

Marktscan

Zorgverzekeringsmarkt 2014

Weergave van de markt 2010-2014

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Totstandkoming marktscans	11
1.3 Leeswijzer	12
2. Marktstructuur	13
2.1 Zorgverzekeraars	14
2.2 Marktaandelen en concentratiegraad	15
2.2.1 Marktaandelen	15
2.2.2 Concentratiegraad	17
2.3 Verticale relaties zorgverzekeraars - zorgaanbieders	19
2.4 Risicoverevening	23
2.5 Financiële positie	25
2.5.1 Resultaten risicoverevening	26
2.5.2 Exploitatieresultaat	28
2.5.3 Bedrijfskosten	30
2.5.4 Schadelast	33
2.5.5 Solvabiliteit	33
3. Marktgedrag	36
3.1 Publicatiedatum premies	36
3.2 Aanbod en vraag naar basisverzekeringen	37
3.3 Individuele versus collectieve verzekeringen	40
3.4 Aanvullende verzekeringen	45
3.4.1 Acceptatievoorwaarden aanvullende verzekering	46
3.5 Marktsegmentatie	47
3.6 Vergoedingsbeperkingen niet gecontracteerde zorg	48
3.6.1 Polissen met selectieve contractering (budgetpolissen)	50
3.7 Zorgplicht	51
3.8 Toegangseisen aanspraken	52
3.9 Overstappedrag	53
3.9.1 Kwantitatieve gegevens overstappers	54
3.9.2 Kenmerken van overstappers en niet overstappers	56
3.9.3 Belemmeringen bij overstappen	57
3.10 Herverzekering verplicht en vrijwillig eigen risico	58
3.11 Risicoselectie	60
3.11.1 Bevindingen marktscan 2013	60
3.11.2 Bevindingen onderzoek acceptatieplicht	61
3.11.3 Sturing door beperkingen in de polis	61
3.11.4 Kortingen op de premie	63
4. Kwaliteit	66
4.1 Transparantietoezicht 2013 en 2014	66
4.2 Signalen	68
4.3 Inzicht in het zorgaanbod en kosten	69
4.4 Klanttevredenheid	70
5. Betaalbaarheid	72
5.1 Omzet	72
5.2 Prijs	72
5.3 Vrijwillig eigen risico	76
5.4 Zorgtoeslag en compensatie eigen risico	77

6. Toegankelijkheid	80
6.1 Onverzekerden	80
6.2 Wanbetalers nominale premie	81
7. Bijlage 1. Bronnen en methoden	84
8. Bijlage 2. Risicoverevening nader bekeken	86

Vooraf

Voor u ligt de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014. Deze scan geeft de stand van zaken weer op de zorgverzekeringsmarkt. Door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op een gestructureerde manier invulling geven aan haar taken als regelgever, toezichthouder en adviseur.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyse is zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag.

Deze marktscan bevat niet de interpretaties van de uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt. Daarvoor is de beleidsbrief Marktscan Zorgverzekeringsmarkt opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

De NZa bedankt allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In deze marktscan wordt een beeld van de zorgverzekeringsmarkt geschetst. De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer over de jaren 2010 - 2014. Beleidsmatige conclusies en acties van de NZa zijn in een begeleidende brief beschreven.

Naast de jaarlijks gepubliceerde indicatoren zoomt deze marktscan in op de volgende onderwerpen:

- Vraag en aanbod van zgn. budgetpolissen met selectieve contractering, dat wil zeggen polissen waarbij de zorgverzekeraar een selectie heeft gemaakt in de contractering van aanbod;
- Risico-selectie/acceptatieplicht;
- Afkoop/herverzekering eigen risico;
- Kortingen op de te betalen premie;
- Ten aanzien van kwaliteit: klanttevredenheid.

Hieronder worden de bevindingen van de marktscan samengevat.

Overstappers

Het percentage overstappers is gedaald van 8,3% in 2013 naar 6,9% in 2014. De overstapwinst bedraagt € 54,2 miljoen. De bandbreedte tussen de goedkoopste en duurste basisverzekering steeg van € 249 in 2013 naar € 344 in 2014.

Exploitatie en premie

Het gemiddelde exploitatieresultaat op de basis- en aanvullende zorgverzekering per verkochte basisverzekering is toegenomen van € 78 in 2012 naar € 96 in 2013. In 2013 is het gemiddelde exploitatieresultaat 3,4% van de gemiddelde schadelast. In 2013 is de inschatting van de schadelast voor met name farmaceutische zorg hoger gebleken dan de uiteindelijke realisatie. Dit was ook in 2012 het geval. Vanwege de meevallende schadelast, goede beleggingsresultaten en geen stijging van de beheerskosten hebben zorgverzekeraars de premie voor 2014 kunnen verlagen. In 2014 is de opslagpremie (het afgeleide deel van de nominale premie, na aftrek van de geschatte schadelast dat zorgverzekeraars gebruiken om hun bedrijfskosten en exploitatiesaldi te dekken) zelfs voor het eerst negatief. De gemiddeld betaalde nominale premie is mede hierdoor gedaald van € 1.213 in 2013 naar € 1.098 in 2014.

Zoals in tabel 1 te zien is, zijn de nominale betalingen (dat is wat verzekerden gemiddeld uitgeven voor de zorgverzekering en het eigen risico) met € 80 gedaald in 2014. Deze daling komt door onder andere de daling van de opslagpremie als gevolg van lagere uitvoeringskosten, een meevallende schadelast en het resultaat op de risicoverevening. Daarnaast kunnen ook concurrentiële afwegingen een rol hebben gespeeld.

Tabel 1. Verandering in nominale betalingen (in euro)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Verandering in opslagpremie	33	0	-1	65	-117	-82
Verandering in eigen risico	3	5	4	20	62	35
Verandering in rekenpremie (o.a. door pakketwijzigingen en zorguitgavenstijging)	-23	36	105	-38	104	-33
Totale verandering in nominale betalingen	13	41	108	47	49	-80

Bron: NZa op basis begroting VWS, NZa database Modelovereenkomsten en Vektis uitvraag Mobiliteit en Keuzegedrag

Vrijwillig eigen risico, collectiviteiten en aanvullende verzekeringen

Het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is gestegen tot 10,7%. Van alle verzekerden kiest 7,1% voor de hoogste categorie van vrijwillig eigen risico. Het aantal verkochte aanvullende zorgverzekeringen daalde van 14,3 miljoen in 2013 tot 14,2 miljoen in 2014. Dit betekent dat iets meer dan 84% van alle verzekerden een aanvullende zorgverzekering heeft.

Het aantal verzekerden dat zich collectief verzekert, steeg sinds het invoeren van de Zorgverzekeringswet tot 2013 met circa 2 procentpunt per jaar. In 2014 is dit percentage met 1 procentpunt gegroeid en is 70% van alle verzekerden collectief verzekerd. De trend in de groei van gelegenhedscollectiviteiten (zoals internetcollectief, koepelorganisaties, verenigingen of bonden en sociale diensten van gemeenten) en de krimp van werkgeverscollectiviteiten buigt om in 2014. Voor het eerst sinds de invoering van de Zvw is het aandeel van gelegenhedscollectiviteiten (de categorie anders) gedaald ten gunste van de werkgeverscollectiviteiten. Het absoluut aantal verzekerden met een gelegenhedscollectiviteit is in 2014 wel toegenomen tot 5,3 miljoen verzekerden. De korting voor collectieve verzekeringen ten opzichte van individuele verzekeringen is 2014 fors gedaald ten opzichte van de voorgaande jaren. In 2014 bedraagt deze gemiddeld 5,0%.

Het aantal wanbetalers is in 2013 gestegen tot 323.000. Dit is een stijging van 9% ten opzichte van 2012.

Aanbod polissen

In 2014 blijft het aantal naturapolissen stijgen net zoals in eerdere jaren. 31 van de 70 polissen zijn naturapolissen. 53% van de verzekerden heeft een naturapolis in 2014. 22% van de verzekerden heeft een combinatiepolis en 25% een restitutiepolis. Het aanbod budgetpolissen stijgt. In 2014 worden er 12 aangeboden. Ongeveer 4,5% van de verzekerden heeft een budgetpolis. De premie ligt gemiddeld ongeveer 80 euro lager dan van normale naturapolissen. De budgetpolissen kenmerken zich door een beperkt aanbod van gecontracteerde aanbieders. Daarnaast kunnen de vergoedingen voor niet gecontracteerde zorg lager liggen dan bij andere polissen.

In 2014 zijn de vergoedingen voor niet gecontracteerde zorg redelijk gelijk gebleven ten opzichte van het voorgaande jaar. Bij medisch specialistische zorg is er een verschuiving zichtbaar van vergoedinglijsten naar 80%. Bij de GGZ is er een duidelijke verschuiving naar 50% vergoeding waarneembaar. De vaakst voorkomende vergoedingsbeperking bedraagt voor medisch specialistische zorg 75-80% van het marktconform tarief. Voor niet-

gecontracteerde GGZ zorg en mondzorg (in de basisverzekering) zijn vergoedingsbeperkingen van 50-60% niet zeldzaam.

Risicoselectie en acceptatieplicht

In 2014 is de risicoverevening voor de parameter Aard van inkomen uitgebreid met de klasse student. Hiermee wordt de prikkel om op het risicoprofiel van studenten te sturen beperkt.

Uit de beschikbare informatie blijkt dat het inzetten van gelegenhedscollectiviteiten om een acceptatiebeleid te kunnen toepassen voor doelgroepen op dit moment niet voorkomt. Het vrijwillig eigen risico wordt door één zorgverzekeraar op een zodanige wijze ingezet dat dit zou kunnen leiden tot zelfselectie door verzekerden. Hierbij wordt een relatief hoge nominale premie gecombineerd met een hoge korting bij het maximale vrijwillig eigen risico. Hierdoor is de polis niet interessant voor mensen die verwachten zorgkosten te maken. In de praktijk maken diverse zorgverzekeraars gebruik van een korting op de te betalen premie, een beperkt gecontracteerd aanbod, vergoedingsbeperkingen voor niet gecontracteerde zorg of eisen voor toegang tot zorg. We hebben niet feitelijk vastgesteld dat hiermee ook op risico's wordt geselecteerd.

In het onderzoek acceptatieplicht signaleren wij een aantal mogelijke risico's ten aanzien van de acceptatieplicht. Zo richten sommige zorgverzekeraars zich op specifieke doelgroepen en werpen zij soms (praktische) drempels op voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Dit gebeurt onder andere via informatieverstrekking en de 'vindbaarheid' van polissen. De wijze waarop dit gebeurt is naar huidig inzicht juridisch toegestaan, maar drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegankelijkheid en keuzevrijheid van consumenten. Naar aanleiding van deze bevindingen heeft de NZa in het rapport acceptatieplicht een aantal actiepunten benoemd. Inmiddels is de NZa gestart met de opvolging hiervan.

Herverzekering eigen risico

Het eigen risico kan worden herverzekerd. Dit is voor zorgverzekeraars interessant wanneer zij op die manier een voorspelbaar debiteurenrisico kunnen beperken.

Dit speelt met name bij minima en seizoenarbeiders. Bij deze groepen is er een groot risico op wanbetaling wanneer zorgkosten ten laste van het eigen risico wordt gebracht. Zorgverzekeraars bieden werkgeverscollectiviteiten voor seizoenarbeiders een herverzekering van het eigen risico. Via de gemeenten kunnen uitkeringsgerechtigden en minima gebruik maken van een collectiviteit van de gemeentelijke uitkeringsinstantie om zich tegen het eigen risico te verzekeren. Via de CAO voor zeevarenden is geregeld dat onder voorwaarden de herverzekering van het eigen risico voor risico van de werkgever komt.

Tot en met 2013 werd herverzekering van het eigen risico ook aangeboden aan studenten. De reden om dat te doen lag niet in het feit dat er sprake is van een hoog debiteurenrisico, maar om een zo laag mogelijke premie te kunnen rekenen. Dit herverzekeren voor studenten is ongewenst, omdat hiermee via een omweg het verbod op premiedifferentiatie wordt omzeild en de solidariteit van het stelsel wordt aangetast. Om deze reden bieden zorgverzekeraars de herverzekering van het eigen risico voor studenten per 2014 niet langer aan.

Kwaliteit

De NZa krijgt ieder jaar meer signalen over zorgverzekeraars. In 2013 zijn dit er 311. Ten opzichte van 2012 is er sprake van een stijging van

meer dan 50% van het aantal ontvangen signalen. Deels wordt deze toename veroorzaakt doordat verzekerden de NZa steeds beter weten te vinden. Ongeveer een derde van deze signalen gaat over de informatieverstrekking door verzekeraars. Het betreft onder meer signalen over verkeerde informatieverstrekking over vergoedingen en op welke zorg verzekerden aanspraak hebben. De NZa heeft ook signalen gekregen over partijdige of onvolledige informatieverstrekking door sommige vergelijkingsites.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: een marktscan geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt worden al vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gevolgd. Van 2006 tot en met 2009 publiceerde de NZa deze ontwikkelingen in een monitor. Vanaf 2010 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet.¹

1.2 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag en de marktuitskomsten: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

Focus

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn. De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2010 tot en met 2014. Daar waar het niet mogelijk is gebleken deze periode in beeld te brengen, is een voorafgaand jaar toegevoegd om een ontwikkeling in beeld te brengen of is een jaar weggelaten.

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten, in de begeleidende beleidsbrief bij de marktscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

¹ In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk twee en drie wordt ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van de relevante spelers. Vervolgens wordt in de daarop volgende hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid op de zorgverzekeringsmarkt.

2. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. De eerste paragraaf beschrijft de aanbieders van zorgverzekeringspolissen. De marktaandelen van de zorgverzekeringsconcerns en de concentratiegraad op de zorgverzekeringsmarkt worden weergegeven in paragraaf 2.2. Paragraaf 2.3 gaat in op de verticale relaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Paragraaf 2.4 geeft een beschrijving van de risicoverevening. Ten slotte geeft paragraaf 2.5 de financiële positie van zorgverzekeraars weer.

2.1 Zorgverzekeraars

In 2014 zijn er op de zorgverzekeringsmarkt 26 zorgverzekeraars actief. Deze zijn verdeeld over negen zorgverzekeringsconcerns. Zorgverzekeraars worden ook wel risicodragers genoemd.

Tabel 2.1. Aanbod concerns en zorgverzekeraars

Concern	Zorgverzekeraar	
Achmea	AGIS ZORGVERZEKERINGEN N.V. AVERO ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V. DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR N.V. FBTO ZORGVERZEKERINGEN N.V. INTERPOLIS ZORGVERZEKERINGEN N.V. OZF ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V. ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
Achmea		7
ASR	ASR BASIS ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V.	
ASR		1
CZ	DELTA LLOYD ZORGVERZEKERING N.V. OHRA ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V. OHRA ZORGVERZEKERINGEN N.V. OWM CZ GROEP ZORGVERZEKERAAR U.A.	
CZ		4
DSW-SH	OWM DSW ZORGVERZEKERAAR U.A. STAD HOLLAND ZORGVERZEKERAAR O.W.M. U.A.	
DSW-SH		2
Eno	ENO ZORGVERZEKERAAR N.V.	
Eno		1
Menzis	ANDERZORG N.V. AZIVO ZORGVERZEKERAAR N.V. MENZIS ZORGVERZEKERAAR N.V.	
Menzis		3
ONVZ	ONVZ ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR N.V.	
ONVZ		1
VGZ	IZA ZORGVERZEKERAAR N.V. IZZ ZORGVERZEKERAAR N.V. N.V. UNIVÉ ZORG N.V. ZORGVERZEKERAAR UMC VGZ ZORGVERZEKERAAR N.V. N.V. VGZ CARES	
VGZ		6
Zorg en Zekerheid	OWM ZORGVERZEKERAAR ZORG EN ZEKERHEID UA	
Zorg en Zekerheid		1
Totaal 9		Totaal 26

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Vanaf begin 2012 zijn er geen wijzigingen geweest in de concernindelingen en zorgverzekeraars. Wel is er enkele jaren sprake van mogelijke toetreding. Op dit moment is er een organisatie die mogelijk als zorgverzekeraar wil toetreden per 2015. Dit betreft ANNO12. ANNO12 is in tegenstelling tot eerdere verwachting in 2014 niet tot de markt toegetreden omdat er volgens ANNO12 sprake was van een te scherpe concurrentie op de premie en procedures om toegelaten te worden tot de markt meer tijd in beslag namen dan verwacht.

Tabel 2.2. Ontwikkeling aantal zorgverzekeraars 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Concerns	11	10	9	9	9
Zorgverzekeraars	28	27	26	26	26

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Tabel 2.3. Overzicht fusies en portefeuilleoverdracht zorgverzekeraars 2006 – 2014

	Ontwikkeling
2007	OZ gaat op in CZ (binnen OZ/CZ-groep) Fusie Univé met VGZ-IZA-Trias (UVIT)
2008	Fusie Delta Lloyd Ohra met CZ Fusie Azivo met Menzis Fusie Agis met Achmea
2009	Univé Zorgverzekeraar N.V. gaat op in N.V. Univé Zorg Confior gaat op in Menzis (binnen Menzis concern)
2010	Portefeuille PNO overgedragen aan ONVZ Groene Land-PWZ gaat op in Zilveren Kruis (binnen Achmea)
2011	Portefeuille AZVZ overgedragen aan Zorg en Zekerheid
2012	Fusie De Friesland – Achmea (op 31 december 2011) Trias gaat op in VGZ (binnen de Cooperatie VGZ)
2013	Geen wijzigingen
2014	Geen wijzigingen

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

2.2 Marktaandelen en concentratiegraad

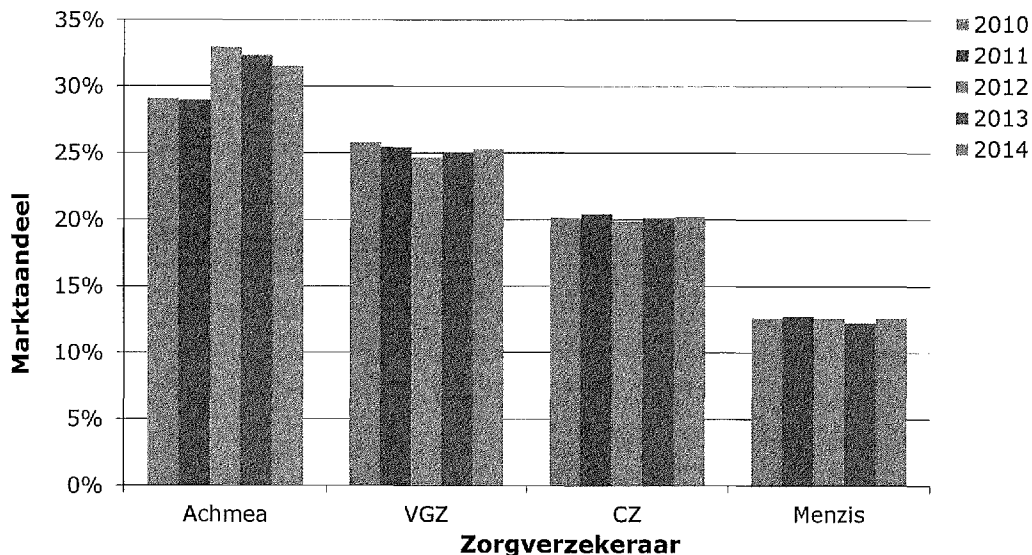
Deze paragraaf behandelt de ontwikkeling in de marktaandelen van de concerns op de Nederlandse markt, in de periode 2009 – 2013, gemeten naar het aantal verzekerden dat bij deze zorgverzekeraar is verzekerd. Achtereenvolgens komt aan bod:

- De landelijke marktaandelen van de grootste vier concerns;
- De landelijke marktaandelen van de overige concerns;
- De concentratiegraad, gemeten met de Herfindahl-Hirschman Index, landelijk en per provincie.

2.2.1 Marktaandelen

De onderstaande figuur geeft de marktaandelen van de vier grootste zorgverzekeringconcerns op de Nederlandse markt weer.

Figuur 2.1. Marktaandelen grootste vier zorgverzekeringsconcerns

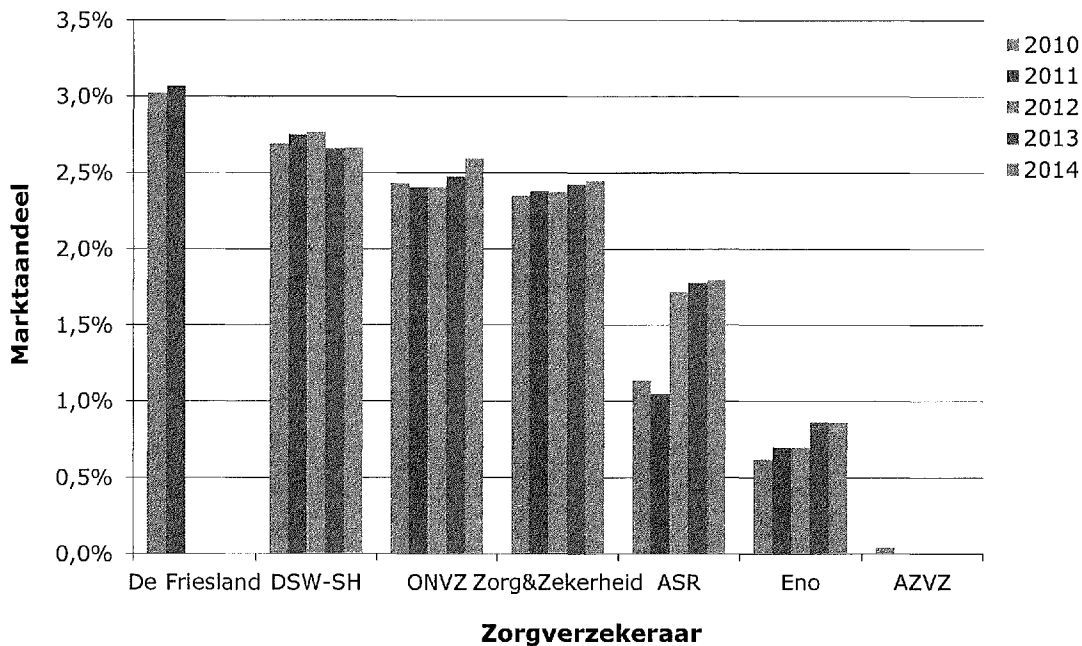


Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

De marktaandelen zijn door de jaren vrij stabiel; de toename in 2012 bij Achmea is vooral een gevolg van de fusie met De Friesland. De vier grootste zorgverzekeringsconcerns hebben samen in 2014 een marktaandeel van 89,6%.

De onderstaande figuur geeft de marktaandelen van de overige concerns weer.

Figuur 2.2. Marktaandelen overige zorgverzekeringsconcerns



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

Het totale marktaandeel van de overige concerns stijgt zowel in 2013 als 2014 met 0,2% tot inmiddels 10,4%. Het marktaandeel van AZVZ is in 2011 opgenomen bij Zorg en Zekerheid en De Friesland is met ingang van 2012 opgenomen bij Achmea. De forse stijging bij ASR in 2012 is voor een groot deel veroorzaakt door de introductie van het label Ditzo.

2.2.2 Concentratiegraad

Deze paragraaf beschrijft twee manieren om naar de (geografische) concentratie op de polismarkt te kijken, namelijk:

- Via de marktaandelen per provincie en voor Nederland in totaal;
- Via een gewogen marktaandeel in de voor elke verzekeraar relevante postcodegebieden.

Herfindahl-Hirschman Index

Een maatstaf die de concentratiegraad in een regio tot uitdrukking brengt, is de Herfindahl-Hirschman Index (hierna: HHI). De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandelen van alle concerns te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. Hoe hoger deze index is, des te hoger de concentratie in de markt is. Bij een HHI van 2.000 of hoger wordt gesproken van een geconcentreerde markt. Een hoge concentratie op een markt hoeft niet nadelig te zijn voor de werking van de markt, zolang er maar sprake is van voldoende concurrentie. Concurrentiedruk kan ook ontstaan door de dreiging van mogelijke nieuwe toetreders op de markt.

In de onderstaande tabel staat de concentratiegraad van de zorgverzekeringsmarkt, per provincie en voor Nederland in totaal, uitgedrukt in de HHI.

Tabel 2.4. Overzicht Herfindahl-Hirschman Index

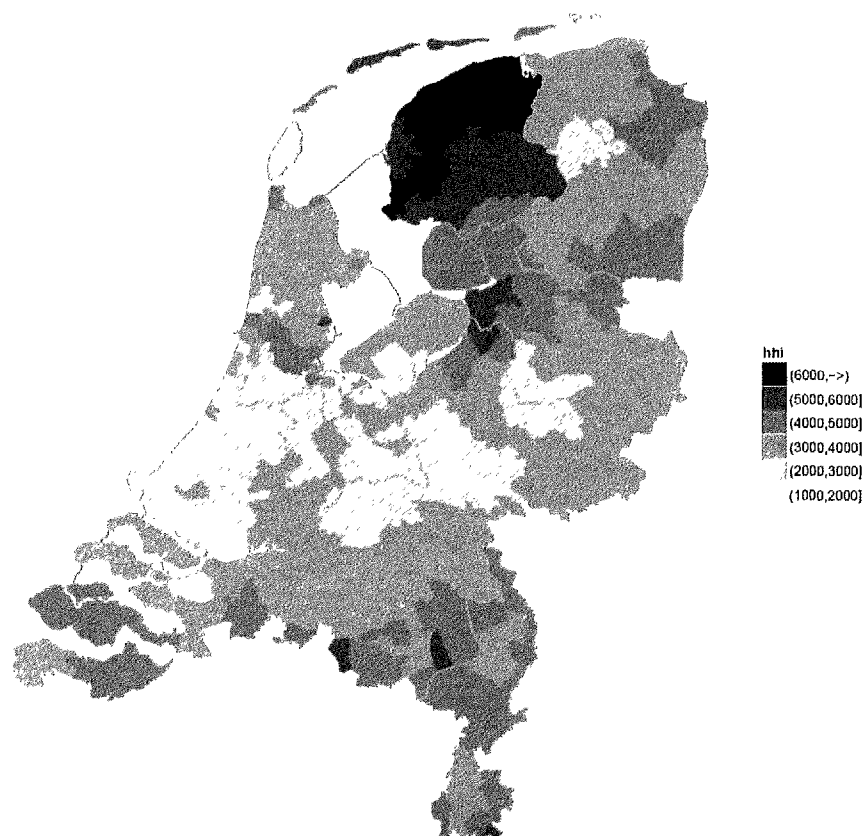
Provincie	2010	2011	2012	2013	2014
Drenthe	3.697	3.556	3.745	3.659	3.539
Flevoland	3.786	3.666	3.851	3.715	3.555
Friesland	4.555	4.508	6.283	6.202	6.028
Gelderland	2.376	2.360	2.366	2.330	2.318
Groningen	3.907	3.796	3.751	3.581	3.486
Limburg	3.663	3.624	3.518	3.487	3.456
Noord-Brabant	3.412	3.376	3.237	3.203	3.191
Noord-Holland	3.106	3.057	3.117	3.058	2.973
Overijssel	2.627	2.593	2.654	2.595	2.558
Utrecht	2.908	2.884	2.955	2.882	2.808
Zeeland	4.180	4.135	4.043	4.026	3.949
Zuid-Holland	1.894	1.886	1.887	1.882	1.878
Nederland	2.111	2.105	2.277	2.264	2.240

Bron: NZa op basis Vektis uitvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag (2010-2013) en Aanlevering Verzekerden Gegevens (2014)

In 2012 nam de concentratiegraad landelijk en met name in de provincie Friesland toe door de fusie tussen Achmea en De Friesland. Daarna is weer jaarlijks een lichte daling van de concentratiegraad zichtbaar. De Friesland is historisch zeer sterk in de regio Friesland en was altijd de representatieve inkoper in deze regio.

