

Bijlagen

Monitor Zorgverzekeringen 2019

Inhoud

Bijlage 1: Definities en begrippen Monitor Zorgverzekeringen 2019

Bijlage 2: Update basisindicatoren risicosolidariteit/ risicoselectie

Bijlage 3: Analyse kruissubsidie tussen polissen
zorgverzekeringsconcerns

Bijlage 1. Definities en begrippen Monitor Zorgverzekeringen 2019

In deze bijlage is weergegeven hoe de belangrijkste cijfers en tabellen in de Monitor Zorgverzekeringen 2019 tot stand zijn gekomen. Onderstaand overzicht toont het hoofdstuk van de marktscan waar het begrip of cijfer voor de eerste keer in de hoofdtekst voorkomt.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
	Algemeen	Basisverzekerden, premiebetalers, 18+-verzekerden of volwassen verzekerden, AV-verzekerden.	NZa via Vektis van Zorgverzekeraars: Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	In de tekst wordt gerefereerd aan drie begrippen voor het terugrekenen van cijfers naar verzekerden: <ul style="list-style-type: none"> - Basisverzekerden zijn alle mensen met een basisverzekering (BV). - Premiebetalers, 18+-verzekerden of volwassen verzekerden: Veel getallen berekenen we alleen voor het aantal volwassen verzekerden, omdat consumenten onder de 18 geen premie betalen. - AV-verzekerden: Dit zijn de mensen met een aanvullende verzekering (AV). Dit aantal is kleiner dan het totaal aantal basisverzekerden, omdat een aanvullende verzekering niet verplicht is.
	Algemeen	Verzekerden-aantallen	NZa via Vektis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	Voor veel indicatoren in de marktscan worden verzekerdenaantallen gebruikt. Bijvoorbeeld bij het berekenen van gewogen gemiddelden en om cijfers terug te rekenen naar een bedrag per verzekerde. Daar waar dit is gedaan, is niet apart de bron voor de verzekerdenaantallen genoemd.
1.	2	Overzicht zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars melden o.a. aanvang, beëindiging, fusies, naamswijziging bij de NZa.
2.	2	Zorgverzekeraar	Zvw	Zorgverzekeraars bieden zorgverzekeringen aan in de zin van de

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
				Zorgverzekeringswet (Zvw)
3.	2	zorgverzekeringsconcern	Algemeen	Wij zien een zorgverzekeringsconcern als een groep van ondernemingen waarbinnen door een of meer van deze ondernemingen zorgverzekeringen in de zin van de Zvw worden aangeboden.
4.	2	Volmacht	Algemeen	Een (model)polis van een zorgverzekeraar kan ook worden aangeboden door een gevolmachtigd agent van die zorgverzekeraar. De gevolmachtigd agent sluit de overeenkomst (al dan niet via een tussenpersoon) voor rekening en risico van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar blijft zelf risicodragend.
5.	2	Marktaandelen concerns	NZa via Vektis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	Cijfers zijn berekend op basis van verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar en geaggregeerd op concern niveau. De vier grote concerns zijn Achmea, VGZ, CZ en Menzis. De overige concerns zijn DSW-SH, ONVZ, Zorg en Zekerheid, ASR, IptiQ en Eno.
6.	2	Concentratie (HHI landelijk en per provincie)	NZa via Vektis Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag; jaarlijks	De Herfindahl Hirschman Index (HHI) berekenen we op basis van de verzekerdenaantallen. In tegenstelling tot het berekenen van marktaandelen, sluiten we hier verzekerden die in het buitenland wonen uit. De HHI is de som van de kwadraten van alle relatieve marktaandelen x 10.000. We hebben de HHI berekend op het niveau van de zorgverzekeringsconcerns zowel landelijk als per provincie. Er is gekeken op concernniveau omdat op dit niveau zorg wordt ingekocht (en bij sommige concerns als inkoopcombinatie van concerns).
7.	3	Inkomsten BV	1. Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2. Rijksbegroting VWS	Nominale premies op basis Gegevensvraag verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag: Met het aantal individueel en collectief verzekerden 18+ gecombineerd met de premies en collectieve kortingen per polis is het totaal van de nominale premies berekend, inclusief collectieve kortingen, exclusief andere kortingen.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			2019	Eigen risico en Vereveningsbijdragen uit het zorgverzekeringsfonds: In de begroting van VWS is hiervoor jaarlijks een raming opgenomen en zijn bedragen uit voorgaande jaren waar mogelijk bijgesteld op basis van gerealiseerde bedragen.
8.	3	Zorguitgaven BV per verzekerde 18+	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde "Jaarcijfers Basisverzekering"	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering exploitatieresultaat BV / aantal verzekerden 18+ BV De zorguitgaven zijn per verzekerde 18+ weergegeven voor het lopende jaar, inclusief de ramingen van zorgverzekeraars voor nog te ontvangen declaraties en exclusief de afloop van ramingen uit voorgaande jaren.
9.	3	Bedrijfskosten BV per verzekerde 18+	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde "Jaarcijfers Basisverzekering"	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: bedrijfskosten / aantal verzekerden 18+ BV Toelichting acquisitiekosten: Acquisitiekosten zijn zowel middellijke als onmiddellijke kosten die betrekking hebben op het sluiten van verzekeringsovereenkomsten. Zij bestaan uit variabele kosten in verband met het afsluiten of vernieuwen van deze overeenkomsten, maar ook salariskosten van loondienstagenten. Acquisitiekosten kunnen bestaan uit zowel provisies (aanbrengprovisie) als overige kosten (bijvoorbeeld reclamekosten).
10.	3	Reclamekosten BV, totaal en per verzekerde 18+	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde "Jaarcijfers	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: totale reclamekosten kosten per verzekerde: reclamekosten / aantal verzekerden 18+ BV

