

**Monitor**  
**Zorgverzekeringsmarkt**  
**2009**

Trends en acties van de NZa

juni 2009



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>13</b>
<b>2. Actiepunten 2008</b>	<b>15</b>
2.1 Inleiding	15
2.2 Uitvoering actiepunten 2008	15
2.2.1 Overstapservice	15
2.2.2 Monitor Eigen Risico	15
2.2.3 Acties in het kader van transparantietoezicht	15
2.2.4 Publicatie administratieve rompslomp	15
2.2.5 Eerdere aanlevering schoningsprijzen	16
2.2.6 Vervroeging onderhandelingsproces	16
2.2.7 ZEKUR-polis	16
2.2.8 Inkoopmacht zorgverzekeraars	17
2.2.9 Toetredingsbarrières	17
2.3 Enkele acties nader toegelicht	17
2.3.1 Beperkingen in cao's	17
2.3.2 Verkoop collectieve zorgverzekeringen aan cliënten en werknemers van zorginstellingen-AWBZ	18
<b>3. Kwaliteit</b>	<b>21</b>
3.1 Inleiding	21
3.2 Kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars	21
3.3 Prikkelers voor kwaliteit van zorg	22
3.3.1 Motieven van overstappers	22
3.3.2 Aantal verzekerden met polissen met gecontracteerde zorg	23
3.4 Conclusies en acties NZa	25
<b>4. Toegankelijkheid</b>	<b>27</b>
4.1 Inleiding	27
4.2 Toegankelijkheid basisverzekering	27
4.3 Toegankelijkheid aanvullende verzekering	27
4.3.1 Financiële toegankelijkheid van aanvullende verzekeringen	29
4.3.2 Acceptatiebeleid aanvullende verzekering	29
4.3.3 Mobiliteitsbeperkende contractvoorwaarden	30
4.4 Toegankelijkheid collectieve verzekering	31
4.5 Transparantie	32
4.6 Conclusies en acties NZa	33
<b>5. Betaalbaarheid</b>	<b>35</b>
5.1 Inleiding	35
5.2 Betaalde premie basisverzekering	35
5.3 Kosten niet-gecontracteerde zorg	36
5.4 Conclusies en acties NZa	38
<b>6. Concurrentie op de markt</b>	<b>39</b>
6.1 Inleiding	39
6.2 Indicatoren voor concurrentie	39
6.2.1 Marktconcentratie en toetreding	39
6.2.3 Interesse, mobiliteit en prijsgevoeligheid van verzekerden	40
6.2.4 Dynamiek collectieve sector	41
6.2.5 Premieconcurrentie	41
6.2.5.1 Premieopslag van de zorgverzekeraars	42

6.2.5.2	Spreiding premiegrondslagen	43
6.2.5.3	Spreiding werkelijk betaalde premie	44
6.2.5.4	Kruissubsidie door de aanvullende verzekeringen?	44
6.3	Productdifferentiatie	45
6.4	Verticale integratie	46
6.5	Conclusies en acties NZa	47

## Vooraf

In haar Monitor Zorgverzekeringsmarkt analyseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) jaarlijks hoe de zorgverzekeringsmarkt er voor staat. Vóór u ligt de monitor 2009. De NZa constateert dat het beeld van de zorgverzekeringsmarkt in 2009 sterk lijkt op 2008, waarin sprake was van stabilisatie. De markt is kennelijk tot rust gekomen na de turbulentie die de stelselwijziging met zich meebracht.

In de Monitor Zorgverzekeringsmarkt van vorig jaar gaf de NZa aan dat vanaf 2009 moet blijken of de zorgverzekeraars gaan concurreren op de inhoud en kwaliteit van de verzekerde zorg. Dat is immers noodzakelijk om het zorgstelsel goed te laten functioneren. Om de ontwikkeling van de zorginkoop te kunnen vaststellen, start de NZa in 2009 een structurele monitor voor de zorginkoop door zorgverzekeraars. Naar verwachting volgt eind dit jaar een eerste rapportage.

Ook dit jaar komen niet alle kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt in deze rapportage aan de orde. Voor wie geïnteresseerd is in meer informatie over de zorgverzekeringsmarkt, publiceert de NZa op haar website het digitale 'De zorgverzekeringsmarkt in cijfers'.

De NZa kon bij de totstandkoming van deze monitor rekenen op de medewerking van verschillende organisaties in en rond de zorg. Wij willen hen daarvoor van harte bedanken.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan  
portefeuillehouder Zorgmarkten Care

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
voorzitter a.i.



## Managementsamenvatting

### *Doorzettende stabilisering*

In veel opzichten biedt de zorgverzekeringsmarkt in 2009 een tamelijk stabiel beeld vanuit het oogpunt van de consument. Er is voor de NZa dan ook geen reden af te wijken van haar oordeel van 2008 dat de positie van consument op de zorgverzekeringsmarkt per saldo als positief moet worden beoordeeld. De premie die de verzekerde voor de basisverzekering moet betalen groeit sinds de introductie van de Zorgverzekeringwet (Zvw) gematigd onder invloed van de premieconcurrentie. De verhoging in 2009 is met 1% daarop geen uitzondering. De verzekerde krijgt daar over het algemeen, evenals vorig jaar, een goede dienstverlening voor terug. Terwijl zorgverzekeraars hun bedrijfskosten verlagen blijft de consument de dienstverlening van verzekeraars over het algemeen met een ruime voldoende waarderen. Hij blijft ook in 2009 een ruime keus houden uit zorgverzekeraars en zorgverzekeringen. De keuzemogelijkheid wordt bevorderd door de collectiviteiten die ook in 2009 innovatie bieden. De NZa heeft geen signalen ontvangen dat er problemen zijn om over te stappen. Tevens heeft de NZa na onderzoek geconstateerd dat bepalingen in collectieve arbeidsovereenkomsten over zorgverzekeringen niet leiden tot knelpunten voor verzekerden om over te stappen. De NZa heeft wel ingegrepen bij overstapservices van zorgverzekeraars waarbij het niet mogelijk was om alleen de aanvullende verzekering te continueren. Ook heeft zij de informatievoorziening van zorgverzekeraars gecontroleerd op de transparantie van de voorwaarden van aanvullende verzekeringen. Waar nodig heeft de NZa aanpassingen opgedragen. Mobiliteitsbeperkende voorwaarden van aanvullende verzekeringen onderzoekt de NZa in de tweede helft van 2009.

### *Weinig dynamiek*

Evenals vorig jaar constateert de NZa dat in 2009 de dynamiek van de eerste jaren van het nieuwe stelsel ontbreekt. De indicatoren waarop de mate van concurrentie is af te lezen veranderen nauwelijks. De marktconcentratie blijft onverminderd hoog en toetreders melden zich niet. De producthomogeniteit blijft eveneens hoog, mede door het uitblijven van selectieve contractering op bredere schaal. De spreiding in premies is per saldo ongeveer gelijk. De verzekerdenmobiliteit is evenals in 2008 beperkt. Ten slotte is de lage prijsgevoeligheid van verzekerden ten opzichte van 2008 niet toegenomen.

Deze stabiliteit gaat dit jaar gepaard met een al in 2008 ingezet herstel van het resultaat van verzekeraars op de basisverzekering en duidelijke winsten op de aanvullende verzekeringen. De financiële crisis laat zich in dit opzicht niet gelden; de invloed daarvan verloopt via de vermindering van de beleggingsopbrengsten. De Nederlandsche Bank houdt toezicht op de solvabiliteit van zorgverzekeraars.

Verzekerden hebben voor de aanvullende verzekeringen te maken met een aanmerkelijk grotere stijging van de gemiddelde premie dan voor de basisverzekering. Een situatie waarin rendementen groeien, premies voor basisverzekeringen weinig verschillen en verzekerden nauwelijks veranderen van zorgverzekeraar kan wijzen op een minder scherpe concurrentie op de markt van basisverzekeringen. De NZa volgt dit aan de hand van haar concurrentie-indicatoren en gebruikt haar inzichten voor bijvoorbeeld de beoordelingen van horizontale en verticale concentraties.

Zonder winst is er voor zorgverzekeraars geen ruimte voor investeringen in productontwikkeling en innovaties die de consument ten goede komen. Vanuit het belang van de stelselwijziging is het echter wel noodzakelijk dat zorgverzekeraars de prikkel blijven voelen om door middel van een scherpe zorginkoop de premies niet te veel te laten stijgen. De situatie van de zorginkoop 2009 is evenwel dat daarin sterke verbeteringen nodig zijn. Het positieve financiële resultaat voor 2009 is dan ook niet in hoofdzaak terug te voeren op de zorginkoop door zorgverzekeraars hoewel zij actief zijn bij bijvoorbeeld de inkoop van ziekenhuiszorg en de verstrekking van preferente geneesmiddelen. Vanuit het oogpunt van de consument blijft het voor de NZa belangrijk de ontwikkeling van het resultaat en het vermogen van verzekeraars kritisch te blijven volgen om een oordeel te kunnen vellen over de concurrentie. Gezien de mogelijkheid van kruissubsidiëring van de basisverzekering door de aanvullende verzekering betreft de NZa daarbij de aanvullende verzekeringen.

Mede vanwege berichten over samenwerking tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars bestaat momenteel veel aandacht voor verticale integratie. Aan verticale integratie zijn potentiële risico's voor concurrentie en de consument verbonden. De Commissie verticale integratie (Eindrapport commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 29 mei 2009) acht een verbod op verticale integratie niet noodzakelijk en niet proportioneel, mede vanwege het bestaande toezicht en de mitigerende werking van een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt. De NZa houdt dan ook individuele vormen van verticale integratie scherp in de gaten opdat de consument daarvan geen nadelen ondervindt. Dat geldt momenteel vooral de beoogde concentratie Coöperatie Vlietland (waaronder zorgverzekeraar DSW)-Vlietlandziekenhuis. Naast deze casuïstische aanpak in haar rol als markttoezichthouder inventariseert de NZa momenteel mede op verzoek van het ministerie van VWS vormen van verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarover rapporteert de NZa in de tweede helft van 2009.

#### *Voorzichtige verbetering van de zorginkoop*

Verzekerden zijn nog steeds in meerderheid verzekerd op grond van een polis met gecontracteerde zorg. Dit is een belangrijke randvoorwaarde voor verzekeraars om verzekerden te gidsen naar preferente zorgaanbieders met een goede prijs-/kwaliteitverhouding.

Er zijn signalen dat zorgverzekeraars deze rol steeds meer oppakken. Zoals boven aangegeven proberen zorgverzekeraars inkoopvoordelen te bewerkstelligen op bijvoorbeeld de ziekenhuis- en geneesmiddelenmarkt. Er komen kwaliteitsafspraken in de eerstelijnszorg. Zorgverzekeraars proberen verzekerden in toenemende mate te beïnvloeden bij hun keuze voor een zorgaanbieder. De informatie die zij verzekerden verstrekken over hun zorginkoop groeit. Een aantal verzekeraars geeft een financiële prikkel om gebruik te maken van preferente zorgaanbieders door het eigen risico niet op te leggen. De ZEKURpolis heeft in 2009 enkele navolgers gekregen.

#### *Gewenste verbeteringen*

Zorgverzekeringen verschillen inhoudelijk nog nauwelijks. De informatieverstrekking aan consumenten over de ingekochte zorg moet minder globaal en meer begrijpelijk. Een belangrijke belemmering daarvoor is dat de transparantie van de (kwaliteit van) zorg nog steeds tekortschiet. Zorgverzekeraars ervaren nog steeds een imago probleem bij het beïnvloeden van de keuze van verzekerden voor een zorgaanbieder. Een belangrijk aspect daarbij is dat het voor verzekerden



veelal nog niet duidelijk is wat het kwaliteitsvoordeel van het volgen van de keuzesuggesties van de verzekeraar is. Verzekeraars zijn verder nog niet geheel in staat om het inkoopvoordeel af te wegen tegen de opbrengsten van een financiële prikkel voor verzekerden bij de keuze voor een zorgaanbieder. Ten slotte sluiten contracteercycli en de cyclus van de verkoop van polissen ook in 2009 in ieder geval voor de ziekenhuiszorg nog niet op elkaar aan.

#### *Acties NZa*

De NZa heeft op verschillende aspecten al actie ondernomen. Zij heeft haar Richtsnoeren informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aangepast. Zij moeten meer aandacht besteden aan informatie over gecontracteerde zorgaanbieders. Verder heeft de NZa voor het jaar 2009 voor de ziekenhuismarkt de keuze gemaakt om de verantwoordelijkheid van de budgetschoning meer dan in 2008 bij partijen zelf neer te leggen. Partijen is de vrijheid gegeven de schoningsprijs, de hoeveelheid DBC's en de onderliggende profielen lokaal af te spreken. In de praktijk is echter gebleken dat bij de contractonderhandelingen 2009 vertraging is opgelopen. Ook heeft de NZa geïnventariseerd tegen welke hobbels zorgverzekeraars aanlopen als zij het eigen risico willen inzetten om hun verzekerden te gidsen. Zo is het bijzonder moeilijk te verkopen aan verzekerden dat het eigen risico niet mag worden kwijtgescholden maar alleen in rekening gebracht kan worden als alsnog van een andere zorgaanbieder gebruik wordt gemaakt. De NZa heeft haar bevindingen inmiddels aan het ministerie van VWS gerapporteerd.

Vanwege het belang van de relatie tussen de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkten is de NZa in 2009 een monitor zorginkoop vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar gestart. In deze monitor gaat de NZa na wat de stand van zaken is bij de zorginkoop door zorgverzekeraars. Hierbij is nadrukkelijk oog voor de prikkels en randvoorwaarden voor een effectieve zorginkoop op de verschillende zorgmarkten. Daaronder vallen ook de onderwerpen die de NZa in eerdere monitors al aansneet. Daarbij gaat het vooral om het effect van de vergroting van de onderhandelingsvrijheid in verschillende zorgmarkten, de transparantie van de zorg die ingekocht moet worden, de verdere professionalisering van de zorginkoop en de betrokkenheid van patiëntenorganisaties en de invloed van het vereveningssysteem.

Deze laatste factor, de invloed van het risicovereveningssysteem, stelt de NZa centraal bij de monitor zorginkoop in 2010. Een belangrijke prikkel voor zorgverzekeraars bij hun zorginkoop is de mate waarin zij risico lopen over de uitgaven aan zorg. De NZa is voorstander van de afbouw van de ex-post verevening omdat er dan meer prikkels in de markt ontstaan voor goede zorginkoop en voor keuzeondersteuning van verzekerden. Over de werking van deze prikkels op de verschillende zorgmarkten is echter nog veel onduidelijk. Eerder heeft de NZa al aangegeven nauwer aangesloten te willen zijn op de verdere ontwikkeling van het risicovereveningssysteem.

De monitor zorginkoop geeft de NZa de gelegenheid op basis van een risico-inschatting de focus van haar aandacht voor zorginkoop voor 2010 en verder te bepalen. De monitor leidt waar mogelijk tot verbetervoorstellen. In 2009 brengt de NZa daarvoor eerst in kaart wat per zorgmarkt de stand van zaken is. Naar verwachting publiceert de NZa dit eind 2009.

#### *Aanvullende verzekeringen*

Steeds duidelijker wordt dat het functioneren van de markt van aanvullende verzekeringen van grote invloed is op het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. Te denken valt aan:

- de invloed van het selectiebeleid van zorgverzekeraars voor de aanvullende verzekeringen op de mobiliteit van verzekerden;
- preferenties van consumenten op de markt van aanvullende verzekeringen;
- de invloed van de koppeling van de aanvullende verzekering aan de basisverzekering op de keuzevrijheid van verzekerden;
- de voordelen die consumenten genieten van een dergelijke koppeling;
- de mogelijkheden van kruissubsidiëring;
- het functioneren van de markt van de aanvullende verzekeringen.

Voor de monitor zorgverzekeringsmarkt in 2010 gaat de NZa nader in op de aanvullende verzekeringen. De uitkomsten daarvan zullen moeten leiden tot adviezen aan het ministerie van VWS. Want hoewel de NZa vanuit haar taken in de Wmg de aanvullende verzekeringen kan betrekken in haar monitoranalyses heeft ze betrekkelijk weinig bevoegdheden om zelf in te grijpen. Deze blijven beperkt tot het transparantietoezicht.

#### *Transparantie*

De kwaliteit van de informatievoorziening door zorgverzekeraars en vergelijkingssites is over het algemeen voldoende. De toegankelijkheid van informatie op de zorgverzekeringsmarkt is het minst geborgd als consumenten (tijdig) willen weten welke zorgaanbieders door een zorgverzekeraar zijn gecontracteerd en hoeveel men moet bijbetalen bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. De NZa blijft de informatievoorziening op deze punten toetsen en daar waar nodig verbeteringen van marktpartijen eisen.

Een ander belangrijk aandachtspunt voor de NZa blijft dat er duidelijke informatie over voorwaarden in de aanvullende verzekering moet zijn die de basisverzekering raken (bijvoorbeeld een hogere premie als de basisverzekering niet wordt aangeschaft). In de volgende overstapperiode onderzoekt de NZa of zorgverzekeraars daarbij verbeteringen vertonen.

