaald. De late bekendmaking van de premie door verzekeraars bemoeilijkte dit proces. Vandaar dat de Zorgverzekeringswet is gewijzigd en de uiterste datum voor bekendmaken van de premie met een week is vervroegd. Zorgverzekeraars moeten de premiewijzigingen voor 2018 uiterlijk op 12 november 2017 bekendmaken. De overstapperiode wordt daardoor een week langer.

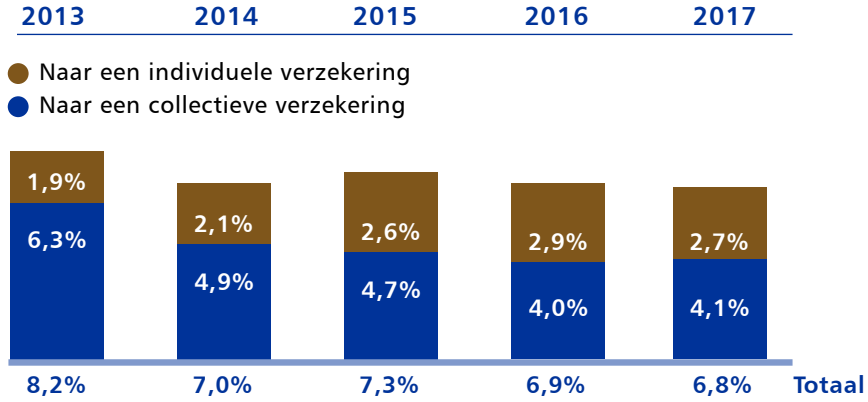
Vanaf het moment dat een polis wordt aangeboden moet de verzekeraar ook verdere informatie over de voorwaarden verstrekken aan de consumenten. Dit zijn onder andere of de verzekeraar selectief contracteert, een lijst van gecontracteerde aanbieders (als de verzekeraar nog in onderhandeling is met aanbieders, dan moet hij dit aangeven). Ook moet duidelijk zijn wat de gevolgen zijn voor de verzekerde als hij voor een niet-gecontracteerde aanbieder kiest.

Aantal overstappers

Consumenten bespaarden voor 2017 door over te stappen gezamenlijk € 61,5 miljoen aan premiegelden voor de basisverzekering (€ 16,8 miljoen in 2016). Toch stapt jaarlijks slechts een klein deel van de verzekerden over. In 2017 stapte 6,8% van de verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar (1,17 miljoen verzekerden). In 2016 stapten ongeveer vijfduizend verzekerden meer over (6,9% van de verzekerden).

Hoe gevoelig zijn burgers voor een premieverandering?
Tijdens de overstapperiode voor 2017 stapten consumenten vaker over dan in 2016. In de overstapperiode voor 2017 daalde de vraag naar een polis met 13%, als de premie van die polis met 10% steeg en de premie van andere polissen gelijk bleef.
In 2016 zagen we daarentegen dat de vraag in dat geval maar met 4% daalde.

Percentage verzekerden die overstappen



Bron: NZa op basis van Vektis Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag (2013) en Vektis Aanlevering Verzekerden Gegevens, AVG (vanaf 2014).

Waarom stappen maar zo weinig verzekerden over naar een andere verzekeraar? Verzekerden kunnen premiegeld besparen door over te stappen. Bovendien dragen overstappers bij aan betere concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Uit onderzoek van de ACM blijkt dat onzekerheden van consumenten de drempels voor het overstappen vergroten. Zo denken bijvoorbeeld veel consumenten ten onrechte dat zij hun hulpmiddelen moeten inleveren of dat zij niet worden geaccepteerd voor de aanvullende verzekering bij de overstap naar een andere zorgverzekeraar. Echter, in de praktijk hebben zorgverzekeraars meestal afspraken gemaakt om het overstappen in dergelijke situaties makkelijker te maken. Zo hebben zorgverzekeraars ook afgesproken verzekerden altijd te accepteren voor een aanvullende verzekering met een gelijke dekking als zij bij de vorige verzekeraar hadden.

We vinden het wenselijk dat burgers door de zorgverzekeraars beter worden geïnformeerd over de afspraken die de zorgverzekeraars hebben gemaakt om een overstap makkelijker te maken. We roepen zorgverzekeraars op om initiatieven te nemen om deze onzekerheid bij (bestaande of mogelijk toekomstige) verzekerden, weg te nemen. Bij een volgende herziening van de regels zal de NZa beoordelen of een aanscherping van de regels noodzakelijk is.

