

Monitor zorgverzekeringsmarkt 2022



Update 1 november 2022

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Samenvatting	4
3	Coronamaatregelen	6
4	Resultaten zorgverzekeraars	7
5	Ontwikkelingen rond aanbod zorgverzekeringsmarkt	9
6	Overstappen	11
7	Collectief verzekeren	12
8	Eigen risico	15
9	Concurrentiedruk en sturing op zelfselectie	17
10	Voorwaarden voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt	19

1 Inleiding

Jaarlijks voeren we een monitor uit op de zorgverzekeringmarkt. Hierin monitoren we de trends en ontwikkelingen rondom zorgverzekeraars, polissen, inkomsten, uitgaven, resultaten en verzekerden.

Dit doen we om in kaart te brengen hoe het staat met de betaalbaarheid, toegankelijkheid, solidariteit en transparantie op de zorgverzekeringsmarkt. Waar nodig kan met het toezicht bij worden gestuurd. Ieder jaar kijken we naar een periode van vijf jaar. We doen dit om eventuele trends te kunnen signaleren. We kijken daarom dit jaar naar de ontwikkelingen over de periode 2018 tot en met 2022.

Corona had ook in het afgelopen jaar grote gevolgen voor de verschillende zorgsectoren. Hierdoor hebben zorgverzekeraars ook in 2021 maatregelen moeten treffen om het zorgaanbod overeind te houden.

2 Samenvatting

Solidariteit op polismarkt steeds verder onder druk

De NZa voert jaarlijks de monitor zorgverzekeringsmarkt uit. In deze monitor worden de belangrijkste ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt in kaart gebracht

Ten opzichte van 2021 zien we dat het aantal polissen is toegenomen van 57 naar 60. Daarnaast zien we dat het aantal polissen met beperkende voorwaarden is gestegen van 16 naar 21. Ook het aantal verzekerden met een dergelijke polis is fors gegroeid van 3,2 naar 3,8 miljoen in 2022. Vanaf 2021 is de besparing op de premie die verzekerden hebben gerealiseerd door over te stappen veel hoger dan in de voorgaande jaren. De besparing op de premie bedroeg 105 miljoen in 2022 en is vooral behaald door de overstappers naar polissen met een premie die aanzienlijk lager is dan het gemiddelde vóór overstap. Dat gaat veelal om polissen met beperkende voorwaarden. We zien dat zorgverzekeraars hun reserves en de winsten, als gevolg van vraaguitval door Corona in 2020, hebben ingezet om de premiestijging voor verzekerden in 2022 te dempen. Dit heeft geleid tot een daling van de gemiddelde solvabiliteit van 148% naar 142%.

De NZa maakt zich zorgen over de solidariteit op de zorgverzekeringsmarkt. Er lijkt sinds 2021 sprake van een forse verschuiving op de polismarkt richting polissen met beperkende voorwaarden. Polissen met beperkende voorwaarden worden op dit moment vooral neergezet als interessante zorgverzekeringen voor jonge en gezonde verzekerden. Dit kan duiden op een segmentatie tussen een deelmarkt met polissen voor gezonde en een met polissen voor ongezonde verzekerden waarmee de risicosolidariteit en daarmee het huidige stelsel onder druk komen te staan. Omdat de zorgkosten door alle verzekerden samen moeten worden opgebracht leidt deze verschuiving richting polissen met beperkende voorwaarden er toe dat ongezonde verzekerden die niet zijn overgestapt naar een dergelijke polis relatief steeds meer gaan betalen voor hun zorgverzekering.

Daarnaast kan premieconcurrentie er toe leiden dat zorgverzekeraars zich minder richten op een goede zorginkoop. Dit risico speelt vooral in die situaties waarin de zorgkosten onvoldoende worden gecompenseerd in de risicoverevening. In onze monitor van vorig jaar hebben we een beroep gedaan op zorgverzekeraars om het verschil te maken met kwalitatief goede zorginkoop en dienstverlening aan verzekerden. Ondanks dat verzekeraars wel aangeven een passend polisaanbod te willen aanbieden en onderlinge gedragsregels (tien puntenplan) hebben opgesteld zien we echter nog te weinig gedragsverandering op dit gebied. Om de prikkel tot prijsconcurrentie te beperken hebben we daarnaast vorig jaar ook een oproep gedaan om de verschillen in de winstgevendheid tussen ongezonde en gezonde verzekerden in de risicoverevening weg te nemen.

De verwachting is dat de nominale premies voor 2023 fors toenemen en dat er sprake is van een forse inflatie die de koopkracht van verzekerden aantast. Daarnaast wordt met ingang van 2023 de collectiviteitskorting afgeschaft. Deze ontwikkelingen kunnen leiden tot aanzienlijk meer overstappers in de komende overstapperperiode. Het is onwenselijk als dat vervolgens gaat leiden tot een nog sterkere segmentatie van de polismarkt, waardoor de risicosolidariteit verder wordt aangetast.

Op basis van de huidige ontwikkelingen vinden wij het noodzakelijk dat per 2023 maatregelen worden getroffen om een verdere segmentering van de markt te stoppen. De minister herkent deze urgentie en heeft maatregelen genomen om oneigenlijke winsten en verliezen die het gevolg zijn van een niet goed werkende risicoverevening tijdelijk te beperken door een bandbreedteregeling op polisniveau van 50 euro met 75% nacalculatie. Daarnaast worden aanvullende ex ante maatregelen uitgewerkt om de

compensatie van gezonde verzekerden en chronisch zieke verzekerden in de risicoverevening structureel te verbeteren in 2024. Wij steunen de maatregelen die de Minister treft en hebben hier samen met de ACM een positief advies op gegeven. Voorwaarde is wel dat de huidige maatregel niet langer dan een jaar geldt en er daarna ex ante maatregelen worden getroffen. Daarnaast willen we met stakeholders in overleg over de mogelijkheden om sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars om op risico's te selecteren te beperken. Daarbij denken wij aan nader onderzoek naar de effecten van het vrijwillig eigen risico op de risicosolidariteit. Ook zouden wij graag de mogelijkheden willen verkennen om de koppeling van aanvullende verzekeringen aan specifieke modelpolissen los te laten.

