

Zorgthermometer

vektis ✓



Jaargang 22, april 2017



Verzekerden in beeld 2017

Over Vektis gesproken

Vektis, informatiecentrum voor de zorg.

Vektis verzamelt en analyseert gegevens over de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Wij leveren informatiediensten waardoor besluitvorming en uitvoering binnen de zorgmarkt effectief plaatsvindt.

Vektis beschikt over actuele en omvangrijke databestanden. Deze bevatten bijvoorbeeld gegevens op nationale schaal over de kosten van medicijngebruik, medische hulpmiddelen en ziekenhuiszorg. Deze informatie is niet alleen van belang voor de zorgverzekeraars, maar ook voor zorgaanbieders, overheid en verzekerden. Met deze informatie stelt Vektis partijen in staat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in Nederland te verbeteren.

Daarnaast beschikken wij over verschillende producten en diensten ter ondersteuning van de elektronische uitwisseling van berichten. Hiervoor ontwikkelen en beheren wij standaarden in samenspraak met zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en softwareleveranciers. Ook ontwikkelt en beheert Vektis diverse referentiesystemen.

Meer informatie is te vinden op www.vektis.nl.

Inhoud

Daar waar het gebeurt	4
1 Verzekerdemobiliteit 2016-2017	5
2 Ontwikkeling marktaandelen	13
3 Keuzes rondom premie	16
4 Keuzes rondom eigen risico	19
5 Aanvullende verzekeringen	22
6 Overstappedrag chronische patiënten	25
7 Interview met Richard van Kleef	27
Alle feiten op een rij	30
Verantwoording en onderzoeksanpak	31
Colofon	32

Daar waar het gebeurt

Het liefst ben ik daar, waar het volgens mijn gevoel gebeurt. Ik weet niet precies waarom ik dat wil, maar al een groot deel van mijn leven heb ik dat. Het manifesteerde zich duidelijk toen ik voor het eerst in New York was en op de beursvloer stond. Op Wall Street dus. Dat kon jaren geleden trouwens nog een stuk gemakkelijker dan nu. Het gevoel dat daar het middelpunt van de financiële wereld is. Dat daar wordt bepaald hoe het gaat in de wereld. Dat alle ogen gericht zijn op wat daar gebeurt. Dat een heel groot deel van de wereld de term 'Wall Street' kent en dat hier innovatieve bedrijven uiteindelijk een beursgang beleven. Zoiets. Op een of andere manier een overweldigend gevoel.



Ook bij Vektis voel ik elke dag weer dat het hier gebeurt, gewoon vanuit ons kantoor in Zeist. Het lijkt misschien een grote stap, van de beursvloer in New York naar de zorgbranche in Nederland, maar mij geeft dat toch eenzelfde gevoel. Ook in de zorgbranche gebeurt veel: technologische ontwikkelingen, slimme initiatieven, betrokken mensen, soms verhitte discussies en niet te vergeten: alle mensen die dagelijks met zorg te maken hebben en de vele mensen die elke dag weer bezig zijn om de zorg makkelijker, beter, mooier en slimmer te maken. Iedereen komt met zorg in aanraking, dus het voelt ook altijd dichtbij huis. Dat is waarom ik intussen al jaren met veel plezier in deze branche werk.

Ook in andere opzichten kun je een vergelijking maken tussen Amerika en Nederland. In beide landen waren verkiezingen en was de zorg een belangrijk verkiezingsthema. Zowel in Amerika als in ons land ging het daarbij over solidariteit. In Amerika over meer vrije keuzes en een minder verplicht karakter, wat de solidariteit verder op afstand zet. In Nederland stond het eigen risico ter discussie, vanuit de vraag of dit de solidariteit mogelijk belemmert. Qua zorg wil ik liever niet in Amerika zijn. Het Nederlandse stelsel staat als een huis. Het kan ongetwijfeld nog anders of beter, maar onze verregaande solidariteit is een groot goed in Nederland en daar ben ik trots op.

Het jaarlijkse overstapmoment, ook dat maakt onderdeel uit van ons stelsel. Gebeurden er veel spannende zaken dit overstapjaar? Ja en nee. Duidelijk is dat wij als Nederlanders veel keuzevrijheid hebben. Meer mensen hebben hun eigen risico verhoogd en ruim een miljoen mensen zijn overstapt. Gewoon omdat het kan. Gewoon omdat we een geweldig solidair systeem hebben waarin we met elkaar een aantal afspraken hebben gemaakt, maar waarbinnen ook individuele keuzes mogelijk zijn. Op een onderdeel is er geen keuzevrijheid: we doen allemaal mee aan dit stelsel en dragen bij. Dat is waarom ik qua zorg graag in Nederland ben. Misschien minder spannend, maar met een stuk meer zekerheid en solidariteit naar elkaar toe. En dat is heel veel waard.

drs. M. (Marieke) Smit
Manager Informatie en Onderzoek

1 Verzekerdenmobiliteit 2016-2017

Per 1 januari 2017 is 6,4% van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Dat komt neer op bijna 1,1 miljoen verzekerden die zijn gewisscht, een stijging met ongeveer 0,1 procentpunt ten opzichte van 2016. De vorig jaar geconstateerde daling van het aantal polissen waaruit verzekerden kunnen kiezen zet in 2017 door. Het aantal zorgverzekeraars neemt met 1 af en komt uit op 24.

Jaarlijks hebben alle verzekerden van 18 jaar en ouder de mogelijkheid om rond de jaarwisseling van zorgverzekeraar te veranderen. Op basis van de Zorgverzekeringswet is dit op een ander moment in het jaar niet mogelijk, uitgezonderd enkele specifieke situaties, zoals verzekerden die gedurende het jaar 18 jaar worden en een zorgverzekering moeten afsluiten.

Jaarlijks volgen we de beweging van verzekerden tussen de verschillende zorgverzekeraars rond het overstapmoment van 1 januari. Wie wil wisselen, heeft tot 1 februari de tijd om een zorgverzekering af te sluiten. Daarom kunnen we pas in de loop van februari, wanneer de verzekeraars alle mutaties hebben verwerkt, de balans opmaken over het afgelopen overstapseizoen.

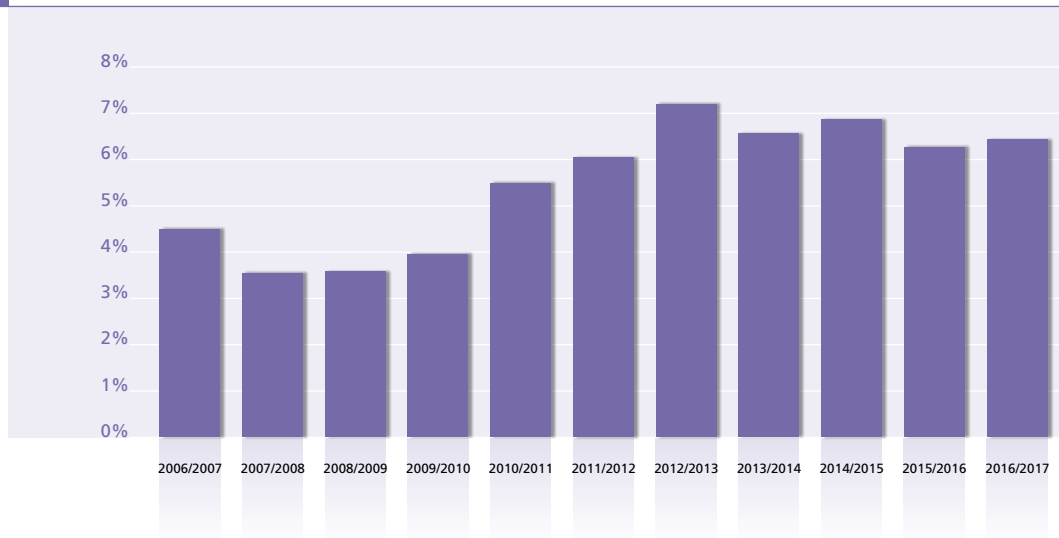
Verzekerdenmobiliteit

Verzekerdenmobiliteit wordt gedefinieerd als het aantal verzekerden dat op 31 december 2016 bij een risicodrager (zie tabel 2) was verzekerd en per 1 januari 2017 zich verzekerde bij een andere risicodrager. Verzekerdenmobiliteit betreft dus het overstappen door verzekerden van de ene naar de andere risicodrager.

Bij de vaststelling van dit cijfer wordt geschoond voor verzekerden die overgaan naar een andere risicodrager als gevolg van de overgang van het collectieve contract waarbinnen zij verzekerd zijn. Deze verzekerden veranderen doorgaans niet uit eigen beweging van risicodrager.

Bij de afsluiting van het overstapseizoen in februari hebben we het overstappercentage dit jaar uiteindelijk vastgesteld op 6,4%. Dat komt neer op bijna 1,1 miljoen verzekerden die per 2017 van zorgverzekeraar zijn veranderd.

Daarmee komt het overstappercentage voor het seizoen 2016-2017 een tiende procentpunt hoger uit dan in het voorgaande seizoen (6,3%). Het aantal van 1,1 miljoen overstappers ligt ruim 20.000 hoger dan vorig jaar. In figuur 1 ziet u de ontwikkeling van het overstapcijfer vanaf 2006.

Figuur 1 Percentage overstappers per jaar (bron: Vektis, 2017)


Na de duidelijk stijgende lijn vanaf 2009, met een piek in 2013, schommelt het percentage vanaf 2014 rond 6,5%.

Zoals de definitie van verzekerdenmobiliteit laat zien, hanteren we bij de bepaling van het overstapcijfer een nauwe omschrijving: alleen verzekerden die uit eigen beweging overstappen naar een andere zorgverzekeraar worden meegeteld. Sinds enige tijd laten we ter vergelijking ook een tweetal varianten van het overstapcijfer zien. In tabel 1 ziet u deze varianten. Naast het 'officiële' overstapcijfer hebben we ook het percentage overstappers berekend inclusief de groepen verzekerden die via collectieven zijn overgegaan naar een andere zorgverzekeraar. Bij de tweede variant hebben we verzekerden die binnen een concern overstappen, niet meegenomen; in dit geval stappen verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar binnen hetzelfde overkoepelende concern.

Het overstapcijfer waarin we de overgang van collectieven naar een andere risicodragers meenemen, komt 0,4 procentpunt hoger uit. Gaan we alleen uit van de overstappers tussen verschillende concerns, dan komt het percentage 0,8 procentpunt lager uit.

Tabel 1 Varianten overstapcijfer 2016-2017 (bron: Vektis, 2017)

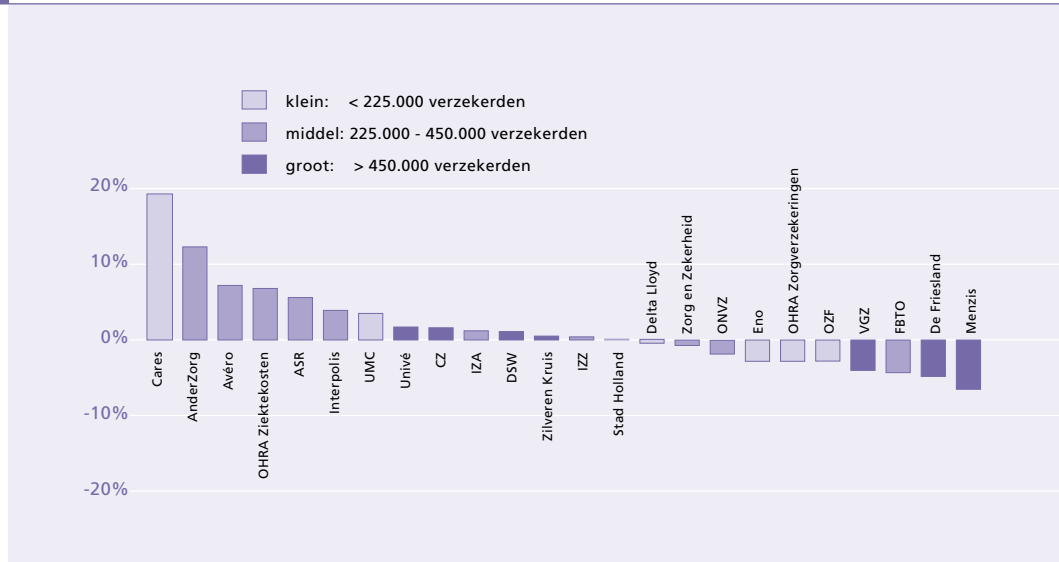
Overstapcijfer	6,4%
Overstapcijfer inclusief collectieven	6,8%
Overstapcijfer concernniveau	5,6%

De in tabel 1 opgenomen overstapperpercentages zijn berekend op landelijk niveau. Daarnaast hebben we ook het overstapperpercentage per gemeente in kaart gebracht. De kaart in figuur 2 geeft een beeld van de regionale verschillen.

