

**Monitor**

# **Zorgverzekeringsmarkt**

*De balans 2007*

Mei 2007



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>15</b>
1.1 Aanleiding	15
1.2 Doelstelling van de monitor	15
1.3 Focus monitor	15
1.4 Informatiebronnen	17
1.5 Leeswijzer	17
<b>2. Het aanbod van verzekeringen</b>	<b>19</b>
2.1 Inleiding	19
2.2 De aanbieders van verzekeringen	19
2.2.1 Marktafbakening	19
2.2.2 Marktconcentratie	21
2.2.3 Aanmerkelijke marktmacht (AMM)	24
2.2.4 Toetreding	25
2.3 Het aanbod van verzekeringen	25
2.3.1 Ontwikkelingen in wet- en regelgeving Zvw	25
2.3.2 Aanbod van basisverzekeringen	25
2.3.3 Het aanbod van aanvullende verzekeringen	27
2.4 Conclusies en acties NZa	28
<b>3. De collectieve verzekeringen</b>	<b>29</b>
3.1 Inleiding	29
3.2 De ontwikkeling in 2007	29
3.3 Afspraken in collectieve contracten	32
3.3.1 Premieafspraken en afspraken over toegang tot de aanvullende verzekeringen	32
3.3.2 Inhoudelijke afspraken	33
3.3.3 Aanvullende financiële afspraken	34
3.4 Conclusies en acties NZa	34
<b>4. Het overstappedrag van verzekerden</b>	<b>37</b>
4.1 Inleiding	37
4.2 Mobiliteit 2007	37
4.2.1 Ontwikkeling van de mobiliteit	37
4.2.2 Beoordeling van de ontwikkeling van de mobiliteit	39
4.3 Kenmerken overstappers	39
4.4 Redenen overstappers basisverzekering	40
4.5 De prijsgevoeligheid van verzekerden	43
4.6 Conclusies en acties NZa	43
<b>5. Kwaliteit</b>	<b>45</b>
5.1 Inleiding	45
5.2 De kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars	45
5.3 Enkele kwaliteitsaspecten gedrag zorgverzekeraars	46
5.3.1 De kwaliteit van de modelovereenkomsten	46
5.3.2 De afhandeling van het overstappen door zorgverzekeraars	47
5.4 Incentives voor kwaliteit van zorg	48
5.5 Conclusies en acties NZa	49
<b>6. Toegankelijkheid</b>	<b>51</b>
6.1 Inleiding	51
6.2 Toegankelijkheid basisverzekering	52

6.3	De toegankelijkheid van de aanvullende verzekering	52
6.3.1	Risicoselectie in de aanvullende verzekering	53
6.3.2	Mobiliteitsbeperking door contractvoorwaarden in de aanvullende verzekering	55
6.4	De toegankelijkheid van de collectieve verzekering	56
6.5	Transparantie keuze-informatie	57
6.5.1	Bronnen van informatie en keuzeonderwerpen	57
6.5.1.1	Bronnen	57
6.5.1.2	Keuzeonderwerpen	58
6.5.2	Beschikbaarheid van informatie	58
6.5.3	Begrijpelijkheid van informatie	59
6.5.4	Misleiding	60
6.6	Conclusies en acties NZa	60
<b>7.</b>	<b>Betaalbaarheid</b>	<b>63</b>
7.1	Inleiding	63
7.2	Ontwikkeling premiestelling en betaalde premies	63
7.2.1	Premiestelling	63
7.2.2	Premiespreiding	64
7.2.3	Feitelijk betaalde premie	65
7.2.4	Achtergronden van de premiestijging in 2007	66
7.2.5	Collectiviteitskortingen	69
7.2.5.1	Kortingen	69
7.2.5.2	Kruissubsidiëring	70
7.2.6	Andere kortingen	71
7.3	Eigen risico in de basisverzekering	72
7.4	Betaalbaarheid niet-gecontracteerde zorg	73
7.5	Conclusies en acties NZa	74
	<b>Bijlage 1: Informatiebronnen</b>	<b>77</b>
	<b>Bijlage 2: Risicodragers en labels</b>	<b>79</b>
	<b>Bijlage 3: Misleiding</b>	<b>81</b>
	<b>Bijlage 4: Structurele aanpak monitor</b>	<b>83</b>

## Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt de zorgverzekeringsmarkt op de voet. Het is een markt die volop in beweging is. Door de liberalisering van deze markt groeit de (prijs)concurrentie tussen zorgverzekeraars. Zowel de verzekeraars als de verzekerden zijn nog volop bezig met het bepalen van hun nieuwe positie.


De jaarlijkse monitor Zorgverzekeringsmarkt is één van de middelen die de NZa gebruikt om inzicht te krijgen en te geven in de ontwikkelingen op deze markt. Voor u ligt de monitor van 2007, de tweede monitor in het bestaan van de NZa. Voor het eerst zijn de gegevens echt te vergelijken met de monitor van 2006. Zo zijn er duidelijke en interessante ontwikkelingen te zien in de markt, in het aanbod en in het overstapgedrag van verzekerden.

De monitor geeft aan welke knelpunten er in het voorgaande jaar waren in de zorgverzekeringsmarkt als het gaat om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Ook staat in de monitor op welke punten de NZa in actie wil en zal komen.

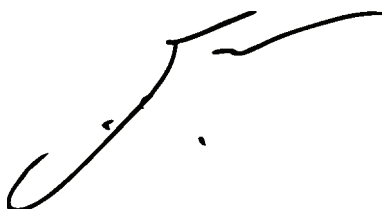
Voor deze monitor maakte de NZa intensief gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie uit eigen onderzoeken, enquêtes onder verzekerden en relevante informatie van derden.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit



dr. M.E. Homan  
portefeuillehouder Verzekeraars



mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter



## Managementsamenvatting

### Waarom deze monitor?

De NZa brengt jaarlijks de monitor zorgverzekeringsmarkt uit. De monitor geeft aan welke ontwikkelingen in het voorgaande jaar in de zorgverzekeringsmarkt hebben voorgedaan als het gaat om het consumentenbelang en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.<sup>1</sup> Ook staat in de monitor welke actiepunten de NZa heeft (zie box). Daarnaast worden de voornaamste knelpunten in het nieuwe jaar beschreven en welke acties naar aanleiding van de bevindingen nodig zijn.

#### Actiepunten monitor 2006<sup>2</sup>

- Nadere studie van overstapgedrag van mensen met een slechte gezondheid.
- Toezien op zorgvuldige administratieve afhandeling van overstappen.
- Vaststellen of kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt voorkomt.
- Vinger aan de pols bij invloed van aanvullende verzekeringen op overstapgedrag (risicoselectie en contractvoorwaarden).
- Vaststellen van de prijsgevoeligheid van de verzekerde.
- Aandringen op meer transparantie waaronder de kwaliteit van de gecontracteerde zorg.
- Afbakening van de zorgverzekeringsmarkt voor oordelen over gevolgen van marktconcentratie.
- De invloed van meerjarige collectieve verzekeringen op overstapgedrag vaststellen.
- Het inkoopgedrag van zorgverzekeraars inventariseren.
- Aandringen op tijdige publicatie van reglementen hulpmiddelen en geneesmiddelen.
- De relatie solvabiliteit verzekeraar-premiestelling bepalen.

### Aanbod zorgverzekeringsmarkt: veel aanbod, nog weinig differentiatie

Vanuit het consumentenbelang geredeneerd trekt de NZa het positieve tussenoordeel van 2006 door naar 2007. Er blijft veel aanbod maar wat betreft de basisverzekering verschillen de polissen nog weinig.

Enerzijds blijft de verzekerde dus keuze houden uit een ruim aanbod van basis- en aanvullende verzekeringen, zowel individueel als collectief. Er zijn 55 basisverzekeringen aangeboden, vaak ook onder verschillende labels. De differentiatie van aanvullende verzekeringen is toegenomen. Verzekeraars bieden 4 à 5 verzekeringen aan tegenover 3 à 4 in 2006. Bovendien zijn er verschillende doelgroepverzekeringen. Collectieve verzekeringen bieden naast premievoordeel ook op de verzekerde

<sup>1</sup> De NZa ontwikkelt een visie op het consumentenbelang en heeft dit vooralsnog als volgt omschreven. De consument moet een goed geïnformeerde keuze kunnen maken op basis van transparante informatie. Er moet keuzevrijheid bestaan en de rechtspositie van de consument moet duidelijk zijn (Consultatiedocument (In) het belang van de consument, 2007)

<sup>2</sup> De afwikkeling is integraal opgenomen in de tekst. In de monitor 2006 stond ook aangekondigd dat de NZa de beoordeling van de modelovereenkomsten evalueert en een brochure met 'hints en tips' voor zorgverzekeraars opstelt. Dit is gebeurd. De evaluatie van 2006 heeft geleid tot een NZa-brochure voor zorgverzekeraars met aanwijzingen voor de indiening van modelovereenkomsten en het toetsingskader. De inventarisatie van het inkoopgedrag van verzekeraars loopt nog.

toegesneden aanvullende verzekeringen. Ook bevordert de collectieve verzekering de acceptatie voor aanvullende verzekeringen, omdat daar vaak afspraken over worden gemaakt.

Anderzijds blijkt dat basisverzekeringen evenals in 2006 nog weinig van elkaar verschillen. Ook zijn er weinig verschillen in zorgcontractering. Het ontbreken van meer differentiatie in polissen is ongewenst vanuit het oogpunt van keuzeondersteuning door de zorgverzekeraars. Zij kunnen immers de consument dan niet stimuleren voor een bepaalde zorgaanbieder te kiezen.

Differentiatie in de basisverzekeringen geeft de verzekerde de gelegenheid te kiezen voor een verzekering met beperkt gecontracteerde zorg en wordt hem niets opgedrongen. De monitor toont aan dat verzekeringen met (beperkt) gecontracteerde zorg een gewilde optie zijn. De NZa bevordert dat zorgverzekeraars keuzeondersteuning geven aan verzekerden door hen te stimuleren naar gecontracteerde zorgaanbieders te gaan (Visiedocument **Richting geven aan keuzes, 2007**). Wanneer zorgverzekeraars hun verzekerden kunnen geleiden naar bepaalde zorgaanbieders, staan zij sterker in de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt. Van de kant van de zorgverzekeraars kwam onlangs de suggestie om verzekeraars de hoogte van het verplichte eigen risico af te laten hangen van het gebruik van gecontracteerde zorgaanbieders.<sup>3</sup> Dergelijke vormen van keuzeondersteuning vergroten de doelmatigheid van het stelsel.

Selectief contracteren door zorgverzekeraars is van groot belang voor het succes van het nieuwe stelsel.<sup>4</sup> De NZa heeft in dit kader duidelijkheid gegeven over haar standpunt over de hoogte van de kortingen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Bij de beoordeling van de modelovereenkomsten van zorgverzekeraars gaat de NZa akkoord met elke korting, mits de verzekerde goed wordt geïnformeerd. Hij moet immers bewust een keuze kunnen maken voor een polis met beperkt gecontracteerde zorg. Omdat de zorgverzekeraars achterblijven met hun informatie gaat de NZa de zorgverzekeraars verplichten meer duidelijke informatie over bijbetalingen en gecontracteerde zorgaanbieders te geven.

### **Geen nadelige gevolgen marktconcentratie**

In het jaar 2006 kwamen enkele grote fusies voor. Verzekeraars OZ en CZ fuseerden. De NMa keurde de fusie VGZ-IZA-Trias met Univé goed evenals die tussen Delta Lloyd, Agis en Menzis (de laatst genoemde fusie ging uiteindelijk niet door). De NZa heeft de gevolgen van deze verdergaande marktconcentratie voor de publieke belangen bestudeerd en de bevindingen aan de NMa meegedeeld in de vorm van een zienswijze. De NZa verwacht geen nadelige gevolgen voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid. Omdat zij niet voldoende gegevens heeft over de kwaliteit kon de NZa daar geen conclusies over trekken. De marktconcentratie is in 2007 nauwelijks veranderd. De NZa concludeert dat de huidige marktconcentratie geen risico vormt voor de concurrentie. Andere indicatoren, zoals keuzevrijheid voor de verzekerde, prijsconcurrentie en transparantie van premie- en productinformatie, geven een positief beeld over de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. De NZa verwacht dat onder invloed van

<sup>3</sup> Ten tijde van het verschijnen van deze monitor heeft het kabinet het besluit tot de invoering van een eigen risico ter vervanging van de no-claim ter advisering voorgelegd aan de Raad van State.

<sup>4</sup> Bij de beoordeling van de gevolgen van selectieve contractering voor de publieke belangen betreft de NZa de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars.



kostenbeheersing en prijsconcurrentie de concentratie van zorgverzekeraars doorzet. De NZa blijft deze ontwikkeling nauwlettend volgen.

De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt wijzen in 2007 op het ontstaan van een landelijke markt. Toch blijft de NZa oog houden voor regionale situaties omdat in provincies als Friesland, Groningen, Limburg en Zeeland de marktconcentratie hoog blijft. Wanneer de ziektekostenverzekeraar naast inkoopmacht ook over verkoopmacht in bepaalde regio's beschikt, kunnen de publieke belangen worden geschaad. Voor situaties van Aanmerkelijke Markt macht (AMM) heeft de NZa een visie voor een aanpak ontwikkeld en daarover marktpartijen geconsulteerd (**Consultatiedocument Aanmerkelijke marktmacht (AMM) in de zorg, 2006**). Deze aanpak stelt de NZa in staat op te treden als ziektekostenverzekeraars op basis van hun marktmacht consumenten uitbuiten of concurrenten uitsluiten. De NZa heeft nog geen concrete AMM-casussen op de zorgverzekeringsmarkt onder ogen gehad. Over machtsverhoudingen op de zorginkoopmarkten (waar zorgaanbieder en zorgverzekeraar elkaar ontmoeten) doet de NZa verslag in de binnenkort te verschijnen monitors B-segment en fysiotherapie.

#### **Weer meer collectieve verzekeringen**

Het aandeel van verzekerden met een collectieve verzekering groeide in 2007 verder van 53% naar 57%. Collectieve verzekeringen bieden voor de verzekerde verschillende voordelen in de vorm van stijgende premiekortingen (gemiddeld 7% tegenover 6,6% in 2006) en voordelen in de aanvullende verzekeringen (zie de onderstaande paragraaf betaalbaarheid over de mogelijkheid van kruissubsidiëring). Het beoogde effect van collectieve verzekeringen is dat op maat gesneden verzekeringen ontstaan die leiden tot versterking van de zorginkoop van verzekeraars en/of ARBO- en verzuimbeleid bij bedrijven. Dit effect is nog maar beperkt aanwezig. De NZa gaat in de monitor 2008 na of hierin iets verandert en inventariseert ondertussen de oorzaken van het achterwege blijven van dit maatwerk.

De onderstaande ontwikkelingen zijn ook onderdeel van onderzoek van de NZa naar collectiviteiten:

- Zorgverzekeraars en collectiviteiten maken een grote variëteit aan afspraken rondom de collectieve verzekering. De NZa wil hier meer inzicht in krijgen.
- Verzekeraars verkopen collectieve verzekeringen ook aan zorgaanbieders (voor hun personeel, leden en cliënten). Hierdoor ontstaat mogelijk een rolconflict. Verzekeraars verkopen niet alleen collectieve verzekeringen aan zorgaanbieders, maar onderhandelen ook met hen over de hoogte van het budget.

Hierover rapporteert de NZa in het najaar van 2007.

#### **Minder mobiliteit verzekerden door tevredenheid**

In 2006 concludeerde de NZa dat het hoge aantal overstappende verzekerden (18%) een positieve impuls had op de concurrentiedruk in de markt. Het aantal overstappers is in 2007 met ongeveer 4,4% tot iets boven het niveau van voor de stelselwijziging gedaald. Dit wijst niet op tekortkomingen van de zorgverzekeringsmarkt. Niet overstappen komt in 2007 vooral door tevredenheid met de verzekeraar. Zoals hierboven al is vermeld geven indicatoren bovendien een positief beeld van de concurrentie. Verder ontbreekt in de praktijk, net als in 2006, risicoselectie voor de aanvullende verzekeringen die een negatief effect op het overstappen kan hebben.

Collectieve verzekeringen zetten verzekerden aan tot overstappen door de premievoordelen en aantrekkelijke aanvullende verzekeringen. Anderzijds binden collectieve verzekeringen hun verzekerden meer dan individuele verzekeringen. Voor een deel is dat psychologisch, de verzekerde denkt via de werkgever verzekerd te zijn. Maar zorgverzekeraars en collectiviteiten doen ook aan specifieke klantenbindende activiteiten. Collectieve verzekeringen hebben ten slotte vaak een meerjarige looptijd.

In de vorige monitor waarschuwde de NZa de zorgverzekeraars te zorgen voor een zorgvuldige afhandeling van verzekerdenmutaties in de overstapronde in 2007. Dit om te voorkomen dat verzekerden opnieuw te maken zouden krijgen met bijvoorbeeld achterstallige verwerking van opzegkaartjes en dubbele premiebetalingen. De zorgverzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen die moet voorkomen dat verzekerden tussen wal en schip raken. De NZa heeft geen signalen van verzekerden ontvangen dat zij in de afgelopen overstapronde administratieve problemen ondervonden bij het overstappen. Ook de uitkomsten van de NZa-enquête onder verzekerden wijzen hier niet op. De NZa acht verdere maatregelen dan ook niet nodig.

Net als in 2006 stappen verzekerden die hun gezondheid als slecht of matig ervaren, minder vaak over dan verzekerden die deze als goed of uitstekend ervaren. De NZa heeft naar aanleiding van de vorige monitor samen met het NIVEL in 2006 het overstappen van chronisch zieken bestudeerd. Hieruit is gebleken dat chronisch zieken weinig hinder hebben ondervonden bij het overstappen van zorgverzekeraar (NZa-rapport **Overstapgedrag van chronisch zieken, 2006**). De NZa constateerde wel dat patiënten met een hulpmiddel minder vaak overstapten. Mogelijk verwachten deze verzekerden administratieve rompslomp bij het overstappen. Goede informatie neemt onzekerheid over de voorwaarden voor het overstappen weg. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het leveren van goede informatie. Doordat de overheid laat was met het vaststellen van regelgeving rond hulpmiddelen voor 2006, waren verzekeraars onvoldoende in staat om verzekerden tijdig te informeren over de voorwaarden voor het overstappen. De NZa heeft bij het ministerie van VWS gepleit voor goede en tijdige informatievoorziening. Zorgverzekeraars zelf hanteren sinds 2007 een protocol om er voor te zorgen dat overstappende verzekerden niet zonder hulpmiddel komen te zitten. De NZa blijft toezien op een soepele overstap.

#### **Aandachtspunt: de aanvullende verzekeringen**

De NZa heeft in 2006 opgetreden tegen ziektekostenverzekeraars met een zogeheten artikel 120-overtreding. Dat betekent dat zij in de voorwaarden van de aanvullende verzekeringen hadden opgenomen dat de verzekeraars deze op mogen zeggen als de verzekerde elders de basisverzekering afsluit. Deze situatie heeft zich in 2007 niet meer voorgedaan. Dit is positief, maar de NZa blijft oog houden voor de markt van de aanvullende verzekeringen.

In de vorige monitor sprak de NZa de verwachting uit dat toenemende risicoselectie de aanvullende verzekeringen minder toegankelijk zou maken. In 2007 is dit nog niet gebeurd. De NZa houdt hier verder een vinger aan de pols.

Ontwikkelingen in de aanvullende verzekeringen bij ziektekostenverzekeraar ONVZ vroegen de aandacht van de NZa. ONVZ paste de vergoedingen in de aanvullende verzekering eenzijdig aan. Voor

enkele groepen van collectief verzekerden maakte ONVZ een uitzondering. De Minister van VWS heeft in antwoorden op Kamervragen aangegeven dat het Burgerlijk Wetboek een tussentijdse aanpassing van de voorwaarden niet in de weg staat, waarbij partijen zich hebben te gedragen volgens eisen van redelijkheid en billijkheid. De verzekerde heeft op zijn beurt het recht om de verzekering op te zeggen. Dat ONVZ bij de aanpassing van de aanvullende verzekering onderscheid maakt tussen tot een collectief behorende verzekerden en niet tot dat collectief behorende verzekerden is, zo heeft de Minister daarbij aangegeven, evenmin verboden. Van rechtsongelijkheid is geen sprake. Het is aan de rechter om in voorkomende gevallen te toetsen op basis van de omstandigheden die zich concreet voordoen. Een juridisch oordeel volgt, omdat de Consumentenbond een kort geding heeft aangespannen.<sup>5</sup> De NZa heeft niet de bevoegdheid om in te grijpen in de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen (zie paragraaf 6.3.1 voor een overzicht van bevoegdheden). Zij gaat wel na of ONVZ de verzekerde juist heeft voorgelicht over de verandering omdat de NZa toeziet op informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. Ook controleert de NZa de afwikkeling door ONVZ.

Verder heeft de NZa gepleit voor een geschillencommissie voor de aanvullende verzekering met de bevoegdheid tot bindende uitspraken, zoals nu al de praktijk is voor de basisverzekering. Zorgverzekeraars Nederland heeft begin mei besloten dat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) met ingang van 2008 ook bindende uitspraken gaat doen over geschillen over de aanvullende verzekeringen. De NZa zal nagaan of ziektekostenverzekeraars een verwijzing naar de SKGZ opnemen in hun verzekeringsvoorwaarden.

Tweederde van de ziektekostenverzekeraars hanteert bij de aanvullende verzekering opzegtermijnen die afwijken van de basisverzekering en een achttal ziektekostenverzekeraars vraagt opslagen voor premies als verzekerden de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar kopen. Met het oog op de mobiliteit van verzekerden vindt de NZa het onwenselijk als ziektekostenverzekeraars buitenproportionele opslagen hanteren. Barrières voor het overstappen worden verder beperkt als ziektekostenverzekeraars de opzegtermijnen van de aanvullende verzekering gelijk trekken met die van de basisverzekering. In ieder geval moet uiterste transparantie geboden worden. De NZa ziet toe op een juiste voorlichting over de opzegtermijnen en premies in lijn met het **Richtsnoer Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten) 2007** van de NZa. In geval van onvoldoende transparantie attendeert de NZa via haar website de verzekerde voor de volgende overstapperperiode op contractvoorwaarden van verschillende ziektekostenverzekeraars die hem in zijn mobiliteit kunnen beperken.

### **Verzekerde prijsgevoeliger**

Een belangrijke voorwaarde voor (prijs)concurrentie tussen zorgverzekeraars is dat consumenten voldoende prijsgevoeligheid zijn. Deze prijsgevoeligheid was in de jaren voor de stelselwijziging laag. De NZa kondigde in de vorige monitor aan de prijsgevoeligheid in het nieuwe stelsel te gaan onderzoeken. Onderzoek in samenwerking met het Centraal Planbureau (CPB) wijst uit dat de prijsgevoeligheid in 2006 in vergelijking met voorgaande jaren sterk is gestegen (NZa-Research paper **Measuring short-term price elasticities in Dutch health insurance: A new method 2007, nog te verschijnen**). Ook in 2007 is de prijsgevoeligheid nog relatief hoog maar duidelijk lager dan in 2006.

<sup>5</sup> De uitspraak volgt ten tijde van het verschijnen van deze monitor.

Overstappen heeft de afgelopen twee jaar geloond. Overstappers hadden op macroniveau een totaal premievoordeel van € 130 miljoen in 2006 en € 32 miljoen in 2007 door voor zorgverzekeringen met lagere premies te kiezen. De NZa hanteert de nieuwe methode om jaarlijks de ontwikkeling van de prijsgevoeligheid te meten. Als deze te laag wordt zal de NZa interventies voorstellen. De ervaringen van 2006 leren immers dat de prijsgevoeligheid door bijvoorbeeld publiciteit kan worden vergroot.

### **Toegankelijkheid niet in gevaar**

Net als in 2006 oordeelt de NZa over het algemeen positief over de toegankelijkheid van de basis- en aanvullende verzekeringen. Eind 2007 publiceert de NZa het **Samenvattend rapport Uitvoering Zorgverzekeringswet**. Daarin gaat de NZa nader in op de manier waarop zorgverzekeraars de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie invullen. Voor de aanvullende verzekeringen is de toegankelijkheid net als in 2006 groot. De ziektekostenverzekeraars hebben hun ruime acceptatiebeleid in 2007 voortgezet.

De NZa constateerde in 2006 dat verschillende ziektekostenverzekeraars vaak door fouten of onwetendheid geen goede informatie gaven aan (aspirant) verzekerden. Dit was voor de NZa aanleiding om in juni 2006 een eerste richtsnoer te publiceren. Hierin staat wat niet acceptabel is bij de informatieverstrekking aan verzekerden. Maar in 2007 is gebleken dat ziektekostenverzekeraars over verschillende aspecten meer informatie beschikbaar moeten stellen. Het gaat dan met name om informatie over de klachten- en bezwaarprocedure, de snelheid van restitutenota's, de opzegmogelijkheden bij koop op afstand, de kwaliteit van de gecontracteerde zorg, machtigingen en de mate van bijbetalen bij niet-gecontracteerde zorg. De NZa heeft in mei 2007 een nieuw richtsnoer gepubliceerd dat de tekortkomingen moet wegnemen.

Verzekerden halen hun informatie vooral bij ziektekostenverzekeraars zelf en bij vergelijkingssites. In vergelijking met 2006 hebben de vergelijkingssites aan populariteit gewonnen. De NZa wil consumenten in de eerste plaats helpen bij het effectief en efficiënt gebruiken van vergelijkingssites. De NZa vindt dat de consument informatie over de werkwijze en kwaliteit van vergelijkingssites nodig heeft om te kunnen beoordelen welke websites relevante ondersteuning kunnen bieden bij het maken de voor hen relevante keuzes. Gebrekkige kwaliteit en toegang tot vergelijkingssites voor de consument schaden het algemeen consumentenbelang.

In 2006 constateerde de NZa gebreken in de onafhankelijkheid van enkele sites. Zij heeft toen de verzekerde via haar website een handleiding gegeven voor het raadplegen van een vergelijkingssite. Ook heeft de NZa marktpartijen op hun plicht aangesproken om juiste informatie aan de verzekerde te verstrekken. In 2007 heeft de NZa geconstateerd dat vergelijkingssites niet altijd juiste en volledige informatie geven. Daarom pleit de NZa ervoor dat de database van kiesbeter.nl ter beschikking van andere vergelijkingssites komt. Besprekingen over de voorwaarden vinden reeds plaats. Een volgende mogelijke stap is dat de NZa de kwaliteitsverschillen jaarlijks publiceert in een kwaliteitskaart zodat het voor de consument heel duidelijk wordt waar hij het beste verzekeringen kan vergelijken (zie ook: NZa, **(In) het belang van de consument, 2007**).

De NZa let nadrukkelijk ook op de transparantie van de informatie over aanvullende verzekeringen. Door klachten over het vergoedingsoverzicht bij de tandartsverzekering van Menzis onderzoekt de NZa momenteel de vergoedingsoverzichten en aanvullende verzekeringen van alle

ziekttekostenverzekeraars. Als sprake is van misleiding laat de NZa de ziektekostenverzekeraars aanpassingen doorvoeren. Verzekerden kunnen hun klachten over vergoedingsoverzichten via [meldpunt.vergoedingen@nza.nl](mailto:meldpunt.vergoedingen@nza.nl) melden bij de NZa.

### Kwaliteit

Verzekerden ervaren de dienstverlening door zorgverzekeraars als voldoende. Een belangrijk knelpunt in 2006 was dat bij de keuze voor een zorgverzekeraar de kwaliteit van gecontracteerde zorg geen rol speelt. Er komt weliswaar meer informatie over de gecontracteerde zorg op de markt, maar zorgverzekeraars onderscheiden zich in 2007 nog steeds te weinig op de kwaliteit van de zorg. Onderzoek toont wel aan dat verzekerden bereid zijn te betalen voor inspanningen van zorgverzekeraars voor het regelen van goede zorg. Daarmee is voor zorgverzekeraars de gecontracteerde zorg een onderscheidend vermogen op de zorgverzekeringsmarkt. Bovendien vormt de sterke voorkeur van verzekerden voor basisverzekeringen met gecontracteerde zorg een positieve prikkel voor een adequate zorginkooprol van verzekeraars.

De NZa schept randvoorwaarden voor een meer actieve rol van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt met het oog op betere keuzemogelijkheden voor de verzekerde. Ook geeft zij adviezen aan het ministerie van VWS en doet zij aanbevelingen voor concrete acties door zorgverzekeraars zelf. In het voorgaande zijn al enkele randvoorwaarden aan de orde gekomen (duidelijkheid over vergoedingen bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg, meer transparantie) en gewenste acties van zorgverzekeraars (meer polisdifferentiatie). Daarnaast zijn van belang:

1. De NZa onderzoekt systematisch op welke markten meer onderhandelingsvrijheid aan partijen kan worden gegeven. Recentelijk heeft de NZa het advies gegeven om de vrije prijsruimte bij medisch specialistische zorg te vergroten van 10% naar 20% en voor de rest van de electieve zorg vrije prijsvorming binnen een systeem van maatstafconcurrentie in te voeren (Uitvoeringstoets **Op weg naar vrije prijzen, 2007**). Voor de vrije beroepen heeft de NZa onlangs een theoretisch kader over de liberalisering van de vrije beroepen in de zorg gepubliceerd (Visiedocument **Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg, 2007**). Ook is de NZa van mening dat afbouw van onderdelen van de ex-postverevening (met behoud van een adequate ex-anteverevening en zonodig toezicht van de NZa op risicoselectie) zorgverzekeraars aanzet tot een meer doelmatige zorginkoop.
2. De NZa stelt momenteel een normenkader op om vast te kunnen stellen of verzekerden over voldoende kwaliteitsinformatie beschikken om een afgewogen keuze te maken.
3. De NZa is in 2007 begonnen met de ontwikkeling van een visie op kwaliteit. Centrale vraag is welke prikkels in zorgmarkten aanwezig moeten zijn voor een betere afweging van prijs en kwaliteit bij verzekerden.

