

Monitor

De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt

Monitor zorgverzekeringsmarkt juni 2006

***Uitgave
Auteur***

NZa i.o.
Projectteam Monitor zorgverzekeringsmarkt

Bezoekadres

Eekholt 4, 1112 XH Diemen
Moeder Teresalaan 1000, 3527 WB Utrecht

Postadres

Postbus 324, 1110 AH Diemen, (020) 797 80 00, info@ctz.nl
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, (030) 296 81 11, info@ctg-zaio.nl

Website

www.nza.nl
www.ctz.nl
www.ctg-zaio.nl

Inhoud:

pag.

	Voorwoord
	Samenvatting
1	1. Inleiding
1	1.a. Doelstelling
1	1.b. Focus
2	1.c. Informatiebronnen
3	1.d. Opbouw monitor
4	2. Kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt in 2006
4	2.a. Inleiding
5	2.b. Het aanbod van zorgverzekeringen
5	2.b.1. De zorgverzekeraars
5	2.b.2. Marktaandelen zorgverzekeraars
7	2.b.3. Toetreding
9	2.b.4. Aanbod en premiestelling van zorgverzekeringen
12	2.b.5. Aanvullende verzekeringen
12	2.b.6. Collectieve zorgverzekeringen
15	2.c. Het gedrag van verzekerden
15	2.c.1. Mobiliteit
16	2.c.2. Kenmerken van overstappers
19	2.c.3. Voorkeuren overstappers
21	2.d. Conclusies en acties NZa i.o.
23	3. Kwaliteit
23	3.a. Inleiding
23	3.b. De kwaliteit van de zorgverzekeringen
23	3.b.1. De beoordeling van modelovereenkomsten 2006 door het CTZ
24	3.b.2. De aandacht van de verzekerde voor de kwaliteit van verzekeraars
24	3.b.3. De administratieve afhandeling van het overstappen
26	3.c. Incentives voor de kwaliteit van zorg
26	3.c.1. De verhouding gecontracteerde versus niet-gecontracteerde zorg
27	3.c.2. De aandacht van verzekerden voor de kwaliteit van de gecontracteerde zorg
28	3.c.3. De informatieverstrekking over de gecontracteerde zorg
29	3.d. Conclusies over de kwaliteit en acties NZa i.o.

31	4. Toegankelijkheid
31	4.a. Inleiding
31	4.b. Toegankelijkheid basisverzekering
32	4.c. Toegankelijkheid aanvullende verzekering
32	4.c.1. Risicoselectie
33	4.c.2. Insurance lock
33	4.c.3. Overtreding artikel 120 Zvw
34	4.c.4. Gebundelde verkoop basis- en aanvullende verzekering
35	4.d. Toegankelijkheid van de collectieve verzekering
36	4.e. Toegankelijkheid van zorg
36	4.e.1. Beperkingen vanuit de aanvullende verzekering
37	4.e.2. Beperkingen vanuit eigen risico's
37	4.f. Toegankelijkheid van keuze-informatie (transparantie)
38	4.f.1. Bronnen van informatie en keuzeonderwerpen
39	4.f.2. Beschikbaarheid van informatie
43	4.f.3. Begrijpelijkheid van informatie
45	4.f.4. Betrouwbaarheid informatie
46	4.g. Conclusies over de toegankelijkheid en acties NZa i.o.
48	5. Betaalbaarheid
48	5.a. Inleiding
48	5.b. Prijsgevoeligheid
49	5.c. Premieontwikkeling in 2006
52	5.d. Eigen risico in de basisverzekering
55	5.e. De kortingen voor collectieve verzekeringen
56	5.f. De betaalbaarheid van niet-gecontracteerde zorg voor de verzekerde
56	5.g. Conclusies betaalbaarheid en acties NZa i.o.

Bijlagen: 4

Voorwoord

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet van kracht geworden. Deze rapportage inventariseert hoe het eerste half jaar in de nieuwe zorgverzekeringsmarkt is verlopen. De rapportage vormt de basis voor een monitor die de Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting (NZa i.o.) in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ontwikkelt, waarmee de markt structureel kan worden gevolgd.

In de voorbereiding op de monitor heeft de NZa i.o. een consultatie- en visiedocument opgesteld en een risicoanalyse gemaakt van de nieuwe zorgverzekeringsmarkt. Die risicoanalyse is gebruikt als uitgangspunt voor de beoordeling van de werking van de markt en het effect van marktwerking op de gedragingen van zorgverzekeraars. De nadruk ligt op de mate waarin de ontwikkelingen effect hebben op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorgverzekering.

De introductie van marktwerking brengt grote veranderingen met zich mee. De dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt is groot. De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt zullen door de NZa i.o. nauwlettend worden gevolgd. Aansluitend op de bevindingen in dit monitorrapport geeft de NZa i.o. aan welke ontwikkelingen in de komende periode in de gaten moeten worden gehouden.

Voor een overzicht van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting. Rest ons nog een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze monitor.

De Raad van Bestuur van de NZa i.o.



dr. M.E. Homan,
portefeuillehouder
zorgverzekeringen



mr. F.H.G. de Grave,
voorzitter

Managementsamenvatting

Aanleiding en doelstelling

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden. Daarnaast treedt naar verwachting in de zomer van 2006 de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) in werking. De Nederlandse Zorgautoriteit (nu nog CTZ en CTG/ZAio, in het vervolg NZa i.o.) is door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gevraagd een monitor voor de zorgverzekeringsmarkt te ontwikkelen. Met een monitor kan de zorgverzekeringsmarkt structureel worden gevolgd. Deze eerste monitor heeft als doelstelling de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt na de invoering van het nieuwe zorgstelsel in kaart te brengen. Centraal staat de werking van de zorgverzekeringsmarkt en de effecten voor de consument in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorgverzekeringen. Niet alles komt aan de orde, het is een tussenstand. Later dit jaar volgt een verdere uitdieping van een aantal onderwerpen. Deze staan opgesomd aan het eind van deze samenvatting. Uitgangspunt is een risicoanalyse van de nieuwe zorgverzekeringsmarkt die de NZa i.o. eerder heeft gedaan en waarvan verslag is gedaan in het Visiedocument zorgverzekeringsmarkt van januari jl. Integraal onderdeel van de analyse vormen enkele vragen van VWS.

De markt van zorgverzekeringen

Een van de doelen van de Zvw is door het stimuleren van concurrentie onder verzekeraars de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. De invoering van de Zvw heeft geleid tot een grote toename van de verzekerdenmobiliteit. Ongeveer 18% van de verzekerden is overgestapt naar een andere verzekeraar, ten opzichte van circa 3% en 8% van respectievelijk de ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden in de voorgaande jaren. Bovendien schat de NZa i.o. dat tussen 5 en 10% van de verzekerden binnen dezelfde verzekeraar van pakket is veranderd na het aanbod in december 2005. Daarmee constateert de NZa i.o. een positieve impuls voor de concurrentiedruk in de markt. Ook in vergelijking met andere geliberaliseerde markten is het aantal overstappers hoog. Opvallend is dat oudere mensen en mensen met een slechte gezondheid minder vaak overstappen dan mensen met een betere gezondheid. Dit is een aandachtspunt. De NZa i.o. zal gaan uitzoeken wat de oorzaak hiervan is, en wat de effecten zijn op toegankelijkheid en werking van de markt.

Verdere concentratie in 2006

In 2006 is sprake van verdere concentratie in de landelijke zorgverzekeringsmarkt. Niet alleen hebben de grootste zorgverzekeraars hun marktaandelen vergroot, ook zijn enkele fusies aangekondigd waarbij de grote spelers zijn betrokken (zowel VGZ en Univé als Menzis, Agis en Delta Lloyd/Ohra). De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) moet hier nog wel haar toestemming voor geven. De NZa i.o. adviseert de NMa over deze fusies. Ook krijgen de fusies in de volgende zorgverzekeringsmonitor van de NZa i.o. verdere aandacht. Op provinciaal niveau is de concentratie over het algemeen verminderd maar her en der nog steeds hoog. Wel is waar te nemen dat verschillende verzekeraars het meest verloren in de regio waarin ze van oudsher sterk waren.

Marktdynamiek

De markt wordt in 2006 gekenmerkt door een grote dynamiek.

Zorgverzekeraars hebben te maken met een veel grotere in- en uitstroom van verzekerden dan in voorgaande jaren. De administratieve problemen die het overstappen volgens een deel van de verzekerden opleverde weerhield mensen er niet van de stap naar een andere verzekeraar te zetten. De NZa i.o. rekent het tot de verantwoordelijkheid van verzekeraars om de administratieve afhandeling van overstappers soepel te laten verlopen. Ook moeten zij hun verzekerden goed duidelijk maken dat de komende overstapperperiode korter is dan de afgelopen ronde. Afgelopen jaar kreeg de verandering in het zorgstelsel zeer veel aandacht in de media waardoor het voor de consument duidelijk was op welke manier hij, in welke periode, kon overstappen. Voor de komende overstapronde gelden andere regels en zal de openbare informatievoorziening aan verzekerden minder omvangrijk zijn. Nu is het aan de verzekeraar om zijn verzekerden goed te informeren over de verkorte overstapperperiode. Het is wettelijk bepaald dat deze periode twee maanden bedraagt. Dit geldt ten eerste voor het opzeggen voor 1 november om per 1 januari 2007 te veranderen. Ten tweede geldt dit voor die verzekerden die op andere tijdstippen twee maanden de tijd hebben om over te stappen in geval van verhoging van de premie. De NZa i.o. zal toezien op een zorgvuldige administratieve afhandeling van verzekerdenmutaties door verzekeraars.

Tevens wil de NZa i.o. dat zorgverzekeraars bewerkstelligen dat overgestapte verzekerden vanaf het moment van inschrijving de premie betalen die voor hen vanaf dat moment geldt. Verschillende verzekerden moesten in de eerste maanden van 2006 dubbele premies betalen omdat in- en uitschrijving niet aansloten. Verzekerden hadden veel klachten over deze situatie. De zorgverzekeraars moeten klachten voorkomen door hun nieuwe verzekerden op het juiste moment de nieuwe premie te laten betalen.

Collectieve contracten

Collectieve contracten zijn een belangrijk instrument voor verzekeraars om (grote) groepen van verzekerden binnen te halen. Zo'n 46% van de verzekerden heeft gekozen voor een collectief contract. De collectieve contracten zijn aantrekkelijk vanwege de premiekorting. Aan die korting is een maximum gesteld van 10%. De gemiddelde korting in collectieve contracten is 6,6%. Van de collectief verzekerden was 67% via de werkgever verzekerd en 32% via een pseudo-collectief zoals een werknemersorganisatie of sportvereniging. Het aantal collectief verzekerden via een patiëntenvereniging is in 2006 ongeveer 1%.

Door de lage prijsstelling lijkt de markt voor collectieve polissen competitiever dan de individuele markt. Of er sprake is van kruissubsidiëring tussen beide markten doordat de inkomsten uit individuele premies worden gebruikt om collectieve kortingen te financieren, is vooralsnog niet aangetoond. De kortingen op collectiviteiten kunnen ook worden gefinancierd uit bijvoorbeeld beleggingsresultaten, eigen vermogen, (toekomstig te verwachten) inkoopvoordelen en dergelijke. De NZa i.o. neemt zich voor in 2006 nader te bestuderen waarom zorgverzekeraars kortingen geven en hoe zij gefinancierd worden.

Toegankelijkheid

Verzekerden kunnen kiezen uit een ruim en gevarieerd aanbod aan polissen, verzekeraars bieden de verschillende vormen van polissen in heel Nederland aan. Ook is er geen differentiatie per provincie. Van de verzekerden heeft 93%

zich aanvullend verzekerd. Verzekeraars zelf geven aan dat zij ook voor de aanvullende verzekeringen ruim accepteren. Dit is in lijn met het beperkte aantal klachten over weigering of situaties waarin werd gevraagd om een gezondheidsverklaring. De NZa i.o. heeft in 2006 in dit opzicht geen overstapbelemmeringen door risicoselectie geconstateerd. Vanuit haar wettelijke taak zal NZa i.o. dit in de toekomst scherp blijven monitoren. Voor 2006 waren er immers bestuurlijke afspraken over een non-selectief aanbod die volgend jaar niet meer gelden.

Oog voor mogelijke beperking van de toegankelijkheid

Over het algemeen is er dus een positief beeld van de toegankelijkheid. De NZa i.o. heeft de afgelopen maanden wel bij enkele zorgverzekeraars ingegrepen toen zij in hun informatie aan verzekerden suggereerden dat hun basisverzekering alleen voor specifieke groepen verzekerden toegankelijk zou zijn. Er is door de NZa i.o. inmiddels een richtsnoer voor informatieverstrekking door zorgverzekeraars gepubliceerd.

De NZa i.o. let momenteel tevens scherp op een aantal verzekeraars dat in hun voorwaarden bij de aanvullende verzekering stelt dat deze kan worden opgezegd als de verzekerde een basisverzekering bij een andere verzekeraar neemt. Ook gaat de NZa i.o. de gevolgen van de gebundelde verkoop van basisverzekering en aanvullende verzekering voor de kwaliteit van de keuze van de consument bekijken. Deze keuze kan suboptimaal zijn als het voor de consument in feite onmogelijk wordt per product een afzonderlijke afweging te maken.

Machtigingen

Voor de toegankelijkheid van de zorg via de zorgverzekering is van belang dat verschillende zorgverzekeraars in 2006 hun machtigingsbeleid tegen het licht hebben gehouden. In de loop van 2006 is een tendens zichtbaar dat verzekeraars de machtiging vooraf vervangen door een systeem van vrije toegang met controle achteraf. De NZa i.o. ziet dit als een positieve ontwikkeling: niet alleen worden administratieve lasten verkleind maar ook ondervindt de consument minder hinder bij zijn toegang tot de zorg.

Eigen betalingen

Daarnaast verdienen de eigen betalingen voor niet-gecontracteerde zorg aandacht. Meer dan 40% van de verzekerden heeft gekozen voor een polis waarin staat aangegeven dat zij moeten bijbetalen in geval van gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Hier staat veelal een lagere premie tegenover. Dit heeft in 2006 nog nauwelijks consequenties vanwege de ruime contractering door zorgverzekeraars. In de komende jaren kan het contracteerbeleid van zorgverzekeraars selectiever worden. Selectieve inkoop kan de doelmatigheid van het stelsel vergroten. De NZa i.o. blijft oog houden voor de gevolgen voor de toegang tot de zorg en zal de ontwikkelingen op dit terrein blijven volgen.

Toegankelijkheid van informatie

Toegankelijkheid is ook afhankelijk van de informatie over zorgverzekeringen. Consumenten gebruiken vaak de informatie van zorgverzekeraars zelf, maar ook vergelijkingswebsites. Het algemene beeld is dat verzekerden vooral gericht zijn op informatie over premies. Die informatie is, evenals informatie over collectiviteiten, het makkelijkst te vinden. De informatievoorziening over kwaliteit is nog zeer beperkt. Noch de informatiepakketten, noch de websites bieden afdoende informatie over de zorg waarvoor men zich verzekert.

Consumenten beoordelen de informatie over de premie en dekking van de basisverzekering en aanvullende verzekeringen als het meest begrijpelijk. De informatie over zorggaranties en servicegaranties is het minst begrijpelijk. NZa i.o. zal stimuleren dat deze keuze-informatie in de toekomst verbeterd wordt.

Betaalbaarheid

De gemiddelde premie die is betaald voor de basisverzekering ligt met €1.028 onder de premie die VWS had begroot (€1.106). Van alle verzekerden betaalt 98% een premie die onder de €1.100 ligt, met een ondergrens van €950.

Het is voor de NZa i.o. nog onduidelijk hoe gevoelig de consumenten exact zijn voor de verschillen in premies. De voornaamste reden voor verzekerden om over te stappen is het premieverschil. Bovendien geeft ongeveer de helft van de verzekerden die niet zijn overgestapt aan dat zij weinig prijsverschil zagen. Het is echter niet zo dat polissen met de laagste premies het meest worden afgenomen. De NZa i.o. doet nader onderzoek naar de mate waarin prijsverschillen de consument aanzetten tot overstappen.

De NZa i.o. heeft geen relatie kunnen vaststellen tussen premiestelling en het eigen vermogen van verzekeraars in het verleden. De NZa i.o. kan nu dus ook niet concluderen dat de verschillende uitgangsposities tussen zorgverzekeraars hebben geleid tot verschillen in premiestelling.

Algemeen gunstig beeld vanuit consument

Vanuit de consument gereceneerd is de situatie in 2006 over het algemeen gunstig te noemen. De concurrentie op de markt heeft de premie gedrukt. Bovendien kunnen consumenten gebruik maken van het prijsvoordeel van collectiviteiten. Aanvullende verzekeringen worden gekenmerkt door ruime acceptatie en beperkte premiedifferentiatie. Van de verzekerden heeft 95% geen eigen risico genomen, aangezien de premiekorting voor het nemen van eigen risico is gedaald ten opzichte van de particuliere verzekeringen in 2005 en het nu niet meer lonend blijkt voor verzekerden om een eigen risico te nemen. Mensen met een slechtere gezondheid hebben duurdere basisverzekeringen dan mensen met een betere gezondheid. Dit kan niet worden verklaard uit premiedifferentiatie. Waarschijnlijk is dat mensen met een minder goede gezondheid meer geïnteresseerd zijn in de dekking door de verzekering dan in de prijs van de verzekering omdat zij willen weten welke zorg zij kunnen gebruiken.

Premiestelling in 2007

Gezien de huidige stand van zaken in de zorgverzekeringsmarkt – met een scherpe prijsstelling en een grote overstapbereidheid van verzekerden - ligt het in de lijn der verwachting dat zorgverzekeraars het niveau van de huidige premiestelling doortrekken naar 2007. Daarbij gelden de kosten van zorg als een moeilijk te voorspellen factor. Als zorgverzekeraars hun zorgverzekeringen daadwerkelijk onder de kostprijs aanbieden zullen zij een beroep doen op hun reserves. Op de langere termijn kunnen zorgverzekeraars een lage premiestelling alleen volhouden als zij een besparing op hun kosten realiseren. Deze kostenbesparing kan voortkomen uit verdere concentratie, het verlagen van de zorgkosten op de zorginkoopmarkten, verlaging van de beheerskosten en mogelijk verticale integratie.

Kwaliteit

Het overgrote deel van de verzekerden heeft polissen met gecontracteerde

zorg gekocht. Echter, het is voor verzekerden nog moeilijk kiezen op basis van de kwaliteit van de verzekeraar of van de gecontracteerde zorg. Kwaliteitsinformatie was beperkt aanwezig en daardoor niet goed vergelijkbaar. De NZa i.o. vindt de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en het toegankelijk maken van deze informatie voor het brede publiek van groot belang. Dit stelt verzekeraars in staat om (potentiële) verzekerden beter te informeren over de kwaliteit van de zorg waarvoor zij zich verzekeren.

- Acties NZa i.o.** In het kader van de monitor zorgverzekeringmarkt onderneemt de NZa i.o. op korte termijn de volgende initiatieven:
- Afbakening markt** De NZa i.o. specificeert in 2006 de zienswijzen op de fusies van zorgverzekeraars ten behoeve van de afbakening van de zorgverzekeringmarkt. Dit gebeurt in afstemming met de NMa. Pas na afbakening van de markt kunnen conclusies worden getrokken die betrekking hebben op (gedragingen van zorgverzekeraars op) de relevante markt.
- Overstapgedrag chronisch zieken** De NZa i.o. houdt aandacht voor verschillen in overstappen tussen groepen van verzekerden. In de tweede helft van 2006 publiceert de NZa i.o. in samenwerking met het NIVEL een onderzoek naar het overstapgedrag van chronisch zieken. Daaruit zal moeten blijken of en hoe zij verschillen van andere verzekerden in hun zoek- en keuzegedrag.
- Rol van looptijd collectieve contracten nader geanalyseerd** In de volgende monitor gaat de NZa i.o. in op de vraag of verzekerden die zijn aangesloten bij een meerjarige collectiviteit minder snel overstappen naar een andere zorgverzekeraar dan verzekerden met een collectiviteit met beperkte looptijd.
- Studie naar kostenbesparingen door collectiviteiten** Premiekortingen op collectieve contracten kunnen worden bekostigd door kostenbesparingen. Op basis van de beschikbare gegevens valt echter nog maar te bezien of daarvan sprake is in 2006. De NZa i.o. zal de kostenbesparing door collectieve contracten nader bestuderen.
- Evaluatie beoordeling modelovereenkomsten** De NZa i.o. evalueert samen met de zorgverzekeraars de modelovereenkomstbeoordeling 2006 en stelt een brochure op om een goede aanlevering van modelovereenkomsten 2007 te bevorderen en 'hints en tips' te geven aan zorgverzekeraars.
- Aandringen op meer transparantie kwaliteit** De NZa i.o. blijft sterk aandringen op meer transparantie van de zorgaanbieders zodat verzekeraars in staat worden gesteld zorgaanbieders die zorg van betere kwaliteit leveren beter te belonen. Dan kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden ook beter informeren over de zorg die zij hebben gecontracteerd.
- Inventarisatie inkoopgedrag** In de tweede helft van 2006 start de NZa i.o. met een inventarisatie van het inkoopgedrag van zorgverzekeraars. Tevens bestudeert de NZa i.o. de mogelijkheden voor een betere aansluiting van de cycli van de inkoop van zorg en het overstappen op de zorgverzekeringmarkt.
- Reglementen** De NZa i.o. stimuleert dat zorgverzekeraars tijdig hun reglementen voor

geneesmiddelen en hulpmiddelen aanbieden teneinde consumenten de gelegenheid te geven zorgverzekeraars te kiezen mede op grond van hun wensen voor de verstrekking van geneesmiddelen en hulpmiddelen.

***Prijsgevoeligheids-
onderzoek***

De NZa i.o. onderzoekt verder de prijsgevoeligheid van de vraag naar zorgverzekeringen.

Vermogenspositie

De NZa i.o. zal de relatie vermogenspositie-premiestelling nader onderzoeken en de uitkomsten nader beoordelen ten behoeve van inzicht in het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt.

1. Inleiding

1.a. Doelstelling

Verzoek VWS

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het CTZ en CTG/ZAio verzocht samen (voortaan: Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting, NZa i.o.) een monitor voor de zorgverzekeringsmarkt te ontwikkelen.¹ De NZa zal ontstaan na inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Per 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden. Deze stelselherziening is de aanleiding om met een monitor de zorgverzekeringsmarkt structureel te volgen. In de Wmg heeft de NZa de taak de ontwikkeling van de zorgverzekeringsmarkt te onderzoeken.

Consultatieronde

In voorbereiding op de monitor heeft de NZa i.o. een consultatie- en visiedocument zorgverzekeringsmarkt gepubliceerd. Daarin is in het kader van een risicoanalyse aan verschillende partijen en deskundigen gevraagd welke aspecten van de zorgverzekeringsmarkt in de monitor zouden moeten worden gevolgd. Vervolgens heeft de NZa i.o. concrete voornemens in het visiedocument opgenomen. Eén daarvan was om medio 2006 een eerste monitorrapportage te laten verschijnen.

Doelstelling eerste rapportage

Doelstelling van deze eerste rapportage is aan te geven hoe het staat met de ontwikkeling van de zorgverzekeringsmarkt in het licht van de door de NZa i.o. onderscheiden risico's. Tevens wordt onderzocht welke effecten de invoering van gereguleerde marktwerking heeft op het gedrag van zorgverzekeraars en op de publieke belangen. Daarbij gaat om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Deze rapportage is een eerste meting en verschijnt vlak na het sluiten van de markt. Hierdoor is een aantal aspecten nog niet volledig geanalyseerd. In deze rapportage geeft de NZa i.o. aan welke onderzoeken nog nodig zijn voor een meer compleet beeld.

De monitor gaat in een aantal opzichten verder dan een analyse van de werking van de zorgverzekeringsmarkt; aan de orde komt ook of gedragingen van zorgverzekeraars op gespannen voet hebben gestaan met de wettelijke bepalingen in de Zvw die ten doel hebben ongewenst marktgedrag te voorkomen.

1.b. Focus

Risico's marktstructuur

In het Visiedocument staat een aantal risico's van de zorgverzekeringsmarkt genoemd. De belangrijkste hebben te maken met de marktstructuur en de mobiliteit van verzekerden. Een compleet overzicht van de aspecten die in de structurele monitor aandacht krijgen staat in bijlage 1.

Voor de marktstructuur geldt dat eerst marktafbakening moet plaatsvinden. Daarbij staat de vraag centraal of het bij relevante productmarkten gaat om een landelijke markt of een regionale markt. Onderzoek naar marktafbakening zal later in 2006 worden opgestart. In afwachting daarvan beschrijft de monitor zowel op landelijk niveau als op provinciaal niveau belangrijke ontwikkelingen. In geval van provinciale markten is het voorkomen van de risico's groter: door hoge regionale concentratiegraden krijgen verzekerden mogelijk te maken met minder keuzemogelijkheden en te hoge prijzen. Ook kan toetreding worden belemmerd.

¹ Als in deze monitor over een "markt" wordt gesproken, is dit geen mededingingsrechtelijk afgebakende markt.

Risico's mobiliteit Risico's die te maken hebben met de mobiliteit van verzekerden betreffen de prijsgevoeligheid van de consument, de transparantie van de markt en de invloed van contractvoorwaarden van aanvullende verzekeringen.

Overige aspecten Verder is in het Visiedocument een aantal uitkomsten aangegeven die moeten worden gevolgd. Deze uitkomsten betreffen vooral de betaalbaarheid (te betalen premies), de uiteindelijke voorkeuren van consumenten en de ontwikkeling van de collectieve markt. In de rapportage worden ook aspecten van de zorgverzekeringsmarkt toegelicht waarvan VWS heeft aangegeven dat de Eerste en/of Tweede Kamer daarover informatie willen ontvangen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om overstapbeperkingen maar ook om risicoselectie. Voor een compleet overzicht van de elementen van de monitor van de zorgverzekeringsmarkt is bijlage 1 toegevoegd.

1.c. Informatiebronnen

Bij de voorliggende monitor is gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen. Bij het verzamelen van deze informatie is geprobeerd de administratieve lasten voor zorgverzekeraars zo veel mogelijk te beperken. Zo zijn gegevens niet bij zorgverzekeraars opgevraagd indien deze al aanwezig waren bij andere instanties. In tabel 1.1 is een overzicht opgenomen van de gebruikte bronnen.

Tabel 1.1 Informatiebronnen monitor zorgverzekeringsmarkt

Informatiebron	Aspecten zorgverzekeringsmarkt
Beoordeling van model-overeenkomsten door CTZ	Aanbod basisverzekering: aantallen zorgverzekeraars, aantallen en soorten van polissen, premies
Gegevensverzameling bij zorgverzekeraars over in- en uitstroom verzekerden door Vektis	Aantallen overstappers, kenmerken overstappers, marktaandelen zorgverzekeraars, verzekerden per soort van polis, en voorkeuren eigen risico en aanvullende verzekering
Enquêtes onder verzekerden door IBMG	Overstapgedrag verzekerden en achtergronden, voorkeuren verzekerden
Gegevensverzameling bij zorgverzekeraars door de NZa i.o.	Kenmerken collectiviteiten en verkochte aantallen collectieve zorgverzekeringen
DNB	Geaggregeerde data over solvabiliteit, zorg- en beheerskosten.
Overzicht aanvullende verzekeringen van RIVM	Beeld aanbod aanvullende verzekering
Diversen: websites, informatiemateriaal verzekeraars e.d.	Transparantie van de markt (keuze-informatie voor verzekerden)

Vektis De gegevens die zijn verzameld door Vektis geven een beeld van de totale mobiliteit van de Nederlandse bevolking. Hiervoor zijn de verzekerdenstanden per verzekeraar op twee peilmomenten – 31 december 2005 en 1 maart 2006 – verzameld. Verzekerden hebben zich echter nog na 1 maart 2006 kunnen

inschrijven bij een nieuwe zorgverzekeraar. De NZa i.o. gaat ervan uit dat de informatie van 1 maart een betrouwbare afspiegeling vormt van de totale mobiliteit.

Enquêtes onder verzekerden

Door middel van een enquête onder een panel van 2.000 verzekerden wordt inzicht verkregen in de achtergronden van verzekerden over hun overstapgedrag. Analyse van de data geeft inzicht in de uiteindelijke overstapredenen en overstapbelemmeringen. De NZa i.o. heeft hierbij samengewerkt met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

Collectiviteiten

De NZa i.o. heeft zelf gegevens over collectiviteiten bij zorgverzekeraars opgevraagd. Deze gegevens waren nog niet beschikbaar. Het overgrote deel van de zorgverzekeraars heeft de gegevens opgestuurd. Enkele hebben dit niet gedaan. Daar waar het gaat om niet geheel complete gegevens wordt dit in de monitor aangegeven.