Eigen risico

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder hebben in 2017 een verplicht eigen risico van € 385 voor de basisverzekering. De eerste € 385 van hun zorgkosten moeten ze dus zelf betalen. In ruil voor een premiekorting kunnen ze daarnaast kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De maximale hoogte van het verplicht en vrijwillig eigen risico samen is dus € 885. Gemaakte zorgkosten komen eerst ten laste van het verplicht eigen risico, daarna van het vrijwillig eigen risico en pas daarna van de zorgverzekering. Een aantal zorgvormen is uitgesloten van het eigen risico, zoals huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg.

Sturen op preventie of effectieve zorg

Zorgverzekeraars mogen zelf besluiten dat bepaalde zorgkosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen. Het gaat dan om speciaal door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieders, gezondheidsprogramma's, een geneesmiddel of een hulpmiddel. Deze vorm van sturing wordt maar voor een beperkt aantal vormen van zorg gebruikt.
Bij veertien zorgverzekeraars betalen verzekerden geen verplicht eigen risico voor bepaalde zorg waarvoor ze gebruikmaken van een specifieke zorgaanbieder of die door de verzekeraar is aangewezen. Dertien zorgverzekeraars geven vrijstelling van het verplicht eigen risico wanneer verzekerden voor bepaalde farmaceutische zorg naar een door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieder gaan. Het gaat vaak om de medicatiebeoordeling van chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen. Acht zorgverzekeraars geven een vrijstelling wanneer een aangewezen geneesmiddel wordt gebruikt.

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

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

Solidariteit vergroten: verzekerden én gebruikers van zorg dragen bij
Voor 2017 worden de opbrengsten van het verplicht eigen risico geschat op € 3,2 miljard. Wanneer er geen eigen risico zou bestaan, zou de jaarpremie stijgen. Eigen bijdragen helpen om het draagvlak voor een solidair verzekeringsstelsel in stand te houden: niet alleen van de premiebetaler, maar ook van de zorggebruiker wordt een bijdrage gevraagd.

Veertien zorgverzekeraars sturen via verplicht eigen risico

	2014	2015	2016	2016
Totaal aantal zorgverzekeraars	26	25	25	24
Een vorm van sturing door:				
Aantal concerns	5	9	6	7
Aantal zorgverzekeraars	16	12	13	14
Aangewezen zorgaanbieder:				
Farmaceutische zorg	7	11	12	13
Medisch-specialistische zorg	1	0	0	1
Aangewezen zorg:				
Een programma voor een aandoening	6	1	1	1
Geneesmiddel	8	8	8	8

Bron: NZa, polisvoorwaarden zorgverzekeraars

Vrijwillig eigen risico
Hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe meer premiekorting de verzekerde krijgt. De gemiddeld aangeboden premiekorting voor een vrijwillig eigen risico is in 2017 licht gestegen ten opzichte van 2016. Bij de meeste polissen is de premiekorting in 2017 gelijk aan 2016.

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

Vrijwillig eigen risico	2013	2014	2015	2016	2017
€ 100	45	46	45	44	46
€ 200	88	90	89	86	87
€ 300	131	133	132	126	129
€ 400	175	178	176	169	173
€ 500	230	236	236	228	232

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

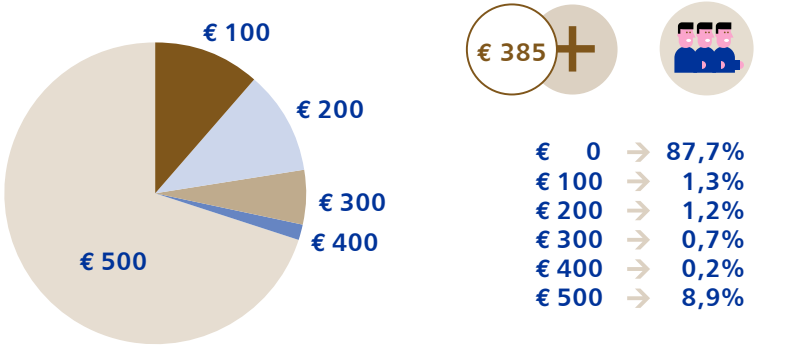
Hoe verschillend zijn premiekortingen voor vrijwillig eigen risico?