### Betaalbaarheid

De overheid raamde de gemiddelde premie voor verzekerden op € 1.134. De werkelijk betaalde premie inclusief collectiviteitskortingen ligt lager: € 1.103. Wel is sprake van een premiestijging met 7% ten opzichte van 2006 (€ 1.028). De stijging van de premie valt minder hoog uit dan de geraamde stijging van de overheid door de voortzettende prijsconcurrentie en collectiviteitskortingen.

De spreiding van de premiehoogte is in 2007 verkleind. Steeds meer verzekerden betalen ongeveer dezelfde premie. De NZa ziet geen rechtstreeks verband tussen de solvabiliteit van verzekeraars en de hoogte van hun premies.

De NZa heeft onderzocht of collectiviteitskortingen worden afgewenteld op individuele verzekerden (Rapport **Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt, 2007**). Het blijkt dat zorgverzekeraars de kortingen voor collectieve verzekeringen niet goed maken met een prijsverhoging voor individuele verzekeringen. Dit heeft voor verzekeraars geen zin omdat verzekerden de collectieve en individuele verzekeringen als substituten beschouwen. Hierdoor zal een prijsverhoging voor individuele verzekeringen leiden tot een uitstroom naar de goedkopere collectieve verzekeringen. De Zvw bepaalt dat verzekeraars een collectiviteitskorting van maximaal 10 procent kunnen bieden. De NZa publiceert in 2007 de resultaten van een onderzoek naar de vanuit marktwerking gewenste hoogte van de korting voor collectieve verzekeringen.

Enkele zorgverzekeraars hebben zelf collectiviteiten opgericht en daarmee vervolgens kortingen afgesproken. De NZa is van mening dat deze constructie volgens de wet is toegestaan, maar dan moet er wel zekerheid zijn over de autonomie van de collectiviteit .

De hoogte van het eigen risico en het gebruik van niet-gecontracteerde zorg hebben invloed op de betaalbaarheid. Voor een eigen risico bestaat bij verzekerden weinig interesse. Het aantal verzekerden met een eigen risico is met 5,3% zelfs lager dan in 2006 (6,2%). Het aantal verzekerden met een basisverzekering met bijbetaling voor niet-gecontracteerde zorg blijft met ruim 40% stabiel in vergelijking met 2006. De praktische gevolgen blijven eveneens klein, want zorgverzekeraars contracteren nog niet selectief.

Het kabinet is voornemens een verplicht eigen risico in te voeren. De NZa wil meer precies weten waarom het huidige eigen risico voor verzekerden zo weinig aantrekkelijk is. Daarom doet de NZa nader onderzoek naar het eigen risico en zal dit in de volgende monitor publiceren.

#### **Speerpunten Monitor voor 2007**

- Inventariseren of collectieve verzekeringen leiden tot meer op maat gesneden verzekeringen en analyse van de achtergronden ervan.
- Inventarisatie van aanvullende (financiële) afspraken rondom collectieve verzekeringen.
- Onderzoek naar mogelijke rolconflicten bij het verkopen van collectieve verzekeringen aan zorgaanbieders (met name voor leden/cliënten van thuiszorginstellingen).
- Controle op de juiste afwikkeling door ONVZ van de gevolgen van de aanpassing van de voorwaarden voor de aanvullende verzekering.
- Attenderen van verzekerden voor de volgende overstapperiode van beperkende contractvoorwaarden van aanvullende verzekeringen van ziektekostenverzekeraars (afwijkende opzegtermijnen en disproportionele opslagen) in geval van onvoldoende transparantie.
- Jaarlijks vaststellen van de prijsgevoeligheid van verzekerden aan de hand van nieuw ontwikkelde methode.
- Onderzoek naar misleiding in de vergoedingsoverzichten van aanvullende verzekeringen.
- Onderzoek naar de vanuit marktwerking gewenste hoogte van de korting voor collectieve verzekeringen.
- Onderzoek naar de achtergronden van de keuze voor een eigen risico door verzekerden.

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De NZa volgt de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt. In de monitor rapporteert de NZa welke effecten deze ontwikkelingen hebben voor de verzekerde in termen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.<sup>6</sup> De monitor geeft daarnaast informatie voor de beantwoording van vragen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) die voortvloeien uit informatieverzoeken uit de Eerste en Tweede Kamer.

In juni 2006 is de eerste monitor zorgverzekeringsmarkt gepubliceerd. Deze rapportage is de tweede monitor zorgverzekeringsmarkt.

## 1.2 Doelstelling van de monitor

Monitorpublicaties van de NZa hebben een tweeledige doelstelling. Ten eerste een analyse van de werking van de betreffende markt en de invloed daarvan op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarnaast geeft de monitor aan welke acties de NZa in voorkomende gevallen onderneemt en welke aanbevelingen aan het ministerie van VWS en marktpartijen worden gedaan.

## 1.3 Focus monitor

De monitor geeft aan welke knelpunten in het licht van het consumentenbelang en de publieke belangen in 2006 in de zorgverzekeringsmarkt bestonden. Ook staat in de monitor wat de NZa heeft gedaan om de knelpunten op te lossen (zie box). Daarnaast worden de voornaamste ontwikkelingen gedurende 2006 en 2007 beschreven en welke acties naar aanleiding van de bevindingen nodig zijn. De NZa heeft het consumentenbelang nader omschreven. De verzekerde moet een goed geïnformeerde keuze kunnen maken op basis van transparante informatie. Er moet ook keuzevrijheid bestaan. Ten slotte moet zijn rechtspositie helder zijn.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> De formele basis is gelegen in Wmg, artikel 32/33

<sup>7</sup> NZa, (In) het belang van de consument. Maart 2006. Dit document is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



### Actiepunten monitor 2006<sup>8</sup>

- Nadere studie van overstappedrag van mensen met een slechte gezondheid.
- Toezien op zorgvuldige administratieve afhandeling van overstappen.
- Vaststellen of kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt voorkomt.
- Vinger aan de pols bij invloed van aanvullende verzekeringen op overstappedrag (risicoselectie en contractvoorwaarden).
- Vaststellen van de prijsgevoeligheid van de verzekerde.
- Aandringen op meer transparantie van de kwaliteit van de gecontracteerde zorg.
- Afbakening van de zorgverzekeringsmarkt voor oordelen over gevolgen van marktconcentratie.
- De invloed van meerjarige collectieve verzekeringen op overstappedrag vaststellen.
- Het inkoopgedrag van zorgverzekeraars inventariseren.
- Aandringen op tijdige publicatie van reglementen hulpmiddelen en geneesmiddelen.
- De relatie solvabiliteit verzekeraar-premiestelling bepalen.

De NZa werkt met een RisicoAnalyseModel (RAM) om te kunnen besluiten welke marktontwikkelingen de NZa meer en welke minder intensief zal volgen. Hiermee houdt de NZa gericht en gedoseerd markttoezicht, waardoor de administratieve lasten voor de betrokken partijen zo veel mogelijk beperkt blijven.<sup>9</sup> In de tweede helft van 2007 beoordeelt de NZa de tot nu toe gehanteerde risicoinschattingen tegen de achtergrond van de ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt en past deze waar nodig aan.

De NZa integreert zoveel mogelijk de informatieverzoeken van de minister van VWS in een structurele monitoraanpak (zie bijlage 4).

De focus van deze monitor bestaat uit de volgende vragen:

1. Hoe ontwikkelt zich het aanbod van basisverzekeringen (concentratie, differentiatie et cetera) en welke voor- en nadelen zijn daaraan voor de verzekerde verbonden (hoofdstuk 2)?
2. Hoe ontwikkelt het segment van de collectieve verzekeringen zich en welke voordelen bieden de afspraken in de collectieve contracten (hoofdstuk 3)?
3. Hoe ontwikkelt de mobiliteit van de verzekerden zich en wat zegt deze ontwikkeling over de competitiviteit van de zorgverzekeringsmarkt (hoofdstuk 4)?
4. Welke ontwikkelingen doen zich op de zorgverzekeringsmarkt voor met gevolgen voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit (hoofdstukken 5, 6 en 7)?
5. Welke acties onderneemt de NZa op bovenstaande onderdelen om het consumentenbelang en de werking van de markt te bevorderen (alle hoofdstukken)?

---

<sup>8</sup> De afwikkeling is integraal opgenomen in de tekst. In de monitor 2006 stond ook aangekondigd dat de NZa de beoordeling van de modelovereenkomsten evalueert en met 'hints en tips' voor zorgverzekeraars opstelt. Dit is gebeurd. De evaluatie van 2006 heeft geleid tot een NZa-brochure voor zorgverzekeraars met aanwijzingen voor de indiening van modelovereenkomsten en het toetsingskader. De inventarisatie van het inkoopgedrag van verzekeraars loopt momenteel nog.

<sup>9</sup> De risico's heeft de NZa tijdens een consultatieronde ook aan de sector ter commentaar voorgelegd. De uitkomsten zijn ten slotte vastgelegd in het Visiedocument zorgverzekeringsmarkt. Zowel het consultatie- als het visiedocument zijn te raadplegen op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



Bij de beantwoording van deze vragen gaat de NZa door op de actiepunten van de monitor zorgverzekeringsmarkt 2006. Het gaat dan onder andere om:

- Is de afhandeling van het overstappen door zorgverzekeraars beter verlopen dan in 2006?
- Zijn overstapbelemmeringen voor verzekerden verkleind?
- Zet de concentratie op de zorgverzekeringsmarkt door en wat betekent dat voor de keuzevrijheid van de verzekerde?
- Blijven verzekerden geïnteresseerd in vooral premievoordelen en hoe gevoelig zijn zij eigenlijk voor verschillen in premies?
- Hebben verzekerden de beschikking over meer kwaliteitsinformatie om een betere kwaliteit/prijs-afweging te maken?
- Is de transparantie van informatieverstrekking verbeterd door het Richtsnoer informatieverstrekking van de NZa?

De NZa heeft eerder gepubliceerd over onderwerpen die in de monitor 2006 werden aangekaart. Het betreft:

- het rapport Overstapgedrag van chronisch zieken;
- de Visie Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt.<sup>10</sup>

Deze bevindingen zijn ook in deze monitor opgenomen.

## 1.4 Informatiebronnen

De NZa probeert bij de uitvoering van haar taken de administratieve lasten voor marktpartijen zo veel mogelijk te beperken. Daarom is voor deze monitor waar mogelijk aangesloten bij bestaande informatiebronnen. Voor de mobiliteit en het keuzegedrag van verzekerden maakt de NZa gebruik van de informatieverzameling bij zorgverzekeraars door Vektis. Voor aanvullende informatie over collectieve verzekeringen heeft de NZa gegevens bij zorgverzekeraars opgevraagd en een expert meeting georganiseerd. Naast de bovenstaande informatiebronnen maakt de NZa gebruik van informatie die voor andere activiteiten bij de NZa binnenkomt. Te denken valt aan het signaaltoezicht, maar ook bijvoorbeeld aan het thematisch onderzoek naar de invloed van verzekerden. Een volledig overzicht van gehanteerde informatiebronnen is te vinden in bijlage 1.

Alle tabellen en figuren in dit rapport zijn gebaseerd op data van de NZa tenzij anders aangegeven.

## 1.5 Leeswijzer

In de monitor komt aan de orde:

- de ontwikkeling van de zorgverzekeringsmarkt: ontwikkelingen in het aanbod (hoofdstuk 2), de collectieve zorgverzekeringsmarkt (hoofdstuk 3) en het overstapgedrag van verzekerden (hoofdstuk 4);
- de kwaliteit (hoofdstuk 5), toegankelijkheid (hoofdstuk 6), en betaalbaarheid (hoofdstuk 7) van verzekeringen.

Aan het begin van elk hoofdstuk staan de voornaamste bevindingen en acties van de NZa aangegeven. In de paragrafen daarna volgt de onderliggende analyse.

---

<sup>10</sup> Beide publicaties zijn te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



## 2. Het aanbod van verzekeringen

### Bevindingen en acties NZa

- De ontwikkeling van de marktconcentratie vormt geen risico voor de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.
- Het aanbod van basis- en aanvullende verzekeringen is net als in 2006 ruim. Voor het bieden van keuzeondersteuning van de ziektekostenverzekeraar aan de verzekerde is verdere differentiatie gewenst.
- Toetreding heeft niet plaatsgevonden. Dit is gezien de competitiviteit van de markt geen bezwaar.
- De zorgverzekeringsmarkt tendeeft naar een landelijke markt. Bij een combinatie van inkoopmacht en verkoopmacht in bepaalde regio's zijn de gevolgen voor de publieke belangen mogelijk nadelig. De NZa blijft hierop alert.

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat centraal wat in 2007 het aanbod van basis- en aanvullende verzekeringen is en welke verzekeraars deze aanbieden. Voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt is het belangrijk dat op de diverse relevante markten voldoende aanbieders zijn. Hoge concentratiegraden kunnen bestaan op zowel de zorginkoopmarkt als op de zorgverzekeringsmarkt. Als de zorgverzekeringsmarkt concurrerend is moet de zorgverzekeraar de voordelen die hij haalt op de inkoopmarkt, doorberekenen aan verzekerden. Door een hoge concentratie op de zorgverzekeringsmarkt kan een zorgverzekeraar Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) verkrijgen. Deze zorgverzekeraar kan zich dan onafhankelijk van zijn concurrenten of consumenten gaan gedragen, waardoor risico's ontstaan voor de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Hierbij is van belang of toetreding mogelijk is. De mate van toetreding in een markt is een indicator voor de aantrekkelijkheid van die product- of geografische markt én voor hoeveel concurrentie bestaande aanbieders te vrezen hebben van nieuwe toetreders.

In dit hoofdstuk komen de volgende vragen aan de orde:

- Welke inzichten leiden tot een nadere marktafbakening ten opzichte van die in 2006?
- Neemt de marktconcentratie in 2007 verder toe en welke gevolgen heeft dit?
- Biedt het aanbod van verzekeringen evenals in 2006 voldoende keuzemogelijkheden voor de verzekerde?
- Is net als in 2006 geen sprake van toetreding?

### 2.2 De aanbieders van verzekeringen

#### 2.2.1 Marktafbakening

Om uitspraken te doen over de zorgverzekeringsmarkt is het nodig om de relevante markt af te bakenen. Wat is het speelveld waarop partijen concurreren?

In deze paragraaf staan de algemene uitgangspunten van marktafbakening van de NZa beschreven. Een marktafbakening komt evenwel tot stand als de NZa in bijvoorbeeld signalen over AMM concrete

situaties moet beoordelen. De NZa betreft de marktafbakening van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) daarbij.

Een relevante markt heeft twee dimensies, de productmarkt en de geografische markt.

#### *De relevante productmarkt*

Verzekerden sluiten twee soorten van verzekeringen af ter dekking van de kosten van zorg, een basisverzekering en aanvullende verzekeringen. Voor het afbakenen van de productmarkt bestaan drie relevante soorten van de basisverzekering. Dit zijn de naturapolis, de restitutiepolis en de combinatiepolis. Daarnaast kunnen verzekerden er voor kiezen om zich individueel of collectief te verzekeren.

In de beoordeling van de voorgenomen concentraties van Agis, Menzis en Delta Lloyd en van VGZ-IZA-Trias en Univé heeft de NMa aangegeven dat zij voor de beoordeling van die concentraties geen onderscheid maakt tussen de verschillende varianten van de basisverzekering (natura-, restitutie-, en combinatiepolissen), individuele en collectieve verzekeringen. De NMa laat in het midden of er een aparte relevante productmarkt bestaat voor aanvullende verzekeringen.<sup>11</sup>

Tussen de genoemde varianten kan op dit moment vrij gemakkelijk vraag-substitutie plaatsvinden. De formele verschillen tussen de drie soorten basisverzekeringen zijn de rechtspositie van de verzekerde en de wijze van vergoeding van de verzekerde zorg. In de praktijk is het verschil tussen de drie varianten van de basisverzekering erg klein. Voor verzekerden zijn de drie varianten dan ook gemakkelijk onderling vervangbaar. Naast vraagsubstitutie vindt ook vrij gemakkelijk aanbods substitutie plaats. Zorgverzekeraars zijn vrij in de hoeveelheid soorten basisverzekeringen die zij op de markt aanbieden. Zo kunnen ze alle drie de soorten op de markt brengen, maar ook één variant is mogelijk. Zorgverzekeraars die naturapolissen aanbieden kunnen vrijwel zonder grote inspanning ook een combinatie- of restitutiepolis aanbieden.

Bij collectieve verzekeringen is ook sprake van een hoge mate van aanbods substitutie. Zorgverzekeraars kunnen zonder veel extra kosten een collectieve verzekering aanbieden naast of in plaats van een individuele basisverzekering.<sup>12</sup> Ook de vraagsubstitutie is hoog. Het beeld is dat verzekerden beide producten vergelijken en zonder problemen de individuele polis inruilen voor een collectief (zie paragraaf mobiliteit). Het is vanaf 2006 voor een verzekerde mogelijk om zich via een andere rechtspersoon dan de eigen werkgever collectief te verzekeren. De drempels zijn bij verschillende collectiviteiten laag. Een verzekerde kan via verschillende relaties met verschillende organisaties toegang krijgen tot een collectiviteit. Dat kan bijvoorbeeld via een bank waar de verzekerde een bankrekening heeft of via een lidmaatschap bij een sportbond.

Er zijn goede redenen om voor de aanvullende verzekeringen wel te spreken van een aparte relevante productmarkt. De belangrijkste reden

---

<sup>11</sup> Zie NMa besluiten 5154 en 5682. Alhoewel de NMa heeft besloten dat voor het plaats laten vinden van beide fusies geen vergunning nodig is, heeft alleen de fusie van VGZ-IZA-Trias met Univé daadwerkelijk doorgang gevonden.

<sup>12</sup> Zo heeft een zorgverzekeraar in 2007 een collectief opgericht onder een afzonderlijke rechtspersoon waar alle individuele verzekerden zich kunnen inschrijven waardoor zij voor een korting van 3% op de premiegrondslag in aanmerking komen. Ook de transactiekosten van een collectief contract hoeven niet hoog te zijn. Uit onderzoek van NIVEL blijkt bijvoorbeeld dat het aantal collectieve contracten met werkgevers grotendeels tot stand komt zonder uitgebreide onderhandelingen (NIVEL 2007).

is het ontbreken van vraagsubstitutie. De basisverzekering is voor iedereen verplicht in tegenstelling tot de aanvullende verzekeringen. Daarnaast geldt voor de aanvullende verzekering geen wettelijke acceptatieplicht. Dat in de praktijk de verzekerde vrijwel altijd beide verzekeringen afsluit bij dezelfde verzekeraar doet hier niets aan af.

#### *De relevante geografische markt*

Op dit moment is nog niet volledig duidelijk hoe de relevante geografische markt zich ontwikkelt. In de beoordeling van de voorgenomen concentraties van Agis, Menzis en Delta Lloyd en van VGZ en Univé heeft de NMa aangegeven te verwachten dat de zorgverzekeringsmarkt zich waarschijnlijk ontwikkelt tot een landelijke markt. Het is niet uit te sluiten dat de zorgverzekeringsmarkt zich regionaal ontwikkelt.

De mogelijkheid bestaat dat zorgverzekeraars zich in de komende jaren meer gaan richten op het selectief contracteren van zorgaanbieders. Als zorgverzekeraars er door het selectief contracteren van zorgaanbieders in slagen een aantrekkelijke regionale polis op de markt te brengen, kunnen zij hun positie in die regio versterken. Hierdoor vergroot de zorgverzekeraar zijn inkoopmacht in die regio. Dat kan substantiële inkoopvoordelen opleveren. Als verzekerden in het betreffende gebied deze voordelen terugzien versterkt dit de positie van de zorgverzekeraar. Dit heeft tot gevolg dat het voor concurrerende zorgverzekeraars moeilijker is om verzekerden te winnen in dat gebied. Dit mechanisme wordt het 'regionaal mechanisme' genoemd.<sup>13</sup>

Voor 2007 geldt dat alle zorgverzekeraars basisverzekeringen aanbieden in heel Nederland. Er zijn nauwelijks naar provincie gedifferentieerde polissen. Bovendien is sprake van veel bovenregionale collectieve verzekeringen. Bovenregionale collectieve verzekeringen zijn verzekeringen waarvan de achterban niet geconcentreerd is in bepaalde regio's in Nederland.

Er zijn regio's waar in de praktijk maar een beperkt aantal zorgverzekeraars actief zijn. Deze verzekeraars hebben dus een grotere inkoopmacht. Alleen het hebben van inkoopmacht hoeft geen nadelige gevolgen te hebben voor de publieke belangen. Inkoopvoordelen moeten door de zorgverzekeraar worden doorgegeven aan de verzekerden in het betreffende gebied om op deze manier een concurrentievoordeel te creëren. Wanneer de zorgverzekeraar naast inkoopmacht ook over verkoopmacht beschikt, kan dit wel nadelige gevolgen hebben voor de publieke belangen. De NZa blijft in haar functie als marktmeester scherp toezicht houden op de markten waar de mededinging mogelijk wordt beperkt en grijpt als dat nodig is in.

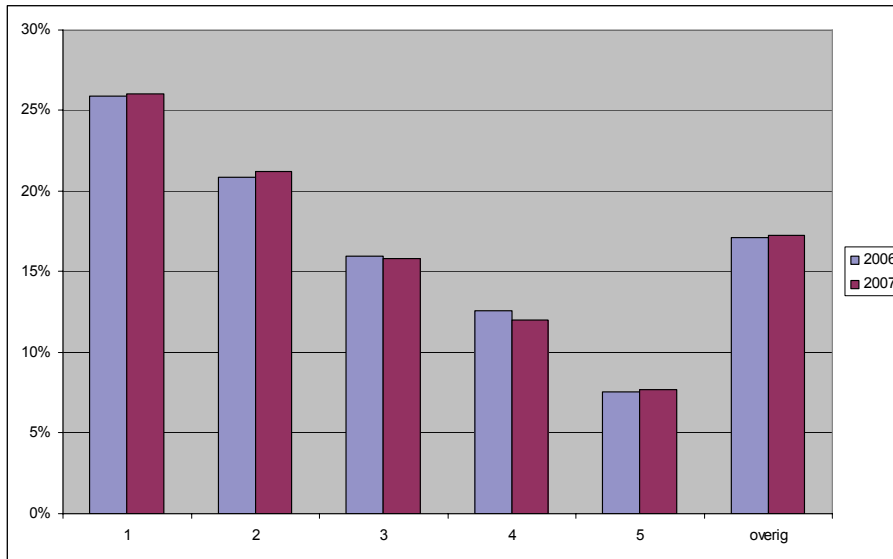
### **2.2.2 Marktconcentratie**

In 2007 zijn nauwelijks wijzigingen opgetreden in het aantal aanbieders van basisverzekeringen. Begin 2006 waren 33 zorgverzekeraars actief op de zorgverzekeringsmarkt. De verzekeraars CZ en OZ zijn inmiddels gefuseerd. Hierdoor zijn in 2007 nog 32 zorgverzekeraars die basisverzekeringen aanbieden en uitvoeren. Daarnaast zijn geen nieuwe (buitenlandse) zorgverzekeraars toegetreden tot de zorgverzekeringsmarkt. In 2007 zijn de zorgverzekeraars evenals in 2006 te groeperen naar 14 concerns. Figuur 1 geeft een overzicht van de concerns en hun marktaandeel in 2007.

---

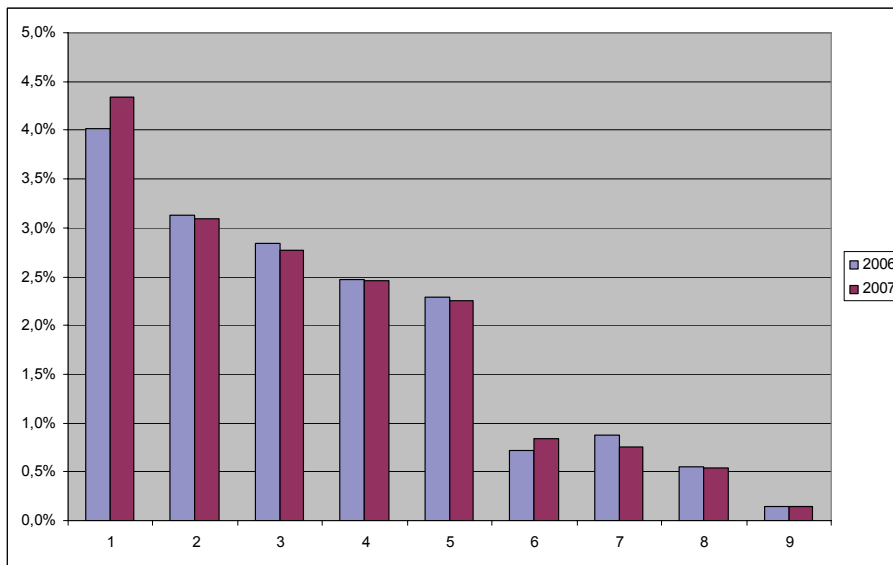
<sup>13</sup> NMa, Monitor financiële sector, 2005

**Figuur 1: Marktaandelen zorgverzekeraars 2007**

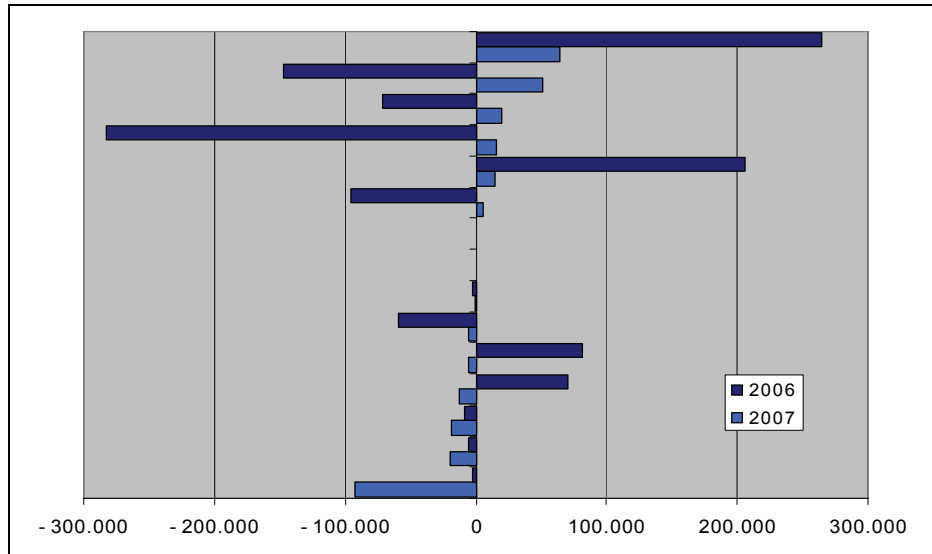


De marktaandelen van de groep overig worden in figuur 2 aangegeven.

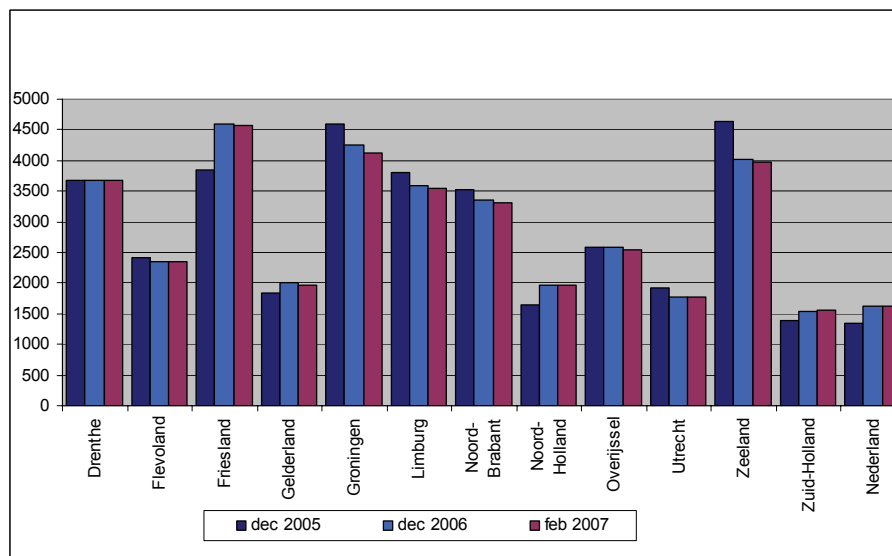
**Figuur 2: Marktaandelen van zorgverzekeraars die niet tot de grootste 5 behoren**



Ook wat betreft de winst en het verlies van verzekerden is in 2007 sprake van weinig dynamiek in vergelijking met 2006. In figuur 3 is te zien wat het verzekerdenvlies en -winst is per concern in vergelijking met 2006. Uit de figuur blijkt dat de mutaties beperkt zijn. Een enkel concern kent een opvallend verlies dan wel winst, voornamelijk door het verschuiven van een grote collectiviteit.

