

Bijlagen bij

Marktscan

Zorgverzekeringsmarkt 2017

Inhoud

1. Definities en begrippen Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2017	5
2. Update basisindicatoren risicoselectie/risicosolidariteit	19
2.1 Beschrijving van de indicatoren	19
2.2 Samenhang tussen de basisindicatoren	20
2.3 Resultaten per polis 2011-2014	20
3. Analyse kruissubsidie tussen polissen zorgverzekeringsconcerns	25
4. Analyse verzekerden met intensieve langdurige ggz	27
4.1 Beschrijving van indicatoren ggz-kenmerken	27
4.2 Resultaat van de ggz-subgroepen	27
4.3 Analyse aandeel populatie in polissen	28
5. Analyse veranderingen bij invoering Solvency II	31
6. Analyse verzekerdenkenmerken polissen met beperkende voorwaarden	33
6.1 Definitie polissen met beperkende voorwaarden/ beperkt aantal ziekenhuiscontracten	35
6.2 Analysebestand	36

1. Definities en begrippen Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2017

In deze bijlage is weergegeven hoe de belangrijkste cijfers en tabellen in de Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2017 tot stand zijn gekomen. Onderstaand overzicht toont het hoofdstuk van de marktscan waar het begrip of cijfer voor de eerste keer in de hoofdtekst voorkomt.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
	Algemeen	Basisverzekerden, premiebetalers, 18+-verzekerden of volwassen verzekerden, AV-verzekerden.	NZa via Vektis van Zorgverzekeraars: Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	In de tekst wordt gerefereerd aan drie begrippen voor het terugrekenen van cijfers naar verzekerden: <ul style="list-style-type: none"> - Basisverzekerden zijn alle mensen met een basisverzekering (bv). - Premiebetalers, 18+-verzekerden of volwassen verzekerden: Veel getallen berekenen we alleen voor het aantal volwassen verzekerden, omdat consumenten onder de 18 geen premie betalen. - AV-verzekerden: Dit zijn de mensen met een aanvullende verzekering (av). Dit aantal is kleiner dan het totaal aantal basisverzekerden, omdat een aanvullende verzekering niet verplicht is.
	Algemeen	Verzekerden-aantallen	NZa via Vektis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	Voor veel indicatoren in de marktscan worden verzekerdenaantallen gebruikt. Bijvoorbeeld bij het berekenen van gewogen gemiddelden en om cijfers terug te rekenen naar een bedrag per verzekerde. Daar waar dit is gedaan, is niet apart de bron voor de verzekerdenaantallen genoemd.
1.	1	Overzicht zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars melden o.a. aanvang, beëindiging, fusies, naamswijziging bij de NZa.
2.	1	Marktaandelen concerns	NZa via Vektis	Cijfers zijn berekend op basis van verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar en geaggregeerd op

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	concern niveau. De vier grote concerns zijn Achmea, VGZ, CZ en Menzis. De overige concerns zijn DSW-SH, ONVZ, Zorg en Zekerheid, Eno, ASR.
3.	1	Concentratie (HHI landelijk en per provincie)	NZa via Vektis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	De Herfindahl Hirschman Index (HHI) berekenen we op basis van de verzekerdenaantallen. In tegenstelling tot het berekenen van marktaandelen, sluiten we hier verzekerden die in het buitenland wonen uit. De HHI is de som van de kwadraten van alle relatieve marktaandelen x 10.000. We hebben de HHI berekend op het niveau van de zorgverzekeringsconcerns zowel landelijk als per provincie. Er is gekeken op concernniveau omdat op dit niveau zorg wordt ingekocht (en bij sommige concerns als inkoopcombinatie van concerns).
4.	1	Labels	Algemeen	Dit is het merk of de handelsnaam waaronder een zorgverzekering wordt aangeboden.
5.	1	Volmachten	Algemeen	Een (model)polis van een zorgverzekeraar kan ook worden aangeboden door een gevolmachtigd agent van die zorgverzekeraar. De gevolmachtigd agent sluit de overeenkomst (al dan niet via een tussenpersoon) voor rekening en risico van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar blijft zelf risicodragers.
6.	2	Resultaten risicoverevening	Algemeen	De resultaten over de laatste twee jaren zijn nog voorlopig. Er kunnen nog zorgnota's worden gedeclareerd en de ex-ante bijdragen zijn nog deels gebaseerd op voorlopige opgaven van verzekerdenskenmerken door de zorgverzekeraars. Voor 2014 ontbreekt de compensatie voor <u>ggz-patiënten met hoge kosten in de ex-post compensatie.</u>
7.	2	Resultaat ex-ante risicoverevening	NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage)	De bedragen volgen rechtstreeks uit de bron: (ex-ante deelbijdragen – werkelijke kosten) / verzekerden 18+ betreffend jaar De ex-ante deelbijdragen zijn bepaald op basis van verzekerdenskenmerken, waarbij voor ieder kenmerk per verzekerde een vooraf een bepaald bedrag is vastgesteld. Kenmerken zijn bijvoorbeeld leeftijd en geslacht.
8.	2	Ex-post compensaties	NZa (op basis van data van	De bedragen volgen rechtstreeks uit de bron:

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
		zorgkosten	het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage)	Ex-post compensaties zorgkosten/aantal verzekerden 18+ Ex-post compensaties vormen een risicoverevening achteraf op basis van gerealiseerde zorgkosten. Hierbij gaat het nog maar om een beperkt aantal zorgkosten die moeilijk vooraf te voorspellen zijn (vaste kosten), zoals de kosten van bepaalde dure geneesmiddelen in ziekenhuizen.
9.	2	Resultaat verplicht eigen risico	NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage) Werkelijke schade t.l.v. verplicht eigen risico: Jaar- en kwartaalstaten zorgverzekeraars Zvw	De bedragen volgen rechtstreeks uit de bronnen. Resultaat eigen risico = werkelijke schade t.l.v. verplicht eigen risico minus geraamde opbrengst normatief eigen risico. De geraamde opbrengst normatief eigen risico wordt bij de vaststelling van de risicoverevening in mindering gebracht op de bijdrage die de zorgverzekeraars krijgen voor zorgkosten. De opbrengst normatief eigen risico wordt ex-ante bepaald op basis van verzekerdenkenmerken.
10.	2	Exploitatie-resultaat bv	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde 'Jaarcijfers Basisverzekering'	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: exploitatieresultaat bv/aantal verzekerden 18+ bv De Jaarcijfers Basisverzekering bestaan uit diverse posten die in de tabel per verzekerde 18+ zijn weergegeven.
11.	2	Exploitatieresultaat exclusief beleggingen	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde 'Jaarcijfers Basisverzekering'	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: exploitatieresultaat bv/aantal verzekerden 18+ bv In dit geval is de opbrengst van beleggingen buiten beschouwing gelaten om alleen de resultaten op de uitvoering van de verzekering in beeld te brengen.
12.	2	Inkomsten bv	1. Gegevensvraag	Nominale premies op basis Gegevensvraag verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag:

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2. Rijksbegroting VWS 2017	Met het aantal individueel en collectief verzekerden 18+ gecombineerd met de premies en collectieve kortingen per polis is het totaal van de nominale premies berekend, inclusief collectieve kortingen, exclusief andere kortingen. Eigen risico en Vereveningsbijdragen uit het zorgverzekeringsfonds: In de begroting van VWS is hiervoor jaarlijks een raming opgenomen en zijn bedragen uit voorgaande jaren waar mogelijk bijgesteld op basis van gerealiseerde bedragen.
13.	2	Zorguitgaven bv per verzekerde 18+	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde 'Jaarcijfers Basisverzekering'	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: exploitatieresultaat bv/aantal verzekerden 18+ bv De zorguitgaven zijn per verzekerde 18+ weergegeven voor het lopende jaar, inclusief de ramingen van zorgverzekeraars voor nog te ontvangen declaraties en exclusief de afloop van ramingen uit voorgaande jaren.
14.	2	Bedrijfskosten bv per verzekerde 18+	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde 'Jaarcijfers Basisverzekering'	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: bedrijfskosten/aantal verzekerden 18+ bv Toelichting acquisitiekosten: Acquisitiekosten zijn zowel middellijke als onmiddellijke kosten die betrekking hebben op het sluiten van verzekeringsovereenkomsten. Zij bestaan uit variabele kosten in verband met het afsluiten of vernieuwen van deze overeenkomsten, maar ook salariskosten van loondienstagenten. Acquisitiekosten kunnen bestaan uit zowel provisies (aanbrengprovisie) als overige kosten (bijvoorbeeld reclamekosten).
15.	2	Reclamekosten bv, totaal en per verzekerde 18+	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde 'Jaarcijfers	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: totale reclamekosten kosten per verzekerde: reclamekosten/aantal verzekerden 18+ bv

