

Marktscan

Zorgverzekeringsmarkt

Weergave van de markt 2008-2012

juni 2012

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Totstandkoming marktscans	9
1.3 Leeswijzer	10
2. Marktstructuur	11
2.1 Zorgverzekeraars	11
2.2 Marktaandelen en concentratiegraad	13
2.2.1 Marktaandelen	13
2.2.2 Concentratiegraad	15
2.3 Verticale integratie zorgverzekeraars – zorgaanbieders	17
2.4 Financiële positie	18
2.4.1 Exploitatieresultaat	18
2.4.2 Beleggingsresultaten	19
2.4.3 Resultaten risicoverevening	20
2.4.4 Uitvoeringskosten	22
2.4.5 Solvabiliteit	24
3. Marktgedrag	25
3.1 Publicatiedatum premies	25
3.2 Aanbod van en vraag naar zorgverzekeringspolissen	27
3.3 Individuele vs. collectieve verzekeringen	29
3.4 Aanvullende verzekeringen	33
3.5 Vergoedingsbeperkingen	35
3.6 Overstapgedrag consumenten	37
3.7 Herverzekering verplicht en vrijwillig eigen risico	41
4. Kwaliteit	43
4.1 Kwaliteitsindicatoren	43
4.2 Transparantie zorgpolis	44
4.2.1 Uitkomst self-assessment zorgverzekeraars	44
4.2.2 Signalen	45
5. Toegankelijkheid	47
6. Betaalbaarheid	49
6.1 Omzet	49
6.2 Prijs	49
6.3 Vrijwillig eigen risico	52
Bijlage 1. Risicoverevening nader bekeken	55
Beleidsbrief	57

Vooraf

Voor u ligt de marktscan Zorgverzekeringsmarkt die het huidige beeld weergeeft van de stand van zaken op deze markt. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Immers door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan dit markttoezicht en haar reguleringsstaken.

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

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

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

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

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

Marktstructuur

- In 2012 zijn er 9 verzekeringsconcerns van in totaal 26 risicodragende zorgverzekeraars. Ten opzichte van 2011 is De Friesland gefuseerd met Achmea. Geen enkele zorgverzekeraar biedt nog een regionale zorgverzekering aan.
- Door de fusie tussen Achmea en De Friesland is het marktaandeel van Achmea in 2012 gestegen. De concentratiegraad op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt is gestegen van 2.105 in 2011, naar 2.277 in 2012. Uitschieters in deze toename zijn de provincies Friesland en in minder mate ook Drenthe en Flevoland.
- Het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering én de aanvullende verzekering is afgenomen van € 25 in 2010 naar € 17 in 2011. Net als in 2010, is in 2011 een verschil zichtbaar tussen de vier grootste zorgverzekeraars en de overige zorgverzekeraars: het gemiddelde exploitatieresultaat van de vier grootste verzekeraars en de overige verzekeraars is in 2011 respectievelijk € 14 en € 45.
- Het gemiddelde beleggingsresultaat is eveneens afgenomen: van € 32 in 2011 naar € 30 in 2012. Hierbij is in 2011 het gemiddelde beleggingsresultaat van de vier grootste zorgverzekeraars € 10 per verzekerde hoger dan dat van de overige zorgverzekeraars.
- De uitvoeringskosten per verzekerde zijn in 2011 gestegen naar gemiddeld € 121 voor de vier grote concerns en € 140 voor de overige zorgverzekeraars.
- Intern hanteren ziektekostenverzekeraars doorgaans als norm een minimale solvabiliteitsratio van circa 150%. Alle concerns voldoen met een gemiddelde solvabiliteitsratio van 213% ook in 2011 ruim aan deze norm.

Marktgedrag

- Het aantal in 2012 op de markt gebrachte modelovereenkomsten is gestegen van 56 in 2011 naar 60. Het aanbod van naturapolissen en in mindere mate restitutiepolissen is toegenomen ten koste van het aantal combinatiepolissen. Vanuit de vraagzijde bezien, is te zien dat de vraag naar naturapolissen is gestegen en dat de vraag naar combinatiepolissen is gedaald.
- De afgelopen jaren stijgt het aandeel collectief verzekerden met gemiddeld 2% per jaar. In 2012 is ruim 67% collectief verzekerd. Ruim twee derde van de zorgverzekeraars heeft in 2012 een collectiviteitsgraad van meer dan 50%. De gemiddelde korting voor collectieve verzekeringen ten opzichte van individuele verzekeringen is de laatste drie jaren nauwelijks gewijzigd.
- In totaal heeft in 2012 88% van de verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten. Dit percentage daalt al jaren licht. Zorgverzekeraars stellen voor meer dan de helft van de aanvullende verzekeringen geen acceptatievoorwaarden. Van de 46 labels die door

- zorgverzekeraars en gevolmachtigden worden aangeboden, stellen 21 geen acceptatievoorwaarden, ook niet bij de meest uitgebreide polis.
- De vergoeding voor niet gecontracteerde GGZ zorg is voor bijna 5 miljoen verzekerden beperkt tot 60%. Dit wordt veroorzaakt doordat twee grote zorgverzekeringsconcerns de vergoeding fors hebben beperkt. Mondzorg wordt daarentegen relatief vaak volledig vergoed indien die wordt geleverd door niet gecontracteerde zorgaanbieders.
 - Elk jaar stappen meer mensen over; per 1 januari 2012 is 6,0% van de verzekerden (ca. 1 miljoen in aantal) ingestroomd bij een andere zorgverzekeraar. In 2012 vallen de grote mutaties in toe- en uitstroom van verzekerden per concern op. De consument heeft zich in 2012 bijna € 40 miljoen aan premiegelden bespaard door over te stappen naar een andere polis en/of zorgverzekeraar.
 - Het percentage verzekerden met een herverzekering van het verplicht en/of vrijwillig eigen risico blijft rond de 2%.

Kwaliteit

- Verzekerden zijn in het algemeen tevreden over hun zorgverzekeraar. Wel is verbetering mogelijk bij de informatieverstrekking en duidelijkheid over de (bij)betalingen.
- De zorgverzekeraars voldoen aan de wettelijke plicht om juiste, volledige en begrijpelijke (keuze)-informatie te verstrekken aan (potentiële) verzekerden.
- In de eerste vijf maanden van 2012 heeft de NZa elf signalen ontvangen dat iets mis of onduidelijk is met betrekking tot de informatie over zorgverzekeringspolis. Het betrof met name signalen over de niet transparante vergoedingen voor mondzorg.

Toegankelijkheid

- In 2012 zijn 16,7 miljoen basisverzekeringen en 14,7 miljoen aanvullende verzekeringen afgesloten. Per 31 december 2011 waren 57.965 mensen onverzekerd, een veel lager aantal dan in voorgaande jaren. Oorzaak zijn de maatregelen die het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) heeft ondernomen om het aantal onverzekerden terug te dringen. Het aantal verzekerden met een betalingsachterstand van ten minste zes maanden nominale premie is gestegen van 267.512 in 2011, tot 304.748 in 2012.

Betaalbaarheid

- In de loop van de jaren zijn de totale omzet van ziektekostenverzekeraars gestegen, tot € 43 miljard in 2012. Circa € 38 miljard hiervan is afkomstig uit de basisverzekering, de overige € 5 miljard komen uit de aanvullende verzekeringen.
- De gemiddeld betaalde premie bedraagt in 2012 € 1.226. De gemiddelde premie neemt jaarlijks toe. De bandbreedte tussen laagste en hoogste premie fluctueert.
- In 2012 is de opslagpremie, bepaald door de zorgverzekeraars ter dekking van hun uitvoeringskosten en exploitatiesaldi, sterk gestegen. De belangrijkste oorzaken van deze stijging zijn de afschaffing van de macronaïcalculatie op de risicoverevening en de verhoging van de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars.
- Alle verzekerden onder de Zorgverzekeringswet hebben in 2012 een verplicht eigen risico van € 220. Daarnaast kunnen verzekerden een vrijwillig eigen risico afsluiten, in ruil voor premiekorting. Het percentage verzekerden zonder dit vrijwillig eigen risico bedraagt circa 94% en daalt sinds 2010 licht. Mensen blijken vaker voor een vrijwillig eigen risico te kiezen, met als grootste stijger de vrijwillig eigen risico categorie van € 500. In 2012 blijkt ca. 2,7% van de verzekerden te kiezen voor deze hoogste categorie voor vrijwillig eigen risico.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

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

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

1.2 Totstandkoming marktscans

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

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

Focus

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn. De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2008 tot en met 2012. Daar waar het niet mogelijk is gebleken deze periode in beeld te brengen, is een voorafgaand jaar toegevoegd om een ontwikkeling in beeld te brengen of is een jaar weggelaten.

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

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

1.3 Leeswijzer

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

2. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. De eerste paragraaf beschrijft de aanbieders van zorgverzekeringspolissen, hun marktaandelen en de concentratiegraad op de zorgverzekeringsmarkt, de verticale relaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de financiële positie van zorgverzekeraars.

2.1 Zorgverzekeraars

Op de zorgverzekeringsmarkt zijn in 2012 26 zorgverzekeraars actief. Deze zijn verdeeld over negen concerns.

Tabel 2.1. Aanbod concerns en zorgverzekeraars 2012

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

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Er zijn twee wijzigingen ten opzichte van 2011; er is een concern minder door de fusie van De Friesland met Achmea en er is een zorgverzekeraar minder door de fusie van Trias met VGZ binnen de Coöperatie VGZ. Er zijn in 2011 geen nieuwe zorgverzekeraars tot de markt toegetreden.

Tabel 2.2. Ontwikkeling aantal zorgverzekeraars 2006 – 2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Concerns	16	15	12	12	11	10	9
Zorgverzekeraars	33	32	32	30	28	27	26

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Tabel 2.3. Overzicht fusies en portefeuilleoverdracht zorgverzekeraars 2006 – 2012

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

Bron: NZa (Modelovereenkomsten; naar de stand per 1 januari van het betreffende jaar)

In 2012 worden voor het eerst alle basispolissen landelijk aangeboden, er is geen differentiatie naar provincie meer in het aanbod.

Tabel 2.4. Differentiatie aanbod basispolissen zonder landelijke werking naar provincie

	Naam zorgverzekeraar	Naam modelovereenkomst	Werkgebied
2008	De Friesland Zorgverzekeringen N.V.	Basisverzekering Noord-Nederland	Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel
		Basisverzekering Zuid-Nederland	Gelderland, Limburg, Noord Brabant, Utrecht, Zuid-Holland en Zeeland
	ENO Zorgverzekeraar N.V.	Basispolis Overijssel en Gelderland	Overijssel en Gelderland
2009	De Friesland Zorgverzekeringen N.V.	Basisverzekering Noord-Nederland	Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel
		Basisverzekering Zuid-Nederland	Gelderland, Limburg, Noord Brabant, Utrecht, Zuid-Holland en Zeeland
2010	De Friesland Zorgverzekeringen N.V.	Basisverzekering Noord-Nederland	Drenthe, Friesland, Flevoland, Groningen, Noord-Holland, Overijssel
		Basisverzekering Zuid-Nederland	Gelderland, Utrecht, Zuid-Holland, Zeeland, Brabant, Limburg
2011	De Friesland Zorgverzekeringen N.V.	Basisverzekering Noord-Nederland	Drenthe, Friesland, Flevoland, Groningen, Noord-Holland, Overijssel
		Basisverzekering Zuid-Nederland	Gelderland, Utrecht, Zuid-Holland, Zeeland, Brabant, Limburg
2012	In 2012 bieden alle zorgverzekeraars al hun polissen landelijk aan.		

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

2.2 Marktaandeelen en concentratiegraad

Deze paragraaf behandelt de ontwikkeling in de marktaandeelen van de concerns op de Nederlandse markt, in de periode 2008 – 2012, gemeten naar het aantal verzekerden dat bij deze zorgverzekeraar is verzekerd.

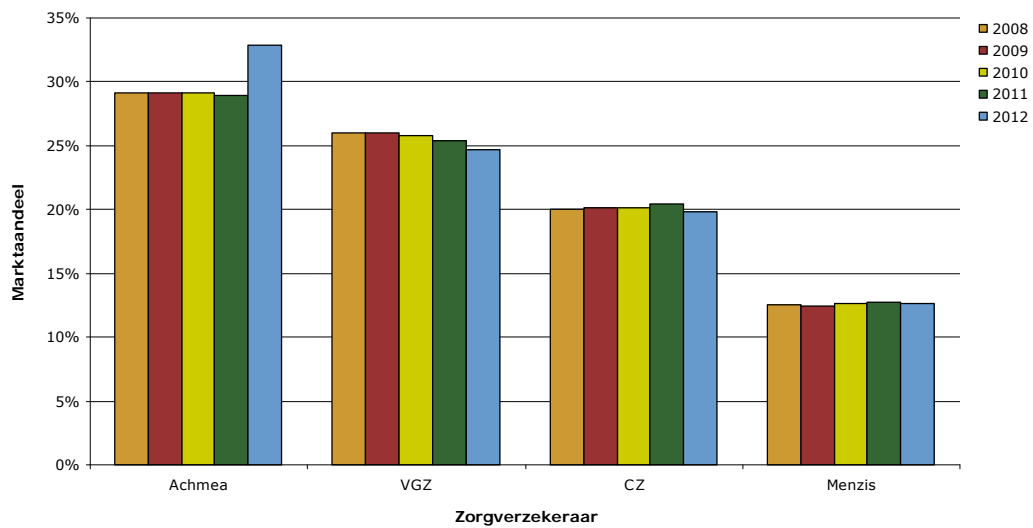
Achtereenvolgens komt aan bod:

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

2.2.1 Marktaandeelen

De onderstaande figuur geeft de marktaandeelen van de vier grootste zorgverzekeraarconcerns op de Nederlandse markt weer.

Figuur 2.1. Marktaandelen grootste vier zorgverzekeraarconcerns

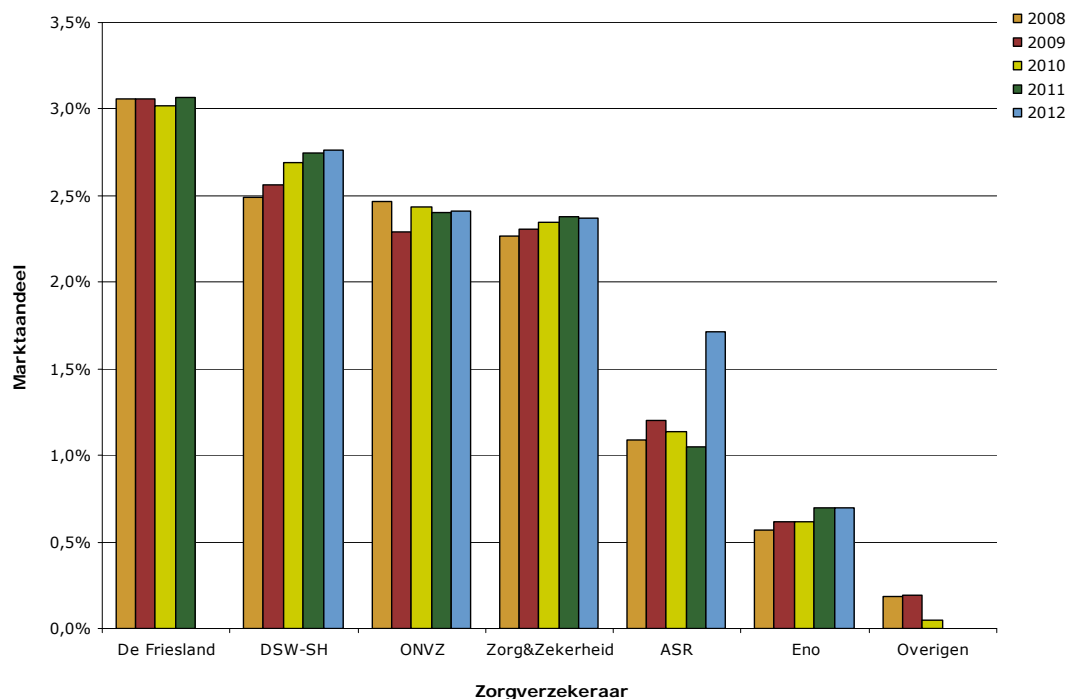


Bron: Vektis (op basis van het aantal verzekerden)

De marktaandelen zijn de door de jaren vrij stabiel; de toename in 2012 bij Achmea is vooral een gevolg van de fusie met De Friesland.

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

Figuur 2.2. Marktaandelen overige zorgverzekeraarconcerns



Bron: Vektis (op basis van het aantal verzekerden)

Het marktaandeel van De Friesland is met ingang van 2012 opgenomen bij Achmea. De forse stijging bij ASR in 2012 wordt voor een groot deel veroorzaakt door de introductie van een nieuw label van deze verzekeraar.