**Figuur 3: Verzekerdenwinst- en verlies 2006 en 2007**

Voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt is het belangrijk dat op de diverse relevante markten voldoende concurrentie is. De marktaandelen en de concentratie in een markt geven een indicatie van de concurrentie op die markt. De concentratie is te meten met behulp van de Herfindahl Hirschman Index (HHI).<sup>14</sup>

**Figuur 4: Marktconcentratie 2005-2007 naar provincies en Nederland**

Als de waarde van de HHI lager is dan 1.000 spreekt men van een ongeconcentreerde markt. Als de HHI hoger is dan 1.800 spreekt men van geconcentreerde markt. Bij een HHI tussen de 1.000 en 1.800 is de markt gematigd geconcentreerd. Figuur 4 geeft de HHI weer voor de jaren 2005, 2006 en 2007. Daaruit blijkt dat de landelijke markt matig geconcentreerd blijft en dat de markt op provinciaal niveau veelal geconcentreerd blijft.

De mate van concentratie is vrijwel constant gebleven doordat de marktaandelen van de grotere concerns nauwelijks zijn veranderd als

<sup>14</sup> De HHI is de sommatie van de gekwadeerde marktaandelen van marktpartijen. De HHI kan variëren tussen de 0 en de 10.000 punten, waarbij een hogere HHI een hoge concentratie aangeeft.

gevolg van de lagere verzekerdenmobiliteit in 2007. Ook houden de beperkte verschuivingen tussen de grootste spelers elkaar in evenwicht. De toename van de concentratie in 2006 ten opzichte van 2005 is vooral toe te schrijven aan de concentratie van VGZ-IZA-Trias met Univé. De NZa heeft in haar zienswijze aan de NMa aangegeven dat zij niet verwacht dat deze fusie negatieve gevolgen heeft voor de publieke belangen toegankelijkheid en betaalbaarheid. Voor een oordeel over de effecten op de kwaliteit van zorg ontbreekt het de NZa nog aan voldoende gegevens. De in juni 2006 aangekondigde fusie tussen Menzis, Agis en Delta Lloyd is uiteindelijk niet doorgegaan, maar de fusieplannen geven wel aan dat zorgverzekeraars op zoek zijn naar samenwerking.

De concentratietendens onder concerns zet zich naar verwachting de komende jaren verder voort. De scherpe premiestelling zet verzekeraars onder druk om efficiencywinsten te behalen. Zorgverzekeraars zien in schaalvergroting naast interne reorganisaties (inkrimping) een belangrijk middel. Daar komt bij dat een verdere stabilisatie of afname van de mobiliteit van verzekerden de mogelijkheden voor verzekeraars om marktaandeel te vergroten op een andere manier dan via concentratie beperkt.

### 2.2.3 Aanmerkelijke marktmacht (AMM)

Marktwerving kan tekortschieten als AMM bestaat. Door AMM te bezitten kan een zorgverzekeraar zich onafhankelijk van de andere marktpartijen gedragen, bijvoorbeeld door te hoge premies te vragen. In dit geval kan de NZa verplichtingen opleggen om het gedrag van de verzekeraar te disciplineren en een gelijk speelveld te creëren.

De NZa volgt in het onderzoek naar AMM de mededingingsrechtelijke principes en methoden.<sup>15</sup> Voor de vaststelling van AMM is het van belang te weten wat de relevante (product- en geografische) markt is. Hoewel informatie over marktaandelen een aanwijzing kan geven of sprake is van AMM, wil een hoog marktaandeel nog niet automatisch zeggen dat inderdaad sprake is van AMM. Andere factoren zijn hierbij ook van belang, zoals potentiële concurrentie (door toetreding), de vraag of compenserende marktmacht (bijvoorbeeld inkoopmacht) bestaat en de vraag of er belangrijke overstapdrempels bestaan voor afnemers/consumenten, die het bestaan van AMM in de hand werken. Ook moet in de analyse betrokken worden wat de feitelijke en potentiële mededingingsproblemen zijn die kunnen samenhangen met het bestaan van AMM. Mededingingsbeperkingen kunnen zich uiten in uitsluiting van concurrenten en/of uitbuiting van afnemers/concurrenten. Ten slotte is relevant om te analyseren welke lichtst mogelijke verplichting(en) aan de AMM-partij kunnen worden opgelegd om de concurrentiebeperkingen op te lossen en/of verder te voorkomen.

De NZa heeft nog geen casussen van AMM op de zorgverzekeringsmarkt onder ogen gehad. Over machtsverhoudingen op de zorginkoopmarkten (waar zorgaanbieder en zorgverzekeraar elkaar ontmoeten) doet de NZa verslag in de binnenkort te verschijnen monitors B-segment en fysiotherapie.

---

<sup>15</sup> De NZa heeft in december 2006 een consultatiedocument 'Aanmerkelijke marktmacht (AMM) in de zorg' gepubliceerd en werkt momenteel aan een visiedocument en beleidsregels over AMM. Het consultatiedocument is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)



## 2.2.4 Toetreding

Toetreding tot de (geografische) markt kent twee mogelijke vormen:

1. een buitenlandse verzekeraar verwerft marktaandeel in Nederland;
2. een Nederlandse verzekeraar, die voor 2007 niet werkzaam was op de zorgverzekeringsmarkt, verwerft marktaandeel.<sup>16</sup>

Tot nu toe is, net als in 2006, geen buitenlandse zorgverzekeraar toetreden tot de Nederlandse markt. Wel is door enkele buitenlandse verzekeraars bij de NZa en De Nederlandsche Bank (DNB) geïnformeerd naar de wettelijke verplichtingen van zorgverzekeraars in Nederland. Dit heeft niet geleid tot toetreding. In 2007 hebben geen nieuwe Nederlandse zorgverzekeraars de markt betreden.

## 2.3 Het aanbod van verzekeringen

### 2.3.1 Ontwikkelingen in wet- en regelgeving Zvw

De formele bevoegdheid tot het vaststellen van de inhoud van het verzekeringspakket ligt bij het parlement. Voor 2007 zijn er geen grote veranderingen.

De volgende wijzigingen zijn in het zogeheten basispakket aangebracht:

1. De prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, als de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft, wordt niet meer vergoed.
2. Het basispakket is uitgebreid met de eerste in-vitrofertilisatie (IVF-) poging.
3. De abdominoplastiek (buikwandcorrectie) is onder de voorwaarden die gelden voor plastische chirurgie opgenomen in het basispakket.

Naast deze pakketwijzigingen is bij wijze van experiment het persoonsgebonden budget (PGB) voor verzekerden met een visuele handicap ingevoerd. Het doel van dit experiment is om te zien of innovatieve zorgvormen in de Zvw van de grond komen.<sup>17</sup> Het gaat hierbij om oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiel leesapparaat en blindengeleidehonden. Het experiment is medio 2007 nog nauwelijks van de grond gekomen. Er heerst nog veel onduidelijkheid en onbekendheid bij zorgverzekeraars en verzekerden over de mogelijkheden die de PGB-regeling biedt. De NZa volgt dit experiment nauwlettend in haar onderzoek naar de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars. De NZa rapporteert haar eerste bevindingen in het tweede kwartaal van 2007.

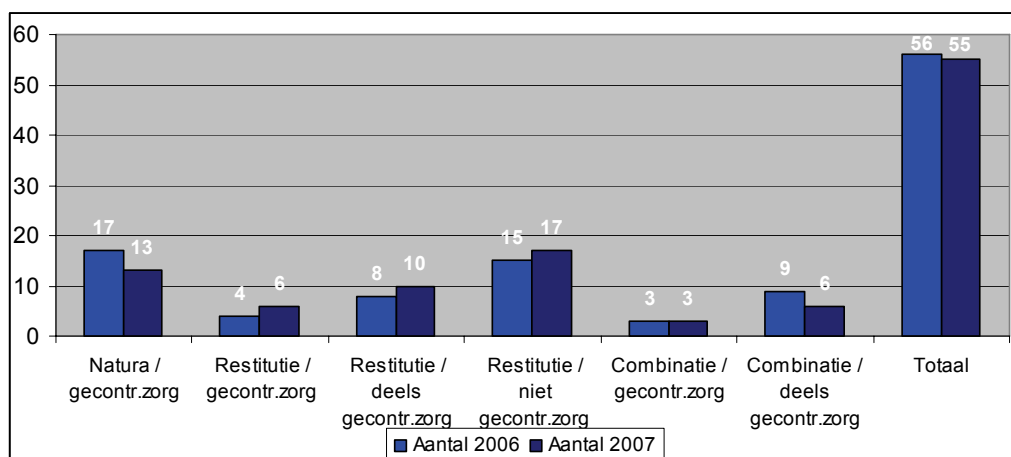
### 2.3.2 Aanbod van basisverzekeringen

Zorgverzekeraars hebben in 2007 55 basisverzekeringen op de markt gebracht.<sup>18</sup> In figuur 5 is de verdeling van de basisverzekeringen over de verschillende soorten weergegeven in vergelijking met het aanbod van 2006.

<sup>16</sup> Ook wel op te vatten als toetreding tot een productmarkt: een verzekeraar gaat een product aanbieden dat nog niet werd aangeboden door de betreffende verzekeraar.

<sup>17</sup> Kamerstukken II 2005/2006, 30 300 XVI, nr. 149

<sup>18</sup> Alle zorgverzekeraars hebben hun modelovereenkomst op basis waarvan zij hun zorgverzekeringen aanbieden vooraf laten beoordelen door de NZa.

**Figuur 5: Aanbod basisverzekeringen 2007 in vergelijking met 2006**

Ten opzichte van 2006 zijn de volgende ontwikkelingen waar te nemen:

1. een afname van het aantal aangeboden naturapolissen en een toename van het aantal restitutiepolissen;
2. een lichte verhoging van het aandeel van polissen zonder gecontracteerde zorg.

Er is nauwelijks iets veranderd in het aanbod van basisverzekeringen. De afname van het aantal naturapolissen is in belangrijke mate het gevolg van het in 2007 aanbieden van een landelijke naturapolis in plaats van verschillende naar provincie gedifferentieerde polissen in 2006. Daarnaast hebben vier zorgverzekeraars een extra restitutiepolis op de markt gebracht met behoud van hun andere basisverzekeringen.

Een ander teken van weinig dynamiek in het aanbod van basisverzekeringen is het ontbreken van grote aanpassingen van de voorwaarden voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Bij de bestaande polissen zijn hier en daar de vergoedingen wat beperkt en op andere vlakken weer wat verruimd. In paragraaf 7.4 wordt verder ingegaan op het aantal verzekerden dat basisverzekeringen met niet-gecontracteerde zorg heeft gekozen.

#### *Differentiatie naar provincie*

Zorgverzekeraars met minder dan 850.000 verzekerden hebben de mogelijkheid om hun aanbod van polissen te beperken tot een of meer provincies van Nederland. Net als in 2006 komt dit in 2007 nauwelijks voor. Eén zorgverzekeraar differentieert wel naar provincie, maar zijn twee polissen dekken gezamenlijk heel Nederland. Een andere biedt, naast een landelijke polis, een polis aan voor de provincies Overijssel en Gelderland. Bij de twee polissen, waarbij is gedifferentieerd naar provincie, is door de zorgverzekeraar geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om te differentiëren in de premiegrondslag. Tussen de polissen is wel verschil in de rechtspositie van de verzekerde en de contractering. In de provincies met van oudsher de grootste marktaandelen bieden verzekeraars de meeste zorg in natura aan, gecontracteerde zorg dus. In andere provincies gebeurt het aanbod van zorg vooral op restitutiebasis.

#### *Differentiatie naar invulling van functionele omschrijvingen*

Hoewel de aanspraken op zorg wettelijk zijn vastgelegd, kunnen verzekeraars verschillen in hun invulling van de functionele aanspraken.

In de praktijk blijkt dat net als in 2006 in de aard, inhoud en omvang van de zorg geen verschillen bestaan tussen de basisverzekeringen. Ook in 2007 hanteren zorgverzekeraars voor sommige zorgvormen machtigingen. Een verzekerde moet vooraf toestemming krijgen voor hij zijn recht op (vergoeding van de kosten van) zorg kan laten gelden.<sup>19</sup> Het gaat hierbij vooral om plastische chirurgie, mondzorg, hulpmiddelen, fysiotherapie en zittend ziekenvervoer. Telkens gaat het om zorg waarbij de grens tussen verzekerde en niet-verzekerde zorg voor de verzekerde niet op voorhand geheel duidelijk is. Het is mogelijk dat verzekeraars ondanks uniformiteit in polissen wel verschillen in de mate waarin zij machtigingen verlenen. De NZa rapporteert in het kader van het toezicht op de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars in het tweede kwartaal van 2007 over de manier waarop zorgverzekeraars toestemming geven voor het krijgen van medische behandelingen.

Het ontbreken van verschillen in polissen is door een aantal factoren te verklaren. De onderhandelingsruimte voor zorgverzekeraars is voor een groot deel ontoereikend. Het zorgaanbod is nog onvoldoende transparant en de ex-postverevening beperkt de voordelen van selectief contracteren door zorgverzekeraars. De hoge ex-postverevening is nodig om bij het begin van het nieuwe stelsel en de invoering van DBC's zorgverzekeraars geen risico's te laten lopen voor kosten die zij niet kunnen beïnvloeden.

Het ontbreken van meer differentiatie in polissen is ongewenst vanuit het oogpunt van keuzeondersteuning door de zorgverzekeraars. Zij kunnen immers de consument niet stimuleren voor een bepaalde zorgaanbieder te kiezen. Buitenlandse ervaringen leren dat als consumenten kunnen kiezen zij vaak een voorkeur hebben voor een polis met (beperkt) gecontracteerde zorg. Voorkomen moet worden dat zij polissen met gecontracteerde zorg opgedrongen krijgen.<sup>20</sup>

### 2.3.3 Het aanbod van aanvullende verzekeringen

De keuzeopties voor verzekerden zijn wat betreft de aanvullende verzekeringen verder vergroot. Zorgverzekeraars specificeren hun pakketten ook meer naar doelgroepen.

Gemiddeld bieden zorgverzekeraars vier á vijf verschillende aanvullende verzekeringen aan. In 2006 waren dit drie á vier verschillende verzekeringen. Bovendien verschilt de dekking vaker. Eén van de redenen hiervoor is dat zorgverzekeraars meer doelgroepen willen bereiken. Zo zijn er meer aanvullende verzekeringen die specifiek zijn gericht op ouderen, jongeren en studenten. Ook zijn er veel nieuwe aanvullende verzekeringen op de markt gebracht waarbij verzekerden zich kunnen verzekeren voor 'luxe' als zij moeten worden opgenomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om een privé-kamer en de kosten voor internet en een televisie.

Er zijn minder zorgverzekeraars dan in 2006 die aan premiedifferentiatie doen. In 2006 betaalden verschillende leeftijdsgroepen voor een aantal aanvullende verzekeringen verschillende. Ook was er in 2006 één verzekeraar die verschillende premies berekende per postcode. Dit is in 2007 niet meer het geval.

---

<sup>19</sup> Bericht ZN 30 maart 2007: machtigingen voor geneesmiddelen tot minimum beperkt in 2007

<sup>20</sup> NZa, Visiedocument Richting geven aan keuzes, 2007. Het document is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

## 2.4 Conclusies en acties NZa

Ten opzichte van 2006 is de marktconcentratie op zowel landelijk als provinciaal niveau nauwelijks veranderd. Het aanbod van basis- en aanvullende verzekeringen is evenals in 2006 ruim. Hoewel in enkele provincies de concentratie hoog blijft, houden ook daar verzekerden een ruime keus aan verzekeringen. De NZa heeft ook geen geval van AMM op de zorgverzekeringsmarkt onder ogen gehad. De ontwikkeling van de marktconcentratie vormt geen risico voor de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

Hoewel het aanbod van basisverzekeringen ruim is, zijn onderling nauwelijks inhoudelijke verschillen. Zorgverzekeraars profileren zich nog niet op basis van de resultaten van hun zorginkoop. De liberalisering van de zorgmarkten moet nog meer gestalte krijgen. Het is voor zorgverzekeraars dan wel zaak de verzekerde verschillende polissen aan te bieden omdat dit de kans vergroot dat hij dan een polis met (beperkt) gecontracteerde zorg kiest.

Evenals in 2006 was er ook in 2007 geen sprake van (geografische) toetreding. Dit is niet bezwaarlijk. Er zijn geen signalen van belemmering van toetreding door misbruik van een economische machtspositie. Bovendien is sprake van een sterke mate van premieconcurrentie.

De zorgverzekeringsmarkt tendeert naar een landelijke markt. Het uitblijven van polissen die zich specifiek richten op een bepaalde regio en het afsluiten van bovenregionale collectieve contracten doet vooralsnog vermoeden dat het minder waarschijnlijk is dat een regionale zorgverzekeringsmarkt ontstaat. Wanneer de zorgverzekeraar naast inkoopmacht ook over verkoopmacht in bepaalde regio's beschikt kan dit wel nadelige gevolgen hebben voor de publieke belangen. De NZa blijft in haar functie als marktmeester scherp toezicht houden op de markten waar de mededinging mogelijk wordt beperkt en grijpt indien nodig in.

### 3. De collectieve verzekeringen

#### Bevindingen en acties NZa

- Het aandeel van verzekerden met een collectieve verzekering is in 2007 gegroeid van 53% naar 57%. Collectieve verzekeringen bieden voor de verzekerde verschillende voordelen in de vorm van stijgende premiekortingen (gemiddeld 7% tegenover 6,6% in 2006) en voordelen in de aanvullende verzekeringen.
- Het beoogde effect van collectieve verzekeringen (versterking van de zorginkoop van verzekeraars en/of ARBO- en verzuimbeleid bij bedrijven door op maat gesneden verzekeringen) is nog maar beperkt aanwezig. De NZa gaat in de volgende monitor na of hierin iets verandert en inventariseert ondertussen de oorzaken van het achterwege blijven van dit maatwerk.
- De NZa onderzoekt in 2007 aanvullende (financiële) afspraken rondom collectieve verzekeringen.
- De NZa onderzoekt de collectieve contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders omdat rolconflicten mogelijk zijn met ongewenste effecten op de zorginkoopmarkt.

#### 3.1 Inleiding

Het aantal verzekerden met een collectieve verzekering is in 2006 en 2007 zodanig gegroeid dat een meerderheid inmiddels collectief verzekerd is. Daarom krijgt dit segment van de markt in dit hoofdstuk afzonderlijk aandacht. In dit hoofdstuk staat centraal welke afspraken gemaakt worden bij het aangaan van een collectief contract en welke voordelen aan deze afspraken zijn verbonden. In de volgende hoofdstukken wordt nader ingegaan op de invloed van collectieve verzekeringen op de publieke belangen.

Een belangrijk beoogd effect van collectieve contracten is dat de zorgverzekeraar voor groepen van verzekerden maatwerk aanbiedt. Dit versterkt de zorginkoop van de verzekeraar en collectieve verzekeringen worden onderdeel van het ARBO- en verzuimbeleid bij bedrijven.<sup>21</sup>

In dit hoofdstuk komen de volgende vragen aan de orde:

- Hoe hebben de collectieve verzekeringen zich in 2007 ontwikkeld?
- Welke afspraken maakt men in collectieve contracten?
- Welke voordelen zijn daaraan te onderkennen?

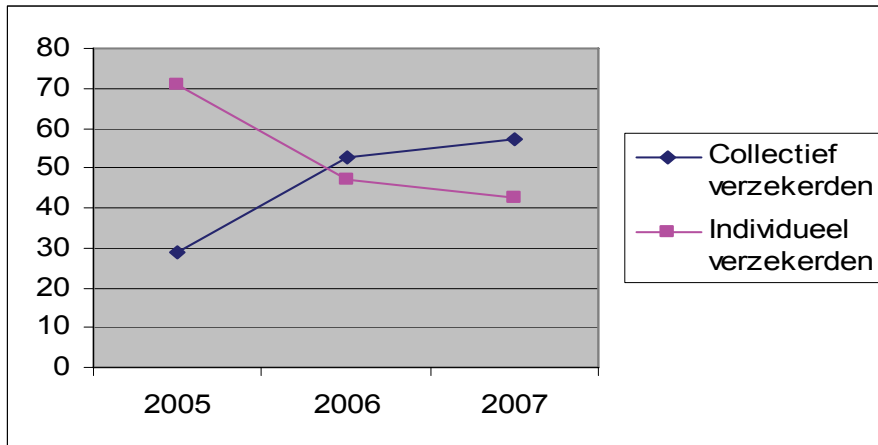
#### 3.2 De ontwikkeling in 2007

In 2006 was 53% collectief verzekerd.<sup>22</sup> In 2007 ligt het aantal collectief verzekerden op 57%. Er zijn dus sinds 2006 meer collectief verzekerden dan individueel verzekerden (zie figuur 6).

<sup>21</sup> Tweede Kamer, Vergaderjaar 2004-2005, 29763, nr 36. Toelichting op Amendement van het lid Schippers.

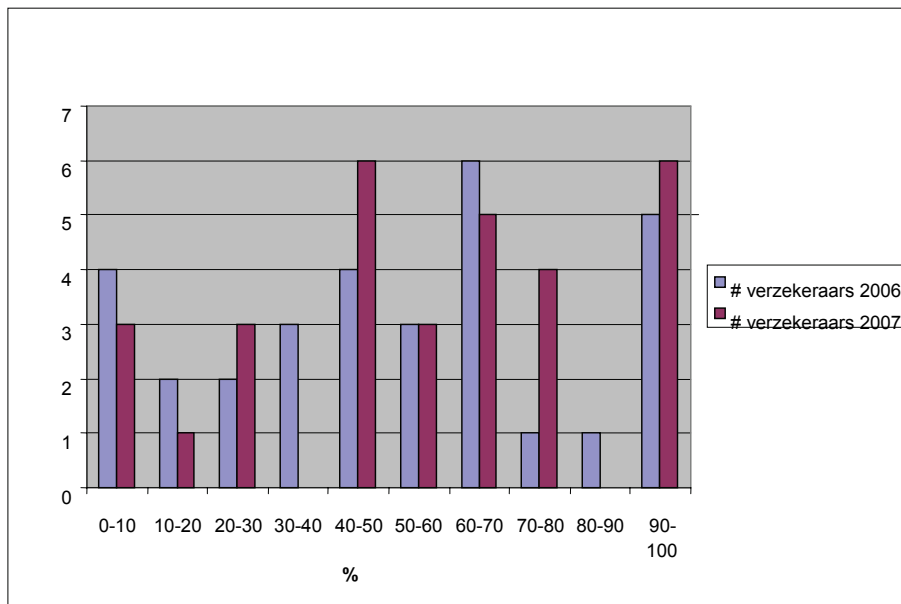
<sup>22</sup> De NZa heeft in haar monitor zorgverzekeringsmarkt 2006 gerapporteerd dat 46% van de verzekerden collectief was verzekerd. Dit was gebaseerd op opgaven van verzekeraars in het eerste kwartaal van 2006. Herberekening in 2007 leidt tot de conclusie dat al in 2006 53% collectief verzekerd was. Het verschil van 7% wordt voor 3%-punt verklaard door onjuiste en niet complete opgaven van verzekeraars en voor 4%-punt door verwerkte mutaties na het peilmoment.

**Figuur 6: De ontwikkeling van het aantal collectief en individueel verzekerden 2005-2007 (%)**<sup>23</sup>



De collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar verschilt sterk. Het aantal collectief verzekerden varieert per verzekeraar van bijna 0% tot 95%. Deze verschillen zijn zichtbaar in figuur 7.

**Figuur 7: Het aantal zorgverzekeraars met aantallen collectief verzekerden in percentages**

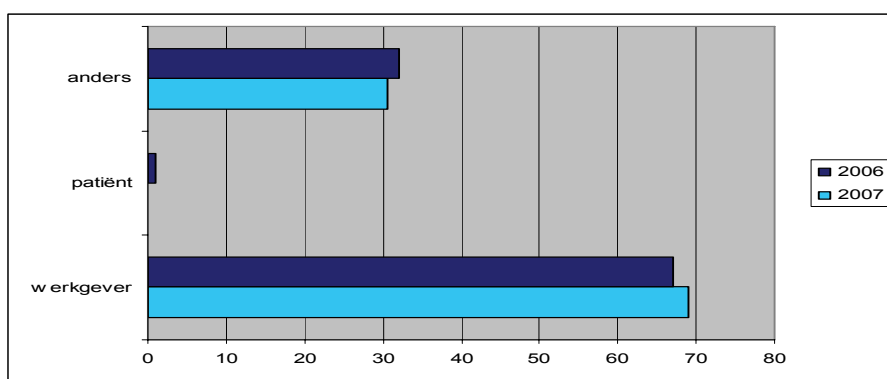


Uit figuur 7 blijkt dat bij zes zorgverzekeraars vrijwel alle verzekerden collectief zijn verzekerd. Het gaat daarbij om zorgverzekeraars die vanuit hun verleden vrijwel alleen collectieve verzekeringen aanboden. Een voorbeeld vormt PNO dat voortkomt uit een personeelsfonds maar ook IZA dat voorheen ambtenaren collectief verzekerde. De meeste van deze verzekeraars zijn onderdeel van een concern dat met andere verzekeringen ook individuele verzekerden trekt. Het verlies van een collectiviteit kan vooral voor een kleinere alleenstaande zorgverzekeraar belangrijke gevolgen hebben. De NZa houdt de effecten voor de verzekerde in de gaten door middel van risicoanalyses. De verdeling van collectief verzekerden over soorten van collectiviteiten is in vergelijking met 2006 stabiel gebleven. De meeste collectief

<sup>23</sup> 2005 is gebaseerd op Vektis, Zorgmonitor jaarboek 2005. Zie ook noot 23 op pagina 13 van NZa, De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt, juni 2006

verzekerden hebben zich aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit (69%). Het aantal verzekerden bij een collectieve verzekering van een patiëntenvereniging blijft beperkt (zie figuur 8).<sup>24</sup> Ook het aantal zorgverzekeraars dat een collectieve verzekering via een patiëntenvereniging aanbiedt blijft beperkt. Patiëntenverenigingen ondernemen verschillende acties om hun achterban aan te zetten tot het aanschaffen van hun collectieve verzekeringen. Deze pogingen hebben over het algemeen een beperkt effect in 2007.<sup>25</sup>

**Figuur 8: Verdeling collectief verzekerden over soorten van collectiviteiten**



Een specifieke groep van collectiviteiten vormen de cliëntenbestanden van zorgaanbieders en dan met name thuiszorginstellingen. Het gaat daarbij om collectiviteiten die gezien hun omvang aantrekkelijk zijn voor zorgverzekeraars.<sup>26</sup> De zorgverzekeraar contracteert de thuiszorginstelling waardoor een situatie ontstaat waarbij de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder beide zowel klant als verkoper zijn. Hierbij is een vorm van koppelverkoop/inkoop mogelijk. Omdat het zorgkantoor niet risicodragend is, heeft het geen prikkel om goede prijzen te bedingen voor de inkoop van AWBZ-zorg. Het risico bestaat dat het zorgkantoor eerder bereid is inkoopvoordelen op de AWBZ-markt in te ruilen voor inkoopvoordelen op de zorgverzekeringsmarkt. De NZa heeft al eerder dit risico onder de aandacht gebracht.<sup>27</sup> De NZa heeft de afgelopen tijd vanuit de markt signalen gekregen waarbij men wijst op mogelijke rolconflicten.

De algemene groei van het aantal collectief verzekerden is te verklaren uit de groei van het aantal collectiviteiten. Daarnaast is er een grotere instroom in bestaande collectiviteiten. Het blijkt dat:

1. Het aantal collectiviteiten is gegroeid ten opzichte van 2006. Een aantal collectief verzekerden is ingestroomd in deze nieuwe collectiviteiten.<sup>28</sup> De groei van het aantal collectiviteiten vindt plaats bij alle drie soorten (werkgevers- patiënten- en gelegenheidscollectiviteiten).<sup>24</sup>
2. Een aantal verzekerden is ingestroomd in bestaande collectiviteiten. Dit wil niet zeggen dat de vullingsgraad van bestaande

<sup>24</sup> Opgaven zorgverzekeraars aan NZa. Daaruit blijkt wel een stijging van het aantal verzekerden bij een patiëntencollectief maar het relatieve aandeel daalt door de stijging van het totaal aantal collectief verzekerden.

<sup>25</sup> Bijeenkomst collectieve zorgverzekeringen, 16 maart 2007

<sup>26</sup> De NZa heeft geen inzicht in het betreffende aantal verzekerden. Wel is bekend dat het voor verschillende verzekeraars gaat om collectiviteiten die tot hun 10 grootste behoren.

<sup>27</sup> Zie NZa, Rapport Care voor de toekomst, 2007. Het rapport is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>28</sup> Zorgverzekeraars geven voor 2007 bijna 60.000 collectiviteiten op. In 2006 werd ongeveer de helft geteld maar dat aantal gaf de stand van zaken ultimo maart 2006 aan. Daarna waren nog aanpassingen mogelijk omdat de markt per 1 mei sloot.

collectiviteiten over het algemeen is gestegen.<sup>29</sup> Het beeld is heel gevarieerd. Zorgverzekeraars verliezen op een aantal collectieve contracten maar winnen op andere. Zowel verzekeraars en werkgevers als andere partijen hebben aangegeven dat pogingen om de vullingsgraad van collectiviteiten te verhogen moeizaam verlopen.<sup>30</sup>

3. De groei van het aantal collectief verzekerden komt voor een belangrijk deel door verzekerden die bij dezelfde zorgverzekeraar van een individuele basisverzekering naar een collectieve verzekering over stappen.