Tot slot hebben we vanwege het nog steeds groeiende polisaanbod en de discussie over de zogeheten tweeling- en kloonpolissen besloten een nadere analyse uit te voeren op de verschillen tussen polissen. Deze analyse wordt in samenwerking met de ACM uitgevoerd. Dergelijke polissen tasten de transparantie van het polisaanbod aan. We zullen hier separaat over rapporteren. Ook hebben we het voornemen om de definitie van nagenoeg gelijke polissen in onze regeling informatieverstrekking aan te passen zodat meer polissen onder de verplichting vallen om ze te publiceren in een overzicht met op elkaar lijkende polissen. We verwachten van zorgverzekeraars dat zij terughoudend zullen zijn met het op de markt brengen van nieuwe polissen en dat alleen doen als die ook daadwerkelijk iets toevoegen voor verzekerden.

3 Coronamaatregelen

Via de catastroferegeling op grond van artikel 33 Zvw krijgen zorgverzekeraars vanuit het Zorgverzekeringsfonds een catastrofebijdrage voor in verband met corona aan zorgaanbieders betaalde kosten. Voorwaarde hiervoor is dat de catastrofekosten boven een bepaalde drempel uitkomen. Het gaat hierbij om de optelsom van de meerkosten gemaakt in de jaren 2020 en 2021. Inmiddels is landelijk vastgesteld dat de meerkosten boven deze drempel uitkomen en zorgverzekeraars dus een volledige catastrofebijdrage krijgen voor de meerkosten. Voor 2020 en 2021 gezamenlijk bedraagt de catastrofebijdrage Zvw (voorlopig) ruim 3 miljard euro.

Normaal maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken met een (financieel) tegengesteld belang: de zorgverzekeraar wil - met het oog op de betaalbaarheid van zorg en een concurrerende premiestelling - over het algemeen niet te veel vergoeden, omdat normaliter de zorgverzekeraar 100% risicodragend is. Hij zal daarbij natuurlijk wel een zodanig tarief moeten vergoeden dat hij zijn zorgplicht na kan komen. De zorgaanbieder wil over het algemeen een zo hoog mogelijke vergoeding krijgen. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat een zorgverzekeraar enkel vanuit financieel belang handelt. Een zorgverzekeraar heeft ook een maatschappelijke taak en zal een goede vertrouwensrelatie moeten hebben met zorgaanbieders om goede zorg in te kunnen kopen. De financiële prikkels hebben echter wel degelijk effect op het handelen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bij de catastroferegeling kunnen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders belang hebben bij een (te) ruime vergoeding. De zorgverzekeraar heeft namelijk een financieel belang bij zo hoog mogelijke kosten die ten laste van de regeling worden gebracht. Om deze reden heeft de NZa de landelijke afspraken met betrekking tot de niet patiëntgebonden indirecte meerkosten op plausibiliteit getoetst. Alleen plausibel onderbouwde kosten mogen worden vergoed vanuit de catastroferegeling. In het grootste deel van deze landelijke afspraken vergoeden de zorgverzekeraars de indirecte meerkosten op basis van normbedragen aan de zorgaanbieders. Ook zit er in de meeste landelijke afspraken vanuit het oogpunt van continuïteit van de zorg een hardheidsclausule voor het geval dat de normbedragen ontoereikend dan wel bovenmatig zijn.

Bij meerkostenregelingen waarbij sprake is van vergoeding op basis van de werkelijk gemaakte kosten, keek de NZa zowel naar de vraag of de opzet van het beoordelingsproces van zorgverzekeraars om de aanvragen voor vergoeding van indirecte meerkosten te beoordelen adequaat is, als de vraag of de door zorgverzekeraars toegekende vergoeding voor indirecte meerkosten, ten laste van de catastroferegeling gebracht mag worden. Bij meerkostenregelingen waarbij sprake is van vergoeding op basis van normbedragen, geeft de NZa een oordeel of de vergoedingsafspraken de werkelijke kosten redelijkerwijs benaderen. Dit oordeel is een voorwaarde om de vergoeding door zorgverzekeraar ten laste van de catastroferegeling te brengen. De NZa heeft in 2021 een groot aantal meerkostenregelingen getoetst en (in een aantal gevallen na aanpassing) als plausibel beoordeeld.

4 Resultaten zorgverzekeraars

In de jaarcijfers zien we dat zorgverzekeraars in 2021 een negatief resultaat op de uitvoering van de zorgverzekeringswet hebben behaald van ongeveer € -2 per verzekerde (18+). Dit resultaat wijkt fors af van het positieve resultaat in 2020 van € 41 wat voor een groot deel werd veroorzaakt door gederfde omzet van zorgaanbieders als gevolg van uitgestelde zorg door Corona. We zien dat zorgverzekeraars dit positieve resultaat uit 2020 hebben aangewend voor een verlaging van de zorgpremies in 2021 en 2022: In 2021 hebben zorgverzekeraars per verzekerde (18+) €39 vanuit de reserves ingezet voor premieverlaging. Voor 2022 hebben zorgverzekeraars zelfs € 72 per verzekerde (ruim 1 miljard euro) uit hun beleggingsresultaten en reserves ingezet om premiestijgingen te dempen. We zien de aanwezige solvabiliteit gemiddeld afnemen van gemiddeld 148% in 2021 naar 142% in 2022. De spreiding hiervan zit tussen 138 en 160%. Geen van de zorgverzekeraars zit hiermee onder de minimaal vereiste solvabiliteit in 2022.