1.d. Opbouw monitor

De monitor is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt. Onderwerpen die aan bod komen zijn de definitie van de markt, het aanbod en de mobiliteit van verzekerden. In de daarop volgende hoofdstukken komen de publieke randvoorwaarden aan bod. Hoofdstuk 3 behandelt het effect van de werking van de zorgverzekeringsmarkt voor de kwaliteit van zorg. Hoofdstuk 4 gaat vervolgens over de toegankelijkheid, waarbij onderwerpen als acceptatie door zorgverzekeraars, de toegankelijkheid van de collectieve verzekering, de transparantie van het verzekeringsaanbod en de toegankelijkheid van zorg aan bod komen. De laatste publieke randvoorwaarde – betaalbaarheid – wordt in hoofdstuk 5 behandeld. Daar gaat het om de prijsgevoeligheid van de consument, de premieontwikkeling en de betaalbaarheid van de zorg.

2. Kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt in 2006

2.a. Inleiding

In dit hoofdstuk komen de volgende aspecten van de zorgverzekeringsmarkt aan de orde. Ten eerste wordt een beeld geschetst van de structuur van de zorgverzekeringsmarkt in 2006. De analyses in deze monitor zijn nog niet gestoeld op een afgebakende markt. De monitor gaat in op landelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen op provinciaal niveau.

Het gaat daarbij om het aantal zorgverzekeraars en de aangeboden verzekeringen en het aanbod van aanvullende verzekeringen. Ook wordt nader ingegaan op de markt voor collectieve verzekeringen. Ten tweede wordt in dit hoofdstuk het overstapgedrag van verzekerden nader geanalyseerd.

De analyse in dit hoofdstuk geeft aan in hoeverre de risico's die de NZa i.o. ziet op de zorgverzekeringsmarkt zich momenteel daadwerkelijk voordoen. Het gaat daarbij om de volgende risico's.

Hoge marktaandeelen

In het Visiedocument zorgverzekeringsmarkt is aangegeven dat in het scenario waarbij sprake is van regionale markten er een grote kans is op hoge marktconcentraties. Zorgverzekeraars hebben regionaal historisch hoge marktaandeelen op zowel de zorgverzekeringsmarkt als de zorginkoopmarkt. Door een hoge concentratie kan aanmerkelijke marktmacht van een zorgverzekeraar ontstaan. Dit betekent dat een zorgverzekeraar zich onafhankelijk van zijn concurrenten of consumenten kan gedragen in bijvoorbeeld zijn premiezetting op de zorgverzekeringsmarkt en bij het afsluiten van contracten met zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt. Dit gedrag kan ertoe leiden dat de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit onvoldoende worden geborgd.

Marktafbakening

Om een uitspraak te doen over de markt van zorgverzekeringen is het nodig om de markt af te bakenen.² De afgebakende markt is dan de relevante markt. Later dit jaar zal de NZa i.o. de zorgverzekeringsmarkt gaan afbakenen. Zonder een markt af te bakenen is het namelijk niet mogelijk om bijvoorbeeld prijsverschillen tussen regio's en de positie van partijen op de markt te beoordelen. Dit laatste is weer van belang om te bepalen of een partij over een aanmerkelijke marktmachtspositie (AMM) beschikt. Aan partijen met AMM kan de NZa preventief verplichtingen opleggen als zij verwacht dat deze machtspositie de publieke belangen kan schaden.

Toetreding

De NZa i.o. heeft als tweede risicofactor onderscheiden dat pogingen tot het verwerven van marktaandeel op een regionale markt moeilijk zou kunnen zijn. Bij het uitblijven hiervan worden situaties met hoge concentraties bestendigd. Dit kan leiden tot minder competitie in de markt.

² Bij de afbakening van een markt dient men naar de relevante productmarkt en de geografische markt te kijken. De relevante productmarkt bestaat uit alle goederen en/of diensten die de afnemer, op grond van hun kenmerken, prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd, als onderling verwisselbaar of substitueerbaar beschouwt. Er zijn twee factoren van invloed op de relevante productmarkt, namelijk:

1. de mate van vraagsubstitutie, en
2. de mate van aanbodsubstitutie.

De relevante geografische markt is het gebied waarbinnen ondernemingen goederen en/of diensten aanbieden en waarbinnen de concurrentievoorwaarden gelijkwaardig zijn en duidelijk afwijken van die van aangrenzende gebieden.

Overstappers

Het is voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt van belang dat verzekerden de mogelijkheid hebben om te wisselen van zorgverzekeraar en actief overstappen naar verzekeraars die polissen tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding aanbieden. Hiermee wordt de concurrentie tussen verzekeraars versterkt en worden verzekeraars geprikkeld om zowel naar de prijs van hun polis als de kwaliteit van de door hen ingekochte zorg te letten. Omdat de mobiliteit van verzekerden in voorgaande jaren gering was, heeft de NZa i.o. onderzocht hoeveel verzekerden in 2006 zijn overgestapt. Dit hoofdstuk geeft een nadere analyse van deze mobiliteit. Op basis van deze analyse kunnen de kenmerken die gerelateerd zijn aan mensen die actief overstappen worden geïdentificeerd. De groep actieve overstappers kan daarnaast als voorbeeldgroep worden gebruikt voor andere groepen. Op die manier kan beleid worden ontwikkeld om het overstappedrag van deze andere groepen te bevorderen.

2.b. Het aanbod van zorgverzekeringen ³

2.b.1. De zorgverzekeraars

Begin 2006 zijn 33 zorgverzekeraars actief op de zorgverzekeringsmarkt. Gegroepeerd naar concerns gaat het om 14 aanbieders. Een zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om een modelovereenkomst onder meerdere labels op de markt te brengen.^{4 5} In 2006 zijn 43 labels van basisverzekeringen op de markt gebracht (zie bijlage 2).

De Zvw (artikel 29 lid 2) biedt verzekeraars met een verzekerdenaantal onder de 850.000 de mogelijkheid om het gebied waar zijn polissen aangeboden worden te beperken tot een of meer provincies van Nederland. De polissen van grotere verzekeraars moeten altijd in alle provincies aangeboden worden. Geen enkele zorgverzekeraar beperkt zich tot een of enkele provincies. Vier zorgverzekeraars differentiëren wel polissen naar provincie, maar altijd zodanig dat twee polissen per zorgverzekeraar gezamenlijk een landelijk werkgebied vormen (bijvoorbeeld een polis voor Noord-Nederland en een voor Zuid-Nederland). De verzekerde sluit echter alleen een polis voor de provincie waar hij woont. Een zorgverzekeraar biedt, naast een landelijke polis, een polis aan voor de provincies Overijssel en Gelderland.

Bij de negen polissen, waarbij gedifferentieerd is naar provincie, is door verzekeraars geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om te differentiëren in de premiegrondslag. Identieke polissen worden dus niet tegen andere prijzen verkocht in andere provincies. Daarnaast is er tussen de provincies nagenoeg geen verschil in het aanbod van natura-, restitutie- en combinatiepolissen.⁶

2.b.2. Marktaandeel zorgverzekeraars

Dynamiek

In 2006 zijn veel verzekerden overgestapt naar een andere verzekeraar. Hierbij

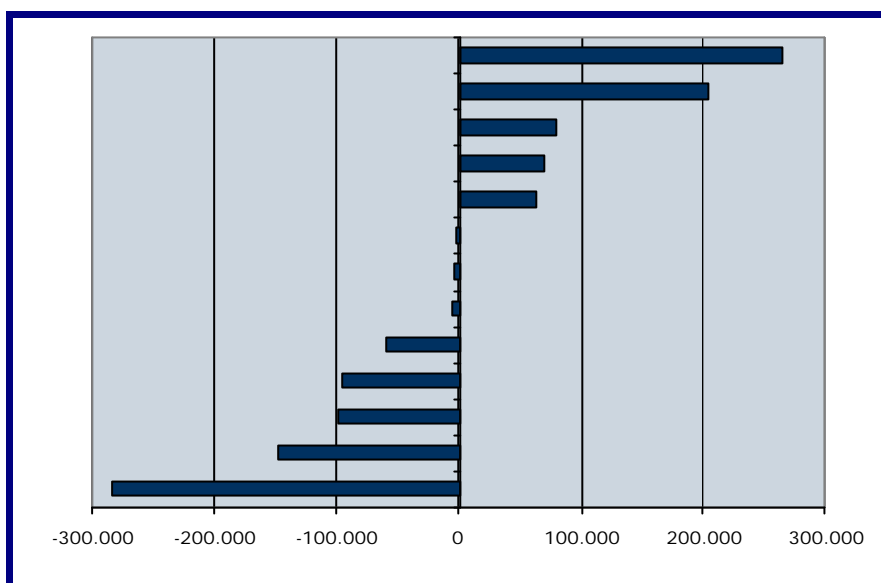
³ Onder zorgverzekering wordt hier de basisverzekering verstaan.

⁴ Een modelovereenkomst is een model van een zorgverzekering. Hierin wordt een overzicht gegeven van de rechten en plichten die de verzekerde en zorgverzekeraar ten opzichte van elkaar hebben als een overeenkomst volgens dat model wordt gesloten.

⁵ Een zorgverzekeraar kan eenzelfde modelovereenkomst onder meerdere labels op de markt brengen. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. heeft bijvoorbeeld een modelovereenkomst op de markt gebracht onder vijf labels; ONVZ, Allianz, Aegon, Nationale Nederlanden en VVAA. Bij alle labels is de risicodragers ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.

⁶ In paragraaf 2.c.4 wordt nader ingegaan op dit onderscheid in polissen.

hebben een aantal verzekeraars verzekerden gewonnen, andere verloren. Figuur 2.1. geeft de grote dynamiek weer.



Figuur 2.1: Winst en verlies van verzekerden 2005-2006 op concernniveau⁷

Verlies of winst is niet eenduidig toe te schrijven aan de soort zorgverzekeraar. Het zijn niet alleen voormalige ziekenfondsen of voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars die verzekerden winnen of verliezen. Landelijk werkende maar ook voormalig regionaal georiënteerde zorgverzekeraars hebben geprofiteerd van de overstap van verzekerden. Wel hebben de vier grootste zorgverzekeraars hun gezamenlijk marktaandeel zien toenemen ten opzichte van 2005. Verzekeraars die verzekerden hebben verloren, hebben dat vooral gedaan in de regio waar ze van oudsher sterk gepositioneerd waren.

De verdeling van marktaandelen (markt-concentratie)

Voor de beschrijving van de marktaandelen van zorgverzekeraars wordt hier de Herfindahl-Hirschmanindex (HHI) gebruikt. Deze index geeft de concentratie in een bepaalde markt weer.⁸ Bij een HHI van minder dan 1.000 spreekt men van een ongeconcentreerde markt en bij een HHI boven 1.800 van een geconcentreerde markt. Een index tussen de 1.000 en 1.800 punten is kenmerkend voor een gematigd geconcentreerde markt.⁹

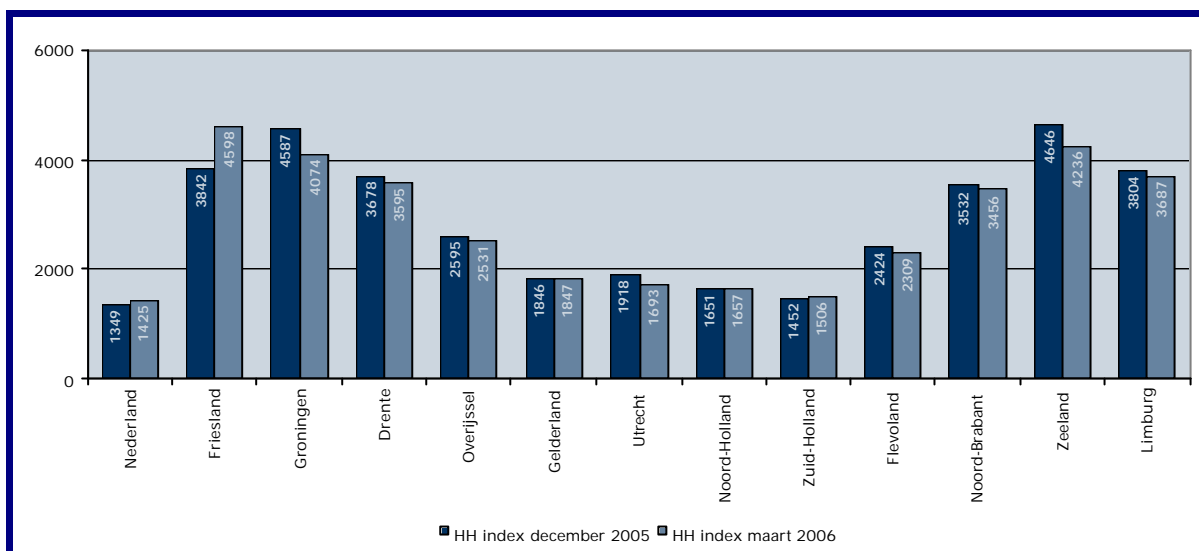
De HHI is berekend voor 2006 en 2005. De resultaten zijn weergegeven in figuur 2.2. Bij de berekening van de HHI is uitgegaan van de veertien concerns die gezamenlijk de 33 zorgverzekeraars op de markt vormen.¹⁰ Hierbij moet worden opgemerkt dat de marktconcentraties mogelijk te hoog worden geschat. Aangezien er vooralsnog geen bewijs is van concurrentie binnen concerns, gaat de de NZa i.o. hier niet van uit.

⁷ Hoewel hierboven is gesproken van veertien aanbieders, geeft deze figuur slechts gegevens van dertien aanbieders. Eén kleine, niet tot een concern behorende zelfstandig werkende verzekeraar heeft geen informatie aangeleverd. Vanwege de marktgevoelige informatie is de figuur geanonimiseerd.

⁸ De HHI index is de sommatie van de gekwadrateerde marktaandelen van alle zorgverzekeraars. De HHI index kan variëren tussen 0 en 10.000 punten, waarbij een hogere HHI een hoge concentratie aangeeft. Naarmate er meer partijen op de markt actief zijn, wordt de HHI index lager. Bij een ongelimiteerd aantal spelers benadert de index het getal 0. Bij een marktpartij met een 100% marktaandeel is de index 10.000.

⁹ Bron: US Department of Justice, A dose of competition, 1997

¹⁰ Onder "concern" wordt verstaan bijvoorbeeld de optelsom van alle tot Achmea behorende rechtspersonen, maar ook bijvoorbeeld de zelfstandige rechtspersoon Azivo.



Figuur 2.2: Herfindahl-Hirschmann indices voor de zorgverzekeringsmarkt in 2005 en 2006 op concernniveau

Voorlopige conclusies

Uit figuur 2.2 blijkt dat landelijk gezien in 2006 sprake is van een lichte toename van de marktconcentratie ten opzichte van 2005. De grootste zorgverzekeraars hebben hun aandeel verder weten te vergroten. Deze trend zal zich naar verwachting in 2006 voortzetten. De afgelopen tijd hebben verschillende verzekeraars fusieplannen bekendgemaakt. Eind 2005 zijn de ziekenfondsen van CZ en OZ al gefuseerd. VGZ, Univé en IZA deden in 2002 al een poging om samen te gaan, maar dat is toen niet doorgegaan. Later zijn VGZ en IZA gefuseerd, en onlangs is Trias in dat bedrijf geïntegreerd. In mei 2006 maakten VGZ en Univé bekend een nieuwe poging te ondernemen. Begin juni maakten Menzis, Agis en Delta Lloyd het voornemen tot fusie bekend. Uit een eerste analyse van de concentratie van de zorgverzekeringsmarkt op landelijk niveau blijkt dat de HHI door beide fusies zou stijgen. In de volgende monitor zal de NZa i.o. hieraan nadere aandacht besteden.

De NMa is bevoegd tot het beoordelen en toestaan van voorgenoemde concentraties. Bovengenoemde fusies van VGZ/Univé en Menzis/Agis/Delta Lloyd moeten nog worden aangemeld bij de NMa. De NZa i.o. brengt over deze concentraties zienswijzen uit aan de NMa.

Conclusies op provinciaal niveau

Op provinciaal niveau is de concentratie in 2006, met uitzondering van de provincie Friesland en Zuid-Holland (en een minimale toename in Gelderland en Noord-Holland), ten opzichte van 2005 afgenomen. In 2005 was er in tien provincies sprake van een geconcentreerde markt en in 2006 zijn dat negen provincies. In 2005 was in twee provincies (Noord-Holland en Zuid-Holland) sprake van een gematigd geconcentreerde markt. In 2006 gaat het om drie provincies. In de provincie Utrecht is in 2006 ten opzichte van 2005 een verschuiving zichtbaar van een geconcentreerde markt naar een gematigd geconcentreerde markt.

De hierboven al aangehaalde voornemens tot fusie van enkele grote zorgverzekeraars zal de verdeling van marktaandelen op provinciaal niveau beïnvloeden.

2.b.3. Toetreding

Onder toetreding wordt hier verstaan het verwerven van een substantieel aantal verzekerden op een geografische markt (land/provincie of regio's) of

productmarkt waar een zorgverzekeraar voorheen geen of een gering marktaandeel had. De mate van toetreding in een markt is een indicator voor enerzijds de aantrekkelijkheid van die product- of geografische markt, en anderzijds een indicator voor hoeveel concurrentie bestaande aanbieders te vrezen hebben van nieuwe toetreders.

Afhankelijk van de afbakening van markten kent toetreding tot de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt(en) drie mogelijke vormen:

- een buitenlandse verzekeraar verwerft marktaandeel in Nederland;
- een Nederlandse verzekeraar die voor 2006 niet werkzaam was op de zorgverzekeringsmarkt maar vanaf 2006 wel;
- een zorgverzekeraar verwerft substantiële marktaandelen in regio's waar hij die voorheen niet had (in geval van regionale markten).

Geen buitenlandse toetreding

Er is in 2006 geen toetreding vanuit het buitenland geconstateerd. DNB heeft geen vergunning verleend aan een buitenlandse verzekeraar.

Geen toetreders

In 2006 hebben zich geen geheel nieuwe toetreders gemeld. Er is sprake van een nieuw label op de markt. Interpolis is in 2006 als onderdeel van Achmea begonnen met zorgverzekeringen. Marktaandeel verwerven op de markt van sociale ziektekostenverzekeringen was in het verleden niet eenvoudig. In de jaren negentig hebben zeven nieuwe ziekenfondsen de markt betreden. Twee van deze nieuwe toetreders zijn voor 2002 overgenomen door een bestaande firma. De vijf overgebleven nieuwe toetreders zijn er niet in geslaagd een substantieel marktaandeel te veroveren. Twee van deze toetreders hebben de markt voor 2002 al verlaten. In 2002, was het gecombineerde marktaandeel van alle nieuwe toetreders in de jaren negentig 1,5%.¹¹

Werkgebieden

Het is gebleken dat alle zorgverzekeraars in alle provincies polissen aanbieden. Er bestond een ziekenfonds (Azivo) dat in 2005 een werkgebied kleiner dan Nederland had. Deze heeft als zorgverzekeraar nu een landelijk verkrijgbare combinatiepolis op de markt gebracht.

Toetreding via collectieve contracten

Via collectiviteiten kunnen verzekeraars eveneens inbreken in regionale markten. Uit de opgave van zorgverzekeraars aan de NZa i.o. blijkt dat zogeheten bovenregionale collectiviteiten ongeveer 2 miljoen verzekerden hebben die grotendeels bij de grotere voormalige ziekenfondsen en voormalig particuliere ziektekostenverzekeraars zitten.¹² De kleinere, regionale ziekenfondsen hebben voornamelijk collectiviteiten met werkgevers of organisaties die regionaal gebonden zijn, gesloten.¹³

Toetreding tot provincies

Het door zorgverzekeraars aanbieden van polissen in alle provincies heeft in 2006 niet geleid tot substantiële veranderingen van marktaandelen in provincies.¹⁴ Er zijn een aantal zorgverzekeraars waarvan het marktaandeel in een provincie met enkele procenten is toegenomen. Voor het overige zijn de

¹¹ M. Pomp - V. Shestalova - L. Rangel, Switch on the competition, CPB, 2005

¹² Tot bovenregionale collectiviteiten worden gerekend: landelijke werkgevers, patiëntenverenigingen, vakverenigingen van werkgevers en niet plaats gebonden collectieven (o.a. ouderenbonden, internetcollectieven, vakbonden).

¹³ Hieruit kan niet de conclusie worden getrokken dat grote zorgverzekeraars geen contracten hebben met kleinere werkgevers buiten hun oorspronkelijke werkgebied. Deze contracten kunnen buiten de uitvraag van de NZa i.o. zijn gevallen.

¹⁴ Hierbij wordt uitgegaan van rechtspersonen die polissen aanbieden en niet de concerns die een landelijke dekking kunnen hebben.

mutaties in marktaandeel gering.

Monitoren en aanpakken van toetredingsdrempels

Het is opvallend dat ondanks de grote mobiliteit van verzekerden (zie paragraaf 2.c.) weinig verzekeraars marktaandeel hebben verworven buiten hun kernwerkgebied in 2005. Mogelijk bestaan er toetredingsdrempels voor verzekeraars. Alle verzekeraars bieden echter landelijke polissen aan. De consument kan daarom in principe eenvoudig overstappen naar een andere zorgverzekeraar. De NZa i.o. ziet toetreding van nieuwe of bestaande aanbieders op de langere termijn, door middel van de concurrentiedruk die hiervan uitgaat, als een belangrijke voorwaarde voor een concurrerende markt die blijft aansluiten op de wensen van de verzekerden. Voortvloeiend uit haar taak om de marktwerking waar nodig te bevorderen, zal de NZa i.o. toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt de komende jaren blijven monitoren en zich specifiek richten op het identificeren en slechten van mogelijke toetredingsdrempels. Ook zal de NZa i.o. de transparantie op de zorgverzekeringsmarkt voor de consument bevorderen zodat deze goed in staat is een keuze tussen verschillende verzekeraars te maken.

2.b.4. Aanbod en premiestelling van zorgverzekeringen

Het CTZ heeft in totaal 56 modelovereenkomsten beoordeeld en goedgekeurd.¹⁵ Uit tabel 2.1 blijkt dat er onder de Zvw zes soorten modelovereenkomsten op de markt zijn gebracht. In bijlage 3 is een schematisch overzicht opgenomen van de soorten modelovereenkomsten onder de Zvw.

Differentiatie naar rechtspositie

Er zijn drie vormen van modelovereenkomsten die de rechtspositie van de verzekerde bepalen; de natura-, restitutie- en combinatievariant. In de naturavariant heeft de verzekerde recht op zorg. Er zijn zeventien naturapolissen.

Tabel 2.1 Aanbod modelovereenkomsten

Rechtspositie verzekerde	Contractering	Aantal
Natura	Gecontracteerde zorg	17
Restitutie	Gecontracteerde zorg	4
Restitutie	Deels gecontracteerde zorg	8
Restitutie	Niet gecontracteerde zorg	15
Combinatie	Gecontracteerde zorg	3
Combinatie	Deels gecontracteerde zorg	9
Totaal		56

bron: NZa i.o.

In de restitutievvariant heeft de verzekerde recht op vergoeding van kosten van zorg. Er zijn 27 restitutiepolissen. Er zijn twaalf combinatiepolissen op de markt gebracht. De combinatiepolis is een tussenvorm van natura en restitutie, waarbij per verzekerde prestatie aangegeven is of de verzekerde recht heeft op zorg of op vergoeding van kosten van zorg.

Differentiatie naar Per definitie heeft de zorgverzekeraar bij de naturavariant altijd zorg

¹⁵ De Zvw (artikel 25) verplicht een zorgverzekeraar het voornemen om zorgverzekeringen aan te bieden en uit te voeren eerst te melden bij het CTZ. Bij deze melding moet de zorgverzekeraar de modelovereenkomsten bijvoegen volgens welke hij zorgverzekeringen wil aanbieden. Daarnaast verplicht de Zvw de zorgverzekeraars nieuwe elementen en wijzigingen in hun modelovereenkomsten ook vooraf te melden bij het CTZ.

zorgcontractering gecontracteerd voor zijn verzekerden. Dit laat onverlet dat een verzekerde ook kan kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval dient de verzekerde wel een deel van de kosten zelf te betalen (zie hoofdstuk 5 voor een overzicht om hoeveel verzekerden het hierbij gaat). Bij de restitutievariant kan de verzekerde in principe zelf een zorgaanbieder kiezen, tenzij de zorgverzekeraar contracten met zorgaanbieders heeft gesloten. Hierbij kan sprake zijn van volledig of deels gecontracteerde zorg. In vier van de restitutievarianten is sprake van gecontracteerde zorg, bij acht van deels gecontracteerde zorg en bij vijftien van niet gecontracteerde zorg. Voor de combinatievariant geldt dat ook sprake is van volledig (drie van de combinatievarianten) en deels gecontracteerde zorg (negen van de combinatievarianten).

Differentiatie naar invulling van functionele omschrijvingen De inhoud en omvang van de functionele omschrijvingen is vastgelegd in de Zvw. De zorgverzekeraar moet deze functionele omschrijvingen in de modelovereenkomst vertalen naar verzekerde prestaties. Dat betekent dat de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst moet aangeven bij wat voor soort aanbieder, waar en onder welke toegangsvoorwaarden de verzekerde in aanmerking komt voor zorg. De Zvw regelt tegelijkertijd dat de zorgverzekeraar de verzekerde prestaties niet meer of minder uitgebreid mag invullen dan de wettelijke functionele omschrijvingen. In de praktijk blijkt nu dat in de aard, inhoud en omvang van de zorg geen verschillen bestaan tussen de momenteel verkrijgbare zorgpolissen. Bij bepaalde verzekerde prestaties neemt de NZa i.o. waar dat zorgverzekeraars werken met machtigingen: een verzekerde moet vooraf toestemming krijgen voor hij zijn recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Het gaat hierbij vooral om plastische chirurgie, mondzorg of medisch specialistische zorg.¹⁶

Vaststelling premie Bij het vaststellen van de premie en kortingen zal de zorgverzekeraar met de volgende componenten rekening houden:

- zorgkosten (rekening houdend met inkoopvoordelen);
- beheerskosten;
- financiële positie: solvabiliteitsmarge, beleggingsopbrengsten;
- concurrentieoverwegingen en overige marktdoelstellingen.

Dekking van zorgkosten Op basis van het risicoprofiel van de verzekerden per zorgverzekeraar ontvangt elke verzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds (ZVF) een bedrag dat de zorguitgaven gedeeltelijk dekt. Als de zorgverzekeraar gezien zijn risicoprofiel meer zorguitgaven kan verwachten ontvangt hij een hoger bedrag. Voor het deel van de zorguitgaven waarvoor de zorgverzekeraar geen uitkering uit het ZVF ontvangt, moet hij een nominale premie heffen dan wel verlies accepteren. De nominale premie bestaat uit een rekenpremie met daarbovenop een landelijk gelijkgesteld premiebedrag in verband met de no-claimregeling. Daarnaast bestaat voor 2006 nog een zogeheten financieel vangnet voor zorgverzekeraars. Dat bestaat uit vergoeding van zorgkosten als de kosten meer dan €35 hoger zijn dan de uitkering uit het ZVF. Deze extra vergoeding is gemaximeerd tot 90% van de extra kosten.

Dekking van beheerskosten Op basis van de geraamde zorgkosten per verzekerde van €970 en de geraamde uitvoeringskosten van €136 is de nominale premie door het

¹⁶ De Nederlandse Patiënten Concumenten Federatie (NPCF) heeft in juni 2006 laten weten aandacht te hebben voor het machtigingsbeleid van verzekeraars en vraagt aan verzekerden om ervaringen met machtigingen aan de NPCF door te geven.

ministerie van VWS voor 2006 geraamd op €1.106. In 2006 zijn de rekenpremie en de no-claimpremie in het BKZ¹⁷ vastgesteld op €715 en €255, samen €970. Vooral ter dekking van de overige beheerskosten moet de zorgverzekeraar een opslag in de nominale premie opnemen. Deze opslag komt bovenop de eerder genoemde €970. Voor de beheerskosten ontvangt de zorgverzekeraar uit het ZVF alleen een vergoeding voor de beheerskosten van kinderen omdat volgens de wettelijke bepalingen voor kinderen geen nominale premie mag worden gevraagd. In 2006 is deze vergoeding per kind €50.

Andere overwegingen

Bij het vaststellen van de nominale premie, inclusief de opslag, zal de zorgverzekeraar naast de beheerskosten ook rekening houden met de financiële positie (solvabiliteitsmarge), beleggingsopbrengsten, eventuele inkoopvoordelen, concurrentieoverwegingen en overige markt doelstellingen.

Premiestelling in 2006

De hoogste premiegrondslag in 2006 is €1.172 per jaar en is een restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg.¹⁸ De modelovereenkomst met de laagste premiegrondslag kost €990. Dit is een restitutiepolis met gecontracteerde zorg. Als de opgenomen premies voor de basisverzekering in de modelovereenkomsten worden vergeleken met het vooraf becijferde kostendeekkende tarief van €1.106 euro dan blijkt dat in 44 van de aangeboden modelovereenkomsten een lagere premie dan €1.106 is opgenomen en in twaalf modelovereenkomsten een hogere premie is opgenomen. Alle genoemde premies zijn exclusief collectiviteitskortingen.