2.2.2 Concentratiegraad

Een maatstaf die de concentratiegraad in een regio tot uitdrukking brengt, is de Herfindahl-Hirschman Index (hierna: HHI). De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandeelen van alle concerns te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. Hoe hoger deze index is, des te hoger de concentratie in de markt is.²

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

Tabel 2.5. Overzicht Herfindahl-Hirschman Index

Provincie	2008	2009	2010	2011	2012
Drenthe	3.841	3.785	3.697	3.556	3.745
Flevoland	3.881	3.860	3.786	3.666	3.851
Friesland	4.603	4.601	4.555	4.508	6.283
Gelderland	2.380	2.374	2.376	2.360	2.366
Groningen	3.916	3.790	3.907	3.796	3.751
Limburg	3.681	3.663	3.663	3.624	3.518
Noord-Brabant	3.497	3.463	3.412	3.376	3.237
Noord-Holland	3.191	3.160	3.106	3.057	3.117
Overijssel	2.679	2.635	2.627	2.593	2.654
Utrecht	2.933	2.911	2.908	2.884	2.955
Zeeland	4.087	4.071	4.180	4.135	4.043
Zuid-Holland	1.913	1.903	1.894	1.886	1.887
Nederland	2.124	2.119	2.111	2.105	2.277

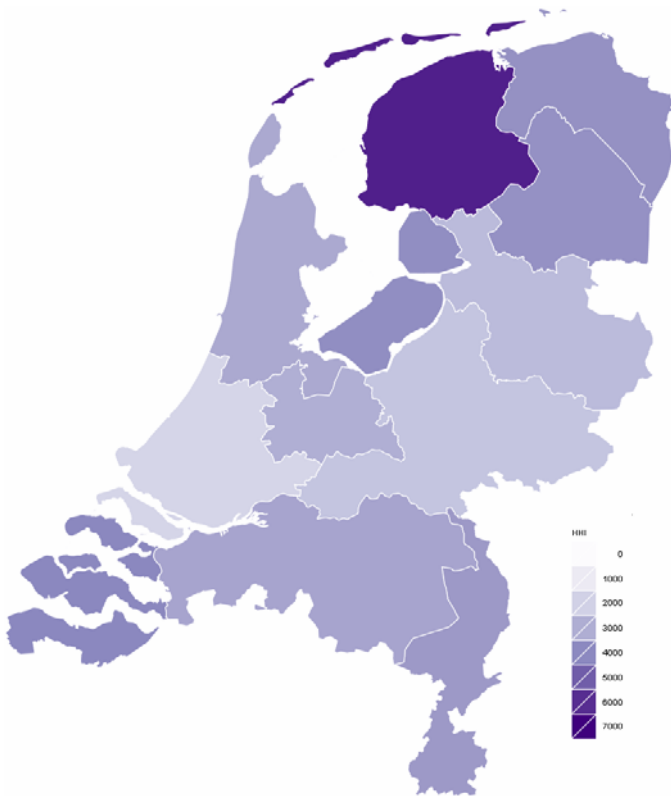
Bron: Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag)

Door een fusie is de concentratiegraad in 2012 landelijk en in een aantal provincies toegenomen. Uitschieters in deze toename zijn de provincies Friesland en in minder mate ook Drenthe en Flevoland.

In het onderstaande figuur is de concentratiegraad (HHI) in 2012 grafisch weergegeven.

² In haar Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies (2004/C 31/03) geeft de Europese Commissie aan dat het onwaarschijnlijk is dat zij bij het beoordelen van concentraties mededingingsbezwaren zal zien op een markt waar de HHI na de fusie minder dan 1.000 bedraagt. Het is evenzeer onwaarschijnlijk dat de Commissie bezwaren zal zien in geval van een fusie met een HHI na fusie tussen 1.000 en 2.000 en een delta van minder dan 250, of in geval van een fusie met een HHI van meer dan 2.000 en een delta van minder dan 150, behalve wanneer bijzondere omstandigheden zich voordoen.

Figuur 2.3. Concentratiegraad (Herfindahl-Hirschman Index) per provincie in 2012



Bron: Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag)

2.3 Verticale integratie zorgverzekeraars – zorgaanbieders

Evenals in een eerdere monitor van de zorgverzekeringsmarkt³, heeft de NZa een inventarisatie gemaakt van de vormen van verticale integratie in de zorg die bestaan tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De meest recente informatie waarover de NZa beschikt ziet op het jaar 2010.

Tabel 2.6. Verticale integratie, 2010

Zorgverzekeraar	Zorgaanbieder	Soort zorg
Achmea	Diagnostisch Centrum Amsterdam	Diagnostiek
	Geneticom	Laboratoriumonderzoek
DSW	DSW Apotheken	Geneesmiddelenverstrekking
	De Regionale Commissie Gezondheidszorg Nieuwe Waterweg Noord	Versterking van de regionale samenwerking zorginstellingen
	Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL)	Huisartsenzorg
	Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG)	Eerstelijns zorgaanbieders
	Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis	Ziekenhuiszorg en innovatieve zorgprojecten
ENO	Trajectzorg Nederland	GGZ
	Regizorg	Samenwerking met gemeente voor WMO
	Stichting Els	Eerstelijns zorgaanbieders
Menzis	ZorgPunt Holding	Eerstelijns zorgaanbieders
	Apotheken	Geneesmiddelenverstrekking
	Koala	Zorg op afstand
VGZ	Regionaal Instituut voor Dyslexie B.V	Zorg bij taalproblemen
	Samenwerkingsverbanden t.b.v. ketenzorg en zorg voor ouderen	Ketenzorg / zorg voor ouderen.

Bron: Jaarverslagen 2010, Uitvoeringsverslagen 2010

De verticale integratie varieert van zeggenschap over de zorgaanbieder, tot een minderheidsparticipatie of samenwerkingsverband.

³ NZa, Monitor zorgverzekeringsmarkt, *Antwoorden op vragen van het Ministerie van VWS over toetreding, verticale integratie en koppelingen aanvullende verzekering - basisverzekering*, november 2009.

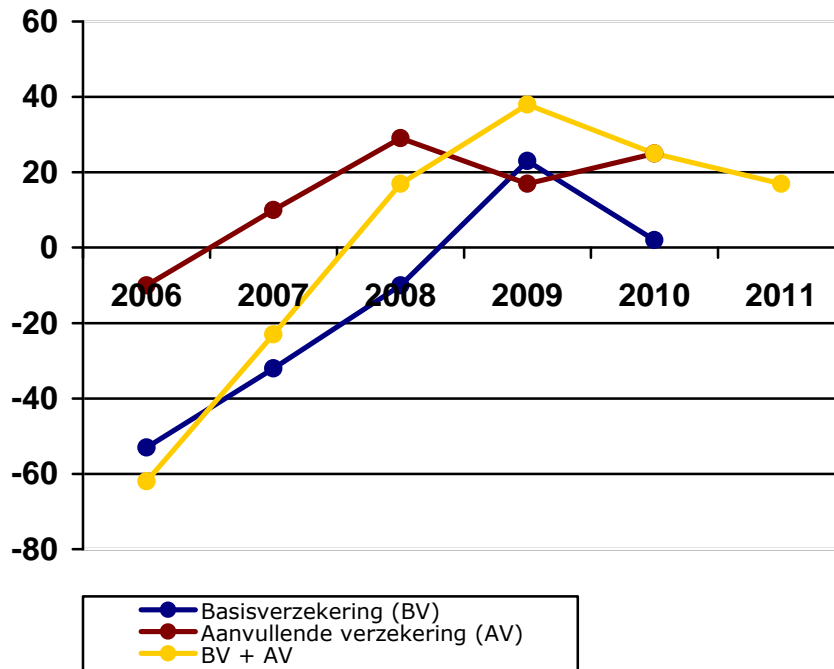
2.4 Financiële positie

Bij de analyse van de financiële positie van zorgverzekeraars hanteert de NZa bedragen per verzekerde van 18 jaar of ouder. De reden hiervoor is dat zorgverzekeraars hun uitvoeringskosten en overige exploitatieresultaten alleen kunnen dekken door hiervoor een opslag in de premies te verwerken en dat deze premies worden betaald door de verzekerden van 18 jaar of ouder. Hierbij gaat de NZa ervan uit dat beleggingsopbrengsten dienen voor het op peil houden van de solvabiliteit. Alleen voor de uitvoeringskosten van de basisverzekering voor verzekerden jonger dan 18 jaar ontvangen zorgverzekeraars een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Alle informatie in deze paragraaf is gebaseerd op de concernindeling 2012.

2.4.1 Exploitatieresultaat

Het exploitatieresultaat is het saldo van de opbrengsten (de omzet) en de schadelast en uitvoeringskosten uit de gewone bedrijfsvoering. Het onderstaande figuur toont het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het gemiddelde daarvan. Het exploitatieresultaat is geschoond voor beleggingsresultaten en resultaten uit andere bedrijfsactiviteiten. Over 2011 zijn nog geen gegevens beschikbaar die zijn uitgesplitst naar BV en AV apart, enkel over BV en AV samen.

Figuur 2.4. Gemiddeld exploitatieresultaat per verzekerde BV, AV en BV+AV (in Euro)



Bron: DNB (jaarstaten Wet op het financieel toezicht (hierna: Wft))

Het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde voor de BV + AV is in 2011 voor het tweede achtereenvolgende jaar gedaald. In de onderstaande tabellen wordt nader op deze ontwikkeling ingezoomd en is het exploitatieresultaat in euro per verzekerde, voor de BV, AV en BV+AV apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 2.7. Gemiddeld exploitatieresultaat per BV-verzekerde

Exploitatieresultaat Zvw per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010
Grootste 4 concerns	€ 52-	€ 33-	€ 11-	€ 26	€ 2
Overige concerns	€ 70-	€ 21-	€ 0	€ 7-	€ 2
Totaal	€ 53-	€ 32-	€ 10-	€ 23	€ 2

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.8. Gemiddeld exploitatieresultaat per AV-verzekerde

Exploitatieresultaat AV per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010
Grootste 4 concerns	€ 9-	€ 12	€ 29	€ 18	€ 24
Overige concerns	€ 20-	€ 8-	€ 38	€ 14	€ 34
Totaal	€ 10-	€ 10	€ 29	€ 17	€ 25

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.9. Gemiddeld exploitatieresultaat BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde⁴

Exploitatieresultaat Zvw + AV per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	voor- lopig 2011
Grootste 4 concerns	€ 60-	€ 22-	€ 15	€ 41	€ 24	€ 14
Overige concerns	€ 89-	€ 29-	€ 36	€ 6	€ 34	€ 45
Totaal	€ 62-	€ 23-	€ 17	€ 38	€ 25	€ 17

Bron: DNB (jaarstaten Wft 2006 - 2010, kwartaalstaat Wft Q4 2011)

In 2011 is het verschil in het gemiddelde exploitatieresultaat voor de BV + AV van de grootste vier concerns en de overige vier concerns groter geworden.

2.4.2 Beleggingsresultaten

In de onderstaande tabel zijn de beleggingsopbrengsten van de ziektekostenverzekeraars (BV + AV) weergegeven.

Tabel 2.10. Gemiddelde beleggingsopbrengst

Beleggingsopbrengst BV + AV per verzekerde Zvw 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Grootste 4 concerns	€ 25	€ 10	€ 17-	€ 73	€ 33	€ 31
Overige concerns	€ 18	€ 10	€ 2-	€ 53	€ 23	€ 21
Totaal	€ 24	€ 10	€ 16-	€ 71	€ 32	€ 30

Bron: DNB (kwartaalstaten ziektekostenverzekeraars) en NZa (verzekerdenstanden)

De gemiddelde beleggingsopbrengsten zijn in 2011 iets lager dan de opbrengsten in 2010.

⁴ De gemiddelde exploitatieresultaten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot het gemiddelde exploitatieresultaat BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.

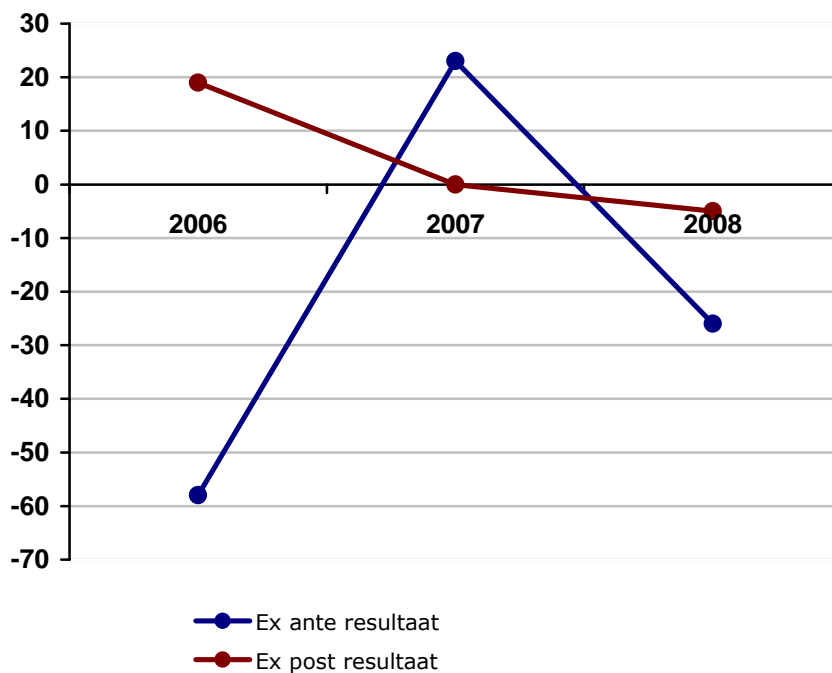
2.4.3 Resultaten risicoverevening

Het risicovereveningssysteem bestaat uit een ex ante risicoverevening en een ex post risicoverevening. De ex ante risicoverevening beoogt zorgverzekeraars zo goed mogelijk te compenseren voor verschillen in risicoprofiel tussen hun verzekerdenpopulaties. Hierbij wordt op basis van gegevens uit het verleden een zo goed mogelijke schatting gemaakt van de zorgkosten die met de verschillende verzekerdenkenmerken samenhangen. De ex post risicoverevening beoogt onvolkomenheden in de ex ante risicoverevening tussen zorgverzekeraars te nivelleren.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt op basis van een raming jaarlijks vooraf een landelijk macro-budget voor de zorgkosten vast. Het macro-budget wordt middels de risicoverevening verdeeld over de zorgverzekeraars.

Tot en met 2011 vindt macronacalculatie plaats, waarbij het ministerie van VWS het verschil tussen de raming en de werkelijke kosten compenseert. De macronacalculatie is in de onderstaande figuur onderdeel van het ex post resultaat. Gezien dit systeem, zou het ex post resultaat jaarlijks op nul moeten uitkomen.

Figuur 2.5. Gemiddeld resultaat risicoverevening (per verzekerde 18+)



Bron: CVZ

In de onderstaande tabel wordt op deze ontwikkeling ingezoomd. Het betreft de definitieve vaststelling van de risicoverevening tot en met 2008. In bijlage 1 is het vereveningsresultaat nader gespecificeerd en apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 2.11. Resultaten risicoverevening (per verzekerde 18+)

	2006	2007	2008
Ex ante resultaat	€ 58-	€ 23	€ 26-
Macronacalculatie	€ 58	€ 23-	€ 26-
Extra middelen	€ 20	€ 0	€ 0
Ex post compensaties	€ 1-	€ 0	€ 52
Resultaat no-claim ⁵ c.q. verplicht eigen risico	€ 0-	€ 0-	€ 6-
Ex post resultaat	€ 19	€ 0	€ 5-

Bron: CVZ

Het ex post resultaat van € 19 in 2006 is bijna geheel een gevolg van de extra middelen die het ministerie van VWS beschikbaar heeft gesteld. Het negatieve ex post resultaat van € 5 in 2008 bestaat vrijwel geheel uit het door de NZa berekende resultaat van zorgverzekeraars op het eigen risico. Dit resultaat is als volgt berekend: in de risicoverevening vindt een aftrek plaats voor normatief (op basis van verzekerdenkenmerken per zorgverzekeraar) geraamde zorgkosten die ten laste van het verplichte eigen risico komen. In hun jaarlijkse verantwoording vermelden zorgverzekeraars de zorgkosten die ten laste van het verplichte eigen risico zijn gekomen. De NZa heeft het verschil tussen de verantwoorde en de geraamde kosten ten laste van het eigen risico verwerkt in onderstaand ex post resultaat. In de onderstaande tabellen zijn de vereveningsresultaten onderscheiden naar de vier grote en de overige concerns.