Voor verbetering van de zorginkoop is een meer transparant zorgaanbod nodig. Om de ontwikkeling naar meer transparantie van het zorgaanbod te versnellen ontwikkelt de NZa verschillende acties. Er komt naast het richtsnoer voor zorgverzekeraars ook een richtsnoer voor de verstrekking van informatie door zorgaanbieders. Verder vraagt zij bij de vaststelling van prestatieomschrijvingen de mening van de consument over de transparantie daarvan. Ook gaat zij onderzoeken of vergelijkingssites voor het zorgaanbod voldoen. Deze acties staan verder toegelicht in het visiedocument *Transparantie* (zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

#### Acties NZa

##### Actie 1

De NZa onderzoekt mobiliteitsbeperkende voorwaarden van aanvullende verzekeringen in de tweede helft van 2009. Ook controleert zij voor de nieuwe overstapronde of zorgverzekeraars transparant zijn over voorwaarden in de aanvullende verzekering die de basisverzekering raken (bijvoorbeeld een hogere premie als de basisverzekering niet wordt aangeschaft).

##### Actie 2

De NZa volgt de tekenen van minder scherpe concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt aan de hand van haar concurrentie-indicatoren en gebruikt haar inzichten voor bijvoorbeeld de beoordelingen van horizontale en verticale concentraties. De NZa onderzoekt in 2009

mogelijke toetredingsbarrières en rapporteert daarover in de tweede helft van 2009.

#### Actie 3

De NZa richt haar aandacht op verticale integratie in 2009 door:

- individuele vormen van verticale integratie scherp in de gaten te gaten opdat de consument daarvan geen nadelen ondervindt (met name de beoogde concentratie Coöperatie Vlietland-Vlietland-ziekenhuis);
- mede op verzoek van het ministerie van VWS vormen van verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders te inventariseren. Daarover rapporteert de NZa in de tweede helft van 2009.

#### Actie 4

De NZa heeft in 2009 een monitor zorginkoop vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar gestart. In 2009 brengt de NZa daarvoor eerst in kaart wat per zorgmarkt de stand van zaken is. Naar verwachting publiceert de NZa dit eind 2009. De NZa stelt de invloed van het risicovereveningssysteem centraal bij de monitor zorginkoop in 2010.

#### Actie 5

Vanwege de invloed van de aanvullende verzekeringen op het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt gaat de NZa voor de monitor zorgverzekeringsmarkt in 2010 nader in op de aanvullende verzekeringen. De uitkomsten daarvan zullen moeten leiden tot adviezen aan het ministerie van VWS.

#### Actie 6

De NZa blijft de informatievoorziening door zorgverzekeraars toetsen en daar waar nodig verbeteringen van marktpartijen eisen. Het gaat daarbij met name om:

- welke zorgaanbieders door een zorgverzekeraar zijn gecontracteerd;
- hoeveel men moet bijbetalen bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg;
- de borging van de kwaliteit van de mondelinge informatieverstrekking.

#### Actie 7

Om de ontwikkeling naar meer transparantie van het zorgaanbod te versnellen ontwikkelt de NZa verschillende acties:

- de ontwikkeling van een richtsnoer voor de verstrekking van informatie door zorgaanbieders;
- zij vraagt bij de vaststelling van prestatieomschrijvingen de mening van de consument over de transparantie daarvan;
- zij gaat onderzoeken of vergelijkingsites voor het zorgaanbod voldoen.



## 1. Inleiding

De NZa volgt de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt en rapporteert hierover in haar monitor over dit onderwerp. Hierbij gaat het om de effecten van deze ontwikkelingen op de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg voor de verzekerde.<sup>1</sup> Daar waar dat nodig is, leiden de analyses tot acties van de NZa en tot aanbevelingen aan het ministerie van VWS en marktpartijen.<sup>2</sup>

Deze rapportage is beperkter van opzet dan vorige jaren, omdat de NZa de aandacht in 2009 verlegt. Zij heeft in 2009 een start gemaakt met de integratie van verschillende monitors voor de curatieve zorgmarkten en de zorgverzekeringsmarkt. In het kader van deze geïntegreerde monitor verschijnen verschillende rapportages. De Monitor Ziekenhuiszorg is al verschenen. Later dit jaar verwacht de NZa een rapportage te publiceren over noodzakelijke verbeteringen bij de zorginkoop door zorgverzekeraars. De NZa heeft herhaaldelijk geconstateerd dat vooral bij de zorginkoop vooruitgang noodzakelijk is.<sup>3</sup> Ook werkt de NZa aan een structurele monitor voor de geestelijke gezondheidszorg. Een eerste rapportage verschijnt naar verwachting eind 2009.

Deze verschuiving van aandacht is mogelijk omdat de tekortkomingen op de zorgverzekeringsmarkt naar de mening van de NZa dusdanig beperkt zijn dat een continue, alomvattende rapportage niet noodzakelijk is. De NZa volgt de markt wel blijvend met behulp van veelal kwantitatieve indicatoren.<sup>4</sup> Informatie over deze indicatoren is te vinden op [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

De voorliggende rapportage gaat niet in op de effecten van de huidige economische situatie op de zorgverzekeringsmarkt. De NZa heeft deze effecten in een brief van eind 2008 aan de minister van VWS geschetst.<sup>5</sup> Daarin stelt zij dat de kredietcrisis gevolgen kan hebben voor de premiehoogte. Ook zorgverzekeraars hebben op dit moment te maken met fors lagere beleggingsopbrengsten, waarbij enkele zorgverzekeraars sterker zijn geraakt dan andere. Dat hierdoor de premies zullen stijgen, lijkt op basis van de afgelopen jaren niet direct voor de hand te liggen. Het blijkt namelijk dat zorgverzekeraars hun beleggingsopbrengsten slechts marginaal aan de ziektekostenverzekeringen toerekenen (voor alle verzekeraars gezamenlijk over de periode 2006 tot en met 2008 is dat rond de 1% van de totale inkomsten uit de nominale premies). In ieder geval blijkt de premiestijging in 2009 erg gematigd te zijn (1%). De NZa meet in 2010 de premiestijging opnieuw.

---

<sup>1</sup> De wettelijke basis hiervoor ligt in artikel 32/33 Wmg.

<sup>2</sup> De titel van deze monitorrapportage geeft aan dat het gaat om de stand van zaken op de markt in het begin van 2009. Op dat moment hadden consumenten immers hun keuze gemaakt. Dat neemt niet weg dat de NZa ook ontwikkelingen die aan 2009 voorafgaan in het beeld betreft, dit vanwege hun relevantie voor de conclusies over 2009.

<sup>3</sup> Zie onder andere de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008.

<sup>4</sup> De informatieverzameling voor de indicatoren is zodanig georganiseerd dat de administratieve belasting van marktpartijen beperkt is. Alle tabellen en figuren in dit rapport zijn gebaseerd op gegevens van de NZa, tenzij anders is vermeld. Voor de mobiliteit en het keuzegedrag van verzekerden is gebruik gemaakt van informatieverzameling door Vektis. Daarnaast heeft de NZa informatie benut die zij voor andere toezichtactiviteiten ontvangt.

<sup>5</sup> Zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

De opbouw van deze monitor is als volgt. In hoofdstuk 2 laat de NZa zien op welke manier zij de actiepunten uit de vorige monitor heeft afgehandeld. Vervolgens komen in hoofdstukken 3, 4 en 5 over respectievelijk de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg, de publieke belangen aan de orde. In hoofdstuk 6 geeft de NZa haar oordeel over de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

## 2. Actiepunten 2008

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat kort in op de manier waarop de NZa de actiepunten uit de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 heeft opgepakt. In paragraaf 2.3 worden enkele actiepunten nader toegelicht. Verschillende andere actiepunten komen verderop in deze rapportage aan de orde.

### 2.2 Uitvoering actiepunten 2008

#### 2.2.1 Overstapservice

*Actiepunten: De NZa treedt op tegen zorgverzekeraars met een overstapservice die het niet mogelijk maakt alleen de aanvullende verzekering voort te zetten.*

De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars hierop aangesproken en gevraagd hun gedrag aan te passen. Tijdens de overstapperiode 2008-2009 heeft de NZa aan de opzegservice extra aandacht geschonken. Na enkele aanvullende interventies voldoen nu alle opzegservices aan de eis van de NZa. Dit betekent dat de opzegservices van verzekeraars het toestaan dat verzekerden alleen de aanvullende verzekering voortzetten. Paragraaf 4.3.3 gaat op het probleem van de gekoppelde verkoop van de basisverzekering en aanvullende verzekeringen verder in.

#### 2.2.2 Monitor Eigen Risico

*Actiepunten: De NZa monitort het systeem van eigen risico.*

De NZa heeft in april 2009 de Monitor Eigen Risico gepubliceerd. Deze monitor is te raadplegen op haar website. Van belang voor de Monitor Zorgverzekeringsmarkt is vooral de manier waarop zorgverzekeraars de mogelijkheid benutten om het verplichte eigen risico niet op te leggen als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders die daartoe geselecteerd zijn. In paragraaf 3.3.2 werkt de NZa dit verder uit.

#### 2.2.3 Acties in het kader van transparantietoezicht

- De NZa past het Richtsnoer Informatieverstrekking aan op het punt van de eisen die zij stelt aan de transparantie over het gecontracteerde zorgaanbod.
- De NZa controleert of zorgverzekeraars hun websites en vergoedingenoverzichten op het punt van de informatie over de kwaliteit van zorg, over machtigingen en over eigen bijdragen bij niet-gecontracteerde zorg hebben aangepast.
- De NZa beoordeelt de transparantie van de websites van zorgverzekeraars op het aspect gecontracteerde zorgaanbieders.

De NZa heeft het Richtsnoer inmiddels aangepast en in 2008 gepubliceerd. Daarnaast heeft zij de naleving van het Richtsnoer Ziektelastverzekeraars gecontroleerd. In paragraaf 4.5 geeft de NZa haar bevindingen weer.

#### 2.2.4 Publicatie administratieve rompslomp

*Actie: De NZa maakt via een vorm van publicatie aan verzekerden duidelijk dat overstappen weinig administratieve rompslomp kent.*

Op haar website geeft de NZa al enige tijd tips die verzekerden kunnen gebruiken bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Daarnaast heeft de NZa verschillende media een overzicht aangeboden dat laat zien op welke manier zorgverzekeraars en de NZa zich inspannen om barrières voor het overstappen zo klein mogelijk te maken. De media konden dit overzicht gebruiken voor hun publicaties over het wisselen van zorgverzekeraar. Voor zover de NZa kan nagaan hebben de media het overzicht als zodanig niet gepubliceerd, maar de informatie wel gebruikt voor hun publicaties over het overstappen door verzekerden.

### **2.2.5 Eerdere aanlevering schoningsprijzen**

*Actie: De NZa onderzoekt of de schoningsprijzen DBC's in het A-segment eerder dan 1 oktober kunnen worden aangeleverd.*

Voor het jaar 2009 heeft de NZa de keuze gemaakt om de verantwoordelijkheid voor de budgetschoning meer dan in 2008 bij partijen zelf te leggen. Zij hebben de vrijheid gekregen om de schoningsprijs, het aantal DBC's en de onderliggende profielen lokaal af te spreken. Hiervoor heeft de NZa een schoningsformulier opgesteld. Om de kleinere ziekenhuizen te ondersteunen, heeft zij in het schoningsformulier voor de drie genoemde thema's parameters (defaultwaarden) ingevuld. Dit heeft de NZa in oktober 2008 afgerond. Voor meer informatie hierover zie de Monitor Ziekenhuiszorg 2009.

### **2.2.6 Vervroeging onderhandelingsproces**

*Actie: De NZa onderzoekt in de overstapperiode 2008-2009 welke voortgang is geboekt bij het vervroegen van het onderhandelingsproces 2009.*

In de Monitor Ziekenhuiszorg 2009 gaat de NZa op het onderhandelingsproces in voor wat betreft de ziekenhuiszorg. Zij stelt daarin vast dat in maart 2009 de onderhandelingen over het B-segment nog nauwelijks op gang waren gekomen. Begin maart was geen enkel contract tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar over 2009 afgerond. De onderhandelingen lopen naar de mening van marktpartijen vertraging op doordat zij moeten onderhandelen over de lokale schoningsprijzen. Bovendien bestaat er onduidelijkheid over de kapitaallasten. Opmerkelijk is dat het grootste deel van de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders aangeeft dat zij geen prikkels ondervinden om de onderhandelingen tijdig af te ronden. Zorgverzekeraars zouden dus nauwelijks druk vanuit de zorgverzekeringsmarkt ondervinden. Een beeld dat betrekking heeft op meer zorgmarkten, komt aan bod in de rapportage die de NZa opstelt in het kader van haar monitoring van de zorginkoop door zorgverzekeraars. Dan ook volgen waar mogelijk verbetervoorstellen; het is voor de consument immers belangrijk om inzicht te hebben in het zorgaanbod op het moment dat hij voor een zorgverzekering kiest.

### **2.2.7 ZEKUR-polis**

*Actie: De NZa volgt de ZEKUR-polis met het oog op zorgplicht, risicoselectie en kostenafwenteling.*

De NZa heeft in februari 2009 haar bevindingen met betrekking tot de ZEKUR-polis aan de minister gerapporteerd. De NZa ziet geen reden om te interveniëren. De brief over ZEKUR is te raadplegen op de NZa-website. Enkele bevindingen uit de rapportage van de NZa zijn in deze monitor opgenomen.



### 2.2.8 Inkoopmacht zorgverzekeraars

*Actie: De NZa start een onderzoek naar de inkoopmacht van zorgverzekeraars.*

De NMa en de NZa hebben eind 2008/begin 2009 de beeldvorming over misbruik van inkoopmacht die bij zorgaanbieders bestaat, nader bestudeerd. De algemene conclusie is dat de rondetafelbijeenkomsten geen bewijzen hebben opgeleverd voor mededingingsproblemen die de NMa en/of de NZa moeten aanpakken op basis van de Mededingingswet en/of artikel 48/49 van de Wmg. De NZa en NMa trekken nu niet meer gezamenlijk op, maar zullen elkaar uiteraard wel over hun acties op dit gebied informeren. De acties van de NZa houden in dat zij meer aandacht schenkt aan de transparantie van de markt van aanvullende verzekeringen voor zover het de fysiotherapie betreft. Daarbij staat centraal of de informatie over aanvullende verzekeringen de consument in staat stelt om uit het aanbod van verzekeringen en zorg goede keuzes te maken.<sup>6</sup> Dit naar aanleiding van de bevinding van de rondetafelbijeenkomsten dat fysiotherapeuten administratieve lasten ervaren omdat zij verzekerden de verschillen tussen de aanvullende verzekeringen moeten uitleggen. Ook heeft de NZa inmiddels geadviseerd om een aantal zaken ter hand te nemen die samenhangen met de regulering van de geestelijke gezondheidszorg, zoals het gelijke speelveld voor instellingen en vrije beroepsbeoefenaren (zie de uitgebreide behandeling hiervan in de Uitvoeringstoets GGZ van de NZa, die zij publiceerde in februari 2009). Voor een volledig overzicht van de acties die volgen op de rondetafelbijeenkomsten zie de publicatie hiervan op de NZa-website.

In aanvulling op deze acties die voortvloeien uit de rondetafelbijeenkomsten laat de NZa momenteel onderzoek doen naar inkoop- en verkoopmacht in de zorg en de voor- en nadelen van collectieve onderhandelingen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek beschouwt de NZa haar beleid ten aanzien van deze zaken nader. Tenslotte organiseert de NZa werkbezoeken aan zorgverzekeraars in het kader van haar monitor zorginkoop. Daarin stelt zij het proces van het totstandkomen van contracten aan de orde.

### 2.2.9 Toetredingsbarrières

*Actie: De NZa onderzoekt de aanwezigheid van toetredingsbarrières op de zorgverzekeringsmarkt*

Naar aanleiding van toezeggingen van de minister aan de Tweede Kamer heeft het ministerie van VWS aan de NZa gevraagd om te rapporteren over toetreding tot de zorgmarkt. De NZa brengt deze rapportage naar verwachting in het derde kwartaal van 2009 uit.

## 2.3 Enkele acties nader toegelicht

### 2.3.1 Beperkingen in cao's

In 2008 signaleerde de NZa afspraken in cao's die een verbinding leggen tussen rechten van werknemers en de afgesloten zorgverzekering. Zo werd de NZa gewezen op een cao waarin een aanvullende verzekering bij een bij name genoemde zorgverzekeraar een voorwaarde is om het inkomen in het tweede ziektejaar tot 100% aan te vullen. De NZa stelde zich op het standpunt dat stimulering van bepaalde keuzes van

<sup>6</sup> Zie voor de criteria die de NZa daarbij hanteert: NZa, Visiedocument transparantie. Helderheid over transparantie, maart 2009.

verzekerden positieve effecten kan hebben. Een voorwaarde is dat de verzekerde de mogelijkheid blijft houden om een weloverwogen vrije keuze te maken.

De NZa heeft in overleg met het ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid (SZW) achterhaald of de beperkingen in cao's een probleem vormen.<sup>7</sup> Dit ministerie brengt halfjaarlijks een najaarsrapportage over cao-afspraken uit.<sup>8</sup> Op basis van de rapportage van SZW en aanvullend onderzoek naar de cao's die in de rapportage genoemd zijn, heeft de NZa twee aandachtspunten nader bekeken.