In de gemeente Bunschoten (Utrecht) is het overstapperpercentage met 9,7% het hoogst en in de gemeente Hulst (Zeeland) met 2,8% net als vorig jaar het laagst.

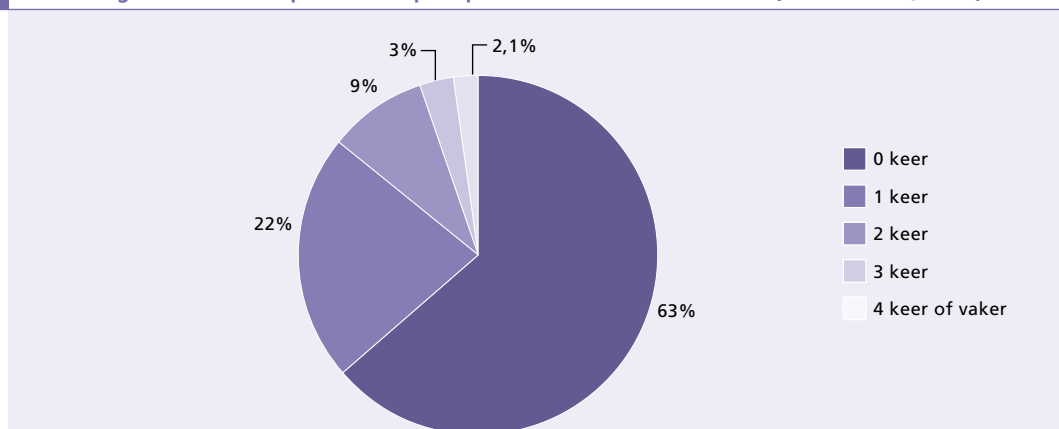
Naast het overstappercentage naar gemeente brengen we ook het mutatiepercentage per risicodragers in beeld. Wie heeft relatief gezien per 1 januari verzekerden gewonnen en wie heeft de populatie zien dalen? In figuur 3 ziet u deze percentages. Daarbij zijn verzekerden die binnen een collectief overgaan naar een andere zorgverzekeraar ook meegenomen, zodat de volledige mutatie tussen risicodragers in beeld is.

Figuur 3 Mutatie aantal verzekerden per 1 januari 2017 per risicodragers (bron: Vektis, 2017)



Figuur 4 brengt de overstapfrequentie vanaf 2006 in beeld. Bijna twee derde van de verzekerden blijkt sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet niet veranderd van zorgverzekeraar. Van de overgestapte verzekerden blijken degenen die dat een keer hebben gedaan in de meerderheid. In totaal is in deze periode 37% van de verzekerden een of meer keer van zorgverzekeraar veranderd.

Figuur 4 Percentage verzekerden per overstapfrequentie tussen 2006 en 2017 (bron: Vektis, 2017)

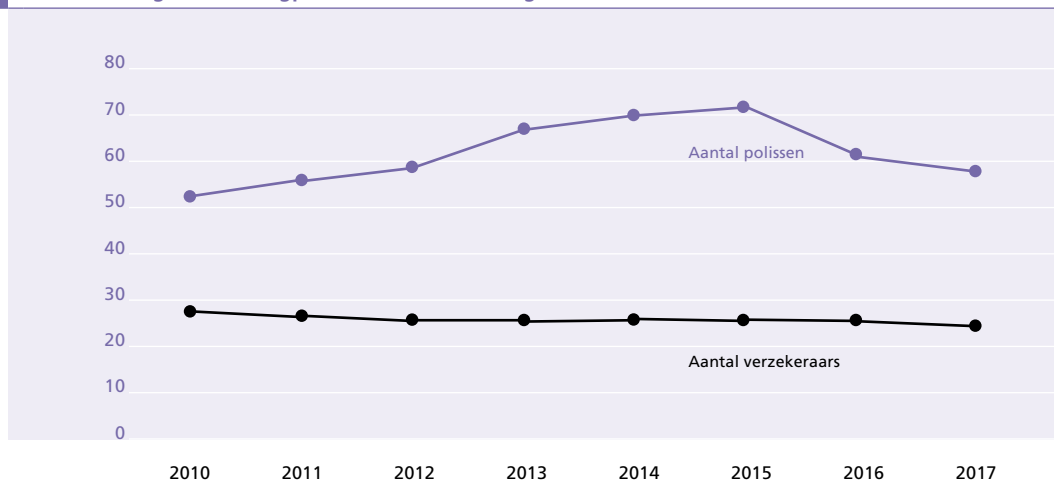


In 2015 konden verzekerden kiezen uit 71 polissen die dekking bieden voor de basisverzekering. Vorig jaar is dit aantal gedaald naar 61 en in 2017 is dit aantal verder gedaald naar 58 zorgpolissen. Er zijn ten opzichte van vorig jaar vier polissen verdwenen en er is een nieuwe polis geïntroduceerd.

Ten aanzien van de verdeling van het soort polissen, zien we dat het bij ruim de helft om een naturopolis gaat. Ruim een derde betreft een restitutiepolis en de overige polissen bevatten een combinatie van beide.

Met ingang van 2017 is zorgverzekeraar Azivo opgegaan in Menzis. Tot dat moment was Azivo een zelfstandige zorgverzekeraar binnen het Menzis-concern. Alle verzekerden van Azivo hebben per 2017 een zorgpolis van Menzis ontvangen. Hiermee komt het aantal zorgverzekeraars in 2017 uit op 24. In figuur 5 ziet u de ontwikkeling van het aantal polissen en het aantal zorgverzekeraars vanaf 2010. Met 'aantal zorgverzekeraars' bedoelen we hier het aantal risicodragers. Een risicodrager (zie tabel 2) is de zorgverzekeraar die feitelijk financieel verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Zorgverzekeringwet.

Figuur 5 Ontwikkeling aantal zorgpolissen en aantal zorgverzekeraars 2010-2017 (bron: NZa/Vektis, 2017)



Tabel 2 laat zien welke concerns en zorgverzekeraars er zijn in 2017. Per 2017 zijn er 24 zorgverzekeraars.

Tabel 2 Overzicht concerns met bijbehorende risicodragers (bron: NZa, 2017)

Concern	Risicodrager
Zilveren Kruis	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
	De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
	FBTO Zorgverzekeringen N.V.
	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
	OZF Zorgverzekeringen N.V.
	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.
ASR	ASR Basis Ziektelkostenverzekeringen N.V.
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.
	OHRA Ziektelkostenverzekeringen N.V.
	OHRA Zorgverzekeringen N.V.
	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.
DSW/SH	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.
	OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.
Eno	Eno Zorgverzekeraar N.V.
Menzis	AnderZorg N.V.
	Menzis Zorgverzekeraar N.V.
ONVZ	ONVZ Ziektelkostenverzekeraar N.V.
VGZ	IZA Zorgverzekeraar N.V.
	IZZ Zorgverzekeraar N.V.
	N.V. Univé Zorg
	N.V. VGZ Cares
	N.V. Zorgverzekeraar UMC
	VGZ Zorgverzekeraar N.V.
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.

Tabel 3 geeft een overzicht van de in 2017 beschikbare zorgpolissen per risicodragers. De derde kolom laat zien om welk type polis het gaat (natura, restitutie of een combinatie van beide).

Tabel 3 Risicodragers met bijbehorende polissen in 2017 (bron: NZa/Vektis, 2017)

Naam risicodragers	Polisnaam	Type polis
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Avéro ZorgPlan Restitutie	Restitutie
	Avéro ZorgPlan Selectief	Natura
	Avéro ZorgPlan Natura	Natura
De Friesland Zorgverzekeraar N.V.	Kiemer Basisverzekering	Restitutie
	De Friesland Alles Verzorgd Polis	Natura
	De Friesland Vrije Keus Polis	Restitutie
	De Friesland Zelf Bewust Polis	Combinatie
FBTO Zorgverzekeringen N.V.	FBTO Zorg basisverzekering naturapolis	Natura
	FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis	Restitutie
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	Interpolis ZorgActief	Natura
OZF Zorgverzekeringen N.V.	OZF Zorgpolis	Natura
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	Zilveren Kruis Basis Zeker	Natura
	Zilveren Kruis Basis Exclusief	Restitutie
	Zilveren Kruis Basis Budget	Natura
	Pro Life Principe Polis (natura)	Natura
	Pro Life Principe Polis Restitutie	Restitutie
	ZieZo Selectief	Natura
	ZieZo Basis	Natura
ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.	Ditzo Basisverzekering	Combinatie
	Amersfoortse Restitutie	Restitutie
Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.	Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie	Restitutie
OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.	OHRA Zorgverzekering restitutie	Restitutie
OHRA Zorgverzekeringen N.V.	OHRA Zorgverzekering restitutie	Restitutie
OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.	CZ Zorg op maatpolis (Natura)	Natura
	CZ Zorgkeuzepolis (Restitutie)	Restitutie
	CZ Direct (Natura Direct)	Natura
	CZ Zorgbewustpolis (Natura Select)	Natura
OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.	DSW polisvoorwaarden	Combinatie
OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.	Stad Holland polisvoorwaarden	Restitutie
Eno Zorgverzekeraar N.V.	Salland Basisverzekering	Natura
	HollandZorg Basisverzekering	Combinatie
	ZorgDirect Basisverzekering	Natura
AnderZorg N.V.	Anderzorg Basis	Natura

Naam risicodragers	Polisnaam	Type polis
Menzis Zorgverzekeraar N.V.	Menzis Basis	Natura
	Menzis Basis Vrij	Restitutie
	Hema Zorgverzekering	Combinatie
	Menzis Basis Voordelig	Natura
ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	Restitutie
IZA Zorgverzekeraar N.V.	IZA Eigen Keuze	Restitutie
	IZA Ruime Keuze	Natura
IZZ Zorgverzekeraar N.V.	IZZ Basisverzekering variant natura	Natura
	IZZ Basisverzekering variant restitutie	Restitutie
N.V. Univé Zorg	Univé Zorg Select Polis	Natura
	Univé Zorg Geregeld polis	Natura
	Univé Zorg Vrij polis	Restitutie
	Univé Gewoon ZEKUR Zorg	Natura
	Univé Zorgzaam polis	Natura
N.V. VGZ Cares	De Goudse Zorg Polis Ruime Keuze (Natura)	Natura
	De Goudse Zorg Polis Eigen Keuze (Restitutie)	Restitutie
	Cares Natura Selectief (Besured Ruime Keuze)	Natura
N.V. Zorgverzekeraar UMC	UMC Zorgverzekering	Restitutie
VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ Ruime Keuze	Natura
	VGZ Eigen Keuze	Restitutie
	VGZ Bewuzt Basis	Natura
	VGZ Goede Keuze	Natura
OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.	Zorg en Zekerheid Zorg Vrij Polis	Restitutie
	Zorg en Zekerheid Zorg Zeker Polis	Natura
	Zorg en Zekerheid Zorg Gemak Polis	Combinatie

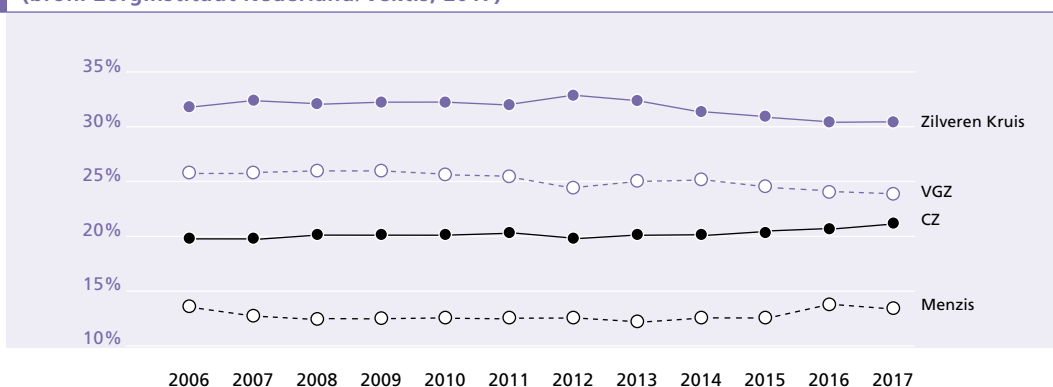
2 Ontwikkeling marktaandeel

Het marktaandeel van de vier grote concerns als geheel is sinds 2006 afgenomen met 2,7 procentpunt. In 2017 zijn 15 miljoen Nederlanders bij een van deze vier concerns verzekerd. Van de grote concerns is ten opzichte van 2006 alleen het marktaandeel van CZ gegroeid. De meeste kleinere concerns zien hun marktaandeel over de afgelopen jaren toenemen.