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			Basisverzekering'	
16.	2	Zorgbemiddeling en zorgadvies	Uitvoeringsverslagen van Zorgverzekeraars	Zorgbemiddeling en zorgadvies omvat de activiteiten van zorgverzekeraars, veelal in de vorm van informatieverstrekkingen en persoonlijk contact, gericht op het ondersteunen van hun verzekerden bij het vinden van goede zorg (passend en tijdig).
17.	3	Polissen met beperkende voorwaarden	NZa, bestand Modelovereenkomsten	Er is geen sluitende definitie voor polissen met beperkende voorwaarden. Voor het onderzoek is daarom gekeken naar zorgpolissen met bepaalde beperkende kenmerken: <ul style="list-style-type: none"> – selectieve contractering van zorgaanbieders; – een relatief lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, minder dan 75%; – de verplichting om geneesmiddelen en/of hulpmiddelen online te bestellen bij een bepaalde aanbieder.
18.	3	Vergoedings-percentages voor niet-gecontracteerde zorg	NZa, bestand Modelovereenkomsten	De vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg volgen uit de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars.
19.	3	Aantal en percentage verzekerden met polis met beperkende voorwaarden	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Percentage verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden = (aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden/totaal aantal verzekerden) x 100% Het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden komt rechtstreeks uit de bron Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag.
20.	3	Aantal polissen basisverzekering	NZa, bestand Modelovereenkomsten	De NZa beschikt over een bestand met alle modelovereenkomsten voor de basisverzekering van 2006 tot heden. Dit bestand is gebruikt om te kijken hoeveel en wat voor polissen er op de markt zijn. Het bestand is gebaseerd op de publicaties door zorgverzekeraars van hun polisvoorwaarden en premies per modelovereenkomst.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
				De modelovereenkomst is eigenlijk het model van de polisvoorwaarden van een bepaalde zorgverzekering. We noemen dit in de marktscan kortweg 'polis' of 'basispolis'.
21.	3	Aantal aangeboden polissen naar soort polis	NZa, bestand Modelovereenkomsten	Het bestand modelovereenkomsten bevat per polis een identificatie van soort polis op basis van de polisvoorwaarden: natura, restitutie, combinatie.
22.	3	Percentage verzekerden per gekozen soort polis	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Aantal verzekerden per soort polis/totaal aantal verzekerden
23.	3	Percentage aanvullend verzekerden	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Percentage aanvullend verzekerden = (aantal verzekerden av/aantal verzekerden bv) * 100% Tevens gespecificeerd naar individueel en collectief verzekerden.
24.	3	Aanvullend verzekerden met en zonder mondzorg	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Aantal volgt direct uit de data. Percentage: Aantal verzekerden av met c.q. zonder mondzorg/aantal verzekerden av
25.	3	Aanvullend verzekerd bij andere verzekeraar	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Een aantal verzekerden heeft alleen de aanvullende verzekering afgesloten bij een bepaalde zorgverzekeraar en de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar. Percentage: aantal betreffende verzekerden/totaal aantal verzekerden av
26.	3	Percentage collectief en individueel verzekerden	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Percentage collectief c.q. individueel verzekerden = (som van aantal collectief c.q. individueel verzekerden per polis/som van totaal aantal verzekerden per polis) (Met polis is ook hier de modelovereenkomst bedoeld.)

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
27.	3	Soort collectiviteit	NZa uitvraag Collectiviteiten	De soorten collectiviteiten die de NZa in de uitvraag collectiviteiten heeft benoemd: werkgevers, patiëntenvereniging, gemeentecollectiviteit, pseudo-collectiviteit (ook wel als "overige" aangeduid).
28.	3	Aantal en percentage verzekerden per soort collectiviteit	NZa uitvraag Collectiviteiten	Aantal verzekerden per soort collectiviteit volgt direct uit de uitvraag. Percentages naar soort collectiviteit berekend op basis van de specificatie in de uitvraag.
29.	3	Percentage collectief verzekerden per zorgverzekeraar (collectiviteits-graad)	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar = (aantal collectief verzekerden / totaal verzekerden per zorgverzekeraar) * 100%, We hebben vervolgens de afzonderlijke zorgverzekeraars ingedeeld naar categorie 0-20%, 20 – 40%, etc. en in de marktscan beschreven hoeveel verzekeraars meer dan 40% collectief verzekerden hebben.
30.	3	Inkomensafhankelijke bijdrage	Rijksbegroting VWS 2017	De gemiddeld per volwassen verzekerde te betalen inkomensafhankelijke premie is rechtstreeks afkomstig uit de bron: Rijksbegroting VWS 2017, Figuur 6 op pagina 184.
31.	3	Opbouw nominale basispremie	Zorgverzekeraars; uniform overzicht opbouw premie	Zorgverzekeraars publiceren hun opbouw van de nominale premie voor het komende jaar tegelijk met het bekend maken van hun premie en op uniforme wijze. De NZa heeft ook inzicht in het aantal premiebetalende verzekerden per zorgverzekeraar. In combinatie daarmee kunnen voor de marktscan een aantal berekeningen worden gemaakt, waaronder een specificatie van de gewogen landelijk gemiddelde premieopbouw. Het betreft uiteraard ramingen.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
				Het totaal nominale premie in het overzicht is de nominale premie zonder aftrek van collectieve en andere kortingen, ook wel de premiegrondslag of basispremie genoemd.
32.	3	Gemiddeld betaalde nominale premie	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Met het aantal individueel en collectief verzekerden 18+ gecombineerd met de premies en collectieve kortingen per polis is een gewogen gemiddelde berekend van de betaalde premie per polis inclusief collectieve kortingen, exclusief andere kortingen. De gemiddeld in 2016 betaalde premies zijn aangepast vanwege gecorrigeerde gegevens van het aantal verzekerden per polis van een verzekeraar. De totaal gemiddeld betaalde premie 2016 gaat hierdoor van € 1.199 naar € 1.201.
33.	3	Gemiddelde betaalde premie per polissoort	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Idem als hierboven, maar dan per polissoort. De indeling in vier categorieën betekent wel iets voor de interpretatie van de uitkomsten. We hebben apart de gemiddelde prijs gedefinieerd van de polissen met beperkende voorwaarden. De polissen met beperkende voorwaarden zijn in feite naturapolissen en een enkele combinatiepolis. In de categorie 'natura' en 'combinatie' zitten dus niet alle natura- of combinatiepolissen.
34.	3	Prijs individuele versus collectieve verzekeringen	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa	Basispremie, betaalde premie en collectieve korting. Voor individueel verzekerden is de betaalde premie gelijk aan de basispremie. Collectief verzekerden betalen de basispremie minus collectieve korting. Input op polisniveau voor de berekening: - premiegrondslag (basispremie) - aantal verzekerden 18+ individueel

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			Modelovereenkomsten	- aantal verzekerden 18+ collectief - gemiddelde collectieve korting voor collectief verzekerden
35.	3	Prijsvoordeel collectieve verzekeringen per soort collectiviteit	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten 3e NZa uitvraag Collectiviteiten	Berekening gaat als volgt: Gemiddeld betaalde nominale premie individueel verzekerden - gemiddeld betaalde nominale premie collectief verzekerden (naar soort collectiviteit) Input (uit al beschreven indicatoren): - gemiddeld betaalde premie individueel verzekerden (Modelovereenkomsten en Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag) - gemiddelde korting per soort collectiviteit (uitvraag Collectiviteiten) Het betreft ook hier gewogen gemiddelden op basis aantal verzekerden * betaalde premie c.q. collectieve korting. Met ingang van 2017 heeft de NZa de uitvraag collectiviteiten uitgebreid met collectiviteiten via gemeenten (voor mensen met een laag inkomen). In vorige jaren vielen deze collectiviteiten onder 'Overig'.
36.	4	Aantal verzekerden	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Het aantal verzekerden basisverzekering en aanvullende verzekering komt rechtstreeks uit de bron.
37.	4	Aantal onverzekerden	Zorginstituut	Zorginstituut: Jaaroverzicht Aantallen zijn rechtstreeks overgenomen uit de bron.
38.	4	Aantal wanbetalers	Zorginstituut	Zorginstituut: Jaaroverzicht Aantallen zijn rechtstreeks overgenomen uit de bron.
39.	4	Publicatiedatum premie	Zorgverzekeraars;	Voor de publicatiedatum van de premie per polis hebben we de websites van zorgverzekeraars,