Gebleken is dat het probleem in omvang erg beperkt is. Het effect op het functioneren van de markt is verwaarloosbaar klein. Ook is nauwelijks sprake van nadelige effecten voor groepen van betrokken verzekerden. De NZa heeft in de eerste plaats gekeken naar situaties waarin de werkgeversbijdrage in de premie van de zorgverzekering afhankelijk is gesteld van het feit of een werknemer aan de collectieve verzekering deelneemt. Gebleken is dat de cao's werknemers niet verplichten om van de collectieve verzekering gebruik te maken. In vrijwel alle onderzochte gevallen had de werkgeversbijdrage betrekking op de aanvullende verzekering. Hierdoor ontstaat een financiële prikkel om gebruik te maken van een specifieke collectieve verzekering. Er is echter geen sprake van een sterke belemmering van de mogelijkheden om over te stappen.

In de tweede plaats heeft de NZa aandacht besteed aan de cao van DHL-express Nederland. De reden is dat de cao stelt dat aanvulling van de loondoorbetaling tot 100% in het tweede ziektejaar (als basis daarvoor geldt 70%) uitsluitend plaatsvindt als de werknemer zich aanvullend verzekerd voor bepaalde behandelingen (bijvoorbeeld fysiotherapie, korte psychologische zorg). De werknemer is verplicht om de aanvullende verzekering af te sluiten bij de verzekeraar waarmee DHL-express een collectieve overeenkomst heeft afgesloten. De cao bevat een 'hardheidsclausule' waarop de werknemers een beroep kunnen doen als zij geen verzekering bij de collectieve verzekeraar willen afsluiten. De NZa heeft geconstateerd dat deze drempel hoger is dan de werkgeversvergoeding die onder punt 1 is genoemd, maar ook dat er geen signalen zijn dat de toepassing ervan (inclusief de hardheidsclausule) in de praktijk tot knelpunten leidt. Vanuit het oogpunt van de NZa is ingrijpen dus niet proportioneel.

### **2.3.2 Verkoop collectieve zorgverzekeringen aan cliënten en werknemers van zorginstellingen-AWBZ**

In eerdere publicaties heeft de NZa gewezen op het risico dat als gevolg van de verkoop van collectieve zorgverzekeringen aan zorginstellingen ongewenste effecten optreden. Het risico is dat de zorgkantoren die aan zorgverzekeraars zijn gelieerd, de inzet van de budgetonderhandelingen met zorgaanbieders mede laten afhangen van de mogelijkheid om een

---

<sup>7</sup> De rol van het ministerie van SZW is als volgt. Cao-partijen kunnen SZW verzoeken een cao algemeen verbindend (AVV) te verklaren. SZW toetst de cao dan aan het Toetsingskader AVV. Dit toetsingskader heeft de status van een beleidsregel. Onderdelen van een cao die in strijd met de beleidsregel zijn, verklaart SZW niet algemeen verbindend. Daarnaast ontvangt SZW elke cao die in Nederland gesloten wordt. Deze neemt SZW op in een databank die het ministerie in staat stelt om van de inhoud van cao's analyses te maken. De cao's waarop de signalen van de NZa betrekking hebben, zijn beide niet aangemeld voor een algemeen verbindend verklaring of het zijn bedrijfs-cao's.

<sup>8</sup> In de Najaarsrapportage cao-afspraken 2008 (SZW, 24 december 2008) is een hoofdstuk gewijd aan datgene wat in de cao's die bij SZW bekend zijn, over de werkgeversbijdrage ziektekostenverzekering is opgenomen.

collectieve zorgverzekering te verkopen. Deze verzekering zou dan beschikbaar komen voor cliënten en/of personeel van de zorgaanbieder. Dit zou tot ongewenste concurrentie-effecten leiden. Ook zou de inkoop van AWBZ-zorg minder doelmatig verlopen dan gewenst. De NZa is nagegaan of dit risico zodanig is, dat het wenselijk is dat zij ingrijpt. De NZa heeft zich daarbij geconcentreerd op de waarschijnlijkheid dat het risico optreedt dat budgetonderhandelingen afhankelijk worden van extra afzetmogelijkheden voor collectieve zorgverzekeringen.

De NZa concludeert het volgende. Ten eerste oefent zij toezicht uit op de zorginkoop door zorgkantoren. Daarbij vormt een belangrijk aandachtspunt in hoeverre de zorginkoop door zorgkantoren transparant en non-discriminatoire is. Deze vorm van toezicht vormt een belangrijke factor bij de voorkoming van uitruil tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. Ten tweede vindt de zorginkoop in de (extramurale) AWBZ-zorg in toenemende mate plaats via aanbesteding. De vergroting van openbaarheid die hiermee gepaard gaat, beperkt de mogelijkheid voor onderlinge uitruil bij de verkoop van collectieve verzekeringen aan zorgaanbieders. De NZa ziet op dit moment dan ook geen reden om hier gericht onderzoek naar te doen. Vanzelfsprekend kunnen signalen die zij hierover ontvangt wel aanleiding geven om acties te ondernemen.



## 3. Kwaliteit

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vraag of consumenten op de zorgverzekeringsmarkt waar voor hun geld krijgen. Daartoe komt aan de orde hoe het staat met de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars. Ook komen de prikkels op de zorgverzekeringsmarkt aan bod die de inkoop van kwalitatief goede zorg door de zorgverzekeraar moeten stimuleren. Deze relatie tussen beide markten vormt immers de basis voor verbetering van het stelsel.

### 3.2 Kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars

Uit de laatste meting door het Centrum Klantervaring zorg blijkt dat verzekerden de kwaliteit van zorgverzekeraars ongeveer even hoog waarderen als in het voorgaande jaar (namelijk met 7.8). Ook de Ombudsman Zorgverzekeringen geeft een tamelijk positief beeld van de dienstverlening door zorgverzekeraars. Zij constateert een duidelijke verbetering van verschillende communicatieaspecten (telefonische bereikbaarheid en informatieverstrekking). Ook het aantal zaken dat te maken heeft met opzegging en acceptatie leidt tot de conclusie dat verzekerden tamelijk tevreden zijn over wat ziektekostenverzekeraars hun bieden.<sup>9</sup> Andere metingen bevestigen het beeld van tevredenheid.<sup>10</sup> Dit neemt niet weg dat zorgverzekeraars hun serviceverlening op onderdelen nog moeten verbeteren. Zoals blijkt uit onderzoek in opdracht van de Nierpatiënten Vereniging Nederland geven zorgverzekeraars telefonisch niet altijd de juiste informatie over de inhoud van de basisverzekering. De NZa heeft de borging van de kwaliteit van mondelinge informatie bij zorgverzekeraars gecontroleerd (zie verder paragraaf 4.3.3).<sup>11</sup>

Evenals vorig jaar is vanwege het gemiddeld hoge kwaliteitsniveau in combinatie met het beperkte aantal overstappers de winst in kwaliteit voor overstappers erg gering.

Zoals ook in voorgaande jaren het geval was, beoordelen verzekerden de duidelijkheid van de zorgverzekeraar over bijbetalingen voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg minder positief. Dit aspect heeft de volle aandacht van de NZa, omdat zij bij haar transparantietoezicht de naleving van het Richtsnoer Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars op dit punt controleert. De NZa heeft zorgverzekeraars inmiddels tot verbetering gemaand.

Net als in 2008 heeft de NZa geen knelpunten geconstateerd bij de manier waarop zorgverzekeraars het overstappen van verzekerden hebben afgehandeld. Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven, heeft de NZa wel bij zorgverzekeraars ingegrepen met het oog op verbetering

---

<sup>9</sup> SKGZ, Jaarverslag 2008.

<sup>10</sup> Zie ook: MarketResponse Nederland, Imago en performance zorgverzekeraars wordt steeds beter, 7 mei 2009.

<sup>11</sup> De Klijne Advies/Blauwbroek bureau voor vraaggestuurde zorg, Verstand van verzekeren, Eindrapport februari 2009, in opdracht van de Nierpatiënten Vereniging Nederland. De NZa neemt de signalen uit dit onderzoek mee in haar onderzoek naar de manier waarop zorgverzekeraars hun zorgplicht uitvoeren. Naar verwachting publiceert de NZa de resultaten in de tweede helft van 2009.

van hun overstapservice. Ook heeft zij de media publicaties ter beschikking gesteld om consumenten goed voor te lichten over de procedures voor het overstappen.

### 3.3 Prikkels voor kwaliteit van zorg

#### 3.3.1 Motieven van overstappers

De NZa heeft dit jaar geen enquête onder verzekerden uitgevoerd waarin hen wordt gevraagd naar de achtergronden van hun keuze voor een verzekeraar. In voorgaande jaren vroeg de NZa onder andere waarom verzekerden overstapten naar een andere zorgverzekeraar. Het bleek verzekerden vooral te gaan om de premiehoogte, de dekking van de aanvullende verzekeringen en de voordelen van collectieve verzekeringen.

Dit beeld wordt voor 2009 bevestigd door de uitkomsten van onderzoek door het NIVEL. In 2009 zijn mensen om de zelfde redenen overgestapt als in voorgaande jaren.<sup>12</sup>

Zoals in hoofdstuk 6 blijkt is het onderscheidende vermogen van verzekeraars in 2009 op de inhoud van zorg nauwelijks groter geworden. Er is op de markt van basisverzekeringen nog steeds sprake van een grote producthomogeniteit, dat wil zeggen dat basisverzekeringen weinig van elkaar verschillen. Zorgverzekeraars onderscheiden zich wel op de verzekeringsvoorwaarden voor de aanvullende verzekeringen (pakket, voorwaarden en premie), hetgeen in het keuzegedrag van consumenten doorwerkt. In de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 heeft de NZa beklemtoond dat het keuzegedrag van verzekerden op premie- en dekkingsoverwegingen gebaseerd blijft zolang hen niet duidelijk is waarin verzekeraars verschillen op het gebied van de zorg die zij inkopen. Een belangrijke belemmering voor verbetering hierin is dat de transparantie van de (kwaliteit van) zorg nog steeds tekortschiet.

Dat basisverzekeringen nauwelijks verschillen, wil niet zeggen dat zorgverzekeraars op de verschillende zorginkoopmarkten inactief zijn en dat zij geen voordelen voor hun verzekerden proberen te bewerkstelligen. Zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld actief bij de inkoop van ziekenhuiszorg en diverse verzekeraars hebben een preferentiebeleid voor de verstrekking van geneesmiddelen of zij maken kwaliteitsafspraken in de eerstelijnszorg, zoals voor fysiotherapie.<sup>13</sup> De vraag is op welke manier de verzekerde de zorgverzekeraar op deze dingen kan beoordelen als het hem aan informatie daarover ontbreekt. In dit verband is van belang dat de Consumentenbond in samenwerking met de ANBO en de NPCF in 2008 de transparantie van de zorginkoop van zorgverzekeraars voor de tweede keer heeft beoordeeld. De conclusie is dat er sprake is van verbeteringen. Zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld beter in staat om zich te verantwoorden over diagnosespecifieke zorginkoop (bijvoorbeeld diabeteszorg en zorg bij hartfalen). Ook maken zorgverzekeraars hun zorginkoopbeleid steeds meer openbaar. De Consumentenbond constateert echter ook dat de meeste zorgverzekeraars zich bij het informeren van verzekerden nog sterk kunnen verbeteren. De informatie is veelal te globaal en voor consumenten te weinig begrijpelijk. De Consumentenbond beveelt aan om duidelijk te maken dat het accent bij zorgverzekeraars op

<sup>12</sup> L. Vos & J. de Jong, Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar. Utrecht: NIVEL, 2009.

<sup>13</sup> Zie bijvoorbeeld de NZa-monitor Ziekenhuiszorg van 2009.

tariefsdifferentiatie ligt; dat zelfde geldt voor de situaties waarin zorgaanbieders in algemene zin geen contract krijgen. Dat laatste is van belang gezien het feit dat zorgverzekeraars over het algemeen breed contracteren.<sup>14</sup>

De NZa start in 2009 met een structurele monitor voor de zorginkoop vanuit het perspectief van de verzekeraars. Daarin komen onder andere de belemmeringen aan de orde die een verdere verbetering van de zorginkoop in de weg staan en ook de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om verzekeren te gidsen. Hierbij heeft de NZa nadrukkelijk oog voor de prikkels en randvoorwaarden om op de verschillende zorgmarkten effectief zorg in te kopen. Daaronder vallen ook de onderwerpen die de NZa in eerdere monitors al aansneed. Het gaat dan vooral om het effect van de vergroting van de onderhandelingsvrijheid in verschillende zorgmarkten, om de transparantie van de zorg die ingekocht moet worden, om de verdere professionalisering van de zorginkoop en de betrokkenheid daarbij van patiënten- en consumentenorganisaties en om de invloed van het vereveningssysteem.

Deze laatste factor, de invloed van het risicovereveningssysteem, stelt de NZa bij de Monitor Zorginkoop centraal in 2010. Zij is er voorstander van om de ex-postverevening af te bouwen, omdat er dan in de markt meer prikkels ontstaan om goede zorg in te kopen en verzekeren bij hun keuzes te ondersteunen. Over de werking van deze prikkels op de verschillende zorgmarkten is echter nog veel onduidelijk. Eerder heeft de NZa aangegeven dat zij nauwer aangesloten wil zijn op de verdere ontwikkeling van het risicovereveningssysteem.<sup>15</sup>

Het is de NZa gebleken dat de samenwerkende patiënten- en consumentenorganisaties de transparantie van de zorginkoop van verzekeraars in 2009 niet beoordelen omdat er geen tijdige duidelijkheid was over de financiering. De beoordeling van de zorginkoop kan een belangrijke prikkel voor verzekeraars zijn om verzekeren meer te informeren over verschillen in ingekochte zorg. Dit bevordert voor een zorgverzekeraar de kwaliteit van zijn keuze. De NZa vindt het feit dat patiënten- en consumentenorganisaties de transparantie van de zorginkoop niet langer beoordelen dan ook ongewenst.

### **3.3.2 Aantal verzekeren met polissen met gecontracteerde zorg**

Als verzekeren een sterke voorkeur hebben voor polissen die hen een maximale keuzevrijheid geven en nauwelijks gevoelig zijn voor het premievoordeel van selectieve contractering, dan ontstaat voor zorgverzekeraars een negatieve prikkel om selectiever en meer kwaliteitgestuurd zorg in te kopen. Zij zijn dan immers niet in staat om verzekeren door middel van polissen met gecontracteerde zorg te gidsen.

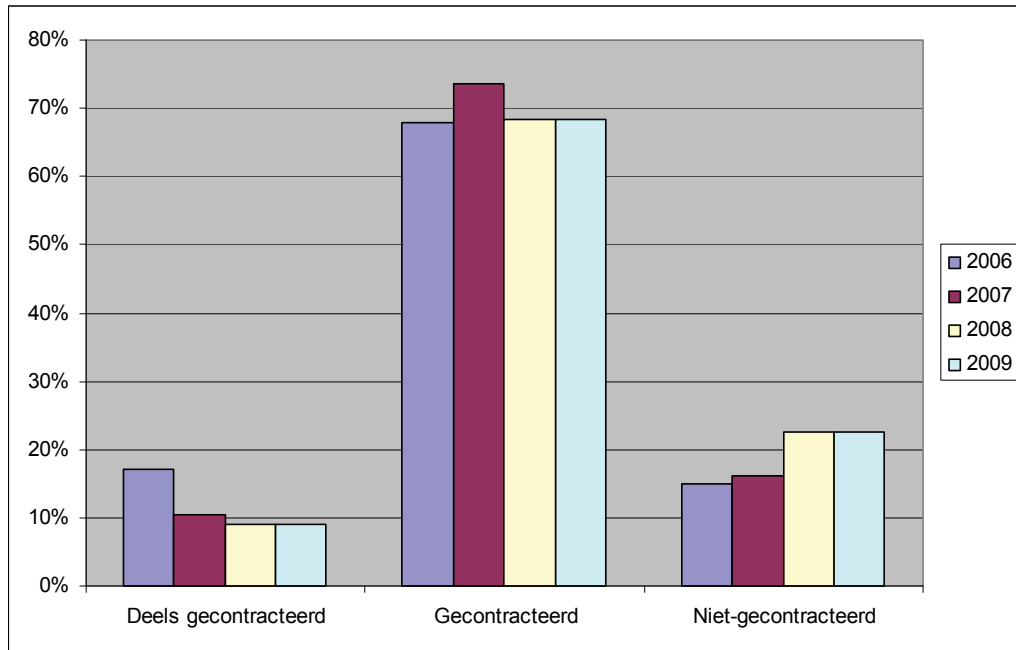
Van 2008 op 2009 hebben zich geen verschuivingen voorgedaan in de percentages verzekeren met wél of géén gecontracteerde zorg in hun polisvoorwaarden (zie figuur 1). In 2008 was wel een toename van verzekeren met polissen met niet-gecontracteerde zorg waarneembaar. Dat was echter meer het gevolg van wijzigingen in de bestaande polissen, dan van een trek van verzekeren naar polissen met niet-gecontracteerde zorg. Of verzekeraars in 2009 hun verzekeren actief

<sup>14</sup> Consumentenbond, ANBO, NPCF, Zorginkoop onder de loep, november 2008.