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			Basisverzekering"	
11.	3	Resultaten risicoverevening	Algemeen	De resultaten over de laatste twee jaren zijn nog voorlopig. Er kunnen nog zorgnota's worden gedeclareerd en de ex ante bijdragen zijn nog deels gebaseerd op voorlopige opgaven van verzekerdenkenmerken door de zorgverzekeraars.
12.	3	Resultaat ex ante risicoverevening	NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage)	De bedragen volgen rechtstreeks uit de bron: (ex ante deelbijdragen – werkelijke kosten) / verzekerden 18+ betreffend jaar De ex ante deelbijdragen zijn bepaald op basis van verzekerdenkenmerken, waarbij voor ieder kenmerk per verzekerde een vooraf een bepaald bedrag is vastgesteld. Kenmerken zijn bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en chronische aandoeningen.
13.	3	Ex post compensaties zorgkosten	NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage)	De bedragen volgen rechtstreeks uit de bron: ex post compensaties zorgkosten / aantal verzekerden 18+ Ex post compensaties vormen een risicoverevening achteraf op basis van gerealiseerde zorgkosten. Hierbij gaat het nog maar om een beperkt aantal zorgkosten die moeilijk vooraf te voorspellen zijn (vaste kosten), zoals de kosten van bepaalde dure geneesmiddelen in ziekenhuizen.
14.	3	Resultaat verplicht eigen risico	NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage) Werkelijke schade	De bedragen volgen rechtstreeks uit de bronnen. Resultaat eigen risico = werkelijke schade t.l.v. verplicht eigen risico minus geraamde opbrengst normatief eigen risico. De geraamde opbrengst normatief eigen risico wordt bij de vaststelling van de risicoverevening in mindering gebracht op de bijdrage die de zorgverzekeraars

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			t.l.v. verplicht eigen risico: Jaar- en kwartaalstaten zorgverzekeraars Zvw	krijgen voor zorgkosten. De opbrengst normatief eigen risico wordt ex-ante bepaald op basis van verzekerdenkenmerken. Vanaf 2018 wordt daarbij rekening gehouden met de kosten per verzekerde over de voorafgaande drie jaren, waardoor de ex-ante vaststelling nauwkeuriger wordt.
15.	3	Exploitatie-resultaat BV	NZa op basis van de door de zorgverzekeraars gepubliceerde "Jaarcijfers Basisverzekering"	Deze indicator leiden we rechtstreeks af uit de Jaarcijfers Basisverzekering: exploitatieresultaat BV / aantal verzekerden 18+ BV De Jaarcijfers Basisverzekering bestaan uit diverse posten die in de tabel per verzekerde 18+ zijn weergegeven.
16.	3	Solvabiliteit	Zorgverzekeraars; Jaarcijfers Basisverzekering	De bedragen van vereiste en aanwezige solvabiliteit onder Solvency II zijn als aparte posten weergegeven in de door de zorgverzekeraars vanaf 2014 gepubliceerde Jaarcijfers Basisverzekering. $\text{Solvabiliteitsratio} = (\text{aanwezige solvabiliteit} / \text{minimaal vereiste solvabiliteit}) * 100\%$
17.	4	Aantal polissen basisverzekering	NZa, bestand Modelovereenkomsten	De NZa beschikt over een bestand met alle modelovereenkomsten voor de basisverzekering van 2006 tot heden. Dit bestand is gebruikt om te kijken hoeveel en wat voor polissen er op de markt zijn. Het bestand is gebaseerd op de publicaties door zorgverzekeraars van hun polisvoorwaarden en premies per modelovereenkomst. De modelovereenkomst is eigenlijk het model van de polisvoorwaarden van een bepaalde zorgverzekering. We noemen dit in de marktscan kortweg 'polis' of