Tabel 2.12. Resultaat ex ante risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008
Grote 4 concerns	€ 55-	€ 24	€ 20-
Overige concerns	€ 97-	€ 20	€ 87-
Totaal	€ 58-	€ 23	€ 26-

Bron: CVZ

Tabel 2.13. Ex post compensaties

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008
Grote 4 concerns	€ 75	€ 23-	€ 15
Overige concerns	€ 97	€ 19-	€ 76
Totaal	€ 77	€ 23-	€ 20

Bron: CVZ

Tabel 2.14. Resultaat na ex post risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008
Grote 4 concerns	€ 21	€ 0	€ 5-
Overige concerns	€ 0	€ 1	€ 11-
Totaal	€ 19	€ 0	€ 5-

Bron: CVZ

In bijlage 1 is het vereveningsresultaat apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns voor de aspecten

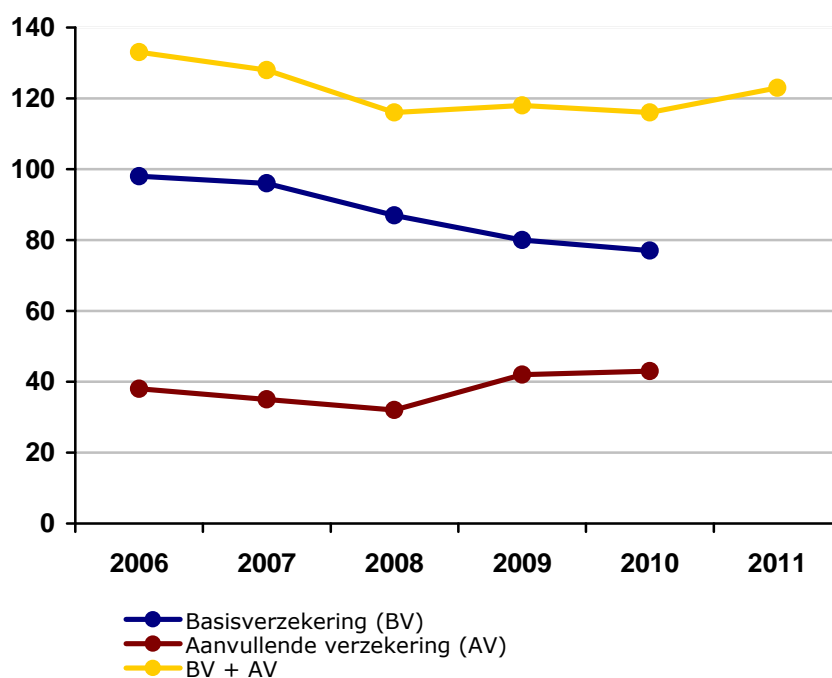
⁵ In de jaren 2006 en 2007 bestond binnen de zorgverzekering een no claim van € 255. Dit betekende dat wanneer een consument in 2006 geen zorg genoot, deze € 255 terug kreeg van zijn zorgverzekeraar. In 2008 is deze regeling vervangen door het verplicht eigen risico.

macronacalculatie, extra middelen, overige ex post compensaties en resultaat op no-claim c.q. verplicht eigen risico.

2.4.4 Uitvoeringskosten

De uitvoeringskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken. Het onderstaande figuur toont de gemiddelde uitvoeringskosten per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het gemiddelde daarvan. Over 2011 zijn nog geen gegevens beschikbaar die zijn uitgesplitst naar BV en AV apart, enkel over BV en AV samen.

Figuur 2.6. Gemiddeld uitvoeringskosten per verzekerde BV, AV en BV+AV (in Euro)



Bron: DNB (jaarstaten Wft, 2011 voorlopig: kwartaalstaten Wft)

Uit het bovenstaande figuur blijkt dat de uitvoeringskosten voor de basisverzekering blijven dalen, de uitvoeringskosten voor de aanvullende verzekering stegen in 2009 en 2010. In de onderstaande tabellen wordt op deze ontwikkeling ingezoomd en zijn de uitvoeringskosten BV, AV en BV+AV apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Een van de kleinere concerns heeft over de hele reeks jaren veruit de laagste uitvoeringskosten per verzekerde.

Tabel 2.15. Gemiddelde ontwikkeling uitvoeringskosten per BV-verzekerde

Per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010
Grote 4 concerns	€ 94	€ 96	€ 84	€ 79	€ 77
Overige concerns	€ 131	€ 103	€ 110	€ 94	€ 76
Totaal	€ 98	€ 96	€ 87	€ 80	€ 77

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.16. Gemiddelde ontwikkeling uitvoeringskosten per AV-verzekerde

Per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010
Grote 4 concerns	€ 37	€ 33	€ 30	€ 40	€ 42
Overige concerns	€ 56	€ 50	€ 50	€ 57	€ 55
Totaal	€ 38	€ 35	€ 32	€ 42	€ 43

Bron: DNB (jaarstaten Wft)

Tabel 2.17. Gemiddelde ontwikkeling uitvoeringskosten BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde⁶

Per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011 voorlopig
Grote 4 concerns	€ 128	€ 126	€ 112	€ 115	€ 115	€ 121
Overige concerns	€ 184	€ 149	€ 157	€ 147	€ 126	€ 140
Totaal	€ 133	€ 128	€ 116	€ 118	€ 116	€ 123

Bron: DNB (jaarstaten Wft , 2011 voorlopig: kwartaalstaten Wft)

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

Tabel 2.18. Uitvoeringskosten als percentage van de premie-inkomsten⁷

	2006	2007	2008	2009	2010	2011 voorlopig
Grote 4 concerns	5,6%	5,4%	4,3%	4,3%	4,0%	4,2%
Overige concerns	7,6%	6,4%	5,7%	5,1%	4,5%	4,7%
Totaal	5,8%	5,4%	4,4%	4,3%	4,1%	4,3%

Bron: DNB (jaarstaten Wft , 2011 voorlopig: kwartaalstaten Wft)

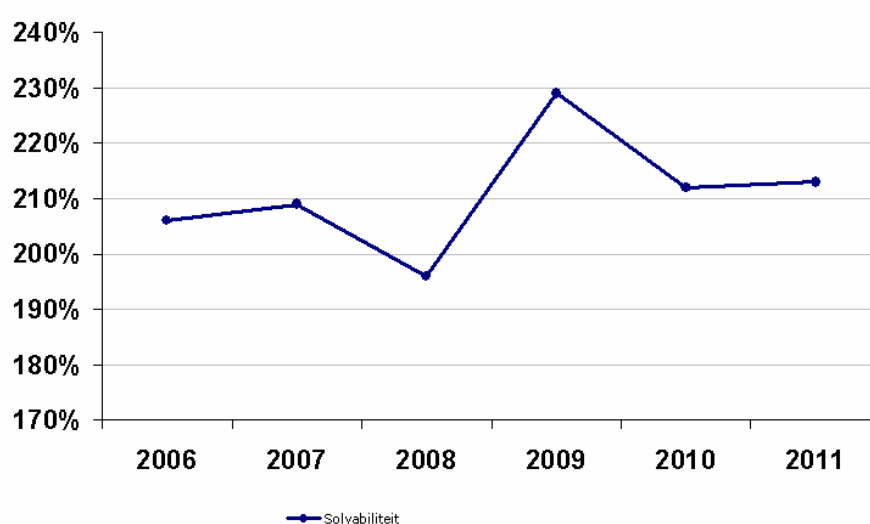
⁶ De gemiddelde uitvoeringskosten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot het gemiddelde uitvoeringskosten BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.

⁷ De premie-inkomsten van ziektekostenverzekeraars bestaan uit de nominale premies, de ontvangsten uit het Zorgverzekeringsfonds en de premies voor de aanvullende verzekeringen.

2.4.5 Solvabiliteit

De solvabiliteitsratio is in het financiële toezicht door DNB gedefinieerd als de aanwezige solvabiliteit gedeeld door de vereiste solvabiliteit (x 100%).

Figuur 2.7. Ontwikkeling gemiddelde solvabiliteitsratio



Bron: DNB (kwartaalstaten Q4 van jaar t)

Voor de vaststelling van de vereiste en aanwezige solvabiliteit gelden voor verzekeraars specifieke regels. Intern hanteren ziektekostenverzekeraars doorgaans als norm een minimale solvabiliteitsratio van circa 150%. Alle concerns voldoen aan die norm.

De wettelijke solvabiliteitseis voor de basisverzekering is per 1 januari 2010 verhoogd van 8% naar 9% en per 1 januari 2012 naar 11%.⁸ Zorgverzekeraars voldoen ruim twee maal aan deze eis.

Zorgverzekeraars verwachten dat zij onder Solvency II met hogere solvabiliteitseisen te maken krijgen dan nu het geval is. Dit geldt vooral voor de kleinere zorgverzekeraars. DNB heeft aangegeven dat zij deze mening op voorhand niet deelt. Onder het nieuwe regime is de solvabiliteitseis meer afhankelijk van de risico's van de verzekeraar.

In de onderstaande tabel wordt op deze ontwikkeling ingezoomd en is de gemiddelde solvabiliteitsontwikkeling apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 2.19. Gemiddelde ontwikkeling solvabiliteitsratio

Solvabiliteit	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Grote 4 concerns	210%	212%	197%	230%	211%	211%
Overige concerns	168%	180%	191%	217%	219%	231%
Totaal	206%	209%	196%	229%	212%	213%

Bron: DNB (kwartaalstaten Q4 van jaar t)

⁸ Deze eis geldt voor de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekering geldt een eis van 24%.

3. Marktgedrag

Dit hoofdstuk geeft een weergave van de relatie van de zorgverzekeraars met de consument. Het hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens:

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

3.1 Publicatiedatum premies

Jaarlijks maken zorgverzekeraars aan het einde van het jaar hun nieuwe aanbod en de bijbehorende verzekeringspremies bekend. Het onderstaande overzicht geeft de publicatiedata van deze premies per concern.

Tabel 3.1. Publicatiedata van premies per zorgverzekeraar

Concern	Zorgverzekeraar	2012	2011	2010	2009
Achmea	Agis	08-11-11	15-11-10	03-11-09	03-11-08
	Avéro Achmea	08-11-11	03-11-10	05-11-09	22-10-08
	De Friesland	09-11-11	08-11-10	10-11-09	03-11-08
	FBTO	10-11-11	04-11-10	09-11-09	10-11-08
	Groene Land (per 2011 Zilveren Kruis)			03-11-09	03-11-08
	Interpolis	09-11-11	05-11-10	09-11-09	10-11-08
	OZF Achmea	26-10-11	02-11-10	29-10-09	22-10-08
	Zilveren Kruis Achmea	08-11-11	03-11-10	04-11-09	03-11-08
ASR	ASR	15-11-11	05-11-10	10-11-09	07-11-08
CZ	CZ	14-11-11	28-10-10	28-10-09	22-10-08
	Delta Lloyd	14-11-11	03-11-10	04-11-09	22-10-08
	OHRA	14-11-11	01-11-10	02-11-09	22-10-08
DSW	DSW	27-09-11	28-09-10	22-09-09	23-09-08
	Stad Holland	17-10-11	12-10-10	05-10-09	22-10-08
Menzis	Anderzorg	01-11-11	08-11-10	09-11-09	08-11-08
	Azivo	01-11-11	03-11-10	05-11-09	01-11-08
	Menzis	01-11-11	03-11-10	03-11-10	03-11-08
ONVZ	ONVZ	10-11-11	04-10-10	09-11-09	31-10-08
Eno	Eno (Salland)	08-11-11	08-11-10	07-11-09	04-11-08
VGZ	Goudse	14-11-11	05-11-10	23-10-09	21-10-08
	IZA	31-10-11	05-11-10	06-11-09	06-11-08
	IZZ	01-11-11	03-11-10	05-11-09	19-11-08
	Trias (per 2012 VGZ)		03-11-10	03-11-09	06-11-08
	UMC	03-11-11	05-11-10	05-11-09	06-11-08
	Univé	08-11-11	03-11-10	06-11-09	06-11-08
	VGZ	08-11-11	03-11-10	28-10-09	06-11-08
Zorg & Zekerheid	Zorg & Zekerheid	09-11-11	08-11-10	04-11-09	26-10-08

Bron: ministerie van VWS⁹

⁹ Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, met kenmerk Z-3102731, inzake Toezeggingen Algemeen Overleg Zvw 19 januari, d.d. 7 februari 2012.

3.2 Aanbod van en vraag naar zorgverzekeringspolissen

Polissen zijn te onderscheiden naar soort (natura, restitutie, combinatie) en naar de mate waarin zorg is gecontracteerd.

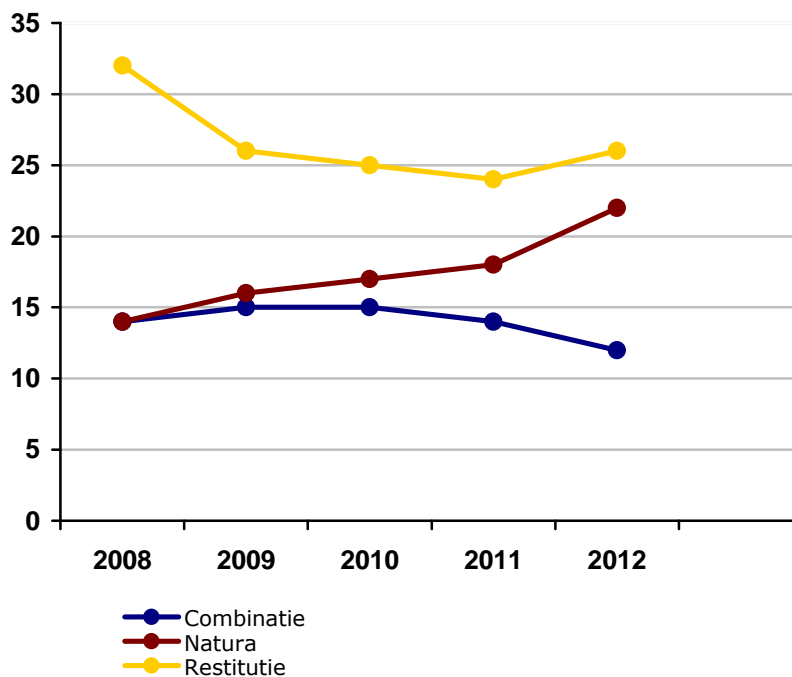
Het recht van de verzekerde hangt af van de soort polis:

- naturapolis: verzekerde heeft recht op zorg
- restitutiepolis: verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg
- combinatiepolis: de aanspraak op natura of restitutie verschilt per soort zorg

Bij gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar contracten met zorgaanbieders afgesloten, waarin afspraken over prijs, kwaliteit, inhoud van de zorg en doelmatigheid zijn vastgelegd. De verzekerde moet zich bij gecontracteerde zorg in principe tot een gecontracteerde zorgaanbieder wenden. Doet hij dit niet dan kan een vergoedingsbeperking gelden gelijk aan of lager dan het wettelijke of marktconforme tarief.

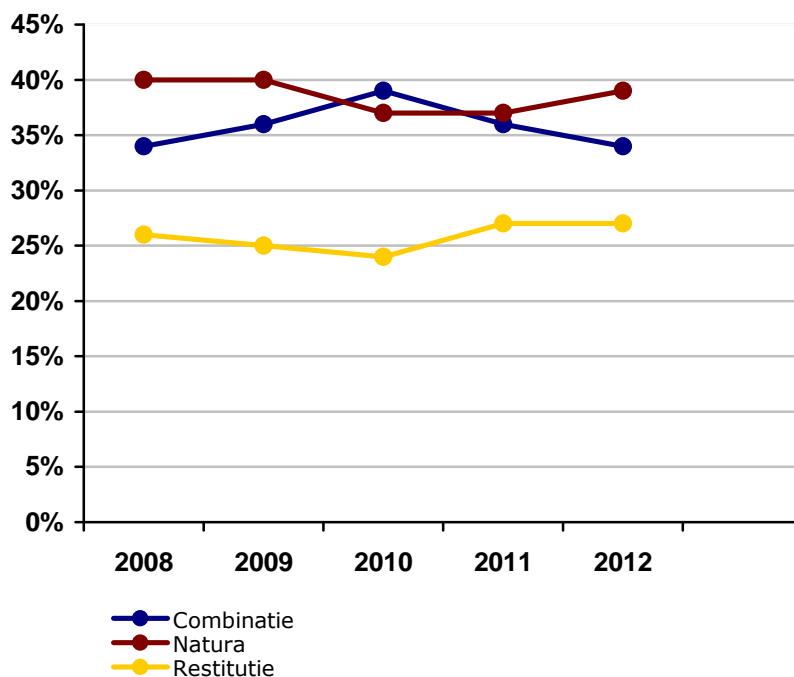
De ontwikkeling van het aanbod van resp. de vraag naar natura-, restitutie- en combinatiepolissen laat zich als volgt weergeven:

Figuur 3.1. Aanbod polissen naar soort basisverzekering (in aantallen per soort polis)



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

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



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

Uit deze figuren blijkt een stijging in het aanbod van naturapolissen, een lichte stijging in het aanbod van restitutiepolissen en een daling in het aantal combinatiepolissen. Vanuit de vraagzijde bezien, is te zien dat de vraag naar naturapolissen is gestegen, de vraag naar restitutiepolissen gelijk is gebleven en de vraag naar combinatiepolissen is gedaald.

In de onderstaande tabellen wordt nader op deze ontwikkeling ingezoomd en zijn vraag en aanbod per soort polis en contractering van zorg nader uitgesplitst.