Scherpe premiestelling

Als de door verzekeraars aangeboden premies worden vergeleken met het geraamde tarief van €1.106 is er in 2006 sprake van een scherpe prijsstelling. Berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB) laten zien dat dit in vergelijking met de premiestelling door ziekenfondsen in voorgaande jaren nieuw is. Toen zetten ziekenfondsen een hogere premie in de markt ten opzichte van hun totale kosten.¹⁹ In hoofdstuk 5 komt aan de orde tegen welke gemiddelde prijs de verzekerde in 2006 een polis heeft gekocht.

Prijsverschillen aanwezig

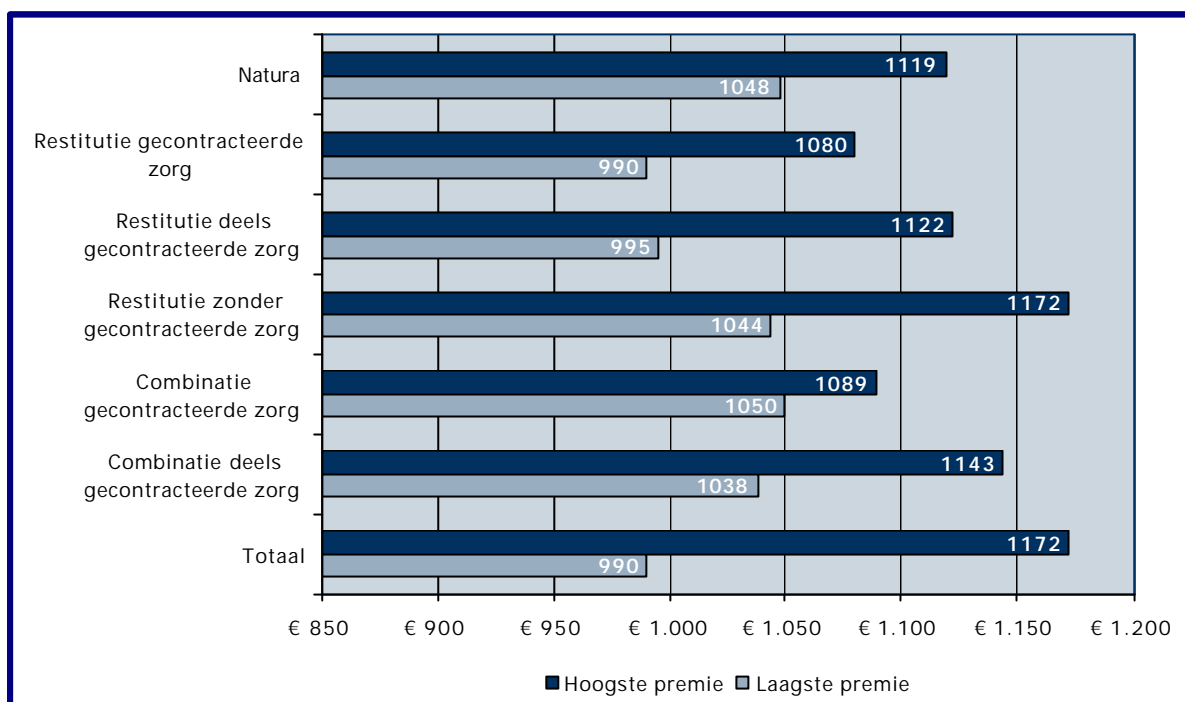
Prijsverschillen tussen polissen lopen op tot meer dan 10%. De laagste prijsverschillen vindt men bij gecombineerde polissen met gecontracteerde zorg, de grootste bij de restitutiepolissen zonder en met deels gecontracteerde zorg.

Verwacht zou worden dat in de premie rekening is gehouden met de keuzevrijheid van de consument en de inkoopkorting van de verzekeraar: bij weinig keuze (naturapolis) een goedkopere polis, bij meer keuze (restitutiepolis) een duurdere polis. Dit blijkt maar gedeeltelijk op te gaan: restitutie- en combinatiepolissen met gecontracteerde zorg van de ene verzekeraar kunnen goedkoper dan een naturapolis van een andere verzekeraar. De restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg is wel het duurst.

¹⁷ BKZ: Budgettair Kader Zorg. Zie Financieel beeld zorg bij de vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006.

¹⁸ De premiegrondslag is de premie waarvoor een collectiviteitskorting en/of korting voor het eigen risico geldt (Zvw art. 17, tweede lid).

¹⁹ Het CPB heeft berekeningen gemaakt dat de premiestelling in 2006 concurrerender is dan in eerdere jaren bij ziekenfondsen onder het regime van de Ziekenfondswet. Een beeld van premiestelling door ziektekostenverzekeraars ontbreekt. Zie: CPB, CEP 2006 (De collectieve sector), p. 136



Figuur 2.3 Spreiding van het aanbod van premies van zorgverzekeringen in 2006

2.b.5. Aanvullende verzekeringen

Aanbod van aanvullende pakketten

In totaal hebben verzekeraars 137 verschillende aanvullende verzekeringen op de markt gebracht. Meestal heeft de verzekerde de keuze uit drie of vier aanvullende verzekeringen bij een zorgverzekeraar.

Particuliere verzekeraars hebben 'opgeschoond'

In de overgang naar het nieuwe stelsel hebben verzekeraars hun aanbod van aanvullende pakketten 'opgeschoond'. Zoals Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangeeft hebben de particuliere verzekeraars de invoering van de Zvw benut om het bestaande, soms zeer gedifferentieerde productassortiment te saneren.²⁰

Product-differentiatie in de aanvullende verzekering

Naast reguliere aanvullende verzekeringen bieden sommige verzekeraars ook pakketten voor speciale doelgroepen. Vier verzekeraars hebben een speciale jongerenpolis die bij twee verzekeraars ook door andere doelgroepen kan worden afgesloten. Verder zijn er aanvullende pakketten voor ouderen (drie verzekeraars) en ondernemers (twee verzekeraars). Twee verzekeraars hebben hun aanbod aan aanvullende verzekeringen afgestemd op verschillende fases in het leven. Er is een verzekeraar die rekening houdt in de dekking met de levensfase van de verzekerde.

Premiestelling van de aanvullende verzekering

De maandpremies voor de aanvullende verzekeringen variëren aanzienlijk. De maandpremie varieert van €5 tot €77. Maar de dekking van deze verzekeringen is ook erg verschillend (grote productheterogeniteit). Een vergelijking van aanvullende verzekeringen is daardoor moeilijk voor de consument.

2.b.6. Collectieve zorgverzekeringen

Veranderingen in 2006

Zowel particuliere ziektekostenverzekeraars als ziekenfondsen sloten in het verleden collectieve verzekeringen af, zowel op het 'basispakket' als voor de

²⁰ Brief Zorgverzekeraars Nederland aan het Ministerie van VWS, 24 november 2005 ('Rapportage over de stand van zaken integraal aanbod verzekeraars')

aanvullende verzekeringen. Bekende voorbeelden van ziekenfondscollectiviteiten zijn de collectiviteiten met gemeenten en/of sociale diensten, maar er bestonden ook werkgeverscollectiviteiten. De grootste veranderingen ten opzichte van 2005 is dat in die ziekenfondscollectiviteiten de korting op de 'basisverzekering' beperkt bleef tot incassovoordelen. Tevens waren er kortingen op de aanvullende verzekeringen.²¹

Ook andere collectiviteiten mogelijk

In de Zvw is geregeld dat een zorgverzekeraar ook met andere rechtspersonen dan een werkgever een overeenkomst kan sluiten.²² Dit heeft de consument de mogelijkheid gegeven om een keuze te maken voor één van de verschillende collectiviteiten. Dat kan zijn via de werkgever, maar ook via de patiëntenvereniging of via een pseudo-collectief (zoals via vakbonden, de Consumentenbond, United Consumers of een bank).

Omvang van de markt

Van de mogelijkheid om een collectief contract te sluiten is veelvuldig gebruik gemaakt. Ongeveer 46% van de verzekerden heeft zich aangesloten bij een collectieve verzekering. Dit is fors hoger dan in voorgaande jaren (zie tabel 2.2). Opgemerkt moet worden dat de leden van organisaties die een collectief contract hebben afgesloten niet als vanzelfsprekend een voorkeur hebben voor de 'eigen' collectiviteit. Het kan zijn dat potentiële verzekerden van collectiviteiten zich individueel hebben verzekerd of dat zij een ander collectief hebben gezocht.

Tabel 2.2 Omvang collectieve markt in percentage verzekerden in 2005 en 2006

	2006	2005 ²³
Individuele verzekerden	54 %	71 %
Collectief verzekerden	46 %	29 %
Aantal collectieve contracten	Ca. 26.000	N.b.

bron: Gegevensuitvragen mobiliteit en collectiviteiten

De rol van patiëntenverenigingen

Het aantal collectief verzekerden via een patiëntenvereniging is in 2006 nog gering. Het is mogelijk dat dit een segment van de markt is waar nichespelers een belangrijke rol gaan spelen. In 2006 concurreren enkele verzekeraars wel met elkaar als het gaat om diabetespatiënten. Paragraaf 4d gaat nader in op de mogelijkheden voor patiëntenverenigingen om collectieve contracten te sluiten en de verhouding tot het risicovereveningssysteem.

In 2005 had circa 20% van de Nederlandse bevolking een collectieve verzekering via een werkgever.²⁴ In 2006 is dit percentage toegenomen tot ongeveer 31% van de bevolking.²⁵

²¹ Onder de Ziekenfondswet werden wel kortingen gegeven voor incassovoordelen bij de basispolis.

²² Zvw, artikel 18

²³ Vektis. 2005. "Zorgmonitor jaarboek 2005: Financiering van de zorg in 2004" (tabellen 2-3, 2-8 en 2-9) (www.vektis.nl): in 2004 was 54,0% van de 5,762 miljoen particulier verzekerden collectief verzekerd, tegen 14,3% van de 10,165 miljoen ziekenfondsverzekerden. Samengenomen waren dus op een totaal van ongeveer 15,927 miljoen verzekerden ongeveer 4,565 miljoen verzekerden (= ongeveer 28,7%) collectief verzekerd.

²⁴ 36% van de bevolking was particulier verzekerd. Van hen had 54% een collectieve verzekering. Onder de aannames dat er een verwaarloosbaar klein aantal ziekenfonds-verzekerden collectief verzekerd was via een werkgever, en dat alle collectief verzekerde particulier verzekerden verzekerd waren via een werkgeverscollectiviteit, geldt: 36% x 54% = 19,5% werkgeverscollectief-verzekerden in 2005.

²⁵ 46% van de bevolking collectief verzekerd, en 67% daarvan via een werkgever, dus: 46% x 67% = 30,8% werkgeverscollectief-verzekerden in 2006.

Tabel 2.3 Kengegevens collectieve verzekeringen 2006

	Werkgever	Patiënten- vereniging	Pseudo- collectiviteit
Verdeling verzekerden over collectiviteiten	67 %	1 %	32 %
Gemiddelde korting op de basisverzekering	6,8 %	4,7 %	6,1 %
Gemiddelde korting op de aanvullende verzekering ²⁶	8,0 %	7,7 %	9,0 %
Verzekerden in collectief met beperkte looptijd ²⁷	48 %	100 %	47 %

bron: Gegevensuitvraag collectiviteiten

**Marktaandeel
veroveren of
behouden**

Het aanbieden van collectiviteiten door verzekeraars had vooral als doel om het aantal verzekerden veilig te stellen of uit te breiden. Dit is gebeurd door middel van het bieden van premiekortingen op de basisverzekering en op de aanvullende verzekeringen.

Premiekortingen

De collectiviteitskorting mag wettelijk niet meer bedragen dan 10% van de premiegrondslag van de modelovereenkomst. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de verhouding tussen premies voor individuele verzekerden en collectief verzekerden. Hier wordt stilgestaan bij de redenen waarom aan collectiviteiten hogere kortingen kunnen worden gegeven dan aan individuele verzekerden.

**Administratieve
besparingen**

Ten eerste kan dit worden verklaard door de administratieve besparingen die verzekeraars kunnen bewerkstelligen door voor een grote groep verzekerden tegelijk een polis te kunnen sluiten. Het is dan nodig om te onderzoeken wat de grootte is van deze besparingen.

Ten tweede door de inkoopvoordelen die kunnen worden behaald als een verzekeraar namens een grotere groep verzekerden met een ziekenhuis kan onderhandelen. Sorensen laat echter zien dat de onderhandelingsmacht van een verzekeraar niet zo zeer samenhangt met zijn grootte, ofwel het aantal verzekerden, maar vooral samenhangt met de mate waarin hij een groep verzekerden ook daadwerkelijk kan sturen naar een specifieke groep ziekenhuizen.²⁸ Uit de verschillende monitors die CTG/ZAio voor de ziekenhuizen, de fysiotherapie en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) heeft gepubliceerd blijkt dat dit nog maar in zeer geringe mate gebeurt. Verzekeraars sluiten tot nu toe met bijna alle aanbieders een contract en maken veelal alleen gebruik van zachte sturing door patiënten die om raad vragen naar een aanbieder te sturen met wie een gunstig contract is afgesloten. Vanuit besparingen geredeneerd lijkt er tot op heden geen reden te zijn waarom verzekeraars aan collectief verzekerden korting geven. De NZa i.o. zal daarom kostenbesparing door collectieve contracten nader bestuderen.

²⁶ Betreft alleen collectiviteiten die per verzekeraar groter zijn dan 1% van de collectief verzekerden of in ieder geval de tien grootste.

²⁷ Betreft alleen collectiviteiten die per verzekeraar groter zijn dan 1% van de collectief verzekerden of in ieder geval de tien grootste.

²⁸ Sorensen, A.R.T. (2003) Insurer-hospital bargaining: negotiated discount in post-deregulation Connecticut, *The Journal of Industrial Economics*, 4:469-490

Andere voordelen dan premiekorting, zoals maatwerk?

Niet alleen het premievoordeel is aantrekkelijk voor de consument. Er is ook ruimte voor het maken van afspraken over aanvullend maatwerk. Een werkgever kan bijvoorbeeld zijn zorgverzekering afstemmen met een verzuim-, Arbo-, of reïntegratiebeleid. Voor 2006 lijkt dit nog nauwelijks het geval. Uit de opgave van zorgverzekeraars aan de NZa i.o. komen slechts enkele aanvullende afspraken naar voren over verzuim- en reïntegratiebeleid. Andere aanvullende afspraken die zijn gemaakt liggen vooral in de sfeer van uitbreiding of het op maat maken van de aanvullende verzekering.

Maatwerk is wel te vinden in collectieve verzekeringen die afgestemd zijn op chronisch zieken, zoals de diabetescollectiviteiten. Dit is een innovatie op het gebied van zorgverzekeringen. Door de vereveningsstructuur en de acceptatieplicht is het voor verzekeraars aantrekkelijk geworden een verzekering aan te bieden die is toegespitst op chronisch zieken. De verzekeraar kan met zorgaanbieders afspraken maken over specifiek op deze groep afgestemde zorg. De consument profiteert van deze initiatieven.

Looptijd

Uit opgaven van zorgverzekeraars blijkt dat ongeveer de helft van collectief verzekerden zich heeft aangesloten bij een collectief met een looptijd van meer dan een jaar. Een langere looptijd wil echter niet zeggen dat de premie voor volgende jaren vast ligt. De korting op de premie is immers een percentage van de premiegrondslag van de modelovereenkomst waarop het collectieve contract is gebaseerd. Het staat verzekeraars vrij deze grondslag aan te passen ongeacht de looptijd van het collectieve contract. Een langere looptijd wil evenmin zeggen dat verzekerden langer dan een jaar bij de collectiviteit moeten zijn verzekerd. Zij hebben op grond van de Zvw het recht om jaarlijks over te stappen.

Het staat kortom niet vast dat verzekerden bij een meerjarige collectiviteit op 1 januari 2007 dezelfde premie behouden als in 2006. De NZa i.o. zal dit aspect onderzoeken bij het monitoren van de mobiliteit van verzekerden in 2007.

2.c. Het gedrag van verzekerden

2.c.1. Mobiliteit

Bij het invoeren van de Zvw is één van de uitgangspunten geweest om de drempels te verlagen voor verzekerden om van verzekeraar te veranderen. Het doel van de wetgever is hierbij geweest een meer competitieve zorgverzekeringsmarkt te bewerkstelligen om zo de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg te bevorderen. In deze paragraaf wordt beschreven of de stelselwijziging heeft geleid tot meer mobiliteit. Daarnaast wordt ingegaan op de kenmerken van overstappers.

Ongeveer 18% overgestapt

Uit de in- en uitstroomcijfers van zorgverzekeraars blijkt dat ongeveer 18% van de verzekerden is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.

5 à 10% andere polis bij dezelfde verzekeraar

Uiterlijk 15 december 2005 stuurden alle verzekeraars hun verzekerden een aanbod voor een zorgverzekering en eventueel aanvullende verzekeringen. Dit aanbod moest zo veel mogelijk aansluiten bij de polis die verzekerden op dat moment bij hun verzekeraar hadden lopen. Consumenten konden dit aanbod accepteren of juist naar een andere zorgverzekeraar overstappen. Daarnaast hadden verzekerden de keuze om voor een andere zorgverzekering bij dezelfde verzekeraar te kiezen. De concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt

neemt toe door (dreigen met) overstappen. Bij een interne overstap heroriënteert de verzekerde zich op de markt en kiest voor een andere polis bij dezelfde verzekeraar. Uit de resultaten van een enquête onder verzekerden schat de NZa i.o. dat deze interne overstap 5 à 10% bedraagt.²⁹

Totaal 23 à 28 % overgestapt

Wanneer beide mobiliteitscijfers worden opgeteld, heeft in totaal 23 à 28% van de verzekerden het aanbod dat zij eind 2005 van hun zorgverzekeraars ontvingen niet geaccepteerd. Dit aantal lijkt goed overeen te komen met cijfers die eerder zijn gepubliceerd door andere partijen. De NZa i.o. gaat er van uit dat in die cijfers onbedoelde vermenging is opgetreden tussen verzekerden die van zorgverzekeraar zijn veranderd en verzekerden die intern zijn overgestapt.

Sterke toename t.o.v. verleden

Zoals tabel 2.4 aangeeft was het aantal verzekerden dat in het verleden overstapte veel lager dan in 2006 het geval is. Als de cijfers van 2005 en eerder gecorrigeerd worden voor het 'onvrijwillig' overstappen (bijvoorbeeld de gedwongen overstap van ziekenfonds naar particuliere verzekeraar) blijven naar schatting jaarlijks ongeveer 3% 'echte' overstappers over. Niet alleen vergeleken met de voorgaande jaren maar ook met bijvoorbeeld de energiemarkt (6% overstappers) is in 2006 sprake van een hoog percentage. Het CPB haalt onderzoeken van relatief jonge markten aan waarin gevraagd is of consumenten van plan zijn om over te stappen. Percentages variëren rond 16%.³⁰ De zorgsector steekt in deze zin in 2006 positief af tegen over overstapperpercentages in andere sectoren.

Tabel 2.4 Verzekerdenmobiliteit 2001-2006

Jaar	Ziekenfondsverzekerden	Particuliere verzekerden
2001	2,6 %	6,6 %
2003	2,8 %	8,6 %
2004	2,4 %	n.b.
2005	4,2 %	8,7 %
2006	18 %	

bron: Gegevensuitvraag mobiliteit (2006) en IBMG (2001-2005)

In de toekomst weer lager?

De NZa i.o. realiseert zich dat in de komende jaren de nu afgesloten polissen stilzwijgend door consumenten kunnen worden verlengd. Eind 2005 móesten zorgverzekeraars een aanbod doen, en er was veel media-aandacht voor de invoering van de Zvw. Van 'stilzwijgende verlenging' kon daardoor in 2005-2006 nauwelijks gesproken worden. Het is daardoor goed denkbaar dat de verzekerdenmobiliteit in 2006-2007 weer lager is.

2.c.2. Kenmerken van overstappers

De verzekerde die overstapt of neigt tot overstappen, oefent zijn consumentenmacht uit op de zorgverzekeraar. In een goed werkende markt willen zorgverzekeraars voorkomen dat zij verzekerden verliezen aan de concurrent. Daarom zullen verzekeraars proberen de consumenten-tevredenheid van de verzekerden die het eerste zijn geneigd over te stappen, op peil te houden.

²⁹ Enquête verzekerden

³⁰ M. Pomp - V. Shestalova - L. Rangel, Switch on the competition; causes, consequences and policy implications of consumer switching costs. CPB, 2005

Algemeen effect op mobiliteit:

- leeftijd
- gezondheid
- + opleiding
- + grote steden
- + gezin met kind

Om te zien of het gedrag van verzekerden voorspeld kan worden, zijn de persoonskenmerken en het gedrag van overstappers³¹ aan elkaar gerelateerd. Dit is gedaan met behulp van enquêtedata³² en kwantitatieve gegevens. In bijlage 4 is het model met alle kenmerken weergegeven die een relatie vertonen met overstappen. Hier worden de significante relaties³³ beschreven die zijn gevonden alsmede mogelijke verklaringen voor deze relaties. Het betreft een tweetal negatieve relaties: leeftijd en slechte gezondheid; en een drietal positieve relaties: een hoge opleiding, woonachtig zijn in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag en lid zijn van een gezin met kinderen onder de 18. Van belang is dat de overige onderzochte relaties niet significant aanwezig zijn in dit model. In de beschikbare gegevens is met dit model bijvoorbeeld geen bewijs gevonden dat mensen minder overstappen doordat ze een lager inkomen hebben of omdat ze aangegeven hebben te zijn geweigerd voor een aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar.

Leeftijd

Uit de enquête blijkt dat oudere mensen minder geneigd zijn tot overstappen dan jongere mensen.³⁴ Wanneer wordt gekeken naar het overstapgedrag van de afzonderlijke leeftijdsgroepen dan geeft dat het volgende beeld:

Tabel 2.5 Overstapgedrag per leeftijdscategorie

Leeftijd	Niet overgestapt	Wel overgestapt
< 18	80 %	20 %
18 – 44	81 %	19 %
45 – 64	83 %	17 %
65 +	92 %	8 %

bron: Gegevensuitvraag mobiliteit

Over de gehele groep van 18 tot 91 jaar neemt de kans op overstappen 0,3% af naarmate een persoon een jaar ouder is. Deze voorspelling van het gedrag staat los van de gezondheidsstatus.

Mogelijke redenen voor het minder overstappen door ouderen zijn dat zij bang zijn te worden geweigerd voor de aanvullende verzekering bij een overstap naar een andere verzekeraar, of dat zij verwachten dat een overstap teveel moeite kost (zoekkosten, administratieve lasten). De NZa i.o. ziet echter geen reële aanwijzingen voor die angst (zie paragraaf 4.c). Wanneer ouderen het overstappen teveel moeite vinden, kan dit duiden op leeftijdsgebonden overstapkosten, die voor ouderen hoger zijn of door ouderen hoger worden ervaren dan door jongeren.

Gezondheid

Als mensen hun gezondheid zelf als slecht of matig omschrijven (de ervaren

³¹ Onder overstappen wordt hier de externe mobiliteit verstaan: het overstappen naar een andere verzekeraar.

³² Met de enquêtedata is een logitmodel ontworpen dat bij uitstek geschikt is voor het werken met dummyvariabelen. Eén of meerdere antwoorden op een vraag of één of meerdere persoonskenmerken krijgen hierin de waarde 1. De overige antwoorden of persoonskenmerken krijgen de waarde 0. Door de verschillende dummyvariabelen en bijvoorbeeld de variabelen leeftijd en geslacht met elkaar in verband te brengen in één model, blijkt welke antwoorden of persoonskenmerken een significante verklaring vormen voor het overstapgedrag van de respondenten. Met deze gegevens zijn vervolgens de marginale effect na logit berekend. Deze geven de kans op overstappen weer.

³³ Significantiënniveau 5%

³⁴ Deze onderzoeksuitkomsten bevestigen de recente bevindingen van het Instituut voor Gezondheidswetenschappen (Vrije Universiteit), *Het overstapgedrag van de Nederlandse bevolking binnen het nieuwe zorgstelsel en de achterliggende factoren die hierop van invloed zijn*

gezondheid), zijn ze minder geneigd tot overstappen. De kans tot overstap neemt met 9,3% af voor mensen met een slechte ervaren gezondheid ten opzichte van mensen met een goede, zeer goede of uitstekende ervaren gezondheid. In de onderstaande tabel wordt het overstapgedrag van alle respondenten weergegeven op basis van de kwalificatie van hun eigen gezondheid.

Tabel 2.6 Overstapgedrag en ervaren gezondheid

Ervaren gezondheid	Niet overgestapt	Wel overgestapt
Slecht en matig	89 %	11 %
Goed	83 %	17 %
Zeer goed en uitstekend	76 %	24 %

bron: Enquête verzekerden

Verklaringen voor de lagere kans op overstappen voor mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid is dat ze wellicht een belemmering voelen tot overstappen. Ze verwachten misschien dat ze worden geweigerd voor de aanvullende verzekering. Het kan ook zijn dat ze minder op prijs letten dan mensen met een betere gezondheid, maar dat de dekking voor hen interessanter is. Mogelijk ervaren deze verzekerden dat zij minder informatie ter beschikking hebben dan degenen die voornamelijk naar prijs kijken, en verklaart dit hun lagere mobiliteit. De NZa i.o. analyseert het overstapgedrag van chronisch zieken later dit jaar in samenwerking met NIVEL.

Hoge opleiding

Mensen die een hogere beroepsopleiding of wetenschappelijke opleiding met een diploma hebben afgerond stappen vaker over dan mensen met een lagere opleiding. De kans op overstappen wordt vergroot met 8%. In de onderstaande tabel is te zien wat het overstapgedrag is van respondenten op basis van hun gevolgde opleiding.

Tabel 2.7 Overstapgedrag en opleidingsniveau

Opleiding met diploma	Niet overgestapt	Wel overgestapt
VMBO en lager	86 %	14 %
HAVO-VWO-MBO	81 %	19 %
HBO-WO	79 %	21 %

bron: Enquête verzekerden

Uit deze tabel blijkt dat mensen met een HAVO-VWO-MBO-opleiding ook vaker over stappen dan mensen met een lagere opleiding.

De verklaring voor een grotere bereidheid tot overstappen kan zijn dat mensen met een hoge opleiding beter zijn geïnformeerd over de mogelijkheid tot overstappen en hierdoor ook meer overstappen. Ook kan het zijn dat ze minder zoekkosten of administratieve drempels tot overstappen ervaren. Nader onderzoek zal de verklaring voor de grotere overstap van hoger opgeleiden moeten onderbouwen. Deze groep kan in de toekomst als benchmark dienen voor gericht beleid voor het stimuleren van overstappen.

Gezinnen met kinderen

Wanneer volwassenen met een partner en een of meer kinderen beneden de 18 jaar samenleven, stappen ze vaker over dan anderen. De kans op overstappen wordt vergroot met 6% ten opzichte van personen met een andere

gezinssamenstelling. In onderstaande tabel is te zien wat het overstapgedrag is op basis van gezinssamenstelling.

Tabel 2.8 Overstapgedrag en de gezinssamenstelling

Gezinssamenstelling	Niet overgestapt	Wel overgestapt
alleenstaand zonder kind(eren)	87 %	13 %
alleenstaand met kind(eren)	87 %	13 %
twee volwassen zonder kind(eren)	83 %	17 %
twee volwassenen met kind(eren)	77 %	23 %

bron: Enquête verzekerden

Huishoudens met kinderen lijken meer over te stappen dan huishoudens zonder kinderen. Voor kinderen wordt geen nominale premie betaald, maar voor aanvullende verzekeringen kan wel een premie geheven worden. Het valt te verwachten dat bij het besluit om al dan niet over te stappen het kosteneffect voor het gehele gezin wordt meegenomen.

Woonplaats

Het woonachtig zijn in een van de drie grote steden Amsterdam, Rotterdam of Den Haag is ook gerelateerd aan een grotere bereidheid tot overstappen. De kans op overstappen wordt vergroot met 6% ten opzichte van respondenten die in andere regio's woonachtig zijn. In onderstaande tabel wordt duidelijk wat de verdeling is van de overstappers op basis van de regio waar men woont.