Figuur 2.3 bevat een grafische weergave van de concentratiegraad (HHI) per gemeente in 2014.

Figuur 2.3. Concentratiegraad (Herfindahl-Hirschman Index) per gemeente in 2014



Bron: NZa

Gewogen marktaandeelen

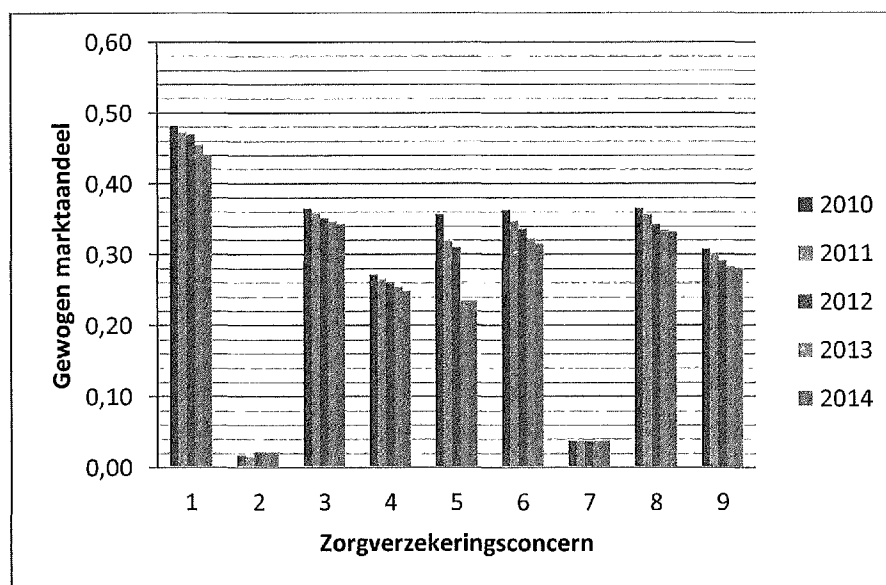
In een aantal marktscans van de NZa, zoals de marktscan medisch specialistische zorg, wordt de marktconcentratie ook met behulp van de indicator 'gewogen marktaandeelen' weergegeven.² In deze marktscan gebruiken we deze indicator om het gewogen marktaandeel van elk zorgverzekeringsconcern in de zorginkoopmarkt te bepalen. Deze indicator werkt met marktaandeelen in postcodegebieden. Voor deze marktscan worden postcodegebieden gehanteerd die bestaan uit verzekerden per viercijferig postcodegebied. Voor elk zorgverzekeringsconcern wordt eerst zijn marktaandeel in elk postcodegebied berekend. Daarna wordt er voor elk zorgverzekeringsconcern een gewogen gemiddelde marktaandeel berekend over de postcodegebieden, waarbij elk postcodegebiedmarktaandeel wordt gewogen met het belang van dit postcodegebied voor het zorgverzekeringsconcern (verzekerden aandeel). Een zorgverzekeraar met een hoog gewogen marktaandeel kan bijvoorbeeld een groot landelijk zorgverzekeringsconcern zijn die overal een hoog marktaandeel kent of juist een klein zorgverzekeringsconcern, die alleen lokaal een sterke positie heeft.

² Het gemiddeld gewogen marktaandeel kan vertaald worden naar een marktmacht indicator, de zogeheten Logit competition index (LOCI). Zie het document 'Fusiesimulatiemodellen' op <http://www.nza.nl/publicaties/Zienschijzen/zienschijzen-2014/>.

De hoogte van het gewogen marktaandeel geeft een indicatie over de (gemiddelde) positie van het zorgverzekeringsconcern tegenover de aanbieders in de onderhandelingen bij de zorginkoop. Het is belangrijk op te merken dat deze (gemiddelde) inkooppositie alleen in het gebied geïnterpreteerd kan worden waar het zorgverzekeringsconcern actief is. Een lokaal sterk, klein zorgverzekeringsconcern bijvoorbeeld heeft alleen een goede inkooppositie in zijn kerngebied en niet in andere delen van het land. Een voordeel van deze methode is dat er geen à priori geografische grenzen worden gesteld aan de inkoopmarkt waarin een zorgverzekeringsconcern actief is (dit is wel het geval bij HHI per provincie).

Het gemiddeld sector breed gewogen marktaandeel is 35% (2014). Dit betekent dat een gemiddeld zorgverzekeringsconcern, in de voor haar relevante postcodegebieden, een marktaandeel (in termen van aantal verzekerden) van 35% heeft.³

Figuur 2.5 Gewogen marktaandelen



Bron: NZa (op basis verzekerden per zorgverzekeraar en 4-cijferige postcode vanuit de vereenigingopgaven 'Persoonskenmerken' van de zorgverzekeraars)

De figuur laat zien dat gewogen marktaandelen van de zorgverzekeringsconcerns daalt of in twee gevallen (2 en 7) ongeveer gelijk blijft. Dit wijst erop dat de zorgverzekeringsconcerns steeds minder sterk zijn in hun traditionele kerngebieden. Wanneer daarmee ook het aandeel van de zorgverzekeraars in de schadelast van een lokale zorgaanbieder daalt, kunnen zij minder sterk worden in de onderhandelingen met die lokale aanbieders.

2.3 Verticale relaties zorgverzekeraars - zorgaanbieders

De NZa heeft over de jaren 2010 tot 2012 de vormen van verticale relaties in de zorg die bestaan tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in kaart gebracht. Hiervoor is de informatie over zeggenschapsrelaties en samenwerkingsverbanden uit de maatschappelijk verslagen van zorgverzekeraars verzameld. Er hoeft

³ In de berekeningen wordt voor elk jaar de huidige concernindeling gehanteerd (Achmea en De Friesland zijn voor alle jaren samengevoegd). Verzekerden met een buitenlands adres (bijv. seizoenarbeiders) zijn niet meegenomen in de analyses.

voor de opname in de onderstaande tabel geen sprake te zijn van een meerderheidsbelang in een zorgaanbieder. De verticale relatie varieert van zeggenschap over de zorgaanbieder, tot een minderheidsparticipatie of samenwerkingsverband.

De meest recente informatie waarover de NZa beschikt betreft het jaar 2012. Naast de opgenomen organisaties kunnen er ook nog andere organisaties zijn waarmee zorgverzekeraars relaties hebben. Denk aan VeCoZo, die de declaratiestromen voor een belangrijk deel voor zorgverzekeraars uitvoert. Niet zorg-gerelateerde relaties zijn niet opgenomen in de tabel.

Uit de tabel blijkt dat het aantal participaties in zorgaanbieders zeer beperkt is. Er ligt een duidelijke historische reden ten grondslag aan de enkele zorgaanbieders die in handen zijn van zorgverzekeraars. Uit de jaarverslagen blijkt niet dat er sprake is van nieuwe verticale integraties met zorgaanbieders.

De meeste deelnames en samenwerkingsverbanden hebben tot doel de eerste lijn te versterken, innovatie te financieren of de preventie te bevorderen.

Tabel 2.5. Verticale integratie

Concern	Organisatie 2010	Organisatie 2011	Organisatie 2012	Soort zorg of dienst
Achmea	Diagnostisch Centrum Amsterdam Geneticom	NB	NB	Diagnostiek Laboratorlumonderzoek
De Friesland		Sportstad Heerenveen BV	Sportstad Heerenveen BV Stichting BPN	10,5% eigenaar appartementsrecht zorgboulevard Abe Lenstra Stadion Samenwerkingsverband personenvervoer
DSW	DSW Apotheken De Regionale Commissie Gezondheidszorg Nieuwe Waterweg Noord Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL) Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG) Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis	DSW Apotheken Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL) Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG) Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis	DSW Apotheken Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL) Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG) Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis	Geneesmiddelenversterking Versterking van de regionale samenwerking zorginstellingen Huisartsenzorg Eerstelijns zorgaanbieders Ziekenhuiszorg en innovatieve zorgprojecten

ENO	Trajectzorg Nederland Regizorg Stichting Els	Trajectzorg Nederland Regizorg Stichting Els	Trajectzorg Nederland Regizorg Stichting Els	GGZ Samenwerking met gemeente voor WMO Eerstelijns zorgaanbieders
Menzis	ZorgPunt Holding Apotheken Koala	Zorgpunt BV BV Apotheek Azivo Menzis Zorgaanbod BV Gezondheidscentrum aslezoekers BV Azivo Zorgservice	Zorgpunt BV BV Apotheek Azivo Menzis Zorgaanbod BV Gezondheidscentrum aslezoekers Gilde Healthcare Services Holland Ventures Zorg Innovatles Health Economic Fund van LSP.	Eerstelijns zorgaanbieders Geneesmiddelenverst rekking Zorg op afstand Organisatie en ontwikkeling nieuwe zorgconcepten Huisartsenzorg binnen aslezoekerscentra Hulpmiddelenverstrek king Den Haag Beleggingsfonds in zorgaanbieders Beleggingsfonds in zorgaanbieders Beleggingsfonds in zorgaanbieders

<p>VGZ</p>	<p>Regionaal Instituut voor Dyslexie B.V</p> <p>Samenwerkingsverbanden t.b.v. ketenzorg en zorg voor ouderen</p> <p>Diabetesvereniging Nederland.</p>	<p>Samenwerkingsverbanden t.b.v. ketenzorg en zorg voor ouderen w.o. Transmuraal Netwerk Midden Holland; Drechtzorg; Pact van Bleskensgraaf en Savelberg; Levensloopbestendig Gouda</p> <p>Diabetesvereniging Nederland.</p> <p>AstmaFonds</p> <p>Care2u</p> <p>PsyHealthDirect</p>	<p>NB</p>	<p>Zorg bij taalproblemen</p> <p>Ketenzorg/zorg voor ouderen.</p> <p>Website ter ondersteuning zelfmanagement patienten</p> <p>Samenwerking vereniging ter verbetering kwaliteit longzorg.</p> <p>Software voor begeleiding chronisch zieken</p> <p>Psychologische zorg</p>
<p>CZ</p>		<p>Stichting CbusineZ</p>	<p>Stichting CbusineZ</p>	<p>organisatie met als doel ontwikkeling en vernieuwing in de zorgsector als mede oprichting, financiering en deelname in ondernemingen</p>

Bron: Jaarverslagen en Uitvoeringsverslagen 2010 tot en met 2012

De Tweede Kamer heeft op 24 juni 2014 het wetsvoorstel verbod verticale integratie aangenomen. Het wetsvoorstel ligt momenteel voor bij de Eerste Kamer. Met dit voorstel wordt de Wmg aangepast om te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten verlenen door zorgaanbieders waarin zij zeggenschap hebben. Het samengaan van de rollen van zorgverzekeraar en zorgaanbieder past volgens de wetgever niet binnen het zorgsysteem zolang dat nog in ontwikkeling is. Om die reden moeten constructies waarin een zorgverzekeraar overwegende zeggenschap verkrijgt over de activiteiten van een zorgaanbieder en constructies waarin een zorgverzekeraar als zorgaanbieder zelf zorg aanbiedt, worden voorkomen. Wanneer het wetsvoorstel is aangenomen moeten zorgverzekeraars voor bestaande verticale relaties met zorginstellingen een ontheffing op dit verbod aanvragen bij de NZa.

2.4 Risicoverevening

In Nederland zijn zorgverzekeraars verplicht om iedereen te accepteren voor de basisverzekering (acceptatieplicht). Het is tegelijk verboden om premiedifferentiatie toe te passen. Risicoverevening is er op gericht verzekeraars te compenseren voor voorspelbare winsten en verliezen die het gevolg zijn van de gezondheidstoestand van de verzekerden populatie. Verzekerden met een hoog risicoprofiel zijn bijvoorbeeld chronisch zieken, ouderen of verzekerden uit een sociaal-economische risicogroep. Alle zorgverzekeraars krijgen uit een fonds, het Zorgverzekeringsfonds, jaarlijks een financiële bijdrage, die de *vereveningsbijdrage* wordt genoemd. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie.

Als de risicoverevening goed functioneert, heeft de zorgverzekeraar geen financieel gewin bij het weren van verzekerden met hoge zorgkosten. De risicoverevening zorgt dan voor een gelijke uitgangspositie en daarmee eerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars.

Het risicovereveningssysteem bestaat uit twee onderdelen:

- Risicoverevening voorafgaand aan het jaar (ook wel ex-ante verevening genoemd);
- Compensaties achteraf (ook wel ex-post compensaties genoemd).

Hieronder worden beide onderdelen van de risicoverevening in hoofdlijnen toegelicht. Het doel van deze beschrijving is om de begrippen in de daaropvolgende analyses toe te lichten.

Ex-ante risicoverevening

Om de vergoeding van verzekeraars voor verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerden te berekenen, wordt een econometrisch model gebruikt. Dit model voorspelt de zorgkosten aan de hand van persoonskenmerken van verzekerden. Deze voorspelde kosten worden normkosten genoemd. Op basis van de normkosten wordt een vergoeding per zorgverzekeraar berekend. Het model is vastgelegd in de regeling risicoverevening 2014. De regeling is op 30 september 2013 gepubliceerd in de Staatscourant.

Het model is gebaseerd op de landelijk gemiddelde kosten van verzekerden onderscheiden naar risicoprofielen van verzekerden. De normkosten die op basis van het model zijn berekend zijn dus onafhankelijk van de gerealiseerde kosten van de zorgverzekeraar. Door de jaren heen wordt het vereveningsmodel steeds verbeterd en verfijnd. Er wordt altijd naar nieuwe kenmerken van verzekerden gezocht die de verschillen in zorgkosten nog beter kunnen voorspellen. In het risicovereveningsmodel voor het jaar 2014 zijn de volgende kenmerken gebruikt om de zorgkosten van verzekerden te voorspellen:

- Leeftijd;
- Geslacht;
- Aard van inkomen (AVI): risicoklassen op basis van de voornaamste bron van inkomsten in combinatie met de leeftijd van de verzekerde. Aan het vereveningscriterium AVI is met ingang van 2014 de klasse 'Student' toegevoegd. Voor de klasse student geldt een aftrek op de vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen. De reden is dat studenten voorspelbaar winstgevend waren, zodat zorgverzekeraars een prikkel tot risicoselectie hadden. Deze prikkel is nu weggenomen;
- Regio: de regio-indeling berust op een clustering van postcodegebieden op basis van de sociaal-economische, demografische en zorggerelateerde kenmerken van een postcodegebied;

- GGZ-regio: indeling in regio-klassen specifiek voor de verevening van de kosten van GGZ, waarbij rekening is gehouden met verschillen in aanbod en met sociaal economische omstandigheden;
- Farmaciekostengroepen (FKG's): risicoklasse gebaseerd op medicijngebruik in het voorgaande kalenderjaar. Het idee achter de FKG's is dat verzekerden met een bepaalde chronische aandoening herkenbaar zijn aan de hand van declaraties van medicijnen waarvan bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven;
- FKG's psychische aandoeningen: risicoklasse voor de vaststelling van de risicoverevening voor de kosten van GGZ, gebaseerd op het medicijngebruik in het voorafgaande jaar;
- Diagnosekostengroepen (DKG's): DKG's berusten primair op de diagnose-informatie uit de DBC-zorgproducten. Alleen diagnoses voor chronische aandoeningen waarvan wordt verwacht dat die in het komende jaar hoge kosten met zich meebrengen, worden bij de vaststelling van de DKG's meegenomen. DKG's worden bepaald op basis van diagnose informatie uit het voorafgaande vereveningsjaar.
- DKG's psychische aandoeningen: door dit vereveningscriterium worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek hoge voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige GGZ op basis van zorggebruik in de twee voorafgaande jaren;
- Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's): een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen chronische aandoeningen op basis van hulpmiddelengebruik in het verleden;
- Sociaaleconomische status (SES): risicoklassen op basis van het huishoudinkomen per adres per persoon in combinatie met leeftijd;
- Meerjarig Hoge Kosten (MHK): risicoklassen op basis van de hoogte van de zorgkosten in de drie voorgaande jaren;
- Eénpersoonsadres: risicoklassen op basis van het wel of niet alleen wonen;
- Kosten geneeskundige GGZ boven lage drempel; een criterium gebaseerd op kosten van geneeskundige GGZ boven een bepaalde drempel in het voorafgaande jaar (voor de verevening 2014 is de drempel € 550 zorgkosten GGZ in 2013).

Ex-post compensaties

De compensaties achteraf worden ingezet voor kosten die moeilijk te voorspellen of door de verzekeraars niet te beïnvloeden zijn. Zo zijn de vaste kostencomponenten in de verevening voor ziekenhuiszorg niet goed te beïnvloeden door zorgverzekeraars en dus worden deze kosten volledig nagecalculeerd. Ook kan het zijn dat de gegevens die gebruikt worden voor het ex-ante model niet representatief kunnen worden gemaakt voor een jaar omdat er bijvoorbeeld grote wijzigingen zijn in de bekostiging van een bepaald segment. Gegevens uit het verleden (waarop het ex-ante risicovereveningsmodel is gebaseerd) en actuele gegevens sluiten dan niet op elkaar aan. De ex-post compensaties kunnen ook ingezet worden als de kosten door het ex-ante model (tijdelijk) onvoldoende vergoed worden.

Het nadeel van de ex-post compensaties is dat deze de prikkels voor doelmatig zorginkoop afzwakken, door gerealiseerde kosten (deels) te vergoeden en behaalde winsten door doelmatige inkoop (deels) af te romen. Omdat de berekeningen vooraf steeds beter worden en doelmatige zorginkoop één van de belangrijkste instrumenten is om de zorg betaalbaar te houden, is het gewenst om deze ex-post compensaties af te bouwen. De regering streeft ernaar om de ex post compensaties af te bouwen, zodat zorgverzekeraars vanaf 2015 voor de

somatische zorg en vanaf 2017 voor de geestelijke gezondheidszorg volledig risicodragend zijn.

2.5 Financiële positie

In deze paragraaf beschrijven we de financiële positie van zorgverzekeraars. De paragraaf beschrijft achtereenvolgens:

- de risicovereveningsresultaten van zorgverzekeringsconcerns;
- het exploitatieresultaat;
- de beleggingsresultaten;
- de bedrijfskosten;
- de schadelast;
- de solvabiliteit.

Bij de analyse van de financiële positie van zorgverzekeraars hanteert de NZa bedragen per verzekerde van 18 jaar of ouder. De reden hiervoor is dat zorgverzekeraars hun uitvoeringskosten en overige exploitatieresultaten alleen kunnen dekken door hiervoor een opslag in de premies te verwerken: deze premies worden uitsluitend betaald door de verzekerden van 18 jaar of ouder.

Alle informatie in deze paragraaf is gebaseerd op de concernindeling 2014, die sinds 2012 ongewijzigd is.

Tabel 2.6 geeft een globaal beeld van inkomsten en uitgaven van zorgverzekeraars. Belangrijkste bronnen van inkomsten zijn de ontvangen nominale premies, het bedrag dat de zorgverzekeraar via de risicoverevening ontvangt (de vereveningsbijdrage) en het beleggingsresultaat. De twee belangrijkste uitgavenposten zijn de schadelast (al dan niet inclusief afhandelingskosten) en de bedrijfskosten.

Tabel 2.6. Schematische weergave inkomsten en uitgaven van zorgverzekeraars

Inkomsten/Uitgaven	Onderdelen
Inkomsten	+ Nominale premie
	+ Vereveningsbijdrage
	+ Beleggingsresultaat
Uitgaven	- Schadelast
	- Afhandelingskosten
	- Bedrijfskosten
Totaal	Exploitatieresultaat

Bron: NZa

Resultaten die direct samenhangen met het aanbieden van zorgverzekeringen zijn de grijs gearceerde cellen in Tabel 2.6: de ontvangen nominale premies, de vereveningsbijdrage en de schadelast exclusief afhandelingskosten.

In de volgende paragraaf (2.5.1) bespreken we de resultaten van de risicoverevening. Vervolgens komt het exploitatieresultaat van de zorgverzekeraars aan bod in paragraaf 2.5.2. Het exploitatie resultaat is het resultaat van alle inkomsten en kosten. De paragrafen 2.5.3 tot en met 2.5.4 beschrijven de onderdelen van deze berekening. De laatste paragraaf (2.5.5) bevat een berekening van de solvabiliteitsratio. Solvabiliteit drukt uit in hoeverre een zorgverzekeraar aan zijn

toekomstige verplichtingen (op lange termijn) kan voldoen en in staat is op korte termijn onverwachte kostenontwikkelingen het hoofd te bieden (weerstandsvermogen).

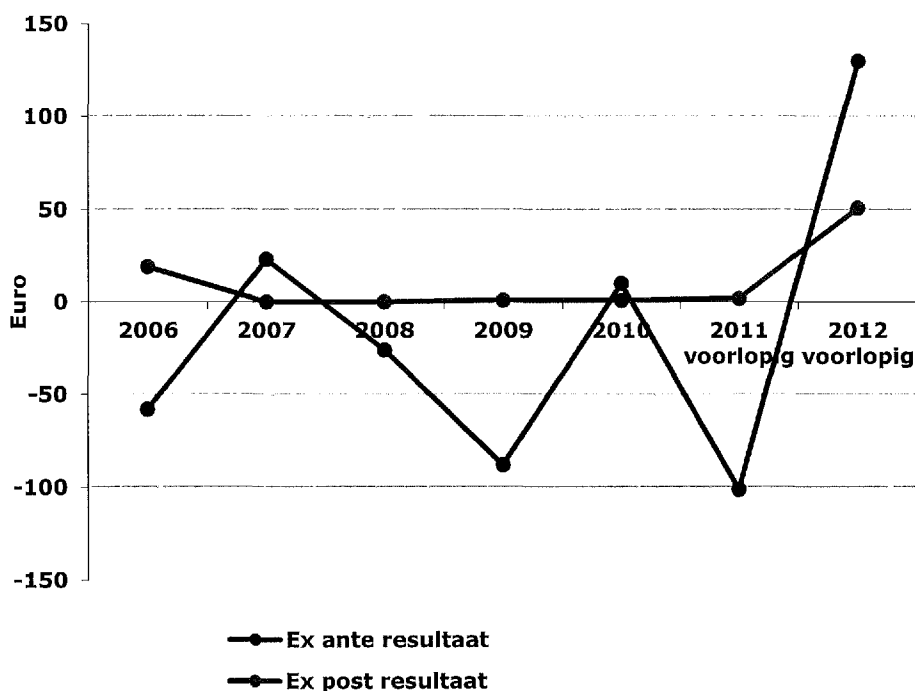
2.5.1 Resultaten risicoverevening

Zoals in paragraaf 2.4 beschreven, ontvangen zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage om voor de verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerden te compenseren. Het ex-ante resultaat is in grote lijnen de som van nominale rekenpremie opbrengst en de ex-ante vereveningsbijdrage minus de schadelast exclusief afhandelingskosten. Na afloop van het gegeven jaar worden ex-post compensaties toegepast op de vereveningsbijdrage. Het resultaat van verzekeraars inclusief deze ex post compensaties noemen we het ex-post resultaat. Het ex-post resultaat wordt pas vier jaar na het gegeven jaar definitief. De meest recente definitieve gegevens over het vereveningsresultaat zijn daarom van 2010.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt op basis van een raming jaarlijks vooraf een landelijk macro-budget voor de zorgkosten vast. Het macro-budget wordt door middel van de risicoverevening verdeeld over de zorgverzekeraars. Meer informatie over de risicoverevening staat in paragraaf 2.4.

De ex post compensaties worden geleidelijk afgebouwd onder gelijktijdige verbetering van het ex ante vereveningsmodel. Flankerend beleid moet er voor zorgen dat dit verantwoord gebeurt. Per 2012 is de macronacalculatie, waarbij het verschil tussen de raming en de werkelijke kosten werd gecompenseerd, volledig afgeschaft.

Figuur 2.6. Gemiddeld resultaat risicoverevening (per verzekerde 18+)



Bron: NZa (op basis data Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage)

In de onderstaande tabellen wordt op deze ontwikkeling ingezoomd. Het betreft de definitieve vaststelling van de risicoverevening tot en met 2010 en de voorlopige vaststellingen over de jaren 2011 en 2012.

Tabel 2.7. Resultaten risicoverevening (in euro's per verzekerde 18+)

C per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ⁴	2012 ⁴
Ex ante resultaat	-58	23	-26	-88	10	-101	130
Macrona calculatie	58	-23	-26	26	-26	101	
Extra middelen	20						
Flankerend beleid afschaffing ex post compensaties							0
Hogekostencompensatie	0	0	0	0	0		
Generieke verevening	0	0					
Nacalculatie	0	0	52	61	16	1	-80 ⁵
Bandbreedteregelling	-1	0	0	1	1	2	1
Ex post resultaat	19	0	0	1	1	2	51

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

In de onderstaande tabellen (tabel 2.8 - 2.10) zijn de vereveningsresultaten onderscheiden naar de vier grote en de overige concerns.