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
				'basispolis'.
18.	4	Aantal aangeboden polissen naar soort polis	NZa, bestand Modelovereenkomsten	Het bestand modelovereenkomsten bevat per polis een identificatie van soort polis op basis van de polisvoorwaarden: natura, restitutie, combinatie.
19.	4	Niet gecontracteerde zorg	NZa, bestand Modelovereenkomsten	Niet gecontracteerde zorg betreft zorg geleverd door zorgaanbieders die geen contract hebben gesloten over zorglevering met de zorgverzekeraar van de verzekerde die de betreffende zorg heeft afgenomen. Voor deze zorg geldt dat de zorgverzekeraar een vergoeding mag bepalen. Deze vergoeding mag geen hinderpaal vormen voor de verzekerde om zorg af te nemen bij een niet ge contracteerde zorgaanbieder.
20.	4	Percentage verzekerden per gekozen soort polis	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Aantal verzekerden per soort polis / totaal aantal verzekerden
21.	4	Polissen met beperkende voorwaarden	NZa, bestand Modelovereenkomsten	Er is geen sluitende definitie voor polissen met beperkende voorwaarden. Voor het onderzoek is daarom gekeken naar zorgpolissen met bepaalde beperkende kenmerken: – selectieve contractering van zorgaanbieders; – een relatief lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, minder dan 75%; – de verplichting om geneesmiddelen online te bestellen bij een bepaalde aanbieder.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
22.	4	Vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg	NZa, bestand Modelovereenkomsten	De vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg volgen uit de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars.
23.	4	Aantal en percentage verzekerden met polis met beperkende voorwaarden	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Percentage verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden = (aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden / totaal aantal verzekerden) x 100% Het aantal verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden komt rechtstreeks uit de bron Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag.
24.	4	Digitale polissen	NZa uitvraag digitale polissen	In de uitvraag digitale polissen vraagt de NZa per polis naar het aantal verzekerden dat de polis op papier ontvangt en het aantal verzekerden dat de polis digitaal ontvangt. Ook vraagt de NZa per polis naar de gebruikte middelen voor de bekendmaking van de premie, het indienen van declaraties en de overige communicatie met verzekerden. Dat kan gaan om papieren post, e-mail, telefoon, chat-applicatie, app, social media en eventuele andere door de zorgverzekeraars genoemde middelen. Daarnaast vraagt de NZa of het in de afgelopen jaren is voorgekomen dat verzekeringnemers te laat op de hoogte zijn gesteld van de nieuwe premie voor het komend jaar.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
25.	4	Percentage aanvullend verzekerden	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Percentage aanvullend verzekerden = (aantal verzekerden AV / aantal verzekerden BV) * 100% Tevens gespecificeerd naar individueel en collectief verzekerden.
26.	4	Aanvullend verzekerden met en zonder mondzorg	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Aantal volgt direct uit de data. Percentage: Aantal verzekerden AV met c.q. zonder mondzorg / aantal verzekerden AV
27.	4	Aanvullend verzekerd bij andere verzekeraar	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Een aantal verzekerden heeft alleen de aanvullende verzekering afgesloten bij een bepaalde zorgverzekeraar en de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar. Percentage: aantal betreffende verzekerden / totaal aantal verzekerden AV
28.	4	Percentage collectief en individueel verzekerden	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Percentage collectief c.q. individueel verzekerden = (som van aantal collectief c.q. individueel verzekerden per polis / som van totaal aantal verzekerden per polis) (Met polis is ook hier de modelovereenkomst bedoeld.)
29.	4	Soort collectiviteit	NZa uitvraag Collectiviteiten	De soorten collectiviteiten die de NZa in de uitvraag collectiviteiten heeft benoemd: werkgevers, patiëntenvereniging, gemeentecollectiviteit, pseudo-collectiviteit (ook wel als "overige" aangeduid).
30.	4	Aantal en percentage verzekerden per soort collectiviteit	NZa uitvraag Collectiviteiten	Aantal verzekerden per soort collectiviteit volgt direct uit de uitvraag. Percentages naar soort collectiviteit berekend op basis van de specificatie in de uitvraag.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
31.	4	Risicoselectie	Kenmerken per verzekerde voor de risicoverevening.	De NZa gebruikt een set basisindicatoren voor het monitoren van signalen van risicoselectie. Deze zijn voor het eerst gepresenteerd in juni 2015 (NZa, 25 juni 2015). De set van basisindicatoren is voor het eerst toegepast op concern- en polisniveau voor de jaren 2010 tot en met 2013. De resultaten van deze analyse zijn in januari 2016 gepubliceerd (NZa, 29 januari 2016). Met een kwalitatief onderzoek is nadere duiding gegeven aan de kwantitatieve analyse. Deze bevindingen kwamen in september 2016 uit (NZa, 26 september 2016). Nu hebben we de kwantitatieve analyses geactualiseerd op basis van gegevens over de jaren 2014 tot en met 2017.
32.	4	Inkomensafhankelijke bijdrage	Rijksbegroting VWS 2019	De gemiddeld per volwassen verzekerde te betalen inkomensafhankelijke premie is rechtstreeks afkomstig uit de bron: Rijksbegroting VWS 2019, Figuur 6 op pagina 235. Het betreft een raming.
33.	4	Opbouw nominale basispremie	Zorgverzekeraars; uniform overzicht opbouw premie	Zorgverzekeraars publiceren de opbouw van hun nominale premie voor het komende jaar tegelijk met het bekend maken van hun premie en op uniforme wijze. De NZa heeft ook inzicht in het aantal premiebetalende verzekerden per zorgverzekeraar. In combinatie daarmee kunnen voor de marktscan een aantal berekeningen worden gemaakt, waaronder een specificatie van de gewogen landelijk gemiddelde premieopbouw. Het betreft uiteraard ramingen. Het totaal van de geraamde basispremie in het overzicht is de nominale premie zonder aftrek van collectieve en andere kortingen.
34.	4	Gemiddeld betaalde	NZa op basis:	Met het aantal individueel en collectief verzekerden 18+ gecombineerd met de