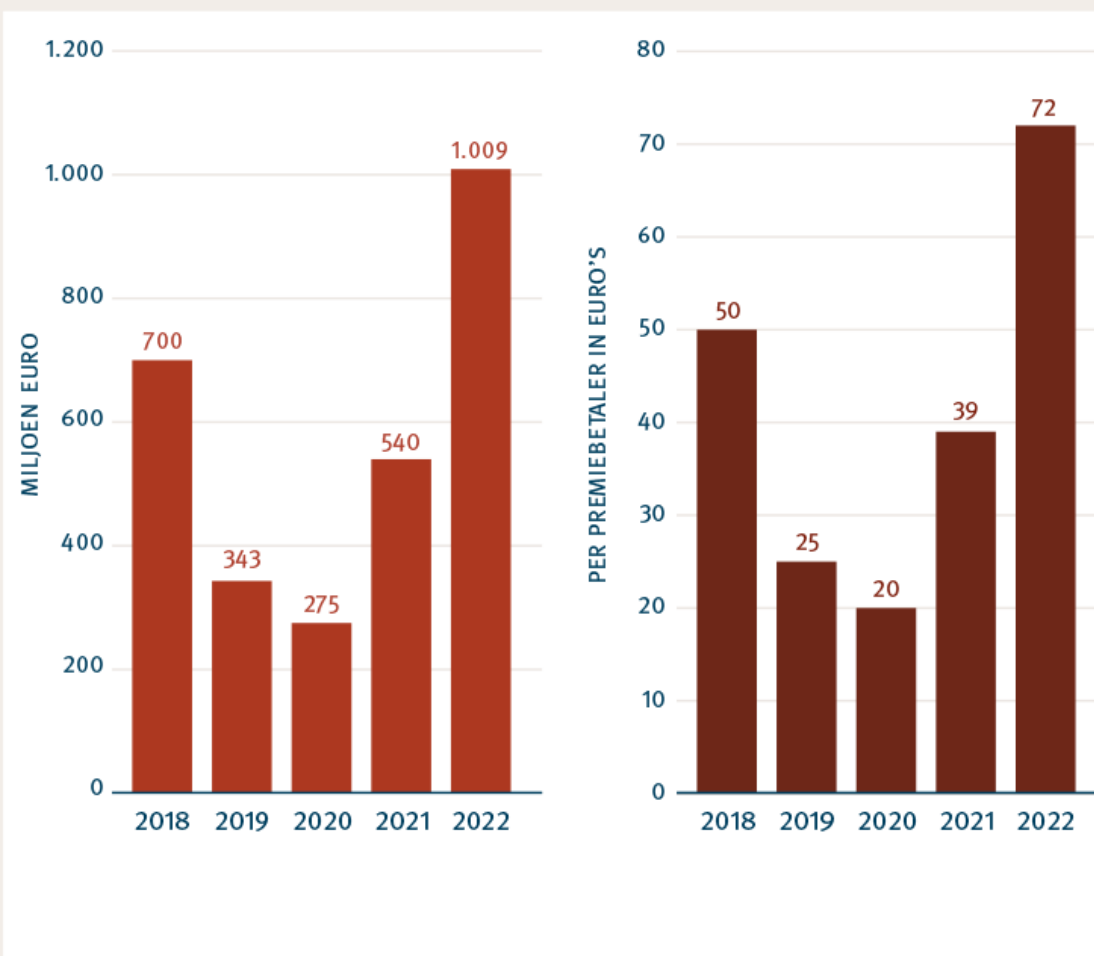
Figuur 1

EXPLOITATIERESULTAAT BASISVERZEKERING PER VERZEKERDE 18+ (IN EURO'S)					
	2017	2018	2019	2020	2021
Premies en vereveningsbijdrage	2.902	3.068	3.197	3.326	3.245
Zorguitgaven	-2.919	-3.007	-3.113	-3.215	-3.193
Bedrijfskosten en schadebehandelingskosten	-86	-85	-83	-79	-74
Opbrengst beleggingen	15	-7	27	9	20
Subtotaal resultaat boekjaar (incl. ramingen)	-88	-31	28	41	-2
Mee- en tegenvallers ten opzichte van de ramingen in voorgaande jaren	-19	25	0	-9	16
Vrijval voorziening lagere premie huidig jaar	108	42	16	23	44
Toevoeging aan voorziening lagere premie volgend jaar	-42	-16	-23	-45	-86
Exploitatieresultaat	-41	19	21	10	-28

BRON: ZORGVERZEKERAARS, JAARCIJFERS BASISVERZEKERING

Figuur 2

HOOGTE VOORZIENING PREMIEVERLAGING (OP BASIS VAN PREMIE-INSCHATTING)



BRON: ZORGVERZEKERAARS; UNIFORM OVERZICHT OPBOUW PREMIE

5 Ontwikkelingen rond aanbod zorgverzekeringsmarkt

Er zijn in 2022 10 concerns met samen 20 zorgverzekeraars. Er zijn geen wijzigingen in het aantal zorgverzekeraars ten opzichte van 2021. De vier grootste concerns hebben samen in 2022 een marktaandeel van 85,1% (2021: 84,9%). Een groot zorgverzekeringsconcern wint 1,7% van de markt. Bijna alle andere concerns verliezen in meer of mindere mate marktaandeel.

In 2022 zijn er 60 verschillende zorgverzekeringen op de markt, dat zijn er 3 meer dan in 2021. In eerdere monitors hebben we zorgverzekeraars opgeroepen om terughoudend te zijn met nieuwe polissen en alleen nieuwe polissen op de markt te brengen als die daadwerkelijk iets toevoegen. Per 2022 vervalt 1 naturapolis, wijzigt 1 naturapolis in een combinatiepolis en komen er 2 nieuwe naturapolissen bij. Er komen 2 nieuwe combinatiepolissen bij en 4 restitutiepolissen wijzigen in combinatiepolissen. Het aantal polissen met beperkende voorwaarden steeg per 2022 van 16 naar 21. Per 2022 zijn er 3 nieuwe polissen met beperkende voorwaarden en krijgen 2 bestaande polissen beperkende voorwaarden. Wij zien een zorgverzekering als polis met beperkende voorwaarden wanneer er sprake is van selectieve contractering van zorgaanbieders en een vergoeding van niet gecontracteerde zorg van minder dan 75%. Het aantal verzekerden met een restitutiepolis is in 2022 sterk afgenomen. Dat komt vooral (voor 89%) door de wijziging van 4 restitutiepolissen in combinatiepolissen.

Het verschil tussen de duurste en goedkoopste polis is in 2022 opgelopen tot € 536 per jaar ofwel € 45 per maand. In 2021 was dit verschil nog € 511. We zien daarnaast dat restitutiepolissen de afgelopen jaren fors in prijs zijn gestegen. In 2022 is een restitutie-polis gemiddeld 154 euro per jaar duurder dan een natura-polis (in 2021 107 euro en in 2017 maar 13 euro). Hierbij merken wij wel op dat dit een gemiddelde betreft en dat er een flinke spreiding in de premies is.