15 miljoen Nederlanders zijn in 2017 verzekerd bij een van de vier grote concerns: Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis. Elk van deze concerns heeft meer dan 2 miljoen verzekerden in de portefeuille. Naast vier grote zijn er vijf kleinere concerns waar de overige 2 miljoen Nederlanders verzekerd zijn: DSW, ONVZ, Zorg en Zekerheid, ASR en Eno. In figuur 6 ziet u de ontwikkeling van de marktaandelen van de vier grote concerns. Hierbij zijn we uitgegaan van de concerns zoals deze nu zijn, dus inclusief de verzekerden van risicodragers die tussen 2006 en 2017 aan de verschillende concerns zijn toegevoegd.

Figuur 6

Ontwikkeling van het marktaandeel van de vier grote concerns van 2006 tot en met 2017
(bron: Zorginstituut Nederland/Vektis, 2017)

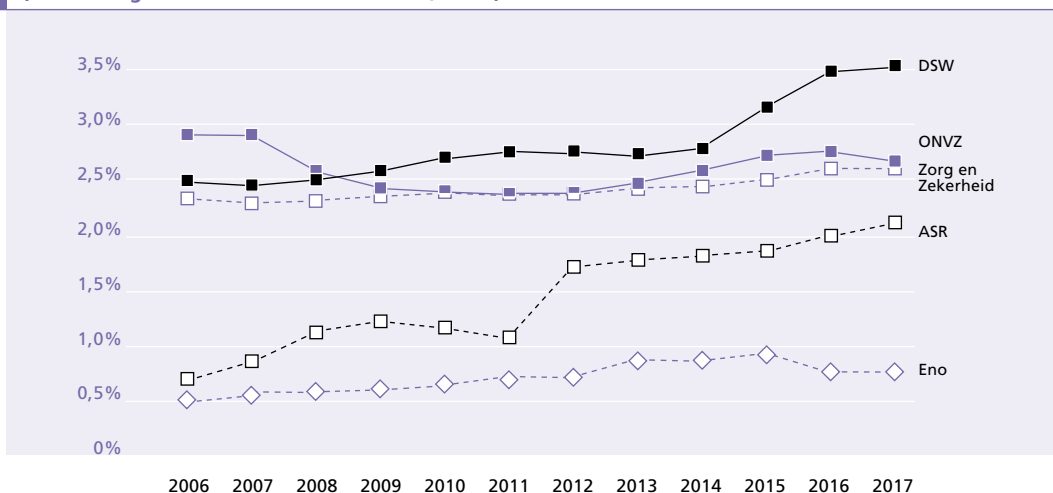


Van de vier grote concerns is alleen het marktaandeel van CZ gegroeid. Dat geldt zowel over het afgelopen overstapeseizoen als over de gehele periode van elf jaar. Bij de twee grootste concerns, Zilveren Kruis en VGZ, is sprake van een afname van het marktaandeel over de afgelopen jaren. Het totale marktaandeel van de vier grote concerns als geheel is sinds 2006 met 2,7 procentpunt afgenomen.

Figuur 7 geeft de ontwikkeling van de marktaandelen van de vijf kleinere concerns weer.

Figuur 7

Ontwikkeling van het marktaandeel van de vijf kleinere concerns van 2006 tot en met 2017
(bron: Zorginstituut Nederland/Vektis, 2017)



Kijkend naar de gehele periode 2006 tot 2017, maar vooral ook naar de laatste jaren, valt op dat de meeste kleinere concerns een (soms forse) toename van het marktaandeel laten zien. Over de afgelopen paar jaar groeiden vooral de marktaandelen van DSW en ASR.

De negen concerns overkoepelen in totaal 24 zorgverzekeraars. In tabel 4 ziet u de ontwikkeling van de marktaandelen van alle zorgverzekeraars sinds 2006. Naast de naam van de zorgverzekeraar staat de naam van het concern. In sommige jaren is sprake van een overname van een zorgverzekeraar door een andere zorgverzekeraar. U ziet dan bij het jaar waarin de fusie plaatsvond de naam van de overnemende verzekeraar.

Tabel 4 Marktaandelen van de zorgverzekeraars van 2006 tot en met 2017 (bron: Zorginstituut Nederland/Vektis, 2017)

Zorgverzekeraar	Concern	2006	2007	2008	2009
Agis	Zilveren Kruis	7,6%	7,6%	7,6%	7,7%
AnderZorg	Menzis	0,5%	0,4%	0,5%	0,6%
ASR/Fortis	ASR	0,7%	0,8%	1,1%	1,2%
Avéro	Zilveren Kruis	3,3%	3,9%	3,6%	3,4%
Azivo	Menzis	0,9%	0,8%	0,7%	0,7%
AZvZ	Zorg en Zekerheid	0,03%	0,04%	0,04%	0,04%
Cares/De Goudse	VGZ	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
Confior	Menzis	0,5%	0,4%	0,4%	--> Menzis
CZ	CZ	12,5%	15,7%	15,6%	15,7%
De Friesland	Zilveren Kruis	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%
Delta Lloyd	CZ	0,9%	1,1%	1,2%	1,3%
DSW	DSW	2,0%	2,1%	2,1%	2,2%
Eno/Salland	Eno	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%
FBTO	Zilveren Kruis	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%
Groene Land	Zilveren Kruis	5,2%	5,2%	5,0%	5,0%
Interpolis	Zilveren Kruis	0,7%	0,8%	0,8%	1,0%
IZA	VGZ	3,8%	3,8%	3,8%	3,7%
IZZ	VGZ	3,0%	3,1%	3,1%	3,1%
Menzis	Menzis	11,7%	11,1%	11,0%	11,2%
OHRA Ziektekosten	CZ	1,9%	2,0%	2,1%	2,1%
OHRA Zorgverzekeringen	CZ	1,2%	1,2%	1,2%	1,0%
ONVZ	ONVZ	2,8%	2,7%	2,4%	2,3%
OZ	CZ	3,3%	--> CZ		
OZF	Zilveren Kruis	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
PNO	ONVZ	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Stad Holland/Stad Rotterdam	DSW	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Trias	VGZ	2,3%	2,5%	2,5%	2,5%
UMC	VGZ	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
Univé	VGZ	4,3%	4,4%	4,5%	4,6%
VGZ	VGZ	11,4%	11,3%	11,3%	11,2%
Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	10,8%	10,7%	10,6%	10,7%
Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid	2,3%	2,2%	2,3%	2,3%

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Agis	7,8%	7,9%	7,7%	7,2%	6,7%	-> Zilveren Kruis		
AnderZorg	0,8%	1,2%	1,2%	1,4%	1,5%	1,7%	2,2%	2,6%
ASR/Fortis	1,2%	1,0%	1,7%	1,8%	1,8%	1,8%	2,0%	2,1%
Avéro	3,3%	3,3%	3,5%	2,7%	2,5%	2,5%	2,2%	2,4%
Azivo	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	--> Menzis
AZvZ	0,04%	-> Zorg en Zekerheid						
Cares/De Goudse	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,5%	0,6%	0,6%	0,8%
Confior								
CZ	15,8%	15,7%	15,4%	15,7%	15,9%	16,0%	16,2%	16,4%
De Friesland	3,0%	3,1%	3,2%	3,3%	3,4%	3,4%	3,7%	3,5%
Delta Lloyd	1,2%	1,4%	1,3%	1,2%	1,1%	1,3%	1,3%	1,4%
DSW	2,2%	2,3%	2,2%	2,2%	2,2%	2,6%	2,9%	3,0%
Eno/Salland	0,6%	0,7%	0,7%	0,9%	0,9%	0,9%	0,7%	0,7%
FBTO	1,1%	1,2%	1,6%	1,9%	2,0%	2,2%	2,3%	2,2%
Groene Land	-> Zilveren Kruis							
Interpolis	1,1%	1,2%	1,4%	1,5%	1,4%	1,5%	1,5%	1,6%
IZA	3,7%	3,6%	3,5%	3,3%	3,3%	3,2%	2,6%	2,6%
IZZ	3,0%	3,0%	2,9%	2,8%	2,7%	2,6%	2,6%	2,6%
Menzis	11,2%	10,8%	10,6%	10,2%	10,4%	10,2%	10,5%	10,4%
OHRA Ziektkosten	2,2%	2,5%	2,4%	2,5%	2,6%	2,6%	2,7%	2,8%
OHRA Zorgverzekeringen	0,9%	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%
ONVZ	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,6%	2,7%	2,7%	2,7%
OZ								
OZF	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
PNO	--> ONVZ							
Stad Holland/Stad Rotterdam	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%
Trias	2,4%	2,3%	--> VGZ					
UMC	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
Univé	4,8%	5,0%	5,1%	5,1%	4,9%	5,0%	5,1%	5,3%
VGZ	11,0%	10,8%	12,3%	13,1%	13,1%	12,6%	12,4%	11,8%
Zilveren Kruis	15,5%	15,1%	15,3%	15,6%	15,2%	21,3%	20,4%	20,5%
Zorg en Zekerheid	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,5%	2,6%	2,6%

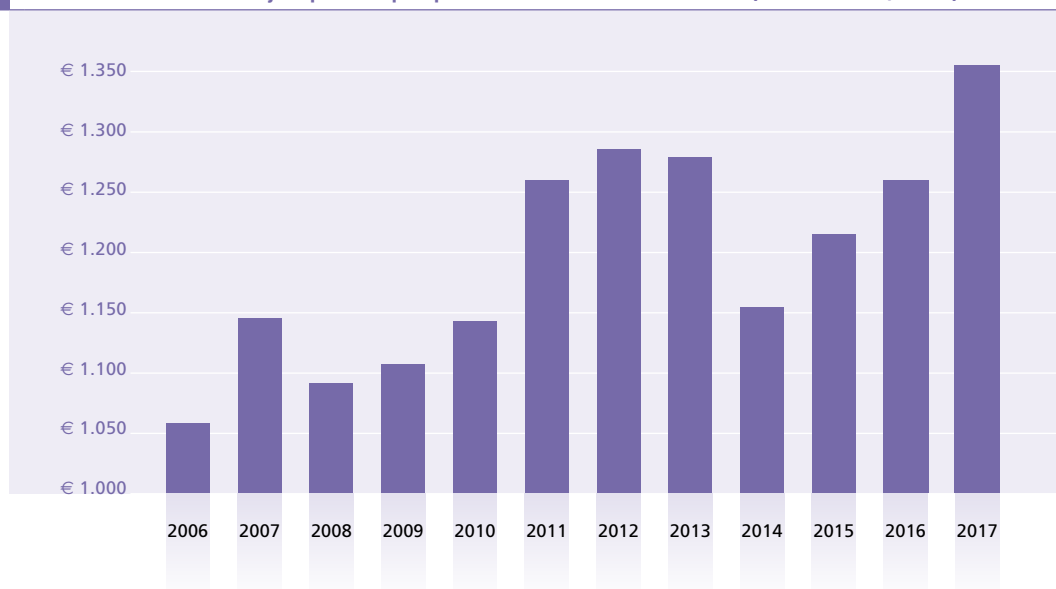
3 Keuzes rondom premie

De gemiddelde nominale premie stijgt per 2017 met 7,2% naar € 1.353,- per jaar en komt daarmee uit op het hoogste niveau sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet. De naturapolis is veruit favoriet. De vorig jaar ingezette daling van het percentage verzekerden met een collectieve zorgverzekering stabiliseert in 2017.

