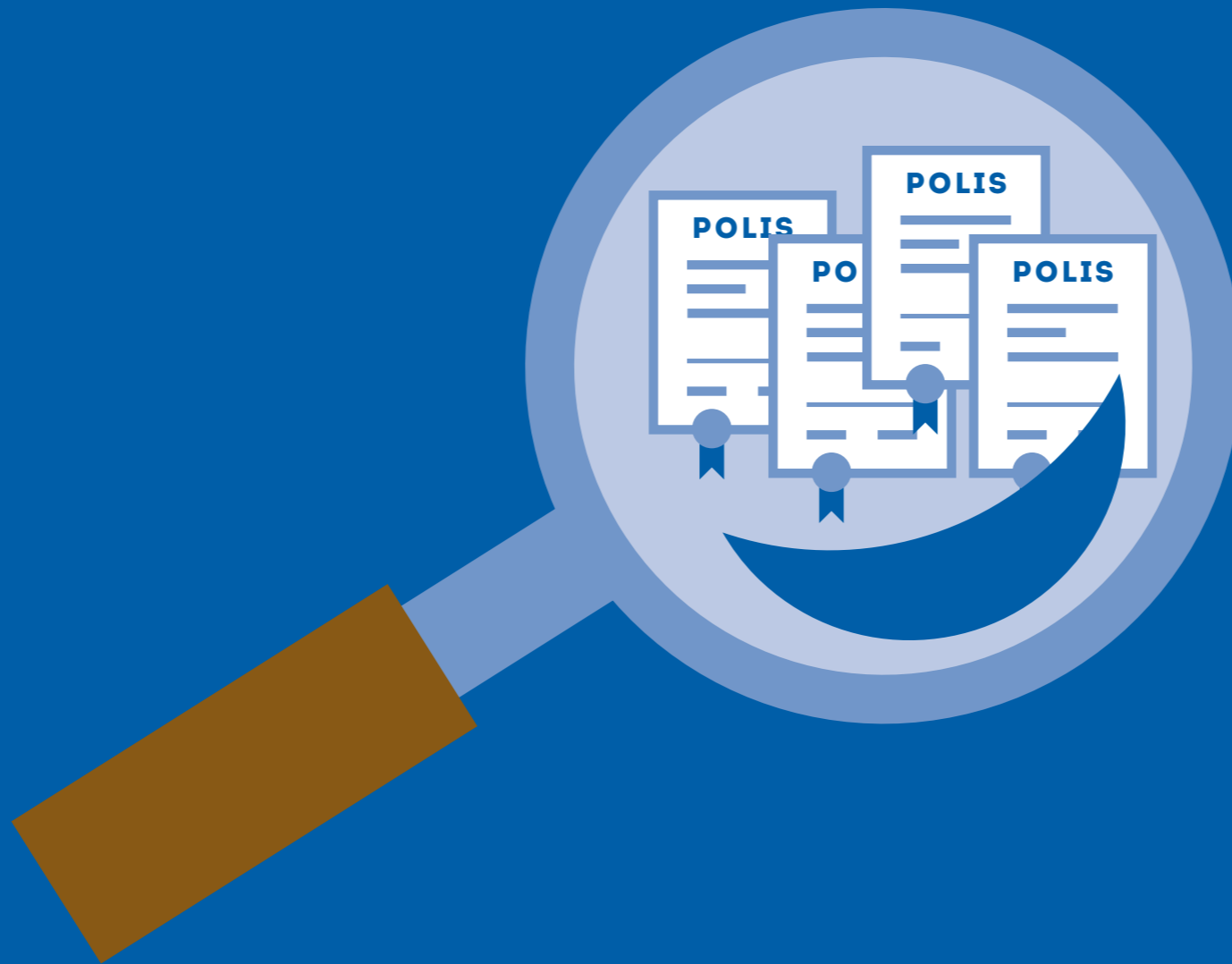


Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015



september 2015



VERDER

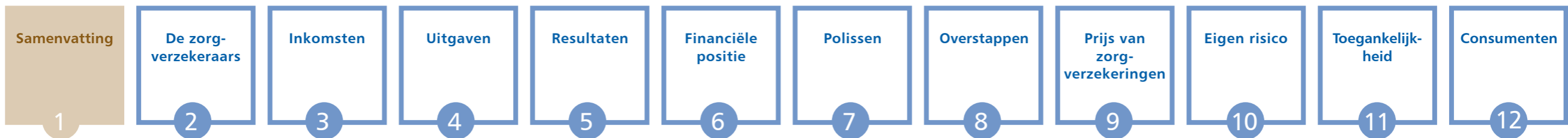
Samenvatting 1	De zorg- verzekeraars 2	Inkomsten 3	Uitgaven 4
Resultaten 5	Financiële positie 6	Polissen 7	Overstappen 8
Prijs van zorg- verzekeringen 9	Eigen risico 10	Toegankelijk- heid 11	Consumenten 12

Samenvatting	De zorg- verzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorg- verzekeringen	Eigen risico	Toegankelijk- heid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Samenvatting

1





SAMENVATTING

Samenvatting

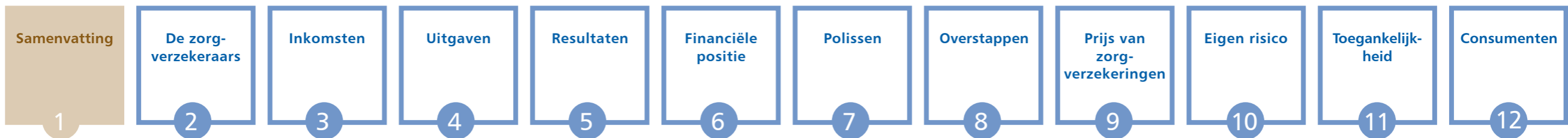
De NZa kijkt jaarlijks naar de stand van zaken op de markt voor zorgverzekeringen. Aan de hand van kwalitatieve en kwantitatieve analyses vormen wij ons een beeld van de werking

van deze markt. Dit beeld publiceren wij in de marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Hieronder volgt een samenvatting van de bevindingen en conclusies in deze marktscan voor 2015. We beginnen met de belangrijkste aandachtspunten voor de zorgverzekeringsmarkt.

Conclusies en aandachtspunten

- Consumenten willen meer informatie over de prijs en voorwaarden van de zorg, en over de taken van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zouden die informatie in samenwerking met de overheid moeten bieden, zeker ook om het vertrouwen van consumenten in zorgverzekeraars te vergroten.
- Er is een grote variatie aan polissen. Er is dus voldoende keus voor consumenten om een verzekering te kiezen die bij hen past. We vinden dit positief, maar zien ook het risico dat het voor consumenten te moeilijk wordt om zorgpolissen met elkaar te vergelijken. De NZa wil daarom dat zorgverzekeraars investeren in de vergelijkbaarheid en inzichtelijkheid van hun aanbod. Ook onderzoekt de NZa of dit brede aanbod aan polissen nadelig is voor specifieke doelgroepen.
- De NZa ziet positieve ontwikkelingen in het aanbod aan aanvullende verzekeringen: het gebruik van acceptatievoorwaarden is sterk verminderd en integrale pakketten van basis- en aanvullende verzekeringen komen niet meer voor.
- De marktaandelen van de kleinere verzekeraars nemen al een aantal jaren licht toe. Wel is het moeilijk om als nieuwe zorgverzekeraar toe te treden. Er hoeven nu geen maatregelen genomen te worden. We zien geen aanwijzingen dat er onvoldoende concurrentie is. Maar de NZa blijft de concentratie van de markt kritisch volgen.
- Bij sommige aanvullende verzekeringen wordt een toeslag gevraagd op de aanvullende verzekering als de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar is afgesloten. De NZa vindt dit onwenselijk, omdat het verzekerden kan belemmeren om over te stappen.
- De NZa start een onderzoek naar de collectieve verzekeringen, om de voor- en nadelen van deze verzekeringen voor consumenten in kaart te brengen.
- Bij het afsluiten van een zorgverzekering worden soms kortingen gegeven, maar ook geschenken. Omdat die geschenken niet voor alle doelgroepen aantrekkelijk zijn, kunnen dit soort giften leiden tot doelgroepselectie. Denk bijvoorbeeld aan een spelcomputer. Hoewel het geven van geschenken niet altijd verboden is, vinden we het wel onwenselijk.





SAMENVATTING

Premies en zorgkosten

De zorgverzekering blijft duurder worden voor consumenten. De totale omzet van zorgverzekeraars ten laste van de Zorgverzekeringswet stijgt van 2014 op 2015 met € 1,8 miljard (4,5%) tot een totaal van € 41,7 miljard. In 2015 is de gemiddeld betaalde nominale premie ten opzichte van 2014 met € 60 gestegen naar € 1.158. De variatie tussen de hoogste en de laagste premies is ook gestegen. De premiestijging is vooral het gevolg van een toename van de zorguitgaven en de overhevelingen van de AWBZ naar de Zvw. De nominale premies waren dit jaar wel beperkt gestegen, door de inzet van bedrijfsresultaten uit het verleden.

Naast de nominale premies betalen consumenten in 2015 gemiddeld ongeveer € 1.900 via hun belastingen mee aan de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Ter illustratie: de inkomensafhankelijke werkgeversbijdrage kan oplopen tot ruim € 3.600 bij een bruto-inkomen in loondienst hoger dan € 51.976. De eigen betalingen (waaronder het verplicht eigen risico) maken bovendien een steeds groter deel uit van de zorgkosten voor consumenten. Verzekerden betaalden in 2014 gemiddeld € 209 aan het verplicht eigen risico. Daarbij valt op dat mensen steeds vaker kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De mensen die een vrijwillig eigen risico namen, waren daar gemiddeld € 48 aan kwijt. Als consumenten een vrijwillig eigen risico nemen, nemen zij meestal de hoogste categorie (€ 500 boven op het wettelijk verplichte eigen risico).

Betaalbaarheid

Hoe staat het met de betaalbaarheid van zorgverzekeringen? Om die in de gaten te houden, kijken we elk jaar naar enkele indicatoren: de aantallen onverzekerden, wanbetalers en mensen die het eigen risico herverzekeren.

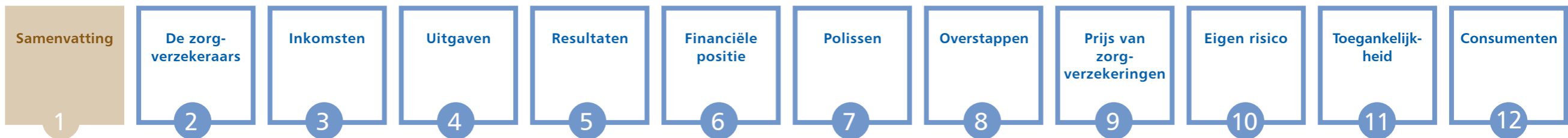
Onverzekerden en wanbetalers

Het aantal onverzekerden is van 2013 op 2014 licht gestegen naar 29.454 (+2,5%). Wel is dit aantal maar ongeveer de helft van wat het in 2011 was. Dat was voordat de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in werking trad. Het aantal wanbetalers is van 2013 op 2014 ook licht gestegen naar 329.291 (+2%). Deze toename lijkt structureel.

Herverzekeringen

De NZa vindt herverzekering van het eigen risico in principe onwenselijk. De herverzekering is ten eerste een ontduiking van het minimale wettelijk eigen risico. Herverzekering neemt bovendien de beoogde prikkel weg tot gematigd zorggebruik, terwijl die prikkel juist het doel is van het eigen risico. Er zijn echter groepen die zoveel moeite hebben om het eigen risico te betalen dat de herverzekering een goede oplossing is voor hun situatie. Zolang het herverzekeren beperkt blijft tot deze specifieke groepen, is er geen probleem op de markt. Per februari 2015 zijn er bijna 200.000 verzekerden met een herverzekering van het eigen risico. Die groep bestaat voor 73% uit minima en uitkeringsgerechtigden en voor 24% uit buitenlandse seizoenarbeiders.





SAMENVATTING

Gezien de toenemende kosten voor consumenten en de lichte toename van het aantal wanbetalers en de herverzekering van het eigen risico blijft de betaalbaarheid van de zorgverzekering de komende jaren aandacht vragen. Wij zullen deze ontwikkelingen daarom blijven monitoren.

Ontwikkeling marktstructuur

In 2015 zijn er 25 zorgverzekeraars actief op de zorgverzekeringsmarkt. Zorgverzekeraar AGIS is opgeheven en de verzekerdportefeuille is overgenomen door Zilveren Kruis Achmea.

Toetreding

In 2015 is het ANNO12 uiteindelijk niet gelukt om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt. De NZa heeft met ANNO12 gesproken over de redenen van de mislukte toetreding. ANNO12 kon uiteindelijk (naar eigen zeggen) niet toetreden vanwege het onaantrekkelijke aanbod voor nieuwe verzekerden. De oorzaak hiervoor lag vooral in de hoge kapitaaleisen. De zorgverzekering was in combinatie met de participatie in ANNO12 relatief duur en complex. Een andere reden is het langdurige en moeizame toelatingstraject, waardoor te weinig tijd overbleef om verzekerden te werven. De NZa concludeert dat het voor nieuwe toetreders (zonder kapitaal en verzekerden) uiterst moeilijk is om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt. Ook voor kapitaalkrachtige partijen bestaan er grote drempels. Zoals de complexe regelgeving, de onzekerheid rondom politieke beslissingen over onder andere het verzekerde pakket, en de hoge investeringen vanwege de solvabiliteitseisen.

Door de weggevallen potentiële toetreding lijkt er sprake te zijn van een gesloten landelijke markt. Dit kan risico's inhouden voor de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Voor het behoud van de bestaande concurrentie vinden wij het dan ook van belang dat er geen verdere concentratie plaatsvindt op de zorgverzekeringsmarkt. Er zijn echter ook diverse indicatoren die wijzen op concurrentie. Deze lichten wij hieronder verder toe.

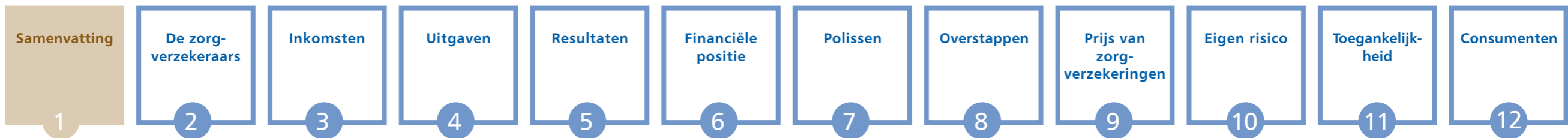
Concentratie

Ondanks het gedaalde aantal zorgverzekeraars op de markt is de concentratie licht afgenomen. Dit komt met name doordat de grote zorgverzekeringsconcerns al jaren marktaandeel verliezen aan de kleine zorgverzekeraars. Ook voor kleinere zorgverzekeraars zijn er dus kansen op de markt. Het is ook een aanwijzing dat er concurrentie is en dat verzekerden echt iets te kiezen hebben. De concentratie van de markt blijft wel relatief hoog. We vinden het daarom van belang dat er geen verdere concentratie plaatsvindt.

Overstappers

Het aantal overstappers op de zorgverzekeringsmarkt is toegenomen van 7,0% in 2014 naar 7,3% in 2015. De hiermee geboekte overstapwinst is gegroeid van 54 miljoen euro in 2014 naar 69 miljoen euro in 2015. Een relatief groot deel van deze overstappers is overgestapt naar een zorgverzekering met beperkende voorwaarden ('budgetpolis'). Inmiddels zijn er 17 van deze polissen op de markt en zij zijn goed voor 7,5% van de verzekerden. Dit is 70% meer dan in 2014.





SAMENVATTING

Resultaten en financiële positie

Zorgverzekeraars hebben in 2014 goede financiële resultaten behaald. De afschaffing van de ex-postcompensatie in combinatie met lager uitgevallen zorguitgaven is de meest waarschijnlijke oorzaak van die goede financiële resultaten. De exploitatieresultaten in 2014 waren wel minder positief dan in 2012 en 2013.

De daling van de resultaten in 2014 kan mogelijk worden verklaard doordat zorgverzekeraars positieve resultaten uit eerdere jaren hebben teruggegeven aan verzekerden, via een negatieve premieopslag in 2014.

Gerekend onder Solvency 1-eisen is de gemiddelde solvabiliteit gestegen van 216% van de minimaal vereiste solvabiliteit in 2013, naar 241% in 2014. Gerekend onder de nieuwe regels van Solvency II hebben zij 149% van het minimum in kas voor de basisverzekering. Gezien de toenemende eisen aan de solvabiliteit in de komende jaren en de toenemende financiële risico's, is er op dit moment geen aanleiding om te denken dat de financiële reserves onnodig hoog zijn.

Vanwege de hiervoor beschreven ontwikkelingen zijn wij van mening dat er ondanks het gesloten karakter van de markt op dit moment geen aanwijzingen zijn dat er onvoldoende concurrentie is.

Polisaanbod

Keuzemogelijkheden

De NZa heeft het polisaanbod voor de gehele ziektekostenmarkt in Nederland in kaart gebracht. Het aantal basispolissen is sinds de invoering van de Zvw gestegen. Er zijn op dit moment 71 basispolissen op de markt van 25 zorgverzekeraars. Het aanbod van

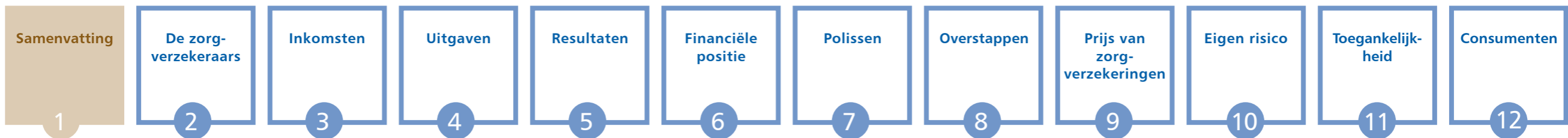
aanvullende zorgverzekeringen omvat een kleine 300 verzekeringen (inclusief mondzorgverzekeringen). Per basispolis heeft een verzekerde gemiddeld de keus uit 4,5 aanvullende verzekeringen en iets meer dan twee mondzorgverzekeringen. Wel kan een verzekerde kiezen voor een natura-, restitutie- of combinatiepolis (al of niet met beperkende voorwaarden), een vrijwillig eigen risico, een aanvullende en/of tandartsverzekering en tot slot ook nog voor deelname aan een collectiviteit. Dat alles maakt de keuze voor een zorgverzekering wel moeilijk.

De NZa ziet een grote variatie in zorgpolissen. Dit kan voordelen hebben voor consumenten, maar er zijn ook risico's aan verbonden. Ten eerste kan een groter aanbod leiden tot ongelijke toegang voor bepaalde doelgroepen of prijsdiscriminatie ten koste van specifieke doelgroepen. De NZa doet hier op dit moment onderzoek naar. Ten tweede bestaat het risico dat het moeilijk wordt voor consumenten om een goede keus te maken. We willen daarom dat zorgverzekeraars investeren in de vergelijkbaarheid en inzichtelijkheid van hun aanbod.

Polissen vergelijken

Polissen met beperkende voorwaarden zijn gemiddeld goedkoper dan de andere polissen. Maar ze bieden meestal lagere vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorg. Ook hebben ze een beperkt netwerk aan gecontracteerde aanbieders. Er zijn bovendien grote prijsverschillen tussen polissen, ook als ze ogenschijnlijk identiek zijn. Dat alles kan zorgen voor verwarring bij consumenten, hoewel er ook financiële voordelen te behalen zijn. Zij doen er goed





SAMENVATTING

aan om kritisch te kijken naar zorgverzekeringen en deze te vergelijken aan de hand van hun eigen voorkeuren.

Vergelijkingsites vereenvoudigen het keuzeproces aanzienlijk. Het is belangrijk dat de vergelijkingsites objectief zijn en het belang van de verzekerde voorop zetten. Daarnaast is het belangrijk dat verzekerden goed op de hoogte zijn van de gevolgen van hun beslissingen in het kiezen van een zorgverzekering. Ook is het goed dat verzekeraars zelf initiatief nemen om de informatie vergelijkbaar, juist en volledig te maken, zoals ze hebben toegezegd in het actieplan Kern-gezond. We ondernemen zelf ook stappen. Per 1 november treedt de beleidsregel 'Informatieverstrekking via vergelijkingsites' in werking. Deze beleidsregel expliciteert de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars voor informatie over hun aanbod op vergelijkingsites. De NZa zal hier toezicht op houden.

Collectieve verzekeringen

We zien dit jaar voor het eerst een kleine afname van het aantal collectief verzekerden van 70% naar 69%. Ook is de gemiddelde collectiviteitskorting ten opzichte van individueel verzekerden gedaald van 5% naar 4,4%. De NZa gaat onderzoeken wat de meerwaarde nog is van collectieve zorgverzekeringen. We zien bijvoorbeeld dat een aantal zorgverzekeraars geen collectiviteitskorting meer biedt. In plaats daarvan bieden zij een lagere basispremie voor al hun verzekerden. De zorgverzekeraars willen hiermee het aanbod transparanter maken en iedereen een scherpe premie aanbieden. Dit roept de vraag op of het niet mogelijk is om over de hele breedte een beter aanbod aan polissen te krijgen als de collectiviteitskorting wordt losgelaten.

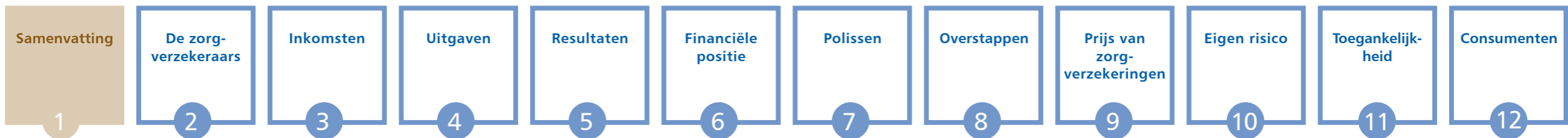
Dat zou bijvoorbeeld voordelig zijn voor de transparantie. Zo lijkt het nu alsof collectieve verzekeringen per definitie goedkoper zijn, maar dat is niet zo. Er zijn ook erg voordelige individuele verzekeringen op de markt.

Ten tweede zien we dat individueel verzekerden gemiddeld voor een lagere basispremie kiezen. Dit kan een aanwijzing zijn dat mensen zonder collectiviteitskorting prijsbewuster zijn en/of dat de beschikbare collectiviteiten voor hen niet goedkoper zijn dan een individuele verzekering. Ook zien we de gemiddelde collectiviteitskorting afnemen. Bovendien creëren collectiviteiten een zekere ongelijkheid op de polismarkt. Bijna iedereen heeft toegang tot een collectiviteit, maar niet altijd kan dezelfde korting behaald worden: werkgeverscollectiviteiten bieden de hoogste kortingen, maar zijn alleen toegankelijk voor mensen met een baan.

Dat wil niet zeggen dat collectiviteiten en de collectiviteitskorting geen voordelen hebben. Te denken valt aan betaling van de premie door de werkgever. Of de mogelijkheid om met een groot collectief over de prijs te onderhandelen en dus een scherpe prijs te bedingen. En synergievoordelen door combinaties met andere verzekeringen of bedrijfsgezondheidszorg. Bovendien verliezen mensen bij het afschaffen van collectiviteiten eventueel hun lage premie.

Gezien de ontwikkelingen vinden we het van belang om goed te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van de collectiviteiten en collectiviteitskorting.





SAMENVATTING

Een belangrijke vraag is of collectiviteiten voldoen aan hun oorspronkelijke doelstelling: het bedingen van een scherpe premie. Overigens kan het ook zo zijn dat de huidige collectiviteiten anders werken dan oorspronkelijk bedacht, maar dat zij toch nog altijd voordelig zijn voor consumenten.

Risicoselectie

Opvallend zijn de verschillen in de vereveningsresultaten tussen de zorgverzekeraars. Het verschil tussen de resultaten kan mogelijk wijzen op risicoselectie. De NZa werkt op dit moment aan een kwantitatief en een kwalitatief onderzoek naar risicoselectie.

Kortingen

Zorgverzekeraars bieden diverse kortingen op de te betalen premie. Veel voorkomend zijn kortingen voor kwartaal-/jaarbetalings of betaling via de werkgever en pakketkortingen. Daarnaast worden soms welkomstkortingen gegeven. Er zijn geen aanwijzingen dat zorgverzekeraars met kortingen sturen op het aantrekken van specifieke groepen verzekerden. De kortingen zijn niet gericht op een doelgroep of kenmerken van een doelgroep. Bovendien zijn de kortingen bereikbaar voor iedereen, met uitzondering van bepaalde collectiviteiten.

Sommige bemiddelende websites bieden cadeaus aan in plaats van korting. Hiermee kan in theorie wel op een specifieke doelgroep gestuurd worden. We vinden financiële kortingen daarom in principe beter dan cadeaus. De NZa zal dit fenomeen tijdens de volgende overstapperiode in het najaar van 2015 verder onderzoeken.

Toeslag

De NZa heeft verder geconstateerd dat er aanvullende verzekeringen zijn waarvoor een forse toeslag wordt gerekend als de verzekerde géén basisverzekering afneemt bij dezelfde zorgverzekeraar. Dat kan overstappen belemmeren. We vinden dat dan ook onwenselijk.

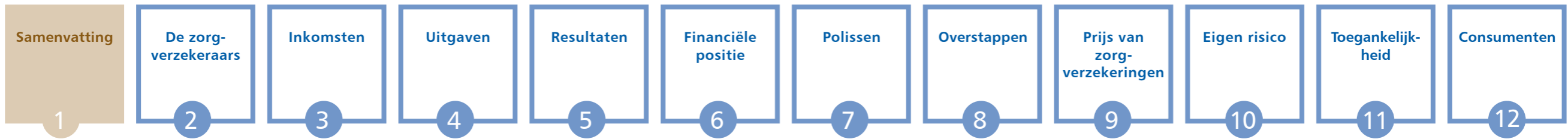
Ontwikkelingen aanvullende verzekeringen

Zorgverzekeraars kunnen de aanvullende verzekering inzetten om verzekerden te sturen en zo op risico's te selecteren. We zien hier twee positieve ontwikkelingen. Zo komen de integraal aangeboden pakketten van basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen niet meer voor. Ook hanteren zorgverzekeraars ten opzichte van 2012 veel minder acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekeringen.

Consumenten

De NZa peilde voor deze marktscan hoe consumenten denken over de zorgverzekeraars en hun taken. Uit dit onderzoek blijkt dat 57% van de consumenten (veel) vertrouwen heeft in de eigen zorgverzekeraar. Het vertrouwen in de sector in het algemeen is veel lager: 28% van de consumenten heeft (veel) vertrouwen in zorgverzekeraars. Misvattingen over de rol van zorgverzekeraars blijken een belangrijke oorzaak. Verzekerden vinden ook dat ze onvoldoende informatie krijgen over de prijs en de voorwaarden van zorg en hun verzekering. Dit gebrek aan informatie verkleint hun vertrouwen.





SAMENVATTING

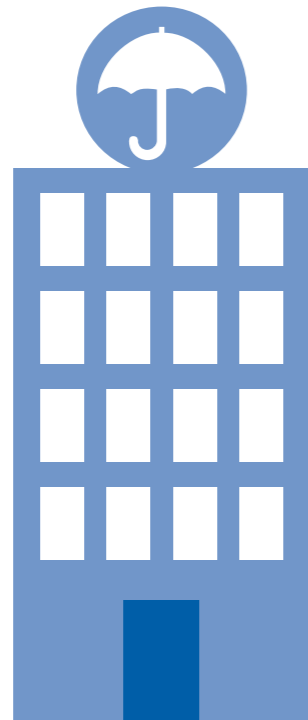
Tot slot zien we dat consumenten die het makkelijker vinden om een zorgverzekering af te sluiten, ook meer vertrouwen hebben in zorgverzekeraars.

De NZa analyseerde ook de vragen die consumenten stellen via de mail of telefoon. De meeste vragen gaan over de vergoedingen door verzekeraars of de rekeningen van zorgaanbieders. Het blijkt dat onduidelijkheid over deze onderwerpen direct van invloed is op het vertrouwen in zorgverzekeraars. Al met al ligt er voor zorgverzekeraars een uitdaging om volledige en duidelijk uitleg te geven aan hun verzekerden over de financiële aspecten van zorg en hun taken.



Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

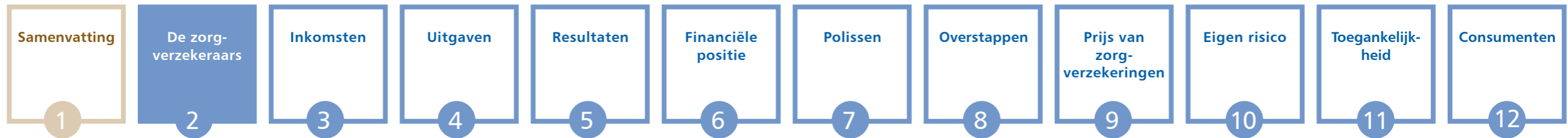
De zorgverzekeraars



2

- Aantal zorgverzekeraars
- Concentratie
- Toetreding





DE ZORGVERZEKERAARS > AANTAL ZORGVERZEKERAARS

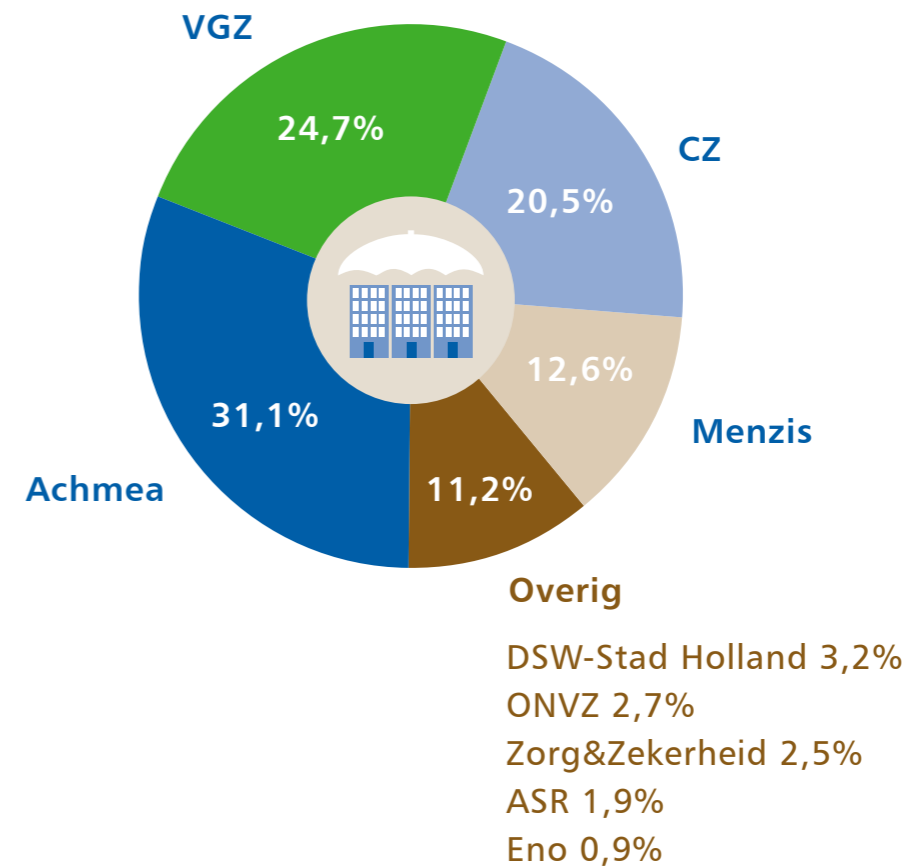
Aantal zorgverzekeraars

In 2015 zijn er 25 zorgverzekeraars in Nederland. De meeste daarvan vallen onder een overkoepelend concern. Op dit moment zijn er negen concerns. In 2015 is er één zorgverzekeraar opgeheven, namelijk Agis. De verzekerden van Agis zijn binnen het Achmea-concern overgegaan naar Zilveren Kruis Achmea.

Marktaandelen

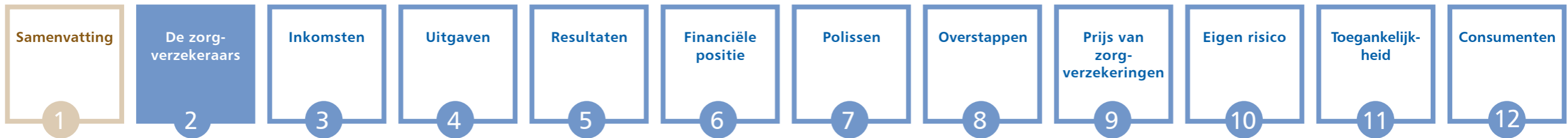
Marktaandelen geven weer hoe groot de verschillende spelers op de zorgverzekeringsmarkt zijn. De vier grootste zorgverzekeringsconcerns verliezen jaarlijks iets van hun marktaandeel aan de kleinere concerns. Samen hebben de vier grootste in 2015 een marktaandeel van 88,8% (2014: 89,6%). Het totale aandeel van de overige concerns stijgt van 10,4% in 2014 naar 11,2% in 2015, vooral door de flinke stijging bij DSW.

Marktaandelen zorgverzekeringsconcerns



Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag). De figuur telt op tot meer dan 100%. Dit komt door de afronding.