Figuur 3

PRIJSVERSCHIL DUURSTE EN GOEDKOOPSTE ZORGVERZEKERING

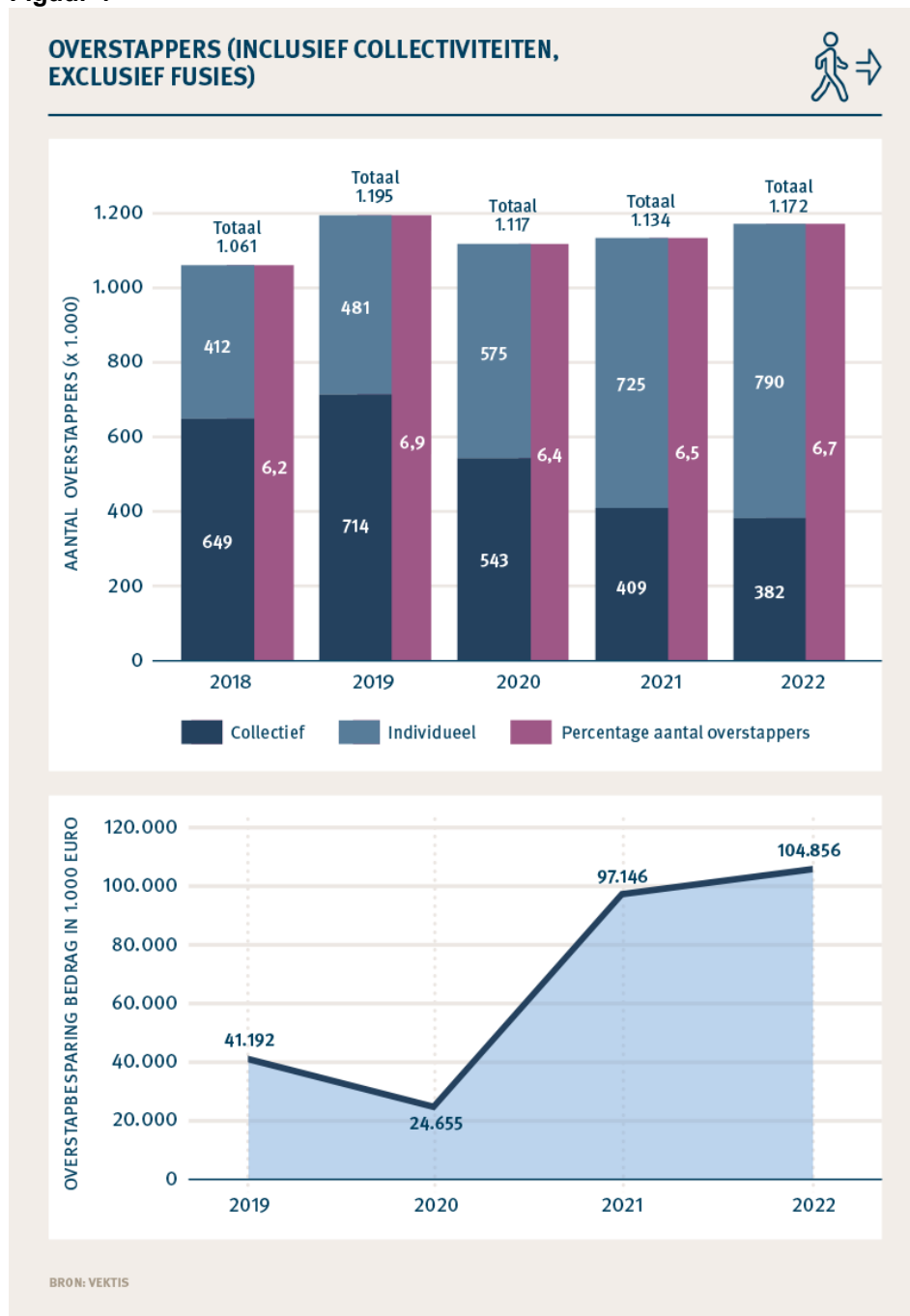


BRON: NZA

6 Overstappen

Per 2022 is 6,7% van de verzekerden (1,17 miljoen) overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Dat is iets meer dan vorig jaar. In de overstapperperiode voor 2022 zijn meer verzekerden overgestapt naar een individuele verzekering dan naar een collectieve verzekering. Dat gebeurde ook voor 2020 en 2021. Er kunnen steeds minder polissen met een collectieve korting op de premie voor de basisverzekering worden afgesloten. Dit heeft als belangrijkste oorzaak dat de collectiviteitskorting op de basisverzekering met ingang van 2023 volledig wordt afgeschaft. Ook speelt mee de relatieve groei van polissen met beperkende voorwaarden. Bij dergelijke polissen wordt meestal geen collectiviteitskorting aangeboden. In 2022 zijn dat er 21 van de 60. De gemiddelde nominale premie bedraagt in 2022 1514 euro. De individuele premie bedraagt 1497 euro en de collectieve 1527 euro.