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
		nominale premie	1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	premies en collectieve kortingen per polis is een gewogen gemiddelde berekend van de betaalde premie per polis inclusief collectieve kortingen, exclusief andere kortingen.
35.	4	Gemiddelde betaalde premie per polissoort	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Idem als hierboven, maar dan per polissoort. De indeling in vier categorieën betekent wel iets voor de interpretatie van de uitkomsten. We hebben apart de gemiddelde prijs gedefinieerd van de polissen met beperkende voorwaarden. De polissen met beperkende voorwaarden zijn in feite naturapolissen. Alleen in 2015 betreft het ook twee combinatiepolissen en in 2016 één combinatiepolis.
36.	4	Prijs individuele versus collectieve verzekeringen	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Basispremie, betaalde premie en collectieve korting. Voor individueel verzekeren is de betaalde premie gelijk aan de basispremie. Collectief verzekeren betalen de basispremie minus collectieve korting. Input op polisniveau voor de berekening: - premiegrondslag (basispremie) - aantal verzekeren 18+ individueel - aantal verzekeren 18+ collectief - gemiddelde collectieve korting voor collectief verzekeren
37.	4	Gemiddelde premie	1e	De berekening is in principe gelijk aan die bij "Prijs individuele versus collectieve

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
		van polissen met en zonder collectieve korting	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	verzekeringen". Maar nu is onderscheid gemaakt tussen polissen die met en zonder mogelijkheid van collectieve korting worden aangeboden.
38.	4	Opslag collectieve korting	1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten	Zorgverzekeraars die op een polis collectieve korting geven verhogen voor de financiering daarvan de basispremie met een opslag voor collectieve korting. Wij hebben voor de polissen waarbij collectieve korting mogelijk is de opslag voor collectieve kortingen berekend. Opslag collectieve korting = totaalbedrag collectieve korting / totaal aantal premiebetalers
39.	4	Prijsvoordeel collectieve verzekeringen per soort collectiviteit	NZa op basis: 1e Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag 2e bestand NZa Modelovereenkomsten 3e NZa uitvraag	Berekening gaat als volgt: Gemiddeld betaalde nominale premie individueel verzekerden - gemiddeld betaalde nominale premie collectief verzekerden (naar soort collectiviteit) Input (uit al beschreven indicatoren): - gemiddeld betaalde premie individueel verzekerden (Modelovereenkomsten en Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag) - gemiddelde korting per soort collectiviteit (uitvraag Collectiviteiten) Het betreft ook hier gewogen gemiddelden op basis aantal verzekerden * betaalde premie c.q. collectieve korting.

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			Collectiviteiten	Met ingang van 2017 heeft de NZa de uitvraag collectiviteiten uitgebreid met collectiviteiten via gemeenten (voor mensen met een laag inkomen). In vorige jaren vielen deze collectiviteiten onder 'Overig'.
40.	5	Aantal verzekerden	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Het aantal verzekerden basisverzekering en aanvullende verzekering komt rechtstreeks uit de bron.
41.	5	Aantal onverzekerden	De Staat van Volksgezondheid en Zorg, cijfers van het CAK	Aantallen zijn rechtstreeks overgenomen uit de bron. https://www.staatvenz.nl/
42.	5	Aantal wanbetalers	De Staat van Volksgezondheid en Zorg, cijfers van het CAK	Aantallen zijn rechtstreeks overgenomen uit de bron. https://www.staatvenz.nl/
43.	5	Labels	Algemeen	Dit is het merk of de handelsnaam waaronder een zorgverzekering wordt aangeboden.
44.	5	Publicatiedatum premie	Zorgverzekeraars; persberichten, websites	Voor de publicatiedatum van de premie per polis hebben we de websites van zorgverzekeraars, persberichten en nieuwsberichten gemonitord, o.a. met behulp van nieuws-alerts.
45.	5	Vindbaarheid informatie	Brief NZa van 7 maart 2019 onderwerp: Acties NZa tijdens de overstapperiode 2018/2019	In deze brief rapporteert de NZa over haar bevindingen van het onderzoek vindbaarheid tijdens de overstapperiode 2018-2019. De NZa heeft een extern onderzoeksbureau onderzoek laten doen naar de vindbaarheid van essentiële informatie: Rapport vindbaarheid van informatie 2018-2019 .

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
46.	5	Besparing premie door overstappen	premiegrondslag: bestand NZa Modelovereenkomsten betaalde premie en aantal verzekerden: Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Som van (prijs per polis en contractsoort jaar t * aantal verzekerden 18+ per polis en contractsoort jaar t) - som van (prijs per polis en contractsoort jaar t * aantal verzekerden 18+ per polis en contractsoort jaar t-1) Contractsoort: individueel of collectief verzekerd Een verschil in aantal verzekerden tussen jaar t en jaar t-1 wordt geëlimineerd door het aantal verzekerden verschil op te nemen tegen gemiddelde premie.
47.	5	Aantal overstappers	Vektis / VECOZO en Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	M.i.v. 2014 op basis geaggregeerde cijfers uit AVG (Aanleveren Verzekerden Gegevens) waarin de zorgverzekeraars hun verzekerdenmutaties aanleveren. Percentage: Berekening op basis uitstroom en instroom van verzekerden per zorgverzekeraar van 31 december jaar t-1 op 1 januari jaar t. Afgezet tegen totaal aantal verzekerden op peilmoment 1 januari 00:00 uur. Verdeling naar individueel en collectief verzekerden voor alle jaren op basis van de verhoudingen van overstappers in de Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag.
48.	5	Prijsgevoeligheid	Formule prijsgevoeligheid: NZa-researchpaper: <i>Measuring consumer</i>	De definitie van prijsgevoeligheid komt uit het genoemde NZa-researchpaper. We gebruiken onderstaande formule uit dit paper:

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
			<p><i>premium elasticities in health insurance: A new approach</i> (2007)</p> <p>Premiegrondslag: bestand NZa Modelovereenkomsten</p> <p>Betaalde premie (P) en aantal verzekerden (x): Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag</p>	$\varepsilon^*(\alpha) = - \frac{\sum_{l=1}^N \sum_{k=i,g} P_{k,l} (x_{k,l,t} - x_{k,l,t+1})}{\frac{1}{2} \sum_{l=1}^N \sum_{m=1}^N \frac{x_{i,l,t}}{P_{i,l}} ((P_{i,l} - P_{i,m})^2 + \alpha (P_{i,l} - P_{g,m})^2) + \frac{x_{g,l,t}}{P_{g,l}} (P_{g,l} - P_{g,m})^2}$ <p>De formule vullen we met de andere bronnen zoals die genoemd staan. Voor een nadere uitleg wordt verwezen naar het researchpaper.</p>
49.	5	Sturing met eigen risico	NZa; polisvoorwaarden en websites zorgverzekeraars	Aan de hand van de polisvoorwaarden en websites van zorgverzekeraars is vastgesteld of een zorgverzekeraar het eigen risico inzet als sturingsinstrument door bepaalde zorg of zorgaanbieders aan te wijzen waarvoor geen eigen risico geldt (naast de wettelijk van het eigen risico vrijgestelde zorgprestaties).
50.	5	Gemiddelde premiekorting vrijwillig eigen risico	bestand NZa Modelovereenkomsten	We berekenen een ongewogen gemiddelde van alle polissen, om een beeld te vormen van de geboden korting. De exacte prijzen van polissen en eigen risicokortingen zijn bekend uit de premie-tabellen die de zorgverzekeraars publiceren. Ontbrekende prijzen, als een bepaalde categorie eigen risico niet

Nr	Hoofdstuk	Begrip	Bron(nen)	Definitie/berekening
				wordt aangeboden bij een verzekering, zijn niet meegeteld in de berekening.
51.	5	Spreiding premiekorting vrijwillig eigen risico	bestand NZa Modelovereenkomsten	Voor deze analyse hebben we per categorie eigen risico de hoogste en de laagste waarde van de kortingen genomen en daarvan eveneens het verschil laten zien.
52.	5	Spreiding korting per polis bij vrijwillig eigen risico van 500 euro	bestand NZa Modelovereenkomsten	Voor deze analyse hebben we voor de categorie eigen risico van 500 euro de korting per polis per jaar genomen. Hierover is enkel in de tekst gerapporteerd. In vorige jaren is een boxplot opgenomen.
53.	5	Percentage verzekerden per eigen risico categorie	Gegevensvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag	Som van aantal verzekerden 18+ per polis per vrijwillig eigen risico categorie (categorie 0, 100, 200, 300, 400, 500 euro vrijwillig ER) gedeeld door het totaal aantal verzekerden 18+.
54.	5	Verzekerden met een verzekering van het verplicht eigen risico.	NZa uitvraag Collectiviteiten (waarin ook uitvraag verzekering eigen risico)	Aantal: direct uit de bron opgeteld. Percentage: (som van aantal verzekerden 18+ met herverzekering van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar / totaal aantal verzekerden 18+) * 100%

Bijlage 2. Update basisindicatoren risicoselectie/ risicosolidariteit

De NZa gebruikt een set basisindicatoren voor het monitoren van signalen van mogelijke risicoselectie. De set van basisindicatoren is voor het eerst toegepast op concern- en polisniveau voor de jaren 2010 tot en met 2013. De resultaten van deze analyse zijn in januari 2016 gepubliceerd (NZa, 29 januari 2016). Met een kwalitatief onderzoek is nadere duiding gegeven aan de kwantitatieve analyse. Deze bevindingen kwamen in september 2016 uit (NZa, 26 september 2016). In het rapport 'Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt' staat een beschrijving van definities en methoden die de NZa hierbij hanteert. In 2017 is een update van de indicatoren voor de periode 2011-2014 opgenomen in de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017 en in 2018 voor 2013 - 2016.

In deze update zijn de volgende gegevens geactualiseerd:

- Definitieve kostencijfers 2016 (van zorgverzekeraars)
- Voorlopige kostencijfers 2017 (van zorgverzekeraars)
- Kenmerken van verzekerden 2014, 2015 en 2017 (van ZiN)
- Gegevens over poliskeuze van verzekerden 2016 t/m 2017 (van Vektis)

Beschrijving van de indicatoren

De basisindicatoren zijn gebaseerd op het ex-ante vereveningsresultaat. We gebruiken het gestandaardiseerde vereveningsresultaat in plaats van het daadwerkelijke ex-ante vereveningsresultaat en noemen dit in de rest van de tekst 'resultaat' of 'vereveningsresultaat'. Dit resultaat is eenvoudig te begrijpen en vergelijkbaar tussen alle jaren. Het landelijk gemiddelde van het resultaat is ieder jaar nul. Het resultaat ligt boven het gemiddelde (maar hoeft geen winst te zijn) als het positief is en onder het gemiddelde (maar hoeft geen verlies te zijn) als het negatief is.