<sup>15</sup> NZa, Samenvattend rapport Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007, p. 44 (www.nza.nl).

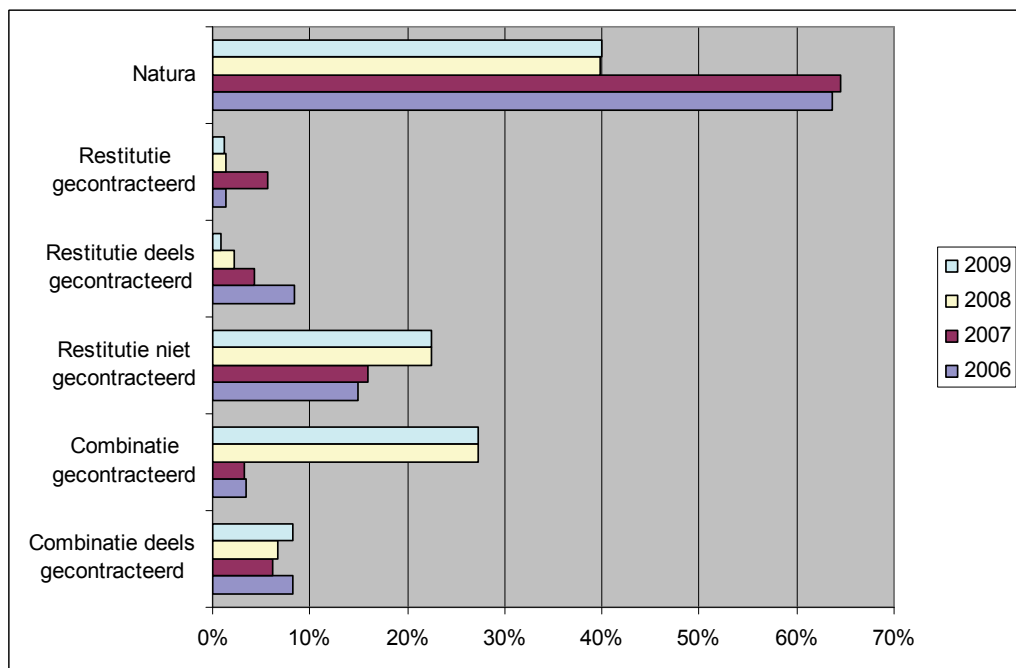
naar voorkeursaanbieders begeleiden, onderzoekt de NZa nader in haar Monitor Zorginkoop.

**Figuur 1. Aantallen verzekerden met polissen met gecontracteerde, gedeeltelijk gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg**



Uit figuur 2 blijkt dat het aantal verzekerden met een restitutiepols met deels gecontracteerde zorg in 2009 verder afneemt. Evenals in 2008 is dit het gevolg van veranderingen die zorgverzekeraars in de polis heeft aangebracht (bij de overgang van Delta Lloyd naar CZ). Verzekerden hebben in die aanpassing kennelijk geen aanleiding gezien om een andere verzekering te nemen.

**Figuur 2. Aantallen verzekerden per polissoort**





De NZa heeft in haar Monitor Eigen Risico onderzocht of zorgverzekeraars verzekerden financieel prikkelen om naar een preferente zorgaanbieder te gaan.<sup>16</sup> Dit kunnen verzekeraars doen door het eigen risico niet in rekening te brengen als de verzekerde gebruik maakt van de preferente zorgaanbieder. Voor 2009 hebben vijftien zorgverzekeraars ziekenhuiszorg aangewezen die niet ten laste van het verplichte eigen risico komt. In totaal heeft dit betrekking op 58% van alle verzekerden.

De overige zorgverzekeraars differentiëren het verplicht eigen risico in 2009 niet. Zij hebben dit wel overwogen, maar er toch van afgezien. De zorgverzekeraars noemen hiervoor een aantal redenen. Zo geven zij aan dat de tijd tussen het bekend worden van de regeling voor het eigen risico en de invoering ervan relatief kort was. Hierdoor konden de zorgverzekeraars deze niet meer in het inkoopbeleid voor 2009 meenemen. Daarnaast komt de regeling vanuit het oogpunt van inkoopvoordeel voor zorgverzekeraars te vroeg. Zij hebben vaak nog te weinig inzicht in het inkoopvoordeel om een goede afweging te maken tussen het verlies op de verzekerde ter grootte van € 155 (het verplichte eigen risico) en de inkoopprijs van de zorg.

Een andere reden voor zorgverzekeraars om in 2009 het verplichte eigen risico niet te differentiëren, is dat zij twijfels hebben over de manier waarop verzekerden de regeling ervaren. Volgens de verzekeraars zal een verzekerde denken dat wanneer hij van de preferente zorg gebruik maakt, het verplichte eigen risico voor de rest van het jaar vervalt. Verzekerden krijgen het verplichte eigen risico echter niet 'kwijtgescholden', maar de kosten van zorg worden 'niet ten laste gebracht' van het verplichte eigen risico. Als de verzekerde andere zorg gebruikt, die wel onder het verplicht eigen risico valt, dan wordt hij dus alsnog met een verplicht eigen risico geconfronteerd. De zorgverzekeraars verwachten dat de verzekerde dit als negatief ervaart en zal bestempelen als bevestiging van het 'kleine-lettertjesimago' van zorgverzekeraars. Dit belemmert hen om invulling te geven aan de differentiatie van het verplichte eigen risico. Differentiatie komt bovendien niet ten goede aan de financiële inzichtelijkheid voor de verzekerde.

### 3.4 Conclusies en acties NZa

Verschillende metingen schetsen een tamelijk positief beeld van de dienstverlening door zorgverzekeraars. Dit is een voortzetting van de situatie van 2008. Verbeteringen blijven mogelijk bij de informatieverstrekking aan verzekerden. Het gaat dan vooral om informatie over (de kwaliteit van) het gecontracteerde zorgaanbod en informatie over bijbetaling wanneer verzekerden gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg. De NZa zet zorgverzekeraars aan tot verbetering door de naleving van het Richtsnoer Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars te controleren.

Verzekerden zijn nog steeds in meerderheid verzekerd op grond van een polis met gecontracteerde zorg. Dit is een belangrijke randvoorwaarde voor verzekeraars om verzekerden naar preferente zorgaanbieders met een goede prijs-/kwaliteitverhouding te gidsen. Zorgverzekeraars proberen verzekerden in toenemende mate te beïnvloeden bij hun keuze voor een zorgaanbieder. De informatie die zij verzekerden over hun zorginkoop verstrekken, neemt toe. Een aantal

<sup>16</sup> NZa, Monitor Eigen Risico, 2009 ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

verzekeraars geeft een financiële prikkel om gebruik te maken van preferente zorgaanbieders door het eigen risico niet op te leggen.

Desondanks zijn aanzienlijke verbeteringen nodig om de zorginkoop te verbeteren:

- De zorgverzekeraars moeten hun informatieverstrekking aan consumenten over de ingekochte zorg minder globaal maken en bovendien begrijpelijker.
- De zorgverzekeraars ervaren bij hun beïnvloeding van de keuze van verzekerden voor een bepaalde zorgaanbieder nog steeds een imagoprobleem.
- De zorgverzekeraars zijn nog niet in staat om hun inkoopvoordeel af te wegen tegen wat een financiële prikkel verzekerden opbrengt als zij voor een bepaalde zorgaanbieder kiezen.

Vanwege het belang van de relatie tussen de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkten is de NZa in 2009 van start gegaan met een Monitor Zorginkoop vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar. In deze monitor gaat de NZa na wat de stand van zaken is bij de zorginkoop door zorgverzekeraars. Daarbij heeft zij ook nadrukkelijk oog voor de prikkels en randvoorwaarden voor een effectieve zorginkoop op de verschillende zorgmarkten. Dit stelt de NZa in de gelegenheid op basis van een risico-inschatting de focus van haar aandacht voor zorginkoop voor 2010 en verder te bepalen. De monitor leidt waar mogelijk tot verbetervoorstellen. Een publicatie volgt naar verwachting eind 2009.

Een belangrijke factor bij de zorginkoop, de invloed van het risicovereveningssysteem, stelt de NZa bij de Monitor Zorginkoop centraal. Een belangrijke prikkel voor zorgverzekeraars bij hun zorginkoop is de mate waarin zij risico lopen over hun uitgaven aan zorg. De NZa is voorstander van afbouw van de ex-post verevening, omdat er dan meer prikkels in de markt ontstaan om goede zorg in te kopen en verzekerden bij hun keuzes te ondersteunen. Over de werking van deze prikkels op de verschillende zorgmarkten is echter nog veel onduidelijk. Eerder heeft de NZa aangegeven dat zij nauwer aangesloten wil zijn op de verdere ontwikkeling van het risicovereveningssysteem (zie: Samenvattend rapport Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007, p. 44).

Om de zorginkoop en de informatie aan verzekerden door zorgverzekeraars te verbeteren, is een meer transparant zorgaanbod nodig. Om de ontwikkeling naar meer transparantie van het zorgaanbod te versnellen, ontplooit de NZa verschillende activiteiten. Naast het richtsnoer voor zorgverzekeraars komt er een richtsnoer voor de informatieverstrekking door zorgaanbieders. Verder vraagt de NZa bij de vaststelling van prestatieomschrijvingen de consument naar zijn mening over de transparantie daarvan. Ook gaat zij onderzoeken of vergelijkingssites voor het zorgaanbod voldoen. Deze acties staan verder toegelicht in het Visiedocument Transparantie (zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

## 4. Toegankelijkheid

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen twee hoofdvragen aan de orde. De eerste vraag is hoe toegankelijk zorgverzekeringen zijn voor consumenten. De tweede vraag is of er voldoende informatie aanwezig is om een afgewogen keuze voor een zorgverzekering te maken. Bij de eerste vraag zal de nadruk liggen op de invloed van de aanvullende verzekeringen. De toegankelijkheid van de basisverzekering vormt het onderwerp van het onderzoek dat de NZa uitvoert naar de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Daarover rapporteert de NZa vóór 1 november van dit jaar in het Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet.

### 4.2 Toegankelijkheid basisverzekering

De toegang tot de basisverzekering is geborgd door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. De NZa ziet hier op toe.<sup>17</sup> Het vereveningssysteem moet er voor zorgen dat zorgverzekeraars geen financiële prikkels hebben om verzekerden te selecteren. Het ministerie van VWS draagt zorg voor het onderhoud van dit systeem.

De toets of de borging van de toegankelijkheid via wettelijke bepalingen en het risicovereveningssysteem werkt, vindt vooral plaats aan de hand van het doelgroepenbeleid van zorgverzekeraars. Veelal gebeurt dit bij het aanbieden van collectieve zorgverzekeringen (zie paragraaf 4.4), maar in 2008 en 2009 vond dit ook op beperkte schaal plaats bij basisverzekeringen (ZEKURpolis, TakeCareNow en CZdirect). Hoewel de NZa heeft constateert dat er geen sprake is van strijdigheid met de acceptatieplicht, onderkent de NZa het gevaar van risicoselectie. Er kan namelijk zelfselectie optreden; de kans dat dit gebeurt, neemt door de doelgroepgerichte marketingactiviteiten toe.

In februari 2009 heeft de NZa aan de minister gerapporteerd over de ZEKURpolis die zij heeft gemonitord.<sup>18</sup> Het is mogelijk dat voor de ZEKURpolis een meer dan gemiddeld gezonde populatie per segment van de verevening ontstaat. Het ministerie van VWS laat momenteel een simulatie-onderzoek doen naar welk effect een portefeuille met relatief jonge en (zeer) gezonde verzekerden heeft op de verevening.

### 4.3 Toegankelijkheid aanvullende verzekering

Het aanbod van aanvullende verzekeringen blijft groot. Verzekerden konden voor 2009 kiezen uit iets minder dan honderd tandartsverzekeringen en ongeveer 170 andere aanvullende zorgverzekeringen. Samen met de basisverzekeringen heeft de consument de keuze uit meer dan 1200 combinaties.<sup>19</sup>

---

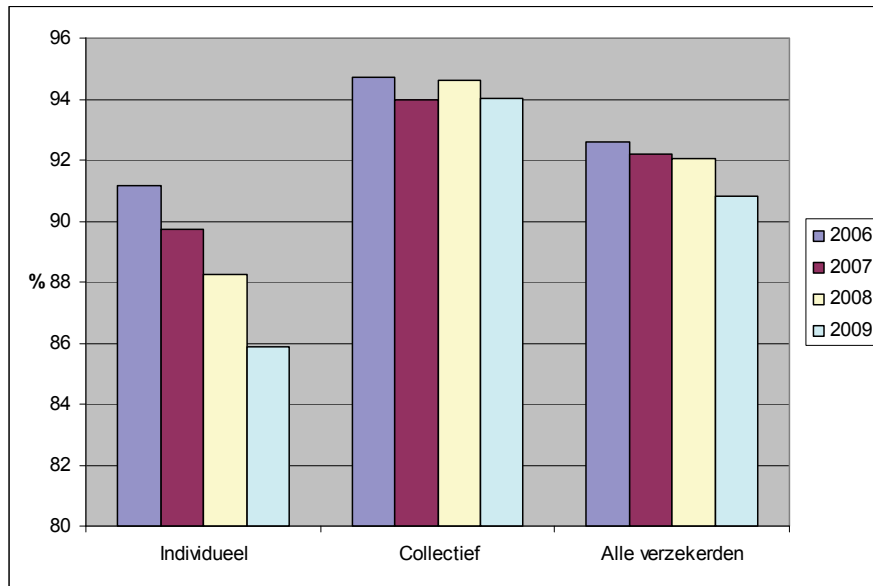
<sup>17</sup> In het rapport Uitvoering Zorgverzekeringswet gaat de NZa hier nader op in.

<sup>18</sup> Brief van de NZa aan de minister van VWS d.d. 25 februari 2009.

<sup>19</sup> Uiteraard beperkt het keuzegedrag van de consument het aantal reële opties. Hij zal bijvoorbeeld slechts in een enkel geval een tandartsverzekering en een andere aanvullende verzekering bij verschillende ziektekostenverzekeraars willen afsluiten. En het aantal keuzemogelijkheden voor consumenten die willen aansluiten bij een collectieve zorgverzekering, is ook meer beperkt.

Het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering is in 2009 iets gedaald (van 92% naar 91%). Er is echter sprake van aanmerkelijke verschillen tussen individueel en collectief verzekerden, zoals blijkt uit figuur 3. Het percentage individueel verzekerden met een aanvullende verzekering blijft ook in 2009 dalen, en wel naar bijna 86%. Het percentage collectief verzekerden met een aanvullende verzekering komt blijvend hoger uit dan het percentage individueel verzekerden met een aanvullende verzekering.<sup>20</sup>

**Figuur 3. Aantallen verzekerden met een aanvullende verzekering (%)**



De NZa heeft in 2009 geen nader onderzoek gedaan naar de preferenties van verzekerden bij aanvullende verzekeringen. Over het algemeen lijken verzekerden nog niet erg selectief te werk te gaan. Bijna de helft van de mensen die zich via Independer verzekert, neemt naast een basisverzekering ook een tandartsverzekering; de vraag is echter of dat bij een gezond gebit loont. De kosten voor het onderhoud van een gezond gebit zijn namelijk veelal lager dan de kosten van de verzekering.<sup>21</sup> De NZa heeft wel signalen van zorgverzekeraars ontvangen die aanleiding geven om te veronderstellen dat consumenten kritischer worden. Vooral individueel verzekerden (instromers en overstappers) kiezen minder snel voor een aanvullende verzekering. Wellicht is hier sprake van een trend; de NZa constateerde in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 ook dat overstappers minder vaak een aanvullende verzekering nemen. Daarnaast wijst onderzoek uit dat het aantal verzekerden stijgt dat vanwege de kosten geen aanvullende

<sup>20</sup> Individuele verzekerden hebben niet de voordelen van korting op de premie van de aanvullende verzekering en van afspraken over onvoorwaardelijke toelating die veel collectiviteiten bieden. Ook zijn er voorbeelden van collectieve zorgverzekeringen die een aanvullende verzekering als voorwaarde aan deelname stellen. Zo moeten uitkeringsgerechtigden een aanvullende verzekering nemen die hun eigen risico compenseert wanneer zij aan de collectieve verzekering van de gemeente willen deelnemen.