De grootste collectiviteiten zijn over het algemeen niet van zorgverzekeraar veranderd. Werkgevers hebben zich voorgenomen in 2007 niet al te veel te willen veranderen.<sup>31</sup> Ook patiëntenverenigingen wisselen niet van zorgverzekeraar, maar proberen het aantal contracten met zorgverzekeraars wel uit te breiden. De (jaarlijkse) dynamiek wordt verder beperkt door de looptijd van de contracten. Ongeveer 50% van de huidige lopende grootste collectieve contracten is gestart in 2006 en loopt langer door dan 2007.<sup>32</sup>

### 3.3 Afspraken in collectieve contracten

Collectieve verzekeringen zijn aantrekkelijk voor de verzekerde vanwege het premievoordeel voor de basis- en aanvullende verzekering en andere verzekeringsvoordelen, bijvoorbeeld pakketkorting. Het is ook nodig dat maatwerk tot stand komt: arrangementen toegesneden op de klant met doelmatigheidswinst op verschillende terreinen. Verschillende vormen van maatwerk zijn denkbaar, zoals maatwerk in de basisverzekering, in de aanvullende verzekeringen, door combinaties met andere verzekeringsproducten en door afspraken over gezondheidsbeleid (ARBO, verzuimbestrijding, re-integratie etc). In de volgende paragrafen komen de verschillende vormen van afspraken aan de orde.

#### 3.3.1 Premieafspraken en afspraken over toegang tot de aanvullende verzekeringen

Zorgverzekeraars en collectiviteiten maken afspraken over de kortingen op de premies voor de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Er is sprake van een competitief marktsegment. Verzekeraars proberen door middel van premiekorting hun marktaandeel te behouden of te vergroten. De premiekorting voor de werkgeverscollectiviteiten voor de basisverzekering is gestegen naar gemiddeld 8% (2006: ongeveer 7%). Deze kortingen hebben een positief effect op de betaalbaarheid van basisverzekeringen hoewel verzekerden in 2007 duurder uit zijn door de gestegen premies. In paragraaf 7.2.5 wordt dit effect meer precies aangegeven en wordt ingegaan op de waarschijnlijkheid van kruissubsidiëring.

Er zijn ook afspraken gemaakt over kortingen op de premie voor de aanvullende verzekeringen. De spreiding van deze kortingen is groot. Zo ontvangen cliënten van sociale diensten gemiddeld ongeveer 4,5%, maar leden van koepelorganisaties gemiddeld ongeveer 11%. Het is op dit moment moeilijk om te achterhalen waarom sociale diensten een lagere

<sup>29</sup> De vullingsgraad is het percentage van het maximaal aantal verzekerden dat zich kan verzekeren via dat collectieve contract.

<sup>30</sup> Bijeenkomst collectieve zorgverzekeringsmarkt, 16 maart 2007

<sup>31</sup> Contactgroep Personeel en Zorgverzekering, Collectieve zorgverzekering CPZ-werkgevers 2006, februari 2007

<sup>32</sup> Opgave zorgverzekeraars aan de NZa



korting weten te bedingen. De spreiding is namelijk hoog, niet alleen tussen sociale diensten maar ook tussen contracten met sociale diensten van dezelfde verzekeraar.<sup>33</sup> Naast premieafspraken komen zorgverzekeraars en collectiviteiten vaak ook overeen dat voor de leden van de collectiviteit geen selectie voor de aanvullende verzekering geldt.

### 3.3.2 Inhoudelijke afspraken

Vooralsnog blijft het maatwerk door middel van inhoudelijke afspraken bij collectieve contracten beperkt. De door de stelselwijziging beoogde efficiencywinst door afspraken over bijvoorbeeld ARBO- en verzuimbeleid is nog niet aantoonbaar. Het merendeel (naar schatting 70-80%) van de contracten die zorgverzekeraars sluiten met collectiviteiten komt tot stand zonder uitgebreide onderhandelingen over het aangeboden pakket. Bovendien lijkt de bereidheid om bijvoorbeeld het ARBO- en verzuimbeleid verder vorm te geven beperkt te blijven tot een minderheid van bedrijven die daar ook al voor de stelselwijziging mee bezig was.<sup>34</sup>

Maatwerk in de basisverzekering komt wel voor bij de collectieve contracten met patiëntenverenigingen. Binnen deze groep is het vooral mogelijk gebleken voor diabetespatiënten. De Diabetes Vereniging Nederland (DVN) en enkele zorgverzekeraars hebben collectieve verzekeringen ontworpen met op de doelgroep afgestemde polisvoorwaarden.<sup>35</sup> Ook helpt DVN zorgverzekeraars bij het ontwikkelen van het zorginkoopbeleid. Voor andere collectiviteiten zijn niet of nauwelijks inhoudelijke afspraken over de basisverzekering tot stand gekomen. Het is mogelijk dat marktpartijen ervaren dat de eisen aan de modelovereenkomst weinig ruimte voor maatwerk laten. Anderzijds is het voor zorgverzekeraars weinig aantrekkelijk maatwerkverzekeringen te ontwikkelen. Voor basisverzekeringen bestaat immers de acceptatieplicht waardoor de basisverzekering, die ten grondslag ligt aan het collectieve contract, toegankelijk moet zijn voor elke geïnteresseerde verzekerde. Ten slotte kost het zorgverzekeraars moeite om zorg te organiseren en zo aan te bieden in polissen als het diabetes-voorbeeld.<sup>36</sup>

Daar waar maatwerk tot stand komt gebeurt dat via de aanvullende verzekeringen en aanvullende afspraken op de collectieve overeenkomst.<sup>37</sup> Zorgverzekeraars stellen op de doelgroep afgestemde voordelen via de aanvullende verzekering beschikbaar. Dit kan de vorm hebben van specifieke medische behandelingen maar ook de vergoeding van vegetarische producten (Vegapolis). Een ander voorbeeld van een maatwerkverzekering is het verzekeringspakket van een zorgverzekeraar voor sociale minima. Verschillende gemeentes hebben hiervoor een collectief contract afgesloten. De verzekeraar past het verzekerdenpakket van de aanvullende voorwaarden zodanig aan dat elke verzekerde in het collectief een ander pakket heeft dat op maat is gesneden.

<sup>33</sup> Opgave zorgverzekeraars aan de NZa

<sup>34</sup> Bijeenkomst collectieve zorgverzekeringsmarkt, 16 maart 2007/ CPZ (2007) constateert dat het maatwerk voor werkgevers in 2006 een kopie is van de bestaande afspraken in 2005 en dat in 2007 nauwelijks iets wordt aangepast.

<sup>35</sup> Zo heeft DVN de voorwaarde gesteld dat de diabeteszorg van de verzekeraar voldoet aan de Zorgstandaard voor goede diabeteszorg.

<sup>36</sup> Bijeenkomst collectieve zorgverzekeringsmarkt, 16 maart 2007

<sup>37</sup> Het is echter de vraag of deze strategie van zorgverzekeraars niet leidt tot een te grote premiedruk op de aanvullende verzekeringen. Ook op de aanvullende verzekeringen leiden zorgverzekeraars verlies. Bovendien verhoogt een uitgebreide aanvullende verzekering de premiekosten voor de werknemer in geval van een werkgeverscollectief.

### 3.3.3 Aanvullende financiële afspraken

Naast de afspraken over premievoordelen en, voor zover van toepassing, inhoudelijke afspraken komen aanvullende financiële afspraken tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten voor. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om:

1. afspraken dat bij een combinatiepolis of een naturapolis een beperking van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet geldt voor verzekerden van de collectiviteit van de werkgever;<sup>38</sup>
2. betalingen van zorgverzekeraars aan werkgevers voor activiteiten voor verdere vulling van de collectiviteiten en financiële beloningen per nieuwe verzekerde voor de collectiviteit, waarmee de werkgever bijvoorbeeld preventieve zorg zoals bedrijfsfitness kan betalen.

Het is de NZa onduidelijk of zorgverzekeraars en werkgevers nog andere afspraken maken. Het is dus ook onduidelijk of deelnemers aan een collectiviteit financiële voordelen hebben waardoor uiteindelijk een hogere korting van 10% ontstaat.

### 3.4 Conclusies en acties NZa

Het segment collectieve verzekeringen is in 2007 in omvang gegroeid van 53% naar 57% van de verzekerden. De NZa concludeert in het algemeen dat naast premievoordeel andere afspraken in collectieve contracten staan met voordelen voor de verzekerde. Zo kunnen collectieve contracten via de aanvullende verzekering en afspraken maatwerk bieden en bevorderen zij de toegankelijkheid van de aanvullende verzekering door afspraken over de acceptatie voor aanvullende verzekeringen.

Er is ook een aantal aspecten van collectieve verzekeringen die de aandacht van de NZa vereisen.

1. Verschillende marktpartijen stellen dat de basisverzekering hun weinig mogelijkheden biedt om 'maatwerk' af te spreken. De NZa zelf ervaart dat zorgverzekeraars de mogelijkheden om de mogelijkheden van functionele omschrijvingen nog weinig exploreren. Er zijn evenmin 'voorlopers' te herkennen. Al met al is het resultaat hetzelfde. De zorgverzekeraars voelen vanuit de collectieve markt te weinig druk om bij de zorginkoop op de verzekerde toegesneden arrangementen te bewerkstelligen. De NZa inventariseert welke achtergronden hierbij van belang zijn en doet daarvan in de monitor zorgverzekeringsmarkt 2008 verslag. Ook stelt de NZa vast of het maatwerk zich positief ontwikkelt of dat de NZa stimulerende maatregelen moet nemen.
2. Als financiële afspraken tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars er toe leiden dat verzekerden achteraf een additionele korting op de premie krijgen is het de vraag of dat niet in strijd met de wet is. Verzekerden krijgen dan immers feitelijk meer dan 10% korting. De NZa vraagt op korte termijn contracten op en gaat deze onderzoeken om meer inzicht te krijgen in aanvullende (financiële) afspraken.
3. Collectieve contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg komen in ruime mate voor. Daarbij gaat het om verzekeringen voor cliënten, maar vaak ook voor het personeel van deze zorgaanbieders. Daarbij kan sprake zijn van rolconflicten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars komen elkaar ook weer tegen als verkoper en koper bij de budgetonderhandelingen. Signalen zijn voor de NZa reden om door middel van onderzoek na te gaan of deze

---

<sup>38</sup> CPZ, 2007, p. 10

vorm van koppelverkoop daadwerkelijk voorkomt en welke gevolgen daaraan zijn verbonden. De NZa wil mogelijke nadelige gevolgen voor de zorginkoop door zorgkantoren tegengaan.



## 4. Het overstappedrag van verzekerden

### Bevindingen en acties NZa

- De verzekerdenmobiliteit is in 2007 iets boven het niveau van voor de stelselwijziging, maar dit duidt niet op problemen op de zorgverzekeringsmarkt.
- Collectieve contracten, premies en de aanvullende verzekeringen zijn (wederom) de motor achter de mobiliteit.
- In tegenstelling tot zijn feitelijk keuzegedrag blijkt uit onderzoek dat de consument wil betalen voor goede zorg van de verzekeraar als deze zich daarin onderscheidt. Verzekeraars kunnen zich dus op de kwaliteit van de gecontracteerde zorg onderscheiden op de zorgverzekeringsmarkt.
- De NZa heeft verschillende rapporten gepubliceerd met als doel de verzekerde op basis van een goede prijs/kwaliteitvergelijking te laten overstappen.
- De prijsgevoeligheid van verzekerden is in zowel 2006 als 2007 hoger dan voor de stelselwijziging. Het overstappen heeft hen in 2006 € 130 miljoen en in 2007 € 32 miljoen opgeleverd.

### 4.1 Inleiding

In 2006 stapten veel verzekerden over, waardoor een positieve impuls voor de concurrentiedruk ontstond. Een knelpunt was de motivatie van de overstappers. De verzekerde stapte voornamelijk over voor het premieverschil en toonde nog weinig aandacht voor de kwaliteit.

Het is voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt van belang dat verzekerden de mogelijkheid hebben om te wisselen van zorgverzekeraar en (dreigen met) overstappen naar verzekeraars die een betere prijs/kwaliteit-verhouding bieden. Dat betekent een prikkel voor verzekeraars om een goed product aan te bieden. Het is niet alleen belangrijk dat verzekerden (dreigen met) overstappen, maar ook waarom. Als de verzekerde geïnteresseerd is in de verzekerde zorg dan is er een prikkel voor verzekeraars om op de zorginkoopmarkt goed te presteren. Ten slotte is het noodzakelijk dat verzekerden prijsgevoelig zijn. Als ze dit niet zijn kunnen verzekeraars hun premies onafhankelijk van de verzekerde vaststellen en kunnen zorgverzekeraars afzien van het doorgeven van zorginkoopvoordelen aan verzekerden.

In dit hoofdstuk komen de volgende vragen aan de orde:

1. Hoe heeft zich het aantal overstappers in 2007 ontwikkeld en wat zegt dit over de werking van de zorgverzekeringsmarkt?
2. Wat zijn de kenmerken van de overstappers?
3. Hebben verzekerden gelet op kwaliteit bij het overstappen?
4. Hoe prijsgevoelig zijn zij en heeft het overstappen hen in 2006 en 2007 premievoordeel opgeleverd?

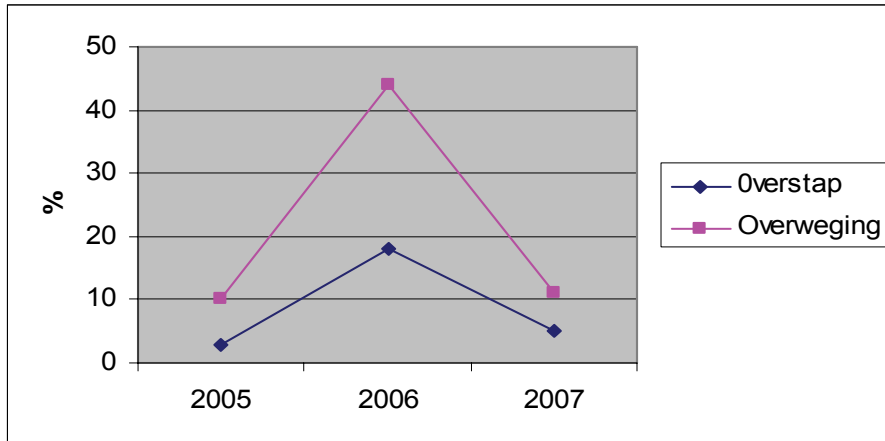
### 4.2 Mobiliteit 2007

#### 4.2.1 Ontwikkeling van de mobiliteit

In 2006 was het percentage verzekerden dat is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar hoog, ongeveer 18%. In 2007 is dit 4,4%. Dit percentage ligt iets boven het niveau van voor de stelselwijziging. Het

percentage verzekerden dat een andere basisverzekering bij dezelfde verzekeraar heeft gekozen, is in 2007 4,4%. In 2006 was dit naar schatting 5-10%.

**Figuur 9: Ontwikkeling aantallen overstappers en aantal verzekerden dat overweegt over te stappen 2005-2007 in %**



Het aantal verzekerden dat overwoog om over te stappen ligt op 11%. Dit is eveneens veel lager dan in 2006, en komt daarmee ook op iets boven het peil van 2005 (zie figuur 9).<sup>39</sup>

Verzekerden kregen de vraag waarom zij niet hebben overwogen om over te stappen in 2007.<sup>40</sup> Ongeveer 47% heeft aangegeven tevreden te zijn met de huidige zorgverzekeraar. De groep verzekerden die heeft overwogen om over te stappen maar dat uiteindelijk niet heeft gedaan, geeft als belangrijkste reden hiervoor dat tussen verzekeraars weinig verschil in premie en/of verzekerde pakket bestaat (31%). Een substantieel gedeelte geeft aan al via de werkgever te zijn verzekerd (20%). Ten slotte ervaren verzekerden overstappen ook als te ingewikkeld en als te veel rompslomp (10%).

De vrees voor rompslomp verhindert dus voor een aantal verzekerden dat zij overstappen. Deze groep was in 2006 van vergelijkbare relatieve omvang.<sup>41</sup> Objectief gezien zijn de randvoorwaarden voor overstappen in 2007 een stuk beter. Er zijn wettelijke bepalingen aangenomen voor de verdere stroomlijning van het overstappen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars afspraken gemaakt over het overnemen van machtigingen en er is ook een overstapservice in het leven geroepen.

Het aantal overstappers is niet kleiner door de strategieën van zorgverzekeraars voor hun aanvullende verzekeringen. Zoals in paragraaf 6.3 wordt aangegeven zou alleen door de contractuele voorwaarden een remmende invloed van de aanvullende verzekering op de mobiliteit voor de basisverzekering uit kunnen gaan.

Het antwoord van verzekerden dat zij al verzekerd zijn via de werkgever duidt op de mogelijkheid dat zij zich niet vrij voelen een andere verzekeraar dan die van het werkgeverscollectief te kiezen. Collectieve verzekeringen hebben in dat geval een tweezijdig effect op de

<sup>39</sup> Het percentage overstappers en overwegers in 2005 is ontleend aan: T. Laske-Aldershof, F.T. Schut, Monitor verzekerdenmobiliteit. Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS, iBMG, 2005.

<sup>40</sup> NZa-enquête onder verzekerden, 2007

<sup>41</sup> Ongeveer 12% van de verzekerden die na overweging toch niet overstapten.

verzekerdenmobiliteit. Enerzijds bieden collectieve verzekeringen aanzienlijke premievoordelen en aantrekkelijke aanvullende verzekeringen die verzekerden aanzetten tot overstappen. Anderzijds blijkt dat verzekerden zich gebonden voelen aan collectiviteiten. Dat men niet overstapt omdat men meent via de werkgever te zijn verzekerd lijkt een psychologische maar niet reële belemmering. Ook in geval van een verzekering via de werkgever bestaat immers elk jaar de mogelijkheid om over te stappen. Maar er zijn ook meer objectieve belemmeringen voor de mobiliteit van collectief verzekerden zoals al in hoofdstuk 3 is aangegeven. Het gaat hierbij dan vooral om klantenbindende activiteiten van zorgverzekeraars en collectiviteiten en de continuïteit van collectieve contracten.

#### 4.2.2 Beoordeling van de ontwikkeling van de mobiliteit

De daling van het aantal overstappers zegt op zich weinig over het functioneren van de markt. Om daar wel iets over te kunnen zeggen zijn ook andere aspecten van de werking van de markt van belang.

- Niet overstappen komt in belangrijke mate voort uit tevredenheid met de zorgverzekeraar en/of de perceptie van een te laag premievoordeel.<sup>42</sup> Ook uit de meest recente meting van de Consumentenbond bleek een hoge tevredenheid bij verzekerden over de zorgverzekeraar.<sup>43</sup> In het besef dat er een scherpe prijsconcurrentie plaatsvindt zijn de genoemde motivaties vanuit marktwerkingoogpunt positief te waarderen;
- De transparantie van veel aspecten van zorgverzekeraars en hun polissen is net als in 2006 hoog (zie paragraaf 6.5);
- De invloed van selectie voor de aanvullende verzekering is (wederom) klein, afgezien van de contractvoorwaarden die vanuit het oogpunt van een mobiliteitsanalyse aandacht moeten krijgen (zie paragraaf 6.3);
- Afspraken bij collectieve verzekeringscontracten bevorderen het overstappen maar werpen ook drempels op;
- In 2006 was er veel publiciteit voor de stelselwijziging en de mogelijkheid om over te stappen. Dit speelde een veel minder grote rol in 2007.

Al met al duidt de daling van het aantal overstappers niet op ernstige tekortkomingen van de zorgverzekeringsmarkt.

### 4.3 Kenmerken overstappers

De NZa heeft nader bekeken welke kenmerken de overstappers bezitten. Daarvoor is ook een vergelijking gemaakt met de kenmerken in 2006. Uit de enquête is gebleken dat in 2007:

- jongeren meer overstappen dan ouderen;
- verzekerden die hun gezondheid ervaren als slecht en matig minder zijn overstapt dan verzekerden die hun gezondheid als goed tot uitstekend ervaren;
- verzekerden met een HAVO-VWO-MBO opleiding of hoger vaker overstappen dan verzekerden met een lagere opleiding;
- een volwassene met partner en een of meer kinderen vaker overstapt dan anderen;

<sup>42</sup> Hierbij moet worden opgemerkt dat voor de stelselwijziging het aantal verzekerden dat niet overwoog over te stappen vanwege tevredenheid met de zorgverzekeraar hoger dan in 2007 lag (bron: T. Laske-Aldershof ea 2005). De NZa bekijkt in 2008 of inderdaad sprake is van een dalende trend.

<sup>43</sup> Consumentenbond, Nieuwsbericht 12 februari 2007. Het aantal tevreden verzekerden is hoger dan in de NZa-enquête. Dat komt waarschijnlijk door het verschillen in vraagstelling.

- de mobiliteit in de drie grote steden het grootst is. Deze kenmerken komen overeen met die van 2006.

Uit de NZa-enquête blijkt dat de overstappers voornamelijk zijn gemotiveerd door prijsverschillen. De veronderstelling is dat zij zich op prijsgevoeligheid onderscheiden van de blijvers. Dat blijkt deels te kloppen. Overstappers kiezen inderdaad voor een hoger eigen risico dan niet-overstappers.<sup>44</sup> Overstappers kiezen ook minder vaak voor de aanvullende (tandarts)verzekering dan niet-overstappers, maar deze verschillen zijn niet significant.

In 2006 heeft de NZa in samenwerking met het NIVEL het overstapgedrag van chronisch zieken bestudeerd.<sup>45</sup> Toen bleek dat het overstapgedrag van chronisch zieken niet verschilt van het overstapgedrag van de algemene bevolking. De NZa ziet geen verdere aanleiding tot nader onderzoek, tenzij de NZa signalen ontvangt.

#### *Hulpmiddelen*

Uit het rapport Overstapgedrag chronisch zieken van de NZa is gebleken dat chronische zieken met een hulpmiddel in 2006 significant minder vaak zijn overgestapt dan chronisch zieken zonder een hulpmiddel. Toch blijkt uit de NZa-enquête 2007 dat het gebruik van een hulpmiddel voor de totale populatie geen beperking vormt om van verzekeraar te veranderen. Niet bekend is hoeveel chronisch zieken onder de respondenten zijn.

## **4.4 Redenen overstappers basisverzekering**

Uit de NZa-enquête blijkt dat 11% van de verzekerden heeft overwogen om over te stappen. Van deze groep is rond de 50% uiteindelijk overgestapt.<sup>46</sup>

In tabel 1 staan de belangrijkste redenen om over te stappen. Uit de enquête blijkt dat de belangrijkste reden om van zorgverzekeraar te veranderen een collectief contract bij een andere zorgverzekeraar is (41%). In 2006 vond 33% van de overstappers de premie en de eigen bijdrage de belangrijkste reden om over te stappen. Een collectiviteit (19%) stond toen op de vierde plaats.

#### *Redenen voor gemaakte keuze*

Verzekerden die bij dezelfde zorgverzekeraar zijn gebleven, deden dat in 2006 vanwege de service en de bekendheid met of reputatie van de zorgverzekeraar (zie figuur 10). In 2007 blijft de bekendheid of reputatie van de zorgverzekeraar van belang, maar kennelijk is de verzekerde ook gehecht geraakt aan zijn collectiviteit. Bijna de helft van de blijvers heeft gekozen voor de voordelen van de collectieve verzekering die hij heeft.

---

<sup>44</sup> Overstappers kiezen vaker voor het hoogste eigen risico (significant).

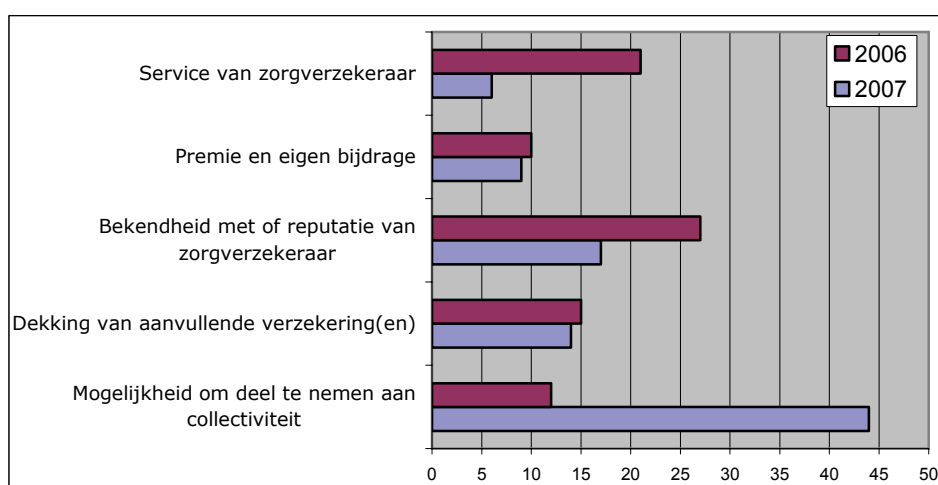
<sup>45</sup> NZa, Het overstapgedrag van chronisch zieken. Deelrapportage Monitor zorgverzekeringsmarkt, december 2006 (te raadplegen via: [www.nza.nl](http://www.nza.nl))

<sup>46</sup> Het aantal overstappers is volgens de enquête dus hoger dan volgens de gegevens verkregen via Vektis. Voor de analyse van de achtergronden van het overstappen is dit niet bezwaarlijk.



**Tabel 1: Belangrijkste redenen van overstap onder overstappers<sup>47</sup>**

Belangrijkste reden voor overstap	aantal overstappers
Een collectief contract bij een andere zorgverzekeraar	41%
De premie voor het aanvullende pakket was te hoog	13%
De dekking van het aanvullende pakket was te beperkt	12%
Verzekeren bij de zorgverzekeraar van de partner	8%
De premie voor het basispakket was te hoog	7%
Een andere reden dan in de vraag genoemd	6%
De vergoeding voor de zorgaanbieder naar keuze was te beperkt	5%
Ontevredenheid over service/klantvriendelijkheid van zorgverzekeraar	4%
Verandering van werkgever	3%
Ontevredenheid over snelheid waarmee rekeningen werden vergoed	1%

**Figuur 10: De 5 belangrijkste redenen voor keuze voor zorgverzekeraar van niet-overstappers in 2006 en 2007 (%)**

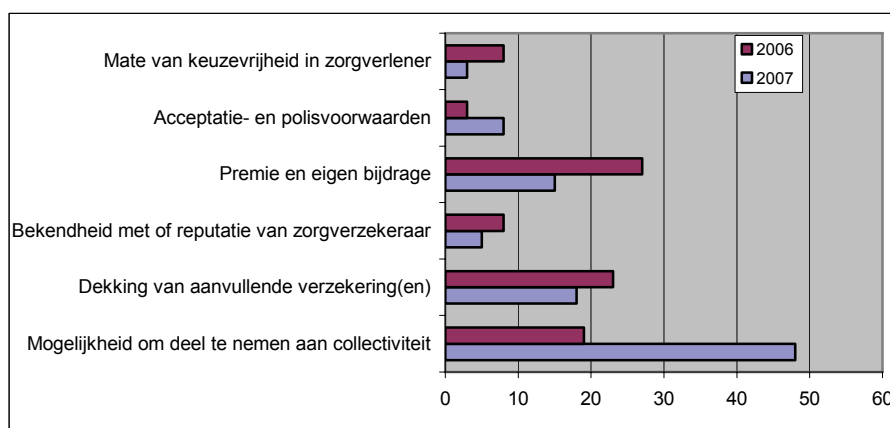
Uit figuur 11 blijkt dat voor de overstappers in 2007 de mogelijkheid deel te nemen aan een collectiviteit eveneens verreweg de belangrijkste reden is voor de keuze voor de zorgverzekeraar. De premie en dekking van de aanvullende verzekering lijken minder belangrijk te zijn geworden. Toch is aannemelijk dat dit ook belangrijke 'trekkers' zijn bij de keuze voor een collectiviteit.

Opvallend is dat de serviceverlening van de zorgverzekeraar zowel in 2006 als in 2007 geen onderscheidend vermogen biedt.<sup>48</sup> Ook de inspanningen van de verzekeraar met betrekking tot het regelen van zorg behoren niet tot de belangrijkste keuzemotieven. Dit duidt erop dat verzekerden zich voornamelijk door de prijs en dekking van een verzekering laten leiden en minder door de kwaliteit van de gecontracteerde zorg of serviceverlening van de zorgverzekeraar.

<sup>47</sup> In de tabel staat 2006 niet vermeld; de antwoordcategorieën 2006-2007 sluiten niet op elkaar aan

<sup>48</sup> Er is in 2007 geen relatie te vinden tussen de kwaliteit van dienstverlening van zorgverzekeraars en hun groei of afname van verzekerden. Zie Atos Consulting, Collectief gevangen? Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt. White paper, april 2007

**Figuur 11: De zes belangrijkste redenen voor keuze voor zorgverzekeraar van overstappers in 2006 en 2007 (%)**



Ook blijkt dat de aanvullende verzekering een belangrijke rol speelt bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Verzekerden ervaren geen verschillen tussen zorgverzekeraars bij de inhoud van de basisverzekering. Dit komt overeen met de eerdere constatering dat de zorgverzekeraars nog niet differentiëren in hun modelovereenkomsten.