De indicatoren geven het volgende weer:

- Het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar op de totale populatie van de polis (indicator T). Verzekerdenjaar betekent dat we rekening houden met de duur van inschrijving. Verzekerden die halverwege het jaar ingeschreven worden (pasgeborenen, overledenen) tellen minder dan 1 verzekerdenjaar mee.
- Het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar op de uitstroom, dus op de verzekerden die overstappen naar een andere polis (indicator U). Deze indicator corrigeren we voor het resultaat op de verzekerden die niet uitstromen (indicator U-Tblijvers).
- Het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar op de instroom, dus op de nieuwe verzekerden in een bepaald jaar, berekend vóór en ná de overstap (indicatoren I* en I).

Een indicator met een resultaat dat (significant) boven nul ligt wijst op een gezondere populatie dan gemiddeld en andersom, een resultaat dat (significant) onder nul ligt wijst op een ongezondere populatie dan gemiddeld. Indicator T geeft een beeld van de huidige situatie,

indicatoren U, $U-T_{\text{blijvers}}$ en I geven inzicht in de ontwikkelingen. Als een polis een positief resultaat heeft op de totale populatie (T) en op de instroom (I), maar een negatief resultaat op de uitstroom (U en $U-T_{\text{blijvers}}$), dan heeft deze polis boven gemiddeld veel gezonde verzekerden waarbij het aandeel gezonde verzekerden op de polis blijft groeien. De polis draagt bij aan segmentatie op de polismarkt en heeft een sterke aanwijzing voor risicoselectie.

Indicatoren I^* en V gebruiken we als robuustheidscheck.

Samenhang tussen de indicatoren

Hoe identificeren we polissen die bijdragen aan segmentatie van de markt en een aanwijzing vormen voor risicoselectie? Hiervoor gebruiken we de basisindicatoren. Onderstaande tabel maakt inzichtelijk welke combinaties van uitkomsten van indicatoren een aanwijzing vormen voor risicoselectie. De eerste twee combinaties vormen een sterke aanwijzing, terwijl de laatste twee beperkte aanwijzingen zijn.

Tabel 1 Aanwijzingen voor risicoselectie

Indicator	Sterke aanwijzing 1	Sterke aanwijzing 2	Beperkte aanwijzing 3	Beperkte aanwijzing 4
T	Positief of eventueel niet relevant	Negatief of eventueel niet relevant	Positief, negatief of eventueel niet relevant	Positief, negatief of eventueel niet relevant
I	Positief	Negatief	Positief of negatief	Niet relevant
I^*	Positief	Positief, negatief of niet relevant	Hetzelfde teken als I	Niet relevant of eventueel positief of negatief
U	Negatief of niet relevant	Positief of niet relevant	Niet relevant of eventueel hetzelfde teken als T	Positief of negatief
$U-T_{\text{blijvers}}$	Negatief	Positief	Niet relevant	Hetzelfde teken als U
V	Niet relevant	Niet relevant	Niet relevant	Niet relevant

De term 'niet relevant' betekent dat het gemiddelde relevantieniveau van de indicator over de onderzochte periode onder 1 is.

Veranderingen in de verevening

In 2015 en 2016 is een aantal aanpassingen doorgevoerd in het risicovereveningssysteem. In 2015 is onder andere een nieuw model voor kosten verpleging en verzorging ingevoerd. Verder zijn de kosten voor geriatrische revalidatiezorg en de kosten voor extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (overgeheveld vanuit de AWBZ) aan de kosten somatische zorg toegevoegd. Ook een aantal kenmerken van het somatisch model is vernieuwd (farmaciekostengroepen en sociaal-economische status) of als nieuw toegevoegd (generieke somatische morbiditeit, een kenmerk dat rekening houdt met hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken en ouderen). Voor de details zie de brief van de Minister VWS aan de Tweede Kamer (19 september 2015, [Ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2015](#))

In 2016 zijn verdere aanpassingen gedaan aan het risicovereveningssysteem. Zo is een apart model voor de langdurige ggz ingevoerd en zijn drie nieuwe kenmerken (gebaseerd op gebruik van fysiotherapie, wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg

respectievelijk) opgenomen in het somatisch model om de compensatie voor chronisch zieken te verbeteren. Brief van de Minister VWS aan de Tweede Kamer (1 september 2016, [Risicodragendheid 2016](#), en 16 juni 2015, [Risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken](#)). Ook in 2017 is het systeem van risicoverevening gewijzigd. De voornaamste wijziging is het loslaten van het model voor verpleging en verzorging. Ook zijn wijzigingen in (de indeling van) de bedragen aangebracht.

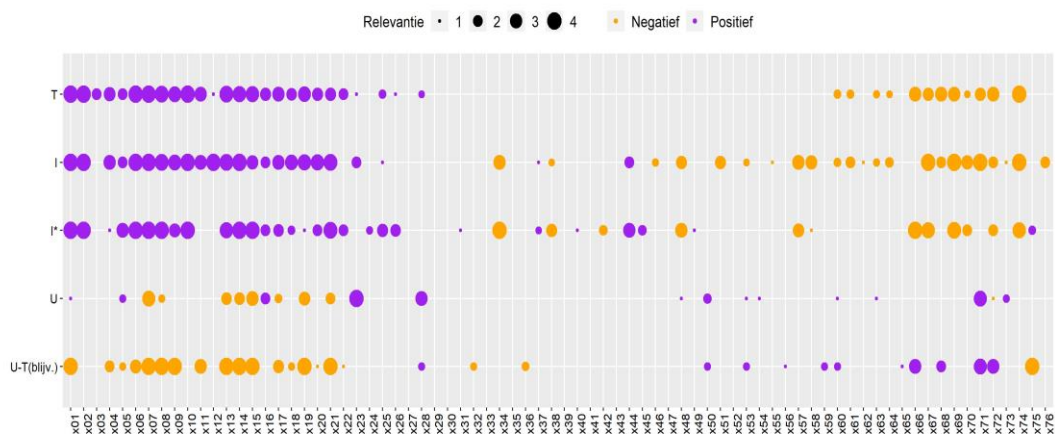
Het is belangrijk om op te merken dat we het model voor langdurige ggz niet konden meenemen in onze berekeningen door ontbrekende data. Omdat het om een relatief klein percentage van de totale kosten in de verevening gaat, verwachten we dat dit maar een klein effect heeft op onze resultaten. Verder, onze conclusies zijn gebaseerd op gemiddelde resultaten van vier jaar wat genoeg robuustheid biedt.