<sup>21</sup> Independer, 'Veel mensen oververzekerd voor de tandarts', 24 november 2008. Een mogelijke verklaring dat mensen dan toch een tandartsverzekering nemen, is de bepaling bij verschillende verzekeraars dat een aanvullende verzekering voor kinderen uitsluitend gratis is als de ouders de zelfde aanvullende verzekering nemen. Voor kinderen is een aanvullende tandartsverzekering meer voor de hand liggend vanwege de te verwachten kosten voor bijvoorbeeld beugels.

verzekering neemt.<sup>22</sup> Een andere mogelijke reden dat het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering afneemt, is de groei van het aantal wanbetalers waarmee zorgverzekeraars in toenemende mate te maken hebben. Het CBS heeft onlangs laten weten dat er eind 2008 280.000 wanbetalers waren; dat is een stijging met 16,5% in vergelijking met eind 2007.<sup>23</sup> In tegenstelling tot de basisverzekering kunnen verzekerenden hun aanvullende verzekering kwijtraken als zij een achterstand in hun premiebetaling oplopen.<sup>24</sup> Uit onderzoek blijkt dat in 2009 ongeveer de helft van de zorgverzekeraars mensen bij de acceptatie voor een aanvullende verzekering naar het verzekeringsverleden vraagt. De onderzoekers constateren dat deze vragen waarschijnlijk meer gericht zijn op de selectie van wanbetalers dan op de selectie van 'goede' risico's voor de basisverzekering.<sup>25</sup>

#### 4.3.1 Financiële toegankelijkheid van aanvullende verzekeringen

Het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering kan worden beïnvloed door de financiële toegankelijkheid van de aanvullende verzekering. Het is mogelijk om deze financiële toegankelijkheid af te meten aan de gemiddelde premie die verzekerden voor hun pakket aanvullende verzekeringen betaalden. Deze premie steeg in 2008 met gemiddeld bijna 9%.<sup>26</sup> In de premiestijging valt moeilijk een algemeen patroon te ontdekken; sommige verzekeraars verhogen hun premies nauwelijks, terwijl anderen dat wel doen. Ook verhogen sommige verzekeraars de premies van hun goedkoopste pakketten, terwijl anderen juist de premies van de duurste laten stijgen. Naar verwachting nemen de premiebetalingen voor de aanvullende verzekeringen in 2009 voor verzekerden met iets minder dan 8% toe (ongewogen). Sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 zien verzekerden zich jaarlijks geconfronteerd met een premiestijging van rond de 8%. Deze premiestijging steekt scherp af tegen die van de basisverzekering, die met 3% ten opzichte van 2006 slechts gematigd is gestegen. Paragraaf 5.2 gaat nader op de premiestijging van beide soorten van verzekering.

#### 4.3.2 Acceptatiebeleid aanvullende verzekering

De toegankelijkheid van de aanvullende verzekering wordt het meest direct beïnvloed door medische selectie (via gezondheidsverklaringen of wachttijden). Net als in 2008 is er in 2009 voor enkele aanvullende verzekeringen medische selectie ingevoerd. Het zijn vooral de duurste pakketten waarvoor potentiële verzekerden gezondheidsverklaringen moeten invullen; dat zelfde is aan de orde als zij de aanvullende verzekering niet afsluiten in combinatie met een basisverzekering. In het laatste geval geldt voor sommige aanvullende verzekeringen bovendien een wachttijd.

<sup>22</sup> A.F. Roos en F.T. Schut, Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen. Onderzoek in opdracht van NPCF. Instituut Beleid en Management (Erasmus MC), Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008/A.F. Roos en F.T. Schut, Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen. Onderzoek in opdracht van de NPCF. Instituut Beleid en Management (Erasmus MC), Erasmus Universiteit Rotterdam, 2009.

<sup>23</sup> CBS, Persbericht, Stijging wanbetalers Zorgverzekeringswet, 28 april 2009. De wanbetalersproblematiek krijgt een plek in het Werkprogramma 2010 van de NZa.

<sup>24</sup> Inmiddels heeft de Eerste Kamer ingestemd met een wetsvoorstel om de Zorgverzekeringswet te wijzigen, dat een oplossing moet bieden voor het probleem van wanbetalers voor de basisverzekering. In de kern bestaat die er uit dat bij een betalingsachterstand de verzekerde met de zorgverzekeraar een betalingsregeling kan treffen. Als de betalingsregeling niet tot stand komt en de betalingsachterstand tot zes maanden oploopt, wordt overgegaan tot bronheffing. Het CVZ voert de bronheffing uit. Via de bronheffing vindt compensatie van de zorgverzekeraar plaats. Het wetsvoorstel treedt op 1 september 2009 in werking.

<sup>25</sup> A.F. Roos en F.T. Schut, 2009.

<sup>26</sup> Bron: Kwartaalstaten zorgverzekeraars DNB, vierde kwartaal 2008.

Roos en Schut hebben alle mogelijke vormen van risicoselectie voor de aanvullende verzekering voor 2009 onderzocht en komen tot de conclusie dat er zelfs sprake is van een lichte afname van risicoselectie. Ook blijkt het effect van risicoselectie op het keuzegedrag van de consument en de toegankelijkheid erg klein.<sup>27</sup>

#### 4.3.3 Mobiliteitsbepenkende contractvoorwaarden

Zorgverzekeraars stellen in hun aanvullende verzekeringen vaak voorwaarden die een koppeling leggen met de basisverzekering. Zo moeten verzekerden bij tien zorgverzekeraars een hogere premie betalen als zij geen basisverzekering nemen. In veel gevallen is het zelfs niet mogelijk om een aanvullende verzekering af te sluiten zonder basisverzekering.<sup>28</sup> Bij de controle op de naleving van het Richtsnoer Informatieverstrekking is de NZa nagegaan of zorgverzekeraars over deze voorwaarden voldoende transparant zijn.

In de overstapperiode met betrekking tot 2009 is gebleken dat zorgverzekeraars op hun website vaak geen informatie geven over de voorwaarden voor hun aanvullende verzekeringen. Ook zijn de polisvoorwaarden niet altijd duidelijk over de gevolgen voor de premie van de aanvullende verzekering als de verzekerde bij een verzekeraar niet ook de basisverzekering afsluit. De NZa heeft daarop de zorgverzekeraars waar het om ging, opgedragen om hun websites aan te passen. Zij moeten hierop aangeven of een aanvullende verzekering zonder basisverzekering mogelijk is. Ook dienen zij in nominale of procentuele bedragen aan te geven hoeveel het kost om uitsluitend een aanvullende verzekering te nemen. De zorgverzekeraars in kwestie hebben hun websites op deze punten aangepast.

De Consumentenbond heeft in december 2008 de uitkomsten van een onderzoek naar de boven genoemde voorwaarden van aanvullende verzekeringen gepubliceerd.<sup>29</sup> Op basis deze uitkomsten concludeerde de NZa dat er een discrepantie bestond tussen datgene wat de zorgverzekeraars de verzekerden meedelen in de vorm van (mondelijke) informatie en dat wat in de polisvoorwaarden van aanvullende verzekeringen vermeld staat. Ook Roos en Schut constateren dat de (mondelijke) informatievoorziening over de voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen tekortschiet.<sup>30</sup> De NZa heeft zorgverzekeraars dan ook gevraagd zich te verantwoorden over hoe zij de kwaliteit van de (mondelijke) informatieverstrekking naar aanleiding van vragen van verzekerden borgen. Gebleken is dat zorgverzekeraars daar waar nodig hun kwaliteitsborging verder optimaliseren. De verantwoording gaf de NZa geen aanleiding om bij zorgverzekeraars aan te dringen op verdere aanpassingen. Zij controleert bij aanvang van de nieuwe overstapronde of zorgverzekeraars op dit punt verbetering laten zien.

Een koppeling tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering kan een negatief effect hebben op de mobiliteit van verzekerden.<sup>31</sup> De gekoppelde verkoop van producten kan voor de consument echter ook positieve gevolgen hebben. Zo zijn gecombineerd verkochte producten vaak goedkoper of bieden de consument andere voordelen. De NZa gaat mede op verzoek van het ministerie van VWS in de tweede helft van

---

<sup>27</sup> A.F. Roos en F.T. Schut, 2009.

<sup>28</sup> Idem.

<sup>29</sup> Consumentenbond, 'Koppelverkoop ondermijnt marktwerking zorg, 9 december 2008.

<sup>30</sup> A.F. Roos en F.T. Schut, 2009.

<sup>31</sup> Anne-Fleur Roos en Erik Schut, Risico's van koppeling basis- en aanvullende basisverzekering, in: ESB, 2008, nr. 93. p. 710-713.

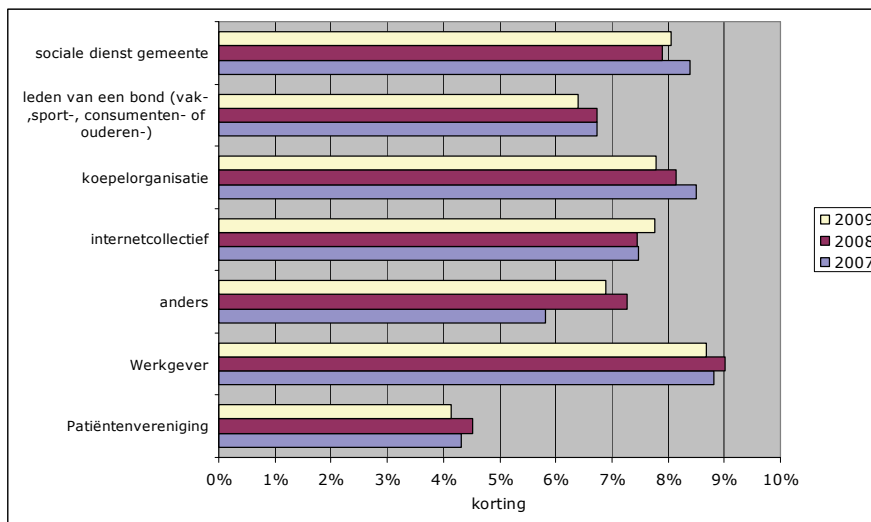
2009 meer precies na waarom verzekeraars voorwaarden aan de aanvullende verzekering stellen die een koppeling met de basisverzekering betekenen. Daarbij kijkt de NZa ook wat de gevolgen voor (de keuzevrijheid van) de verzekerde zijn.

#### 4.4 Toegankelijkheid collectieve verzekering

In de voorgaande monitors concludeerde de NZa dat de toegankelijkheid van collectiviteiten groot was, temeer omdat er geen aanwijzingen voor risicoselectie waren. In 2008 maakte de NZa in navolging van het iBMG onderscheid in risicoselectie dóór collectiviteiten (oftewel selectie bij toetreding tot de collectiviteit door de collectiviteit zelf) en risicoselectie vía collectiviteiten door zorgverzekeraars. Risicoselectie via collectiviteiten zou zich bijvoorbeeld kunnen voordoen door middel van het aanbieden van lagere kortingen voor commercieel minder aantrekkelijke groepen van verzekerden.<sup>32</sup>

Zolang risicoselectie door collectiviteiten achterwege blijft, is het effect van risicoselectie via collectiviteiten naar verwachting gering. Een te lage korting zal immers leiden tot een overstap naar een andere collectiviteit. De NZa heeft ook in 2009 geen signalen ontvangen dat collectiviteiten selectie toepassen. De ontwikkeling van de kortingspercentages in 2009 geeft de NZa evenmin aanleiding meer selectie via collectiviteiten te veronderstellen. Zorgverzekeraars zijn met ingang van 2009 hun kortingen niet in substantiële mate sterker gaan differentiëren naar soorten van collectiviteiten. Bovendien krijgen heterogene collectiviteiten, zoals koepelorganisaties en internetcollectieven, nog steeds gemiddeld hoge kortingen (zie figuur 4).<sup>33</sup>

**Figuur 4. Ontwikkeling van de kortingspercentages van soorten van collectiviteiten<sup>34</sup>**



Van oudsher is de gemiddelde korting voor patiënten-consumentenverenigingen relatief laag. Mogelijk hangt dit samen met de erg beperkte omvang van de collectiviteiten. In de vorige Monitor

<sup>32</sup> F.T. Schut en D. de Bruijn, Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie, Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) iBMG, Juni 2007.

<sup>33</sup> Zie ook: A.F. Roos en F.T. Schut, 2009.

<sup>34</sup> Bron: opgave verzekeraars aan de NZa. Het gaat hier om de kortingen voor de collectiviteiten die groter zijn dan 1% van het totaal van de collectief verzekerden van een verzekeraar.

Zorgverzekeringsmarkt bleek de meerwaarde voor zowel de zorgverzekeraar als de verzekerde beperkt. Zo beschikt een chronisch zieke vaak over goede substituten mede vanwege het ontbreken van een duidelijk zorginkoopvoordeel bij een collectiviteit van een patiënten-consumentenvereniging.

## 4.5 Transparantie

De NZa heeft in het kader van haar transparantietoezicht het accent gelegd op onder andere de informatie over ingekochte zorg, over contractering en over de vergoedingen bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. De Commissie verticale integratie beveelt aan om de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt blijvend te bevorderen, omdat op die manier de mogelijk nadelige gevolgen van verticale integratie afnemen (voor verticale integratie zie paragraaf 6.4). De commissie vraagt in dit kader ook aandacht voor de transparantie van de zorgverzekeringsmarkt. De zorgverzekeraars zouden de verzekerde beter moeten informeren over:

- welke zorgaanbieders zij voor de overstapperiode hebben gecontracteerd;
- de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg;
- het onderscheid tussen naturapolissen en restitutiepolissen;
- de rechten en plichten van de verzekerde als hij van zorgverzekeraar wisselt;
- de reikwijdte van de zorgplicht van de zorgverzekeraar.<sup>35</sup>

Op de beide eerstgenoemde aspecten moet inderdaad verbetering plaatsvinden. Eind 2008 hadden de belangrijkste tekortkomingen van de websites van zorgverzekeraars te maken met de informatieverstrekking over de onderwerpen 'gecontracteerd zorgaanbod' en 'vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg'. Hierbij voldeden veel zorgverzekeraars niet aan het Richtsnoer Informatieverstrekking van de NZa. Doordat de verzekeraars de contracteercyclus voor de overstapperiode nog niet hadden afgerond, was de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod nog niet actueel. De NZa heeft de zorgverzekeraars op deze tekortkomingen gewezen. Alle zorgverzekeraars hebben aangegeven hun website te hebben aangepast of dit nog te zullen doen.

De kwaliteit van vergelijkingsites is ten opzichte van vorig jaar verbeterd.<sup>36</sup> Bijna alle vergelijkingsites zijn volledig in hun vermelding van zorgverzekeraars en polissen. Ook de basispremies en de kortingen op het eigen risico van de polissen die op de vergelijkingsites staan, zijn allemaal correct weergegeven. Bij acht van de negen vergelijkingsites is het type polis correct vermeld.

Wat de rechten en plichten van verzekerden tijdens het overstappen betreft, is vooral van belang dat een beperkte groep van verzekerden een hardnekkig gevoel houdt dat overstappen veel rompslomp met zich meebrengt. Dit is het geval ondanks het feit dat de zorgverzekeraars over het algemeen de procedurele randvoorwaarden goed invullen. Ook vergelijkingsites wijzen op de vrij eenvoudige stappen die verzekerden moeten zetten. In hoofdstuk 2 is al aan de orde geweest dat een actiepunt voor de NZa was om de vrees voor rompslomp bij verzekerden te beperken door aan de media informatie over het overstapproces beschikbaar te stellen. Ook voorziet de NZa verzekerden op haar website

<sup>35</sup> Eindrapport Commissie verticale integratie zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 29 mei 2009, p. 59.

<sup>36</sup> NZa, Vergelijkingsites voor zorgverzekeringen, december 2008.



van tips bij het overstappen. Zij controleert verder de informatieverstrekking van zorgverzekeraars over bijvoorbeeld de overstapservice. Het is gezien dit alles de vraag of het mogelijk is door middel van nadere acties van marktpartijen of de toezichthouder het gevoel van rompslomp bij verzekerden verder te laten afnemen. De toenemende selectie voor de aanvullende verzekeringen kan overigens wel een belangrijke drempel worden bij het wisselen van zorgverzekeraar.

Ook het laatste aspect dat de Commissie verticale integratie noemt – de informatie aan de verzekerde over de reikwijdte van de zorgplicht van de zorgverzekeraar – heeft de aandacht van de NZa. Voorwaarde voor meer transparantie van de zorgplicht is een verduidelijking daarvan. De zorgplicht is wettelijk slechts globaal omschreven. De NZa inventariseert op dit moment de normatieve kaders die zich voor de zorgplicht hebben ontwikkeld. Dit doet zij in het kader van een tweede toetsing van de manier waarop zorgverzekeraars hun zorgplicht invullen. Ook heeft de NZa de rol van de zorgplicht bij de steunverlening aan zorgaanbieders met financiële problemen nader bestudeerd. Haar conclusie is dat het ministerie van VWS normen moet ontwerpen om te kunnen beoordelen of de continuïteit van essentiële zorg gevaar loopt. Dit mag niet aan zorgverzekeraars worden overgelaten.<sup>37</sup> Het ministerie van VWS is momenteel bezig met een nadere bepaling van vormen van acute zorg die in een regio beschikbaar moeten zijn en blijven.<sup>38</sup>

#### 4.6 Conclusies en acties NZa

Over het algemeen heeft de NZa geen reden om aan te nemen dat de toegankelijkheid van basisverzekeringen en collectiviteiten afneemt. Het aantal individueel verzekerden dat een aanvullende verzekering neemt, is teruggelopen. Het ontbreekt de NZa aan gegevens om te kunnen vaststellen of dit het gevolg is van risicoselectie voor de aanvullende verzekeringen, van de premiestijging of van het feit dat de consumenten kritischer worden.