In 2017 bedraagt de gemiddelde nominale jaarpremie € 1.353,- per premiebetalende verzekerde. Vergeleken met 2016 komt dit neer op een stijging met € 91,- oftewel 7,2%: het dubbele van het jaar daarvoor. Daarmee zet de stijgende lijn vanaf 2014 door en ligt de nominale jaarpremie op het hoogste niveau sinds 2006, het jaar van de invoering van de Zorgverzekeringswet.

Figuur 8 brengt de ontwikkeling van de gemiddelde nominale jaarpremie vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet in beeld. Aan het grillige verloop dat de figuur toont, dragen verschillende factoren in wisselende mate bij. Zo is in de loop der jaren het basispakket qua dekking uitgebreid¹. Daarnaast stijgen de zorgkosten - onder invloed van onder meer vergrijzing, inflatie en nieuwe technologie - jaar op jaar. Ook hebben de zorgverzekeraars meermalen een deel van hun reserves ingezet om de premiegroei te drukken. En ten slotte is de hoogte van het verplicht eigen risico meermalen gewijzigd.

Figuur 8 Gemiddelde nominale jaarpremie per premiebetalende verzekerde (bron: Vektis, 2017)



Tabel 5 geeft een overzicht van de gemiddelde nominale jaarpremie (in de tabel 'gemiddelde basispremie' genoemd) van 2006 tot en met 2017. Bovendien toont de tabel de gemiddelde betaalde jaarpremie, onderverdeeld naar collectief en individueel verzekerden. Verzekerden ontvangen kortingen op de basispremie wanneer ze binnen een collectief verzekerd zijn en/of een vrijwillig eigen risico kiezen bovenop het verplichte eigen risico. Dit verklaart het verschil tussen de gemiddelde basispremie en de gemiddelde betaalde premie. Het totaal wordt gevormd door het gemiddelde van beide groepen verzekerden.

¹ Zie voor een overzicht van de pakketaanpassingen ook www.10jaarzwv.nl.

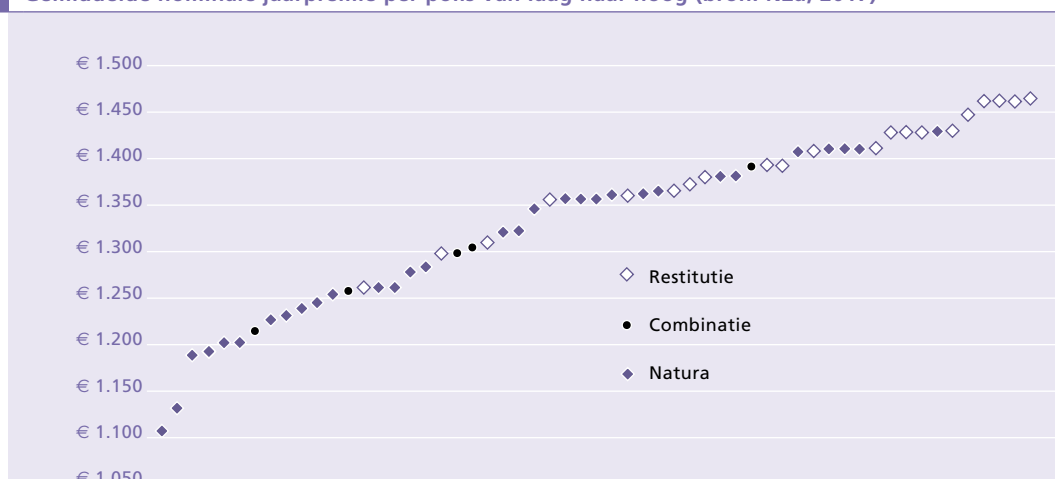
Tabel 5 Gemiddelde jaarpremie voor de basisverzekering (bron: Vektis, 2017)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gemiddelde basispremie	€ 1.060	€ 1.147	€ 1.094	€ 1.110	€ 1.145	€ 1.262	€ 1.287	€ 1.280	€ 1.157	€ 1.218	€ 1.262	€ 1.353
Gemiddeld betaalde premie												
Individueel	€ 1.053	€ 1.135	€ 1.081	€ 1.088	€ 1.127	€ 1.226	€ 1.241	€ 1.230	€ 1.111	€ 1.164	€ 1.206	€ 1.289
Collectief	€ 987	€ 1.056	€ 1.010	€ 1.033	€ 1.055	€ 1.168	€ 1.195	€ 1.188	€ 1.060	€ 1.120	€ 1.165	€ 1.251
Totaal	€ 1.027	€ 1.091	€ 1.040	€ 1.056	€ 1.082	€ 1.188	€ 1.210	€ 1.201	€ 1.076	€ 1.133	€ 1.179	€ 1.264

Het bedrag per jaar dat collectief verzekerden gemiddeld minder betalen dan individueel verzekerden ligt in 2017 met € 38,- iets lager dan in 2016 (€ 41,-).

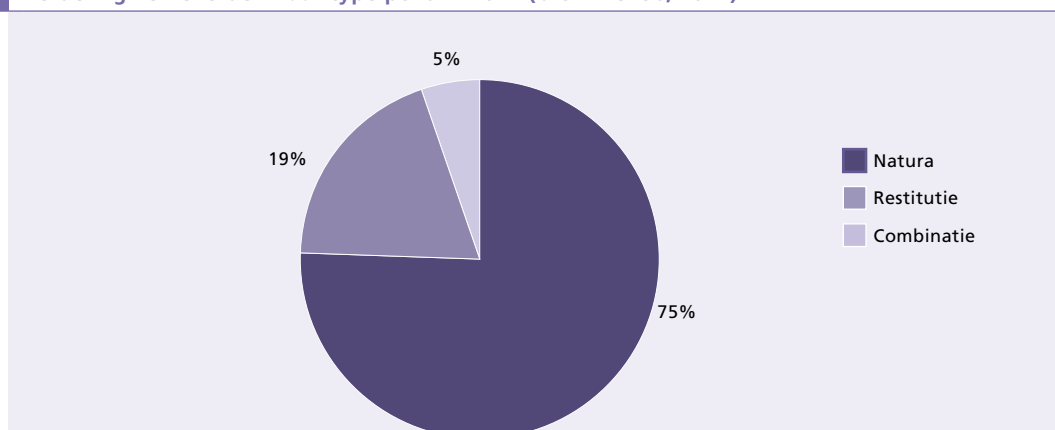
De gemiddelde jaarpremie wordt gevormd door de verschillende jaarpremies die de zorgverzekeraars hanteren. In figuur 9 staan de jaarpremies per polis van laag naar hoog. Daarbij ziet u per polis het type (natura, restitutie of een combinatie van beide).

Figuur 9 Gemiddelde nominale jaarpremie per polis van laag naar hoog (bron: NZa, 2017)



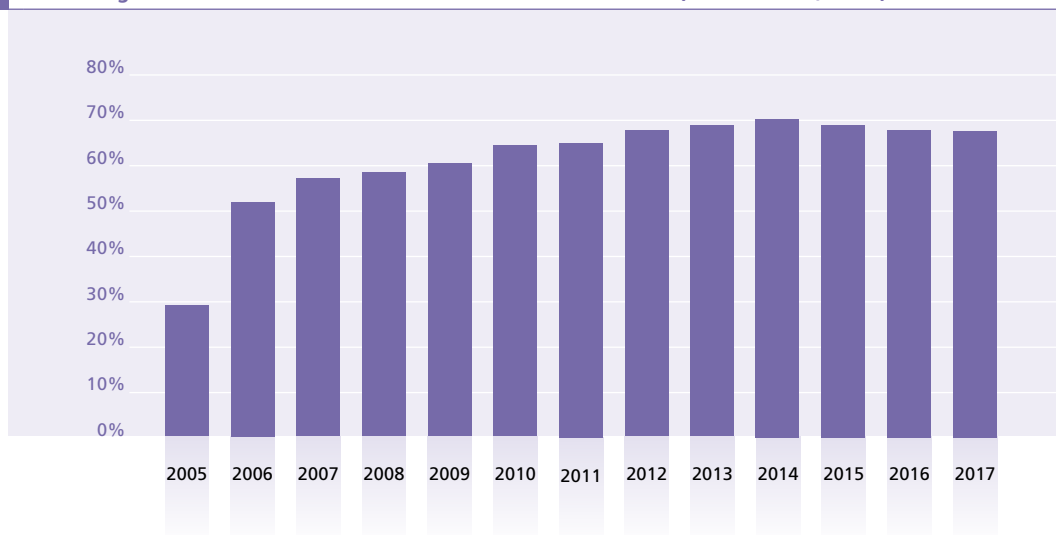
Hoe ziet in 2017 de verdeling eruit tussen de drie typen polissen, nadat alle verzekerden hun keuze hebben gemaakt? Figuur 10 geeft inzicht in het percentage verzekerden per type polis. Het overgrote deel van de verzekerden kiest voor een naturapolis.

Figuur 10 Verdeling verzekerden naar type polis in 2017 (bron: Vektis, 2017)



Behalve voor het type polis kunnen verzekerden ook kiezen of ze hun zorgverzekering wel of niet via een collectief afsluiten. In figuur 11 brengen we de ontwikkeling van het percentage collectief verzekerden in beeld. Tot en met 2014 sloten relatief steeds meer verzekerden een collectieve zorgverzekering af, tot het punt waarop iets meer dan 70% van de verzekerden via een collectief was verzekerd. De jaren erna is een lichte daling van dit percentage zichtbaar. Met 67,4% ligt het aandeel collectief verzekerden in 2017 vrijwel op het niveau van 2016.

Figuur 11 Percentage collectief verzekerden van 2005 tot en met 2017 (bron: Vektis, 2017)

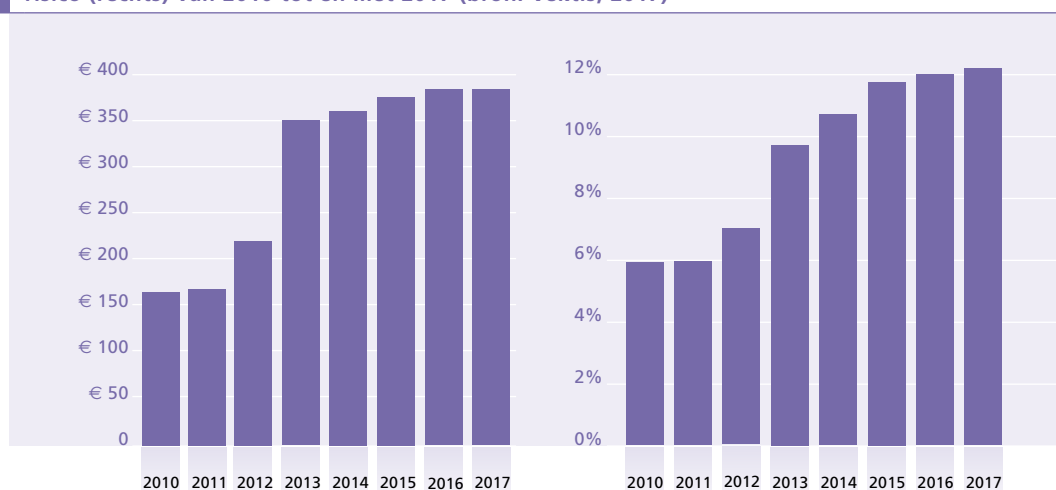


4 Keuzes rondom eigen risico

In 2017 neemt het percentage verzekerden met een (hoog) vrijwillig eigen risico opnieuw iets toe. Iets minder dan de helft van de verzekerden zonder vrijwillig eigen risico maakt het eigen risico vol. Van de verzekerden met een maximaal eigen risico maakt ruim 8% dit volledig vol. De groep verzekerden die het eigen risico net niet vol maakt, is relatief klein.