De hoogste kortingen die worden gegeven bij een vrijwillig eigen risico van € 200 tot € 400 zijn in 2017 flink gedaald ten opzichte van 2016. Dit komt doordat bij één zorgverzekeraar deze kortingen in 2017 zijn verlaagd. Deze zorgverzekeraar heeft de korting verlaagd met een bedrag van € 21 tot € 33 (bij € 300 vrijwillig eigen risico). Er is een groot verschil tussen de laagste en de hoogste aangeboden korting voor het vrijwillig eigen risico. In 2017 kan de verzekerde bij een eigen risico van € 500 bij één polis € 150 korting per jaar en op vijf andere polissen € 300 korting per jaar krijgen.

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Meer verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Het maximaal vrijwillig eigen risico van € 500 wordt het meest gekozen. In 2017 kiest 8,9% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico van € 500. In 2013 was dit 6,2%.

Verdeling verzekerden 18+ met een vrijwillig eigen risico in 2017



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

(Her)verzekering eigen risico

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

Het aandeel verzekerden met een herverzekering van het verplicht eigen risico is 1,8% in zowel 2016 als 2017. Per februari 2017 zijn er 249.547 verzekerden die een (her)verzekering hebben voor het verplicht eigen risico. Die groep bestaat voor 77% uit minima en voor 21% uit buitenlandse seizoenarbeiders, de rest wordt gevormd door expats en zeevarenden.

Conclusies

Het aantal mensen zonder basisverzekering veranderde nauwelijks tussen 2015 en 2016. Eind 2016 waren er ongeveer 23.000 onverzekerden. Het aantal wanbetalers is eind 2016 sterk gedaald naar bijna 276.000 personen. De aanpassing in de wanbetalersregeling zal hier een sterke bijdrage aan hebben geleverd.

Voor 2017 zijn de premies van 26 polissen op de laatste mogelijke dag bekendgemaakt. Voor 2016 waren er 13 polissen waarvan de premie pas op de uiterste datum bekend werd gemaakt. Met ingang van dit jaar zullen de premies eerder bekend zijn: de uiterste publicatiedatum voor de premies is met een week vervroegd van 19 naar 12 november. Dit geeft ook verzekerden een week langer de tijd om een basispolis te kiezen.

In totaal bespaarden verzekerden € 61,5 miljoen aan premiegelden in 2017 door over te stappen. Dat is gemiddeld € 67 per overstapper. Overstappers bespaarden daarmee meer aan premiegelden dan in 2016, terwijl het aandeel overstappers naar een andere verzekeraar juist daalde van 6,9% in 2016 naar 6,8% in 2017.

Verzekerden zijn onzeker over de gevolgen van het wisselen van zorgverzekeraar. Onzekerheden zijn een drempel bij het overstappen. Daarom vinden we het wenselijk dat burgers door de zorgverzekeraars beter worden geïnformeerd over de afspraken die de verzekeraars hebben gemaakt om een overstap makkelijker te maken. Een voorbeeld hiervan is de mogelijkheid om hulpmiddelen mee te nemen naar de nieuwe verzekeraar. De NZa zal de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten in 2018 aanscherpen op dit punt.

Bij veertien zorgverzekeraars betalen verzekerden geen verplicht eigen risico voor bepaalde zorg waarvoor ze gebruikmaken van een specifieke zorgaanbieder of die door de verzekeraar is aangewezen. Dit zijn er meer dan vorig jaar. De zorgverzekeraar stuurt verzekerden naar aanbieders waarvan hij vindt dat deze doelmatiger en efficiëntere zorg leveren. Dit is een goede ontwikkeling. De inzet van het instrument blijft wel beperkt tot enkele vormen van zorg zoals farmaceutische zorg of deelname aan een zorgprogramma. We zien ruimte voor zorgverzekeraars om in de toekomst voor meer zorgvormen gebruik te maken van dit instrument.

Het aandeel verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico is in 2017 licht gestegen. In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangen verzekerden een korting op de premie. De aangeboden gemiddelde premiekorting is in 2017 vrijwel gelijk aan 2016. De premiekorting varieert sterk tussen verschillende polissen. Met ingang van 2017 is er voor het vrijwillig eigen risico geen sprake meer van herverzekering. De zorgverzekeraars zijn hiermee per 2017 gestopt na een oproep daartoe van de minister van VWS. We vinden dit een goede zaak, omdat herverzekering van het vrijwillig eigen risico selectie in de hand werkt.