Tabel 2.9 Overstapgedrag en woonplaats

Woonplaats	Niet overgestapt	Wel overgestapt
Amsterdam, Rotterdam en Den Haag	78 %	22 %
West-Nederland m.u.v. drie grote steden	81 %	19 %
Noord-Nederland	84 %	16 %
Oost-Nederland	81 %	19 %
Zuid-Nederland	85 %	15 %

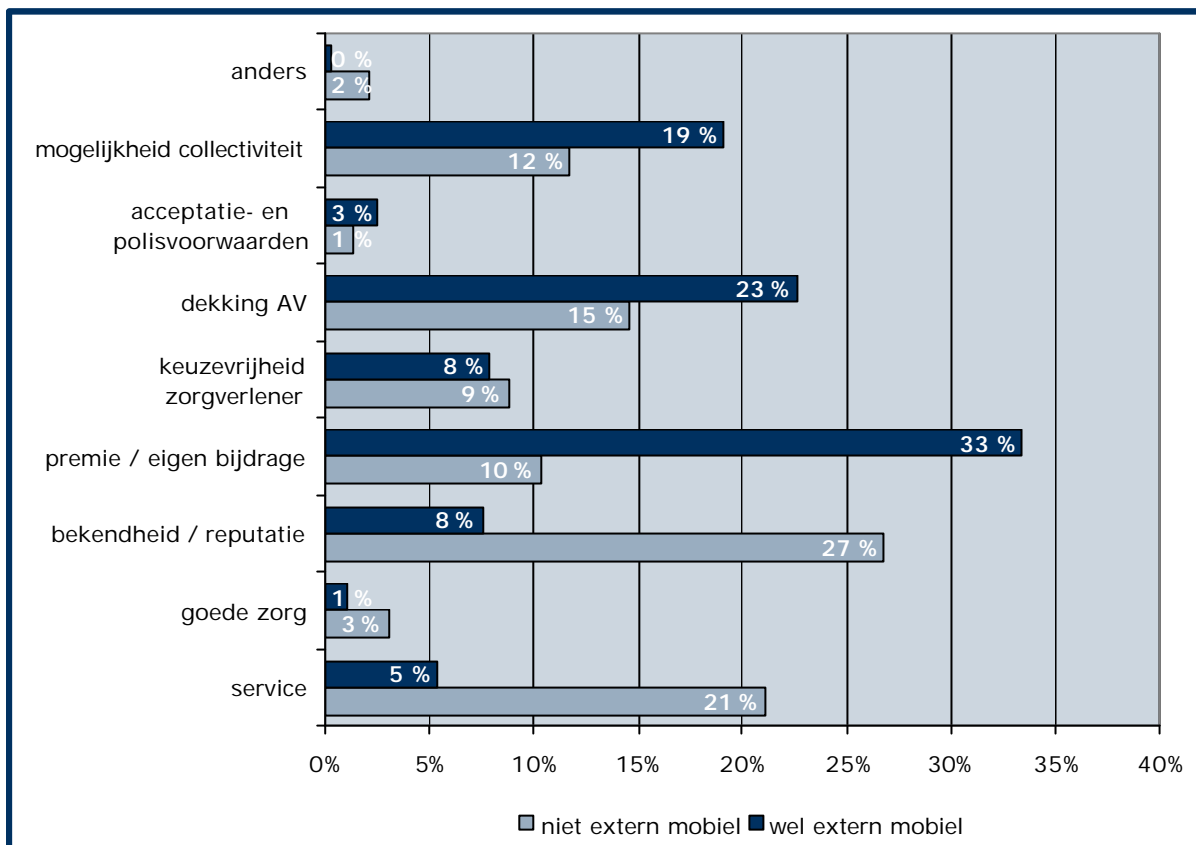
bron: Enquête verzekerden

Een reden voor de relatie tussen het wonen in de drie grote steden en overstappen, kan zijn dat de verzekerden zich in deze drie steden meer bewust zijn van de variëteit aan verzekeraars. In de grote steden is minder dan elders sprake van een of enkele dominante verzekeraars. Hierdoor zijn verzekerden wellicht meer verleid tot overstappen.

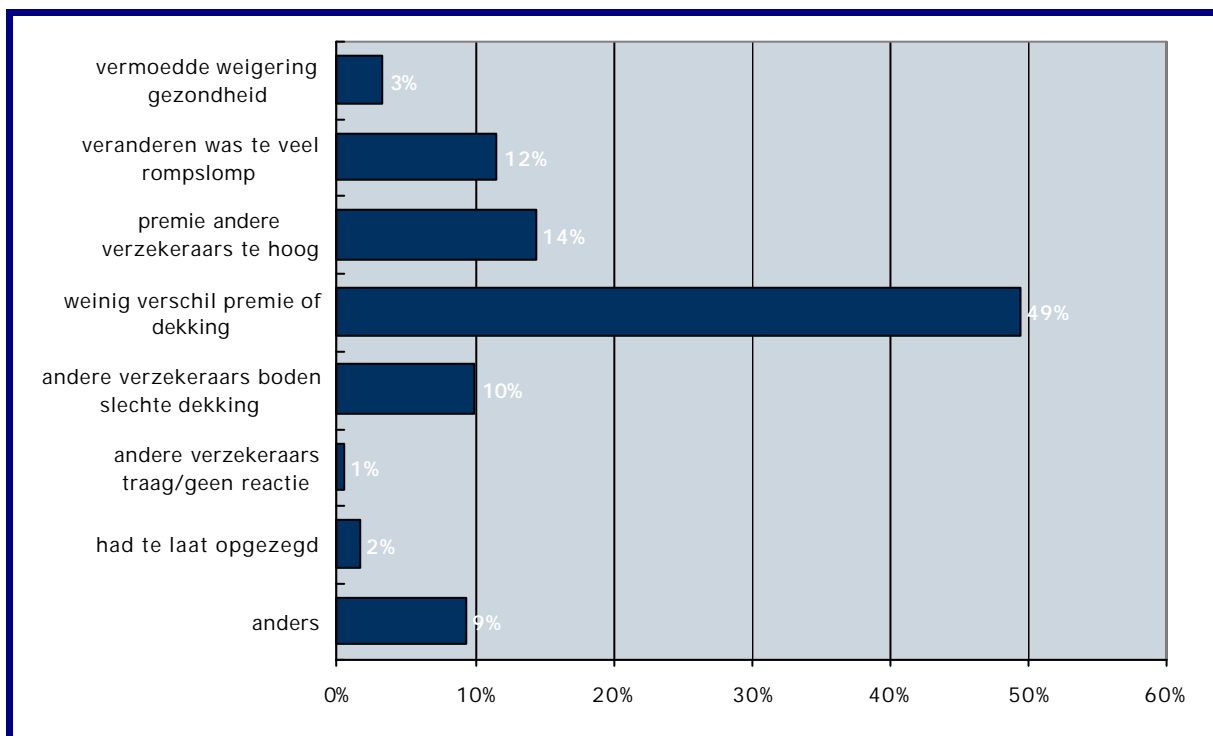
2.c.3. Voorkeuren overstappers

Belangrijkste drie keuzaspecten

In figuur 2.4 staan de belangrijkste keuzaspecten voor verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar voor zowel de basis als de aanvullende verzekering. Het gaat daarbij om de premie en eigen bijdrage (33%), gevolgd door de dekking van de aanvullende verzekering (23%) en de mogelijkheid om aan een collectiviteit deel te nemen (19%). Voor verzekerden die bij hun eigen verzekeraar blijven ligt dit anders. Zij geven aan dat bekendheid met of de reputatie van de zorgverzekeraar (27%), de service van de zorgverzekeraar (21%) en de dekking van de aanvullende verzekering (15%) als belangrijkste keuzethema's gelden om voor hun huidige zorgverzekeraar te kiezen.



Figuur 2.4 Belangrijkste keuzeaspecten voor verzekeren, uitgesplitst naar overstappers en blijvers



Figuur 2.5 De belangrijkste redenen voor verzekeren om af te zien van overstappen

Belangrijkste aspect binnen

Verzekeren is verder gevraagd aan te geven wat zij het belangrijkste vinden van de drie genoemde keuzeaspecten (premie, dekking aanvullende

keuzethema

verzekering en collectieve verzekering). Overstappers geven aan dat zij de premie van de basisverzekering en de aanvullende verzekering (respectievelijk 19 en 10%), de dekking voor de tandartskosten (8%) en de collectiviteitkorting op de premie (13%) het belangrijkste aspect vinden. Blijvers geven aan dat goede ervaringen met de eigen verzekeraar (14%), correcte betaling van de nota (12%) en dekking voor tandartskosten (7%) de belangrijkste aspecten zijn. 8% van de ondervraagden is wel van plan geweest over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, maar heeft er om een of andere reden toch van afgezien. De belangrijkste redenen hiervoor waren de geringe verschillen in premie en verzekerd pakket (49%), te hoge premies bij andere zorgverzekeraars (14%) en de rompslomp die veranderen van zorgverzekeraar met zich meebrengt (12%) (zie figuur 2.5).

Redenen om af te zien van overstappen

2.d. Conclusies en acties NZa i.o.

In dit hoofdstuk is de structuur van de zorgverzekeringsmarkt geschetst en zijn enkele vooraf geformuleerde risico's op deze markt aan de orde gekomen. Het ging daarbij om concentraties van marktaandelen van zorgverzekeraars, het gebrek aan toetreding en een lage verzekerdenmobiliteit. In afwachting van onderzoek naar marktafbakening is in de monitor aandacht besteed aan zowel ontwikkelingen op landelijk niveau als op provinciaal niveau.

Marktaandelen

In 2006 stijgt het marktaandeel van de grootste zorgverzekeraars als wordt uitgegaan van een landelijke markt, waarin alle verzekeraars landelijke polissen aanbieden. Deze ontwikkeling vormt in 2006 geen reden tot zorg voor de werking van de markt. Wel is sprake van een stijging van het marktaandeel van de grote zorgverzekeraars als enkele aangekondigde fusies doorgang vinden. De NZa i.o. blijft deze ontwikkeling en de gevolgen scherp volgen.

De afname van provinciale concentraties vormt een positieve stimulans voor concurrentie gezien de van oudsher machtige positie van regionale zorgverzekeraars. In provincies waar sprake is van hoge marktconcentraties blijft de NZa i.o. de ontwikkeling van marktaandelen en gedragingen van zorgverzekeraars volgen. Uiteraard wordt deze aandacht in sterke mate bepaald door marktafbakening die nog plaats moet vinden.

De gegevens in deze monitor geven vooralsnog geen aanleiding te concluderen dat de verzekerden wat betreft keuzemogelijkheden in provincies met hoge marktaandelen slechter af zijn dan verzekerden in andere provincies. De verzekerde kan in elke provincie kiezen uit een groot aantal polisvarianten. Zorgverzekeraars differentiëren hun premies niet naar provincie. Het aanbod van aanvullende verzekeringen is groot en divers. Zorgverzekeraars bieden aanvullende verzekeringen aan voor specifieke doelgroepen. Hetzelfde geldt voor de collectieve verzekeringen.

Toetreding

Toetreding in de zin van het verwerven van substantiële aantallen verzekerden in provincies waarin de zorgverzekeraar voorheen nauwelijks marktaandeel had, heeft zich minder voorgedaan dan verwacht mocht worden op basis van de grote verzekerdenmobiliteit.

Het aanbod van polissen met gecontracteerde zorg is in elke provincie groot. Ook variëren verzekeraars hun premie niet tussen provincies. De meeste verzekerden die zijn overgestapt gaan naar een verzekeraar die al in hun provincie actief was. Hierdoor zijn er geen grote verschuivingen in

marktaandeelen tussen provincies. Dit kan duiden op overstapkosten tussen provincies of toetredingsdrempels voor verzekeraars.³⁵

Mobiliteit

De mobiliteit van verzekerden is toegenomen. De NZa i.o. constateert een stijging van het aantal overgestapte verzekerden van 3% naar 18%. Bovendien is ook een aantal verzekerden van polis bij dezelfde verzekeraar veranderd (schatting tussen 5-10%). Dit is een positieve ontwikkeling, zeker ook in vergelijking met andere pas geliberaliseerde sectoren. De NZa i.o. weet echter niet of en in hoeverre verzekerden zich in 2007 oriënteren op een nieuwe zorgverzekering.

Kanttekeningen bij het overstapgedrag

Verzekerden geven aan vooral op de premie te letten. Voor een gezonde markt is het echter van belang dat de consument prijs en kwaliteit tegen elkaar afweegt. Dat is in 2006 nog niet het geval. In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op de mogelijkheden voor consumenten om toegang te krijgen tot informatie over kwaliteit van de zorgverzekering.

Jonge en gezonde mensen stappen vaker over. Het overstapgedrag zorgt ervoor dat zorgverzekeraars druk voelen om hun inkoopprestaties te verbeteren en met elkaar concurreren om een zo goed mogelijke polis met betrekking tot prijs en kwaliteit in de markt te zetten.

Afbakening markt

De NZa i.o. specificceert in 2006 de zienswijzen op de fusies van zorgverzekeraars ten behoeve van de afbakening van de zorgverzekeringmarkt. Dit gebeurt in afstemming met de NMa. Pas na afbakening van de markt kunnen conclusies worden getrokken die betrekking hebben op (gedragingen van zorgverzekeraars op) de relevante markt.

Overstapgedrag chronisch zieken

De NZa i.o. houdt aandacht voor verschillen in overstappen tussen groepen van verzekerden ook al is het niet per definitie slecht dat een specifieke groep consumenten grotere overstapbereidheid toont dan een andere. In de tweede helft van 2006 publiceert de NZa i.o. in samenwerking met NIVEL een onderzoek naar het overstapgedrag van chronisch zieken. Daaruit zal moeten blijken of en hoe zij verschillen van andere verzekerden in hun zoek- en keuzegedrag.

Rol van looptijd collectieve contracten nader geanalyseerd

In de volgende monitor onderzoekt de NZa i.o. of verzekerden die zijn aangesloten bij een meerjarige collectiviteit minder snel overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Premiekortingen op collectieve contracten kunnen worden bekostigd door kostenbesparingen. Op basis van de beschikbare gegevens valt echter nog maar te bezien of daarvan sprake is in 2006. De NZa i.o. zal de kostenbesparing door collectieve contracten nader bestuderen.

³⁵ CPB, 2005

3. Kwaliteit

3.a. Inleiding

In dit hoofdstuk staat centraal in hoeverre kwaliteit een rol speelt bij het gedrag van de consument op de zorgverzekeringsmarkt. Voor de werking van de markt is het gewenst dat de verzekerde tot een afgewogen oordeel over kwaliteit en prijs komt. Door een gezamenlijk oordeel over prijs zowel als kwaliteit wordt voorkomen dat kwaliteit verslechtert bij sterke prijsconcurrentie. De kwaliteit heeft dan betrekking op zowel de dienstverlening door de zorgverzekeraar als de kwaliteit van de zorg waarvoor men wordt verzekerd. De zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt wordt positief geprikkeld als de verzekerde aandacht heeft voor de kwaliteit van zorg. Voor zowel de werking van de zorgverzekeringsmarkt als de zorginkoopmarkt is het nodig dat de verzekerde kwaliteitsinformatie kan krijgen.

In dit hoofdstuk wordt beschreven:

1. de ex ante borging van de kwaliteit van de modelovereenkomst;
2. de aandacht van de consument voor de kwaliteit van de zorgverzekeraar;
3. de mate waarin de consument voorkeuren heeft voor polissen met gecontracteerde zorg;
4. de mate waarin consumenten zijn geïnteresseerd in de kwaliteit van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg;
5. de mate waarin verzekeraars consumenten van informatie voorzien over de kwaliteit van zorg.

3.b. De kwaliteit van de zorgverzekeringen

3.b.1. De beoordeling van modelovereenkomsten 2006 door het CTZ

***Kwaliteitsborging:
ex ante controle
van NZa i.o. op de
kwaliteit van de
modelovereen-
komst***

Elke verzekeringsplichtige moet zich tegen ziektekosten verzekeren door een zorgverzekering te nemen.³⁶ Om er voor te zorgen dat de zorgverzekeringen die op de markt worden gebracht voldoen aan de eisen van de Zvw hebben zorgverzekeraars hun modelovereenkomsten ter beoordeling voorgelegd aan het CTZ.³⁷

In een modelovereenkomst wordt een overzicht gegeven van de rechten en plichten die de verzekerde en zorgverzekeraar ten opzichte van elkaar hebben als een verzekerde een polis volgens dat model koopt. Dit betekent dat in de modelovereenkomst moet zijn beschreven welke zorgvorm de verzekerde bij welke zorgverlener en welke instelling of instantie kan krijgen. Voor de verzekerde moet het duidelijk zijn of er recht bestaat op prestaties bestaande uit zorg (natura) of op prestaties bestaande uit vergoeding van kosten van zorg (restitutie).

Ook moet voor de verzekerde duidelijk zijn welke voorwaarden de zorgverzekeraar hanteert voor toegang tot of vergoeding van de verschillende zorgvormen. Het is de vrijheid van de zorgverzekeraar om de modelovereenkomst op onderdelen naar eigen inzicht in te vullen. Dit geldt echter niet voor de inhoud en omvang van de zorg. Deze worden bij wettelijk

³⁶ Iedereen die verplicht verzekerd is voor de AWBZ (alle ingezetenen van Nederland) moet een zorgverzekering nemen.

³⁷ Deze bevoegdheid is geregeld in de Zvw artikelen 25 en 26

voorschrift geregeld en de verzekeraars mogen daarvan niet afwijken in de modelovereenkomst met uitzondering van de functionele omschrijving van zorg.

Ervaringen in 2006 De ervaringen van 2006 leren dat zorgverzekeraars veel moeite hebben gehad met de beschrijving van de verzekerde prestaties. Daarnaast moesten zorgverzekeraars in 2005 onder grote tijdsdruk de modelovereenkomsten voor het polisjaar 2006 ontwikkelen. Ondanks deze tijdsdruk is het de zorgverzekeraars gelukt om alle (aspirant) verzekerden voor 15 december 2005 een aanbod te doen.

Actie NZa i.o. De NZa i.o. evalueert met de zorgverzekeraars het beoordelingsproces van de modelovereenkomsten. De NZa i.o. stelt een brochure op, om de aanlevering van de modelovereenkomsten en reglementen voor polisjaar 2007 standaardiseren. Ook worden de door de NZa i.o. ingenomen standpunten en de wijzigingen in het toetsingskader ten opzichte van polisjaar 2006 aan de zorgverzekeraars beschikbaar gesteld. De organisatie streeft ernaar om het hele traject van de beoordeling van modelovereenkomsten gemakkelijker en minder arbeidsintensief te maken voor zorgverzekeraars. De NZa i.o. wil ook zelf efficiënter en waar mogelijk met een kwaliteitsverbetering de beoordeling van nieuwe modelovereenkomsten in gaan.

3.b.2. De aandacht van de verzekerde voor de kwaliteit van verzekeraars

In het Visiedocument zorgverzekeringsmarkt worden twee aspecten van de kwaliteit van de zorgverzekeraar benoemd. Een daarvan betreft de dienstverlening van zorgverzekeraars. Verzekerden kunnen zorgverzekeraars prikkelen als zij (dreigen met) overstappen, omdat de dienstverlening van betreffende zorgverzekeraar niet naar wens is. Uit onderzoeken blijkt dat tevredenheid over de dienstverlening vooral een reden is om te blijven en ontevredenheid een reden is om te vertrekken. Het is niet zozeer een reden om tijdens het overstappen te kiezen voor een specifieke zorgverzekeraar.

Het belang voor het overstappen Ongeveer 10% van de ondervraagden vindt de kwaliteit van de zorgverzekeraar van doorslaggevend belang bij de keuze om wel of niet te veranderen van zorgverzekeraar. Van deze 10% is een op de tien overgestapt naar een andere verzekeraar.

Informatie over de kwaliteit van de verzekeraar Ongeveer 33% van de verzekerden heeft naar informatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars gezocht. Ook hier is een onderscheid tussen blijvers en overstappers: de eerstgenoemde groep zoekt vaker informatie.

Conclusie Op basis van het bovenstaande kan de conclusie worden getrokken dat de kwaliteit van een zorgverzekeraar geen voorname rol speelt voor overstappers om zich bij een andere zorgverzekeraar te verzekeren. Blijvers noemen de kwaliteit van de verzekeraar vaker doorslaggevend in hun keuzeprocess.

3.b.3. De administratieve afhandeling van het overstappen

Ervaren problemen bij overstappen Het aantal overstappers in 2006 is aanzienlijk hoger dan in voorgaande jaren. Zorgverzekeraars krijgen daardoor te maken met een forse toename van de verwerking van aan- en afmeldingen. In 2006 heeft 19% van de overstappers met administratieve problemen te maken gehad. Deze problemen doen zich zowel voor bij de 'oude' zorgverzekeraar als bij de nieuwe zorgverzekeraar.

Reden om af te zien van overstappen	Administratieve problemen hebben in slechts enkele gevallen geleid tot het afzien van het maken van een overstap. Van de ondervraagden gaf minder dan 1% aan te hebben afgezien van het overstappen naar een andere zorgverzekeraar vanwege administratieve problemen (zie figuur 2.5).
Administratieve problemen mogen marktwerking niet belemmeren	De tucht van een goed functionerende markt leidt ertoe dat zorgverzekeraars met een slechte dienstverlening verzekerden verliezen aan concurrenten. Maar in 2006 hebben vrijwel alle zorgverzekeraars hun handen vol gehad aan het verwerken van de grote in- en uitstroom van verzekerden. Het is nog te vroeg om te spreken van 'notoire slechte dienstverleners' als het gaat om in- en uitschrijving. Als administratieve problemen in de overstapperiode in de toekomst toch een belemmering gaan vormen voor verzekerden die willen overstappen, spreekt de NZa i.o. deze zorgverzekeraars aan op hun verantwoordelijkheid om de overschrijvingen goed te laten verlopen.
En ook geen dubbele inschrijvingen en premies meer	Tevens wil de NZa i.o. dat zorgverzekeraars bewerkstelligen dat overgestapte verzekerden vanaf het moment van inschrijving de premie betalen die voor hen vanaf dat moment geldt. Bij verschillende verzekerden was in de eerste maanden van 2006 de situatie dat zij dubbele premies betaalden omdat in- en uitschrijving niet aansloten. Opgemerkt moet worden dat zorgverzekeraars in 2006 oog hebben getoond voor maatregelen om deze administratieve problemen bij de overgang van verzekerden het hoofd te bieden. Voorbeelden zijn afspraken tussen zorgverzekeraars over late opzeggingen of premierestitutie.
Overstapperiode 2006-2007	De overstapperiode 2006-2007 zal anders zijn dan die in 2005-2006. Het afgelopen jaar golden enkele bestuurlijke afspraken tussen zorgverzekeraars en overheid waardoor verzekerden zich van 1 januari tot 1 maart 2006 konden aanmelden bij een nieuwe verzekeraar, mits zij voor 1 januari 2006 hun oude verzekering hadden opgezegd (het 'decemberaanbod' niet hadden geaccepteerd).
Basis-overstap-scenario	Voor 2006-2007 gelden de bepalingen van de Zvw. Verzekerden die per 1 januari willen overstappen, moeten hun verzekering voor 1 november opzeggen. ³⁸ De acceptatieplicht van zorgverzekeraars geldt gedurende het hele jaar, dus ook op 1 januari.
Overstapscenario in geval van wijzigingen³⁹	De Zvw bepaalt verder dat de verzekerde het recht heeft de verzekering te beëindigen wanneer de zorgverzekeraar de premiegrondslag verhoogt. Ongeacht het tijdstip in het jaar heeft de verzekerde in dat geval de tijd tussen bekendmaking van de verhoging van de premiegrondslag en het plaatsvinden van de verhoging om op te zeggen. ⁴⁰ De Zvw verplicht de zorgverzekeraar verder om een wijziging in de premiegrondslag minstens twee maanden voor inwerkingtreding aan zijn verzekerden mee te delen. ⁴¹ Dus als een zorgverzekeraar een premiewijziging wil laten ingaan per 1 januari 2007, zal deze uiterlijk 1 november 2006 aan de verzekerden moeten worden meegedeeld. Deze heeft vervolgens tot 1 januari 2007 de tijd hebben om over te stappen. Als een premieverhoging na 1 november maar voor 1 december

³⁸ Artikel 7 lid Zvw

³⁹ Verhoging van de premiegrondslag geeft de verzekerde recht zijn verzekering op te zeggen, ook gedurende het jaar terwijl de verzekeringstermijn officieel nog niet voorbij is. Verlaging van de premiegrondslag of wijzigingen in de omvang van het basispakket geven dit recht niet.

⁴⁰ Artikel 7 lid 3.a Zvw

⁴¹ Artikel 17 lid 7 Zvw. Zie bijvoorbeeld Memorie van toelichting, Tweede Kamer, 29763 nr. 3.

Samenhang met de aanvullende verzekeringen

2006 wordt meegedeeld, dan heeft een verzekerde tot 1 februari 2007 de tijd om over te stappen.⁴² Zo voortredenerend kunnen verzekerden tot 1 maart 2007 hun verzekering opzeggen, als hun verzekeraar gedurende december 2006 een premieverhoging bekend maakt.

De aanvullende verzekeringen vallen niet onder de regels die worden gesteld in de Zvw, maar onder het Burgerlijk Wetboek. Het is dus mogelijk dat een verzekerde op een bepaald moment volgens de Zvw het recht heeft om zijn zorgverzekering te beëindigen, terwijl dat niet mogelijk is voor de aanvullende verzekeringen.

3.c. Incentives voor de kwaliteit van zorg

Een actieve houding van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkten wordt beloond als verzekerden een voorkeur voor polissen met gecontracteerde zorg hebben. Zorgverzekeraars kunnen op de zorgverzekeringsmarkt verzekerden trekken door met hun zorginkoopactiviteiten een betere kwaliteit van zorg af te dwingen bij de zorgaanbieders. Dit draagt bij aan de doelstellingen van de stelselwijziging: meer vraaggestuurde en efficiënte zorgverlening.

3.c.1. De verhouding gecontracteerde versus niet-gecontracteerde zorg

In tabel 3.1 staat aangegeven hoeveel verzekerden een polis hebben afgesloten waarbij wel, geen of gedeeltelijke zorgcontractering geldt.

Tabel 3.1 Aantallen verzekerden met polissen met gecontracteerde zorg

Contractering	Aantal verzekerden	
Wel	10,8 mln	68 %
Deels	2,6 mln	17 %
Niet	2,4 mln	15 %
Totaal	15,8 mln	

bron: Gegevensuitvraag mobiliteit

85% heeft polis met (deels) gecontracteerde zorg

Het blijkt dat 85% van de verzekerden heeft gekozen voor een polis met (deels) gecontracteerde zorg. Uit tabel 3.2 blijkt dat het hierbij vooral gaat om naturapolissen; een klein gedeelte van de verzekerden heeft gekozen voor een restitutiepolis met (deels) gecontracteerde zorg.

Het aandeel in de verkochte polissen met (deels) gecontracteerde zorg is het grootst voor de grote zorgverzekeraars (>850.000 verzekerden) die tot 2006 voornamelijk ziekenfondsverzekerden hadden. Daarentegen zijn verzekerden met een polis zonder gecontracteerde zorg oververtegenwoordigd bij de voormalig particuliere ziektekostenverzekeraars.

Tabel 3.2 Verdeling verzekerden over soorten polissen

Rechtpositie	Contractering	Alle zorgverzekeraars	Grote voormalige ziekenfondsen
Natura	Wel	64 %	84 %
Restitutie	Wel	1 %	0 %
Restitutie	Deels	9 %	0 %
Restitutie	Niet	15 %	16 %
Combinatie	Wel	3 %	0 %
Combinatie	Deels	8 %	0 %
Totaal		15,8 mln	9,8 mln

bron: Gegevensuitvraag mobiliteit

⁴² Artikel 17 lid 7 Zvw: "Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de maand waarin deze aan de verzekeringsnemer is medege deeld."

Uitsplitsing van de aantallen verzekerden met gecontracteerde zorg naar individuele en collectieve contracten geeft het volgende beeld.

Tabel 3.3 Verdeling verzekerden over soorten polissen, collectief versus individueel

Rechtspositie	Contractering	Collectief	Individueel
Natura	Wel	74 %	63 %
Restitutie	Wel	1 %	0 %
Restitutie	Deels	6 %	11 %
Restitutie	Niet	17 %	18 %
Combinatie	Wel	0 %	7 %
Combinatie	Deels	2 %	1 %
Totaal		6,2 mln	7,3 mln

bron: Gegevensuitvraag mobiliteit

Zorginkoop ook bij collectiviteiten

Het blijkt dat verzekerden onder een collectiviteit relatief niet vaker hebben gekozen voor een polis zonder gecontracteerde zorg dan individuele verzekerden. Dit kon wel worden verwacht omdat collectiviteiten voorheen vooral door particuliere ziektekostenverzekeraars werden aangeboden die polissen verkochten op basis van restitutie.

De oorzaak van het aandeel gecontracteerde zorg in de collectieve markt is onder meer gelegen in de rol van de voormalige ziekenfondsen. Zij hebben collectiviteiten weten te sluiten, vooral ook met werkgevers, waarbij het mogelijk is dat verzekerden kiezen voor naturapolissen (dus met gecontracteerde zorg).

Relatie met kwaliteit van de zorginkoop

Uit de onderzoeken naar de zorginkoop door zorgverzekeraars van het CTZ is gebleken dat daarbij grote verschillen in prestaties kunnen optreden.⁴³ Daar waar de ene zorgverzekeraar prestatieafspraken over kwaliteitsaspecten van de geleverde zorg maakt, beperkt de andere zich tot een betalingsrelatie. Dat betekent dat nog weinig te zeggen valt over de kwaliteit van de contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders.