Tabel 2.8. Resultaat ex ante risicoverevening (in euro's per verzekerde 18+)

C per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ⁴	2012 ⁴
Grote 4 concerns	-55	23	-20	-86	10	-103	127
Overige concerns	-97	20	-87	-102	14	-83	160
Totaal	-58	23	-26	-88	10	-101	130

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 2.9. Ex post compensaties (in euro's per verzekerde 18+)

C per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ⁴	2012 ⁴
Grootste 4 concerns	75	-23	21	88	-8	105	-77
Overige concerns	94	-23	81	86	-21	91	-100
Totaal	77	-23	26	88	-9	104	-79

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 2.10. Resultaat ex post risicoverevening (in euro's per verzekerde 18+)

C per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ⁴	2012 ⁴
Grote 4 concerns	21	0	1	2	2	2	50
Overige concerns	-3	-3	-6	-16	-8	8	60
Totaal	19	0	0	1	1	2	51

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

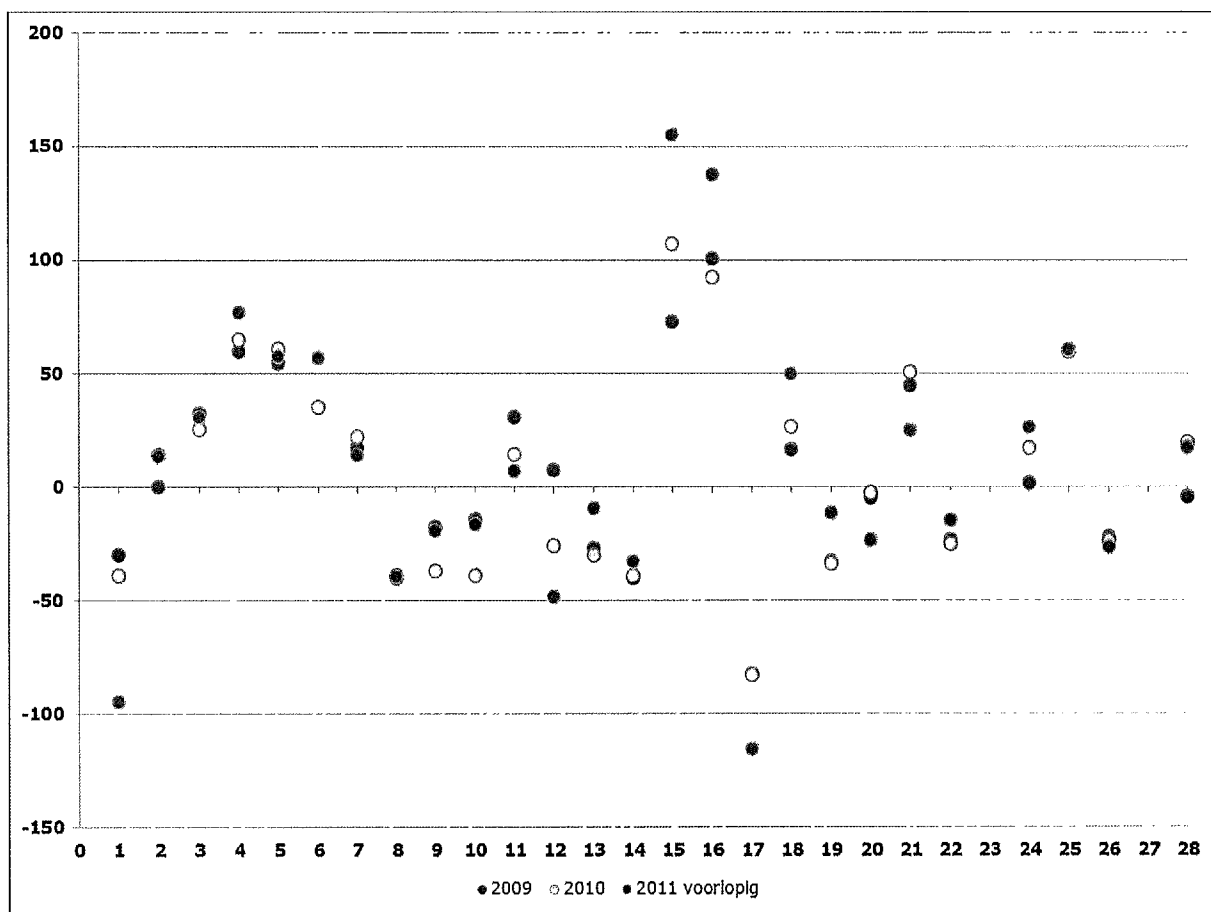
⁴ De cijfers over 2011 en 2012 zijn gebaseerd op een voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage, waarbij de definitieve schadelast en verevening nog niet vaststaat.

⁵ De nacalculatie 2012 betreft volledig de nacalculatie van 100% op vaste kosten van ziekenhuisverpleging en 100% op kosten van GGZ van verzekerden jonger dan 18 jaar.

In bijlage 2 is het vereveningsresultaat apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns voor de aspecten macronacalculatie, extra middelen en ex-post compensaties.

In figuur 2.7 is het ex post resultaat op de risicoverevening per zorgverzekeraar weergegeven. Hieruit kan worden afgelezen of het verzekerdenbestand van een zorgverzekeraar verlies- of winstgevend is. Het betreft definitieve resultaten over 2009 en 2010. In het voorlopige resultaat 2011 ontbreken nog de hogekostencompensatie en de afloop van de schaderamingen voor nog te ontvangen declaraties.

Figuur 2.7. Ex post resultaat risicoverevening per zorgverzekeraar (in euro's per verzekerde 18+)



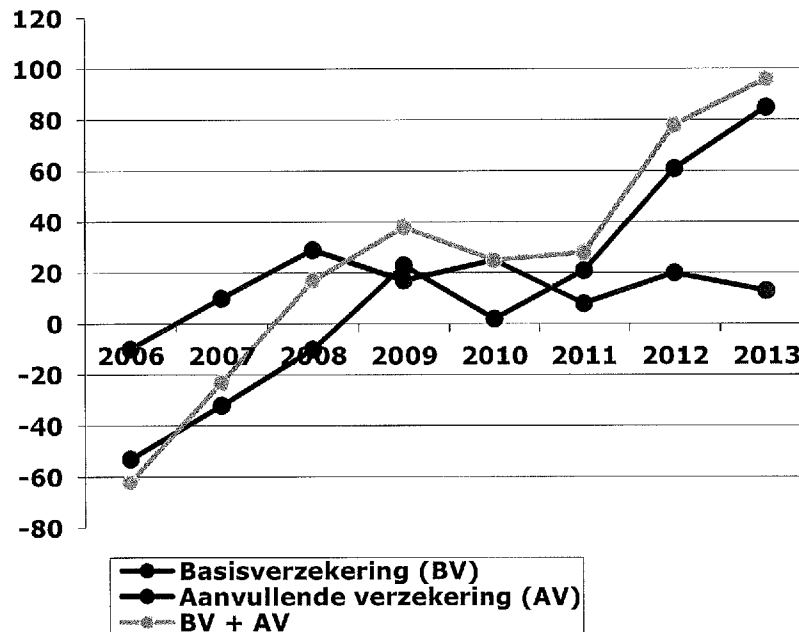
Uit de figuur blijkt dat met name de zorgverzekeraars 15 en 16 binnen de risicoverevening een winstgevend verzekerdenbestand hebben. Vooral de zorgverzekeraars 1 en 17 hebben een verliesgevend verzekerdenbestand. Voor de vraag of een verzekerdenbestand winst of verliesgevend is spelen ook aspecten zoals de zorginkoop mee. Zorginkoop vindt meestal op concernniveau plaats. Binnen de grote concerns zijn zowel zorgverzekeraars met een winstgevend als met een verliesgevend verzekerdenbestand aanwezig.

2.5.2 Exploitatieresultaat

Het exploitatieresultaat is het saldo van de opbrengsten (de omzet) en de schadelast en uitvoeringskosten uit de gewone bedrijfsvoering. De onderstaande figuur toont het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de

aanvullende verzekering (AV) en het totaal daarvan. Het exploitatieresultaat is geschoond voor beleggingsresultaten en resultaten uit andere bedrijfsactiviteiten.

Figuur 2.8. Gemiddeld exploitatieresultaat per verzekerde BV, AV en BV+AV ((in euro's per verzekerde 18+)



Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

Het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde (exclusief beleggingsopbrengsten) voor de BV + AV is in 2012 en 2013 sterk toegenomen en bedraagt in beide jaren circa 3,4% van de schadelast.

In 2012 waren de zorgkosten BV aanzienlijk lager dan waarmee vooraf, bij de premievaststelling rekening is gehouden. Ook in 2013 waren de zorgkosten BV lager dan vooraf geraamd.

Vooraf door deze gunstige resultaten hebben de zorgverzekeraars in 2013 al een aanzienlijk lagere opslag in hun nominale premie opgenomen. In 2014 is de opslag in de nominale premie opnieuw sterk verlaagd, waardoor deze gemiddeld zelfs negatief is.

De opbouw van de nominale premie en de ontwikkelingen daarin zijn opgenomen in hoofdstuk 5 van dit rapport.

De schadelast voor de AV is in 2012 (per verzekerde van 18 jaar of ouder) slechts 1% gestegen en in 2013 met 4% gedaald. De gemiddeld betaalde premie voor de AV steeg 4% in 2012 en daalde met 4% in 2013.

In de tabellen 2.11-2.13 wordt nader op de ontwikkeling van de exploitatieresultaten ingezoomd en zijn deze voor de BV, AV en BV+AV apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 2.11. Gemiddeld exploitatieresultaat per BV-verzekerde (in euro's per verzekerde 18+)

Exploitatieresultaat Zvw per verzekerde 18+	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grootste 4 concerns	-11	26	2	19	61	88
Overige concerns	0	-7	2	32	62	54
Totaal	10-	23	2	21	61	85

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

Tabel 2.12. Gemiddeld exploitatieresultaat per AV-verzekerde (in euro's per verzekerde 18+)

Exploitatieresultaat AV per verzekerde 18+	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grootste 4 concerns	29	18	24	6	19	13
Overige concerns	38	14	34	26	27	15
Totaal	29	17	25	8	20	13

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

Tabel 2.13. Gemiddeld exploitatieresultaat BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde⁶ (in euro's per verzekerde 18+)

Exploitatieresultaat Zvw + AV per verzekerde 18+	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grootste 4 concerns	15	41	24	25	78	100
Overige concerns	36	6	34	55	86	67
Totaal	17	38	25	28	78	96

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

2.5.3 Bedrijfskosten

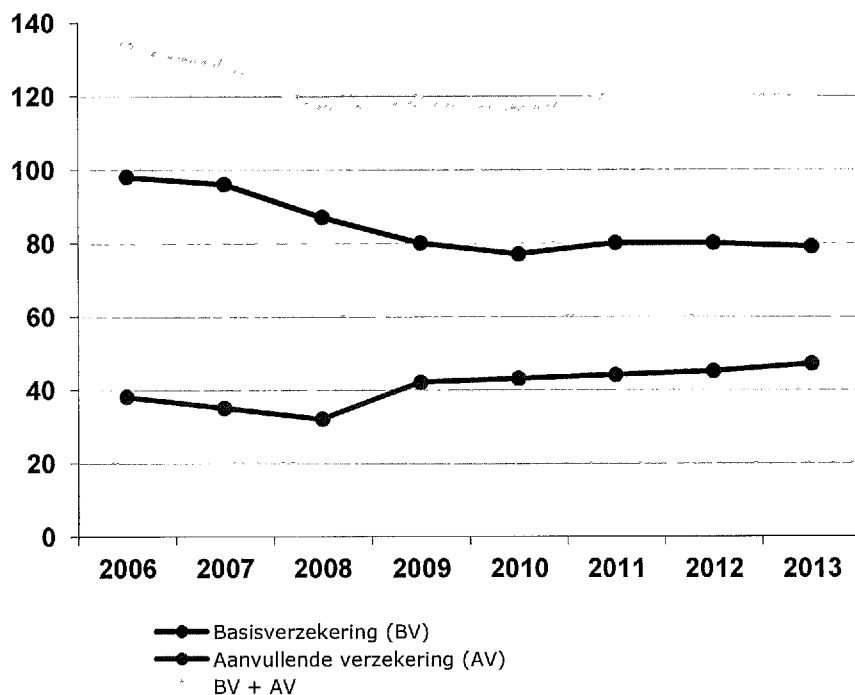
De bedrijfskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken, exclusief de schadeafhandelingskosten⁷. De schadeafhandelingskosten basisverzekering zijn over 2013 gemiddeld ongeveer € 13 per verzekerde van 18 jaar of ouder.

De onderstaande figuur toont de gemiddelde bedrijfskosten per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het gemiddelde daarvan. Over 2013 zijn nog geen gegevens beschikbaar die zijn uitgesplitst naar BV en AV.

⁶ De gemiddelde exploitatieresultaten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot het gemiddelde exploitatieresultaat BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.

⁷ De schadeafhandelingskosten zijn in de als bron voor de bedrijfskosten gebruikte verantwoording voor de Wet op het financieel toezicht (Wft) integraal opgenomen in de schadelasten. Via de jaarstaten van de zorgverzekeraars voor de risicoverevening heeft de NZa globaal inzicht in de schadeafhandelingskosten voor de basisverzekering.

Figuur 2.9. Gemiddeld bedrijfskosten per verzekerde 18+ BV, AV en BV+AV (in Euro's)



Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

In de onderstaande tabellen zijn de bedrijfskosten BV, AV en BV+AV apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 2.14. Gemiddelde ontwikkeling bedrijfskosten per BV-verzekerde (in euro's per verzekerde 18+)

Per verzekerde 18+	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grote 4 concerns	84	79	77	81	80	79
Overige concerns	110	94	76	75	85	81
Totaal	87	80	77	80	80	79

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

Tabel 2.15. Gemiddelde ontwikkeling bedrijfskosten per AV-verzekerde (in euro's per verzekerde 18+)

Per verzekerde 18+	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grote 4 concerns	30	40	42	43	44	46
Overige concerns	50	57	55	57	60	60
Totaal	32	42	43	44	45	47

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

Tabel 2.16. Gemiddelde ontwikkeling bedrijfskosten BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde⁸ (in euro's per verzekerde 18+)

Per verzekerde 18+	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grote 4 concerns	112	115	115	119	118	118
Overige concerns	157	147	126	126	139	136
Totaal	116	118	116	120	119	119

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

In de onderstaande tabel zijn de bedrijfskosten weergegeven als percentage van de premie-inkomsten.

Tabel 2.17. Bedrijfskosten als percentage van de premie-inkomsten⁹ (BV+AV)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grote 4 concerns	4,3%	4,3%	4,0%	4,2%	4,0%	3,9%
Overige concerns	5,7%	5,1%	4,5%	4,3%	5,0%	4,6%
Totaal	4,4%	4,3%	4,1%	4,2%	4,1%	4,0%

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

Tabel 2.18. Bedrijfskosten BV als percentage van de premie-inkomsten¹² BV

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grote 4 concerns	3,7%	3,3%	3,0%	3,2%	3,1%	2,9%
Overige concerns	4,7%	3,8%	3,1%	2,9%	3,6%	3,2%
Totaal	3,8%	3,3%	3,0%	3,2%	3,1%	3,0%

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

Tabel 2.19. Bedrijfskosten AV als percentage van de premie-inkomsten¹² AV

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grote 4 concerns	9,2%	11,5%	11,7%	11,2%	10,9%	11,8%
Overige concerns	12,0%	13,6%	12,7%	12,6%	13,4%	13,9%
Totaal	9,5%	11,7%	11,8%	11,3%	11,2%	12,1%

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

De bedrijfskosten bij de AV zijn in verhouding tot de premie-inkomsten hoger dan bij de BV. Hierbij kan worden opgemerkt dat de premie-inkomsten van de AV ongeveer een tiende zijn van de premie-inkomsten (inclusief vereveningsbijdragen) van de BV. Daarnaast hebben steeds minder verzekerden een AV; in 2014 had 84% van de verzekerden een AV.

⁸ De gemiddelde bedrijfskosten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot de gemiddelde bedrijfskosten BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.

⁹ De premie-inkomsten van ziektekostenverzekeraars bestaan uit de nominale premies, de ontvangsten uit het Zorgverzekeringsfonds en de premies voor de aanvullende verzekeringen.

2.5.4 Schadelast

De onderstaande tabellen tonen de gemiddelde schade per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV) en de aanvullende verzekering (AV). De schadelast wordt in deze paragraaf inclusief afhandelingskosten weergegeven, conform de definitie van De Nederlandsche Bank (DNB).

Tabel 2.20. Gemiddelde ontwikkeling schade¹⁰ per BV-verzekerde (in euro's per verzekerde 18+)

Per verzekerde 18+	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grote 4 concerns	2.240	2.283	2.452	2.403	2.429	2.527
Overige concerns	2.264	2.342	2.343	2.429	2.213	2.382
Totaal	2.242	2.288	2.442	2.405	2.407	2.512

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

De oorzaak van de opvallend lagere schade bij de overige concerns in 2012 hebben we nader onderzocht. De oorzaak ligt in een daling van het gemiddelde risico-profiel van de verzekerden bij de overige concerns. Dit wordt vooral veroorzaakt door een grote instroom van jongere verzekerden bij een zorgverzekeraar na de introductie van een nieuw label. Zo steeg bijvoorbeeld het aandeel 65-plussers in het verzekerdenbestand in 2012 bij de grote 4 concerns met 4,4% en bij de overige concerns met slechts 0,4%. De gemiddelde bijdrage per verzekerde uit de risicoverevening is voor de overige concerns in 2012 ook sterk gedaald als gevolg van het lagere risico-profiel van de verzekerden.

Tabel 2.21. Gemiddelde ontwikkeling schade per AV-verzekerde (in euro's per verzekerde 18+)

Per verzekerde 18+	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grote 4 concerns	268	294	294	334	336	325
Overige concerns	330	350	342	370	364	357
Totaal	274	299	298	337	339	328

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

Tabel 2.22. Gemiddelde ontwikkeling schade BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde¹¹ (in euro's per verzekerde 18+)

Per verzekerde 18+	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grote 4 concerns	2.486	2.549	2.716	2.701	2.725	2.804
Overige concerns	2.573	2.666	2.654	2.763	2.537	2.689
Totaal	2.494	2.560	2.711	2.707	2.706	2.793

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft)

2.5.5 Solvabiliteit

Zorgverzekeraars zijn financiële instellingen en vallen onder het toezicht van DNB. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars in financiële

¹⁰ Inclusief schade-afhandelingskosten.

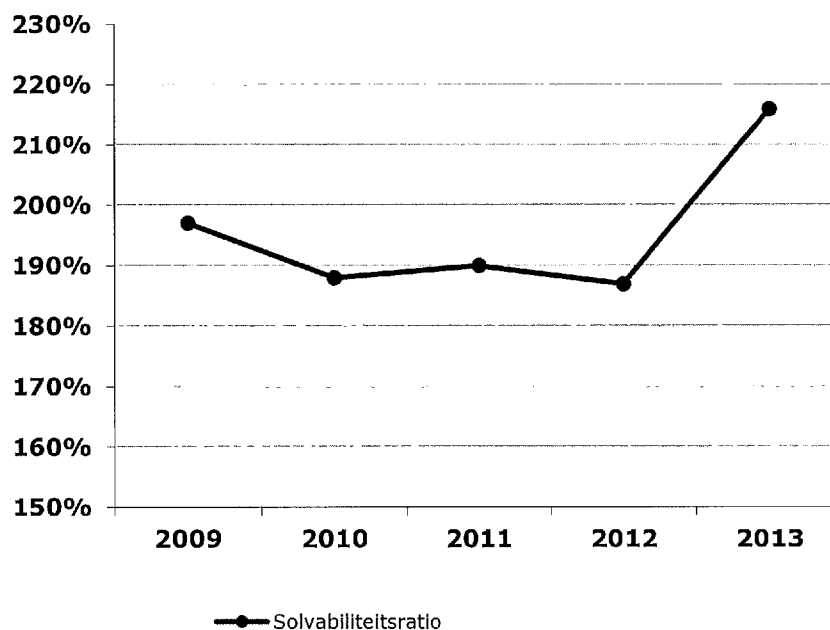
¹¹ De gemiddelde bedrijfskosten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot de gemiddelde bedrijfskosten BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.

problemen raken als gevolg van bijvoorbeeld conjuncturele schokken, verzekerdervenlies of een onverwacht hoge schadelast eist DNB dat zorgverzekeraars een percentage van hun schadelast aanhouden als vermogen. Ook voor de continuïteit van het zorgstelsel is het noodzakelijk dat hierop wordt toegezien.

De wijze waarop de solvabiliteitseisen aan financiële instellingen worden gesteld is op Europees niveau vastgelegd in Solvency I. Voor de vaststelling van de vereiste en aanwezige solvabiliteit gelden voor verzekeraars specifieke regels. Deze komen er in hoofdlijn op neer dat zorgverzekeraars een bepaald percentage vermogen van het driejarig gemiddelde van hun schadelast aan moeten houden.

De wettelijke solvabiliteitseis voor de basisverzekering is per 1 januari 2010 verhoogd van 8% naar 9% en per 1 januari 2012 naar 11% van de schadelast.¹² De solvabiliteitsratio is in het financiële toezicht door DNB gedefinieerd als de aanwezige solvabiliteit gedeeld door de vereiste solvabiliteit (x 100%). In de solvabiliteitsratio kunnen in enig jaar schokken optreden bij gelijkblijvende schade en vermogen wanneer in dat jaar de minimale wettelijke solvabiliteitseis wordt aangepast. In de onderstaande figuur wordt de ontwikkeling van de solvabiliteitsratio in de afgelopen jaren weergegeven.

Figuur 2.10. Ontwikkeling gemiddelde solvabiliteitsratio BV + AV (ultimo jaar)



Bron: NZa (op basis informatie van DNB uit jaarstaten Wft, geschoond voor dubbelstellingen van moeder-/dochtermaatschappijen)

Verzekeraars in de zorgsector zijn te onderscheiden naar rechtspersonen die alleen de BV uitvoeren, rechtspersonen die alleen de AV uitvoeren (voor een of meerdere verzekeraars die de BV uitvoeren) en rechtspersonen die zowel de BV als de AV uitvoeren. Er is daarom vanuit de financiële verantwoording van de verzekeraars geen volledig onderscheid te maken tussen de solvabiliteit bij de BV en de AV.

¹² Deze eis geldt voor de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekering geldt een eis van 24%.

Wel kan de solvabiliteit afzonderlijk worden weergegeven voor verzekeraars met alleen BV, alleen AV en BV+AV. In de onderstaande tabel is ingezoomd op de ontwikkeling van de solvabiliteit per soort verzekeraar.

Tabel 2.23. Gemiddelde ontwikkeling solvabiliteitsratio per soort verzekeraar (ultimo jaar)

Solvabiliteit	2009	2010	2011	2012	2013
Verzekeraars met alleen BV	193%	161%	176%	182%	210%
Verzekeraars met alleen AV	216%	294%	258%	231%	247%
Verzekeraars met BV en AV	193%	182%	180%	176%	212%
Totaal alle verzekeraars ¹³	197%	188%	190%	187%	216%

Bron: NZa (op basis informatie van DNB uit jaarstaten Wft, geschoond voor dubbeltellingen van moeder-/dochtermaatschappijen)

In 2013 is de solvabiliteit toegenomen. De oorzaak ligt in hogere exploitatieresultaten als gevolg van een meevallende schadelast, verbeterde zorginkoop en betere beleggingsopbrengsten dan in het jaar daarvoor, waardoor de aanwezige solvabiliteit is toegenomen. De solvabiliteitsontwikkeling speelt ook een rol bij de vaststelling van de nominale premie door de zorgverzekeraars. In 2014 is de nominale premie verlaagd en hebben de zorgverzekeraars hierin gemiddeld een negatieve nominale opslagpremie opgenomen. De verwachting is dat de gemiddelde solvabiliteitsratio door de negatieve opslagpremie in 2014 afneemt. De opbouw van de nominale premie en de ontwikkelingen daarin zijn opgenomen in hoofdstuk 5 van dit rapport.

Verwachte daling solvabiliteit

In Europees verband wordt in 2016 Solvency II ingevoerd, waarmee de solvabiliteitseisen meer worden afgestemd op de risico's van verzekeraars. De solvabiliteitseis onder Solvency II is hoger dan onder Solvency I. Zorgverzekeraars bereiden zich hierop al enkele jaren voor door meer solvabiliteit op te bouwen.

In de voorgaande figuur en tabel is uitgegaan van Solvency I. Bij toepassing van Solvency II zou de solvabiliteitsratio van 216% per eind 2013, zoals opgenomen in de tabel, naar verwachting dalen naar rond de 140%. Daarmee lijken de zorgverzekeraars momenteel te kunnen voldoen aan de solvabiliteitseisen onder Solvency II.

¹³ Het totaal van de solvabiliteitsratio van alle verzekeraars wijkt af van het totaal in de vorige Marktscan door schoning door DNB van de aanwezige solvabiliteit voor dubbeltellingen bij moeder- / dochtermaatschappijen. Dit jaar kan de NZa het onderscheid niet maken naar de 4 grote concerns en de overige concerns, omdat

3. Marktgedrag

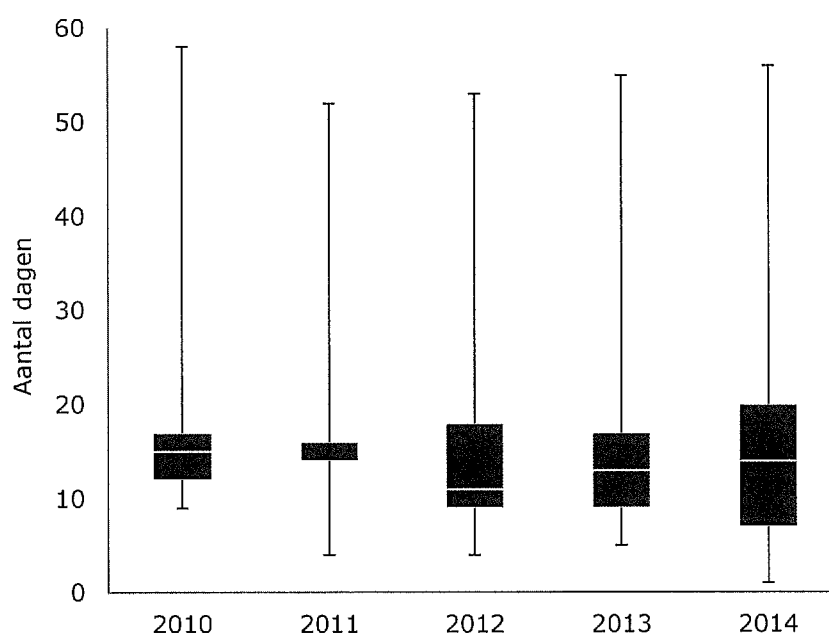
Dit hoofdstuk geeft een weergave van het marktgedrag van zorgverzekeraars. Het hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens:

- de datum van het bekendmaken van premies;
- de vraag naar en het aanbod van basisverzekeringen;
- collectieve versus individuele verzekeringen;
- aanvullende verzekeringen;
- vergoedingsbeperkingen bij niet-gecontracteerde zorg;
- zorgplicht van zorgverzekeraars;
- toegangseisen van aanspraken;
- het overstapgedrag van consumenten;
- herverzekering van eigen risico;
- risicoselectie.

3.1 Publicatiedatum premies

Jaarlijks maken zorgverzekeraars tenminste zes weken van te voren hun premies voor het komende jaar bekend. In de onderstaande figuur geeft de lijn de spreiding weer van hoeveel dagen voor de uiterste datum zorgverzekeraars de premie voor het betreffende jaar bekend hebben gemaakt. De rechthoek (box) in de grafiek bevat 50% van de premiepublicaties. De vergelijking tussen de laagste en de hoogste van die 50% en ook het verschil tussen de minimum en maximum waarde, wijst uit dat het aantal dagen verschil in publicatie van de premies in 2014 groter is dan in de jaren daarvoor.

Figuur 3.1. Spreiding publicatiedatum premie; aantal dagen vóór de uiterste datum van 19 november van het voorafgaand jaar



Bron: Zorgverzekeraars; persberichten, websites (t/m 2012 ministerie van VWS¹⁴)

¹⁴ Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, met kenmerk Z-3102731, inzake Toezeggingen Algemeen Overleg Zvw 19 januari, d.d. 7 februari 2012.

In 2013 was DSW weer de eerste zorgverzekeraar die de premie voor het komende jaar bekend maakte. DSW doet dit elk jaar eind september. De meeste zorgverzekeraars maken hun premie bekend in de eerste helft van november.