Dit jaar heeft 1,8% van de verzekerden een herverzekering voor het verplicht eigen risico. Het gaat dan met name om minima en seizoenarbeiders.

5. Risicosolidariteit en risicoselectie

Risicosolidariteit is één van de belangrijke pijlers van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. In 2015 en 2016 heeft de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt onderzocht. Nu hebben we een update uitgevoerd van de kwantitatieve analyses waarbij actuelere gegevens uit de risicoverevening gebruikt zijn. Er is gekeken naar de jaren 2011 tot en met 2014.

In de vorige analyses keken we naar de jaren 2010 tot en met 2013. De resultaten van de update zijn vergeleken met de resultaten van het kwalitatieve onderzoek risicoselectie en risicosolidariteit dat in 2016 is uitgevoerd. Daarnaast hebben we specifiek gekeken naar eventuele selectie van verzekerden die langdurig en intensief gebruik maken van curatieve ggz en naar de vraag of Solvency II invloed heeft op risicoselectie.

Update kwantitatieve analyse

De uitkomsten van de update ondersteunen de belangrijkste bevindingen van het kwalitatieve onderzoek van 2016, namelijk dat er op concernniveau sprake is van een solidaire markt, terwijl er op polisniveau sprake is van segmentatie. Dit houdt in dat de zorgverzekeringsmarkt is opgedeeld in een segment voor de jonge en gezonde verzekerden die bereid zijn over te stappen en een segment voor de overige verzekerden. Segmentatie is een aanwijzing voor mogelijke risicoselectie. In het kwalitatieve onderzoek van 2016 zijn geen aanwijzingen gevonden dat verzekeraars doelbewuste acties voor risicoselectie ondernemen. Zorgverzekeraars richten zich vooral op de relatief jonge en gezonde verzekerden die bereid zijn over te stappen. Er is daarbij sprake van een samenspel van gedragingen van zowel de zorgverzekeraars als consumenten.
De meeste concerns streven naar een verzekerdenpopulatie die wat betreft gezondheid een afspiegeling is van de Nederlandse samenleving. We zien hierdoor op concernniveau, in tegenstelling tot de individuele polissen, geen grote afwijkingen in de vereveningsresultaten. Er is voor de minder winstgevende polissen sprake van kruissubsidiering met de meer winstgevende polissen binnen het concern. Dit houdt in dat de minder goede vereveningsresultaten niet één op één worden afgewenteld op verzekerden.

Op polisniveau is duidelijker dan vorig jaar sprake van twee segmenten. We zien dit terug in het toegenomen aantal sterke aanwijzingen (van acht naar dertien). We zien dat vijf sterke aanwijzingen betrekking hebben op polissen die al een langere tijd worden aangeboden, met een slechter vereveningsresultaat dan het landelijk gemiddelde. Dit waren er vorig jaar twee. Hun verzekerdenpopulatie wordt langzaam steeds selectiever door de uitstroom van gezonde verzekerden, die overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Waardoor een gemiddeld relatief ongezondere populatie overblijft. Aan de andere kant zien we bij acht sterke aanwijzingen dat die polissen zich richten op jonge en gezonde verzekerden die bereid zijn over te stappen. Dit waren er vorig jaar vier. Deze polissen slagen er in om een selectieve populatie aan te trekken. Hiermee behalen ze een bovengemiddeld vereveningsresultaat. Het gunstige resultaat vertaalt zich ook in lagere premies.

Vorig jaar hebben we vanwege de segmentatie, geadviseerd de risicoverevening aan te passen. Uit de wijzigingen van de risicoverevening (Brief minister van VWS aan Tweede Kamer van

8 september 2017), blijkt dat er in lijn met ons advies afslagen worden doorgevoerd voor gezonde verzekerden en verzekerden met een hoog opleidingsniveau. Wij verwachten dat dit de segmentatie die we nu zien zal verminderen. We vinden dit goede aanpassingen in de risicoverevening.

We zullen de ontwikkelingen rond risicoselectie en risicosolidariteit goed blijven monitoren en waar nodig knelpunten oppakken. Aangezien de cijfers over 2018 pas in 2021 bekend zijn, kunnen we de gevolgen van het ingezette beleid pas dan in beeld brengen.