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			persberichten, websites	persberichten en nieuwsberichten gemonitord, o.a. met behulp van nieuws-alerts.
40.	4	Overstappen loont; besparing premie door overstappen	<p>premiegrondslag: bestand NZa Modelovereenkomsten</p> <p>betaalde premie en aantal verzekerden: Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag</p>	<p>Som van (prijs per polis en contractsoort jaar t * aantal verzekerden 18+ per polis en contractsoort jaar t) - som van (prijs per polis en contractsoort jaar t * aantal verzekerden 18+ per polis en contractsoort jaar t-1)</p> <p>Contractsoort: individueel of collectief verzekerd</p> <p>Een verschil in aantal verzekerden tussen jaar t en jaar t-1 wordt geëlimineerd door het aantal verzekerden verschil op te nemen tegen gemiddelde premie.</p>
41.	4	Prijsgevoeligheid	<p>Formule prijsgevoeligheid: NZa-researchpaper:</p> <p><i>Measuring consumer premium elasticities in health insurance: A new approach (2007)</i></p> <p>Premiegrondslag: bestand NZa Modelovereenkomsten</p> <p>Betaalde premie (P) en aantal verzekerden (x):</p>	<p>De definitie van prijsgevoeligheid komt uit het genoemde NZa-researchpaper. We gebruiken onderstaande formule uit dit paper:</p> $\varepsilon^*(\alpha) = - \frac{\sum_{l=1}^N \sum_{k=i,g} P_{k,l} (x_{k,l,t} - x_{k,l,t+1})}{\frac{1}{2} \sum_{l=1}^N \sum_{m=1}^N \frac{x_{i,l,t}}{P_{i,l}} ((P_{i,l} - P_{i,m})^2 + \alpha (P_{i,l} - P_{g,m})^2) + \frac{x_{g,l,t}}{P_{g,l}} (P_{g,l} - P_{g,m})^2}$ <p>De formule vullen we met de andere bronnen zoals die genoemd staan. Voor een nadere uitleg wordt verwezen naar het researchpaper.</p>

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	De prijsgevoeligheid 2016 is aangepast ten opzichte van onze vorige marktscan op basis van gecorrigeerde gegevens van het aantal verzekerden per polis van een zorgverzekeraar. De prijsgevoeligheid in de overstapperperiode van 2015 op 2016 gaat hierdoor van -0,7 naar -0,4.
42.	4	Aantal overstappers	Vektis/VECOZO en Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	<p>T/m 2013 op basis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag M.i.v. 2014 op basis geaggregeerde cijfers uit AVG (Aanleveren Verzekerden Gegevens) waarin de zorgverzekeraars hun verzekerdenmutaties aanleveren.</p> <p>(De twee bovengenoemde bronnen geven jaarlijks een klein verschil te zien in percentage overstappers. Verschillen zijn 0,1 tot 0,2 procentpunt.)</p> <p>Percentage: Berekening op basis uitstroom en instroom van verzekerden per zorgverzekeraar van 31 december jaar t-1 op 1 januari jaar t. Afgezet tegen totaal aantal verzekerden op peilmoment 1 januari 00:00 uur.</p> <p>Verdeling naar individueel en collectief verzekerden voor alle jaren op basis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag.</p>
43.	4	Sturing met eigen risico	NZa; polisvoorwaarden en websites zorgverzekeraars	<p>Aan de hand van de polisvoorwaarden en websites van zorgverzekeraars is vastgesteld of een zorgverzekeraar het eigen risico inzet als sturingsinstrument door bepaalde zorg of zorgaanbieders aan te wijzen waarvoor geen eigen risico geldt (naast de wettelijk van het eigen risico vrijgestelde zorgprestaties).</p> <p>Sturing via aangewezen zorgaanbieder bij farmaceutische zorg voor 2016 is aangepast van 11 naar 12 verzekeraars. Een verzekeraar die niet op al zijn labels stuurde was vorig jaar niet meegeteld, dit jaar wel. Sturing via aangewezen zorg (een programma voor een aandoening) is in 2016</p>

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
				bijgesteld van twee naar één verzekeraar. Eén verzekeraar bood wel de mogelijkheid in de polisvoorwaarden, maar had niet daadwerkelijk een programma aangewezen.
44.	4	Opbrengst verplicht eigen risico	Rijksbegroting VWS 2017, Tabel 11, pagina 178	De geraamde opbrengst verplicht eigen risico komt rechtstreeks uit de bron.
45.	4	Gemiddelde premiekorting vrijwillig eigen risico	bestand NZa Modelovereenkomsten	We berekenen een ongewogen gemiddelde van alle polissen, om een beeld te vormen van de geboden korting. De exacte prijzen van polissen en eigen risicokortingen zijn bekend uit de premie-tabellen die de zorgverzekeraars publiceren. Ontbrekende prijzen, als een bepaalde categorie eigen risico niet wordt aangeboden bij een verzekering, zijn niet meegeteld in de berekening.
46.	4	Spreiding premiekorting vrijwillig eigen risico	bestand NZa Modelovereenkomsten	Zelfde bron als hierboven. Voor deze analyse hebben we per categorie eigen risico de hoogste en de laagste waarde van de kortingen genomen en daarvan eveneens het verschil laten zien.
47.	4	Percentage verzekerden per eigen risico categorie	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Som van aantal verzekerden per polis per vrijwillig eigen risico categorie (categorie 0, 100, 200, 300, 400, 500 euro vrijwillig ER)
48.	4	Verzekerden met een herverzekering van het verplicht eigen risico.	NZa uitvraag Collectiviteiten (waarin ook uitvraag herverzekering)	Aantal: direct uit de bron opgeteld. Percentage: $(\text{som van aantal verzekerden 18+ met herverzekering van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar} / \text{totaal aantal verzekerden 18+}) * 100\%$
49.	5	Risicoselectie	Kenmerken per verzekerde voor de risicoverevening. Kosten per verzekerde voor de risicoverevening	De NZa gebruikt een set basisindicatoren voor het monitoren van signalen van risicoselectie. Deze zijn voor het eerst gepresenteerd in juni 2015 (NZa, 25 juni 2015). De set van basisindicatoren is voor het eerst toegepast op concern- en polisniveau voor de jaren 2010 tot en met 2013. De resultaten van deze analyse zijn in januari 2016 gepubliceerd (NZa, 29 januari 2016). Met een kwalitatief onderzoek is nadere duiding gegeven aan de kwantitatieve analyse. Deze bevindingen kwamen in september 2016 uit (NZa, 26 september 2016).

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
50.	5	Solvabiliteitsratio	Zorgverzekeraars; Jaarcijfers Basisverzekering	De bedragen van vereiste en aanwezige solvabiliteit onder Solvency II zijn als aparte posten weergegeven in de door de zorgverzekeraars vanaf 2014 gepubliceerde Jaarcijfers Basisverzekering. Solvabiliteitsratio = (aanwezige solvabiliteit / minimaal vereiste solvabiliteit) * 100%
51.	5	Premie en vereveningsbijdrage per verzekerde	Zorgverzekeraars; Jaarcijfers Basisverzekering	Het betreft het totaal van de premies eigen rekening en de bijdragen uit het zorgverzekeringsfonds gedeeld door het aantal verzekerden 18+
52.	5	Netto betaalde premie	Zorgverzekeraars; Jaarcijfers Basisverzekering	Het betreft het totaal van de premies eigen rekening gedeeld door het aantal verzekerden 18+. Premies eigen rekening zijn de nominale premies verminderd met alle voorkomende kortingen.

2. Update basisindicatoren risicoselectie/risicosolidariteit

De NZa gebruikt een set basisindicatoren voor het monitoren van signalen van mogelijke risicoselectie. De set van basisindicatoren is voor het eerst toegepast op concern- en polisniveau voor de jaren 2010 tot en met 2013. De resultaten van deze analyse zijn in januari 2016 gepubliceerd (NZa, 29 januari 2016). Met een kwalitatief onderzoek is nadere duiding gegeven aan de kwantitatieve analyse. Deze bevindingen kwamen in september 2016 uit (NZa, 26 september 2016). In het rapport '[Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt](#)' staat een beschrijving van definities en methoden die de NZa hierbij hanteert.

In deze update zijn de volgende gegevens geactualiseerd en gebruikt:

- Definitieve kostencijfers 2012 en 2013 (van ZiN).
- Voorlopige kostencijfers 2014 (van ZiN).
- Kenmerken van verzekerden 2014 (van ZiN).
- Gegevens over polis keuze van verzekerden 2014 (van Vektis).

2.1 Beschrijving van de indicatoren

De basisindicatoren zijn gebaseerd op het ex-ante vereveningsresultaat. We gebruiken het gestandaardiseerde vereveningsresultaat in plaats van het daadwerkelijke ex-ante vereveningsresultaat en noemen dit in de rest van de tekst 'resultaat' of 'vereveningsresultaat'. Dit resultaat is eenvoudig te begrijpen en vergelijkbaar tussen alle jaren. Het landelijk gemiddelde van het resultaat is ieder jaar nul. Het resultaat ligt boven het gemiddelde (maar hoeft geen winst te zijn) als het positief is en onder het gemiddelde (maar hoeft geen verlies te zijn) als het negatief is.