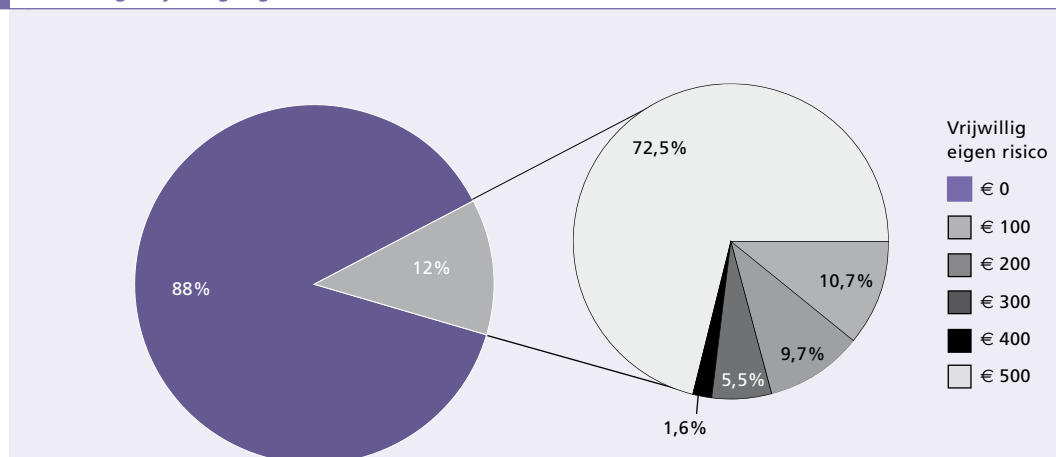
In 2017 bedraagt het verplichte eigen risico € 385,-. Het is daarmee onveranderd ten opzichte van 2016. Verzekerden kunnen daarnaast een vrijwillig eigen risico van maximaal € 500,- kiezen. Het maximale eigen risico komt daarmee uit op € 885,-. Het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is in de afgelopen jaren gestegen en deze trend zet door in 2017. Figuur 12 geeft inzicht in de hoogte van het verplichte eigen risico en in het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico in de periode 2010-2017.

Figuur 12 Ontwikkeling verplicht eigen risico (links) en percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico (rechts) van 2010 tot en met 2017 (bron: Vektis, 2017)



Een vrijwillig eigen risico kan € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- bedragen. De te betalen premie is lager naarmate het gekozen vrijwillige eigen risico hoger is. Van de verzekerden van 18 jaar en ouder heeft 88% niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico in 2017. Van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico kiest bijna driekwart voor het maximale eigen risico. Figuur 13 toont de verdeling van verzekerden naar hoogte van het eigen risico.

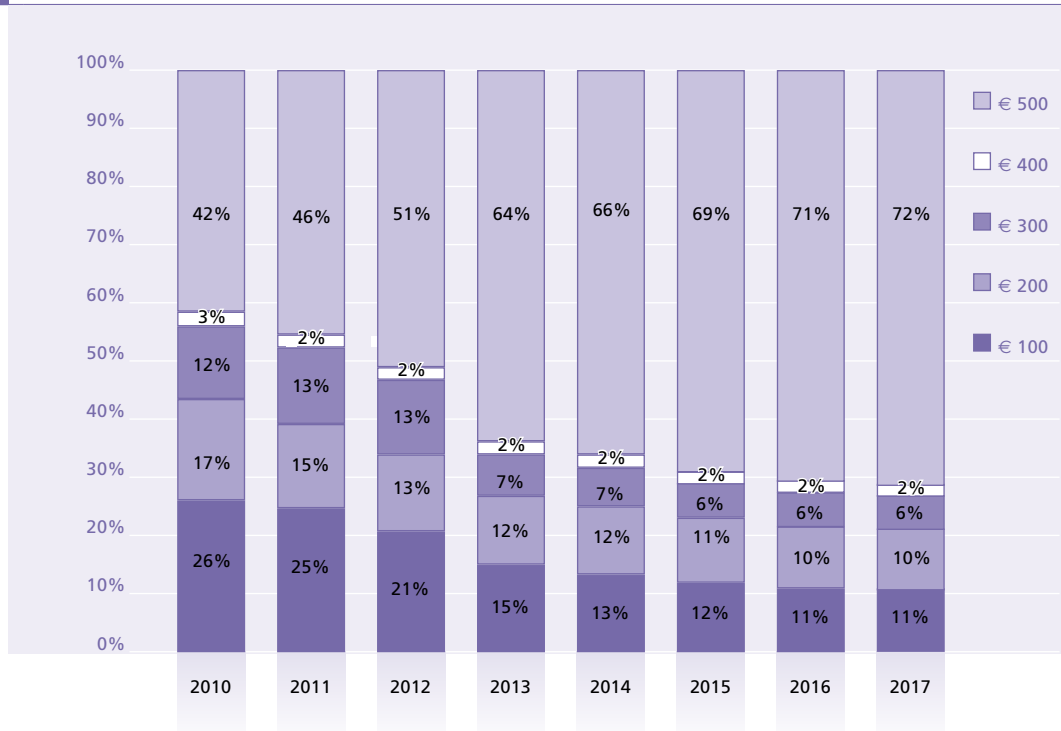
Figuur 13 Verdeling vrijwillig eigen risico in 2017 (bron: Vektis, 2017)



Niet alleen groeit de groep verzekerden met een vrijwillig eigen risico al jaren; ook de groep daarbinnen die kiest voor het maximale eigen risico groeit in zowel absolute als relatieve zin. Figuur 14 toont de percentages verzekerden naar hoogte van het vrijwillige eigen risico door de jaren heen.

Figuur 14

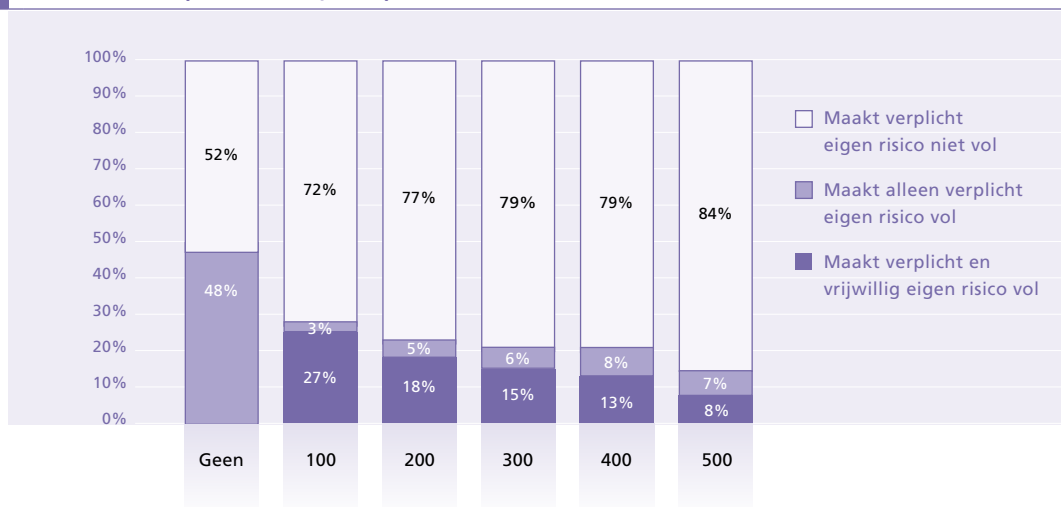
Ontwikkeling percentage verzekerden per gekozen vrijwillig eigen risico van 2010 tot en met 2017 (bron: Vektis, 2017)



lets minder dan de helft van de verzekerden maakte in 2015 het eigen risico vol. Figuur 15 geeft inzicht in de verdeling van deze groep verzekerden naar hoogte van het vrijwillige eigen risico. Kosten van huisartsenzorg, geboortezorg en wijkverpleging vallen niet onder het eigen risico en zijn in deze analyse dus uitgesloten. Er zijn ook verzekerden die wel het verplichte, maar niet het volledige eigen risico vol maken. Voor deze verzekerden kan er nog steeds sprake zijn van financieel voordeel, omdat zij een lagere premie betalen.

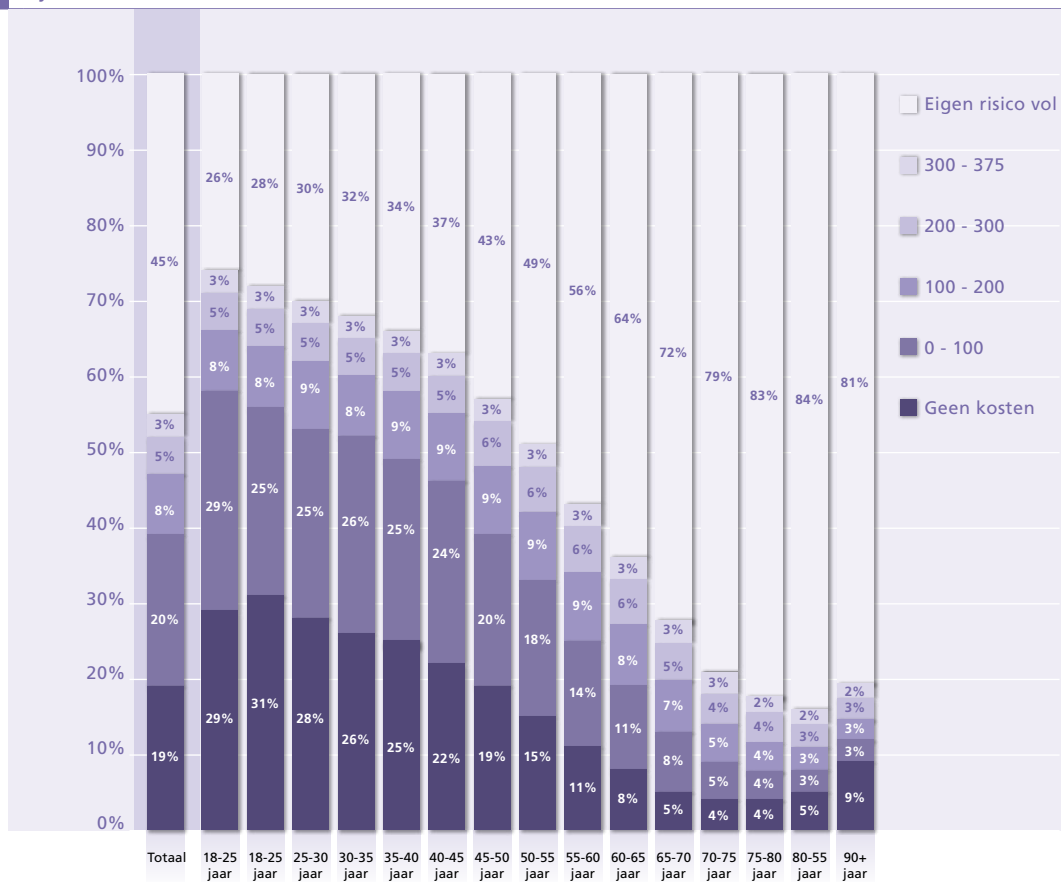
Figuur 15

Percentage verzekerden per gekozen vrijwillig eigen risico dat het verplicht eigen risico vol maakt in 2015 (bron: Vektis, 2017)



Er zijn uiteraard ook verzekerden die het verplichte eigen risico niet geheel, maar wel gedeeltelijk vol maken. Figuur 16 geeft inzicht in de omvang van deze groepen, onderverdeeld naar leeftijdsklasse. De groep verzekerden zonder kosten (waarbij huisartsenzorg, geboortezorg en wijkverpleging uitgesloten zijn) is grofweg even groot als de groep verzekerden met kosten tot € 100,-. In totaal 40% van alle verzekerden heeft geen tot maximaal € 100,- aan eigenrisicokosten. 16% van de verzekerden heeft eigenrisicokosten boven de € 100,- maar maakt het verplichte eigen risico niet geheel vol. Er zijn relatief weinig verzekerden die het eigen risico net niet vol maken; meestal is er ofwel sprake van geen tot lage kosten, ofwel van hoge kosten en daarmee een vol gemaakt eigen risico.