De totale kosten meegenomen in de risicoverevening namen met meer dan 25 procent toe in de periode 2013-2017. De toename is deels gevolg van de uitbreidingen van de risicoverevening met bijvoorbeeld verpleging en verzorging. We zien ook dat de spreiding van de gestandaardiseerde resultaten die we uitrekenen toegenomen is. De besproken toename van totale kosten kan een reden zijn hiervoor. Tegelijkertijd hanteren we absolute grenzen om de relevantie van onze resultaten te toetsen. Als een polis, bijvoorbeeld, structureel significant hoger resultaat heeft dan 25 euro, noemen we het een relevant bovengemiddeld resultaat. Omdat de resultaten in het algemeen sterker afwijken van nul, komen de resultaten sneller boven de grens. We zien daarom steeds meer relevante resultaten op polis- en op concernniveau.

Resultaten per polis

Onderstaande figuur toont de gemiddelde resultaten per polis voor de periode 2014-2017. Op de verticale as zijn de verschillende basisindicatoren weergegeven. Op de horizontale as staan alle polissen. De nummering van de polissen komt niet overeen met de nummering van de polissen in onderzoeken van afgelopen jaren. Per polis zijn bij de indicatoren gekleurde bolletjes te zien die in grootte van elkaar kunnen verschillen. Een bolletje is paars wanneer het resultaat van de indicator positief is, bij een negatief resultaat is het bolletje geel. De grootte van het bolletje geeft de gemiddelde relevantie in de periode 2014 tot en met 2017 weer. Het relevantieniveau laat zien in hoeverre de indicatorwaarde afwijkt van nul in de periode dat de polis op de markt was. Als een bolletje relevantieniveau 4 heeft, dan lag in de periode 2014-2017 het resultaat van de polis ieder jaar meer dan 100 euro hoger dan het landelijk gemiddelde resultaat.

Figuur 1: Resultaten basisindicatoren per polis (2014-2017)



Bron: Berekeningen NZa op gegevens ZIN en Vektis 2013-2017

Polissen met een sterke aanwijzing voor risicoselectie

Er is een achttal polissen dat voor het derde jaar op rij een sterke aanwijzing voor risicoselectie heeft. Zes hiervan hebben al drie jaar een sterke aanwijzing voor positieve risicoselectie. Van deze polissen is zowel de totale populatie als de instroom gunstig. De uitstroom vergeleken met de populatie is ongunstig. Een heeft voor het derde jaar op rij een sterk negatieve aanwijzing. Het totaal en de instroom zijn ondergemiddeld en de uitstroom is bovengemiddeld. Voor de periode 2013-2016 zijn vorig jaar negen nieuwe polissen gevonden met een sterke positieve of negatieve aanwijzing. Voor de meeste hiervan is dit niet veranderd. Er is een drietal polissen met een sterke aanwijzing, die deze eerder niet hadden.

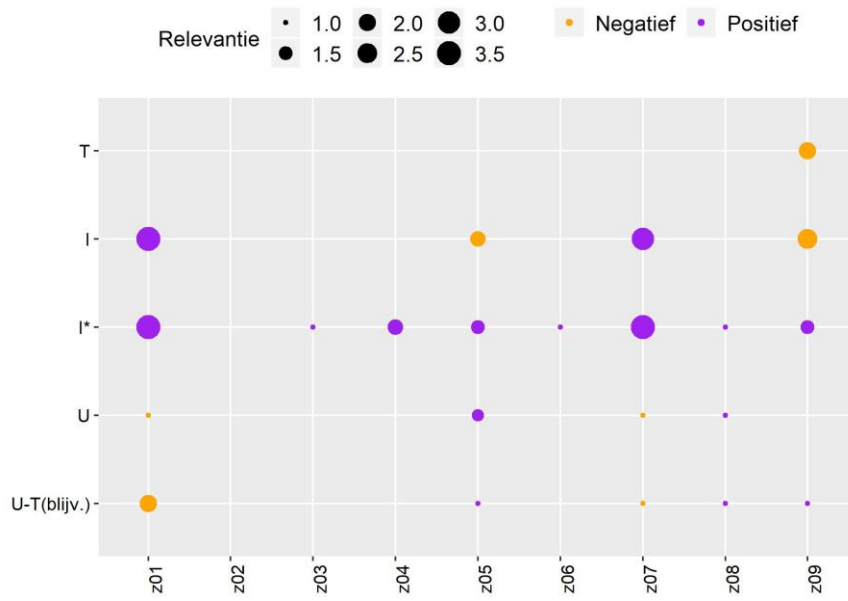
Polissen met een beperkte aanwijzing voor risicoselectie

In het vorige onderzoek vonden we vijftien polissen die een beperkte aanwijzing toonden voor risicoselectie in de periode 2013-2016, daarvoor dertien. In het huidige onderzoek zijn er zestien polissen met een beperkte aanwijzing voor risicoselectie, waarvan acht negatief. Vier polissen hebben een nieuwe aanwijzing. Bij twee polissen is de aanwijzing van sterk naar beperkt veranderd.