De indicatoren geven het volgende weer:

- Het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar op de totale populatie van de polis (indicator T). Verzekerdenjaar betekent dat we rekening houden met de duur van inschrijving. Verzekerden die halverwege het jaar ingeschreven worden (pasgeborenen, overledenen) tellen minder dan één verzekerdenjaar mee.
- Het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar op de uitstroom, dus op de verzekerden die overstappen naar een andere polis (indicator U). Deze indicator corrigeren we voor het resultaat op de verzekerden die niet uitstromen (indicator $U-T_{\text{blijvers}}$).
- Het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar op de instroom, dus op de nieuwe verzekerden in een bepaald jaar, berekend vóór en ná de overstap (indicatoren I^* en I).
- Het effect van niet voorspelbare kostenontwikkelingen op het resultaat van de polis gegeven de samenstelling van zijn populatie (indicator V).

Een indicator met een resultaat dat (significant) boven nul ligt wijst op een gezondere populatie dan gemiddeld en andersom, een resultaat dat (significant) onder nul ligt wijst op een ongezondere populatie dan gemiddeld. Indicator T geeft een beeld van de huidige situatie, indicatoren U, $U-T_{\text{blijvers}}$ en I geven inzicht in de ontwikkelingen. Als een polis een positief resultaat heeft op de totale populatie (T) en op de

instroom (I), maar een negatief resultaat op de uitstroom (U en $U-T_{\text{blijvers}}$), dan heeft deze polis boven gemiddeld veel gezonde verzekerden waarbij het aandeel gezonde verzekerden op de polis blijft groeien. De polis draagt bij aan segmentatie op de polismarkt en heeft een sterke aanwijzing voor risicoselectie.

Indicatoren I* en V gebruiken we als robuustheidscheck.

2.2 Samenhang tussen de basisindicatoren

Hoe identificeren we polissen die bijdragen aan segmentatie van de markt en een aanwijzing vormen voor risicoselectie? Hiervoor gebruiken we de basisindicatoren. Onderstaande tabel maakt inzichtelijk welke combinaties van uitkomsten van indicatoren een aanwijzing vormen voor risicoselectie. De eerste twee combinaties vormen een sterke aanwijzing, terwijl de laatste twee beperkte aanwijzingen zijn.

Tabel 1. Aanwijzingen voor risicoselectie

Indicator	Sterke aanwijzing 1	Sterke aanwijzing 2	Beperkte aanwijzing 3	Beperkte aanwijzing 4
T	Positief of eventueel niet relevant	Negatief of eventueel niet relevant	Positief, negatief of eventueel niet relevant	Positief, negatief of eventueel niet relevant
I	Positief	Negatief	Positief of negatief	Niet relevant
I*	Positief	Positief, negatief of niet relevant	Hetzelfde teken als I	Niet relevant of eventueel positief of negatief
U	Negatief of niet relevant	Positief of niet relevant	Niet relevant of eventueel hetzelfde teken als T	Positief of negatief
$U-T_{\text{blijvers}}$	Negatief	Positief	Niet relevant	Hetzelfde teken als U
V	Niet relevant	Niet relevant	Niet relevant	Niet relevant

De term 'niet relevant' betekent dat het gemiddelde relevantieniveau van de indicator over de onderzochte periode onder 1 is.

2.3 Resultaten per polis 2011-2014

Onderstaande figuur toont de gemiddelde resultaten per polis voor de periode 2011-2014. Op de verticale as zijn de verschillende basisindicatoren weergegeven. Op de horizontale as staan alle polissen. De nummering van de polissen komt niet overeen met de nummering van de polissen in het kwantitatieve onderzoek van 2016. Per polis zijn bij de indicatoren gekleurde bolletjes te zien die in grootte van elkaar kunnen verschillen. Een bolletje is paars wanneer het resultaat van de indicator positief is, bij een negatief resultaat is het bolletje geel. De grootte van het bolletje geeft de gemiddelde relevantie in de periode 2011 tot en met 2014 weer. Het relevantieniveau laat zien in hoeverre de indicatorwaarde afwijkt van nul in de periode dat de polis op de markt was. Als een bolletje relevantieniveau 4 heeft, dan lag in de periode 2011-2014 het resultaat van de polis ieder jaar meer dan € 100 hoger dan het landelijk gemiddelde resultaat.

In de figuur is te zien dat 13 polissen een sterke aanwijzing voor risicoselectie laten zien. Dertien andere polissen laten een patroon van

beperkte aanwijzing voor risicoselectie zien. Bij de sterke aanwijzingen gaat het om polissen met nummer x03, x04, x06, x07, x08, x09, x32, x43, x50, x68, x69, x75 en x78. Bij de beperkte aanwijzing om polissen met nummer x02, x12, x15, x16, x21, x29, x33, x36, x41, x44, x58, x66 en x72.

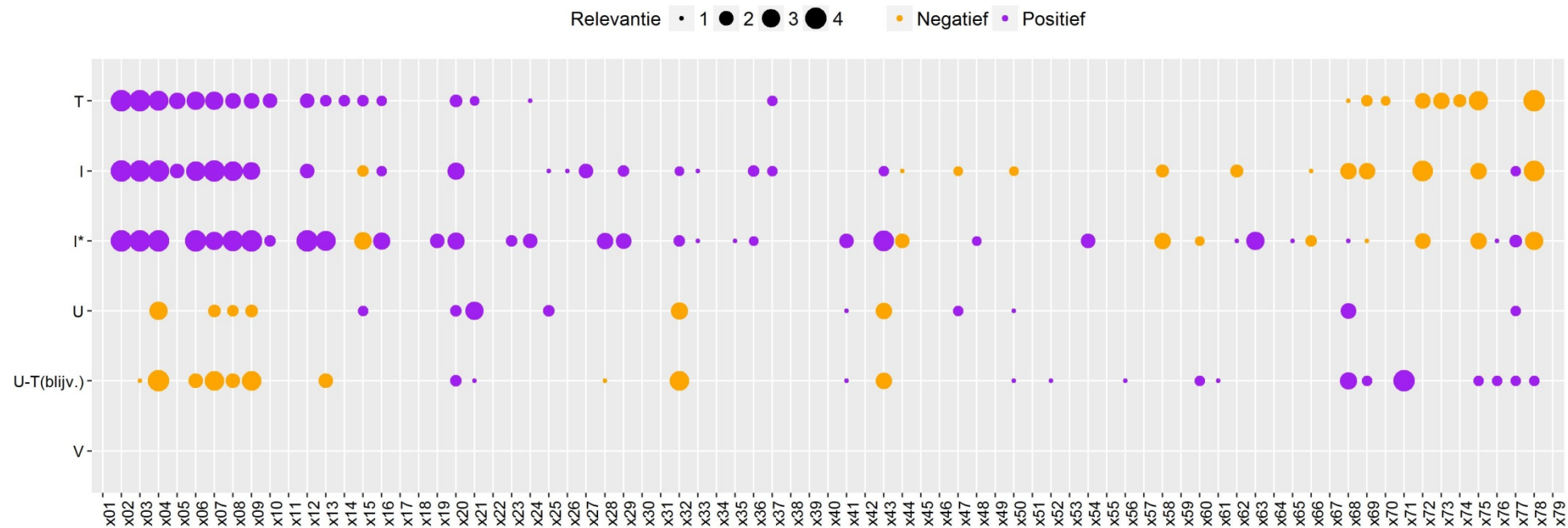
In deze update vinden we vrijwel een gelijk aantal polissen met aanwijzingen voor risicoselectie als in het kwantitatief onderzoek van 2016. Wel is de verdeling tussen polissen met sterke en beperkte aanwijzingen voor risicoselectie veranderd. We vinden nu namelijk meer polissen met sterke aanwijzingen (13 in plaats van 8) en minder polissen met beperkte aanwijzingen voor risicoselectie (13 in plaats van 20). In ons kwantitatief rapport van 2016 hebben we onterecht een polis met sterke aanwijzing als polis met beperkte aanwijzing aangemerkt en een polis met beperkte aanwijzing niet genoemd. Dit had echter geen invloed op het landelijk beeld over risicoselectie en risicosolidariteit en dus op de duiding en conclusies van het Kwalitatief onderzoek. Voor deze duiding, zie [het kwalitatieve rapport uit 2016](#).

We zien dat vijf sterke aanwijzingen betrekking hebben op oudere polissen met een slechter vereveningsresultaat dan het landelijk gemiddelde. Dit waren er vorig jaar twee. Hun verzekerdenpopulatie wordt langzaam steeds selectiever door de uitstroom van gezonde verzekerden. Aan de andere kant zien we bij acht sterke aanwijzingen dat die polissen zich richten op jonge en gezonde verzekerden die bereid zijn over te stappen. Dit waren er vorig jaar vier. Deze polissen slagen er in om een selectieve populatie aan te trekken.

Van de polissen die een beperkte aanwijzing tot risicoselectie laten zien, vielen er zeven eerder ook al in deze groep. Drie polissen die nu een beperkte aanwijzing tot risicoselectie laten zien, hadden eerder geen opvallend resultaat. Twee polissen, die nu een beperkte aanwijzing hebben, waren in de vorige onderzoeksperiode (2010-2013) niet op markt. Tenslotte is er één polis die nu beperkte aanwijzingen voor risicoselectie laat zien, terwijl deze eerder sterke aanwijzingen voor risicoselectie had.