Dat verzekerden zich bij het overstappen nauwelijks laten leiden door de inspanningen van de verzekeraar met betrekking tot het regelen van zorg is niet verwonderlijk. Zorgverzekeraars onderscheiden zich nog niet op dit aspect. De inkoopvoordelen van zorgverzekeraars zijn daarvoor momenteel nog te gering. De onderhandelingsvrijheid in de zorginkoopmarkt en de transparantie van het zorgaanbod zijn te klein. De zogeheten ex-postverevening is nog te hoog. Dit laatste verkleint de prikkel voor zorgverzekeraars om goede zorg in te kopen, omdat inkoopvoordelen voor een groot deel worden afgeroomd.<sup>49</sup> Op de eerste twee oorzaken onderneemt de NZa al actie. Over de afbouw van de ex-postverevening heeft de Minister van VWS besloten eerst de ex-anteverevening verder te verbeteren voordat de ex-post wordt afgebouwd.<sup>50</sup>

De vraag is of als verzekeraars zich profileren op kwaliteit van zorg zij wel verzekerden kunnen prikkelen tot overstappen. Onderzoek naar preferenties ('stated preferences' of fictief keuzegedrag) in plaats van de daadwerkelijke gehanteerde keuzemotieven ('revealed preferences') geeft aan dat verzekerden wel degelijk interesse hebben in de kwaliteit van zorg als zij een basisverzekering moeten kiezen. Zij zijn bereid meer premie te betalen als dit hun gezondheid ten goede komt.<sup>51</sup> Ook zijn zij bereid meer premie te betalen voor inspanningen van de zorgverzekeraar voor het regelen van zorg dan voor dienstverlening. Zij stellen zich tevreden met een goed niveau van dienstverlening en willen niet bijbetalen voor een uitstekend niveau, terwijl dat wel het geval is bij de inspanningen van de zorgverzekeraar voor het regelen van zorg. De conclusie is dan ook dat een uitstekend niveau van het regelen van zorg een effectief onderscheidend vermogen is in de concurrentie tussen zorgverzekeraars.<sup>52</sup>

<sup>49</sup> Zie NZa, Richting geven aan keuzes, 2007 Het document is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>50</sup> Brief Minister van VWS aan de Tweede Kamer (Afbouw ex-post compensatie in het risicovereveningssysteem), 16 januari 2007

<sup>51</sup> Bernard van den Berg, Paula van Dommelen, Piet Stam, Trea Laske-Aldershof, Erik Schut, Preferenties en keuzes voor zorg en zorgverzekeraars, paper (nog te publiceren)

<sup>52</sup> NMa, Monitor Financiële Sector 06, december 2006

Verzekerden zijn meer geneigd te kiezen voor (beperkt) gecontracteerde zorg dan verzekeraars denken. Ervaringen in binnen- en buitenland geven aan dat consumenten willen kiezen voor een polis met (beperkt) gecontracteerde zorg als hen maar duidelijk is wie gecontracteerd is en wat de voor- en nadelen zijn.<sup>53</sup>

#### 4.5 De prijsgevoeligheid van verzekerden

Zowel in 2006 als in 2007 geven overstappende verzekerden aan dat de prijs een belangrijke reden vormt om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Het Centraal Planbureau (CPB) en de NZa hebben in 2007 gezamenlijk een begin gemaakt met een onderzoek naar de prijsgevoeligheid van verzekerden in 2006 en 2007. Het rapport verschijnt medio 2007.<sup>54</sup> Daarbij wordt ook gekeken naar verschillen in prijsgevoeligheid tussen individueel verzekerden en collectief verzekerden. Het blijkt dat de prijsgevoeligheid in het nieuwe stelsel is toegenomen. Deze was in 2006 - 6.7 en in 2007 -1.7. Voor de stelselwijziging was dit - 0.6. De prijsgevoeligheid in 2006 en 2007 betekent dat een eenzijdige verlaging door een zorgverzekeraar van de premie met 1% een winst betekent van 18.000 respectievelijk 4.000 verzekerden. Door over te stappen naar goedkopere polissen besparen verzekerden op hun premiebetalingen. Deze besparing bedroeg in 2006 op macroniveau € 130 miljoen en € 32 miljoen in 2007.

De ervaring met 2006 leert dat de prijsgevoeligheid van verzekerden kan worden verhoogd. Te denken valt aan het geven van publiciteit aan de mogelijkheid om premievoordeel te behalen als men overstapt.

#### 4.6 Conclusies en acties NZa

Het aantal overstappende verzekerden is in 2007 gedaald, maar dit duidt niet op ernstige tekortkomingen van de zorgverzekeringsmarkt. Er zijn wel ontwikkelingen die in de komende jaren de aandacht van de NZa vereisen. Dit betreft de invloed van de contractvoorwaarden van aanvullende verzekeringen en de collectieve contracten op de mobiliteit van verzekerden.

De motivatie van zowel overstappers als blijvers blijft gedomineerd door premieoverwegingen, de dekking van de aanvullende verzekering in combinatie met voordelen van collectieve verzekeringen. De kwaliteit van met name de verzekerde zorg speelt bij de verzekerde nog geen rol, omdat verzekeraars zich daar nauwelijks op (kunnen) profileren.

Onderzoek toont echter aan dat verzekerden voor de inspanning van de verzekeraar voor het regelen van zorg meer premie willen betalen. Bovendien zijn verzekerden bereid een polis te kopen met (beperkt) gecontracteerde zorg als maar duidelijk is wie gecontracteerd is en wat de voor- en nadelen zijn. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars wat betreft de voorkeuren van verzekerden in principe mogelijk op kwaliteit van zorg te concurreren op de zorgverzekeringsmarkt.

Zonder aandacht voor en inzicht in de kwaliteit van de zorg kunnen zorgverzekeraars enkel concurreren op prijs. Dat leidt tot een race-to-the-bottom op kwaliteitsgebied. De NZa is in 2007 begonnen met de ontwikkeling van een visie op kwaliteit. De centrale vraag is hoe de NZa

<sup>53</sup> NZa, Visiedocument Richting geven aan keuzes, 2007. Het document is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>54</sup> Rudy Douven, Harm Lieverdink, Marco Ligthart, Ivan Vermeulen, Measuring consumer premium elasticities in health insurance: A new approach, CPB/NZa 2007 (nog te publiceren)

zorgmarkten kan reguleren zodat consumenten prijs en kwaliteit meer afwegen. Daarnaast onderzoekt de NZa systematisch op welke markten partijen meer onderhandelingsvrijheid kunnen krijgen. Om zorgverzekeraars meer mogelijkheden te geven zich bij hun inkoop te kunnen onderscheiden heeft de NZa recentelijk het advies gegeven om de vrije prijsruimte bij medisch specialistische zorg te vergroten van 10% naar 20% en voor de rest van de electieve zorg vrije prijsvorming binnen een systeem van maatstafconcurrentie in te voeren.<sup>55</sup> Voor de vrije beroepen heeft de NZa onlangs een theoretisch kader over de liberalisering van de vrije beroepen in de zorg gepubliceerd. Ten slotte bevordert de NZa dat zorgverzekeraars hun verzekerden stimuleren te kiezen voor de (selectief) gecontracteerde zorgaanbieders (keuzeondersteuning). Immers deze zorgaanbieders bieden het meeste waar voor hun geld, omdat de verzekeraar daarmee afspraken maakt over de kwaliteit van zorg.<sup>56</sup>

Een belangrijke voorwaarde voor (prijs)concurrentie tussen zorgverzekeraars is een voldoende mate van prijsgevoeligheid van de consument. De prijsgevoeligheid is in 2006 in vergelijking met voorgaande jaren sterk gestegen. Ook in 2007 is de prijsgevoeligheid nog relatief hoog, maar duidelijk lager dan in 2006. De NZa hanteert de nieuwe methode om jaarlijks de ontwikkeling van de prijsgevoeligheid te meten. Als deze te laag wordt stelt de NZa interventies voor. De ervaringen van 2006 leren dat de prijsgevoeligheid door bijvoorbeeld publiciteit kan worden vergroot.

---

<sup>55</sup> NZa, Op weg naar vrije prijzen. Maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg. April 2007. Dit rapport is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>56</sup> NZa, Visiedocument Richting geven aan keuzes, 2007. Het rapport is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

## 5. Kwaliteit

### Bevindingen en acties NZa

- Verzekerden ervaren de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars als voldoende. De situatie in 2006 dat verzekerden bij het overstappen tussen wal en schip terechtkwamen, heeft zich niet herhaald.
- De sterke voorkeur van verzekerden voor polissen met gecontracteerde zorg vormt een positieve prikkel voor een adequate zorginkooprol van verzekeraars.
- Evenals in 2006 speelt de kwaliteit van de gecontracteerde zorg voor de verzekerde een ondergeschikte rol als hij een keuze maakt voor zorgverzekeraar. Voor verbeteringen zijn veranderingen in randvoorwaarden en het gedrag van verzekeraars nodig (zie hoofdstuk 4).
- De NZa ontwikkelt een normenkader voor de transparantie van de kwaliteit van zorg.

### 5.1 Inleiding

Een belangrijk knelpunt in 2006 op de zorgverzekeringsmarkt was de kwaliteit van de administratieve afhandeling van overstappers door zorgverzekeraars. Een ander was de geringe prikkels die zorgverzekeraars ondervonden om kwalitatief goede zorg te contracteren.

Een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt dwingt zorgverzekeraars de kwaliteit van hun product op peil te houden. De verzekerde weegt in een goed functionerende markt prijs en kwaliteit van zorg en service af.<sup>57</sup> De kwaliteit van zorgverzekeraars is dan ook een belangrijke uitkomstparameter van de zorgverzekeringsmarkt.

In dit hoofdstuk komen de serviceaspecten van zorgverzekeraars (5.2), een nadere analyse van de kwaliteit van de modelovereenkomsten, en het afhandelen van overstappers door zorgverzekeraars (5.3) en de prikkels in de markt om de kwaliteit van verzekerde zorg een rol te laten spelen (5.4) aan de orde.

### 5.2 De kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars

In toenemende mate komt informatie vrij over de kwaliteit van de serviceverlening door zorgverzekeraars.

Uit deze informatie blijkt het volgende<sup>58</sup>:

- Verzekerden zijn over het algemeen tevreden over de dienstverlening door zorgverzekeraars.<sup>59</sup>

- Er zijn geen grote kwaliteitsverschillen maar zorgverzekeraars verschillen wel in hun telefonische bereikbaarheid. De Consumentenbond heeft begin 2007 aangedrongen op verbeteringen.<sup>60</sup>
- Het grootste probleem vormt de duidelijkheid in de voorlichting van zorgverzekeraars over de mate waarin verzekerden moeten bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg. De NZa heeft dit zelf ook gemeten en daar acties aan verbonden (zie paragraaf 6.5).
- NIVEL heeft geconstateerd dat ook collectiviteiten (werkgevers en andere) over het algemeen tevreden zijn over de zorgverzekeraars. Evenals de Consumentenbond heeft NIVEL gemeten dat de meeste klachten (bij werkgevers) gaan over de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice.<sup>61</sup>
- De NZa heeft de mening gepeild van verzekerden over de kwaliteit van de klachtafhandeling. Verzekerden zijn daarover sterk verdeeld. De helft geeft aan (zeer) tevreden te zijn, de andere helft (zeer) ontevreden. De NZa brengt het rapport Invloed van verzekerden tegelijk met deze monitor uit.

Meer informatie voor verzekerden over de service van zorgverzekeraars bevordert de kwaliteit van verzekeraars. Als objectieve informatie over de dienstverlening ontbreekt, moet de verzekerde de dienstverlening eerst ervaren om er een oordeel over te kunnen vellen. Tevredenheid bij de verzekerde over de dienstverlening van de zorgverzekeraar is een reden om te blijven en ontevredenheid een reden om te vertrekken. Tot nu toe vertrekken veel verzekerden zonder te weten of de nieuwe verzekeraar betere dienstverlening biedt. Meer informatie over de dienstverlening kan de verzekerde aanzetten tot overstappen in de verwachting dat een overstap hem meer kwaliteit geeft.

## 5.3 Enkele kwaliteitsaspecten gedrag zorgverzekeraars

### 5.3.1 De kwaliteit van de modelovereenkomsten

In een modelovereenkomst staan de rechten en plichten van de verzekerde en de zorgverzekeraar ten opzichte van elkaar. In de modelovereenkomst vertaalt de zorgverzekeraar de wettelijke aanspraken in concrete verzekeringsprestaties, dus welke zorgvorm de verzekerde bij welke zorgverlener en welke instelling of instantie kan krijgen.

Voor de NZa was polisjaar 2007 het tweede jaar dat de modelovereenkomsten werden beoordeeld. De evaluatie van 2006 heeft

---

<sup>57</sup> Alleen als consumenten verstandige keuzes maken en een optimale prijs/kwaliteitverhouding kiezen worden verzekeraars effectief gedisciplineerd. Zie: Eric van Damme, Concurrentiebeleid en consumentenbeleid, in: Economisch Statistische Berichten-dossier Toekomst van de consument, april 2007, p. 37-42

<sup>58</sup> Gebaseerd op: O.C. Damman, M. Hendriks, D.M.J. Delnoij, P. Spreeuwenberg, Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: Meting 2006 voor [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl), NIVEL 2006.

<sup>59</sup> Er zijn aanwijzingen dat ook de tevredenheid van verzekerden over de zogeheten secundaire dienstverlening (wachtlijstbemiddeling, toegang tot zorg creëren etc) voldoende is. Onder de primaire dienstverlening vallen de traditionele activiteiten als telefonische vragenbeantwoording, declaratieafhandeling etc. Zie: Klantenmonitor zorgverzekeringen 2006

<sup>60</sup> Consumentenbond, februari 2007

<sup>61</sup> Lotti M. van Ruth, Judith D. de Jong, Peter P. Groenewegen, De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel, NIVEL 2007, p. 43-44

geleid tot een NZa-brochure voor zorgverzekeraars met aanwijzingen voor de indiening van modelovereenkomsten en het toetsingskader.

In het tweede jaar van het opstellen van de modelovereenkomsten hadden de zorgverzekeraars minder moeite met de beschrijving van de verzekerde prestaties dan in het eerste jaar. Voor de verzekeraars blijft het moeilijk om de verzekerde prestaties in een voor de verzekerde begrijpelijke taal op te schrijven, zonder dat de juridische houdbaarheid van de overeenkomst verloren gaat. Tussen de modelovereenkomsten is, evenals in vergelijking met 2006, weinig verschil in innovatie in de verzekerde prestaties. Dit betreft zowel bij welke zorgverlener en welke instelling of instantie de verzekerde zorg kan krijgen als de toegangsvoorwaarden voor de verschillende zorgvormen.

### 5.3.2 De afhandeling van het overstappen door zorgverzekeraars

De NZa kondigde voor 2007 aan dat zij scherp in de gaten zou houden dat de administratieve afhandeling van overstappers beter zou verlopen dan in 2006. De NZa heeft geen grootschalige problemen gemeten. Ook de NPCF ontving relatief weinig klachten.<sup>62</sup> Voor 2007 hebben zowel de overheid als de zorgverzekeraars maatregelen genomen om mogelijke hindernissen voor verzekerden bij het overstappen weg te nemen. Het gaat daarbij om:

1. wettelijke maatregelen om de overstapprocedure te stroomlijnen;<sup>63</sup>
2. de ontwikkeling van een overstapservice door de zorgverzekeraars;
3. de ontwikkeling van een protocol hulpmiddelen.

#### Ad 1. Wettelijke maatregelen

Met wettelijke maatregelen om de overstapprocedure te stroomlijnen is voorkomen dat verzekerden bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar over januari nog de verhoogde premie moeten betalen bij hun oude verzekeraar. Ook zorgt de nieuwe regeling ervoor dat de duur van de polis gelijk loopt met een kalenderjaar. Dat voorkomt onnodige administratieve uitvoeringslasten bij de berekening van de no-claim en het eigen risico. De vereveningsbijdrage loopt hierdoor geheel parallel met het kalenderjaar. Daarnaast regelt de wet dat de machtigingen voor zorg door de nieuwe verzekeraar worden overgenomen in geval van een overstap. Ook het gebruik van zorg hoeft verzekerden dus niet te weerhouden om over te stappen.<sup>64</sup>

#### Ad 2. De overstapservice van zorgverzekeraars

Parallel aan de ontwikkeling van de wettelijke maatregelen voor de stroomlijning van het overstappen hebben zorgverzekeraars een zogeheten overstapservice ontwikkeld. De NZa heeft daarvoor gepleit. De overstapservice regelt dat de nieuwe verzekeraar zorgt voor de opzegging van de oude verzekering. Dit gebeurt helemaal via de geautomatiseerde systemen van VECOZO. Met andere woorden, de nieuwe zorgverzekeraar verstuurt de opzegkaartjes waardoor de verzekerde daar geen omkijken meer naar heeft.

In de overstapperperiode van 2005-2006 heeft de NZa veel signalen ontvangen van problemen rondom overstappen. Deze werden voornamelijk veroorzaakt doordat opzegkaartjes niet op tijd werden verzonden. De NZa heeft de naleving van de nieuwe overstapservice gevolgd en geen problemen geconstateerd.

<sup>62</sup> Het [NPCF-meldpunt Consument en Zorg](#) volgde voor de derde maal het verloop van 'de overstap'. Er kwamen 46 reacties tegenover 700 reacties tijdens de vorige overstap van 2005 naar 2006. Bron: website NPCF.

<sup>63</sup> Wijziging Zorgverzekeringswet inzake opzegging zorgverzekering bij wijziging premiegrondslag

<sup>64</sup> Overigens regelt de wet dus niet dat de verzekerde bij dezelfde zorgaanbieder kan blijven; het betreft formeel alleen de machtiging.

### Ad 3: protocol hulpmiddelen

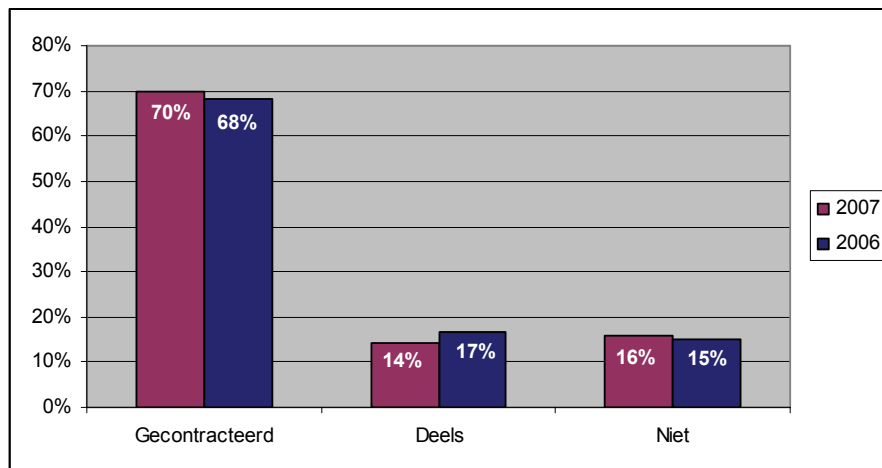
De zorgverzekeraars hebben onderling afspraken gemaakt over hoe om te gaan met verzekerden die overstappen en een hulpmiddel in bruikleen hebben. In het kort komen de afspraken er op neer dat de oude en nieuwe zorgverzekeraar zorgen dat de overstappende verzekerde niet zonder hulpmiddel in bruikleen komt te zitten. De NZa ziet in de uitkomsten van de enquête onder verzekerden geen reden om verder onderzoek te doen naar de rol van hulpmiddelen bij het overstappen.

## 5.4 Incentives voor kwaliteit van zorg

Vanuit de doelstellingen van de stelselherziening is het wenselijk dat het keuzegedrag van verzekerden de zorgverzekeraars aanzet tot actief inkoopbeleid. Dit keuzegedrag zet aan tot actief inkoopbeleid als verzekerden een voorkeur voor polissen met gecontracteerde zorg hebben. In dit geval kan een verzekeraar niet volstaan met het aanbieden van polissen zonder dat hij de verzekerde zorg contracteert. Daarnaast moeten verzekerden oog hebben voor de kwaliteit van de verzekerde zorg. Immers als verzekerden de aangeboden kwaliteit van het zorgaanbod van groot belang vinden bij de keuze van een zorgverzekeraar, prikkelt dit zorgverzekeraars om kwalitatief goede zorg in te kopen.

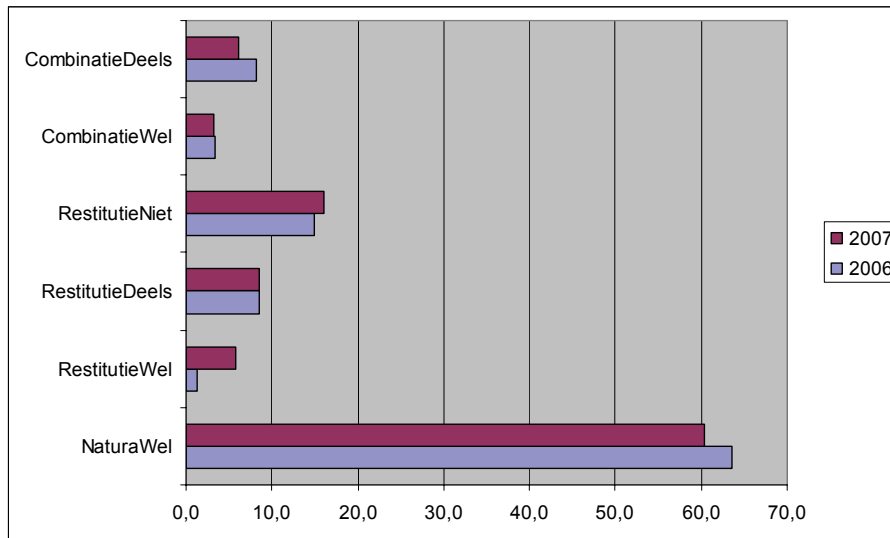
Het blijkt dat verzekerden in grote mate polissen met gecontracteerde zorg aanschaffen. In figuur 12 staat aangegeven hoeveel verzekerden in 2006 en 2007 een polis hebben afgesloten waarbij wel, geen of gedeeltelijke zorgcontractering geldt.

**Figuur 12: Percentage verzekerden in 2006 en 2007 met polissen met gecontracteerde zorg**



Het blijkt dat in 2007 84% van de verzekerden, tegen 85% in 2006, heeft gekozen voor een polis met (deels) gecontracteerde zorg. Evenals in 2006 blijkt dat het hierbij vooral gaat om naturapolissen. In de voorkeuren van verzekerden blijkt een lichte verschuiving te zijn. Het aantal verzekerden dat in 2007 heeft gekozen voor restitutiepolicen met gecontracteerde zorg is namelijk gestegen (zie figuur 13)



**Tabel 13: Verdeling verzekerden over soorten polissen (%)<sup>65</sup>**

Deze verschuiving houdt verband met de verschuiving in het aanbod zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven. Daarin bleek dat enkele verzekeraars hun naturapolissen hadden vervangen door restitutiepolissen met gecontracteerde zorg. Ook neemt het aanbod van combinatiepolissen met deels gecontracteerde zorg af.

Zoals in hoofdstuk 4 is aangegeven vinden verzekerden de kwaliteit van zorg niet van doorslaggevend belang bij de keuze om wel of niet over te stappen. Zorgverzekeraars onderscheiden zich nog nauwelijks op de kwaliteit van de zorg, omdat zij vrijwel het gehele zorgaanbod contracteren en omdat de transparantie van de kwaliteit bij de zorgaanbieders eerst moet verbeteren. Sommige verzekeraars dragen momenteel al bij aan transparantie van de gecontracteerde zorg door voorkeursziekenhuizen van de betreffende verzekeraar op de website te publiceren. Daarnaast kan de verzekerde in toenemende mate informatie vinden op vergelijkingswebsites. Zo geeft [www.independer.nl](http://www.independer.nl) per zorgaanbieder informatie over het oordeel op basis van kwaliteitsindicatoren, het oordeel van de huisarts en van de patiënt. Op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) kan de verzekerde terecht voor kwaliteitsinformatie die door het NIVEL is verzameld.<sup>66</sup>

## 5.5 Conclusies en acties NZa

Verschillende metingen geven aan dat verzekerden de kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars voldoende vinden. Het afhandelen van het overstappen door zorgverzekeraars in 2007 is eveneens bevredigend te noemen. De situatie van 2006 dat verzekerden bij het overstappen tussen wal en schip terechtkwamen heeft zich niet herhaald. De NZa ziet geen reden voor nieuwe maatregelen.

Er komt steeds meer informatie over de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars beschikbaar. Dit is een positieve prikkel voor de verzekerde omdat hij daardoor een meer onderbouwde prijs/kwaliteit-afweging kan maken. Daarnaast publiceren zorgverzekeraars, zij het in beperkte mate, en vergelijkingssites informatie over de kwaliteit van de

<sup>65</sup> De toevoegingen wel/deels/niet bij soorten polissen slaan op wel, deels of niet met gecontracteerde zorg.

<sup>66</sup> O.C. Damman, M. Hendriks, D.M.J. Delnoij, P. Spreeuwenberg, Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: Meting 2006 voor [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl), NIVEL 2006.

verzekerde zorg. Desalniettemin zijn meer prikkels nodig. De NZa stelt een normenkader op over wanneer de verzekerde over voldoende informatie beschikt om een goede keuze te kunnen maken op de verschillende zorgmarkten. Wanneer de transparantie onvoldoende blijkt, spreekt de NZa marktpartijen hierop aan.<sup>67</sup>

Door een sterke voorkeur van verzekerden voor polissen met gecontracteerde zorg kent de markt een positieve prikkel voor zorgverzekeraars om hun zorginkooprol goed op te pakken. Evenals in 2006 speelt de kwaliteit van de gecontracteerde zorg bij de keuze voor een zorgverzekeraars een ondergeschikte rol. Zoals al in hoofdstuk 4 is aangegeven moeten daarvoor betere randvoorwaarden geschapen worden. Ook moeten zorgverzekeraars zelf verbeteringen doorvoeren.

---

<sup>67</sup> NZa, Consultatiedocument "(In) het belang van de consument", 2007. Het document is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

## 6. Toegankelijkheid

### Bevindingen en acties NZa

- De NZa beoordeelt de toegankelijkheid van de basisverzekering als goed, maar heeft zorgen over de toegankelijkheid van de aanvullende verzekeringen en hun invloed op de mobiliteit in de komende jaren. In ieder geval moeten ziektekostenverzekeraars uiterst transparant zijn over de opzegtermijnen van aanvullende verzekeringen en opslagen op hun premies voor aanvullende verzekeringen als verzekerden elders een basisverzekering nemen. Indien dit niet het geval is informeert de NZa de verzekerden.
- De transparantie van de markt is wat betreft premies en dekking goed maar het ontbreekt nog steeds aan kwaliteitsinformatie vooral over de gecontracteerde zorg.
- De NZa gaat na of ONVZ de verzekerde juist voorlicht over de verandering in de aanvullende verzekeringen en of ONVZ het met de verzekerde goed afhandelt. Dat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen ook de aanvullende verzekeringen bij het werk betreft is een belangrijke verbetering.
- De NZa heeft bij verschillende ziektekostenverzekeraars ingegrepen, na onvolledige of onjuiste informatie aan verzekerden.
- Bij ziektekostenverzekeraars ontbreekt nog informatie, bijvoorbeeld over machtigingen en de mate van bijbetalen bij niet-gecontracteerde zorg. De NZa heeft in mei 2007 nieuwe informatierichtlijnen gepubliceerd.
- Na klachten over Menzis onderzoekt de NZa de vergoedingsoverzichten en aanvullende verzekeringen van alle ziektekostenverzekeraars.
- Onjuiste en/of gebrekkige informatie op vergelijkingssites schaadt het consumentenbelang. De NZa wil dat de database van het RIVM (Kiesbeter.nl) ook voor andere vergelijkingssites toegankelijk is. Een volgende mogelijke stap is dat de NZa de kwaliteitsverschillen jaarlijks publiceert in een kwaliteitskaart om verzekerden te helpen bij hun keuze voor een vergelijkingssite.

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de toegang tot de verschillende (zorg)verzekeringen en de toegankelijkheid van goede keuze-informatie centraal. Het is belangrijk dat de verzekerde gemakkelijk toegang heeft tot de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Voor de aanvullende verzekering gelden niet de publieke randvoorwaarden (acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie). Maar omdat de verzekerde de basis- en aanvullende verzekering als één pakket koopt leiden toegankelijkheidsproblemen bij de aanvullende verzekeringen tot verdergaande beperkingen, ook wat betreft zijn mobiliteit. Een voorbeeld uit 2006 is dat sommige verzekeraars verzekerden lieten weten hun aanvullende verzekering te beëindigen als zij elders een basisverzekering zouden nemen. Eveneens moet het aanbieden van collectieve verzekeringen niet leiden tot positieve of negatieve discriminatie van groepen verzekerden.

De verzekerde moet op objectieve en betrouwbare informatie kunnen vertrouwen wanneer hij een basisverzekering gaat afsluiten. Het gevolg is dat de markt kan concurreren op prijs-kwaliteitverhouding. Naast het eerdergenoemde probleem van de tekorten aan informatie over kwaliteit

constateerde de NZa in 2006 enkele tekorten bij zorgverzekeraars in hun informatievoorziening.

In de volgende paragrafen komt eerst de toegankelijkheid van verzekeringen aan de orde en daarna de transparantie van de informatie over basisverzekeringen. Om te beoordelen of verzekerden toegang hebben tot transparante keuze-informatie en op basis daarvan een adequate prijs/kwaliteit afweging kunnen maken komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Welke bronnen bestaan er en worden zij gebruikt?
- Hoe staat het met de beschikbaarheid van informatie?
- Is deze informatie begrijpelijk?
- Vindt misleiding plaats?

## 6.2 Toegankelijkheid basisverzekering

Het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht moeten risicoselectie voor de basisverzekering tegengaan. Beide wettelijke verplichtingen krijgen aandacht in het onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zvw van de NZa. In het samenvattend rapport Uitvoering Zvw gaat de NZa hier nader op in.