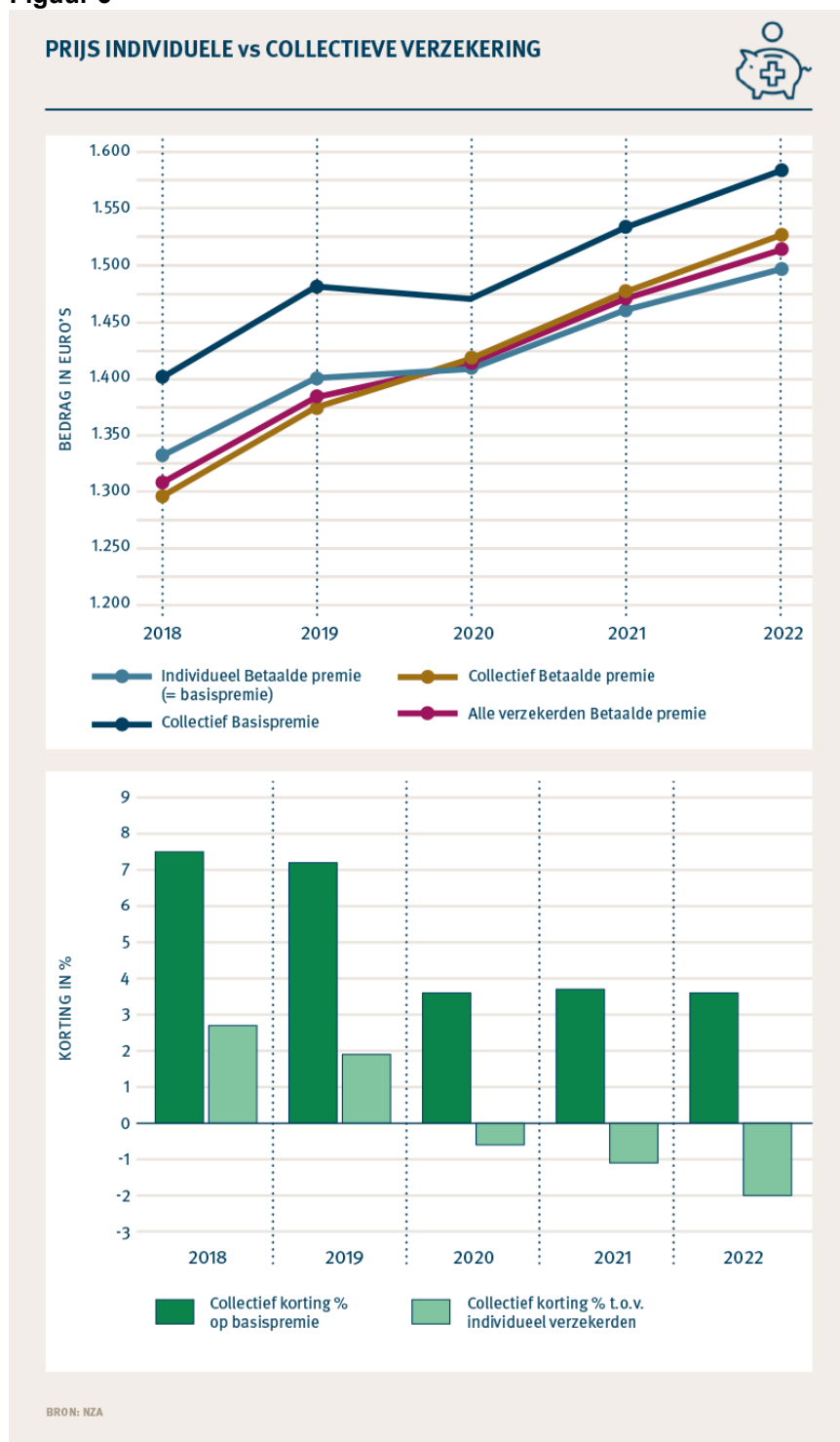
Figuur 4



7 Collectief verzekeren

Vanaf 2020 betalen collectief verzekerden, met aftrek van de collectiviteitskorting, gemiddeld een hogere premie dan individueel verzekerden. Dit komt doordat individueel verzekerden steeds vaker voor een goedkopere polis kiezen die relatief vaker beperkende voorwaarden heeft. Daarnaast wordt op de goedkopere polissen vaak geen collectieve korting gegeven, waardoor een lagere premiegrondslag kan worden gehanteerd. Zorgverzekeraars maken met de collectiviteit vaak echter nog aanvullende afspraken over bijvoorbeeld de aanvullende verzekering, preventie of verzuim.

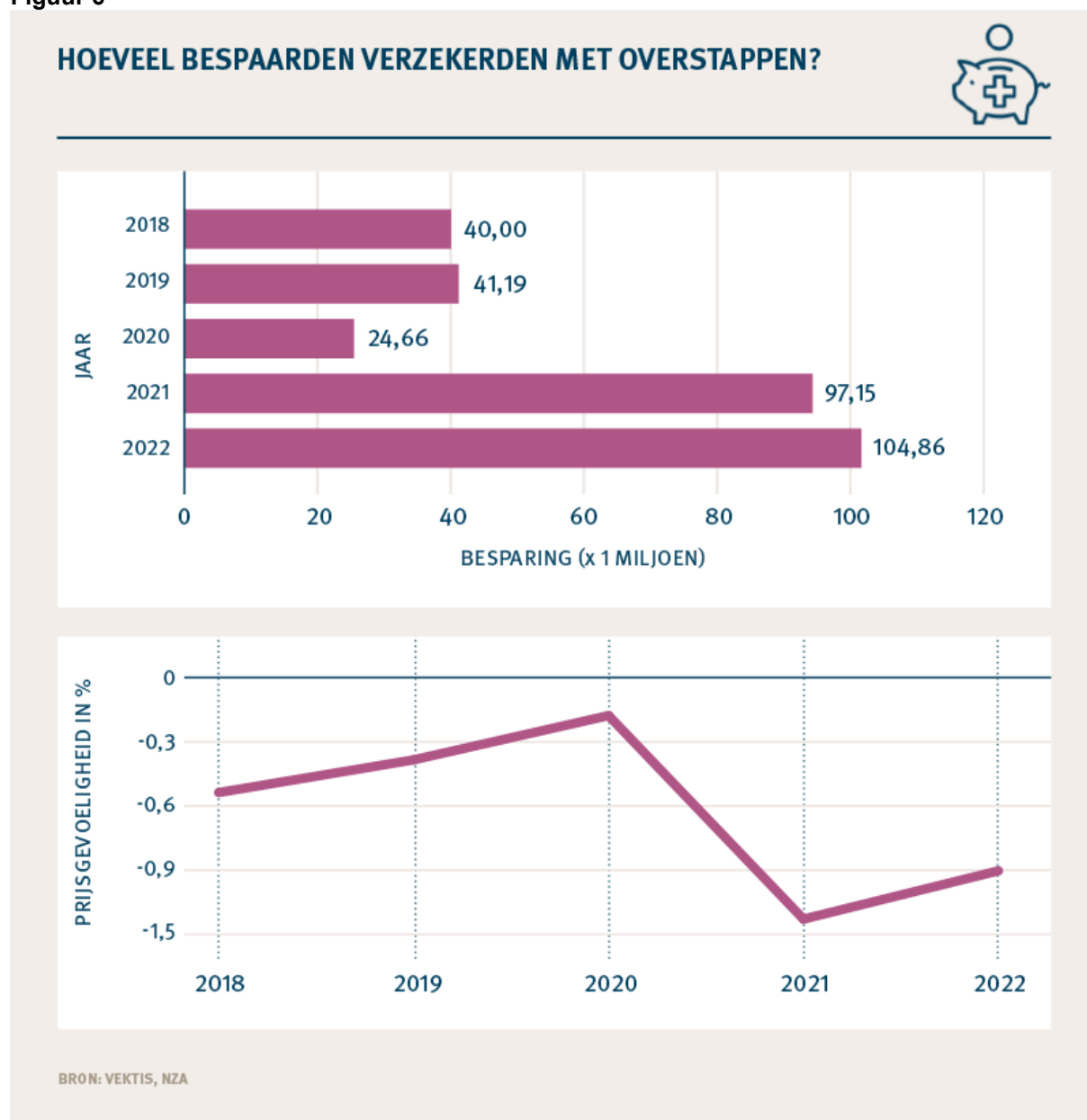
Figuur 5



Verzekerden bespaarden in 2022 105 miljoen euro door over te stappen naar een goedkopere polis. De besparing is in 2021 en 2022 twee tot vier keer hoger dan in de voorgaande jaren. De besparing is vooral behaald door de vele overstappers naar polissen met een premie die veel lager is dan het gemiddelde vóór overstap. Dat gaat veelal om 'budgetpolissen'.