Figuur 16 Percentage verzekerden per klasse van besteding van het verplichte eigen risico en per leeftijdsklasse in 2015 (bron: Vektis, 2017)

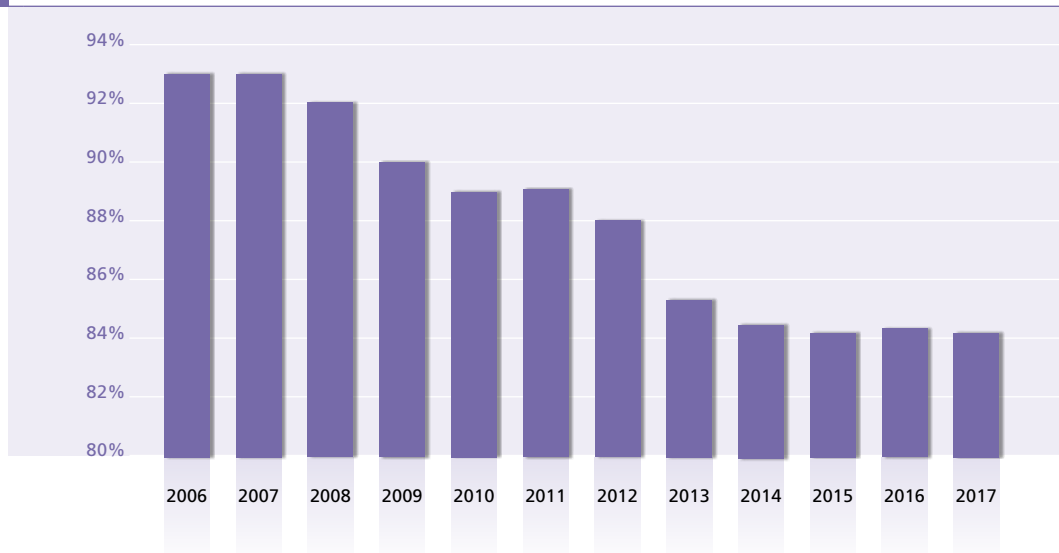


5 Aanvullende verzekeringen

Terwijl het aandeel verzekerden met een aanvullende verzekering jarenlang gestaag daalde, ligt dit percentage de laatste jaren rond de 84%. In 2015 werd er, net als het voorgaande jaar, ongeveer 3,7 miljard euro aan zorgkosten via de aanvullende verzekeringen vergoed. De afgelopen jaren blijft de gemiddeld betaalde jaarpremie redelijk stabiel rond € 310,- per jaar.

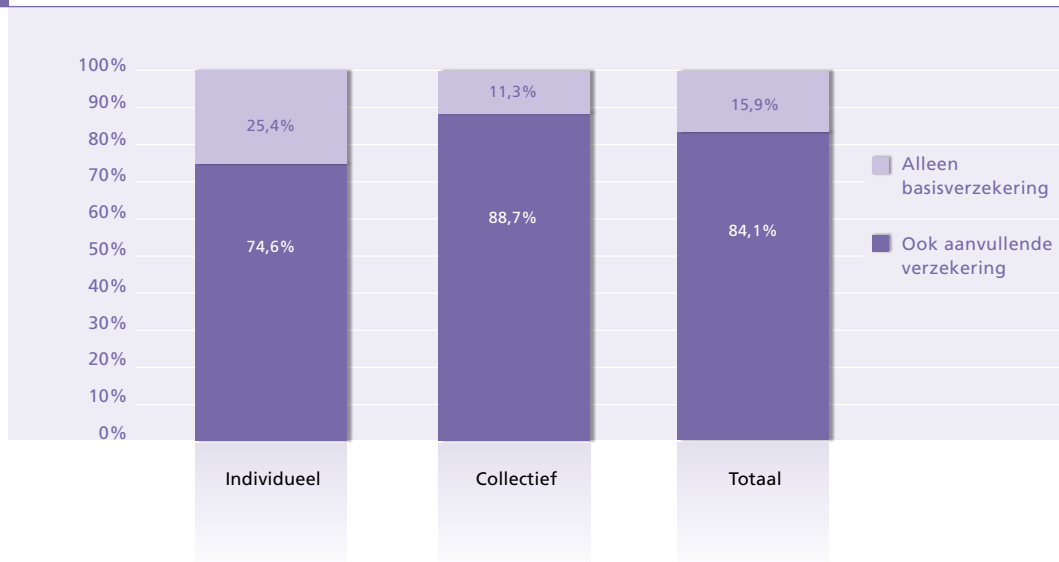
Voor de dekking van de zorgkosten waarin de basisverzekering niet voorziet, kun je een aanvullende verzekering afsluiten. De trend van de afgelopen jaren dat minder mensen kozen voor een aanvullende verzekering naast de basisverzekering, zet in 2017 niet door. Zoals figuur 17 laat zien was die trend de laatste drie jaar al wat afgevlakt. In 2017 heeft 84,1% van de verzekerden een aanvullende verzekering. In 2016 was dit 84,3%.

Figuur 17 Percentage verzekerden dat een aanvullende verzekering heeft afgesloten (bron: Vektis, 2017)



Verzekerden hebben de keuze om hun basisverzekering af te sluiten via een collectief (met gewoonlijk een korting op de maandpremie) of via een individuele verzekering. In hoofdstuk 3 zagen we dat in 2017 ruim twee derde van de verzekerden collectief verzekerd is. De mate waarin deze groep zich ook aanvullend verzekert, ziet u in figuur 18.

Figuur 18 Percentage individueel/collectief verzekerden met een aanvullende verzekering (bron: Vektis, 2017)



Van de collectief verzekerden heeft 89% een aanvullende verzekering afgesloten, terwijl dit bij de individueel verzekerden met 75% lager ligt.

Wie een aanvullende verzekering afsluit, heeft veelal de keuze uit verschillende aanvullende pakketten. De zorgverzekeraar bepaalt de dekking van ieder aanvullend pakket. Dit in tegenstelling tot de basisverzekering, waarbij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de inhoud van het pakket vaststelt. De premiestelling is hierdoor minder uniform dan bij de basisverzekering. Tabel 6 toont de gemiddelde jaarpremie per aanvullend verzekerde. In de laatste drie getoonde jaren blijft de gemiddelde premie redelijk stabiel, namelijk rond € 310,- per jaar.

Tabel 6 Gemiddelde jaarpremie per aanvullend verzekerde (bron: Vektis, 2017)

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
€ 222	€ 241	€ 263	€ 278	€ 288	€ 308	€ 322	€ 314	€ 308	€ 313

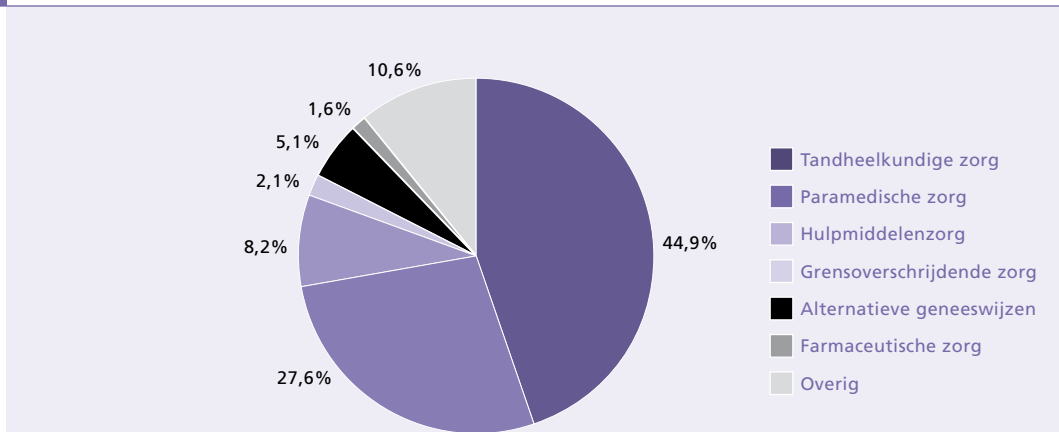
In de praktijk verstrijkt er de nodige tijd tussen het moment van verlenen van de zorg en het moment dat deze zorg is vergoed aan de zorgverlener. Op dit moment (begin 2017) is het daardoor nog niet mogelijk om uitspraken te doen over het voorgaande jaar, als het gaat om de totale vergoede kosten binnen de aanvullende verzekeringen. Voor die kosten kijken we daarom naar het jaar 2015, het meest recente jaar waarvan op dit moment een compleet beeld beschikbaar is.

In 2015 vergoedden zorgverzekeraars binnen de aanvullende verzekeringen ongeveer eenzelfde bedrag als in 2014: in totaal ruim 3,7 miljard euro aan zorgkosten. Tabel 7 laat dan ook zien dat de gemiddelde vergoede zorgkosten per aanvullend verzekerde nagenoeg op het niveau van 2014 liggen. Bij de verdeling naar zorgsoort zien we ook geen grote verschillen ten opzichte van het voorgaande jaar.

Tabel 7 Gemiddelde vergoede zorgkosten per aanvullend verzekerde in euro's (bron: Vektis, 2017)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tandheelkundige zorg	83,96	90,75	94,05	106,62	104,01	116,81	117,79	112,28	118,05	118,94
Paramedische zorg	57,50	55,33	63,17	65,22	64,39	71,17	68,27	70,52	72,25	73,14
Hulpmiddelenzorg	12,26	13,19	15,02	15,79	15,04	21,81	23,30	21,75	20,16	21,84
Grensoverschrijdende zorg	3,16	2,49	3,52	4,91	4,40	4,50	5,16	4,77	5,12	5,54
Alternatieve geneeswijzen	7,75	9,29	10,28	11,20	12,15	12,99	13,77	12,83	12,90	13,42
Farmaceutische zorg	5,05	5,07	2,69	3,92	3,69	4,55	4,54	4,46	3,72	4,18
Overig	24,61	34,92	22,35	21,35	25,74	23,93	33,28	32,72	33,10	28,02
Totaal	194,30	211,04	211,07	229,01	229,42	255,76	266,13	259,34	265,29	265,08

Figuur 19 toont de verdeling van de binnen de aanvullende verzekeringen vergoede zorgkosten. Voor veel verzekerden is een belangrijke reden voor het afsluiten van een aanvullende verzekering de aanvullende dekking voor tandartskosten en/of orthodontie voor kinderen en/of paramedische kosten (met name fysiotherapie). Dit zijn dan ook veruit de grootste verstrekkingen binnen de aanvullende verzekeringen.

Figuur 19 Verdeling vergoede zorgkosten in de aanvullende verzekeringen in 2015 (bron: Vektis, 2017)


Ten slotte brengen we in tabel 8 de verschillen in kaart met betrekking tot de dekking voor tandheelkundige zorg binnen de aanvullende verzekeringen. Ruim driekwart van de volwassen aanvullend verzekerden heeft een dekking voor tandheelkundige zorg. Verzekerden die alleen een dekking hebben voor tandheelkundige zorg zijn ver in de minderheid. Bij de meeste aanvullend verzekerden is tandheelkundige zorg een onderdeel van het aanvullend pakket. In de tabel maken we een onderscheid tussen volwassen verzekerden en verzekerden jonger dan 18 jaar. Voor die laatste groep bestaat immers binnen de basisverzekering een dekking voor tandheelkundige zorg.

Tabel 8 Uitsplitsing aanvullend verzekerden met/zonder dekking tandartskosten (bron: Vektis, 2017)

	Aanvullende verzekering met daarin geen vergoeding voor tandarts	Alleen tandartsverzekering	Zowel aanvullende verzekering als tandartsverzekering	Combinatiepakket met daarin ook vergoeding voor tandarts
18-min	46%	3%	32%	19%
18-plus	23%	7%	50%	20%

6 Overstappedrag chronische patiënten

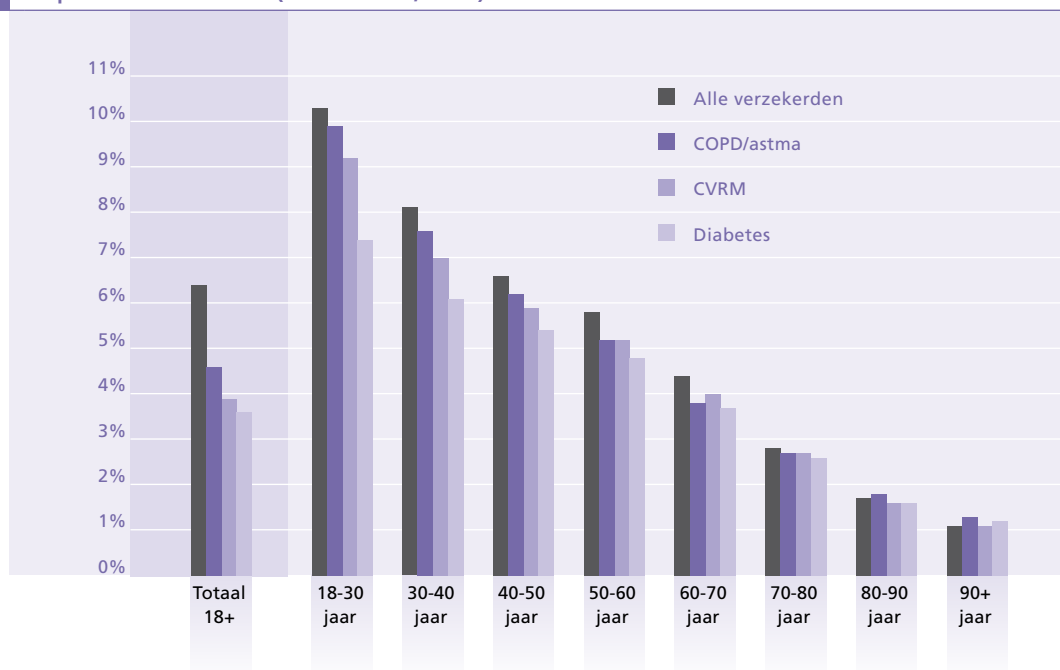
Het overstappercentage ligt bij drie grote groepen chronische patiënten lager dan het landelijk gemiddelde. Binnen de hogere leeftijdsklassen zijn er echter nauwelijks verschillen. Op jongere leeftijd stappen diabetespatiënten minder vaak over dan mensen met CVRM of COPD/astma. Verschillen in leeftijd lijken over het algemeen meer bepalend voor de hoogte van het overstapcijfer dan het hebben van een van deze drie chronische aandoeningen.

Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering. Voor verschillen in gezondheid en zorgbehoefte van de verzekerdenportefeuilles wordt middels de risicoverevening gecompenseerd. Dankzij de risicoverevening is het voor zorgverzekeraars dus mogelijk iedereen, gezond of minder gezond, te verzekeren voor de basisverzekering. Daarmee zou, ten behoeve van een optimale werking van de zorgverzekeringsmarkt, overstappen voor iedereen even aantrekkelijk moeten zijn.

In figuur 20 kijken we naar de overstapperpercentages van een drietal groepen chronische patiënten in vergelijking met de totale groep verzekerden van 18 jaar en ouder. Het gaat om patiënten met COPD/astma (ruim 900.000 mensen), CVRM (cardiovasculair risicomanagement; 3,5 miljoen mensen) en diabetes (ruim 900.000 mensen). De indeling in deze groepen is bepaald op basis van het zorggebruik in 2014, omdat dit het meest recente jaar is waarvoor alle zorgdeclaraties verwerkt zijn. Daarom is gekeken naar het overstapseizoen 2014-2015.

Omdat de drie chronische aandoeningen vaker voorkomen op hogere leeftijd en omdat ouderen minder vaak overstappen, is in figuur 20 een onderverdeling naar leeftijdsklassen gemaakt. Dat maakt inzichtelijk in hoeverre de overstapperpercentages van de chronische groepen verschillen ten opzichte van de totale groep verzekerden in dezelfde leeftijdsklasse.

Figuur 20 Overstapcijfers per leeftijdsklasse voor alle 18-plussers en per chronische groep in het overstapseizoen 2014-2015 (bron: Vektis, 2017)



De gemiddelde overstapperpercentages van de drie chronische groepen blijven achter bij het landelijk gemiddelde (zie links in figuur 20 bij het totaal van alle 18-plussers). Binnen de diverse leeftijdsklassen zijn de verschillen echter veel kleiner. Op hogere leeftijd stappen mensen ongeveer even vaak over,

onafhankelijk van het hebben van een – en daarbinnen ook van welke – chronische aandoening (de vier staafjes liggen dicht bij elkaar). Op jongere leeftijd stappen diabetespatiënten minder vaak over dan patiënten met COPD/astma of CVRM.

Of de lagere overstapperpercentages bij chronische patiënten feitelijk iets zeggen over de werking van de zorgverzekeringsmarkt, is nog maar de vraag. Een laag overstappercentage kan er immers ook op wijzen dat verzekerden al bij de voor hen beste verzekeraar zitten. Figuur 20 rechtvaardigt in ieder geval de conclusie dat leeftijdsverschillen meer bepalend zijn voor de mobiliteit van verzekerden dan het hebben van een van deze drie chronische aandoeningen.

7 Interview met Richard van Kleef



Richard van Kleef geeft antwoord op een aantal actuele vragen rond het thema verzekerdemobiliteit.

Richard van Kleef is universitair hoofddocent Ziektekostenverzekering aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet bestond de gedachte dat verzekerden regelmatig van zorgverzekeraar zouden veranderen. Echter, veel verzekerden blijven al jarenlang bij dezelfde verzekeraar. Loont het eigenlijk wel om regelmatig van zorgverzekeraar te wisselen?

Wisselen van zorgpolis kan zeker lonen. Het verschil in jaarpremie tussen de goedkoopste en duurste polis bedraagt meer dan 300 euro! Financieel gezien is het voor mensen met een dure polis dus zeker interessant om te wisselen. Ook wat betreft de inhoud valt er wat te kiezen. Bij steeds meer polissen is sprake van een selectief zorgaanbod, vaak met een relatief lage premie. In de volksmond worden die polissen 'budgetpolissen' genoemd maar dat vind ik een verkeerde term. Dit wekt namelijk de indruk dat die polissen van mindere kwaliteit zijn. Dat is een misvatting. Als een verzekeraar alleen de beste zorgaanbieders heeft geselecteerd, is de gemiddelde kwaliteit van het gecontracteerde zorgaanbod juist hoog. In dat geval is geen sprake van een 'budgetpolis' maar van een 'waar-voor-je-geld-polis'. Het is van groot belang dat verzekerden gaan beseffen dat 'selectief contracteren' kan leiden tot meer kwaliteit in plaats van minder. Daarbij is natuurlijk wel belangrijk dat verzekeraars aan hun verzekerden laten zien dat de geselecteerde aanbieders betere zorg leveren dan niet-geselecteerde aanbieders.

Zie je mogelijkheden om de mobiliteit van verzekerden tussen zorgverzekeraars te verhogen?

Allereerst wil ik opmerken dat het aantal overstappers niet direct iets zegt over het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. Immers, als verzekerden de zorgpolis hebben die het beste past bij hun voorkeuren hoeft niemand te wisselen. Overstappen is uiteraard wel gewenst voor mensen die nog niet de best passende polis hebben. Dat prikkelt zorgverzekeraars om zoveel mogelijk in te spelen op de voorkeuren van verzekerden, een belangrijk doel van marktwerking.

Hoe beter mensen 'stemmen met de voeten', dat wil zeggen daadwerkelijk overstappen als ze iets anders willen, hoe sterker de marktwerking. Om verzekeraars maximaal te prikkelen om de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren, moet het vergelijken en wisselen van zorgpolis zo eenvoudig mogelijk zijn. Hoewel de transparantie van zorgpolissen sterk is verbeterd, valt op dit punt nog veel winst te boeken. Consumenten zouden eigenlijk met een druk op de knop moeten kunnen zien welke polis het best aansluit bij hun voorkeuren. Daarvoor moet allereerst de kwaliteit van zorgaanbieders beter in kaart worden gebracht. Vervolgens moet de kwaliteit van gecontracteerde aanbieders worden vertaald naar een kwaliteitsscore per zorgpolis. Idealiter houdt die score rekening met de afstand van een verzekerde tot het gecontracteerde zorgaanbod. Naarmate zorgpolissen beter en sneller kunnen worden vergeleken, zullen mensen eerder overstappen. Objectieve informatie is daarbij van groot belang.

Er is vrijwel permanente discussie over het eigen risico. Voorstanders stellen vaak dat het eigen risico leidt tot mijding van onnodige zorg, wat resulteert in een doelmatiger zorgstelsel. Tegenstanders stellen juist dat het eigen risico leidt tot mijding van noodzakelijke zorg, wat resulteert in een verslechtering van de gezondheid. Maar hoe zit het nu precies?

Uit onderzoek blijkt dat eigen betalingen een sterke prikkel geven aan verzekerden om het zorggebruik te beperken. Het bekendste onderzoek hiernaar is het RAND-experiment, een grootschalig sociaal experiment dat is uitgevoerd in de Verenigde Staten in de periode 1974-1982. Aan dit onderzoek deden circa 7.700 personen jonger dan 62 jaar mee. Deelnemers kregen random een van de geselecteerde verzekeringspolissen toegewezen die varieerden in hoogte van eigen betaling. Uit dit experiment bleek dat de zorguitgaven van verzekerden met een polis met een hoge eigen betaling (tot 130% van de gemiddelde zorguitgaven) circa 30% lager waren dan bij een polis zonder eigen betaling. Met uitzondering van slechtzienden en personen uit de lage-inkomensgroepen met hoge bloeddruk, werd voor de groep met de hoge eigen betaling geen gezondheidsverslechtering gevonden.

Een experiment met eigen risico in de zorg vereist wat politiek lef, maar is van grote waarde voor toekomstig zorgbeleid.

Er zijn echter belangrijke verschillen tussen het RAND-experiment en de Nederlandse context. Om die reden zijn de specifieke resultaten niet vertaalbaar naar het eigen risico in onze Zorgverzekeringswet. Ook andere onderzoeken bieden onvoldoende inzicht in de effecten van het eigen risico. Samen met collega's pleit ik daarom voor een experiment op eigen bodem (zie ons 'Pleidooi voor experiment met eigen risico in de zorg', gepubliceerd in Economisch Statistische Berichten). Zo'n experiment is de enige manier om duidelijkheid te verschaffen over de effecten van het huidige eigen risico op zorgmijding en gezondheid. Het vereist wat politiek lef, maar is van grote waarde voor toekomstig zorgbeleid.

Zijn er mogelijkheden om het eigen risico anders vorm te geven?

Die zijn er zeker! Laat ik er twee noemen. De eerste is een 'verschuiving' van het eigen risico voor chronisch zieken. Zo zou voor een diabetespatiënt die elk jaar € 3.000,- behandelkosten heeft, het eigen risico niet moeten gelden voor de kosten tussen € 0,- en € 385,-, maar voor de kosten tussen bijvoorbeeld € 2.900,- en € 3.285,-. Ten opzichte van het huidige eigen risico leidt zo'n verschoven eigen risico tot meer solidariteit. Immers, de bovengenoemde diabetespatiënt zal niet langer jaar in jaar uit het eigen risico vol maken. Daarnaast leidt het ook tot een betere prikkelwerking. Ook dat kan ik toelichten met het voorbeeld van de diabetespatiënt. Stel dat deze patiënt de mogelijkheid heeft zijn zorgkosten te beperken, bijvoorbeeld door een gezondere leefstijl of het mijden van onnodige zorg. Bij het huidige eigen risico van € 0,- tot € 385,- heeft hij geen financiële prikkel om die mogelijkheid te benutten. Bij een kostenbesparing zal hij nog steeds € 385,- zelf betalen. Bij een verschoven eigen risico van € 2.900,- tot € 3.285,- bestaat die prikkel wel. Er is dan immers een grote kans dat een kostenbesparing leidt tot een lagere eigen bijdrage.