Resultaten per concern

Op een na hebben de concerns van zorgverzekeraars een gemengde populatie verzekerden zoals op de volgende figuur te zien is. Twee concerns hebben een zeer gunstig resultaat op de instroom. De uitstroom heeft een minder resultaat dan de blijvers. Er is een sterke aanwijzing voor risicoselectie. Vier concerns slagen erin instroom te verwerven met een (licht) positief resultaat, maar eenmaal verzekerd kijken ze niet meer af. Een concern heeft een relevant negatief resultaat na de instroom, daarvoor was dat positief. De uitstroom van dit concern is relevant positief, al wijkt deze iets minder gunstig af van de blijvende populatie. Al met al heeft dit concern een sterke aanwijzing voor negatieve risicoselectie. Tenslotte heeft een concern een ondergemiddeld resultaat op de totale populatie en ook op de instroom. Tegelijk heeft de uitstroom een beter resultaat dan de blijvers. Dit patroon van resultaten geeft een sterke aanwijzing voor negatieve risicoselectie.

Figuur 2. Resultaten basisindicatoren per concern (2014-2017)



Bron: Berekeningen NZa op gegevens ZIN en Vektis 2013-2017

Bijlage 3. Analyse kruissubsidie tussen polissen zorgverzekeringsconcerns

Betalen verzekerden in een polis met een beneden gemiddeld resultaat een hogere premie dan verzekerden in een polis met bovengemiddeld resultaat? Met deze analyse willen we een inzicht krijgen in hoeverre er sprake is van kruissubsidie tussen de polissen van zorgverzekeringsconcerns.

Om premieverschillen tussen de polissen in kaart te brengen, focussen we op de betaalde premies in plaats van basispremies. Dit betekent dat we voor zover mogelijk rekening houden met de korting van de premie voor een collectieve verzekering en voor het vrijwillig eigen risico. We nemen ook de eventuele zorgkosten in verband met het vrijwillig eigen risico mee die de verzekerde betaalt aan de zorgverzekeraar. De eventuele zorgkosten voor het verplicht eigen risico zitten in het gestandaardiseerde vereveningsresultaat van de verzekerde; daarom nemen we deze niet mee in de uitgaven van de verzekerde. We nemen eventuele eigen bijdragen ook niet mee in onze analyse. Deze eventuele uitgaven kunnen tot de aantasting van risicosolidariteit leiden maar horen niet bij de polisvoorwaarden of polis-opties die de zorgverzekeraar kan bepalen.

In de analyse betrekken we alleen verzekerden boven de 18 jaar omdat alleen zij een premie betalen en voor een vrijwillig eigen risico kunnen kiezen. We beschouwen daarbij alle verzekerden die in de categorie 18+ vallen als mensen die het hele jaar 18+ zijn, en dus het hele jaar eigen risico dragen. De gemiddeld betaalde premie van een polis geeft aan hoeveel premie de verzekerden van deze polis gemiddeld betalen. Hierbij zijn de zorgkosten vanwege een eventueel vrijwillig eigen risico meegenomen. Van dit totale bedrag trekken we de landelijk gemiddeld betaalde premie af, zodat we naar de verschillen tussen polissen kunnen kijken. We nemen het gemiddelde van deze 'gestandaardiseerde premies' per jaar in de periode 2014 - 2017 zodat we één getal per polis krijgen.

In onze analyse zetten we de gestandaardiseerde premies af tegen de gestandaardiseerde resultaten over de periode 2014-2017. In de analyse houden we geen rekening met verschillen tussen polissen, zoals verschillen in voorwaarden of in de kwaliteit van dienstverlening. We zien dat de polissen die een slechter vereveningsresultaat hebben dan het landelijk gemiddelde niet per se een hogere premie hebben dan de landelijk gemiddelde premie, maar meestal wel. In het algemeen wordt er beperkt gecompenseerd in de premie voor het beneden gemiddelde vereveningsresultaat. Aan de andere kant zien we dat polissen die een bovengemiddeld vereveningsresultaat behalen, de positieve resultaten vaak teruggeven aan de verzekerden door een lagere premie, maar soms ook helemaal niet. We zien dus mogelijk enige kruissubsidiëring tussen polissen (van hetzelfde concern). Kruissubsidiëring vermindert de gevolgen van de segmentatie.

Om een idee te krijgen van de ontwikkelingen wat betreft risicosolidariteit, hebben we de resultaten van de periodes 2013-2015 en 2016-2017 naast elkaar gelegd. De resultaten laten de correlatie (sterkte van samenhang) zien tussen de gestandaardiseerde premie en het

gestandaardiseerde resultaat van de polis. Er zijn verschillen, maar die zijn klein. Er is mogelijk een afname van de risicosolidariteit.