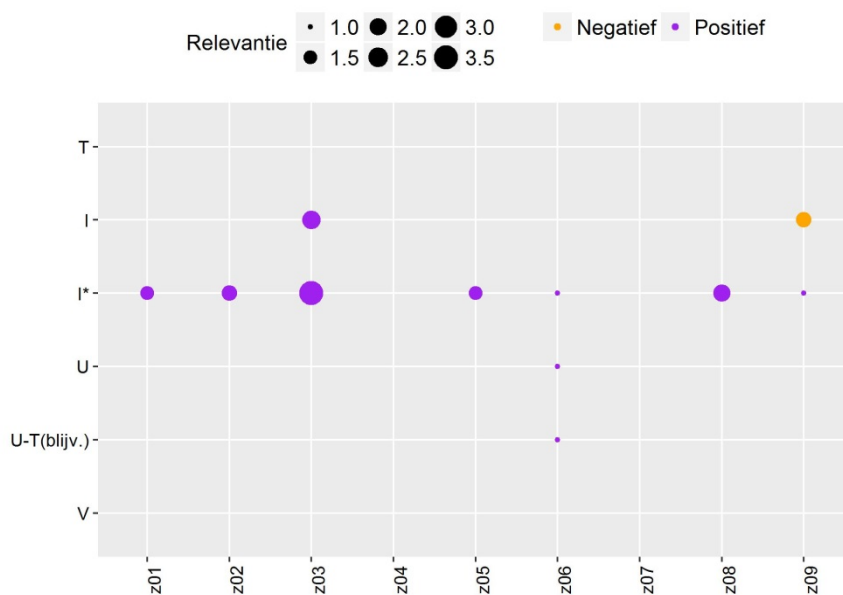
Concerns van zorgverzekeraars hebben nog steeds een gemengde populatie verzekerden. Dit blijkt uit de volgende figuur. Deze figuur laat de gemiddelde resultaten per concern zien voor de periode 2011-2014. Hieruit volgt dus dat de resultaten van polissen met een gunstig en ongunstig resultaat elkaar uitmiddelen op concernniveau.

Figuur 1. Resultaten basisindicatoren per polis (2011-2014)



Bron: Berekeningen NZa op gegevens van ZiN en Vektis 2011-2014

Figuur 2. Resultaten basisindicatoren per concern (2011-2014)



Bron: Berekeningen NZa op gegevens van ZiN en Vektis 2011-2014

3. Analyse kruissubsidie tussen polissen zorgverzekeringsconcerns

Betalen verzekerden in een polis met een beneden gemiddeld resultaat een hogere premie dan verzekerden in een polis met bovengemiddeld resultaat? Met deze analyse willen we een inzicht krijgen in hoeverre er sprake is van kruissubsidie tussen de polissen van zorgverzekeringsconcerns.

Om premieverschillen tussen de polissen in kaart te brengen, focussen we op de betaalde premies in plaats van basispremies. Dit betekent dat we voor zover mogelijk rekening houden met de korting van de premie voor een collectieve verzekering en voor het vrijwillig eigen risico. We nemen ook de eventuele zorgkosten in verband met het vrijwillig eigen risico mee die de verzekerde betaalt aan de zorgverzekeraar. De eventuele zorgkosten voor het *verplicht* eigen risico zitten in het gestandaardiseerde vereveningsresultaat van de verzekerde; daarom nemen we deze niet mee in de uitgaven van de verzekerde. We nemen eventuele eigen bijdragen ook niet mee in onze analyse. Deze eventuele uitgaven kunnen tot de aantasting van risicosolidariteit leiden maar horen niet bij de polisvoorwaarden of polis-opties die de zorgverzekeraar kan bepalen.

In de analyse betrekken we alleen verzekerden boven de 18 jaar omdat alleen zij een premie betalen en voor een vrijwillig eigen risico kunnen kiezen. We beschouwen daarbij alle verzekerden die in de categorie 18+ vallen als mensen die het hele jaar 18+ zijn, en dus de hele jaar eigen risico dragen. De gemiddelde betaalde premie van een polis geeft aan hoeveel premie de verzekerden van deze polis gemiddeld betalen. Hierbij zijn de zorgkosten vanwege een eventueel vrijwillig eigen risico meegenomen. Van dit totale bedrag trekken we de landelijk gemiddelde betaalde premie af, zodat we naar de verschillen tussen polissen kunnen kijken. We nemen het gemiddelde van deze 'gestandaardiseerde premies' per jaar in de periode 2011 - 2014 zodat we één getal per polis krijgen.

In onze analyse zetten we de gestandaardiseerde premies af tegen de gestandaardiseerde resultaten. Hierbij houden we geen rekening met verschillen tussen de polissen, zoals verschillen in voorwaarden of in de kwaliteit van dienstverlening. Wanneer zorgverzekeraars de resultatenverschillen in de verevening via premieverschillen en kortingen volledig doorrekenen aan verzekerden, kan dit een aanwijzing voor aantasting van de risicosolidariteit vormen. Als premieverschillen los van resultatenverschillen staan, dan zien we een aanwijzing dat risicosolidariteit gerealiseerd is.

Onze resultaat op basis van de analyse is dat de groep polissen die een slechter vereveningsresultaat hebben dan het landelijk gemiddelde niet per se een hogere premie hebben dan de landelijk gemiddelde premie. In het algemeen wordt er niet of minder gecompenseerd in de premie voor het beneden gemiddelde vereveningsresultaat. Er is voor de polissen met een ongunstig resultaat sprake van kruissubsidiering. Aan de andere kant zien we dat polissen die een bovengemiddeld vereveningsresultaat behalen, de positieve resultaten grotendeels teruggeven aan de verzekerden door een lagere premie. Bij deze polissen is er in mindere

mate sprake van kruissubsidiëring. Kruissubsidiëring vermindert de gevolgen van de segmentatie.

4. Analyse verzekerden met intensieve langdurige ggz

Komen verzekerden die langdurig en intensief gebruikmaken van ggz al dan niet door zelfselectie meer dan gemiddeld voor in bepaalde polissen? We kijken specifiek naar de groep verzekerden met een langdurig intensief ggz-gebruik naar aanleiding van een vraag van de minister van VWS om dit in de analyse naar risicoselectie te betrekken. Tevens gaan we hiermee in op de motie Dijkstra van 7 juli 2016.

4.1 Beschrijving van indicatoren ggz-kenmerken

Welke kenmerken hebben personen die langdurig en intensief gebruikmaken van ggz? We definiëren vier groepen van verzekerden die meerdere jaren gebruikmaken van ggz via persoonskenmerken uit de risicoverevening. We bekijken alleen volwassen verzekerden, omdat de kosten van kinderen in de ggz niet onder de verevening vallen.

We definiëren de volgende vier subgroepen:

- Verzekerden die in 2014 in een ggz farmaciekostengroep (FKG) vielen. Deze verzekerden kregen in 2013 medicijnen voor een chronische psychische aandoening. We kunnen dus van een langdurig gebruik van ggz uitgaan bij deze groep.
- Verzekerden die in 2014 in een ggz diagnosekostengroep (DKG) vielen. Deze verzekerden hebben in 2012 en 2013 ggz kosten gemaakt en in 2013 een bepaalde behandeling gekregen. Ook bij deze groep kunnen we van een langdurig ggz gebruik uitgaan.
- Een groep verzekerden in 2014 die in de twee voorgaande jaren (2012 en 2013) ggz-kosten heeft gemaakt. De variabele ggz-kosten in het kostenbestand van ZiNL is groter dan 0.
- Een groep verzekerden in 2014 die in de twee voorgaande jaren (2012 en 2013) meer dan € 1000 aan ggz kosten had. Met deze ondergrens aan kosten proberen we de groep met 'intensief gebruik' te identificeren.

Hierbij merken wij op dat dat het gaat om het ggz-model 2014. Inmiddels is het ggz-model aanzienlijk verbeterd. Daarnaast zijn de data 2014 nog niet definitief vastgesteld. Er is daarom nog veel onzekerheid over de cijfers.

4.2 Resultaat van de ggz-subgroepen

In hoeverre zijn er prikkels tot selectie van personen in een van de hierboven gedefinieerde subgroepen? Om hiervan een inschatting te kunnen maken, berekenen we het gestandaardiseerde vereveningsresultaat het ggz-model, het somatische model en eigen risico model samen van elke subgroep op landelijk niveau. Hierbij merken wij op dat het gaat om de modellen 2014. Vanwege tekortkomingen aan het model bestonden er in 2014 nog ex-post compensaties voor het ggz-model, waardoor de hier gepresenteerde resultaten voor verzekeraars werden gemitigeerd.