Risicoselectie voor de aanvullende verzekeringen kan een negatief effect hebben op de mobiliteit van verzekerden, omdat zij vrijwel altijd de aanvullende en de basisverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar afsluiten. Dit wordt in de hand gewerkt door voorwaarden in de aanvullende verzekeringen die het voor een consument op zijn minst erg onaantrekkelijk maken om bij een verzekeraar uitsluitend een aanvullende verzekering te nemen. De gekoppelde verkoop van verzekeringen kan de consument echter ook voordelen opleveren, bijvoorbeeld in de vorm van een lagere premie. De NZa doet hier in de loop van 2009 nader onderzoek naar. Zorgverzekeraars hebben op aandringen van de NZa hun informatievoorziening over de betreffende voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen inmiddels aangescherpt. De NZa controleert bij aanvang van de nieuwe overstapronde of zorgverzekeraars zich houden aan de eisen voor verbetering die zij in dit verband heeft gesteld.

---

<sup>37</sup> NZa, Advies Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel. Early warningsysteem en mogelijkheden voor steunverlening, juni 2009.

<sup>38</sup> Brief Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer, 9 juli 2009 ('Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning')

De toegankelijkheid van informatie op de zorgverzekeringsmarkt is het minst geborgd als consumenten (tijdig) (kwaliteits-)informatie over het gecontracteerde zorgaanbod willen hebben. Meer specifiek moeten zorgverzekeraars ook beter aangeven welke zorgaanbieders zij hebben gecontracteerd en hoeveel consumenten moeten bijbetalen als zij gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg. De NZa blijft de informatievoorziening op deze punten toetsen en marktpartijen waar nodig tot verbeteringen aanzetten.

## 5. Betaalbaarheid

### 5.1 Inleiding

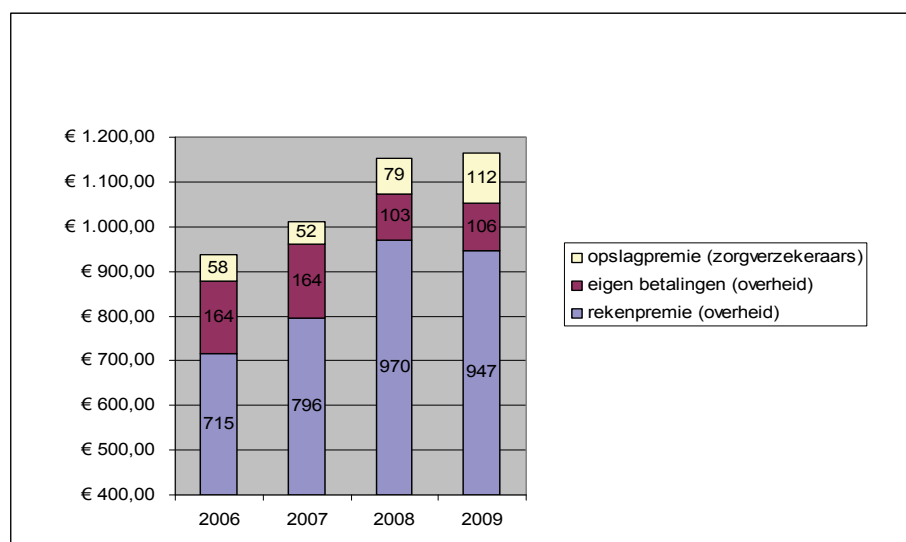
In dit hoofdstuk spitst de aandacht zich toe op de premieontwikkeling bij de basisverzekering en op de eigen betalingen van verzekerden als zij kiezen om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg.

### 5.2 Betaalde premie basisverzekering

De verzekerde betaalt in 2009 gemiddeld ongeveer € 1.059 voor zijn basisverzekering; in 2008 was dat € 1.049 (+1%). De premie ligt in 2009 net als in eerdere jaren onder de prognose van het ministerie van VWS (€ 1.074). [Voor 2009 is VWS van een hogere premieopslag uitgegaan.]

Evenals voorgaande jaren wordt de betaalbaarheid van de basisverzekering positief beïnvloed door de kortingen voor collectieve zorgverzekeringen. Zorgverzekeraars geven, net als in voorgaande jaren, een gemiddelde korting van ongeveer 7%. Een collectief verzekerde betaalt in 2009 5,3% minder dan een individueel verzekerde. Het verschil tussen de gemiddelde collectiviteitskorting en het uiteindelijke prijsvoordeel voor een collectief verzekerde ontstaat doordat individueel verzekerden over het algemeen voor een lagere basispremie kiezen.<sup>39</sup> Het aantal collectief verzekerden is echter nauwelijks gestegen. Omdat ook de korting die zorgverzekeraars bieden zich net als in 2008 stabiliseert, neemt het positieve effect van collectieve zorgverzekeringen op de betaalbaarheid niet meer toe.<sup>40</sup>

**Figuur 5. Ontwikkeling van nominale betalingen van verzekerden 2006/2009**



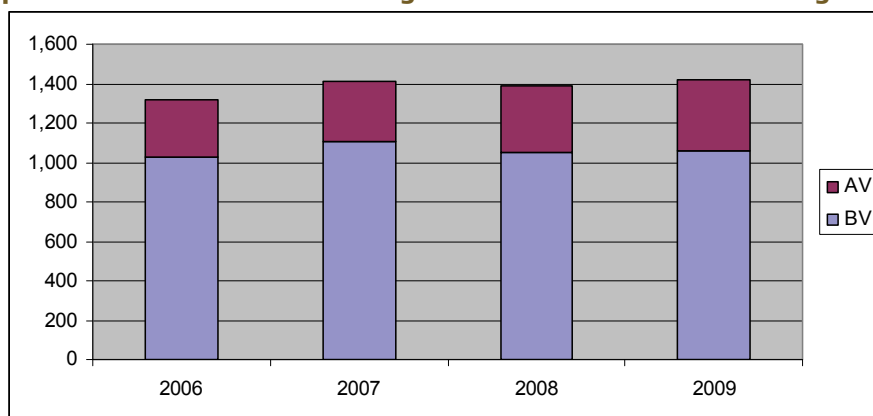
<sup>39</sup> Dit leidt tot de veronderstelling dat collectief verzekerden zich meer door de korting laten leiden dan door het absolute premieniveau.

<sup>40</sup> In eerdere publicaties heeft de NZa beargumenteerd dat kruissubsidiëring van de (goedkopere) collectieve zorgverzekeringen door de (duurdere) individuele zorgverzekeringen niet voor de hand lag. Het uiteindelijke prijsvoordeel dat in deze paragraaf wordt genoemd, biedt hiervoor een verdere onderbouwing.

Uit figuur 5 blijkt dat de gemiddelde nominale betalingen per verzekerde in 2009 met 1% stijgen ten opzichte van 2008. Op basis van de verlaging van de rekenpremie van de overheid zouden de betalingen per verzekerde met 2% kunnen dalen. De zorgverzekeraars hebben hun opslagpremie echter verhoogd. In paragraaf 6.2.4 geeft de NZa aan wat dit betekent vanuit het oogpunt van prijsconcurrentie.

De gematigde ontwikkeling van de premie voor de basisverzekering contrasteert scherp met de premiestijgingen bij de aanvullende verzekeringen.<sup>41</sup> Voor verzekerden is het onderscheid tussen de premies van de basisverzekering en de aanvullende verzekering vaak niet erg relevant. De verzekerde ziet immers dat er een totaalpremie van zijn bankrekening wordt afgeschreven. Figuur 6 geeft de ontwikkeling van die totaalpremie weer.

**Figuur 6. Ontwikkeling van de gewogen gemiddeld betaalde premies voor basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen<sup>42</sup>**



Het is duidelijk waar te nemen dat de stijging van de totaalpremie voornamelijk te herleiden is tot de verhoging van de premies voor de aanvullende verzekeringen. Zorgverzekeraars verhoogden de premies voor de aanvullende verzekeringen van € 290 in 2006 naar € 362 in 2009; dit is een stijging van 25%. De gemiddelde premie voor de basisverzekering ging in deze periode met 3% omhoog.

De NZa heeft de markt van aanvullende verzekeringen nog niet zodanig geanalyseerd dat zij in staat is om de stijging van de premies afdoende te verklaren. De NZa neemt zich voor om met het oog op de volgende monitor de aanvullende verzekeringen nader te analyseren. Hoofdstuk 6 gaat in op de effecten van de ontwikkeling van de aanvullende verzekeringen op de concurrentie tussen zorgverzekeraars.

### 5.3 Kosten niet-gecontracteerde zorg

Hoewel zorgverzekeraars nog maar weinig selectief contracteren passen zij wel hun vergoedingen aan voor het gebruik van niet-gecontracteerde

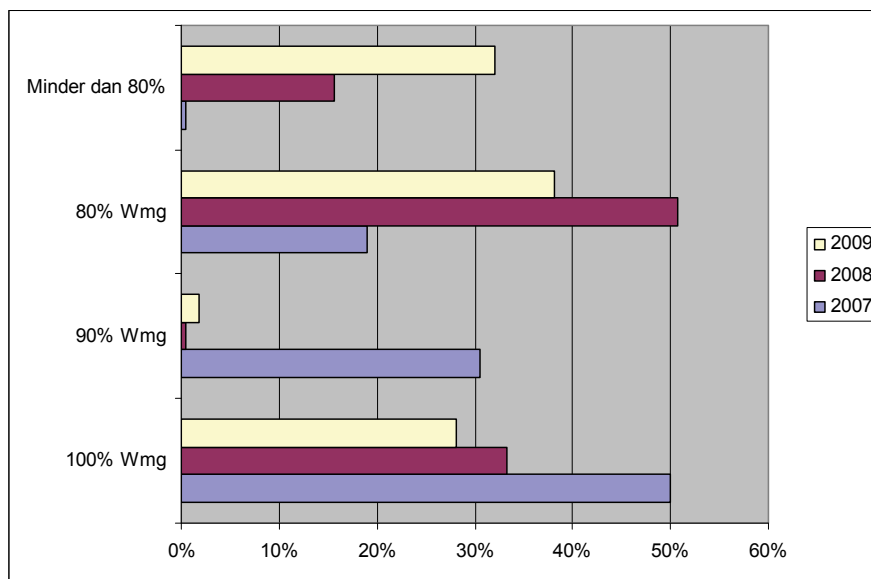
<sup>41</sup> De ontwikkeling van de premies voor de aanvullende verzekering en de basisverzekering wordt door tal van factoren bepaald. Deze factoren kunnen voor de beide markten verschillen. Het gaat om bijvoorbeeld de mate van concurrentie, zorgkostenontwikkelingen en pakketveranderingen. Uit de resultaten van verzekeraars op de beide verzekeringen valt af te leiden of premieverhogingen vooral nodig waren om kosten te dekken of dat (ook) resultaatverbetering tot stand is gebracht. Zie hiervoor paragraaf 6.2.6.4.

<sup>42</sup> De gemiddeld betaalde premie voor de aanvullende verzekeringen in 2009 is ongewogen. De daling van de premie voor de basisverzekering in 2008 hing samen met de invoering van het verplichte eigen risico en de afschaffing van de no-claim.

zorg. In 2009 zet de ontwikkeling van deze polisbepalingen voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg van eerdere jaren zich voort. Als zij van niet-gecontracteerde zorg gebruik zouden maken in 2009 krijgt 28% van de verzekerden een 100%-Wmg-tarief vergoed; in 2007 was dit 50%. Bovendien zouden steeds meer mensen minder dan 80% vergoed (32% in 2009 tegenover 0,5% in 2007) vergoed krijgen.<sup>43</sup> De verschuiving in 2009 wordt veroorzaakt door veranderingen in een aantal populaire polissen van enkele grote verzekeraars.<sup>44</sup> In de Monitor Zorginkoop gaat de NZa na of deze veranderingen verband houden met de positie van zorgverzekeraars op de inkoopmarkt.

Omdat zorgverzekeraars nog maar weinig selectief contracteren zijn de daadwerkelijke financiële gevolgen van deze veranderingen voor verzekerden veelal beperkt. Daarbij richten zij zich eerder op individuele beroepsbeoefenaren dan op ziekenhuizen. Zorgverzekeraars werken vaker met prijsdifferentiatie en voorkeursaanbieders dan met selectieve contractering. Wel geven zorgverzekeraars aan dat zij ziekenhuiszorg selectiever willen contracteren.<sup>45</sup> Een aantal verzekeraars hanteren voor verzekerden bovendien het eigen risico om hen naar preferente zorgaanbieders te gidsen.

**Figuur 7. Ontwikkeling van het aantal verzekerden met bijbetaling voor niet-gecontracteerde zorg**



Zorgverzekeraars moeten volledig helder zijn over de hoogte van de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Ook moeten zij aan de zorgplicht voldoen.<sup>46</sup> De NZa heeft geen signalen ontvangen over tekortkomingen in de contractering van zorg voor basisverzekeringen waarin selectief gecontracteerd wordt.

<sup>43</sup> Het gaat hier om gemiddelden over alle verstrekkingen.

<sup>44</sup> Met ingang van 2009 vermeldt het Achmea-concern niet meer de vergoedingspercentages, maar de nominale vergoeding van kosten voor verzekerden als zij gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg. Om toch percentages te kunnen hanteren, heeft de NZa de passantentarieven van ziekenhuizen als referentiekader gebruikt.

<sup>45</sup> NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2009, juni 2009.

<sup>46</sup> De NZa analyseert op moment welke hoogte van vergoeding op grond van wet- en regelgeving acceptabel is.

## 5.4 Conclusies en acties NZa

Om de betaalbaarheid van zorgverzekeringen vast te stellen zijn in dit hoofdstuk verschillende aspecten aan de orde gekomen. Het betrof de hoogte van de premies voor de basisverzekering, de bijbetalingen voor niet-gecontracteerde zorg en de mate waarin zorgverzekeraars het eigen risico hanteren als manier om verzekerden naar zorgaanbieders te gidsen. Ook is de ontwikkeling van de gemiddelde premie voor de basisverzekering vergeleken met die van de aanvullende verzekeringen.

De gemiddeld betaalde premie voor de basisverzekering kent al sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet een gematigde groei. De mutatie in 2009 met 1% vormt daarop geen uitzondering. De premies voor de aanvullende verzekeringen stijgen aanzienlijk harder. Omdat veel verzekerden zich aanvullend verzekeren, heeft dit gevolgen voor de door verzekerden ervaren betaalbaarheid. Een kwart van de nominale premiekosten van verzekerden komt inmiddels voor rekening van de aanvullende verzekeringen en bedraagt ongeveer € 362 per verzekerde per jaar (2009).<sup>47</sup> Omdat de consument vaak geen onderscheid maakt tussen de premies voor de basisverzekering en die voor de aanvullende verzekeringen, ervaart hij naar alle waarschijnlijkheid een afnemende betaalbaarheid.

In de loop der jaren hebben de zorgverzekeraars de vergoeding voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg verlaagd. Dit heeft vooralsnog weinig financiële gevolgen, behalve wanneer verzekerden gebruik maken van eerstelijnszorg, waar zorgverzekeraars al wel selectiever zijn gaan contracteren. Het is van groot belang dat zorgverzekeraars duidelijk zijn over deze vergoedingen. Zoals ook in hoofdstuk 4 al is aangegeven, vormt dit voor de NZa een structureel aandachtspunt bij haar toezicht. Bij de ZEKURpolis heeft de NZa in de informatievoorziening over het selectieve zorgaanbod dat deze verzekering dekt, geen knelpunten geconstateerd.

---

<sup>47</sup> Voor veel verzekerden is het daadwerkelijke aandeel van de kosten van de premies voor aanvullende verzekeringen hoger vanwege de zorgtoeslag die zij voor de basisverzekering ontvangen.

## 6. Concurrentie op de markt

### 6.1 Inleiding

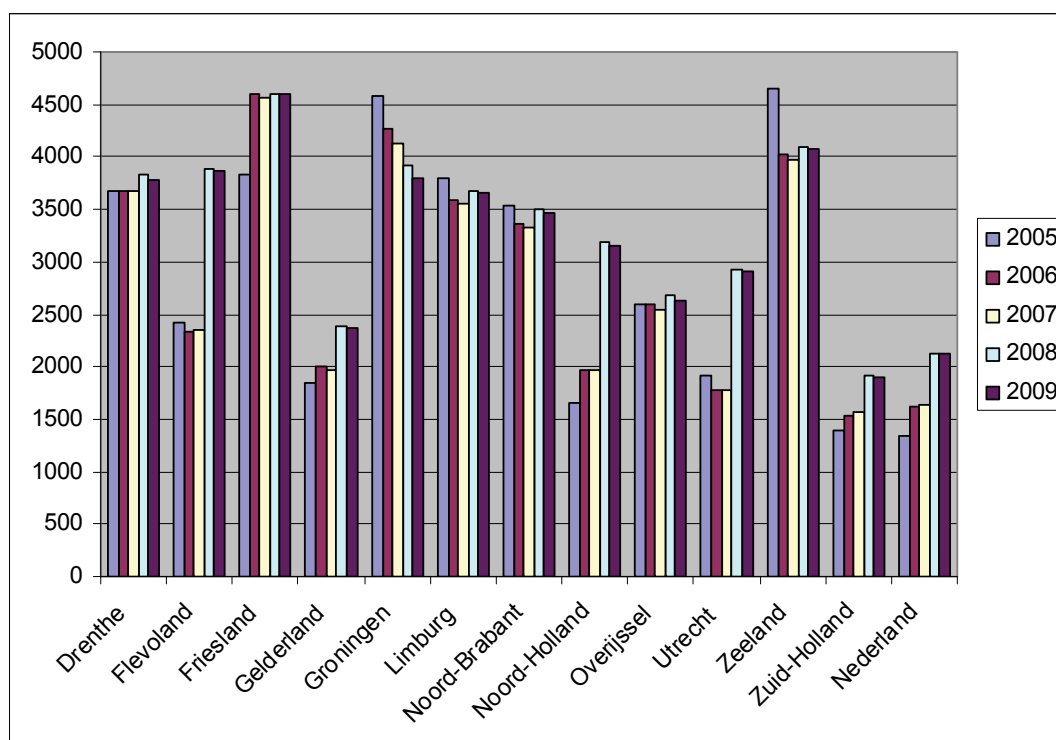
De NZa hanteert een aantal indicatoren om de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt te kunnen monitoren. In dit hoofdstuk komen deze indicatoren aan de orde. De vraag is of het positieve beeld van voorgaande jaren ook voor 2009 geldt. In dit hoofdstuk geeft de NZa haar oordeel over het beeld van 2009 en verbindt daaraan enkele acties.