DE ZORGVERZEKERAARS > AANTAL ZORGVERZEKERAARS

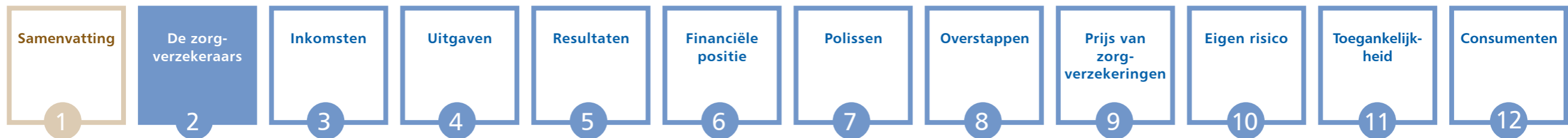
Aanbod concerns en zorgverzekeraars

Concern	Zorgverzekeraar
Achmea	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.
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. OHRA Zorgverzekeringen N.V. OWM CZ Groep Zorgverzekeringen U.A.
DSW-SH	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. Stad Holland Zorgverzekeraar O.W.M. U.A.

Concern	Zorgverzekeraar
Eno	Eno Zorgverzekeraar N.V.
Menzis	Anderzorg N.V. Azivo Zorgverzekeraar N.V. Menzis Zorgverzekeraar N.V.
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
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
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA



Bron: Modelovereenkomsten (NZa).



DE ZORGVERZEKERAARS > CONCENTRATIE

Concentratie

Concentratie zegt iets over het aantal en de omvang van de spelers op een markt. Bij een hoge concentratie (geconcentreerde markt) zijn er weinig spelers en hebben de spelers een groot marktaandeel. Bij een lage concentratie zijn er veel kleine spelers. We veronderstellen dat er bij een lage concentratie meer concurrentie tussen verzekeraars is, en meer keuze voor consumenten.

Om de concentratiegraad van zorgverzekeraars in een regio te bepalen, hanteren we de Herfindahl-Hirschman Index (HHI). Die is gebaseerd op de marktaandelen. Hoe hoger de index, hoe hoger de concentratie in de markt. Bij een HHI van 2.000 of hoger spreken we van een geconcentreerde markt.

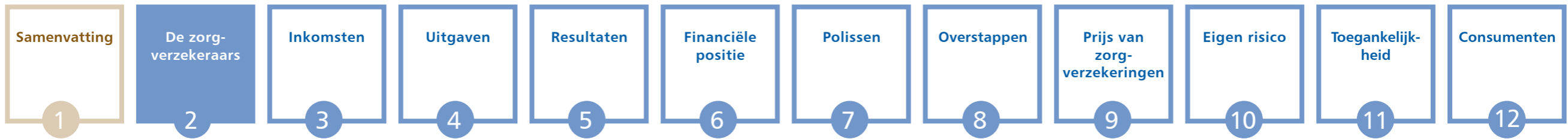
Deze tabel toont de concentratiegraad van de zorgverzekeringsmarkt per provincie en voor Nederland in totaal, uitgedrukt in de HHI. In 2015 neemt de concentratiegraad alleen in Zuid-Holland (licht) toe. Dit komt door een flinke stijging van het marktaandeel van zorgverzekeraar DSW in deze provincie. Over heel Nederland daalt de HHI al een aantal jaar licht. Het landelijke cijfer is het relevante cijfer voor de mate van concurrentie en keuzevrijheid. De regionale cijfers geven we om ontwikkelingen ten opzichte van eerdere jaren te kunnen duiden.

Concentratiegraad zorgverzekeringsmarkt per provincie (HHI)

Provincie	2013	2014	2015
Drenthe	3.659	3.539	3.478
Flevoland	3.715	3.555	3.324
Friesland	6.202	6.028	5.873
Gelderland	2.330	2.318	2.278
Groningen	3.581	3.486	3.463
Limburg	3.487	3.456	3.392
Noord-Brabant	3.203	3.191	3.153
Noord-Holland	3.058	2.973	2.930
Overijssel	2.595	2.558	2.538
Utrecht	2.882	2.808	2.684
Zeeland	4.026	3.949	3.921
Zuid-Holland	1.882	1.878	1.880
Nederland	2.264	2.240	2.224

Bron: NZa op basis van Vektis: Verzekerdemobiliteit en Keuzegedrag (2013,2015) en Aanlevering Verzekerden Gegevens (2014).





DE ZORGVERZEKERAARS > CONCENTRATIE

Effect van overstappen

Van 2011 op 2012 nam de HHI toe van 2105 naar 2277 door een fusie tussen Achmea en De Friesland. Deze fusie vertekent het beeld van de ontwikkelingen in de marktconcentratie. Om alleen de effecten van het overstappen door verzekerden in beeld te krijgen, hebben we een analyse gemaakt van de marktaandelen van de grootste vier concerns zonder De Friesland mee te tellen.

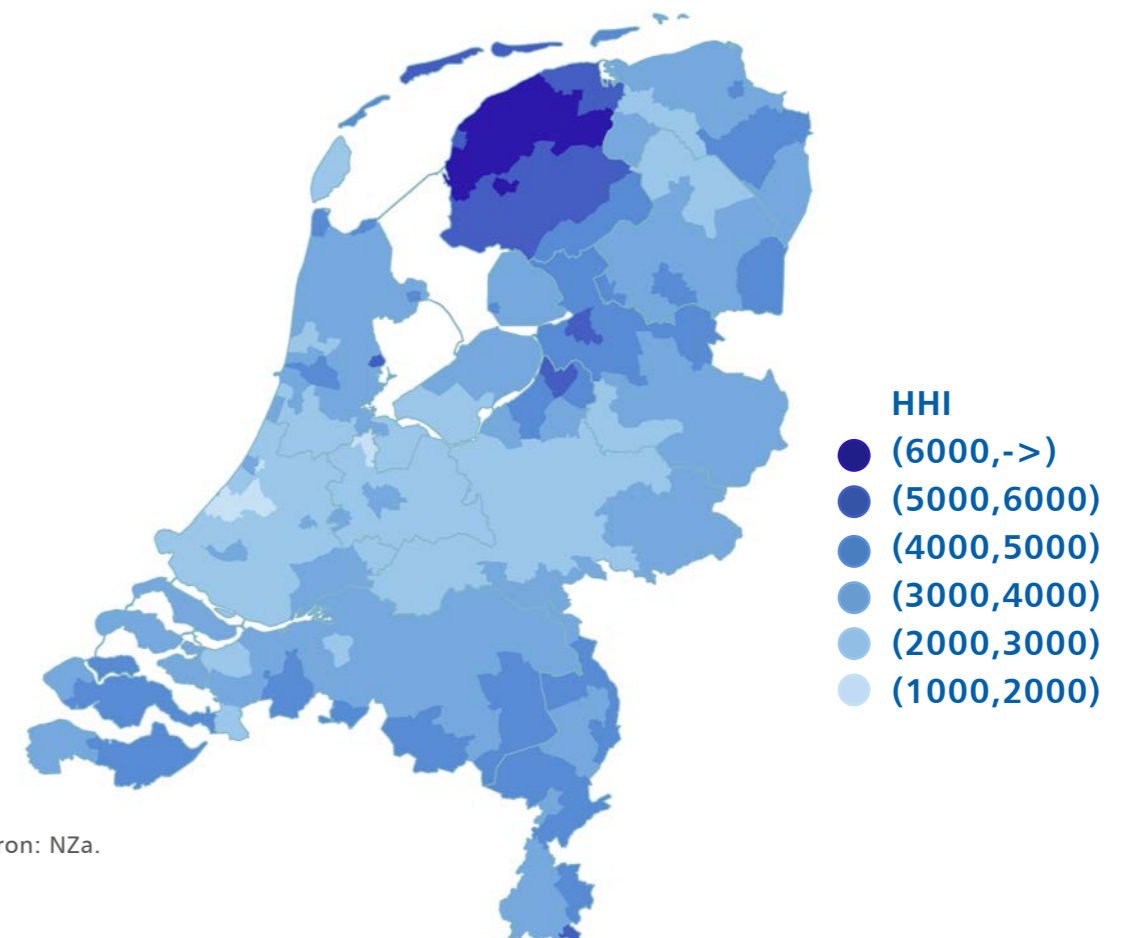
De marktaandelen van de grote vier concerns zonder De Friesland

	2011	2012	2013	2014	2015
Grote vier excl. De Friesland	87,6%	86,8%	86,5%	86,3%	85,4%

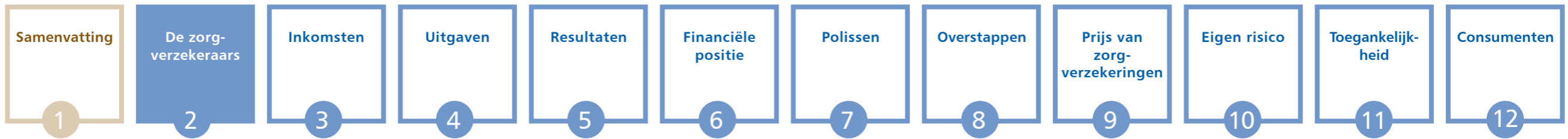
Deze tabel toont dat de grote vier concerns de afgelopen jaren te maken hebben gehad met een kleine, maar structurele daling van hun marktaandeel.

De kaart hieronder toont de concentratiegraad (HHI) van de zorgverzekeringsmarkt op gemeenteniveau. De donkergekleurde gebieden hebben de hoogste concentratiegraad. Uit de kaart blijkt dat de provincie Friesland de hoogste concentratiegraad heeft. Oorzaak hiervan is vooral het grote marktaandeel van De Friesland in deze regio. In Midden-Nederland is het marktaandeel van de verzekeraars relatief het laagst.

Concentratiegraad zorgverzekeringsmarkt per gemeente in 2015 (HHI)



Bron: NZa.



DE ZORGVERZEKERAARS > CONCENTRATIE

Gewogen gemiddelde marktaandelen

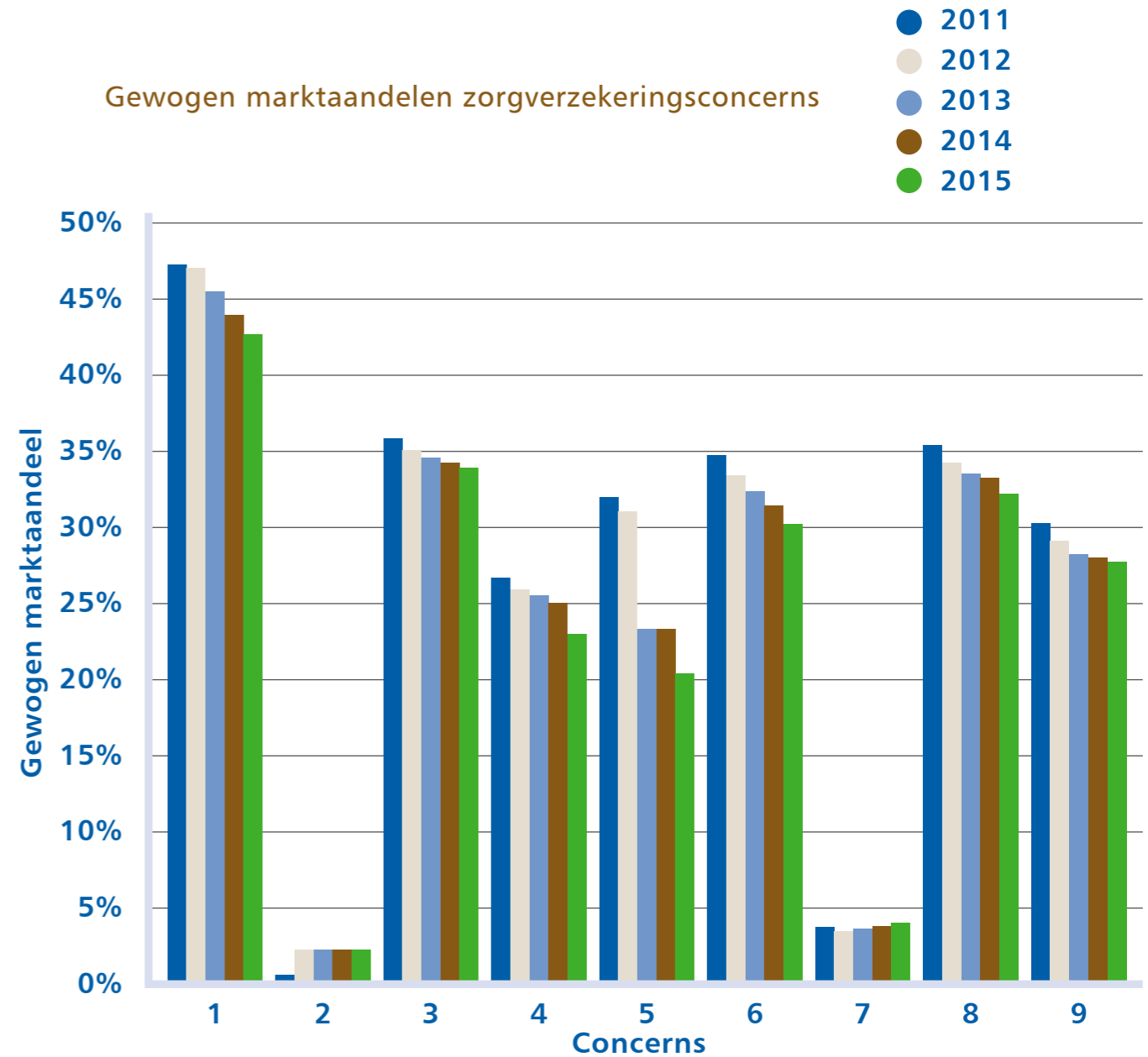
Een andere manier om de marktconcentratie weer te geven is met de indicator ‘gewogen gemiddelde marktaandelen’. Hierbij kijken we naar het marktaandeel van zorgverzekeringsconcerns per viercijferig postcodegebied. Die marktaandelen krijgen per postcode een weging mee: ze wegen zwaarder als het concern in dat gebied meer verzekerden heeft. En lichter als dat er juist weinig of geen zijn. Door die gewogen marktaandelen op te tellen krijgen we het gemiddelde. Een klein zorgverzekeringsconcern dat lokaal een sterke positie heeft, krijgt dan een even hoog marktaandeel als een groot landelijk zorgverzekeringsconcern dat in heel Nederland een hoog marktaandeel kent.

De hoogte van het gewogen marktaandeel laat zien wat de positie is van het zorgverzekeringsconcern tegenover de zorgaanbieders. Een hoger gewogen marktaandeel versterkt de onderhandelingsmacht van het concern bij het inkopen van zorg voor zijn verzekerden.

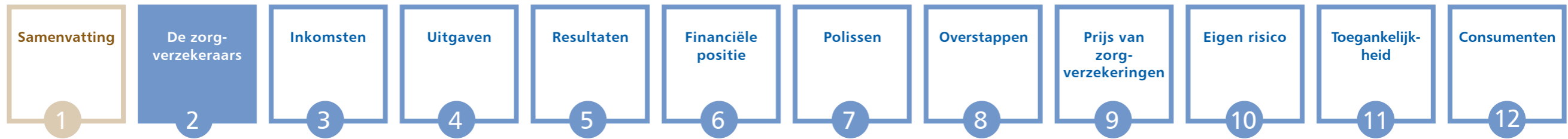
De figuur laat zien dat gewogen gemiddelde marktaandelen van de zorgverzekeringsconcerns dalen of (in twee gevallen) ongeveer gelijk blijven. Dit wijst erop dat de zorgverzekeringsconcerns steeds minder sterk zijn in hun oorspronkelijke werkgebieden.

In 2015 hadden de zorgverzekeringsconcerns gemiddeld een marktaandeel van 34% in de voor hen relevante postcodegebieden.

Gewogen marktaandelen zorgverzekeringsconcerns

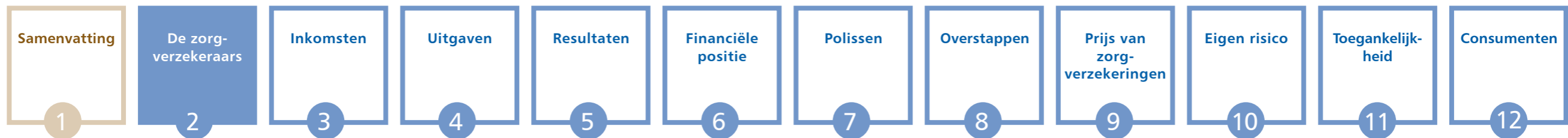


Bron: NZa op basis van data van Zorginstituut Nederland.

**DE ZORGVERZEKERAARS > CONCENTRATIE****Conclusies NZa**

De concentratie van de zorgverzekeringsmarkt daalt licht. De grootste vier concerns hebben in de afgelopen jaren structureel een beetje marktaandeel verloren. Ook zien we een kleine afname van de gewogen marktaandelen. Deze lichte maar structurele deconcentratie van de zorgverzekeringsmarkt is een aanwijzing dat er concurrentie is en dat verzekerden echt iets te kiezen hebben. De concentratie van de markt blijft wel relatief hoog. We vinden het daarom van belang dat er geen verdere concentratie plaatsvindt.





DE ZORGVERZEKERAARS > TOETREDING

Toetreding

Is het mogelijk om een nieuwe zorgverzekeraar te starten? In de afgelopen jaren is dit nog niet gelukt. De vraag is: waarom niet? Op deze pagina blikken we terug op een eerdere analyse van de NZa over toetreding. Pagina 19 en 20 bieden een weergave van de toetreding van ANNO12. En op pagina 21 volgt onze visie op de huidige mogelijkheden voor toetreding.

Terugblik: Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeraars

De NZa concludeerde in 2012 dat de zorgverzekeringsmarkt weliswaar drempels kent, maar dat toetreding door nieuwe zorgverzekeraars wel mogelijk is. Die conclusie stond in onze [Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt](#).

Dit waren de belangrijkste toetredingsdrempels die de NZa in 2012 signaleerde:

- Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om een financiële buffer aan te leggen van 11% van de gedeclareerde zorgkosten, met een ondergrens van € 2,3 miljoen.
- Zorgverzekeringen kennen een relatief laag rendement.
- Hoge regeldruk als gevolg van zorgverzekerings specifieke regels (voor het wettelijk verzekerd pakket en het vereveningssysteem).
- Voor de basisverzekering moeten zorgverzekeraars iedereen accepteren. Zij hebben een acceptatieplicht. Ook moeten zij voor alle doelgroepen dezelfde premie hanteren voor de basisverzekering. Dit is anders dan bij bijvoorbeeld levensverzekeringen, woonhuis- of autoverzekeringen.

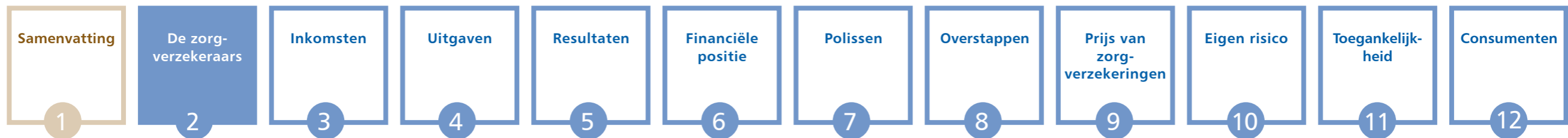
- Door grote publieke belangen ligt de markt onder een politiek vergrootglas, wat vooral buitenlandse partijen afschrikt.
- Veranderingen in de bekostiging van de zorg vragen veel flexibiliteit van de organisatie van de zorgverzekeraar. Deze veranderingen leiden ook tot onzekerheid over de verwachte financiële resultaten.
- Om zorg in te kunnen kopen heb je als zorgverzekeraar een landelijke dekking nodig. Die kan een nieuwe zorgverzekeraar nog niet op orde hebben. Doordat deze nog geen inkoopcontracten heeft kunnen afsluiten, moet zij de zorg altijd tegen de hoge 'passantentarieven' vergoeden. Dit leidt tot hogere zorgkosten.

Toch zagen we in 2012 mogelijkheden voor toetreding, op voorwaarde dat de nieuwe zorgverzekeraar:

- een duidelijk eigen gezicht heeft;
- een concurrerende premie kan bieden;
- taken als zorginkoop kan uitbesteden;
- de mobiliteit van verzekerden voldoende is om binnen enkele jaren een minimaal noodzakelijke schaal te bereiken.

Dit beeld werd destijds bevestigd doordat er initiatieven waren voor nieuw toetredende zorgverzekeraars. Eén daarvan was ANNO12. Hun poging tot toetreding strandde echter in 2015. Lees hierna meer over de achtergronden van die mislukte toetreding.





DE ZORGVERZEKERAARS > TOETREDING

De mislukte toetreding: ANNO12

Vier jaar lang probeerde ANNO12 zich te vestigen als nieuwe zorgverzekeraar. Hoewel ANNO12 uiteindelijk wel een vergunning heeft gekregen, is het haar niet gelukt succesvol toe te treden. We spraken hierover met initiatiefnemer Rob Adolfsen, oud-bestuurder van AGIS en VGZ. Hieronder volgt een korte weergave van dat gesprek. Adolfsen ziet twee redenen voor het falen van ANNO12: het toelatingsproces en de marktomstandigheden.

Toelatingsproces

Adolfsen ervoer het toelatingsproces als zeer moeizaam. 'Het heeft vanaf ons eerste initiatief in 2011 tot september 2014, bijna vier jaar, geduurd om de vergunning voor het voeren van een zorgverzekering rond te krijgen. De eisen voor de toelating zijn erg hoog en kosten veel werk. Soms zijn de regels voor nieuwkomers zelfs scherper dan voor bestaande partijen.

Daarnaast moesten we van de Autoriteit Financiële Markten goedkeuring krijgen voor de participaties van onze leden in de coöperatie ANNO12.

Op basis van Europese regelgeving moesten we bovendien uitgebreide documenten toevoegen aan de polis. Dit heeft niet bijgedragen aan de duidelijkheid van ons product. Alles bij elkaar was het dus een moeizaam toelatingsproces. Dat heeft het voor ons moeilijk gemaakt om een goede propositie in de markt te zetten.'

'Mijn indruk was dat het beleid van toezichthouders niet altijd goed toegerust is op nieuwe aanbieders. Zo hield het vereveningssysteem

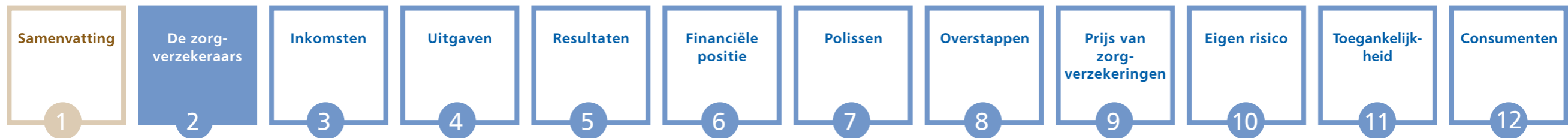
destijds nog geen rekening met een verzekeraar zonder verzekerdenbestand. Bovendien eist DNB van nieuwe toetreders dat zij bij de start voor de komende vijf jaar hun vereiste vermogen op grond van Solvency I gedekt hebben. Bestaande zorgverzekeraars kunnen uitgaan van 11% van de gemiddelde schade van de afgelopen drie jaar en kunnen tekorten in drie jaar tijd aanvullen. Ik zou het wenselijk vinden als toezichthouders kijken naar hoe hun beleid voor nieuwe toetreders in de praktijk uitpakt. Misschien dat via bepaalde garanties vanuit de overheid of opbouwende eisen de toetreding makkelijker gemaakt kan worden.'

Marktomstandigheden

Adolfsen vindt achteraf bezien dat ANNO12 de marktomstandigheden niet goed heeft ingeschat. 'Het bleek voor veel aspirant-verzekerden bijvoorbeeld niet haalbaar om in de dure maand december 850 euro per verzekerde voor de participatie in te leggen. Een alternatieve financiering voor de vereiste solvabiliteit bleek niet mogelijk. Door de lage marge van rond de twee procent op de basisverzekering waren er geen investeerders te vinden. We hebben daarnaast met diverse buitenlandse verzekeraars gesprekken gevoerd. Participatie in ANNO12 was voor hen niet interessant; het politieke karakter van de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt zorgde voor te veel onzekerheid.'

>>>





DE ZORGVERZEKERAARS > TOETREDING

>>>

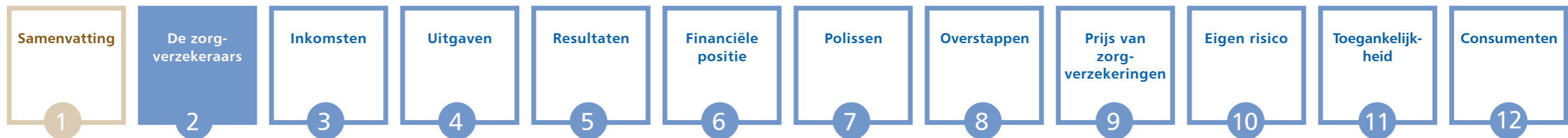
'Een ander nadeel was dat de startpremie van ANNO12 in 2015 ruim boven de premies van de concurrenten lag. Die hebben namelijk op verzoek van de minister hun winsten van eerdere jaren in 2015 teruggeven aan de verzekerden via lagere premies. Dit was voor ANNO12 geen optie omdat wij pas in 2015 de markt op kwamen. Daardoor was onze premie ongeveer € 60 per jaar duurder en stonden wij direct op achterstand.'

Marketing

De marketingstrategie van ANNO12 was evenmin een succesfactor. Adolfsen: 'We hadden ervoor gekozen geen gebruik te maken van kostbare reclames en advertenties. In plaats daarvan hoopten we bekendheid te verwerven via televisieprogramma's en social media. Tegen onze verwachting in lukte het vaak niet om in die programma's te verschijnen. Ook de inzet van social media leidde niet tot de verwachte resultaten. De reacties hierop waren minimaal. Mogelijk had dit te maken met de onbekendheid van ANNO12 bij consumenten. In enkele gevallen riep het gebruik van social media zelfs agressie op bij consumenten. Het gevolg van onze aanpak was bovendien dat het idee achter ons initiatief voor consumenten vaak niet duidelijk genoeg was. Dit gold vooral voor de participatie.'

ANNO12 slaagde er na vier jaar wel in een vergunning te krijgen en toe te treden. Maar de zeer late vergunning (september 2014), de matige propositie en de falende mediacampagne hebben uiteindelijk geleid tot stopzetting van het initiatief. Rob Adolfsen adviseert toezichthouders om kritisch naar het beleid te kijken dat effect heeft op de mogelijkheden tot toetreding. Als de toezichthouders meer meedenkend, faciliterend en servicegericht opereren en daarnaast meer vanuit vertrouwen dan vanuit wantrouwen werken, wordt het volgens hem misschien makkelijker voor nieuwe partijen om de markt te betreden.





DE ZORGVERZEKERAARS > TOETREDING

Conclusies NZa

Naast ANNO12 waren er nog enkele andere partijen die er niet in slaagden tot de zorgverzekeringsmarkt toe te treden. Op basis van hun ervaringen moeten we constateren dat de drempels voor toetreding hoger zijn dan we in 2012 hadden ingeschat. Vooral de vermogensseis in combinatie met het lage rendement op zorgverzekeringen blijkt een groot struikelblok. Ook blijken de regeldruk (de sectorspecifieke regulering) met de samenhangende onzekerheid en vooral de complexe toetredingsprocedure als grote drempels ervaren te worden.

Wij concluderen dat het zeer moeilijk is voor nieuwe zorgverzekeraars om toe te treden. Hierdoor is er sprake van een gesloten landelijke markt.

Voor het behoud van de concurrentie vindt de NZa het dan ook van belang dat er geen verdere concentratie plaatsvindt op de zorgverzekeringsmarkt. We zullen deze concentratie dan ook regelmatig blijven analyseren.

[>> Lees meer over concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.](#)

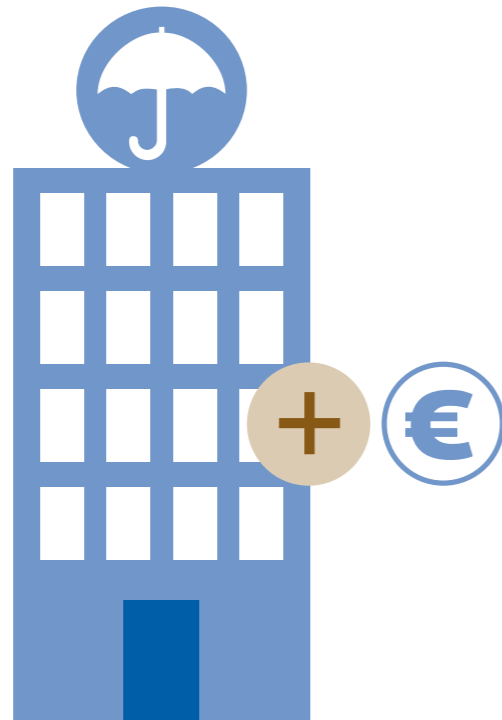
Het model van ANNO12

Zorgverzekeraar ANNO12 richtte zich naar eigen zeggen op betrokken verzekerden die hun eigen zorgconsumptie kritisch willen en durven bekijken. Mensen die zelf willen investeren in hun gezondheid en willen meedenken over het beleid van de zorgverzekeraar. Alle verzekerden van ANNO12 zouden lid zijn van een coöperatie die juridisch los staat van de zorgverzekeraar. De coöperatie biedt de zorgverzekeraar het benodigde vermogen om te voldoen aan de solvabiliteitseis. Verzekerden zouden hierin participeren door een eenmalige storting van 850 euro. Hierover ontvangen zij dan een rendement. Bij overstappen ontvangen ze hun inleg terug. Voor de zorginkoop, schade- en verzekerdenadministratie had ANNO12 samenwerking gezocht met een andere zorgverzekeraar.



Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Inkomsten



3

- De omzet van zorgverzekeraars
- Risicoverevening
- Financiering zorgverzekering
- Omzet basisverzekering





INKOMSTEN > DE OMZET VAN ZORGVERZEKERAARS

De omzet van zorgverzekeraars

Inkomsten



Nominale premies

Eigen risico

Vereveningsbijdrage

Nominale premie

De premies die verzekerden betalen voor hun basis- en eventuele aanvullende verzekering vormen een belangrijke bron van inkomsten voor zorgverzekeraars. Deze premie noemen we in het vervolg van dit document de nominale premie.

[>> Bekijk de cijfers.](#)

Eigen risico

Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. Het is mogelijk om vrijwillig te kiezen voor een hoger eigen risico.

[>> Bekijk de cijfers.](#)

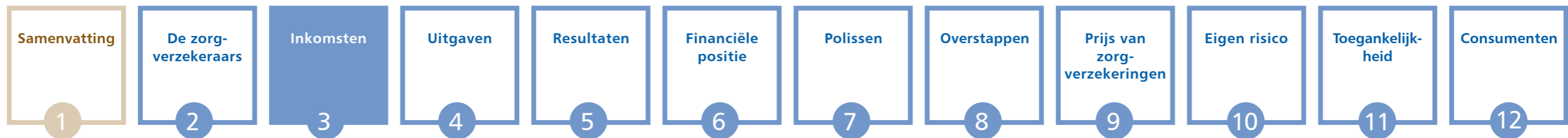
Vereveningsbijdrage

Naast de premie aan de zorgverzekeraars dragen mensen ook een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet af via hun werkgever. Voor mensen die niet in loondienst zijn, gelden andere tarieven en manieren van innen. Dit geld belandt in het Zorgverzekeringsfonds, waaruit zorgverzekeraars hun vereveningsbijdrage ontvangen. De inkomensafhankelijke premie is alleen van toepassing op de basisverzekering.

[>> Zie volgende pagina voor een uitleg over het vereveningssysteem.](#)

In dit document tellen we bewust het eigen risico als inkomsten. In de praktijk is het eigen risico een verlaging van de uitgaven van de verzekeraars: Pas boven het maximale bedrag betaalt de verzekeraar de zorgrekening.





INKOMSTEN > RISICOVEREVENING

Risicoverevening

Wat is risicoverevening?

Nederlandse zorgverzekeraars hebben de verplichting om iedereen te accepteren voor de basisverzekering. Tegelijkertijd is premiedifferentiatie verboden: ze mogen geen hogere of lagere prijzen hanteren voor specifieke bevolkingsgroepen voor dezelfde polis. De zorguitgaven per verzekerde kunnen echter wel sterk verschillen. Personen die veel en dure zorg krijgen, kosten meer voor een verzekeraar. Een normale schadeverzekeraar vraagt een premie die afhangt van het risico van de verzekerde; maar bij een zorgverzekering mag dat dus niet. Daarom krijgen zorgverzekeraars compensatie voor verzekerden met een hoog risicoprofiel, zoals chronisch zieken, ouderen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Voor verzekerden met een laag risico dragen zorgverzekeraars geld af. Dit mechanisme heet 'risicoverevening'. Alle zorgverzekeraars krijgen jaarlijks een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds: de vereveningsbijdrage. De hoogte hiervan hangt af van de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. De risicoverevening zorgt voor een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars – en dus voor eerlijke concurrentie. Ook is het daardoor mogelijk dat zieke en gezonde mensen dezelfde nominale premie betalen.

Vooraf en achteraf

Het risicovereveningssysteem bestaat uit twee onderdelen:

1. Risicoverevening vooraf (ex-ante)

Voorafgaand aan het polisjaar worden de zorgkosten van een zorgverzekeraar voorspeld. Dit gebeurt aan de hand van de persoonskenmerken van de verzekerden. Deze voorspelde kosten heten 'normkosten'. Op basis van die normkosten krijgt de zorgverzekeraar een vergoeding vooraf. Dit berekeningsmodel wordt elk jaar verder verbeterd en verfijnd.

Enkele voorbeelden van persoonskenmerken die bepalend zijn voor een vergoeding: leeftijd, geslacht, medicijngebruik in voorgaande jaren en eerder gestelde diagnoses.