We zien dit ook terug in de prijsgevoeligheid. Die is gestegen van 0,5 in 2020 naar 1,4 in 2021 en bedraagt 1,2 in 2022. Dit houdt in dat bij een 10% prijsstijging het aantal verzekerden met 12% daalt.

Figuur 6



Daarnaast zien we dat het aandeel verzekerden met een budgetpolis in 2021 steeg van 13,1% (2,27 miljoen) naar 18,4% (3,19 miljoen) en 21,8% in 2022 (3,8 miljoen). Het aandeel verzekerden met een restitutiepolis daalde tegelijk van 14,9% naar 9,7%. De oorzaak van deze daling ligt vooral in het feit dat enkele restitutiepolissen zijn omgezet naar een combinatiepolis.

Figuur 7

POLISSEN MET BEPERKENDE VOORWAARDEN; AANBOD EN VRAAG



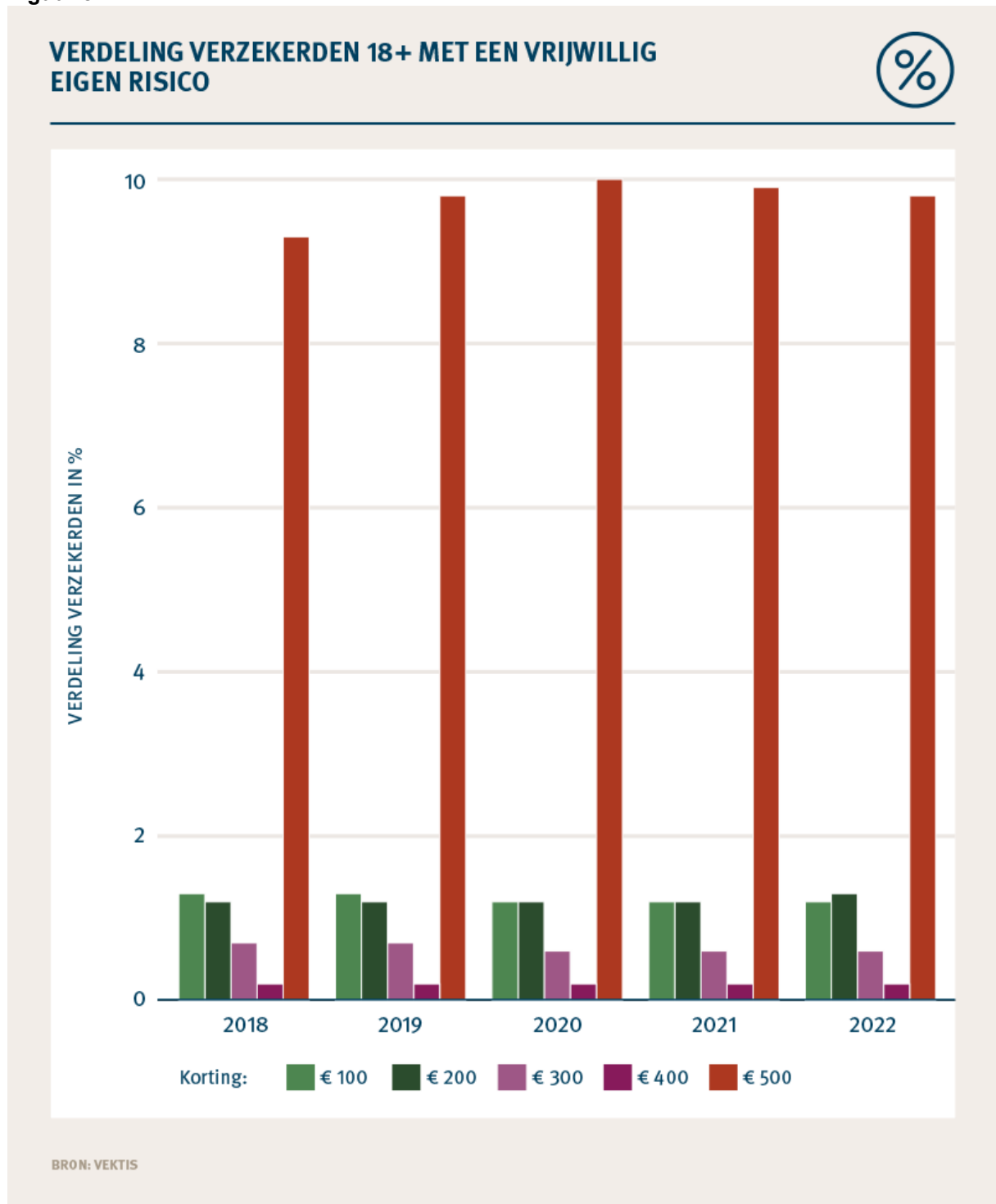
Jaar	Aantal polissen	Aantal verzekerden (x 1000)	Percentage verzekerden
2018	13	2.298	13,4%
2019	14	2.430	14,1%
2020	10	2.268	13,1%
2021	16	3.195	18,4%
2022	21	3.809	21,8%

BRON: VEKTIS, NZA

8 Eigen risico

De hoogste premiekorting die door een zorgverzekeraar wordt gegeven voor een vrijwillig eigen risico van € 500 is toegenomen van € 312 naar € 336. Dat is hoger dan in voorgaande jaren. Dit wordt veroorzaakt doordat bij een specifieke polis de korting is verhoogd van € 300 naar € 336. Het percentage verzekerden dat kiest voor een maximaal vrijwillig eigen risico is echter nagenoeg gelijk gebleven met 9,8%.