Langdurige intensieve ggz

We hebben onderzocht of we in de data aanwijzingen zien voor risicoselectie ten aanzien van langdurige intensieve ggz-patiënten (korter dan drie jaar). Op dit moment hebben we geen reden om aan te nemen dat er sprake is van ongewenste risicoselectie.

Voor de analyse is gekeken naar patiënten die zorg krijgen uit de basisverzekering en vallen onder een chronische farmaceutische en diagnose kostengroep in de risicoverevening. Daarnaast is gekeken naar patiënten die meerdere jaren ggz-zorg gebruiken.

We zien dat patiënten die chronisch medicatie gebruiken (denk hierbij aan chronische stemmingswisselingen, psychose, bipolaire stoornis, verslaving en ADHD) ondervertegenwoordigd zijn bij een aantal polissen. Deze polissen richten zich in het algemeen op jonge en gezonde verzekerden die bereid zijn over te stappen. Tegelijkertijd zien we bij dezelfde polissen niet dat andere groepen ggz-patiënten met een langdurig intensief zorggebruik ook ondervertegenwoordigd zijn. Daarom zien we geen reden om aan te nemen dat de ondervertegenwoordiging van ggz-patiënten met chronische medicatie het gevolg is van doelbewuste acties van zorgverzekeraars. De ondervertegenwoordiging zou kunnen komen, doordat deze groep ggz-patiënten minder snel geneigd is om over te stappen.

Daarnaast zien we bij drie polissen die al langere tijd worden aangeboden juist een oververtegenwoordiging van verzekerden die meerdere jaren ggz-zorg gebruiken. Twee van die polissen hebben te maken met grootstedelijke problematiek. Bij één polis is er sprake van een verliesgevende populatie, verliesgevende instroom en een winstgevende uitstroom. Er is bij die polis sprake van een sterk signaal voor segmentatie in het algemeen, niet specifiek voor verzekerden met een langdurig intensief ggz-zorggebruik.
Ter nuancering merken we op dat het kwantitatieve onderzoek betrekking heeft op het jaar 2014. Op dat moment was het vereveningsmodel voor de ggz nog sterk in ontwikkeling. Inmiddels is het model verbeterd. Daarnaast is het jaar 2014 nog niet vastgesteld, en zijn de cijfers 2014 nog onzeker.

Solvency II

In de Solvency I richtlijnen die golden tot en met 2015 en de daarop volgende Solvency II richtlijnen die vanaf 2016 gelden, is vastgelegd aan welke kapitaaleisen een verzekeringsmaatschappij moet voldoen. Deze zijn bedoeld om de soliditeit van de financiële onderneming te borgen.
We constateren dat vanuit de Solvency richtlijnen een prikkel tot risicoselectie kan uitgaan. Immers de zorgverzekeraar wordt verplicht om een bepaald kapitaal aan te houden.

Zorgverzekeraars mogen nooit minder kapitaal aanhouden dan de kapitaaleis. In de praktijk hanteren de Nederlandse zorgverzekeraars een buffer boven de vastgestelde norm. Dit doen ze om eventuele schommelingen op te kunnen vangen als gevolg van bijvoorbeeld onverwachte kosten of sterke wisselingen in het aantal verzekerden.

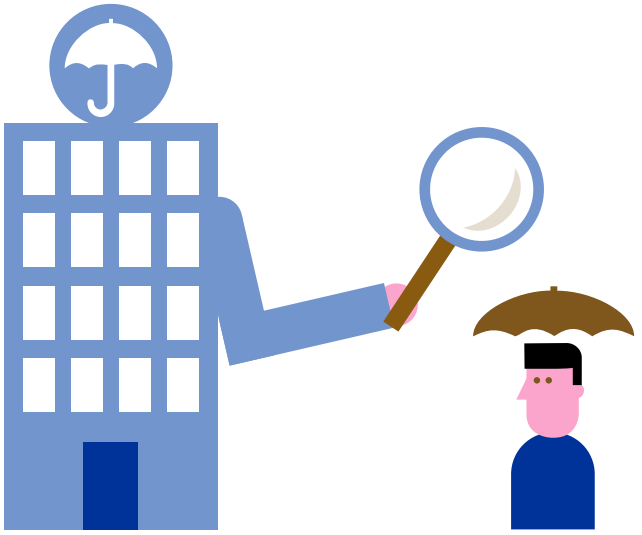
Zorgverzekeraars met een hogere schadelast per verzekerde lopen meer financieel risico omdat de afwijkingen in absolute zin hoger worden. Daarom hangt de kapitaaleis samen met de omvang van de schadelast van de verzekeraar. Hierdoor moet een verzekeraar meer kapitaal aanhouden in het geval van een ongezondere populatie. Dit geldt zowel onder Solvency I als onder Solvency II. Dit kan een prikkel zijn voor zorgverzekeraars om meer gezonde verzekerden aan te trekken.