Inmiddels is zijn de modellen aanzienlijk verbeterd. Eventuele prikkels die we hier vinden, kunnen al weggenomen zijn door de modelverbeteringen.

Tabel 3.1 laat zien dat verzekerden die in een ggz farmaciekostengroep vielen in 2014 vrijwel een gemiddeld resultaat hadden. De andere drie subgroepen hebben een onder gemiddeld resultaat op landelijk niveau, maar het hoeft geen verlies te zijn. Bij deze subgroepen zouden we daarom selectie kunnen verwachten in 2014. In de volgende analyse kijken we of we aanwijzingen zien voor selectie in deze groepen.

Tabel 2. Resultaten ggz-subgroepen 2014

Subgroep	Landelijk gemiddeld resultaat per verzekerdenjaar (in euro's)
1. In ggz farmacie-kostengroep	2
2. In ggz diagnose-kostengroep	-317
3. Ggz kosten in 2012 en in 2013	-346
4. Ggz kosten boven 1000 euro in 2012 en in 2013	-658

Bron: Berekeningen NZa op gegevens van ZiN 2011-2014

4.3 Analyse aandeel populatie in polissen

In hoeverre wijkt het aandeel van de gedefinieerde groepen in de totale populatie van een polis af van het landelijk gemiddelde? Dit hebben we berekend. We gebruiken de standaardafwijking als maatstaf om groepen te vergelijken.

Onderstaande tabel laat het landelijk gemiddelde aandeel van elke subgroep zien en de variatie van dit aandeel tussen polissen. We zien bijvoorbeeld dat 4,7% van alle volwassen verzekerden in een ggz FKG valt. Als we dit aandeel per polis berekenen zien we variatie tussen de polissen. De standaardafwijking tussen de aandelen per polis is 0,014. Dit is een maat voor de variatie in de gegevens. In deze context geeft de standaardafwijking aan in hoeverre de proporties van subgroepen verschillen tussen polissen.

Tabel 3. Gemiddelde aandeel en afwijking subgroepen

Subgroep	Landelijk gemiddelde aandeel	Standaardafwijking van de aandelen
1. In ggz farmaciekostengroep	0,047	0,014
2. In ggz diagnosekostengroep	0,021	0,010
3. Ggz kosten in 2012 en 2013	0,033	0,015
4. Ggz kosten boven 1000 euro in 2012 en in 2013	0,016	0,007

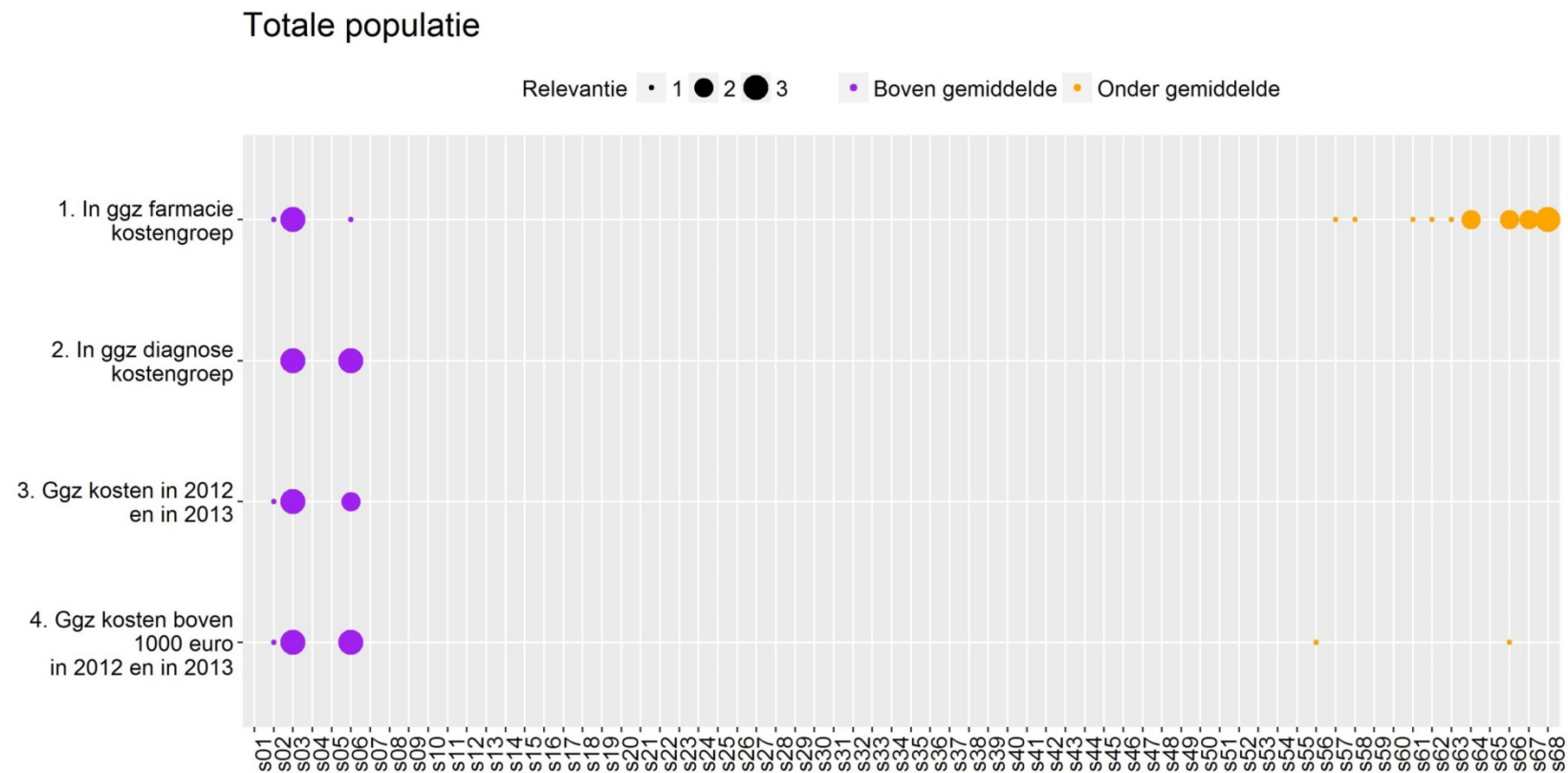
Het verschil tussen het gemiddelde aandeel (van elke groep) binnen de polis en het landelijke aandeel toetsen we tegen drie positieve waarden: (1) *boven één* standaardafwijking, (2) *boven anderhalve* standaardafwijking, en (3) *boven twee* standaardafwijkingen en drie negatieve waarden: (-1) *onder één* standaardafwijking, (-2) *onder anderhalve* standaardafwijking, en (-3) *onder twee* standaardafwijkingen. Het relevantieniveau betekent in dit geval niet per se een sterke afwijking maar een uiterste waarde tussen de polissen. De figuren geven daarom niet het aantal sterk afwijkende polissen weer, maar laten de verschillen over polissen voor de totale polispopulatie zien.

Figuur 4. geeft de afwijking ten opzichte van de totale populatie weer in 2014 voor iedere subgroep en polis. Op de horizontale as staan alle polissen, op de verticale as de vier subgroepen. Een paarse gekleurd bolletje geeft weer dat de polis-populatie bovengemiddeld afwijkt van het landelijke gemiddelde, een geel gekleurd bolletje geeft een onder gemiddelde afwijking weer. De grootte van het bolletje geeft aan hoe groot de afwijking is.

Er zijn polissen die bovengemiddeld veel verzekerden hebben die in 2014 in een ggz FKG vielen. Daarentegen zijn er ook polissen waar deze subgroep ondervertegenwoordigd is. Dit kan op selectie wijzen. Dit wil niet zeggen dat er ook daadwerkelijk sprake is van selectie. Er kan ook sprake zijn van andere oorzaken zoals zelfselectie door verzekerden of verschillen in polissen als gevolg van bijvoorbeeld doelmatige inkoop. De resultaten voor de drie andere subgroepen laten dit beeld niet zien. Er zijn geen polissen die relatief weinig verzekerden uit deze drie subgroepen hebben. Wel zijn er drie polissen waar verzekerden uit deze drie subgroepen oververtegenwoordigd zijn. Twee van die polissen hebben te maken met grootstedelijke problematiek. Bij één polis is er sprake van een verliesgevende populatie, verliesgevende instroom en een winstgevende uitstroom. Er is bij die polis sprake van een sterk signaal voor segmentatie in het algemeen, niet specifiek voor verzekerden met een langdurig intensief ggz-zorggebruik.

Het is voor de verzekeraar ongunstig om verzekerden uit de laatste drie subgroepen bewust aan te trekken; zij hebben namelijk een onder gemiddeld resultaat (zie tabel 3.1). We zien daarom geen redenen om aan te nemen dat er sprake is van ongewenste selectie van verzekerden die langdurig en intensief gebruikmaken van ggz.