De NZa i.o. ziet onder andere ook toe op de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Ook daarvoor is een risicoanalyse uitgevoerd. Daaruit bleek dat de NZa i.o. aandacht moet hebben voor de contractering van aanbieders door zorgverzekeraars. In de tweede helft van 2006 maakt de NZa i.o. een inventarisatie van de activiteiten van zorgverzekeraars op dit terrein.⁴⁴

3.c.2. De aandacht van verzekerden voor de kwaliteit van de gecontracteerde zorg

Vanuit de doelstellingen van de stelselherziening is het wenselijk dat het keuzegedrag van verzekerden de zorgverzekeraars aanzet tot actief inkoopbeleid. Immers als verzekerden de aangeboden kwaliteit van het zorgaanbod van groot belang vinden bij de keuze van een zorgverzekeraar, prikkelt dit zorgverzekeraars om kwalitatief goede zorg in te kopen.

Kwaliteit van zorg Zoals in paragraaf 2.d.3 al werd aangegeven blijken verzekerden de kwaliteit

⁴³ Het CTZ heeft tussen 2003 en 2005 de inkoop van zorg onderzocht bij ziekenhuiszorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen, kraamzorg, fysiotherapie en ambulancezorg. De onderzoeksrapporten zijn beschikbaar via www.nza.nl.

⁴⁴ Over de inkoop van zorg in het B-segment en fysiotherapie heeft CTG-ZAio in 2005 en 2006 monitors uitgebracht. Deze zijn te raadplegen op www.ctg-zaio.nl.

**niet
doorslaggevend**

van de zorg niet van doorslaggevend belang te vinden bij de keuze om wel of niet over te stappen.

Hieraan kunnen verschillende redenen ten grondslag liggen. Zo kan de informatie van zorgverzekeraars over de kwaliteit van zorg ontbreken. Tevens kan de kwaliteit van zorg bij alle zorgverzekeraars gelijk zijn, waardoor daar geen onderscheidend vermogen van uit gaat. Ten slotte kan het zijn dat verzekerden geen waarde hechten aan de kwaliteit van de ingekochte zorg. Indien het laatste het geval is, gaat hiervan voor zorgverzekeraars geen prikkel uit om goede zorg in te kopen. Dit is ernstig omdat het de vervulling van een van de doelstellingen van de stelselwijziging onwaarschijnlijker maakt.

3.c.3. De informatieverstrekking over de gecontracteerde zorg

Keuzes gemaakt op basis van ontbrekende of onbegrijpelijke informatie?

De NZa i.o. heeft in de eerste maanden van 2006 een meting verricht op de aanwezigheid en begrijpelijkheid van informatie over de kwaliteit van gecontracteerde zorg in twee informatiebronnen. Deze bronnen waren de schriftelijke informatiepakketten van de zorgverzekeraars en hun websites. Tabel 3.4 toont dat deze informatievoorziening over zorg door zorgverzekeraars dringend verbetering behoeft.

De zestien onderzochte informatiepakketten boden geen van allen begrijpelijke informatie over welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. In dertien informatiepakketten was hier zelfs in het geheel geen informatie over opgenomen. Slechts enkele informatiepakketten boden algemene informatie of informatie over afspraken aangaande snelle zorgverlening.

Elf van de zestien websites boden wel informatie over met wie de zorgverzekeraar een contract heeft. Maar als het gaat om de inspanningen van de zorgverzekeraars op het gebied van gespecialiseerde zorg, of de afspraken die zijn gemaakt met zorgaanbieders om snelle en goede zorgverlening te garanderen, laten ook de websites nog veel te wensen over. Het is bovendien maar de vraag of alle consumenten via het internet worden bereikt. Uit recent onderzoek blijkt dat chronisch zieken de voorkeur geven aan geschreven bronnen.⁴⁵

Tabel 3.4 Informatieverstrekking over gecontracteerde zorg door zorgverzekeraars in informatiepakketten en websites (16 zorgverzekeraars, peildatum januari/februari 2006)

	Welke zorgaanbieder gecontracteerd	Gespecialiseerde zorg	Snelle zorg	Goede zorg
Informatiepakketten zorgverzekeraars				
Niet aanwezig	13	16	16	14
Aanwezig en deels begrijpelijk	3	-	-	2
Aanwezig en begrijpelijk	-	-	-	-
Websites zorgverzekeraars				
Niet aanwezig	4	14	14	10
Aanwezig en deels begrijpelijk	1	-	2	6
Aanwezig en begrijpelijk	11	2	-	0

bron: NZa i.o.

Verschillende achtergronden

Het in beperkte mate verstrekken van zorginformatie door verzekeraars kent verschillende achtergronden. Ten eerste is de transparantie van de kwaliteit van zorg pas sinds kort aan het verbeteren. In de onderhandelingen tussen

⁴⁵ Brink-Muinen, van den, "Gebruik van internet door chronisch zieken en gehandicapten voor het zoeken naar gezondheids(zorg)informatie", NIVEL 2006

Een goed begin...

zorgverzekeraars en zorgaanbieders beginnen kwaliteitsafspraken langzaam een belangrijkere plaats in te nemen. CTG/ZAio concludeert in de binnenkort te publiceren Monitor Ziekenhuiszorg dat de eerste voortekenen zichtbaar zijn dat er meer afspraken over de kwaliteit van zorg gaan worden gemaakt.⁴⁶ CTG/ZAio noemt vier elkaar goed aanvullende kwaliteitsinitiatieven, te weten de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen, de aandoeningsspecifieke indicatoren patiëntveiligheid en effectiviteit, de oprichting van een instituut voor klantervaringsonderzoek in de zorg en de ontwikkeling van zorginkoopindicatoren door ZN. De website www.kiesbeter.nl heeft onlangs kwaliteitsinformatie opgenomen gebaseerd op de zogeheten CAHPS.⁴⁷ Dit zijn allemaal gunstige ontwikkelingen, maar de NZa i.o. ziet wel dat dit pas het begin is van een echte transparantieontwikkeling.

Cycli zorginkoop en zorgverzekering

Ten tweede sluiten de cycli van het inkopen van zorg en het overstappen door verzekerden niet op elkaar aan. Contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders worden vaak met terugwerkende kracht gesloten. Daardoor is het vaak niet mogelijk om relevante informatie aan zich oriënterende verzekerden aan te bieden. In feite kan de consument soms niet weten wat zijn polis inhoudt. De NZa i.o. zal binnenkort onderzoeken of er mogelijkheden zijn om deze cycli beter op elkaar te laten aansluiten, bijvoorbeeld of het mogelijk is dat het zorginkoopproces moet zijn afgerond voor een polis op de markt mag worden gebracht.

Aanvullende reglementen laat

Ten derde is het mogelijk dat zorgverzekeraars niet op tijd in staat zijn hun reglementen voor hulpmiddelen en geneesmiddelen te wijzigen voor 1 november van elk jaar. Daardoor kunnen verzekerden bij hun keuze voor een nieuwe zorgverzekeraar na 1 november van elk jaar niet weten wat zorgverzekeraars op dat punt te bieden hebben.

3.d. Conclusies over de kwaliteit en acties NZa i.o.

Dit hoofdstuk bevat een analyse van de mate waarin kwaliteit een rol speelt op de zorgverzekeringsmarkt. Geconstateerd werd dat de polissen aan een wettelijk omschreven minimumkwaliteit voldoen, doordat zorgverzekeraars hun modelovereenkomsten door CTZ (de NZa i.o.) moeten laten goedkeuren. De verzekerde hebben vooral polissen met gecontracteerde zorg afgenomen. Nog niet is onderzocht in welke mate de zorgverzekeraars in de polissen met gecontracteerde zorg gebruikmaken van de mogelijkheden om patiëntenstromen te sturen. Het sturen van patiëntenstromen vraagt om een actieve positie op de inkoopmarkt, maar tegelijkertijd een goede informatievoorziening hierover richting de verzekerden.

Echter, de markt in 2006 kenmerkt zich door twee elkaar versterkende aspecten: de meeste verzekerden vinden de kwaliteit van de verzekeraar of van de verzekerde zorg niet van doorslaggevend belang bij het maken van een keuze voor een zorgverzekeraar en de informatievoorziening op dit aspect schiet nog tekort. De verzekerde wordt nog onvoldoende voorzien van informatie over de kwaliteit van de zorg waarvoor hij zich verzekert. Zowel de informatiepakketten als de websites zijn hierin ontoereikend gebleken.

Evaluatie

De NZa i.o. evalueert samen met de zorgverzekeraars de

⁴⁶ CTG/ZAio, Monitor ziekenhuiszorg, Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2006, nog te verschijnen.

⁴⁷ *Consumer Assessment of Health Plan Surveys*. Zie bijvoorbeeld <https://www.cahps.ahrq.gov/default.asp>.

***beoordeling
modelovereenkomsten***

modelovereenkomstbeoordeling 2006 en stelt een brochure op om de aanlevering van modelovereenkomsten 2007 te standaardiseren en 'hints en tips' te geven aan zorgverzekeraars. Op deze manier verwacht de NZa i.o. dat de modelovereenkomstbeoordeling voor zowel de zorgverzekeraars als de NZa i.o. een inzichtelijker en gemakkelijker proces wordt.

***Aandringen op
meer transparantie
kwaliteit***

De NZa i.o. blijft aandringen op meer transparantie van de zorgaanbieders zodat verzekeraars in staat worden gesteld zorgaanbieders die zorg van betere kwaliteit leveren beter te belonen. Dan kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden ook beter informeren over de zorg die zij hebben gecontracteerd. Dit voornemen is in lijn met conclusies uit eerdere monitors van CTG/ZAio: de Oriënterende monitor Ziekenhuiszorg en de Monitor Fysiotherapie 2006. Uiteindelijk kan zo een zorgverzekeringsmarkt ontstaan waar verzekerden desgewenst voor polissen kiezen met een voor hen voldoende kwaliteitsniveau.

***Inventarisatie
inkoopgedrag***

In de tweede helft van 2006 inventariseert de NZa i.o. het inkoopgedrag van zorgverzekeraars. In eerste instantie is de doelstelling om in 2006 een nulmeting uit te voeren van de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Het onderzoek geeft echter ook de mogelijkheid na te gaan in hoeverre de zorgcontractering inhoudelijk wordt ingevuld. De NZa i.o. onderzoekt binnenkort of er mogelijkheden zijn om de cycli van zorginkoop en zorgverzekering beter op elkaar te laten aansluiten.

Ten slotte stimuleert de NZa i.o. dat zorgverzekeraars tijdig hun reglementen voor hulpmiddelen en geneesmiddelen aanbieden teneinde consumenten de gelegenheid te geven zorgverzekeraars te kiezen op grond van hun wensen voor de verstrekking van hulpmiddelen en geneesmiddelen.

4. Toegankelijkheid

4.a. Inleiding

In dit hoofdstuk komt aan de orde in hoeverre het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt de toegankelijkheid beïnvloedt. Daarbij gaat het om de toegankelijkheid van de zorgverzekeringen en om de toegankelijkheid van de zorg.

In dit hoofdstuk worden beschreven:

1. de toegankelijkheid van de basisverzekering (acceptatieplicht)
2. de toegankelijkheid van de aanvullende verzekeringen (risicoselectie en insurance lock)
3. de toegankelijkheid van de collectieve verzekering
4. de toegankelijkheid van zorg (beperkingen vanuit polisbeperkingen, aanvullende verzekeringen en eigen risico's)
5. de toegankelijkheid van keuze-informatie (transparantie)

Bij verschillende elementen komt de mogelijkheid van interventie door de NZa i.o. aan de orde.

4.b. Toegankelijkheid basisverzekering

Wettelijke bepalingen

Voor de basisverzekering hebben zorgverzekeraars een acceptatieplicht. Elke verzekerde die zich aanmeldt moet worden geaccepteerd.⁴⁸ Artikel 120 Zvw bepaalt verder dat verzekeraars de aanvullende verzekering niet kunnen opzeggen als de verzekerde met de basisverzekering naar een andere zorgverzekeraar overstapt. Voor de overgang van het oude naar het nieuwe stelsel in de eerste maanden van 2006 zijn specifieke wettelijke regelingen gecreëerd. De Invoerings- en aanpassingswet (I&A-wet) bepaalt dat verzekerden tot 1 maart het aanbod van de eigen zorgverzekeraar konden opzeggen en tot 1 mei de tijd hadden om zich te verzekeren.

Bestuurlijke afspraken over aanbod aan eigen verzekerden

Voor 2006 zijn bestuurlijke afspraken gemaakt dat zorgverzekeraars aan hun eigen verzekerden een integraal, non-select aanbod zouden doen voor een zorgverzekering die zo goed mogelijk aansluit op hun verzekering in 2005. Integraal wil zeggen voor zowel de zorg- als de aanvullende verzekeringen. Non-select geeft aan dat er geen risicoselectie zou plaatsvinden. Dit kon niet wettelijk worden geregeld in de I&A-wet. Voor het accepteren van nieuwe verzekerden zijn geen afspraken gemaakt.

Bedenkelijke situaties

De NZa i.o. heeft in de eerste helft van 2006 een aantal gevallen geconstateerd waarin zorgverzekeraars de indruk wekken dat hun basisverzekeringen niet voor iedereen toegankelijk zijn. Er werd bijvoorbeeld in reclames gesuggereerd dat een verzekering speciaal beschikbaar was voor een beperkte groep verzekerden. Een dergelijke situatie zou ontoelaatbaar zijn, gezien de algemene acceptatieplicht. De NZa i.o. (CTZ) heeft deze zorgverzekeraars gevraagd aan te tonen dat deze polissen voor alle aspirant-verzekerden toegankelijk zijn, en zo nodig de informatievoorziening op dit punt te verbeteren. De zorgverzekeraars hebben aangetoond dat hun polissen aan de

⁴⁸ Er zijn enkele uitzonderingen: een zorgverzekeraar is niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige wiens eerdere zorgverzekering hij of de verzekeringnemer binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de verzekering, heeft opgezegd of ontbonden wegens:

- a. opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer of de verzekerde, of
- b. het niet betalen van de premie (Zvw, artikel 3 lid 4).

acceptatieplicht voldoen en hebben eventuele onduidelijke informatievoorziening op dit punt aangepast. De positieve afwikkeling van deze casussen heeft er toe geleid dat de NZa i.o. (CTZ) geen aanleiding zag voor verdere toezichtacties.

4.c. Toegankelijkheid aanvullende verzekering

Voor de aanvullende verzekeringen gelden bovengenoemde toegankelijkheidsbepalingen niet. Ontoegankelijkheid van aanvullende verzekeringen is echter wel ongewenst omdat zo de mobiliteit van verzekerden voor de basisverzekering kan worden belemmerd, met een nadelig effect op de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Zoals aangekondigd in het Visiedocument let de NZa i.o. in 2006 vooral op risicoselectie, insurance lock en overtreding van artikel 120 Zvw.

Aanvullende verzekering blijft populair

Het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering is in vergelijking tot voorgaande jaren nauwelijks veranderd. In 2004 had 92% van de ziekenfondsverzekerden een aanvullende verzekering.⁴⁹

Tabel 4.1 Aanvullende verzekeringsgraad

	aanvullend verzekerd
Individueel	91 %
Collectief	95 %
Alle verzekerden	93 %

bron: Gegevensuitvraag mobiliteit

Collectief verzekerden hebben vaker een aanvullende verzekering dan individueel verzekerden. Maar gezien de hoge verzekeringsgraad onder individueel verzekerden is er geen reden om aan te nemen dat aanvullende verzekeringen voor hen minder goed toegankelijk zijn. Het verschil wordt mogelijk veroorzaakt door de kortingen op de premies voor de aanvullende verzekeringen die in het pakket van de collectieve verzekering zitten. Het verschil kan echter evengoed het gevolg kunnen zijn van een lagere verzekeringsbehoefte. Dit is niet onderzocht.

4.c.1. Risicoselectie⁵⁰

Acceptatiebeleid voor aanvullende verzekering

ZN heeft zelf eind 2005 het acceptatiebeleid van ziektekostenverzekeraars voor de aanvullende verzekering in 2006 geïnventariseerd. De verzekeraars gaven aan dat zij nieuwe verzekerden in 2006 non-select zouden accepteren soms met uitzondering van de meest uitgebreide tandartsverzekeringen. Wel stellen zij daarbij vaak als voorwaarde dat ook de basisverzekering bij hen wordt afgenomen. De NZa i.o. heeft dit beeld van verzekeraars zelf niet getoetst. Wel heeft NZa i.o. in de eerste helft van 2006 signaaltoezicht ontwikkeld. Daarin is van het weren van slechte risico's weinig gebleken.

Bevindingen

In de enquête onder verzekerden heeft de NZa i.o. gevraagd of zij zijn geweigerd voor een aanvullende verzekering. De uitkomsten van de enquête lijken overeen te komen met de toezeggingen van de zorgverzekeraars voor non-selecte acceptatie. 4,8% van de respondenten heeft bij het afsluiten van een aanvullende verzekering een vragenlijst met gezondheidsvragen moeten

⁴⁹ Vektis, Zorgthermometer, juli 2004

⁵⁰ Onder risicoselectie verstaat de NZa i.o. hier een selectieprocedure die erop gericht is ongunstige risico's uit bepaalde verzekeringen te weren of toe te laten met beperkingen. Als gevolg van die procedure kan een consument dus worden geweigerd of toegelaten, met of zonder aanvullende voorwaarden.

invullen. Slechts 0,7% van de respondenten is geweigerd voor een aanvullende verzekering. Vijf van die vijftien respondenten hebben geen gezondheidsvragenlijst hoeven invullen. Bij tien van de vijftien geweigerde verzekerden ging het om een module voor tandheelkundige zorg. Een respondent zei te zijn geweigerd voor het minst uitgebreide pakket van de zorgverzekeraar.

Acceptatiebeleid aanvullende verzekeringen en mobiliteit basisverzekering

In 2006 zijn maar weinig verzekerden geconfronteerd met risicoselectie op de aanvullende verzekeringen. Nog minder verzekerden zijn geconfronteerd met een werkelijke weigering.⁵¹ Met als gevolg nauwelijks belemmeringen voor de mobiliteit van verzekerden op de markt van basisverzekeringen.

Voor de komende overstapperiode zijn geen integrale afspraken tussen VWS en de zorgverzekeraars over acceptatie gemaakt. Door toenemende financiële belangen kunnen de verzekeraars sterker worden geprikkeld tot risicoselectie. De NZa i.o. blijft alert op de gevolgen van risicoselectie voor de werking van de zorgverzekeringsmarkt.

4.c.2. Insurance lock

Grote kans op 'insurance lock'

De NZa i.o. heeft in haar visie op de zorgverzekeringsmarkt insurance lock (insluiting van verzekerden) als een belangrijke mobiliteitsbeperkende koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering geïdentificeerd. Een voorbeeld van insurance lock is dat de verzekeraar de premie van de aanvullende verzekering kan verhogen, als de verzekerde voor de basisverzekering wil overstappen naar een andere zorgverzekeraar. In dat geval kan de verzekerde besluiten 'alles maar bij het oude te laten', en is hij 'ingesloten in zijn verzekering'. Uit onderzoek van iBMG blijkt dat zorgverzekeraars in 2006 verschillende vormen van koppeling van aanvullende verzekeringen aan de basisverzekering hanteren.⁵²

Bevindingen

De NZa i.o. heeft laten onderzoeken of consumenten hebben afgezien van overstap omdat zij naast de aanvullende verzekering verplicht de basisverzekering moesten afnemen. Enerzijds bleek deze koppeling voor geen enkele verzekerde de reden van de weigering voor een aanvullende verzekering. Voor het jaar 2006 concludeert de NZa i.o. dat zich op dit aspect geen risico's hebben voorgedaan. Anderzijds heeft de NZa i.o. in het kader van signaaltoezicht vragen van consumenten ontvangen waarin het weigeren voor de aanvullende verzekering aan de orde komt als niet ook een basisverzekering is afgesloten (zie paragraaf 4.c.4.). In het kader van het risico op insurance lock neemt de NZa i.o. zich voor nader onderzoek te doen naar de mate waarin contractbepalingen in de aanvullende verzekering het overstappen in 2007 bemoeilijken.

4.c.3. Overtreding artikel 120 Zvw

De NZa i.o. heeft in de eerste helft van 2006 geconstateerd dat in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering van een achtstal zorgverzekeraars staat dat de zorgverzekeraar de aanvullende verzekering kan beëindigen wanneer de basisverzekering is opgezegd. De polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering van de zorgverzekeraar suggereren dus dat het voor een bestaande verzekerde bij deze zorgverzekeraar niet mogelijk is om de aanvullende verzekering te behouden als die verzekerde zijn

⁵¹ Het beeld dat uit de enquête naar voren komt wordt bevestigd door ander onderzoek. Het onderzoeksinstituut iBMG heeft gerapporteerd dat zorgverzekeraars in 2006 een veel minder streng selectiebeleid hanteren dan in eerdere jaren. iBMG in opdracht van NPCF, "Evaluatie aanvullende verzekeringen 2006", april 2006

⁵² iBMG in opdracht van NPCF, "Evaluatie aanvullende verzekeringen 2006", april 2006

basisverzekering opzegt. Volgens artikel 120 Zvw is een dergelijke voorwaarde nietig.

De NZa i.o. heeft onderzoek naar deze casussen gedaan en in overleg met de Autoriteit Financiële Markten (AFM) een brief naar de betreffende verzekeraars gestuurd. Daarin staat het verzoek om het beleid rondom deze bepaling in de aanvullende verzekering kenbaar te maken en mogelijk de bepaling aan te passen.

De situatie tot de Wmg: samenwerking met AFM

Afstemming met de AFM is nodig omdat de NZa i.o. tot aan de invoering van de Wmg geen formele bevoegdheden heeft ten aanzien van de informatievoorziening van ziektekostenverzekeraars aan verzekerden.⁵³ De AFM is voorlopig op grond van de Wet financiële dienstverlening (Wfd) bevoegd. Tot de invoering van de Wmg bestaat er een convenant tussen de AFM en de NZa i.o. (meer precies: het CTZ). Daarin is afgesproken dat een aantal activiteiten wordt uitgevoerd door de NZa i.o., hoewel de AFM officieel bevoegd is.

Als blijkt dat de Wfd inderdaad wordt overtreden zoekt de NZa i.o. contact met de ziektekostenverzekeraar. Zo nodig wordt het dossier aan de AFM overgedragen voor het opleggen van nadere formele handhavingmaatregelen.

De situatie na invoering Wmg:

Met de Wmg krijgt de NZa i.o. bevoegdheden om op te treden tegen misleidende informatie. In artikel 40 lid 3 Wmg staat aangegeven dat ziektekostenverzekeraars geen misleidende informatie mogen verstrekken. De mededeling aan verzekerden dat hun aanvullende verzekering wordt stopgezet als zij overstappen is misleidend omdat de verzekeraar een aanvullende verzekering niet mag opzeggen. Interventie op een overtreding van artikel 120 Zvw is dus mogelijk door regels te stellen aan informatievoorziening door verzekeraars.

Informatieverstrekking door NZa i.o. zelf

Naast het optreden tegen misleidende informatie van een ziektekostenverzekeraar heeft de NZa i.o. de mogelijkheid informatie te verstrekken aan consumenten om hen duidelijk te maken wat wel en niet mag als het gaat om de koppeling tussen aanvullende verzekering en basisverzekering. Op die manier kunnen verzekerden of belangenorganisaties gewaarschuwd worden voor niet-toegestane bepalingen in verzekeringsvoorwaarden in de aanvullende verzekeringen.

NZa kan geen verplichting opleggen voor de polis bij art. 120...

De NZa i.o. heeft, ook met de Wmg, niet de mogelijkheid in te grijpen in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering. De NZa heeft niet de bevoegdheid ziektekostenverzekeraars hun polissen aan te laten passen bij overtreding van artikel 120 Zvw.

Signalen

De NZa i.o. zal alert blijven op overtredingen van artikel 120 Zvw vanwege het belang voor de toegankelijkheid van zorgverzekeringen.

4.c.4. Gebundelde verkoop basis- en aanvullende verzekering

Naast artikel 120 Zvw, dat bepaalt dat de verzekerde zijn aanvullende verzekering mag behouden als hij zijn basisverzekering beëindigt, is de gebundelde verkoop (koppelverkoop) een onderwerp dat de aandacht van de NZa i.o. vraagt.

⁵³ De Zvw onderscheidt zorgverzekeraars (aanbieders van basisverzekeringen) en ziektekostenverzekeraars (aanbieders van aanvullende verzekeringen).

Twee afzonderlijke afwegingen?

De NZa i.o. heeft geconstateerd dat enkele zorgverzekeraars hun basisverzekering verplicht stellen, als een verzekerde bij hen een aanvullende verzekering wil afsluiten. Hoewel dit wettelijk gezien niet verboden is, ziet de NZa i.o. niet wel bezwaren tegen deze praktijk. Verzekerden moeten voor beide soorten verzekeringen een prijs-kwaliteitsafweging kunnen maken. Dit is onmogelijk, als de verzekerde verplicht is bijvoorbeeld een onaantrekkelijke basisverzekering af te sluiten bij de zorgverzekeraar die de aanvullende verzekering van zijn voorkeur aanbiedt.

Advisering aan VWS

De NZa i.o. neemt zich voor om de effecten van deze gebundelde verkoop de komende jaren te blijven volgen. Als daartoe aanleiding bestaat, kan de NZa i.o. vanuit de taken die hij heeft ten aanzien van het bevorderen van de marktwerking in de zorg, het Ministerie van VWS adviseren nadere regels te stellen die gebundelde verkoop moeten tegengaan. Daarbij beseft de NZa i.o. dat bij dergelijke adviezen de Europese schaderichtlijnen een belangrijk kader vormen.

4.d. Toegankelijkheid van de collectieve verzekering

Vooraf werkggevers- en pseudo-collectiviteiten

Ongeveer 46% van de verzekerden is verzekerd via een collectief contract. De NZa i.o. heeft verzekeraars gevraagd onderscheid te maken tussen werkggevers-collectiviteiten, collectiviteiten van patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten, ook wel pseudo-collectiviteiten genoemd. Het blijkt dat verzekerden vooral via hun werkgever collectief zijn verzekerd maar vaak ook via een pseudo-collectiviteit. Men kan zich ook via een patiëntenvereniging verzekeren maar dat gebeurt nog niet op grote schaal. Het beeld dat (nog) niet op grote schaal met patiëntenverenigingen wordt gecontracteerd, wil niet zeggen dat patiënten op grote schaal zijn geweigerd voor een collectief contract. Men kan immers zijn aangesloten bij een collectiviteit via de eigen werkgever, via de werkgever van de partner, via een vakbond, een ouderenbond enzovoort.

Kenmerken van pseudo-collectiviteiten

De pseudo-collectiviteiten zijn zeer uiteenlopend van aard. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om gemeenten die collectieve contracten hebben gesloten voor uitkeringsgerechtigden en sociale minima, thuiszorginstellingen, bedrijfsverenigingen, vakbonden, personeelsverenigingen, pensioenfondsen, ouderenbonden, de leden van een grote bank en een aantal landelijke initiatieven om met zoveel mogelijk mensen als een soort inkoopcombinatie gunstige collectieve contracten in de wacht te slepen (voornamelijk via internet). Op grond van resultaten van de enquête ontstaat het volgende beeld binnen de pseudo-collectiviteiten:

- 11% van de verzekerden via een consumentenorganisatie
- 37% via een vakbond
- 2% via een sportvereniging.⁵⁴

Ongeveer de helft van de verzekerden die via pseudo-collectiviteiten zijn verzekerd, hebben zich verenigd in een min of meer algemeen toegankelijk collectief. Van die algemene collectiviteiten nemen de zogenaamde internetcollectiviteiten een kwart van de verzekerden voor hun rekening, de ouderenbonden ruim 10% en de rest van de verzekerden zit in een collectief op

⁵⁴ Zowel de CNV als de FNV bieden hun leden een collectieve zorgverzekering. Gezamenlijk vertegenwoordigen zij ongeveer twee miljoen leden.

basis van hun 'lidmaatschap' bij een bank of een vakbond.

Risicoverevening en patiënten-activiteiten Patiëntenverenigingen hebben laten weten dat zij naar hun mening niet goed in staat werden gesteld collectieve verzekeringen af te sluiten. Dit kan samenhangen met de klacht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) dat het vereveningssysteem onvoldoende functioneert waardoor patiëntencollectiviteiten onaantrekkelijk zouden zijn voor zorgverzekeraars. Het vereveningssysteem behoort concurrentie neutraal te werken, maar in de praktijk kan blijken dat bepaalde groepen verzekerden voor verzekeraars onaantrekkelijk blijven of worden.⁵⁵ Ook spelen schaalvoordelen een rol. Overigens, voor groepen patiënten met zeldzame aandoeningen kunnen, ondanks een adequate risicoverevening, de baten ontoereikend zijn om verzekeraars te prikkelen.

Input voor evaluatie vereveningssysteem De NZa i.o. beseft dat het vereveningssysteem voortdurend geëvalueerd en verder geoptimaliseerd wordt. In het komende jaar zal de NZa i.o. in het kader van onderzoek naar differentiatie van kortingen in de collectieve markt en risicoselectie meer precies in kaart brengen om welke patiëntenorganisaties het gaat. De NZa i.o. zal de bevindingen overleggen aan de organisaties die de evaluatie van het vereveningssysteem verzorgen.