### 6.2 Indicatoren voor concurrentie

#### 6.2.1 Marktconcentratie en toetreding

Evenals in 2008 bieden in 2009 twaalf concerns zorgverzekeringen aan. Het aantal zorgverzekeraars is met twee afgenomen (van 32 naar 30).<sup>48</sup> Ten opzichte van 2008 verandert de marktconcentratie niet (zie figuur 8).<sup>49</sup> De Herfindahl-Hirschman index (HHI) is ongeveer 2120. De stijging van de marktconcentratie in de afgelopen jaren was het gevolg van fusies. Deze ontbraken in 2009. Een HHI van 2120 betekent dat de zorgverzekeringsmarkt geconcentreerd blijft.<sup>50</sup>

**Figuur 8. Herfindahl-Hirschman Index (HHI) per provincie en nationaal**



<sup>48</sup> Binnen twee concerns zijn elk twee zorgverzekeraars samengegaan: binnen het concern Menzis is Confior opgegaan in Menzis Zorgverzekeraar en binnen UVIT zijn de twee Univé-entiteiten samengevoegd in N.V. Univé Zorg.

<sup>49</sup> De HHI verandert niet door de verandering van het aantal zorgverzekeraars, omdat meting van de HHI plaatsvindt op concernniveau.

<sup>50</sup> Het gaat hier om de horizontale marktconcentratie. Verticale concentratie komt aan de orde in paragraaf 6.4.

In 2009 vond tot op heden opnieuw geen toetreding plaats. De NZa onderzoekt in 2009 mogelijke toetredingsbarrières en rapporteert daarover in de tweede helft van 2009.

### 6.2.3 Interesse, mobiliteit en prijsgevoeligheid van verzekerden

De NZa heeft voor 2009 niet zelf onderzocht hoeveel verzekerden hebben overwogen om van zorgverzekeraar te wisselen en hoeveel verzekerden informatie over zorgverzekeringen hebben gezocht. Gegevens van andere organisaties suggereren dat de situatie weinig veranderd is in vergelijking met 2008. In 2008 heeft ongeveer 10% van de geënquêteerden overwogen om over te stappen. Volgens gegevens van het NIVEL ligt dit percentage voor 2009 niet hoger. Ongeveer één op de elf verzekerden heeft naar een andere zorgverzekeraar gezocht.<sup>51</sup> Het RIVM geeft aan dat tijdens de overstapperperiode de zorgverzekeringsite op Kiesbeter.nl ongeveer 140.000 keer is bezocht. Dit aantal ligt onder dat van 2008, dat op zijn beurt weer lager was dan in 2007.

Het percentage overstappers is met ongeveer 3,6 gelijk aan dat van 2008. De beperkte mobiliteit van verzekerden gaat gepaard met weinig uitschieters per zorgverzekeraar.

De prijsgevoeligheid was in 2008 heel licht negatief. Voor 2009 is de prijsgevoeligheid licht positief, namelijk 0,24. Als een verzekerde positief prijsgevoelig is, wil dat zeggen dat hij tot overstappen wordt geprikkeld door een hogere premie bij een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering. De positieve prijsgevoeligheid is vooral te verklaren door een specifieke casus. Het gaat daarbij om een aanpassing van een collectieve verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar. De prijs van de polis van deze groep verzekerden ligt in 2009 in tegenstelling tot 2008 niet meer onder de gemiddelde premie. Vanwege de omvang van deze groep verzekerden heeft deze interne overstap grote invloed op de prijsgevoeligheid.

Voor de beoordeling van de prijsgevoeligheid is het belangrijk dat de gewogen gemiddeld betaalde premie net als voorgaande jaren lager is

**Tabel 1. Ontwikkeling van de overstapwinst 2006-2009 in €, totaal voor alle overstappende verzekerden, inclusief collectiviteitskorting**

	2006	2007	2008	2009
Ongewogen premie per jaar (voor overstappen)	1036,8	1114,9	1076,6	1079,7
Gewogen premie per jaar (voor overstappen)	1035,5	1105,4	1050,2	1058,8
Gewogen premie per jaar (na overstappen)	1025,3	1102,9	1049,6	1059,2
Overstapwinst in € mln.	130	31,8	7,2	- 4,1

dan de ongewogen gemiddelde premie (voor overstappen). Verzekerden hebben dus al relatief goedkope polissen.

<sup>51</sup> L. Vos, J. de Jong, Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar. Utrecht: NIVEL, 2009.

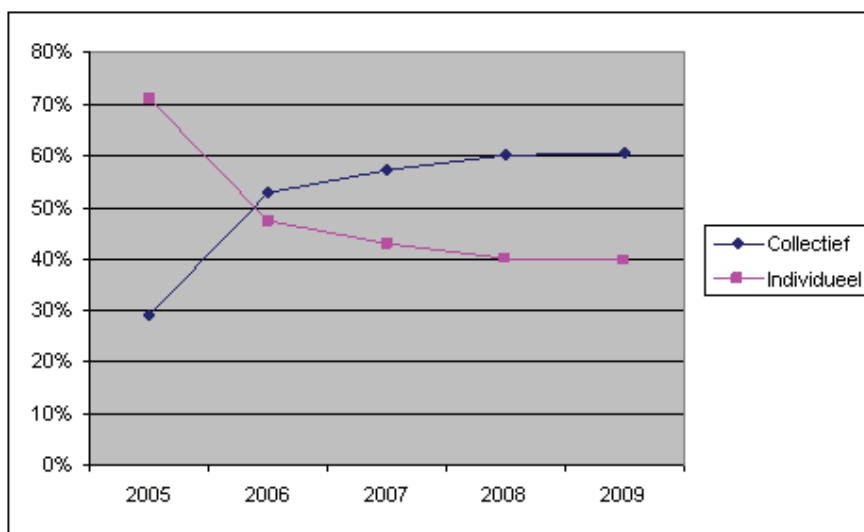


Tabel 1 laat zien dat de overstapwinst van 2008 omslaat in een overstapverlies in 2009. Verzekerden stappen immers over naar een duurder polis. Zonder de interne overstap van de eerder genoemde groep verzekerden (dat wil zeggen de groep verzekerden die bij de oude polis blijft) is de prijsgevoeligheid gelijk aan die van vorig jaar. Ook de overstapwinst (€ 7.1 miljoen) is dan van het zelfde niveau.

#### 6.2.4 Dynamiek collectieve sector

In 2009 kenmerkt ook het collectieve segment van de zorgverzekeringsmarkt zich door weinig veranderlijkheid. De omvang ervan stabiliseert zich op een niveau van 60% van de verzekerden (zie figuur 9).

**Figuur 9. Ontwikkeling aantal collectief en individueel verzekerden 2005-2009 (%)**



De NZa heeft geïnterviewd of met ingang van 2009 collectiviteiten van zorgverzekeraar zijn veranderd. Het mobiliteitspercentage (3,6%) dat in paragraaf 6.2.3 is vermeld en de geringe winst- en verliescijfers per concern suggereren dat ook collectiviteiten voor het overgrote deel bij hun zorgverzekeraar zijn gebleven. Een meer gedetailleerde analyse van de gegevens van de tien grootste collectiviteiten van zorgverzekeraars leert dat ook hier nauwelijks verschuivingen zijn te constateren. Erg grote collectiviteiten, zoals de FNV en gemeenteambtenaren, bleven ook na een aanbestedingsprocedure bij dezelfde verzekeraar.

Dat er sprake is van geringe verschuivingen van collectiviteiten, wil niet zeggen dat bij de aanbesteding van collectiviteiten geen concurrentie plaatsvindt. Zo heeft de FNV aan de vier grote verzekeraars gevraagd om een offerte uit te brengen. De NZa beschikt echter niet over recente gegevens die het verloop van de aanbesteding bij collectieve zorgverzekeringen schetsen.<sup>52</sup>

#### 6.2.5 Premieconcurrentie

In 2008 signaleerde de NZa tekenen van een minder scherpe prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt dan in de jaren daarvoor.

<sup>52</sup> Wel heeft het NIVEL enige tijd terug een analyse gemaakt van de totstandkoming van collectieve contracten. Zie: Lotti M. van Ruth, Judith D. de Jong, Peter P. Groenewegen, De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel, NIVEL 2007.

In 2009 keert de markt niet terug naar 2006 of 2007, maar zetten de ontwikkelingen van 2008 zich voort.

#### 6.2.5.1 Premieopslag van de zorgverzekeraars

De stijging van de opslagpremie die de NZa in 2008 signaleerde, zet zich in 2009 voort. Deze premie stellen zorgverzekeraars vast in aanvulling op de zogeheten rekenpremie die het ministerie van VWS berekent. De opslagpremie moet de bedrijfskosten dekken (en mogelijk ook de zorgkosten als de zorgverzekeraar meer uitgeeft dan de compensatie door de verevening). In vergelijking met 2006 en 2007 hebben de zorgverzekeraars de opslag op de rekenpremie van de overheid inmiddels verdubbeld. De opslag bedraagt in 2009 € 112, terwijl die in 2007 nog € 52 was.

Door de stijging van de opslagpremie zijn de verzekeraars in staat om hun resultaat op de zorgverzekeringen te verbeteren. Naar verwachting behalen de zorgverzekeraars met ingang van 2009 geen negatief resultaat meer op de basisverzekering.<sup>53</sup> De NZa raamt voor 2009 een positief resultaat van gemiddeld € 10 per premieplichtige verzekerde (in 2008 was dat € 17 negatief).<sup>54</sup>

Een positief resultaat ligt onder andere voor de hand omdat de bedrijfskosten – de kosten die gedekt moeten worden door de premieopslag – in de afgelopen jaren niet zijn gestegen. Zorgverzekeraars zijn erin geslaagd hun bedrijfskosten voor de basisverzekering te beperken tot minder dan 4% van de totale kosten (dat is ongeveer € 90 per verzekerde). Daarmee liggen de bedrijfskosten van zorgverzekeraars op het niveau van de ziekenfondsen vóór de stelselwijziging. Ter vergelijking: de bedrijfskosten van particuliere ziektekostenverzekeraars waren in die tijd ongeveer drie keer zo hoog als die van de ziekenfondsen.

Een andere indicator voor de mate van premieconcurrentie is de algemene solvabiliteitspositie van zorgverzekeraars. Een toename van het gemiddelde eigen vermogen dat bovendien uit het oogpunt van solvabiliteit groter is dan noodzakelijk, kan in combinatie met bijvoorbeeld een lage verzekerdenmobiliteit duiden op een gebrek aan concurrentiedruk.<sup>55</sup> De markt van de zorgverzekeringen biedt een enigszins diffuus beeld, dat er echter op wijst dat de premieconcurrentie van de afgelopen jaren de solvabiliteit in het algemeen niet heeft uitgehold. Uit de jaarverslagen van zorgverzekeraars en hun gegevens over het vierde kwartaal van 2008 maakt de NZa op dat voor verschillende zorgverzekeraars sprake is van een meer dan voldoende solvabiliteit.<sup>56</sup> Er is wel sprake van onderlinge verschillen in solvabiliteit,

---

<sup>53</sup> Zorgverzekeraar Menzis heeft bij de publicatie van het jaarverslag 2008 opgemerkt dat hij over 2009 een positief resultaat verwacht. Financieel Dagblad, 'Zorgverzekeraar Menzis voorziet weer zwarte cijfers', 24 juni 2009.

<sup>54</sup> Voor 2009 is voor de verwachte resultaten op de BV en de AV een raming gemaakt op basis van:

- de ontwikkeling van de nominale opslagpremie per zorgverzekeraar;
- de ramingen van ZN voor de trendmatige ontwikkeling zorgkosten voor 2009;
- de ontwikkeling van de premie voor aanvullende verzekeringen;
- een raming van een gematigde stijging van de bedrijfskosten.

Het gaat om resultaten exclusief beleggingsopbrengsten.

<sup>55</sup> F.T. Schut, 'Indicatoren functioneren zorgmarkt.' Onderzoeksrapport voor het RIVM in het kader van het project Zorgbalans, iBMG Erasmus MC Rotterdam, 2006.

<sup>56</sup> De NZa beschikt niet over recente gegevens die het verloop van de solvabiliteitspositie in 2009 schetsen. Meer in het algemeen is de betrouwbaarheid van de data over het solvabiliteitsniveau van zorgverzekeraars een punt van zorg. Er blijven aanhoudende onzekerheden in het financiële beeld. Bovendien kunnen toenemende risico's voor zorgverzekeraars het noodzakelijk maken om de solvabiliteitseisen aan te

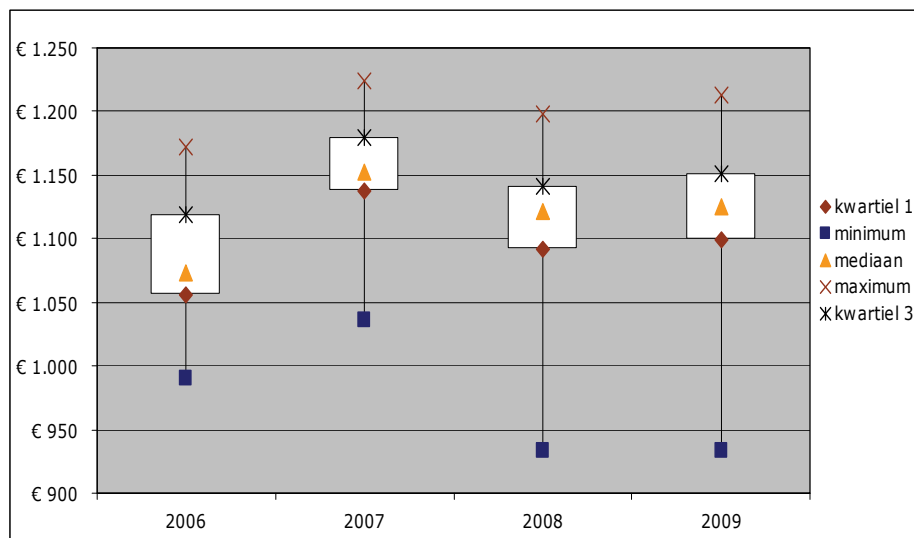
maar deze laten zich tot nu toe niet aflezen in het premiestellend gedrag. Een interpretatie van de solvabiliteit als indicator voor de concurrentie op de markt hangt ten slotte af van de invloed van toezichteisen. DNB houdt toezicht op de solvabiliteit van zorgverzekeraars.

De situatie van een hogere opslagpremie, stabiele bedrijfskosten en een solvabiliteit die in het algemeen afdoende is, vraagt om een uitleg. Een situatie waarin rendementen groeien, premies weinig verschillen en verzekerden nauwelijks van zorgverzekeraar wisselen, kan op een afname van de premieconcurrentie wijzen. De NZa beschikt op dit moment niet over meer empirische achtergrondinformatie die het mogelijk maakt om dit te duiden. Bij de besluitvorming over de hoogte van premies hanteren zorgverzekeraars verschillende overwegingen. Deze hebben te maken met de concurrentiepositie op de markt en de dekking van de zorgkosten, maar bijvoorbeeld ook de wettelijke eisen op het terrein van het prudentieel toezicht kunnen een rol spelen.<sup>57</sup>

#### 6.2.5.2 Spreiding premiegrondslagen

Een geringe spreiding van premies is een aanwijzing voor sterke in 2009 echter iets verder toegenomen. Figuur 10 geeft per jaar aan wat de hoogste en wat de laagste premie was. De box laat per jaar zien wat

**Figuur 10. Spreiding premiegrondslagen van de basisverzekering<sup>58</sup>**



de spreiding van de premies is voor 50% van de polissen. Voor de polis met de laagste premiegrondslag in 2008 is de basisprijs in 2009 onveranderd. Voor de polis met de hoogste premiegrondslag in 2008 is de premiegrondslag in 2009 verhoogd. De spreiding in de box is in 2009 licht toegenomen (van € 49,32 naar € 51,18).

passen, waardoor een ander beeld ontstaat van de bestaande marges. Zie: DNB, Jaarverslag 2008.