Figuur 4. Aandeel van groepen in de totale populatie van polissen in 2014



5. Analyse veranderingen bij invoering Solvency II

Hebben de regels over vereist kapitaal in Solvency II invloed op risicoselectie? We kijken specifiek naar de veranderingen bij de invoering van Solvency II naar aanleiding van een vraag van de minister van VWS om dit in de analyse naar risicoselectie te betrekken. Hiermee gaan we tevens in op de motie Dijkstra van 7 juli 2016.

Op basis van de Solvency I eisen moesten Nederlandse zorgverzekeraars tot 2016 11-12% van de gemiddelde schadelast van de afgelopen 3 jaar aanhouden als vereist kapitaal. Onder Solvency II wordt dit vervangen door een gestandaardiseerde berekening op basis van meerdere risicomodules. In totaal bedraagt de solvabiliteitseis onder Solvency II ongeveer 15 tot 17% van de bruto schadelast. Door de nieuwe berekening wordt de vereiste buffer (SCR) onder Solvency II voor een groot deel afhankelijk van de premieomzet, inclusief vereveningsbijdrage (dit is benadering van de verwachte schadelast inclusief bedrijfskosten).

Er zijn er twee belangrijke veranderingen die de prikkel tot risicoselectie kunnen beïnvloeden: (i) veranderingen van het rekenmodel; (ii) verandering van de grondslag waarover de kapitaaleis wordt berekend. Hieronder lichten we eventuele effecten van deze verandering toe op de mogelijke prikkel tot selectie.

- De kapitaaleis is niet langer enkel afhankelijk van de schadelast, maar voor een groot deel afhankelijk van de verwachte premie-omzet. Daarnaast spelen ook risicomodules mee die niet direct afhankelijk zijn van de premie-omzet. Doordat ook andere risicomodules meewegen neemt de prikkel tot risicoselectie af. Hier staat tegenover dat de kapitaaleis is toegenomen van 11-12% naar 15-17%. Hierdoor verandert de prikkel qua omvang per saldo waarschijnlijk niet significant.
- Onder Solvency I was de grondslag van de kapitaaleis bepaald op basis van de gemiddelde historische schadelast in de laatste drie jaren. Onder Solvency II wordt dit voor een groot deel bepaald op basis van de premieomzet (inclusief vereveningsbijdrage). Zorgverzekeraars krijgen vanuit de risicoverevening een hogere bijdrage voor ongezonde verzekerden. Door deze risicoverevening wordt een prikkel weggenomen tot risicoselectie. Aan de andere kant is de kapitaaleis afhankelijk van de hoogte van de vereveningsbijdrage, waardoor voor verzekerden met een hoge bijdrage meer vermogen moet worden aangehouden. Het gebruik van de premieomzet als basis voor het risicobeheer, leidt tot een meer nauwkeurige inschatting van de financiële risico's. Ook hebben herstelmaatregelen sneller effect. Aan de ander kant leidt het aantrekken van gezondere of ongezondere populatie onder Solvency II sneller en ook niet langer gefaseerd tot een aangepaste solvabiliteitseis. Deze versnelling kan de prikkel tot risicoselectie versterken.

6. Analyse verzekerdenkenmerken polissen met beperkende voorwaarden

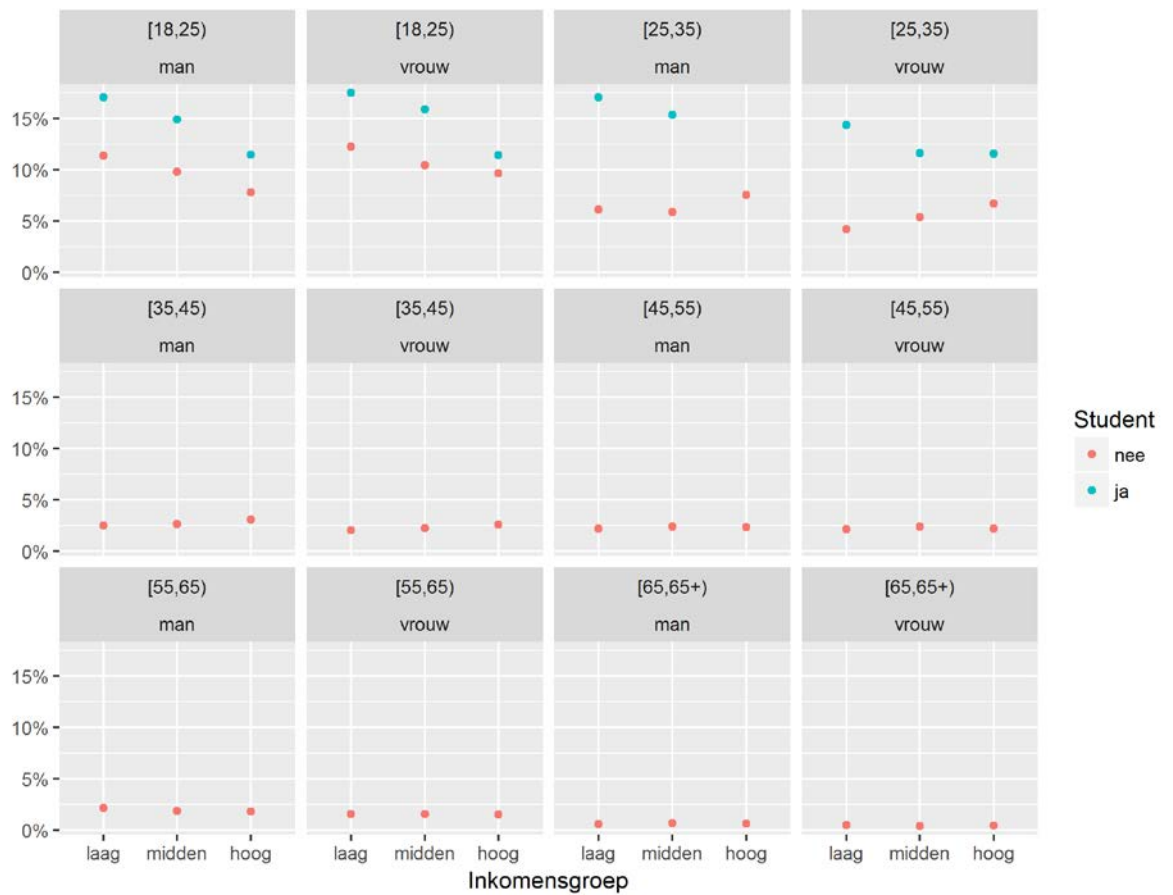
Kiezen verzekerden met een laag inkomen vaker of juist minder vaak voor een polis met beperkende voorwaarden? De NZa onderzocht dit op basis van zorggegevens uit 2014 op verzekerdenniveau. We bekijken drie inkomensgroepen (laag inkomen, middeninkomen en hoog inkomen) en onderscheiden subgroepen door te kijken naar gezondheid, leeftijd, geslacht en of iemand student is of niet.

Onderstaande figuur laat de resultaten van alle subgroepen van gezonde verzekerden zien. In de leeftijdsgroepen vanaf 35 jaar is er geen sterk verband tussen de keuze voor een polis met beperkende voorwaarden en de hoogte van het inkomen. In de groep tussen de 18 en 35 is dit verband wel te zien.

- In de leeftijdsgroep 18 tot 25 jaar kiezen verzekerden met een laag inkomen vaker voor een polis met beperkende voorwaarden dan verzekerden met een hoog inkomen. Dit geldt voor vrouwen en mannen, voor studenten en niet-studenten.
- Bij studenten in de leeftijdsgroep 25 tot 35 jaar zien we dat verzekerden met een laag inkomen vaker een polis met beperkende voorwaarden kiezen dan verzekerden met een hoger inkomen.
- Bij niet-studenten in de leeftijdsgroep 25 tot 35 jaar zien we een ander patroon. Vrouwen met een laag inkomen kiezen minder vaak voor een polis met beperkende voorwaarden dan vrouwen die niet-studenten zijn en een hoog inkomen hebben. Bij mannen zijn er minder verschillen tussen de inkomensgroepen.

De resultaten van de subgroepen van ongezonde verzekerden zijn vrijwel gelijk aan die van gezonde verzekerden.