4.e. Toegankelijkheid van zorg

4.e.1. Beperkingen vanuit de aanvullende verzekering

De toegankelijkheid van zorg kan worden beperkt door polisvoorwaarden die zorgverzekeraars stellen in de aanvullende verzekeringen. Beperkende voorwaarden zijn bijvoorbeeld het opleggen van wachttijden voordat er aanspraak kan worden gemaakt op vormen van zorg. Voorbeelden zijn ook het gedeeltelijk vergoeden van declaraties en het verplicht stellen van een machtiging voor een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten. Daarnaast is het mogelijk dat sommige vormen van zorg in de hele markt niet of slechts bij enkele zorgverzekeraars te verzekeren zijn.

Wachttijden en machtigingen Sommige verzekeraars leggen wachttijden op voor vergoeding van bepaalde verstrekkingen. Het betreft hier vaak tandartsverrichtingen (orthodontie, kronen). In plaats van een wachttijd hanteren verzekeraars ook machtigingen, die inhouden dat een verzekerde vooraf toestemming van zijn verzekeraar moet hebben voor hij recht heeft op zorg of vergoeding van de kosten. Machtigingen komen overigens ook voor in de basisverzekering. Dit veroorzaakt wel administratieve lasten. In de loop van 2006 is een tendens zichtbaar dat verzekeraars de machtiging vooraf vervangen door een systeem van controle achteraf.

Gedeeltelijke vergoeding Het slechts gedeeltelijk vergoeden van verstrekkingen komt vrij vaak voor. In de meeste aanvullende verzekeringen wordt het grootste deel van de verstrekkingen voor ten minste 75% vergoed. Een vergoedingspercentage van 50% komt echter ook voor. Dit is niet alleen bij de goedkoopste, maar ook bij de meest uitgebreide pakketten geconstateerd. Verstrekkingen waarbij relatief veel 50%-vergoeding voorkomt, zijn vaccinaties voor een buitenlandse reis, kraamzorg thuis, besnijdenis en poliklinische bevalling zonder medische oorzaak. Er is een aanvullende verzekering waargenomen die 30% van de

⁵⁵ Prinsze et al., "Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering, Van groot belang voor chronisch zieken", iBMG in opdracht van NPCF, maart 2005.

kosten van een bepaalde verstrekking vergoedt.

**Moelijk te
verzekeren zorg**

Het is lastig om dekking te vinden voor sommige verstrekkingen, omdat er maar weinig verzekeraars een verzekering aanbieden die deze verstrekkingen dekken. Deze verstrekkingen zijn:

- snurkbeugel (1 verzekeraar, maar wel behandeling tegen snurken bij bijna alle verzekeraars);
- periostmassage (2 verzekeraars);
- orthopedagogie (4 verzekeraars);
- leesstandaard (1 verzekeraar);
- iontoforese-apparaat (2 verzekeraars);
- inhalator (waaronder aerochamber) (2 verzekeraars);
- HIV -test (2 verzekeraars).

4.e.2. Beperkingen vanuit eigen risico's

**Financiële
ontoegankelijkheid**

Verzekerden kunnen toegankelijkheidsproblemen krijgen als zij hun zorg niet kunnen betalen als gevolg van hun eigen risico. In paragraaf 5.c blijkt dat het aantal mensen met een eigen risico zeer beperkt is. In die paragraaf komt ook aan de orde dat de keuze voor een hoger eigen risico niet samenhangt met een lager inkomen of een minder goede gezondheid. Al met al lijkt er dus geen sprake van verzekerden waarvoor het eigen risico een voornamelijk hindernis is voor toegang tot zorg.

4.f. Toegankelijkheid van keuze-informatie (transparantie)

**Beschikbaar,
begrijpelijk,
betrouwbaar**

Bij een beschrijving van toegankelijkheid op een markt, behoort ook een beschrijving van de toegankelijkheid van keuze-informatie. Immers, als de consument niet op objectieve en betrouwbare informatie kan vertrouwen wanneer hij zich toegang verschaft tot een verzekering, dan kan hij geen bewuste keuze maken voor een verzekering. Het gevolg is dat de markt niet kan concurreren op prijs-kwaliteitverhouding, omdat die niet inzichtelijk is. In deze paragraaf wordt vastgesteld of zich op de zorgverzekeringsmarkt transparantieproblemen voordoen die de consument belemmeren in zijn keuzeprocess. De NZa i.o. heeft de informatie over het aanbod van verzekeraars onderzocht op beschikbaarheid, begrijpelijkheid en betrouwbaarheid. Naast deze drie criteria is ook vereist dat gegevens vergelijkbaar zijn. De NZa i.o. doet later een vergelijkbaarheidsanalyse.

Vergelijkbaar

**Beperkingen in de
beoordeling van de
informatie**

De keuze voor deze vier criteria is gebaseerd op voorbeelden van transparantieonderzoek in andere markten. Er is gekozen voor een beoordeling van de informatievoorziening in informatiepakketten en websites van zorgverzekeraars en op vergelijkingssites⁵⁶. Bovendien zijn verzekerden gevraagd naar hun ervaringen. De inventarisatie was diepgaand genoeg om bestaande knelpunten aan het licht te kunnen brengen. Een vervolgonderzoek moet plaatsvinden om voldoende gedetailleerde informatie te verkrijgen. Op grond van de resultaten kan de NZa i.o. zich een oordeel vormen over de informatieverschaffing door afzonderlijke zorgverzekeraars. Ten slotte moet nadrukkelijk worden aangegeven dat de betrouwbaarheid van vergelijkingssites geen onderdeel was van de beoordeling. Mochten signalen daartoe aanleiding geven dan zal de NZa i.o. dit betrekken in het vervolgonderzoek naar de

⁵⁶ Er is een selectie gemaakt van 20 zorgverzekeraars. Van de vergelijkingssites zijn de vier meest bezochte vergelijkingssites geselecteerd. Om een representatief beeld te krijgen van de informatie op de markt zijn zorgverzekeraars geselecteerd op basis van de volgende criteria: het type zorgverzekering dat door de verzekeraar wordt aangeboden (verschillen in verzekeringsrecht: natura / restitutie / combinatie); grote versus kleine verzekeraar en werkgebied (van oorsprong regionaal versus landelijk werkend).

transparantie op de zorgverzekeringsmarkt.⁵⁷

De volgende aspecten van informatie worden beschreven. Eerst volgt een inventarisatie van de door verzekerden geraadpleegde informatiebronnen en hoeveel gebruik zij maken van die bronnen (paragraaf 4.f.1.). Vervolgens wordt weergegeven of bepaalde informatie wel of niet beschikbaar was in de schriftelijke informatiepakketten van zorgverzekeraars en op hun websites (paragraaf 4.f.2.). Daarna volgt een beschrijving van de begrijpelijkheid van die informatie, volgens het oordeel van de verzekerden zelf (paragraaf 4.f.3.). Daarna volgt een beschrijving van de betrouwbaarheid (juistheid, volledigheid) van de informatie (paragraaf 4.f.4.).

Belangrijkste bronnen

4.f.1. Bronnen van informatie en keuzeonderwerpen

Uit de enquêtes blijkt dat consumenten die het aanbod van de eigen verzekeraar hebben vergeleken met andere verzekeraars daarbij vooral gebruiken:

- schriftelijke informatiepakketten van verzekeraars;
- vergelijkingssites op internet, in het bijzonder
 - o www.kiesbeter.nl
 - o www.independer.nl
 - o www.zorgkiezer.nl
 - o www.verzekeringssite.nl
- informatie van werkgevers;
- reclameadvertenties;
- televisieprogramma's;
- informatie van familie en vrienden;
- informatie van vakbonden en beroepsorganisaties.

Internetsites

Internetsites voorzien in een behoefte onder verzekerden (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2 Meest geraadpleegde informatiebronnen (meerdere antwoorden mogelijk, aantal respondenten = 1133)

Informatiebron	
Informatiepakket zorgverzekeraar	65 %
Vergelijkingssites	41 %
Werkgevers/uitkeringsinstantie	29 %
Reclame kranten/radio/tv	29 %
TV-programma's	26 %
Familie en vrienden	24 %
Vakbond of beroepsorganisatie	20 %
Consumentenbond	12 %
Overheidsinstantie	6 %
Verzekeringstussenpersoon	6 %
Overig	2 %

bron: Enquête verzekerden

⁵⁷ Een dergelijk signaal staat in de toelichting op het sanctievoornemen van het Commissariaat voor de Media tegen de publieke omroep TROS vanwege de samenwerking met de vergelijkingssite Independer en zijn commerciële belangen. Het Commissariaat toont aan dat Independer via zijn vergelijkingssite op bepaalde zorgverzekeringen kortingen biedt. Zie: Commissariaat voor de Media, Sanctievoornemen van het Commissariaat voor de Media betreffende overtreding van artikel 55, eerste lid, van de Mediawet door TROS in het programmaonderdeel *Radar*, 22 februari 2006. Het Commissariaat heeft het sanctievoornemen ingetrokken en volstaan met een waarschuwing aan de TROS. De Vereniging Regionale Zorgverzekeraars heeft inmiddels gepleit voor aandacht voor de commerciële activiteiten van vergelijkingssites door NZa (ZN Journaal 2006, nr. 15).

De overheid heeft zelf bijgedragen aan de beschikbaarheid van een vergelijkingsite (www.kiesbeter.nl). Verzekerden kunnen momenteel terecht op tientallen websites met vergelijkende informatie over verzekeraars en hun polissen. Er bestaan inmiddels ook websites met informatie over collectieve contracten, en sites waarop verzekerden ervaringen uitwisselen over hun zorgverzekeraar en het overstappen.

Keuzeonderwerpen Aan consumenten is gevraagd over welke onderwerpen zij informatie hebben gezocht. Onderstaande tabel bevestigt het beeld dat consumenten zich voornamelijk oriënteren op prijzen. Het minst is gezocht naar informatie over inspanningen van verzekeraars voor het regelen van zorg. Informatie over dit onderwerp is over het algemeen ook niet beschikbaar.

Tabel 4.3 Onderwerpen waarover informatie is gezocht (1998 respondenten)

Informatiebron	
Premie en eigen bijdrage	62 %
Dekking aanvullend	55 %
Mogelijkheid voor collectiviteit	26 %
Service van verzekeraar	25 %
Keuzevrijheid zorgverleners	25 %
Reputatie verzekeraar	17 %
Acceptatie en polisvoorwaarden	13 %
Inspanningen regelen zorg	9 %

bron: Enquête verzekerden

Gebruik Verzekerden raadpleegden gemiddeld 2,7 informatiebronnen. Ruim 70% van de consumenten oriënteerde zich op drie of meer zorgverzekeraars. Gemiddeld besteedden consumenten een tot vier uur aan het zoeken en vergelijken van informatie.

4.f.2. Beschikbaarheid van informatie

Service- en zorg-informatie slecht beschikbaar Onderstaande tabel geeft aan dat de beschikbaarheid van keuze-informatie sterk samenhangt met het onderwerp waarover de verzekerde informatie zoekt. In het bijzonder op het gebied van serviceverlening en afspraken over zorgverlening is de keuze-informatie slecht beschikbaar.

In de meerderheid van de informatiepakketten van de zorgverzekeraars is geen verwijzing te vinden naar een lijst met gecontracteerde aanbieders. Op websites is deze informatie doorgaans wel beschikbaar maar niet altijd eenvoudig te vinden. Informatie over activiteiten van de zorgverzekeraars over het verbeteren van de kwaliteit en snelheid van de verzekerde zorg is, op een enkele uitzondering na, niet beschikbaar.⁵⁸

Reglementen hulpmiddelen en farmacie Zorgverzekeraars hanteren voor het verkrijgen van hulpmiddelen en farmacie reglementen die in aanvulling op de polis informatie geven over de rechten en plichten van verzekerden. Enkele zorgverzekeraars hadden hun reglementen in een laat stadium gereed, sommigen zelfs pas na 1 januari. Dit valt hen

⁵⁸ Het internet als oplossing voor zorgverzekeraars om informatie te geven over hun aanbod is niet even effectief voor alle bevolkingsgroepen. Volgens onderzoek van Nivel hebben chronisch zieken en gehandicapten minder vaak toegang tot internet dan de algemene Nederlandse bevolking. Onder chronisch zieken en gehandicapten beschikt 43% over toegang tot internet, tegenover 69% in de gehele bevolking (Atie van den Brink-Muinen, "Gebruik van internet door chronisch zieken en gehandicapten voor het zoeken naar gezondheids(zorg)informatie", NIVEL 2006). De vergelijkingsite www.kiesbeter.nl heeft in mei 2006 zijn site aangepast en meer zorginformatie toegankelijk gemaakt.

Tabel 4.4 Aanwezigheid van informatie in informatiepakketten en op websites (onderzocht bij 20 zorgverzekeraars, tenzij anders aangegeven)

Informatie beschikbaar?	Informatiepakketten van verzekeraars	Websites van verzekeraars
Eigen risico	19	18
Dekking aanvullende verzekering	18	19
Overzicht van polissen van de verzekeraar	18	18
Premiebedragen	17	19
No-claim	15	20
Telefonische bereikbaarheid	15	20
Dekking basisverzekering	16	18
Premiekortingen (n=18)	15	13
Wachtnlijstbemiddeling	11	15
Polistype (natura, restitutie, zorgcontractering)	9	15
Gecontracteerde zorgaanbieders (n=16)	3	12
Eigen betalingen niet gecontracteerde zorg	10	12
Snelheid afhandeling nota's	8	9
Afspraken over goede zorg (n=16)	2	7
Afhandeling klachten	4	7
Afspraken gespecialiseerde zorg (n=16)	0	2
Afspraken over snelle zorgverlening (n=16)	0	2

bron: NZa i.o.

overigens niet aan te rekenen, omdat de Regeling zorgverzekering (Rzv) erg laat beschikbaar kwam.⁵⁹ De goedkeuring van de reglementen voor hulpmiddelen en farmacie kon als gevolg daarvan in een aantal gevallen niet voor 1 januari tot stand komen. Vooral voor chronisch zieken is informatie van zorgverzekeraars over de polisvoorwaarden voor hulpmiddelen en farmacie van groot belang.

Functionele aanspraken inzichtelijk maken

De aanspraken van verzekerden zijn in de Zvw functioneel omschreven. Zorgverzekeraars moeten deze functionele omschrijving in hun polissen concreet invullen, waardoor er verschillen tussen zorgverzekeraars zouden kunnen ontstaan. Als verzekeraars consumenten beter voorlichten over de wijze waarop zij aan de aanspraken invulling geven, worden verschillen tussen basispolissen inzichtelijk en wordt het mogelijk op basis van zorginhoudelijke overwegingen te kiezen voor een basispolis.

Service-informatie

Er is zeer beperkt informatie beschikbaar over de klachtafhandeling. De meeste verzekeraars geven ook geen informatie over de snelheid waarmee door consumenten ingediende nota's worden betaald.

Inhoudelijke verschillen

Tabel 4.4 geeft weer hoeveel zorgverzekeraars informatie geven over een onderwerp. Er zijn echter ook nog verschillen waarneembaar in bijvoorbeeld de uitgebreidheid van de gegeven informatie. Veel verzekeraars geven bijvoorbeeld informatie over wachtlijstbemiddeling. Er zijn verzekeraars die zich beperken tot een vermelding van de service, andere verzekeraars geven daarbij ook informatie over de procedure voor wachtlijstbemiddeling. Enkele verzekeraars geven informatie over concrete prestaties waarop consumenten mogen rekenen door aan te geven wat de maximale wachttijden voor bepaalde zorgvormen zijn. Deze variatie is niet weergegeven in de tabel.

⁵⁹ Tweede Kamer. (29689 nr. 16 (bijlage))

Maar verzekerden ervaren weinig knelpunten...

Het beeld, dat vooral informatie over zorg- en serviceverlening ontbreekt, wordt niet direct bevestigd door de geënquêteerde verzekerden (tabel 4.5). De informatie over premie en eigen bijdrage en over collectiviteiten is weliswaar significant gemakkelijker te vinden dan de overige informatie, maar over het algemeen geven zij aan dat alle gewenste informatie relatief eenvoudig te vinden is. Over het algemeen ervaren de geënquêteerde verzekerden geen duidelijke knelpunten ten aanzien van de beschikbaarheid van informatie.

Tabel 4.5 Gemak waarmee informatie gevonden is

Informatie over	Aantal respondenten	(Heel) makkelijk
Premie en eigen bijdrage	1232	92 %
Mogelijkheid voor collectiviteit	511	92 %
Reputatie verzekeraar	343	86 %
Dekking aanvullend	1095	85 %
Acceptatie en polisvoorwaarden	264	84 %
Service van verzekeraar	506	84 %
Keuzevrijheid zorgverleners	506	80 %
Inspanningen regelen zorg	181	75 %

bron: Enquête verzekerden

Aan verzekerden is gevraagd hoe belangrijk de gezochte informatie was bij de keuze voor een verzekeraar of verzekering. Uit de onderstaande tabel blijkt dat verzekerden alle onderwerpen belangrijk vinden voor het maken van een keuze. De dekking van de aanvullende verzekering scoort daarbij het hoogst en de mogelijkheid om aan een collectiviteit deel te nemen het laagst. Aan de geënquêteerden is vervolgens de vraag voorgelegd welke informatie doorslaggevend is geweest bij de keuze. Daaruit blijkt dat ruim de helft van de verzekerden de keuze baseert op informatie over premie en eigen bijdrage. Het minst genoemd werd informatie over de acceptatie en polisvoorwaarden en informatie over het regelen van zorg.

Tabel 4.6 Informatie was belangrijk in keuze

Informatie over	Aantal respondenten	Belangrijk / Zeer belangrijk
Dekking aanvullend	1092	97 %
Inspanningen regelen zorg	177	97 %
Keuzevrijheid zorgverleners	493	95 %
Service van verzekeraar	494	95 %
Premie en eigen bijdrage	1223	95 %
Reputatie verzekeraar	339	93 %
Acceptatie en polisvoorwaarden	261	89 %
Mogelijkheid voor collectiviteit	505	88 %

bron: Enquête verzekerden

Belangrijkste informatiebronnen

Als verzekerden vergelijkingssites raadplegen, wordt het meest vergeleken op premies en dekking van de aanvullende verzekering. Voor de overige onderwerpen worden vergelijkingssites ongeveer even vaak geraadpleegd als informatie van werkgevers, reclame et cetera. Werkgevers, tv-programma's en reclame-uitingen spelen naast vergelijkingssites een belangrijke rol.

Tabel 4.7 Informatie was doorslaggevend in keuze (aantal respondenten = 1973)

Informatie over	%
Premie en eigen bijdrage	51
Dekking aanvullend	46
Service van verzekeraar	18
Keuzevrijheid zorgverleners	16
Mogelijkheid voor collectiviteit	14
Reputatie verzekeraar	12
Inspanningen regelen zorg	8
Acceptatie en polisvoorwaarden	6

bron: Enquête verzekerden

Niet onbelangrijk is de rol van familie en vrienden. Een aanzienlijk deel van de consumenten baseert zich op informatie van de sociale omgeving. Het minste gebruik maken consumenten van de informatiebronnen van de overheid, tussenpersonen en patiëntenorganisaties.

Reputatie en acceptatie- en polisvoorwaarden

Voor informatie over de reputatie van een verzekeraar baseren verzekerden zich eveneens voornamelijk op de zorgverzekeraar zelf. Op de tweede plaats gaan consumenten af op informatie van familie en vrienden, gevolgd door vergelijkingssites, werkgevers en reclame-uitingen. Tv-programma's spelen een duidelijke rol in de informatievoorziening over acceptatie- en polisvoorwaarden.

Collectiviteiten

Een ander beeld bestaat bij informatie over collectiviteiten. Deze informatie krijgen verzekerden hoofdzakelijk van werkgevers. Daarnaast spelen zorgverzekeraars zelf en vakbonden een rol in de informatievoorziening op dit punt.

Zorggerelateerde onderwerpen

Aan verzekerden die hebben gezocht naar informatie over het regelen van zorg door de zorgverzekeraar is gevraagd over welke onderwerpen men informatie zocht. De interesse in de verschillende onderwerpen blijkt gelijk: er is geen voorkeur voor een specifiek zorggerelateerd onderwerp. Ook is gevraagd hoe eenvoudig verzekerden de informatie over zorg konden vinden. Uit de resultaten blijkt dat deze informatie beduidend minder eenvoudig is te vinden dan de informatie over overige onderwerpen (zie tabel 4.5).

Conclusies over de beschikbaarheid van informatie

De informatie over zorg krijgen verzekerden hoofdzakelijk van zorgverzekeraars zelf. Vergelijkingssites spelen slechts een beperkte rol in de informatievoorziening op dit punt. Opgemerkt moet worden dat de groep aan wie deze vragen over zorginformatie zijn gesteld zeer klein is, waardoor voorzichtig moet worden omgegaan met het trekken van conclusies. Algemene conclusie is dat het beeld wordt bevestigd dat verzekerden vooral zijn gericht op informatie over premies. Die informatie is, evenals informatie over collectiviteiten, het makkelijkst te vinden. Dit was te verwachten: informatie over collectiviteiten wordt vaak naar verzekerden toegestuurd (waar het een lidmaatschap of werkgever betreft) en informatie over premies is via vele bronnen beschikbaar.

Tabel 4.8 Gezocht naar informatie over zorggerelateerde onderwerpen
(aantal respondenten = 179)

Informatie over	
Hulp bij zoeken zorgverlening	60 %
Afspraken met ziekenhuizen	40 %
Afspraken over kwaliteit	40 %
Afstemming tussen zorgverleners	36 %
Verbetering gezondheid	26 %

bron: Enquête verzekerden

Tabel 4.9 Gemak waarmee zorggerelateerde informatie gevonden is

Informatie over	Aantal respondenten	(Heel) makkelijk
Afspraak ziekenhuizen snelle zorg	71	73 %
Verbetering gezondheid	47	72 %
Hulp bij zoeken zorgverlening	107	72 %
Afstemming tussen zorgverleners	65	62 %
Afspraken over kwaliteit	71	58 %

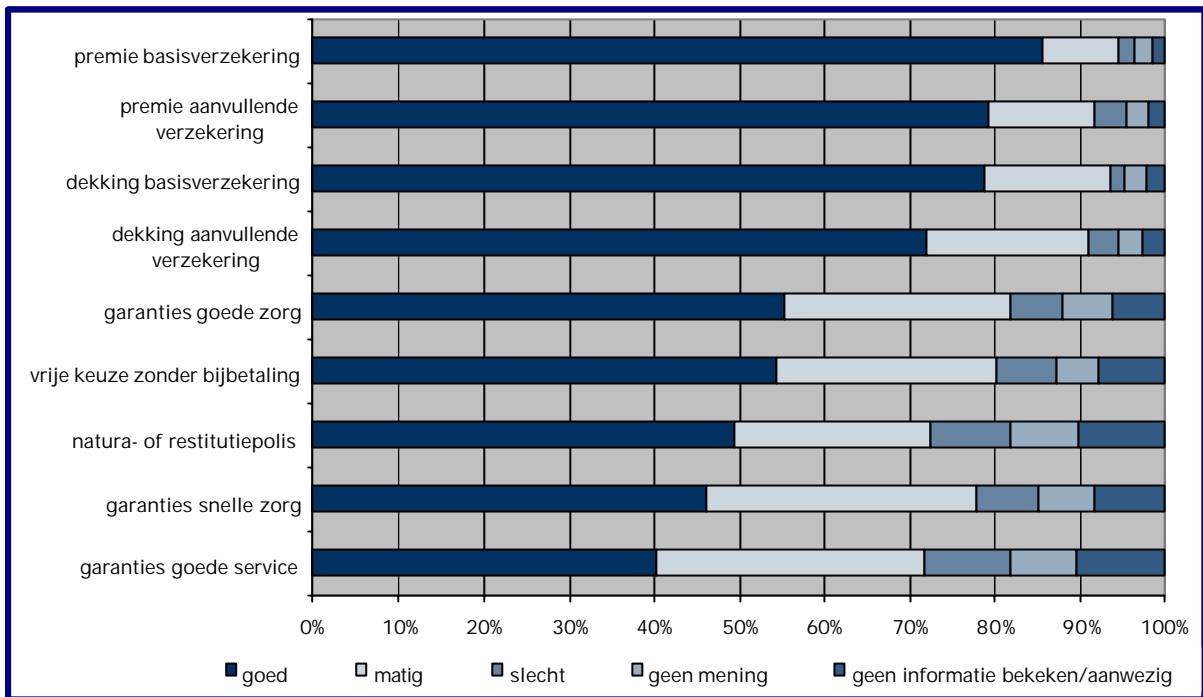
bron: Enquête verzekerden

Naar informatie over zorg is het minst gezocht. Deze informatie blijkt ook minder makkelijk te vinden, zo blijkt uit de ervaringen van de groep aan wie dit afzonderlijk is gevraagd. Informatie over service is niet moeilijker te vinden dan informatie over de overige onderwerpen. Niet duidelijk is naar welke serviceaspecten verzekerden hebben gezocht. Dit is niet afzonderlijk voorgelegd aan verzekerden die hebben aangegeven te zijn geïnteresseerd in informatie over service.

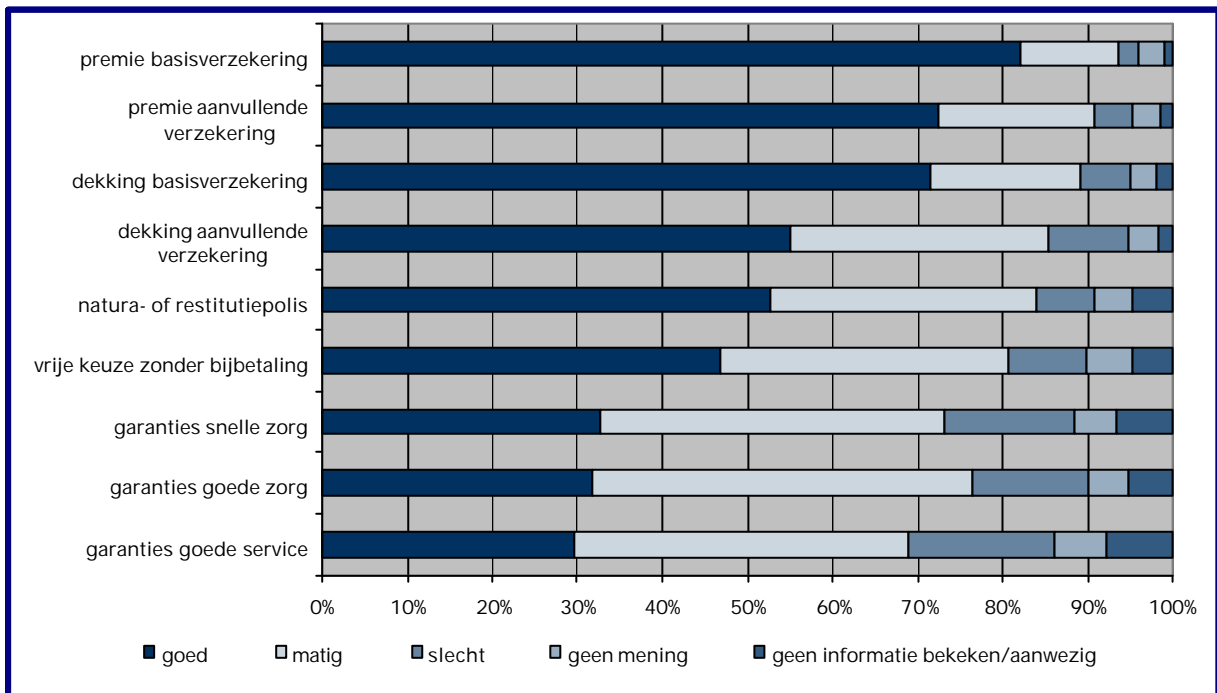
De enquête roept het beeld op dat verzekerden nog niet op zorginhoudelijke overwegingen kunnen of willen kiezen voor een zorgpolis. Ten eerste heeft informatie over zorg geen doorslaggevende rol gespeeld in de keuze van verzekerden. Verder blijkt dat verzekerden voornamelijk afgaan op informatie van verzekeraars zelf. De NZa i.o. heeft geconstateerd dat zorgverzekeraars weinig zorginhoudelijke informatie geven. Vergelijkingssites worden hoofdzakelijk geraadpleegd voor vergelijking van premies en de dekking van de aanvullende verzekering. Voor de overige onderwerpen gaan verzekerden ook veel af op informatie uit reclame, tv-programma's, werkgevers en familie. Van die informatiebronnen is de kwaliteit onbekend.

4.f.3. Begrijpelijkheid van informatie

Aan verzekerden is gevraagd hoe begrijpelijk zij de informatie vonden bij het decemberaanbod voor een nieuwe verzekering van hun verzekeraar. Ook is hun mening gevraagd over de begrijpelijkheid van informatie op vergelijkingsites (zie figuren 4.1 en 4.2).