In 2007 kreeg de NZa meer signalen over doelgroepstrategieën van zorgverzekeraars. Zij heeft drie zorgverzekeraars gecorrigeerd die via website, folder- en reclamemateriaal de toegankelijkheid van bepaalde doelgroepen voorop stelden. De NZa ontwikkelt momenteel een aanpak voor het monitoren van mogelijke strategieën voor risicoselectie. Te verwachten valt dat zorgverzekeraars analyseren of de kosten van collectieve verzekeringen gunstiger uitvallen dan die van de individuele verzekeringen binnen de bestaande vereveningssystematiek. De NZa neemt deze mogelijkheid mee in haar analyse van risicoselectie die opgenomen wordt in het samenvattend rapport Uitvoering Zvw.

### **De Vegapolis**

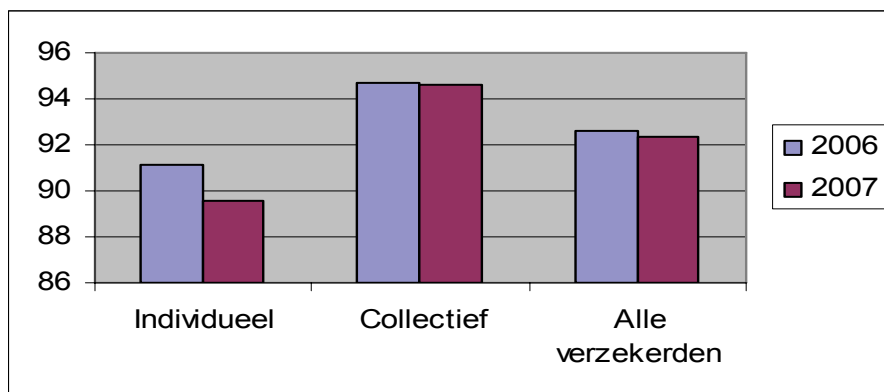
Een goed voorbeeld van een doelgroepbenadering vormt de zogeheten Vegapolis. Zorgverzekeraar Agis heeft in december 2006 met de stichting Preventiepolis een collectieve verzekering afgesloten. Berichten verschenen over kortingen voor een basisverzekering voor mensen met een gezonde levensstijl. De NZa is van mening dat premiedifferentiatie op basis van verschil in gezondheid niet mag. Dit leidt tot ongeoorloofde risicoselectie.

## 6.3 De toegankelijkheid van de aanvullende verzekering

Als de aanvullende verzekering minder toegankelijk is beperkt dat ook de mobiliteit van verzekerden. Bijna alle verzekerden schaffen een aanvullende verzekering in combinatie met een basisverzekering bij dezelfde verzekeraar aan.

Het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering is in 2007 vrijwel stabiel gebleven.

**Figuur 13: Aantal verzekerden met een aanvullende verzekering in 2006 en 2007 in %**



Dit zegt nog niets over de toegankelijkheid van de aanvullende verzekering. Verzekerden kunnen immers hun aanvullende verzekering van 2007 hebben aangehouden. Voor meer inzicht in de toegankelijkheid komen achtereenvolgens risicoselectie en mobiliteitsbeperking aan de orde.

### 6.3.1 Risicoselectie in de aanvullende verzekering

De verzekeraars hanteerden in 2006 een beleid van non-selecte acceptatie. Ook in 2007 was de acceptatie niet streng. Het aantal zorgverzekeraars dat een gezondheidsverklaring vraagt is zelfs afgenomen.<sup>68</sup> Alleen voor enkele meest uitgebreide pakketten moeten vragenformulieren worden ingevuld en bij één concern geldt een leeftijdsafhankelijke premie. De risicoselectie is ook minder doordat bij collectieve contracten er vaak ook afspraken zijn over vrije acceptatie voor de aanvullende verzekering.<sup>69</sup>

De aanvullende verzekering blijft dus goed toegankelijk en dat is goed voor de verzekerde. Het is echter de vraag of dit zo blijft. Toepassing van een studie van iBMG op de huidige situatie leidt tot de conclusie dat vooralsnog een stabiel evenwicht op de markt van aanvullende verzekeringen ontbreekt en dat een groot risico op antiselectie bestaat.<sup>70</sup> Dit komt omdat verzekeraars risico's en premies niet goed op elkaar afstemmen. Daardoor overheerst een systeem van doorsneepremies. Verzekerden met een ongunstig risico kunnen zo verzekeringen aanschaffen met een premie die op ongeveer hetzelfde niveau ligt als de premie die relatief gezonde verzekerden moeten betalen. Veel zorgverzekeraars hanteren evenals in 2006 doorsneepremies. Hierdoor ontstaat antiselectie. Dit betekent dat verzekerden met een minder goede gezondheid dezelfde pakketten/premies kiezen als verzekerden met een goede gezondheid. De gezonde verzekerden stappen eruit. Het effect is een negatief resultaat op de aanvullende verzekeringen. Momenteel maken verzekeraars op macrobasis al € 31 miljoen verlies op hun aanvullende verzekeringen.<sup>71</sup>

<sup>68</sup> D. de Bruijn, F.T. Schut, Evaluatie aanvullende verzekeringen 2007. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), april 2007

<sup>69</sup> Lotti M. van Ruth, Judith J. de Jong, Peter P. Groenewegen, De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel, NIVEL 2007, p. 38-39

<sup>70</sup> F.T. Schut, T. Laske-Aldershof en D. de Bruijn, Effecten van de aanvullende ziekenfondsverzekering op de hoofdverzekering: een theoretische en empirische analyse. Een onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS. Erasmus MC, Rotterdam. 2004.

<sup>71</sup> DNB, Statistisch Bulletin, maart 2007

Zorgverzekeraars kunnen op verschillende manieren op de kostenstijgingen voor de aanvullende verzekeringen reageren, met verschillende gevolgen voor de verzekerde. Ten eerste kunnen de zorgkosten die de verzekerde zelf moet betalen stijgen als zorgverzekeraars de vergoedingen beperken. Verzekeraar ONVZ heeft in maart 2007 te kennen gegeven dit te doen door tussentijds de aanvullende verzekeringen aan te passen. De Consumentenbond vecht de aanpassing juridisch aan.<sup>72</sup>

#### **ONVZ**

ONVZ paste de vergoedingen in de aanvullende verzekering eenzijdig aan. Voor enkele groepen van collectief verzekerden maakte ONVZ een uitzondering. De Minister van VWS heeft in antwoorden op Kamervragen aangegeven dat het Burgerlijk Wetboek een tussentijdse aanpassing van de voorwaarden niet in de weg staat, waarbij partijen zich hebben te gedragen volgens eisen van redelijkheid en billijkheid. De verzekerde heeft op zijn beurt het recht om de verzekering op te zeggen. Dat ONVZ bij de aanpassing van de aanvullende verzekering onderscheid maakt tussen tot een collectief behorende verzekerden en niet tot dat collectief behorende verzekerden is, zo heeft de Minister daarbij aangegeven, evenmin verboden. Van rechtsongelijkheid is geen sprake. Het is aan de rechter om in voorkomende gevallen te toetsen op basis van de omstandigheden die zich concreet voordoen. Een juridisch oordeel volgt, omdat de Consumentenbond een kort geding heeft aangespannen.<sup>73</sup>

De NZa heeft niet de bevoegdheid om in te grijpen in de verzekeringsvoorwaarden voor de aanvullende verzekeringen (zie box pagina 53). Zij gaat wel na of ONVZ de verzekerde juist voorlicht over de verandering, omdat de NZa toeziet op informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars. Ook controleert de NZa de afwikkeling door ONVZ. Ten slotte heeft zij gepleit voor een geschillencommissie voor de aanvullende verzekering met de bevoegdheid tot bindende uitspraken, zoals nu al de praktijk is voor de basisverzekering. Zorgverzekeraars Nederland heeft begin mei 2007 besloten dat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen ook over geschillen inzake de aanvullende verzekeringen bindende uitspraken mag doen.

Ten tweede kunnen verzekeraars overgaan op selectieve acceptatie (of risicogebonden premiestelling) waardoor de verzekeraar meer gezonde verzekerden binnenhaalt. Dit reduceert de zorgkosten van een verzekeraar maar de beheerskosten nemen toe door administratieve handelingen. Bovendien zijn er grenzen aan de mogelijkheden voor verzekeraars om een streng selectiebeleid te ontwikkelen. Met een streng selectiebeleid maakt de verzekeraar zich ook minder aantrekkelijk voor zijn basisverzekering. Verzekerden sluiten immers bijna altijd de basisverzekering en aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar af. Ook hebben collectiviteiten de vrije toegang tot de aanvullende verzekering hoog op hun verlanglijstje staan. Het gevolg van meer selectie in de aanvullende verzekering is dat de verzekerde in zijn mobiliteit wordt beperkt.

#### **Bevoegdheden NZa voor de aanvullende verzekeringen**

De ontwikkeling van de markt van aanvullende verzekeringen is voor de NZa van groot belang maar zij heeft daarop weinig bevoegdheden. Op de

<sup>72</sup> Consumentenbond, Consumentenbond spant kort geding aan tegen ONVZ, nieuwsbericht 24 april 2007

<sup>73</sup> De uitspraak volgt ten tijde van het verschijnen van deze monitor.

aanvullende verzekeringen is het reguliere verzekeringsrecht (Burgerlijk Wetboek) van toepassing en niet de Zvw. Het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw betreft alleen de basisverzekeringen van de zorgverzekeraars. De NZa kan dus niet ingrijpen in de polisvoorwaarden en premiestelling voor aanvullende verzekeringen.

De Wmg geeft de NZa wel enkele bevoegdheden voor de aanvullende verzekeringen. De belangrijkste zijn:

- Onderzoek naar marktgedrag en concurrentieverhoudingen (art. 32)
- Regels stellen voor het vragen van informatie aan verzekerden door ziektekostenverzekeraars (art. 34)
- Regels stellen voor de administraties van ziektekostenverzekeraars (bijvoorbeeld om fraude te voorkomen), inclusief handhaving (art. 36)
- Regels stellen voor de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars (toezicht op misleiding) en handhaving (bijvoorbeeld boetes) (art. 38/40)

Ten derde kunnen verzekeraars minder hoge premiekortingen voor de aanvullende verzekeringen voor de collectieve contracten aanbieden. Naar verwachting houdt de concurrentie op de markt van aanvullende verzekeringen aan. In de strijd om collectieve contracten is het de aanvullende verzekering waarmee zorgverzekeraars zich kunnen onderscheiden, zowel qua prijs als inhoud. Naarmate de premiekorting op de basisverzekering meer naar 10% gaat kunnen verzekeraars zich hier steeds minder op onderscheiden.

### 6.3.2 Mobiliteitsbeperking door contractvoorwaarden in de aanvullende verzekering

Net als in 2006 is de NZa nagegaan of verzekerden last hadden van bepalingen in de aanvullende verzekering bij het overstappen voor de basisverzekering. Omdat verzekerden vrijwel altijd de basisverzekering en aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar afnemen testen verzekerden de verzekeraars nauwelijks op de barrières die mogelijk bestaan in geval van het afzonderlijk aanschaffen van beide verzekeringen. Voor 2007 geldt, ongeveer in overeenstemming met 2006:

- Ongeveer tweederde van de zorgverzekeraars hanteert een opzegtermijn van twee maanden voor de aanvullende verzekering, waardoor verzekerden hun aanvullende verzekering eerder moeten opzeggen dan dat zij de nieuwe basisverzekering kennen.<sup>74</sup> Ongeveer 11% van de ondervraagde verzekerden in de NZa-enquête heeft aangegeven dat men heeft overwogen om over te stappen. De helft daarvan heeft besloten niet over te stappen. Daarvan geeft ongeveer 4% aan dat de belangrijkste reden om toch niet over te stappen was dat de opzegtermijn van de aanvullende verzekering was verstreken.
- Een achtstal zorgverzekeraars berekent een opslag van 5% tot 100% op de premie voor de aanvullende verzekering als de verzekerde elders zijn basisverzekering afsluit.<sup>75</sup> Dit kan verzekerden weerhouden om voor zijn basisverzekering de meest geschikte zorgverzekeraar te kiezen. Verzekeraars kunnen een opslag hanteren omdat beide verzekeringen bij dezelfde verzekeraar voordeel in transactiekosten betekent. Maar de opslag is disproportioneel als deze het kostenvoordeel in ruime mate overstijgt.
- Drie zorgverzekeraars willen dat zowel kind als ouder de aanvullende verzekering in combinatie met de basisverzekering bij hen nemen.<sup>76</sup>

<sup>74</sup> D. de Bruijn, F.T. Schut, Evaluatie aanvullende verzekeringen 2007. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van NPCF, april 2007

<sup>75</sup> D. de Bruijn, F.T. Schut, 2007

<sup>76</sup> D. de Bruijn, F.T. Schut, 2007

De NZa heeft in 2007 geen zorgverzekeraars ontdekt die artikel 120 Zvw overtreden omdat zij in de voorwaarden stellen dat de aanvullende verzekering wordt opgezegd als de verzekerde elders een basisverzekering neemt. Dit bevordert de mogelijkheden tot overstappen.

## 6.4 De toegankelijkheid van de collectieve verzekering

Over het algemeen kunnen verzekerden op een vrij eenvoudige manier een collectieve verzekering aanschaffen. Er is momenteel geen reden om risicoselectie te veronderstellen. Zorgverzekeraars zien collectieve contracten vooral als een middel om marktaandeel te houden of te verkrijgen. Ongeveer 30% van de collectief verzekerden heeft zich verzekerd via min of meer vrij toegankelijke collectiviteiten, zoals internetcollectiviteiten, sportbonden of belangenorganisaties. Ook groepen verzekerden met een hoger dan gemiddeld zorggebruik kunnen zich bij een collectief aansluiten, zoals de sociale dienst van de gemeente of de Ouderenbond. Dit geldt uiteraard niet voor de zogeheten gesloten collectieve verzekeringen die werkgevers afsluiten. Deze zijn alleen toegankelijk voor de werknemers en vaak ook voor hun gezinsleden. Voor gepensioneerden en Vutters is vaak een apart collectief contract gesloten. De vullingsgraad van werkgeverscollectiviteiten schat het CPZ op 80%.<sup>77</sup>

Zorgverzekeraars kunnen de toegankelijkheid van de collectieve verzekeringen beperken door voor bepaalde groepen van verzekerden (zeer) lage premiekortingen te bieden. Vooralsnog lijkt dit niet het geval te zijn. Ook de zeer heterogene internetcollectiviteiten hebben bijvoorbeeld gemiddeld hoge premiekortingen (9%).<sup>78</sup> Met name wanneer de collectieve verzekering een instrument wordt voor doelgroepstrategieën van zorgverzekeraars ontstaat het risico van risicoselectie. De NZa inventariseert momenteel de mogelijkheden tot risicoselectie binnen de zorgverzekeringsmarkt en besluit daarna of onderzoek moet worden ingesteld.

Het percentage verzekerden dat via een patiëntenvereniging is verzekerd, is net als vorig jaar laag (<1%). De meest succesvolle is de diabetesverzekering die zes verzekeraars aanbieden. Dit kan samenhangen met het vereveningssysteem dat het aanbieden van diabeteszorg financieel aantrekkelijk maakt. Andere soorten van zorg laten zich bovendien moeilijker organiseren en als zodanig aanbieden in de polis voor chronisch zieken. Ook moet ketenzorg in het algemeen nog verder worden ontwikkeld en kost het tijd om hierop verzekeringen aan te laten sluiten. Voor verzekeraars is het vooraf moeilijk te voorspellen of de achterban van patiëntenverenigingen de verzekering neemt of juist de premiekorting van andere collectieve verzekeringen prefereert.

---

<sup>77</sup> Contactgroep Personeel en Zorgverzekering, collectieve zorgverzekering CPZ-werkgevers 2006, februari 2007

<sup>78</sup> Gegevensaanlevering zorgverzekeraars aan NZa.



## 6.5 Transparantie keuze-informatie

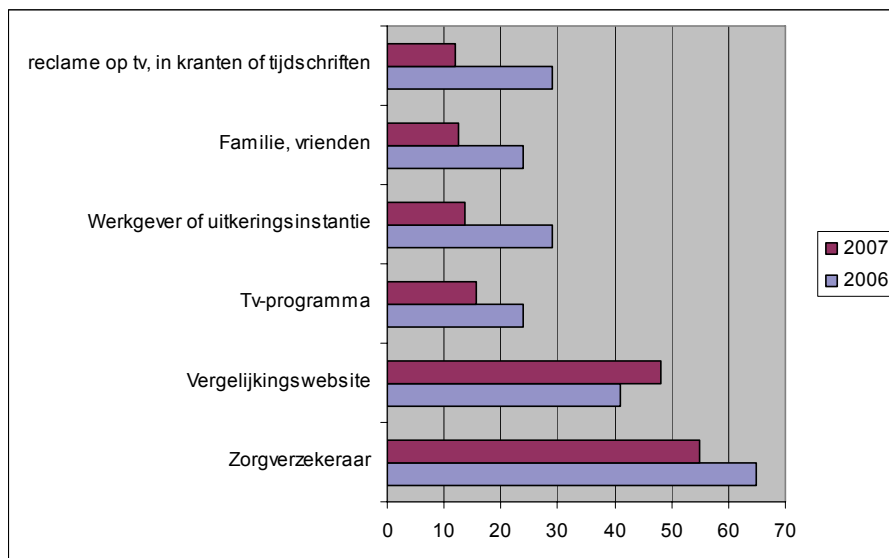
### 6.5.1 Bronnen van informatie en keuzeonderwerpen

#### 6.5.1.1 Bronnen

Verzekerden zijn in 2007 gerichter gaan zoeken naar informatie en hebben zich minder breed georiënteerd dan in 2006. Zij hebben vooral gebruik gemaakt van informatie van de schriftelijke informatiepakketten van zorgverzekeraars en vergelijkingssites (zie figuur 14).<sup>79</sup> Dit geldt ook voor de groep van verzekerden die serieus heeft overwogen om over te stappen.

In vergelijking met 2006 is informatie van de zorgverzekeraar minder vaak geraadpleegd, maar het is nog steeds de meest gebruikte bron. Dat lijkt kenmerkend voor de zorgverzekeringsmarkt. In de eveneens geliberaliseerde energiemarkt raadpleegt de consument de informatie van de aanbieder in veel mindere mate.<sup>80</sup> De vergelijkingssites hebben in vergelijking met 2006 aan populariteit gewonnen.

**Figuur 14: Meest geraadpleegde informatiebronnen (meerdere bronnen mogelijk) (%)**



Internetsites voorzien in een behoefte bij verzekerden. Kiesbeter.nl is de meest gebruikte vergelijkingssite maar ook Independer, Zorgkiezer en Verzekeringssite trekken veel bezoekers.

De NZa heeft in haar consultatiedocument '(In) het belang van de consument' aangegeven dat er voldoende vergelijkingssites voor de consument zijn. Bij consumenten is echter veel onduidelijkheid over de kwaliteit van deze sites, waardoor zij de weg kwijt raken.<sup>81</sup> De uitkomsten van eigen onderzoek van de NZa bevestigen dit beeld ten tijde van de overstapperperiode van 2007 (zie figuur 15).<sup>82</sup>

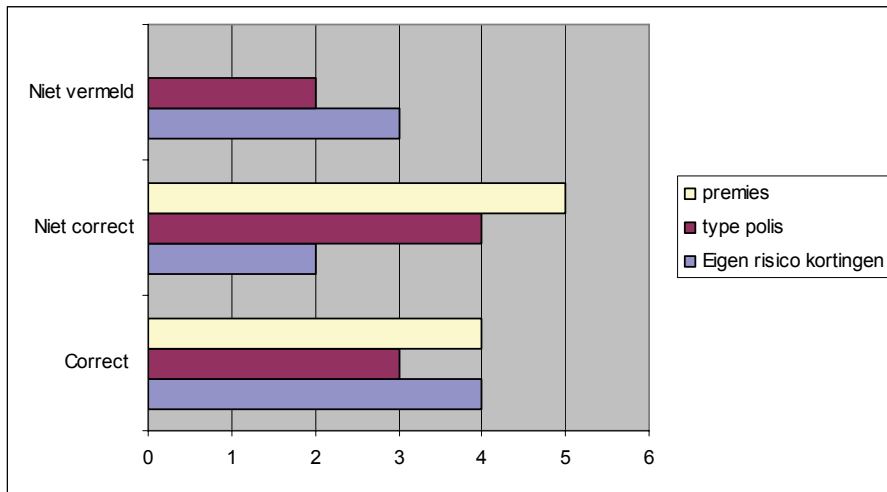
<sup>79</sup> De informatiepakketten van zorgverzekeraars en vergelijkingssites worden significant meer gebruikt dan andere bronnen.

<sup>80</sup> NMa/DTe, Een markt (z)onder spanning. Marktmonitor, ontwikkeling van de Nederlandse kleinverbruikersmarkt voor Elektriciteit en Gas. Oktober 2006, p. 11

<sup>81</sup> NZa, (In) het belang van de consument, Hoe de NZa de positie van de zorgconsument bewaakt en versterkt. Consultatiedocument. Maart 2007. Dit document is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

<sup>82</sup> Onderzoek van de NZa zelf in de overstapperperiode 2007.

**Figuur 15: Aantal vergelijkingssites met correcte, niet-correcte en niet-vermelde soorten van informatie**



Met uitzondering van Kiesbeter.nl zijn zij ten eerste vaak niet compleet omdat ze alleen informatie geven over premies, eigen risico kortingen en type polis. Kwaliteitsgegevens ontbreken dus vaak. Ten tweede worden in meer en mindere mate bepaalde gegevens niet correct weergegeven. Soms geven vergelijkingssites premies niet correct weer (met een maximum van 3 foute premies op een site). Ook het type polis staat er regelmatig niet correct op. De meeste vergelijkingssites maken alleen onderscheid tussen natura- (gecontracteerde zorgaanbieders) en restitutiepolissen (volledig vrije keuze van zorgaanbieders), terwijl er nog restitutiepolissen zijn waarbij zorgaanbieders zijn gecontracteerd met korting op restitutie bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

#### 6.5.1.2 Keuzeonderwerpen

Verzekerden gebruiken de verschillende informatiebronnen niet voor alle aspecten van hun verzekering maar selecteren daarbij. Zij zoeken voornamelijk naar informatie over premies van zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering, en over de dekking van de aanvullende verzekering. Dit is in overeenstemming met 2006. Het komt ook overeen met het beeld dat verzekerden zich voornamelijk oriënteren op prijs. Verzekerden die serieus hebben overwogen om over te stappen, hebben naar dezelfde informatie gezocht als de rest van de populatie.

Verzekerden zoeken weinig naar informatie over machtigingen en de mate van bijbetalen in geval van niet-gecontracteerde zorg. Verzekerden die hun gezondheid als slecht of matig beschouwen hebben meer gezocht naar machtigingen of de mate van bijbetalen in geval niet-gecontracteerde zorg.<sup>83</sup> Voor verzekerden die veel zorg gebruiken is dit belangrijke informatie.

#### 6.5.2 Beschikbaarheid van informatie

Informatie over de verschillende aspecten van basisverzekeringen is in verschillende mate beschikbaar. De informatie over premies en dekking

<sup>83</sup> Verzekerden met een slechte of matige gezondheid zoeken significant meer naar machtigingen. Voor mate van bijbetalen bij niet-gecontracteerde zorg is dit niet het geval.

waar verzekerden primair naar zoeken blijkt makkelijk te vinden.<sup>84</sup> Verzekerden geven ook aan dat de informatie over de mogelijkheid tot deelname aan een collectiviteit makkelijk te vinden is. Dit komt overeen met eigen onderzoek van de NZa én met de bevindingen uit 2006.

Verbetering is vooral nodig bij de informatie over de kwaliteit van zorg. Er zijn initiatieven om de transparantie van kwaliteit te vergroten. Op de website Kiesbeter.nl zijn kwaliteitsgegevens beschikbaar en ook hebben vier zorgverzekeraars zelf kwaliteitsgegevens over het zorgaanbod op de eigen website geplaatst.

Voor 2006 waren de reglementen hulpmiddelen en farmacie van zorgverzekeraars pas in een laat stadium beschikbaar voor verzekerden. Vooral voor chronisch zieken is informatie van zorgverzekeraars over polisvoorwaarden voor hulpmiddelen en farmacie van groot belang. De transparantie is op dit punt verbeterd. De reglementen waren voor 2007 tijdig beschikbaar.

Verbetering van transparantie is ook nodig voor informatie over machtigingen en mate van bijbetalen bij niet-gecontracteerde zorg. Deze is ook moeilijk te vinden is. De NZa heeft vastgesteld dat dit ook opgaat voor de informatiepakketten. Bij minder dan de helft van de informatiepakketten is informatie over vereiste machtigingen voor sommige behandelingen aanwezig. Voor meer informatie verwijzen zorgverzekeraars naar de polisvoorwaarden. Deze zijn door het juridische taalgebruik echter minder toegankelijk voor verzekerden.

Uit het onderzoek naar informatiepakketten komt verder naar voren dat ook informatie over de klachten- en bezwaarprocedure, de snelheid van restitutie nota's en de opzegmogelijkheden bij koop op afstand slecht beschikbaar zijn.

### 6.5.3 Begrijpelijkheid van informatie

De begrijpelijkheid van informatie is het grootst voor de informatie over de premies voor basisverzekering en aanvullende verzekering. Dergelijke informatie is objectieve informatie, goed vergelijkbaar en daarom zeer begrijpelijk.

Uit de NZa-enquête komt naar voren dat de informatie over toestemmingsvereisten en bijbetaling bij niet-gecontracteerde zorg het minst begrijpelijk is. Voor chronisch zieken is dit belangrijke informatie. De groep verzekerden die naar deze onderwerpen hebben gezocht is relatief klein is. Daardoor kan niet worden getest of de verzekerden met een slechte gezondheid deze onderwerpen significant minder begrijpelijk vinden.

Begrijpelijkheid van informatie in de pakketten van zorgverzekeraars is het laagst als het gaat om het type polis: natura-, restitutiepolis en mate van contractering. Dit komt doordat veel verzekeraars de begrippen natura (recht op zorg) en restitutie (recht op vergoeding van zorg) niet goed uitleggen. Ook scoort de begrijpelijkheid laag op het vergoedingsoverzicht en als het om bijbetalingen bij niet-gecontracteerde zorg gaat.

---

<sup>84</sup> Dit betreft niet de vergelijkbaarheid: de markt van aanvullende verzekeringen wordt ook in 2007 gekenmerkt door een hoge mate van productdifferentiatie.

#### 6.5.4 Misleiding

Zorgverzekeraars zijn verplicht goede informatie te leveren aan (aspirant) verzekerden. Uitgangspunt van goede informatieverstrekking is dat consumenten zich een adequaat oordeel kunnen vormen over een bepaald product. De informatie mag niet strijdig zijn met de wet en moet feitelijk juist zijn.

De NZa heeft in de overstapperiode 2006-2007 een aantal signalen ontvangen over misleidende informatie. De belangrijkste zijn:

1. Een aantal tussenpersonen heeft zich gepresenteerd als zijnde een zorgverzekeraar of vermeldt niet op de website wie de achterliggende zorgverzekeraar is.
2. Een aantal zorgverzekeraars doet de grote groep bijna 18-jarigen een aanbod om de basisverzekering automatisch met een aanvullende tandartsverzekering voort te zetten.
3. Uit een controle op de naleving van de Richtsnoer Informatieverstrekking (2006) van de NZa is gebleken dat bijna geen enkele zorgverzekeraar volledig voldeed aan alle punten uit het richtsnoer. Veel zorgverzekeraars verstrekken onvoldoende tot geen informatie over een koop op afstand (24), de klachtenprocedure (16), de wijze van opzeggen en de opzegtermijn (15). Een aantal zorgverzekeraars profileert zich met 'bij ons zijn kinderen onder de 18 gratis verzekerd voor de basisverzekering' of met 'iedereen wordt bij ons geaccepteerd voor de basisverzekering'.

Zorgverzekeraars hebben na interventie door de NZa de informatievoorziening op deze punten verbeterd.

In april 2007 kwamen klachten over de informatie van Menzis over de vergoedingen voor tandzorg in de aanvullende verzekering aan het licht. De NZa neemt de vergoedingsoverzichten en aanvullende verzekeringen van alle ziektekostenverzekeraars onder de loep. Verzekerden kunnen klachten over onduidelijke en onjuiste vergoedingsoverzichten melden bij [meldpunt.vergoedingen@nza.nl](mailto:meldpunt.vergoedingen@nza.nl). Bovendien heeft de NZa gepleit voor een geschillencommissie voor de aanvullende verzekeringen waar verzekerden terecht kunnen in geval van een geschil over vergoedingen door de ziektekostenverzekeraar. Voor de basisverzekering bestaat al een geschillencommissie. Zorgverzekeraars Nederland heeft begin mei besloten dat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) met ingang van 2008 ook bindende uitspraken gaat doen over geschillen over de aanvullende verzekeringen.

#### 6.6 Conclusies en acties NZa

De NZa beoordeelt de toegankelijkheid van de basisverzekering en aanvullende verzekering als goed, ook als het om collectiviteiten gaat. De NZa analyseert momenteel de mogelijkheden tot risicoselectie binnen de zorgverzekeringsmarkt en besluit daarna of nader onderzoek nodig is. Daarbij zal de NZa in ieder geval aandacht besteden aan de collectieve verzekering als instrument voor doelgroepstrategieën van zorgverzekeraars.

De mogelijkheid bestaat dat de toegang tot de aanvullende verzekering de komende jaren wordt beperkt door risicoselectie of dat vergoedingen worden beperkt. De NZa kan geen regels stellen voor de aanvullende verzekeringen, maar heeft gepleit voor een geschillencommissie voor de aanvullende verzekeringen waar de verzekerde bijvoorbeeld zaken rondom selectieve toegang en beperking van vergoedingen aan kan

kaarten. ZN heeft inmiddels besloten tot instelling van de SKGZ voor de aanvullende verzekeringen. De NZa zal nagaan of ziektekostenverzekeraars een verwijzing naar de SKGZ opnemen in hun verzekeringsvoorwaarden.