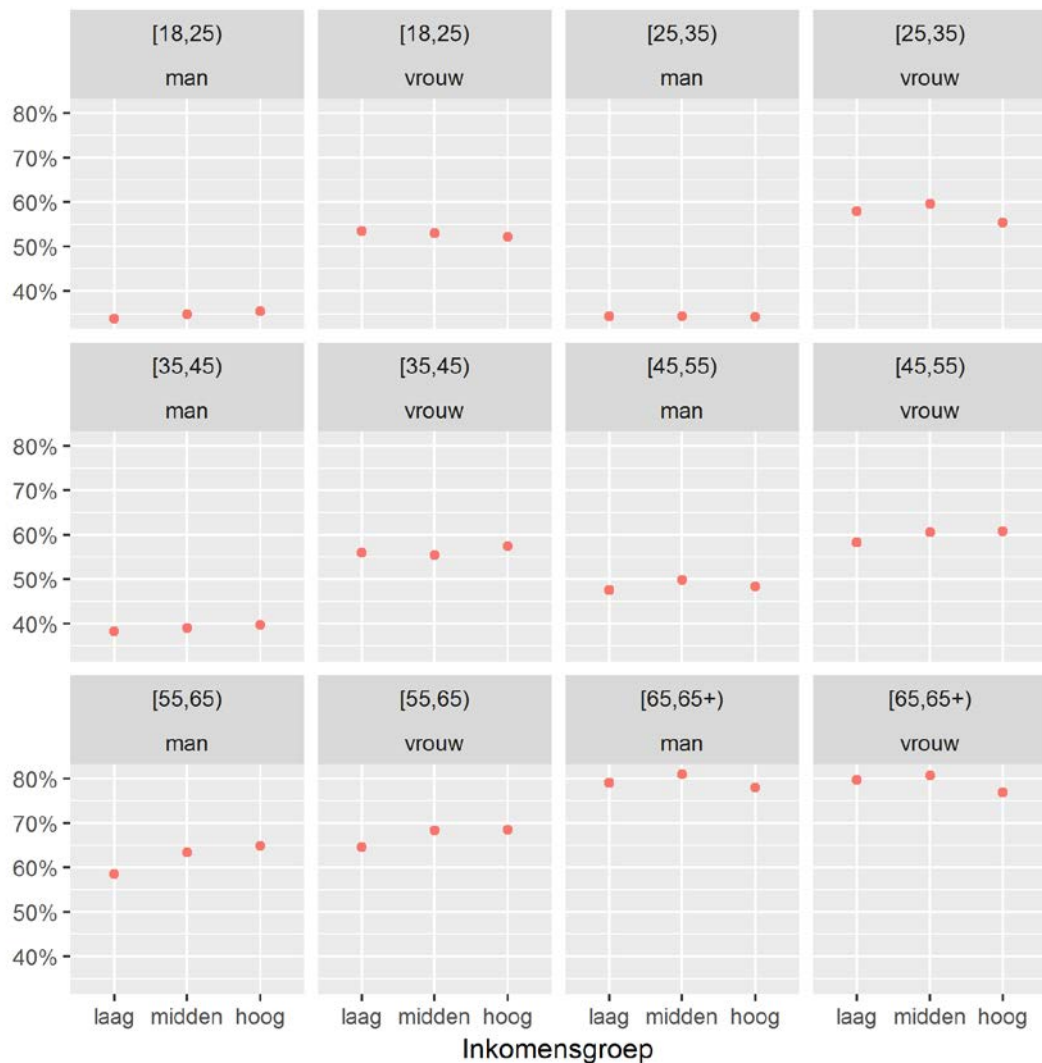
Figuur 5. Percentage gezonde verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden in 2014.



In onderstaande figuur analyseren we het percentage verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden dat tenminste één keer naar het ziekenhuis ging in 2014. Ook deze analyses zijn per leeftijdscategorie. De figuur laat het volgende zien:

- Er zijn nauwelijks verschillen tussen de inkomensgroepen in het percentage verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden dat tenminste één keer naar het ziekenhuis ging in 2014.
- We zien wel verschillen tussen de leeftijdsgroepen.
- Er zijn een paar subgroepen (vrouwen tussen 25-35 jaar, vrouwen boven 65 jaar en mannen boven 65 jaar) waar verzekerden met een hoog inkomen minder vaak ziekenhuiskosten maken in het jaar 2014 dan andere verzekerden in de subgroep.
- Er zijn ook subgroepen (mannen tussen 55-65 jaar en vrouwen tussen 55-65 jaar) waar verzekerden met een laag inkomen minder vaak ziekenhuiskosten maken dan de andere verzekerden in de subgroep.

Figuur 6. Percentage verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden dat een ziekenhuis bezocht in 2014



Polissen die onder de definitie van 'polissen met beperkende voorwaarden' vallen, zijn divers in de mate van beperking voor de verzekerden. Daarom hebben we bovenstaande analyses ook uitgevoerd voor verzekerden die een polis met een beperkt aantal ziekenhuiscontracten hebben gekozen. Voor deze verzekerden zien we hetzelfde beeld als de figuur voor polissen met beperkende voorwaarden. De percentages zijn uiteraard lager, omdat het hier om een kleiner aantal polissen gaat.

6.1 Definitie polissen met beperkende voorwaarden/ beperkt aantal ziekenhuiscontracten

Wat is een polis met beperkende voorwaarden? De NZa definieert deze categorie op basis van de volgende kenmerken:

- een vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75 procent, of;
- het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg is 75 procent én er is selectief gecontracteerd voor medisch-specialistische zorg, geneesmiddelen en/of hulpmiddelen, of;
- het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg is meer dan 75 procent én voor meerdere zorgvormen geldt dat er selectief is

gecontracteerd of dat online zorg moet worden afgenomen. Deze definitie komt uit het meest recente NZa-rapport over de zorginkoop bij deze polissen.

Beperkende voorwaarden in de ziekenhuiszorg kunnen grote financiële gevolgen hebben voor de verzekerden. Daarom onderzoeken we specifiek de polissen met beperkt aantal ziekenhuiscontracten. Verzekerden van deze polissen kunnen zonder bijbetaling kiezen uit een kleiner aantal ziekenhuizen.

Uit een dataset van Zorgweb en uit een eerdere uitvraag bij de zorgverzekeraars weten we per polis of een ziekenhuis is gecontracteerd. Als er een ziekenhuis gecontracteerd is, dan kunnen de verzekerden voor (een deel van) niet-spoedeisende zorg naar dit ziekenhuis zonder bijbetalingen terecht. We beschouwen een ziekenhuis als niet-gecontracteerd als verzekerden voor niet-spoedeisende zorg moeten bijbetalen.

Aan de hand van deze dataset hebben we per polis de gewogen netwerkgraad bepaald. De netwerkgraad is het percentage ziekenhuizen dat een polis heeft gecontracteerd. Door bij deze berekening met de omzet van de ziekenhuizen te wegen, krijgen we de gewogen netwerkgraad. De netwerkgraad is berekend op basis van algemene en academische ziekenhuizen. Polissen met een netwerkgraad lager dan 75% beschouwen we als polissen met beperkt aantal ziekenhuiscontracten. Uit onze analyse volgt dat de volgende polissen, polissen zijn met beperkt aantal ziekenhuiscontracten: Univé Gewoon ZEKUR Zorg, Zilveren Kruis Achmea Basis Budget, Avéro Zorgplan Selectief, en Internet Basispolis.

6.2 Analysebestand

Het analysebestand bevat kenmerken van verzekerden (gegevens van Zorginstituut Nederland) en keuze van polissen door verzekerden en de werkelijke kosten die onder de eigen risico vallen (Vektis gegevens). Beide bronnen bevatten gegevens op het niveau van individuele verzekerden in 2014. De ziekenhuiskosten van verzekerden zijn vanuit het BASIC 2014 bestand van Vektis meegenomen.

Omdat deze analyse alleen voor verzekerden die ouder zijn dan 18 jaar relevant is, zijn alleen deze verzekerden in de analyse meegenomen. Alleen verzekerden die in Nederland wonen zijn meegenomen, omdat we geen gegevens hebben over de zorgkosten van individuele verzekerden die in het buitenland wonen.

Kenmerk 'inkomensgroep': Het onderscheid tussen inkomensgroepen is op basis van het kenmerk 'sociaal-economische status' (SES) geoperationaliseerd. De SES is opgedeeld in drie clusters op basis van het gemiddelde adresinkomen: SES 1 (1e t/m 3e deciel), SES 2 (4e t/m 7e deciel), SES 3 (8e t/m 10e deciel). Er is een vierde cluster (SES 0) voor verzekerden die wonen op adressen met meer dan 15 bewoners. Deze categorie laten we voor onze analyse buiten beschouwing.

Kenmerk 'leeftijd': De leeftijdsgroep bestaat uit (18-25), (25-35), (35-45), (45-55), (55-65), (65 en 65+).

Kenmerk 'student': Verzekerden die op 1 juni ingeschreven staan bij een HBO- of WO-instelling (binnen Nederland) hebben vanaf 2014 het kenmerk 'student'. Dit kenmerk hebben wij voor individuele verzekerden onder 35 jaar.

Kenmerk 'gezond/ongezond': We definiëren het kenmerk 'gezond/ongezond' op basis van persoonskenmerken in de risicoverevening die op chronische aandoeningen duiden. Een verzekerde krijgt het kenmerk 'ongezond' als hij in een somatische farmaciekostengroep, in een ggz-farmaciekostengroep, in een somatische diagnosekostengroep of in een somatische meerjarig-hoge-kostengroep valt.