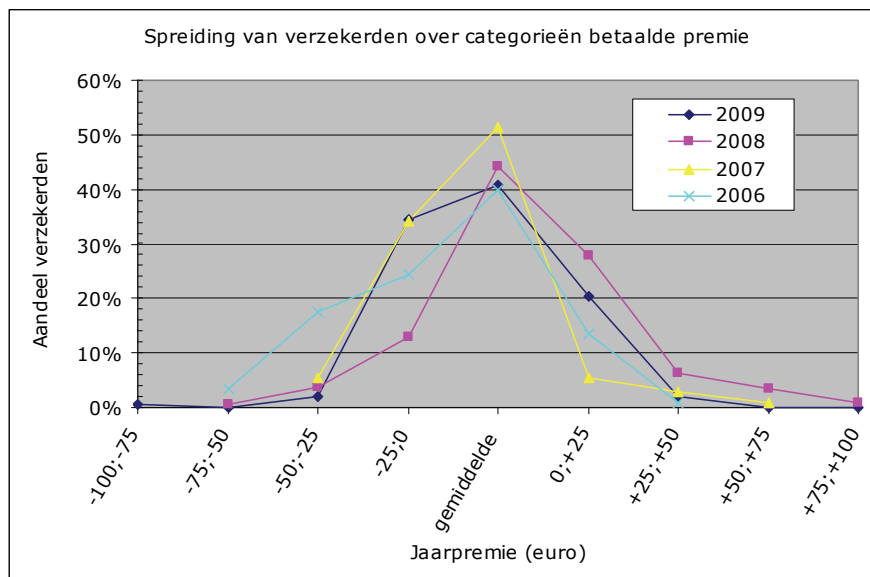
<sup>57</sup> Om gebruik te maken van de tweederde afslag, moet voldaan zijn aan artikel 68 van het Besluit prudentiële regeling. De tweederde afslag houdt in dat zorgverzekeraars het regulier vereiste minimumbedrag aan solvabiliteitsmarge van circa 24% mogen reduceren tot circa 8%, mits aan vijf voorwaarden is voldaan. Eén van de belangrijkste voorwaarden is dat verzekeraars een aanvullende premie heffen om een reële veiligheidsmarge te vormen. Zij hebben twee mogelijkheden om aan deze eis te voldoen: een aanvullende premie heffen of een zogeheten premietekortvoorziening opbouwen.

<sup>58</sup> De premiegrondslagen zijn de premies van verzekeringen vóór aftrek van kortingen (bijv. collectiviteits- en betalingskortingen).

### 6.2.5.3 Spreiding werkelijk betaalde premie

Figuur 11 toont in percentages van verzekerden de spreiding van de betaalde premies (inclusief collectiviteitskortingen) in termen van de afwijking van de gemiddeld betaalde premie. De gemiddelde spreiding van de betaalde premies is heel licht afgenomen; de zorgverzekeraars zijn met hun premies, inclusief afgesproken collectieve kortingen, elkaar iets dichter genaderd.

**Figuur 11. Spreiding werkelijk betaalde premie basisverzekering**



### 6.2.5.4 Kruissubsidie door de aanvullende verzekeringen?

Een scherpe prijsconcurrentie op de markt van basisverzekeringen wordt waarschijnlijker wanneer er kruissubsidie vanuit de aanvullende verzekeringen plaatsvindt. Zorgverzekeraars zijn dan namelijk in staat mogelijke verliezen op de basisverzekering te bekostigen met winsten die zij maken op de aanvullende verzekeringen.

De NZa acht het theoretisch mogelijk dat verzekeraars de basisverzekering laag prijzen en voor de aanvullende verzekeringen hogere premies vragen. Het gaat immers om complementaire producten. Kruissubsidie is bovendien mogelijk vanwege het grote aantal verzekerden met een aanvullende verzekering. Belangrijk in dit verband is het keuze- en zoekgedrag van consumenten. De kans dat kruissubsidie van de basisverzekering door de aanvullende verzekering vóórkomt, is groter als verzekerden zich primair laten leiden door de premie van de basisverzekering en de korting daarop als zij een collectieve zorgverzekering afsluiten.<sup>59</sup>

Op basis van de ontwikkeling van de premies en resultaten van de basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen acht de NZa het ook praktisch mogelijk dat kruissubsidie vanuit de aanvullende verzekeringen optreedt. Het beeld voor zowel 2008 als 2009 is dat verzekeraars in staat zijn om een lagere (opslag)premie voor de basisverzekering te vragen

<sup>59</sup> Vergelijking met andere complementaire producten, zoals printers en cartridges: de lage prijzen van printers (of zelfs het gratis weggeven daarvan bij de aankoop van een computer) lokken consumenten, die vervolgens zijn aangewezen op cartridges die zodanig geprijsd kunnen worden dat de fabrikant de lage prijs voor de printer meer dan goedmaakt met de winst op de cartridges.

als gevolg van de hoogte van de premiestelling voor de aanvullende verzekeringen. Om vast te stellen of dit daadwerkelijk aan de orde is, is het noodzakelijk om naar de toerekening bij de zorgverzekeraars empirisch onderzoek te doen. Dit is complex, omdat zorgverzekeraars (in concernverband) ook andere verzekeringen verkopen.

Ook in een situatie waarin het resultaat op de basisverzekering blijft verbeteren, is het mogelijk dat kruissubsidiëring optreedt. Zo wordt het voor zorgverzekeraars immers mogelijk om een lagere premie voor de basisverzekering te vragen dan in een situatie waarin zij uitsluitend de basisverzekering aanbieden. Een beperking van de prikkel tot kruissubsidiëring vindt plaats door de reële veiligheidsmarge in de premie voor de basisverzekering die DNB van de verzekeraars vraagt om voorziene tekorten in de premiestelling te dekken.

Kruissubsidie is aanvaardbaar zolang het niet leidt tot misbruik door een dominante marktpartij. Als er sprake is van een dominante positie op de markt van de basisverzekering of de aanvullende verzekering, dan kan een zorgverzekeraar concurrenten uitsluiten door te lage prijzen te vragen (voor de basisverzekering) of consumenten uitbuiten door middel van te hoge prijzen (voor de aanvullende verzekering). Tot op heden heeft de NZa geen aanleiding gezien hier onderzoek naar te doen.

Paragraaf 6.2.6.1 stelt weliswaar dat het resultaat van verzekeraars zich positief ontwikkelt, maar van bovenmatige winsten op de basisverzekering is op dit moment geen sprake. Hierdoor is de consument per saldo beter af.

Als de markt van aanvullende verzekeringen tekortkomingen kent (bijvoorbeeld koppeling tussen basisverzekering en aanvullende verzekering, vrees van verzekerden om van aanvullende verzekering te wisselen, transparantieproblemen, blijven hoge(re) premies voor aanvullende verzekeringen mogelijk). Bij een markt met dergelijke tekortkomingen is het risico aanwezig dat verzekeraars blijvend in staat zijn om de premies van aanvullende verzekeringen te verhogen zonder dat dit tot een (substantieel) verzekerdenverlies leidt. De te hoge premies zijn dan een teken van te hoge zoekkosten voor consumenten.

### 6.3 Productdifferentiatie

Hoewel de basisverzekeringen evenals in vorige jaren tamelijk homogeen blijven, zijn er tekenen van meer productdifferentiatie. Vorig jaar deed zich een voorbeeld van innovatie voor doordat Univé de ZEKURpolis introduceerde. In 2009 zijn twee nieuwe polissen op de markt gekomen: Agis TakeCareNow en CZdirect. TakeCareNow is een polis die bedoeld is voor jongeren tussen 16 en 26 jaar en gericht is op het gebruik van internet voor het afsluiten, communiceren en declareren. Het gaat om een naturapolis met gecontracteerde zorg. De CZdirectpolis is een naturapolis met gecontracteerde zorg, waarbij gebruik van internet noodzakelijk is om onder andere geneesmiddelen en hulpmiddelen te verkrijgen. Beide polissen lijken op de ZEKURpolis, zij het dat zij geen selectief gecontracteerde ziekenhuiszorg bevatten. Voor andere zorg is wel sprake van een selectie van zorgaanbieders. De drie polissen hebben vooralsnog een betrekkelijk klein marktaandeel (ongeveer 0,2%), maar tonen wel aan dat er op de zorgverzekeringsmarkt voor innovatieve basisverzekeringen mogelijkheden zijn.

Productdifferentiatie neemt ook toe doordat diverse zorgverzekeraars in verschillende verzekeringen opnemen dat verzekerden geen eigen risico hoeven te betalen als zij gebruik maken van zorgaanbieders die daarvoor

zijn aangewezen. Dit is al in paragraaf 3.3.2 aan de orde gekomen. Andere zorgverzekeraars hebben deze mogelijkheid niet in hun verzekeringen opgenomen.

In het collectieve segment was de afgelopen jaren sprake van collectieve zorgverzekeringen die gericht zijn op specifieke doelgroepen. De ontwikkelkosten van zulke verzekeringen zijn betrekkelijk gering. Ook voor 2009 is weer sprake van nieuwe collectieve zorgverzekeringen. Enkele daarvan trokken veel publieke belangstelling (bijvoorbeeld de donorpolis).<sup>60</sup> Het aanbod van nieuwe collectieve verzekeringen en/of het afsluiten van nieuwe collectieve contracten wordt wel beperkt door 'kannibalisme'. Dit treedt op als een zorgverzekeraar zijn eigen verzekerden ziet overstappen van een eigen individuele zorgverzekering naar een eigen collectieve verzekering. Door de premiekorting op de collectieve zorgverzekering gaat dit voor de zorgverzekeraar gepaard met verlies van premie-inkomsten.

## 6.4 Verticale integratie

Het onderwerp verticale integratie staat hoog op de politieke agenda. De Tweede Kamer heeft in 2008 een motie aangenomen waarin wordt gepleit om een fusie tussen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis te verbieden.<sup>61</sup> Daarop heeft de minister van VWS een commissie in het leven geroepen met als taak 'te onderzoeken in hoeverre een wettelijk verbod op verschillende vormen van verticale integratie, met uitzondering van een tijdelijke situatie die noodzakelijk is om aan de zorgplicht te voldoen, noodzakelijk en proportioneel is voor het borgen van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg.'<sup>62</sup>

De commissie komt tot het oordeel dat een verbod op verticale integratie niet noodzakelijk en proportioneel is om de publieke belangen te borgen. Er is geen reden om aan te nemen dat het toezichtskader tekortschiet. Ook staat niet vast dat de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en zorgverleningsmarkt dermate ineffectief is dat alle verticale integratie nadelig is voor consumenten. Een verbod is bovendien zowel ineffectief (want gemakkelijk te omzeilen) als in strijd met communautaire verdragsverplichtingen.<sup>63</sup> De minister van VWS heeft laten weten zich in grote lijnen te kunnen vinden in het oordeel van de commissie. Wel zijn extra waarborgen voor de kwaliteit, bereikbaarheid en continuïteit van zorg noodzakelijk. Daarom wordt onder andere een fusie-effectrapportage en een zorgspecifieke fusietoets door de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) geïntroduceerd.<sup>64</sup> Dat de commissie concludeert dat een verbod niet noodzakelijk of proportioneel is, doet niet af aan het feit dat aan verticale integratie potentiële risico's voor consumenten verbonden zijn.<sup>65</sup> Het is dan ook

---

<sup>60</sup> De donorpolis is een zorgverzekering waarop verschillende verzekeraars collectiviteitskortingen bieden. Er was sprake van enige ophef, omdat uitsluitend mensen met een donorregistratie toegang zouden hebben tot de collectiviteit. Nu is de collectiviteit ook toegankelijk voor mensen zonder donorregistratie.

<sup>61</sup> Tweede Kamer 2008-2009, Kamerstuk 29689, nr. 236 (motie-Schippers).

<sup>62</sup> Besluit van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2009, MC-U-2925512, houdende instelling van de Commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 15 april 2009.

<sup>63</sup> Eindrapport Commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 29 mei 2009.

<sup>64</sup> Brief aan de Tweede Kamer, 9 juli 2009 ('Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning')

<sup>65</sup> Zie onder andere Michiel Bijlsma, Arno Meijer, Victoria Shestalova, Vertical relationships between health insurers and healthcare providers, CPB, 2008.

zaak dat toezichthouders een scherp oog hebben voor de gevolgen van verticale integratie voor individuele gevallen. Vorig jaar heeft de NZa in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt de uitkomsten van analyses van enkele gevallen van verticale integratie gepubliceerd. De NZa heeft daarbij gekeken naar de effecten op de concurrentie en naar het consumentenbelang. Sindsdien heeft zij geen nieuwe gevallen van verticale integratie geconstateerd en/of onderzocht. Bij de NMa is het voornemen tot samenwerking tussen de coöperatie Vlietland en het Vlietland Ziekenhuis gemeld.<sup>66</sup> De NZa geeft hierover een zienswijze aan de NMa. Daarnaast beoordeelt de NZa op basis van haar eigen bevoegdheden (artikel 48/49 Wmg) de noodzaak om van haar kant actie te ondernemen.

Mede op verzoek van het ministerie van VWS inventariseert de NZa op dit moment naast haar casuïstische aanpak ook vormen van verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zij rapporteert daarover in de tweede helft van 2009.

## 6.5 Conclusies en acties NZa

In dit hoofdstuk zijn verschillende indicatoren voor de competitiviteit van de zorgverzekeringsmarkt aan de orde gekomen. Een aantal indicatoren is stabiel. De marktconcentratie blijft onverminderd hoog en toetreders melden zich niet. De producthomogeniteit blijft eveneens hoog, mede doordat selectieve contractering uitblijft. Wel heeft de ZEKURpolis in 2009 enkele navolgers gekregen. Ook nemen de verschillen tussen verzekeringen toe doordat zorgverzekeraars bij het gebruik van preferente zorgaanbieders andere eigen risico's opleggen. De spreiding in premies is per saldo ongeveer gelijk. De spreiding van de grondslagpremies neemt iets toe, maar die van de betaalde premies krimpt iets. De verzekerdenmobiliteit is evenals in 2008 beperkt. Verder zijn verzekerden in vergelijking met 2008 niet meer prijsgevoelig geworden; dit valt gedeeltelijk te verklaren uit het feit dat veel verzekerden al een relatief voordelige verzekering hebben (of door de collectiviteitskorting denken te hebben).

Deze stabiliteit gaat in 2009 gepaard met herstel van het resultaat van verzekeraars op de basisverzekering, dat al in 2008 is ingezet, en met duidelijke winsten op de aanvullende verzekeringen. Een situatie waarin rendementen groeien, premies voor de basisverzekering weinig verschillen en verzekerden nauwelijks van zorgverzekeraar wisselen, kan wijzen op minder scherpe concurrentie. Het is zaak dat de NZa als marktmeester de zorgverzekeraars hun winsten niet misgunt. Zonder winst is er immers geen ruimte om in productontwikkeling en innovaties te investeren die de consument ten goede komen. Gezien het doel van de stelselwijziging is het wel noodzakelijk dat zorgverzekeraars de prikkel blijven voelen om door middel van scherpe zorginkoop de premies niet te veel te laten stijgen. De situatie van de zorginkoop 2009 is zodanig dat de zorgverzekeraars zich op dat punt sterk moeten verbeteren. Het positieve financiële resultaat voor 2009 is dan ook niet terug te voeren op de zorginkoop door zorgverzekeraars. Vanuit het oogpunt van de consument blijft het voor de NZa belangrijk om de ontwikkeling van het resultaat en het vermogen van verzekeraars kritisch te volgen. Met het oog op de mogelijkheid van kruissubsidiëring zal de NZa daarbij de aanvullende verzekeringen betrekken.

<sup>66</sup> De coöperatie Vlietland bestaat uit: Stichting Phoenix (samenwerking zorgverzekeraar DSW met regionale zorgaanbieders), Frankelandgroep, Stichting Argos Zorggroep, Stichting Zorgcombinatie Nieuwe Maas, Stichting Zorggroep Eerste Lijn, Vereniging Medische Staf Vlietland Ziekenhuis en Vereniging Medewerkers Vlietland Ziekenhuis.

Verticale integratie kan leiden tot nadelige effecten voor concurrentie en voor de consument. De Commissie verticale integratie acht een verbod op verticale integratie niet noodzakelijk en niet proportioneel, mede vanwege het bestaande toezicht. De NZa houdt dan ook individuele vormen van verticale integratie scherp in de gaten, opdat de consument daarvan geen nadelen ondervindt. Zij heeft daartoe de bevoegdheid op basis van artikel 48/49 Wmg. Ook geeft de NZa in voorkomende gevallen een zienswijze af aan de NMa. Naast deze casuïstische aanpak in haar rol als markttoezichthouder, inventariseert de NZa op dit moment mede op verzoek van het ministerie van VWS vormen van verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarover rapporteert zij in de tweede helft van 2009.

De NZa doet in 2009 ook onderzoek naar mogelijke toetredingsbarrières. Haar rapportage daarover verschijnt eveneens in de tweede helft van 2009.