Daarnaast is de methode van berekenen anders geworden onder Solvency II: de grondslag voor de kapitaaleis wordt berekend over de verwachte premieomzet van het komende jaar (eerder was dit het gemiddelde van drie jaar omzet). Hiermee is Solvency II in tegenstelling tot Solvency I forward looking. Hiermee kunnen onvoorziene afwijkingen/uitschieters (door de ongezondere populatie) beter worden opgevangen en kan herstel sneller plaatsvinden. Aan de andere kant worden de ongezondere verzekerden minder aantrekkelijk. Dit wordt veroorzaakt door de kortere periode waarover de kapitaaleis wordt berekend.

De selectieprikkel wordt naar verwachting sterker als de verzekeraar met zijn aanwezige kapitaal dichtbij de kapitaaleis zit. De zorgverzekeraar zal in dat geval willen voorkomen dat zijn kapitaal onder de kapitaaleis zakt. Dit is de grens waaronder een herstelplan bij DNB moet worden ingediend.

Zolang er sprake is van een gezonde marge (solvabiliteitsratio) is de kans kleiner dat een zorgverzekeraar over gaat tot risicoselectie. De meeste zorgverzekeraars hanteren een buffer van rond de 125% tot 130% van de kapitaaleis. We zien in de praktijk dat nagenoeg alle zorgverzekeringsconcerns voldoen aan de kapitaaleis. Wel zitten een aantal zorgverzekeraars dicht bij de zelf bepaalde buffer.

Het totale geconsolideerde kapitaal op de zorgverzekeringsmarkt bedroeg eind 2016 € 10.956 miljoen bij een geconsolideerde kapitaaleis van € 6.988 miljoen (Bron: DNB, cijfers zijn inclusief aanvullende verzekering). Eind 2016 bedraagt de gemiddelde solvabiliteit op verzekeraarsniveau 155% van de minimumnorm. Eind 2014 was dit 151% en eind 2015 160% (Bron: jaarcijfers zorgverzekeraars 2016).



Conclusies

De update van de kwantitatieve analyse naar risicosolidariteit over de periode 2011-2014 ondersteunt de resultaten die we eerder vonden in 2016. Doordat het risicovereveningsmodel met ingang van 2018 verder wordt aangepast voor langdurig gezonde en hoogopgeleide verzekerden, verwachten we in de toekomst minder segmentatie te zien naar jonge en gezonde verzekerden.

Op dit moment hebben we geen reden om aan te nemen dat er sprake is van ongewenste risicoselectie door zorgverzekeraars van mensen die intensieve en langdurige ggz gebruiken.

De prikkel tot risicoselectie bestond al onder Solvency I doordat de kapitaaleis afhankelijk is van de schadelast. Door de invoering van Solvency II is deze prikkel mogelijk versterkt, doordat in plaats van de gemiddelde schadelast van de afgelopen drie jaar nu de geschatte premie-inkomsten van het komende jaar als grondslag worden genomen voor de bepaling van de kapitaaleis. De prikkel tot selectie wordt mogelijk sterker als het aanwezige kapitaal afneemt. Informatie over de kosten per verzekerde en de hoogte van de solvabiliteitsratio zijn bruikbaar als een snelle indicator voor risicoselectie. We zien in de praktijk dat nagenoeg alle zorgverzekeringsconcerns voldoen aan de kapitaaleis.

We zullen monitoren of zorgverzekeraars zich blijven houden aan het verbod op premiedifferentiatie en risicosolidariteit in acht nemen. We gaan hierbij de solvabiliteitspositie van zorgverzekeraars als informatiebron betrekken.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

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

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

Vormgeving
Taluut