De vergelijking tussen de laagste en de hoogste waarde in de 50%-box en ook het verschil tussen de minimum- en maximumwaarde, wijst uit dat het aantal dagen verschil in publicatie van de premies in 2014 groter is dan in de jaren daarvoor.

De figuur toont alleen de eerst bekend gemaakte premie per zorgverzekeraar. Dit betreft polissen die al jaren op de markt zijn. In de figuur is de laagste waarde in 2014 de publicatie van de premie door Anderzorg, namelijk één dag vóór de uiterste datum. Diverse zorgverzekeraars hebben van een aantal andere polissen de premies ook op het laatste moment bekend gemaakt. Steeds meer zorgverzekeraars hebben naast hun al langer bestaande polissen ook een lager geprijsde polis met selectieve contractering (ook wel budgetpolis genoemd) op de markt gebracht. Voor veel van deze budgetpolissen lag de publicatiedatum tussen één dag en enkele uren voor het verstrijken van de uiterste wettelijke publicatiedatum.

3.2 Aanbod en vraag naar basisverzekeringen

Basisverzekeringen zijn te onderscheiden naar soort (natura, restitutie, combinatie) en naar de mate waarin zorgaanbieders zijn gecontracteerd.

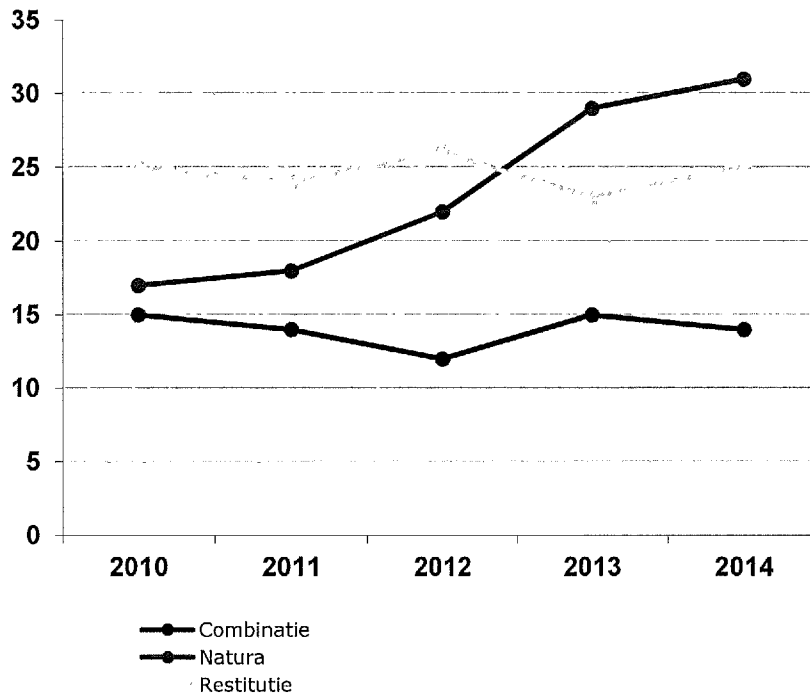
De aanspraak van de verzekerde hangt af van de soort polis:

- naturapolis: verzekerde heeft recht op zorg;
- restitutiepolis: verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg en desgewenst bemiddeling naar zorg;
- combinatiepolis: de aanspraak op natura of restitutie verschilt per soort zorg.

Bij gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar contracten met zorgaanbieders afgesloten, waarin afspraken over bijvoorbeeld prijs, kwaliteit, inhoud van de zorg en doelmatigheid zijn vastgelegd. De verzekerde moet zich bij gecontracteerde zorg tot een gecontracteerde zorgaanbieder wenden. Gaat de verzekerde vervolgens naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder, dan kan de zorgverzekeraar de vergoeding beperken. In paragraaf 3.6 wordt nader ingegaan op de vergoedingen voor niet gecontracteerde zorg.

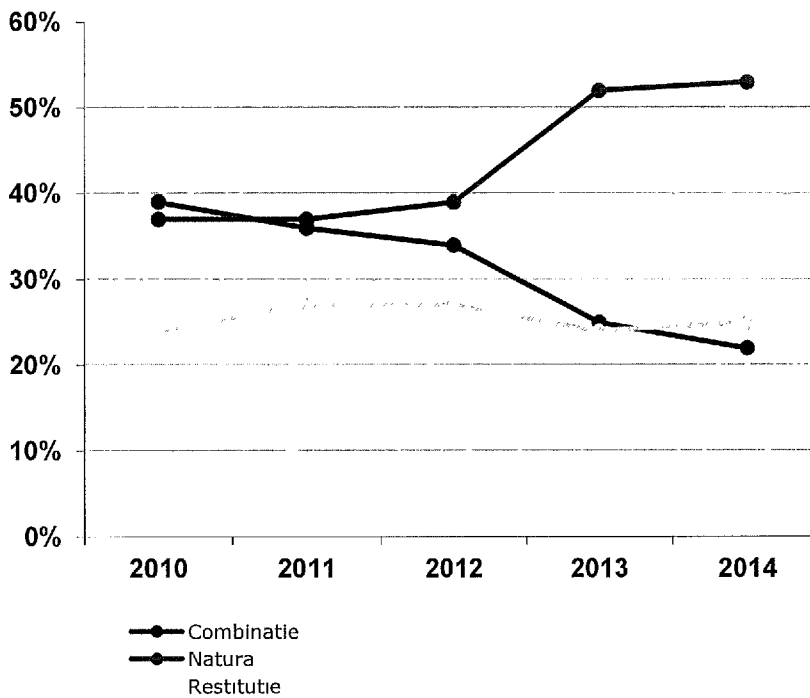
In Nederland zijn in 2014 70 basisverzekeringen op de markt gebracht. De ontwikkeling in de aangeboden natura-, restitutie- en combinatiepolissen en de vraag daarnaar door consumenten laat zich als volgt weergeven:

Figuur 3.2. Aanbod basisverzekeringen naar soort polis (in aantallen per soort)



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Figuur 3.3. Vraag naar basisverzekeringen naar soort polis (percentage verzekerden per soort polis)



Bron: NZA op basis van NZA (Modelovereenkomsten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Uit deze figuren blijkt dat in 2014 het aanbod van naturapolissen met twee polissen is gestegen naar 31 polissen. Het aantal verzekerden dat een naturapolis heeft afgesloten is met 1% gestegen naar 53%.

In 2014 zijn twee nieuwe natura polissen en twee nieuwe combinatiepolissen aan het aanbod toegevoegd. Eén combinatiepolis is in 2014 niet meer op de markt. Twee polissen die in 2013 als combinatiepolis zijn vermeld, zijn in de tabel in 2014 als restitutiepols aangemerkt, omdat bij deze polissen alleen hulpmiddelen in bruikleen in natura worden verstrekt, waardoor de benaming restitutiepols juist is.

In de onderstaande tabellen wordt nader op deze ontwikkeling ingezoomd en zijn vraag en aanbod per soort polis en contractering van zorg nader uitgesplitst. Bij de polissen met deels gecontracteerde zorg is vaak een klein deel van de zorg niet-gecontracteerd.

Tabel 3.1. Aanbod polissen basisverzekering (aantal polissen per soort polis)

Soort polis	Contractering zorg	2010	2011	2012	2013	2014
Combinatie	Deels gecontracteerd	14	8	7	10	9
	Gecontracteerd	1	6	5	5	5
	Subtotaal	15	14	12	15	14
Natura	Gecontracteerd	17	18	22	29	31
	Subtotaal	17	18	22	29	31
Restitutie	Deels gecontracteerd	6	7	8	12	15
	Gecontracteerd	1	5	6	5	5
	Niet-gecontracteerd	18	12	12	6	5
	Subtotaal	25	24	26	23	25
Totaal		57	56	60	67	70

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Tabel 3.2. Vraag naar polissen basisverzekering (percentage verzekerden per soort polis)

Soort polis	Contractering zorg	2010	2011	2012 ¹⁵	2013	2014
Combinatie	Deels gecontracteerd	28%	8%	20%	20%	18%
	Gecontracteerd	10%	27%	13%	4%	4%
	Subtotaal	39%	36%	33%	25%	22%
Natura	Gecontracteerd	37%	37%	39%	52%	53%
	Subtotaal	37%	37%	39%	52%	53%
Restitutie	Deels gecontracteerd	3%	8%	8%	9%	12%
	Gecontracteerd	1%	6%	6%	5%	5%
	Niet-gecontracteerd	20%	13%	13%	9%	9%
	Subtotaal	24%	27%	27%	24%	25%
Totaal		100%	100%	100%	100%	100%

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

Uit bovenstaande tabel is af te leiden dat in totaal 62% van de verzekerden in 2014 heeft gekozen voor een polis met alleen gecontracteerde zorg en (afgerond) 30% voor een polis met deels gecontracteerde zorg.

¹⁵ Door verbeterde basisgegevens wijken de percentages 2012 licht af van die in de vorige marktscan.

In tabel 3.3. is opgenomen welk percentage van de zorgkosten Zvw volgens de polisvoorwaarden onder gecontracteerde zorg valt. Hieruit blijkt dat vanaf 2011 het percentage gecontracteerde zorg nagenoeg gelijk is gebleven.

Tabel 3.3. Percentage zorgkosten Zvw per contractsoort

	2010	2011	2012	2013	2014
Gecontracteerd	72%	82%	83%	83%	81%
Deels gecontracteerd	4%	1%	0%	0%	1%
Niet gecontracteerd	24%	18%	17%	17%	18%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa op basis van NZa (Modelovereenkomsten), Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag) en verantwoording Zorgverzekeraars lasten Zvw.

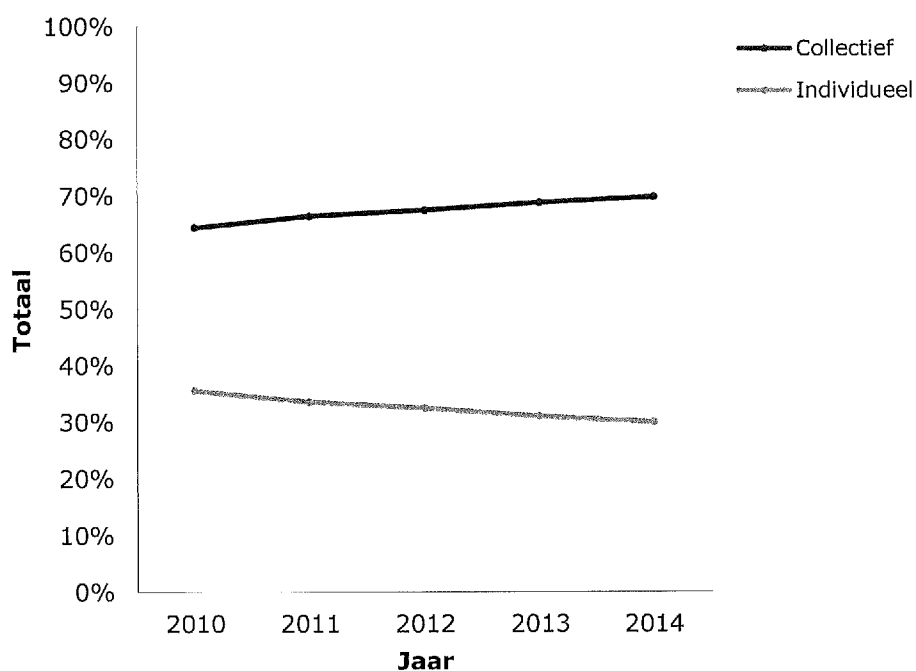
3.3 Individuele versus collectieve verzekeringen

Deze paragraaf beschrijft enkele ontwikkelingen op het gebied van individuele versus collectieve verzekeringen. Achtereenvolgens komt aan bod:

- De ontwikkeling in het percentage verzekerden dat collectief en individueel is verzekerd;
- De collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar;
- De collectieve korting per soort collectiviteit;
- Een vergelijking van de prijs van een individuele verzekering en een collectieve verzekering.

De figuur laat de ontwikkeling van het aantal collectief en individueel verzekerden zien.

Figuur 3.4. Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden



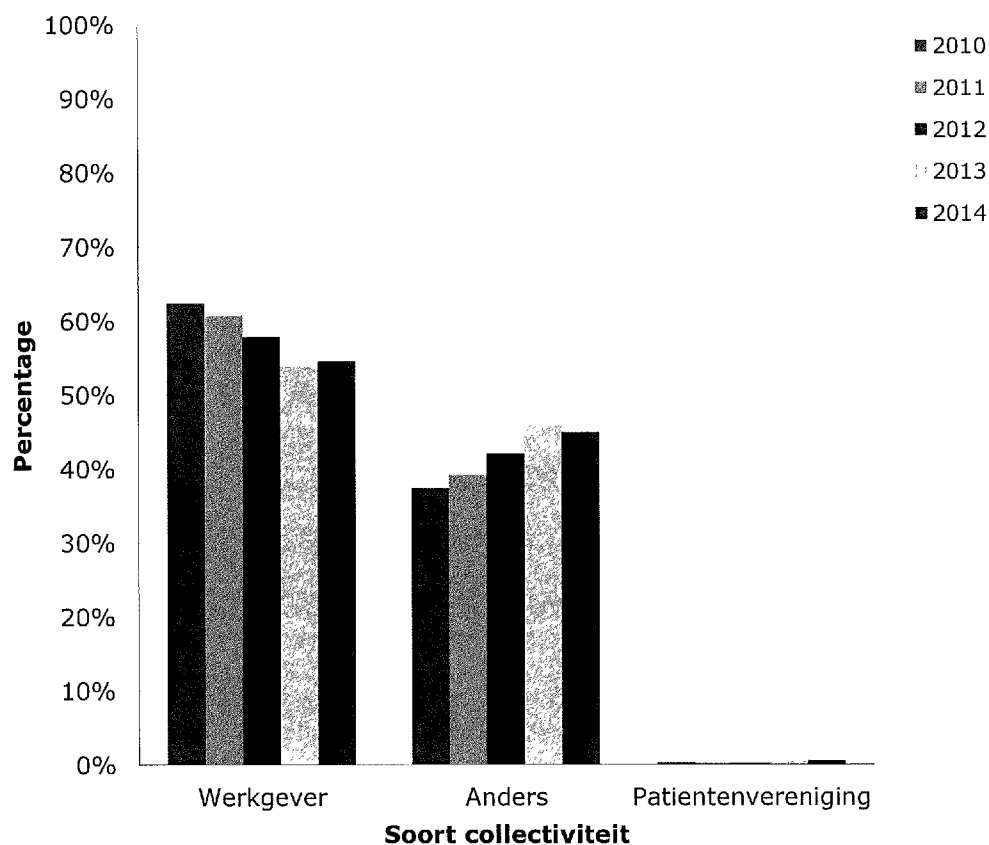
Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Uit de figuur blijkt dat jaarlijks meer verzekerden zich bij een collectiviteit aansluiten. Er zijn ruime mogelijkheden binnen de Zvw om een collectief te sluiten met een zorgverzekeraar.

Van 2010 tot 2013 stijgt het aandeel collectief verzekerden met gemiddeld 2% punt per jaar, in 2014 met 1% punt. In 2014 is ruim 70% collectief verzekerd.

De verdeling van de collectief verzekerden naar soort collectiviteit is weergegeven in de onderstaande figuur.

Figuur 3.5 Collectief verzekerden naar soort collectiviteit



Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten)

Het aantal verzekerden dat is aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit is in 2014 met 251.000 toegenomen tot 55% (6,4 mln.) van de collectief verzekerden.

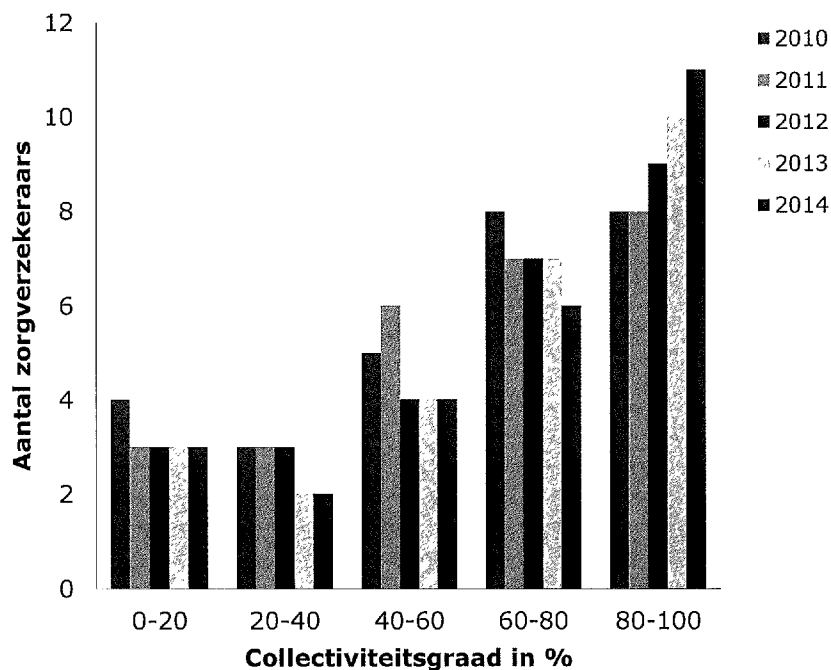
Voor het eerst sinds de invoering van de Zvw is het aandeel van gelegenhedscollectiviteiten (de categorie anders) gedaald. Het absoluut aantal verzekerden met een gelegenhedscollectiviteit is daarbij in 2014 met 38.000 toegenomen tot afgerond 5,3 mln.

Het aantal verzekerden dat is aangesloten bij een patiënten-collectiviteit is al sinds de invoering van de Zvw minder dan 100.000.

De aanbieders van gelegenhedscollectiviteiten uit de categorie anders zijn onder meer koepelorganisaties, verenigingen, bonden, sociale diensten van gemeenten en aanbieders die hun collectieve zorgverzekeringen via internet aanbieden.

In figuur 3.6 zijn zorgverzekeraars in staffels ingedeeld naar de mate waarin hun verzekerden collectief zijn verzekerd. De mate waarin verzekerden collectief zijn verzekerd in relatie tot de individueel verzekerden wordt ook wel de collectiviteitsgraad genoemd.

Figuur 3.6 Zorgverzekeraars ingedeeld naar mate waarin verzekerden collectief zijn verzekerd.



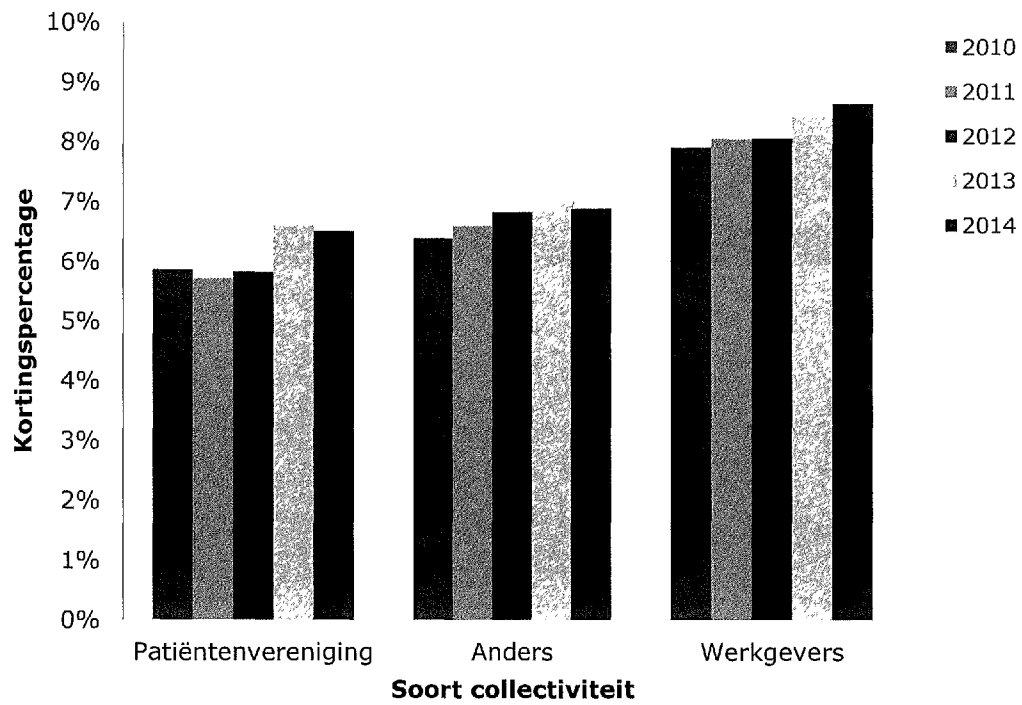
Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Ruim twee derde van de zorgverzekeraars heeft een collectiviteitsgraad van meer dan 50%. Dit betekent dat zorgverzekeraars in hoge mate afhankelijk zijn van collectiviteiten in hun portefeuille. Door de geleidelijke toename van de collectiviteitsgraad door de jaren heen is een verschuiving zichtbaar in de rubricering van zorgverzekeraars met een hogere collectiviteitsgraad.

In figuur 3.7 wordt per categorie collectiviteiten het gemiddelde kortingspercentage ten opzichte van de nominale premie voor de basisverzekering weergegeven. Aangezien weinig collectiviteiten met patiëntenverenigingen worden afgesloten, hebben relatief kleine wijzigingen een grote invloed op de gemiddelde collectiviteitskorting.¹⁶

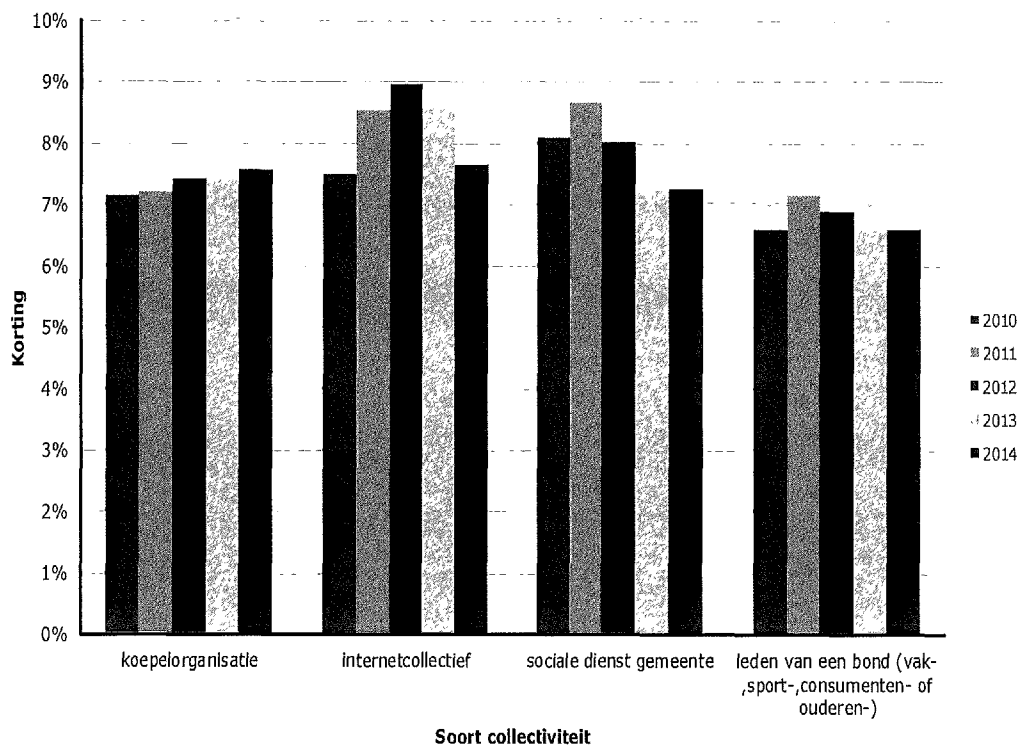
¹⁶ Omdat de laatste tabel een deelwaarneming van alleen de grootste collectiviteiten per zorgverzekeraar betreft, wijkt de berekeningswijze van het gemiddelde kortingspercentage enigszins af van de indicator collectieve korting per soort collectiviteit, waarin alle collectiviteiten zijn begrepen. De categorie 'Anders' uit die indicator is in deze figuur nader uitgesplitst voor de grootste contracten.

Figuur 3.7. Collectieve korting per soort collectiviteit



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Figuur 3.8. Collectieve korting per categorie 'anders'



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

In tabel 3.4 is een vergelijking gemaakt van de betaalde premie voor individuele verzekeringen en de (basispremie – kortingen =) betaalde premie voor collectieve verzekeringen. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn ook hierbij buiten beschouwing gelaten¹⁷.

Tabel 3.4. Prijs individuele versus collectieve verzekering (gewogen gemiddelden)

		2010	2011	2012	2013	2014
Individueel verzekerden	Betaalde premie (= basispremie)	€ 1.137	€ 1.245	€ 1.275	€ 1.262	€ 1.137
Collectief verzekerden	Basispremie	€ 1.154	€ 1.267	€ 1.299	€ 1.289	€ 1.168
	Betaalde premie	€ 1.070	€ 1.174	€ 1.201	€ 1.190	€ 1.080
	Korting op basispremie	7,3%	7,4%	7,5%	7,7%	7,5%
	Korting t.o.v. individueel verzekerden	5,9%	5,7%	5,8%	5,7%	5,0%
Alle verzekerden	Betaalde premie	€ 1.095	€ 1.199	€ 1.226	€ 1.213	€ 1.098

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

Uit de tabel volgt dat, hoewel de basispremie voor collectieve verzekeringen gemiddeld hoger is dan voor individuele verzekeringen, de betaalde premie voor collectieve verzekeringen gemiddeld uiteindelijk lager is vanwege de korting die wordt verstrekt.

In de tabel valt op dat het relatieve verschil in betaalde premie tussen individuele en collectieve verzekeringen kleiner is geworden. In 2014 betalen collectief verzekerden gemiddeld 5,0% minder premie dan individueel verzekerden, terwijl dat in voorgaande jaren ongeveer 5,8% was. Individueel verzekerden hebben in 2014 vaker gekozen voor een polis met een lager dan gemiddelde basispremie.

Onderstaand wordt ingezoomd op het prijsvoordeel per soort collectief.

Tabel 3.5. Prijsvoordeel per jaar collectieve versus individuele verzekering (in euro)

Soort collectief	2010	2011	2012	2013	2014
Werkgevers	74	79	81	81	70
Patientenvereniging	50	50	52	57	46
Anders	56	61	65	61	50
Totaal	67	71	74	72	57

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

Uit de tabel blijkt dat werkgeverscollectiviteiten de hoogste korting bedingen op de basispremie. Het absolute prijsvoordeel is in 2014 gedaald. Dit is voor het grootste deel het gevolg van een daling van de nominale premies, waardoor ook de collectiviteitskortingen in absolute zin dalen. Daarnaast hebben individueel verzekerden, zoals vermeld bij de voorgaande tabel, vaker gekozen voor een polis met een lagere basispremie.

¹⁷ In de door Vektis in april 2014 gepubliceerde 'Zorgthermometer' zijn de kortingen voor eigen risico wel opgenomen in de gemiddeld betaalde premies, zodat deze afwijken van de hier opgenomen tabel.