Ziektekostenverzekeraars hanteren opzegtermijnen voor de aanvullende verzekeringen die afwijken van die voor de basisverzekering. Hoewel verzekerden daar in 2007 in de praktijk weinig nadeel van hebben ondervonden, kunnen afwijkende opzegtermijnen verzekerden bij het overstappen. De NZa pleit er voor dat ziektekostenverzekeraars de opzegtermijnen voor de aanvullende verzekeringen gelijktrekken met de basisverzekering. De NZa vindt het met het oog op de mobiliteit van verzekerden ook onwenselijk als verzekeraars disproportionele opslagen op premies voor de aanvullende verzekering hanteren als een verzekerde elders zijn basisverzekering neemt. Disproportioneel is het geval als de opslag het voordeel van transactiekosten van beide verzekeringen bij één zorgverzekeraar in ruime mate overstijgt. De NZa houdt toezicht op de transparantie van de aanvullende verzekeringen en gaat voor de volgende overstapperperiode de verzekerde waarschuwen als hierin tekortkomingen zijn.

De transparantie van premie-informatie is voldoende. Deze informatie blijkt op de zorgverzekeringsmarkt vrij beschikbaar en bovendien begrijpelijk. Minder goed beschikbaar en begrijpelijk is de informatie over de klachten- en bezwaarprocedure, de snelheid van restitutie nota's, de opzegmogelijkheden bij koop op afstand, de kwaliteit van de gecontracteerde zorg, machtigingen en de mate van bijbetalen bij niet-gecontracteerde zorg. Voor verzekerden die veel zorg nodig hebben is dit onwenselijk. De NZa heeft in mei 2007 een hernieuwd richtsnoer Informatieverstrekking gepubliceerd. In dit richtsnoer staan bestaande informatierichtlijnen die de gesignaleerde tekortkomingen moeten wegnemen.

Vergelijkingsites zijn een belangrijke bron van informatie voor de verzekerde om te kiezen. De NZa vindt dat de consument informatie over de werkwijze en kwaliteit van vergelijkingsites nodig heeft om te kunnen beoordelen welke websites relevante ondersteuning kunnen bieden bij het maken de voor hen relevante keuzes. Gebrekkige kwaliteit en toegang tot vergelijkingsites voor de consument schaden het algemeen consumentenbelang. Daarom pleit de NZa ervoor dat de database van kiesbeter.nl ter beschikking van andere vergelijkingsites komt. Besprekingen over de voorwaarden vinden reeds plaats. Een volgende mogelijke stap is dat de NZa de kwaliteitsverschillen jaarlijks publiceert in een kwaliteitskaart zodat het voor de consument heel duidelijk wordt waar hij het beste verzekeringen kan vergelijken.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> NZa, (In) het belang van de consument, 2007. Het consultatiedocument is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl)



## 7. Betaalbaarheid

### Bevindingen en acties NZa

- De gemiddeld betaalde premie (inclusief collectiviteitskortingen) is in 2007 met ongeveer 7% gestegen (van € 1.028 naar € 1.103).
- De stijging van de premie valt minder hoog uit dan de geraamde stijging. Er is een verdere stijging van de kortingen voor collectieve verzekeringen maar kruissubsidiëring vindt niet plaats.
- Zowel de eigen risico's als de betaalbaarheid van niet-gecontracteerde zorg veranderen nauwelijks.
- Het is wenselijk dat zorgverzekeraars selectiever contracteren als dit de doelmatigheid bevordert. De NZa hanteert hierbij de stelregel dat elke restitutievergoeding acceptabel is, mits voor de verzekerden transparant is welke restitutievergoeding de verzekeraar hanteert als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.
- Om te kunnen beoordelen of niet-gecontracteerde zorg betaalbaar blijft volgt de NZa de vergoedingen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg, mede vanuit het oogpunt van de zorgplicht van zorgverzekeraars.
- De NZa doet nader onderzoek naar het eigen risico en zal dit in de volgende monitor publiceren.

### 7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de betaalbaarheid van de basisverzekering centraal. Betaalbaarheid is niet alleen een publiek belang maar de ontwikkeling van premies en premiespreiding is ook een indicator voor de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Ook moet de premieontwikkeling worden gezien in het licht van het al dan niet voorkomen van kruissubsidiëring, toegestane kortingen op premies en de relatie met de verschillen in solvabiliteitspositie van de verzekeraars. In paragraaf 7.2 komen achtereenvolgens de premiestelling door zorgverzekeraars en de daadwerkelijk betaalde premie aan de orde. In de andere paragrafen wordt ingegaan op het gekozen eigen risico door verzekerden en de betaalbaarheid van niet-gecontracteerde zorg.

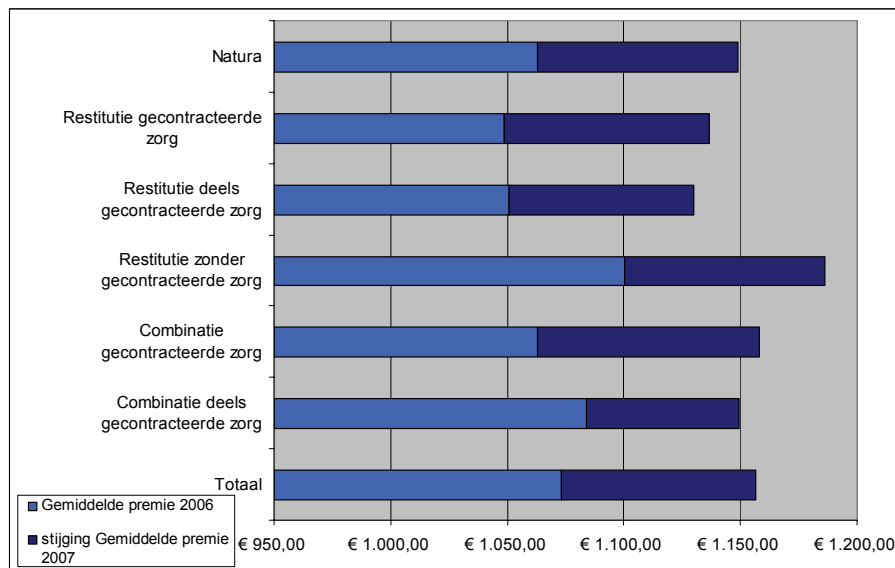
### 7.2 Ontwikkeling premiestelling en betaalde premies

#### 7.2.1 Premiestelling

In figuur 16 is de gemiddelde premiegrondslag per soort van basisverzekering en de totale gemiddelde premiegrondslag in 2006 en 2007 weergegeven.<sup>86</sup> Alle genoemde premies zijn exclusief (collectiviteits)kortingen. Uit de figuur blijkt dat in 2007 de premiegrondslag ten opzichte van 2006 met gemiddeld 7,7% is gestegen.

<sup>86</sup> De premiegrondslag is de premie waarvoor een collectiviteitskorting en/of korting voor het eigen risico geldt (Zvw art. 17, tweede lid).

**Figuur 16: Gemiddelde premiegrondslag per soort van basisverzekering in 2006 en 2007**



De duurste basisverzekering is een restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg en kost € 1.224 per jaar (2006 € 1.172). De goedkoopste is een restitutiepolis met deels gecontracteerde zorg (€ 1.036 tegenover € 990 in 2006). In 2006 was de basisverzekering met de laagste premiegrondslag een restitutiepolis met gecontracteerde zorg.

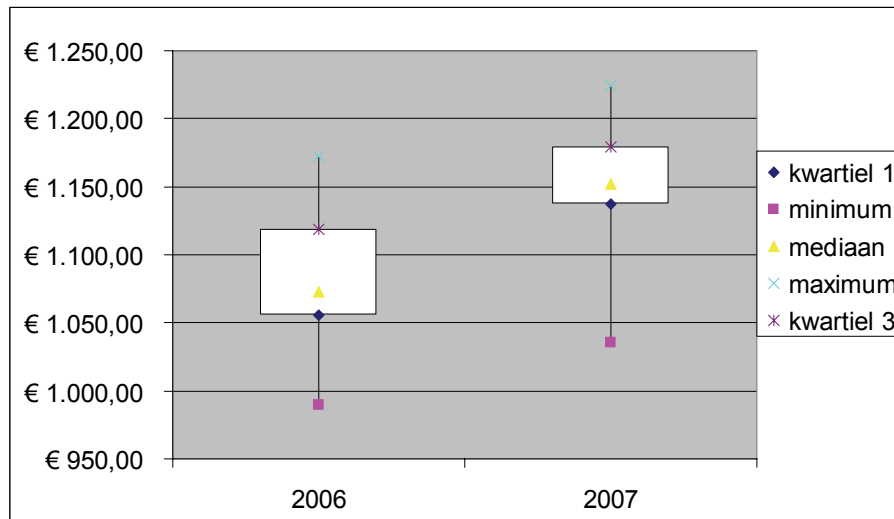
### 7.2.2 Premiespreiding

Onder druk van aanhoudende premieconcurrentie is te verwachten dat de spreiding van premies afneemt, onder de aanname dat andere kenmerken van de markt dit ondersteunen.<sup>87</sup> De hier gehanteerde meting van de premiespreiding gaat uit van de premies van alle verzekeringen die in de markt worden gezet, dus inclusief de labels. Met labels bieden zorgverzekeraars verzekeringen met dezelfde premiegrondslag maar onder een andere naam aan.<sup>88</sup> Het resultaat van de meting staat in figuur 17 aangegeven. De rechthoek (box) in de grafiek bevat 50% van de premies van de meest afgesloten basisverzekeringen. De vergelijking tussen de laagste en de hoogste van die 50% van de premies wijst uit dat het verschil kleiner is geworden, van € 63,60 in 2006 naar € 41,73 in 2007. Het verschil tussen de minimum- en maximumpremie is groter geworden, van € 182 naar € 188. Dit komt door twee uitschieters (minimumpremie van € 1.036 en maximumpremie van € 1.224).

<sup>87</sup> F.T. Schut, Indicatoren functioneren zorgmarkt. Onderzoeksrapport voor het RIVM in het kader van het project Zorgbalans. iBMG, Erasmus MC Rotterdam, 2006, p. 12-14

<sup>88</sup> Een zorgverzekeraar kan eenzelfde modelovereenkomst onder meerdere labels op de markt brengen. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. heeft bijvoorbeeld een modelovereenkomst op de markt gebracht onder vier labels: ONVZ, Aegon, Nationale Nederlanden en VVAA. Bij alle labels is de risicodrager ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.



**Figuur 17: Spreiding premiegrondslagen 2006 en 2007**

Enkele minder populaire polissen zorgen dus voor de uitschieters naar boven en onder. Daarnaast is duidelijk dat zorgverzekeraars hun basisverzekeringen dusdanig in de markt zetten, dat de premiespreiding in 2007 ten opzichte van 2006 is afgenomen. Zoals aangegeven mag deze ontwikkeling niet los gezien worden van andere kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt. Het feit dat sprake is van homogene producten (zie ook de paragrafen over transparantie), een matige concentratie op de landelijke zorgverzekeringsmarkt, de prijsgevoeligheid en mobiliteit van verzekerden en het onder de kostprijs aanbieden van polissen duidt er op dat premies op een competitief niveau worden vastgesteld.

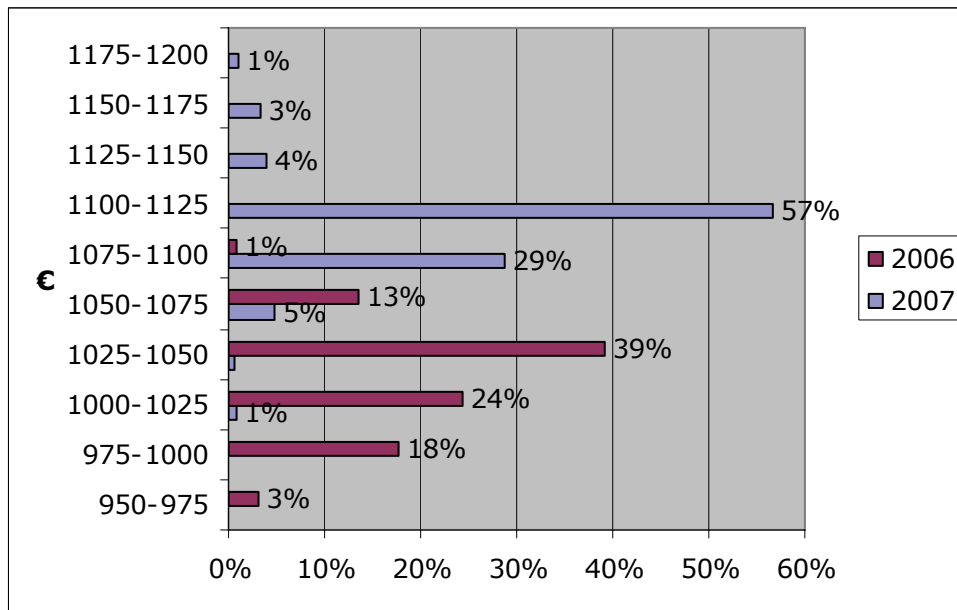
### 7.2.3 Feitelijk betaalde premie

De feitelijk door verzekerde te betalen nominale premie inclusief collectiviteitskortingen bedraagt in 2007 gemiddeld € 1.103 (2006 € 1.028).<sup>89</sup> Ongeveer 57% van de verzekerden heeft een collectiviteitskorting. Evenals in 2006 betalen verzekerden gemiddeld minder dan de door de overheid geraamde premie (€ 1.134).

In figuur 18 is het aantal verzekerden per categorie verschuldigde premie weergegeven. Ongeveer 86% van de verzekerden betaalt een premie tussen € 1.075 en € 1.125.

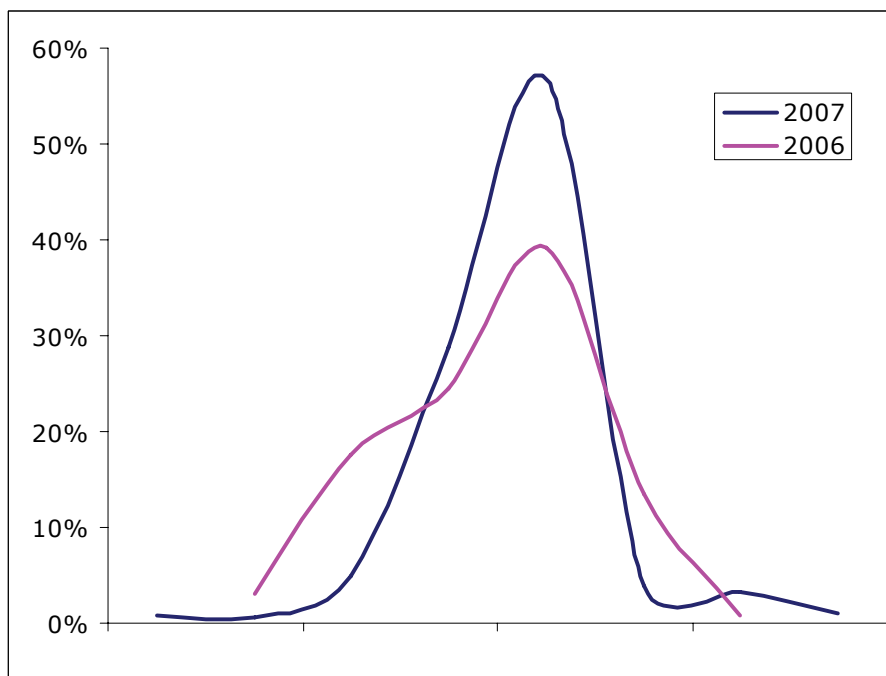
<sup>89</sup> Kortingen voor het nemen van een eigen risico en betalingskortingen laten we hier buiten beschouwing; tegenover deze kortingen staan respectievelijk een financieel risico en een renteverlies. Het buiten beschouwing laten van deze kortingen verklaart het verschil tussen de hier berekende gemiddeld betaalde premie en die van Vektis (€ 1.091, zie: Vektis, Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag, april 2007)

**Figuur 18: Percentage verzekerden naar categorie verschuldigde premie**



Zoals uit figuur 18 is af te lezen, is de spreiding van de verzekerden over de betaalde premies in 2007 veranderd ten opzichte van 2006. Figuur 19 geeft aan hoe groot de spreiding van verzekerden is ten opzichte van de gemiddeld betaalde premie. In 2006 waren de verzekerden meer gespreid over premie categorieën.

**Figuur 19: De spreiding van verzekerden over betaalde premies in 2006 en 2007 ten opzichte van de gemiddeld betaalde premie**

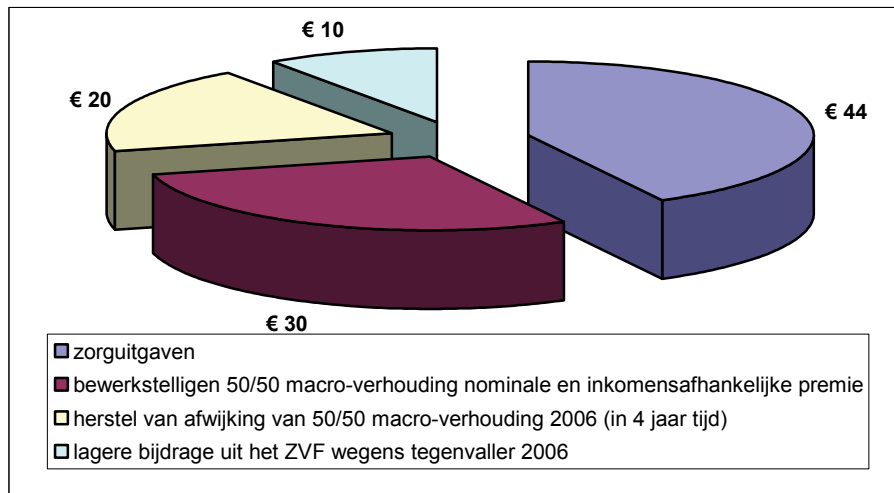


#### 7.2.4 Achtergronden van de premiestijging in 2007

Dat de premiespreiding duidt op prijsconcurrentie en dat verzekerden minder betalen dan geraamd neemt niet weg dat de premies zijn gestegen.

Zoals in 7.2.3 al is vermeld heeft het ministerie van VWS de gemiddelde nominale premie op € 1.134 geraamd. Deze is hierdoor circa € 104 hoger dan de gemiddeld in 2006 betaalde premies.<sup>90</sup> VWS geeft voor deze stijging de in figuur 20 verkort weergegeven verklaring. Meer dan de helft van de premiestijging volgt uit een correctie op de verhouding tussen de inkomensafhankelijke bijdragen en de opbrengsten van de nominale premieheffing. Door de scherpe premiestelling in 2006 was deze verhouding afgeweken van de gewenste 50%-verdeling ten nadele van de inkomensafhankelijke bijdragen.

**Figuur 20: Oorzaken van de stijging van de nominale premie in de raming van VWS<sup>91</sup>**



Het ministerie van VWS heeft voor 2007 berekend dat de nominale premie op basis van zorgkosten en de no-claim gemiddeld € 1.051 zou moeten bedragen.<sup>92</sup> Daarbovenop zet de zorgverzekeraar een opslag ter dekking van de beheerskosten en exploitatiesaldi. Deze zou in de raming van het ministerie van VWS ongeveer € 83 bedragen waardoor de geraamde totale premie € 1.134 uitkomt.

Zoals aangegeven betaalt de verzekerde in 2007 gemiddeld geen € 1.134 maar € 1.103. De stijging ten opzichte van de in 2006 gemiddeld betaalde premie is dus minder dan in de raming van VWS. In figuur 21 wordt onderscheid gemaakt tussen de raming van VWS en de gemiddelde betaalde premie in 2006 en 2007. Te zien is dat de opslag van zorgverzekeraars in 2007 lager is dan in 2006.

De daling van de opslag van zorgverzekeraars geeft aan dat de scherpe prijsconcurrentie in 2007 versterkt is voortgezet. Een te hoge opslag betekent een verslechtering van de concurrentiepositie. Zo blijkt de hoogte van de premiestijging van zorgverzekeraars te variëren met hun winst of verlies van verzekerden in 2006. De premies van de zorgverzekeraars die in 2006 een verzekerdenwinst hebben geboekt is de premiegrondslag in 2007 met gemiddeld 9% gestegen. De premies

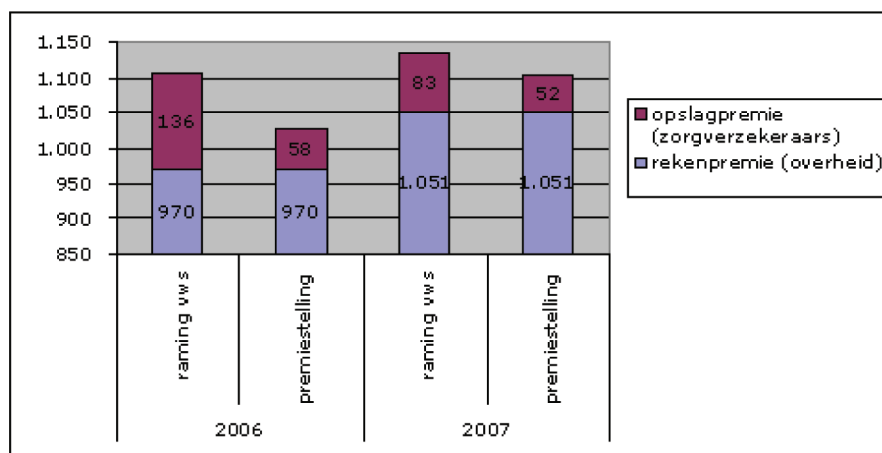
<sup>90</sup> De gewogen gemiddelde basispremie (zonder kortingen) is in het BKZ 2007 geraamd op € 1.166. Dat is € 104 meer dan de berekende gemiddeld betaalde premie exclusief kortingen in 2006.

<sup>91</sup> De genoemde oorzaken van de stijging zijn overgenomen uit het BKZ. De in het BKZ genoemde globale bedragen zijn door ons bijgesteld op basis van de nadere precisering in de Macro Economische Verkenning 2007.

<sup>92</sup> BKZ: Budgettair Kader Zorg. Zie Financieel beeld zorg bij de vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007. Bedragen gelden per verzekerde van 18 jaar en ouder; zorgverzekeraars krijgen een beheerskostenvergoeding voor de verzekerden onder 18 jaar (€50); deze hoeven immers geen premie te betalen.

van de zorgverzekeraars die in 2006 een verzekerdenverlies hebben geleden is de premiegrondslag in 2007 met gemiddeld 6,6% gestegen.<sup>93</sup>

**Figuur 21: Opbouw van de gemiddelde betaalde premie in € (inclusief collectieve kortingen)**



Tegenover een lagere opslag staat dat de kosten niet meer worden gedekt. De concurrentiedruk in de huidige zorgverzekeringsmarkt op de premies is groot. Op basis van voorlopige cijfers en prognoses van kosten en baten van zorgverzekeraars is het beeld dat zowel in 2006 als in 2007 een zorgverzekeraar gemiddeld ongeveer € 40-45 verlies per betalende verzekerde lijdt.

Zorgverzekeraars dekken dit verlies door hun reserves aan te spreken of uit opbrengsten van beleggingen. Ook richten verzekeraars zich op hun interne efficiency. Sinds de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel is dan ook sprake van reorganisaties bij verschillende verzekeraars, zowel gedwongen door een verlies van marktaandeel als gericht op de concurrentiepositie in de toekomst.

In de monitor zorgverzekeringsmarkt 2006 staat dat de NZa de relatie tussen de solvabiliteitspositie van zorgverzekeraars en hun premiestelling nader zal bekijken. Dit mede in het licht van vermeende verschillen in uitgangspositie voor zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars met een hoge financiële reserve zouden hun premies lager kunnen stellen dan verzekeraars met minder hoge reserves, zeker in een situatie waarin geen sprake is van kostendekkende premies. Volgens de Kwartaalberichten van maart 2007 van De Nederlandsche Bank (DNB) is de financiële positie van ziektekostenverzekeraars op groepsniveau toereikend. De aanwezige solvabiliteit van de sector als geheel is twee maal zo hoog als vereist. Wel bestaan er grote verschillen tussen verzekeraars en is de toereikendheid bij een aantal verzekeraars beperkt. De ex-particuliere verzekeraars zijn van oudsher beter gekapitaliseerd dan de voormalige ziekenfondsen.

De verschillen in vermogenspositie hebben niet of nauwelijks invloed gehad op de hoogte van de premie van de verschillende verzekeraars.<sup>94</sup>

<sup>93</sup> Deze bevindingen moeten met enige voorzichtigheid worden bekeken. Vanwege de kwaliteit van verschillende gegevens is een logistische regressieanalyse die eigenlijk nodig is voor dergelijke voorspellingen niet mogelijk.

<sup>94</sup> Hoewel er in 2007 een zwak tot matig (negatief) statistisch verband tussen de premiestelling en de solvabiliteitsoverschotten kunnen hier geen conclusies aan worden verbonden. Dit verband is vertekend door enkele uitschieters, niet geheel rechtlijnig en betreft slechts 14 objecten (de concerns). Er spelen te veel intermediaire variabelen. Zo blijkt de verzekeraar met het laagste solvabiliteitsoverschot lage premies te hanteren.

De premies liggen dicht bij elkaar. De verschillen in vermogenspositie hebben echter wel invloed op het uithoudingsvermogen van zorgverzekeraars om de premieconcurrentie en daarmee het (zelfstandig) voortbestaan vol te houden. Zodra premies weer kostendekkend zijn speelt de vermogenspositie een andere rol bij het vaststellen van premies.

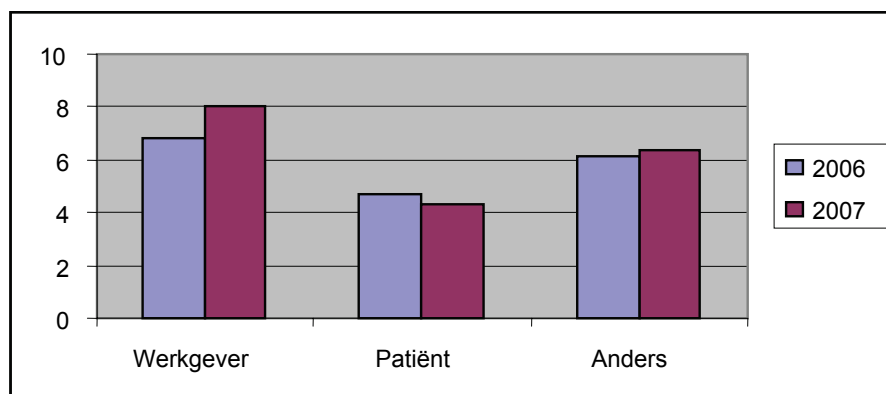
## 7.2.5 Collectiviteitskortingen

### 7.2.5.1 Kortingen

De hoogte van de feitelijk betaalde premie wordt naast de premiegrondslag bepaald door de collectiviteitskorting. De gemiddelde collectiviteitskorting bedraagt 7% (2006: 6,6%).

De kortingen verschillen per soort van collectiviteit. Werkgeverscollectiviteiten ontvangen de hoogste, patiëntencollectiviteiten de laagste (zie figuur 22).

**Figuur 22: Kortingspercentages voor de verschillende soorten van collectiviteiten<sup>95</sup>**



De grootste werkgeverscollectiviteiten krijgen een hogere korting. Zij krijgen gemiddeld 8,5% korting tegenover 6,8% in 2006.<sup>96</sup> De grootste bedrijven in Nederland weten meestal 10% korting te bedingen.<sup>97</sup> De concurrentie om marktaandeel is onder zorgverzekeraars dusdanig dat zij niet of nauwelijks in staat zijn minder dan het gevraagde kortingspercentage overeen te komen.

De variatie in kortingen voor gelegenheidscollectiviteiten (de categorie anders) is groot. Internetcollectiviteiten bieden doorgaans de hoogste korting op de premie voor de basisverzekering (meer dan 9%), kleinere 'andersoortige' collectiviteiten blijven steken bij iets minder dan 6%.<sup>98</sup> Internetcollectiviteiten hebben daarentegen veelal niet de op maat ontwikkelde aanvullende verzekeringen en andere afspraken. Dergelijke afspraken zijn nauwelijks mogelijk voor collectiviteiten met een zeer heterogene achtergrond.

Naast de kortingen voor de basisverzekering wordt de betaalbaarheid voor verzekerden vergroot door afspraken te maken over kortingen op de premies voor de aanvullende afspraken. Deze bedraagt voor de grootste collectiviteiten gemiddeld ongeveer 8%.<sup>99</sup>

<sup>95</sup> Opgave zorgverzekeraars aan NZa

<sup>96</sup> Gegevens 10 grootste collectiviteiten per zorgverzekeraar volgens opgave aan NZa

<sup>97</sup> CPZ, 2007. CPZ vertegenwoordigt bedrijven met ongeveer 400.000 werknemers.

<sup>98</sup> Gegevens 10 grootste collectiviteiten per zorgverzekeraar volgens opgave aan NZa

<sup>99</sup> Gegevens 10 grootste collectiviteiten per zorgverzekeraar volgens opgave aan NZa

### **Ook kortingen aan 'eigen collectiviteiten'**

Verzekeraars zijn creatief met het geven van collectiviteitskortingen. Voor 2007 hebben twee zorgverzekeraars een collectiviteitsconstructie bedacht, waarbij een collectief tot stand is gekomen tussen de zorgverzekeraar en de coöperatie waaronder de zorgverzekeraar valt. Hierdoor wordt het mogelijk aan de eigen individuele verzekerden een korting op de grondslagpremie te bieden zonder dat zij in een collectiviteit hoeven in te stromen. Voor de verzekerden wordt het zo aantrekkelijker om niet van zorgverzekeraar te veranderen.