Tabel 3.2. Aanbod polissen basisverzekering (aantallen per soort polis)

Soort polis	Contractering zorg	2008	2009	2010	2011	2012
Combinatie	Deels gecontracteerd	7	9	14	8	7
	Gecontracteerd	7	6	1	6	5
	Subtotaal	14	15	15	14	12
Natura	Gecontracteerd	14	16	17	18	22
	Subtotaal	14	16	17	18	22
Restitutie	Deels gecontracteerd	6	2	6	7	8
	Gecontracteerd	4	2	1	5	6
	Niet-gecontracteerd	22	22	18	12	12
	Subtotaal	32	26	25	24	26
Totaal		60	57	57	56	60

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Tabel 3.3. Vraag naar polissen basisverzekering (percentage verzekerden per soort polis)

Soort polis	Contractering zorg	2008	2009	2010	2011	2012
Combinatie	Deels gecontracteerd	7%	8%	28%	8%	21%
	Gecontracteerd	27%	27%	10%	27%	13%
	Subtotaal	34%	36%	39%	36%	34%
Natura	Gecontracteerd	40%	40%	37%	37%	39%
	Subtotaal	40%	40%	37%	37%	39%
Restitutie	Deels gecontracteerd	2%	1%	3%	8%	7%
	Gecontracteerd	1%	1%	1%	6%	6%
	Niet-gecontracteerd	23%	22%	20%	13%	13%
	Subtotaal	26%	25%	24%	27%	27%
Totaal		100%	100%	100%	100%	100%

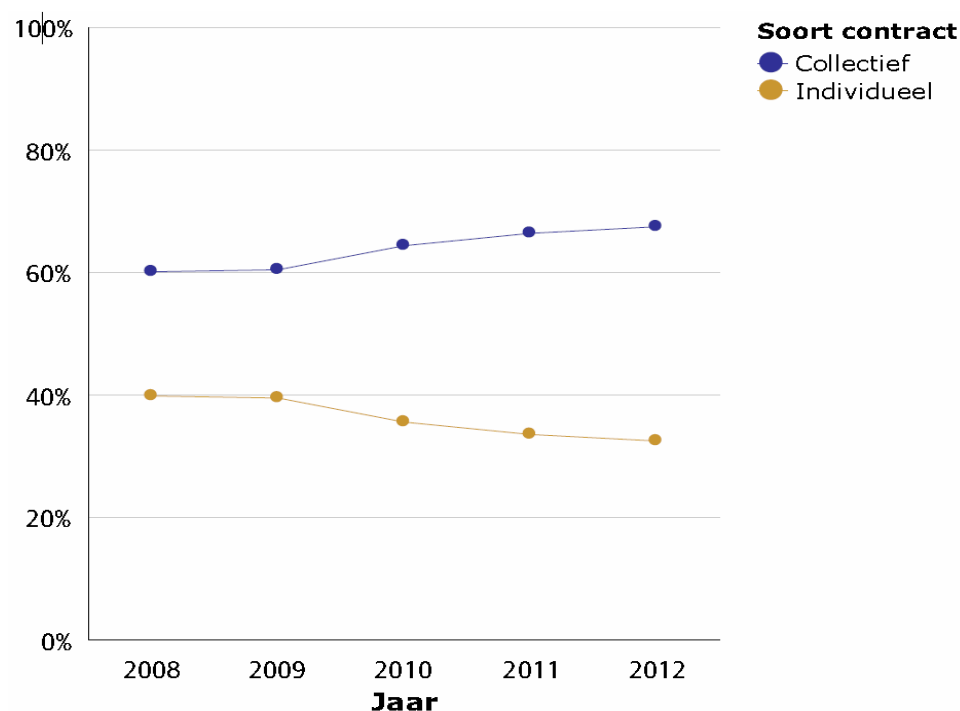
Bron: NZa (Modelovereenkomsten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

3.3 Individuele vs. collectieve verzekeringen

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

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

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

Figuur 3.3. Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden

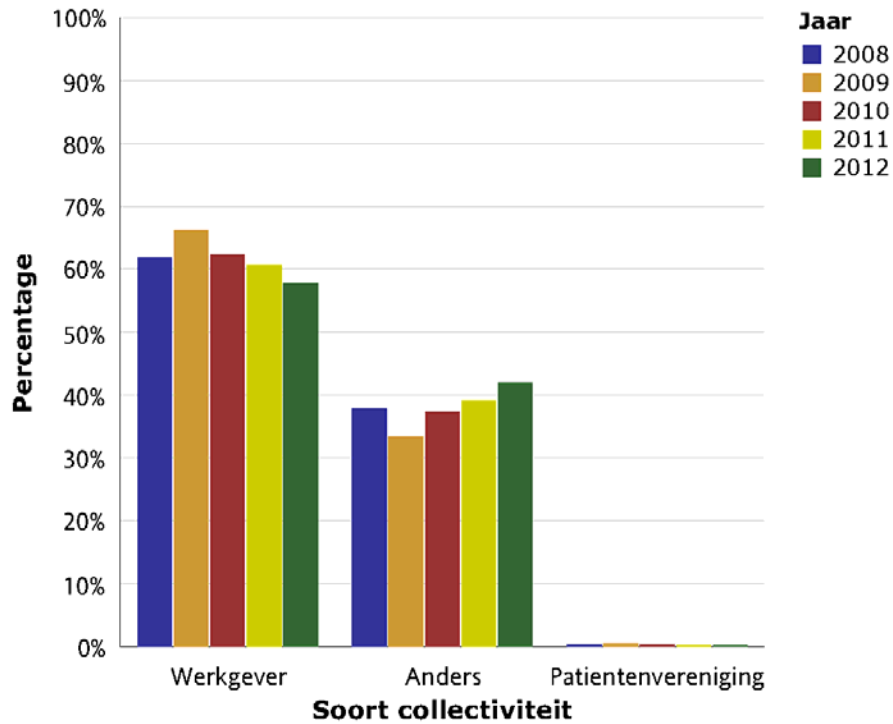
Bron: Vektis

Uit de figuur blijkt dat veel verzekerden zich bij de invoering van de Zvw, door de verruimde mogelijkheden voor een collectiviteit, bij een collectief hebben aangesloten.

Van 2008 tot 2012 stijgt het aandeel collectief verzekerden met gemiddeld 2% punt per jaar. In 2012 is ruim 67% collectief verzekerd.

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

Figuur 3.4 Collectief verzekerden naar soort collectiviteit

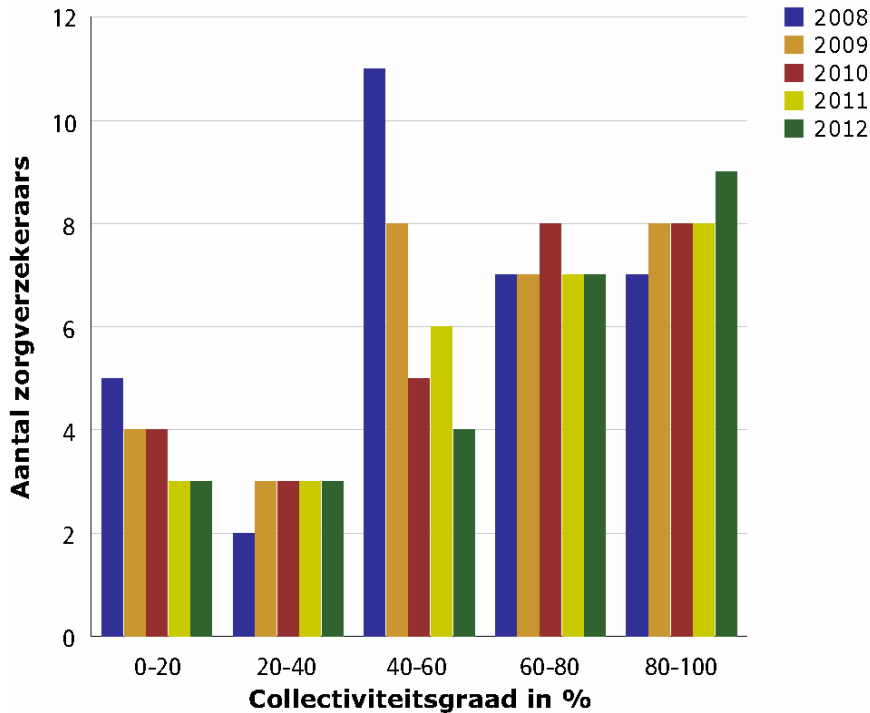


Bron: Uitvraag collectiviteiten (NZa)

Sinds 2008 blijft het aantal verzekerden via een werkgeverscollectiviteit of een patiëntenvereniging ongeveer gelijk en blijft het aantal verzekerden in de categorie 'Anders' toenemen. Relatief is de categorie 'Werkgevers' nog steeds de grootste. De categorie 'Anders' bevat collectiviteiten via internet, koepelorganisaties, verenigingen of bonden en sociale diensten van gemeenten.

Figuur 3.5 geeft de collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar weer. De collectiviteitsgraad is het percentage collectief verzekerden ten opzichte van het totaal aantal verzekerden van een zorgverzekeraar. In de figuur zijn de individuele risicodragende zorgverzekeraars opgedeeld in vijf categorieën afhankelijk van de hoeveelheid aangesloten verzekerden dat middels een collectief contract is verzekerd bij de betrokken verzekeraar.

Figuur 3.5. Collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar

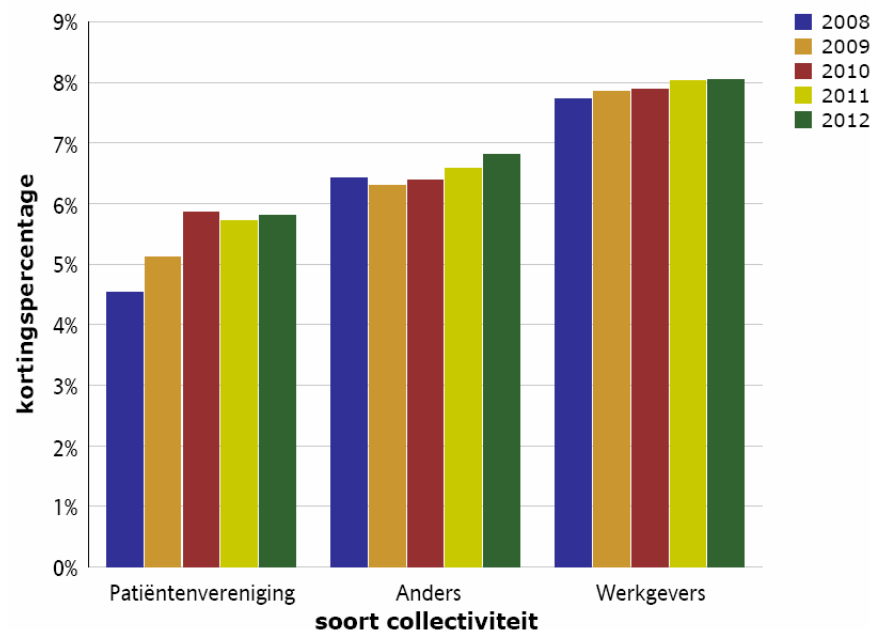


Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Ruim twee derde van de zorgverzekeraars heeft in 2012 een collectiviteitsgraad van meer dan 50%. Dit betekent dat zorgverzekeraars in hoge mate afhankelijk zijn van collectiviteiten in hun portefeuille.

In de onderstaande figuur wordt per categorie collectiviteiten het gemiddelde kortingspercentage weergegeven. Aangezien weinig collectiviteiten met patiëntenverenigingen worden afgesloten, hebben relatief kleine wijzigingen een grote invloed op de gemiddelde collectiviteitskorting.

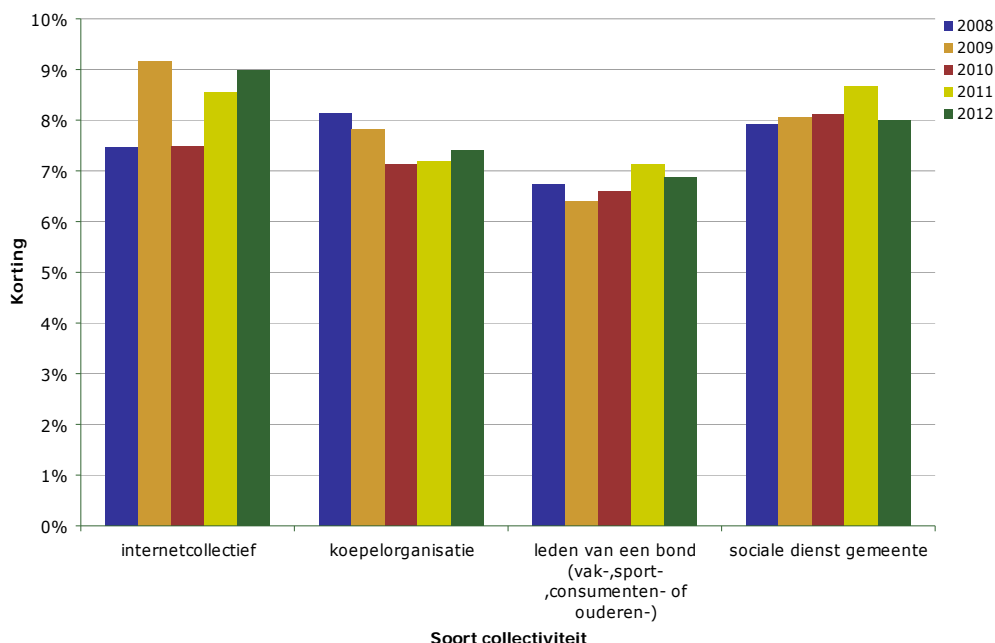
Figuur 3.6. Collectieve korting per soort collectiviteit



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

In de onderstaande figuur wordt ingezoomd op de categorie 'anders' en is het gemiddelde kortingspercentage op de basisverzekering weergegeven. De kortingspercentages zijn gebaseerd op de opgaven van de zorgverzekeraars van kortingspercentages voor maximaal 30 grootste collectiviteiten die groter zijn dan 1% van het totaal van hun collectief verzekerden.

Figuur 3.7. Collectieve korting per categorie 'anders'



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

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

Ten slotte is in de onderstaande tabel een vergelijking gemaakt van de betaalde premie van individuele verzekeringen en de (basispremie – kortingen =) betaalde premie van collectieve verzekeringen.

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

		2008	2009	2010	2011	2012
Individueel verzekerden	Betaalde premie	€ 1.091	€ 1.094	€ 1.137	€ 1.245	€ 1.275
	Basispremie	€ 1.099	€ 1.113	€ 1.154	€ 1.267	€ 1.299
Collectief verzekerden	Betaalde premie	€ 1.020	€ 1.036	€ 1.070	€ 1.174	€ 1.201
	Korting op basispremie	7,2%	6,9%	7,3%	7,4%	7,5%
	Korting t.o.v. individueel verzekerden	6,6%	5,3%	5,9%	5,7%	5,8%
Alle verzekerden	Betaalde premie	€ 1.049	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199	€ 1.226

Bron: Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag) en NZa (uitvraag collectiviteiten)

Uit de tabel volgt dat, hoewel de basispremie voor collectieve verzekeringen gemiddeld hoger is dan voor individuele verzekeringen, de betaalde premie voor collectieve verzekeringen gemiddeld uiteindelijk lager is vanwege de korting die wordt verstrekt. De korting voor collectieve verzekeringen ten opzichte van individuele verzekeringen is de laatste drie jaren redelijk stabiel.

Onderstaand wordt ingezoomd op het prijsvoordeel per soort collectief.

Tabel 3.5. Prijsvoordeel collectieve versus individuele verzekering

Soort collectief	2008	2009	2010	2011	2012
Werkgevers	€ 78	€ 68	€ 74	€ 79	€ 81
Patiëntenvereniging	€ 42	€ 38	€ 50	€ 50	€ 52
Anders	€ 63	€ 51	€ 56	€ 61	€ 65
Totaal	€ 72	€ 58	€ 67	€ 71	€ 74

Bron: Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag) en NZa (uitvraag collectiviteiten)

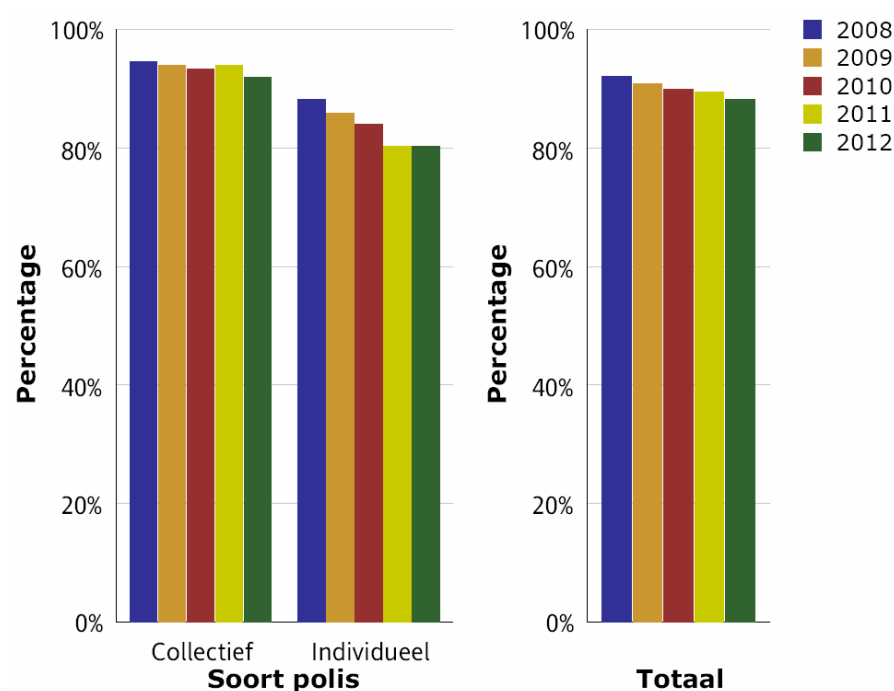
3.4 Aanvullende verzekeringen

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

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

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

Figuur 3.8. Percentage aanvullend verzekerden per soort polis



Bron: Vektis

In totaal heeft in 2012 88% van de verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten. Het percentage individueel verzekerden met een aanvullende verzekering neemt met de jaren af. In 2012 lijkt deze ontwikkeling tot staan te zijn gekomen. Wel is het percentage collectief verzekerden met een aanvullende verzekering licht gedaald in 2012.