2. Compensaties achteraf (ex-post)

De risicoverevening ex-ante werkt heel goed, maar niet perfect. Voor sommige vormen van zorg krijgen zorgverzekeraars daarom achteraf vergoedingen om hun daadwerkelijk gemaakte kosten te compenseren. Een nadeel van vergoedingen achteraf is dat zorgverzekeraars minder geprikkeld worden om doelmatig zorg in te kopen en de zorg daarmee betaalbaar te houden. De overheid bouwt de ex-postcompensaties dan ook geleidelijk af. In 2015 zijn bijna alle ex-postcompensaties afgeschaft voor de geneeskundige zorg. Dat geldt nog niet voor de wijkverpleging, curatieve GGZ, vaste kosten van ziekenhuizen en langdurige GGZ. De planning is dat zorgverzekeraars per 2017 de Zorgverzekeringswet volledig risicodragend uitvoeren voor de zorg die zij zelf inkopen.

>> [Bekijk de resultaten van de risicoverevening.](#)



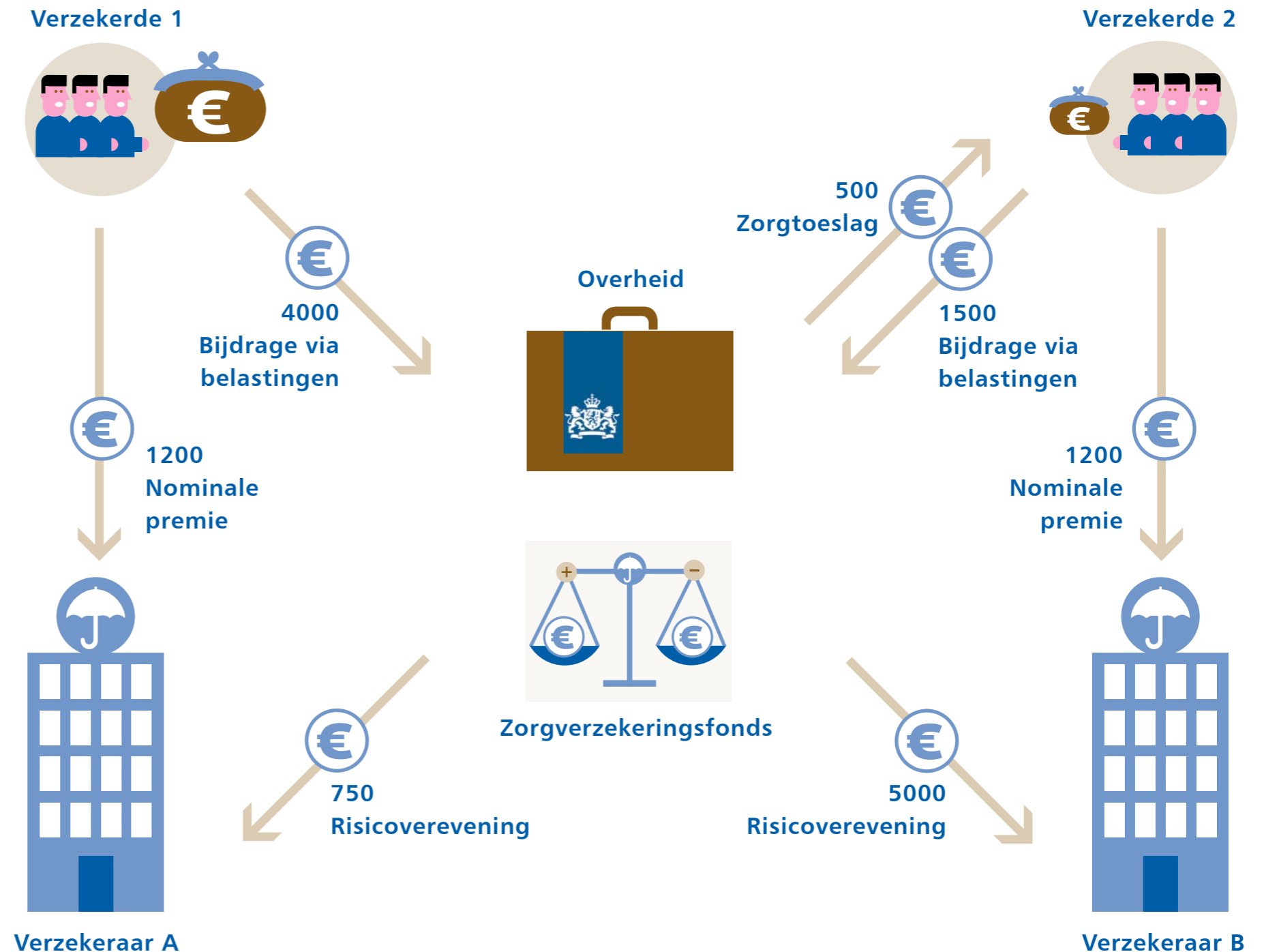
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten

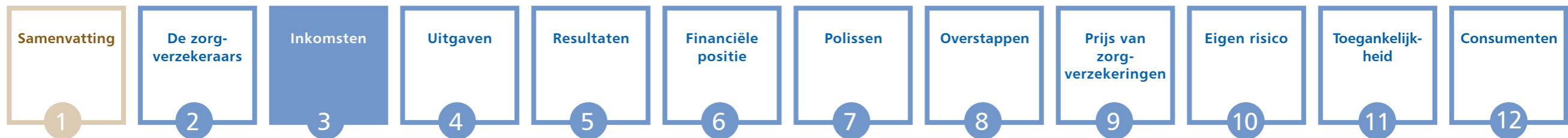
INKOMSTEN > FINANCIERING ZORGVERZEKERING

Stelsel en financiering van zorgverzekeraars

Dit figuur geeft een schematisch overzicht van de financiering van zorgverzekeraars. In het voorbeeld staan fictieve verzekerden en cijfers.

Verzekerde 1 is een verzekerde met een relatief hoog inkomen en relatief lage verwachte zorgkosten. Verzekerde 2 is een verzekerde met een relatief laag inkomen en relatief hoge verwachte zorgkosten. In het schema is goed te zien hoe betalingen variëren aan de hand van inkomen en gezondheidsprofiel.





INKOMSTEN > OMZET BASISVERZEKERING

Omzet basisverzekering

Omzet BV (in miljarden euro's)

	2013	2014	2015
Nominale premies	16,1	14,6	15,5
Eigen risico	2,9	3,1	3,2
Overige baten	0,0	0,0	0,0
Uitkeringen Zorgverzekeringsfonds	20,9	22,2	23,0
Totaal basisverzekering	39,8	39,9	41,7

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

Bron overige cijfers: Rijksbegroting VWS 2015.

Zorgverzekering wordt duurder

De kosten van de zorg stijgen ieder jaar. De oorzaak hiervoor ligt vooral in het toenemende zorggebruik. Dat neemt toe doordat er steeds meer mogelijk is qua behandelingen. Er zijn bijvoorbeeld nieuwe manieren om bepaalde aandoeningen te behandelen. Mede door deze behandelingen leven mensen langer en gebruiken zij dus ook langduriger zorg. Om deze zorg te kunnen betalen, hebben zorgverzekeraars geld nodig. We hebben de omzet van zorgverzekeraars sinds 2006 dan ook zien groeien. Die omzet is tussen 2012 en 2015

met 9,4% gestegen. Ook in 2015 is de premie weer gestegen, ondanks het feit dat zorgverzekeraars geld uit hun financiële resultaten hebben gebruikt om de premie te matigen.

In de omzet zien we een verschuiving van de opbrengsten uit de nominale premie naar die uit het eigen risico. Dit wordt veroorzaakt door de verhoging van het verplicht eigen risico in de afgelopen jaren. In 2015 is daarnaast de omzet uit het Zorgverzekeringsfonds (risicoverevening) toegenomen. Dit komt onder meer doordat in 2015 grote delen van de langdurige zorg vanuit de AWBZ (sinds 2015 de Wet langdurige zorg) zijn overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. De wetgever heeft ervoor gekozen deze overheveling gefaseerd in de premies tot uiting te laten komen. In de eerste jaren is daarom de bijdrage vanuit het vereveningsfonds opgehoogd. Hierdoor zijn de nominale premies in 2015 slechts beperkt gestegen. Overigens leiden de overhevelingen uit de AWBZ wel tot lagere kosten voor de langdurige zorg.

>> [Lees meer over de ontwikkelingen in de nominale premie.](#)

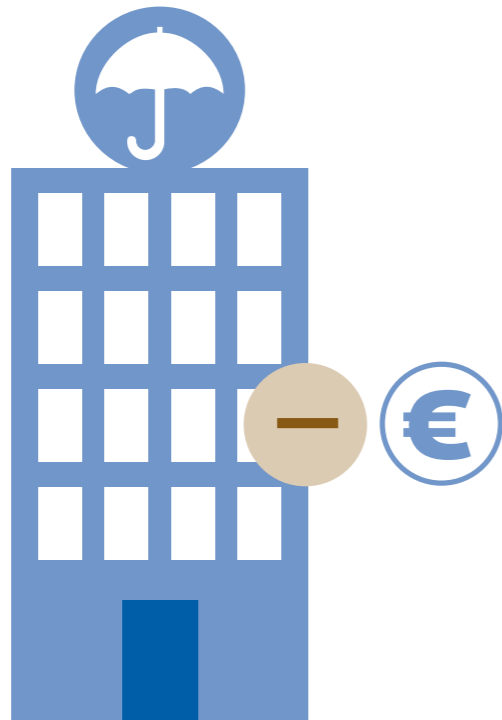
>> [Wat betalen burgers extra vanwege de winst van zorgverzekeraars?](#)

>> [Lees meer over de stijging van de zorguitgaven op de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek.](#)



Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

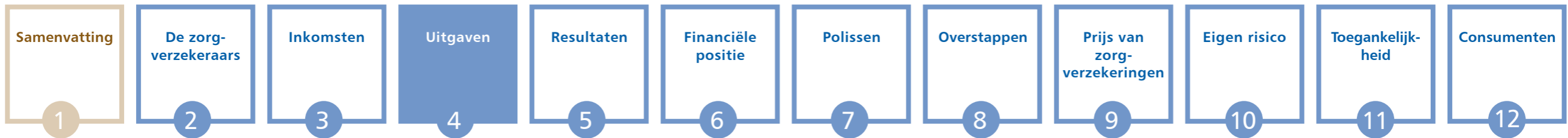
Uitgaven



4

- Bedrijfskosten
- Zorguitgaven





UITGAVEN > BEDRIJFSKOSTEN

Bedrijfskosten

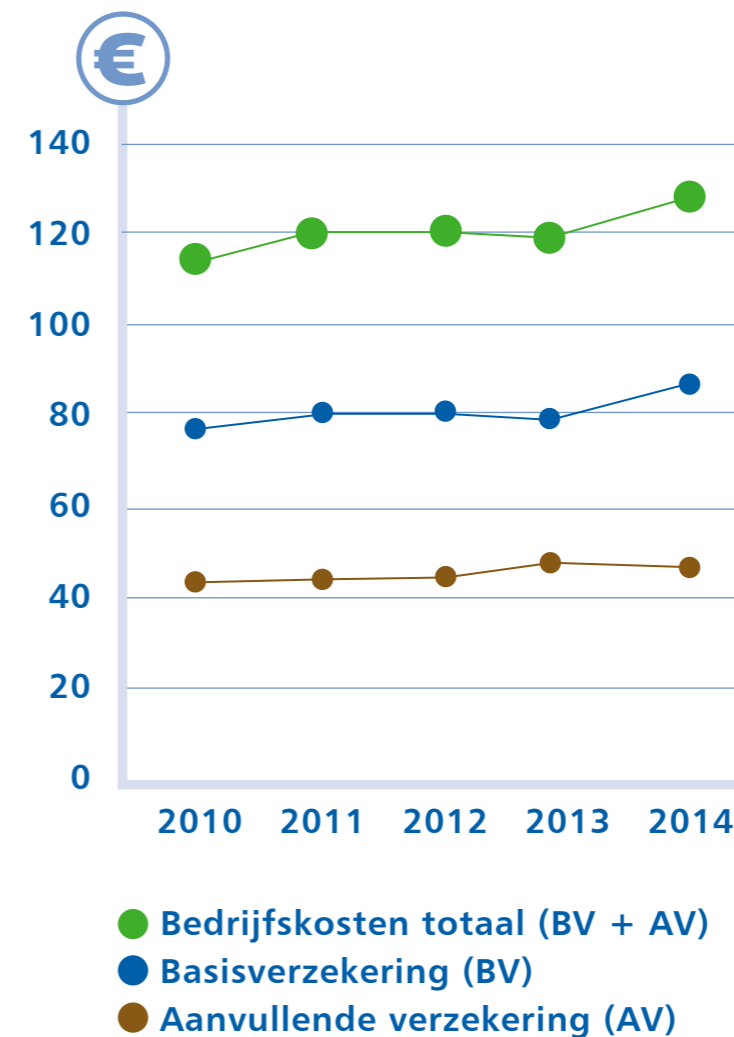
Bedrijfskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken.

In dit hoofdstuk hebben we deze berekend exclusief de schadeafhandelingskosten. Die laatste waren voor de basisverzekering in 2014 gemiddeld ongeveer € 13 per verzekerde van 18 jaar of ouder.

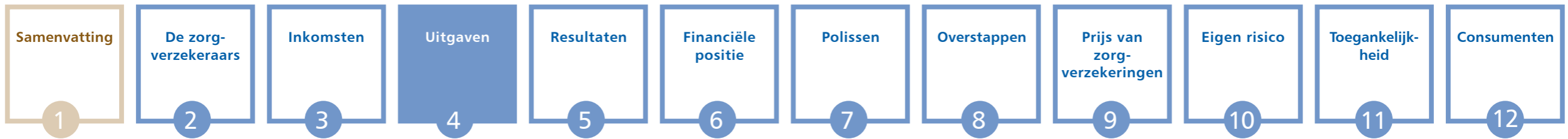
Bedrijfskosten blijven gelijk

De bedrijfskosten van alle zorgverzekeraars samen zijn de afgelopen jaren naar verhouding ongeveer gelijk gebleven. Opvallend is dat die kosten juist bij kleinere concerns zijn gestegen, waardoor zij nu hogere bedrijfskosten hebben dan de grote vier concerns. Van 2010 tot 2014 namen de bedrijfskosten voor de basisverzekering gemiddeld toe met 10,7%. Dit is iets meer dan de inflatie. Als we de bedrijfskosten nemen als percentage van de premie-inkomsten dan zijn de bedrijfskosten tussen 2010 en 2014 licht toegenomen (van 3,0% naar 3,2%). Per saldo zijn de bedrijfskosten van zorgverzekeraars dus licht gestegen. Uit de grafiek blijkt dat van 2013 naar 2014 de grootste stijging plaatsvond. In de jaren 2010-2013 bleven de bedrijfskosten bijna gelijk. In de jaren van 2007 tot en met 2010 daalden de bedrijfskosten sterk: van € 96 naar € 77 per verzekerde.

Gemiddelde bedrijfskosten per verzekerde van 18 jaar of ouder



Bron: NZa (op basis van data van DNB uit jaarstaten Wft, 2014 voorlopig, 4e kwartaalstaat Wft).



UITGAVEN > BEDRIJFSKOSTEN

Bedrijfskosten voor de basisverzekering in % van de premie-inkomsten

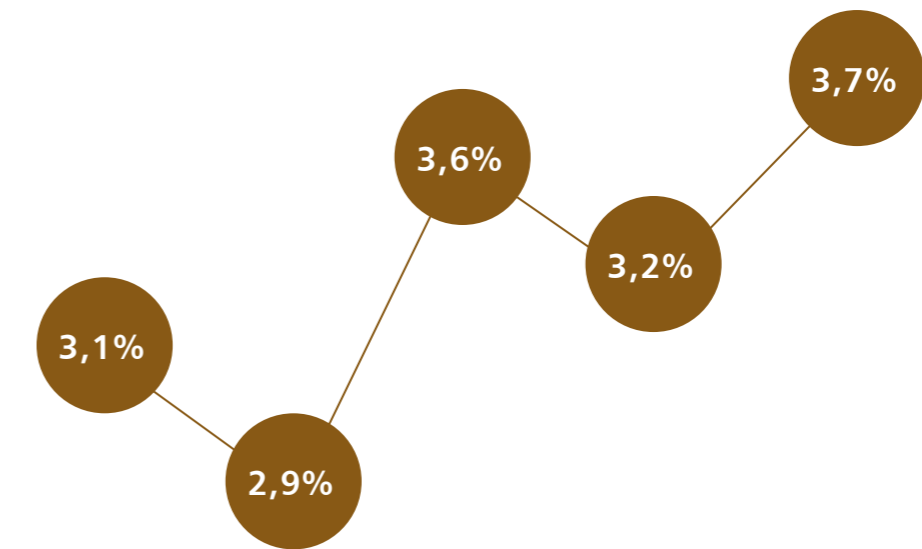
Bedrijfskosten vier grote concerns

2010 2011 2012 2013 2014



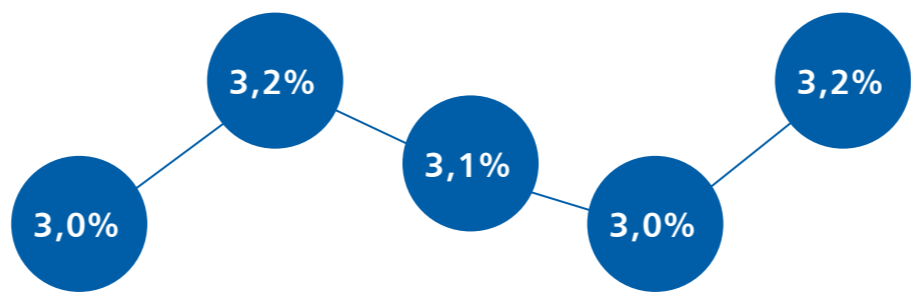
Bedrijfskosten overige concerns

2010 2011 2012 2013 2014

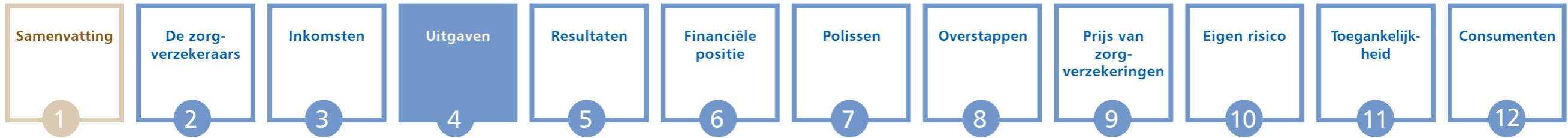


Bedrijfskosten alle zorgverzekeringsconcerns

2010 2011 2012 2013 2014



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



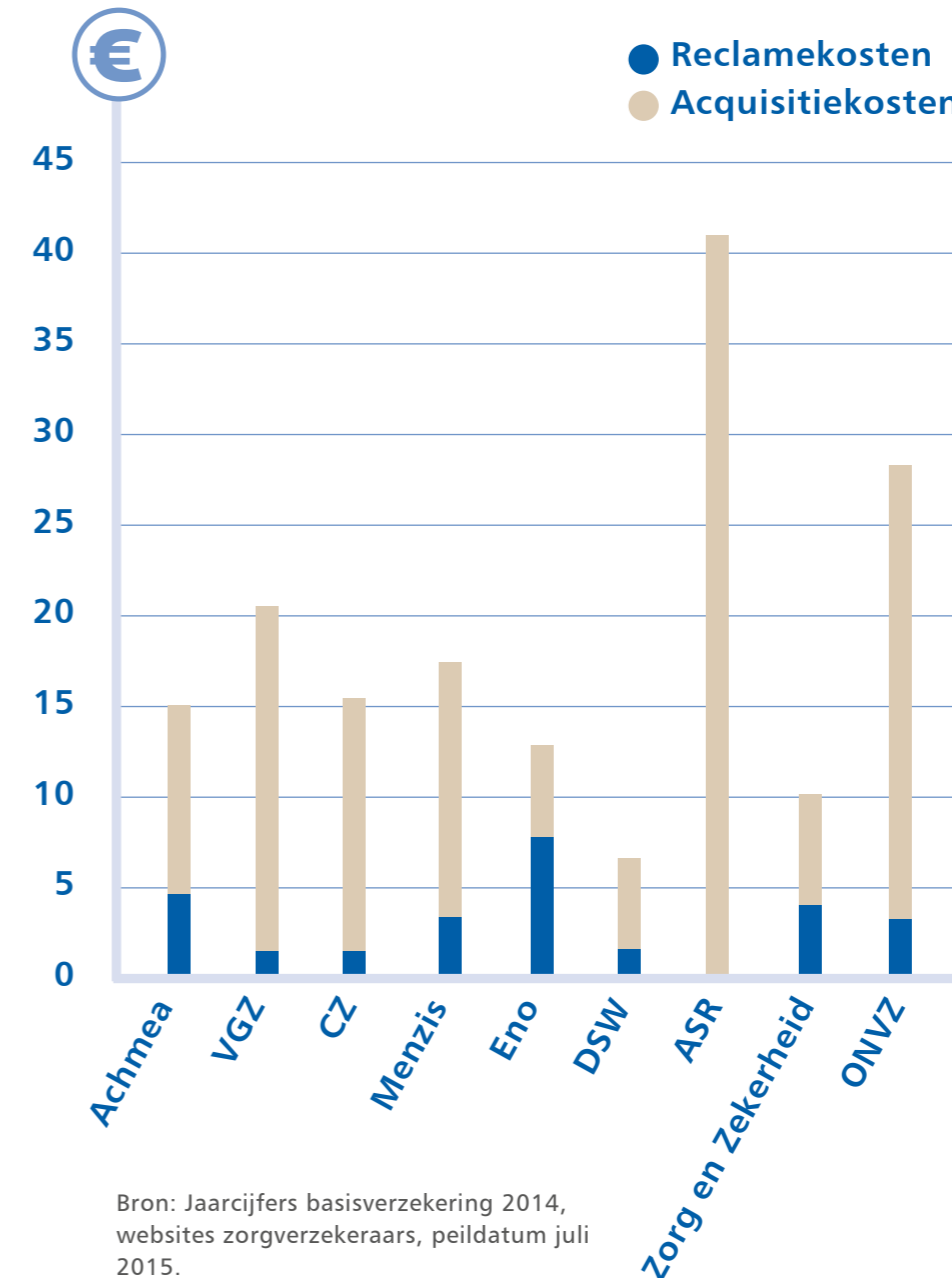
UITGAVEN > BEDRIJFSKOSTEN

Reclamekosten

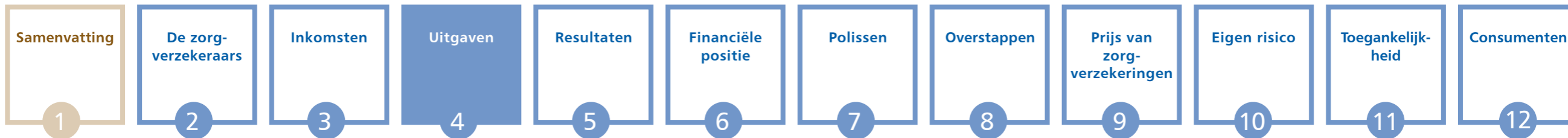
Over het jaar 2014 is voor het eerst bekend wat zorgverzekeraars hebben uitgegeven aan reclame en overige acquisitie. Alle zorgverzekeringsconcerns samen hebben in 2014 € 39,7 miljoen uitgegeven aan reclame (advertenties en mailings). Dit komt neer op bijna € 3 per premiebetalende verzekerde. Aan acquisitie (kosten voor verkoop via derden, zoals tussenpersonen en intermediairs) werd € 196 miljoen besteed. In totaal was met reclame en acquisitie dus ongeveer € 236 miljoen gemoeid; € 18 per premiebetalende verzekerde. Reclame- en acquisitiekosten zijn een relatief klein deel van de totale bedrijfskosten. De kosten bedragen ongeveer 1,5% van de nominale premie. De kosten van commerciële afdelingen zijn niet apart inzichtelijk gemaakt. Deze kosten zitten dan ook niet in de berekeningen in deze paragraaf.

ASR gaf per verzekerde het meeste geld uit aan reclame en acquisitie: € 42. Dat bedrag bestond bijna volledig uit acquisitiekosten. DSW-SH gaf het minste uit, ongeveer € 7 per verzekerde. Zorgverzekeraars hebben in het gezamenlijk opgestelde actieplan Kern-Gezond (april 2015) gesteld dat de reclamekosten niet zullen stijgen. De NZa zal in de marktscan 2016 rapporteren of zij deze belofte hebben waargemaakt.

Reclame- en acquisitiekosten per verzekerde 2014 (in euro's)



Bron: Jaarcijfers basisverzekering 2014, websites zorgverzekeraars, peildatum juli 2015.



UITGAVEN > ZORGUITGAVEN

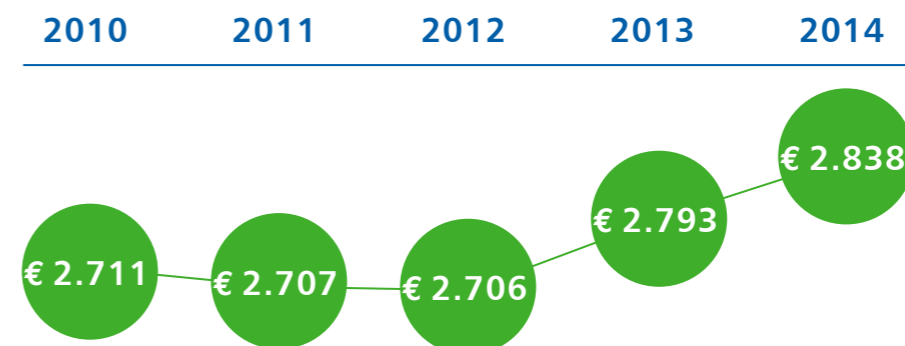
Zorguitgaven

De zorguitgaven van zorgverzekeraars bestaat uit de zorgkosten inclusief afhandelingskosten. Bij de vier grote concerns is de gemiddelde zorguitgaven in 2014 licht gestegen, terwijl dit bedrag bij de overige concerns licht is gedaald.

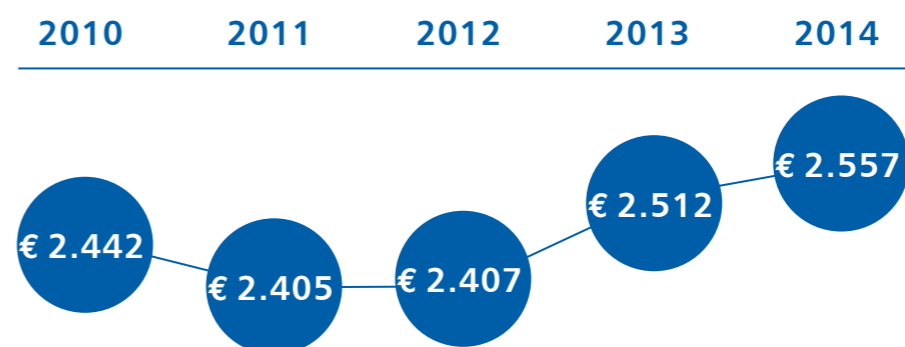
Per saldo zijn de zorguitgaven omhoog gegaan. Oorzaken hiervoor zijn het stijgende zorggebruik en de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet. De zorguitgaven beslaat het grootste deel van de kosten van zorgverzekeraars. De ontwikkeling van de zorguitgaven is dan ook een belangrijke indicatie voor de ontwikkeling van de premie. De premie in een specifiek jaar kan overigens wel anders uitvallen. De premie bepalen zorgverzekeraars niet alleen aan de hand van de zorguitgaven. Ook (eisen aan) bijvoorbeeld de opbouw van het eigen vermogen, resultaten uit eerdere jaren en marketing spelen mee.

De figuren hiernaast hebben betrekking op alle concerns en laten niet de afzonderlijke cijfers zien. De bovenste figuur is *niet* de optelsom van de onderste twee.

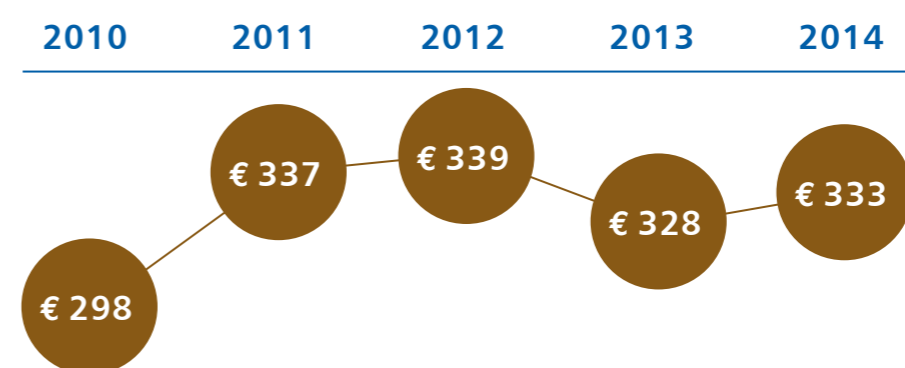
Gemiddelde ontwikkeling totale zorguitgaven BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde



Gemiddelde ontwikkeling totale zorguitgaven per BV-verzekerde



Gemiddelde ontwikkeling totale zorguitgaven per AV-verzekerde

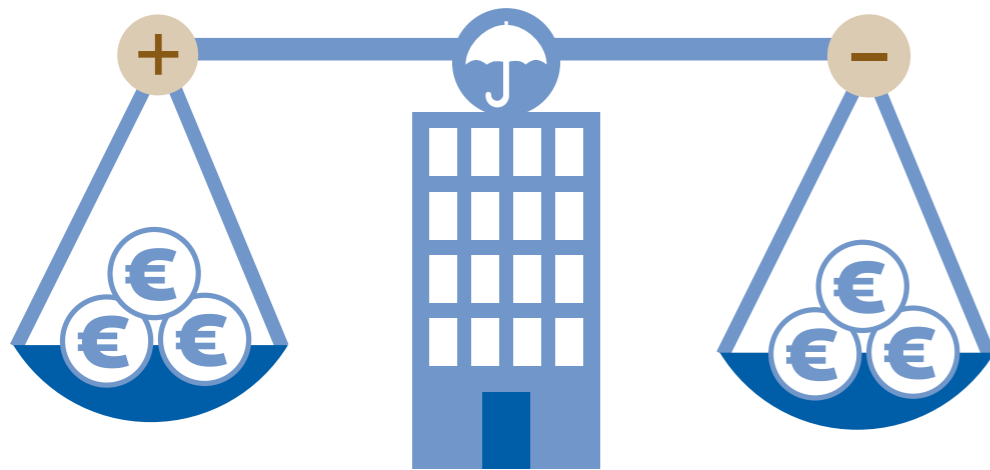


Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft).

Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

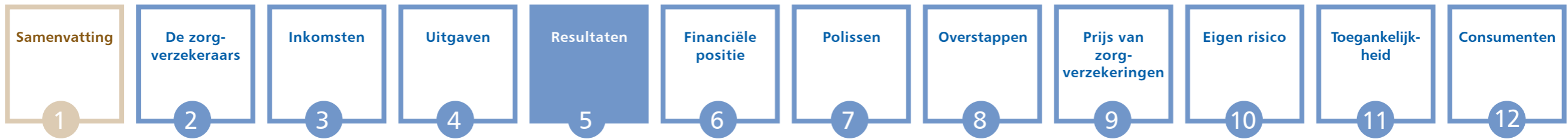
Resultaten

5



- Exploitatieresultaat
- Resultaten risicoverevening





RESULTATEN > EXPLOITATIERESULTAAT

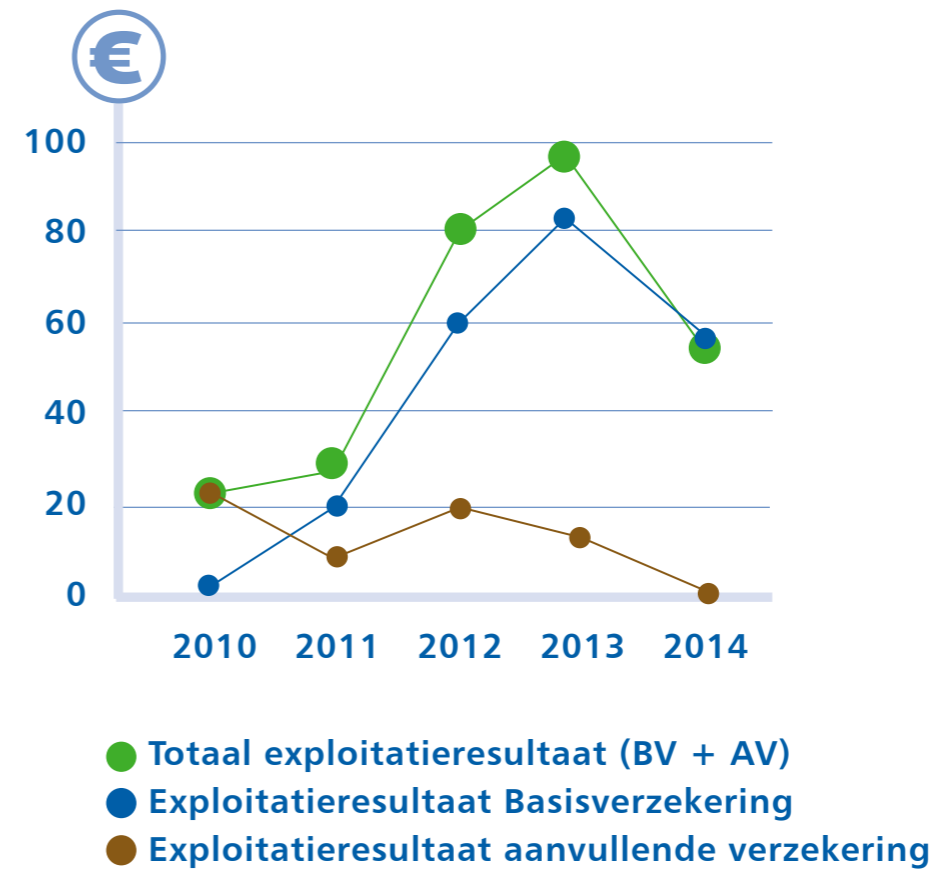
Exploitatieresultaat

Het exploitatieresultaat is wat er overblijft als de opbrengsten van zorgverzekeraars verminderd worden met hun zorguitgaven en bedrijfskosten. Onderstaande figuur toont het gemiddelde exploitatieresultaat van zorgverzekeraars per verzekerde op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het totaal daarvan. Dit exploitatieresultaat is exclusief beleggingsresultaten en resultaten uit andere bedrijfsactiviteiten.