Figuur 4.1 Begrijpelijkheid van informatie in decemberaanbod



Figuur 4.2 Begrijpelijkheid van informatie op vergelijkingssites

Mening van de consument

Consumenten beoordelen informatie over de premie en dekking van de basisverzekering en aanvullende verzekeringen als het meest begrijpelijk. Ze ervaren informatie over zorggaranties en servicegaranties als minst begrijpelijk. Verder zijn consumenten minder tevreden over de informatie die wordt geboden over het al dan niet moeten bijbetalen bij zorgconsumptie en over de informatie over het natura of restitutiekarakter van de verzekering. Het aspect 'vrije keuze zonder bijbetaling' wordt bestempeld als belangrijke informatie, omdat verzekerden bij polissen met gecontracteerde zorg te maken kunnen krijgen met forse eigen betalingen als ze gebruik maken van

niet-gecontracteerde zorg.

Deskresearch CTZ De mening van de geënquêteerde verzekerden wordt bevestigd door deskresearch van het CTZ. Daaruit komt naar voren dat de begrijpelijkheid van informatie het minst is op die aspecten die ook het laagst door consumenten worden gewaardeerd.⁶⁰

**Meldingen
behandeld**

4.f.4. Betrouwbaarheid informatie

Zorgverzekeraars zijn verplicht goede informatie te leveren aan (aspirant) verzekerden.⁶¹ Ook hier geldt dat tot de invoering van de Wmg de AFM wettelijk is bevoegd met betrekking tot misleiding op grond van de Wfd. Het CTZ heeft enkele tientallen meldingen over de informatievoorziening door zorgverzekeraars ontvangen. Het merendeel van de signalen blijkt voort te komen uit fouten of onbekendheid met de nieuwe Zw. In een beperkt aantal gevallen ging het om beweringen die onjuist waren (zie als voorbeeld de casus misleidende informatie). Een aantal signalen heeft diepgaander onderzoek gevergd. Indien nodig vraagt het CTZ nadere informatie op en/of bereidt het CTZ via een formele hoor/wederhoor-procedure besluitvorming voor. In juni 2006 is als preventief toezicht, ruim voor de volgende overstapperiode, een richtsnoer gepubliceerd van wat mag en wat niet mag met betrekking tot de informatieverstrekking aan verzekerden.

**Relatie informatie-
voorziening basis-
pakket en verkopen
aanvullende
polissen**

Voldoende en juiste informatie over de basisverzekering is ook gewenst om verzekerden de dekking en inhoud van een aanvullende verzekering goed te kunnen laten beoordelen. Het is onwenselijk als verzekerden zich op grond van onvolledige, onjuiste of misleidende informatie over de dekking van de basisverzekering, uitgebreid aanvullend verzekeren. Dit zou misschien niet zijn gedaan als de informatie over het basispakket goed was geweest.

In 2006 heeft de NZa i.o. signalen ontvangen dat bepaalde vergelijkingssites niet onafhankelijk opereren of hun vergelijkingsoverzichten samenstellen op grond van onjuiste brongegevens. Juist gezien de populariteit van de vergelijkingssites is dit een ernstige bedreiging voor de consument. De NZa i.o. neemt zich voor om verzekerden in te lichten over het mogelijke gebrek aan onafhankelijkheid van sommige vergelijkingssites. Dit kan bijvoorbeeld door op de website van de NZa i.o. uiteen te zetten hoe verschillende vergelijkingssites komen tot een overzicht of een advies aan de consument. Als het gaat om het gebruik van onjuiste brongegevens, heeft de NZa i.o. de mogelijkheid om marktpartijen aan te spreken op de plicht tot juiste informatievoorziening aan verzekerden.

**Consequenties van
matig transparante
keuze-informatie**

Door slecht beschikbare en slecht begrijpelijke informatie in het keuzeproses kan de 'kwaliteit van de keuze' verminderen. Wanneer een verzekerde besluit om wel of niet een bepaalde verzekering te nemen, op grond van 'slechte informatie', dan kan de marktwerkingsprikkel die uitgaat van zijn keuze niet als een 'zuivere' prikkel worden opgevat. De goede werking van de markt komt in gevaar als verzekerden stelselmatig op grond van slecht beschikbare en slecht begrijpelijke informatie hun keuzes moeten maken. De NZa i.o. is van mening dat met name informatie over de kwaliteit van zorg nog te wensen over laat. Juist als de zorgcontractering een onderscheidend kenmerk wordt van de polissen, moet de verzekerde op volledige en toegankelijke informatie

⁶⁰ Het deskresearch is onafhankelijk uitgevoerd van de resultaten van de enquête onder verzekerden.

⁶¹ Artikel 40 Wmg

kunnen vertrouwen.

4.g. Conclusies over de toegankelijkheid en acties NZa i.o.

Het voorliggende hoofdstuk heeft een beschrijving gegeven van de toegankelijkheid van basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen, collectieve verzekeringen, zorg en keuze-informatie. Samenvattend kan worden geconcludeerd dat zich op enkele van deze onderwerpen problemen hebben voorgedaan. Deze zijn echter opgelost voordat verzekerden hiervan groot nadeel hebben ondervonden. Over het algemeen zag de NZa i.o. geen kwade opzet bij marktpartijen, als de toegankelijkheid in het geding was. Eerder ging het om vergissingen of 'kinderziekten'. De NZa i.o. heeft nog geen goed beeld van de mate waarin zorgverzekeraars door mogelijke onvolkomenheden van het vereveningssysteem bepaalde patiëntenorganisaties uitsluiten van de mogelijkheid van een collectief contract.

Relatie gaat verder dan zorgverzekeraar, ook de zorgaanbieder komt in het spel

Bij de toegankelijkheid van transparante keuze-informatie ziet de NZa i.o. problemen ontstaan, naarmate zorginkoopactiviteiten aan belang gaan winnen en dit tot uiting komt in de verkrijgbare polissen. Juist als de consequenties voor de toegankelijkheid van zorg sterker afhangen van de keuze voor een bepaalde polis, is de verzekerde en het hele verzekeringsstelsel meer gebaat bij transparantie. Enerzijds ziet de NZa i.o. hierin een taak voor de zorgverzekeraars, anderszijds is de NZa i.o. zich bewust dat zorgverzekeraars hierin voor een deel afhankelijk zijn van de transparantie over de kwaliteit van zorg. De gerechtvaardigde informatiebehoefte die verzekerden hebben houdt niet op bij de zorgverzekeraar, maar de verzekerden gaan zeker ook eisen stellen aan de informatieverschaffing door zorgaanbieders.

Tekort aan zorginformatie

In het begin van 2006 is in veel van de informatiepakketten van de zorgverzekeraars geen verwijzing te vinden naar een lijst met gecontracteerde aanbieders. Op websites is deze informatie doorgaans wel beschikbaar maar niet altijd eenvoudig te vinden. Informatie over activiteiten van de zorgverzekeraars over het verbeteren van de kwaliteit en snelheid van de verzekerde zorg is, op een enkele uitzondering na, niet beschikbaar.

Informatie voor chronisch zieken eerder beschikbaar

Naar aanleiding van de bovenstaande beschrijvingen en conclusie, heeft de NZa i.o. een aantal voornemens.

De reglementen voor hulpmiddelen en farmacie moeten, als zij wijzigen, eerder gepubliceerd worden dan in 2006. Deze reglementen bevatten de informatie over de rechten en plichten van de verzekerde. De NZa i.o. onderzoekt in samenwerking met het NIVEL het overstapgedrag van chronisch zieken. In de tweede helft van 2006 volgen hiervan de resultaten en zullen mogelijke vervolgacties worden ondernomen.

Oog voor misleidende informatie

Ziektekostenverzekeraars mogen verzekerden niet vertellen dat hun aanvullende verzekering beëindigd wordt als zij hun basisverzekering elders afnemen. De NZa i.o. krijgt op basis van de Wmg de mogelijkheid op te treden tegen deze ziektekostenverzekeraars omdat het misleidende informatie kan zijn. Bovendien heeft de NZa i.o. de mogelijkheid consumenten te laten weten wat wel en niet mag als het gaat om de koppeling tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering. De NZa i.o. zal van deze bevoegdheid gebruikmaken indien noodzakelijk.

Richtsnoer

Naar aanleiding van het onderzoek van de NZa i.o. naar misleidende informatie is in juni 2006 in het kader van preventief toezicht, ruim voor de volgende overstapperiode, een richtsnoer gepubliceerd van wat mag en wat niet mag met betrekking tot de informatieverstrekking aan verzekerden.

Vergelijkingsites

De NZa i.o. blijft de ontwikkeling van de vergelijkingsinformatie op de zorgverzekeringsmarkt in relatie tot het overstappen door verzekerden volgen. De NZa i.o. zal een standpunt innemen of de overheid het beschikbaar komen van vergelijkingsinformatie moet blijven faciliteren. Hierbij wordt ook de transparantie van zorgaanbieders betrokken.

***Onafhankelijkheid
vergelijkingsites***

De NZa i.o. neemt zich voor om verzekerden in te lichten over het mogelijke gebrek aan onafhankelijkheid van sommige vergelijkingssites. Dit kan bijvoorbeeld door op de website van de NZa i.o. uiteen te zetten hoe verschillende vergelijkingssites komen tot een overzicht of een advies aan de consument. Als een website onjuiste brongegevens gebruikt om vergelijkingen te maken, maakt de NZa i.o. gebruik van de mogelijkheid om marktpartijen aan te spreken op de plicht tot juiste informatievoorziening aan verzekerden.

5. Betaalbaarheid

5.a. Inleiding

NZa i.o. volgt de ontwikkeling van de betaalde premies op de zorgverzekeringsmarkt. De betaalbaarheid is een uitkomst van de markt. Het oordeel daarover is afhankelijk van het functioneren van de markt. Daarnaast heeft de NZa i.o. oog voor mogelijke effecten van de betaalbaarheid op de toegankelijkheid van zorg.

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de prijsgevoeligheid van de consument. In het Visiedocument zorgverzekeringsmarkt is als risico aangegeven dat verzekerden te weinig prijsgevoelig zouden zijn. Het uiteindelijke doel van het vergroten van de concurrentie in de zorgverzekeringsmarkt is het verhogen van de doelmatigheid en het behouden of verbeteren van de kwaliteit van zorg en zorgverzekering. Of dit op lange termijn lukt, hangt in belangrijke mate af van (de dreiging van) consumenten om van verzekeraar of polis te wisselen, wanneer zij worden geconfronteerd met een verschil in premies of kwaliteit van zorg.

Vervolgens wordt weergegeven welke premies zijn betaald voor de zorgverzekeringen in 2006. Er wordt aandacht besteed aan de relatie met de kostprijs van zorgverzekeringen. Daarnaast wordt weergegeven welke eigen risico's zijn gekozen en welke kortingen verzekerden via collectiviteiten krijgen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beeld van de betaalbaarheid van zorg in geval een verzekerde gebruikmaakt van niet-gecontracteerde zorg.

5.b. Prijsgevoeligheid

De prijsgevoeligheid van zorgverzekeringen is het verlies in marktaandeel van een zorgverzekeraar na een prijsverhoging in de veronderstelling dat andere zorgverzekeraars hun prijs niet veranderen.⁶²

De prijsgevoeligheid van zorgverzekeringen in het algemeen en van Nederlandse zorgverzekeringen in het bijzonder is tot op heden laag te noemen. Tussen 1992 en 2002 heeft de prijsgevoeligheid in Nederland zich bewogen tussen de -0,1 en -0,4, afhankelijk van leeftijd en geslacht (zie tabel 5.1).⁶³

Kanttekeningen

Kanttekening bij deze cijfers is, dat de achterliggende gegevens vrij weinig variatie in prijzen tussen verschillende verzekeringsmaatschappijen laten zien. Bij grotere prijsverschillen kan de prijsgevoeligheid in belangrijke mate toenemen. Daarnaast spelen collectiviteiten van werkgevers en regionaal sterk gepositioneerde ziekenfondsen een grote rol wat een dempend effect kan hebben op de prijsgevoeligheid.

⁶² De NZa i.o. spreekt van prijsgevoeligheid in plaats van prijselasticiteit. Prijselasticiteit behandelt een verandering in de vraag bij een verandering in prijs. Het gaat hier dan om de totale vraag in de markt. Bij een prijselasticiteit kleiner dan 1 spreekt men van een relatief inelastische vraag. In de Zvw is iedereen verplicht een zorgverzekering af te sluiten. De totale vraag kan dus niet dalen. We spreken hier dan ook over de prijsgevoeligheid van de vraag naar een specifieke polis in reactie op prijsverandering van die polis. Die prijsveranderingen concentreren zich dan op de nominale premie, de premie die direct wordt betaald door de consument. Zie ook: Marc Pomp, Victoria Shestalova and Luiz Rangel, "Switch on the Competition, Causes, consequences and policy implications of consumer switching costs", hoofdstuk 7, CPB Document, nr. 97, september 2005

⁶³ Dijk, M. van, ea, Consumer price sensitivity in health insurance, CPB, discussion paper 56, februari 2006

Tabel 5.1 Prijsgevoeligheid 1996-2002

Leeftijd	Vrouwen	Mannen
Basisverzekering		
25-34	-0,30	-0,38
35-44	-0,17	-0,25
45-55	-0,14	-0,22
55-64	-0,10	-0,18
Aanvullende verzekering		
25-34	-0,18	-0,22
35-44	-0,13	-0,17
45-55	-0,12	-0,16
55-64	-0,10	-0,14

bron: CPB

Op basis van internationale ontwikkeling: hogere prijsgevoeligheid na de stelselwijziging?

De bovenstaande cijfers zijn echter gedateerd en weerspiegelen niet het effect van de stelselwijziging van 1 januari 2006. Indicaties van een dergelijk effect zijn wellicht af te leiden van een internationale vergelijking. De prijsgevoeligheid in Nederland was tot 2002 veel lager dan in Duitsland en de VS, waar de prijsgevoeligheid kon oplopen tot respectievelijk -5,3 en -1,7.⁶⁴ In Duitsland is de prijsgevoeligheid hoger onder meer omdat de nominale premie daar in 2002 zes keer zo hoog was als in Nederland. Met de sterke stijging van nominale premies kan de prijsgevoeligheid in Nederland door de structuurwijziging stijgen. Hierbij is het echter onzeker of de consument gevoeliger is voor nominale of voor relatieve prijsverschillen.

Prijsgevoeligheid in 2006 niet vastgesteld

Uit de enquêtes van de NZa i.o. onder verzekerden blijkt dat consumenten in 2006 aangeven dat zij vooral op de premie letten als zij een keuze voor een zorgverzekering maken. De kwantitatieve data geven echter geen significante relatie aan tussen de gekozen premie en de vraag. Waarschijnlijk zijn de gegevens te grofmazig, zij houden bijvoorbeeld geen rekening met de premie voor de gekozen aanvullende verzekering. Daarnaast schetsen de kwantitatieve gegevens een beeld van de keuzes van alle verzekerden en niet alleen van de overgestapte verzekerden. Hierdoor is de prijsgevoeligheid van alleen de overstappers niet te onderscheiden. Ook ontbreken voldoende persoonskenmerken in de data zoals geslacht, leeftijd, inkomen of woonplaats. Ten slotte kan in de premiestelling geen vergelijking worden gemaakt met vorige jaren, aangezien het stelsel sterk is gewijzigd. Al met al is het niet mogelijk de prijsgevoeligheid in 2006 te vergelijken met de eerder genoemde onderzoeksgegevens.

Nader onderzoek naar prijsgevoeligheid gepland

De NZa i.o. neemt zich voor om in 2006 nader onderzoek te gaan doen naar de prijsgevoeligheid van verzekerden. Daartoe wordt samenwerking gezocht met het Centraal Planbureau (CPB).

5.c. Premieontwikkeling in 2006

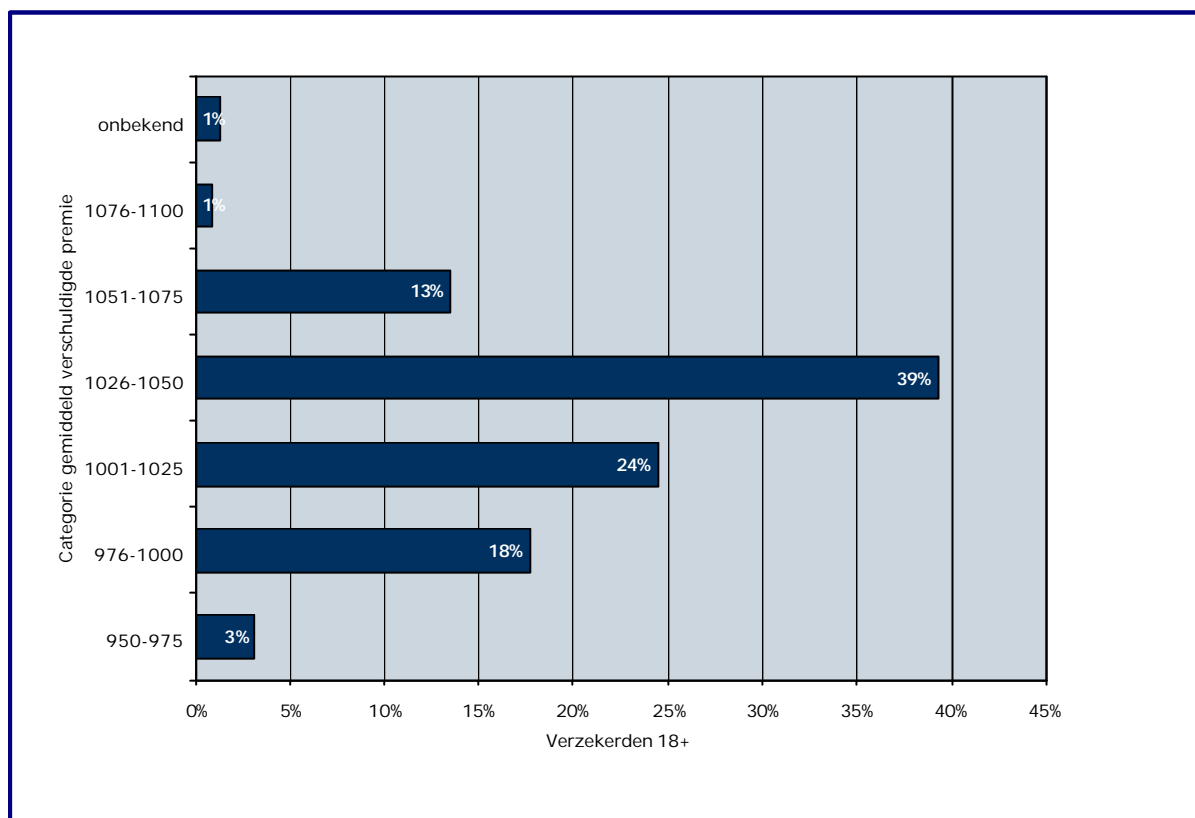
De werkelijk betaalde premie

De verzekerde betaalt een verschuldigde premie hetgeen wil zeggen de feitelijke premie op jaarbasis die de verzekerde moet betalen inclusief de

⁶⁴ Switch on the Competition, CPB, 2005.

collectiviteitkortingen.⁶⁵ Voor ongeveer 46% van de verzekerden geldt een collectiviteitkorting. De gewogen gemiddelde betaalde premie komt in 2006 uit op €1.028.⁶⁶

De spreiding van verzekerden over de verschillende premies wordt getoond in de volgende figuur. Uit de figuur blijkt dat de meeste verzekerden (39%) gemiddeld een premie betalen tussen de €1.026 en €1.050.⁶⁷ Ongeveer 2% van de verzekerden betaalt meer dan €1.100.



Figuur 5.1 Spreiding van verzekerden (18+) op basis van gemiddeld betaalde premie

Duidelijk is dat consumenten een lagere premie betalen dan vooraf was begroot. Dit wordt mede veroorzaakt door collectiviteitkortingen, maar ook door slim kiezen. Tevens is uit de enquêtes onder verzekerden gebleken dat er een significante relatie is tussen de betaalde premie voor de basisverzekering en de gezondheid. Respondenten die van zichzelf vinden dat ze een slechte gezondheid hebben, hebben gekozen voor polissen met een hogere premie dan respondenten met een betere gezondheid. Dit kan betekenen dat mensen met een slechte gezondheid bijvoorbeeld hebben gekozen voor meer keuzevrijheid door een duurdere restitutieverzekering te kiezen dan mensen met een goede gezondheid. De NZa i.o. heeft geen aanleiding te

⁶⁵ In de Zvw (art. 17 vijfde lid) wordt de verschuldigde premie omschreven als de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer heeft gekozen, verminderd met de collectiviteitskorting en/of korting voor het eigen risico.

⁶⁶ Hierin zit een opslagpremie op de begrote kostprijs van €58. De betaalde gewogen premie is exclusief de kortingen eigen risico. Dit effect zal echter niet groot zijn vanwege het kleine percentage verzekerden met een eigen risico. Evemin is hierin de zogeheten zorgtoeslag in verwerkt. De zorgtoeslag was tevens berekend op een gemiddelde premie van €1.106. Het meerdere aan zorgtoeslag dat verzekerden hebben ontvangen, hebben zij mogen houden.

⁶⁷ De verschuldigde premie is afgeleid van de inkomsten van verzekeraars gewogen per verzekerde en rekening houdend met collectiviteitkorting.

veronderstellen dat er sprake is van premiedifferentiatie door verzekeraars. De NZa i.o. zal in volgende monitors de betaalbaarheid van verzekeringen voor de verschillende groepen van verzekerden blijven volgen.

Relatie premie- kostprijs

De begrote kostprijs van €970 en de opslag voor beheerskosten van €136 in het Budgettair kader Zorg (BKZ) maken de begrote nominale premie €1.106. Het beeld in 2006 is dat de betaalde premies vaak onder de veronderstelde premiestelling uit het BKZ liggen. Uit de bovenstaande figuur blijkt dat dit gemiddeld opgaat voor vrijwel alle verzekerden.

NZa i.o. blijft premieontwikkeling volgen

Het is mogelijk dat zorgverzekeraars dusdanig efficiënt werken en zorg inkopen dat hun zorg- en beheerskosten lager zijn dan beraamd in het BKZ. Op basis van de stijgingen van de kosten in de gezondheidszorg in het verleden en van bijvoorbeeld de prijzen in het B-segment van de ziekenhuiszorg (waar vrije prijzen gelden), is dit niet de verwachting. Desondanks kan het een strategie zijn van verzekeraars om met een lage premiestelling in dit schakeljaar te proberen zoveel mogelijk verzekerden te winnen of te behouden. Dit kan per verzekerde op korte termijn leiden tot een lage winstmarge (of verlies), maar op de lange termijn leiden tot meer omzet en meer winst/kostendekking.

Gezien de huidige stand van zaken in de zorgverzekeringsmarkt - met een scherpe prijsstelling en een grote overstapbereidheid van verzekerden - ligt het in de lijn der verwachting dat zorgverzekeraars het niveau van de huidige premiestelling doortrekken naar 2007. Als zorgverzekeraars daadwerkelijk onder de kostprijs aanbieden zullen zij dan wel een beroep doen op hun reserves. Op de langere termijn kunnen zorgverzekeraars een lage premiestelling alleen volhouden als zij een kostenbesparing realiseren. Deze moet dan voortkomen uit verdere concentratie, het verlagen van de zorgkosten op de zorginkoopmarkten, verlaging van de beheerskosten en mogelijk verticale integratie.

Vermogen en premiestelling

Verschillende partijen hebben aangegeven dat het aanbieden van lage premies en kortingen beter mogelijk was voor zorgverzekeraars met een grote financiële reserve dan voor zorgverzekeraars met een kleine financiële reserve.⁶⁸

Op basis van openbare gegevens is het eigen vermogen van de zorgverzekeraars geïnventariseerd. Voor de voormalige ziekenfondsen betreft dit gegevens per eind 2005, voor de voormalige particuliere verzekeraars de gegevens per eind 2004. De zorgverzekeraars die de basisverzekering uitvoeren beschikten begin 2006 over een cumulatief eigen vermogen van ongeveer €4,5 miljard. Vooralsnog heeft de NZa i.o. geen significant statistisch verband gevonden tussen premiestelling en vermogenspositie van de verzekeraar. Dit kan komen door het geringe aantal verzekeraars en/of de geringe spreiding in premies. Opvallend is in enkele gevallen de relatief lage premiestelling bij een lage vermogenspositie van de verzekeraar. Dit kan duiden op het nastreven van het behouden of verkrijgen van een groter marktaandeel.⁶⁹ Harde conclusies zijn hier op basis van de beschikbare gegevens niet aan te verbinden.

⁶⁸ Zie onder andere het voornemen van Agis om bij de Nma een klacht in te dienen tegen de hoge kortingen bij collectieve contracten omdat deze mogelijk zouden zijn door de inzet van financiële reserves waarover Agis niet beschikte bij de aanvang van het nieuwe stelsel.

⁶⁹ Zie ook R. Douven en E. Schut, Health plan pricing behaviour and managed competition. CPB, 2006

Nader onderzoek nodig

Er is nader onderzoek nodig om een duidelijk beeld te krijgen van de relatie tussen vermogenspositie en premiestelling. Daarbij moeten ook andere inkomsten worden betrokken zoals beleggingsopbrengsten. Van enkele zorgverzekeraars is bekend dat zij hebben aangegeven bij de nominale premiestelling ook rekening te houden met de beleggingsresultaten.

Premie aanvullende verzekering

In hoofdstuk 2 is aangegeven dat zorgverzekeraars hun aanvullende verzekeringen aanbieden tegen onderling sterk verschillende premies. De NZa i.o. heeft geen gegevens over de premies die verzekerden gemiddeld betalen voor hun aanvullende verzekeringen.

Beperkte premiedifferentiatie aanvullende verzekering

In 2006 blijkt in beperkte mate sprake te zijn van premiedifferentiatie bij aanvullende verzekeringen. Er vindt bij de meerderheid van de aanvullende verzekeringen geen premiedifferentiatie plaats, wel leeftijdsdifferentiatie. Bij de meeste zorgverzekeraars zijn kinderen onder de achttien jaar gratis verzekerd. De aanvullende verzekeringen worden altijd duurder naarmate de leeftijd oploopt, waarbij het premieverschil oploopt tot maximaal 54%. Er is een zorgverzekeraar die tevens verschillende premies hanteert op basis van postcodes.

Verzekeraars minder invloed op schadelast aanvullende verzekering

Het ruime selectiebeleid voor de aanvullende verzekeringen en de beperkte mate van premiedifferentiatie zijn op de korte termijn voordelig voor de consument. Het gevolg is echter wel dat verzekeraars minder invloed krijgen op de schadelast van hun aanvullende verzekeringen.

5.d. Eigen risico in de basisverzekering

De Zvw staat zorgverzekeraars toe om per polis bepaalde eigen risico's mogelijk te maken. Bijna alle zorgverzekeraars kiezen voor €100, €200, €300, €400 of €500 eigen risico. In ruil voor het dragen van een eigen risico ontvangen verzekerden een korting op de nominale premie. Zorgverzekeraars bepalen zelf hoeveel korting zij geven bij een bepaald eigen risico, maar zijn verplicht al hun verzekerden die voor hetzelfde eigen risico kiezen, dezelfde korting te geven. De korting is gemiddeld tussen de 3,5% en 4% op de nominale premie per €100 eigen risico. Dit is een korting van tussen de €35 en €42 per jaar. Dit is laag vergeleken met de premiekortingen voor eigen risico's in particuliere verzekeringen in vorige jaren.

Effect eigen risico's

Eigen risico's hebben tot doel *moral hazard* (o.a. 'onnodig zorggebruik') in te perken en zo de maatschappelijke lasten niet onnodig te laten toenemen.⁷⁰ Daarnaast kan het voeren van eigen risico's de administratieve lasten van zorgverzekeraars laten afnemen. Ook kan het kiezen voor een eigen risico tot zelfselectie van verzekerden leiden, omdat verzekerden met de kleinste kans op ziektekosten meer voor een eigen risico durven kiezen dan verzekerden met een grotere kans op ziektekosten. Dit laatste effect is aantrekkelijk voor zorgverzekeraars omdat zij met het geven van hogere kortingen voor een hoger eigen risico risicomangement op de verzekerdenportefeuille kunnen toepassen.

⁷⁰ Het fenomeen dat verzekerden vaker, meer en duurdere zorg consumeren dan ze gedaan zouden hebben wanneer ze de zorgkosten zelf zouden hebben moeten dragen, staat bekend als moral hazard. Het is inherent aan alle verzekeringen. Het feit dat men verzekerd is tegen zorgkosten, leidt ertoe dat de consument geen financiële prijsprikkel ervaart. Zie voor een (technische) beschrijving bijvoorbeeld: Folland, Goodman & Stano, *The economics of health and health care*, 2004, p. 153

De situatie in 2006: het aanbod van kortingen

In tabel 5.2 is per variant van de basisverzekering voor elke vorm van het eigen risico de gemiddelde korting weergegeven. De korting is uitgedrukt als percentage van de nominale premie van de betreffende polissen. Door de korting op deze manier weer te geven, kan de omvang van de eigen-risico-korting beter worden vergeleken met bijvoorbeeld de korting die collectiviteiten geven op de nominale premies. Onder verwijzing naar de laatste kolom van tabel 5.2 lijkt het kortingsbeleid van de zorgverzekeraars er niet op gericht gebruik te maken van het zelfselectie-effect, gezien de hoogte van kortingen voor de hoogste eigen risico's.