In totaal zijn er 14,7 miljoen aanvullende verzekeringen in 2012 afgesloten. In onderstaande tabel wordt een uitsplitsing gemaakt naar het aantal aanvullende verzekeringen met en het aantal aanvullende verzekeringen zonder dekking voor mondzorg. Daarbij zijn aanvullende verzekeringen met bijvoorbeeld een basis- en apart afgesloten mondzorgmodule, als één aanvullende verzekering geteld.

Tabel 3.6. Aantal aanvullend verzekerden met en zonder dekking voor mondzorg, 2012

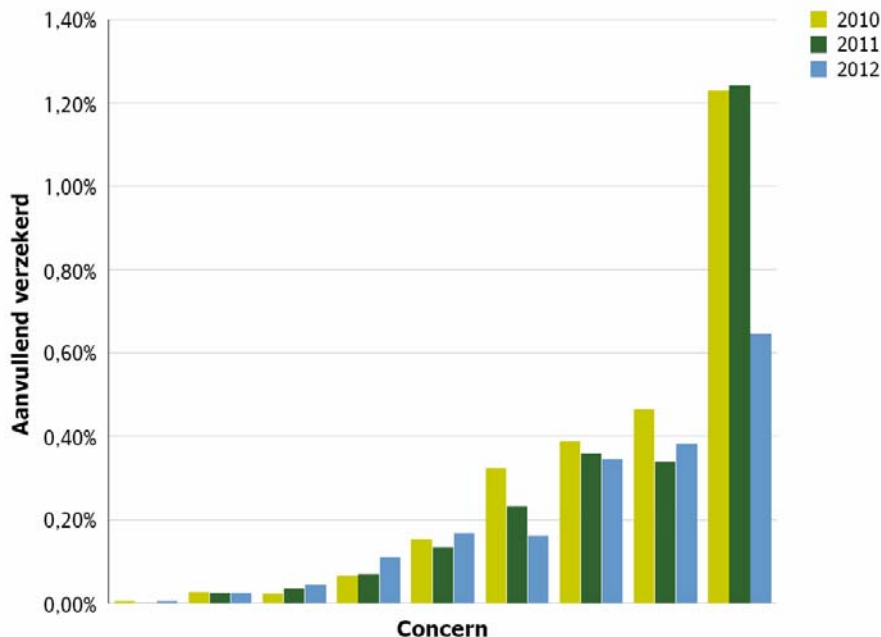
	AV's met mondzorg	AV's zonder mondzorg	Totaal AV's
Aantal x 1 mln.	11,2	3,5	14,7
Percentage	76%	24%	100%

Bron: Vektis

Meer dan drie kwart van de afgesloten aanvullende verzekeringen bevat een dekking voor mondzorg.

In de onderstaande figuur is het percentage verzekerden opgenomen dat bij het betreffende concern alleen een aanvullende verzekering heeft afgesloten en de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft lopen.

Figuur 3.9. Percentage verzekerden met alleen een aanvullende verzekering bij een concern



Bron: Vektis

Het betreft al jaren zeer kleine percentages. Het hoogste percentage betreft een van de kleinere concerns. Landelijk gaat het in 2012 om 0,22% van de verzekerden (2011 0,21%).

Ten slotte heeft de NZa onderzocht in welke mate zorgverzekeraars acceptatievoorwaarden stellen bij aanvullende verzekeringen. Achmea, ASR, CZ, DSW, Eno, Menzis, VGZ en Z&Z bieden allen (een of meer) aanvullende verzekeringen zonder acceptatievoorwaarden aan. In onderstaand schema is het totaal aantal door zorgverzekeraars en gevolmachtigden aangeboden aanvullende verzekeringen opgenomen, uitgesplitst naar aanvullende verzekeringen met en zonder acceptatievoorwaarden.

Tabel 3.7. Aantal aanvullende verzekeringen, met en zonder acceptatievoorwaarden, 2012

	AV's zonder acceptatievoorwaarden	AV's met acceptatievoorwaarden	Totaal AV's
Aantal AV's	760	544	1304
Percentage	58%	42%	100%

Bron: Kiesbeter.nl

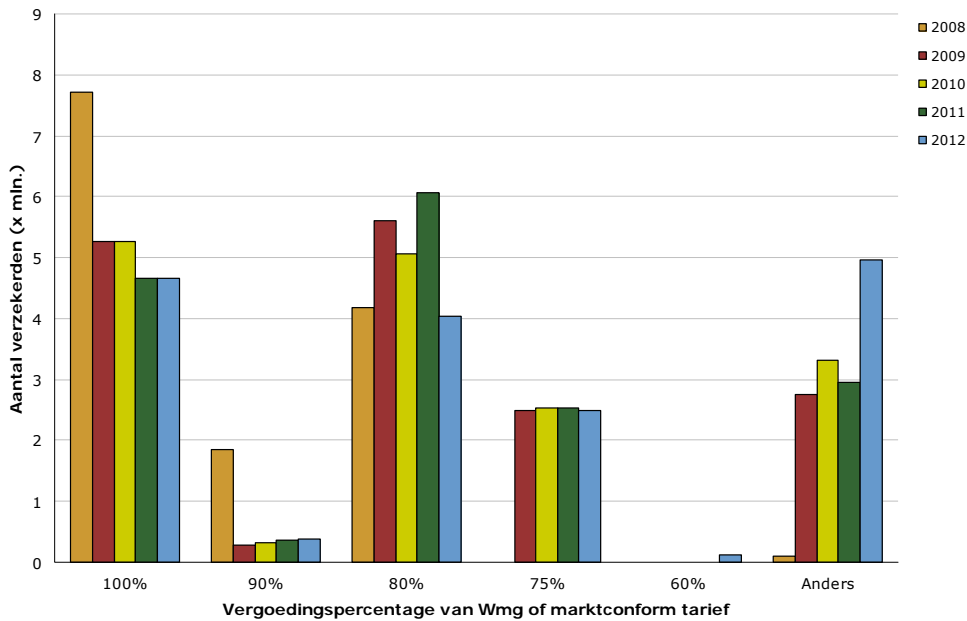
Voor meer dan de helft van de aanvullende verzekeringen worden geen acceptatievoorwaarden gesteld. Van de 46 labels die door zorgverzekeraars en gevolmachtigden worden aangeboden, stellen 21 geen voorwaarden, ook niet bij de meest uitgebreide polis.

3.5 Vergoedingsbeperkingen

Zorgverzekeraars stellen soms in de polisvoorwaarden beperkingen aan de te vergoeden zorgkosten. Zij vergoeden maximaal het tarief dat is vastgesteld op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (hier: Wmg) of, bij vrije zorgmarkten, een marktconform tarief. Een marktconform tarief is het tarief wat passend is binnen de Nederlandse marktomstandigheden.

Zorgverzekeraars kunnen ook minder dan dit maximum vergoeden. Bij polissen met gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar met zorgaanbieders een contract gesloten voor de levering van zorg aan zijn verzekerden tegen een bepaald tarief. Als verzekerden met een dergelijke polis naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan, gelden in veel polissen beperkingen aan de vergoeding die de verzekerde van de zorgverzekeraar voor de zorg ontvangt. In de onderstaande figuur is de ontwikkeling te zien van het percentage verzekerden met een vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg.

Figuur 3.10. Ontwikkeling aantal verzekerden met vergoedingsbeperking bij niet gecontracteerde medisch specialistische zorg



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

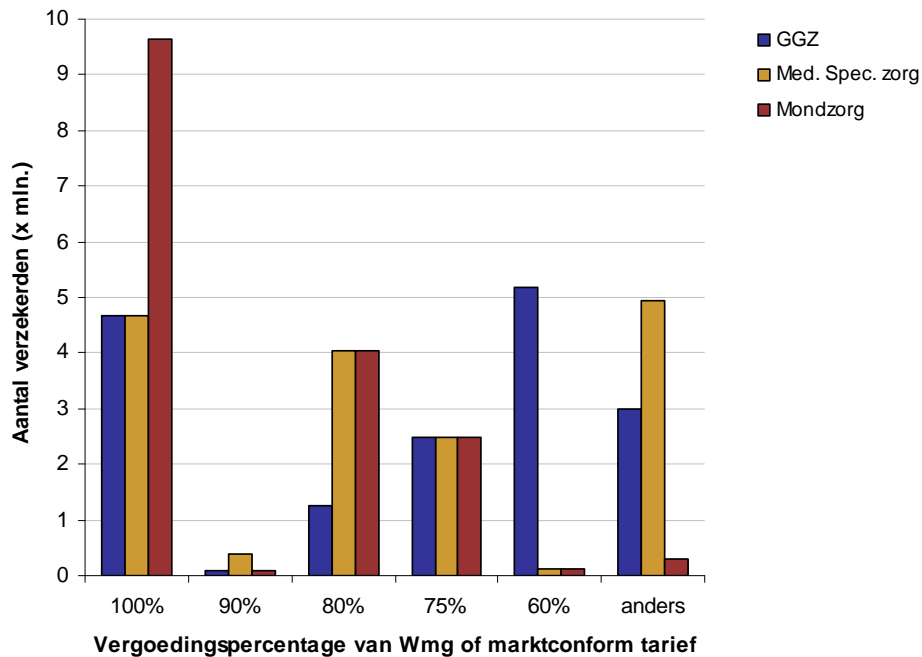
Sinds 2008 is het aantal verzekerden dat bij gebruik van niet-gecontracteerd zorg aanspraak kan maken op een beperkte vergoeding toegenomen.

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

Daarnaast zijn nagenoeg alle aanbieders van medisch specialistische zorg gecontracteerd. De beperking van de vergoeding heeft vooral betrekking op privéklinieken. Omdat deze over het algemeen lagere passantenprijzen hanteren dan algemene ziekenhuizen is de beperking van de vergoeding van enkele verzekeraars feitelijk kleiner. Ten slotte zijn met ingang van 2011 wel enkele zorgverzekeraars voor specifieke verrichtingen zoals blaasverwijderingsoperaties en borstkankerzorg alleen afspraken gaan maken met ziekenhuizen die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen, zoals een minimum aantal ingrepen per jaar.

In de onderstaande tabel zijn voor het jaar 2012 naast de vergoedingsbeperkingen voor de medisch specialistische zorg, ook de vergoedingsbeperkingen voor de GGZ en mondzorg weergegeven.

Figuur 3.11. Beperking vergoeding niet gecontracteerde zorg voor Medisch specialistische zorg, GGZ en Mondzorg, in 2012



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Uit de figuur blijkt dat de vergoeding voor niet gecontracteerde GGZ zorg voor veel verzekerden beperkt is tot 60%. Dit wordt veroorzaakt doordat twee grote zorgverzekeringsconcerns de vergoeding fors hebben beperkt. Daarnaast valt op dat de meeste zorgverzekeraars mondzorg voor 100% vergoeden, indien die wordt geleverd door niet gecontracteerde zorgaanbieders.

3.6 Overstapgedrag consumenten

Deze paragraaf beschrijft het overstapgedrag van consumenten en de ontwikkeling daarin. Achtereenvolgens komt aan bod:

- De verzekerdemobiliteit: de instroom van verzekerden.
- Het overstapgedrag naar leeftijdscategorie van de consument.
- De winst of het verlies van verzekerden per zorgverzekeringsconcern.
- De prijsgevoeligheid bij overstappen.

In onderstaande tabel is voor de jaren 2008-2012 weergegeven hoeveel verzekerden in totaal bij een andere zorgverzekeraar zijn ingestroomd, zowel in aantallen als in percentages.¹⁰ De NZa hanteert de instroom als mobiliteitsindicator voor overstapgedrag.

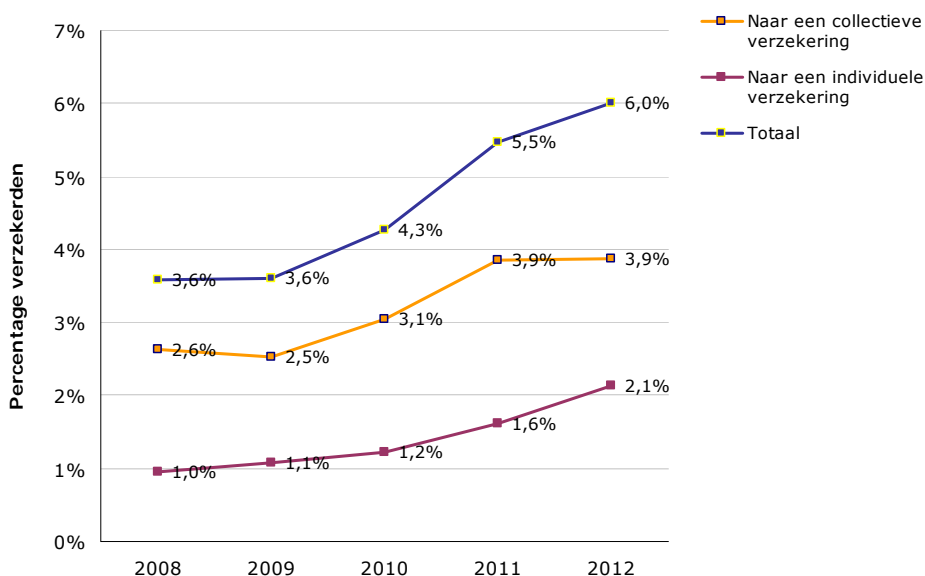
¹⁰ Indien een verzekerde overstapt bij een zorgverzekeraar van het ene label naar het andere label (bijvoorbeeld van De Amersfoortse naar Ditzo) wordt dit momenteel niet als een overstap geregistreerd.

Tabel 3.8. Instroom verzekerden

	2008	2009	2010	2011	2012
Aantal verzekerden instroom (in duizenden)	586,64	593,60	703,54	906,31	1.000,38
Totaal blijvers (in mln.)	15,76	15,84	15,78	15,67	15,66
Tot aantal verzekerden (in mln.)	16,34	16,43	16,49	16,58	16,66
Instroom %	3,6%	3,6%	4,3%	5,5%	6,0%
Blijvers %	96,4%	96,4%	95,7%	94,5%	94,0%

Bron: Vektis

Uit de tabel volgt dat elk jaar meer mensen overstappen; per 2012 is 6,0% van de verzekerden (1.000.380 in aantal) ingestroomd bij een andere zorgverzekeraar. De onderstaande figuur toont de ontwikkeling van het percentage verzekerden dat jaarlijks overstapt naar een andere zorgverzekeraar, en maakt daarbij tevens onderscheid naar verzekerden die zijn overgestapt naar een collectieve zorgverzekering en verzekerden die zijn overgestapt naar een individuele zorgverzekering.

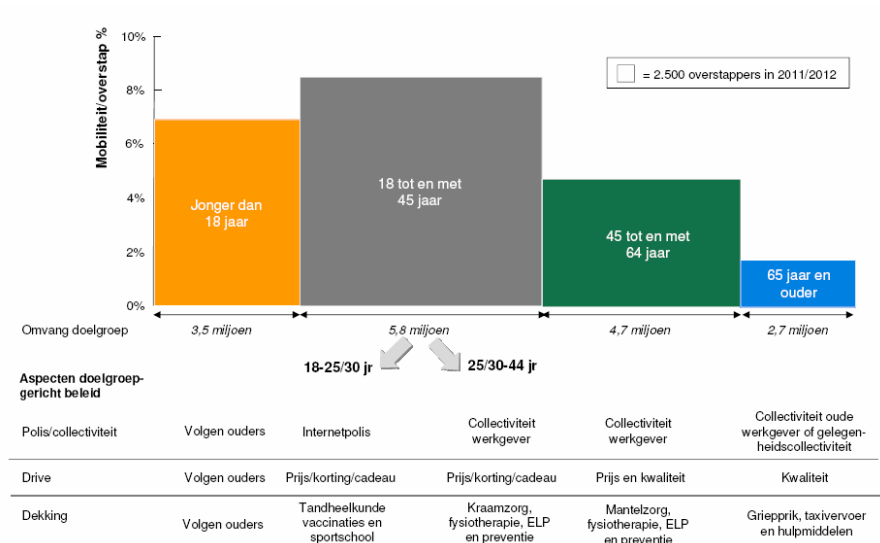
Figuur 3.12. Percentage verzekerden dat jaarlijks instroomt bij een andere zorgverzekeraar

Bron: Vektis

Adviesbureau BS Health Consultancy heeft het overstapgedrag van specifieke doelgroepen onderzocht.¹¹ In het onderstaande figuur hebben zij overstappers opgedeeld in leeftijdscategorieën en is gekeken naar het keuzegedrag per groep.

¹¹ BS Health Consultancy, Reguliere zorgpolis verliest terrein, *Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2012*, Haarlem, 7 maart 2012, p. 22 en 23.