Figuur 8



Figuur 9

PRIJSVOORDEEL PER SOORT COLLECTIVITEIT



COLLECTIVITEIT	2018	2019	2020	2021	2022
Werkgevers	56	50	7	-2	-15
Patiëntenverenigingen	39	33	-9	-21	-62
Studenten			8	0	-14
Ouderenbonden			-12	-29	-43
Gemeenten	14	8	-20	-25	-44
Vakbonden			4	-3	-19
Sportverenigingen			7	-8	-13
Overige	24	13	-11	-19	-36

BRON: NZA

9 Concurrentiedruk en sturing op zelfselectie

De ontwikkeling van de concurrentie op de polismarkt toont een gelijkenis met het beeld dat we vorig jaar al zagen. De concurrentiedruk neemt steeds verder toe met als gevolg een sterke focus op de premie. In 2022 zien we een verdubbeling van de inzet van reserves door zorgverzekeraars en over de breedte een daling van de solvabiliteit van zorgverzekeraars. Met de inzet van reserves, die deels in de coronajaren 2020 en 2021 zijn opgebouwd, proberen zorgverzekeraars de premiestijging voor verzekerden te dempen. De inzet van reserves kan daarnaast ook duiden op een verscherping van de druk op de premies.

We zien tevens dat zorgverzekeraars zich nog steeds vooral richten op jonge en gezonde verzekerden. Dit uit zich in een toename van het aantal polissen met beperkende voorwaarden. Alhoewel dergelijke polissen ook interessant kunnen zijn voor oudere of ongezonde verzekerden zien we toch dat de marketing van dergelijke polissen voornamelijk gericht is op jonge en gezonde verzekerden. Het aantal verzekerden met een dergelijke polis is ook in 2022 weer flink gestegen. De overstap van verzekerden naar deze polissen heeft geleid tot de grootste premiebesparing in de geschiedenis van de zorgverzekeringsmarkt. Alhoewel dit de betaalbaarheid van de zorg voor deze groep verzekerden ten goede komt, zien we het risico van een verdere segmentering van de zorgverzekeringsmarkt hierdoor ook toenemen. De premiebesparing van het overstappen moet immers door alle verzekerden samen worden opgebracht. Dit betekent dus dat de premie voor verzekerden die niet zijn overgestapt stijgt. Ook zien we ook dat alle groepen collectief verzekerden inmiddels gemiddeld een hogere premie betalen dan individueel verzekerden. Premieverschillen tussen polissen met beperkende voorwaarden en restitutiepolissen zijn toegenomen. Ten slotte zien we dat de maximale korting voor het maximale vrijwillig eigen risico afgelopen jaar is gestegen. Hierdoor wordt het voor verzekerden die geen zorgkosten verwachten nog interessanter om een maximaal vrijwillig eigen risico te nemen.

Uit analyses die door een onderzoeksbureau¹ in opdracht van VWS zijn uitgevoerd blijken polissen met beperkende voorwaarden voor zorgverzekeraars vaker winstgevend ten opzichte van reguliere polissen. Daarbij blijken polissen met relatief veel chronisch zieken ook nog eens vaker behoorlijk verliesgevend te zijn in de risicoverevening. Er is dus sprake van een overcompensatie van jonge en gezonde verzekerden en een ondercompensatie van chronisch zieken op polisniveau.

Een gevaar van deze ondercompensatie voor onder andere chronisch zieken is dat het voor zorgverzekeraars niet loont om in te zetten op een goede zorginkoop. Dit probleem speelt vooral in die situaties waarin de zorgkosten onvoldoende worden gecompenseerd in de risicoverevening. Een goed voorbeeld van dit probleem betreft de compensatie voor zwangere vrouwen. Doordat zorgverzekeraars hier tot 2023 verlies op maakten in de risicoverevening bestond het risico dat minder werd geïnvesteerd in bijvoorbeeld integrale geboortezorg. Daarom is met ingang van 2023 een kenmerk in de risicoverevening toegevoegd waardoor de compensatie voor zwangerschap en bevalling wordt verbeterd. Het is voor zorgverzekeraars lonender om de extra kosten die moeten worden gemaakt om goede zorg in te kopen voor zorgbehoevende verzekerden in te zetten voor een lagere premie voor winstgevende jonge en gezonde verzekerden.

¹ Equalis Strategy & Modeling B.V.: Restriscio's 2: Vereveningsresultaat van verzekeraars en polissen. Utrecht, 26 januari 2022

Verzekerden vinden de hoogte van de premie het belangrijkste bij de keuze voor een zorgverzekering. Dit leidt tot concurrentiedruk op de premie. De premieconcurrentie wordt daarnaast versterkt doordat er voor verzekerden nauwelijks goed vergelijkbare informatie is over service en kwaliteit. Daardoor verschuift de focus voor verzekerden nog verder naar de prijs. Het gemak waarmee verzekerden prijzen van polissen kunnen vergelijken via bijvoorbeeld vergelijkingssites vergroot de druk op de premie nog verder.

Verzekerden blijken gemiddeld genomen in staat te zijn om hun gezondheid goed in te schatten. Zo maken verzekerden die zijn overgestapt naar een polis met beperkende voorwaarden en een hoog vrijwillig eigen risico hebben gekozen relatief weinig zorgkosten. Er is hierdoor sprake van zelfselectie door verzekerden. Voornamelijk verzekerden die geen zorgkosten verwachten, nemen een polis met beperkende voorwaarden en een maximaal vrijwillig eigen risico. Deze verzekerden hebben vaak ook geen of slechts een beperkte aanvullende verzekering nodig. Voor zorgverzekeraars zijn dit elementen waarop zij kunnen sturen. Dit zien we in de markt ook duidelijk terug. Zo hebben polissen met beperkende voorwaarden de laagste premies. Deze polissen zijn in de beeldvorming echter vooral interessant voor verzekerden die geen zorgkosten maken. Ook de relatief hoge korting bij het maximale vrijwillig eigen risico kan daarnaast worden ingezet. Tenslotte zien we bij veel verzekeraars dat zij de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen alleen bij hun duurdere polissen aanbieden en dat bij een polis met beperkende voorwaarden alleen een aanvullende verzekering met een lage dekking kan worden afgesloten. Hierdoor zijn de goedkope polissen met beperkende voorwaarden en een hoge korting voor vrijwillig eigen risico voor verzekerden die zorgkosten hebben of verwachten vaak niet interessant.