Tabel 5.2 Gemiddelde korting op de nominale premie per eigen risico per soort van polis

Rechtspositie	Zorgcontractering	€ 100 ER	€ 200 ER	€ 300 ER	€ 400 ER	€ 500 ER
Natura	Gecontracteerd	4,1 %	8,0 %	11,8 %	15,4 %	19,0 %
Restitutie	Gecontracteerd	4,0 %	8,0 %	12,0 %	16,0 %	19,9 %
Restitutie	Deels	2,7 %	2,8 %	7,1 %	5,5 %	12,3 %
Restitutie	Niet	4,1 %	7,8 %	11,3 %	14,7 %	18,3 %
Combinatie	Gecontracteerd	3,9 %	7,3 %	10,8 %	14,1 %	17,5 %
Combinatie	Deels	4,7 %	8,7 %	12,1 %	15,3 %	18,1 %
Premie incl. minimale korting ⁷¹		€ 1.128	€ 1.097	€ 1.077	€ 1.063	€ 1.047
Premie incl. maximale korting		€ 945	€ 900	€ 855	€ 810	€ 765

bron: Gegevensuitvraag mobiliteit en CTZ

Dertig zorgverzekeraars hebben gekozen voor alle vormen van het eigen risico. Eén zorgverzekeraar biedt voor een modelovereenkomst (combinatie met deels gecontracteerde zorg) geen mogelijkheid om te kiezen voor een eigen risico. Twee zorgverzekeraars bieden voor in totaal vijf modelovereenkomsten alleen de eigen risico's van €100, €300 en €500 aan. Hierbij gaat het om drie restitutievarianten met deels gecontracteerde zorg en twee restitutievarianten zonder gecontracteerde zorg.

Geen prikkel tot hogere kortingen door risicoverevening?

Van Kleef c.s. beschrijft hoe de ex ante risicoverevening in de Zvw ervoor kan zorgen dat verzekerden geen eigen risico kiezen.⁷² Een goed werkende ex ante risicoverevening doet namelijk het zelfselectie-effect van eigen risico's teniet. Er zit voor verzekeraars dan geen incentive in om hoge kortingen aan te bieden voor het kiezen van eigen risico. Wat overblijft is het effect op moral hazard en op de administratieve lasten van verzekeraars. Uit het verleden zijn gevallen bekend van particuliere ziektekostenverzekeraars die bij een gegeven eigen risico een korting gaven op de premie die hoger was dan het maximaal door de verzekerde te dragen eigen risico. Van Kleef c.s. schatten in dat de besparingen in administratieve lasten en besparingen door het verminderen van moral hazard, niet groot genoeg zijn. Dit kan een verklaring zijn voor de huidige relatief lage korting op de premie, waardoor verzekerden minder neigen naar het kiezen van een eigen risico.

Of wellicht een voorzichtige

Een andere verklaring kan zijn dat verzekeraars in 2006 de kat uit de boom kijken en een voorzichtige strategie voor het aanbieden van kortingen hebben

⁷¹ Deze berekening is uitgevoerd op de aangeboden premiegrondslagen van de verzekeraars en niet op de werkelijk betaalde premies. De weergegeven premies zijn geen gemiddelden.

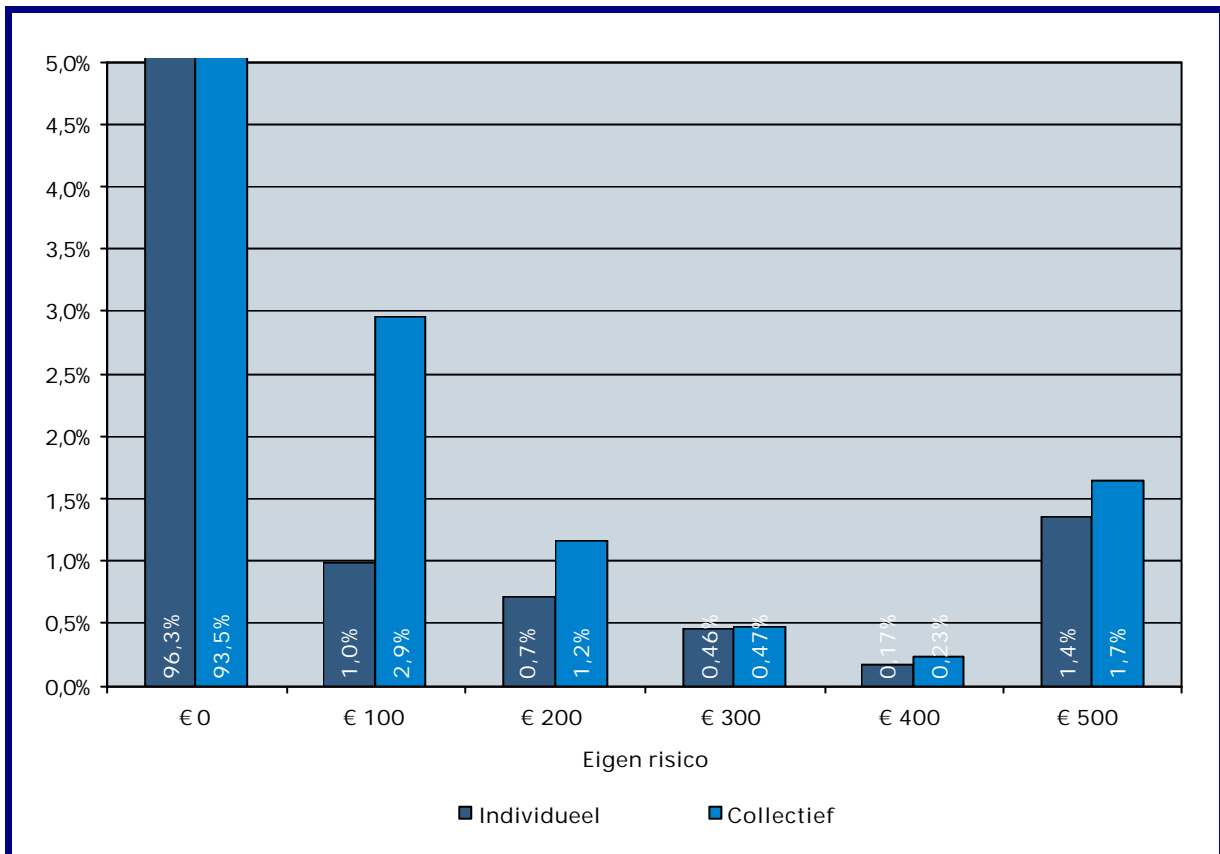
⁷² R.C. van Kleef, K. Beck, W.P.M.M. van de Ven & R.C.J.A. van Vliet. 2005. "Voluntary deductibles in mandatory social health insurance: How large is the consumer's financial benefit in practice?"

strategie in het overgangsjaar?

gekozen. Zij hebben te maken met grote verzekerdenmutaties, de werking van de no claim en onzekerheden wat betreft zorgkosten als gevolg van problemen met declaraties over de Diagnosebehandelingcombinaties (DBC's).

Weinig verzekerden kiezen voor eigen risico

De NZa i.o. neemt waar dat in 2006 maar weinig verzekerden (5%) voor een eigen risico hebben gekozen. Collectief verzekerden kiezen vaker een eigen risico; met name een eigen risico van €100 per jaar wordt bijna driemaal zo vaak gekozen als door individueel verzekerden. In 2006 hebben de verzekerden, kinderen meegerekend, een eigen risico van ongeveer €14.



Figuur 5.2 Percentage verzekerden per eigen-risiconiveau, uitgesplitst naar individueel en collectief verzekerden

Verandering in keuze voor eigen risico

Voor de particulier verzekerden was in 2004 het gemiddelde eigen risico per verzekerde €80 per jaar.⁷³ Nu is het gemiddeld eigen risico €14. Toch zijn deze gegevens niet goed vergelijkbaar. In het ziekenfonds was er in 2005 geen eigen risico, maar een verplichte no-claim van €255. In de WTZ-polissen gold in 2005 een verplicht eigen risico van €250.⁷⁴ Vanaf 2006 heeft iedere volwassene een verplichte no-claim van €255. Daarboven heeft 5% van de bevolking (dus inclusief kinderen jonger dan 18 jaar) gekozen voor een eigen risico tussen €100 en €500 van gemiddeld €14.

Conclusie eigen risico's

Verzekeraars hebben wellicht minder impuls om premiekorting op eigen risico te verlenen door de verschillende vereveningen in de eerste jaren van het nieuwe stelsel. Verzekerden lijken minder eigen risico te kiezen dan particulier verzekerden in het verleden en de gemiddelde premiekortingen lijken gedaald

⁷³ Vektis. 2005. "Zorgmonitor jaarboek 2005: Financiering van de zorg in 2004" (p. 14/15). Dit gemiddelde is inclusief kinderen. Als kinderen niet worden meegerekend, komt Vektis uit op circa €112 per volwassene.

⁷⁴ WTZ: Wet toegang ziektekostenverzekeringen. De WTZ-polissen zijn de Standaardpolis (SP), Standaardpakketpolis (SPP) en Studentenstandaardpakketpolis (SSPP).

te zijn. De gegevens zijn echter moeilijk met elkaar vergelijkbaar en houden geen rekening met het effect van de no-claim in 2006. Volgende jaren moeten uitwijzen of verzekeraars meer korting willen geven en verzekerden meer risico willen nemen. Gezien het effect op de betaalbaarheid voor de consument blijft de de NZa i.o. de ontwikkeling van eigen risico's volgen.

5.e. De kortingen voor collectieve verzekeringen

Achtergrond maximering premiëkorting

De wetgever vindt dat het kortingsvoordeel van een collectieve verzekering niet meer mag bedragen dan 10% van de premiegrondslag van de aangewezen modelovereenkomst. Dit is gedaan om de individuele en collectieve verzekering qua premiestelling bij elkaar te houden.

Gemiddelde korting basisverzekering 6,6%

Het gemiddelde kortingspercentage op de basisverzekering voor collectiviteiten bedraagt 6,6%.⁷⁵ Het kortingspercentage dat is gewogen voor het aantal verzekerden dat is aangesloten bij collectiviteiten van werkgevers en pseudo-collectiviteiten bedraagt respectievelijk 6,8% en 6,1%. De korting gewogen voor verzekerden bij patiëntenorganisaties ligt lager met 4,7%. Het aantal verzekerden dat is aangesloten bij collectiviteiten van patiëntenverenigingen is overigens zeer gering (<20.000 verzekerden).

Meer dan 10% door aanvullende kortingen

Bij het afsluiten van collectiviteiten spelen tussenpersonen een grote rol. De tussenpersoon kan een deel van zijn provisie doorgeven aan de verzekerden in het collectief. In andere productmarkten is dit zeer gebruikelijk. Hierdoor kan het financiële voordeel verder oplopen. Ten slotte kunnen op de verschuldigde premie ook nog kortingen worden geboden als bijvoorbeeld per jaar wordt betaald in plaats van per maand of kwartaal. Het effect kan zijn dat verzekerden meer dan 10% korting ontvangen. Deze effecten zijn in de berekeningen in dit rapport echter niet gekwantificeerd.

Nadeel voor individuele verzekerden?

98 % van de verzekerden betaalt een premie die onder de begrote €1.106 ligt. Hieruit kan worden opgemaakt dat zowel individueel als collectief verzekerden beter af zijn dan vooraf begroot. Wel betalen individueel verzekerden gemiddeld een hogere premie dan collectief verzekerden. Een indicatie van het verschil is af te leiden uit de enquêtes onder verzekerden: tussen €37 en €51. Door de lage prijsstelling lijkt de markt voor collectieve polissen competitiever dan de individuele markt. Of er sprake is van kruissubsidiëring tussen beide markten doordat de inkomsten uit individuele premies worden gebruikt om collectieve kortingen te financieren, is vooralsnog niet aangetoond. De kortingen op collectiviteiten kunnen ook worden gefinancierd uit bijvoorbeeld beleggingsresultaten, eigen vermogen, (toekomstig te verwachten) inkoopvoordelen en dergelijke. De NZa i.o. neemt zich voor dit in 2006 nader te bestuderen vanuit het oogpunt van de betaalbaarheid van zorgverzekeringen.

Differentiatie van kortingen naar soorten van groepen verzekerden?

De gegevens over collectiviteiten stellen de NZa i.o. niet in staat om conclusies te trekken over differentiatie van kortingen naar groepen verzekerden. Omdat 2006 in het teken staat van het verwerven van marktaandeel via collectiviteiten kan worden verondersteld dat zorgverzekeraars in het algemeen geen selectief beleid hebben gevoerd. Daarvoor bestaan enkele indicaties. Zo wijkt de gemiddelde korting voor contracten met sociale diensten voor uitkeringsgerechtigden nauwelijks af van de kortingen voor werkgeverscollectiviteiten. Uit andere bronnen blijkt dat een ouderenbond

⁷⁵ Berekend over 6,95 miljoen collectief verzekerden met aannames voor enkele verzekeraars.

collectieve contracten heeft met tien verschillende verzekeraars. Ze hanteren verschillende aanbiedingen met maximaal 8,5% korting op de basisverzekering en 14% op de aanvullende verzekering.⁷⁶ Dit zijn relatief hoge kortingen. De NZa i.o. blijft de differentiatie van kortingen in de collectieve markt volgen, mede met het oog op het sociale karakter van de zorgverzekeringen.

5.f. De betaalbaarheid van niet-gecontracteerde zorg voor de verzekerde

In de onderstaande tabel is aangegeven hoeveel verzekerden hebben gekozen voor verschillende polissen met regelingen voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Het gaat hier om gemiddelde vergoedingsregelingen voor alle zorg over alle verkochte polissen.⁷⁷ Omdat de verschillende polissen in reikwijdte verschillen is hierbij een vereenvoudiging gemaakt.

Tabel 5.3 Verdeling consumenten over vergoedingsregelingen niet-gecontracteerde zorg

Hoogte vergoeding van niet-gecontracteerde zorg	verzekerden
80 % WTG-tarief	19 %
90 % WTG-tarief	28 %
100 % WTG-tarief	49 %
n.b.	4 %
Totaal	100 %

bron: NZa i.o.

NZa i.o. blijft contracteringsgraad volgen

Ruim 40% van de verzekerden heeft een zorgverzekering gekozen waarin de vergoedingen worden beperkt bij niet-gecontracteerde zorg. Voor 2006 is de voorlopige indruk dat zorgverzekeraars in ruime mate hebben gecontracteerd. Het gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg zal dus beperkt zijn alsook de daarmee samenhangende financiële gevolgen voor verzekerden. Dit verandert als zorgverzekeraars selectiever gaan contracteren. Zo heeft een verzekeraar met minder dan 500.000 verzekerden polisvoorwaarden met 80% vergoeding voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg. Ook hebben 2,8 miljoen verzekerden een polis met 80% vergoeding voor niet-gecontracteerde farmaceutische zorg. Voor deze verzekerden is de contracteringsgraad dus zeer relevant. De NZa i.o. zal in de volgende monitor wederom vaststellen hoeveel verzekerden moeten bijbetalen als zij gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij benadrukt de NZa i.o. dat het wenselijk is dat zorgverzekeraars selectiever contracteren als dit de doelmatigheid van de zorg bevordert. Bovendien is het mogelijk dat verzekerden een voorkeur hebben voor een lagere premie in ruil voor eigen betalingen op het moment dat zij daadwerkelijk zorg nodig hebben.

5.g. Conclusies betaalbaarheid en acties NZa i.o.

Lagere premie dan begroot

Op basis van de begrote kostprijs van €970 en de opslag voor beheerskosten van €136 is de nominale premie door het Ministerie van VWS voor 2006 geraamd op €1.106. In de praktijk blijkt 98% van de verzekerden minder dan €1.106 te betalen. Mensen met een slechtere gezondheid hebben duurdere basisverzekeringen. De polissen met de laagste premies trekken niet de

⁷⁶ ANBO-krant "Collectieve zorgpolissen 2006", www.anbo.nl

⁷⁷ De vergoedingsregeling van niet-gecontracteerde zorg kan binnen één polis namelijk variëren per zorgvorm. Bijvoorbeeld een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde fysiotherapeuten dan voor niet-gecontracteerde ziekenvervoerders.

meeste verzekerden. De prijsgevoeligheid van consumenten op de zorgverzekeringsmarkt was in het verleden laag. Een stijging hierin is niet waar te nemen.

Aanvullende verzekering

De premiestelling in de aanvullende verzekering wordt in 2006 gekenmerkt door beperkte premiedifferentiatie. Bovendien krijgen veel verzekerden die zich hebben aangesloten bij een collectiviteit kortingen op de premies voor de aanvullende verzekeringen. In combinatie met ruime acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekering is er sprake van een gemiddeld positief beeld van de betaalbaarheid van aanvullende verzekeringen.

Invloed van collectiviteitskortingen

De betaalbaarheid wordt verder bevorderd door het kiezen voor een collectiviteit. Respondenten die een collectieve verzekering hebben afgesloten betalen minder premie voor hun basisverzekering dan respondenten die een individuele basisverzekering hebben afgesloten. Echter, zowel collectief als individueel verzekerden zijn beter af dan vooraf begroot.

Eigen risico

Verzekerden hebben nauwelijks gekozen voor een eigen risico. Zij kiezen minder eigen risico dan particulier verzekerden in het verleden. De gemiddelde premiekortingen voor een eigen risico zijn niet groot. Voor verzekeraars is de impuls om premiekorting op eigen risico te verlenen wellicht kleiner door het vereveningssysteem. Ook is het mogelijk dat zij voor het transitiejaar 2006 een voor een voorzichtige strategie hebben gekozen. Een lage premiekorting maakt het eigen risico onaantrekkelijk.

Inzet eigen vermogen door verzekeraars

De NZa i.o. heeft vooralsnog geen verband geconstateerd tussen premiestelling en vermogenspositie van de verzekeraar. Verzekeraars met een lage premiestelling voor de basisverzekering hebben geen groter eigen vermogen dan andere verzekeraars en andersom. Voor een meer precies inzicht is nader onderzoek nodig.

Vergoedingen niet-gecontracteerde zorg

Meer dan 40% van de verzekerden kiest voor polissen waarin voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg vergoedingen onder 100% worden geregeld. Als in komende jaren de contractering door zorgverzekeraars selectiever wordt – en verzekerden houden vast aan hun eigen niet-gecontracteerde zorgaanbieder – vormt de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg vanuit dit oogpunt een aandachtspunt. Daarbij past de kanttekening dat selectief contracteren door zorgverzekeraars de doelmatigheid van de zorg kan bevorderen. Bovendien kan de verzekerde een voorkeur hebben voor de betreffende polissen.

Acties NZa i.o.

De betaalbaarheid van de zorgverzekeringen blijft voor de NZa i.o. een belangrijk onderwerp. Naast de in het Visiedocument zorgverzekeringsmarkt genoemde structurele aandachtspunten zal de NZa i.o. op korte termijn:

- verder onderzoek doen naar prijsgevoeligheid van de vraag naar zorgverzekeringen;
- de relatie vermogenspositie-premiestelling nader onderzoeken en vervolgens conclusies trekken over de invloed ervan op het functioneren van de markt;
- de differentiatie van kortingen in de collectieve markt volgen, mede met het oog op het sociale karakter van de zorgverzekeringen.

Tevens zal de NZa i.o. nadere aandacht hebben voor het effect van de voorkeuren van consumenten voor de eigen risico's, met name ook vanuit het

oogpunt van de kosteneffecten op de zorg.

Bijlage 1 Risiko's

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

Bijlage 2

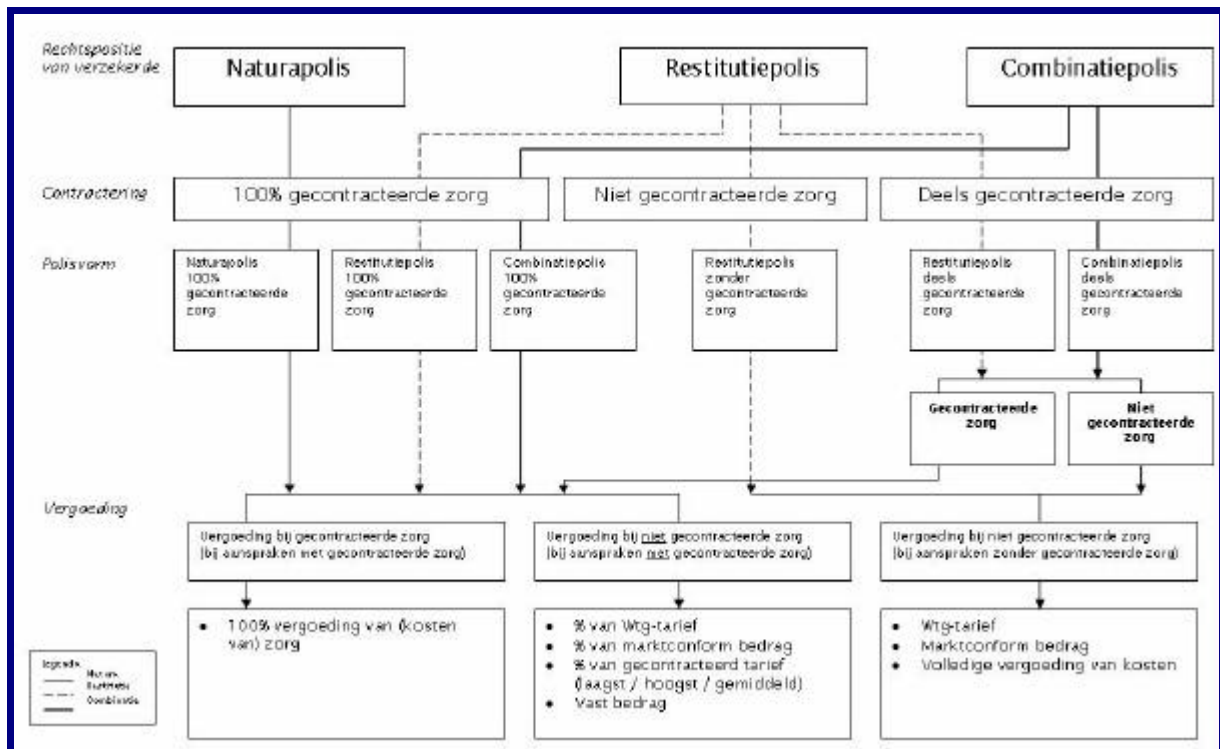
Overzicht zorgverzekeraars

Concern	Zorgverzekeraar
Menzis	Anderzorg Confior Menzis
Achmea	Avéro FBTO Groene Land PWZ Interpolis Zilveren Kruis
VGZ-IZA-Trias	De Goudse IZA IZZ Trias VGZ UMC
Univé	Univé Univé Zorg
Delta Lloyd Groep	Delta Lloyd OHRA Ziektekosten OHRA Zorgverzekeringen
(geen concernnaam)	CZ Zorgverzekeraar OZ
(geen concernnaam)	Azivo DSW
(geen concernnaam)	Fortis SR
Agis	Agis
De Friesland	De Friesland
ONVZ	ONVZ
PNO	PNO
Salland	Salland

(indeling naar risicodragers op de volgende pagina)

Risicodragger	Labels
1. OWM Agis Zorgverzekeringen U.A.	Agis Pro Life
2. OWM AnderZorg U.A.	AnderZorg
3. Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Avéro Achmea
4. OWM Azivo Algemeen Ziekenfonds De Volharding U.A.	Azivo
5. OWM Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden U.A.	AZVZ
6. Confior Zorgverzekeraar N.V.	Confior
7. OWM CZ Groep, Zorgverzekeraar U.A.	CZ
8. OWM De Friesland Zorgverzekeraar U.A.	De Friesland
9. Maatschappij voor Zorgverzekering Gouda N.V.	MvZ Gouda
10. Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.	Delta Lloyd
11. OWM Zorgverzekeraar DSW U.A.	DSW
12. FBTO Zorgverzekeringen N.V.	FBTO
13. Fortis Basis Ziektelkostenverzekeringen N.V.	Fortis ASR Amersfoortse
14. Groene Land PWZ Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Groene Land Achmea PWZ Achmea
15. Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	Interpolis
16. IZA Zorgverzekeraar N.V.	IZA
17. IZZ Zorgverzekeraar N.V.	IZZ
18. OWM Menzis Zorgverzekeraar U.A.	Menzis
19. OHRA Ziektelkostenverzekeringen N.V.	OHRA Ziektelkosten
20. OHRA Zorgverzekering N.V.	OHRA Zorgverzekeringen Diavitaal
21. ONVZ Ziektelkostenverzekeraar N.V.	ONVZ Allianz Nationale Nederlanden Aegon VVAA
22. OWM OZ Zorgverzekeringen U.A.	OZ
23. N.V. Ongevallen- en Ziektelkostenverzekeringmaatschappij OZF	OZF
24. PNO Onderlinge Ziektelkostenverzekeringmaatschappij U.A.	PNO
25. Salland Zorgverzekeraar N.V.	Salland
26. OWM SR-Zorgverzekeraar U.A.	SR
27. Zorgverzekeraar Trias N.V.	Trias
28. N.V. Zorgverzekeraar UMC	IZA/AZ
29. OVM Univé Zorgverzekeraar U.A.	Univé
30. N.V. Univé Zorg	Univé Zorg
31. VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ SIZ
32. Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Zilveren Kruis DVZ
33. OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	Zorg en Zekerheid

Bijlage 3 Overzicht soorten modelovereenkomsten en vergoedingen



Bijlage 4

Uitkomsten logistiek regressiemodel

Logit wissel, leeftijd, geslacht, opl_midden, opl_hoog, slechtegez, driegrotesteden, zuid paarpluskinderen, twee x modaalhh

Iteration 0:	log likelihood	=	-1034.2785
Iteration 1:	log likelihood	=	-989.56325
Iteration 2:	log likelihood	=	-988.53489
Iteration 3:	log likelihood	=	-988.53231

Logistic regression	Number of obs	=	1831
	LR chi ² (9)	=	91.49
	Prob > chi ²	=	0.0000
likelihood = -988.53231	Pseudo R ²	=	0.0442

Wissel	Coef.	Std.Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Leeftijd	-.0176708	.0041346	-4.27	0.000	-.0257744	-.0095672
Geslacht	.1478032	.1127948	1.31	0.190	-.0732706	.3688769
Opl_midden	.2241604	.1454958	1.54	0.123	-.061006	.5093268
Opl_hoog	.4274368	.1444973	2.96	0.003	.1442273	.7106463
Slechtegez.	-.5729115	.1922866	-2.98	0.003	-.9497862	-.1960368
Drie grote steden	.3246983	.1474976	2.20	0.028	.0356084	.6137883
Zuid	-.2096178	.1375123	-1.52	0.127	-.4791369	.0599013
Paarpluskind.	.3262239	.1235891	2.64	0.008	.0839936	.5684541
TweeXmodaal hh	.1975198	.1337387	1.48	0.140	-.0646032	.4596428
_Constante	-.8034989	.3378069	-2.38	0.017	-1.465588	-.1414095

Marginal effects after logit
 Y = Pr(wissel) (predict)
 = .23883633

Variabele	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[95% C.I.]		x
Leeftijd	-.0032124	.00075	-4.31	0.000	-.004675	-.001750	49.699600
Geslacht	.0268697	.02050	1.31	0.190	-.013301	.067040	1.479520
Opl_mi-n*	.0415318	.02742	1.51	0.130	-.012213	.095277	.333697
Opl_hoog*	.0802576	.02785	2.88	0.004	.025668	.134847	.347351
Slecht-z*	-.0928462	.02721	-3.41	0.001	-.146174	-.039518	.139814
Driegr-n*	.0622639	.02966	2.10	0.036	.004126	.120402	.168760
Zuid*	-.0370563	.02359	-1.57	0.116	-.083291	.009178	.250137
Paarpl-n*	.0607050	.02346	2.59	0.010	.014728	.106682	.357728
Tweexm-h*	.0369637	.02571	1.44	0.151	-.013429	.087357	.211360

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Preparing final results.

Original results are now active. mfx results are stored as logit_mfx.
 Model logit_mfx (Marginal effects after logit)

Wissel	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Leeftijd	-.0032124	.0007460	-4.31	0.000	-.0046746	-.0017502
Geslacht	.0268697	.0204956	1.31	0.190	-.0133010	.0670403
Opl_midden	.0415318	.0274215	1.51	0.130	-.0122133	.0952770
Opl_hoog	.0802576	.0278524	2.88	0.004	.0256679	.1348472
Slechtegez.	-.0928462	.0272087	-3.41	0.001	-.1461742	-.0395183
Drie grote steden	.0622639	.0296629	2.10	0.036	.0041257	.1204021
Zuid	-.0370563	.0235894	-1.57	0.116	-.0832906	.0091780
Paarpluskind.	.0607050	.0234581	2.59	0.010	.0147280	.1066820
TweeXmodaal hh	.0369637	.0257112	1.44	0.151	-.0134293	.0873567