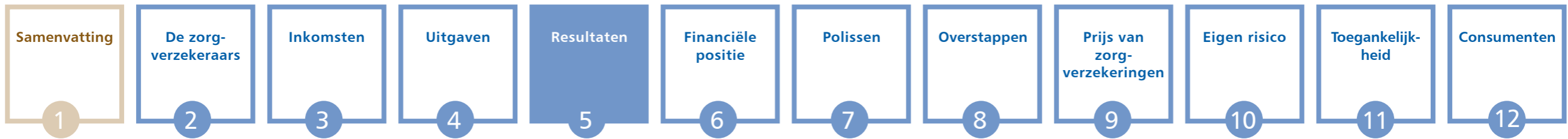
Gunstige resultaten

De goede resultaten van de afgelopen jaren zijn ontstaan doordat de zorgkosten voor de basisverzekering flink lager uitvielen dan bij de premievaststelling was voorspeld. In 2014 is het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde (exclusief beleggingsopbrengsten) voor 'BV + AV' gedaald ten opzichte van 2012 en 2013. Dit komt doordat zorgverzekeraars in 2014 een deel van hun resultaten hebben gebruikt om de premie laag te houden. Ook hebben ze de zorgkosten lager ingeschat.

Gemiddeld exploitatieresultaat in euro's per basisverzekerde van 18 jaar en ouder



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



RESULTATEN > RESULTATEN RISICOVEREVENING

Resultaten risicoverevening

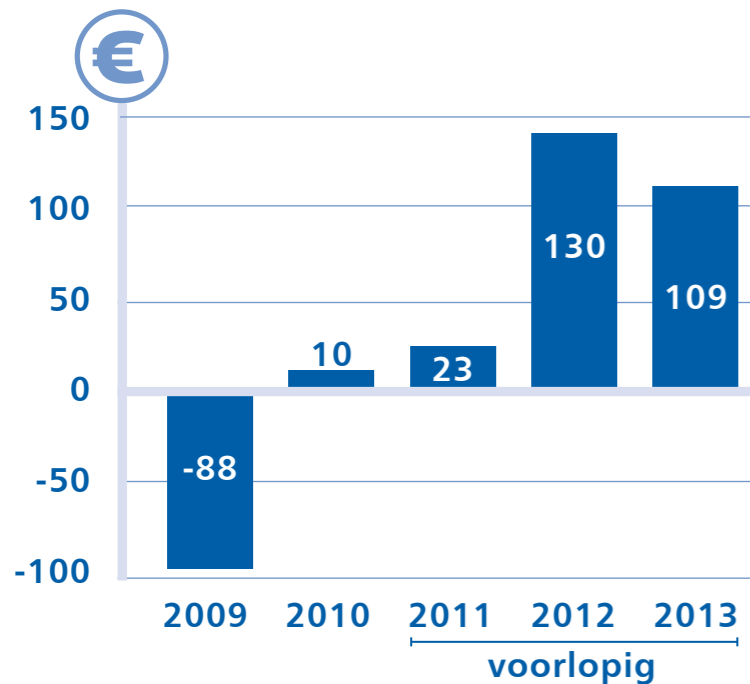
Omdat het systeem van risicoverevening uit twee onderdelen bestaat, zijn er ook twee soorten resultaten:

- Het **ex-anteresultaat** is in grote lijnen de som van de opbrengsten uit de nominale rekenpremie, het eigen risico en de ex-antevereveningsbijdrage minus de schadelast exclusief afhandelingskosten.

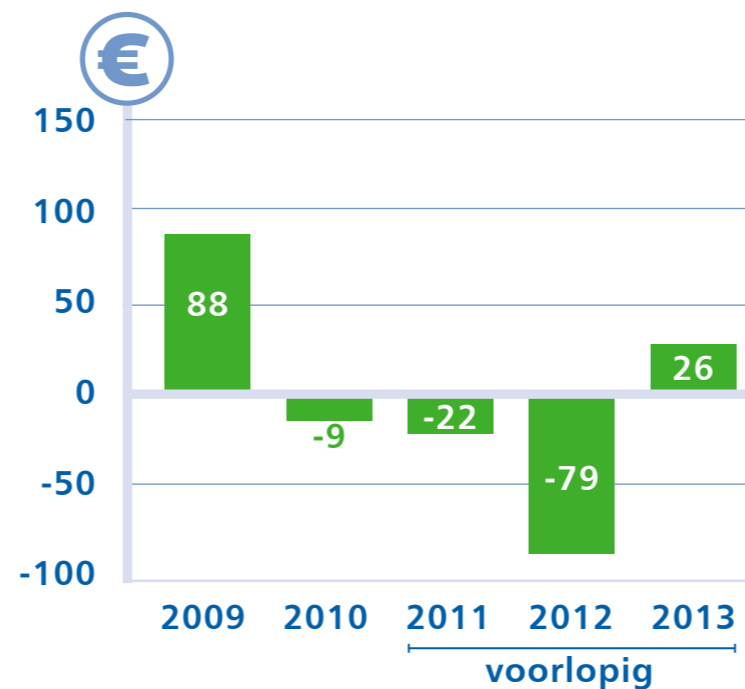
- Het **ex-postresultaat** is het resultaat na de vaststelling van de ex-postcompensaties.

De resultaten van de risicoverevening worden vier jaar na het jaar in kwestie definitief. De definitieve vaststelling 2011 is uitgesteld, wegens het ontbreken van goedkeurende accountantsverklaringen. De meest recente definitieve gegevens over het vereveningsresultaat zijn daarom van 2010.

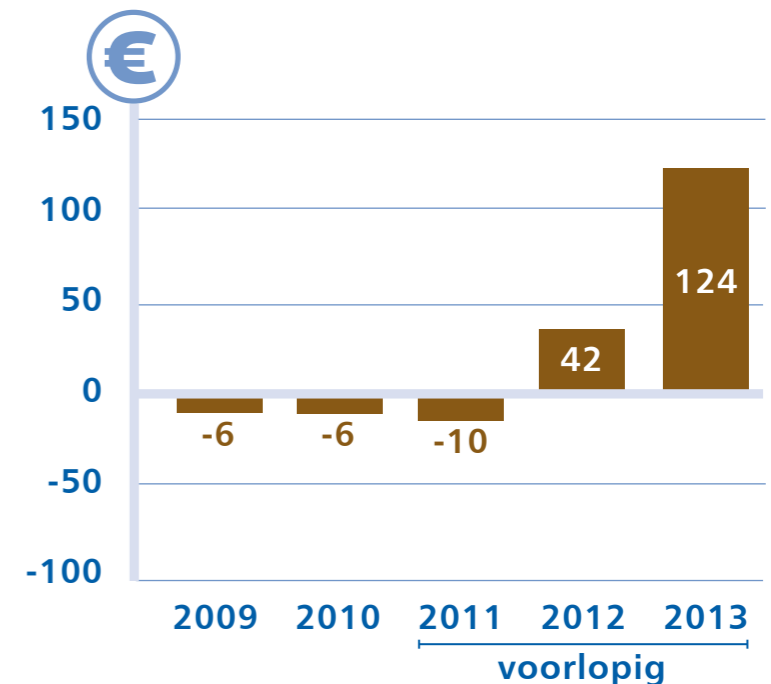
Resultaat ex-ante risicoverevening
(in euro's per verzekerde 18+)



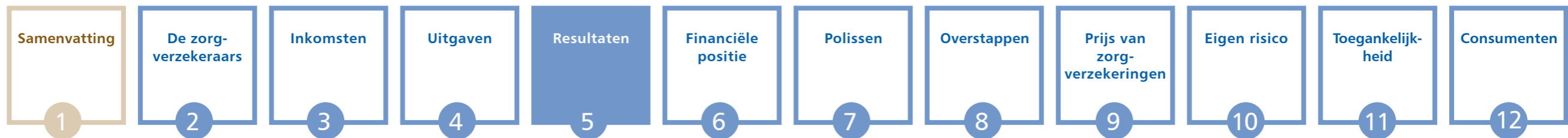
Ex-post compensaties zorgkosten
(in euro's per verzekerde 18+)



Resultaat ex-post risicoverevening
(in euro's per verzekerde 18+)



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



RESULTATEN > RESULTATEN RISICOVEREVENING

Verschillen tussen zorgverzekeraars

Gemiddeld kregen de zorgverzekeraars in 2013 vooraf bijna 2800 euro per verzekerde uit de risicoverevening. Niet alle verzekeraars kregen hetzelfde bedrag: dit kon 150 euro meer of minder zijn. Dat komt vooral door een verschil in opbouw van de verzekerdenpopulatie. Maar de zorginkoop speelt eveneens een rol. Wel bestaan ook binnen de grotere concerns, die een centrale zorginkoop hebben, verschillen in de resultaten van zorgverzekeraars. Een mogelijke oorzaak kan zijn dat de verzekerdenpopulaties van de zorgverzekeraars verschillen, hoewel ze binnen hetzelfde concern opereren. In 2012 en 2013 hebben alle zorgverzekeraars een positief resultaat behaald. In die jaren waren de zorgkosten aanzienlijk lager dan het ministerie van VWS vooraf had berekend voor het landelijke macrobudget.

Oorzaken

De vereveningsresultaten waren de afgelopen jaren positief. De reden dat positieve resultaten op de verevening überhaupt mogelijk waren, is dat de compensaties achteraf zijn verminderd. Met name de afschaffing van de macronacalculatie in 2012 was relevant. Dit betekent dat afwijkingen ten opzichte van de ramingen niet meer worden gecorrigeerd. In de jaren daarna waren er twee oorzaken voor lagere kosten. De eerste was een lagere groei van de zorguitgaven dan was verwacht. En de tweede was dat zorgverzekeraars ook een sterkere prikkel hadden om hun uitgaven te verlagen.

[>> Lees wat zorgverzekeraars met de positieve bedrijfsresultaten doen.](#)

Conclusies NZa

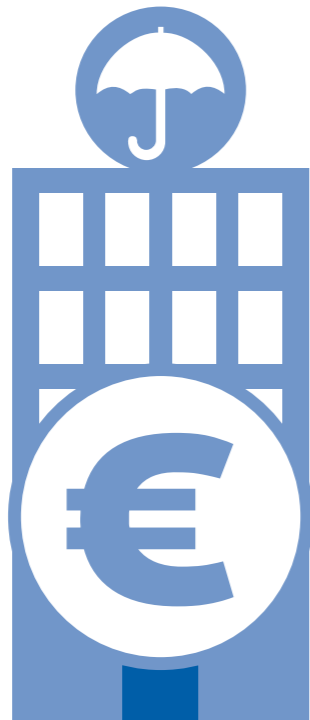
De positieve vereveningsresultaten en de verschillen tussen zorgverzekeraars zijn een opvallende ontwikkeling in de markt. De verschillen tussen verzekeraars gaan we nader onderzoeken. Deze verschillen kunnen namelijk een signaal zijn dat er risicoselectie plaatsvindt. We werken momenteel aan zowel een kwantitatief als een kwalitatief onderzoek hiernaar.

[>> Lees hier meer over de tussenresultaten van het kwantitatief onderzoek naar risicoselectie.](#)



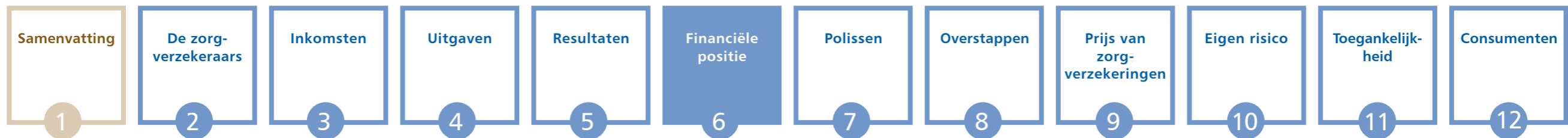
Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Financiële positie



6

- Solvabiliteit
- Wat gebeurt er met de winsten van de zorgverzekeraars?



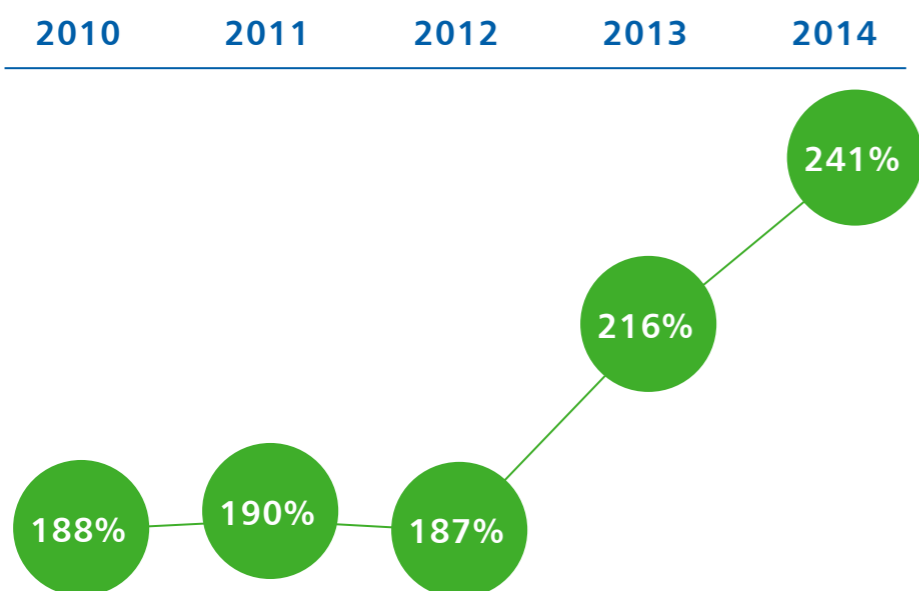
FINANCIËLE POSITIE > SOLVABILITEIT

Solvabiliteit

Zorgverzekeringsconcerns moeten eigen vermogen aanhouden, onder andere om financiële tegenvallers op te kunnen vangen. Dit is van belang voor de continuïteit van het zorgstelsel.

De Nederlandsche Bank (DNB) stelt eisen aan de hoeveelheid eigen vermogen van zorgverzekeraars. Zij moeten een bepaald percentage van het driejarig gemiddelde van hun zorguitgaven als vermogen aanhouden. Sinds 1 januari 2012 eist DNB dat het eigen vermogen ten minste 11% van de schadelast bedraagt. De solvabiliteit wordt berekend

Gemiddelde solvabiliteit van zorgverzekeraars ten opzichte van de Solvency 1-norm (BV + AV)



Bron: NZa op basis van gegevens DNB dd 17 juli 2015.

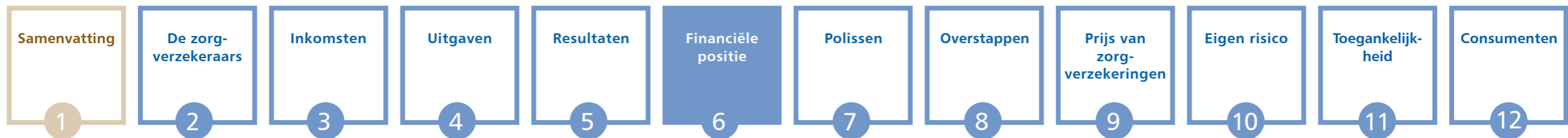
als percentage van de norm. Als een zorgverzekeringsconcern exact voldoet aan de (minimum)eis heeft het een solvabiliteit van 100%. Als een zorgverzekeraar met zijn solvabiliteit onder de norm zakt, dan onderneemt DNB maatregelen.

Betere financiële positie

De financiële reserves van zorgverzekeraars zijn de afgelopen jaren sterk gegroeid. Dit is mogelijk geweest door hun goede financiële resultaten. Tegelijkertijd was het ook noodzakelijk dat zorgverzekeraars meer vermogen opbouwden. Dat is het gevolg van vier ontwikkelingen:

- De eisen van DNB zijn toegenomen in de afgelopen jaren. Per 1 januari 2010 is de eis verhoogd van 8% naar 9%. Op 1 januari 2012 is de eis opnieuw verhoogd, ditmaal naar 11%. Deze kapitaaleisen zijn vastgelegd in een set regels die Solvency 1 heet.
- De kapitaaleisen zijn verhoogd omdat de financiële risico's voor zorgverzekeraars groter zijn geworden als gevolg van de afschaffing van de meeste ex-postvergoedingen.
- In 2017 nemen deze risico's verder toe, omdat de ex-postverevening dan grotendeels wordt afgeschaft en zorgverzekeraars dus bijna volledig risicodragend zullen zijn.
- Vanaf 2016 geldt een nieuwe set regels om de minimale solvabiliteit te meten. Deze set heet Solvency 2 en pakt in de





FINANCIËLE POSITIE > SOLVABILITEIT

praktijk strenger uit dan de huidige regels. Om aan de nieuwe regels te voldoen, hebben zorgverzekeraars meer eigen vermogen nodig.

- De vermogenseisen zijn mede-afhankelijk van de zorguitgaven. De uitgaven ten behoeve van de Zorgverzekeringswet zijn de afgelopen jaren sterk gegroeid, onder andere door overhevelingen van een deel van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. De vermogenseisen zijn daardoor ook toegenomen.

Niet alleen de huidige normen bepalen de solvabiliteit. De nieuwe eisen en toenemende zorguitgaven maken dat zorgverzekeringsconcerns al vermogen moeten opbouwen in de jaren voorafgaand aan het ingaan van de strengere normen. Dat doen zij geleidelijk, om abrupte premiestijgingen te voorkomen.

Ruim boven huidige norm

Voor een beeld van de solvabiliteit bij de basisverzekering hebben we gekeken naar de Jaarcijfers Basisverzekering 2014. Alle cijfers op deze pagina zijn hierop gebaseerd. Gerekend onder de eisen van Solvency 1 hadden zorgverzekeraars in 2014 een solvabiliteit die neerkomt op gemiddeld 251% van de norm. Op één concern na hadden alle zorgverzekeringsconcerns een solvabiliteit boven 200% van de norm. Als Solvency 2 al van toepassing was geweest, dan lag de gemiddelde solvabiliteit op 149% van de minimumnorm. De meest solvabele partij onder Solvency 2 heeft 172% van de minimumnorm in kas; de minst

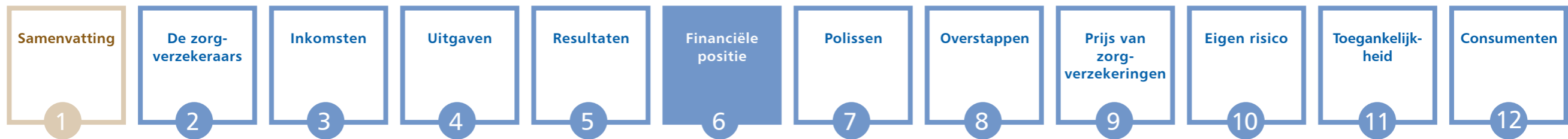
solvabele partij zit op 114%. De zorgverzekeraars hebben gerekend onder de nieuwe eisen dus een lagere solvabiliteit dan onder de huidige normen.

Opbouw van reserves

De groei van het vermogen van zorgverzekeraars in 2014 was mogelijk dankzij de positieve bedrijfsresultaten. Zorgverzekeraars hebben gemiddeld 25% van hun resultaat toegevoegd aan hun reserves. De onderlinge verschillen zijn wel groot. Achmea en Zorg en Zekerheid besteden 45% respectievelijk 43% van hun resultaat op de basisverzekering aan de opbouw van reserves. DSW-SH heeft als enige zorgverzekeringsconcern geld uit de reserves (€ 2,6 miljoen) gebruikt om de premies te verlagen. Uit de cijfers is geen oorzaak te halen voor deze verschillen. Concerns maken zelf keuzes aan de hand van hun eigen inschattingen van de risico's, hun uitgangspositie qua eigen vermogen en hun marketingstrategie.

Conclusies NZa

Uit de cijfers komt naar voren dat zorgverzekeraars gerekend onder Solvency 2 een minder goede solvabiliteitspositie hebben dan onder Solvency 1. De gemiddelde solvabiliteit van de zorgverzekeraars was onder Solvency 1 251%, terwijl deze met de regels van Solvency 2 149% bedraagt. Zorgverzekeraars hebben dan ook vermogen opgebouwd in 2014. De vermogensgroei van zorgverzekeraars lijkt op dit moment in lijn met de groeiende financiële risico's en hogere solvabiliteitseisen in de nabije toekomst.



FINANCIËLE POSITIE > WAT GEBEURT ER MET DE WINSTEN VAN ZORGVERZEKERAARS?

Wat gebeurt er met de winsten van zorgverzekeraars?

Zorgverzekeraars boeken de laatste jaren positieve financiële resultaten. Wat gebeurt er met dat geld?

Verlaagde premie

Alle zorgverzekeringsconcerns samen hielden in 2014 € 1,9 miljard over aan de basisverzekering. Dat is 6,0% van de omzet. Van dit bedrijfsresultaat is 73% gebruikt om de premie van zorgverzekeringen in 2015 te verlagen. Ruim € 1,4 miljard vloeit dus terug naar verzekerden. Dat is € 105 per volwassen verzekerde. Het bedrijfsresultaat ná toepassing van de premieverlaging komt op ongeveer 1,6% van de omzet. (Bron: Jaarcijfers basisverzekering 2014 zorgverzekeraars.) Dit bedrag is bijna volledig (93%) gebruikt voor de opbouw van reserves. Overigens was de verlaging van de premies voor 2015 een incidentele maatregel naar aanleiding van de goede bedrijfsresultaten in 2013 en 2014. Het is niet gezegd dat de premie ook andere jaren verlaagd zal worden met geld uit financiële resultaten van zorgverzekeraars.

Voor een consument is het van belang om te weten of de kosten van zorgverzekeraars stijgen. Hogere kosten kunnen immers leiden tot hogere premies. Deze beweging is echter niet te zien in de bedrijfskosten.

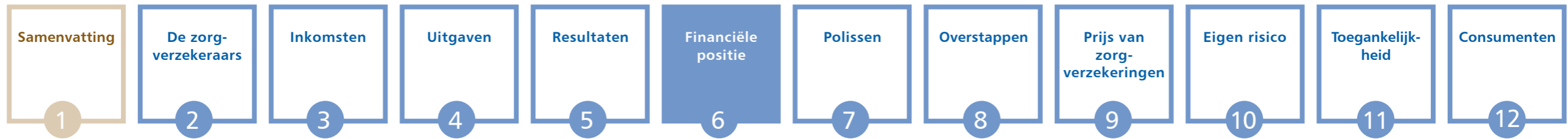
Een analyse van de ontwikkeling van de bedrijfskosten in de afgelopen jaren staat [hier](#).

Gemiddeld negatieve opslagpremie

In de premies zien we terug dat de bedrijfsresultaten zijn ingezet om die premies te verlagen. De opbouw van de premie bestaat in feite uit een schatting van de zorgkosten (rekenpremie) en een opslag voor de kosten die zorgverzekeraars zelf verwachten (opslagpremie). De opslagpremie dekt bijvoorbeeld de bedrijfskosten. Ook kunnen zorgverzekeraars een opslag rekenen als ze meer zorgkosten verwachten te maken dan de overheid inschat. De opslagpremie was zowel in 2014 als in 2015 gemiddeld negatief. Dit betekent dat zorgverzekeraars lagere premies hebben gerekend dan te verwachten viel aan de hand van de voorspelde zorgkosten.

>>>





FINANCIËLE POSITIE > WAT GEBEURT ER MET DE WINSTEN VAN ZORGVERZEKERAARS?

>>>

Zorgverzekering goedkoper?

Zorgverzekeraars hebben hun financiële resultaten op de basisverzekering ingezet voor wenselijke doeleinden: het opbouwen van noodzakelijk vermogen en het verlagen van de premie. Ondanks het verlagen van de premie door zorgverzekeraars, zijn consumenten niet minder gaan betalen voor hun zorgverzekering. De premies zijn in 2015 gestegen ten opzichte van 2014. De reden hiervan was dat de kosten voor de overhevelingen uit de AWBZ en de groei van de zorguitgaven niet volledig gedekt konden worden met de gelden die zorgverzekeraars hebben gebruikt voor premieverlaging. In 2013 en 2014 zijn de premies weliswaar gedaald, maar daar stond een verhoging van de eigen betalingen tegenover. De zorgverzekering wordt dus nog steeds duurder voor consumenten.

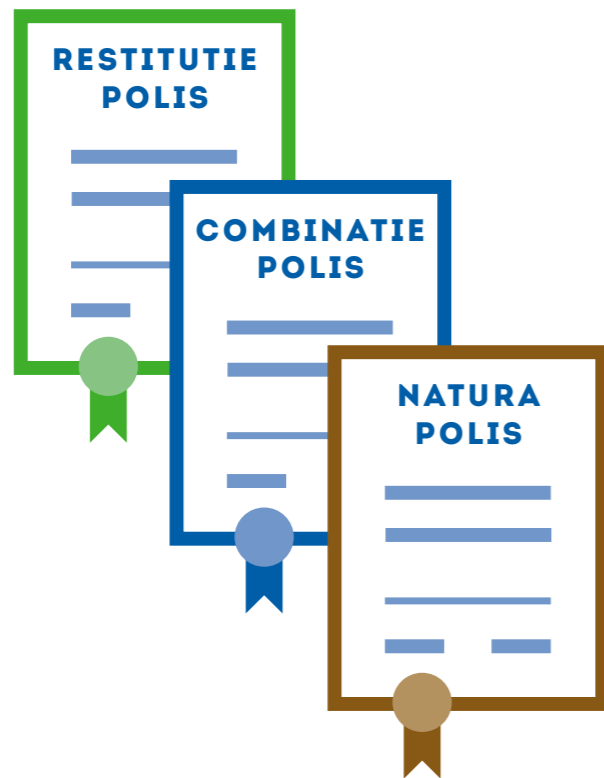
>> [Lees meer over de omzet van zorgverzekeraars.](#)

>> [Lees meer over de hoogte van de premies.](#)



Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Polissen



7

- [De basisverzekering](#)
- [Nieuw: polissen met beperkende voorwaarden](#)
- [Soorten basisverzekeringen](#)
- [Aanvullende verzekeringen](#)
- [Collectieve zorgverzekeringen](#)





POLISSEN > DE BASISVERZEKERING

De basisverzekering

Alle inwoners van Nederland maken aanspraak op de zorg of vergoeding van zorg die onder het basispakket van de Zvw valt. Zorgverzekeraars zijn ervoor verantwoordelijk dat verzekerden deze zorg ook daadwerkelijk kunnen krijgen. Zij moeten hiervoor minstens één soort 'basisverzekering' aanbieden en mogen daarbij niemand weigeren. Wel mogen ze voorwaarden stellen voor vergoeding. Elke polis voor een basis-verzekering kan in prijs verschillen van andere soorten.

Basispakket

Met elke basisverzekering is de consument verzekerd voor dezelfde (door de overheid opgestelde) lijst met geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Fysiotherapie, psychische zorg, ziekenvervoer en tandheelkundige zorg vallen gedeeltelijk onder de basisverzekering. Voor alles wat buiten dit 'basispakket' valt, kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. Het is verder mogelijk om verzekeringen af te sluiten als individu of als collectief.

Categorieën basispolissen

Mensen kunnen kiezen uit verschillende soorten polissen voor de basisverzekering. Die zijn te vatten in drie categorieën: de naturapolis, de restitutiepolis en de combinatiepolis (een mix van een natura- en restitutieverzekering). De verzekeringen verschillen van elkaar in de manier waarop verzekerden hun zorg verkrijgen. Bij de combinatiepolis verschilt het per type zorg of de regels van de naturaverzekering gelden of de regels van de restitutieverzekering.



Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

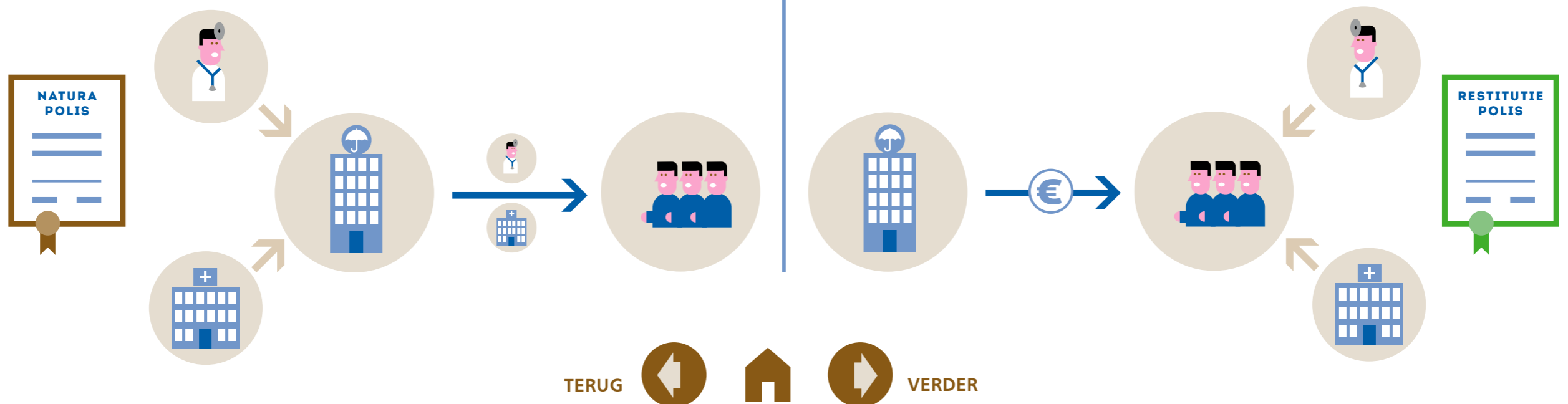
POLISSEN > DE BASISVERZEKERING

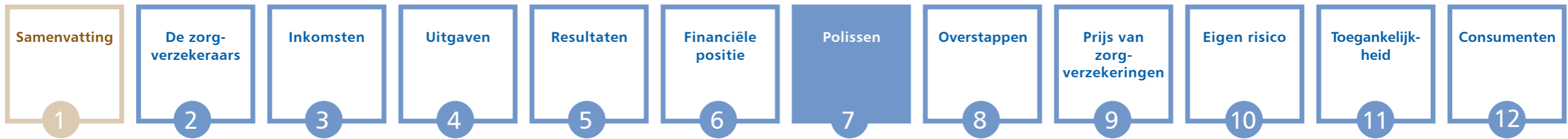
Naturapolis

Bij een naturapolis heeft een verzekerde recht op zorg. De zorgverzekeraar koopt deze zorg voor de verzekerde in en zorgt dat zorg beschikbaar is. Juridisch is het zo dat de verzekeraar de zorg moet (laten) leveren. Zorgverzekeraars kopen bij naturaverzekeringen daarom zorg in bij zorgaanbieders. Hiertoe maken zij afspraken over de prijs, kwaliteit, inhoud en doelmatigheid van de zorg. Het gecontracteerde aanbod kan per polis verschillen. Soms zijn aanbieders geselecteerd op prijs, soms op kwaliteit. Omdat bij een naturapolis de verzekeraar meer controle heeft over prijs en kwaliteit van zorg, kan hij vaak scherpere premies aanbieden dan bij restitutieverzekeringen. Als een verzekerde besluit naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, kan het zijn dat een verzekerde moet bijbetalen. De hoogte van de vergoeding die de verzekeraar dan geeft, staat in de polis vermeld en kan sterk variëren. De vergoeding mag nooit zo laag zijn dat deze een hinderpaal vormt om een niet-gecontracteerde aanbieder te bezoeken.

Restitutiepolis

Bij een restitutieverzekering heeft een verzekerde recht op vergoeding van de kosten van zorg. De verzekerde zoekt zelf een zorgverlener om de aanspraak te verzilveren. Soms declareert deze zorgverlener zelf aan de zorgverzekeraar, soms moet de patiënt de rekening voorschieten. De restitutieverzekeraar vergoedt in principe alle verzekerde kosten die de verzekerde heeft gemaakt, met uitzondering van kosten die hoger zijn dan 'wat in Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten'. Ook bij een restitutieverzekering kan een verzekeraar contracten sluiten om kwaliteit, prijs en wachttijden van de zorg te verbeteren.



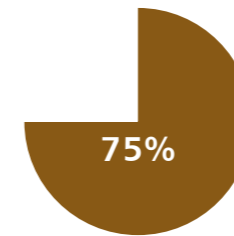


POLISSEN > DE BASISVERZEKERING

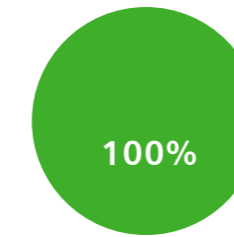
Vergoedingen niet-gecontracteerde zorg

Een zorgverzekeraar kan contracten sluiten met zorgaanbieders over de zorg die geleverd wordt. En daarin afspraken maken met de zorgaanbieder over de kwaliteit van zorg, de prijs ervan, de hoeveelheid zorg en/of over de service aan de patiënt. In 2015 is 83% van de zorg in de basisverzekering geleverd door zorgaanbieders waar de zorgverzekeraar een contract mee heeft.

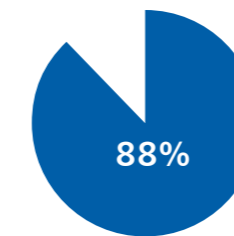
We zien dat naturapolissen gemiddeld de laagste vergoeding geven voor niet-gecontracteerde zorg. Dat is voor een belangrijk deel te wijten aan het bestaan van polissen met een beperkt netwerk. Dergelijke polissen hebben een gemiddeld vergoedingspercentage van 70%. Opvallend is verder dat in 2015 alle restitutiepólissen de zorg van alle aanbieders volledig vergoeden. Dit is niet verplicht voor een restitutiepólis. In het verleden waren er wel restitutiepólissen met vergoedingsbeperkingen.