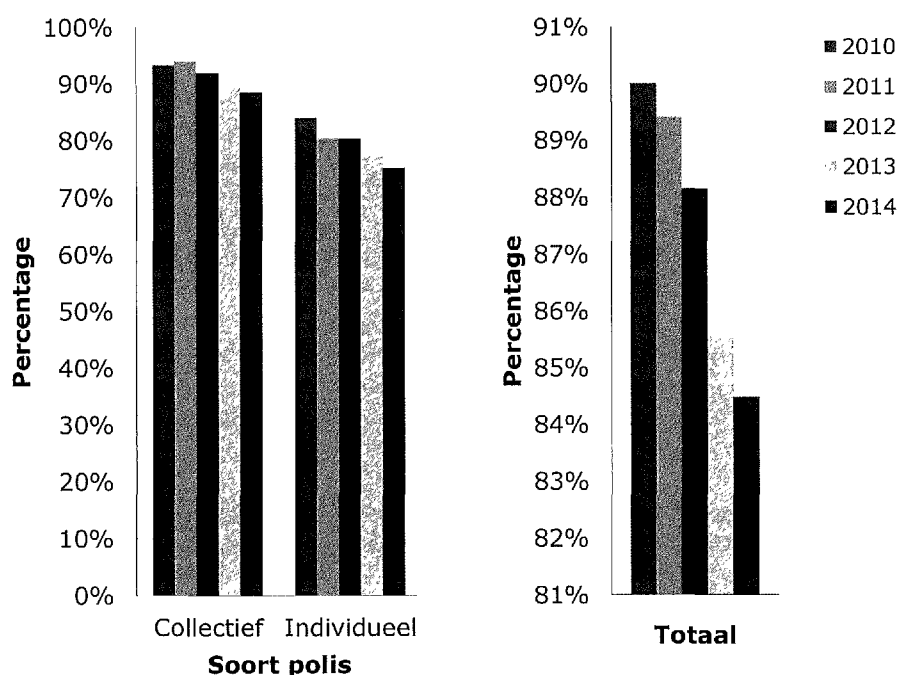
3.4 Aanvullende verzekeringen

Deze paragraaf beschrijft enkele ontwikkelingen op het gebied van de aanvullende verzekeringen. Achtereenvolgens komt aan bod:

- Het percentage aanvullend verzekerden per soort polis;
- Het aantal afgenomen aanvullend verzekeringen, uitgesplitst naar dekking mét en zónder mondzorg;
- Het percentage verzekerden met alleen een aanvullende verzekering;
- Het aantal aanvullende verzekeringen, uitgesplitst naar verzekeringen mét en zónder acceptatievoorwaarden.

De onderstaande figuur geeft het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering weer, opgesplitst naar collectief en individueel verzekerden.

Figuur 3.9. Percentage aanvullend verzekerden per soort polis en totaal



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

In totaal heeft in 2014 ruim 84% van de Zvw-verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten. Het percentage van zowel individueel als collectief verzekerden met een aanvullende verzekering neemt met de jaren af. In totaal hebben 14,2 miljoen verzekerden in 2014 een aanvullende verzekering.

In onderstaande tabel is het aantal aanvullend verzekerden met en zonder dekking voor mondzorg weergegeven. Ongeveer driekwart van de aanvullend verzekerden heeft een dekking voor mondzorg.

Tabel 3.6. Aanvullend verzekerden met en zonder dekking voor mondzorg

	aanvullende verzekering	2012	2013	2014
Aantal x 1mln.	Met mondzorg	11,2	10,4	10,4
	Zonder mondzorg	3,5	3,9	3,8
	Totaal	14,7	14,3	14,2
Percentage	Met mondzorg	76%	73%	73%
	Zonder mondzorg	24%	27%	27%
	Totaal	100%	100%	100%

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

Een klein deel van de verzekerden heeft alleen de aanvullende verzekering afgesloten bij een bepaald concern en de basisverzekering bij een ander concern. Landelijk gaat het in 2013 en 2014 om 0,22% van de aanvullend verzekerden. Deze zijn begrepen in de bovenstaande tabel.

3.4.1 Acceptatievoorwaarden aanvullende verzekering

Verzekeraars hebben geen acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering. De acceptatieplicht geldt alleen voor de basisverzekering. De NZa heeft de afgelopen twee jaar het acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering niet onderzocht. De Consumentenbond heeft hier wel naar gekeken. Hieronder vatten wij de belangrijkste bevindingen van de consumentenbond voor deze marktscan samen. Zoals vorig jaar in de marktscan Zorgverzekeringsmarkt is gerapporteerd, blijkt uit een analyse van de Consumentenbond¹⁸ dat in 2013 ongeveer 20% van de zorgverzekeraars acceptatievoorwaarden hanteert voor de aanvullende verzekering. Voor de tandartsverzekering is dit 56%.

Ook in december 2013 heeft de Consumentenbond¹⁹ weer gekeken naar het acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering voor polissen die op de markt zijn per 2014. Daaruit blijkt dat de meeste aanvullende verzekeringen nog steeds vrij toegankelijk zijn. Slechts een klein aantal van de 35 onderzochte labels (merknamen) van zorgverzekeraars hanteert een acceptatiebeleid. De Consumentenbond noemt vier labels. De Consumentenbond signaleert wel dat er sprake is van enige versoering van de dekking van de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen. Daarnaast signaleert de Consumenten bond dat meer verzekeraars een leeftijdsafhankelijke premie hanteren voor de aanvullende verzekering.

Bij de wijzigingen in de dekking van de aanvullende verzekeringen voor 2014 kan onder andere worden gedacht aan inperkingen voor fysiotherapie, alternatieve geneeswijzen of preventie. Voorbeelden van uitbreidingen van de dekking zijn anticonceptie of dieetadvies.

In het rapport acceptatieplicht²⁰ heeft de NZa ook gekeken naar de aanvullende verzekeringen. De NZa heeft toen geconstateerd dat in een

¹⁸ Consumentengids van december 2012 artikel 'Vreemde vragen van zorgverzekeraars'.

¹⁹ 'Weinig zorgverzekeringen met medische selectie', Consumentenbond, 11 december 2013.

²⁰ Verdiepend onderzoek Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars Bevindingen, acties en aanbevelingen, NZa, april 2014.

enkel geval de toegang tot de aanvullende verzekering afhankelijk is gesteld van het feit of de aspirant verzekerde tot de doelgroep behoort.

3.5 Marktsegmentatie

De zorgverzekeraars bieden zorgverzekeringen aan de consumenten aan. Dezelfde zorgverzekeringen kunnen ook door volmachten of tussenpersonen worden aangeboden. De volmachten mogen namens de zorgverzekeraar polissen afsluiten, premies incasseren en schades behandelen. Ze functioneren zoals een zorgverzekeraar behalve dat ze geen risicodragers zijn. Een tussenpersoon bemiddelt tussen de zorgverzekeraar en de consument. Zorgverzekeraars, volmachten en tussenpersonen gebruiken verschillende labels (merknamen) voor hun zorgverzekeringen in hun marketing. Voor consumenten zijn deze labels het meest zichtbaar en dus de producten waaruit ze kiezen.

De NZa heeft in het kader van het onderzoek acceptatieplicht de marktsegmentatie op de zorgverzekeringsmarkt onderzocht. We hebben zorgverzekeraars gevraagd naar doelgroepenbeleid en segmentatie. Daarnaast hebben we zelf de websites van verzekeraars beoordeeld. Hierbij hebben we in kaart gebracht welke consumentengroepen deze websites aanspreken. De resultaten geven inzicht in de doelgroepen waarop zorgverzekeraars en volmachten concurreren. Voor de exacte bevindingen verwijzen wij naar het verdiepend onderzoek 'Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars' dat wij in april 2014 hebben gepubliceerd.

Uit het rapport acceptatieplicht kan worden geconcludeerd dat zorgverzekeraars de volgende deelmarkten onderscheiden:

- Individuele markt (via internetpolissen)
- Zakelijk (bijvoorbeeld werkgevers, ondernemers)
- (collectieven bij) de overheid
- 'Zorg'-sector
- Gemeenten
- Studenten
- Gezinnen
- Ouderen
- Singles

Deze indeling sluit in grote mate aan bij de doelgroepen die zorgverzekeraars onderscheiden. Een belangrijke doelgroep die daaruit nog naar voren komt betreffen de uitzendbureaus voor seizoenarbeiders. Zorgverzekeraars hanteren ook duidelijk verschillende kanalen voor de marketing in deze doelgroepen. Zo loopt de individuele markt met name via internet, terwijl voor de zakelijke markt veel met tussenpersonen en collectiviteiten wordt gewerkt.

Hiernaast hebben wij ook vorig jaar in de marktscan Zorgverzekeringsmarkt gerapporteerd over marktsegmentatie. Belangrijkste bevindingen waren dat er op grote lijnen drie richtingen van marktsegmentatie kunnen worden onderscheiden, te weten:

- Segmentatie op basis van gezinssituatie, leeftijd of leefstijl. De vaakst voorkomende doelgroepen zijn de jongeren en studenten. Andere doelgroepen op basis van gezinssituatie of leeftijd zijn de gezinnen en vitale 50 plussers.
- Positionering ten opzichte van prijs, kwaliteit en gemak. Denk aan de budgetpolissen, versus de uitgebreide restitutiepolissen.
- Het focussen op deelmarkten. Er bestaan verzekeringen in het bijzonder voor bijvoorbeeld vrouwen en ondernemers.

3.6 Vergoedingsbeperkingen niet gecontracteerde zorg

Zorgverzekeraars stellen soms in de polisvoorwaarden beperkingen aan de te vergoeden zorgkosten voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

In de vorige marktscan is ingegaan op de discussie die speelt rond de vraag welke vergoeding voor niet gecontracteerde zorg op grond van de Zvw is toegestaan. In de zaak Momentum-CZ heeft de rechtbank geoordeeld dat een vergoeding van minder dan 75-80% in strijd is met het zogeheten hinderpaalcriterium²¹. Deze uitspraak is in hoger beroep bevestigd.²² Recent heeft de Hoge Raad in deze zaak uitspraak gedaan.²³ De Hoge Raad heeft geoordeeld dat het hinderpaalcriterium van toepassing is op de hoogte van de vergoeding die de zorgverzekeraar geeft voor niet gecontracteerde zorg.

Het wetsvoorstel om artikel 13 Zvw te wijzigen is door de Tweede Kamer aangenomen. Het wetsvoorstel ligt momenteel voor bij de Eerste Kamer. Dit artikel bepaalt onder meer welke vergoeding de zorgverzekeraar kan geven voor niet gecontracteerde zorg. De wijziging van artikel 13 Zvw, die naar verwachting ingaat op 1 januari 2016, maakt het mogelijk dat zorgverzekeraars voor met name medisch specialistische zorg en GGZ-zorg zelf kunnen bepalen of zij een vergoeding geven voor niet gecontracteerde zorg en zo ja, hoeveel. Voor een aantal in het wetsvoorstel genoemde zorgvormen blijft de huidige regeling en dus ook het hinderpaalcriterium van kracht. Enkele andere wijzigingen die zijn opgenomen in het wetsvoorstel, zoals de transparantieverplichtingen voor het inkoopbeleid treden naar verwachting per 2015 in werking.

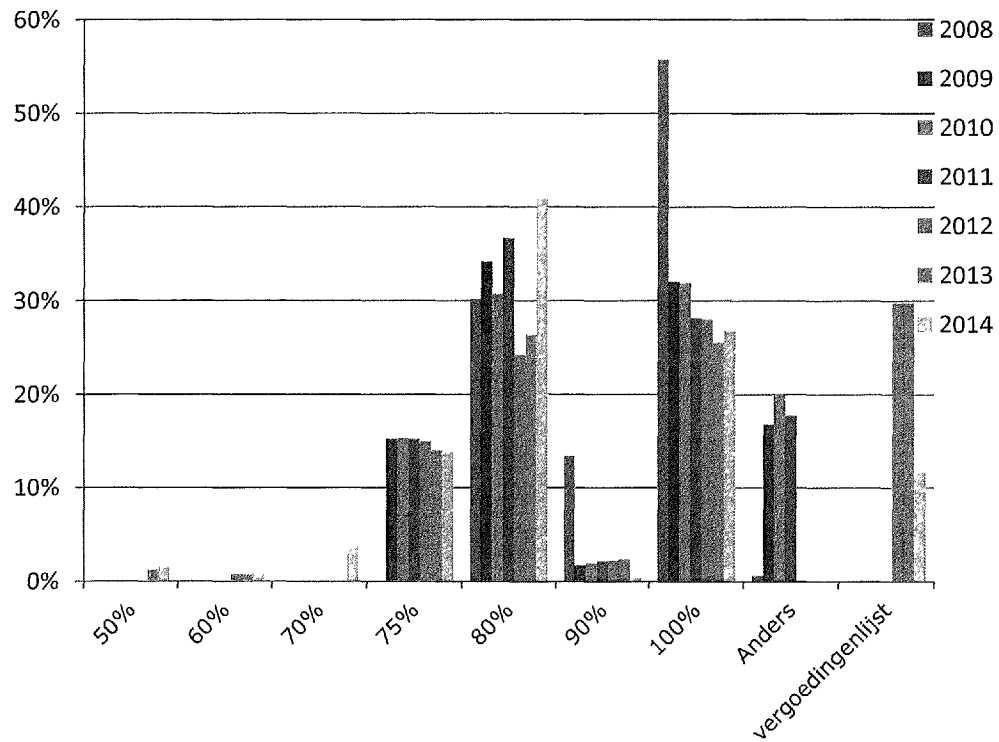
In de onderstaande figuur is de ontwikkeling te zien van het percentage verzekerden met een vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg.

²¹ Rechtbank Zeeland-West-Brabant 14 maart 2013, *LJN* BZ4071, C/02/259832 / KG ZA 13-79.

²² Gerechtshof 's Hertogenbosch 9 juli 2013, *ECLI:NL:GHSHE:2013:2971*.

²³ Hoge Raad 11 juli 2014, zaaknummer 13/04365, *ECLI:NL:HR:2014:1646*.

Figuur 3.10. Ontwikkeling aantal verzekerden met vergoedingsbeperking bij niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg (in procenten)

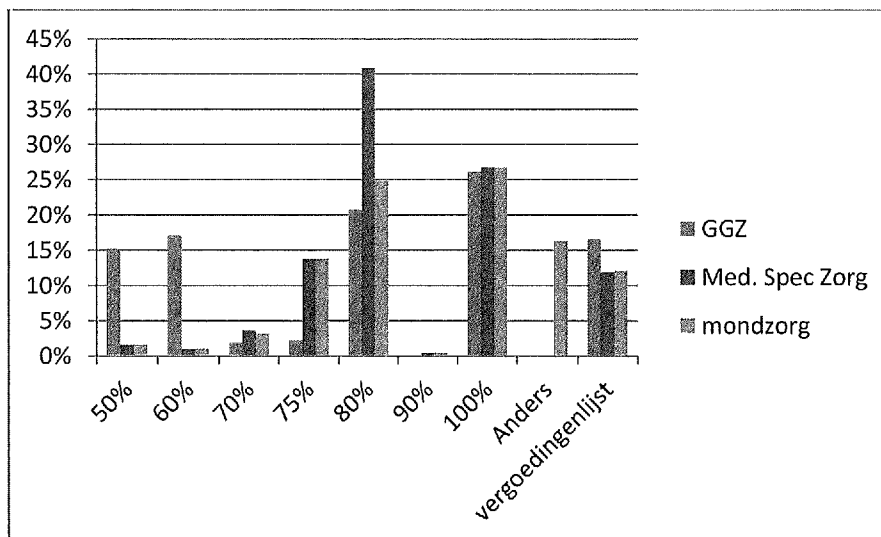


Bron: NZa

In de categorie 'vergoedingenlijst' is de vergoeding beperkt volgens een door de zorgverzekeraar vastgestelde lijst met maximum vergoedingen die vaak lager zijn dan bij gecontracteerde zorg. Het betreft de polissen met (deels) gecontracteerde zorg van een grote en drie kleine zorgverzekeraars.

In figuur 3.11 zijn voor het jaar 2014 naast de vergoedingsbeperkingen voor de medisch specialistische zorg, ook de vergoedingsbeperkingen voor de GGZ en mondzorg weergegeven. Op de horizontale as staan de vergoedingen voor niet gecontracteerde zorg (in percentage, overig of lijst) en op de verticale as het percentage verzekerden waarvoor dit geldt.

Figuur 3.11. Beperking vergoeding niet-gecontracteerde zorg voor Medisch specialistische zorg, GGZ en Mondzorg, in 2014 (in percentage verzekerden)



Bron: NZa

Uit de figuur blijken twee bijzonderheden. Voor medisch specialistische zorg is de meest voorkomende vergoeding bij een vergoedingsbeperking voor niet gecontracteerde zorg 80%. Uit de figuur blijkt dat zorgverzekeraars de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg in de GGZ voor een substantiële groep van verzekerden in sterkere mate beperkt dan in de medisch specialistische zorg of de mondzorg. Deze vergoeding kan op grond van recente rechterlijke uitspraken strijdig zijn met het hinderpaalcriterium.

3.6.1 Polissen met selectieve contractering (budgetpolissen)

De laatste jaren bieden zorgverzekeraars meer polissen aan met een selectieve contractering (ook wel budgetpolissen genaamd) van zorgaanbieders. In 2008 was er sprake van één budgetpolis. Het betrof de Zekur Polis van Univé. Inmiddels zijn er twaalf budgetpolissen op de markt. Kenmerken van deze polissen zijn bijvoorbeeld een lagere premie, keuze uit een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders, een relatief lage vergoeding (dus hoge eigen betaling) tot in het uiterste geval 50% van het laagst gecontracteerde tarief bij gebruik van niet gecontracteerde zorg (dit geldt met name voor de GGZ), de verplichting geneesmiddelen en/of hulpmiddelen on line te bestellen bij een bepaalde aanbieder en een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen voor bepaalde behandelingen. Bij enkele van deze polissen moeten declaraties via internet worden ingediend en/of worden alle administratieve zaken via internet afgehandeld.

In de onderstaande tabellen wordt de ontwikkeling van aanbod en vraag van deze budgetpolissen weergegeven. Hieruit blijkt dat in 2014 een kleine 600.000 18-plussers een budgetpolis heeft afgesloten.

Tabel 3.7. Aanbod budgetpolissen

Soort polis	Contractering zorg	2010	2011	2012	2013	2014
Natura	Gecontracteerd (selectief)	5	5	8	10	12

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Tabel 3.8. Vraag naar budgetpolissen

Soort polis	Contractering zorg	2010	2011	2012	2013	2014
Natura	Gecontracteerd (selectief)	0,5%	1,1%	1,7%	3,3%	4,4%

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

In de onderstaande tabel is de gewogen gemiddeld betaalde premie inclusief collectiviteitskortingen weergegeven voor de verschillende soorten polissen, waarbij de budgetpolissen met selectief gecontracteerde zorg apart zijn weergegeven.

Tabel 3.9. Prijs per soort polis (in euro)

Soort polis	2010	2011	2012	2013	2014
Combinatie	1.093	1.198	1.214	1.208	1.116
Natura (niet-selectief)	1.095	1.202	1.239	1.215	1.089
budgetpolis (natura, selectief)	991	1.112	1.154	1.143	1.004
Restitutie	1.099	1.199	1.228	1.223	1.117
Totaal	1.095	1.199	1.226	1.213	1.098

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

De tabel laat zien dat verzekerden duidelijk minder premie betalen voor een budgetpolis met selectief gecontracteerde zorgaanbieders ten opzichte van de andere soorten polissen. De tabel laat overigens ook zien dat er weinig verschil in prijs is tussen een restitutiepolis en een natura polis zonder selectief gecontracteerde zorgaanbieders.

3.7 Zorgplicht

Bij het inkopen van zorg zullen zorgverzekeraars altijd rekening moeten houden met hun zorgplicht (art. 11 Zvw). De zorgplicht houdt in dat op zorgverzekeraars de verplichting rust ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

Verzekerden met een restitutiepolis hebben recht op vergoeding van zorg en zorgbemiddeling. De zorgverzekeraar dient de verzekerde te bemiddelen naar een hulpverlener die kwalitatief deugdelijke zorg levert. Ook moet de zorgverzekeraar er rekening mee houden dat de zorg tijdig wordt geleverd en bereikbaar is voor de verzekerden voor wie hij bemiddelt.

Bij prestaties die in natura worden aangeboden gaat de zorgplicht van zorgverzekeraars een stap verder. De zorgverzekeraar heeft een resultaatsverplichting tot het (laten) leveren van zorg en moet waarborgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor zijn verzekerden

zodat zij de zorg kunnen krijgen waar zij behoefte aan hebben. De zorgverzekeraar moet proactief beleid hebben ontwikkeld zodat de tijdigheid en bereikbaarheid van de zorgverlening aan zijn verzekerden ook blijft wanneer een gecontracteerde zorgaanbieder zou wegvallen.

Zorgverzekeraars zijn vrij om te kiezen welke zorgaanbieders zij hiervoor contracteren. Zij zijn dus niet verplicht om met alle zorgaanbieders contracten te sluiten. De NZa heeft in de beleidsregel 'Toetsingskader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' (TH/BR-009) vastgelegd hoe zij toezicht houdt op de zorgplicht.

Vorig jaar heeft een aantal grotere zorgplichtdossiers gelopen. Het betrof een aantal ziekenhuizen die in financiële problemen waren geraakt. Dit waren het Slotervaart Ziekenhuis, Ruwaard van Putten en het Lange Land Ziekenhuis. Voor deze ziekenhuizen heeft de NZa gekeken naar de maatregelen die de zorgverzekeraars hebben getroffen om hun zorgplicht te kunnen nakomen (voor zover zij de zorg in natura inkopen).

Voor deze ziekenhuizen heeft de NZa onderzocht in hoeverre zij noodzakelijk zijn voor de borging van cruciale zorg.²⁴ Dit bleek slechts bij één ziekenhuis het geval. Het ministerie van VWS kan een vangnetstichting oprichten, uitsluitend indien er sprake is van cruciale zorg en er voor de zorgverzekeraar sprake is van overmacht. Dit bleek uiteindelijk in geen van de gevallen noodzakelijk.

De NZa heeft in het geval van Lange Land en Ruwaard van Putten de betrokken zorgverzekeraars gevraagd welke maatregelen zij hebben getroffen om de zorg voor bestaande patiënten op korte termijn te borgen. Met name in het geval van het Ruwaard was dit van belang omdat er sprake was van een dreigend faillissement. Uiteindelijk is dit ook uitgesproken. Het Lange Land zou worden overgenomen door zorggroep de Vierstroom.

In het geval van het Slotervaart was er geen directe dreiging van een faillissement. Hier speelde dat het ziekenhuis geen contract had gesloten met de grootste zorgverzekeraar. Daarop is de betrokken zorgverzekeraar gevraagd hoe zij de zorgplicht voor haar verzekerden kan waarborgen en welke maatregelen daartoe zijn genomen. Ook is gekeken naar de communicatie richting verzekerden over het niet afsluiten van een contract. Inmiddels is er alsnog een contract gesloten en is het ziekenhuis overgenomen door de MC-groep.

3.8 Toegangseisen aanspraken

Onderzocht is of zorgverzekeraars eisen stellen als het gaat om de toegang tot aanspraken waar verzekerden recht op hebben. Daarbij is gekeken hoe vaak voor een bepaalde verstrekking toegangseisen worden gesteld en of er sprake moet zijn van een toestemming, voorschrift, verwijzing of verklaring.²⁵ Deze kunnen soms

²⁴ Spoedeisende hulp, acute verloskunde, ambulancezorg, cisis GGZ en AWBZ.

²⁵ Toestemming is gelijk aan een machtiging. De zorgverzekeraar moet op grond van de polisvoorwaarden vooraf goedkeuring voor de behandeling geven voordat die kan worden geleverd/vergoed. Een voorschrift wordt gegeven wanneer de behandelend arts voorschrijft welke vervolgbehandeling of medicatie wordt gegeven. Een recept is een voorbeeld van een voorschrift. Er is sprake van een verwijzing wanneer een arts een patiënt verwijst naar een andere zorgaanbieder voor een specifieke klacht. Denk aan de verwijzing van de huisarts naar een medisch specialist. Een verwijzing is noodzakelijk om aanspraak te kunnen maken op medisch specialistische zorg. Er is sprake van een verklaring als het voor het ontvangen van een behandeling nodig is dat eerst een arts eerst een medische indicatie stelt.

naast elkaar gevraagd worden. Er is ook gekeken of er een relatie is tussen het aantal toegangseisen en of er sprake is van een natura of restitutie-aanspraak. Voor de analyse is gezocht naar veel voorkomende eisen die voor toegang van zorg worden gesteld. Een zorgverzekering stelt toegangseisen vaak afhankelijk van de vraag of de betreffende zorg is gecontracteerd of niet of dat er sprake is van zorg die slechts onder bepaalde omstandigheden aan kan worden gemerkt als verzekerde zorg.

In tabel 3.10 zijn de uitkomsten van de analyse opgenomen. De tabel bevat aanspraken op zorg die in de modelovereenkomsten worden aangeboden. De tweede kolom geeft het percentage weer van de zorgverzekeringen waarin één of meer van de vier toegangsvoorwaarden (toestemming, voorschrift, verwijzing of verklaring) voor zorg zijn opgenomen. De derde en opvolgende kolommen geven in procenten aan hoe vaak in de polissen een specifieke toegangseis opgenomen is (afzonderlijk weergegeven voor toestemming, voorschrift, verwijzing en verklaring).

In deze analyse tellen we alle zorgverzekeringen mee die toegangseisen stellen ongeacht of deze eisen voor alle gevallen of alleen voor specifieke situaties gelden. In het geval van fysiotherapie bijvoorbeeld eist 79% van de zorgverzekeringen een verwijzing. Dit gaat echter grotendeels om verwijzing in geval van niet-gecontracteerde aanbieders. Gecontracteerde aanbieders van fysiotherapie kunnen doorgaans zonder verwijzing worden bezocht. Voor medisch specialistische zorg geldt dat op grond van de wet altijd een verwijzing nodig is, behalve indien er sprake is van acute zorg. Uit de analyse van de onderliggende data blijkt verder dat er geen verband is tussen de toegangseisen en of er sprake is van natura of restitutiepolis.

Tabel 3.10. Toegangseisen voor de aanspraken op zorg (in procenten)

Verstrekking	voorwaarden	toestemming	voorschrift	verwijzing	verklaring
Ambulance vervoer	63	39	33	13	17
Dieetadvisering	88	0	0	76	10
Ergotherapie	81	0	19	50	11
Farmaceutische zorg	100	54	100	3	19
Fysiotherapie	93	36	19	79	26
GGZ	100	1	6	100	13
Huisartsenzorg	24	14	0	13	6
Hulpmiddelenzorg	87	63	9	20	6
Ketenzorg	28	6	0	22	0
Kraamzorg	84	1	6	24	14
Logopedie	84	0	20	50	11
Med. Spec. zorg	100	69	0	100	17
Mondzorg	94	83	0	51	11
Oefentherapie	93	36	19	80	9
Verloskundige zorg	60	3	4	47	3
Zittend ziekenvervoer	97	84	34	4	23

Bron: NZa

3.9 Overstappedrag

Deze paragraaf beschrijft het overstappedrag en de ontwikkeling daarin. Achtereenvolgens komt aan bod:

- kwantitatieve gegevens over overstappedrag

- kenmerken van overstappers en niet overstappers
- belemmeringen bij overstappen
- verzekeraar keuze van collectiviteiten

3.9.1 Kwantitatieve gegevens overstappers

De NZa definieert overstap als het veranderen van zorgverzekeraar (risicodragers), ook binnen hetzelfde concern. Indien een verzekerde overstapt bij een zorgverzekeraar van het ene label naar het andere label van diezelfde zorgverzekeraar wordt dit niet als een overstap geregistreerd. Als een collectiviteit in zijn geheel overstapt van een zorgverzekeraar naar een andere zorgverzekeraar, wordt het als overstap van elk lid van de collectiviteit opgevat.

In onderstaande tabel is voor de jaren 2010-2014 weergegeven hoeveel verzekerden in totaal bij een andere zorgverzekeraar (risicodragers) zijn ingestroomd, zowel in aantallen als in percentages. De NZa hanteert de instroom als mobiliteitsindicator voor overstapedrag.

Tabel 3.11. Instroom verzekerden

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal verzekerden instroom (in mln.)	0,7	0,9	1,0	1,4	1,2
Totaal blijvers (in mln.)	15,8	15,7	15,7	15,3	15,6
Tot aantal verzekerden (in mln.)	16,5	16,6	16,7	16,7	16,8
Instroom %	4,3%	5,5%	6,0%	8,3%	6,9%
Blijvers %	95,7%	94,5%	94,0%	91,7%	93,1%

Bron: NZa op basis Vektis uitvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag (2010-2013) en VECOZO Aanlevering Verzekerden Gegevens (2014)

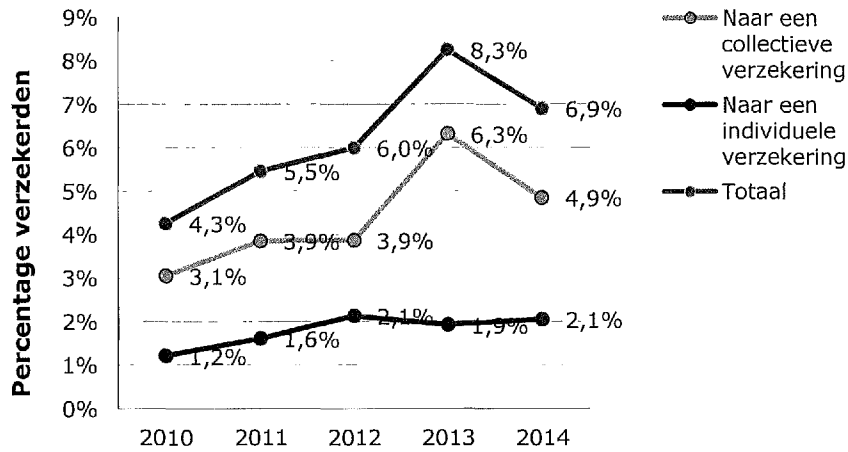
Uit de tabel volgt dat in 2014 de stijgende trend van de afgelopen jaren in het aantal overstappers is doorbroken. Per 2014 is 6,9% van de verzekerden (1,2 miljoen in aantal) ingestroomd bij een andere zorgverzekeraar.

Vektis presenteert in de Zorgthermometer 'Verzekerden in beweging 2014'²⁶ drie varianten van het overstapcijfer 2013/2014. Het overstapcijfer exclusief de overstap van enkele grote collectiviteiten bedraagt 6,5%, inclusief collectiviteiten 6,9% (conform tabel 3.11) en exclusief collectiviteiten en exclusief overstappers naar een andere verzekeraar binnen het zelfde concern 5,8%.

Figuur 3.12 toont de ontwikkeling van het percentage verzekerden dat jaarlijks overstapt naar een andere zorgverzekeraar, en maakt daarbij tevens onderscheid naar verzekerden die zijn overgestapt naar een collectieve zorgverzekering en verzekerden die zijn overgestapt naar een individuele zorgverzekering.

²⁶ Bron: Vektis, Zorgthermometer 'Verzekerden in beweging 2014', april 2014.

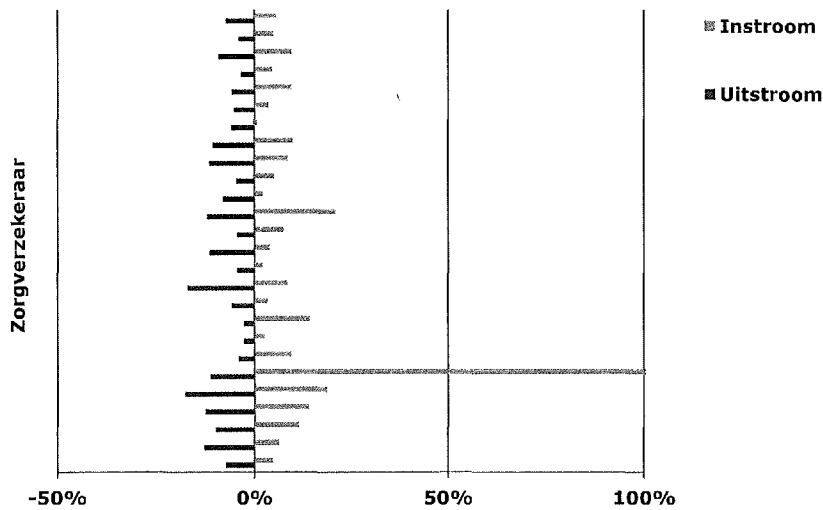
Figuur 3.12. Percentage verzekerdens dat jaarlijks instroomt bij een andere zorgverzekeraar



Bron: NZa op basis Vektis uitvraag Verzekerdensmobiliteit en Keuzegegedrag (2010-2013) en VECOZO Aanlevering Verzekerdens Gegevens (2014)

Onderstaande figuur toont per zorgverzekeraar de uitstroom en de instroom van 2013 op 2014 als percentage van het aantal verzekerdens eind 2013.

Figuur 3.13. Percentage in en uitstroom van verzekerdens per zorgverzekeraar



Bron: NZa op basis Vektis uitvraag Verzekerdensmobiliteit en Keuzegegedrag (2010-2013) en VECOZO Aanlevering Verzekerdens Gegevens (2014)

De instroom en uitstroom van verzekerdens van 2013 op 2014 zijn per zorgverzekeraar uitgedrukt in een percentage van het aantal verzekerdens per eind 2013. De grootste uitstroom bedraagt 18% bij een zorgverzekeraar. De grootste instroom in de figuur bedraagt 261% (niet zichtbaar in de figuur). Dit betreft vrijwel volledig de instroom van drie collectiviteiten bij een kleine zorgverzekeraar.

In tabel 3.12 is een berekening opgenomen van de overstapwinst en de prijsgevoeligheid. De prijsgevoeligheid of ook wel de prijselasticiteit genoemd, geeft de relatieve (procentuele) verandering van de gevraagde hoeveelheid aan als gevolg van een relatieve (procentuele)

prijsverandering van dat goed. Met deze uitkomst kan een inschatting worden gemaakt of een prijsverandering leidt tot een stijging van de omzet of juist tot een omzetsdaling. Hoe hoger de absolute waarde is van de prijsgevoeligheid, hoe feller consumenten reageren op een prijswijziging. Over het algemeen is deze reactie tegengesteld aan de prijsontwikkeling. Dus bij een premiestijging zullen verzekerden wegtrekken naar andere aanbieders, terwijl bij een premiedaling het aantal verzekerden zal toenemen.

In deze tabel is overstappen ruimer gedefinieerd dan een verandering van zorgverzekeraar. Het betreft hier overstappen tussen het individueel of collectief afsluiten van dezelfde polis, het afsluiten van een andere polis bij dezelfde zorgverzekeraar of het helemaal overstappen naar een andere zorgverzekeraar, al dan niet binnen hetzelfde concern.

Tabel 3.12. Prijsgevoeligheid overstappen

	2010	2011	2012	2013	2014
Ongewogen gemiddelde premie (voor overstappen)	€ 1.118	€ 1.214	€ 1.243	€ 1.232	€ 1.111
Gewogen gemiddelde premie (vóór overstappen)	€ 1.099	€ 1.201	€ 1.229	€ 1.217	€ 1.102
Gewogen gemiddelde premie (na overstappen)	€ 1.095	€ 1.199	€ 1.226	€ 1.213	€ 1.098
Totale overstapwinst x 1 miljoen	€ 50,4	€ 35,8	€ 39,7	€ 52,6	€ 54,2
Prijsgevoeligheid	-2,5	-1,6	-1,8	-2,3	-1,3

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

Hoewel in 2014 minder mensen zijn overgestapt is de overstapwinst in 2014 hoger dan in 2013. Uit de tabel volgt dat de consumenten in 2014 ruim € 54 miljoen aan premiegelden voor de basisverzekering hebben bespaard door over te stappen naar een andere polis (en/of collectiviteit/zorgverzekeraar) die in 2014 lager is geprijsd dan waarvoor hun vorige polis in 2014 wordt aangeboden. De prijsgevoeligheid van -1,3 in 2014 betekent dat een premieverhoging van 1% van een gemiddelde polis (terwijl de prijs van andere polissen gelijk blijft) leidt tot een afname van de vraag naar die polis van 1,3%.

3.9.2 Kenmerken van overstappers en niet overstappers

Tabel 3.13 laat de verschillen zien tussen de kenmerken van frequente overstappers (verzekerden die drie keer over vaker overgestapt zijn) en niet-overstappers zien. Van de frequente overstappers is 53% vrouw en van de niet-overstappers is dit 51%. De groep niet-overstappers zijn ouder dan de frequente overstappers. Frequente overstappers maken minder zorgkosten dan de niet-overstappers.

Tabel 3.13. Kenmerken van de overstappers versus de niet-overstappers op 1 januari 2014

Kenmerken	Niet-overstappers	Frequente overstappers
Percentage vrouw	51%	53%
Gemiddelde leeftijd	47 jaar	33 jaar
Kosten per verzekerde in 2011	€ 2.206	€ 1.345

Bron: Vektis, Zorgthermometer 'Verzekerden in beweging 2014', april 2014.

3.9.3 Belemmeringen bij overstappen

Als belangrijkste redenen om niet over te stappen noemen de niet-overstappers: 1) tevreden over de dekking van de totale polis, 2) zit al jaren bij deze zorgverzekeraar, 3) tevreden over de service van mijn zorgverzekeraar. Deze redenen vormen over de jaren heen de top drie.

Tabel 3.14. Redenen om bij de zorgverzekeraar te blijven (in %)

Redenen om niet over te stappen	2011	2012	2013	2014
Tevreden over de dekking van de totale polis	55	53	52	49
Ik zit al heel lang bij deze zorgverzekeraar	30	31	32	30
Tevreden over de service van mijn zorgverzekeraar	26	26	27	20
Tevreden over de dekking van de basisverzekering	18	16	20	17
Tevreden over de collectiviteitskorting	22	20	19	16
Tevreden over de kwaliteit van zorg die mijn zorgverzekeraar regelt	20	20	18	16
Tevreden over de dekking van de aanvullende verzekering	19	21	19	15
Ik weet wat ik kan verwachten van mijn huidige zorgverzekeraar	19	20	22	13
Tevreden over de hoogte van de totale premie	16	15	12	13
Het was mij teveel moeite om te zoeken naar een eventuele andere, betere en/of goedkopere zorgverzekeraar	14	14	16	12
Ik zie te weinig onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars	10	12	17	9
Tevreden over de dekking van het collectieve contract	15	13	14	8
Mijn zorgverzekeraar heeft een goed imago	13	12	13	8
Ik denk niet dat ik een andere, betere en/of goedkopere zorgverzekeraar kan vinden	12	11	11	8
Tevreden over de hoogte van de premie van de basisverzekering	5	5	5	7
Ik ben bang voor (administratieve) problemen indien ik overstap naar een andere zorgverzekeraar	5	6	8	4
Ik ben bang dat ik niet geaccepteerd zal worden voor de aanvullende verzekering	3	5	7	4
Tevreden over de hoogte van de premie van de aanvullende verzekering	4	4	3	4
Ik denk dat het voor mij niet mogelijk is om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar	2	4	4	3
Tevreden over het vrijwillig eigen risico en de daarbij behorende premiekorting	3	3	2	2
De informatie die ik had om te kiezen was onduidelijk	-	2	2	2
Ik had te weinig informatie om te kunnen kiezen	-	2	3	1
Anders	4	6	6	5
Aantal respondenten	1.161	806	781	748

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg NIVEL 2014

Consumentenpanel gezondheidszorg van het NIVEL²⁷ heeft ook onderzocht wat consumenten die zijn overgestapt naar een nieuwe zorgverzekeraar als reden hebben aangegeven om over te stappen. De belangrijkste redenen die zij aangeven betreffen de hoogte van zowel totale premie als de premie voor alleen de basis- en de aanvullende verzekering. Bij het onderzoek naar de redenen om van zorgverzekeraar te wisselen waren onvoldoende respondenten om hier een statisch verantwoord nadere duiding aan te geven.

²⁷ Reitsma-van Rooijen, M. & Jong, J.D. de (2014). 'Percentage overstappers afgenomen; Keuzevrijheid minstens zo belangrijk als premie.' Utrecht: NIVEL, 2014.

3.10 Herverzekering verplicht en vrijwillig eigen risico

Alle verzekerden van 18 jaar of ouder hebben in 2014 een verplicht eigen risico van € 360. Dit betekent dat verzekerden van hun zorgkosten de eerste € 360 zelf moeten betalen. Daarnaast kunnen zij in ruil voor een premiekorting een eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 kiezen. De zorgkosten worden eerst ten laste van het verplicht en het vrijwillig eigen risico gebracht en pas daarna ten laste van de zorgverzekering. Enkele zorgkosten zoals huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg zijn uitgesloten van het eigen risico.

Het eigen risico kan worden herverzekerd. Bij een herverzekering van het eigen risico hoeft de polishouder geen eigen risico te betalen wanneer hij zorg ontvangt. Herverzekering van het eigen risico is voor zorgverzekeraars interessant wanneer zij op die manier een voorspelbaar debiteurenrisico kunnen beperken.

Dit speelt met name bij minima en seizoenarbeiders. Bij deze groepen is er een groot risico op wanbetaling wanneer zorgkosten ten laste van het eigen risico wordt gebracht. Een verzekerde met een bijstandsuitkering is vaak niet bij machte om een eigen risico van € 360 op te brengen. In het geval van seizoenarbeiders en expats is de kans groot dat de verzekerde niet meer in Nederland is wanneer de zorgverzekeraar een declaratie ontvangt. Het incasseren van het eigen risico in het woonland van de seizoenarbeider kan dan erg moeizaam worden. Herverzekering van het verplicht eigen risico voorkomt dit soort betalingsproblemen. Ditzelfde geldt ook voor zeevarenden, aangezien zij het merendeel van het jaar overzees zijn.

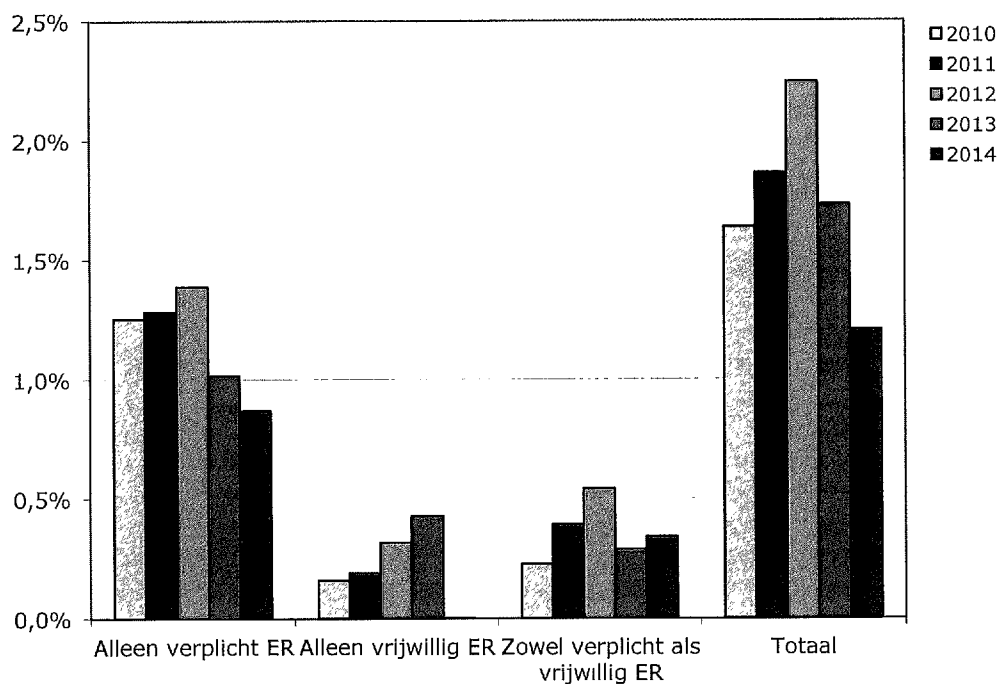
Zorgverzekeraars bieden om bovenstaande redenen voor werkgeverscollectiviteiten voor seizoenarbeiders een herverzekering van het eigen risico. Via de gemeenten kunnen uitkeringsgerechtigden en minima gebruik maken van een collectiviteit van de gemeentelijke uitkeringsinstantie om zich tegen het eigen risico te verzekeren. Via de CAO voor zeevarenden is geregeld dat onder voorwaarden de herverzekering van het eigen risico voor risico van de werkgever komt.

Tot en met 2013 werd herverzekering van het eigen risico ook aangeboden aan studenten. De reden om dat te doen lag niet in het feit dat er sprake is van een hoog debiteurenrisico, maar om een zo laag mogelijke premie te kunnen rekenen. Hierbij werd ook het maximaal vrijwillig eigen risico herverzekerd. Doordat studenten gemiddeld weinig zorg consumeren kan dit tegen een lage herverzekeringspremie. Dit herverzekeren voor studenten is ongewenst, omdat hiermee via een omweg het verbod op premiedifferentiatie wordt omzeild en de solidariteit van het stelsel wordt aangetast. Om deze reden bieden zorgverzekeraars de herverzekering van het eigen risico voor studenten per 2014 niet langer aan.

Figuur 3.14 geeft het percentage verzekerden weer waarvan het verplicht en/of vrijwillig eigen risico is herverzekerd.²⁸ Figuur 3.15 zoomt in op de categorieën van verzekerden met een herverzekering van het eigen risico, te weten de: zeevarenden, buitenlandse (seizoen)arbeiders, expats, uitkeringsgerechtigden, minima en (tot en met 2013) studenten.

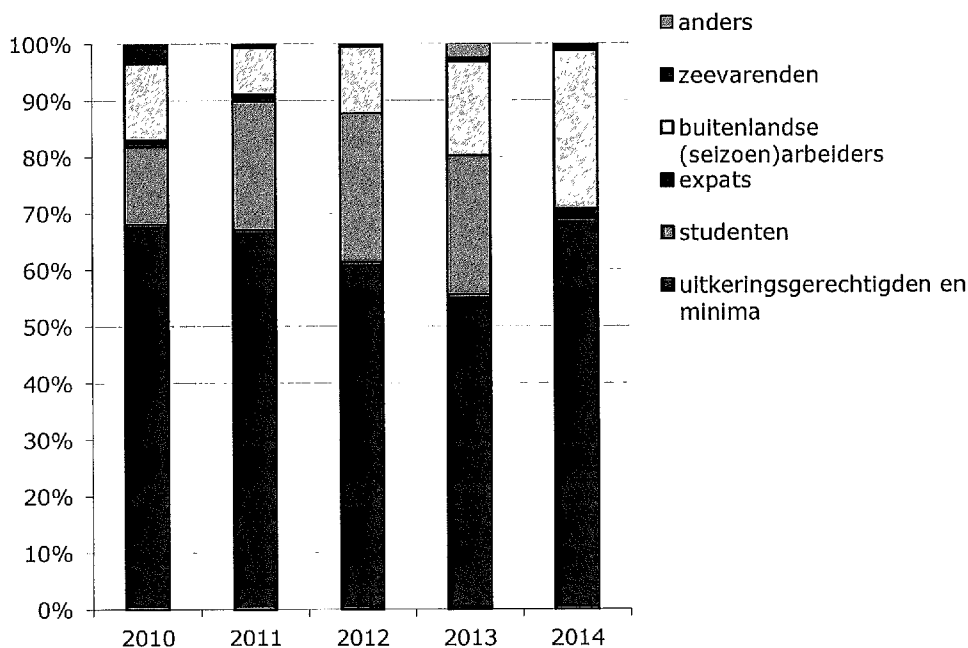
²⁸ Het betreft de stand per 1 februari jaar t. Met name voor seizoenarbeiders zal deze stand afwijken van het jaarlijks gemiddelde, omdat de omvang van deze doelgroep gedurende het jaar verandert.

Figuur 3.14. Percentage verzekerden (18+) met herverzekering van het eigen risico



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Figuur 3.15. Verdeling verzekerden met herverzekering eigen risico naar categorie



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Uit figuur 3.14 blijkt dat het percentage verzekerden met herverzekering van het eigen risico in 2014 sterk is afgenomen. De daling bedraagt 30% (in 2013 22%). De oorzaak is dat met ingang van 2014 geen enkele zorgverzekeraar herverzekering aanbiedt bij een op studenten gerichte polis. Daarom komt in figuur 3.15 per 2014 geen categorie studenten meer voor. Uit de uitvraag collectiviteiten blijkt dat er per februari 2014 nog 111.140 verzekerden zijn met herverzekering van het eigen risico.

Deze bestaan voor 97% uit uitkeringsgerechtigden, minima en buitenlandse seizoenarbeiders.

In hoofdstuk 4.2 wordt ingegaan op de signalen die de NZa in de afgelopen periode heeft ontvangen. Hierbij wordt ook ingegaan op signalen die de NZa heeft ontvangen over herverzekering van het eigen risico voor arbeidsmigranten zoals seizoenarbeiders. Uit deze signalen blijkt dat verzekerden niet goed geïnformeerd zijn over de te betalen premie en zorgverzekeringen zouden onterecht worden beëindigd.

3.11 Risicoselectie

Zorgverzekeraars hebben een prikkel om op risico's te selecteren. Zonder beleid hierop kunnen zij voorspelbaar slechte risico's uitsluiten en voorspelbare goede risico's binnen halen.

Risicoselectie is mogelijk door premies te differentiëren tussen verzekerden of door het hanteren van acceptatievoorwaarden van verzekeringen. De wetgever heeft dit ongewenst geacht voor de Zvw. Daartoe heeft de wetgever een acceptatieplicht opgenomen in artikel 3 Zvw. Daarnaast is een verbod op premiedifferentiatie opgenomen onder artikel 17 Zvw.

Om te voorkomen dat zorgverzekeraars op andere manieren toch op risico's proberen te sturen is de zogeheten risicoverevening ingevoerd. Hiermee worden voorspelbare winsten en verliezen van goede en slechte risico's gecompenseerd (de risicoverevening wordt verder besproken in hoofdstuk 2.5.1). Hiermee verliest de zorgverzekeraar een groot deel van de prikkel om op risico te sturen. Omdat de risicoverevening een zo goed mogelijke benadering is van de werkelijkheid is, lukt het nooit helemaal om alle risico's te compenseren. Daardoor blijft er altijd een (beperkte) prikkel voor zorgverzekeraars aanwezig om op risico's te sturen.

Hierna wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de ontwikkelingen op het terrein van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

3.11.1 Bevindingen marktscan 2013

Afgelopen jaar heeft de NZa in de marktscan 2013 uitgebreid gerapporteerd over risicoselectie. De NZa heeft toen het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) een aantal onderzoeken laten uitvoeren naar onder meer risicoselectie en overstapedrag. De onderzoeksbevindingen van iBMG zijn als bijlage gevoegd bij de marktscan 2013. In het onderzoek van iBMG worden diverse vormen van risicoselectie benoemd die binnen de wettelijke kaders plaatsvinden. Hiervan werd aangegeven dat het niet kan worden uitgesloten dat deze risicoselectie tot ongewenste gevolgen kan leiden.

De slotconclusie die de NZa vorig jaar trok was dat er op grond van de ontvangen signalen en de verantwoordingsverslagen van zorgverzekeraars geen sprake was van niet toegestane vormen van risicoselectie. Dat wil zeggen, dat er geen schending was van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Uit hoofdstuk 4.2 van deze marktscan blijkt dat er ook in 2013 geen signalen bij de NZa zijn binnengekomen over schending van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Recent heeft de minister de NZa verzocht om in de marktscan zorgverzekeringsmarkt expliciet in te gaan op de wel toegestane, indirecte vormen van risicoselectie.²⁹ In dit hoofdstuk gaan we in op onze bevindingen met betrekking tot de acceptatieplicht, enkele indicatoren die mogelijk op risicoselectie duiden en welke ontwikkelingen wij daarin zien.

3.11.2 Bevindingen onderzoek acceptatieplicht

Begin dit jaar heeft de NZa een verdiepend onderzoek gepubliceerd naar de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars³⁰. In dit rapport hebben wij na nader onderzoek geconstateerd dat er geen sprake is van schending van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars. Zoals in het rapport over de naleving van de acceptatieplicht is aangegeven wil dit niet zeggen dat er geen sprake is van risicoselectie.

In het onderzoek signaleert de NZa een aantal mogelijke risico's ten aanzien van de acceptatieplicht. Zo richten sommige zorgverzekeraars zich op specifieke doelgroepen en werpen zij soms (praktische) drempels op voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Dit gebeurt onder andere via informatieverstrekking en de 'vindbaarheid' van polissen. De wijze waarop dit gebeurt is naar huidig inzicht juridisch toegestaan, maar drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegankelijkheid en keuzevrijheid van consumenten.

Hieronder geven wij enkele voorbeelden van gesignaleerde drempels:

- Enkele zorgverzekeraars proberen verzekerden 'automatisch' naar bepaalde polissen te leiden. Ook werd een polis die nog wel op de markt is voor bestaande verzekerden, niet opengesteld voor nieuwe verzekerden. Dit is niet toegestaan. De zorgverzekeraar heeft dit hersteld nadat de NZa de zorgverzekeraar hier op aan had gesproken.
- Sommige zorgverzekeraars werpen drempels op wanneer consumenten die niet tot de doelgroep behoren zich willen inschrijven voor een doelgroepopolis, niet zijnde een collectiviteit. De NZa neemt dit punt mee in haar interventiestrategie transparantie overstapperiode die momenteel wordt uitgewerkt.
- Sommige zorgverzekeraars maken het voor consumenten die niet tot de doelgroep behoren niet mogelijk om een aanvullende verzekering bij hen af te sluiten. Hierdoor is de betreffende basisverzekering voor die verzekerden minder interessant. De NZa zal de ontwikkelingen bij de aanvullende verzekeringen in de marktscan zorgverzekeringsmarkt blijven volgen.
- Collectiviteiten mogen toegangsvoorwaarden stellen. Daarmee bieden collectiviteiten zorgverzekeraars de mogelijkheid om op risico's te selecteren. In de afgelopen jaren werd hier door enkele zorgverzekeraars gebruik van gemaakt. De NZa blijft ook deze ontwikkeling in de marktscan volgen.

3.11.3 Sturing door beperkingen in de polis

In paragrafen 3.6 en 3.8 van deze marktscan gaan wij in op de vergoedingsbeperkingen voor niet gecontracteerde zorg en toegangseisen voor aanspraken op zorg. Deze instrumenten kunnen in potentie door zorgverzekeraars worden ingezet om op risico te selecteren. Wanneer een zorgverzekeraar in zijn polis beperkt gecontracteerde zorg aanbiedt en veel toegangseisen stelt, kan dit voor consumenten met een hoge zorgvraag onaantrekkelijk zijn. In figuur

²⁹ Brief van Minister van VWS aan de Kamer van 27 mei 2014, kenmerk 365787-120326-Z.

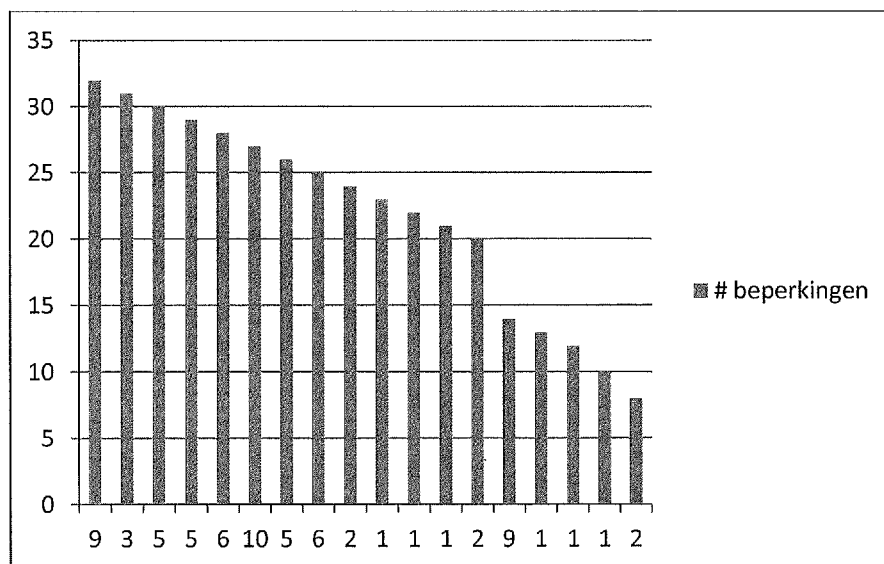
³⁰ Verdiepend onderzoek Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars Bevindingen, acties en aanbevelingen, NZa, april 2014.

3.16 hebben wij het aantal beperkingen en eisen in een polis daarom uitgezet tegen de op de markt aangeboden polissen.

Wat opvalt is dat over het geheel genomen nagenoeg alle zorgverzekeraars gebruik maken van eisen en beperkingen in hun polissen. Dit is tot op zekere hoogte ook logisch, bijvoorbeeld omdat voor medisch specialistische zorg altijd een verwijzing vereist is. Ook is een machtigingseis of toestemming vaak noodzakelijk om vast te kunnen stellen of de zorg onder het verzekerde pakket valt en doelmatig is. Hiermee kan niet op voorhand gezegd worden dat het gebruik van eisen en beperkingen betekent dat er door zorgverzekeraars dus op risico's wordt gestuurd. Het gaat meer om een relatieve weging van het aantal eisen en beperkingen die mogelijk wat zeggen over de mate van sturing.

Wanneer nader wordt gekeken naar de polissen blijkt dat vooral de naturapolissen met gecontracteerde zorg logischerwijs relatief veel vergoedingsbeperkingen voor niet gecontracteerde zorg hanteren. Bij restitutiepoulsen zien we dit flink minder. De polissen met de minste beperkingen zijn dan ook de restitutiepoulsen. Er kan echter niet direct gesteld worden dat dit voor alle restitutiepoulsen zo geldt.

Figuur 3.16. Totaal aantal beperkingen in de polis



Bron: NZa

In de bovenstaande figuur is op de Y-as het aantal aanspraken waarvoor vergoedingsbeperkingen voor niet gecontracteerde zorg gelden opgeteld bij het aantal toegangseisen zoals een machtiging of een voorschrift voor de aanspraken. Op de X-as is het aantal polissen opgenomen. De veertien polissen met de minste beperkingen zijn allemaal restitutiepoulsen behalve een. Een polis is een combinatiepolis.

Van de zestien polissen met de meeste beperkingen zijn er negen een natura of restitutiepoulsen en vijf een restitutiepoulsen. Vier van de naturapolissen kunnen worden gezien als budgetpolissen met selectieve contractering (zie hierover hoofdstuk 3.6.1). De meerderheid van de budgetpolissen met selectieve contractering bevindt zich echter in de middenmoot. Op grond van dit beeld kan niet worden gesteld dat zorgverzekeraars structureel gebruik maken van vergoedingsbeperkingen voor niet gecontracteerde zorg en toegangseisen voor aanspraken om verzekerden te sturen.

3.11.4 Kortingen op de premie

De laatste jaren maken steeds meer zorgverzekeraars gebruik van de mogelijkheid om kortingen te geven op de te betalen premie. De NZa heeft op basis van een uitvraag bij de zorgverzekeraars in kaart gebracht welke kortingen de zorgverzekeraars toepassen.³¹

In artikel 17 lid 5 Zvw wordt de 'verschuldigde premie' omschreven als: 'de verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekortingen, bedoeld in de artikelen 18, vierde lid, of 20 Zvw, als deze van toepassing zijn'.

Het vaststellen van de premiegrondslag en de verschuldigde premie is uitputtend geregeld in de Zvw. Op grond van de Zvw zijn twee soorten kortingen op de nominale premie (premiegrondslag) toegestaan. Dit betreft de korting op de premie vanwege het verhogen van het vrijwillig eigen risico (in stappen van honderd euro tot een maximum van 500 euro) en de collectiviteitskorting (deze is gemaximeerd op 10%). Alle zorgverzekeraars maken gebruik van kortingen op de premie voor het vrijwillig eigen risico. DSW en Stad Holland maken als enige zorgverzekeraars geen gebruik van collectieve kortingen.

Zorgverzekeraars kunnen de collectiviteitskorting en het vrijwillig eigen risico in beperkte mate inzetten om verzekerden te sturen.

Met de collectiviteitskorting kunnen zorgverzekeraars de premie tot maximaal 10% differentiëren. Zoals in 3.11.2 aangegeven kunnen zogeheten gelegenheidscollectiviteiten worden ingezet om een doelgroepenbeleid te voeren (alleen verzekerden binnen de doelgroep kunnen toetreden). Op deze manier is het mogelijk om op risico's te selecteren. Op dit moment wordt hier voor zover bekend geen gebruik van gemaakt.

Ook het vrijwillig eigen risico kan worden gebruikt om op risico's te sturen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zelfselectie door verzekerden.. Door een relatief hoge basispolis te hanteren is een zorgverzekering minder interessant voor verzekerden die verwachten hun eigen risico vol te maken. Door vervolgens een hoge korting op de te betalen premie toe te passen vanwege het maximaal vrijwillig eigen risico kan een zeer concurrerende premie worden vastgesteld voor verzekerden die verwachten geen zorgkosten te hebben. Dergelijke premiestelling leidt er toe dat verzekerden met verwachte zorgkosten uitstromen en verzekerden die geen zorgkosten hebben instromen. Er bestaat tenminste een polis waarbij dit het geval is.³² Dit betekent overigens niet dat er dus sprake is van risicoselectie.

Op het gebruik en de hoogte van de collectiviteitskorting en de korting vanwege het vrijwillig eigen risico wordt nader ingegaan in hoofdstuk 3.3 en hoofdstuk 5.3 van deze marktscan.

De verschuldigde premie is de nominale premie minus de collectiviteitskorting en de korting vanwege het vrijwillig eigen risico. Op de verschuldigde premie zijn verrekeningen mogelijk. Belangrijk is dat via de kortingen op de verschuldigde premie geen onderscheid wordt gemaakt op basis van persoonlijke kenmerken. De verzekerde behoudt

³¹ Bron: NZa (Informatieverzoek verplicht eigen risico en kortingen).

³² Figuur 14 pagina 46 Overstapgedrag en risicoselectie, op de zorgverzekeringsmarkt, iBMG, augustus 2013, Danielle Duijmelinck MSc Prof.dr. Wynand van de Ven, Dr. Rene van Vliet, Dr. Richard van Kleef.

zijn keuzemogelijkheden en de acceptatieplicht komt door dergelijke kortingen niet in het geding.

Artikel 17 van de Zvw bevat een verbod op premiedifferentiatie. Volgens de Memorie van Toelichting op de Zvw geldt als één van de basiselementen van de verzekering een door de zorgverzekeraar zelf vastgestelde nominale premie voor verzekerden van achttien jaar en ouder, die niet naar gezondheid, leeftijd of andere aan de verzekerde gerelateerde factoren gedifferentieerd mag worden. Kortingen op de verschuldigde premie zijn dus mogelijk, onder de voorwaarde dat deze niet gedifferentieerd worden naar leeftijd, geslacht, ziekterisico of andere aan de verzekerde gerelateerde kenmerken.

Veel zorgverzekeraars maken gebruik van de mogelijkheid om een korting te geven op de te betalen premie. De meest voorkomende variant waar alle zorgverzekeraars gebruik van maken is de mogelijkheid voor gespreide betaling. Dit zijn betalingskortingen voor kwartaal, half jaar of jaarbetaling (oplopend tot maximaal 3,1%). Een andere variant betreft de korting voor automatische incasso.

De afgelopen jaren hanteren de zorgverzekeraars ook de volgende kortingen steeds meer:

- Welkomstkortingen voor overstappers, waarbij de overstappers een korting ontvangen op de premie van de aanvullende verzekering.
- Kortingen voor trouwe leden, waarbij de verzekerde een stapelkorting ontvangen of een korting op de basisverzekering of aanvullende verzekering.
- Kortingen voor aanbreng nieuwe leden.
- Korting voor afsluiten meerdere verzekeringsproducten, hierbij gaat het om een korting op de premie of de stijging van de collectiviteitskorting tot max 10%.
- Actiekorting voor specifieke doelgroepen (bijv. studentencollectief) bij het afsluiten van bepaalde producten in een bepaalde periode.
- Internetkorting, waarbij een korting op de aanvullende premie wordt gegeven voor het aanmaken van een internetaccount en automatische incasso.

Tenminste een volmacht met een eigen intermediair past voor al zijn verzekerden een aanvullende korting op de te betalen premie toe. Deze korting wordt gegeven naast de collectiviteitskorting die alle verzekerden ook krijgen.

In het verdiepend onderzoek acceptatieplicht is de NZa ingegaan op deze ontwikkeling rond de kortingen op de te betalen premie. De NZa heeft toen geconstateerd dat het meer en creatiever gebruik maken van kortingen op de te betalen premie een risico in zich houdt dat dit het verbod op premiedifferentiatie kan aantasten. De minister van VWS heeft hierop laten weten het belangrijk te vinden dat de NZa de ontwikkelingen rond kortingen op de te betalen premies blijft volgen.

4. Kwaliteit

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de transparantie van de zorgverzekeringsmarkt. Heldere informatie helpt de consumenten zowel vooraf, om een beslissing te kunnen nemen, als achteraf, nadat een beslissing is genomen. Op basis van informatie kunnen consumenten een weloverwogen keuze maken voor een zorgverzekeraar en de door haar gecontracteerde zorgaanbieders en achteraf kunnen zij nadat de zorg is gedeclareerd beoordelen of deze zorg geleverd is. Hiervoor is beschikbare, juiste, volledige en begrijpelijke (keuze)-informatie over verschillende aspecten van de zorgverzekering belangrijk. Paragraaf 4.1 beschrijft de resultaten van het transparantietoezicht van de NZa.

Vervolgens worden in paragraaf 4.2 de ontvangen signalen geanalyseerd. Op diverse manieren ontvangt de NZa vragen, meldingen en klachten van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. We noemen een vraag, melding of klacht een signaal als deze een signaal over een ongewenste situatie in de zorg bevatten. Deze signalen zijn een indicatie waar zich mogelijk problemen voordoen. De NZa gebruikt ze dan ook bij het bepalen van de prioriteiten in haar probleemgestuurd toezicht. De NZa onderneemt alleen actie naar aanleiding van signalen waarbij het algemeen consumentenbelang in het geding is. Voor de belangenbehartiging bij specifieke klachten van individuele consumenten zijn in beginsel andere instanties aangewezen.

Paragraaf 4.3 gaat in op de informatie over het zorgaanbod en inzicht in de kosten van de zorg. Uit de monitor 'Transparantie voor consumenten'³³ van de NZa komt naar voren dat de zorgverzekeraar de belangrijkste bron van informatie is voor consumenten die informatie zoeken. Hierbij zoeken consumenten voornamelijk informatie via de website van de zorgverzekeraar of het kostenoverzicht als het gaat om de zorg die geleverd is en wat de kosten hiervan zijn.

Paragraaf 4.4 gaat in op de kwaliteitsbeoordeling door verzekerden van de zorgverzekeraars. Hierbij hebben verzekerden waarderingcijfers gegeven op verschillende indicatoren van klanttevredenheid.

De kwaliteit van de polis kan ook worden afgemeten aan de kwaliteit van de voor de polis ingekochte zorg. De kwaliteit van de ingekochte zorg wordt niet in deze marktscan belicht, maar in de marktskans van de betreffende zorgaanbodmarkt en in de monitor zorginkoop. Uit de monitor zorginkoop³⁴ komt onder andere naar voren dat financiële aspecten voor 2014 nog dominant zijn in de zorginkoop. Afspraken over kwaliteit komen ook aan de orde, maar hebben een lagere prioriteit.

4.1 Transparantietoezicht 2013 en 2014

De NZa heeft in de beleidsregel 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten' (verder: TH/BR-010) bepaald welke informatie, die van belang kan zijn voor de keuze voor een bepaalde polis, zorgverzekeraars aan (potentiële) verzekerden moeten

³³ NZa Monitor 'Transparantie voor consumenten - De informatiebehoefte van consumenten en hun ervaringen met het zoeken naar informatie, toegespitst op financiële aspecten van curatieve zorg', februari 2014.

³⁴ NZa Monitor 'Zorginkoop', februari 2014.

verstrekken. Hierbij gaat het om onder andere informatie over de polisvoorwaarden, welke zorg gecontracteerd is en wat het kan betekenen voor de vergoeding van zorg als sprake is van gecontracteerde zorg en een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoe de verzekeraar omgaat met het preferentiebeleid voor geneesmiddelen en wat de toegangsvoorwaarden zijn voor de aanvullende verzekering.

Inzicht in welke zorgaanbieders door zorgverzekeraars zijn gecontracteerd, en welke vergoeding geldt als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, zal belangrijker worden wanneer de wetwijziging van artikel 13 Zvw is aangenomen. Met de wijziging van dit artikel krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om voor bepaalde vormen van zorg (volledig) zelf te bepalen of een vergoeding wordt gegeven als zorg wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en hoeveel. Als de wijziging ook in de Eerste Kamer wordt aangenomen, treedt deze naar verwachting in werking vanaf 1 januari 2016 en zal voor alle zorgvormen gelden met uitzondering van: zorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefen therapie, farmaceutische zorg, mondzorg, met uitzondering van de tandheelkundige hulp van specialistische aard, kraamzorg en dieetadviesing alsmede verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 10, onderdeel g. Enkele andere onderdelen zoals de transparantieplichtingen rondom de zorginkoop treden naar verwachting per 2015 in werking.

Naast het bovenstaande worden met de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel nog een aantal andere zaken geregeld. Zo wordt geregeld dat de kosten die de niet-gecontracteerde zorgaanbieder in rekening brengt volledig moeten worden vergoed door de zorgverzekeraar (minus eigen betaling/eigen risico) als de verzekerde niet ten minste zes weken voor ingang van het kalenderjaar kon weten bij welke aanbieder hij terecht kon. Daarnaast brengt het onderdeel van het wetsvoorstel dat gaat over verticale integratie transparantieplichten met zich voor de verzekeraar. Ten slotte worden de restitutieverzekeringen met dit wetsvoorstel uitgesloten van artikel 13 Zvw.

De beleidsregel TH/BR-010 bevat ook een bijlage waarin het self assessment transparantie is opgenomen. Met dit self assessment kunnen zorgverzekeraars nagaan of zij met hun informatieverstrekking aan verzekerden voldoen aan de beleidsregel TH/BR-010. De NZa gebruikt de ingevulde en ingestuurde self assessments bij haar toezicht op zorgverzekeraars.

Naar aanleiding van de ingevulde self assessments heeft de NZa begin 2014 de websites van zorgverzekeraars beoordeeld op vier van de zeventien toetspunten uit de beleidsregel, te weten: het vergoedingenoverzicht, het gecontracteerd zorgaanbod, het eigen risico en het preferentiebeleid van geneesmiddelen. De inhoudelijke invulling op basis waarvan deze toetspunten zijn beoordeeld is vastgelegd in de beleidsregel TH/BR-010.

In totaal zijn hierbij 55 websites van zorgverzekeraars gecontroleerd. Uitkomsten hiervan zijn als volgt:

- Vijf websites van drie zorgverzekeraars voldeden niet volledig aan het toetspunt 'vergoedingenoverzicht'. Hierbij ontbrak (volledige) informatie over hoogte van de eigen bijdrage.
- Twaalf websites van vier zorgverzekeraars voldeden niet volledig aan het toetspunt 'gecontracteerd zorgaanbod'. Hierbij ontbrak informatie over hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd, de vermelding van de laatste update en een

- algemene toelichting dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn en dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra de contracten zijn afgesloten op de website worden geplaatst.
- Drie websites van twee zorgverzekeraars voldeden niet volledig aan het toetspunt 'eigen risico'. Hierbij ontbrak informatie over onder andere dat onvermijdbare zorgkosten in aanmerking kunnen komen voor een tegemoetkoming (Compensatie regeling eigen risico (CER)) en informatie over de vormen van zorg waarvoor het verplicht eigen risico niet geldt.
 - Negen websites van drie zorgverzekeraars voldeden niet volledig aan het toetspunt 'preferentiebeleid van geneesmiddelen'. Hierbij ontbrak informatie met name over welk middel vergoed wordt als het preferente middel niet leverbaar is.

In totaal voldeden 29 websites van negen zorgverzekeraars aan alle vier toetspunten. De zorgverzekeraars waarvan de website niet voldeden aan de gecontroleerde toetspunten zijn hierop aangesproken en hebben hun informatie inmiddels aangepast zodat zij voldoen aan de gestelde eisen.

4.2 Signalen

De NZa ontvangt vragen, meldingen en klachten van consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars die mogelijk een signaal over een ongewenste situatie in de zorg bevatten. Deze signalen zijn een indicatie waar zich mogelijk problemen voordoen. De NZa gebruikt ze dan ook bij het bepalen van de prioriteiten in haar probleemgestuurd toezicht.

In 2013 heeft de NZa in totaal 311 signalen ontvangen over zorgverzekeraars. In 2012 waren dit er 182. Dat is een toename ten opzichte van het jaar 2012. Steeds meer mensen weten de NZa te vinden als loket om mogelijke problemen te melden. Een groot deel van de meldingen in 2013 ging over transparantie (in totaal 55 meldingen). Hierbij gaat het bijvoorbeeld om meldingen van verzekerden dat zij van mening zijn dat de informatie van de zorgverzekeraar onduidelijk, onvolledig of onjuist was of dat de polis niet voldeed aan de eisen van de Zvw. De NZa heeft geen signalen ontvangen over directe schending van de acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie of andere vormen van risicoselectie die in strijd zijn met de wet.

Niet elk signaal leidt automatisch tot een interventie. Dit kan verschillende redenen hebben. Zo wachten we in bepaalde gevallen tot er meer signalen over een onderwerp binnenkomen. Ook kan het zijn dat er geen algemeen consumentenbelang in het geding is.

Onder een interventie wordt verstaan: een actie van de NZa richting een toezichtobject om een ongewenste situatie te beëindigen. Dit kan variëren van het houden van een normoverdragend gesprek tot aan het opleggen van een boete. Opgemerkt moet worden dat een interventie betrekking kan hebben op meerdere signalen. Dit is bijvoorbeeld het geval als signalen over hetzelfde onderwerp of toezichtobject gaan.

Zo heeft de NZa in het afgelopen jaar een aantal klachten ontvangen over zorgverzekeraars die de regeling privacybezwaren voor de GGZ niet goed toepassen. Op grond van deze regeling bestaat er mogelijkheid om geen diagnose informatie te verstrekken bij de declaratie van specialistische GGZ behandelingen. Naar aanleiding van de klachten heeft de NZa zorgverzekeraars aangeschreven en gevraagd om terug te

koppelen of er knelpunten zijn en hoe zij alsnog aan de verplichtingen zullen voldoen.

In het voorjaar van 2014 zijn er berichten in de media geweest over zorgverzekeringen voor arbeidsimmigranten. Verzekerden zouden niet goed worden geïnformeerd over de te betalen premie en zorgverzekeringen zouden onterecht worden beëindigd. Naar aanleiding van deze problematiek heeft er onder meer een ronde tafeloverleg plaatsgevonden met veldpartijen onder leiding van het ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid over dit onderwerp. Naar aanleiding van de signalen onderzoekt de NZa of verzekeraars hun verzekerden voldoende hebben geïnformeerd.

Een opvallende ontwikkeling was dat er dit jaar nauwelijks signalen waren in de overstapperperiode. Blijkbaar ervaren consumenten weinig problemen bij het overstappen. Ook bij consumenten en patiëntenorganisaties is hetzelfde beeld naar voren gekomen.

4.3 Inzicht in het zorgaanbod en kosten

Transparante informatie betekent niet alleen dat deze doeltreffend, juist en inzichtelijk is, maar ook dat deze vergelijkbaar is. Naar dit laatste heeft de NZa onderzoek gedaan.³⁵ Op basis van dit onderzoek blijkt dat consumenten de vergelijkbaarheid van informatie over het zorgaanbod onvoldoende vinden: een fors deel van de respondenten kan met de beschikbare informatie het zorgaanbod niet met elkaar vergelijken. Het gaat dan om zowel informatie van de zorgverzekeraar richting de verzekerden en potentiële nieuwe klanten als om informatie van de zorgaanbieder richting de verzekerde aan wie hij zorg levert. Hiervoor geldt dat de zorgverzekeraar een belangrijke rol heeft om te zorgen dat verzekerden bijvoorbeeld gecontracteerde zorgaanbieders met elkaar kunnen vergelijken. Uit het onderzoek komt ook naar voren dat de zorgverzekeraar de belangrijkste bron van informatie is voor consumenten die informatie zoeken. Hierbij zoeken consumenten voornamelijk informatie via de website van de zorgverzekeraar of het kostenoverzicht als het gaat om de rekening.

Uit het onderzoek komt ook naar voren dat het kostenbewustzijn van consumenten hoog is. Het gaat hierbij om de informatieverstrekking vanuit zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder naar de verzekerde. Door middel van de rekening van de zorgaanbieder en het kostenoverzicht dat de zorgverzekeraar verstuurt heeft de consument inzicht in de omvang en de kosten van de zorg die hij heeft ontvangen. Dit stelt hem in staat om te controleren of de zorg die gedeclareerd is overeenkomt met de zorg die is geleverd en wat de kosten hiervan zijn. Transparantie wordt in dit geval dus geboden nadat de zorg is geleverd. Deze informatie is echter alleen bruikbaar als de rekening en het overzicht helder en begrijpelijk zijn voor de consument. Inzicht in kosten is hiermee een belangrijk aandachtspunt.

Verder blijkt dat de vergelijkingssites van zorgverzekeringen een belangrijk en veel gebruikt middel zijn tijdens de overstapperperiode en stellen de consument in staat om de verschillende polissen te vergelijken. De consumenten moeten hierbij erop kunnen vertrouwen dat de informatie van de vergelijkingssites betrouwbaar en transparant is.

³⁵ NZa Monitor 'Transparantie voor consumenten - De informatiebehoefte van consumenten en hun ervaringen met het zoeken naar informatie, toegespitst op financiële aspecten van curatieve zorg', februari 2014.

4.4 Klanttevredenheid

In deze paragraaf wordt een beeld gegeven van het oordeel voor de service van de zorgverzekeraar (klanttevredenheid). In tabel 4.1 zijn de waarderingscijfers van de verschillende indicatoren van klanttevredenheid opgenomen. De bijbehorende schaal die van toepassing is per indicator is eveneens opgenomen in de figuur.

Tabel 4.1. Kwaliteitsbeoordeling zorgverzekeraars

Indicatoren van klanttevredenheid	Schaal	2012	2013
Informatie te vinden op de website	4	2,71	2,73
Begrijpelijkheid van de informatie op de website	4	2,94	2,96
Contact met de zorgverzekeraar (o.a. telefonische bereikbaarheid, bereikbaarheid per e-mail/webformulier en informatievoorziening)	1	0,78	0,77
Problemen over betalen	3	2,77	2,86
Rapportcijfer (algemeen oordeel zorgverzekeraar)	10	7,71	7,60
Afhandeling van de declaraties	4	3,22	3,17
Prijs-kwaliteitsverhouding (basisverzekering en aanvullende verzekering)	4	2,76	2,69
Informatievoorziening	4	2,82	2,75
Klantenservice	4	2,97	2,86
Aanbevelen	2	1,52	1,52
Aantal respondenten		3.103	4.166

Bron: Consumentenbond 2014

Uit de beoordeling blijkt dat verzekerden over het algemeen tevreden zijn over hun zorgverzekeraar. De informatievoorziening, informatie op de website en oordeel over de prijs-kwaliteit zijn voor verbetering vatbaar. Over afhandeling van declaraties en problemen met betalen zijn verzekerden over het algemeen tevreden.

5. Betaalbaarheid

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen in omzet, prijs, vrijwillig eigen risico, zorgtoeslag en compensatie eigen risico. De eerste paragraaf 'Omzet' geeft de omzet weer van de ziektekostenverzekeraars³⁶ en daarmee de totale betalingen van nominale premie, procentuele premie en eigen risico. De tweede paragraaf 'Prijs' geeft de nominale betalingen per verzekerde weer. De derde paragraaf gaat in op de vraag naar polissen met een vrijwillig eigen risico en de premiekorting bij een eigen risico. Tot slot komen de zorgtoeslag en de compensatie eigen risico aan de orde.

5.1 Omzet

In deze paragraaf staat de totale omzet van ziektekostenverzekeraars (AV + BV).

De tabel hieronder is de omzet uit het basisverzekeringsdeel uitgesplitst naar nominale premie, verplicht eigen risico en uitkering van het Zorgverzekeringsfonds (ZVF).