Figuur 3.13. Overstappedrag naar leeftijdscategorie, 2012



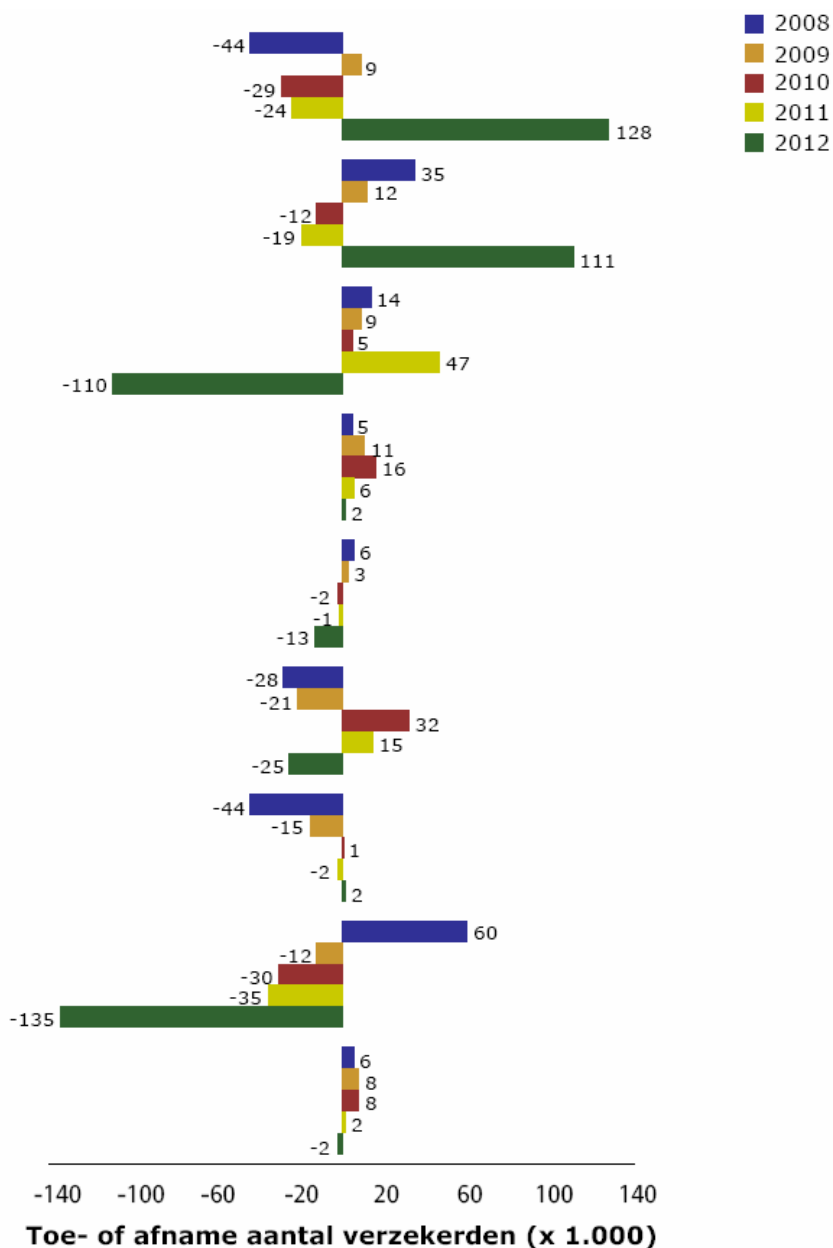
Bron: BS Health Consultancy

Uit het onderzoek van BS Health Consultancy blijkt dat de leeftijdscategorie 18 tot 45 jaar absoluut en relatief het meest aantal overstappers kent. Een deel van deze groep kiest voor een (vaak relatief goedkopere) internetpolis. Het andere deel kiest – net als de andere leeftijdscategorie 45 tot 64 jaar – voor een werkgevers collectiviteit.

Naarmate de leeftijd van de verzekerde stijgt, stijgt het belang van kwaliteit: de leeftijdscategorie 18 tot 45 jaar is vooral gericht op prijs, korting en eventuele aantrekkelijke cadeaus wanneer zij overstappen naar een zorgverzekeraar, de groep 45 tot 64 jaar kijkt naar de combinatie van prijs en kwaliteit, voor de groep 65 jaar en ouder telt met name kwaliteit.

De onderstaande figuur geeft de toe- of afname van het aantal verzekerden per concern weer. Uitgangspunt bij alle jaren is de concernindeling in 2012. Winst of verlies geeft de netto mobiliteit per concern weer.

Figuur 3.14. Winst of verlies van verzekerden per zorgverzekeringsconcern



Bron: Vektis

In 2012 vallen de grote mutaties op. De plussen worden veroorzaakt door een nieuwe zorgverzekering en een internetpolis. De verliezers zijn grote gevestigde verzekeraars.

In de onderstaande tabel is een berekening opgenomen van de overstapwinst en de prijsgevoeligheid. De prijsgevoeligheid of ook wel de prijselasticiteit genoemd, geeft de relatieve (procentuele) verandering van de gevraagde hoeveelheid aan als gevolg van een relatieve (procentuele) prijsverandering van dat goed. Met deze uitkomst kan een inschatting worden gemaakt of een prijsverandering leidt tot een stijging van de omzet of juist tot een omzetzaling. Hoe hoger de absolute waarde is van de prijsgevoeligheid, hoe feller consumenten reageren op een prijswijziging. Over het algemeen is deze reactie tegengesteld aan de prijsontwikkeling. Dus bij een premiestijging zullen verzekerden wegtrekken naar andere aanbieders, terwijl bij een premiedaling het aantal verzekerden zal toenemen.

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

Tabel 3.9. Prijsgevoeligheid overstappen

	2008	2009	2010	2011	2012
Ongewogen premie (voor overstappen)	€ 1.077	€ 1.080	€ 1.118	€ 1.214	€ 1.243
Gewogen premie (voor overstappen)	€ 1.050	€ 1.059	€ 1.099	€ 1.201	€ 1.229
Gewogen premie (na overstappen)	€ 1.050	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199	€ 1.226
Totale overstapwinst in miljoen €	€ 7,2	€ 4,1-	€ 50,4	€ 35,8	€ 39,7
Prijsgevoeligheid	0,4-	0,2	2,5-	1,6-	1,8-

Bronnen: NZa en Vektis

Uit de tabel volgt dat de consument in 2012 zich bijna € 40 miljoen aan premiegelden heeft bespaard door over te stappen naar een andere polis en/of zorgverzekeraar.

3.7 Herverzekering verplicht en vrijwillig eigen risico

Alle verzekerden onder de Zvw hebben in 2012 een verplicht eigen risico van € 220. Dit betekent dat verzekerden van hun zorgkosten de eerste € 220 zelf moeten betalen. Daarnaast kunnen zij in ruil voor een premiekorting een eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 kiezen. De zorgkosten worden eerst ten laste van het verplicht en het vrijwillig eigen risico gebracht en pas daarna ten laste van de zorgverzekering. Enkele zorgkosten zoals het abonnementstarief voor huisartsenzorg kunnen zijn uitgesloten van het eigen risico.

Het eigen risico kan worden herverzekerd. Bij een herverzekering van het eigen risico hoeft de polishouder geen eigen risico te betalen wanneer hij zorg ontvangt. Zorgverzekeraars bieden bijvoorbeeld studenten en seizoenarbeiders de mogelijkheid zich te verzekeren tegen het eigen risico, via de gemeenten kunnen uitkeringsgerechtigden en minima gebruik maken van een collectiviteit van de gemeentelijke uitkeringsinstantie om zich tegen het eigen risico te verzekeren en via de CAO voor zeevarenden is geregeld dat onder voorwaarden de herverzekering van het eigen risico voor risico van de werkgever komt.

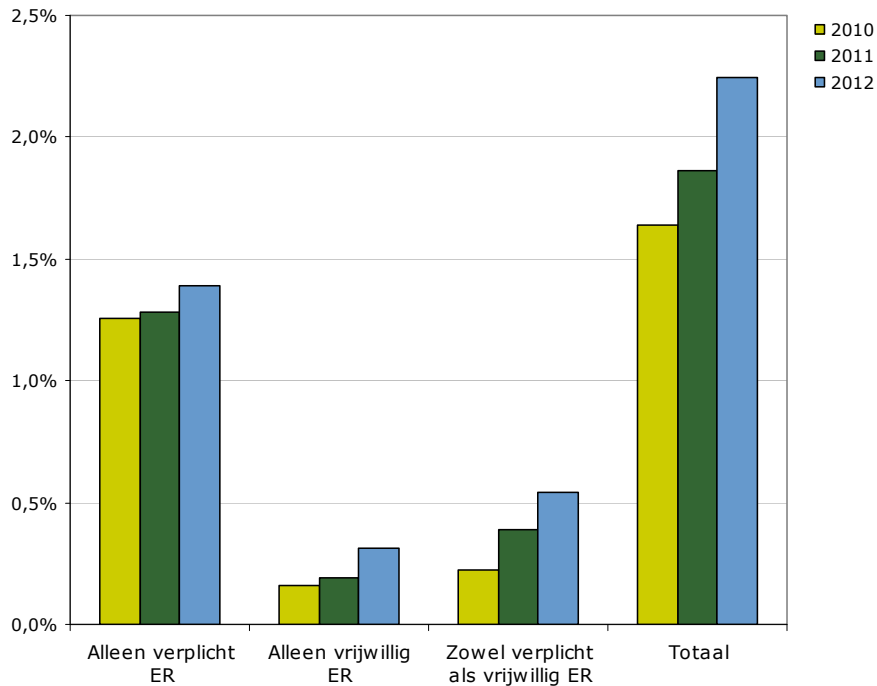
Hoe werkt herverzekering van het eigen risico – een voorbeeld

Een student kiest bij het nemen van een basisverzekering voor het maximale bedrag aan vrijwillig eigen risico, hier wordt het verplichte eigen risico bij opgeteld. Zo ontstaat een hoog eigen risico. In de regel geldt: hoe hoger het eigen risico, hoe meer korting de zorgverzekeraar verstrekt op de premie die de student moet betalen. Vervolgens kan de student het risico van het onverhoopt moeten opbrengen van het maximale eigen risico herverzekeren, via een goedkope aanvullende zorgverzekering bij diezelfde zorgverzekeraars. Netto levert dit een besparing op voor de student.

Figuur 3.15 geeft het percentage verzekerden weer waarvan het verplicht en/of vrijwillig eigen risico is herverzekerd. De tweede figuur zoomt in op de categorieën van verzekerden met een herverzekering van het eigen risico, te weten de: zeevarenden, buitenlandse

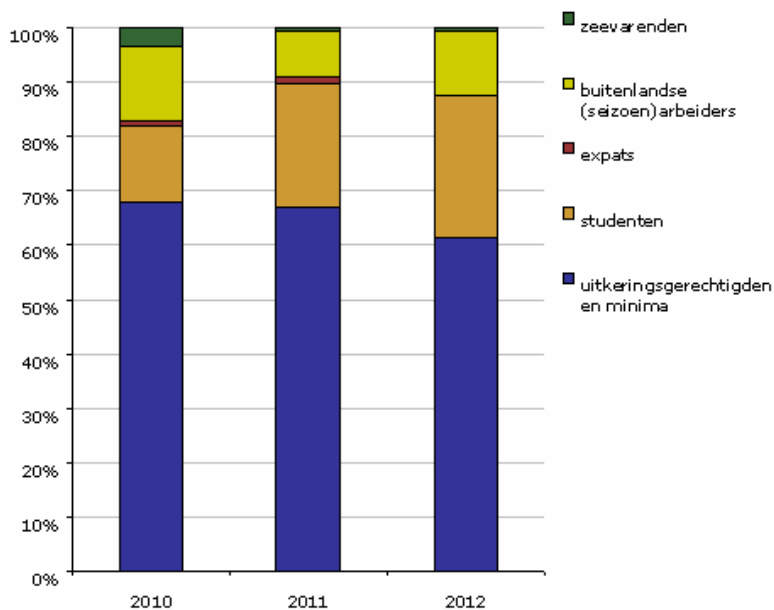
(seizoens)arbeiders, expats, studenten, uitkeringsgerechtigden en minima.

Figuur 3.15. Percentage verzekerden (18+) met herverzekering van het eigen risico



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Figuur 3.16. Verdeling verzekerden met herverzekering eigen risico naar categorie



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Uit de figuren volgt dat het percentage verzekerden met een herverzekering van het eigen risico rond de 2% blijft.

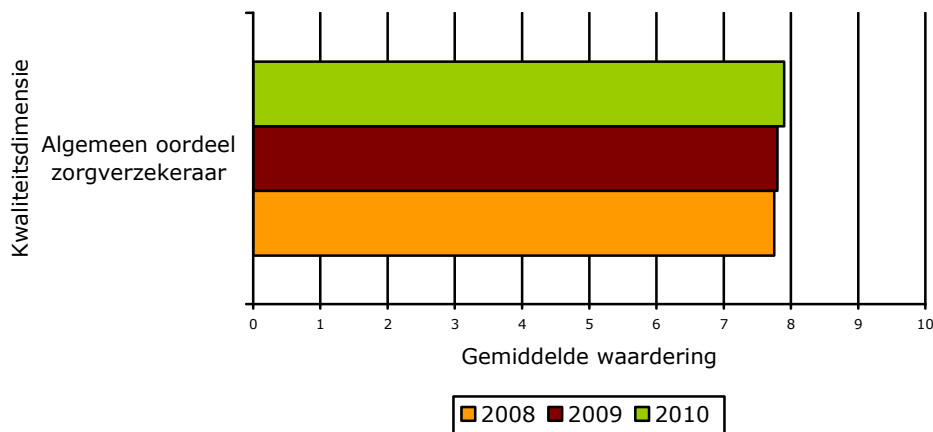
4. Kwaliteit

Dit hoofdstuk over kwaliteit beschrijft in de eerste paragraaf de kwaliteitsbeoordeling door verzekerden van de zorgverzekeraars. In de tweede paragraaf komt de beoordeling door de NZa van de informatieverstrekking door zorgverzekeraars en signalen daarover aan bod.

4.1 Kwaliteitsindicatoren

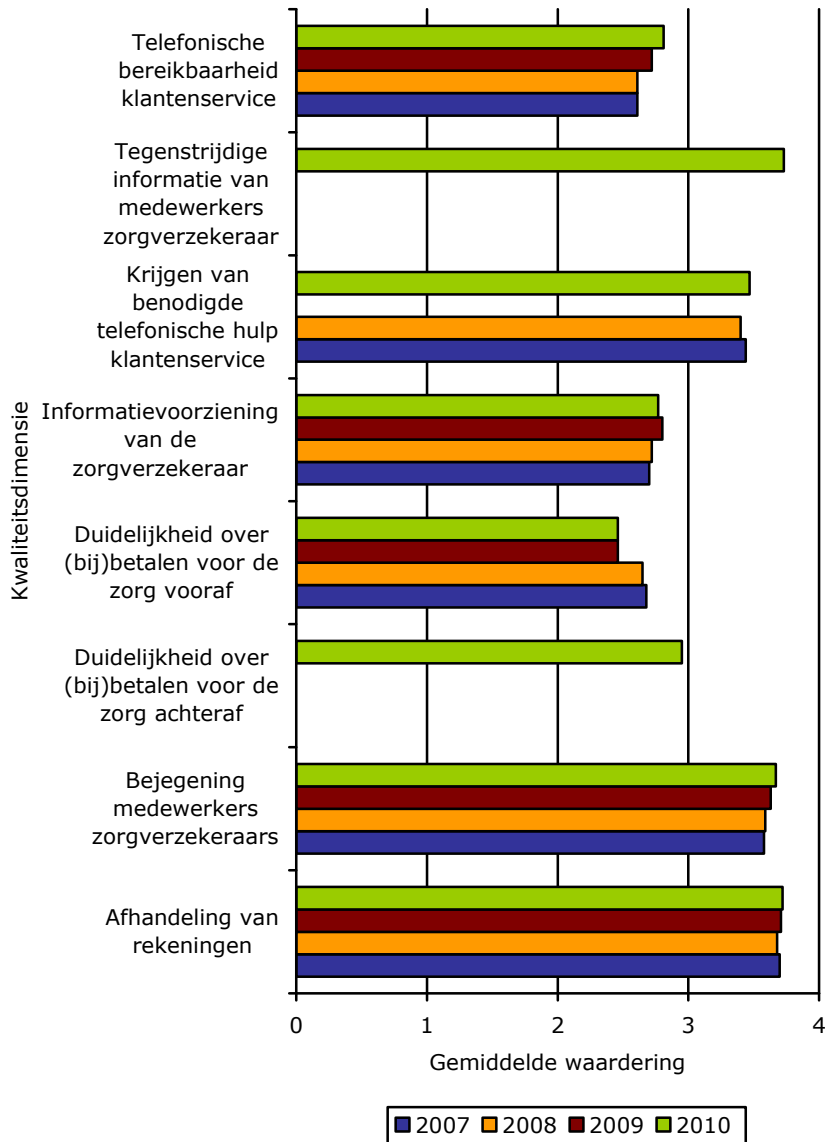
In deze paragraaf wordt aan de hand van de CQ-index een beeld gegeven van de ervaren kwaliteit bij zorgverzekeraars. In de twee figuren hieronder wordt de gemiddelde waardering van zorgverzekeraars weergegeven. In figuur 4.1 is het algemene waarderingscijfers weergegeven in een tienpunts-schaal. De cijfers over de deelaspecten zijn in figuur 4.2 weergegeven in een vierpunts-schaal. Van een aantal indicatoren ontbreekt informatie over oudere jaren. Die informatie is dan enkel over het meest recente jaar opgenomen.

Figuur 4.1. Algemeen oordeel over zorgverzekeraars, gemeten met CQ-index



Bron: Nivel

Figuur 4.2. Kwaliteitsbeoordeling deelaspecten zorgverzekeraars, gemeten met CQ-index



Bron: Nivel

Uit de beoordeling blijkt dat de informatievoorziening en met name de duidelijkheid over bijbetaling voor verbetering vatbaar zijn. Over de algemene waardering en punten als bejegening en afhandeling van rekeningen zijn verzekerden over het algemeen tevreden.