Gemiddelde vergoeding niet-gecontracteerde zorg

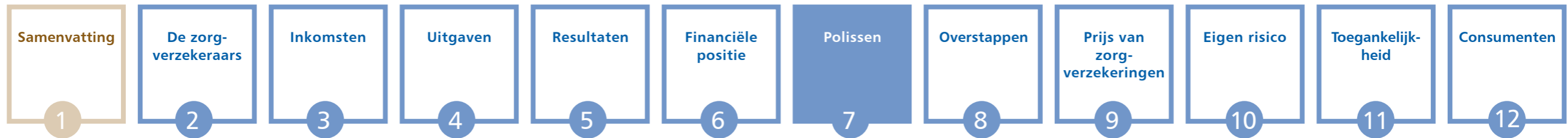


Vergoeding niet-gecontracteerde zorg



Gemiddelde vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Bron: NZa (Modelovereenkomsten 2015).



POLISSEN > DE BASISVERZEKERING

Vershil in premie binnen elke categorie

De zorgverzekeringspremies voor de basisverzekering lopen flink uiteen, ook voor schijnbaar dezelfde categorie polissen.

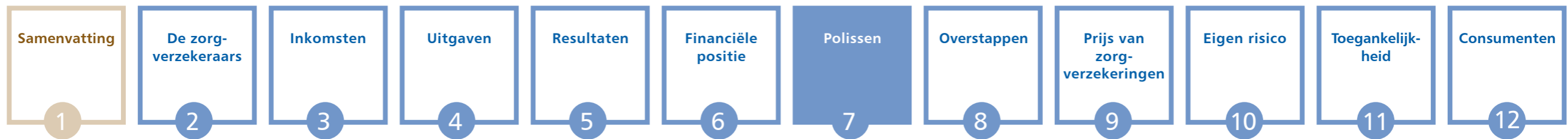
Alle restitutiepolissen vergoeden in 2015 100% van de zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het verschil tussen de duurste en goedkoopste restitutiepolis is € 180 per jaar.

Ook is er een groep van acht naturapolissen die allemaal een gecontracteerd netwerk hebben en 75% van de niet-gecontracteerde zorg vergoeden. Hier is het verschil tussen de duurste en goedkoopste verzekering € 125 per jaar.

Dat laatste verschil is € 150 als bij deze groep ook nog naturapolissen worden gerekend met selectieve contractering: de varianten die ook 75% van de niet-gecontracteerde zorg vergoeden en evengoed een gecontracteerd (zij het kleiner) netwerk hebben. Prijzen tussen polissen met dezelfde voorwaarden kunnen dus sterk variëren.

Het loont dan ook de moeite voor consumenten om na het bepalen van hun voorkeur voor een bepaald type zorgverzekering goed te kijken naar de prijzen bij diverse aanbieders van die soort polis.





POLISSEN > POLIS MET BEPERKENDE VOORWAARDEN

Nieuw: polissen met beperkende voorwaarden

De laatste jaren bieden zorgverzekeraars een toenemend aantal polissen aan met beperkende voorwaarden. In de volksmond heten dit 'budgetpolissen'. In ruil voor een lagere premie gaan deze verzekerden akkoord met aanvullende beperkingen. Het kan daarbij onder meer gaan om minder keuze uit gecontracteerde zorgaanbieders, een lagere vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg en/of de eis dat verzekerden bepaalde zaken online regelen.

In 2015 zijn er zeventien van dit soort polissen met beperkende voorwaarden en een gemiddeld lagere premie. In 2008 was dat er nog maar een: de Zekur Polis van Univé. Al deze verzekeringen verschillen van elkaar qua voorwaarden. Polissen met een beperkter gecontracteerd netwerk geven de laagste vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg; gemiddeld over al deze polissen 70%.

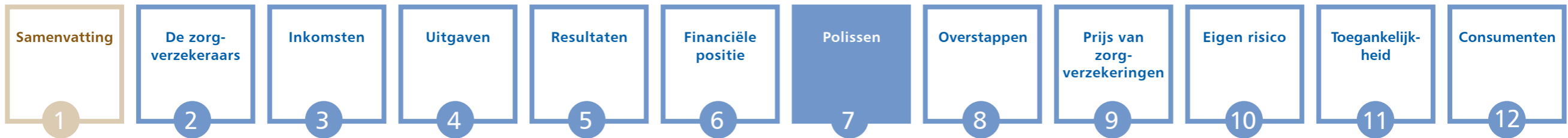
Meer lezen: onderzoek van de NZa naar polissen met beperkende voorwaarden (juni 2015).

Polissen met selectieve zorginkoop niet altijd het voordeligst

Gemiddeld hebben polissen met selectieve zorginkoop de laagste premie. Maar dat betekent niet dat al die polissen behoren tot de verzekeringen met de laagste basispremie. Er zijn ook zogenaamde budgetverzekeringen die duurder zijn dan het gemiddelde van € 97 per maand. Bovendien zijn er zelfs natura- en restitutiepólissen zónder extra voorwaarden die in de prijsrange van 'budgetpolissen' zitten. Sommige polissen met gemiddeld iets meer dan 50% vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg zijn even duur als restitutiepólissen met 100% vergoeding.

>> Lees meer over de prijzen van deze polissen in hoofdstuk 9.

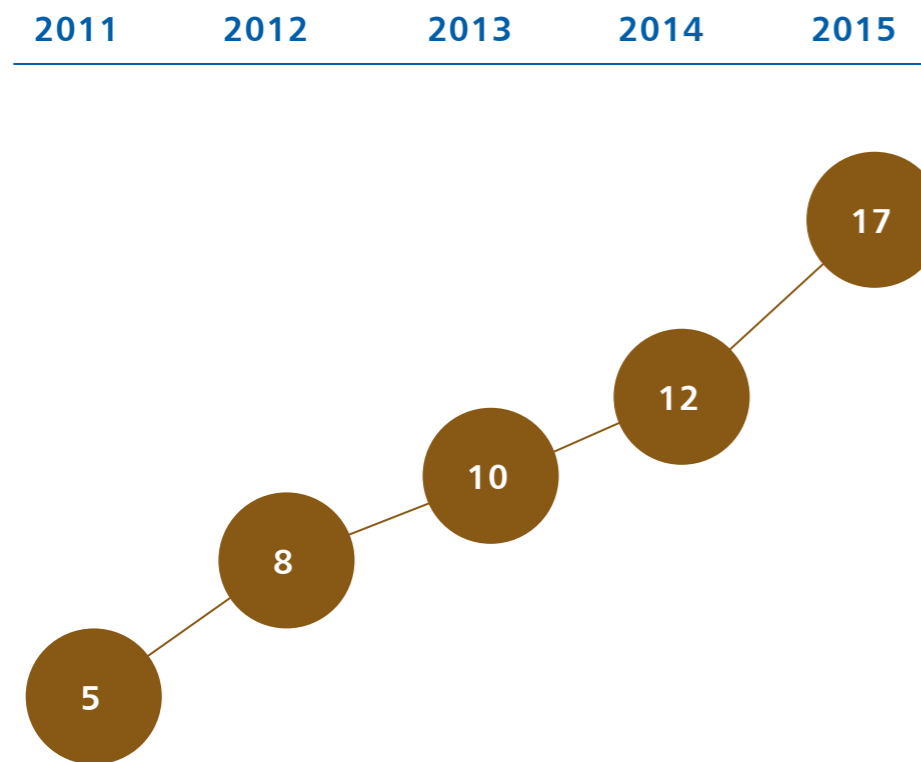




POLISSEN > POLIS MET BEPERKENDE VOORWAARDEN

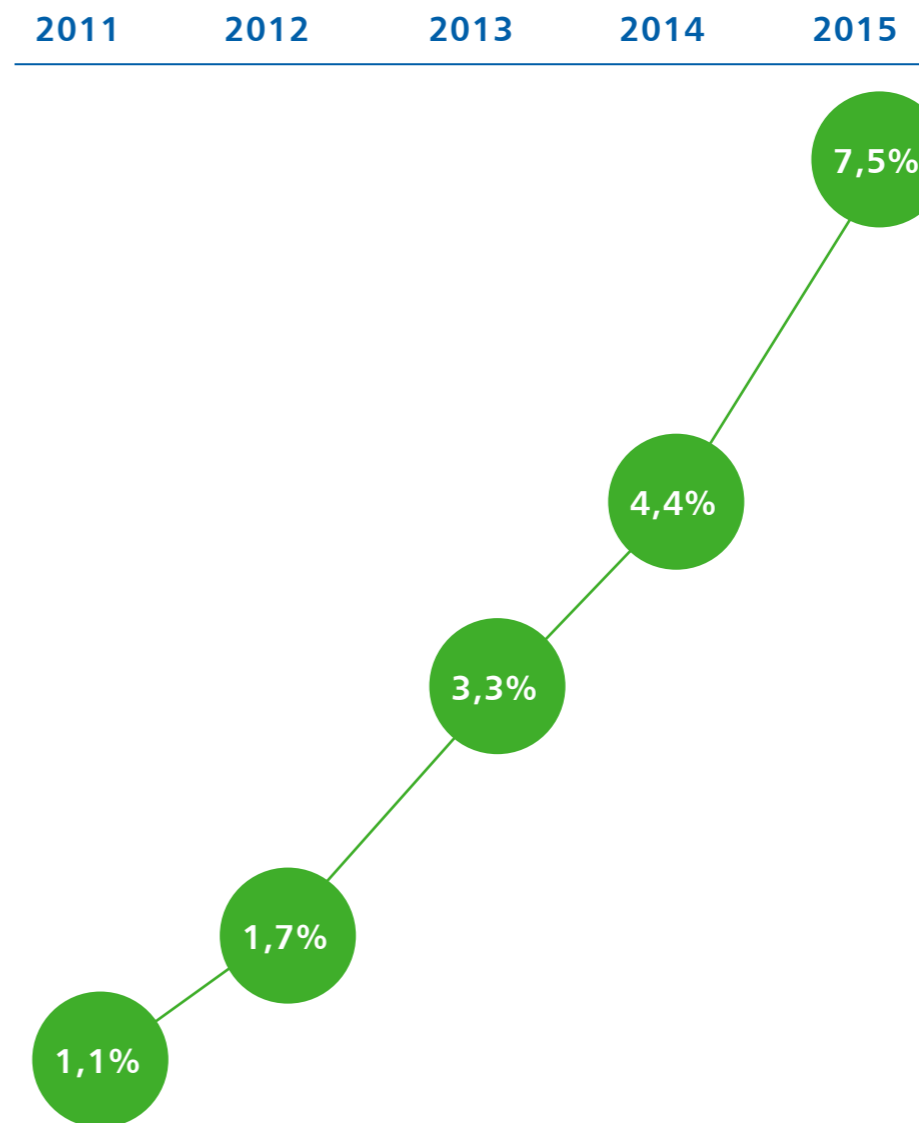
Zowel het aanbod van polissen met beperkende voorwaarden neemt toe als de vraag ernaar (dat wil zeggen: het aantal daadwerkelijk afgesloten polissen). Het percentage verzekerden met een dergelijke polis in 2015 is toegenomen tot 7,5% van alle verzekerden (2014: 4,4%). Dat betekent dat ruim 1,25 miljoen verzekerden inmiddels één van deze polissen hebben afgesloten.

Aantal zorgverzekeringopolissen met beperkende voorwaarden

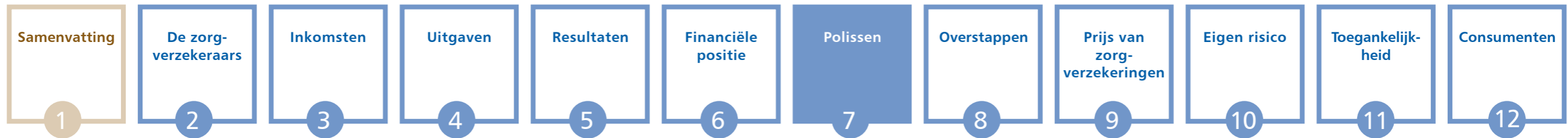


Bron: NZa (Modelovereenkomsten).

Percentage afgesloten polissen met beperkende voorwaarden



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



POLISSEN > POLIS MET BEPERKENDE VOORWAARDEN

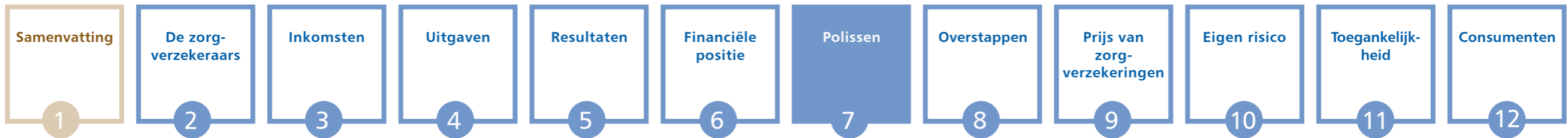
Conclusies NZa

Polissen met beperkende voorwaarden zijn gemiddeld goedkoper dan de andere polissen. Ze bieden meestal lagere vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg. Vaak is er een beperkt aantal zorgaanbieders gecontracteerd.

Er zijn bovendien grote prijsverschillen tussen polissen, ook als ze ogenschijnlijk identiek zijn. Consumenten doen er goed aan om kritisch te kijken naar zorgverzekeringen en deze te vergelijken aan de hand van hun eigen voorkeuren. Polissen met beperkende voorwaarden kunnen voor veel consumenten voordelig zijn, mits ze zich bewust zijn van de consequenties van hun keuze.

Om de keuze tussen polissen makkelijker te maken, kan de consument zichzelf in ieder geval de volgende twee vragen stellen. Allereerst: wil hij kunnen kiezen uit veel verschillende zorgaanbieders voor een iets hogere prijs of een beperkt netwerk voor een scherpe prijs? Ten tweede: wil hij een vrijwillig eigen risico? Er zijn polissen die met het laagste eigen risico erg goedkoop zijn (vergeleken met andere polissen met het laagste eigen risico), maar met een hoger eigen risico relatief duur. Een goede vergelijking is alleen te maken als polissen met hetzelfde eigen risico tegenover elkaar worden gezet. Tot slot is het goed om te bedenken dat een polis met beperkende voorwaarden vaak goedkoper is qua premie, maar erg duur is als de verzekerde gebruikmaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders.





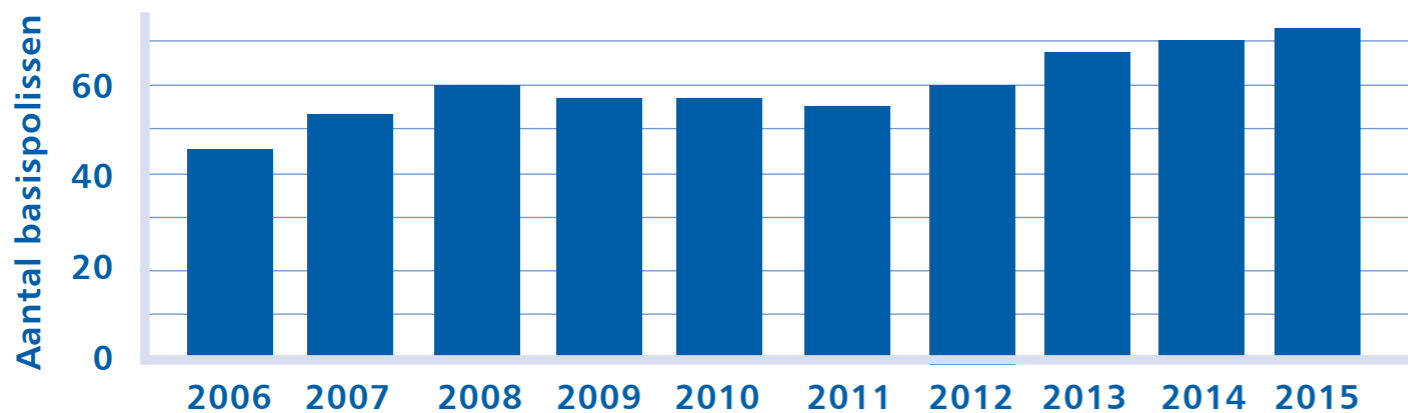
POLISSEN > SOORTEN BASISVERZEKERINGEN

Soorten basisverzekeringen

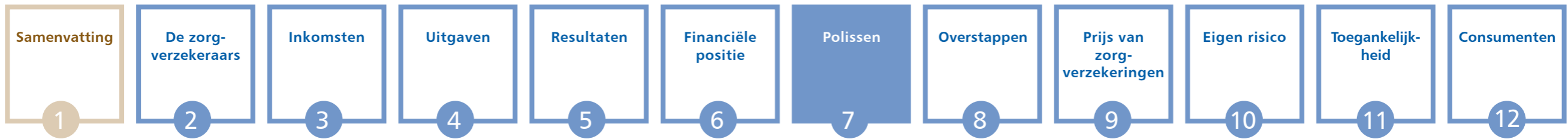
In 2015 zijn er 71 verschillende polissen voor de basisverzekering op de markt, verspreid over de drie categorieën. Het aantal basispolissen is in 2015 opnieuw gegroeid, zij het minder sterk dan vorige jaren. Verzekeringen die tussen 2011 en 2015 op de markt kwamen, hebben vaak een lagere premie dan het gemiddelde op dat moment. Tien van deze nieuwe verzekeringen zijn 'polissen met beperkende voorwaarden'. Polissen die de markt verlaten hebben juist dikwijls een premie die boven dit gemiddelde ligt.

Sinds 2006 zijn er twee periodes van groei geweest in het aantal polissen: 2006-2008 en 2011-2015. In 2015 worden voor het eerst sinds enkele jaren weer provinciale zorgverzekeringen aangeboden. Het betreft een polis van Eno en een van De Friesland.

Aantal en groei van basispolissen

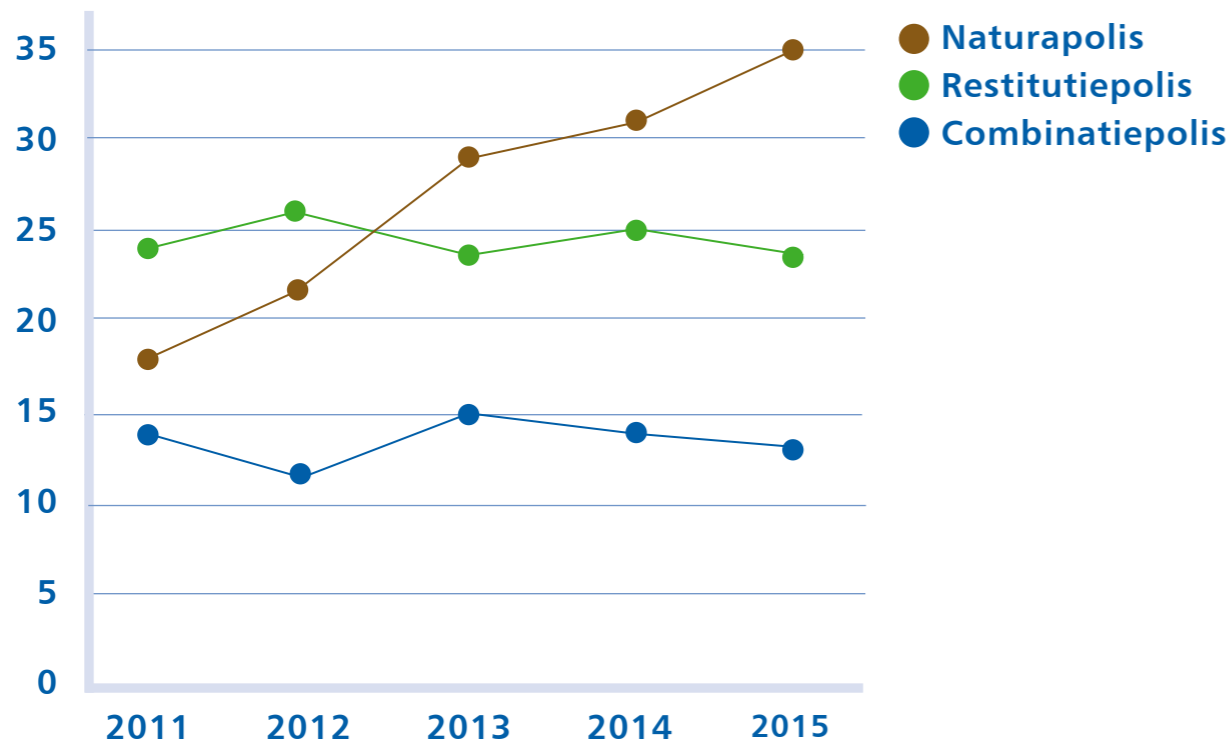


Bron: NZa (Modelovereenkomsten).



POLISSEN > SOORTEN BASISVERZEKERINGEN

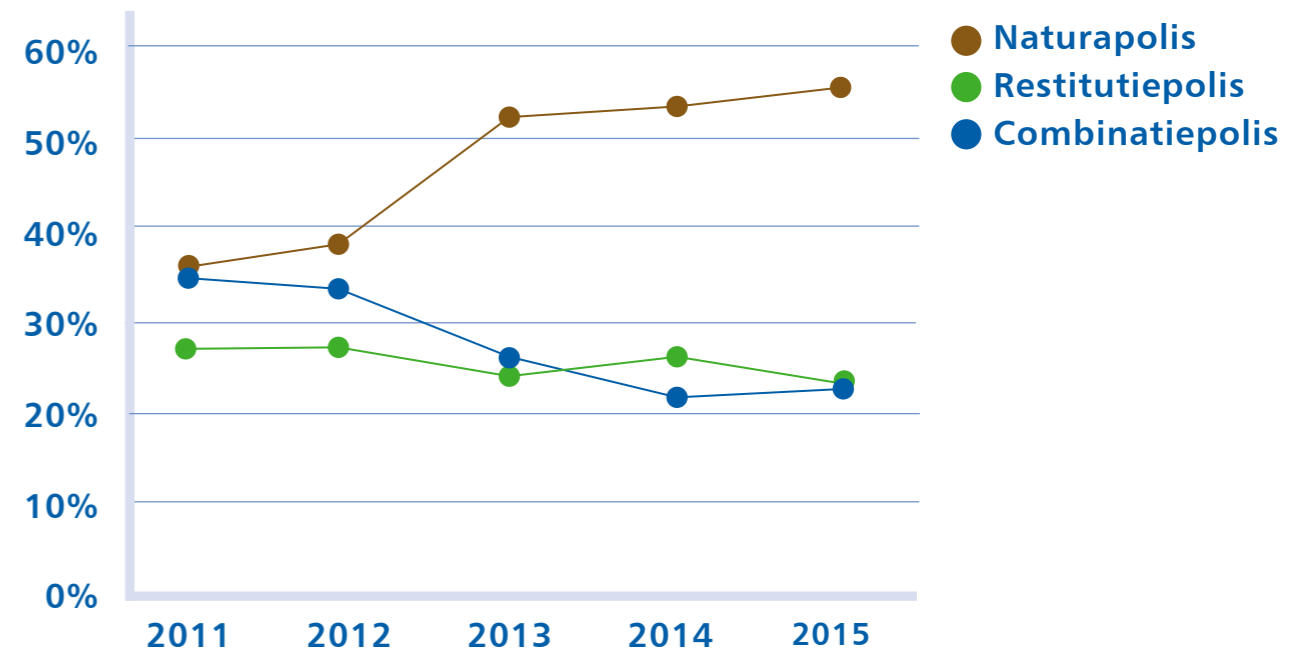
Aantal basisverzekeringen per poliscategorie



Bron: NZa (Modelovereenkomsten).

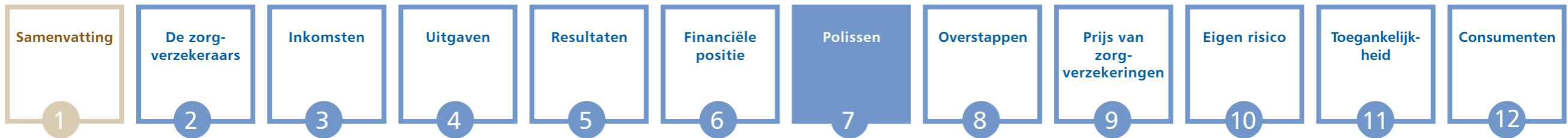
Tot 2012 domineerde de restitutiepolis het aanbod aan basisverzekeringen. Maar na 2012 heeft de naturapolis die positie overgenomen. Het aanbod van deze categorie verzekeringen blijft groeien. Die groei is er ondanks het feit dat er twee naturapolissen zijn verdwenen die in 2014 nog wel beschikbaar waren. Er zijn in 2015 namelijk vier nieuwe naturapolissen bij gekomen. Twee polissen die voorheen in de combinatiecategorie vielen, zijn nu bovendien aan te merken als naturaverzekering.

Percentage afgesloten basisverzekeringen per poliscategorie



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

Bovenstaande grafiek geeft weer welk percentage van de verzekerden de afgelopen jaren welke categorie basisverzekering afsloot. Vielen de combinatie- en naturapolissen in 2011 nog ongeveer even sterk in de smaak, sindsdien is de vraag naar naturapolissen gestegen. Die groei is inmiddels iets afgenomen, maar de keuze voor naturapolissen blijft toenemen (2015: 55%, 2014: 53%). Dit komt onder andere door de toenemende vraag naar naturapolissen met beperkende voorwaarden.



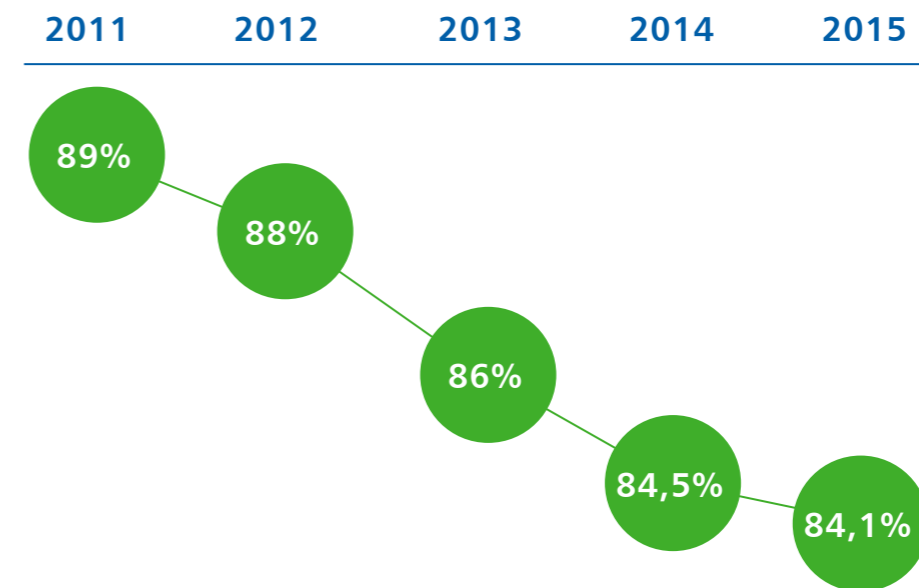
POLISSEN > AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Aanvullende verzekeringen

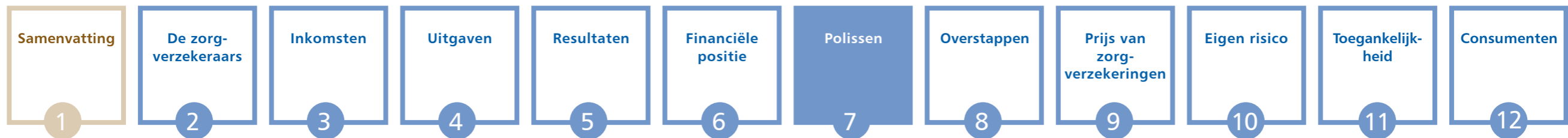
Voor alle zorg buiten het basispakket kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. In 2015 sloot 84,1% van de verzekerden een aanvullende verzekering af (2014: 84,5%). Dat komt neer op 14,2 miljoen verzekerden. Dit is niet verplicht, in tegenstelling tot het afsluiten van een basisverzekering.

Het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering vertoont al jaren een licht dalende lijn. Dat geldt voor zowel individueel als collectief verzekerden. In 2015 is het percentage collectief verzekerden met een aanvullende verzekering echter vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2014.

Percentage aanvullend verzekerden



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



POLISSEN > AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Vooraf mondzorg aanvullend verzekerd

In 2015 zijn er veertig aanbieders van aanvullende verzekeringen. Hieronder vallen 23 zorgverzekeraars, vier volmachten en dertien labels. Volmachten voeren zorgverzekeringen uit op risico van een zorgverzekeraar. Voorbeelden zijn Aevitae en Turien & Co. Labels zijn aparte merknamen waaronder zorgverzekeraars een zorgverzekering aanbieden. Denk aan de Hema-polis (van Menzis), Bewuzt (van VGZ) of Kiemer (van De Friesland).

Samen bieden deze partijen 276 verschillende aanvullende verzekeringen aan, 94 mondzorgverzekeringen en 182 overige aanvullende verzekeringen. Van de overige aanvullende verzekeringen dekken er 44 ook mondzorg. Mensen sluiten vooral voor mondzorg en fysiotherapie een aanvullende verzekering af. Bijna driekwart (73%) van de aanvullend verzekerden heeft een aanvullende verzekering met dekking voor mondzorg.

Aantal aanbieders van aanvullende verzekeringen

Totaal aantal aanbieders	40
aantal zorgverzekeraars die zelf eigen AV's aanbieden	23
aantal volmachten	4
aantal labels	13

Bron: NZa.

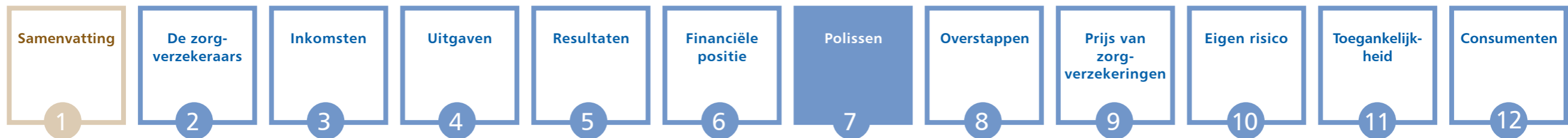
Soorten aanvullende verzekeringen

Totaal aanvullende verzekeringen	276
waarvan normale aanvullende verzekering	108
inclusief dekking mondzorg	44
modulair (bijv.: alleen fysio of buitenland)	30
mondzorgverzekering	94

Bron: NZa.

Aanvullend? Dan ook basis.

De meeste mensen hebben hun basis- en aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar. Maar dit is niet verplicht. Een klein deel van de verzekerden heeft de aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar afgesloten dan de basisverzekering. Deze groep beslaat slechts 0,19% van de aanvullend verzekerden (2014: 0,22%, 2013: 0,22%).



POLISSEN > AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Aanvullende verzekeringen: conclusies NZa

1: Acceptatiebeleid

Een belangrijke reden waarom veel mensen niet overstappen, is hun angst dat een nieuwe verzekeraar hen niet accepteert voor een bepaalde aanvullende zorgverzekering. In het actieplan Kern-gezond (april 2015) hebben zorgverzekeraars aangekondigd deze drempel weg te zullen nemen. Ze gaan aspirant-verzekerden zonder acceptatievoorwaarden toegang geven tot de aanvullende verzekering, als die aspirant-verzekerden bij hun oude verzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering hadden. Daarnaast zeiden de verzekeraars te streven naar een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen met een brede dekking, zonder toelatingseisen.

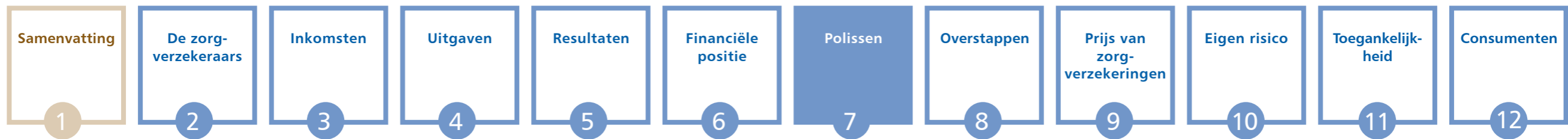
De huidige stand van zaken is al redelijk in lijn met de belofte uit het actieplan. In 2015 hanteerden zorgverzekeraars nog maar bij 5% van de aanvullende verzekeringen een acceptatiebeleid. Bij losse verzekeringen voor de mondzorg was dit 24%. In 2012 golden nog acceptatievoorwaarden voor 42% van de aanvullende verzekeringen. Waar op dit moment nog acceptatiebeleid wordt gehanteerd, geldt dat voor de duurdere verzekeringen met de meest uitgebreide dekkingen. Bijvoorbeeld bij mondzorgverzekeringen met een dekking van € 500 of meer. De kans dat verzekerden niet worden geaccepteerd voor een aanvullende verzekering is al met al fors afgenomen.

Het risico op weigering bij een nieuwe aanvullende verzekering is een belangrijke vrees van consumenten en een reden om niet over te stappen.

Aantal aanvullende verzekeringen met acceptatievoorwaarden

	2012	2015
Aanvullende verzekering (AV)	42%	4%
AV inclusief mondzorgdekking	n.b.	7%
Mondzorgverzekering	n.b.	24%

Bron: NZa.



POLISSEN > AANVULLENDE VERZEKERINGEN

2: Integrale verzekeringspakketten

In 2014 boden zorgverzekeraars nog geregeld integrale verzekeringspakketten aan. Denk aan een gezins-, 50-plus- of jongpolis. Het gebruik van dergelijke alles-in-één-producten gericht op bepaalde doelgroepen leek makkelijk en overzichtelijk, maar had een groot nadeel. Bij deze constructies bestaat het risico dat zorgverzekeraars via de aanvullende verzekering kunnen sturen welke verzekerden de basisverzekering nemen. Dit kan leiden tot premiedifferentiatie. Daarnaast kwam het aanbieden van deze pakketten naast losse basis- en aanvullende verzekeringen de transparantie van het zorgaanbod niet ten goede.

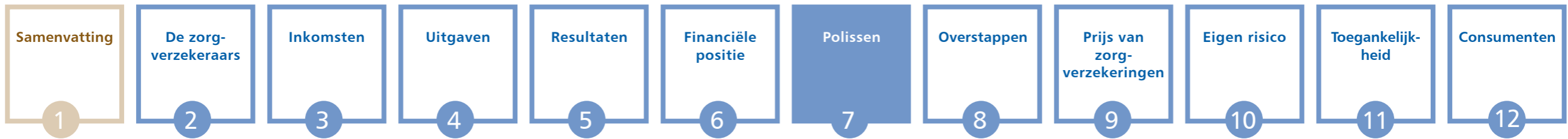
Inmiddels blijkt dat zorgverzekeraars deze integrale pakketten niet meer aanbieden. Op hun websites staat duidelijk aangegeven welke basisverzekeringen zij aanbieden en welke aanvullende verzekeringen daarbij nodig (kunnen) zijn. De aanvullende verzekeringen die eerder in de integrale pakketten zaten, worden nu dus als aparte aanvullende verzekering aangeboden. In een enkel geval zijn deze aanvullende verzekeringen bij een beperkt aantal basisverzekeringen af te sluiten. Verdere actie op het gecombineerd aanbieden van verzekeringen is dus niet meer nodig.

We hebben gezien dat in ten minste één geval een toeslag van 50% wordt gehanteerd op de aanvullende verzekering als iemand geen basisverzekering heeft bij dezelfde verzekeraar. De NZa vindt dit onwenselijk, omdat hiermee voor verzekerden drempels worden opgeworpen om over te stappen.

3: Gecombineerde polissen

We zien steeds meer aanvullende verzekeringen met een bredere inhoud. Zo zijn er 44 aanvullende verzekeringen die ook een vergoeding voor mondzorg bieden. In nog meer aanvullende verzekeringen is ook een vergoeding voor orthodontie opgenomen. Deels betreft het hier aanvullende verzekeringen die voorheen als integrale verzekeringspakketten werden aangeboden. De reden van deze verschuiving is niet direct duidelijk.





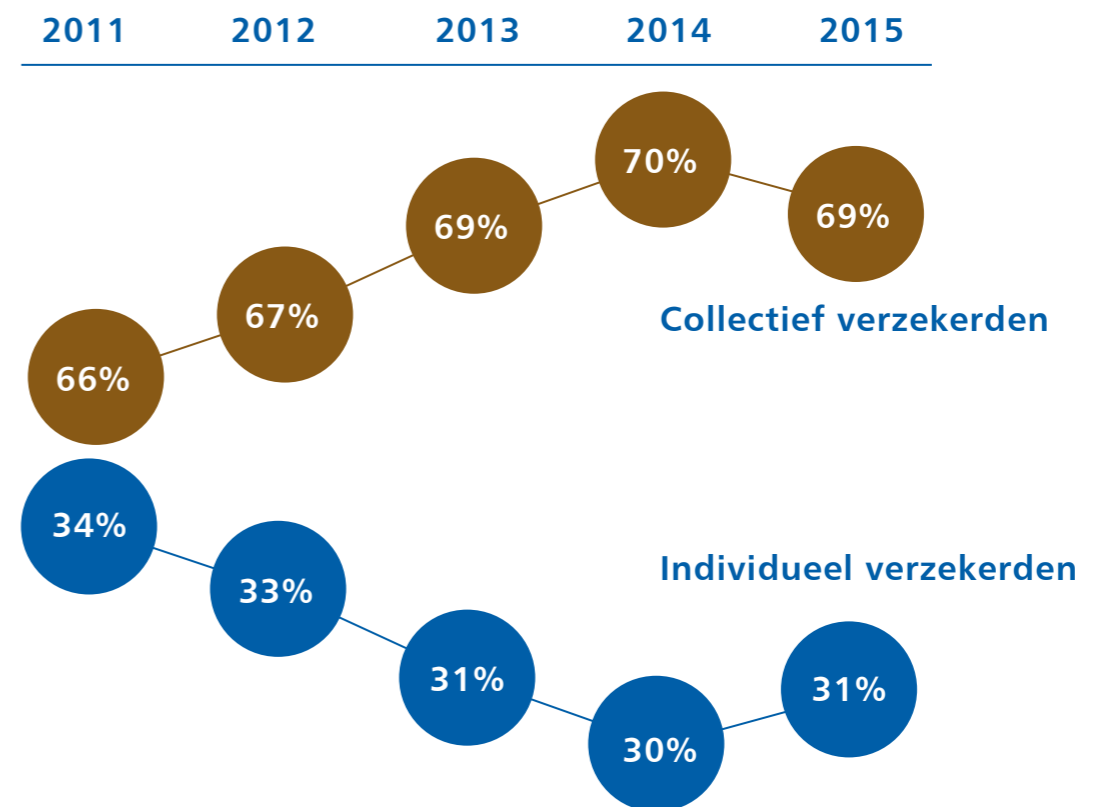
POLISSEN > COLLECTIEVE ZORGVERZEKERINGEN

Collectieve zorgverzekeringen

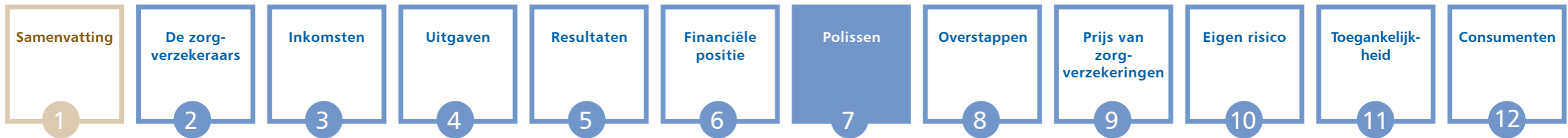
Behalve individueel kunnen mensen zich ook collectief verzekeren. Er zijn verschillende categorieën collectieve verzekeringen ('collectiviteiten'). Voor nagenoeg iedere Nederlander is er wel een collectiviteit toegankelijk.

Mensen kunnen zich als individu laten verzekeren, maar ook als groep. Als collectief kunnen ze soms bepaalde voordelen behalen die ze als individueel verzekerde niet krijgen. Het belangrijkste voordeel is dat een financiële korting mogelijk is. Deze korting is wettelijk gemaximeerd op 10%. Tussen 2007 en 2014 steeg het percentage mensen dat zich collectief liet verzekeren met gemiddeld 2% per jaar (van 57 naar 70%). In 2015 nam dit percentage voor het eerst af (naar 69%).

Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden



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



POLISSEN > COLLECTIEVE ZORGVERZEKERINGEN

Soorten collectiviteiten

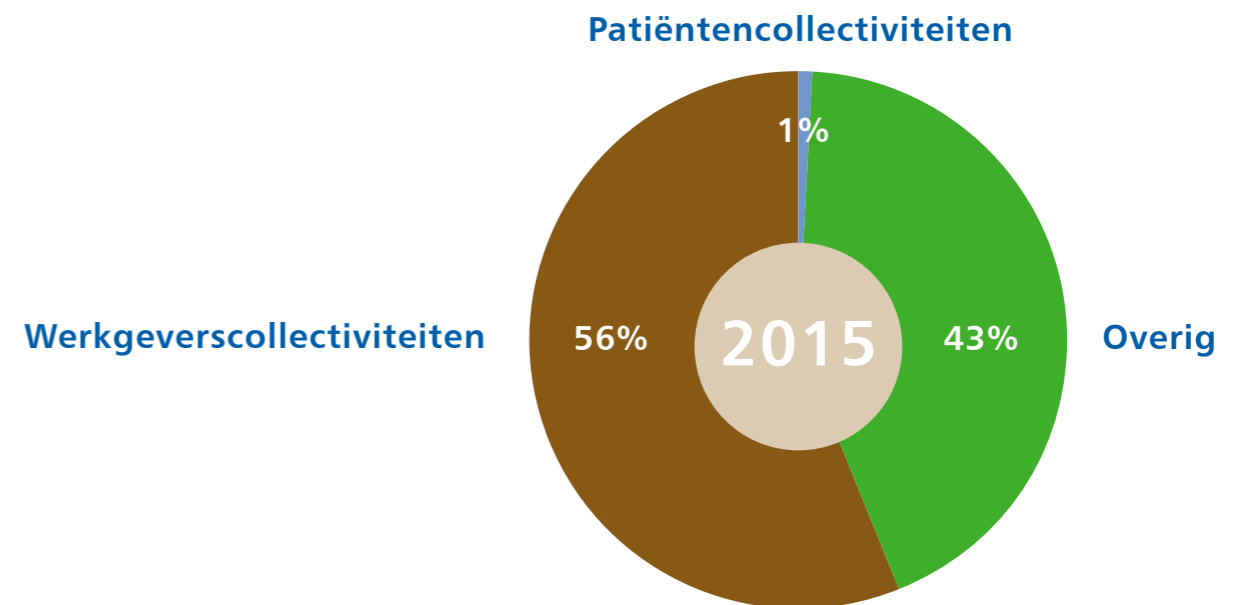
De bekendste collectiviteiten zijn werkgeverscollectiviteiten. Een werkgeverscollectiviteit wordt opgezet door een werkgever en is speciaal bedoeld voor zijn werknemers. Daarnaast zijn er patiëntencollectiviteiten, vaak opgezet door patiëntenverenigingen en bedoeld voor bepaalde patiëntgroepen. De restcategorie bestaat uit talrijke gelegenheidscollectiviteiten, geïnitieerd door onder anderen zelfstandigen, koepel- of ledenorganisaties, verenigingen, bonden, sociale diensten van gemeenten en aanbieders die hun collectieve zorgverzekeringen via internet aanbieden.

De verdeling van collectief verzekerden over de drie categorieën van collectiviteiten is door de jaren heen nagenoeg gelijk gebleven. De verschuivingen zijn relatief klein. Het aantal mensen dat is aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit steeg tussen 2014 en 2015 bijvoorbeeld met slechts 15.000 tot 6,4 miljoen (56% van alle collectief verzekerden). Het aantal verzekerden dat is aangesloten bij een patiëntencollectiviteit is al sinds de invoering van de Zvw minder dan 100.000 en bedraagt in 2015 circa 50.000. En de hoeveelheid verzekerden via gelegenheidscollectiviteiten ('anders' in deze figuur) daalde in 2015 voor het tweede jaar op rij sinds de invoering van de Zvw. Het ging om een daling van 310.000 tot afgerond 4,9 miljoen.

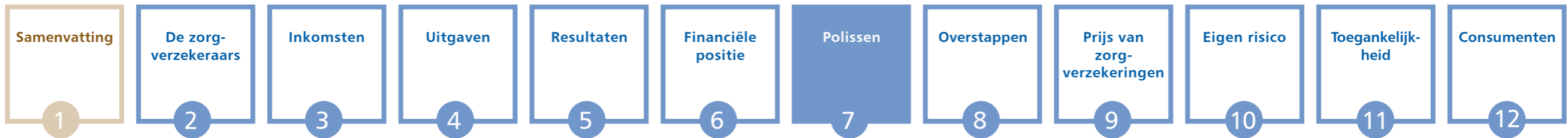
Aantal collectiviteiten en gemiddeld aantal verzekerden per collectiviteit 2015

	Aantal	Gem. omvang
Patiëntencollectiviteiten	155	320
Werkgeverscollectiviteiten	49.390	130
Overig	7.725	640

Collectief verzekerden naar soort collectiviteit



Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten).

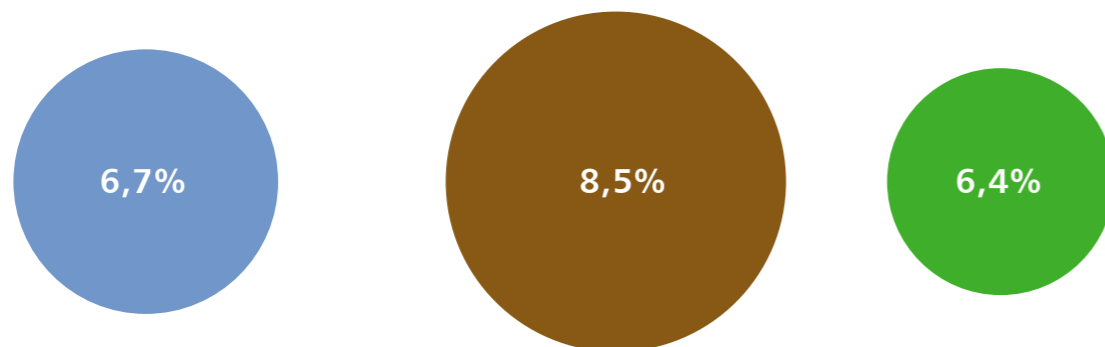


POLISSEN > COLLECTIEVE ZORGVERZEKERINGEN

Collectiviteitsgraad

De 'collectiviteitsgraad' zegt iets over de hoeveelheid mensen die collectief verzekerd zijn, in verhouding tot de individueel verzekerden. In 2015 is het aantal collectief verzekerden voor het eerst (licht) gedaald. Zorgverzekeraars blijven echter sterk afhankelijk van collectiviteiten in hun portefeuille. Van de 25 zorgverzekeraars hebben er achttien meer dan 40% collectief verzekerden. Bij tien verzekeraars is dat 80 à 100% (2014: 11, 2013: 10).

Collectieve korting per soort collectiviteit 2015



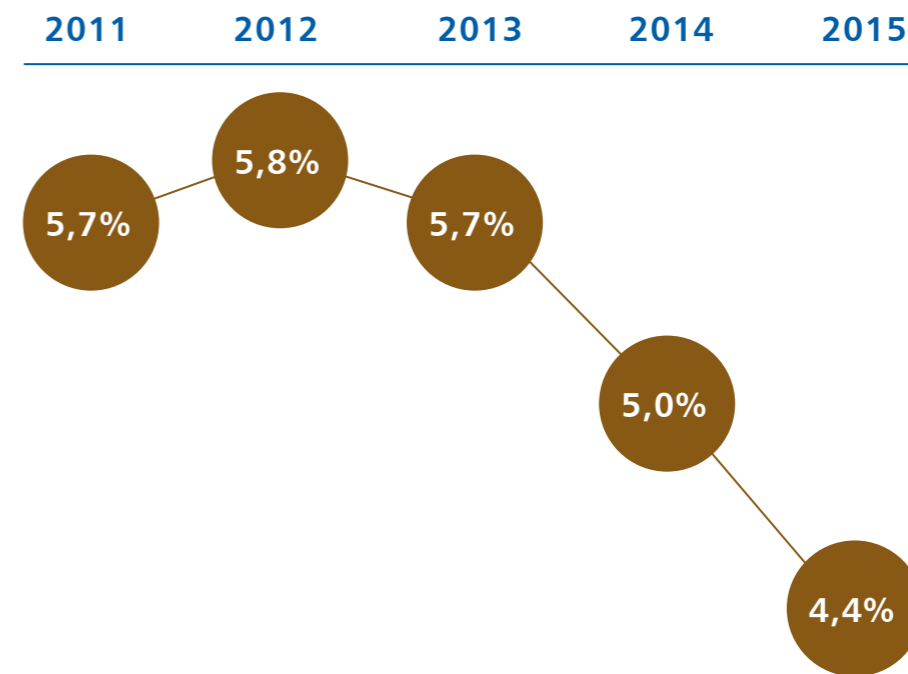
Patiëntencollectiviteiten Werkgeverscollectiviteiten Overig

Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten).

Deze figuur laat zien hoeveel korting wordt geboden ten opzichte van de basispremie. Uit de figuur blijkt dat een collectieve zorgverzekering via de werkgever iets meer korting oplevert dan andere collectieve zorgverzekeringen.

Op de volgende pagina laten we zien hoe de betaalde premies voor individueel en collectief verzekerden zich tot elkaar verhouden.

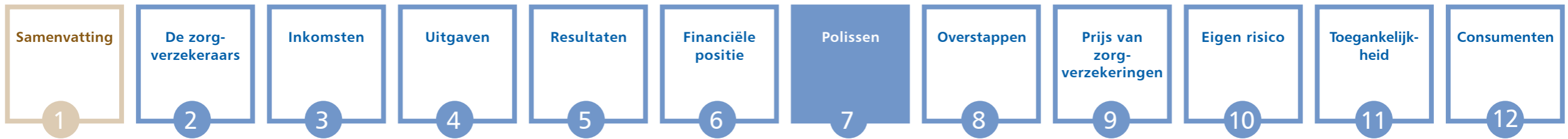
Prijsverschil collectiviteiten ten opzichte van individueel verzekerden.



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

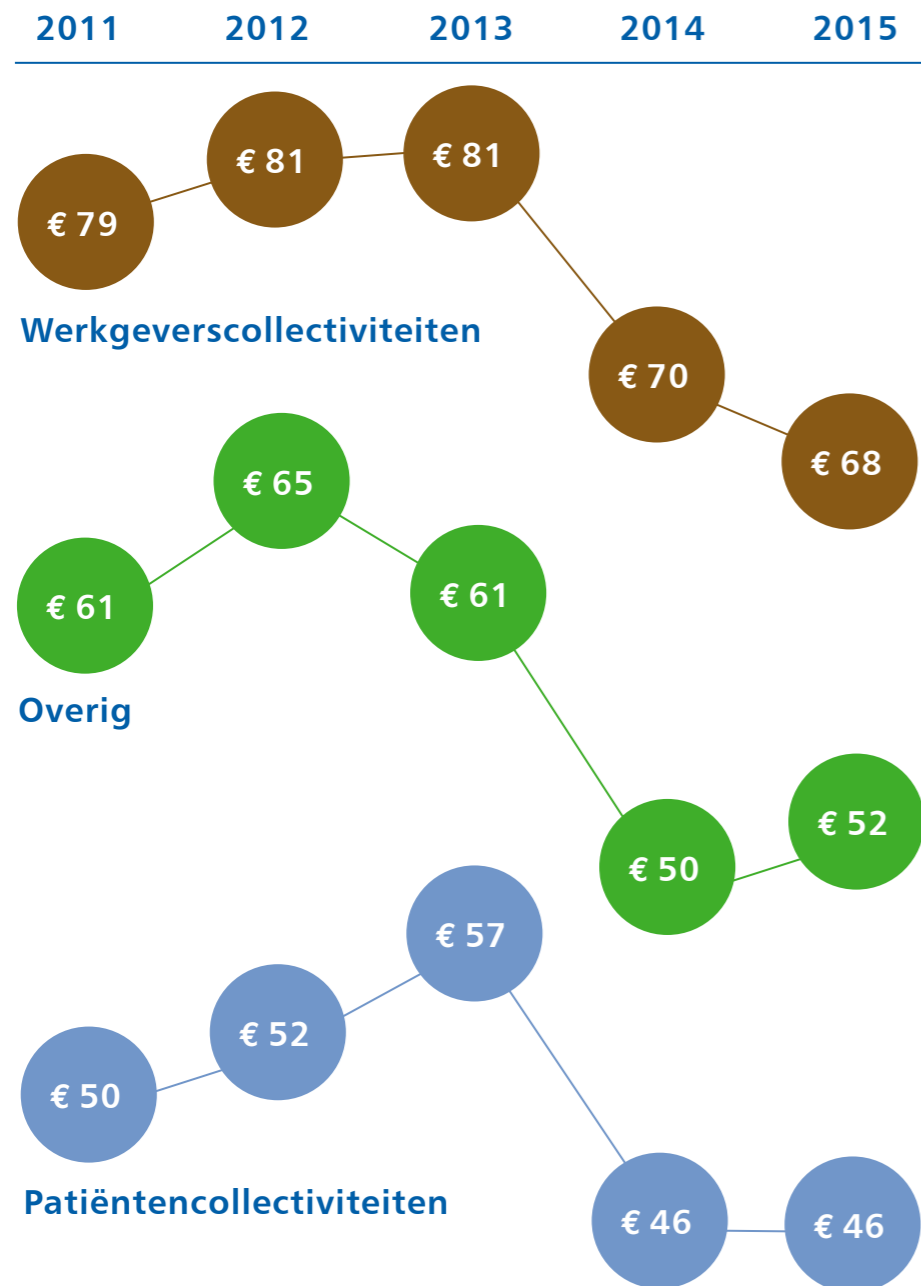
Deze figuur laat zien hoeveel korting gemiddeld wordt geboden ten opzichte van de individueel verzekerden. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Hoewel de basispremie voor collectieve verzekeringen gemiddeld hoger is dan voor individuele verzekeringen, helpen kortingen de uiteindelijke prijs toch lager te houden.



POLISSEN > COLLECTIEVE ZORGVERZEKERINGEN

Prijsvoordeel van collectieve zorgverzekeringen



Wel wordt het prijsverschil steeds kleiner. Eén verklaring hiervoor is dat individueel verzekerden de laatste paar jaar vaker voor een polis kiezen met een ondergemiddelde basispremie. In 2015 betalen collectief verzekerden gemiddeld 4,4% minder premie dan individueel verzekerden (2014: 5%, 2013: 5,7%).

Werkgeverscollectiviteiten blijken met € 68 euro de hoogste korting te bedingen op de basispremie (2014: € 70, 2013: € 81). In 2015 geldt voor alle collectiviteiten dat het prijsvoordeel ten opzichte van de individuele basisverzekeringen minder groot is dan in vorige jaren. Bij een aantal polissen krijgen collectief verzekerden met ingang van 2015 helemaal geen korting meer op de basisverzekering.

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



POLISSEN > COLLECTIEVE ZORGVERZEKERINGEN

Conclusies NZa

De NZa gaat onderzoeken wat de meerwaarde nog is van collectieve zorgverzekeringen. We zien bijvoorbeeld dat een aantal zorgverzekeraars geen collectiviteitskorting meer biedt. In plaats daarvan bieden zij een lagere basispremie voor al hun verzekerden. De zorgverzekeraars willen hiermee het aanbod transparanter maken en iedereen een scherpe premie aanbieden. Dit roept de vraag op of het niet mogelijk is om over de hele breedte een beter aanbod aan polissen te krijgen als de collectiviteitskorting wordt losgelaten.

Dat zou bijvoorbeeld voordelig zijn voor de transparantie. Zo lijkt het nu alsof collectieve verzekeringen per definitie goedkoper zijn, maar dat is niet zo. Er zijn ook erg voordelige individuele verzekeringen op de markt.

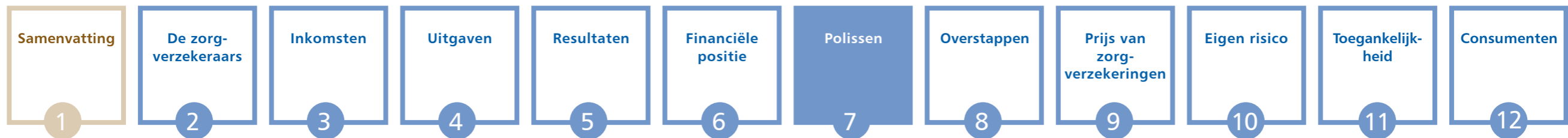
Ten tweede zien we dat individueel verzekerden gemiddeld voor een lagere basispremie kiezen. Dit kan een aanwijzing zijn dat mensen zonder collectiviteitskorting prijsbewuster zijn en/of dat de beschikbare collectiviteiten voor hen niet goedkoper zijn dan een individuele verzekering. Ook zien we de gemiddelde collectiviteitskorting afnemen. Bovendien creëren collectiviteiten een zekere ongelijkheid op de polismarkt. Bijna iedereen heeft toegang tot een collectiviteit, maar niet altijd kan dezelfde korting behaald worden: werkgeverscollectiviteiten bieden de hoogste kortingen, maar zijn alleen toegankelijk voor mensen met een baan. Dat wil niet zeggen dat collectiviteiten en de collectiviteitskorting

geen voordelen hebben. Te denken valt aan betaling van de premie door de werkgever. Of de mogelijkheid om met een groot collectief over de prijs te onderhandelen en dus een scherpe prijs te bedingen. En synergievoordelen door combinaties met andere verzekeringen of bedrijfsgezondheidszorg. Bovendien verliezen mensen bij het afschaffen van collectiviteiten eventueel hun lage premie.

Gezien de ontwikkelingen vinden we het van belang om goed te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van de collectiviteiten en collectiviteitskorting.

Een belangrijke vraag is of collectiviteiten voldoen aan hun oorspronkelijke doelstelling: het bedingen van een scherpe premie. Overigens kan het ook zo zijn dat de huidige collectiviteiten anders werken dan oorspronkelijk bedacht, maar dat zij toch nog altijd voordelig zijn voor consumenten.





POLISSEN > TE VEEL POLISSEN OP DE MARKT?

Analyse: te groot aanbod?

De NZa krijgt vanuit verschillende hoeken het signaal dat het aanbod en de diversiteit van zorgverzekeringen mogelijk té groot aan het worden is. De zorg is daarbij dat consumenten door de bomen het bos niet meer kunnen zien. En dat zij hierdoor niet overstappen. Daarmee zou de concurrentie worden beperkt, terwijl juist die concurrentie een belangrijk uitgangspunt is van het huidige verzekeringsstelsel. Is dit een terechte zorg?

1. Er zijn inderdaad erg veel keuzemogelijkheden

Verzekerden hebben veel te kiezen. Welk soort basisverzekering? Een vrijwillig eigen risico, en zo ja: hoe hoog? Een aanvullende verzekering, en zo ja: welke? Aansluiten bij een collectiviteit? Als we alle mogelijke polissen voor een basisverzekering vermenigvuldigen met alle polissen voor een aanvullende verzekering zijn er 1.136 mogelijke combinaties. Als alle opties voor het eigen risico ook worden meegeteld zijn er voor consumenten in 2015 ongeveer 5.940 verzekeringsopties. In dat aantal tellen we de mogelijke collectiviteiten nog niet mee.

2. Het schrappen van keuzemogelijkheden lijkt onverstandig

Mensen hebben echt iets te kiezen qua zorgverzekering. Voorbeelden zijn de verschillende varianten van het eigen risico, het onderscheid naar natura en restitutie en de mogelijkheid om te kiezen tussen polissen met een groot en klein netwerk aan gecontracteerde aanbieders. Het gaat om echt andere verzekeringen, die zorgen voor betere aansluiting bij persoonlijke voorkeuren en situatie van verzekerden. Het schrappen van mogelijkheden maakt het aanbod waarschijnlijk niet simpeler. Stel: alle zorgverzekeraars mogen nog maar twee polissen aanbieden. Dan zijn er 50 polissen in plaats van de huidige 71. Dat is nog steeds veel. Ten tweede is het de vraag of

de concurrentie hierdoor toeneemt. Verzekeraars worden beperkt in hun mogelijkheid om voor alle doelgroepen polissen aan te bieden. Dit betekent dat er voor polissen voor specifieke doelgroepen minder alternatieven voor handen zijn.

3. Marktsegmentatie zou onvoordelig kunnen uitpakken voor consumenten

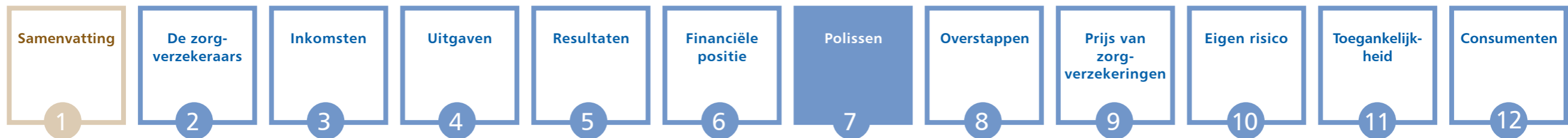
Marktsegmentatie, het aanbieden van verschillende producten voor verschillende doelgroepen, is een kenmerkend fenomeen voor markten. Zoals gezegd kan dit voordelen hebben. We vinden het wel van belang dat de geboden polissen ook goed zijn voor consumenten. We hebben in december 2014 al gewezen op de mogelijke risico's van marktsegmentatie: het onderscheid maken in polissen mag niet leiden tot ongelijke toegang tot bepaalde verzekeringsvormen of winstmaximalisatie ten koste van specifieke doelgroepen. Het is niet uitgesloten dat deze effecten optreden. Zo zien we bijvoorbeeld dat veel verzekeringen met gelijke voorwaarden toch sterk uiteenlopen qua prijs.

4. Inzicht in keuzemogelijkheden is wel essentieel

Het is volgens de NZa essentieel dat verzekerden duidelijk inzicht hebben in hun keuzemogelijkheden en eventuele gevolgen van hun keuzes. Zorgverzekeraars hebben beloofd hun best te doen de relevante verschillen tussen hun polissen te laten zien, in het bijzonder qua prijs en vergoeding. De meeste verzekeraars zetten de verschillen tussen hun eigen verzekeringen helder op hun website. Ook zijn er vergelijkingsites waarop bezoekers de polissen van verschillende verzekeraars kunnen vergelijken.

[>> Lees de conclusies van de NZa op de volgende pagina.](#)





POLISSEN > TE VEEL POLISSEN OP DE MARKT?

Conclusies NZa

We zien een grote variatie in zorgpolissen. Dit kan voordelen hebben voor consumenten, maar er zijn ook risico's aan verbonden. Ten eerste kan een groter aanbod leiden tot ongelijke toegang voor bepaalde doelgroepen of prijsdiscriminatie ten koste van specifieke doelgroepen. De NZa doet hier op dit moment onderzoek naar. Ten tweede bestaat het risico dat het moeilijk wordt voor consumenten om een goede keus te maken. We willen daarom dat zorgverzekeraars investeren in de vergelijkbaarheid en inzichtelijkheid van hun aanbod.

Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat verzekerden alle opties eenvoudig kunnen vergelijken en filteren. Vergelijkingsites vereenvoudigen het keuzeproces aanzienlijk. Het is belangrijk dat de vergelijkingsites objectief zijn en het belang van de verzekerde vooropzetten. De vergelijkingsite die zorgverzekeraars hebben aangekondigd in [het actieplan Kerngezond](#) kan hierbij van nut zijn, als deze site leidt tot meer inzicht in en een betere vergelijkbaarheid van zorgpolissen. Daarnaast

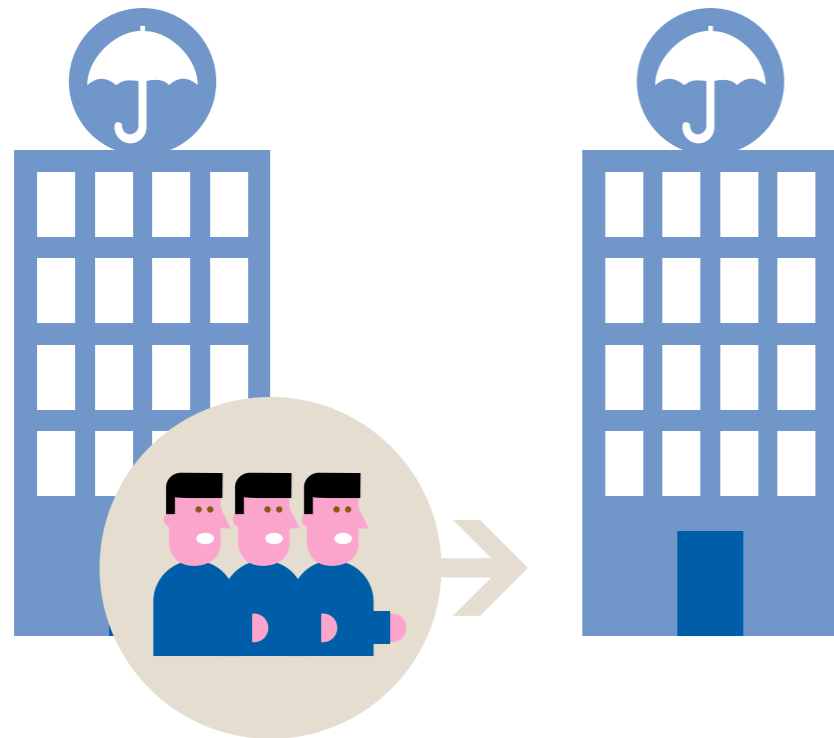
is het belangrijk dat verzekerden goed op de hoogte zijn van de gevolgen van hun beslissingen bij het kiezen van een zorgverzekering. Een soort 'bijsluiter', zoals de zorgverzekeraars voorstellen in het actieplan Kerngezond, kan hierbij helpen. We ondernemen zelf ook stappen. Per 1 november treedt de beleidsregel ['Informatieverstrekking via vergelijkingsites'](#) in werking. Deze expliciteert de verantwoordelijkheden van ziektekostenverzekeraars voor informatie over hun aanbod op vergelijkingsites. De NZa zal hier toezicht op houden.

[>> Lees hier meer over de risico's van veel zorgpolissen voor specifieke doelgroepen.](#)



Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

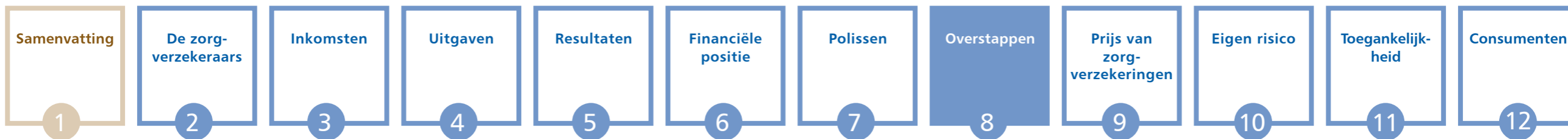
Overstappen



8

- Overstappen
- Publicatiedatum premies nieuwe polissen
- Aantal overstappers
- Overstappen: waarom wel/niet





OVERSTAPPEN > OVERSTAPPEN

Overstappen

Verzekerden kunnen elk jaar veranderen van verzekeraar. De NZa heeft het over ‘overstappen’ als een verzekerde de ene zorgverzekeraar voor de andere verruilt. Het maakt niet uit of de twee verzekeraars tot hetzelfde overkoepelende concern behoren. Er is volgens de definitie geen sprake van een overstap als de verzekerde switcht tussen de labels van één en dezelfde zorgverzekeraar. (Hoewel de verzekerde dit zelf wel als een overstap kan ervaren.) Als een groep collectief verzekerden in zijn geheel overstapt, dan wordt dit geteld als een overstap van elk groepslid.

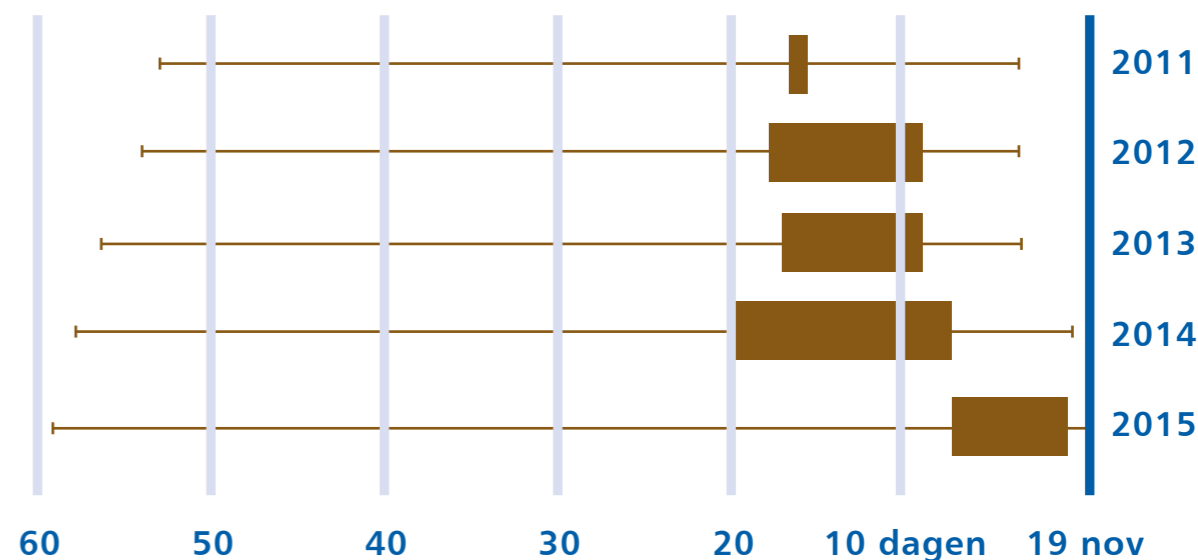
Publicatiedatum premies bestaande polissen

Zorgverzekeraars moeten uiterlijk zes weken voor het ingaan van een gewijzigde polis hun premie bekendmaken. In de praktijk komt het erop neer dat zij hun premie voor het komende kalenderjaar uiterlijk 19 november openbaar maken.

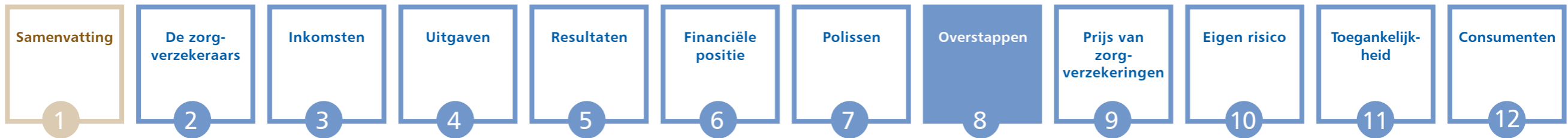
De figuur hiernaast geeft weer hoeveel dagen vóór 19 november zorgverzekeraars de premie voor het jaar daarop openbaar maakten. Daarbij gaan we uit van de eerst bekendgemaakte premie per zorgverzekeraar. Het gaat in de grafiek om bestaande polissen: verzekeringen die al jaren op de markt zijn. Dit zijn ook de meest verkochte polissen.

Anderzorg blijkt opnieuw de verzekeraar die als laatste de premie bekendmaakte, namelijk op 19 november (2014: 18 november). Zorgverzekeraars blijken bovendien langer dan gebruikelijk te hebben gewacht met de bekendmaking voor 2015. Ook liggen de data waarop ze dat deden minder ver uiteen. De helft van hen maakte de premie openbaar tussen de één en zeven dagen voor de deadline (2014 tussen de zeven en twintig dagen).

Spreiding publicatiedatum premie per zorgverzekeraar; aantal dagen vóór de uiterste datum van 19 november van het voorafgaand jaar



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



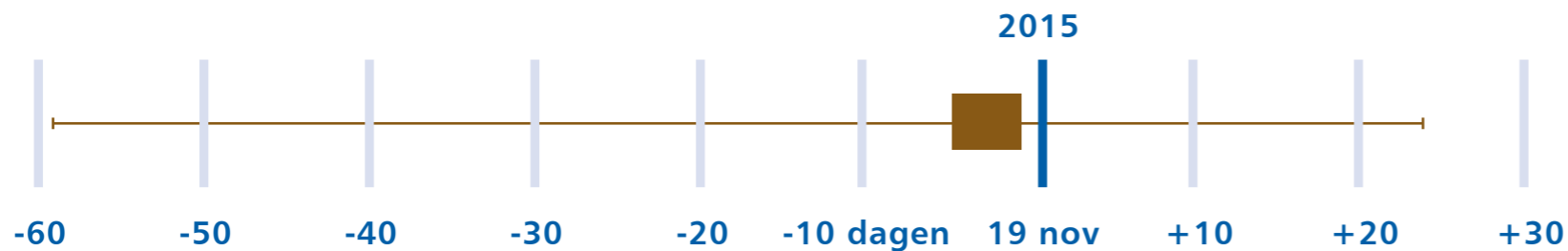
OVERSTAPPEN > PUBLICATIEDATUM PREMIES NIEUWE POLISSEN

Publicatiedatum premies nieuwe polissen

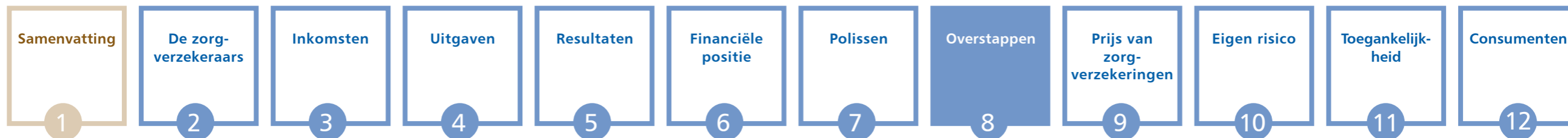
Steeds meer zorgverzekeraars bieden naast reguliere polissen ook verzekeringen aan die (tegen extra voorwaarden) goedkoper zijn. Voor veel van deze ‘budgetpolissen’ lag het moment van publicatie van de premie voor 2015 tussen één dag en enkele uren voor het verstrijken van de uiterste datum. Voornaamste reden hiervan lijkt dat concurrenten hierdoor geen mogelijkheid meer hebben om de premie aan te passen aan de premie van de zorgverzekeraar om zo verzekerden weg te kunnen kapen.

De onderstaande figuur laat zien dat bij de helft van de polissen een paar dagen voor 19 november de premies bekend waren. Eén polis was bijna zestig dagen eerder. Drie nieuwe polissen voor 2015 zijn geïntroduceerd tussen één en 23 dagen na 19 november. Eén polis was ruim 20 dagen later. Bij één polis is na 19 november de prijs opnieuw en lager vastgesteld.

Boxplot van spreiding publicatiedata



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

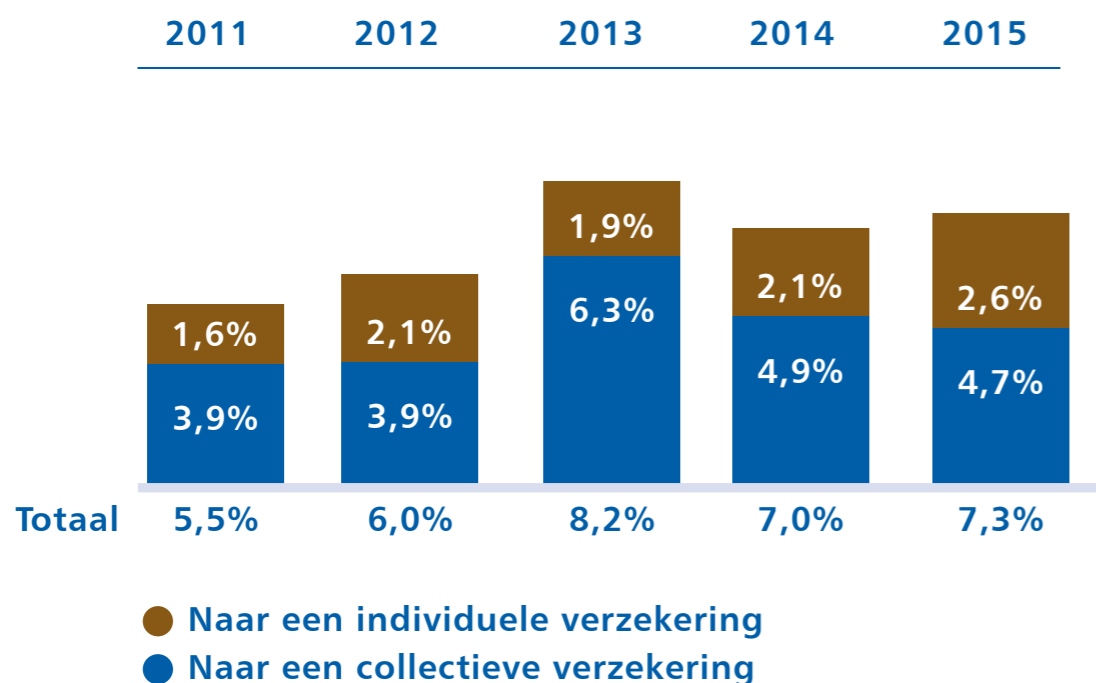


OVERSTAPPEN > AANTAL OVERSTAPPERS

Aantal overstappers

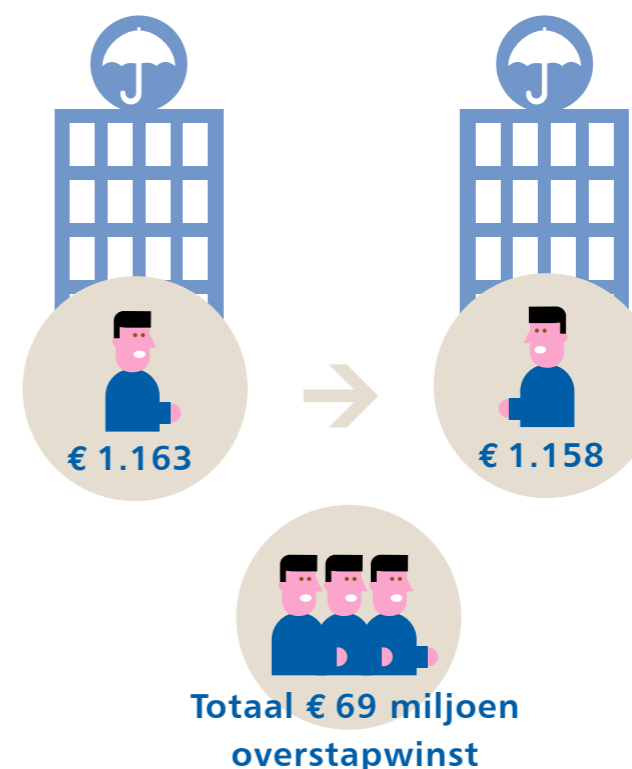
Het percentage overstappers is in 2015 gestegen, na een daling in 2014. Per 2015 zijn 1,22 miljoen mensen overgestapt (2014: 1,16 miljoen). Dat is 7,3% van de polishouders. In totaal is dus 92,7% bij dezelfde zorgverzekeraar gebleven.

Jaarlijks percentage verzekerden dat overstapt



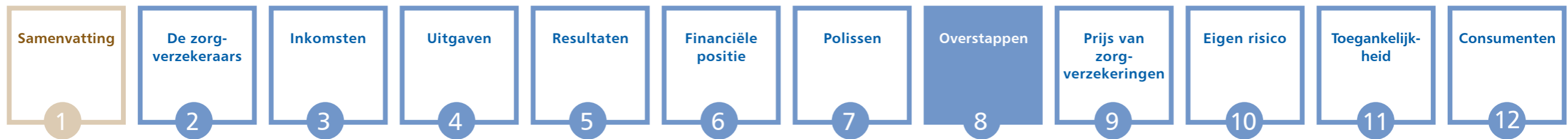
Door over te stappen bespaarden consumenten in 2015 gezamenlijk € 69 miljoen aan premiegelden voor de basisverzekering. De prijsgevoeligheid blijkt opnieuw -1,3. Dat betekent dat een premieverhoging van 1% van een polis (terwijl de prijs van andere polissen gelijk blijft) leidt tot een afname van de vraag naar die polis van 1,3%.

Hoeveel bespaarden verzekerden in 2015 met overstappen?



Bron: NZa op basis van Vektis-gegevens over Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag (2011-2013) en het Vektis/Vecozo-bestand Aanlevering Verzekerden Gegevens (2014,2015).

Bron: NZa op basis van NZa-gegevens over Modelovereenkomsten 2015 en Vektis-gegevens over Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag.



OVERSTAPPEN > OVERSTAPPEN: WAAROM WEL/NIET?

Overstappen: waarom wel/niet?

Top 3 van redenen om niet over te stappen:

- 46% is tevreden over de dekking van de totale polis.
- 30% is al heel lang bij huidige zorgverzekeraar.
- 20% is tevreden over de service van huidige zorgverzekeraar.

Top 3 van redenen om wel over te stappen:

- 23% kiest voor nieuwe zorgverzekering met een lagere totale premie.
- 14% verwacht dat zijn/haar zorggebruik anders wordt.
- 14% wil deelnemen aan een collectieve zorgverzekering bij een andere verzekeraar.

Bron: Reitsma-van Rooijen, M., Brabers, A.E.M., Jong, J.D. de. Vrije keuze van zorgaanbieders van belang bij het kiezen van een polis. Utrecht: NIVEL, 2015.



Samenvatting	De zorg-verzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorg-verzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

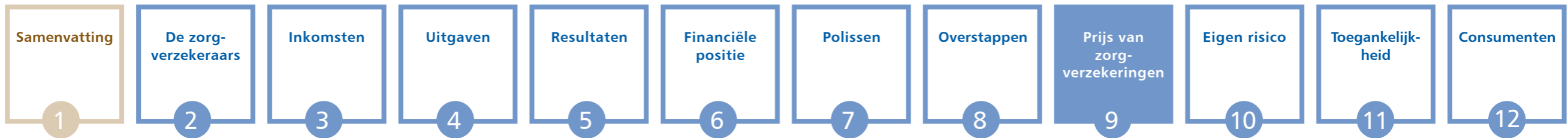
Prijs van zorgverzekeringen

9



- Premie voor de basisverzekering
- Inkomensafhankelijke bijdrage
- Kortingen op nominale premie





PRIJS VAN ZORGVERZEKERINGEN > PREMIE BASISVERZEKERING

Premie voor de basisverzekering

De nominale premie is het vaste bedrag dat mensen rechtstreeks aan hun zorgverzekeraar betalen. We onderscheiden dit van de inkomensafhankelijke bijdrage, die verderop aan bod komt.

Opbouw van de premie voor de basisverzekering

Onderstaande tabel geeft de gemiddelde opbouw weer van de nominale premie voor 2015, gewogen naar het aantal verzekerden van 18 jaar of ouder per zorgverzekeraar in 2014. Die weging houdt in dat

Opbouw van de nominale basispremie (in euro's per jaar)

	€
Rekenpremie VWS	1.196
Resultaat op zorgactiviteiten	-38
Bedrijfskosten	84
Beleggingsopbrengsten	-3
Onttrekking aan reserves	-101
Toevoeging aan reserves	1
Opslag winst	0
Oninbare premies	25
Opslag collectieve kortingen	87
Totaal basispremie	1.225

Bron: Websites zorgverzekeraars, overzichten opbouw nominale premie voor het komend jaar.

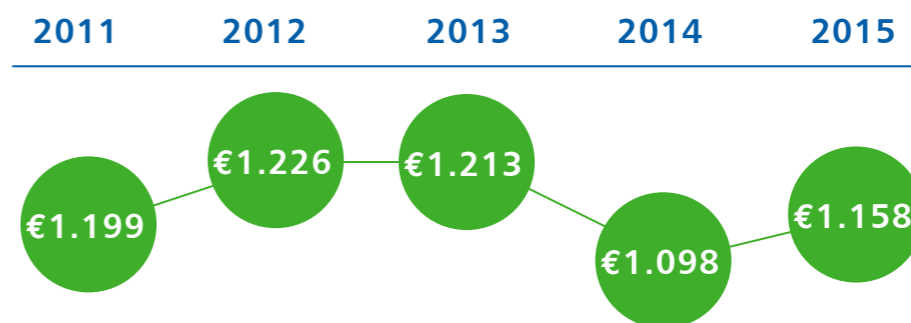
de opbouw van een polis met veel verzekerden zwaarder meeweegt voor het gemiddelde dan een polis met minder verzekerden. De cijfers betreffen de jaarlijkse premie zonder kortingen.

Gemiddeld betaalde premie basisverzekering

Als gevolg van de toegenomen zorguitgaven is de gemiddelde premie (inclusief collectiviteitskortingen) gestegen van € 1.098 in 2014 naar € 1.158 in 2015.

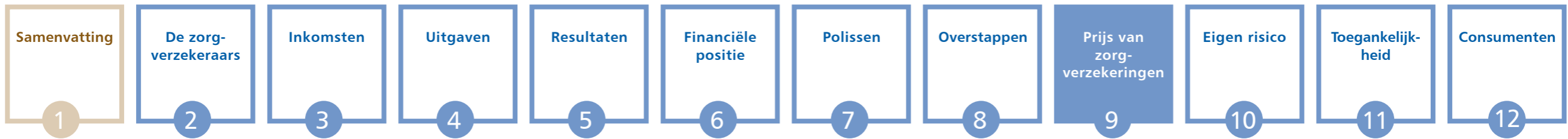
In 2015 varieert de premie voor de basisverzekering van € 957 tot € 1.367 euro per jaar. De goedkoopste premie wordt betaald door 600 verzekerden met een naturapolis met beperkende voorwaarden en collectiviteitskorting. De hoogste premie wordt betaald door 20.000 verzekerden met een restitutiepolis. Van alle verzekerden betaalt 60% een modale premie (de meest voorkomende premie).

Gemiddelde premie basisverzekering per jaar



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





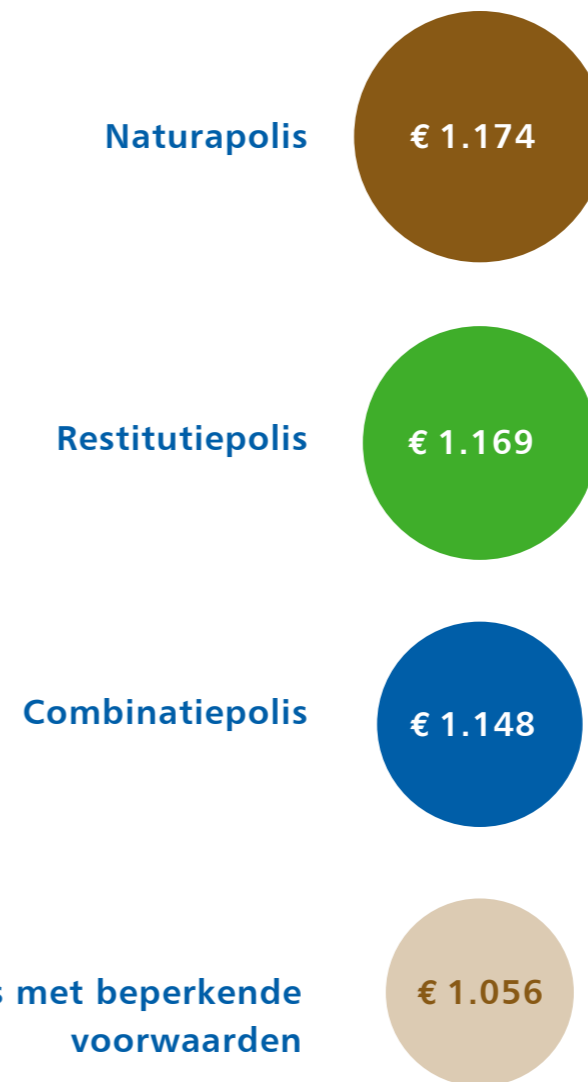
PRIJS VAN ZORGVERZEKERINGEN > PREMIE BASISVERZEKERING

Gemiddeld betaalde premie per polissoort

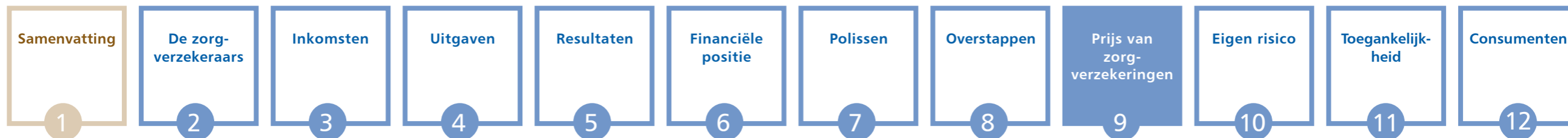
In onderstaande tabel is de gewogen gemiddeld betaalde premie inclusief collectiviteitskortingen weergegeven voor de verschillende soorten polissen. De polissen met beperkende voorwaarden zijn apart vermeld.

Verzekerden betalen duidelijk minder premie voor een polis met beperkende voorwaarden dan voor de andere soorten polissen. De figuur laat daarnaast zien dat er weinig prijsverschil is tussen een restitutiepolis en een naturapolis. In 2015 is door de keuzes van verzekerden de gewogen gemiddeld betaalde prijs voor een restitutiepolis lager dan die voor een gewone naturapolis.

Gemiddelde prijs per type polis in 2015



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



PRIJS VAN ZORGVERZEKERINGEN > INKOMENSAFHANKELIJKE BIJDRAGE

Inkomensafhankelijke bijdrage

Naast de nominale premie aan de zorgverzekeraars dragen verzekerden ook een inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet af. Deze belasting wordt voor mensen in loondienst rechtstreeks door de werkgever afgedragen en gaat niet (direct) ten koste van het brutoloon. De bijdrage is een jaarlijks variërend percentage van het brutoloon. Er is een maximum aan het bedrag aan brutoloon waarover de bijdrage wordt berekend: de maximumbijdrage. In onderstaande tabel staat voor verschillende hoeveelheden brutoloon aangegeven welke bijdrage men betaalt.

Uit de kolom is op te maken dat de inkomensafhankelijke bijdrage van mensen in loondienst sterk uiteenloopt. Met de inkomensafhankelijke bijdrage wordt onder anderen risicoverevening betaald.

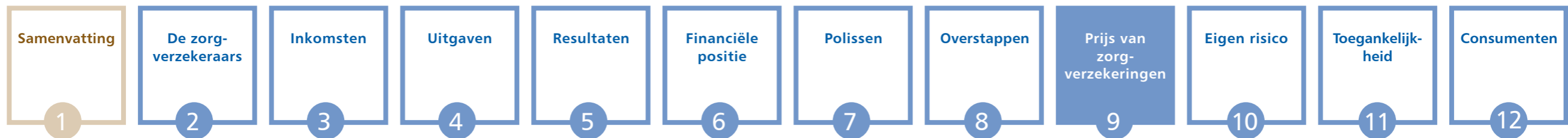
Vergelijking

Een volwassen Nederlander betaalt gemiddeld € 1.158 per jaar aan premie en € 1.578 via de inkomensafhankelijke bijdrage. Dat laatste bedrag is berekend door de totale omzet van de inkomensafhankelijke bijdrage zoals weergegeven op de begroting van VWS te delen door het aantal premie-betalende Nederlanders. Naast de inkomensafhankelijke bijdrage betaalt men volgens de begroting van VWS gemiddeld ongeveer € 320 per verzekerde om de zorg voor kinderen en de overheveling van de AWBZ naar de Zvw te bekostigen. Ook deze € 320 komt via de risicoverevening grotendeels bij zorgverzekeraars terecht

Hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage

	2013	2014	2015
Percentage	7,75%	7,50%	6,95%
Maximumbijdrage	€ 50.853,00	€ 51.414,00	€ 51.976,00
€ 20.000,00	€ 1.550,00	€ 1.500,00	€ 1.390,00
€ 40.000,00	€ 3.100,00	€ 3.000,00	€ 2.780,00
Vanaf de maximumbijdrage	€ 3.941,33	€ 3.856,05	€ 3.612,33

Bron: Website Belastingdienst.



PRIJS VAN ZORGVERZEKERINGEN > KORTINGEN OP NOMINALE PREMIE

Kortingen op nominale premie

Zorgverzekeraars bieden soms kortingen aan op de premie van hun zorgverzekeringen. Voor de basisverzekering geldt dat de zorgverzekeraar iedereen moet accepteren als verzekerde (acceptatieplicht) en dat de premie voor dezelfde verzekering voor iedereen gelijk moet zijn (verbod op premiedifferentiatie). Het selecteren van verzekerden door selectieve voordelen te bieden (zoals welkomstcadeau's) vindt de NZa onwenselijk, hoewel dit niet altijd verboden is. Om in kaart te brengen of zorgverzekeraars door middel van kortingen bepaalde groepen verzekerden proberen aan te trekken, heeft de NZa onderzocht in welke situaties zorgverzekeraars een korting op de premie aanbieden.

Welke kortingen bestaan er?

Zorgverzekeraars bieden in diverse gevallen een korting aan.

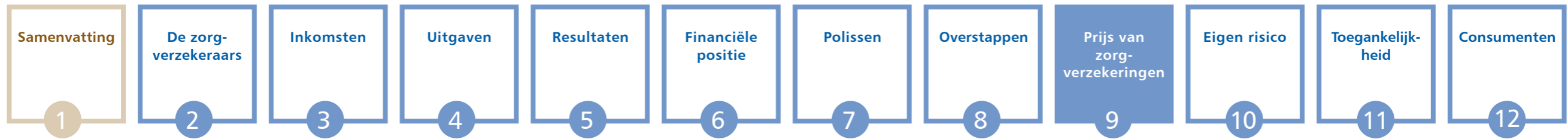
Wettelijke geregelde kortingen op de premiegrondslag:

- Bij een collectieve verzekering: de korting die de zorgverzekeraar hiervoor kan geven is in de Zvw vastgelegd en bedraagt maximaal 10%. Bijna alle zorgverzekeraars bieden een collectiviteitskorting aan.
- Bij het afsluiten van een vrijwillig eigen risico: hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting op de premie. De korting verschilt per verzekeraar/label en varieert van een paar euro tot ruim twintig euro op de maandelijks te betalen premie.

Kortingen op de betaling van de premie:

- Bij vooruitbetaling van de premie: op één verzekeraar na biedt iedere verzekeraar de mogelijkheid tot vooruitbetalen. De korting die men hiervoor krijgt, verschilt per verzekeraar en soms ook per label. Vooruitbetalen kan over het algemeen per half jaar (1-2% korting) of jaar (2-3% korting) en bij sommige verzekeraars ook per kwartaal (0,5-1% korting).
- Bij het betalen van de premie via de werkgever: gezien de lagere administratieve lasten rekent een aantal zorgverzekeraars een extra korting van 1% als de collectief verzekerde via de werkgever zijn premie aan de verzekeraar betaalt.
- Pakketkorting: Als een verzekerde meerdere verzekeringen afsluit bij dezelfde verzekeraar krijgt hij soms korting op zijn overige verzekeringen. De basisverzekering telt dan mee in de hoogte van de korting die op de overige verzekeringen wordt gegeven. De korting wordt niet over de basisverzekering gegeven, maar wel over bijvoorbeeld de inboedel-, auto- of overlijdensrisicoverzekering.





PRIJS VAN ZORGVERZEKERINGEN > KORTINGEN OP NOMINALE PREMIE

Cadeaus

Er zijn websites die (welkomst)cadeaus aanbieden bij het afsluiten van een zorgverzekering. Denk aan een tablet, een spelcomputer of korting in een winkel. Bij een basisverzekering worden deze cadeaus vaak ingezet in plaats van een financiële collectiviteitskorting. Een cadeau trekt eerder een bepaald type verzekerde aan dan een korting. Een spelcomputer is bijvoorbeeld niet voor alle verzekerden aantrekkelijk – een korting wel.

Ook vergelijkingswebsites bieden (collectiviteits)kortingen aan op zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering. Deze korting varieert voor de basisverzekeringen tussen 4% en 10%, terwijl de korting op een aanvullende verzekering kan oplopen tot 25%.

Conclusies NZa

Er zijn geen aanwijzingen dat zorgverzekeraars met kortingen sturen op het aantrekken van specifieke groepen verzekerden. De kortingen zijn over het algemeen niet gericht op een doelgroep of kenmerken van een doelgroep. Bovendien zijn de kortingen bereikbaar voor iedereen, met uitzondering van bepaalde collectiviteiten (bijvoorbeeld werkgevers). Sommige bemiddelende websites bieden cadeaus aan in plaats van korting. Wij menen dat met cadeaus eerder gestuurd kan worden op specifieke doelgroepen dan met kortingen. We vinden financiële kortingen daarom in principe beter dan cadeaus, met het oog op het voorkomen van risicoselectie. Overigens kan ook door de manier van aanbieden van een korting gestuurd worden op de doelgroep. Dit zijn we niet tegengekomen; het is uiteraard ook onwenselijk. De NZa zal premiekortingen tijdens de volgende overstapperiode in het najaar van 2015 verder onderzoeken.



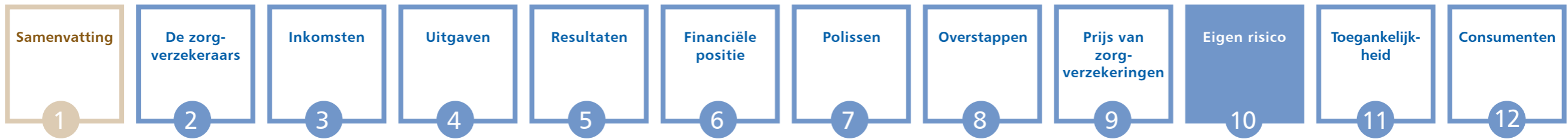
Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Eigen risico

10



- Eigen risico
- Vrijwillig eigen risico
- Herverzekeren eigen risico



EIGEN RISICO > EIGEN RISICO

Eigen risico

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder hebben in 2015 een verplicht eigen risico van € 375 voor de basisverzekering.

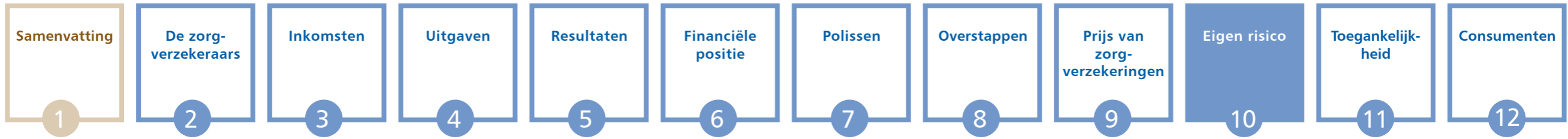
Dit betekent dat zij van hun zorgkosten de eerste € 375 zelf moeten betalen. Daarnaast kunnen zij in ruil voor een premiekorting kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De maximale hoogte van het eigen risico is dus € 875. Gemaakte zorgkosten gaan eerst ten laste van het (verplicht en vrijwillig) eigen risico en pas daarna van de zorgverzekering. Diverse zorgvormen zijn uitgesloten van het eigen risico, zoals huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg.

Er bestaan ook eigen bijdrages, maar die worden rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaald en blijven daarom buiten deze marktscan.

Volwassen verzekerden betaalden in 2014 gemiddeld € 209 aan het verplicht eigen risico.