Op grond van artikel 18 lid 5 Zvw is dit juridisch toegestaan, omdat sprake is van een overeenkomst tussen twee rechtspersonen. Bij zo'n collectiviteitsconstructie moet wel autonomie bestaan tussen de coöperatie en de zorgverzekeraar, anders komt de bedoeling van de wet in gevaar. Autonomie in zoverre dat de belangen van de verzekerde worden behartigd en niet de belangen van de zorgverzekeraar. Beide zorgverzekeraars hebben aandacht besteed aan de autonomie in de statuten van de coöperatie maar de bestuurlijke relatie tussen de zorgverzekeraar en de coöperatie blijft nog een punt van aandacht voor de NZa.

#### *7.2.5.2 Kruissubsidiëring*

Er wordt gesteld dat de mogelijke keerzijde van hoge collectiviteitskortingen is dat de individuele verzekerde de kortingen financiert. De NZa heeft daarom onderzocht of zorgverzekeraars kruissubsidiëring toepassen.<sup>100</sup> De NZa concludeert dat dit niet het geval is. Individueel verzekerden betalen niet de korting die door verzekeraars aan collectiviteiten wordt gegeven, maar profiteren juist van de concurrentie op de markt voor collectieve verzekeringen. Zorgverzekeraars kunnen collectieve verzekeringen niet laag prijzen en het verlies goed maken met een prijsverhoging van individuele verzekeringen. Verzekerden beschouwen collectieve- en individuele verzekeringen als substituten.<sup>101</sup> Dit blijkt onder andere uit de interne overstap bij verzekeraars van individuele naar collectieve verzekeringen. Dit betekent dat het niet mogelijk is voor een zorgverzekeraar om individuele verzekeringen duurder te maken dan de collectieve verzekeringen zonder dat verzekerden overstappen van een individuele naar een collectieve verzekering. Dit gedrag zorgt er dus voor dat het niet mogelijk is om eventuele kortingen af te wentelen. De veronderstelling hierbij is wel dat verzekeraars geen misbruik maken van een economische machtspositie. In dat geval is het wel mogelijk dat kortingen worden afgewenteld omdat misbruik de vorm van uitbuiting van verzekerden kan aannemen. De NZa heeft nog geen gevallen van AMM op de zorgverzekeringsmarkt onder ogen gekregen. Een andere vereiste is dat de toegankelijkheid van collectieve verzekeringen hoog moet zijn. Het overstapgedrag van verzekerden geeft aan dat dit zo is.

Om te voorkomen dat in de premies tussen collectieve en individuele verzekeringen te grote verschillen optreden, suggereren sommigen om de bandbreedte voor collectiviteitskortingen bij wet te verkleinen. De NZa geeft in haar visie op kruissubsidiëring aan dit geen goed idee te vinden. Op de markt voor collectiviteiten vindt meer concurrentie plaats dan op de markt voor individuele verzekeringen.

<sup>100</sup> NZa, Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt, januari 2007. Dit rapport is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl). De daarin aangekondigde studie naar kruissubsidiëring aanvullende verzekering-basisverzekering start dit jaar.

<sup>101</sup> Zie paragraaf 2.2.1 over marktafbakening

*Verskil in prijs*

Als geen kruissubsidiëring plaatsvindt waarom zijn er dan prijsverschillen tussen collectieve en individuele verzekeringen? De visie op kruissubsidiëring geeft twee verklaringen. Ten eerste het verschil in zoekkosten en ten tweede het verschil in countervailing power tussen individuele en collectieve verzekeringen.

1. Zoekkosten. Zoekkosten voor een individuele verzekerde zijn hoger dan voor een verzekerde die deel uitmaakt van een collectief. De zoekkosten van het collectief zijn onderling te verdelen. Dit betekent dat zorgverzekeraars een collectieve verzekering scherper moeten prijzen, omdat door 'het collectief' relatief meer wordt gezocht.
2. Countervailing power. Door het binnenhalen van een collectiviteit kan een zorgverzekeraar haar inkoopmacht mogelijk vergroten. Dit is voornamelijk gebaseerd op het aantal verzekerden dat bij een collectief is aangesloten en mogelijk ook op de homogeniteit van de verzekerdegroep. Hoe homogener de groep is, hoe eenduidiger de zorgvraag is en hoe beter de zorgverzekeraar gericht kan inkopen. Dit versterkt de onderhandelingsmacht van de verzekeraar op de zorginkoopmarkt en verruimt daarmee de mogelijkheden tot besparingen bij de zorginkoop. Hierdoor wordt het voor een zorgverzekeraar extra aantrekkelijk om scherpe prijzen te maken voor collectiviteiten. De voordelen die de verzekeraar behaalt door het vergroten van de inkoopmacht, kan de verzekeraar vervolgens doorberekenen aan alle verzekerden.

In 2006 en 2007 hebben diverse zorgverzekeraars hun collectieve verzekering onder de kostprijs verkocht.<sup>102</sup> De verliezen die zij hierop lijden worden gefinancierd vanuit hun financiële reserves. Dit kan een tijdelijke strategie zijn om snel marktaandeel te winnen. Marktpartijen bevestigen dat de prijsverschillen met de individuele verzekeringen in 2007 vooralsnog niet zijn toe te schrijven aan de inkoopvoordelen voor de zorgverzekeraar. De markt bepaalt de hoogte van de kortingen die de verzekeraar vervolgens betaalt uit de reserves. Het inkoopvoordeel is naar verwachting pas te zien als de liberalisering van de zorgmarkten wordt doorgezet. Bovendien is het inkoopvoordeel van landelijke collectiviteiten moeilijk om te zetten in afspraken met lokale zorgaanbieders.<sup>103</sup>

### 7.2.6 Andere kortingen

In de zorgverzekeringsmarkt is sprake van een stapeling van kortingen. De verzekerde ziet zijn premie mogelijk dalen door collectiviteitskortingen, korting voor een eigen risico, kortingen voor het betalen van kwartaal/jaarpremies en kortingen voor de afname van een pakket van schadeverzekeringen bij de verzekeraar inclusief de basisverzekering. Ook is het mogelijk dat de verzekerde van zijn verzekeringstussenpersoon korting op zijn polis krijgt aangeboden.<sup>104</sup> De NZa heeft op verschillende aspecten van de kortingen op de premiegrondslag een standpunt bepaald. Het standpunt ten aanzien van

<sup>102</sup> DNB, Kwartaalbericht Maart 2007

<sup>103</sup> Bijeenkomst collectieve zorgverzekeringsmarkt, 16 maart 2007

<sup>104</sup> Verschillende zorgverzekeraars hebben in 2007 aangegeven dat de meeste nieuwe verzekerden de verzekering via het intermediaire kanaal heeft aangeschaft. De NZa beschikt over onvoldoende gegevens om te kunnen berekenen wat het effect van de verschillende kortingen op de gemiddeld betaalde premie is. Vektis berekent een totale korting naast de collectiviteitskorting van ongeveer € 12 maar het is onduidelijk uit welke kortingen deze bestaat. Vektis, Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Hoe staat het ervoor in 2007?, April 2007

mogelijke kruissubsidiëring is hierboven al aan de orde gekomen. De NZa heeft zich ook uitgesproken over combinatiekortingen (zie onderstaande box).

### Combinatiekortingen

Een zorgverzekeraar is vanaf 1-1-2007 een kortingsregeling gaan toepassen op de premie voor de basisverzekering op grond van het aantal schadeverzekeringen dat een verzekerde bij deze zorgverzekeraar heeft afgesloten. Bij een oplopend aantal schadeverzekeringen krijgt de verzekerde een oplopend kortingspercentage (tot maximaal 10%) op de basisverzekering.

Het oordeel van de NZa is dat er geen beperkingen zijn gesteld aan kortingen op de zogeheten 'verschuldigde' premie. Voorwaarde is wel dat de korting op de verschuldigde premie niet wordt opgehangen aan verzekerdenkenmerken.<sup>105</sup> Combinatiekortingen zijn evenmin bezwaarlijk als geen sprake is van aanmerkelijke marktmacht (AMM).

## 7.3 Eigen risico in de basisverzekering

Zorgverzekeraars mogen verzekerden een eigen risico aanbieden van € 100 tot € 500, oplopend in treden van € 100. Voor het dragen van een eigen risico krijgen verzekerden een korting op de nominale premie. Uit tabel 2 blijkt dat de gemiddelde absolute kortingen voor de verschillende hoogten van het eigen risico licht zijn gestegen in vergelijking met 2006. Dit wordt veroorzaakt door een 'inhaalslag' bij twee verzekeraars. Beide gaven in 2006 relatief lage kortingen en hebben deze voor 2007 verhoogd. Als deze twee verzekeraars buiten beschouwing worden gelaten zijn de kortingen in 2007 nagenoeg hetzelfde als in 2006.

**Tabel 2: Gemiddelde absolute korting op de nominale premie per eigen risico 2006-2007 (afgeronde bedragen)**

	2006	2007
€100 ER	€42	€45
€200 ER	€81	€87
€300 ER	€117	€126
€400 ER	€153	€164
€500 ER	€188	€202

De kortingen zijn laag door de invloed van het risicovereveningssysteem en het ontbreken van voldoende besparingen op administratie- en zorgkosten.<sup>106</sup> Bovendien is de mobiliteit in 2007 lager dan in 2006 en is er een kleine groep van verzekerden die op zoek is naar lage premies. Hoewel het voor het binnenhalen van deze prijsbewuste verzekerden zinvol kan zijn om hogere premiekortingen voor eigen risico te bieden, lijken verzekeraars er vanuit te gaan dat het grootste gedeelte van de verzekerden toch geen eigen risico kiest. Het is mogelijk dat zorgverzekeraars in de afbouw van de ex-postverevening een reden zien

<sup>105</sup> Zie NZa, Standpunten modelovereenkomsten 2006, op te vragen via [modelpolis@nza.nl](mailto:modelpolis@nza.nl). De verschuldigde premie is de grondslagpremie minus de collectiviteitskorting en de korting door eigen risico. Onder verzekerdenkenmerken vallen de kenmerken die ook in de vereveningssystematiek centraal staan (met andere woorden vooral de gezondheidskenmerken).

<sup>106</sup> Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet. (2005). Premiekorting bij een eigen risico: geen verbod op differentiatie. ESB 2005: 203-205. Zie ook NZa, De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt, monitor juni 2006.



om hogere kortingen te geven. Eigen risico's moeten het gebruik van zorg remmen, en dat is steeds belangrijker.

Het percentage verzekerden boven de 18 jaar (individueel + collectief) met een eigen risico is afgenomen, van 6,2% in 2006 tot 5,3% in 2007.<sup>107</sup>

Verzekerden met een eigen risico hebben vaker een hoog risico gekozen. Mede hierdoor is het gemiddelde eigen risico voor verzekerden die wel een eigen risico hebben genomen hoger dan in 2006 (€ 293 tegenover € 271).

De spreiding tussen verzekeraars is daarbij groot. Verzekerden mét een eigen risico zijn vooral geconcentreerd bij de voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars die de hogere inkomensgroepen tot hun klanten rekenden, terwijl verzekerden zónder eigen risico sterker vertegenwoordigd zijn bij de voormalige ziekenfondsen. Een verklaring voor de afname van verzekerden met een eigen risico is de (blijvend) lage premiekorting die hier tegenover staat. Hierdoor is het financieel voordeel van een eigen risico dusdanig beperkt, dat verzekerden bij een kritische afweging van hun totale verzekerde pakket het niet lonend vinden om een eigen risico te lopen. Dat betekent tegelijkertijd dat de prikkel om via eigen risico beheerster zorggebruik en kostenbewuster gedrag van verzekerden te stimuleren, gering is. Het kabinet heeft besloten om de no-claim per 1 januari 2008 af te schaffen en heeft het betreffende wetsvoorstel medio mei voor advies naar de Raad van State gestuurd. In plaats van de no claim wil het kabinet een verplicht eigen risico van € 150 invoeren. Mogelijk heeft dit gevolgen voor de keuze voor een eigen risico door verzekerden.

Gezien de aanstaande veranderingen en de wens van de NZa om meer precies te weten waarom het eigen risico voor verzekerden zo weinig aantrekkelijk is doet de NZa nader onderzoek naar het eigen risico en zal dit in de volgende monitor publiceren.

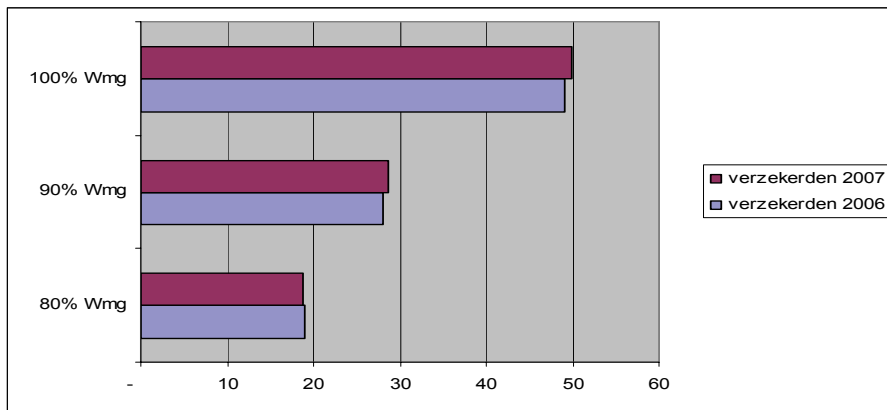
## 7.4 Betaalbaarheid niet-gecontracteerde zorg

De vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorg zijn in 2007 nauwelijks veranderd ten opzichte van 2006. In onderstaande tabel is te zien hoe de verdeling is van verzekerden over de hoogte van vergoedingen bij verschillende polissen met regelingen voor niet-gecontracteerde zorg. Het gaat hier om gemiddelde vergoedingsregelingen voor alle zorg over alle verkochte basisverzekeringen.

---

<sup>107</sup> De voor 2006 gegeven percentages/bedragen zijn een correctie van de in de vorige monitor genoemde percentages/bedragen, op basis van nieuwe gegevens. De percentages en bedragen genoemd in de monitor 2006 waren gebaseerd op alle verzekerden inclusief 18-.

**Figuur 23: Aantallen verzekerden per categorie vergoedingen bij gebruik niet-gecontracteerde zorg in %**



Net als in 2006 heeft ruim 40% van de verzekerden een basisverzekering gekozen die de vergoedingen beperkt bij niet-gecontracteerde zorg. Verzekeraars hebben echter ook in 2007 in ruime mate gecontracteerd. Het gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg en de daarmee samenhangende financiële gevolgen zullen voor verzekerden daarom beperkt zijn.

De NZa hanteert bij de beoordeling van modelovereenkomsten de stelregel dat elke restitutievergoeding acceptabel is, mits voor de verzekerden transparant is welke restitutievergoeding de verzekeraar hanteert als de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Zoals in hoofdstuk 6 al aangegeven is dat niet het geval. Een meerderheid van verzekerden vindt de informatie over de mate van bijbetalen bij niet-gecontracteerde zorg slecht beschikbaar en niet begrijpelijk. Zolang verzekeraars ruim contracteren zal dit niet tot grote problemen leiden. Als ze meer selectief contracteren worden deze informatietekorten steeds belangrijker. Bij het beoordelen van de effecten van bijbetalingen voor het publieke belangen neemt de NZa de zorgplicht van zorgverzekeraars mee.

## 7.5 Conclusies en acties NZa

De verzekerde betaalt in 2007 ongeveer 7% meer dan in 2006. Dit is minder dan de oorspronkelijke ramingen (11%). De prijsconcurrentie is in 2007 verder toegenomen. Bovendien zijn de collectiviteitkortingen gestegen. Deze gaan niet ten koste van de individuele verzekerden. Kruissubsidiëring vindt niet plaats. De premieontwikkeling en premiespreiding geven in combinatie met andere indicatoren aan dat de zorgverzekeringsmarkt competitief is. Verschillen in vermogenspositie tussen zorgverzekeraars vertalen zich niet of nauwelijks in verschillen in premie maar verzekeraars met een groot vermogen kunnen wel langer de scherpe premieconcurrentie volhouden.

Het eigen risico blijft weinig aantrekkelijk voor verzekerden. Gezien de voornemens van het kabinet om een verplicht eigen risico in te voeren en de wens van de NZa om meer precies te weten waarom het eigen risico voor verzekerden zo weinig aantrekkelijk is doet de NZa nader onderzoek naar het eigen risico en zal dit in de volgende monitor publiceren. De NZa gaat voor de volgende monitor ook na of de afbouw van de ex-postverevening leidt tot hogere kortingen voor eigen risico en welk effect uitgaat van het wegvallen van de no-claim op het keuzegedrag van verzekerden.

Een enkele zorgverzekeraar heeft een coöperatie opgericht die vervolgens een verzekering met collectiviteitskorting aanbiedt aan de eigen verzekerden. De NZa acht dit wettelijk mogelijk maar blijft oog houden voor waarborgen voor de autonomie van de coöperatie.

Het is wenselijk dat zorgverzekeraars selectiever contracteren als dit de doelmatigheid bevordert. De winst in doelmatigheid kan worden doorgegeven aan verzekerden in de vorm van een lagere premie en een betere kwaliteit. Om te kunnen beoordelen of niet-gecontracteerde zorg betaalbaar blijft volgt de NZa de vergoedingen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. De NZa hanteert hierbij de stelregel dat elke restitutievergoeding acceptabel is, mits voor de verzekerden transparant is welke restitutievergoeding de verzekeraar hanteert als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Omdat gebleken is dat dit moet worden verbeterd verplicht de NZa de zorgverzekeraars meer duidelijke informatie over bijbetalingen te geven.



## Bijlage 1: Informatiebronnen

De monitor baseert zich op de volgende informatiebronnen:

1. De beoordeling van de modelovereenkomsten van zorgverzekeraars door de NZa
2. Het signaaltoezicht van de NZa
3. De verslaglegging van activiteiten en resultaten van het gedragstoezicht van de NZa (ofwel het toezicht op de informatieverstrekking door zorgverzekeraars)
4. Een enquête onder verzekerden, in samenwerking met instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), en uitgevoerd door Centerdata
5. Dataverzameling door Vektis bij zorgverzekeraars over mobiliteit en keuzegedrag van verzekerden (peildatum 1/2/2007)
6. Dataverzameling over collectieve verzekeringen door de NZa (peildatum: februari 2007)
7. Statistische gegevens van De Nederlandsche Bank
8. Uitkomsten van een bijeenkomst bij de NZa over de ontwikkeling van de collectieve zorgverzekeringsmarkt op 16 maart 2007. Aanwezig waren:
  - Onderzoeksinstituut Nivel
  - Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
  - VNO-NCW
  - Diabetes Vereniging Nederland
  - Zorgverzekeraar VGZ
  - Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid
  - FNV
  - Zorgverzekeraars Nederland
  - Verbond van Verzekeraars
  - Nederlandse Patienten/Consumenten Federatie
  - De Nederlandsche Bank
  - NZa
9. Data verzameld in het kader van de thematische onderzoeken Verzekerdeninvloed en Zorgplicht van de NZa

Naast de bovenstaande bronnen is gebruik gemaakt van andere openbaar beschikbare informatie (zie daarvoor de verwijzingen in de noten)



## Bijlage 2: Risicodragers en labels

Risicodrager	Label
OWM Agis Zorgverzekeringen U.A.	Agis Pro Life
OWM AnderZorg U.A.	AnderZorg
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Avéro Achmea
OWM Azivo Algemeen Ziekenfonds De Volharding U.A.	Azivo
OWM AZVZ U.A.	AZVZ
Confior Zorgverzekeraar N.V.	Confior
OWM CZ Groep, Zorgverzekeraar U.A.	CZ OZ
OWM De Friesland Zorgverzekeraar U.A.	De Friesland
Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V.	De Goudse
Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.	Delta Lloyd
OWM Zorgverzekeraar DSW U.A.	DSW
FBTO Zorgverzekeringen N.V.	FBTO
Fortis Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.	Fortis De Amersfoortse
Groene Land PWZ Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Groene Land Achmea PWZ Achmea
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	Interpolis
IZA Zorgverzekeraar N.V.	IZA
IZZ Zorgverzekeraar N.V.	IZZ
OWM Menzis Zorgverzekeraar U.A.	Menzis
OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.	OHRA Ziektekosten
OHRA Zorgverzekeringen N.V.	OHRA Zorgverzekeringen Diavitaal
ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	ONVZ Nationale Nederlanden Aegon VVAA
N.V. Ongevallen- en Ziektekostenverzekeringmaatschappij OZF	OZF
PNO Onderlinge Ziektekostenverzekeringmaatschappij U.A.	PNO
Salland Zorgverzekeraar N.V.	Salland
OWM SR-Zorgverzekeraar U.A.	SR
Zorgverzekeraar Trias N.V.	Trias IZA-Cura
N.V. Zorgverzekeraar UMC	IZA/AZ
Univé Zorgverzekeraar N.V.	Univé
N.V. Univé Zorg	Univé Zorg
VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ SIZ
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Zilveren Kruis DVZ
OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	Zorg en Zekerheid





## Bijlage 3: Misleiding

Zorgverzekeraars zijn verplicht goede informatie te leveren aan (aspirant) verzekerden. In juni 2006 heeft de NZa een richtsnoer Informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars uitgegeven. Met dit richtsnoer wilde de NZa ziektekostenverzekeraars handvatten meegeven waar het gaat om hun informatieverstrekking aan verzekerden. Uitgangspunt van goede informatieverstrekking is dat verzekerden zich een adequaat oordeel kan vormen over een bepaald product. De informatie mag niet strijdig zijn met de wet en moet feitelijk juist zijn. Met de inwerkingtreding van de WMG heeft de NZa de wettelijke bevoegdheid met betrekking tot misleiding, deze bevoegdheid is van de AFM overgenomen die tot aan 1 oktober 2006 de bevoegdheid had op grond van de Wfd.

De NZa heeft in de overstapperiode 2006-2007 een aantal signalen ontvangen over misleidende informatie. De belangrijkste signalen zijn:

1. Een aantal tussenpersonen heeft zich presenteert als zijnde een zorgverzekeraar of vermeldt niet op de website wie de achterliggende zorgverzekeraar is. De NZa neemt in deze gevallen telefonisch contact/schriftelijk contact op en verzoekt de tussenpersoon de informatie aan te passen. De tussenpersonen passen naar aanleiding van het contact de informatie aan.
2. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een signaal ontvangen van ouders van verzekerden die de leeftijd van 18 jaar gaan bereiken, waaruit blijkt dat een aantal zorgverzekeraars een aanbod doet richting de grote groep bijna 18-jarigen met de mededeling dat de basisverzekering automatisch met een aanvullende tandartsverzekering wordt voortgezet. De achterliggende gedachte van de zorgverzekeraar voor deze handelswijze is dat de zorgverzekeraar wil voorkomen dat de verzekerde niet goed verzekerd is voor tandheelkundige zorg. Gevolg is echter dat de verzekerde ten onrechte de indruk kan krijgen dat hij zonder deze aanvullende verzekering niet voldoende verzekerd is. Hij wordt hierdoor misleid. De NZa heeft op basis van het bovenstaande signaal nader onderzoek verricht naar de correspondentie van alle zorgverzekeraars. Hieruit is gebleken dat het signaal zich beperkt tot de betreffende zorgverzekeraars. De NZa heeft een vergelijking gemaakt van de correspondentie. Daaruit blijkt dat de overige informatievoorziening voor verbetering vatbaar is en vollediger kan. De belangrijkste conclusies zijn:
  - geen informatie over keuze eigen risico (9 zorgverzekeraars);
  - geen informatie over premieplichtig zijn vanaf 18 jaar (1 zorgverzekeraar);
  - verschillen voor en na 18 jaar: tandarts en fysiotherapie (9 zorgverzekeraars geen informatie, 10 zorgverzekeraars alleen tandarts of alleen fysiotherapie gemeld);
  - geen informatie over recht op overstappen bij opzeggen verzekeringnemer (alle zorgverzekeraars);
  - geen informatie over no-claim (17 zorgverzekeraars);
  - geen informatie over zorgtoeslag (14 zorgverzekeraars).
3. De NZa heeft aan alle zorgverzekeraars een brief gestuurd met het verzoek de informatieverstrekking te verbeteren. Op basis van het richtsnoer heeft de NZa in de overstapperiode 2006-2007 onderzoek gedaan naar alle websites van de zorgverzekeraars. Uit deze check is gebleken dat bijna geen enkele zorgverzekeraar voldeed aan de

punten uit het richtsnoer (niet alle conclusies hier staan in het richtsnoer van vorig jaar, bv. koop op afstand). De belangrijkste conclusies zijn:

- Zorgverzekeraars (24) verstrekken onvoldoende tot geen informatie over een koop op afstand;
- Zorgverzekeraars (16) verstrekken onvoldoende tot geen informatie over of de klachtenprocedure;
- Zorgverzekeraars (15) verstrekken onvoldoende tot geen informatie over de wijze van opzeggen en de opzegtermijn;
- een aantal zorgverzekeraars noemen 'bij ons zijn kinderen onder de 18 gratis verzekerd voor de basisverzekering'. Dit is een onterecht voordeel, want dat geldt voor elke verzekerde onder 18;
- een aantal zorgverzekeraars noemen 'iedereen wordt bij ons geaccepteerd voor de basisverzekering'. Dit is een onterecht voordeel, want elke verzekerde in Nederland moet geaccepteerd worden voor de basisverzekering.

4. De NZa heeft bijna alle zorgverzekeraars schriftelijk benaderd en verzocht om de informatievoorziening te verbeteren. Naar aanleiding van dit verzoek, hebben zorgverzekeraars maatregelen getroffen om de informatievoorziening te verbeteren.
5. De NZa heeft geconstateerd dat bij een volmacht/tussenpersoon het niet duidelijk is wie de zorgverzekeraar is. Dit komt door het ontbreken van informatie hierover. In de polisvoorwaarden wordt een zorgverzekeraar genoemd die niet bekend is bij de NZa. Daarnaast zijn deze polisvoorwaarden geen basisverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Aan de betreffende risicodragers (zorgverzekeraar) is een brief gestuurd met het verzoek de informatievoorziening aan te passen. En verzekerden te informeren over de nieuwe polisvoorwaarden. De volmacht en de zorgverzekeraar hebben aan dit verzoek gehoor gegeven.

## Bijlage 4: Structurele aanpak monitor

Aspect / risicofactor	Structureel	Incidenteel	Specificaties
Markt-afbakening	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toetreding in regio's</li> <li>- Marktaandeelen en regionale concentraties</li> <li>- Aantallen bovenregionale collectiviteiten</li> <li>- Aantallen provinciale polissen</li> <li>- Voorkeuren van consumenten (restitutie versus natura, zorg binnen of buiten de regio)</li> <li>- Overstappedrag en prijsgevoeligheid van consumenten</li> <li>- Inkoopvoordelen van zorgverzekeraars op basis van marktaandeelen</li> <li>- Verticale integratie</li> </ul>
Aanbod op de relevante markt	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De ontwikkeling van het aanbod op de relevante zorgverzekeringsmarkt (aantallen aanbieders, polissen, soorten van polissen, aanvullende verzekeringen)</li> </ul>
Toetreding		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De aanwezigheid en gevolgen van schaalvoordelen in geval van een regionale zorgverzekeringsmarkt</li> </ul>
	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De ontwikkeling van het overstappedrag van consumenten als mogelijke toetredingsdrempel</li> </ul>
Mobiliteit van verzekerden	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het overstappen door verzekerden met in ieder geval aandacht voor de volgende aspecten:</li> </ul>
Contract-voorwaarden	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadelige gevolgen van contractuele voorwaarden in de aanvullende verzekeringen voor de mobiliteit van verzekerden in de vorm van insurance lock en risicoselectie (met aandacht voor de weigeringsgronden)</li> </ul>
Prijs-gevoeligheid	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De ontwikkeling van de premies en de prijsgevoeligheid op de zorg-verzekeringsmarkt</li> </ul>
Transparantie	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De mate van transparantie op de zorgverzekeringsmarkt</li> </ul>
Excessieve prijzen		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een onderzoek naar de verkoopprijs (premie) en de kostprijs (kosten zorginkoop) van het product basisverzekering om aldus de grootte van de winstmarge in te schatten</li> </ul>
Uitkomsten van de zorg-verzekeringsmarkt	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De prijzen en het aanbod op de zorgverzekeringsmarkt om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van premies en van een gedifferentieerd en innovatief aanbod en de achtergronden daarvan (zowel bij de basisverzekering als bij de aanvullende verzekeringen)</li> </ul>
			<b>Speciale aandachtspunten:</b>
	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De verhouding tussen het aantal natura- en restitutiepolissen</li> </ul>
	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het marktgedrag van zorgverzekeraars met winststreven</li> </ul>
		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkoopgedrag van zorgverzekeraars gegeven de verhouding naturapolissen - restitutiepolissen</li> </ul>
		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vrije artsenuitkeuze in polissen</li> </ul>
	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De NZa brengt in kaart welke voorkeuren verzekerden hebben bij hun keuze voor een (nieuwe) zorgverzekeraar (met het oog op het zorginkoopeffect). Speciale aandacht voor:</li> </ul>
		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verschillen in voorkeuren van consumenten voor polissen en eigen risico's naar draagkracht</li> </ul>
	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De ontwikkeling van de collectieve markt, mede met het oog op het vaststellen van vormen van kruissubsidiëring en risicoselectie</li> </ul>