Tabel 5.1. Omzet BV + AV (in miljarden euro)

Soort	2010	2011	2012	2013	2014
Nominale premie	14,4	15,9	16,7	16,9	16,4
Eigen risico	1,5	1,6	2,0	2,9	3,1
Overige baten			0,1	0,2	0,0
Uitkeringen ZVF	20,3	19,8	19,9	20,6	21,9
Subtotaal basisverzekering	36,3	37,3	38,7	40,6	41,5
Premie aanvullende verzekeringen	4,3	4,6	4,7	4,4	4,4
Totaal	40,6	41,9	43,4	45,0	45,9

Bron basisverzekering: ministerie van VWS (Financieel Beeld Zorg)

Bron aanvullende verzekeringen: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft); laatst vermelde jaar op basis NZa raming premiestijging of-daling en mutatie aantal aanvullend verzekerden (op basis Vektis Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Uit de tabel volgt dat in de loop van de jaren de totale omzet van ziektekostenverzekeraars stijgt.

5.2 Prijs

Deze paragraaf zoomt in op verschillende aspecten van de premie voor zorgverzekeringen. Achtereenvolgens komt aan bod:

- de gemiddeld betaalde nominale premie;
- de spreiding van verzekerden over categorieën betaalde nominale premie;
- de spreiding van de gewogen gemiddeld betaalde premie;
- de ontwikkeling van nominale betalingen van verzekerden;
- de oorzaak van de mutatie in de nominale betalingen.

In onderstaande tabel is voor de jaren 2010 – 2014 de gemiddeld betaalde nominale premie opgenomen, zowel voor individueel

³⁶ Ziektekostenverzekeraars: zorgverzekeraars en aanvullende ziektekosten verzekeraars

verzekerden als voor collectief verzekerden. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.2. Gemiddeld betaalde nominale premie (in euro)

	2010	2011	2012	2013	2014
Individueel verzekerden	1.137	1.245	1.275	1.262	1.137
Collectief verzekerden	1.070	1.174	1.201	1.190	1.080
Alle verzekerden	1.095	1.199	1.226	1.213	1.098

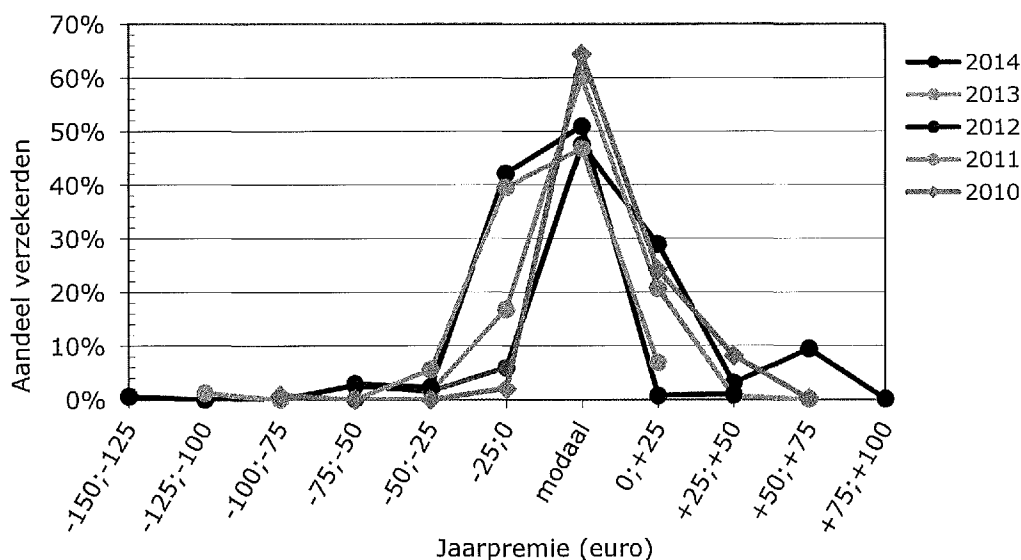
Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

De gemiddeld betaalde premie (inclusief collectiviteitskortingen) is gedaald van € 1.213 in 2013 naar € 1.098 in 2014.

De inkomensafhankelijke bijdrage als onderdeel van de premie wordt in tabel 5.1 weergegeven onder de kop uitkeringen ZVF. Dit bedrag is jaarlijks ongeveer gelijk aan de hoogte van de nominale premie-inkomsten en het eigen risico samen.³⁷

In het onderstaande overzicht is te zien welk percentage verzekerden de modale premie betalen en hoeveel verzekerden minder of meer dan de modale premie betalen. Dit is in figuur 5.1 weergegeven door de spreiding van verzekerden over categorieën betaalde nominale premie ten opzichte van de modale premieklasse in beeld te brengen. Hierbij is uitgegaan van de gemiddeld per zorgverzekeraar betaalde premie inclusief collectiviteitskortingen.

Figuur 5.1. Spreiding van verzekerden over categorieën betaalde premie



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

In 2014 is de grootste spreiding van verzekerden over de categorieën betaalde premie gemeten sinds de invoering van de Zvw in 2006. In 2014 heeft 47% van de verzekerden een polis bij een verzekeraar die per verzekerde gemiddeld een nominale premie ontvangt tussen € 1.075

³⁷ In de Zvw is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via de inkomensafhankelijke bijdrage als via de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage samen (de 50/50-verdeling).

en € 1.100 (de modale klasse); voor 29% betreft het de hogere klasse € 1.100 tot € 1.125.

Tabel 5.3 geeft de bandbreedte tussen de laagste en de hoogste betaalde premie weer, op concern-, zorgverzekeraars- en polisniveau. Ook in deze tabel zijn kortingen voor eigen risico en vooruitbetaling buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.3. Bandbreedte van de gewogen gemiddeld betaalde premie per jaar (in euro)

Bandbreedte	2010	2011	2012	2013	2014
Op concernniveau	64	26	24	41	70
Op zorgverzekeraarsniveau	160	155	140	140	220
Op polisniveau	279	277	275	249	344

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

In 2014 is de bandbreedte van de betaalde premie sterk toegenomen. Het betreft vooral een daling van de ondergrens, die lijkt veroorzaakt door sterke prijsconcurrentie tussen bestaande en nieuwe relatief laag geprijsde polissen, doorgaans polissen met selectief gecontracteerde zorg. Zoals vermeld in paragraaf 3.1 'Publicatiedatum premies', zijn de prijzen van veel van dergelijke polissen pas op het allerlaatste wettelijk toegestane moment bekend gemaakt.

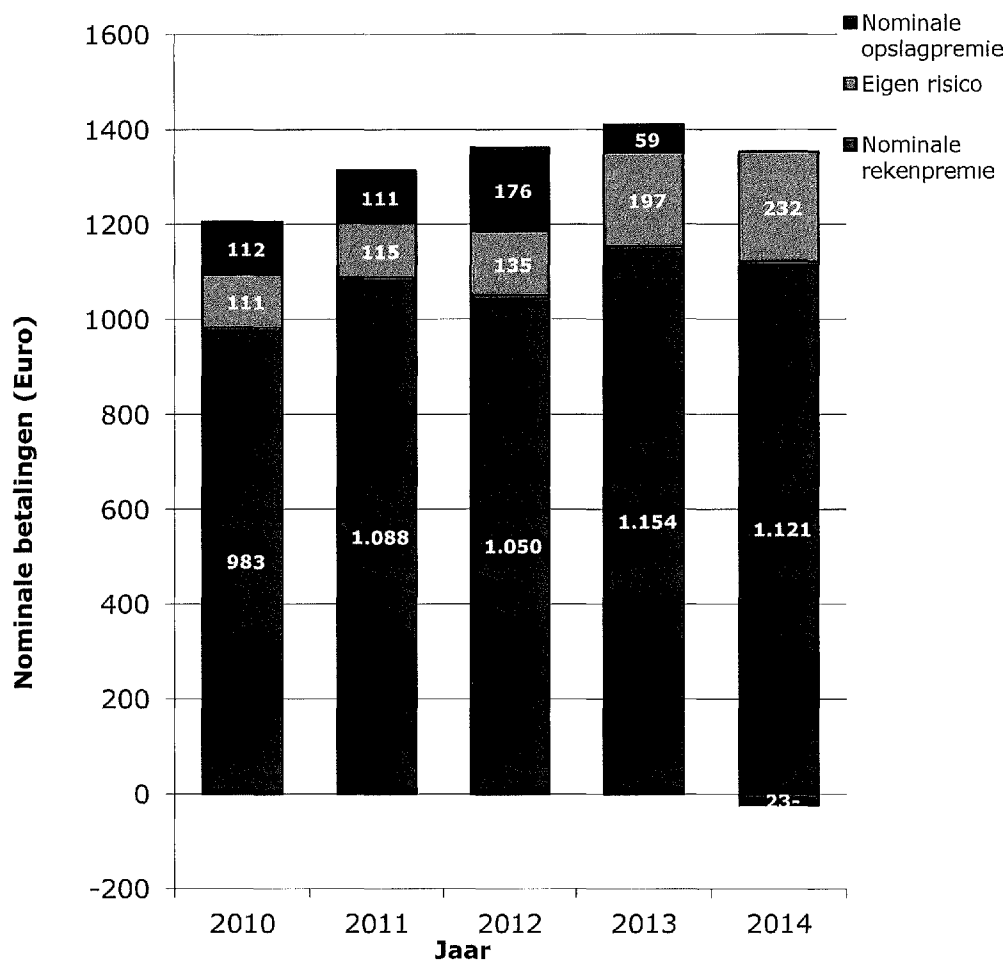
De gemiddeld betaalde premie varieert in 2014 van € 905³⁸ voor een gering aantal verzekerden met een collectieve natura-polis tot € 1.249 voor een beperkt aantal verzekerden met een individuele restitutie-polis. De bandbreedte op polisniveau bedraagt derhalve in 2014 € 344. Op zorgverzekeraarniveau en concernniveau is de spreiding geringer.

De onderstaande figuur geeft de opbouw en ontwikkeling van de nominale betalingen van verzekerden weer, uitgesplitst naar:

- Nominale rekenpremie
De nominale rekenpremie is de premie die benodigd is om de verwachte schadelast (exclusief afhandelingskosten) te kunnen dekken. De rekenpremie wordt jaarlijks vastgesteld door het ministerie van VWS.
- Eigen risico
Het (door alle verzekerden van 18 jaar of ouder) gemiddeld betaalde verplicht eigen risico minus (tot en met 2013) de gemiddelde compensatie-uitkeringen voor chronisch zieken.
- Nominale opslagpremie
De nominale opslagpremie is het gedeelte van de zorgverzekeringspremie boven de rekenpremie die door zorgverzekeraars wordt gebruikt ter dekking van de uitvoeringskosten (ook wel bedrijfskosten genoemd) en het exploitatieresultaat.

³⁸ De polis met de laagste basispremie in 2014 kost € 963.

Figuur 5.2. De ontwikkeling van de nominale betalingen van verzekerden (gemiddeld per verzekerde van 18 jaar of ouder)



Bron: ministerie van VWS (rekenpremie en eigen risico), NZa/Vektis (opslagpremie)

In 2014 is voor het eerst sinds de invoering van de Zvw sprake van een gemiddeld negatieve nominale opslagpremie. Van de 26 zorgverzekeraars hebben er 18 (marktaandeel 86%) een negatieve nominale premieopslag ingecalculleerd.

Zorgverzekeraars verwachten in 2014 lagere zorgkosten dan waarmee in de raming van VWS rekening is gehouden bij de vaststelling van de nominale rekenpremie. Verder geven zorgverzekeraars 'winst' uit voorgaande jaren via de nominale opslagpremie terug aan de verzekerden. Al in 2013 was er een sterke daling van de nominale opslagpremie toen bleek dat de zorgkosten over 2012 en naar verwachting 2013 lager zouden uitkomen dan was geraamd. Tot slot, kunnen concurrentieoverwegingen de nominale opslagpremie verlagen.

In 2014 bedraagt de door de overheid vastgestelde nominale rekenpremie € 1.121. Door de zorgverzekeraars is gemiddeld een nominale opslagpremie gehanteerd van -/- € 23 ter dekking van hun uitvoeringskosten en overige exploitatiesaldi. Samen vormt dit de gemiddeld betaalde nominale premie van € 1.098.

In tabel 5.4 zijn de veranderingen in de onderdelen van nominale betalingen uit Figuur 5.2 opgenomen.

Tabel 5.4. Oorzaak mutatie nominale betalingen (gemiddeld in euro's per verzekerde van 18 jaar of ouder)

		2010	2011	2012	2013	2014
Mutatie Nominale opslagpremie	Totaal	0	-1	65	-117	-82
	Verplicht eigen risico (gemiddeld)	7	4	25	67	17
Mutatie eigen risico	Compensatie chronisch zieken (gemiddeld)	-2	0	-5	-5	18
	Totaal	5	4	20	62	35
Mutatie Nominale rekenpremie	Verbetering saldo Zorgverzekeringsfonds	6	75	-25	10	-75
	Zorguitgavenstijging en pakketaanpassing	40	40	35	115	45
	Aanpassing naar 50/50 verhouding nominale / procentuele premie en alle overige mutaties	-10	-10	-48	-21	-3
	Totaal	36	105	-38	104	-33
Totaal	Totale mutatie nominale betalingen	41	108	47	49	-80

Bron: NZa op basis begroting VWS, NZa database Modelovereenkomsten en Vektis uitvraag Mobiliteit en Keuzegedrag

Uit bovenstaande tabel volgt dat in 2014 de nominale opslagpremie, net als in 2013, sterk is gedaald. De hoogte en mutatie van de opslagpremie is met name bepaald door de door de zorgverzekeraars verwachte uitvoeringskosten en het resultaat op de risicoverevening.

De compensatie voor het verplicht eigen risico van chronisch zieken is per 1 januari 2014 afgeschaft.

5.3 Vrijwillig eigen risico

Bij het afsluiten van een zorgverzekering kunnen verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In de regel geldt, hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe meer korting de zorgverzekeraar op de te betalen premie zal verstrekken. Deze paragraaf beschrijft de ontwikkelingen in het vrijwillig eigen risico: de premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie en het percentage verzekerden dat elke categorie kiest.

In de tabel 5.5 wordt per eigen risico categorie de gemiddelde premiekorting weergegeven.

Tabel 5.5. Premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie (gemiddeld in euro's per polis)

Vrijwillig eigen risico categorie	2010	2011	2012	2013	2014
100	44	44	45	45	46
200	86	86	87	88	90
300	126	127	129	131	133
400	166	168	174	175	178
500	210	219	229	230	236

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Uit Tabel 5.5 blijkt dat de gemiddeld door zorgverzekeraars aangeboden premiekorting voor een vrijwillig eigen risico in de loop der jaren is gestegen.

De premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie verschilt sterk per polis. In de onderstaande tabel is de laagste en hoogste aangeboden korting weergegeven.

Tabel 5.6. Premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie (laagste en hoogste aangeboden korting in euro's)

Vrijwillig eigen risico categorie	Korting	2010	2011	2012	2013	2014
100	laagste	25	30	25	28	30
	hoogste	72	72	72	72	72
200	laagste	60	60	60	60	60
	hoogste	126	126	126	126	144
300	laagste	90	90	90	90	90
	hoogste	176	176	176	176	192
400	laagste	120	120	120	120	120
	hoogste	219	219	219	219	240
500	laagste	150	150	150	150	150
	hoogste	300	311	311	311	300

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Uit tabel 5.6 blijkt dat er een groot verschil is tussen de laagste en de hoogste aangeboden vrijwillig eigen risico korting. In 2014 kan de verzekerde bij een eigen risico van € 500 op de ene polis € 150 korting en op een andere polis € 300 korting per jaar krijgen. Verder valt op dat in de loop der jaren de laagste en hoogste korting per eigen risico categorie nauwelijks is veranderd.

Tabel 5.7. Percentage verzekerden 18+ per vrijwillig eigen risico categorie

Vrijwillig eigen risico categorie	2010	2011	2012	2013	2014
Geen vrijwillig eigen risico	94,7%	94,0%	93,1%	90,3%	89,3%
€ 100	1,5%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
€ 200	0,9%	0,9%	0,9%	1,1%	1,3%
€ 300	0,6%	0,8%	0,9%	0,7%	0,7%
€ 400	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
€ 500	2,2%	2,7%	3,6%	6,2%	7,1%

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

Uit Tabel 5.7 volgt dat het percentage verzekerden zonder vrijwillig eigen risico blijft dalen. Mensen blijken vaker voor een vrijwillig eigen risico te kiezen, met als grootste stijger de vrijwillig eigen risico categorie van € 500. In 2014 kiest 7,1% van de verzekerden voor deze hoogste categorie vrijwillig eigen risico. Hierdoor is een deel van de zorgkosten verschoven van de premie naar de consument.

5.4 Zorgtoeslag en compensatie eigen risico

Ter compensatie voor de basispremie en het verplicht eigen risico wordt jaarlijks een inkomensafhankelijke zorgtoeslag gegeven aan verzekerden die een inkomen hebben onder een bepaalde grens. In 2014 bedraagt de

inkomensgrens voor alleenstaanden € 28.482 en voor meerpersoonshuishoudens € 37.145. Tevens geldt er een vermogensgrens. De maximale zorgtoeslag bedraagt in 2014 voor alleenstaanden € 865 en voor meerpersoonshuishoudens € 1.655. In 2012 waren er ongeveer 6 miljoen ontvangers van zorgtoeslag (bron: Belastingdienst volgens Rijksbegroting 2014 XVI Volksgezondheid Welzijn en Sport). In de stand van het aantal beschikkingen zijn zowel definitieve als voorlopige beschikkingen meegenomen. Het aantal ontvangers zorgtoeslag kan hoger of lager uitvallen, omdat de zorgtoeslag met terugwerkende kracht kan worden aangevraagd. Als alle aanvragen definitief beschikt zijn, is pas duidelijk hoeveel rechthebbenden er zijn.

De compensatie eigen risico is bedoeld voor verzekerden met meerjarige hoge kosten ('chronisch zieken') en compenseert voor het verschil tussen het maximaal te betalen verplicht eigen risico en het gemiddeld betaalde eigen risico door verzekerden die niet voor de compensatie in aanmerking komen. Met ingang van 2014 is de compensatie eigen risico afgeschaft.

Tabel 5.8. Zorgtoeslag en compensatie eigen risico per verzekerde 18+ (in euro)

	2011	2012	2013	2014
Zorgtoeslag	355	395	361	305
Compensatie eigen risico	8	13	18	n.v.t.

Bron: Rijksbegroting 2014 XVI Volksgezondheid Welzijn en Sport

6. Toegankelijkheid

Dit hoofdstuk beschrijft hoeveel mensen in Nederland in de loop van de jaren verzekerd zijn, hoeveel mensen onverzekerd zijn en hoeveel mensen de premie voor de zorgverzekering niet (kunnen) betalen.

Tabel 6.1 bevat het totaal van de in Nederland verkochte basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen.

Tabel 6.1. Aantal verkochte polissen (x 1 miljoen)

Soort verzekering	2010	2011	2012	2013	2014
Basisverzekering (in mln)	16,5	16,6	16,6	16,7	16,7
Aanvullende verzekering (in mln)	14,8	14,8	14,7	14,3	14,2

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

6.1 Onverzekerden

Tabel 6.2 brengt het aantal mensen in beeld zonder basisverzekering, exclusief de gewetens- en gemoedsbezwaarden en militairen. In maart 2011 is de Wet 'Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in werking getreden. Het Zorginstituut Nederland heeft daarin de taak om:

- verzekeringsplichtige onverzekerden op te sporen door middel van bestandsvergelijking;
- deze aan te sporen alsnog een zorgverzekering te sluiten;
- boetes op te leggen als dat niet gebeurt;
- de betrokkenen uiteindelijk ambtshalve te verzekeren bij een zorgverzekeraar;
- een bestuursrechtelijke premie op te leggen en deze zoveel mogelijk op het inkomen in te houden en, via de Belastingdienst, op de zorgtoeslag.

Uit tabel 6.2 blijkt dat deze maatregel een positief effect heeft. Het aantal onverzekerden is met ingang van 2011 sterk teruggelopen. De in de tabel opgenomen onverzekerden per 31 december bevinden zich in het traject van aanschrijving en boeteoplegging en zullen door het Zorginstituut worden verzekerd als zij niet op korte termijn zelf een verzekering afsluiten of aantonen niet verzekeringsplichtig te zijn.

Tabel 6.2. Aantal onverzekerden

	2010	2011	2012	2013
Onverzekerden op peildatum (mei)	174.610			
Waarvan nog onverzekerd 6 maanden na peildatum	136.450			
Instroom (aangeschreven onverzekerden)		164.388	78.268	69.382
Uitstroom		106.423	96.030	72.323
Onverzekerd per 31 december		57.965	40.203	28.740

Bronnen: 2010 CBS, vanaf 2011 Zorginstituut Nederland.

De instroom betreft personen die volgens de Sociale Verzekeringsbank (SVB) AWBZ-verzekerd zijn, maar volgens de zorgverzekeraars geen zorgverzekering hebben afgesloten. Maandelijks vindt een bestandsvergelijking plaats voor de selectie van deze personen. De uitstroom betreft personen die zich alsnog verzekerd hebben, ambtshalve worden verzekerd, met succes zijn of haar verzekeringsplicht betwisten of blijken te horen tot een restcategorie, zoals gemoedsbezwaarden en militairen.

De AWBZ is een verzekering van rechtswege. Dat betekent – enkele uitzonderingen daargelaten – dat mensen automatisch verzekerd zijn wanneer zij ofwel in Nederland wonen ofwel aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen. Iedereen die AWBZ-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw.

Nadere toelichting bij de cijfers 2010 en 2011

Personen die niet verzekeringsplichtig waren hadden zich niet altijd als zodanig bekend gemaakt bij de registratiehouders.³⁹ Dit heeft in de stopgezette cijferreeks van het CBS (tot en met 2010) geleid tot een overschatting van het aantal onverzekerden. Het Zorginstituut Nederland is in 2011 begonnen onverzekerden op te sporen door middel van maandelijkse vergelijking van het bestand Zvw-verzekerden⁴⁰ met het bestand AWBZ-verzekerden van de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

6.2 Wanbetalers nominale premie

Sinds de inwerkingtreding van de Wet 'Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering' op 1 september 2009 melden zorgverzekeraars wanbetalers aan en af voor het bestuursrechtelijke premieregime bij het Zorginstituut Nederland.

In tabel 6.3 staat de ontwikkeling in de afgelopen vier jaar in het aantal wanbetalers. Wanbetalers zijn verzekerden met een betalingsachterstand van ten minste zes maanden nominale premie, die geen betalingsregeling hebben met de zorgverzekeraar, in een wettelijk of

³⁹ Het gaat hier bijvoorbeeld om personen die nog ingeschreven staan in de gemeentelijke basisadministratie maar in het buitenland wonen of personen die in het buitenland werken dan wel (niet-werkend) partner/kind zijn van iemand die in het buitenland werkt. Deze personen zijn door hun foutieve registratie volgens de berekeningsmethodiek van het CBS meegerekend als zijnde onverzekerd, wat heeft geleid tot een overschatting van het aantal onverzekerden.

⁴⁰ Het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet.

minnelijk schuldhulptraject zitten of een stabilisatieovereenkomst hebben gesloten. Zorgverzekeraars melden verzekerden af als wanbetaler zodra de premieschuld is afgelost of als de verzekerde een regeling voor schuldhulpverlening heeft getroffen of de verzekerde is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering.

Tabel 6.3. Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar)

	2010	2011	2012	2013
Aantal wanbetalers per 31 december	267.626	304.532	296.369	322.922

Bron: Zorginstituut Nederland.

Wanbetalers zijn aan het Zorginstituut een bestuursrechtelijke premie verschuldigd die 30% hoger is dan de gemiddelde nominale premie. Het Zorginstituut int de premie via de werkgever of uitkeringsinstantie of via het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB). Het CJIB schakelt indien nodig een deurwaarder in. Met ingang van 2013 gaat de eventuele zorgtoeslag van wanbetalers in opdracht van het Zorginstituut rechtstreeks van de Belastingdienst naar het CJIB om daarmee al een deel van de te betalen premie te voldoen.

7. Bijlage 1. Bronnen en methoden

Deze bijlage bevat een overzicht gegeven van de belangrijkste gebruikte bronnen.

- NZa gegevens:
 - Database modelovereenkomsten: Betreft aantallen zorgverzekeraars, aantallen en soorten polissen, specifieke polisvoorwaarden.
 - Transparantieonderzoek: Regulier onderzoek naar transparantie zorgverzekeringsmarkt.
 - Signalen database: ontvangen signalen over zorgverzekeringsmarkt.
 - Uitvraag collectiviteiten: de NZa vraagt jaarlijks gegevens aan zorgverzekeraars over collectieve verzekeringen en herverzekering eigen risico.
 - Uitvraag kortingen op de te betalen premie: dit jaar het de NZa – gecombineerd met andere vragen - bij de zorgverzekeraars een uitvraag gedaan over kortingen.
- Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ): ontvangen gegevens betreffen verzekerden aantallen per 4-positie postcode, aantal onverzekerden, aantal wanbetalers, vaststelling vereveningsbijdrage.
- Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag): de gegevens zijn verzameld door Vektis bij alle zorgverzekeraars over in- en uitstroom van verzekerden, specifieke statistieken over verzekerden en aanvullende verzekeringen.
- De Nederlandsche Bank (DNB): Jaar- en kwartaalstaten van ziektekostenverzekeraars in het kader van de De Wet op het financieel toezicht (Wft) met financiële gegevens voor zowel basis- als aanvullende verzekering.
- Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL: onderzoek naar redenen om niet over te stappen t.a.v. zorgverzekeringen.
- Consumentenbond: kwaliteitsbeoordeling zorgverzekeraars.
- Rijksbegroting 2014 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

8. Bijlage 2. Risicoverevening nader bekeken

In deze bijlage is het vereveningsresultaat zoals weergegeven in paragraaf 2.4 nader gespecificeerd en apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 1. Resultaat ex ante risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ⁴¹	2012 ⁴¹
Grote 4 concerns	-55	23	-20	-86	10	-103	127
Overige concerns	-97	20	-87	-102	14	-83	160
Totaal	-58	23	-26	-88	10	-101	130

Bron: Nza (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 2. Effect macronacalculatie

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ⁴¹	2012 ⁴¹
Grote 4 concerns	58	-22	-26	26	-26	101	n.v.t.
Overige concerns	61	-30	-25	24	-23	99	n.v.t.
Totaal	58	-23	-26	26	-26	101	n.v.t.

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 3. Effect extra middelen

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ⁴¹	2012 ⁴¹
Grote 4 concerns	20	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Overige concerns	21	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totaal	20	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 4. Effect overige ex post compensaties (hoge kosten verevening, generieke verevening, nacalculatie, bandbreedteregeling, flankerend beleid)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ⁴¹	2012 ⁴¹
Grote 4 concerns	-2	-1	46	62	18	4	-77
Overige concerns	13	7	106	62	2	-8	-100
Totaal	-1	0	52	62	17	3	-79

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 5. Resultaat na ex post risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ⁴¹	2012 ⁴¹
Grote 4 concerns	21	0	1	2	2	2	50
Overige concerns	-3	-3	-6	-16	-8	8	60
Totaal	19	0	0	1	1	2	51

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

⁴¹ De cijfers over 2011 en 2012 zijn gebaseerd op een voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage, waarbij de definitieve schadelast en verevening nog niet vaststaat.