Verplicht eigen risico in 2015





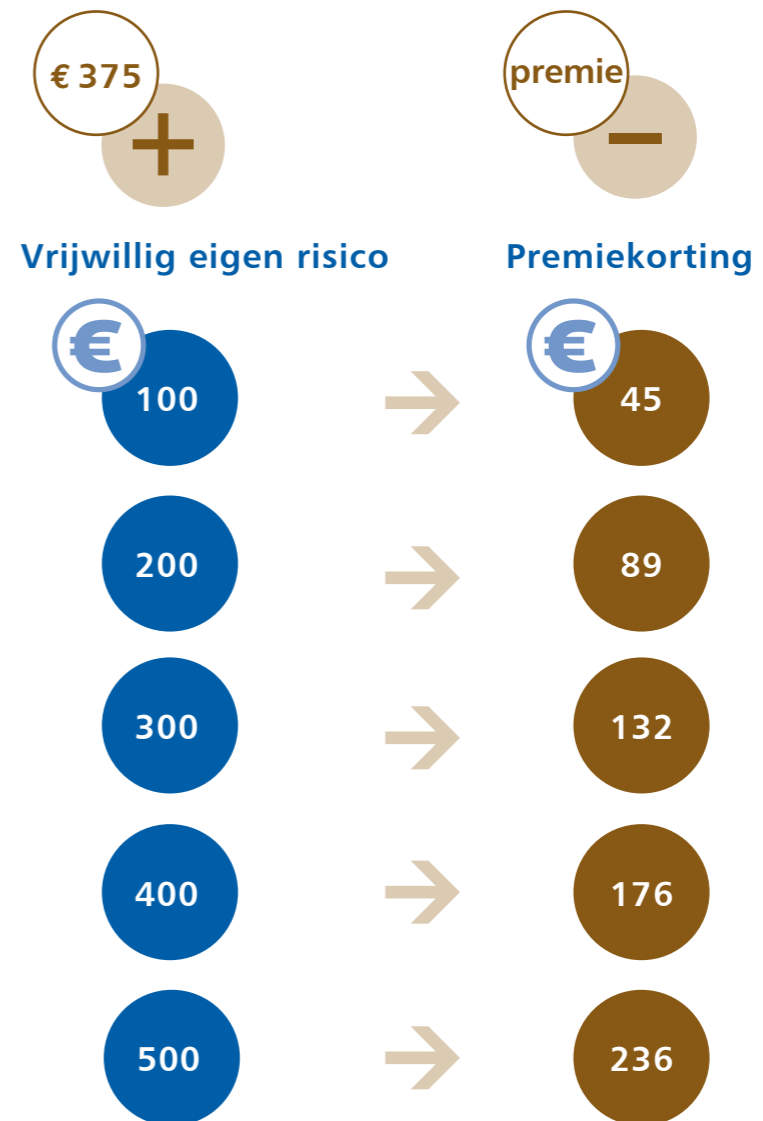
EIGEN RISICO > VRIJWILLIG EIGEN RISICO

Vrijwillig eigen risico

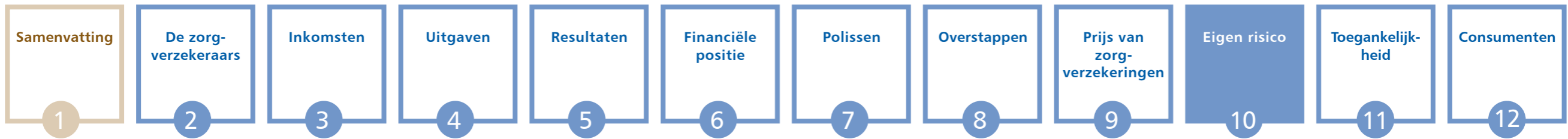
Hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe meer premiekorting de verzekerde krijgt.

De gemiddeld door zorgverzekeraars aangeboden premiekorting voor een vrijwillig eigen risico is in de loop der jaren licht gestegen. In 2015 is deze premiekorting ten opzichte van 2014 vrijwel niet veranderd.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico in 2015 (gemiddeld per jaar)



Bron: NZa (Modelovereenkomsten).



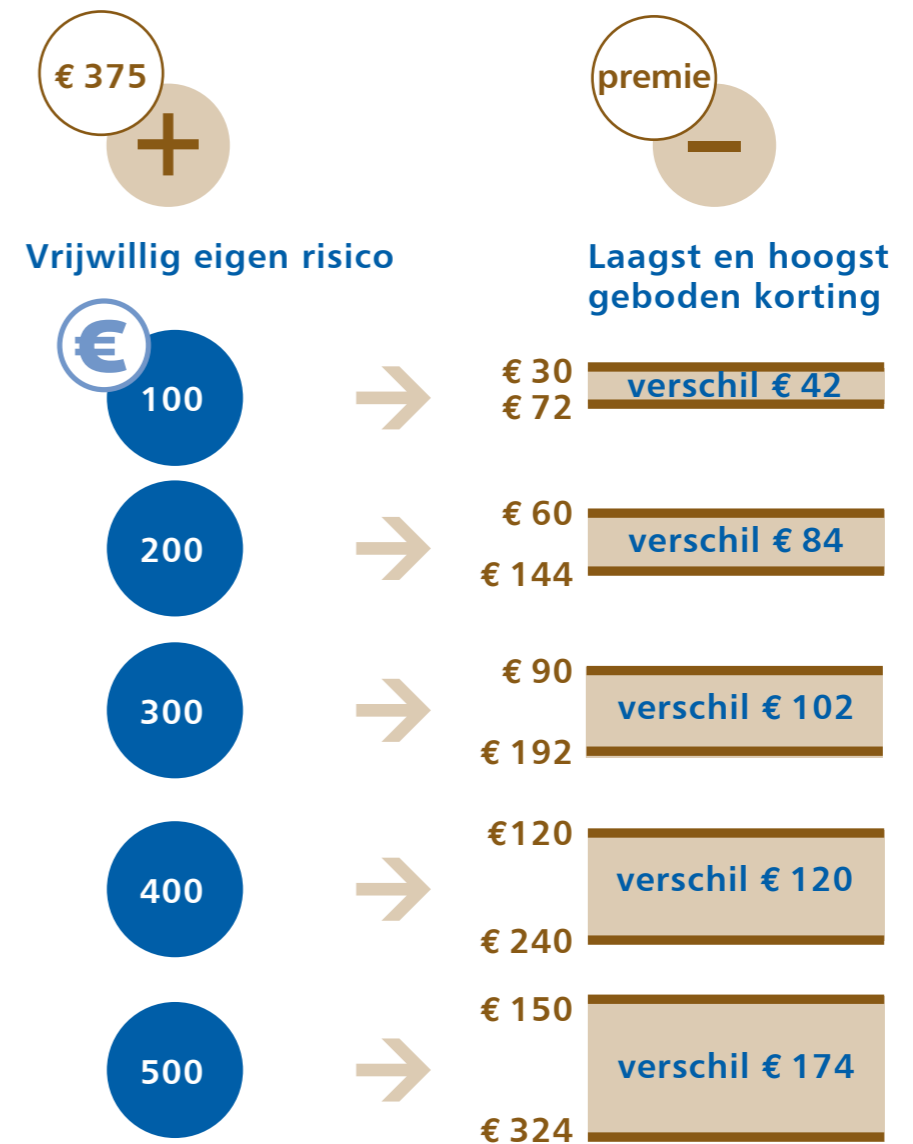
EIGEN RISICO > VRIJWILLIG EIGEN RISICO

Premiekorting

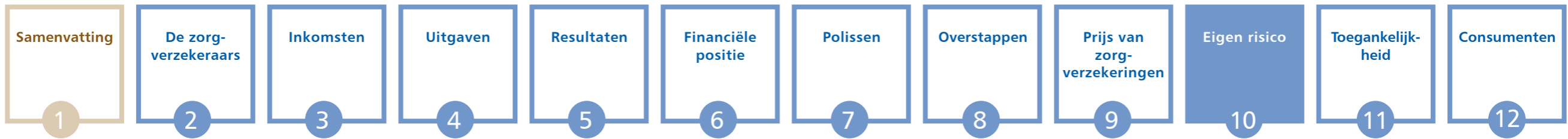
De premiekorting per categorie van vrijwillig eigen risico verschilt per polis. De figuur hiernaast geeft de laagste en hoogste aangeboden korting weer.

Uit deze cijfers blijkt dat er een groot verschil is tussen de laagste en de hoogste korting door het vrijwillig eigen risico. In 2015 kan de verzekerde bij een eigen risico van € 500 op de ene polis jaarlijks € 150 korting krijgen en op een andere polis € 324.

Laagste en hoogst geboden premiekorting in 2015 bij vrijwillig eigen risico (per jaar)



Bron: NZa (Modelovereenkomsten).



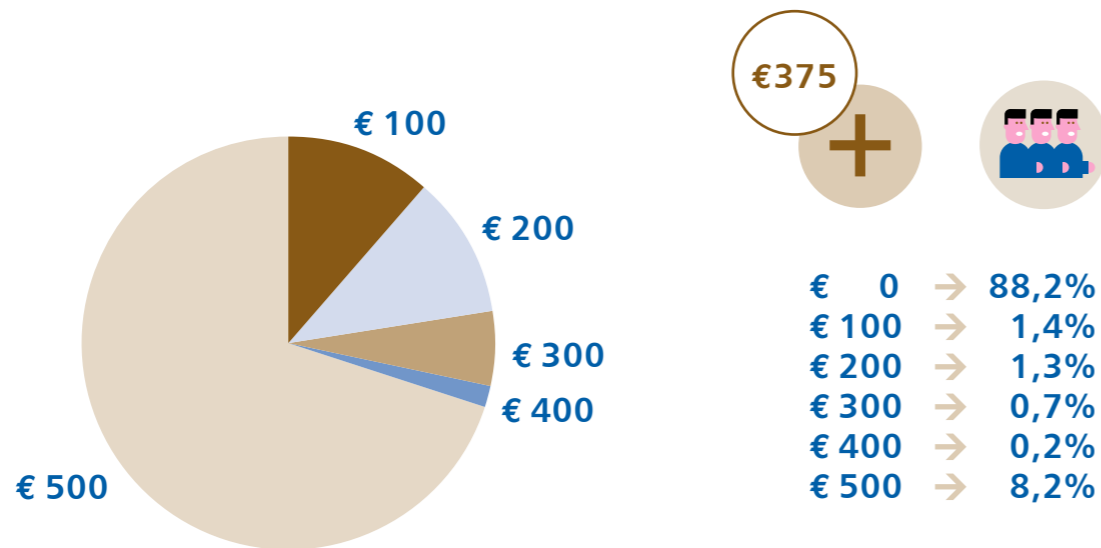
EIGEN RISICO > VRIJWILLIG EIGEN RISICO

Steeds meer mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De grootste stijger is de categorie van € 500. In 2015 kiest 8,2% (2014: 7,1%) van de verzekerden voor deze hoogste categorie vrijwillig eigen risico. Door deze ontwikkeling wordt een groter deel van de zorgkosten gedekt door eigen betalingen van de consument, in plaats van via de premie.

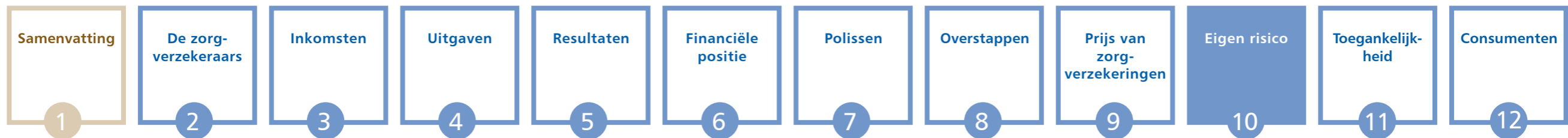
De mensen die in 2014 een vrijwillig eigen risico hadden, waren daar gemiddeld € 48 per persoon aan kwijt.

Conclusies NZa
 Opvallende ontwikkeling in het eigen risico is dat steeds meer mensen een vrijwillig eigen risico nemen. Het vaakst kiest men dan voor de hoogste categorie (€ 500). Deze ontwikkeling draagt er mede aan bij dat het eigen risico een groeiend deel van de omzet is voor zorgverzekeraars.
[>> Lees hier meer over de omzetontwikkeling.](#)

Percentage verzekerden 18+ per vrijwillig eigen risico categorie



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



EIGEN RISICO > HERVERZEKEREN EIGEN RISICO

Herverzekering eigen risico

Bij een herverzekering van het eigen risico hoeft de verzekerde geen eigen risico te betalen als hij zorg ontvangt. Hij betaalt alleen een verzekering om het risico te ondervangen dat hij het eigen risico later direct moet betalen. Herverzekering van het eigen risico is voor zorgverzekeraars een middel om een (voorspelbaar) debiteurenrisico te beperken.

Doelgroepen

Herverzekering is maar voor enkele (risico)doelgroepen toegankelijk, zoals: seizoenarbeiders, uitkeringsgerechtigden, expats en zeevarenden. Bij deze groepen bestaat de kans dat deze groepen het eigen risico niet betalen als zorgkosten ten laste van het eigen risico komen. Een verzekerde met een laag inkomen is soms niet in staat een eigen risico van €375 op te brengen. In het geval van seizoenarbeiders en expats is de kans aanzienlijk 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 moeizaam verlopen. Herverzekering van het verplicht eigen risico voorkomt dit soort betalingsproblemen. Ditzelfde geldt voor zeevarenden, die het merendeel van het jaar op zee zijn.

Cijfers

Het percentage verzekerden met een herverzekering van het eigen risico nam in 2015 toe met 32%, na een afname in 2014. De groei is bijna volledig het gevolg van collectieve contracten met gemeenten voor uitkeringsgerechtigden en minima. Per februari 2015 zijn er 197.583 verzekerden met een herverzekering van het eigen risico. Die groep bestaat voor 73% uit minima en uitkeringsgerechtigden en voor 24% uit buitenlandse seizoenarbeiders.

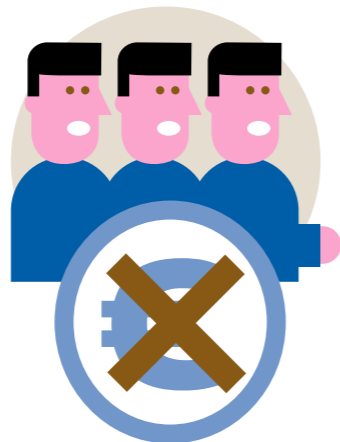
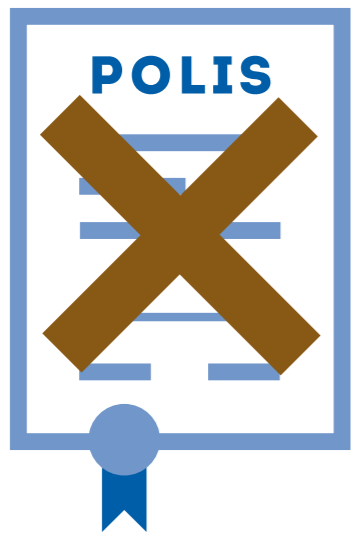
Conclusies NZa

Wij vinden herverzekering van het eigen risico in principe onwenselijk. De herverzekering is ten eerste een manier om het maximale verplichte bedrag te verlagen. Herverzekering neemt bovendien de beoogde prikkel weg tot gematigd zorggebruik, terwijl die prikkel juist het doel is van het eigen risico. Er zijn echter groepen waarbij de betaling van het eigen risico niet altijd mogelijk is. Voor deze groepen is herverzekering een goede oplossing voor de zorgverzekeraar. Een relatief kleine hoeveelheid verzekerden maakt gebruik van herverzekering van het eigen risico. Zolang het herverzekeren beperkt blijft tot deze specifieke groepen, ziet de NZa hierin geen probleem.



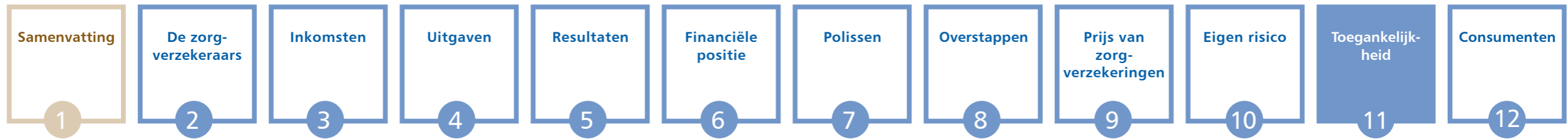
Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Toegankelijkheid



11

Onverzekerden en wanbetalers



EIGEN RISICO > ONVERZEKERDEN EN WANBETALERS

Onverzekerden en wanbetalers

In dit hoofdstuk brengen we de toegankelijkheid van zorgverzekeringen in beeld. Dat wil zeggen: hoeveel mensen hebben moeite met het verwerven of betalen van een zorgverzekering?

Onverzekerden

Een zorgverzekering is sinds 2006 verplicht voor alle Nederlandse ingezetenen. Met ingang van 2011 zijn er regelingen om deze verplichting te handhaven. Het aantal onverzekerden is daardoor sindsdien sterk teruggelopen.

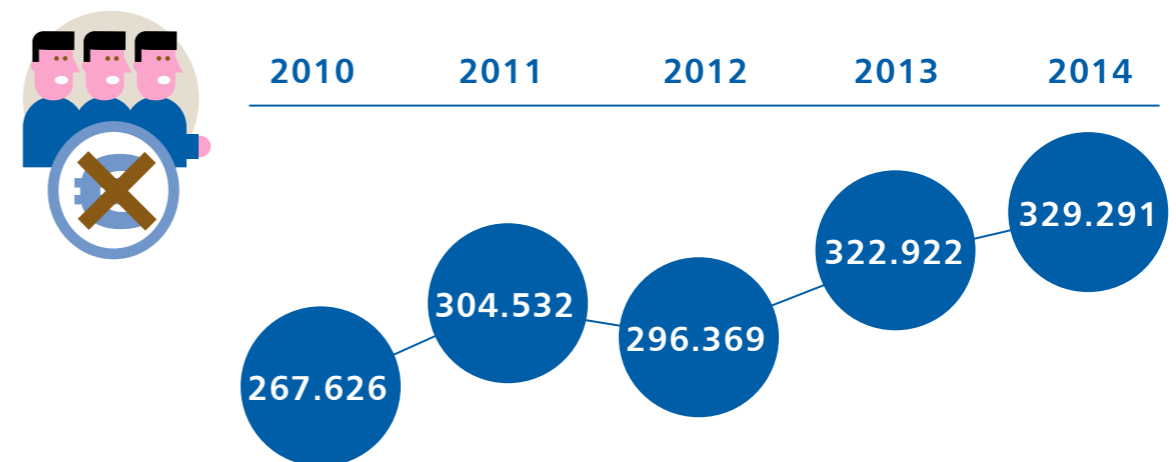
Na een forse daling in de jaren ervoor is het aantal onverzekerden van 2013 op 2014 licht gestegen, met 2,5%. Op 31 december 2014 waren er 29.454 onverzekerden. In 2011 waren dat er nog 57.965.

Wanbetalers

Wanbetalers zijn verzekerden met een betalingsachterstand van ten minste zes maanden nominale premie. Het gaat daarbij alleen om mensen die geen betalingsregeling hebben met de zorgverzekeraar, niet in een wettelijk of minnelijk schuldhulptraject zitten en geen stabilisatieovereenkomst hebben gesloten. Zorgverzekeraars melden verzekerden af als wanbetaler zodra de premieschuld is afgelost, als de verzekerde een regeling voor schuldhulpverlening heeft getroffen of als de verzekerde is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering.

Uit de figuur blijkt dat het aantal wanbetalers van 2013 op 2014 met ongeveer 2% gestegen is. Deze stijging was niet incidenteel, het aantal wanbetalers stijgt al een aantal jaren op rij.

Aantal wanbetalers (aan het einde van het jaar)

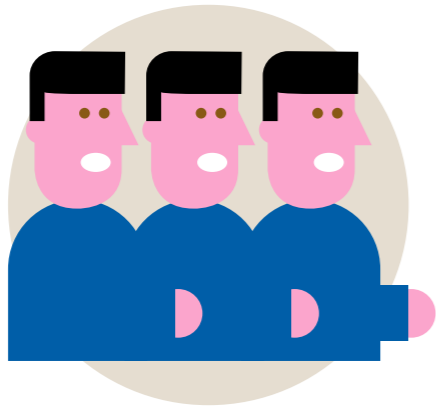


Bron: Zorginstituut Nederland.

Samenvatting	De zorgverzekeraars	Inkomsten	Uitgaven	Resultaten	Financiële positie	Polissen	Overstappen	Prijs van zorgverzekeringen	Eigen risico	Toegankelijkheid	Consumenten
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

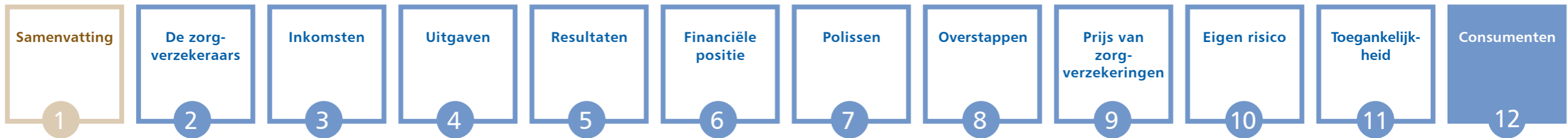
Consumenten

12



- [Vertrouwen in zorgverzekeraars](#)
- [Informatielijn NZa](#)





CONSUMENTEN > VERTROUWEN IN ZORGVERZEKERAARS

Vertrouwen in zorgverzekeraars

Hebben consumenten vertrouwen in de zorgverzekeraars? En hoe hangt de rol van zorgverzekeraars samen met het vertrouwen? In 2015 deed NIVEL hier onderzoek naar met subsidie van de NZa. In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen.

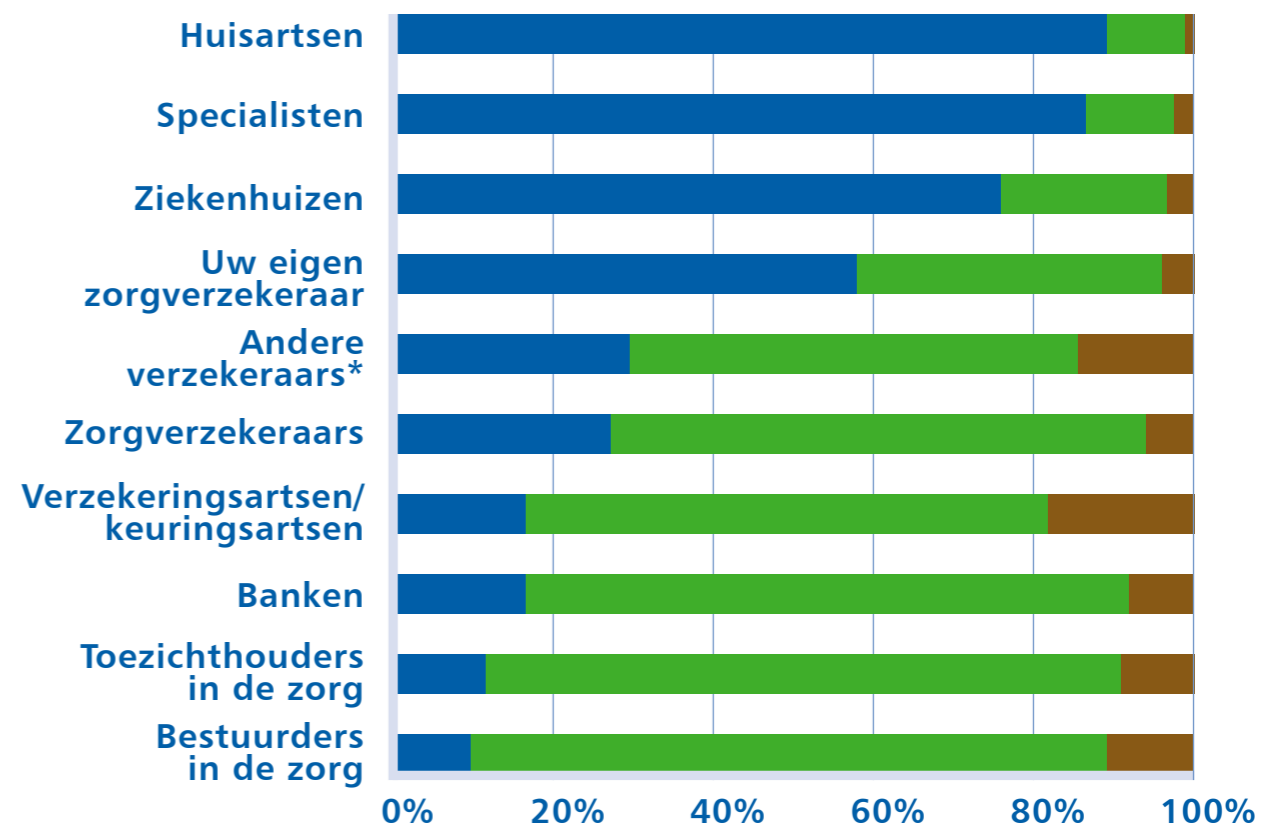
Uit het onderzoek blijkt dat verzekerden een veel positiever beeld hebben van hun eigen zorgverzekeraar dan van zorgverzekeraars in het algemeen. 57% van de mensen heeft (heel) veel vertrouwen in de eigen zorgverzekeraar. Iets meer dan een kwart van de mensen heeft in het algemeen (heel) veel vertrouwen in zorgverzekeraars. Het beeld van zorgverzekeraars in het algemeen is negatiever dan voor andere partijen in de gezondheidszorg: 90% van de mensen heeft bijvoorbeeld vertrouwen in huisartsen en specialisten.

Weinig vertrouwen in adviezen

Mensen vertrouwen zorgverzekeraars het minst op het gebied van de kwaliteit van zorg. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om advies over de keuze voor een zorgaanbieder of welke behandelingen zorgaanbieders mogen leveren. Minder dan een kwart van de respondenten vindt dit een taak van de zorgverzekeraars en maar 10% heeft er vertrouwen in.

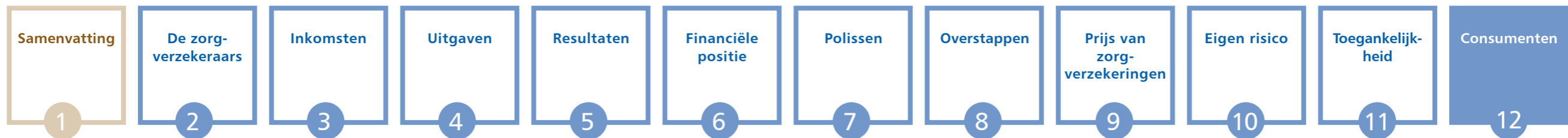
Opvallend is dat wel steeds meer mensen kiezen voor een polis waarbij de zorgverzekeraar sterk bepaalt naar welke zorgaanbieder verzekerden toe kunnen gaan. Zo is het aantal verzekerden dat kiest voor een polis met beperkende voorwaarden toegenomen met 70% tussen 2014 en 2015.

Publiek vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen, in eigen zorgverzekeraar en andere zorgverleners en instanties binnen en buiten de gezondheidszorg in % (n=514-517)



*Geen zorgverzekeraars, maar andere verzekeraars zoals voor het afsluiten van een reisverzekering of een lijfrenteverzekering.

- (Heel) veel vertrouwen
- (Heel) weinig vertrouwen
- Geen mening



CONSUMENTEN > VERTROUWEN IN ZORGVERZEKERAARS

Oorzaken van het lage vertrouwen

Een eerste mogelijke oorzaak voor het lage vertrouwen is dat er onder burgers in het algemeen weinig vertrouwen is in grote organisaties. Uit ander onderzoek is bekend dat mensen meer vertrouwen hebben in personen dan in organisaties.

Ten tweede lijkt het dat men verzekeraars wantrouwt omdat het beeld bestaat dat zij handelen uit financieel eigenbelang. De helft van de mensen is bijvoorbeeld van mening dat zorgverzekeraars niet alles zullen betalen bij een (zware) zorgvraag. En opnieuw bijna de helft van de mensen denkt dat zorgverzekeraars zorggeld niet besteden aan taken waar het geld voor bedoeld is. Bijna 70% van de ondervraagden denkt dat zorgverzekeraars het belangrijker vinden om geld te besparen dan om de benodigde zorg in te kopen.

Een opvallend punt is dat mensen die beter zijn in het zoeken en vinden van een zorgverzekering, meer vertrouwen hebben in zorgverzekeraars. Waar mensen hun informatie vandaan krijgen, heeft ook invloed op het beeld dat zij ontwikkelen. Informatie van de eigen verzekeraar draagt bij aan een positief beeld van de zorgverzekeraar, terwijl informatie in de media het beeld over zorgverzekeraars negatiever kleurt.

Tot slot spelen de verwachtingen over zorgverzekeraars een belangrijke rol. Vooral de mismatch tussen enerzijds de verwachtingen van verzekerden over de taken die zorgverzekeraars hebben en anderzijds het beeld van hoe zij die taken uitvoeren, leidt tot een lager vertrouwen bij verzekerden. Taken die de meeste verzekerden belangrijk vinden en als taak van de zorgverzekeraar zien, zijn bijvoorbeeld het geven

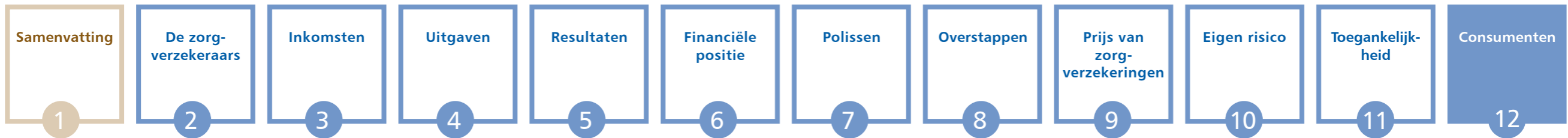
van informatie over zorgverzekeringen en het beheersen van zorgkosten. Consumenten vinden echter minder vaak dat zorgverzekeraars deze taken daadwerkelijk goed uitvoeren. Uit het onderzoek van NIVEL blijkt dat deze mismatch samenhangt met het lage vertrouwen in zorgverzekeraars.

Conclusies NZa

Het vergroten van vertrouwen is een taak van de overheid en de sector samen. Dit onderzoek laat zien dat er meer en duidelijke informatie nodig is over de taken van de zorgverzekeraar. Ook is er meer informatie nodig over prijs en beschikbaarheid van de zorg.

De NZa heeft deze bevindingen gebaseerd op een factsheet van het NIVEL: Hoefman, R., Brabers, A.E.M., en Jong, J.D. de. Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars. Utrecht: NIVEL, 2015).





CONSUMENTEN > INFORMATIELIJN NZA

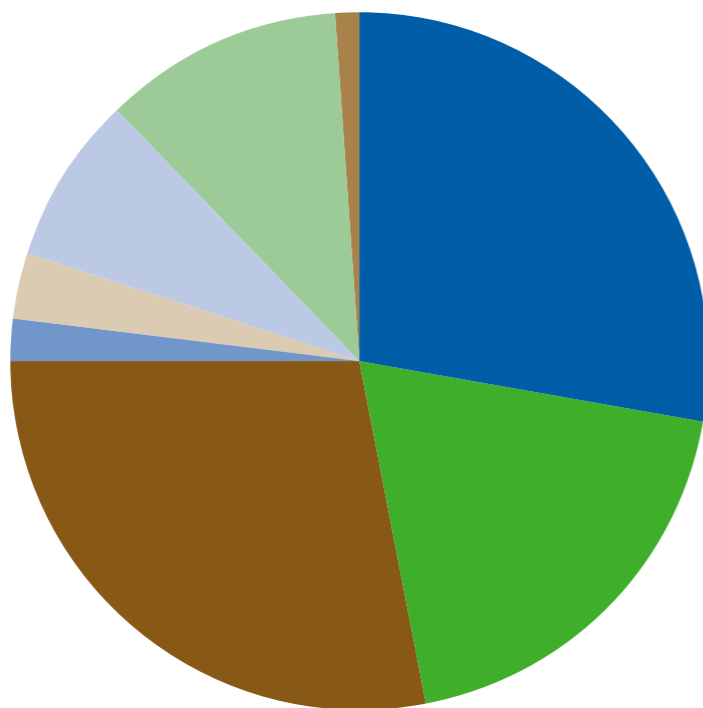
Informatielijn NZa

Wat vragen mensen over zorgverzekeraars?

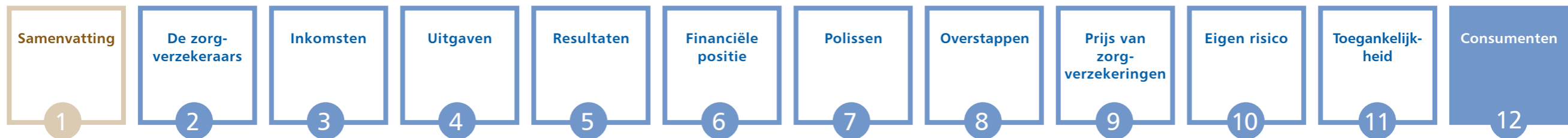
Via de Informatielijn krijgt de NZa veel vragen over het handelen van zorgverzekeraars. Deze vragen geven een goed beeld van het opereren van zorgverzekeraars in de dagelijkse praktijk.

Om inzicht te geven in het type vragen hebben we de vragen uit november 2014, december 2014 en januari 2015 nader bekeken. In die periode beantwoordde de NZa 1116 vragen over zorgverzekeraars.

Categorieën vragen over zorgverzekeraars



	Totaal categorie	Percentage van totaal
● Vergoeding/afwijsggrond	307	28%
● Zorgprestaties en eigen risico	208	19%
● Hoge nota/informatie op de nota	313	28%
● Eigen risico	20	2%
● Zorgplicht	39	3%
● Afsluiten verzekering	93	8%
● Voorwaarden verzekering	123	11%
● Schending privacy	13	1%



CONSUMENTEN > INFORMATIELIJN NZA

Opvallend is dat de NZa relatief veel vragen krijgt over zaken waarvoor wij duidelijk niet de eerst aangewezen partij zijn om informatie te geven. Te denken valt aan informatie over polisvoorwaarden of specifieke declaraties van consumenten. Zorgverzekeraars kunnen deze vragen wel beantwoorden. Van consumenten horen we regelmatig dat zij door een medewerker van een zorgverzekeraar zijn doorverwezen naar de NZa.

Overigens is het totale aantal vragen dat de NZa krijgt over zorgverzekeraars naar onze mening laag: gemiddeld 372 per maand in de onderzochte periode, terwijl 13,4 miljoen volwassen Nederlanders een zorgverzekering hebben.

Conclusies NZa

De meeste vragen van consumenten aan de NZa gaan over de vergoedingen door verzekeraars of de rekeningen van zorgaanbieders. Uit het [NIVEL-onderzoek](#) bleek dat dit factoren zijn die direct invloed hebben op het vertrouwen in zorgverzekeraars. Daarnaast is duidelijk dat het bij zorg gaat om grote financiële belangen. Goede informatie is dan ook van belang voor consumenten.

Overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten samenwerken om de informatievoorziening aan consumenten en verzekerden te verbeteren. De NZa spant zich daar zelf ook voortdurend voor in. Voor zorgverzekeraars ligt er een uitdaging om volledige en begrijpelijke uitleg te geven aan hun verzekerden. Met name over de zorgpolis, maar ook over de taken van de zorgverzekeraar zelf.