In tegenstelling tot wat we in de markt zien, zien we op basis van onze huidige analyses van de risicovereveningsdata geen signalen die wijzen op een grote toename van risicoselectie. Daar moeten we wel bij constateren dat die indicatoren niet verder gaan dan 2020 en dat daarbij ook wordt gewerkt met driejaars gemiddelden, terwijl we de grootste groei van polissen met beperkende voorwaarden in juist de afgelopen paar jaar zien. Het is daarmee de vraag in hoeverre de bestaande indicatoren voor risicoselectie een actueel beeld schetsen van de ontwikkelingen op de polismarkt. We willen hier dan ook kritisch naar gaan kijken.

Vorig jaar hebben wij een oproep gedaan aan zorgverzekeraars om minder focus op prijs en meer op dienstverlening en kwalitatief goede zorginkoop. Daarnaast hebben we gevraagd om een bredere marketingstrategie voor polissen met beperkende voorwaarden. Zorgverzekeraars geven aan verzekerden een polis voorstel te willen bieden wat aansluit bij hun behoeften. Ook hebben zij een tien punten plan opgesteld waarmee zij meerwaardefactoren willen toevoegen aan prijs en merknaam. Desondanks zien we in 2022 nog te weinig gedragsverandering op dit gebied.

10 Voorwaarden voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt

We hebben in Nederland een zorgverzekeringssysteem dat is gebaseerd op solidariteit en keuzevrijheid. Dit betekent dat van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij bij hun marketing niet selecteren op risico's en dat verzekeraars zich onderscheiden op basis van service en kwaliteit. Zorgverzekeraars moeten daartoe het verschil maken op zorginkoop en dienstverlening aan verzekerden. De huidige ontwikkelingen wijzen echter op een risico op verdergaande segmentatie als gevolg van sturing door zorgverzekeraars op zelfselectie van verzekerden.

Komend jaar wordt de collectiviteitskorting afgeschaft omdat die niet tot de zorginhoudelijke besparingen heeft geleid die er van waren verwacht en daar dus ook niet uit werd gefinancierd. Daarnaast verwachten we voor volgend jaar, mede als gevolg van de hoge inflatie dat veel verzekerden op zoek zullen gaan naar mogelijkheden om te besparen. Dit kan leiden tot aanzienlijk meer overstappers in de komende overstapperperiode.

Momenteel worden naast de maatregelen die al zijn getroffen (denk hierbij aan het kenmerk voor zwangerschap en bevalling vanaf 2023 en het wegnemen van de overcompensatie voor seizoensarbeiders), mogelijkheden verkend om de overcompensatie van jonge gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronisch zieken in de risicoverevening verder aan te pakken. Samen met de actuele ontwikkelingen bestaat er hierdoor een risico op ongewenst voorsortierend gedrag door zorgverzekeraars waardoor de solidariteit nog verder wordt aangetast. Een voorbeeld van voorsortierend gedrag is dat een zorgverzekeraar een polis op de markt brengt die gericht is op verzekerden die zeer winstgevend zijn in de risicoverevening. Daarom is het noodzakelijk dat snel wordt ingegrepen in de risicoverevening. Zo wordt een krachtig signaal afgegeven dat selecterend gedrag niet passend is bij een solidair zorgverzekeringsstelsel en ook niet lonend is.

Daarom heeft het ministerie van VWS besloten om per komende overstapperperiode op polisniveau winsten af te romen. Het ministerie gaat daarom de resultaten op de risicoverevening op polisniveau in ieder geval volgend jaar beperken door middel van een bandbreedteregeling van 50 euro met 75% nacalculatie. Hierdoor worden de meest winstgevende polissen minder interessant voor zorgverzekeraars. Daarnaast worden ex ante maatregelen uitgewerkt om de compensatie van gezonde en chronisch zieken verzekerden in de risicoverevening structureel te verbeteren. Hierdoor wordt het voor verzekeraars minder interessant om zich te richten op zeer winstgevende groepen verzekerden.

Ten aanzien van het aanpakken van risicoselectie geven wij hierboven aan dat verzekerden hun eigen gezondheid goed kunnen inschatten en op basis daarvan hun keuze maken voor een polis. Verzekeraars kunnen sturen op deze zelfselectie door middel van de dekking van de zorgverzekering (budgetpolissen), het vrijwillig eigen risico en de koppeling van aanvullende verzekeringen aan bepaalde basisverzekeringen. Wij zouden graag zien met het oog op het borgen van de solidariteit op de polismarkt dat er iets wordt gedaan aan deze sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars. Daarom willen wij hierover met de Minister en stakeholders in overleg treden. Zo pleiten wij voor nader onderzoek naar de gevolgen van het vrijwillig eigen risico voor de risicosolidariteit en zouden we graag zien of er mogelijkheden zijn om de koppeling van aanvullende verzekeringen aan specifieke modelpolissen ongedaan kan worden gemaakt.

Tot slot is er nog steeds veel discussie over polissen die onderling nauwelijks van elkaar verschillen. In april 2022 is door de Tweede Kamer een motie aangenomen over de definitie nagenoeg gelijke polissen. In deze motie is de regering verzocht om samen met de NZa te verkennen om de definitie rondom gelijke polissen aan te passen om het polisaanbod overzichtelijker te maken. Nagenoeg gelijke polissen komen de transparantie op de polismarkt niet ten goede. Dit heeft gevolgen voor de mogelijkheden voor verzekerden om een goede keuze voor een zorgverzekering te maken. Wij hebben daarom besloten om naast deze monitor een zogeheten clusteranalyse uit te voeren naar de vraag in hoeverre polissen daadwerkelijk van elkaar verschillen. Wij zullen hierover separaat rapporteren. Daarnaast hebben wij het voornemen om met ingang van 1 april 2023 artikel 7 van de “Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten” (TH/NR-022) aan te passen. De verplichting om polissen die bijna gelijk zijn in een overzicht te publiceren zal ook van toepassing worden op polissen met beperkte verschillen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan twee polissen die enkel een beetje verschillen in een vergoedingspercentage voor een bepaalde zorgvorm terwijl er nauwelijks selectief is gecontracteerd.



Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht

T 030 - 296 81 11 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl