



Verzekerden in beeld 2018

Inzicht in het overstapseizoen



vektis intelligence



Het 5e seizoen

In Nederland kennen we niet 4 seizoenen, maar 5. Want ergens tussen dwarrelende sneeuwvlokken en de eerste narcissen die hun kopjes boven het gras laten zien, valt het zogeheten overstapseizoen. Alle ins en outs over dit bijzondere seizoen liggen hier

voor je, in de Zorgthermometer Verzekerden in beeld 2018. Op pagina 1 hebben we de belangrijkste informatie bij elkaar gezet, zodat je gemakkelijk navigeert door de inzichten die we je bieden.

Inhoud

6,2

Overstappercentage

Pagina 2

1. Verzekerdenmobiliteit



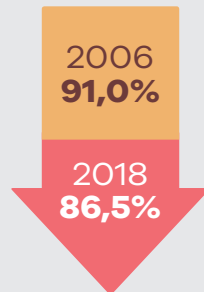
“Er is genoeg te kiezen”

Pagina 8

2. Thema: het overstapseizoen

Marktaandeel **grote 4** loopt terug

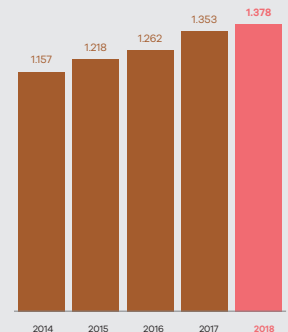
Pagina 12



3. Ontwikkeling marktaandelen zorgverzekeraars

Premie **stijgt**

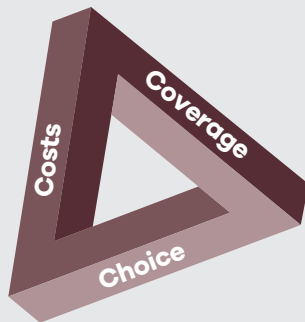
Pagina 15



4. Keuzes rondom de premie

“Knellende keuzes”

Pagina 18



5. Thema: het zorgstelsel

385 euro
Verplicht eigen risico
ongewijzigd

Pagina 22

6. Keuzes rondom het eigen risico

Meer dan **3,9 miljard euro** vergoed uit aanvullende verzekeringen

Pagina 26

7. Aanvullende verzekeringen

8. Verantwoording en onderzoeksrapport

Pagina 29

9. Begrippenlijst

Pagina 30

1. Verzekerden- mobiliteit

Per 1 januari 2018 is 6,2% van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Ten opzichte van vorig jaar is dit een afname van 0,2%. iptiQ is als nieuwe zorgverzekeraar toetreden tot de zorgverzekeringsmarkt. Het aantal zorgverzekeraars blijft echter hetzelfde, 24, doordat er ook een zorgverzekeraar verdwenen is. Verzekerden kunnen in 2018 kiezen uit 55 polissen, 3 minder dan vorig jaar. Hiermee zet de dalende trend in het aantal zorgpolissen door.

Verzekerden kunnen jaarlijks van zorgverzekeraar wisselen. Opzeggen is volgens de Zorgverzekeringswet mogelijk tot en met 31 december, waarna de verzekerde tot 1 februari de tijd heeft om zich aan te melden bij een andere zorgverzekeraar. Jaarlijks bepaalt Vektis na deze overstapperperiode het overstapcijfer. Dit jaar zijn 1,1 miljoen verzekerden (6,2%) van zorgverzekeraar veranderd. Ten opzichte van vorig jaar zijn ongeveer 19 duizend verzekerden minder overgestapt, het overstapperpercentage lag toen op 6,4.

We bepalen het overstapcijfer door vast te stellen hoeveel verzekerden veranderen van zorgverzekeraar. Per 2018 treedt een nieuwe zorgverzekeraar toe tot de zorgverzekeringsmarkt: iptiQ. iptiQ neemt de labels Promovendum, National Academic en Besured over van VGZ. Verzekerden die bij deze labels verzekerd blijven, zien we niet als overstappers. Ook verzekerden die van verzekeraar veranderen als gevolg van een overgang van een collectief contract, nemen we niet mee als overstappers. Wanneer we de verzekerden die collectief

van verzekeraar veranderen wel tot overstappers rekenen, dan komt het overstapperpercentage op 6,7.

Als we het overstapperpercentage bepalen op basis van verandering van concern, dan ligt het op 5,5. Voor het vaststellen van het overstapcijfer op concernniveau hebben we dezelfde uitgangspunten gebruikt als voor het definitief overstapcijfer.

Tijdens het overstapseizoen verandert de populatiegrootte van de zorgverzekeraars. Om de relatieve groei van de risicodragers weer te geven, hebben we in figuur 1.2 alle mutaties meegenomen. Stad Holland is met 15,8% de zorgverzekeraar met de grootste relatieve groei. Daarna volgen Eno, Anderzorg en Zorg en Zekerheid met groeipercentages rond de 9. De top 5 risicodragers met de grootste groei hebben gemeen dat ze hun premies verlaagd of onveranderd hebben gelaten. iptiQ is nieuw op de markt en heeft daarom geen groeipercentage. De verzekeraars met de grootste relatieve populatiekrimp zijn FBTO, Delta Lloyd en VGZ.

Varianten overstapperpercentage 2017/2018

6,2

Overstapperpercentage

6,7

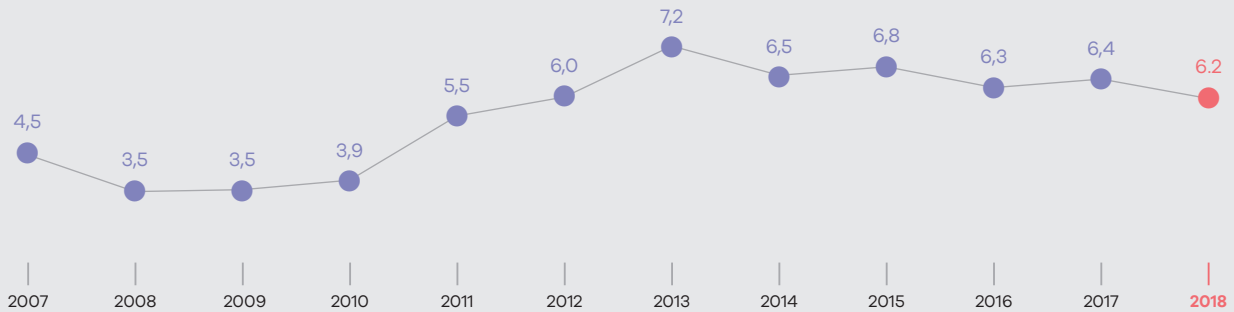
Inclusief collectieven

5,5

Op concernniveau

Figuur 1.1

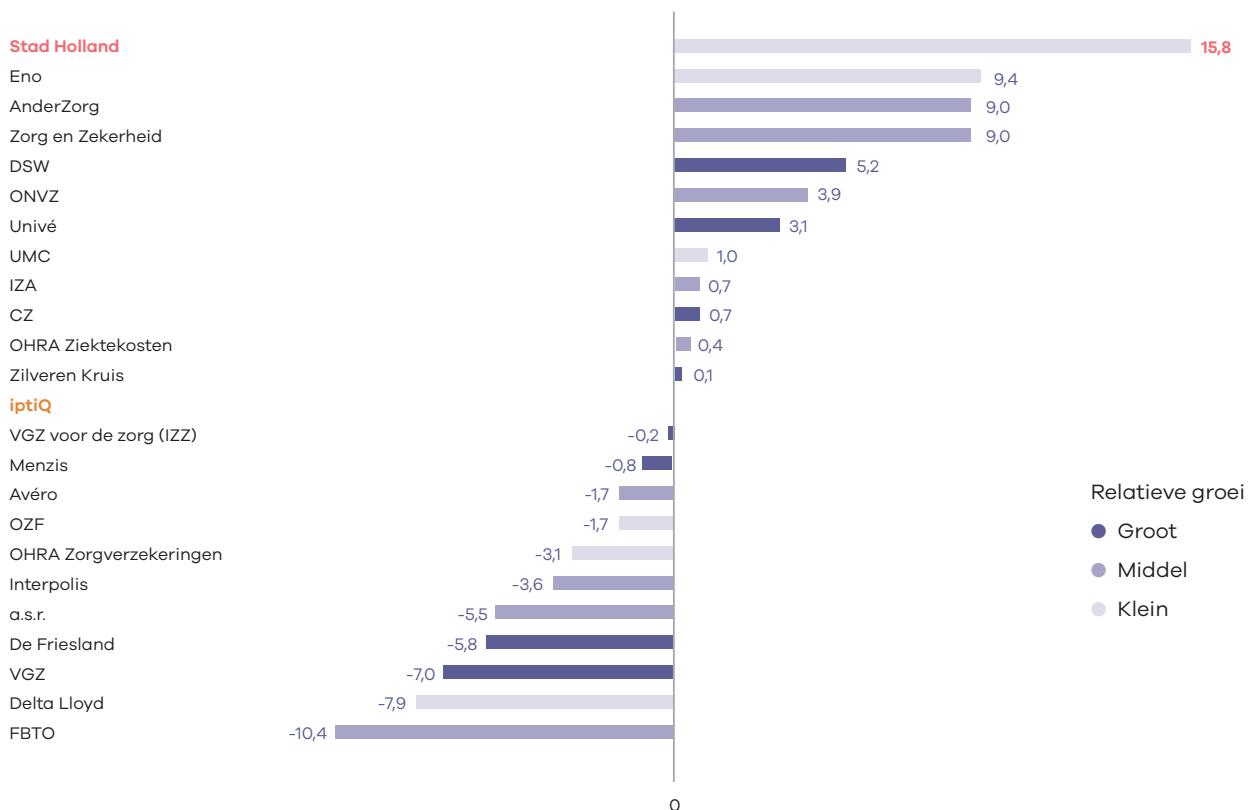
Overstappercentage 2018 ligt iets lager dan in het voorgaande jaar



Figuur 1.2

Stad Holland is met 15,8% de zorgverzekeraar met de grootste relatieve groei. iptiQ is nieuw op de markt en heeft daarom geen groeipercentage.

In procenten

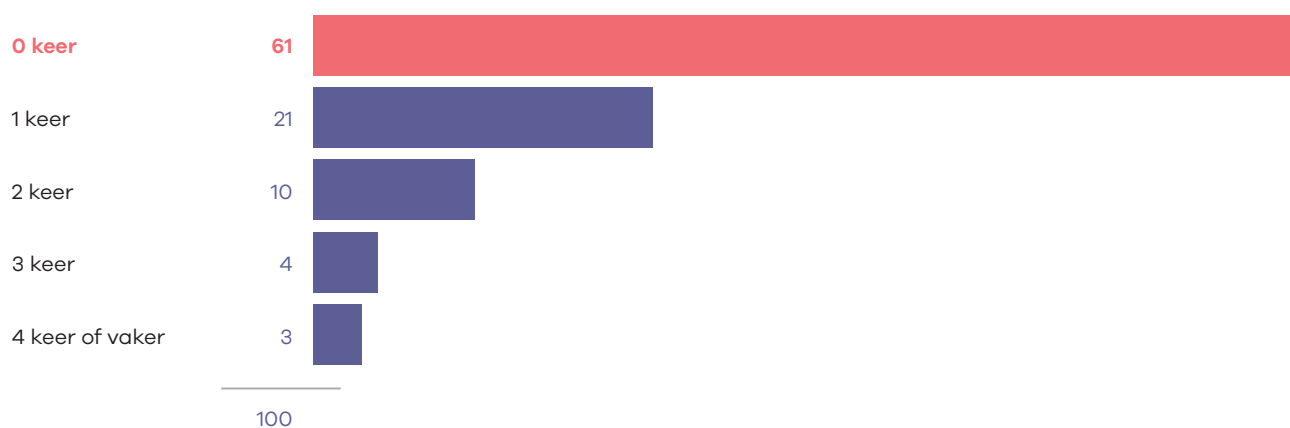


In figuur 1.3 kun je zien dat vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, meer dan de helft van de Nederlandse bevolking nooit van zorgverzekeraar is veranderd. 3% wisselde in de afgelopen 12 jaar 4 keer of vaker. Van de 1,1 miljoen overstappers in 2018 deed 24% dat voor het eerst.

Per 2018 hebben verzekerden de keuze uit 55 polissen voor de basisverzekering, verdeeld over 24 zorgverzekeraars (figuur 1.4). Ten opzichte van vorig jaar zijn dat 3 polissen minder. De daling in het aantal zorgpolissen is ingezet vanaf 2015. Ondanks dat VGZ Cares vanaf 1 januari 2018 is komen te vervallen, is het aantal zorgverzekeraars door de komst van iptiQ gelijk gebleven.

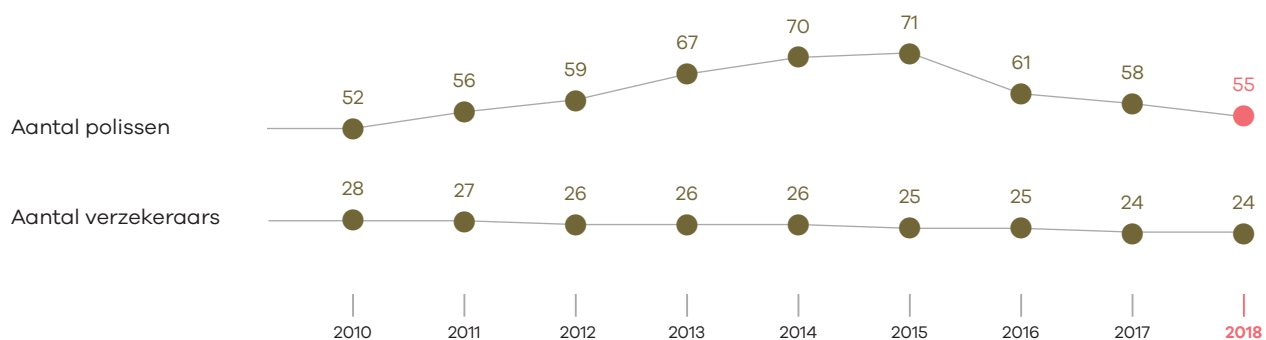
Figuur 1.3

61% van de Nederlanders is nog nooit van zorgverzekeraar gewisseld



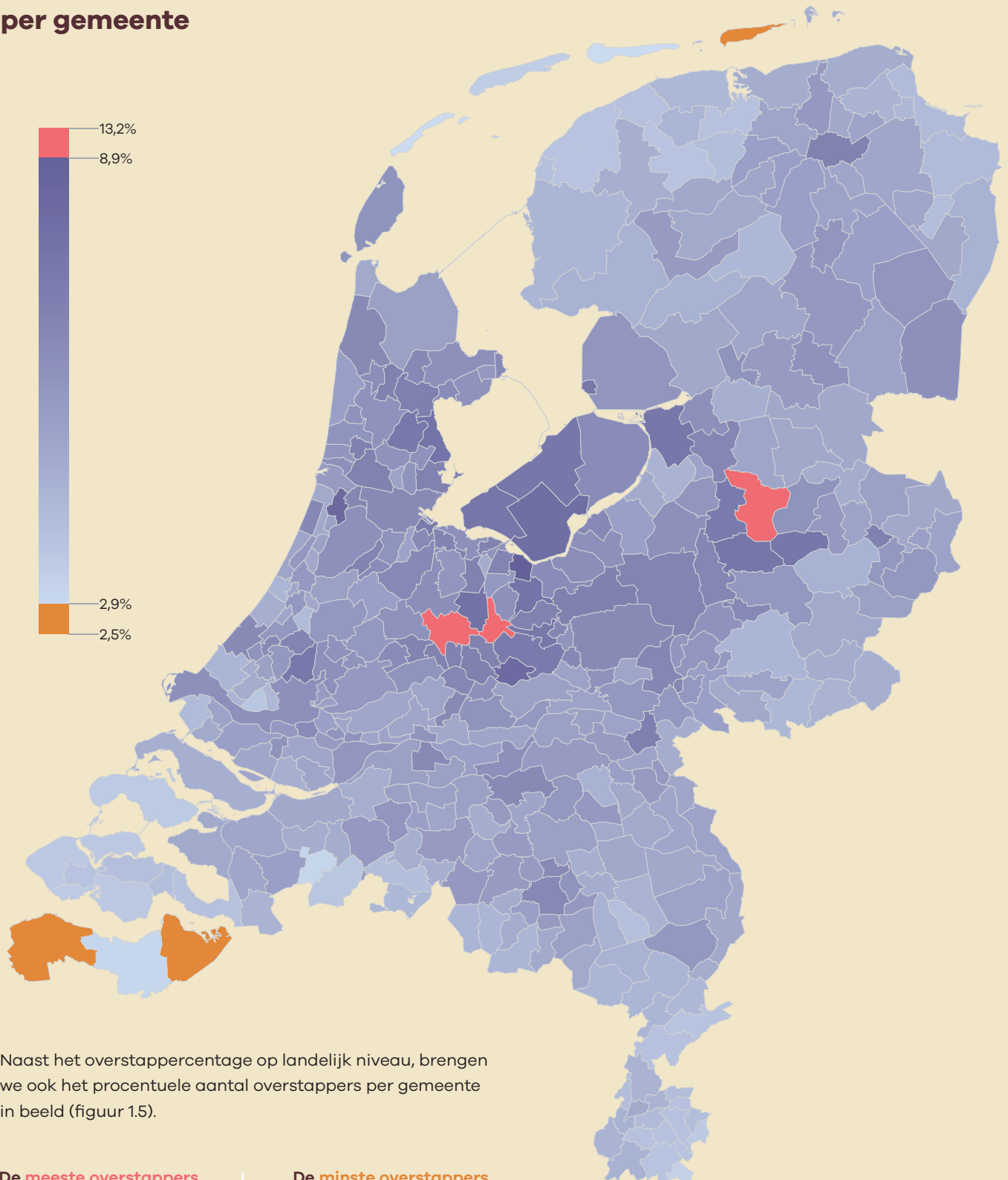
Figuur 1.4

De dalende trend in het aantal zorgpolissen zet zich door



Figuur 1.5

Landkaart met overstapcijfer per gemeente



Naast het overstapperpercentage op landelijk niveau, brengen we ook het procentuele aantal overstappers per gemeente in beeld (figuur 1.5).

De meeste overstappers vinden we dit jaar in:

- 1) Utrecht - 13,2%
- 2) Raalte - 9,7%
- 3) Zeist - 9,6%

De minste overstappers vinden we in:

- 1) Sluis - 2,5%
- 2) Schiermonnikoog - 2,7%
- 3) Hulst - 2,8%

Tabel 1.1

Concerns en bijbehorende zorgverzekeraars

Concern	Zorgverzekeraar
a.s.r.	a.s.r. 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.
iptiQ	iptiQ Life S.A.
Menzis	AnderZorg N.V.
	Menzis Zorgverzekeraar N.V.
ONVZ	ONVZ Ziektelkostenverzekeraar N.V.
VGZ	IZA Zorgverzekeraar N.V.
	VGZ voor de Zorg N.V.
	N.V. Univé Zorg
	N.V. Zorgverzekeraar UMC
	VGZ Zorgverzekeraar N.V.
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.
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.

In tabel 1.1 kun je zien welke concerns er in 2018 zijn en welke zorgverzekeraars tot deze concerns behoren. In de loop van 2017 is IZZ Zorgverzekeraar N.V. doorgedaan onder de naam VGZ voor de Zorg N.V.

Tabel 1.2 toont welke polissen per zorgverzekeraar beschikbaar zijn in 2018 en om welk type polis het gaat. Meer dan de helft van de polissen betreft een naturapolis. Meer dan een derde is een restitutiepolis en de overige polissen betreffen een combinatie van beide typen.

Tabel 1.2

Aanbod polissen per zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar	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.	De Friesland Alles Verzorgd Polis	Natura
	De Friesland Vrije Keus Polis	Restitutie
	De Friesland Zelf Bewust Polis	Natura
FBTO Zorgverzekeringen N.V.	FBTO Zorg basisverzekering naturapolis	Natura
	FBTO Zorg basisverzekering restitutiepols	Restitutie
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	Interpolis ZorgActief	Natura
	Interpolis ZorgCompact	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
a.s.r. 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	Restitutie
iptiQ Life S.A.	Ruime Keuze	Natura
AnderZorg N.V.	Anderzorg Basis	Natura
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
VGZ voor de Zorg N.V.	IZZ Basisverzekering variant natura	Natura
	IZZ Basisverzekering variant restitutie	Restitutie
N.V. Univé Zorg	Univé Zorg Geregeld polis	Natura
	Univé Zorg Vrij polis	Restitutie
	Univé Zorgzaam polis	Natura
	Univé Gewoon ZEKUR Zorg	Natura
	Univé Zorg Select Polis	Natura
N.V. Zorgverzekeraar UMC	UMC Zorgverzekering	Restitutie
VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ Ruime Keuze	Natura
	VGZ Eigen Keuze	Restitutie
	VGZ Bewuuzt Basis	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	Natura



2. Thema: het overstapseizoen

“Er is genoeg
te kiezen”



Ernst van Koesveld is directeur Zorgverzekeringen en plaatsvervangend directeur-generaal Langdurige zorg bij het ministerie van VWS.

Ongeveer 6% van de verzekerden stapt over, 94% dus niet. Loont overstappen en is er eigenlijk wel iets te kiezen? Deze vragen stelden wij aan Ernst van Koesveld, directeur Zorgverzekeringen bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). En wat is de visie van de zorgverzekeraars hierop?

Van Koesveld: "Is 6% veel of weinig? Dat doet er eigenlijk niet zoveel toe. Er is geen optimaal overstapgetal. Naast de daadwerkelijke overstappers is er een grote groep mensen, ongeveer 20%, die zich oriënteert op het wisselen van zorgverzekeraar. Voor de een loont overstappen wel, iemand anders concludeert na het vergelijken dat de huidige zorgverzekering toch het beste past. Soms stappen mensen niet over omdat ze belemmeringen vrezen, bijvoorbeeld rondom het meenemen van de aanvullende verzekering. Dat is jammer, want overstapdrempels zijn er slechts in specifieke gevallen.

Polisvoorwaarden niet altijd transparant

Het verschil tussen de goedkoopste en duurste polis voor de basisverzekering is 380 euro per jaar. Op basis daarvan kun je zeggen dat overstappen loont, dat geld is snel verdiend. De kwaliteit of de voorwaarden van een polis kunnen echter verschillen. Krijg ik de kosten in principe altijd vergoed, waar kan ik terecht zonder te hoeven bijbetalen, wat is de kwaliteit van de ingekochte zorg? Zorgverzekeraars kunnen transparanter zijn over de polisvoorwaarden én meer vertellen over de service die ze bieden. Denk aan wachtlijstbemiddeling of het geven van zorgadvies. Verzekeraars beschikken over voldoende informatie over zorgverleners, die voor patiënten interessant kan zijn als ze een zorgverlener moeten kiezen. Die rol van de verzekeraar, als partner van de patiënt, mag best wat meer voor het voetlicht gebracht worden. Het gaat immers om meer dan alleen de premie.

Reep chocolade

Te kiezen is er overigens genoeg. Er zijn 55 basisverzekeringen, gemiddeld dus 2 tot 3 per verzekeraar. Deze polissen worden 'verpakt' in niet minder dan 64.000 collectieve verzekeringen.

Daarnaast zijn er nog eens honderden aanvullende pakketten en kunnen mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Bij elkaar zijn er theoretisch wel zo'n miljoen keuzecombinaties te maken. Allemaal keuzes waarmee je de polis samenstelt die het beste bij jou past. Dat is prettig, maar we moeten ervoor waken dat het niet te veel wordt of dat er sprake is van schijnkeuzevrijheid. Als we een polis zien als een reep chocolade, dan kan het niet zo zijn dat dezelfde reep met verschillende wikkels erom wordt verkocht voor verschillende prijzen en met de suggestie dat de smaak ook anders is. Kortom, op het etiket wil je kunnen lezen met welke van de 55 standaardpolissen je te maken hebt. De NZa houdt hier toezicht op. Vanaf dit voorjaar laten we een doorlichting maken van het hele polisaanbod en kijkt de NZa naar de verschillen tussen polissen, zodat duidelijk wordt hoe het nu echt met de diversiteit gesteld is.

"Er is genoeg te kiezen, maar het moet niet steeds dezelfde reep chocolade zijn in een andere wikkel."

Het goede van overstappen is dat het zorgverzekeraars scherp houdt. Overstappers profiteren zelf van een lagere premie of een beter passend pakket en behalen daar hun voordeel. Premiedruk, concurrentie in de markt, daar profiteert iedereen van. Het maakt daarbij niet uit hoeveel mensen er overstappen, als er maar overstappers zijn."

Wat vinden de zorgverzekeraars?

Kijk voor de volledige reacties op www.vektis.nl/actueel/overstapeseizoen

Rogier van der Hooft, directeur Marketing en Verkoop bij CZ:

“Wat mij betreft hoeft het succes van marktwerking in het zorgstelsel niet per se afgemeten te worden aan het aantal mensen dat daadwerkelijk overstapt. Belangrijk is dat mensen kunnen switchen. Ongeveer 20% van de Nederlanders oriënteert zich op overstappen. Wat opvalt is dat mensen tijdens hun keuzeproces filteren. Zo vergelijken mensen die kunnen aansluiten bij een collectiviteit van hun werkgever, soms ook

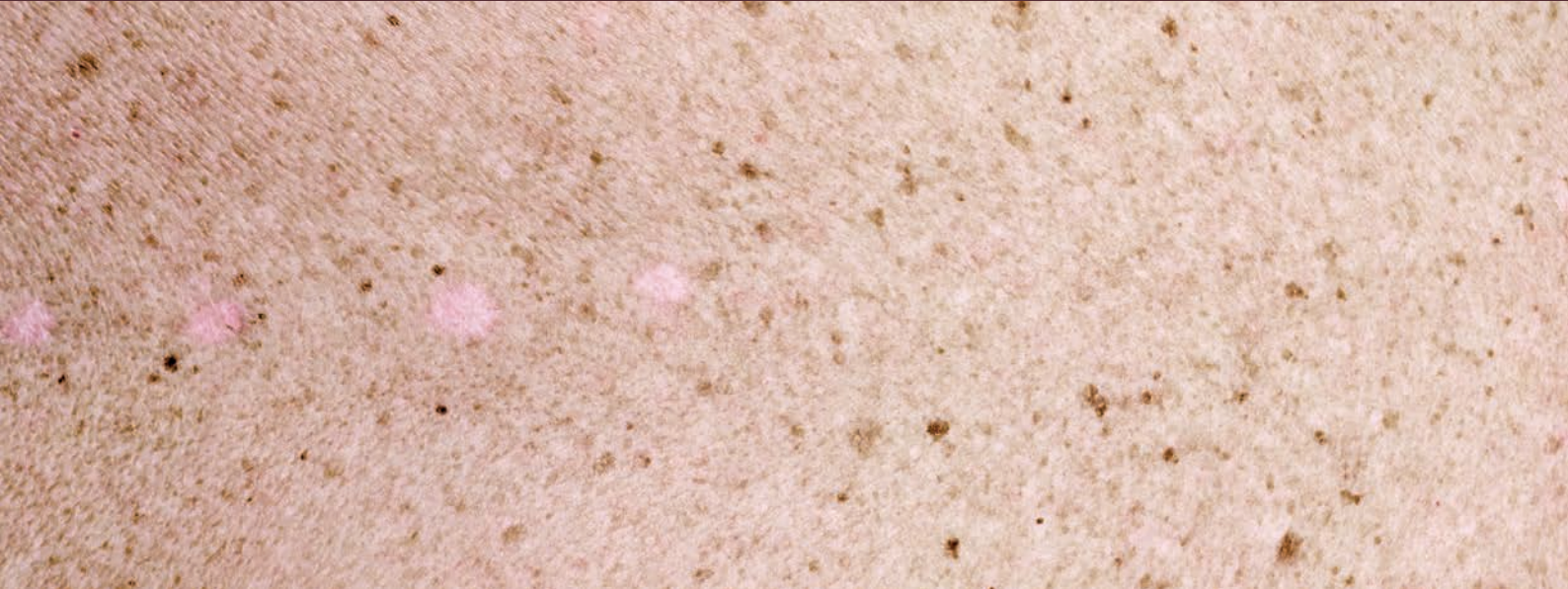
de collectiviteit van de werkgever bij de partner. Om vervolgens binnen de meest aantrekkelijke collectiviteit de keuze voor een polis te maken. 94% stapt uiteindelijk niet over. Blijkbaar is men tevreden over de service en het polisaanbod van de huidige verzekeraar. Het succes van keuzevrijheid in de markt zou dan ook vaker gemeten mogen worden op basis van het percentage dat zich oriënteert.”

Gijs Rotteveel, directeur commercie bij Menzis:

“Afgelopen jaar wisselde opnieuw ruim 1 miljoen mensen van zorgverzekering. Dit aantal is meerjarig stabiel. Het is belangrijk dat mensen kunnen overstappen: dit geeft verzekeraars een gezonde prikkel om onder andere goede service en een gunstige prijs-kwaliteitverhouding te blijven bieden. Overstappen is echter geen doel op zich. Het gaat erom dat klanten de voor hen best passende zorgverzekering hebben, voor een optimale premie. Uit onderzoek van de Autoriteit

Consument & Markt blijkt dat de belangrijkste reden voor niet overstappen tevredenheid met de huidige zorgverzekeraar is. Dit zien wij als zeer positief. Dat er te weinig te kiezen zou zijn, daar herkennen wij ons niet in, de consensus is juist de andere kant op: er is te veel aanbod (de zogenaamde ‘polisjungle’) van polissen waardoor de keuze eerder bemoeilijkt dan vergemakkelijkt wordt.”





Casper van den Bergh,
divisiemanager Commercie bij Zorg en Zekerheid:

“Het zorgstelsel is een stelsel gebaseerd op het principe van marktwerking. Of mensen overstappen is hun keuze, maar het feit dat zij kunnen kiezen vinden wij van groter belang. Het polisaanbod is voor verzekerden complex en nog te moeilijk te vergelijken. Daarom moeten zorgverzekeraars er met elkaar voor zorgen dat verzekerden makkelijk de antwoorden kunnen vinden op de vragen die ze bij het overstappen hebben. Nog belangrijker is dat zij al die verschillende antwoorden

op hun vragen makkelijk kunnen vergelijken. Bovendien geven verzekerden aan dat ze bang zijn dat ze bij een andere zorgverzekeraar geconfronteerd worden met acceptatiedrempels. Zolang ze tevreden zijn over hun huidige zorgverzekeraar blijven ze zitten. We zien nu vooral dat het calculerende deel van de verzekerden overstapt.”

Cid Berger,
manager Marketing & Sales bij De Friesland:

“Dat 6% in een jaar overstapt betekent niet dat er niet meer mobiliteit is over de jaren heen. Gelukkig stapt niet iedere verzekerde elk jaar over. Het kan best zo zijn dat in de afgelopen jaren in totaal 20 of 30% van alle verzekerden is overgestapt. Een belangrijk deel van de mensen ziet in ieder geval niet de noodzaak om te switchen. Natuurlijk zorgt switchen voor concurrentie en dwingt het zorgverzekeraars de dienstverlening verder te verbeteren. Meer concurrentie zorgt wellicht

ook voor meer reclamekosten. En veel kosten voor de jaarlijkse administratie van de overstappers. Het draait uiteindelijk maar om 1 ding: een functionerende markt met transparantie op prijs, dekking en voorwaarden. Die is er zeker, mede door de heldere communicatie van verzekeraars zelf en de komst van vergelijkingssites. Waarbij overigens niet alle vergelijkingssites transparant en onafhankelijk zijn.”

3. Ontwikkeling marktaandeelen zorgverzekeraars

Het marktaandeel van de 4 grote concerns is teruggelopen naar 86,5%. Met het wegvallen van Cares en de komst van iptiQ blijft het aantal zorgverzekeraars hetzelfde als vorig jaar: 24, verdeeld over 10 concerns.

De trend dat de 4 grote concerns Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis samen wat terrein verliezen ten opzichte van de kleinere zorgverzekeraars zet zich voort in 2018. Zilveren Kruis blijft veruit de grootste met ruim 5 miljoen verzekerden.

In figuur 3.1 zie je de ontwikkeling van de marktaandelen van de vier 4 grote concerns. Het marktaandeel van CZ groeit al 7 jaar op rij. Bij Zilveren Kruis en VGZ zien we een afname over de afgelopen jaren. Bij het concern VGZ daalt het marktaandeel van 2017 op 2018 sterker doordat het merendeel van de verzekerden van de nieuwe zorgverzekeraar iptiQ afkomstig is van VGZ. Daarmee start iptiQ met een marktaandeel van 1,2%. Het totale marktaandeel van de 4 grote concerns als geheel is sinds 2006 met 4,5 procentpunt afgenomen.

De overige 2,3 miljoen Nederlanders zijn verzekerd bij DSW, ONVZ, Zorg en Zekerheid, a.s.r., iptiQ en Eno. Figuur 3.2 geeft de ontwikkeling van de

marktaandelen van deze 6 kleinere concerns weer. We zien dat hun marktaandeel sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006) gestegen is van 9% naar 13,5%. De laatste jaren groeiden vooral de marktaandelen van DSW en a.s.r.. De kleinere concerns laten van 2017 naar 2018 een toename van het marktaandeel zien, uitgezonderd a.s.r.. De ontwikkeling van het marktaandeel van iptiQ is niet zichtbaar in de figuur, aangezien het vertrekpunt voor deze zorgverzekeraar 2018 is.

De 10 concerns overkoepelen in totaal 24 zorgverzekeraars. In tabel 3.1 zie je 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. Je ziet dan bij het jaar waarin de fusie plaatsvond de naam van de overnemende verzekeraar.

Marktaandelen 4 grootste zorgverzekeraars

Zilveren Kruis
5 miljoen
verzekerden

VGZ
3,8 miljoen
verzekerden

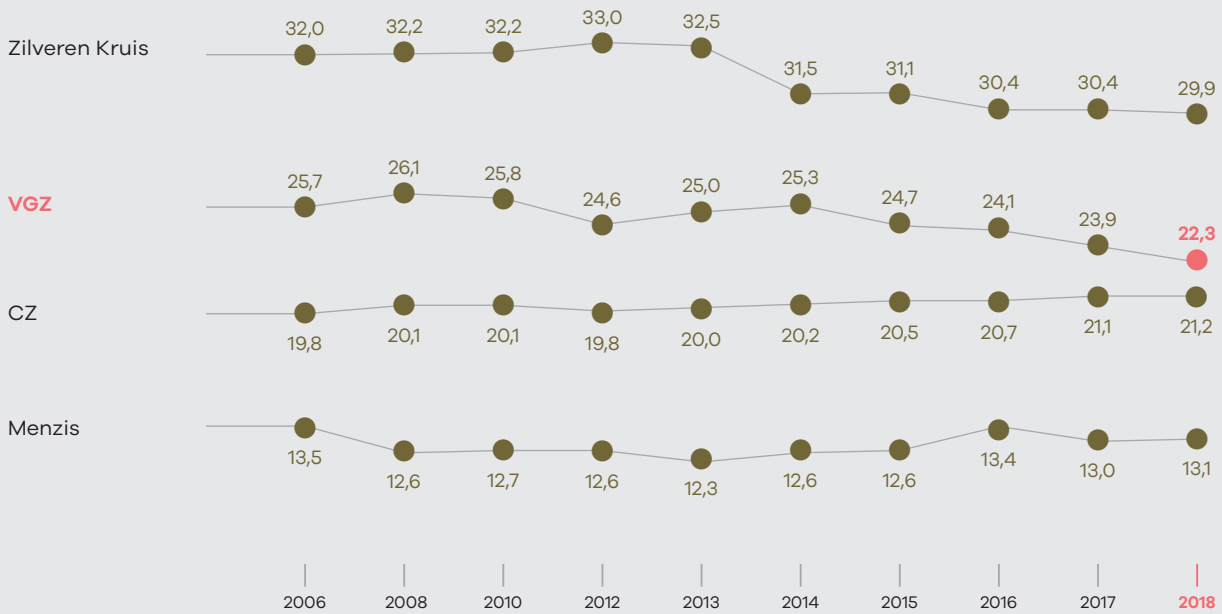
CZ
3,6 miljoen
verzekerden

Menzis
2,2 miljoen
verzekerden

Figuur 3.1

Marktaandeel VGZ daalt door komst iptiQ

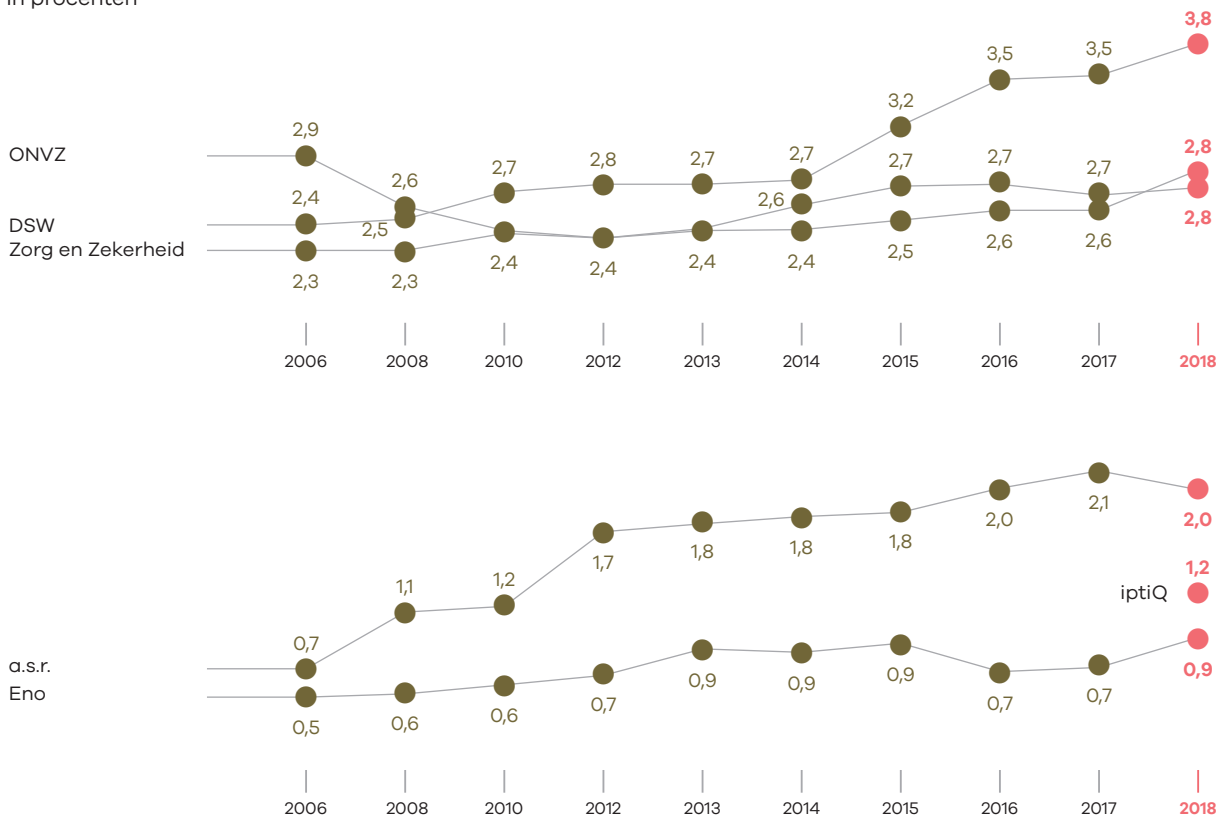
In procenten



Figuur 3.2

Marktaandeel kleinere concerns stijgt in 2018

In procenten



Tabel 3.1

Marktaandelen van de zorgverzekeraars, met fusies door de jaren heen

In procenten

Zorgverzekeraar	Concern	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Agis	Zilveren Kruis	7,6	7,6	7,6	7,7	7,8	7,9	7,7	7,2	6,7	→ Zilveren Kruis			
AnderZorg	Menzis	0,5	0,4	0,5	0,6	0,8	1,2	1,2	1,4	1,5	1,7	2,2	2,6	2,9
a.s.r.	a.s.r.	0,7	0,8	1,1	1,2	1,2	1,0	1,7	1,8	1,8	1,8	2,0	2,1	2,0
Avéro	Zilveren Kruis	3,3	3,9	3,6	3,4	3,3	3,3	3,5	2,7	2,5	2,5	2,2	2,4	2,3
Azivo	Menzis	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	→ Menzis	
AZvZ	Zorg en Zekerheid	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04	→ Zorg en Zekerheid							
Cares/De Goudse	VGZ	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	0,6	0,6	0,8	→ VGZ
Confior	Menzis	0,5	0,4	0,4	→ Menzis									
CZ	CZ	12,5	15,7	15,6	15,7	15,8	15,7	15,4	15,7	15,9	16,0	16,2	16,4	16,5
De Friesland	Zilveren Kruis	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	3,1	3,2	3,3	3,4	3,4	3,7	3,5	3,3
Delta Lloyd	CZ	0,9	1,1	1,2	1,3	1,2	1,4	1,3	1,2	1,1	1,3	1,3	1,4	1,3
DSW	DSW	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,2	2,2	2,2	2,6	2,9	3,0	3,1
Eno/Salland	Eno	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,9	0,9	0,9	0,7	0,7	0,9
FBTO	Zilveren Kruis	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,6	1,9	2,0	2,2	2,3	2,2	2,0
Groene Land	Zilveren Kruis	5,2	5,2	5,0	5,0	→ Zilveren Kruis								
Interpolis	Zilveren Kruis	0,7	0,8	0,8	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5
iptiQ	iptiQ													1,2
IZA	VGZ	3,8	3,8	3,8	3,7	3,7	3,6	3,5	3,3	3,3	3,2	2,6	2,6	2,6
IZZ / VGZ voor de zorg	VGZ	3,0	3,1	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6
Menzis	Menzis	11,7	11,1	11,0	11,2	11,2	10,8	10,6	10,2	10,4	10,2	10,5	10,4	10,2
OHRA Ziektekosten	CZ	1,9	2,0	2,1	2,1	2,2	2,5	2,4	2,5	2,6	2,6	2,7	2,8	2,9
OHRA Zorgverzekeringen	CZ	1,2	1,2	1,2	1,0	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
ONVZ	ONVZ	2,8	2,7	2,4	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,6	2,7	2,7	2,7	2,8
OZ	CZ	3,3	→ CZ											
OZF	Zilveren Kruis	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
PNO	ONVZ	0,1	0,1	0,1	0,1	→ ONVZ								
Stad Holland/Stad Rotterdam	DSW	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
Trias	VGZ	2,3	2,5	2,5	2,5	2,4	2,3	→ VGZ						
UMC	VGZ	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Univé	VGZ	4,3	4,4	4,5	4,6	4,8	5,0	5,1	5,1	4,9	5,0	5,1	5,3	5,5
VGZ	VGZ	11,4	11,3	11,3	11,2	11,0	10,8	12,3	13,1	13,1	12,6	12,4	11,8	10,9
Zilveren Kruis	Zilveren Kruis	10,8	10,7	10,6	10,7	15,5	15,1	15,3	15,6	15,2	21,3	20,4	20,5	20,5
Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid	2,3	2,2	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,6	2,6	2,8

4. Keuzes rondom de premie

De gemiddelde nominale jaarpremie stijgt per 2018 met 1,8% en komt uit op 1.378 euro. Daarmee stijgt de nominale premie minder dan in 2017. Driekwart van de verzekerden is verzekerd via een naturapolis en het aandeel verzekerden dat via een collectief is verzekerd neemt voor het derde jaar op rij af.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet kent de gemiddelde nominale premie schommelingen (figuur 4.1). Dit komt onder meer door stijgende zorgkosten als gevolg van vergrijzing en inflatie. Daarnaast heeft de overheid de dekking van het basispakket veranderd, de hoogte van het eigen risico aangepast en hebben zorgverzekeraars de premiemutatie in sommige jaren beperkt gehouden door een deel van hun reserves in te zetten.

Naast de gemiddelde nominale jaarpremie hebben we ook de gemiddeld betaalde jaarpremie van collectief en individueel verzekerden bepaald (tabel 4.1). Verzekerden

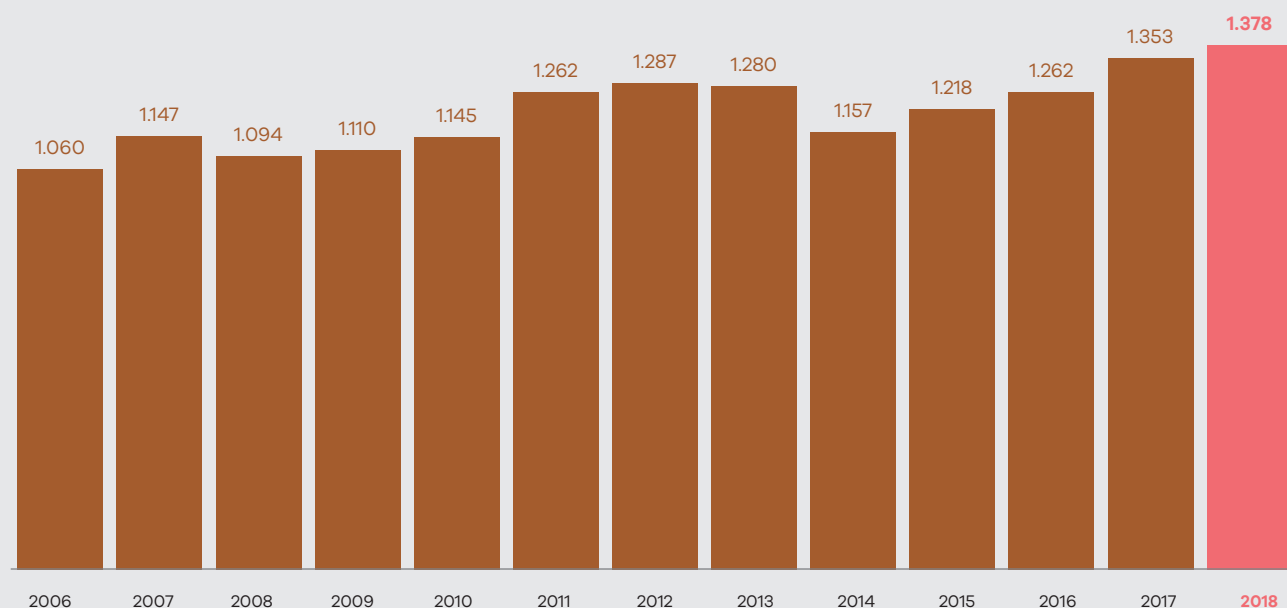
die collectief verzekerd zijn ontvangen maximaal 10% korting op hun basispremie. Ook verzekerden die een vrijwillig eigen risico kiezen bovenop het verplichte eigen risico betalen een lagere premie. Het totaal van de gemiddelde betaalde jaarpremie betreft het gemiddelde van beide groepen.

In tabel 4.1 kun je ook zien dat collectief verzekerden gemiddeld minder betalen dan individueel verzekerden. Dit verschil neemt echter geleidelijk af: in 2016 betaalt een collectief verzekerde gemiddeld 41 euro minder, in 2017 38 euro en in 2018 23 euro.

Figuur 4.1

Premie stijgt dit jaar minder hard dan in 2017

In euro's



Tabel 4.1

Nominale jaarpremie gemiddeld 1.378 euro per persoon in 2018

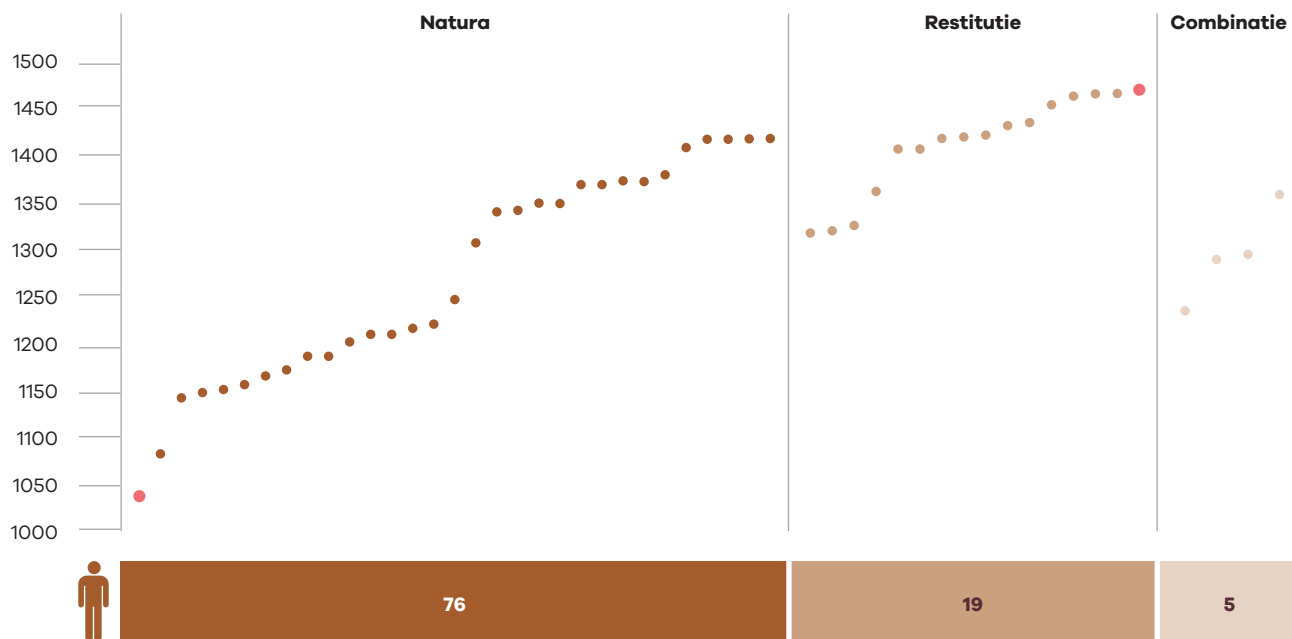
Gemiddelde premie (exclusief betalingskorting) 2006-2018. Bedragen in euro's.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
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	1.378	
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	1.299
	Collectief	987	1.056	1.010	1.033	1.055	1.168	1.195	1.188	1.060	1.120	1.165	1.251	1.276
	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	1.284

*In de gemiddeld betaalde premie is tevens de korting voor vrijwillig eigen risico meegenomen.

Figuur 4.2

Verskil tussen goedkoopste polis 1.126 euro en duurste 1.506 euro is bijna 380 euro



In procenten.

Figuur 4.2 geeft een overzicht van de verschillende jaarpremies die horen bij de 55 verschillende zorgpolissen. Daarnaast is zichtbaar wat voor type polis bij de jaarpremie hoort.

Onder figuur 4.2 wordt weergegeven hoeveel verzekerden voor een bepaald type zorgpolis kiezen. Meer dan driekwart van de verzekerden is in 2018 verzekerd via een naturapolis. Bijna een vijfde kiest voor een restitutiepolis. De overige verzekerden zijn verzekerd via een polis die een combinatie vormt van een natura- en een restitutiepolis.

Collectieve verzekeringen

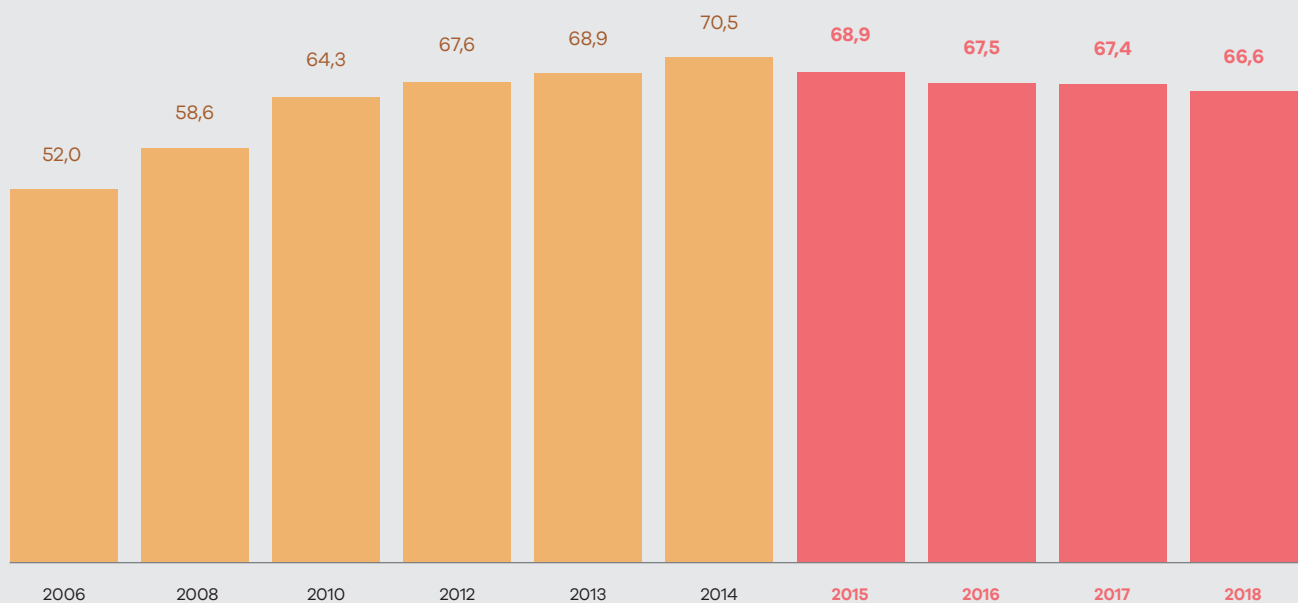
Verzekerden hebben de mogelijkheid om hun verzekering via een collectief af te sluiten of zich individueel te verzekeren. Het overgrote deel van de verzekerden is ook in 2018 via een collectief verzekerd. Het percentage collectief verzekerden is van 2005 tot en met 2014 jaarlijks gestegen. Figuur 4.4 laat zien dat

vanaf 2015 het percentage jaarlijks weer afneemt. Ook in 2018 is het met 0,7 afgenomen ten opzichte van 2017. Verzekerden die kiezen voor een collectief sluiten vaker een aanvullende zorgverzekering af dan het deel dat zich individueel verzekerd heeft. Dat kun je zien in figuur 4.5.

Figuur 4.4

Sinds 2015 daalt het aantal verzekerden dat kiest voor een collectieve zorgverzekering licht

In procenten

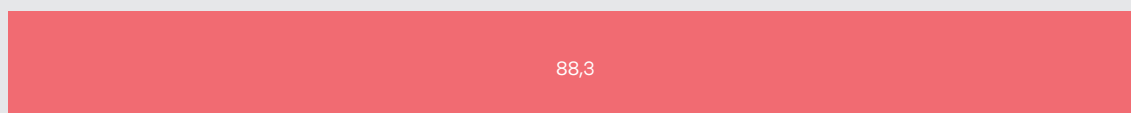


Figuur 4.5

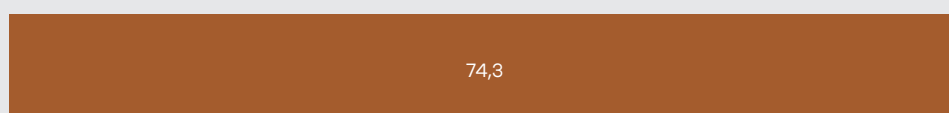
Verzekerden die kiezen voor een collectief sluiten vaker een aanvullende zorgverzekering af

In procenten

Collectief



Individueel



5. Thema: het zorgstelsel

“Knellende keuzes”

Uit de European Health Consumer Index blijkt dat Nederland het erg goed doet op het gebied van zorg in vergelijking met andere landen. Maar hoe toekomstbestendig is ons zorgstelsel? Welke verbeterpunten zijn er? Ernst van Koesveld, directeur Zorgverzekeringen bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en enkele zorgverzekeraars laten hun licht schijnen over dit vraagstuk.

Van Koesveld: “Op veel terreinen gaat het inderdaad erg goed. We zijn niet op alle fronten het beste jongetje van de klas en dus is er altijd ruimte voor verbetering. Kleine verbeteringen waarmee we het ‘huis’ van de zorg sterker kunnen maken en ‘bewoners’ beter kunnen laten samenwerken. Een voorbeeld hierbij: we vinden zorg op de juiste plek erg belangrijk. We hebben heel goede ziekenhuizen, maar toch is dat geweldige ziekenhuis niet altijd de juiste plek voor iemand om de benodigde zorg te krijgen. Dan kan de keuze vallen op ambulant in plaats van hospitaliseren. De huisarts kan daar een rol bij vervullen, de wijkverpleging ook. Een ander voorbeeld: op school leren we onze kinderen vaak niet om ‘gezondheidsvaardig’ te zijn. Dat is jammer, want we kunnen zelf meer doen op het gebied van preventie, om te zorgen dat we geen zorg nodig hebben.

Ingewikkeld vraagstuk

De zorgkosten blijven de komende jaren stijgen, dat staat vast. Als we de maatregelen van het regeerakkoord meenemen, stijgen de kosten onder de Zorgverzekeringswet tussen 2017 en 2021 naar de huidige inzichten met 10 miljard euro. Het gaat dus niet om minder uitgaven, maar om ‘minder meer’ uitgaven. En daar komt de stijging van de uitgaven voor langdurige zorg de komende jaren nog bij met ruim 8 miljard euro. De groei van de zorguitgaven ligt daarmee een stuk hoger dan de groei van ons nationaal inkomen. Er moet dus iets gebeuren als we de zorg voor iedereen betaalbaar willen houden.

We spreken vaak van dilemma’s, maar in de zorg is er sprake van een trilemma. Oftewel een onmogelijke driehoek van de 3 C’s: coverage (hoe breed is het pakket en hoeveel mensen zijn verzekerd?), choice (kunnen mensen de zorg krijgen van de behandelaar van hun voorkeur en wordt die ook volledig vergoed?) en costs (worden collectieve kosten beheerst of wordt de solidariteit zwaar onder druk gezet?). Zorgstelsels zijn globaal op verschillende plekken binnen deze driehoek te plaatsen en maken daarin ook bewegingen. Als je een brede dekking hebt, zoals we in Nederland belangrijk vinden, en je wilt ook dat de zorg bij elke zorgaanbieder van je keuze volledig vergoed wordt, dan wordt het stelsel steeds duurder en de druk op solidariteit steeds groter. Dan komt de rol van de verzekeraars om selectief zorg in te kopen te zeer onder druk te staan en houden ze de kosten niet meer in de hand. Als je keuzevrijheid en kostenbeheersing heel belangrijk vindt, is het onvermijdelijk dat je grenzen stelt aan welke genees- en hulpmiddelen er nog voor iedereen vergoed worden. Dergelijke knellende keuzes worden nu ook al gemaakt en dat wordt eerder meer dan minder. Tegelijkertijd is er nog veel te winnen door de zorg beter te organiseren en te bevorderen dat mensen de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Dat betekent zorg dichterbij huis of zelfs thuis als het kan. En alleen verder weg in het ziekenhuis, als het moet. De bewindspersonen willen graag met dit thema aan de slag in de nieuwe hoofdlijnenakkoorden.”



“We kunnen zelf ook meer doen om te voorkomen dat we zorg nodig hebben.”

Hoe toekomstbestendig is ons zorgstelsel volgens de zorgverzekeraars?

Kijk voor de volledige reacties op www.vektis.nl/actueel/zorgstelsel

Joël Gijzen, directeur Zorg bij CZ:

“De hoge waardering in internationale onderzoeken wordt grotendeels bereikt door de toegankelijkheid van het Nederlandse zorgstelsel. Immers, iedereen is bij wet tegen ziektekosten verzekerd. Dat is een groot goed. Ook het feit dat we in Nederland een dicht netwerk van zorgverleners hebben speelt een belangrijke rol in waardering. Toch zijn we er nog lang niet als blijkt dat potentieel vermijdbare sterfte in ziekenhuizen nog

steeds voorkomt, sterker nog, niet eens afneemt. We moeten de komende jaren met elkaar stappen zetten rondom kwaliteitsregistraties en de daaruit voortvloeiende verbeter-initiatieven. Data verzamelen en de hieruit voortvloeiende verbeterprocessen gaan organiseren, in plaats van verder door te praten óf we het willen doen.”

Nynke van der Meulen, manager Zorg & Propositie bij De Friesland:

“Het is belangrijk dat we ons er veel meer van bewust zijn dat we het zo ontzettend goed doen. Dat zorgt voor een positievere flow en trekt innovatie aan. We staan echter wel voor de uitdaging het zorgstelsel op termijn ook duurzaam te houden. We kunnen allemaal ons steentje bijdragen hieraan. De politiek door geld vrij te maken voor preventie, waardoor op termijn de zorgkosten omlaag gaan. Zorgverzekeraars zouden meer aandacht mogen hebben voor duurzame zorg.

Door slimmer te organiseren, meerjarencontracten te sluiten, administratieve lastenverlichting en inzet op preventie. Verzekerden tot slot kunnen bijdragen door vitaler te leven en door kritisch bewuste zorgkeuzes te maken. Daar is dan wel meer inzicht en transparantie voor nodig in de kosten van zorg.”

Joris van Eijck, directeur zorg bij Menzis:

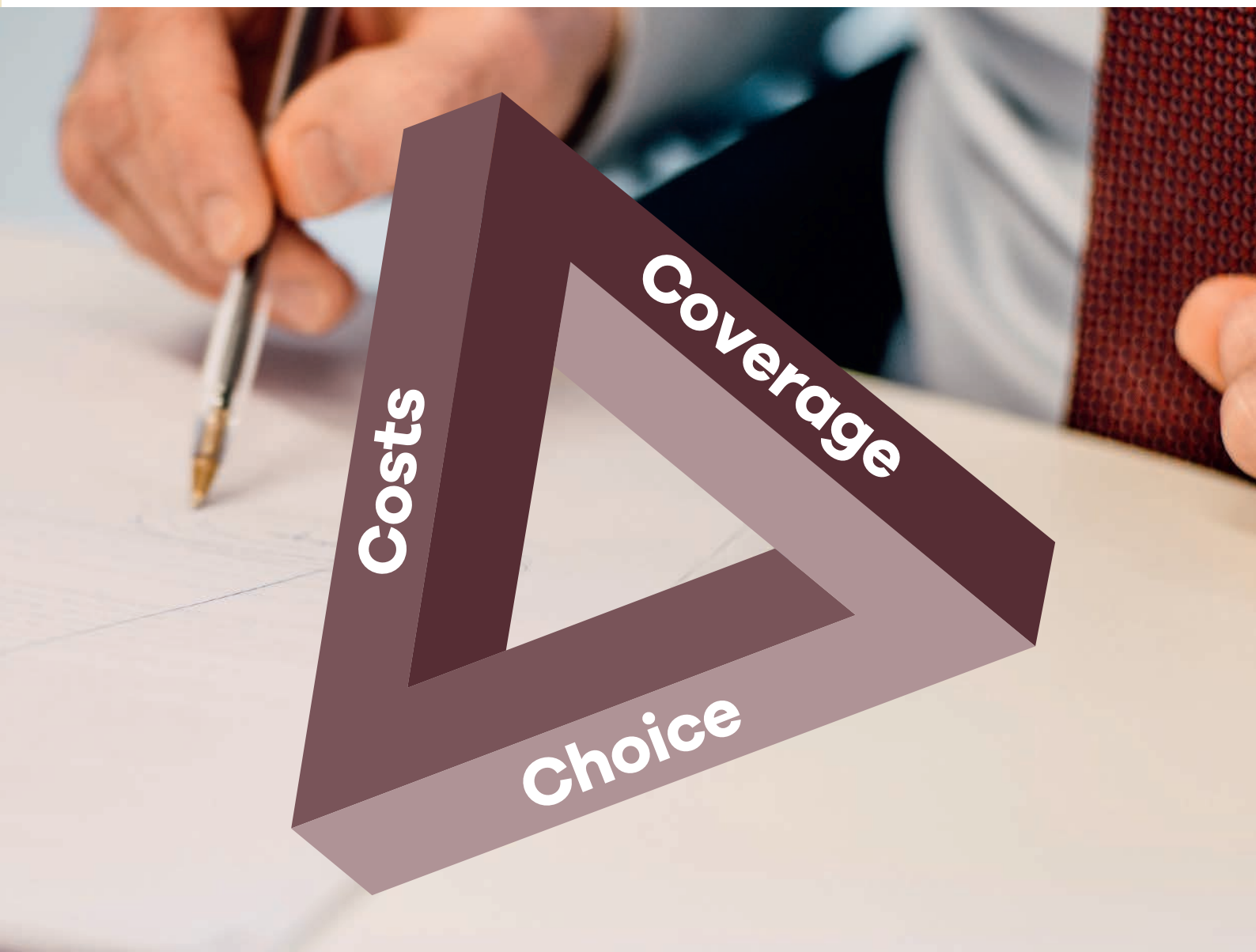
“Verzekerden, zorgverzekeraars en de politiek moeten zich niet langer enkel bezig houden met de cure & care kant van de zorg. In een duurzaam stelsel wordt aandacht voor preventie, leefstijl en het behouden van gezondheid steeds belangrijker. Wij zien daarnaast een belangrijke rol weggelegd voor eHealth. Steeds meer processen in de samenleving zijn gedigitaliseerd. Een reis boeken, een restaurant uitkiezen, je route uitstippelen; we doen alles online. Maar ondertussen

zitten we wel nog steeds in de wachtkamer bij een arts. Belangen en financieringsvormen houden digitalisering in de zorg tegen. Van die blokkade moeten we af: we moeten kiezen voor eHealth waar dat kan, en voor reguliere zorg waar dat moet.”

Jan Kroes,
divisiemanager zorg bij Zorg en Zekerheid:

"Als het gaat om de houdbaarheid van ons zorgstelsel, dan zien wij een rol weggelegd voor de politiek. Het risicovereveningssysteem verdient continu aandacht om ervoor te zorgen dat risico's gelijk verdeeld worden en blijven over alle zorgverzekeraars. Voor het goed functioneren van het stelsel zijn daarnaast voldoende aanbieders nodig die duidelijk te herkennen zijn. Een maximum van 1 risicodrager per concern voor de

basisverzekering draagt bij aan die transparantie. Zo houden zorgverzekeraars elkaar scherp en kan de best mogelijke zorg voor de beste prijs aangeboden worden. Ook verzekerden kunnen bijdragen aan de houdbaarheid van het zorgstelsel. Bijvoorbeeld door bewuster te zijn van de kosten als het gaat om hun eigen zorggebruik."



6. Keuzes rondom het eigen risico

Over het eigen risico is altijd veel te doen. In eerste instantie leek het erop dat het verplicht eigen risico voor 2018 zou uitkomen op 400 euro. In het najaar van 2017 is tijdens de kabinetsformatie besloten het eigen risico niet te wijzigen en te handhaven op 385 euro. Veel mensen kiezen bovendien voor een vrijwillig eigen risico, bovenop het verplichte. Daarbij kiezen veruit de meeste verzekerden voor het maximum vrijwillig eigen risico van 500 euro.

Een vrijwillig eigen risico kan 100, 200, 300, 400 of 500 euro per jaar bedragen. Het maximale eigen risico bedraagt daardoor 885 euro (de verplichte 385 + 500 euro vrijwillig). De trend dat steeds meer verzekerden een vrijwillig eigen risico nemen zet zich door (+ 12% ten opzichte van voorgaande jaren).

Ook in 2018 kiest bijna driekwart van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico voor het maximale bedrag van 500 euro per jaar. Figuur 6.3 toont de verdeling van verzekerden naar hoogte van het vrijwillig eigen risico, in relatie tot het aandeel verzekerden dat geen vrijwillig eigen risico heeft. 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. Figuur 6.4 toont de percentages verzekerden naar hoogte van het vrijwillig eigen risico door de jaren heen.

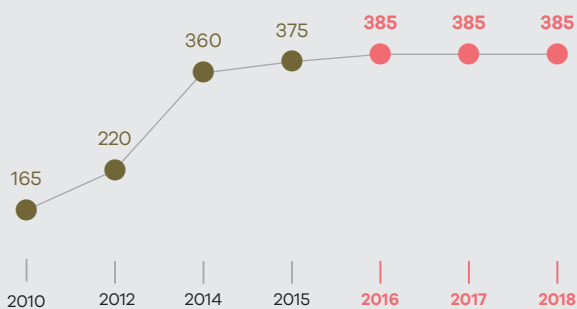
In 2016 maakt de helft van de verzekerden het verplicht eigen risico vol. Kosten van huisartsenzorg, geboortezorg en wijkverpleging vallen niet onder het eigen risico. Er zijn ook verzekerden die wel het verplichte, maar niet het vrijwillig eigen risico vol maken. Zij maken kosten boven het verplicht eigen risico, maar blijven binnen het gekozen vrijwillig eigen risico. In figuur 6.5 geven we voor de verschillende hoogtes van vrijwillig eigen risico weer welk deel van de verzekerden het eigen risico vol maken.



Figuur 6.1

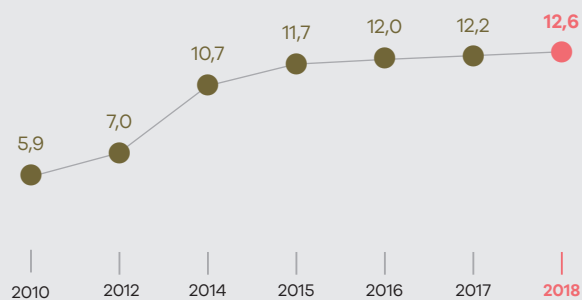
Verplicht eigen risico 3 jaar op rij gelijk

In euro's



Figuur 6.2

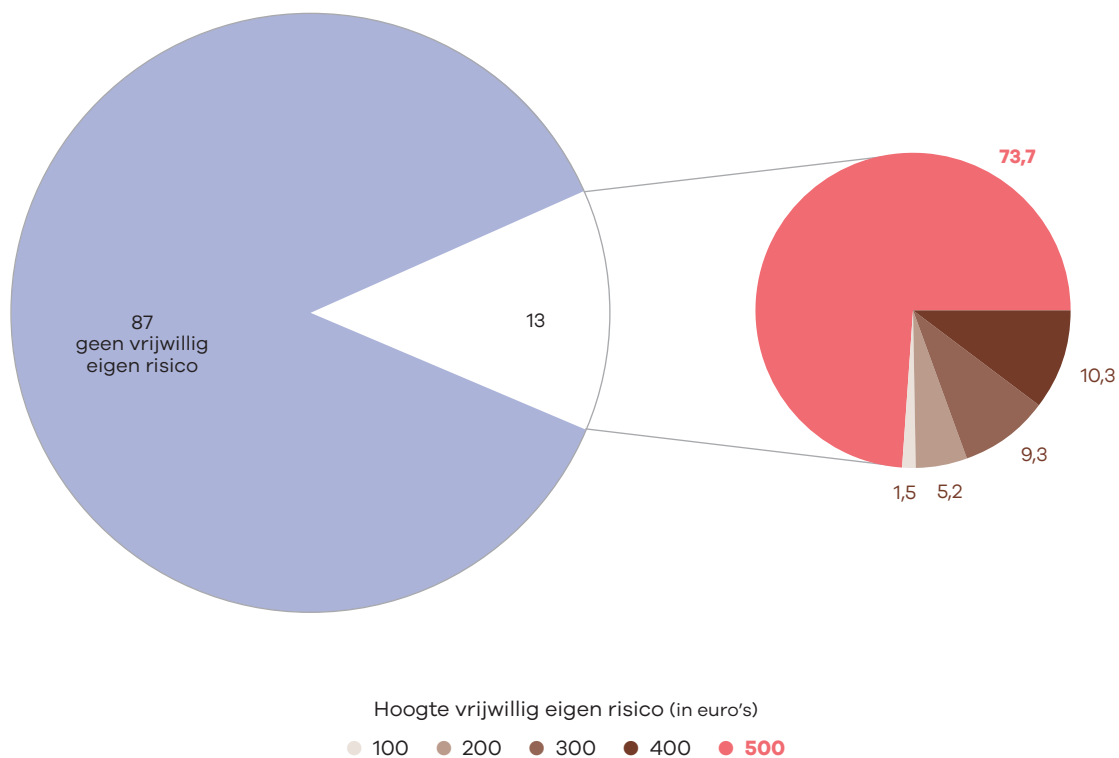
Percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico blijft stijgen in 2018



Figuur 6.3

Bijna driekwart van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico kiest in 2018 voor maximaal bedrag

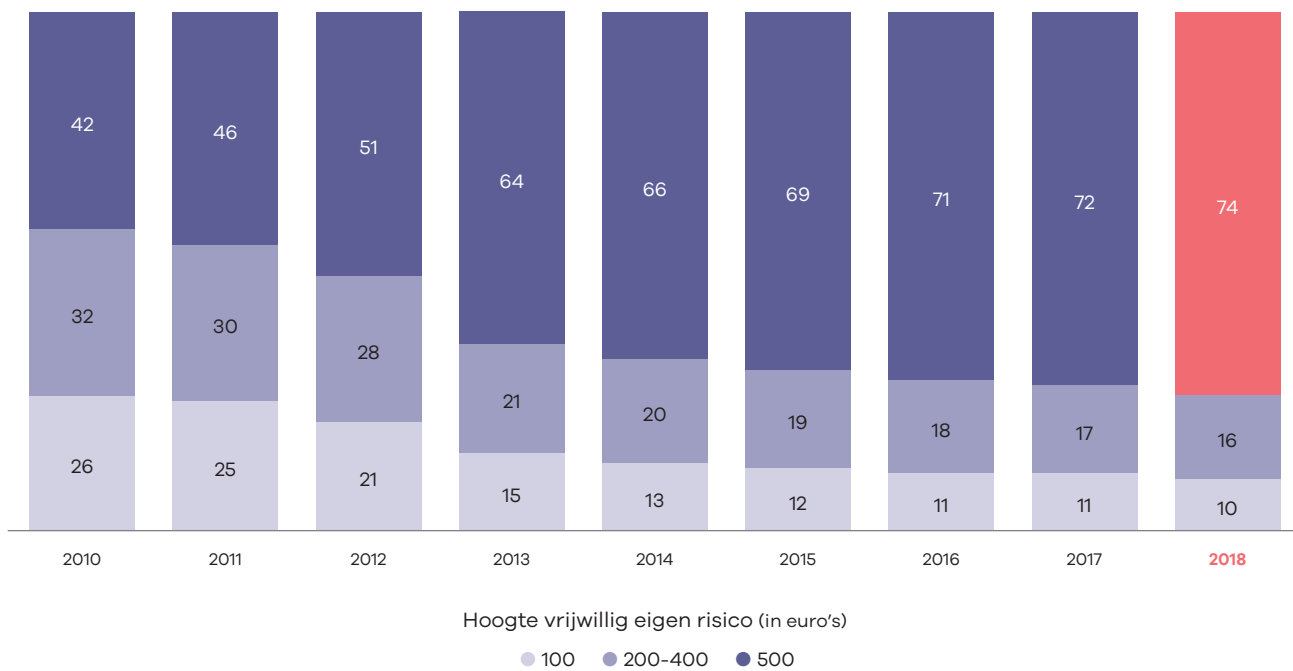
In procenten



Figuur 6.4

Steeds meer verzekerden met een vrijwillig eigen risico kiezen voor maximaal bedrag

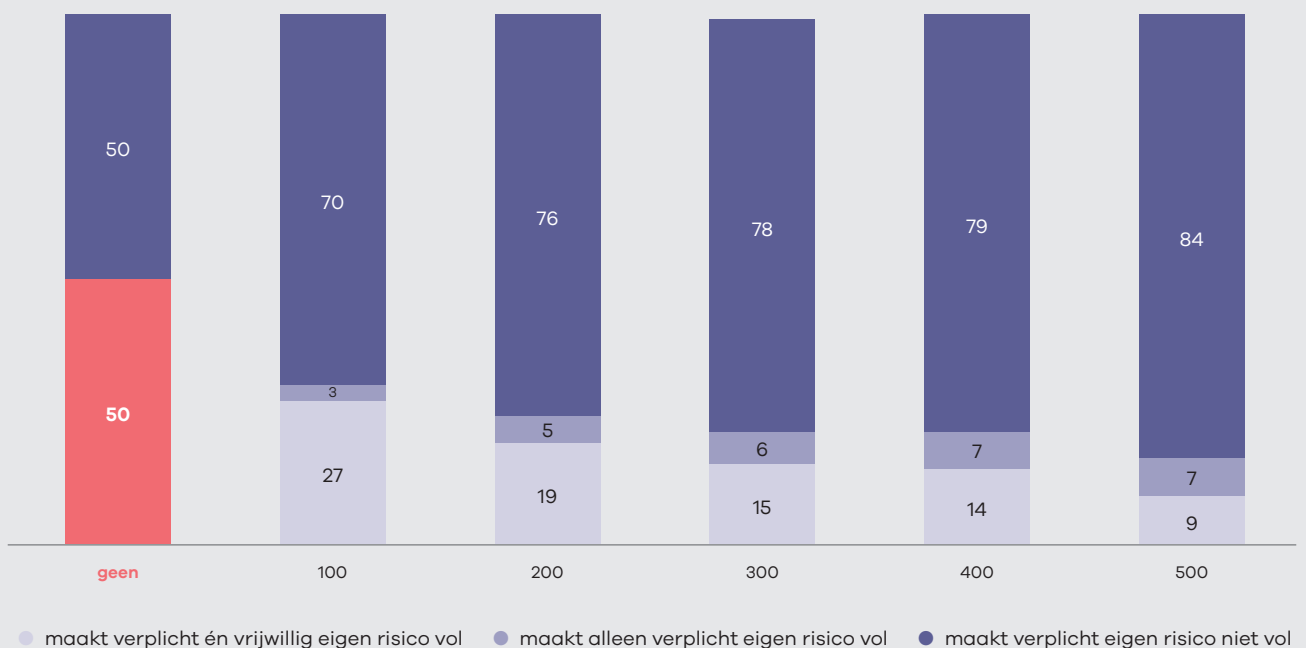
In procenten



Figuur 6.5

Helft verzekerden zonder vrijwillig eigen risico maakt verplicht eigen risico vol in 2016

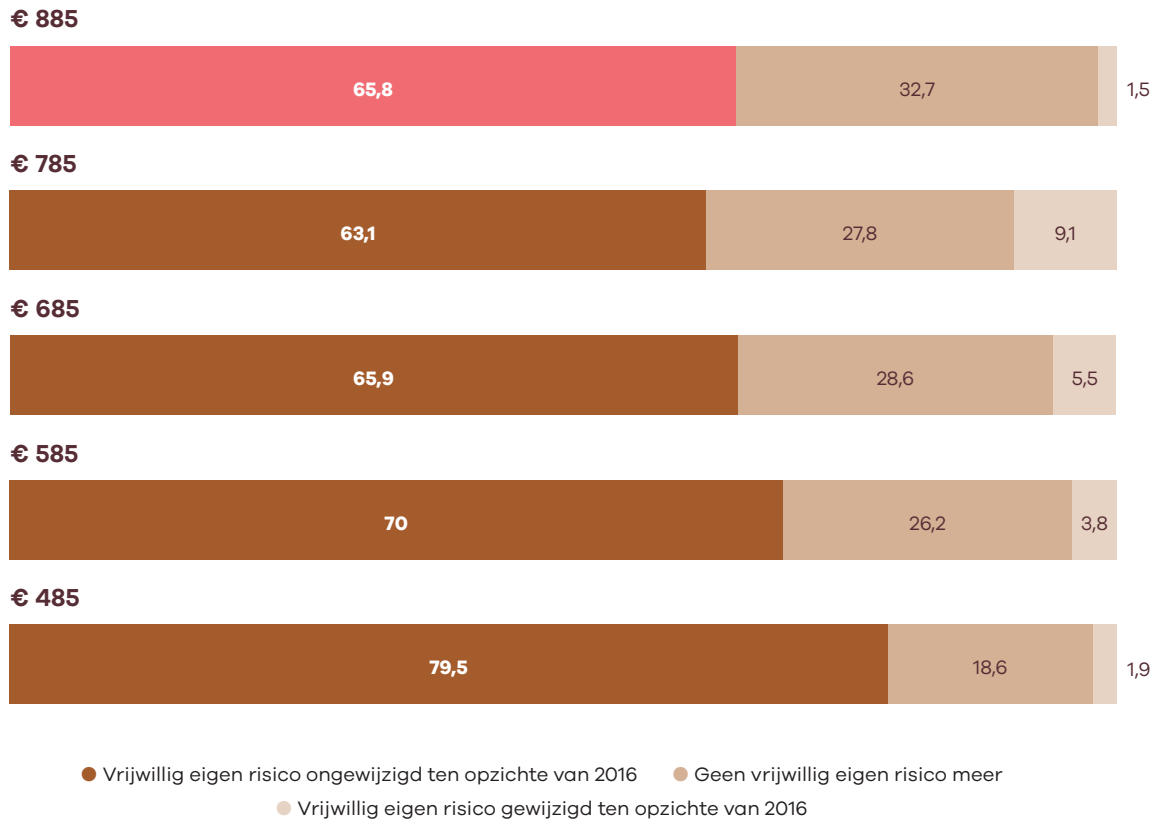
In procenten



Figuur 6.6

Het grootste deel van de verzekerden die in 2016 het vrijwillig eigen risico vol maakten kiest een jaar later opnieuw voor datzelfde eigen risico

In procenten



7. Aanvullende verzekeringen

Een groot deel van de verzekerden heeft naast de basisverzekering ook een aanvullende verzekering afgesloten. Vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is er een gestage afname zichtbaar van het aandeel verzekerden dat een aanvullende verzekering afsluit. In 8 jaar is dit percentage gedaald van 93 naar 84,5. De laatste 4 jaar stabiliseert het percentage rond de 84. In 2016 wordt er ruim 3,9 miljard euro aan zorgkosten vergoed via de aanvullende verzekeringen, 7% meer dan in 2015.

Binnen de aanvullende verzekeringen is er een ruime keuze uit verschillende pakketten, van een minimale basisdekking tot een zeer compleet pakket. In tegenstelling tot de basisverzekering – waarvoor de minister van VWS de dekking bepaalt – bepaalt elke zorgverzekeraar zelf de dekking van de aanvullende pakketten. De premie die een verzekerde hierdoor betaald is minder uniform dan bij de basisverzekering. Tabel 7.1 geeft een overzicht van de gemiddelde betaalde jaarpremie per aanvullend verzekerde.

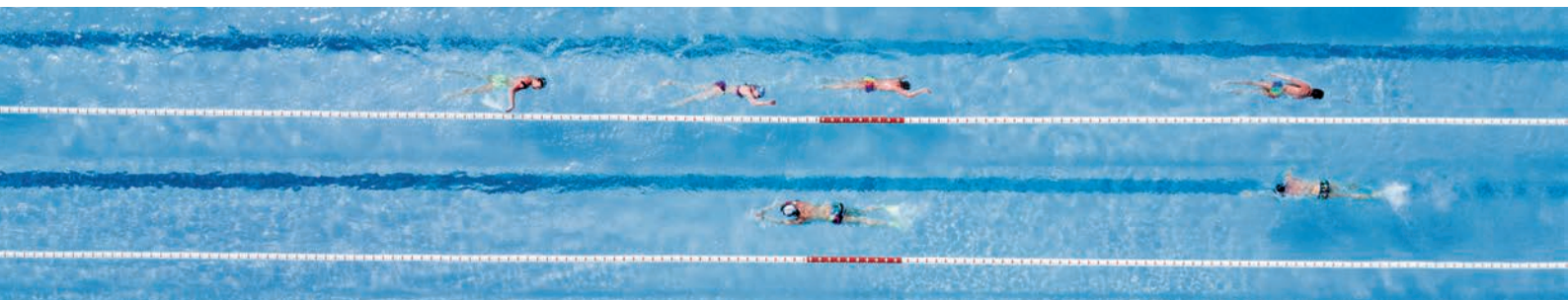
De zorgverzekeraar ontvangt voor de aanvullende verzekering maandelijks een premie, en vergoedt zorgkosten die binnen het aanvullende pakket vallen. Aangezien hier het effect van de verschillen in de aanvullende pakketten speelt, variëren de kosten per verzekerde van verzekeraar tot verzekeraar en van aanvullend pakket tot aanvullend pakket. Daardoor is het weinig zinvol om vergelijkingen te maken tussen verzekerden of verzekeraars.

Wel brengen we jaarlijks de landelijk gemiddelde kosten per verzekerde in kaart en de ontwikkeling in de tijd van deze kosten. In tabel 7.2 is dit overzicht opgenomen. De tabel eindigt bij het jaar 2016, aangezien voor recentere jaren nog geen volledig inzicht beschikbaar is van de binnen de aanvullende verzekeringen vergoede zorgkosten.

In 2016 werd er door de zorgverzekeraars binnen de aanvullende verzekeringen ongeveer 3,9 miljard euro aan zorgkosten vergoed, 7% meer dan in 2015. In tabel 7.2 is goed te zien dat de kosten per verzekerde in 2016 sterker stijgen dan in voorgaande jaren.

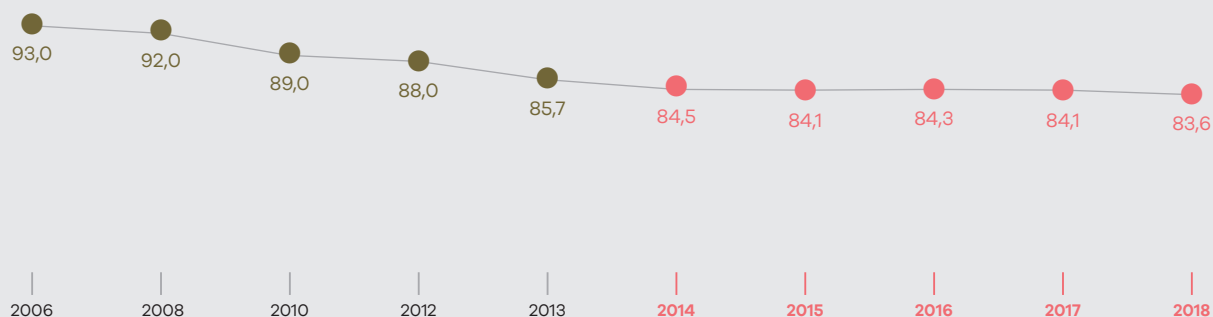
Kijken we naar de verdeling naar soort zorg in 2016, dan is goed zichtbaar dat tandheelkundige zorg en paramedische zorg veruit de grootste kostenposten zijn. Samen zijn ze goed voor bijna driekwart van de vergoede zorg binnen de aanvullende verzekeringen. Voor veel verzekerden is de aanvullende dekking voor tandartskosten en/of orthodontie voor kinderen en/of paramedische kosten (met name fysiotherapie) een belangrijke reden voor het afsluiten van een aanvullende verzekering.

De eerdergenoemde kostenstijging doet zich in 2016 met name voor bij tandheelkundige- en paramedische zorg. Bij de overige zorgsoorten is de ontwikkeling heel beperkt.



Figuur 7.1

Het percentage verzekerden dat kiest voor een aanvullende zorgverzekering stabiliseert de laatste jaren



Tabel 7.1

Gemiddelde jaarpremie per aanvullend verzekerde stijgt licht in 2016

In euro's

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
222	241	263	278	288	308	322	314	306	311	319

Tabel 7.2

Gemiddelde vergoede zorgkosten aanvullende verzekering in 2016 gestegen ten opzichte van eerdere jaren

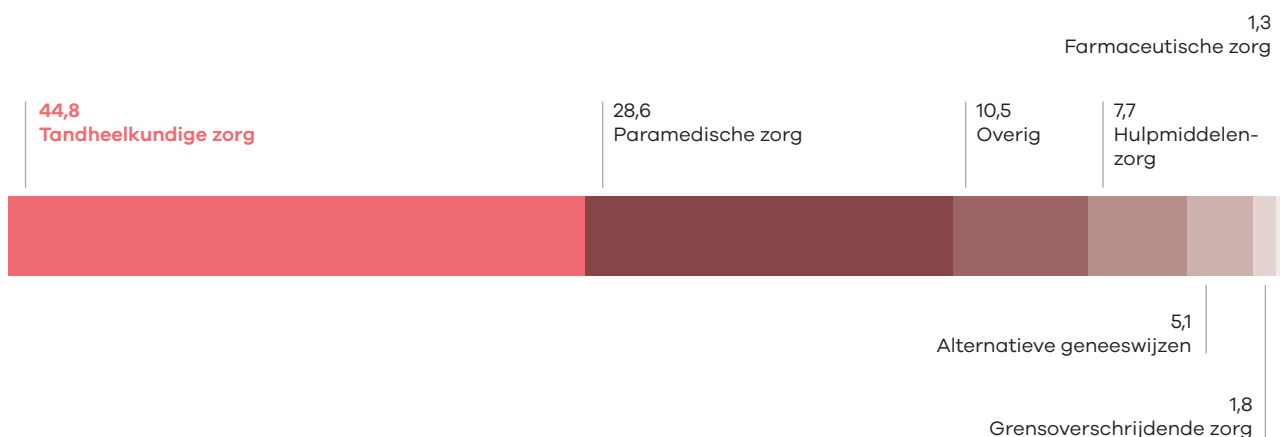
In euro's

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Tandheelkundige zorg	83,96	94,05	104,01	117,79	118,05	126,24
Paramedische zorg	57,50	63,17	64,39	68,27	72,25	80,61
Hulpmiddelenzorg	12,26	15,02	15,04	23,30	20,16	21,72
Grensoverschrijdende zorg	3,16	3,52	4,40	5,16	5,12	5,20
Alternatieve geneeswijzen	7,75	10,28	12,15	13,77	12,90	14,43
Farmaceutische zorg	5,05	2,69	3,69	4,54	3,72	3,80
Overig	24,61	22,35	25,74	33,28	33,10	29,62
Totaal	194,30	211,07	229,42	266,13	265,29	281,62

Figuur 7.2

Meeste vergoedingen aanvullende verzekeringen naar tandheelkundige zorg

In procenten



Verdeling binnen tandheelkundige zorg

Jaarlijks brengen we ook de verdeling binnen de tandheelkundige zorg via de aanvullende verzekeringen in beeld. Dit zie je in tabel 7.3. Ruim driekwart van de volwassenen met een aanvullende verzekering heeft een dekking voor tandheelkundige zorg. Bij de meeste aanvullend verzekerden is tandheelkundige zorg een onderdeel van het aanvullend pakket. Verzekerden die alléén een dekking hebben voor tandheelkundige zorg zijn ver in de minderheid. 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 7.3

Ruim driekwart van de aanvullend verzekerden heeft een dekking voor tandartskosten

	Aanvullende verzekering met daarin geen vergoeding voor tandarts	Alleen tandarts-verzekering	Zowel aanvullende verzekering als tandartsverzekering	Combinatiepakket met daarin ook vergoeding voor tandarts
18-min	45%	4%	32%	19%
18-plus	24%	8%	48%	20%



8. Verantwoording en onderzoeksaanpak

In de periode februari-maart 2018 hebben we een inventarisatie uitgevoerd bij alle zorgverzekeraars in Nederland met betrekking tot verzekerdenmobiliteit. Zorgverzekeraars kregen de vraag hoeveel verzekerden ingestroomd zijn, en hoeveel uitgestroomd. Daarnaast vroegen we naar een aantal kenmerken van de verzekerden, dit is gedaan op zorgverzekeraarniveau. Ook vroegen we watvoor soort verzekeringen zijn afgesloten. Deze inventarisatie is gedaan op polisniveau.

Verzekerden hadden tot uiterlijk 1 januari 2018 om hun polis bij hun zorgverzekeraar op te zeggen en tot uiterlijk 1 februari 2018 om zich weer aan te melden bij een nieuwe zorgverzekeraar. Na 1 februari 2018 hebben we de voor dit onderzoek benodigde gegevens opgevraagd bij zorgverzekeraars. Deze Zorgthermometer geeft een beeld van de marktontwikkelingen rondom het overstapgedrag van verzekerden.

We hebben alle 24 zorgverzekeraars benaderd met het verzoek om gegevens aan te leveren, alle hebben hieraan meegewerkt. Dit betekent dat we de hele verzekerdenpopulatie 2018 in beeld hebben gebracht.

Voor hoofdstuk 1, 3, 6 en 7 van deze Zorgthermometer hebben we aanvullend onderzoek gedaan met behulp van andere bronnen dan de inventarisatie verzekerdenmobiliteit 2018.

In hoofdstuk 1 hebben we voor de bepaling van de verschillende overstapcijfers en de groei of krimp per zorgverzekeraar 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. Voor de analyse naar de overstapfrequenties hebben we gebruikgemaakt van het Vektis

informatiesysteem BASIC. In deze database leggen we op verzekerdenniveau kostengegevens vast per verstrekking en verzekerdenkenmerken. Voor de analyse naar de overstapfrequenties hebben we een koppeling gelegd op verzekerdenniveau tussen BASIC-gegevens van de jaren 2006 tot en met 2011 en de AVG-data van 2012 tot en met 2018.

In hoofdstuk 3 hebben we voor de bepaling van de marktaandelen gebruikgemaakt van de verzekerdenstanden van het Zorginstituut Nederland voor de jaren 2006 tot en met 2013. Voor de jaren 2014 tot en met 2018 hebben we gebruikgemaakt van de verzekerdenstanden uit de AVG.

In hoofdstuk 6 hebben we 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. We hebben de analyse uitgevoerd op gegevens uit 2016. Dit is het meest recente jaar waarvoor de totale zorgkosten voor meer dan 95% zijn uitgedeclareerd.

In (een deel van) hoofdstuk 7 hebben we gebruikgemaakt van de Markt- en Benchmarkenquête 2016 van Vektis. Voor deze inventarisatie vragen we elk jaar op macroniveau gegevens op bij zorgverzekeraars met betrekking tot financiën, kosten en omzet.

9. Begrippenlijst

Verzekerdenmobiliteit

Verzekerdenmobiliteit wordt gedefinieerd als het aantal verzekerden dat op 31 december van een jaar bij een risicodrager was verzekerd en zich per 1 januari van het volgende jaar verzekert bij een andere risicodrager. Verzekerdenmobiliteit betreft dus het overstappen door verzekerden van de ene naar de andere zorgverzekeraar.

Risicodrager

Risicodrager is een ander woord voor zorgverzekeraar.

Basisverzekering

Iedere Nederlander is verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Met de basisverzekering is iedereen verzekerd van medisch noodzakelijke zorg. Zorgverzekeraars moeten op hun beurt iedereen die zich aanmeldt voor de basisverzekering accepteren. Met de basisverzekering heeft een verzekerde recht op de dekking van het basispakket. Dit is een door de overheid samengesteld pakket met wettelijke vergoedingen voor allerlei zorgvormen. Kosten die gemaakt worden vanuit de basisverzekering vallen onder de Zorgverzekeringswet.

Aanvullende zorgverzekering

Nederlanders kunnen zich aanvullend verzekeren voor zorgkosten die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld mondzorg voor personen van 18 jaar en ouder of een uitgebreide dekking voor fysiotherapie.

Collectieve zorgverzekering

Een collectieve zorgverzekering sluit je met een groot aantal mensen af, bijvoorbeeld met een groep werknemers, een sportvereniging of een patiëntenorganisatie. Je krijgt van de zorgverzekeraar korting op de premie voor deze collectieve zorgverzekering.

Restitutiepolis

Essentie van een restitutiepolis is dat je zonder beperking alle zorgkosten die binnen het basispakket vallen, vergoed krijgt. Je hebt daarbij vrije keuze naar welke zorgverlener je gaat. Zorgverzekeraars mogen alleen een marktconform tarief vergoeden.

Naturapolis

Alleen de zorg van zorgverleners met wie de verzekeraars een contract heeft, wordt volledig vergoed wanneer je kiest voor een naturapolis. Bij een naturapolis betaalt je zorgverzekeraar direct de zorgkosten aan de zorgaanbieder.

Combinatiepolis

Een combinatiepolis is een combinatie van een restitutiepolis en een naturapolis. Voor een deel heeft de verzekeraar contracten afgesloten met zorgverleners en voor een deel niet. Soms wordt de zorg (helemaal) vergoed en soms moet je bijbetalen.

Eigen risico

Bij de basisverzekering kennen we een verplicht eigen risico van 385 euro in 2018. Tot dit bedrag moet je de zorgkosten die je maakt zelf betalen, daarboven worden de kosten vergoed door de zorgverzekeraar. Veel zorg uit het basispakket valt onder het eigen risico. Denk hierbij aan een operatie of een bezoek aan de spoedeisende hulp. Ook medicijnen kunnen onder het eigen risico vallen. Naast het verplicht eigen risico is het mogelijk te kiezen voor een vrijwillig eigen risico, bovenop het verplichte deel. Kiezen voor een vrijwillig eigen risico verlaagt de premie van de basisverzekering.

Eigen bijdrage

Voor sommige zorg betalen we een eigen bijdrage. De overheid bepaalt de hoogte van de eigen bijdrage. Medicijnen kennen vaak een eigen bijdrage, net als kraamzorg.

Zorgverzekeringswet

Met de invoering van de Zorgverzekeringwet (Zvw) per 2006 is het vroegere onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden vervallen. De Zvw regelt onder andere het recht op een basisverzekering met een vergoedingspakket voor alle verzekerden.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was in Nederland een verplichte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektenkostenrisico's. De AWBZ was één van de zogenoemde verplichte volksverzekeringen. De wet is vervallen met ingang van 1 januari 2015. Een deel van deze zorg is overgegaan naar de Zorgverzekeringwet. De overblijvende delen van de AWBZ zijn omgevormd tot de Wet langdurige zorg (bron: Wikipedia).

Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening. De Wet langdurige zorg is de opvolger van de AWBZ (bron: Rijksoverheid).

Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De gemeentes voeren deze wet uit. Vanaf 2015 vallen hieronder onder andere dagbesteding, beschermd wonen en huishoudelijke hulp.

Colofon

In deze publicatie staan cijfers uit de zorg rondom een thema of een bepaald jaar centraal. Alles uit de uitgave mag met bronvermelding worden gekopieerd. De inhoud van deze publicatie is met de grootste 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

Marnix Romp
Eline Nijhof MSc

Redactie

Jannie Aartse
dr. Anne de Boo
drs. Marieke Smit
Maïke Krommendijk
Joyce Wagter, tekst

Dank

Wij bedanken drs. Ernst van Koesveld (VWS),
drs. Mathijs Romme (Zorgverzekeraars Nederland),
Menzis, De Friesland, Zorg en Zekerheid en CZ voor
hun bijdragen.

Grafisch ontwerp

Studio S&H, Bunnik

Fotografie bij interviews

Driejuni.nl, Theo Scholten, Doorn

Drukwerk

Drukkerij Roelofs BV, Enschede

Meer informatie

Wil je een exemplaar van deze publicatie ontvangen,
neem dan contact op met Vektis via 030-8008 300 of
stuur een e-mail naar: info@vektis.nl. Deze publicatie is
ook online te raadplegen op www.vektis.nl.

Heb je inhoudelijke vragen over deze publicatie? Stuur
dan een mail naar Marnix Romp: m.romp@vektis.nl.

© 2018 Vektis