Een nadeel van het huidige eigen risico is dat het uniform wordt toegepast over zorgvormen, met uitzondering van de huisarts, geboortezorg en wijkverpleging. Uit het RAND-experiment bleek dat zo'n uniforme toepassing leidt tot mijding van zowel noodzakelijke als niet-noodzakelijke zorg en mijding van zowel effectieve als niet-effectieve zorg. Het is daarom beter eigen betalingen te differentiëren naar 'noodzakelijkheid' van zorg (zoals dat in België gebeurt voor medicijnen) en 'effectiviteit' van zorg (zoals dat in de Verenigde Staten gebeurt onder de noemer 'Value-Based Insurance Design'). Een andere dimensie

waarlangs differentiatie kan plaatsvinden, is de doelmatigheid van zorgaanbieders. Een dergelijk systeem van gedifferentieerde eigen betalingen leidt tot meer solidariteit voor noodzakelijke en effectieve zorg en bevordert de doelmatigheid.

De praktische toepassing van deze verbeteringen heeft wel wat voeten in aarde. Het is daarom verstandig om simpel te beginnen. Zo zou een verschoven eigen risico in eerste instantie kunnen worden toegepast op basis van leeftijd. Een eerste stap naar gedifferentieerde eigen betalingen zou kunnen zijn om het eigen risico te vervangen door een eigen bijdrage van X euro per behandeling met een maximum van € 385,-. Voor strikt noodzakelijke behandelingen kan de overheid deze eigen bijdrage verlagen/kwijtschelden. Verzekeraars hebben die mogelijkheid nu al, wanneer gebruik wordt gemaakt van voorkeur-aanbieders.

Het Nederlandse zorgstelsel is vrijwel dagelijks in het nieuws en de meningen over het succes van het stelsel lopen sterk uiteen. Hoe verhoudt het Nederlandse zorgstelsel zich op punten als betaalbaarheid, toegankelijkheid, solidariteit en kwaliteit van zorg ten opzichte van andere landen?

Momenteel redigeer ik samen met een Amerikaanse collega een boek waarin veertien zorgsystemen worden beschreven in onder andere Australië, België, Chili, Duitsland, Israël, Nederland, de Verenigde Staten en Zwitserland. In termen van toegankelijkheid en solidariteit zit Nederland bij de absolute top!

***In termen van
toegankelijkheid en
solidariteit zit Nederland
bij de absolute top!***

Op de punten van betaalbaarheid en kwaliteit is een vergelijking zeer lastig. Betaalbaarheid hangt sterk samen met toegankelijkheid. In sommige systemen liggen de gemiddelde zorgkosten weliswaar lager dan in Nederland, maar dat gaat gepaard met een slechte toegankelijkheid. Informatie over kwaliteit van zorg is mijns inziens te beperkt om systemen met elkaar te vergelijken. Er kan wel iets worden gezegd over de structuur en organisatie van zorgstelsels. Alle veertien systemen die we in het boek vergelijken bevatten

elementen van marktwerking. Om die marktwerking goed te laten functioneren moet aan cruciale randvoorwaarden zijn voldaan, zoals een goede risicoverevening, keuzevrijheid voor verzekerden, contractvrijheid voor verzekeraars en zorgaanbieders en transparantie van prijzen en kwaliteit. Hoewel Nederland nog niet op alle punten een tien scoort, zijn we naar mijn mening wel de beste van de klas.

Alle feiten op een rij

Verzekerdenmobiliteit 2016-2017

- Per 2017 is 6,4% van de verzekerden uit eigen beweging overgestapt naar een andere risicodragers. Dit zijn bijna 1,1 miljoen verzekerden.
- Wanneer de overgang van collectieven tussen risicodragers wordt meegenomen, komt het overstapcijfer uit op 6,8%.
- Op concernniveau is het overstapcijfer 5,6%.
- Het aantal risicodragers neemt ten opzichte van een jaar geleden af met 1 en komt uit op 24, terwijl het aantal polissen waaruit verzekerden kunnen kiezen is gedaald van 61 naar 58.
- 37% van de verzekerden wisselde sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006) minimaal een keer van zorgverzekeraar.

Ontwikkeling marktaandelen

- De vier grote concerns (CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis) hebben sinds 2006 ongeveer 2,7 procentpunt marktaandeel verloren; samen hebben ze in 2017 ruim 88% van de markt in handen.
- De meeste kleinere concerns zien hun marktaandeel over de afgelopen jaren toenemen.

Keuzes rondom premie

- Per 2017 stijgt de gemiddelde nominale premie met 7,2%, uitkomend op € 1.353,- per jaar.
- Ruim 75% van de verzekerden kiest in 2017 voor een naturapolis.
- De vorig jaar ingezette daling van het percentage verzekerden met een collectieve verzekering stabiliseert zich in 2017.

Keuzes rondom eigen risico

- In 2017 bedraagt het verplichte eigen risico € 385,- per jaar; het is daarmee gelijk aan 2016.
- De stijging van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico zet ook in 2017 door.
- Iets minder dan de helft van de verzekerden zonder vrijwillig eigen risico maakt het eigen risico vol.
- De groep verzekerden die het eigen risico net niet vol maakt is relatief klein.
- Ruim 8% van de verzekerden met het maximale vrijwillige eigen risico maakt dit vol.

Aanvullende verzekeringen

- In 2017 heeft net als in 2016 ruim 84% van de verzekerden een aanvullende verzekering.
- De afgelopen jaren blijft de gemiddeld betaalde jaarpremie redelijk stabiel rond € 310,- per jaar.
- In 2015 werd evenals in 2014 voor ongeveer 3,7 miljard euro aan zorgkosten via de aanvullende verzekeringen vergoed.
- Net als in voorgaande jaren vormen de kosten voor tandheelkundige zorg veruit de grootste verstreking binnen de aanvullende verzekeringen, op afstand gevolgd door paramedische zorg.

Overstapgedrag chronische patiënten

- Het overstapgedrag ligt bij een drietal grote chronische groepen patiënten (COPD/astma, CVRM, diabetes) lager dan het landelijk gemiddelde.
- COPD-/astmapatiënten stappen gemiddeld het meest over, diabetespatiënten gemiddeld het minst.
- Verschillen in leeftijd zijn over het algemeen meer bepalend voor de hoogte van het overstapcijfer dan het hebben van een van deze drie chronische aandoeningen.

Verantwoording en onderzoeksaanpak

In de periode februari-maart 2017 heeft Vektis een inventarisatie met betrekking tot verzekerdenmobiliteit uitgevoerd bij alle zorgverzekeraars in Nederland.

Zorgverzekeraars kregen de vraag wat de instroom aan nieuwe verzekerden is geweest en hoeveel verzekerden zijn uitgestroomd. Daarnaast werd gevraagd naar een aantal kenmerken van de verzekerden, dit is gedaan op het niveau van de risicodragers.

Vervolgens werd verzekeraars gevraagd naar de soort verzekeringen die zijn afgesloten, deze inventarisatie is gedaan op polisniveau.

Verzekerden hadden tot uiterlijk 1 januari 2017 om hun polis bij hun huidige risicodrager op te zeggen en tot uiterlijk 1 februari 2017 om zich weer aan te melden bij een nieuwe risicodrager. Na 1 februari 2017 zijn de voor dit onderzoek benodigde gegevens opgevraagd bij zorgverzekeraars. Deze rapportage schetst een beeld van de marktontwikkelingen rondom het overstapgedrag van verzekerden.

Vektis heeft alle 24 risicodragers benaderd met het verzoek om gegevens aan te leveren. Alle risicodragers hebben hieraan meegewerkt. Dit betekent dat de gehele verzekerdenpopulatie 2017 in beeld is gebracht.

In hoofdstuk 1, 2, 4, 5 en 6 van deze Zorgthermometer is aanvullend onderzoek gedaan met behulp van andere bronnen dan de inventarisatie verzekerdenmobiliteit 2017.

In hoofdstuk 1 is voor de bepaling van de verschillende overstapcijfers en de groei of krimp per risicodrager gebruikgemaakt van de Algemene Verzekerden Gegevens (AVG). Het gebruikte bestand heeft een landelijke dekking en geeft inzicht in alle verzekerdenmutaties die plaatsvonden in de overstapperiode. Ook bevat het bestand de cijfers van de postcode van iedere verzekerde. Daarnaast is voor de analyse naar de overstapfrequenties gebruikgemaakt van het Vektis-informatiesysteem BASIC. In deze database worden op verzekerdenniveau kostengegevens per verstrekking en verzekerdenkenmerken vastgelegd. Voor de analyse naar de overstapfrequenties is een koppeling op verzekerdenniveau gelegd tussen BASIC-gegevens van de jaren 2006 tot en met 2011 en de AVG-data van 2012 tot en met 2017.

In hoofdstuk 2 is voor de bepaling van de marktaandelen gebruikgemaakt van de verzekerdenstanden van Zorginstituut Nederland voor de jaren 2006 tot en met 2013. Voor de jaren 2014 tot en met 2017 is gebruikgemaakt van de verzekerdenstanden uit de AVG.

In hoofdstuk 4 is voor de analyse naar het vol maken van het eigen risico gebruikgemaakt van de informatiesystemen BASIC en QZ. Het informatiesysteem QZ van Vektis bevat alle ziekenhuiskosten op declaratieniveau. De analyse is uitgevoerd op gegevens uit 2015. Dit is het meest recente jaar waarvoor de totale zorgkosten voor meer dan 95% zijn uitgedeclareerd.

In (een deel van) hoofdstuk 5 is gebruikgemaakt van de Markt- en Benchmarkenquête 2015 van Vektis. Voor deze inventarisatie worden elk jaar op macroniveau gegevens opgevraagd bij zorgverzekeraars met betrekking tot financiën, kosten en omzet.

In hoofdstuk 6 is gebruikgemaakt van de Chronische Patiënten Populatie (het CPP-bestand) van Vektis. Dit bestand, gebaseerd op declaraties van 2014, is gekoppeld aan het AVG-bestand van het overstapseizoen 2014-2015. De patiënten in het CPP-bestand zijn geselecteerd op basis van criteria die Vektis heeft afgestemd met experts uit het zorgveld en de wetenschap. Deze criteria zijn gebaseerd op het zorggebruik van de patiënten. Het CPP-bestand bevat drie patiëntgroepen: diabetes, COPD/astma en CVRM.

Colofon

Inhoud

In deze publicatie staan telkens cijfers uit de zorg rondom een thema of een bepaald jaar centraal. Alles uit deze uitgave mag met bronvermelding worden gekopieerd.

De inhoud van deze publicatie is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks toch onjuistheden in voorkomen, aanvaardt Vektis daarvoor geen enkele aansprakelijkheid. Ook aanvaarden wij geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

Auteurs

M.G.N. (Marnix) Romp

P.P.A.B. (Paul) Merx MSc

Redactie

J. (Jannie) Aartse

dr. A. (Anne) de Boo

M.J.W. (Maïke) Krommendijk

drs. M. (Marieke) Smit

K. (Kees) Adolfsen, *tekst*

Dank

Wij willen graag de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van deze uitgave:

dr. R.C. (Richard) van Kleef (iBMG)

drs. M.C.J. (Mathijs) Romme (Zorgverzekeraars Nederland)

drs. D. J. (Dick Johan) van der Harst

S.G.V.R. (Sebastiaan) van Klaveren

R.D. (Robin) de Vries MSc

Grafisch ontwerp

Ontwerpbureau De Branding

Drukwerk

Lulof

Meer informatie

Wilt u meer exemplaren van deze publicatie ontvangen, neem dan contact op via telefoon: 030 8008 300 of e-mail: info@vektis.nl. Deze publicatie is ook online te raadplegen op www.vektis.nl. Voor inhoudelijke vragen over deze publicatie kunt u e-mailen naar Marnix Romp: m.romp@vektis.nl.

Bezoekadres
Sparrenheuvel 18
3708 JE Zeist

Postadres
Postbus 703
3700 AS Zeist

T: 030-8008 300
F: 030-8008 320
E: info@vektis.nl