4.2 Transparantie zorgpolis

4.2.1 Uitkomst self-assessment zorgverzekeraars

Transparante informatie helpt de consumenten om vooraf een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een bepaalde polis, die het beste aan hun wensen voldoet en stelt hen in staat bijvoorbeeld hun recht te halen als zij het niet eens zijn met een beslissing van hun zorgverzekeraar. Hiervoor is beschikbare, juiste, volledige en begrijpelijke (keuze)-informatie over verschillende aspecten van de zorgverzekering belangrijk. Op 1 november 2011 heeft de NZa een

beleidsregel¹² uitgebracht waarin staat welke informatie die van belang kan zijn voor de keuze voor een bepaalde polis zorgverzekeraars aan (potentiële) verzekerden moeten verstrekken. Bijvoorbeeld informatie over de polisvoorwaarden, welke zorg gecontracteerd is en wat het kan betekenen voor de vergoeding van zorg als sprake is van gecontracteerde zorg, hoe hij omgaat met het preferentiebeleid voor geneesmiddelen en wat de toegangsvoorwaarden zijn voor de aanvullende verzekering. Naast de beleidsregel, heeft de NZa een self-assessment uitgebracht: zorgverzekeraars moeten dit self-assessment gebruiken om na te gaan of ze voldoen aan deze beleidsregel. De NZa gebruikt de ingevulde en geretourneerde self-assessments bij haar toezicht op de verzekeraars.

Naar aanleiding van de ingevulde self-assessments heeft de NZa begin dit jaar de websites van zorgverzekeraars op drie van de vijftien toetspunten specifiek gecontroleerd, te weten: het gecontracteerde zorgaanbod, het preferentiebeleid geneesmiddelen en het effect van niet gecontracteerde zorg op de hoogte van de vergoeding. Van de 43 gecontroleerde websites:

- Voldeden 14 websites van 4 zorgverzekeraars niet volledig aan het toetspunt 'het gecontracteerde zorgaanbod'. Met name de datum/frequentie van de laatste update van de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders ontbrak.
- Voldeden 3 websites, van 2 zorgverzekeraars, niet volledig aan het toetspunt 'het preferentiebeleid geneesmiddelen'. Met name ontbrak een lijst met preferente middelen op de website.
- Voldeden 4 websites, van 2 zorgverzekeraars, niet volledig aan het toetspunt 'het effect van niet gecontracteerde zorg op de hoogte van de vergoeding'. Hier ontbrak de hoogte van de vergoedingsbeperking bij een bezoek aan een niet gecontracteerde zorgaanbieder.

De zorgverzekeraars zijn hierop aangesproken en hebben allen hun informatie aangepast zodat zij voldoen aan de gestelde eisen die deze toetspunten met zich meebrengen. Omdat er niet op alle toetspunten is gecontroleerd, betekent dit dus niet per definitie dat alle benodigde informatie door elke zorgverzekeraar gegeven wordt en correct is.

4.2.2 Signalen

Bij de NZa kunnen signalen gemeld worden door verzekerden indien zij van mening zijn dat er iets mis of onduidelijk is met betrekking tot de informatie over zorgverzekeringspolis.

In de eerste vijf maanden van 2012 heeft de NZa hierover elf signalen ontvangen. Het betrof met name signalen over de intransparantie van de vergoedingen voor mondzorg.

¹² Beleidsregel TH-BR-003.

5. Toegankelijkheid

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

De onderstaande tabel bevat het totaal van de in Nederland verkochte basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen in de periode 2006 – 2012.

Tabel 5.1. Aantal verkochte polissen (x 1 miljoen)

Soort verzekering	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Zorgverzekering	16,2	16,3	16,3	16,4	16,5	16,6	16,7
Aanvullende verzekering	14,9	15,0	15,0	14,9	14,8	14,8	14,7

Bron: Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag)

In tabel 5.2 is het aantal mensen in beeld gebracht dat geen basisverzekering heeft, in de periode 2006 – 2012, exclusief de gewetens- en gemoedsbezwaarden. Sinds 2006 heeft het CBS het aantal onverzekerden in beeld gebracht door middel van een confrontatie op persoonsniveau van de registratie van alle Zvw-verzekerden met de Gemeentelijke Basisadministratie. In maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering in werking getreden. Het CVZ heeft daarin de taak onverzekerden op te sporen door middel van bestandsvergelijking, deze aan te sporen alsnog een zorgverzekering te sluiten, boetes op te leggen als dat niet gebeurt, de betrokkenen uiteindelijk ambtshalve te verzekeren bij een zorgverzekeraar, een bestuursrechtelijke premie op te leggen en deze zoveel mogelijk door bronheffing te innen. Uit de onderstaande tabel blijkt dat het aantal onverzekerden door deze maatregel in 2011 al sterk is teruggelopen.

Tabel 5.2. Aantal onverzekerden

	2006	2007	2008	2009	2010 (voorlopig)	2011
Onverzekerden op peildatum (mei)	231.160	201.580	195.860	193.700	174.610	
Nog onverzekerd 6 maanden na peildatum	172.800	150.710	152.810	152.240	136.450	
Door CVZ aangeschreven onverzekerden						164.388
Nog onverzekerd per 31 december 2011						57.965

Bron 2006 – 2010: CBS

Bron 2011: CVZ

In tabel 5.3 staat de ontwikkeling door de jaren heen in het aantal wanbetalers. Wanbetalers zijn hier gedefinieerd als verzekerden met een betalingsachterstand van ten minste zes maanden nominale premie (voor zover deze geen afbetalingsregeling met hun zorgverzekeraar hebben getroffen waarbij ook de opkomende maandpremies strikt worden betaald). Sinds de inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen zorgverzekering op 1 september 2009 zijn deze

wanbetalers overgeheveld van de zorgverzekeraars naar het bestuursrechtelijke premieregime bij het CVZ.

Tabel 5.3. Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal wanbetalers bij zorgverzekeraars	190.210	240.250	256.690	318.480		
Aantal wanbetalers bij CVZ				14.790	267.512	304.748

Bron 2006 - 2009: CBS, opgaven zorgverzekeraars

Bron vanaf 2010: CVZ

6. Betaalbaarheid

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen in omzet, prijs en het vrijwillig eigen risico.

6.1 Omzet

In deze paragraaf staat de totale omzet van ziektekostenverzekeraars. De tabel hieronder is de omzet uit het basisverzekeringsdeel uitgesplitst naar nominale premie, verplicht eigen risico en uitkering van het Zorgverzekeringsfonds (hierna: ZVF).

Tabel 6.1. Omzet ziektekostenverzekeraars (in miljarden Euro)

Soort verzekering	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nominale premie	9,8	10,9	13,5	13,8	14,4	15,9	16,3
Eigen risico	2,1	2,1	1,4	1,4	1,5	1,6	2,0
Uitkeringen ZVF	14,5	14,8	16,5	19,5	20,3	19,4	19,9
Subtotaal basisverzekeringen	26,4	27,8	31,4	34,7	36,3	37,0	38,1
Premie aanvullende verzekeringen	3,2	3,6	4,0	4,2	4,3	4,5	4,9
Totaal	29,7	31,4	35,4	38,9	40,6	41,5	43,0

Bron zorgverzekeringen: ministerie van VWS (Financieel beeld zorg)

Bron aanvullende verzekeringen 2006 - 2010:

Aanvullende verzekeringen 2011: DNB (raming NZa op basis kwartaalstaten)

Aanvullende verzekeringen 2012: NZa (raming op basis premiestijgingen aanvullende verzekeringen (diverse media)) en mutatie aantal aanvullend verzekerden (Vektis).

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

6.2 Prijs

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

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

In onderstaande tabel is voor de jaren 2008 – 2012 de gemiddeld betaalde nominale premie opgenomen, zowel voor individueel verzekerden als voor collectief verzekerden.

Tabel 6.2. Gemiddeld betaalde nominale premie

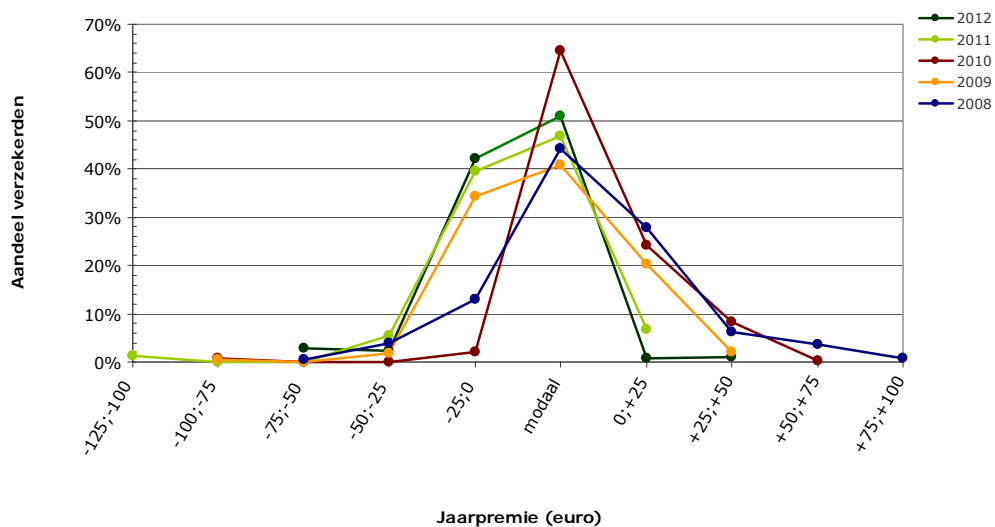
	2008	2009	2010	2011	2012
Individueel verzekerden	€ 1.091	€ 1.094	€ 1.137	€ 1.245	€ 1.275
Collectief verzekerden	€ 1.020	€ 1.036	€ 1.070	€ 1.174	€ 1.201
Alle verzekerden	€ 1.049	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199	€ 1.226

Bron: NZa o.b.v. Vektis

De gemiddeld betaalde premie (inclusief collectiviteitskortingen) stijgt jaarlijks en bedraagt in 2012 € 1.226.

In het onderstaande overzicht is te zien welk percentage verzekerden de modale premie betalen en hoeveel verzekerden minder of meer dan de modale premie betalen. Dit is in figuur 6.1 weergegeven door de spreiding van verzekerden over categorieën betaalde nominale premie ten opzichte van de modale klasse, gebaseerd op de gemiddeld per zorgverzekeraar betaalde premie inclusief collectiviteitskortingen in beeld te brengen.

Figuur 6.1. Spreiding van verzekerden over categorieën betaalde premie



Bron: Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag)

In 2012 heeft 51% van de verzekerden een polis bij een verzekeraar die per verzekerde gemiddeld een nominale premie ontvangt tussen € 1.225 en € 1.250 (de modale klasse); voor 42% betreft het de klasse € 1.200 tot € 1.225. Bij 5,2% van de zorgverzekeraars is de gemiddeld betaalde premie lager dan € 1.200 en bij 1,7% hoger dan € 1.250.

De onderstaande tabel geeft de bandbreedte tussen de laagste en de hoogste betaalde premie weer, op concern-, zorgverzekeraars- en polisniveau.

Tabel 6.3. Bandbreedte van de gewogen gemiddeld betaalde premie

Bandbreedte	2008	2009	2010	2011	2012
Op concernniveau	€ 76	€ 46	€ 64	€ 26	€ 24
Op zorgverzekeraarsniveau	€ 158	€ 152	€ 160	€ 155	€ 140
Op polisniveau	€ 312	€ 280	€ 279	€ 277	€ 275

Bron: NZa o.b.v. Vektis

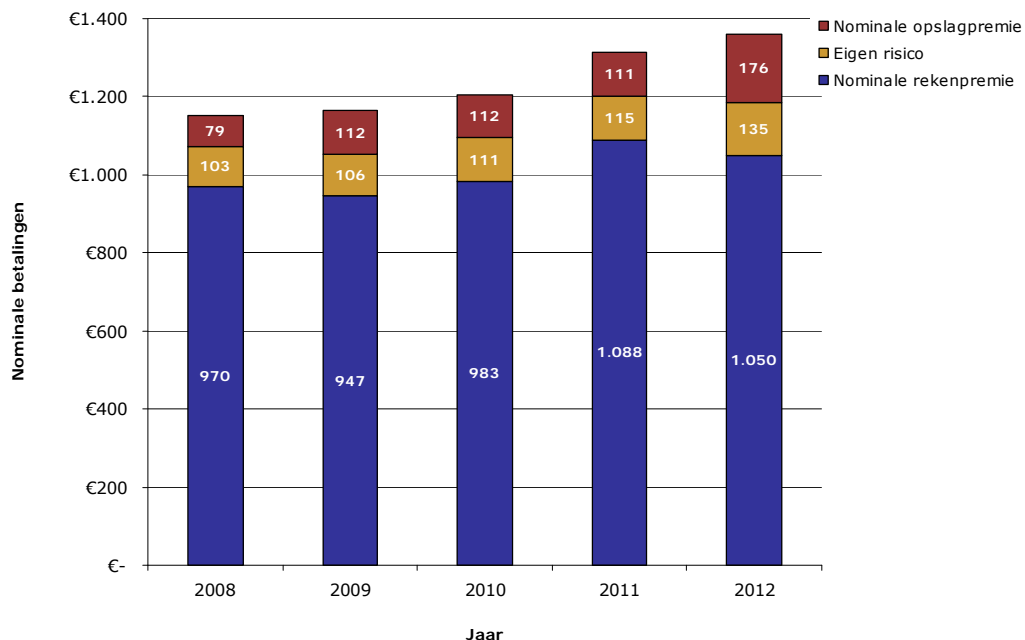
De gemiddeld betaalde nominale premie neemt elk jaar toe en de bandbreedte tussen laagste en hoogste premie fluctueert. De betaalde premie varieert van € 1.350 voor circa 15.000 verzekerden met een individuele polis tot gemiddeld € 1.075 voor bijna 40.000 verzekerden

met een collectieve polis. De bandbreedte op polisniveau bedraagt derhalve in 2012 € 275. Op zorgverzekeraarniveau en concernniveau is de spreiding geringer.

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

- Nominale rekenpremie; de nominale rekenpremie is de premie die benodigd is om de verwachte schadelast te kunnen dekken. De rekenpremie wordt jaarlijks vastgesteld door het ministerie van VWS.
- Het verplichte eigen risico; het gemiddeld betaalde eigen risico minus de gemiddelde compensatie-uitkeringen voor chronisch zieken.
- Nominale opslagpremie; de nominale opslagpremie is het gedeelte van de zorgverzekeringspremie boven de rekenpremie die door zorgverzekeraars wordt gebruikt ter dekking van de uitvoeringskosten (ook wel bedrijfskosten genoemd) en het exploitatieresultaat.

Figuur 6.2. De ontwikkeling van de nominale betalingen van verzekerden (gemiddeld per verzekerde van 18 jaar of ouder)



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

In 2012 bedraagt de door de overheid vastgestelde nominale rekenpremie € 1.050. Door de zorgverzekeraars is gemiddeld een nominale opslagpremie gehanteerd van € 176 ter dekking van hun uitvoeringskosten en overige exploitatiesaldi. Samen vormt dit de gemiddeld betaalde nominale premie van € 1.226.

In de onderstaande tabel is een uitsplitsing gemaakt van de nominale betalingen om inzicht te krijgen in de oorzaak van de mutatie van deze betalingen.

Tabel 6.4. Oorzaak mutatie nominale betalingen (gemiddeld per verzekerde van 18 jaar of ouder)

		2008	2009	2010	2011	2012
Mutatie Nominale opslagpremie	Totaal	€ 27	€ 33	€ 0	€ 1-	€ 65
Mutatie Eigen risico	Vervallen no-claim deel van de rekenpremie	€ 255-	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	Vervallen van de no-claim teruggave	€ 91	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
	Verplicht eigen risico (gemiddeld)	€ 109	€ 4	€ 7	€ 4	€ 25
	Compensatie chronisch zieken (gemiddeld)	€ 6-	€ 1-	€ 2-	€ 0	€ 5-
	Totaal	€ 61-	€ 3	€ 5	€ 4	€ 20
Mutatie Nominale rekenpremie	Verbetering saldo Zorgverzekeringsfonds	€ 65	€ 65-	€ 6	€ 75	€ 25-
	Zorguitgavenstijging	€ 60	€ 65	€ 40	€ 40	€ 35
	Aanpassing naar 50/50 verhouding nominale en procentuele premie	€ 49	€ 23-	€ 10-	€ 10-	€ 48-
	Totaal	€ 174	€ 23-	€ 36	€ 105	€ 38-
Totaal	Totale mutatie nominale betalingen	€ 140	€ 13	€ 41	€ 108	€ 47

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

Uit bovenstaande tabel volgt dat in 2012 vooral de nominale opslagpremie sterk is gestegen. De belangrijkste oorzaken zijn de afschaffing van de macrona calculatie op de risicoverevening en de verhoging van de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars per 1 januari 2012. De wettelijke solvabiliteitseis voor zorgverzekeraars is per 1 januari 2012 verhoogd van 9% naar 11%. Ook de jaarlijkse toename van de zorgkosten vereist een hogere aanwezige solvabiliteit.

Door afschaffing van de macrona calculatie moeten zorgverzekeraars het verwachte landelijk tekort op het macro-budget dekken uit de nominale opslagpremie (of de reserves aanspreken). Overigens heeft de afschaffing van de macrona calculatie een verlagend effect op de nominale rekenpremie.

6.3 Vrijwillig eigen risico

Bij het afsluiten van een zorgverzekering kunnen verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In de regel geldt, hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe meer korting de zorgverzekeraar op de te betalen premie zal verstrekken. Deze paragraaf beschrijft de ontwikkelingen in het vrijwillig eigen risico. De tabel hierna geeft het percentage premieplichtige verzekerden per vrijwillig eigen risico categorie weer.

Tabel 6.5. Percentage verzekerden 18+ per vrijwillig eigen risico categorie

Vrijwillig eigen risico categorie	2008	2009	2010	2011	2012
Geen vrijwillig eigen risico	94,8%	94,9%	94,9%	94,7%	94,0%
€ 100	1,7%	1,6%	1,5%	1,5%	1,4%
€ 200	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%
€ 300	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,8%
€ 400	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
€ 500	1,9%	2,0%	2,0%	2,2%	2,7%

Bron: Vektis

Uit de bovenstaande tabel volgt dat het percentage verzekerden zonder vrijwillig eigen risico sinds 2010 licht daalt. Mensen blijken vaker voor een vrijwillig eigen risico te kiezen, met als grootste stijger de vrijwillig eigen risico categorie van € 500. In 2012 blijkt ca. 2,7% van de verzekerden te kiezen voor deze hoogste categorie voor vrijwillig eigen risico.

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

Tabel 6.6. Premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie

Vrijwillig eigen risico categorie	2008	2009	2010	2011	2012
€ 100	€ 41	€ 42	€ 44	€ 44	€ 45
€ 200	€ 84	€ 84	€ 86	€ 86	€ 87
€ 300	€ 121	€ 121	€ 126	€ 127	€ 129
€ 400	€ 163	€ 162	€ 166	€ 168	€ 174
€ 500	€ 202	€ 205	€ 210	€ 219	€ 229

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

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

Bijlage 1. Risicoverevening nader bekeken

In deze bijlage is het vereveningsresultaat zoals weergegeven in paragraaf 2.4.3 nader gespecificeerd en apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns.

Tabel 1. Resultaat ex ante risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008
Grote 4 concerns	€ 55-	€ 24	€ 20-
Overige concerns	€ 97-	€ 20	€ 87-
Totaal	€ 58-	€ 23	€ 26-

Bron: CVZ

Tabel 2. Effect macronacalculatie

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008
Grote 4 concerns	€ 58	€ 23-	€ 26-
Overige concerns	€ 61	€ 30-	€ 25-
Totaal	€ 58	€ 23-	€ 26-

Bron: CVZ

Tabel 3. Effect extra middelen

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008
Grote 4 concerns	€ 20	n.v.t.	n.v.t.
Overige concerns	€ 21	n.v.t.	n.v.t.
Totaal	€ 20	n.v.t.	n.v.t.

Bron: CVZ

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

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008
Grote 4 concerns	€ 2-	€ 1-	€ 46
Overige concerns	€ 13	€ 7	€ 106
Totaal	€ 1-	€ 0	€ 52

Bron: CVZ

Tabel 5. Resultaat op no-claim c.q. verplicht eigen risico

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008
Grote 4 concerns	€ 0-	€ 0-	€ 6-
Overige concerns	€ 3	€ 4	€ 5-
Totaal	€ 0-	€ 0-	€ 6-

Bron: CVZ

Tabel 6. Resultaat na ex post risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008
Grote 4 concerns	€ 21	€ 0	€ 5-
Overige concerns	€ 0	€ 1	€ 11-
Totaal	€ 19	€ 0	€ 5-

Bron: CVZ

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
			12D0022379
Onderwerp			Datum
Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2012			19 juli 2012

Mevrouw de Minister,

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, gebruikt de NZa onder andere marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op (een gedeelte van) een bepaalde markt. Dit omvat een beschrijving van de marktstructuur, het marktgedrag en de marktuitskomsten.

Bijgaand treft u ter informatie de marktscan zorgverzekeringsmarkt aan. De marktscan geeft de stand van zaken op de zorgverzekeringsmarkt in de periode 2008-2012 weer. Deze brief gaat in op de opvallendste zaken uit de marktscan, vanuit het oogpunt van de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Marktstructuur

In 2012 is het marktaandeel van Achmea toegenomen met circa 3% als gevolg van de fusie met De Friesland. Hierdoor is de concentratiegraad met name in de provincie Friesland sterk gestegen. De Herfindahl-Hirschman Index (HHI), een maatstaf voor de concentratiegraad, bedraagt in Friesland 6283. Landelijk is de HHI toegenomen van 2105 tot 2277. Deze cijfers duiden op een geconcentreerde markt. De NZa heeft in haar zienswijze aan de Nma aangegeven dat zij geen negatieve effecten van de fusie verwacht op de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. De NZa verwacht dat er voldoende keuzevrijheid voor de consument en concurrentie onder zorgverzekeraars zal blijven na de fusie. Zo vormen bijvoorbeeld internetpolissen een makkelijk toegankelijk alternatief. Uit een nadere analyse van de grootste collectiviteiten blijkt ook een stijging van het marktaandeel van internetcollectiviteiten. Ook constateert de NZa dat er geen polissen op de markt zijn die zich beperken tot een of enkele provincies. Naast de toename van het marktaandeel van Achmea is het

marktaandeel van ASR met bijna 80% gestegen door de introductie van de nieuwe zorgverzekering van het Ditzo-label.

Kenmerk
12D0022379

Mobiliteit

Pagina
2 van 5

De toenemende verzekerdenmobiliteit van de afgelopen jaren duidt erop dat de zorgmarkt in beweging is. In de periode van 2007 tot 2012 is het percentage overstappers toegenomen van 3,6% naar 6% in 2012. Deze ontwikkeling lijkt los te staan van de klanttevredenheid. Uit de CQ-index blijkt dat de klantwaardering de afgelopen jaren licht is toegenomen. De overstapwinst – de winst in betaalde premie die verzekerden hebben gerealiseerd door over te stappen naar een andere zorgverzekeraar ten opzichte van blijven bij de oude zorgverzekeraar – bedraagt in 2012 EUR 40 miljoen. Dit geeft aan dat verzekerden prijsgevoelig zijn. Daarnaast blijkt uit de stijging van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico van 5,1% in 2010 naar 6,0% in 2012 dat verzekerden kostenbewuster lijken te worden. Mensen kiezen vaker voor een vrijwillig eigen risico, met name voor de hoogste categorie van EUR 500. Dit beeld is ook terug te zien in de afnemende trend van het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering. In de winst of het verlies van verzekerden per concern zijn in 2012 zijn grotere uitslagen zichtbaar dan in voorgaande jaren. Verzekeraars die een breed pakket aanbieden tegen een scherpe prijs hebben relatief veel verzekerden gewonnen.

Dit beeld van toegenomen mobiliteit is ook waargenomen in de verdiepende monitor toetredingsdrempels zorgverzekeringsmarkt die de NZa in mei 2012 heeft gepubliceerd. Ondermeer op grond van de toegenomen mobiliteit constateert de NZa in dat onderzoek dat de toetredingsdrempels niet zodanig hoog zijn dat toetreding op de zorgverzekeringsmarkt onmogelijk is voor een toetreders met een eigen gezicht. Wel zal die toetreders gezien het toegenomen kostenbewustzijn van verzekerden een concurrerende premie moeten stellen.

Financiële resultaten

Het exploitatieresultaat - het saldo van de opbrengsten en de schadelast en bedrijfskosten uit de normale bedrijfsvoering - dat zorgverzekeraars hebben behaald op de basisverzekering is in 2010 gedaald ten opzichte van 2009. Kleine zorgverzekeraars hebben het daarbij beter gedaan dan de grote vier zorgverzekeraars. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de vereveningsbijdragen nog niet definitief zijn vastgesteld, waardoor de resultaten nog kunnen wijzigen. Het algemene beeld is echter dat de marges onder druk staan. Dit beeld wordt ondersteund door de constatering dat verzekeraars hun beheerskosten voor de basisverzekering in de periode 2006 – 2010 hebben weten te verlagen, maar dat dit niet heeft geleid tot een stijging van het resultaat. In samenhang met de mobiliteit, duiden deze ontwikkelingen ondanks de toegenomen marktconcentratie op een concurrerende markt.

(Doelgroep)collectiviteiten en toegankelijkheid

De trend in de toename van het percentage collectief verzekerden heeft zich in 2012 voortgezet. Van 2008 tot 2012 stijgt het aandeel collectief verzekerden jaarlijks met gemiddeld 2%. In 2012 is ruim tweederde van de verzekerden collectief verzekerd. Zorgverzekeraars zijn hierdoor sterk afhankelijk van collectiviteiten in hun portefeuille. Een opvallende ontwikkeling betreft de collectiviteitkorting voor internetcollectiviteiten. Die is het hardst gegroeid van alle soorten collectieve contracten.

Inmiddels bedraagt de gemiddelde korting voor internetcollectiviteiten 9%. Ook blijkt dat het aantal verzekerden met een niet werkgeverscollectiviteit (internetcollectiviteiten, leden van een bond, koepels, sociale diensten, maar ook doelgroepcollectiviteiten) fors is gegroeid in de laatste jaren. Inmiddels maken deze collectiviteiten 42% van alle collectief verzekerden uit.

Kenmerk
12D0022379

Pagina
3 van 5

Tijdens de overstapperiode 2011-2012 is er in de politiek aandacht geweest voor doelgroepcollectiviteiten. Er waren zorgen dat de toegankelijkheid van de zorgverzekering in gevaar zou kunnen komen. De NZa constateert dat er verschillende typen doelgroepcollectiviteiten op de markt worden aangeboden. Het is verzekeraars toegestaan om voor collectiviteiten een doelgroepenbenadering te hanteren. De beschikbare data geven echter geen aanleiding om te veronderstellen dat de toegang tot de zorgverzekering op dit moment in het geding is. De NZa heeft hiertoe bij zorgverzekeraars gevraagd te rapporteren over de grootste collectiviteiten met meer dan 1% marktaandeel. De conclusie dat de toegankelijkheid op dit moment niet in het geding is wordt ook onderschreven in het eindrapport van de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw. De commissie constateert dat zorgverzekeraars deze collectiviteiten hoofdzakelijk inzetten om marktaandeel bij mobiele en jonge verzekerden te behouden en te vergroten. De NZa onderschrijft deze constatering. Op dit moment zijn er bij de NZa enkele doelgroepcollectiviteiten bekend. Het aantal verzekerden wat daarbij is aangesloten is vooralsnog dermate beperkt dat dit niet uit de nu beschikbare data met betrekking tot de marktscan naar voren komt. Er zijn voldoende alternatieven beschikbaar als een consument niet aan de toelatingscriteria voor een bepaalde doelgroepcollectiviteit voldoet. Daarnaast staan de onderliggende zorgverzekeringen voor een ieder open. De NZa heeft het voornemen om het informatiemodel voor het uitvoeringsverslag 2012 uit te breiden met een verantwoording over doelgroepcollectiviteiten. Doel hiervan is de ontwikkeling van het gebruik van dergelijke collectiviteiten beter in kaart te brengen.

De commissie Evaluatie risicoverevening ZVW noemt in haar rapport als een van de uitzonderingen op de algemene constatering dat een marketingbeleid met doelgroepenpolissen op zichzelf niet schadelijk hoeft te zijn, het gebruik van polissen die tussentijds kunnen worden beëindigd. Tot op heden is er een tweetal zorgverzekeringen waarbij tussentijdse opzegging mogelijk is. In de monitor van de Zekurpolis uit 2007 en 2008 heeft de NZa geconstateerd dat de tussentijdse opzeggingsmogelijkheid niet tot afwentelingsproblematiek heeft geleid. Ook op dit moment zijn de NZa hier geen signalen over bekend. Vanzelfsprekend volgt de NZa het gebruik van de tussentijdse opzeggingsmogelijkheid in het kader van de beoordeling van de modelovereenkomsten en het signaaltoezicht. Daarnaast gaat de Commissie in op het punt dat aanbieders van zorgverzekeringen het vrijwillig eigen risico voor eigen rekening nemen om zo een extra premiekorting te kunnen bieden aan een specifieke doelgroep. Het herverzekeren van het eigen risico en voor eigen rekening nemen van het eigen risico wordt door de NZa jaarlijks via de marktscan gevolgd. Op dit moment bedraagt het aantal verzekerden met een herverzekerd eigen risico 2%. Herverzekeren hoeft niet per definitie ongewenst te zijn. In het geval van minima en bijstandsgerechtigden is het een middel om wanbetaling te beperken. Wanneer herverzekering echter wordt ingezet

met als doel om risico's te selecteren is dit ongewenst. Vooral nog kan de NZa op grond van de uit de marktscan beschikbare data niet vaststellen dat daar sprake van is. De NZa blijft de ontwikkelingen op dit terrein nauwgezet volgen.

Kenmerk
12D0022379
Pagina
4 van 5

Het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering neemt jaarlijks af (nu 88%). Voor meer dan de helft van de aanvullende verzekeringen stellen zorgverzekeraars dit jaar geen acceptatievoorwaarden. Er zijn ook diverse aanvullende verzekeringen met een uitgebreidere dekking waarvoor geen acceptatievoorwaarden gelden. Hieruit constateert de NZa dat de aanvullende verzekeringen op dit moment geen generieke overstapbelemmering vormen voor de basisverzekering.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

De hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg wordt bepaald door artikel 13 van de Zvw. De NZa heeft het afgelopen voorjaar haar beleidsregel toezichtkader zorgplicht aangepast. In de beleidsregel wordt gesteld dat zorgverzekeraars zelf kunnen bepalen welke vergoedingsbeperking wordt gegeven bij niet gecontracteerde zorg. De bepaling dat de vergoedingsbeperking "geen belemmering mag vormen voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg" is daarmee komen vervallen. U heeft aan de kamer een brief gestuurd over het voornemen om artikel 13 Zvw zodanig te wijzigen dat ook geen vergoeding is toegestaan indien een consument zorg afneemt van een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Doel hiervan is dat verzekeraars meer selectief zorg gaan inkopen.

Gegeven de ruimte die artikel 13 geeft zijn de vergoedingen die zorgverzekeraars op dit moment geven voor niet gecontracteerde zorg relatief hoog. Op dit moment hanteren verzekeraars voor niet-gecontracteerde GGZ een vergoeding van 60%. In sectoren waarin van oorsprong minder zorg wordt gecontracteerd vergoeden zorgverzekeraars relatief hogere bedragen indien een verzekerde gebruik maakt van een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Verzekerden lijken wel steeds vaker een polis te hebben afgesloten, waarbij de vergoedingsbeperking lager is dan 80% voor niet gecontracteerde zorg. Zo hebben 5 miljoen verzekerden een polis met de hierboven beschreven vergoedingsbeperking voor de GGZ. De NZa constateert dat polissen met gecontracteerde zorg een significant deel van de zorgverzekeringsmarkt uitmaken en dat vergoeding voor niet gecontracteerde zorg afneemt.

Transparantie

Uit de CQ-index blijkt in zijn algemeenheid dat zorgverzekeraars de transparantie op orde hebben. Wel is er sprake van een afnemende waardering van verzekerden over de duidelijkheid over bijbetalingen vooraf. De afgelopen jaren is hier een negatieve trend zichtbaar. De NZa heeft diverse signalen ontvangen over het gebrek aan duidelijkheid over de vergoeding voor mondzorg. Het betreft hierbij voornamelijk de aanvullende verzekering. Ook bij consumentenorganisaties zijn hierover meldingen binnengekomen. Het belang van duidelijkheid over vergoedingen neemt toe maarmate zorgverzekeraars vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders in toenemende mate beperken en selectiever gaan contracteren.

Transparante informatie is in geliberaliseerde markten een vereiste voor consumenten om een weloverwogen keuze te kunnen maken. Transparantie is daarom een speerpunt in het toezicht van de NZa. Dit blijkt uit diverse activiteiten die de NZa de afgelopen periode heeft ondernomen. Zo is eind maart door de NZa een brief gestuurd aan zorgverzekeraars. In deze brief heeft de NZa aangegeven dat zorgverzekeraars aan hun verzekerden duidelijk dienen te maken wat de contracten die zij met ziekenhuizen sluiten voor hun verzekerden betekenen. Er is in deze brief ook aandacht gevraagd voor transparantie over de zorgplicht en de versnelling van de contractering. De NZa heeft het voornemen later dit jaar bij verzekeraars na te gaan hoe zorgverzekeraars aan deze brief gehoor hebben gegeven.

Kenmerk
12D0022379

Pagina
5 van 5

In het kader van het transparantietoezicht op zorgverzekeraars zet de NZa hiernaast zelf assessments uit onder zorgverzekeraars en voert zij steekproefsgewijs controles van websites uit. Ook besteedt de NZa aandacht aan transparantie via het signaaltoezicht. Vanwege het grote belang van transparantie zal dit voor de NZa ook in 2013 een speerpunt vormen in het toezicht.

Tot slot

Het beeld dat uit de marktscan naar voren komt is voor de NZa geen aanleiding om op korte termijn vanuit haar regulering- en toezichtbevoegdheden aanvullend specifieke maatregelen te nemen of specifieke toezichtactiviteiten uit te voeren. Wel worden, zoals reeds eerder in deze brief aangegeven, activiteiten ondernomen op het terrein van het in kaart brengen van doelgroepcollectiviteiten via de uitvraag in het uitvoeringsverslag en de transparantie bij gecontracteerde zorg.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter