

Het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars

Mogelijkheden om te concurreren

Amsterdam, 24 december 2015

Inhoud



Samenvatting

Onlangs is de Autoriteit Consument en Markt (ACM) gestart met een onderzoek naar de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Als onderdeel van dit onderzoek wil ACM meer inzicht krijgen in het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars en de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden. Dit deelonderzoek kan een aanleiding vormen voor ACM om nader te onderzoeken of en hoe de zorgverzekeringsmarkt beter kan functioneren, bijvoorbeeld door het wegnemen van onnodige barrières voor concurrentiemogelijkheden. ACM heeft Gupta Strategists gevraagd een eerste onderzoek te doen naar de mogelijkheden voor concurrentieel onderscheid op de zorgverzekeringsmarkt. Gupta Strategists voerde bureauonderzoek uit en sprak met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit en Zorgverzekeraars Nederland.

De hoofdvraag van dit onderzoek is de volgende: *Wat zijn de elementen van de bedrijfsmodellen van zorgverzekeraars in Nederland en op welke wijze kan een zorgverzekeraar zich onderscheiden van haar concurrenten?*

Deze hoofdvraag beantwoorden wij in dit rapport door stil te staan bij de losse onderdelen van deze vraag. We kijken eerst naar de rol die zorgverzekeraars hebben binnen het zorgstelsel. Vervolgens brengen we aan de hand van het business model canvas van Osterwalder en Pigneur (2009) in kaart wat de elementen zijn van de bedrijfsmodellen van zorgverzekeraars.¹ Omdat de zorgverzekeringsmarkt een gereguleerde markt is staan we vervolgens uitgebreid stil bij de grenzen die wet- en regelgeving stellen aan de mogelijkheden tot onderscheid. Ook de gedragingen van onder meer consumenten, zorgaanbieders en politiek die invloed hebben op de mogelijkheden van zorgverzekeraars bespreken wij, al is het uiteraard onmogelijk om hierin uitputtend te zijn. De mogelijkheden voor en de beperkingen op concurrentieel onderscheid in de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt krijgen wij

nog scherper in beeld door uitwerking van een aantal "extreme" waardeproposities: polissen geïnspireerd door buitenlandse voorbeelden die op bepaalde elementen veel verder gaan dan het huidige Nederlandse polisaanbod. Tot slot trekken wij conclusies over de mate van concurrentie die in Nederland momenteel mogelijk is, de kansen die zorgverzekeraars hebben om binnen het huidige speelveld meer waarde toe te voegen en enkele manieren waarop de politiek het speelveld zou kunnen verbreden om meer concurrentie en waarde mogelijk te maken.

Zorgverzekeraars zijn regisseurs in de markt

In het zorgverzekeringsstelsel hebben zorgverzekeraars vanuit de solidariteitsgedachte de plicht om iedereen die een basisverzekering af wil sluiten te accepteren. Hierbij mag de zorgverzekeraar geen hogere premie vragen aan mensen die waarschijnlijk meer zorg nodig hebben. De zorgverzekeraars worden geacht binnen deze regels met elkaar te concurreren en daarmee te zorgen voor betaalbare en toegankelijke zorg van goede kwaliteit. Om het behalen van deze doelen mogelijk te maken is de zorgverzekeringsmarkt gereguleerd.

Winst is geen doel op zich voor zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben andere doelstellingen dan winst, zoals het behouden van een bepaald marktaandeel, het aanbieden van een zo goed mogelijke polis voor huidige leden of juist alle mogelijke leden en de stabiliteit van het eigen bedrijf. Om deze doelstellingen te behalen is de solvabiliteitspositie voor de zorgverzekeraar essentieel. Om te sturen op een gezonde financiële bedrijfsvoering hebben zorgverzekeraars op hoofdlijnen vier mogelijkheden: beperken van de zorgkosten, grip houden op beheerskosten, managen van de verzekerdenportfolio en het beheren van belegd kapitaal.

Het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars is ingericht rondom de basisverzekering en aanvullende verzekeringen

De zorgverzekeraars bieden hun waardeproposities aan verzekerden in de vorm van twee producten: de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. In de basisverzekering bestaat weinig onderscheid op de inhoud van het basispakket, die ligt namelijk grotendeels vast. Polissen verschillen daardoor vooral van elkaar op de premie die zij vragen voor de basisverzekering, het aanbod van zorgaanbieders waarbij de verzekerde terecht kan tegen volledige vergoeding en de service die de zorgverzekeraar biedt om de zorg heen. In de aanvullende verzekering bestaat meer onderscheid, daar mogen zorgverzekeraars zelf bepalen welke zorg de verzekering dekt, zelf bepalen wie zij toelaten tot de verzekering en verschillende premies stellen voor verschillende groepen. Voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering ontwikkelen zorgverzekeraars aanvullende diensten die voorzien in gemak of extra inhoudelijke toegevoegde waarde leveren.

Segmentatiekeuzes en gebruik van kanalen bepalen de klantgroepen die zorgverzekeraars bedienen

De **klanten** van zorgverzekeraars kunnen bestaan uit drie groepen: individueel verzekerden, deelnemers aan een werkgeverscollectiviteit en deelnemers aan overige collectiviteiten. Daarnaast en daarbinnen zijn allerlei klantsegmentaties mogelijk, bijvoorbeeld op basis van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, regio, levensfase, geloof/levensovertuiging, land van herkomst en etnische achtergrond of internetgebruik. Sommige zorgverzekeraars bieden alle soorten verzekerden een uniform product. Andere zorgverzekeraars proberen in de positionering van hun merken en polissen aan te sluiten bij specifieke behoeften van soorten verzekerden. Zorgverzekeraars gebruiken diverse kanalen om hun diensten bij

verzekerden te krijgen. Naast eigen directe kanalen gebruiken zij voor het winnen van verzekerden indirecte kanalen zoals tussenpersonen en volmachten en vergelijkingssites. De relatie die zorgverzekeraars met verzekerden ontwikkelen varieert. Basale administratieve verwerking van declaraties en het beantwoorden van vragen over vergoedingen is een uiterste. Aan de andere kant van het spectrum stellen zorgverzekeraars zich op als een inhoudelijk en persoonlijk adviseur en dienstverlener voor de klant.

Kernactiviteiten zijn zorginkoop, administratieve verwerking en klantcontact; kapitaal is het belangrijkste middel

In de **infrastructuur** die zorgverzekeraars inzetten om hun verzekerden hun waardeproposities te leveren, zijn zorginkoop, administratieve verwerking en klantcontact de kernactiviteiten. Goed functionerende IT-systemen en kennis zijn belangrijke middelen en competenties. Voldoende financieel kapitaal is een essentiële voorwaarde. Toezichhouders zien toe op eisen aan vooral de solvabiliteit. De belangrijkste partners voor het realiseren van de waardeproposities zijn zorgaanbieders. Zorgverzekeraars zijn daarnaast soms elkaars partners. Op diverse onderwerpen stemmen ze 'pre-concurrentieel' af, als dit in het belang van de totale sector is, bijvoorbeeld over declaratiestandaarden en standaarden voor kwaliteit van zorg.

Verevening is essentieel voor inkomsten, maar dit systeem is niet perfect. Zorgkosten vormen het overgrote deel van de kosten

Premieopbrengsten, eigen risicobetalingen en eigen bijdragen, vereveningsbijdragen, beleggingsresultaten, zorgkosten en beheerskosten bepalen de **financiën** van zorgverzekeraars. De vereveningsbijdrage per verzekerde verschilt sterk en is

afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekerde populatie. Een goed functionerend vereveningssysteem dat zorgverzekeraars compenseert voor verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerdenpopulaties is voor zorgverzekeraars essentieel, omdat zij voor zeer grote delen van de zorgkosten volledig risicodragend zijn. Het vereveningssysteem is niet perfect en in ontwikkeling, waardoor de bijdrage voor groepen verzekerden soms te hoog en soms te laag is. Met de juiste analysekracht is het mogelijk om voorspelbaar winstgevend en verlieslatende groepen te identificeren. Op het aantrekken en afstoten van deze groepen kunnen zorgverzekeraars met elkaar concurreren, al is dit nadrukkelijk niet de bedoeling van het stelsel. Aan de kostenkant vormen zorgkosten het overgrote deel van de kosten. De beheerskosten bedragen ongeveer 4% van de totale kosten, maar zijn wel direct door de zorgverzekeraars zelf te beïnvloeden.

Mogelijkheden en beperkingen voor concurrentieel onderscheid tussen zorgverzekeraars

Wet- en regelgeving bieden strikte kaders voor onderscheid binnen de basisverzekering, die verder beperkt wordt door marktgedragingen

De mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om een onderscheidende basisverzekering aan te bieden zijn sterk begrensd door wet- en regelgeving en marktgedragingen. Doordat de inhoud van het basispakket grotendeels vast ligt kunnen zorgverzekeraars zich in de basisverzekering met name onderscheiden op premie, keuzevrijheid en service. Wet- en regelgeving en gedragingen van marktspelers beperken de mogelijkheden die zij hebben om een onderscheidende **waardepropositie** neer te zetten. Zorgverzekeraars kunnen zich richten op het voorzien in de behoeften van specifieke **klantsegmenten**. Daarbij vormt argwaan voor klantselectie gericht op een positief vereveningsresultaat vanuit politiek

en maatschappij een beperking. Een zorgverzekeraar die zich richt op een zeer specifiek klantsegment maakt zich bovendien afhankelijk van de goede werking van de verevening. In de **klantrelatie** kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden in de diensten die zij verlenen aan klanten. Vastgelegde prestaties, privacywetgeving en de angst voor misbruik van gegevens bij verzekerden beperken zorgverzekeraars om klanten meer digitale mogelijkheden te bieden. Zorgverzekeraars die hun verzekerden willen stimuleren om zorgaanbieders te kiezen die de beste kwaliteit leveren, lopen ertegenaan dat veel verzekerden kwaliteitsadvies van zorgverzekeraars niet vertrouwen. Bovendien zijn betrouwbare kwaliteitsmetingen nog maar beperkt beschikbaar. Binnen de **kernactiviteiten** vormt de inkoop van zorg de belangrijkste post waarop zorgverzekeraars concurreren. Via de inkoop kunnen zij afspraken maken over kosten, kwaliteit van zorg, service en toegankelijkheid. Lastig voor zorgverzekeraars is hierbij dat zij weinig mogelijkheden hebben om hun verzekerden richting bepaalde zorgaanbieders te bewegen. Financiële sturingsmogelijkheden zijn beperkt: ook als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat moet de zorgverzekeraar een vergoeding uitbetalen. Die vergoeding is weliswaar lager dan normaal maar is regelmatig toch voldoende om de marginale kosten van aanbieders te dekken. De zorgverzekeraar mag niet zelf eigen bijdrages voor bepaalde zorg stellen en mag weliswaar bepaalde zorg uitzonderen van het eigen risico, maar de kracht van dit instrument is beperkt doordat veel zorggebruikers hun eigen risico toch volmaken. Het inperken van keuzevrijheid van verzekerden ligt daarnaast gevoelig in de maatschappij en bij de politiek. Wet- en regelgeving beperken de mate waarin zorgverzekeraars de keuzevrijheid mogen beperken, al geven juridisch experts aan dat zij hierin nog veel ruimte onbenut laten. Zorgverleners zijn de belangrijkste partners van zorgverzekeraars. Wanneer zorgverleners fuseren of samen mogen onderhandelen, kan dit de inkoopmogelijkheden van

zorgverzekeraars beperken, waardoor het voor zorgverzekeraars lastiger is een onderscheidend inkoopresultaat te boeken. Financieel kapitaal is een essentieel bedrijfsmiddel voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten voor elke verzekerde een bepaald bedrag in reserve hebben, al voordat premie is ontvangen. Daardoor bepaalt de omvang van de opgebouwde reserves voor een belangrijk deel of spelers de concurrentie aan kunnen gaan, of zich juist moeten inhouden met het winnen van verzekerden. Aan de **kosten** en **opbrengsten** kant van het bedrijfsmodel is de risicoverevening voor zorgverzekeraars belangrijk. Een belangrijk effect van de huidige onvolkomenheid van het systeem voor risicoverevening is dat de bijdragen voor specifieke doelgroepen onvoorspelbaar zijn. Daardoor is het voor zorgverzekeraars riskant om een populatie te verzekeren die in samenstelling afwijkt van het Nederlands gemiddelde. Daarnaast kan de techniek van de verevening ertoe leiden dat preventie niet loont en dat zorgverzekeraars minder baat hebben bij besparing van zorgkosten via inkoop voor een bepaalde groep.

Voor de aanvullende verzekering stellen wet- en regelgeving weinig grenzen aan de mogelijkheden voor concurrentieel onderscheid, maar marktgedragingen beperkten de ruimte wel

Daar waar de basisverzekering veel beperkingen kent in wet- en regelgeving is in de aanvullende verzekering veel meer ruimte voor differentiatie. Zorgverzekeraars mogen voor de aanvullende verzekering zelf bepalen welke zorg zij vergoeden, welke klanten zij toelaten tot de verzekering en welke premie zij hiervoor vragen. De aanvullende verzekering kan ook ingezet worden om sommige beperkingen in de basisverzekering op te heffen, bijvoorbeeld door het eigen risico of eigen bijdragen te herverzekeren. Hoewel wettelijk maar weinig geregeld is rond de aanvullende verzekering, hebben zorgverzekeraars hier in de praktijk niet alle ruimte. Doordat

vrijwel alle verzekerden hun basisverzekering en aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar afsluiten, kunnen zorgverzekeraars in principe via hun keuzes in de aanvullende verzekering sturen welke klanten bij hen een basisverzekering afsluiten. Daardoor zouden zij via de aanvullende verzekering ervoor kunnen zorgen dat zij in de basisverzekering klanten hebben die voorspelbaar winstgevend uit de risicoverevening komen. Mede hierdoor is er druk om geen toelatingseisen te hanteren voor de aanvullende verzekering, met als gevolg dat het aanbod van aanvullende verzekeringen verschaalt.

De basisverzekering en aanvullende verzekeringen overziend, lijken zorgverzekeraars op dit moment aanzienlijk beperkt te worden in hun mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden. Een aanvullende complicatie is dat niet alle zorgverzekeraars dezelfde mogelijkheden hebben om zich te onderscheiden. Zorgverzekeraars zijn door hun kenmerken als omvang, regionale spreiding, populatie-opbouw en solvabiliteitspositie soms beperkt in het kiezen van een waardepropositie.

Uitwerking van extreme waardeproposities laat zien dat de Nederlandse wet- en regelgeving en marktgedragingen ertoe leiden dat sommige waarde van zorgverzekeringen niet wordt gerealiseerd

Aan de hand van "extreme" waardeproposities die op bepaalde elementen veel verder gaan dan het Nederlandse polisaanbod hebben we onderzocht welke ruimte voor onderscheidende waardeproposities in Nederland nog onbenut is. Hierbij hebben wij ons laten inspireren door buitenlandse voorbeelden. Deze waardeproposities richten zich op een zo laag mogelijke premie, focus op kwaliteit van zorg, maximaal gebruik van eHealth, luxe, en optimale zorg voor specifieke aandoeningen. Uit het feit dat dit soort waardeproposities in andere landen in de markt worden gezet blijkt

dat deze toegevoegde waarde hebben. In Nederland zijn belangrijke onderdelen van deze waardeproposities echter niet mogelijk. Dit is terug te leiden tot wet- en regelgeving en druk vanuit stakeholders zoals de maatschappij, politiek en zorgaanbieders. Waar het druk vanuit stakeholders betreft kiezen zorgverzekeraars er deels zelf voor zich hierdoor te laten beperken. Het sturen van verzekerden naar specifieke zorgaanbieders en de focus op een specifiek klantsegment blijkt moeilijk door wet- en regelgeving en politieke en maatschappelijke druk.

Momenteel zijn de hoogte van de premie en keuzevrijheid van de verzekerde de dominante keuzecriteria in de basisverzekering. De uitwerking van de extreme waardeproposities en de internationale voorbeelden waarop zij gebaseerd zijn, laten zien dat zorgverzekeringen ook op andere manieren onderscheidend kunnen zijn dan door een lage premie of veel keuzevrijheid. In het huidige stelsel zijn de mogelijkheden hiertoe beperkt door beperkende wetten, regels en gedragingen. Ook binnen deze beperkingen is echter enige ruimte om meer onderscheidende proposities neer te zetten, zeker als een zorgverzekeraar zich minder laat leiden door druk vanuit stakeholders. Bovendien is niet uitgesloten dat een huidige of nieuwe speler een polis neerzet die zich op een innovatieve wijze onderscheidt. Een nieuwe speler heeft zich al aangekondigd. Met zijn nieuwe zorgverzekering Zorgeloos heeft zorgondernemer Jos de Blok in ieder geval de ambitie zich te onderscheiden van het bestaande aanbod.

Meer waarde in de zorgverzekeringsmarkt is mogelijk, door aanpassing van wet- en regelgeving of door innovatie vanuit zorgverzekeraars

Het is waardevol als de **politiek** zich beraadt over welke waarde zij uit het zorgverzekeringsstelsel wil halen. In de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet werd ten doel gesteld om met behulp van gereguleerde marktwerking in de zorg een "innovatief zorgaanbod met een goede prijs-prestatieverhouding te realiseren". Wij denken dat dit deels gelukt is. Zorgverzekeraars concurreren op premie, keuzevrijheid en service en bieden verzekerden met name op deze eerste twee elementen aanzienlijke keuze. Onderscheid op andere elementen en bijvoorbeeld een grotere rol van zorgverzekeraars als "regisseur" van zorg komt echter nog slechts beperkt uit de verf. Een mogelijkheid voor waarde die in het bijzonder niet goed uit de verf komt is de focus op bepaalde klantsegmenten. Het stelsel laat maar weinig ruimte om zorgverzekeringen in te richten op de specifieke behoeften van klantsegmenten. Het gevaar is dat dit leidt tot een ongedifferentieerde verzekeringsmarkt waarin iedereen een product heeft dat net niet goed aansluit op zijn of haar behoefte.

Politiek en wetgever hebben allerlei mogelijkheden om meer waarde in de zorgverzekeringsmarkt mogelijk te maken. Een belangrijk aandachtspunt voor verruiming van de mogelijkheden voor concurrentieel onderscheid is een intensieve doorontwikkeling van de vereveningssystematiek. Een goed functionerende en vertrouwde vereveningssystematiek elimineert zoveel mogelijk de mogelijkheden tot en verdenking van risicoselectie binnen de basisverzekering en maakt het op die manier voor zorgverzekeraars mogelijk om zich meer te richten op specifieke doelgroepen. Daarnaast is het van belang dat zorgverzekeraars hun verzekerden kunnen sturen richting goede en/of doelmatige zorgaanbieders. Politiek en

wetgever kunnen hieraan bijdragen door zorgverzekeraars meer ruimte te geven om het eigen risico, eigen betalingen en vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in te zetten om verzekerden een bewuste keuze tussen zorgaanbieders te laten maken. Toezichthouders kunnen zorgverzekeraars meer ruimte geven om te experimenteren met meer selectieve contractering. Goede monitoring en zo nodig ingrijpen achteraf geven ruimte om zichtbaar te maken welke vormen van selectieve contractering wel waardevol zijn voor de verzekerde. Het voornemen om regulering van prestaties en tarieven af te bouwen, kan bijdragen aan concurrentie doordat de vrijheid om eigen afspraken te maken over zinnige, zuinige en innovatieve zorgverlening toeneemt. Tot slot kunnen wetgever en toezichthouders onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt aantrekkelijker en eenvoudiger te maken.

Ook **bestaande zorgverzekeraars** kunnen zorgen voor meer onderscheid. Mogelijk wordt de toegenomen beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit van zorg een *game changer* voor de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Zij kunnen zich van elkaar gaan onderscheiden door verschillend gebruik van deze informatie. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie inzetten om zich concurrentieel te onderscheiden via zorginkoop en sturing van verzekerden. Allereerst kunnen zorgverzekeraars zorgaanbieders op basis van kwaliteitsinformatie stimuleren om hun kwaliteit te verhogen. Dit levert concurrentievoordeel op in regio's waar zorgverzekeraars het hoogste marktaandeel hebben. Als een aanbieder zijn kwaliteit verbetert profiteren de eigen verzekerden hier relatief het meeste van. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie tevens gebruiken om zorgaanbieders gedifferentieerd te belonen op basis van de kwaliteit die ze leveren.

Ten slotte kunnen zorgverzekeraars kwaliteitsinformatie gebruiken om de eigen verzekerden te sturen naar kwalitatief betere zorgaanbieders, waardoor verzekerden beter geholpen worden. Zorgverzekeraars kunnen ook hun huidige waardepropositie explicieter koppelen aan de behoeften van en toegevoegde waarde voor bepaalde doelgroepen. De uitdaging ligt erin om politiek en publiek van de meerwaarde van het gebruik van kwaliteitsinformatie te doordringen en van hen het vertrouwen te winnen om hiermee meer waarde toe te voegen.

Onderzoek naar mogelijkheden om concurrentie te verbreden is relevant, ook vanwege het gevaar van *tacit collusion*

De mogelijkheden om gedifferentieerde producten aan te bieden zijn in de zorgverzekeringsmarkt beperkt. Eventuele verdere inperking van deze mogelijkheden brengt een gevaar met zich mee. De vier grootste zorgverzekeraars beheersen bijna 90% van de totale markt en de dreiging vanuit kleinere zorgverzekeraars of nieuwe toetreders is beperkt doordat zij vanuit de kapitaaleisen begrensd zijn in de hoeveelheid te winnen verzekerden. Geen van de vier grote spelers heeft daarnaast een belang bij een prijzenoorlog die kan ontstaan als enkel op de premie onderscheid mogelijk is. Het resultaat hiervan kan zijn dat er een verhoogde kans op tacit collusion ontstaat, waarbij zorgverzekeraars onafhankelijk van elkaar ervoor kiezen om prijsdalingen en prijsgevechten te vermijden. Dit wordt gefaciliteerd doordat zorgverzekeraars zeer transparant moeten zijn over hun inkoopbeleid en bedrijfsvoering; hierdoor is het eenvoudig om elkaars gedragingen goed te volgen. In een scenario van tacit collusion blijft de premie voor de verzekerde hoog, terwijl er in de praktijk een weinig gedifferentieerd aanbod is dat vaak niet goed aansluit bij de behoeftes van de verschillende groepen verzekerden. Voor de verzekerde is dit het slechtste van twee werelden: er ontstaat een onnodig duur product dat de

verzekerde een lage waarde biedt. Er ligt daarom een uitdaging voor beleidsmakers en de sector om mogelijkheden voor concurrentie tussen zorgverzekeraars open te houden en eventueel verder te verkennen voor welke beperkingen van het bedrijfsmodel het waardevol en uitvoerbaar is om deze weg te nemen.

Eindconclusie

Zorgverzekeraars zijn de beoogd regisseurs van de zorg in een stelsel van gereguleerde marktwerking. Zij bieden basis- en aanvullende verzekeringen en sturen als financiële dienstverlener op solvabiliteit, niet zozeer op winst. Zorgverzekeraars kiezen op de verschillende elementen van het bedrijfsmodel hoe zij hun zorgverzekeringen aanbieden. Wet- en regelgeving leiden tot beperkingen op het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars, maar ook marktgedragingen beperken de ruimte voor onderscheid. Zorgverzekeraars hebben daardoor beperkte mogelijkheden om zich echt van elkaar te onderscheiden; dit onderscheid vindt momenteel vooral plaats op premie en keuzevrijheid. De sector zou meer waarde kunnen creëren door tevens meer onderscheid te bieden op andere dimensies, zoals het voorzien in de behoefte van een bepaalde klantgroep, of het vergaand sturen op zorgkwaliteit. De politiek kan zich verdiepen in aanpassingen van de regels om het realiseren van meer waarde mogelijk te maken. Voor meer onderscheid tussen zorgverzekeraars is echter ook ondersteuning van andere partijen zoals het publiek, toezichthouders en zorgaanbieders een noodzakelijke voorwaarde. Als de zorgverzekeringsmarkt verder in haar mogelijkheden tot concurrentie zou worden beperkt, ontstaat een verhoogd risico op *tacit collusion*. Voor de verzekerde is dit het slechtste van twee werelden: er ontstaat een onnodig duur product dat de verzekerde een lage waarde biedt. Er ligt daarom een uitdaging voor beleidsmakers

en de sector om mogelijkheden voor concurrentie tussen zorgverzekeraars open te houden en eventueel verder te verkennen voor welke beperkingen van het bedrijfsmodel het waardevol en uitvoerbaar is om deze weg te nemen.

Toelichting aanleiding, doelstellingen en aanpak onderzoek

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 hebben Nederlandse zorgverzekeraars de rol toebedeeld gekregen van doelmatige, klantgerichte regisseurs van de zorg. In het zorgverzekeringsstelsel hebben zorgverzekeraars vanuit de solidariteitsgedachte de plicht om iedereen die een basisverzekering af wil sluiten te accepteren. Hierbij mag de zorgverzekeraar geen hogere premie vragen aan mensen die waarschijnlijk meer zorg nodig hebben. De zorgverzekeraars worden geacht binnen deze regels met elkaar te concurreren en daarmee betaalbare en toegankelijke zorg van goede kwaliteit mogelijk te maken. Om het behalen van deze doelen mogelijk te maken is de zorgverzekeringsmarkt sterk gereguleerd.

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) ziet toe op de naleving van de Mededingingswet, onder andere in de zorg. ACM toetst bijvoorbeeld wat de gevolgen van voorgenomen fusies en samenwerkingen in de zorg zijn voor de consument. Er ligt een wetsvoorstel om het takenpakket van ACM per 1 januari 2017 aan te vullen met taken die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nu uitvoert: de zorgspecifieke fusietoets en het toezicht op aanmerkelijke marktmacht.² ACM heeft een Taskforce Zorg opgericht om zich voor te bereiden op de uitoefening van dit nieuwe takenpakket. Daarnaast is binnen ACM de Monitor Financiële Sector (MFS) actief. Dit is een team dat economisch onderzoek doet naar concurrentie in de financiële sector.

Onlangs is ACM gestart met een onderzoek naar de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. De MFS en ACM Taskforce Zorg voeren dit onderzoek samen uit. Als onderdeel van het onderzoek wil ACM meer inzicht krijgen in het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars en de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden. Dit deelonderzoek kan een aanleiding vormen voor ACM om nader te onderzoeken of en hoe de zorgverzekeringsmarkt beter kan functioneren, bijvoorbeeld door het wegnemen van onnodige barrières voor concurrentie. ACM heeft ons gevraagd een eerste onderzoek te doen naar de mogelijkheden voor concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

Voor dit onderzoek hebben wij onze kennis op basis van projectervaringen aangevuld met desk research en kwalitatieve en kwantitatieve analyses. Daarnaast hebben wij gesproken met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland en experts op enkele deelonderwerpen.

Doel is om concurrentiemogelijkheden en beperkingen inzichtelijk te maken

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

Wat zijn de elementen van de bedrijfsmodellen van zorgverzekeraars in Nederland en op welke wijze kan een zorgverzekeraar zich onderscheiden van haar concurrenten?

Het antwoord op deze vraag is het resultaat van de beantwoording van vijf deelvragen:

1. Tegen welke achtergrond is de rol van de zorgverzekeraars ontstaan?
2. Wat zijn de elementen van de bedrijfsmodellen van zorgverzekeraars in Nederland?
3. Welke wet- en regelgeving en marktgedragingen beperken het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars?
4. Wat is de impact van deze beperkingen op het in de markt zetten van onderscheidende proposities?
5. Welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars om zich te onderscheiden van concurrenten, gegeven de beperkingen door wet- en regelgeving en marktgedragingen?

In dit rapport bespreken wij de antwoorden op deze vragen. De onderzoeksopzet en -aanpak lichten wij toe in de bijlage bij dit rapport.

1. Introductie tot de zorgverzekeringmarkt

Om een goed beeld te geven van de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt gaan wij in dit hoofdstuk kort in op het ontstaan van deze markt, de gedachte achter het stelsel en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren.

1.1. Het ontstaan van de Zvw

Tot 2006 was er in Nederland een zorgstelsel waarin mensen met een laag inkomen verplicht waren een ziekenfondsverzekering af te sluiten bij het regionale ziekenfonds. Mensen met een hoger inkomen moesten zelf zorgen voor een particuliere verzekering. Er bestond een flinke tweedeling tussen de twee verzekeringsstelsels. ZN-voorzitter André Rouvoet merkte hierover op: "In het oude stelsel hadden wij een tweedeling in de zorg. Als je meer geld had en je je particulier kon verzekeren, lag je op stand en kon je voor behandelingen naar het buitenland. Ziekenfondspatiënten niet; zij liepen op tegen lange wachtlijsten".³

In 2006 ging het zorgverzekeringsstelsel flink op de schop en werd de Zvw geïntroduceerd. Uitgangspunten in de Zvw zijn solidariteit, toegankelijkheid van (noodzakelijke) zorg van goede kwaliteit, betaalbaarheid van zorg en marktwerking. Om solidariteit te bereiken, kent de Zvw een verzekeringsplicht en een acceptatieplicht voor de basisverzekering. Mensen moeten zich verzekeren en zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen toe te laten, tegen gelijke voorwaarden.

1.2. Regisseursrol zorgverzekeraars

De Zvw gaat uit van gereguleerde marktwerking, waarin zorgverzekeraars met elkaar concurreren om zo een innovatief zorgaanbod met een goede prijs-prestatieverhouding te realiseren. De gedachte is dat verzekerden zelf mogen kiezen met welke zorgverzekeraar zij in zee gaan. Daardoor ontstaat concurrentie

om verzekerden tussen zorgverzekeraars. Verzekerden kiezen de verzekering met de beste prijs-kwaliteitverhouding. Dat vormt een prikkel voor zorgverzekeraars om scherpere afspraken bij zorgaanbieders te bedingen over prijs, kwaliteit en toegankelijkheid en om betere service te verlenen dan de concurrent. De zorgverzekeraars hebben daarmee de rol toebedeeld gekregen van doelmatige, klantgerichte regisseurs van de zorg.⁴ Als extra stimulans mogen zorgverzekeraars bij de uitvoering van hun taak winst nastreven. Voor voormalig ziekenfondsen geldt een uitzondering. Omdat zij in de periode vóór invoering van de Zvw reserves op hebben gebouwd uit publieke middelen mogen zij en hun rechtsopvolgers in de eerste 10 jaren na invoering van de Zvw nog geen winst uitkeren uit de reserves die zij destijds hadden. Deze periode loopt per 1 januari 2016 af.⁵

1.3. De basisverzekering en de aanvullende verzekering

De Zvw verplicht alle Nederlanders om een verzekering af te sluiten voor alle noodzakelijke geneeskundige zorg, de zogenaamde basisverzekering. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars zich vooral richten op het selecteren van verzekerden op basis van hun gezondheidsvooruitzichten is voor de basisverzekering een risicoverevening ingesteld, waarin zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor de zorgzwaarte van hun verzekerdenpopulatie. De overheid bepaalt de omvang van de dekking van de basisverzekering. Voor zorg die niet onder deze dekking valt, kunnen zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen aanbieden. In tegenstelling tot de basisverzekering zijn consumenten niet verplicht om een aanvullende verzekering af te sluiten en is de zorgverzekeraar niet verplicht elke consument toe te laten tot de aanvullende verzekering.

1.4. Private partijen

Zowel de voormalige ziekenfondsen als de particuliere zorgverzekeraars mochten vanaf 2006 de nieuwe zorgverzekeringen aanbieden, als private organisaties. Deze historische achtergrond is nog steeds terug te zien in de huidige verdeling van verzekerden. Veel verzekerden zijn nog steeds verzekerd bij de zorgverzekeraar die vroeger het regionale ziekenfonds was. Zo heeft DSW van oudsher een sterk marktaandeel in de omgeving van Schiedam, terwijl Zorg en Zekerheid een hoog marktaandeel heeft in Leiden en de Bollenstreek. Een ander erfstuk van het oude stelsel is dat zorgverzekeraars die vroeger ziekenfondsen waren, een populatie hebben met hogere zorgkosten. Dit populatieverschil is deels terug te leiden tot het feit dat de populatie van ziekenfondsen bestond uit verzekerden onder een bepaalde inkomensdrempel. Verzekerden met een lager inkomen hebben gemiddeld hogere zorgkosten.⁶

1.5. Belangrijke ontwikkelingen sinds de introductie van de Zvw

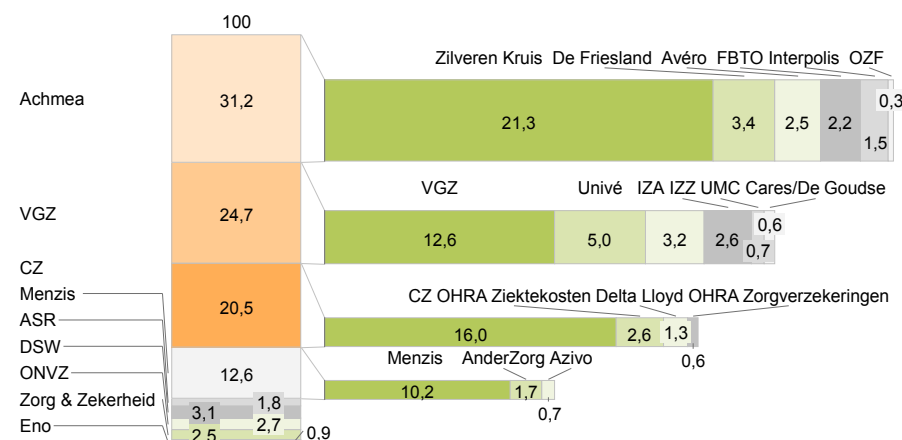
Consolidatie tot negen zorgverzekeraarsconcerns

Sinds de invoering van de Zvw is de zorgverzekeringsmarkt van 16 concerns in 2006 geconsolideerd tot 9 spelers in 2015. Figuur 1 geeft weer hoe de markt in 2015 is onderverdeeld. Op dit moment bedienen de grootste vier concerns 89% van de markt, waarmee sprake is van een oligopolistische marktstructuur.⁷

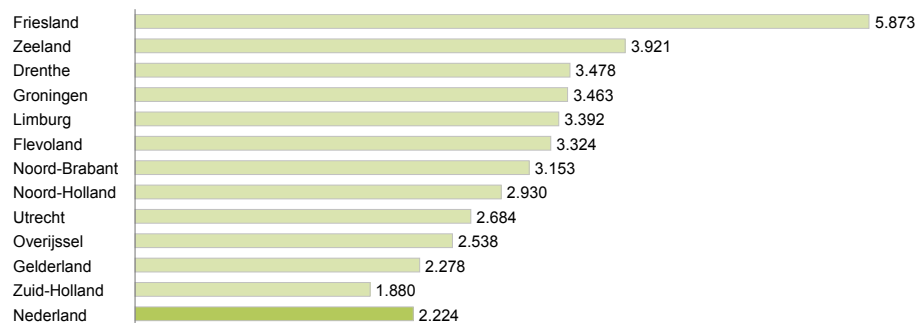
Regionaal zeer sterk geconcentreerde markt

De achtergrond van regionale ziekenfondsen leidt ertoe dat de markt nog steeds sterk regionaal is geconcentreerd. De consolidatieslag die in 2006 is ingezet, heeft deze concentratie vergroot. Zorgverleners hebben bijna overal in Nederland te

maken met een geconcentreerde markt. In sommige delen van Nederland heeft de grootste zorgverzekeraar een marktaandeel van meer dan 60%.⁸ Slechts twee zorgverzekeraars hebben een sterk over het land verspreide populatie zonder regionale kerngebieden. Dit zijn ONVZ en ASR, die geen banden hebben met de voormalige ziekenfondsen. Figuur 2 toont de concentratiegraad in de zorgverzekeringsmarkt zoals gemeten in de Herfindahl-Hirschman Index.⁹ Een HHI groter dan 2.000 wordt door de NZa beschouwd als een sterk geconcentreerde markt. De concentratie is op provinciaal niveau aanzienlijk groter dan landelijk, behalve in Zuid-Holland.



Figuur 1: 2015 Marktaandelen per concern en per zorgverzekeraar binnen top 4 concerns¹⁰



Figuur 2: Concentratiegraad zorgverzekeringsmarkt per provincie (HHI)¹¹

Zorgverzekeraars versterken financiële reserves in reactie op strengere Europese eisen en toegenomen risico's door stelselwijzigingen

Nadat de kredietcrisis vanaf eind 2007 voor grote onrust op de financiële markten zorgde, zijn de kapitaaleisen voor zorgverzekeraars verschillende malen aangescherpt. Per 1 januari 2016 worden de kapitaaleisen als gevolg van Europese regelgeving opnieuw verhoogd. Vanaf dat moment gelden de aanzienlijk strengere regels van Solvency II. Waar de gemiddelde solvabiliteit¹² in 2014 onder Solvency I nog op 241% van het minimumkapitaal lag, is dit voor dezelfde kapitaalreserves onder Solvency II nog maar 149%.¹¹ De Nederlandse Bank (DNB) houdt toezicht op de naleving van de kapitaaleisen.

Naast strengere Europese regels zijn Nederlandse zorgverzekeraars meer risico gaan lopen. Het basispakket van de Zvw is de afgelopen jaren uitgebreid met onder meer de wijkverpleging, waardoor zorgverzekeraars meer zorgkosten verzekeren waarover ze risico lopen. Daarnaast lopen zorgverzekeraars meer risico omdat de ex post compensaties in de risicoverevening geleidelijk steeds verder worden

afgebouwd. Ex post compensaties zijn bedoeld om het vooraf vastgestelde vereveningsbedrag (ex ante) aan te passen indien de werkelijk gemaakte kosten anders waren. Dit betekent dat de vooraf vastgestelde vereveningsbijdragen steeds minder bijgesteld worden voor de werkelijke gemaakte kosten. Tegenvallers worden naderhand dus niet meer gecompenseerd.

In reactie op deze ontwikkelingen en vooruitlopend op Solvency II per 1 januari 2016 hebben de zorgverzekeraars hun reserves de afgelopen jaren al aanzienlijk opgehoogd. Deze groeiden met bijna 30% tussen 2012 en 2014.¹¹ Onder Solvency II vormen deze kapitaalreserves gemiddeld 149% van het minimumkapitaal.¹¹

Groeiend inzicht in en verbetering van kwaliteit van geleverde zorg

In de gezondheidszorg is steeds meer aandacht voor de kwaliteit van de geleverde zorg. In het verleden beperkte deze aandacht zich grotendeels tot controles op kwaliteit door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Als de structuur en processen in een instelling als voldoende werden beoordeeld kreeg de instelling een accreditatie. In de loop der jaren is naast deze controle steeds meer aandacht gekomen onder zorgverleners, consumenten en overheid voor de uitkomsten van de geleverde zorg. Deze aandacht is versterkt door het *value based healthcare* gedachtegoed van Michael Porter dat een steeds breder gehoor vindt.¹³ Ziekenhuizen meten steeds meer uitkomsten van zorg, zoals overleving, functioneel herstel, kwaliteit van leven en complicaties na bepaalde operaties. Deze kwaliteitsindicatoren zijn steeds meer geaccepteerd en komen vaker beschikbaar voor zorgverzekeraars en consumenten.

1. Osterwalder, A., Pigneur, Y. en Clark, T. (2010), *Business model generation: A handbook for visionaries, game changers, and challengers*. Hoboken, NJ: Wiley.
2. Het wetsvoorstel voor de "Wet herpositionering taken NZa en deregulering" ligt ten tijde van de publicatie van dit rapport bij de Raad van State.
3. Heijne, S. (2014), André Rouvoet: 'Hoger eigen risico door wetgever', *De Volkskrant*, 5 december.
4. *Kamerstukken II* 2003/04, 29 763, 3 (MvT).
5. Artikel 2.1.9 lid 3 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet.
6. Zie CBS Statline, Gemiddelde zorgkosten volgens de Zvw per inkomensgroep in 2013.
7. Van een oligopolie wordt meestal gesproken wanneer het opgetelde marktaandeel van de grootste vier spelers (de C-4 index) hoger dan 70% is.
8. De marktaandelen per zorgverzekeraar per regio zijn bijvoorbeeld zichtbaar op p. 26 in het rapport SFK (2015), *Data en feiten 2015. Het jaar 2014 in cijfers*, Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.
9. HHI (Herfindahl-Hirschman Index) is de som van de gekwadrateerde marktaandelen van alle marktspelers. De concentratie in de markt is hoger naarmate de HHI hoger is. $HHI \geq 2000$ betekent een geconcentreerde markt.
10. Vektis (2015), *Zorgthermometer. Verzekerden in beeld 2015*, Zeist: Vektis.
11. NZa (2015), *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
12. Met solvabiliteit doelen wij op de reserves die zorgverzekeraars aanhouden, ten opzichte van hun uitgaven. Tot 1 januari 2016 moet het eigen vermogen ten minste 11% van het driejarig gemiddelde van de zorguitgaven bedragen. Na 1 januari 2016 gelden de eisen van Solvency II, die per zorgverzekeraar verschillen afhankelijk van het risicoprofiel van de onderneming als geheel.
13. Michael Porter (2010), *What is Value in Healthcare*, The New England Journal of Medicine.

2. Het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars

In dit hoofdstuk beschrijven wij het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars. Wij brengen eerst de doelstelling van zorgverzekeraars in kaart en vervolgens hun bedrijfsmodel. Dit laatste doen wij aan de hand van het veelgebruikte business model canvas van Osterwalder en Pigneur (2009).¹ Het canvas beschrijft het bedrijfsmodel aan de hand van verschillende elementen. In Figuur 3 staat een overzicht van deze elementen. De keuzes die individuele zorgverzekeraars maken op de verschillende elementen leiden samen tot het bedrijfsmodel. In dit hoofdstuk beschrijven wij elk element en lichten wij kort toe hoe de zorgverzekeraars deze elementen op dit moment invullen. In de hoofdstukken hierna beschrijven wij in meer detail wat de beperkingen zijn binnen deze elementen en welke mogelijkheden zorgverzekeraars gegeven deze beperkingen hebben om zich te onderscheiden.

2.1. Winst is geen doel op zich voor zorgverzekeraars

Voordat wij ingaan op het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars bespreken wij de doelstellingen die zorgverzekeraars hebben met hun bedrijfsmodel. Winst is voor zorgverzekeraars geen doel op zich. Zeven van de negen concerns hebben geen winstdoelstelling, de overige twee keren geen winst uit vanuit hun zorgtak.¹⁴ In de interviews geven coöperatieve zorgverzekeraars aan dat zij het beeld hebben dat winstgerichte zorgverzekeraars exact hetzelfde in de wedstrijd zitten als zichzelf. Zorgverzekeraars hebben andere doelstellingen dan winst, zoals het behouden van een bepaald marktaandeel, het aanbieden van een zo goed mogelijke polis voor huidige leden of juist alle mogelijke leden en de stabiliteit van het eigen bedrijf. Zorgverzekeraars vertalen deze doelstellingen naar hun financiële bedrijfsvoering met een dominante focus op solvabiliteit. Deze focus op solvabiliteit en de winst waarmee deze solvabiliteit wordt opgebouwd, wekken in de maatschappij de indruk dat de zorgverzekeraars een winstdoel hebben.



Figuur 3: Het business model canvas

2.2. Het bedrijfsmodel is hoe de zorgverzekeraars invulling geven aan hun doelstelling

Het bedrijfsmodel beschrijft de manier waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun doelstelling. In de vorige paragraaf constateerden wij dat die doelstelling bijvoorbeeld is om voor een qua aantal vergelijkbare groep verzekerden een zorgverzekering te bieden met een hoge prijs-kwaliteitverhouding en daarbij financieel gezond te blijven. Het behoud van een gezonde solvabiliteit is essentieel voor zorgverzekeraars om ook op lange termijn concurrerende polissen aan te kunnen blijven bieden. Voordat wij in detail beschrijven welke keuzes de zorgverzekeraars in hun bedrijfsmodel kunnen maken, bekijken wij eerst op hoofdlijnen wat zorgverzekeraars kunnen doen om het behalen van hun doelstelling financieel mogelijk te maken.

Inkoopkosten

De zorgkosten vormen met ~96%¹⁵ de grootste kostenpost voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen deze kosten beperken door scherpe afspraken te maken met zorgaanbieders. Zij kunnen er bovendien voor kiezen kwalitatief ondermaatse of te dure aanbieders te stimuleren om zich te verbeteren of zelfs om deze aanbieders niet te contracteren. Deze keuzes kunnen zij door laten werken in het polisaanbod, door polissen aan te bieden met volledige keuzevrijheid (zuivere restitutiepolis) of juist een zeer beperkt aanbod (budgetpolis). Bij het scherp inkopen hebben zorgverzekeraars met veel inkoopmacht het grootste voordeel. Zorgverzekeraars hebben meer inkoopmacht ten opzichte van een zorgaanbieder wanneer zij een hoger marktaandeel hebben in een regio en wanneer er meer alternatieve zorgaanbieders beschikbaar zijn. Zorgverzekeraars met lage marktaandelen hebben vaak meer moeite om een vuist te maken in de inkoop. Zorgverzekeraars met een hoog marktaandeel in een regio die weinig keuzes hebben tussen zorgaanbieders onderhandelen met zorgaanbieders vanuit een wederzijdse afhankelijkheid. Dit kan leiden tot partnerships maar ook tot impasses. Scherp inkopen is in die gevallen niet altijd eenvoudig, maar partnerships kunnen juist kansen bieden voor beide partijen. Zorgverzekeraars kunnen de zorgkosten ook beperken door verzekerden te stimuleren om doelmatig zorg te gebruiken, bijvoorbeeld door hen inzicht te geven in de gemaakte zorgkosten en door hen te stimuleren om naar goedkopere aanbieders te gaan.

Operationele kosten

De operationele kosten, alle kosten behalve de zorginkoopkosten, vormen met ~4% relatief een zeer kleine kostenpost voor zorgverzekeraars. De ruimte om af te wijken is hier bovendien beperkt doordat zorgverzekeraars ongeveer dezelfde taken

uit moeten voeren. Desondanks is het voor zorgverzekeraars belangrijk om grip te houden op deze kosten.

Portfoliomanagement

De risicoverevening compenseert zorgverzekeraars als zij mensen verzekeren met voorspelbaar hoge kosten. De vereveningssysteem is echter nooit perfect, waardoor sommige klantgroepen voorspelbaar winstgevend of juist verlieslatend zijn. Een zorgverzekeraar doet er verstandig aan het risicoprofiel van zijn verzekerdenpopulatie goed te monitoren en waar nodig te managen. Veel zorgverzekeraars hebben een breed portfolio van verzekerden met hoge en lage risico's. Om voorspelbaar verlieslatende verzekerden te kunnen verzekeren, moeten zorgverzekeraars ook voorspelbaar winstgevende verzekerden blijven aantrekken. Op deze manier is het risicomanagement van zorgverzekeraars een vorm van solidariteit.

Portfoliomanagement is belangrijk om de solvabiliteit te waarborgen. Voor elke verzekerde moet de zorgverzekeraar namelijk reserves aanhouden. Wanneer een zorgverzekeraar te hard lijkt te groeien tijdens het overstapseizoen kan dit een bedreiging vormen voor de solvabiliteit. Door de aanwas van nieuwe verzekerden via bepaalde kanalen stop te zetten kunnen zorgverzekeraars direct het beslag op hun solvabiliteit verkleinen. Zorgverzekeraars kunnen in de aanvullende verzekering nog veel sterker beïnvloeden welke verzekerden zij willen aantrekken, omdat hier veel minder beperkingen zijn. Zo kunnen ze zeer doelgroepgerichte aanvullende verzekeringen ontwikkelen en instapvoorwaarden opstellen. Omdat de aanvullende en de basisverzekering bijna altijd bij dezelfde zorgverzekeraar worden afgenomen, kunnen zorgverzekeraars via de aanvullende verzekering ook beïnvloeden welke verzekerden zij trekken in de basisverzekering.

Beleggingen

Een laatste mogelijkheid voor zorgverzekeraars om verschil te maken is in beleggingen. In vergelijking met bijvoorbeeld pensioenbeheerders is de omloopsnelheid bij zorgverzekeraars hoog, aangezien de inkomsten voor een belangrijk deel hetzelfde jaar weer uitgegeven worden. Zorgverzekeraars dienen hiernaast echter ook nog voor een groot bedrag reserves aan te houden. Deze combinatie zorgt ervoor dat zorgverzekeraars een aanzienlijke hoeveelheid kapitaal hebben, waardoor beleggingsinkomsten een belangrijke bron van inkomsten kunnen zijn. Het beleggingsresultaat van zorgverzekeraars op de basisverzekering varieerde in 2014 tussen EUR 7 en EUR 88 per premiebetaler (gemiddeld EUR 32). De beleggingsstrategie heeft hiermee een belangrijke impact op de financiële positie van de zorgverzekeraar. De beleggingsstrategieën van zorgverzekeraars verschillen bijvoorbeeld in de mate van risico in de portefeuille.

In de komende paragrafen gaan wij dieper in op alle bovenstaande opties en de verschillende keuzes die zorgverzekeraars kunnen maken in hun bedrijfsmodel. Dit doen wij aan de hand van het zogenaamde business model canvas.

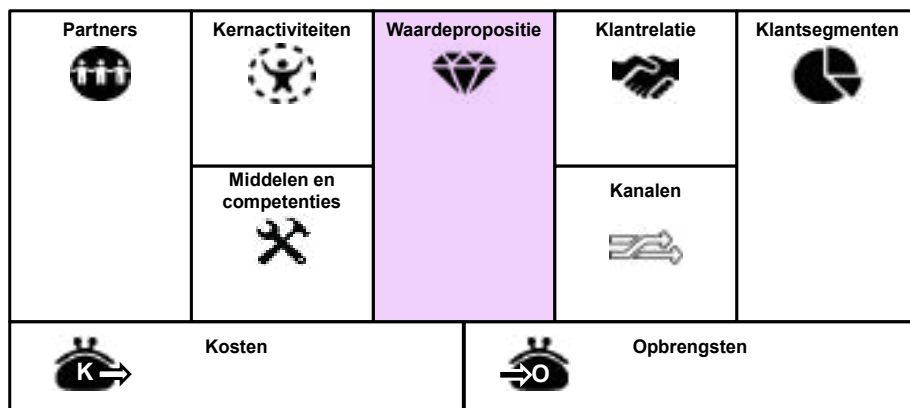
2.3. Het bedrijfsmodel is een samenhangend geheel van keuzes waarmee toegevoegde waarde ontstaat voor een klantsegment

Het business model canvas is een handige tool om bestaande en nieuwe bedrijfsmodellen gestructureerd in kaart te brengen. Het business model canvas geeft een overzicht van verschillende elementen, die in samenhang het bedrijfsmodel van een onderneming vormen. De elementen zijn te clusteren in vier groepen:

1. **Waardepropositie.** De verzameling van producten en diensten die een onderneming biedt om te voorzien in de behoeften van haar klanten.
2. **Klanten.** De klantsegmenten die de onderneming bedient, de kanalen die zij gebruikt om de dienst aan de klant te verkopen en de manier waarop zij de relatie met de klant, tijdens het gebruik van het product of de dienst, vormgeeft.
3. **Infrastructuur.** De kernactiviteiten, belangrijkste middelen en competenties en het netwerk van partners die samen de onderneming in staat stellen om de waardepropositie te leveren.
4. **Financiën.** De kosten en opbrengsten van de onderneming.

Om een levensvatbaar bedrijfsmodel neer te zetten moet een zorgverzekeraar op de verschillende elementen keuzes maken die logisch samenhangen. Een extreem goedkope basisverzekering is bijvoorbeeld levensvatbaar als die wordt gericht op een zeer prijsbewuste doelgroep, aangeboden via goedkope kanalen zoals internet, de klantrelatie weinig intensief is en de zorg tegen lage prijzen wordt gecontracteerd. Een intensief en persoonlijk serviceconcept past bijvoorbeeld minder goed bij dit bedrijfsmodel. Dit zou namelijk leiden tot hoge beheerskosten waardoor het moeilijker wordt de verzekering tegen een zeer lage premie aan te bieden. Hoeveel proposities levensvatbaar zijn, hangt af van hoeveel klantsegmenten er zijn met verschillende behoeften waar de zorgverzekeraar in kan voorzien. In hoofdstuk 5 beschrijven wij in verschillende waardeproposities hoe zorgverzekeraars op een samenhangende manier keuzes kunnen maken in hun bedrijfsmodel. In dit hoofdstuk beschrijven wij de verschillende elementen en beschrijven wij kort hoe zorgverzekeraars deze elementen op dit moment invullen.

2.4. Waardepropositie



De waardepropositie is de kern van het bedrijfsmodel. Dit element beschrijft welke onderscheidende of toegevoegde waarde een product of service biedt aan de klant. De waardepropositie van zorgverzekeraars bestaat uit de waarde die een zorgverzekeraar voor haar klanten levert. De producten die de zorgverleners aanbieden en de service die zij hierbij verlenen creëren waarde. Zorgverzekeraars kunnen qua producten een basisverzekering en een aanvullende verzekering bieden. De service van zorgverzekeraars dient om ongemak van verzekerden te verlichten (zoals administratieve verlichting) of om extra waarde te leveren (zoals hulp bij het kiezen van een zorgaanbieder).

2.4.1 De basis- en de aanvullende verzekering

Alle zorgverzekeraars bieden polissen voor de **basisverzekering**. De dekking van de basisverzekering is wettelijk bepaald en dus in principe bij alle zorgverzekeraars gelijk. Wel verschillen de zorgverzekeraars in de wijze waarop ze de dekking in de praktijk invullen en welke premie ze daarvoor vragen. Het meest in het oog springt de mate waarin zorgverzekeraars zorgaanbieders contracteren. In zogenaamde 'budget' of 'selectief' polissen is het aantal gecontracteerde zorgaanbieders fors beperkt. In 'reguliere' naturopolissen is vaak sprake van enige selectie. De (zuivere) restitutieverzekeraars garanderen (vrijwel) volledige keuzevrijheid. Uit interviews komt naar voren dat op dit moment de combinatie van premie en keuzevrijheid het dominante keuzecriterium voor consumenten is voor de basisverzekering.¹⁶

Alle zorgverzekeraars bieden momenteel ook **aanvullende verzekeringen** aan. Deze verzekeringen zijn niet wettelijk verplicht en ook de verzekerde aanspraak is niet wettelijk vastgelegd. Er bestaat een ruim en divers aanbod van aanvullende verzekeringen die verschillen in dekking en prijsstelling.

2.4.2 Service in de zorgverzekering

Zorgverzekeraars maken allemaal eigen keuzes in de wijze waarop zij hun diensten leveren om zoveel mogelijk toegevoegde waarde te leveren aan hun doelgroep. Doordat de basisverzekering inhoudelijk relatief weinig mogelijkheden biedt voor onderscheid, is het voor zorgverzekeraars extra belangrijk om zich te onderscheiden op hun dienstverlening.

Wij geven hier enkele voorbeelden van manieren waarop zorgverzekeraars zich onderscheiden op de dienstverlening.¹⁷ Diverse aanvullende services voorzien in de behoefte van verzekerden om ongemak te verminderen. Voorbeelden hiervan zijn:

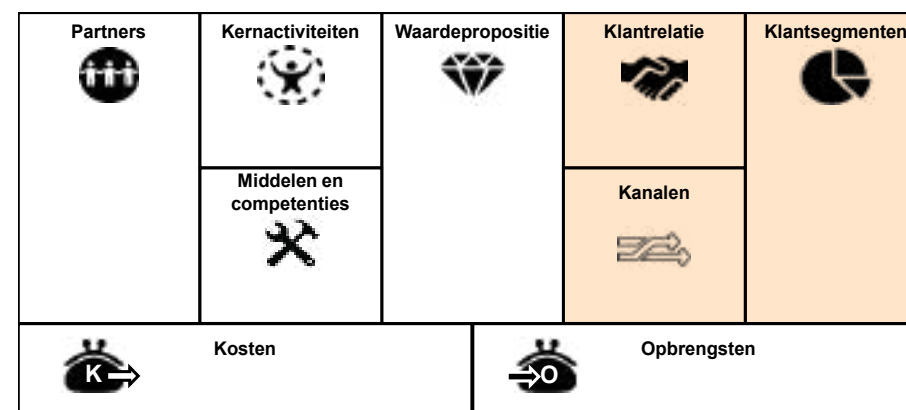
- Administratieve verlichting:
 - Declaraties direct verrekenen met zorgverleners
 - Declaraties online of via een speciale app gemakkelijk en snel indienen
 - Snel uitbetalen van declaraties
 - Online of juist via een call center eenvoudig wijzigingen doorgeven
 - Eenvoudig indienen van machtingsaanvragen
- Voorkomen financiële verrassingen:
 - Gespreid betalen eigen risico en eigen bijdragen
 - Vanuit de aanvullende verzekering dekking bieden voor eigen bijdragen in de basisverzekering
 - Aanbieden van betalingsregelingen
- Begrijpelijkheid:
 - Documenten en contact in andere talen
 - Ruime beschikbaarheid klantenservice en online support, inclusief klantfora

Daarnaast bieden zorgverzekeraars verschillende aanvullende services die voor de klant extra toegevoegde waarde moeten leveren, zoals:

- Kennis over zorg en eigen gezondheid en/of aandoening:
 - Gezondheidschecks
 - Informatie over symptomen, diagnostiek en behandeling van diverse aandoeningen
 - Zorgcoaches die begeleiding geven
 - Klantfora voor stellen van vragen en uitwisselen van tips en ervaringen

- Hulp bij keuze zorgaanbieder:
 - Wachttijlbemiddeling
 - Informatie over behandelingen en behandelaars
 - Verhuisservice – vinden van nieuwe zorgverleners
 - Aanvragen van second opinions / extra advies van artsen
- Extra ondersteuning:
 - Organiseren van mantelzorg
 - Informeren over / regelen van thuiszorg of andere zorg voor of na een behandeling

2.5. Klanten



Waar het hun klanten betreft kunnen zorgverzekeraars op verschillende onderdelen keuzes maken. Ze kunnen kiezen welke *klantsegmenten* ze willen bedienen, via welke *kanalen* ze hun klanten willen bereiken en op welke manier zij de *klantrelatie* invullen.

2.5.1 Klantsegmenten

Klantsegmenten zijn de specifieke klantengroepen die een zorgverzekeraar wil bedienen. De mate waarin behoeften van klantsegmenten van elkaar verschillen, bepaalt hoe interessant het voor zorgverzekeraars is om de inhoud en vorm van het dienstenaanbod te differentiëren. Zorgverzekeraars geven hieraan een verschillende invulling: sommige bieden een *one-size-fits-all*-verzekering waarmee ze alle verzekerden proberen aan te spreken. Anderen differentiëren expliciet hun aanbod naar verschillende klantsegmenten.

Klantsegmenten van zorgverzekeraars zijn op hoog niveau onder te verdelen in:

1. Individueel verzekerden
2. Werkgeverscollectiviteiten
3. Overige collectiviteiten

Daarnaast zijn legio klantsegmentaties mogelijk op basis van bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, regio, levensfase, geloof/levensovertuiging, land van herkomst, etnische achtergrond of internetgebruik. In een later hoofdstuk gaan wij verder in op klantsegmentatie en hoe de verevening hier een rol in speelt.

Individueel verzekerden

In 2015 is 31% van de verzekerden niet via een collectiviteit, maar individueel verzekerd.¹⁸ Individueel verzekerden hebben bijvoorbeeld zelf een polis afgesloten of zitten al sinds 2006 bij dezelfde zorgverzekeraar. Het percentage individueel verzekerden is sinds de invoering van de Zvw flink afgenomen; voor de introductie van de Zvw was nog 69% individueel verzekerd.¹⁹ Deze afname heeft deels te maken met de opkomst van niet-werkgevers collectiviteiten, die wij hieronder toelichten.

Werkgeverscollectiviteiten

Verzekerden aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit vormen in 2015 met ruim 38% het grootste klantsegment.¹⁸ Deelname aan een werkgeverscollectiviteit bij een bepaalde zorgverzekeraar is het resultaat van een dubbele keuze: de werkgever onderhandelt over een pakket aan diensten en de bijbehorende prijzen en voorwaarden met één of meerdere zorgverzekeraars. Vervolgens hebben de werknemers en hun gezinsleden ieder een vrije keuze om in te gaan op de (of één van de) collectieve aanbieding(en) van de werkgever.

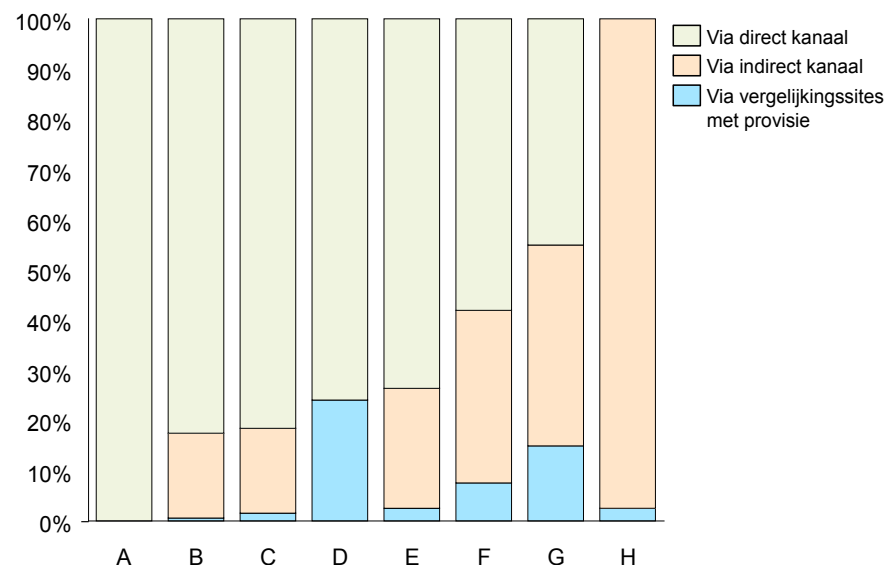
Zorgverzekeraars maken hun waardepropositie voor werkgevers aantrekkelijk door een pakket aan extra diensten aan te bieden. Afhankelijk van de individuele wensen van iedere werkgever kunnen deze bestaan uit extra services voor werknemers en hun familie, ondersteuning bij vitaliteit, zorgaanbod dat bijdraagt aan preventie of reductie van verzuim en verzekering van de loondoorbetaling bij ziekte of (langdurige) arbeidsongeschiktheid. Diverse zorgverzekeraars positioneren hun aanbod als een totaaloplossing voor alle verzekeringsbehoeften van de werkgever en haar werknemers. Voor werknemers en hun gezinsleden maken zorgverzekeraars het collectieve aanbod aantrekkelijk door extra diensten te bieden die aansluiten op de specifieke behoeften van deze populatie. Bovendien kunnen zorgverzekeraars collectiviteiten korting bieden op de basisverzekering en op aanvullende verzekeringen.

Overige collectiviteiten

Ongeveer 30% van de verzekerden is aangesloten bij een doelgroepencollectiviteit.¹⁸ Collectiviteiten bestaan voor alle denkbare groepen. Zo zijn er collectiviteiten voor leden van sportverenigingen, vakbonden, klanten van bemiddelaars van huurwoningen, klanten van zorginstellingen, huiseigenaren en ouderenbonden. Hiernaast zijn er patiëntencollectiviteiten. Dit zijn collectiviteiten bedoeld voor bepaalde patiëntgroepen, die vaak zijn opgezet door patiëntenverenigingen. Ongeveer 1% van de verzekerden is aangesloten bij een patiëntencollectiviteit.¹² Collectiviteiten zijn een uitgelezen manier voor zorgverzekeraars om hun waardeproposities aan te laten sluiten bij de specifieke behoeften van een klantsegment. Zo krijgen deelnemers aan de collectiviteit van Badminton Nederland gratis een extra aanvullend sportpakket met extra vergoedingen voor hardloopcoaching bij sportblessures, voorlichting over voeding, korting op sportkleding en EUR 50 bijdrage in de sportcontributie.²⁰

2.5.2 Kanalen – De zorgverzekeraar kan gebruik maken van directe, indirecte kanalen, vergelijkingssites en labels

Zorgverzekeraars bedienen zich van een sterk wisselend palet aan kanalen om verzekerden aan zich te binden. Ze proberen daarmee optimaal aan te sluiten bij de behoeften van de klantsegmenten die zij willen aanspreken met een bepaalde polis. Wij onderscheiden directe kanalen, indirecte kanalen en vergelijkingssites. Figuur 4 laat zien via welk kanaal verzekerden zich verzekeren bij een zorgverzekeraar. De figuur gaat zowel over de overstappers als over de verzekerden die niet overgestapt zijn.



Figuur 4: Aandeel totaal aantal verzekerden per kanaal in 2015 per (geanonimiseerde) zorgverzekeraar; via vergelijkingssites waarvoor door de zorgverzekeraar provisie moet worden afgedragen en via het (in)directe kanaal²¹

Directe kanalen

De **directe kanalen** betreffen alle kanalen via welke zorgverzekeraars nieuwe verzekerden binnen kunnen halen, die direct onderdeel uitmaken van het verzekeringsconcern. Dit geldt onder meer voor de bedrijfswebsite en de call centers. Voor het binnenhalen van collectiviteiten zijn accountmanagers binnen de zorgverzekeraars belangrijk. Sommige zorgverzekeraars, zoals Zorg & Zekerheid, hebben in hun kerngebied zelfs eigen winkels waar verzekerden voor vragen terecht kunnen en een polis kunnen afsluiten.

Indirecte kanalen

Voorbeelden van **indirecte kanalen** zijn tussenpersonen en volmachten. De spelers uit het indirecte kanaal brengen verzekerden aan voor de zorgverzekeraar en ontvangen daarvoor een provisie. Een bijzondere rol is er voor volmachten.²² De zorgverzekeraar verzorgt de inkoop van het zorgaanbod en is voor deze spelers de risicodrager. De risicodrager is de partij die het risico draagt voor de zorgkosten. De volmachten bedienen zelf de klant en voeren hun eigen polisadministratie. Volmachten kunnen daardoor soms overkomen als zelfstandige zorgverzekeraars. Echter, volmachten hebben het risico op de zorgkosten belegd bij zorgverzekeraars en de verzekerden zijn dus bij de zorgverzekeraar 'verzekerd'. Voorbeelden van volmachten zijn Aevitae en Promovendum. Geïnterviewden geven aan dat voordelen van het indirecte kanaal zijn dat zorgverzekeraars via dit kanaal snel veel verzekerden kunnen binnenhalen en dat de spelers in het indirecte kanaal goed zijn in het maken van maatwerkafspraken met collectiviteiten. Volmachten kunnen op maat gemaakte afspraken met collectiviteiten zelf administratief uitvoeren. Dergelijk maatwerk gaat binnen de zorgverzekeraars gepaard met hogere beheerskosten, waardoor zorgverzekeraars soms de afweging maken dat het gunstiger is om dit aan volmachten over te laten. Van geïnterviewden begrijpen wij dat een nadeel van het gebruik van volmachten en tussenpersonen is dat zij een relatief duur kanaal vormen.

Vergelijkingssites

Een aantal **vergelijkingssites** heeft zich actief op de zorgverzekeringsmarkt gericht. Sommige geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat zij bepaalde polissen precies zo ontwerpen dat ze goed scoren op de vergelijkingssites van de belangrijke vergelijkingssites. De klant gebruikt vergelijkingssites als manier om zicht te krijgen op de markt en vindt via deze sites zorgverzekeraars en hun proposities. Geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat niet alle klantsegmenten veel gebruik maken van vergelijkingssites, maar dat dit kanaal in het bijzonder geschikt is om verzekerden aan te trekken die op zoek zijn naar een scherpe prijs.

Het hebben van verschillende labels binnen één concern maakt differentiatie naar klantsegment mogelijk

Grote concerns voeren vaak meerdere labels. Dit heeft enerzijds te maken met de historie waarin ze gefuseerd zijn uit meerdere verzekeraars en de waarde die de historische merken nog steeds hebben. Anderzijds biedt het gebruik van meerdere labels de mogelijkheid tot differentiatie. Door gebruik te maken van verschillende labels kunnen zorgverzekeraars hun aanbod aanpassen aan de diverse klantgroepen. Een voordeel van het werken met verschillende labels is dat zorgverzekeraars trouwe klanten een ander aanbod kunnen doen dan shoppende, prijsbewuste klanten. Binnen de concerns zit het overgrote deel van de verzekerden binnen één bepaald label. Voor meer prijsbewuste verzekerden kan een concern in losse labels een scherp aanbod neerzetten, zonder dat de zorgverzekeraar dit aanbod ook direct aan de minder prijsbewuste verzekerden hoeft te doen. Niet alle zorgverzekeraars kiezen ervoor te werken met meerdere labels. Zo kiest Zorg & Zekerheid ervoor te werken onder één merk.

Het gebruik van verschillende kanalen maakt beheersing van de verzekerdenstroom gemakkelijker

Het gebruik van verschillende kanalen maakt het voor zorgverzekeraars gemakkelijker om de toestroom van verzekerden te beheersen. Vanwege de acceptatieplicht moeten zij elke verzekerde accepteren die zich wil verzekeren. Door verschillende kanalen te gebruiken, hebben zij mogelijkheden om de instroom van nieuwe verzekerden te sturen. Zij kunnen bijvoorbeeld bepaalde polissen van vergelijkingssites halen als die te snel vollopen. Zeker volmachten en tussenpersonen lenen zich goed voor het managen van de in- en uitstroom van verzekerden. Door geen contract te sluiten met een grote volmacht of tussenpersoon valt voor zorgverzekeraars op korte termijn een aanzienlijke groep verzekerden weg. Uit interviews blijkt dat sommige zorgverzekeraars actief gebruik maken van deze mogelijkheden.

Zorgverzekeraars geven het meest geld uit aan reclame op TV, gevolgd door reclame op internet en radio

In de vorige paragrafen hebben wij de kanalen besproken die zorgverzekeraars gebruiken om verzekerden binnen te halen. Een andere vorm van kanalen zijn de marketingkanalen die de zorgverzekeraars inzetten om hun labels en polissen bij verzekerden op de kaart te zetten. In het commerciële seizoen 2014/2015 hebben de zorgverzekeraars gemiddeld EUR 4,30 per verzekerde uitgegeven aan reclame. Hiervan werd 50% besteed aan TV-reclame, 28% aan internet-reclame, 14% aan radioreclame en 8% aan overige kanalen.²³ Andere reclamekanalen zijn overigens wel belangrijk maar niet terug te zien in deze kosten. Van geïnterviewden begrijpen wij bijvoorbeeld dat het overhalen van verzekerden om ook in het nieuwe jaar dezelfde zorgverzekering te behouden ("prolongatie") een belangrijke activiteit

is, die bijvoorbeeld plaatsvindt via brieven en mailings. Ook de reclamekanalen geven zorgverzekeraars de mogelijkheid om de in- en uitstroom van verzekerden te managen. Zij kunnen bijvoorbeeld voor een polis die achterblijft een marketingcampagne starten tijdens de kerstperiode om de aanwas van verzekerden te versnellen.

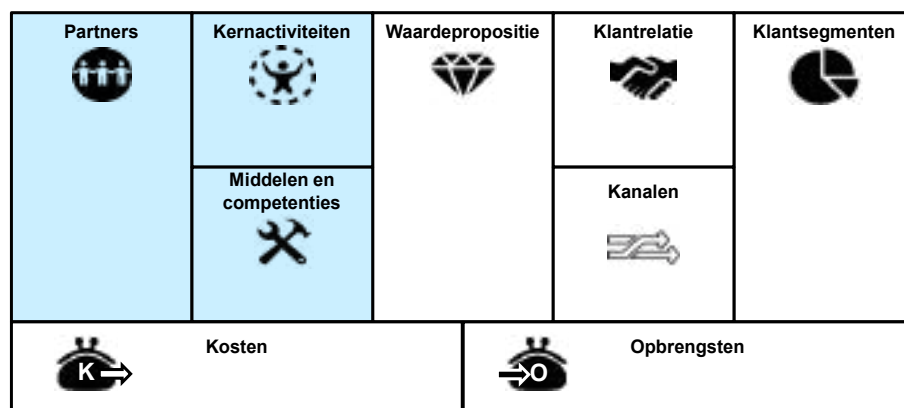
2.5.3 Klantrelatie – In de klantrelatie kunnen zorgverzekeraars verschillende keuzes maken

Zorgverzekeraars hebben veel ruimte om te bepalen welk type relatie ze met hun klant aangaan. Zij kunnen zich beperken tot kerntaken als de administratieve verwerking van rekeningen en het beantwoorden van vragen over vergoedingen. Zij kunnen ook verder gaan en op verzoek advies geven over zorg en bemiddelen bij wachtlijsten. Hierbij kunnen ze kiezen hoe ze diensten aan de klant beschikbaar stellen. Dit kan variëren van een website waar verzekerden zoveel mogelijk zelf regelen (zoals bij de zogenaamde internet zorgverzekeringen²⁴) tot een call center met ruime openingstijden, waarin persoonlijk adviseurs inhoudelijke informatie en advies geven over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Bij sommige zorgverzekeraars kunnen deze adviseurs zorgdiensten regelen zoals huishoudelijke hulp of persoonlijk adviseren bij vragen over bijvoorbeeld kanker. Zorgverzekeraar ONVZ biedt zelfs (als betaalde dienst) een Zorg Assistent die alles regelt rondom een ziekenhuisopname, waaronder kinderopvang en persoonlijke begeleiding bij aankomst in en ontslag uit het ziekenhuis.

Zorgverzekeraars maken steeds meer gebruik van applicaties. FBTO biedt haar verzekerden bijvoorbeeld de Dokter op Zak app. Deze app maakt chatten, foto's uploaden, bellen en videochatten mogelijk, op alle dagen van de week. Een vrij recente ontwikkeling is de opkomst van online fora waarop verzekerden contact kunnen zoeken met hun zorgverzekeraar, of met andere verzekerden. Ook gebruiken zorgverzekeraars in toenemende mate de mogelijkheden van social media, zoals Facebook, Twitter en YouTube.

2.6. Infrastructuur

Onder Infrastructuur beschrijven wij het netwerk van *partners*, de *kernactiviteiten* en de belangrijkste *middelen en competenties* die samen de zorgverzekeraar in staat stellen om de waardepropositie te leveren.



2.6.1 Kernactiviteiten – Zorgverzekeraars hebben zowel interne kern-activiteiten als kernactiviteiten richting verzekerden en zorgverleners

Diverse activiteiten zijn essentieel om een zorgverzekering aan te kunnen bieden. Hoewel alle zorgverzekeraars deze activiteiten aanbieden, kan een zorgverzekeraar zich onderscheiden door op één of meer van deze activiteiten uit te blinken. Omdat deze activiteiten in de overige paragrafen al besproken worden, stippen wij in deze paragraaf slechts enkele onderdelen aan.

Uit interviews ontstaat het beeld dat de administratieve verwerking – van oudsher een onderdeel waarop zorgverzekeraars konden uitblinken – inmiddels zodanig is gestandaardiseerd en geautomatiseerd dat daar momenteel geen grote verschillen zijn tussen zorgverzekeraars. Uit interviews blijkt overigens wel dat sommige zorgverzekeraars deze kernactiviteit verder willen verbeteren, bijvoorbeeld door directe uitbetaling na een declaratie. Door de kleinere verschillen in de administratieve verwerking verschuift de nadruk naar onderscheid op zowel de kwaliteit van het klantcontact als het resultaat van de zorginkoop. Door in de inkoop nadrukkelijk te sturen op scherpe tarieven, hoge kwaliteit van zorg, hoge kwaliteit van dienstverlening en/of goede toegankelijkheid van zorg, kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden. Ook voor restitutieverzekeraars is het belangrijk om contracten met aanbieders te sluiten, ondanks het feit dat de zorgverzekeraar bij zuivere restitutie in principe altijd de zorgkosten vergoedt. Zo kunnen zij met een contract tarieven afspreken die lager zijn dan de passantentarieven. Bovendien kunnen zij zo afspraken maken over kwaliteit van zorg, kwaliteit van dienstverlening, toegankelijkheid en declaratie bij de zorgverzekeraar.

2.6.2 Middelen en competenties – Menselijk kapitaal, IT-infrastructuur en financieel kapitaal zijn belangrijke middelen en competenties van zorgverzekeraars

Bij zorgverzekeraars zijn onder meer menselijk kapitaal, IT-systemen en financieel kapitaal belangrijke middelen en competenties. Het menselijk kapitaal bepaalt bijvoorbeeld hoe scherp een zorgverzekeraar zorg inkoopt en hoe goed zij het toevertrouwde kapitaal belegt. IT-systemen zijn essentieel voor onder meer de administratieve afhandeling, het klantcontact, de zorginkoop en de controle van declaraties op rechtmatigheid. Niet alleen de systemen zelf, maar ook de in de loop der tijd opgebouwde gegevens in deze systemen zijn waardevol. Hiermee kunnen zorgverzekeraars (ontwikkelingen in) declaratiegegevens analyseren om verkoop- en inkoopprestaties te verbeteren. Daarnaast kunnen zij inzichten uit deze data terugkoppelen aan gecontracteerde zorgverleners en in toenemende mate aan collectiviteiten, werkgevers en verzekerden die hier inzicht in wensen.²⁵

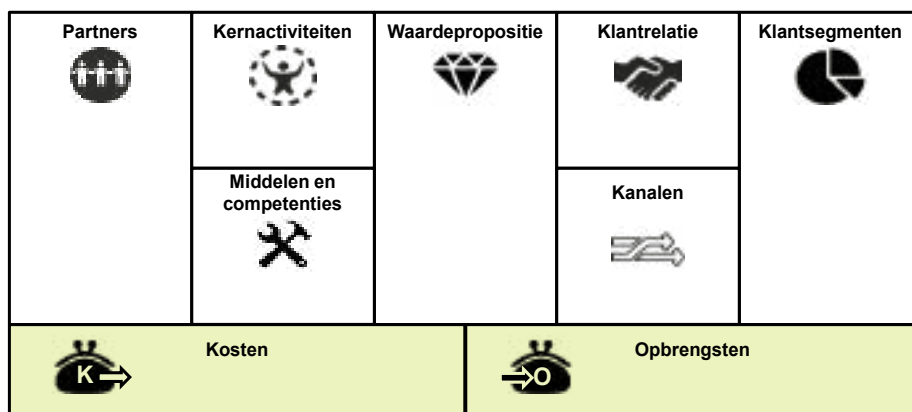
Financieel kapitaal is een bijzonder belangrijk bedrijfsmiddel voor zorgverzekeraars. De solvabiliteitseisen worden bewaakt door toezichthouders. Per verzekerde moeten de zorgverzekeraars een vermogen aanhouden van gemiddeld ongeveer EUR 400 om eventuele tegenvallers op te kunnen vangen.²⁶ Als de solvabiliteit onder de vereiste ratio's komt, moeten zorgverzekeraars nieuw kapitaal aantrekken of verzekerden afstoten.²⁷ Een dalende solvabiliteit kan zorgverzekeraars op deze manier dus dwingen tot het afstoten van verzekerden. Financieel kapitaal is daarmee essentieel voor zorgverzekeraars. In interviews geven diverse zorgverzekeraars aan dat ze actief sturen op voldoende solvabiliteit.

2.6.3 Partners – Belangrijke partners voor zorgverzekeraars zijn aanbieders van zorg, politiek en toezichthouders, andere zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen

Zorgverzekeraars werken met veel verschillende partijen samen om hun waardepropositie te kunnen leveren. Zij maken afspraken over zorginkoop met aanbieders: zorginstellingen, zorgverleners, leveranciers en fabrikanten. Afhankelijk van de zorgsoort en de marktstructuur gaat de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verder dan een strikte aanbieder-klantrelatie. Als bijvoorbeeld in een stad maar één ziekenhuis is en één grote zorgverzekeraar, heeft dit invloed op de afspraken. In een dergelijke situatie loont het meer om samen in kaart te brengen hoe de kwaliteit omhoog kan, of de zorgkosten omlaag kunnen zonder dat het resultaat van het ziekenhuis hieronder hoeft te lijden. Op plekken waar zorgverzekeraars keuze hebben uit veel zorgaanbieders is het niet altijd noodzakelijk om dit soort partnerships aan te gaan om de waardepropositie te realiseren en zal de zorgverzekeraar eerder geneigd zijn onderhandelingsmacht in te zetten om een goed resultaat te halen.

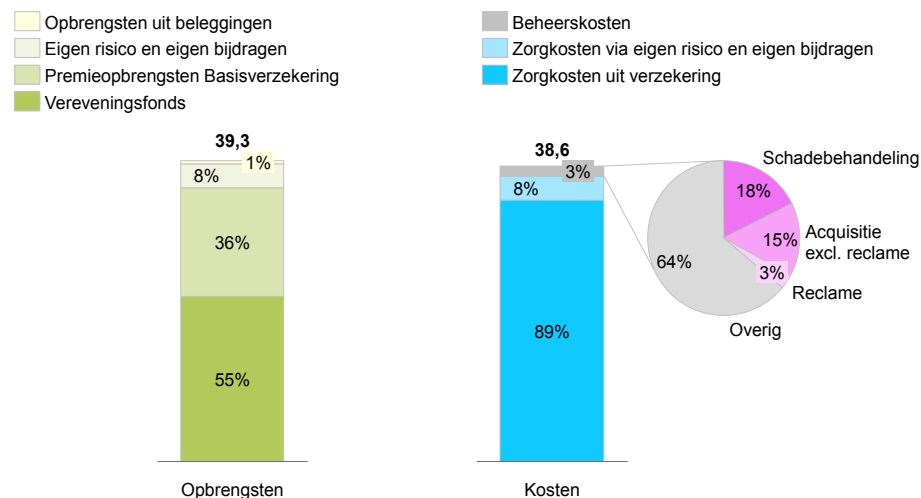
Naast zorgaanbieders hebben zorgverzekeraars te maken met veel andere partijen om hun waardepropositie te leveren. In de gereguleerde zorgverzekeringsmarkt is bijvoorbeeld vaak instemming van politiek en toezichthouders nodig voordat zorgverzekeraars nieuwe activiteiten kunnen ondernemen. Een recent voorbeeld hiervan is dat ACM heeft toegestaan dat zorgverzekeraars samen afstemmen welke medicijnen wel en niet worden vergoed in het basispakket, zo lang een vertegenwoordiger van het Zorginstituut Nederland bij deze afspraken betrokken is. Via Zorgverzekeraars Nederland werken zorgverzekeraars samen om gedeelde

belangen te verdedigen, bijvoorbeeld over declaratiestandaarden en standaarden voor kwaliteit van zorg en om prestaties van individuele zorgverzekeraars te benchmarken aan de sector. Patiëntenverenigingen en koepelorganisaties van zorgverleners kunnen op losse dossiers krachtige partners zijn. Als zij zich positief uitspreken over bijvoorbeeld ingrijpende inkoopplannen van de zorgverzekeraar is de kans groot dat de leden zich hier achter zullen scharen.



2.7. Opbrengsten- en Kostenstructuur – Verevening is essentieel, zorgkosten veruit de belangrijkste kostendrijver

Figuur 5 zet de opbrengsten en kosten van de basisverzekering in 2014 tegen elkaar af. De bijdrage uit het vereveningsfonds en de premieopbrengsten zijn de belangrijkste drivers voor de opbrengst, terwijl zorgkosten verreweg de grootste kostenpost zijn. In de volgende paragrafen geven wij een verdieping van zowel de opbrengsten als de kosten.



Figuur 5: Opbrengsten versus kosten zorgverzekeraars in de basisverzekering [EUR mrd, 2014] ²⁸

2.7.1 Opbrengsten – afhankelijkheid van verevening is groot

De opbrengsten van zorgverzekeraars bestaan voor 90% uit opbrengsten voor de basisverzekering en voor 10% uit opbrengsten voor de aanvullende verzekering.²⁹ Daarnaast hebben zorgverzekeraars inkomsten uit rente- en beleggingsopbrengsten en dienstverlening aan werkgevers. De opbrengsten uit de basisverzekering zijn verreweg het grootst en daarom gaan wij in de volgende paragrafen uitgebreid in op de basisverzekering en staan wij kort stil bij de aanvullende verzekering.

Vereveningsbijdrage wisselt sterk tussen zorgverzekeraars

Gemiddeld gezien is de belangrijkste bron van opbrengsten voor zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage. De vereveningsbijdrage is een bedrag dat de zorgverzekeraar krijgt op basis van het risicoprofiel van haar verzekerden. Aan de hand van de

kenmerken van de verzekerden maakt Zorginstituut Nederland aan het begin van het jaar een schatting van de verwachte zorgkosten van elke zorgverzekeraar.³⁰ Op basis daarvan wordt vastgesteld welk bedrag verzekeraars ontvangen vanuit de verevening en de rijksbijdrage voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Deze bedragen worden zo gesteld dat deze in combinatie met de rekenpremie, inkomsten uit eigen risico en eigen bijdrage de voorspelde zorgkosten moeten kunnen dekken. De premie die zorgverzekeraars stellen kan afwijken van de rekenpremie. Zorginstituut Nederland bepaalt de vereveningsbijdrage aan de hand van een statistisch model, waarin zij per risicogroep een schatting maakt van de verwachte zorgkosten. Een goed functionerend vereveningssysteem is voor zorgverzekeraars essentieel, omdat zij voor het overgrote deel van de zorgkosten volledig risicodragend zijn.³¹ Het vereveningsmodel is niet perfect en nog in ontwikkeling. Hierdoor is de bijdrage voor groepen verzekerden soms te hoog en soms te laag in verhouding tot de werkelijke zorgkosten die deze groepen maken. Met de juiste analysekracht is het voor zorgverzekeraars waarschijnlijk mogelijk om voorspelbaar winstgevende en verlieslatende groepen te identificeren. Op het aantrekken en afstoten van deze groepen kunnen zorgverzekeraars met elkaar concurreren, maar dit druist in tegen de solidariteitsgedachte, één van de uitgangspunten van de Zvw. Om een solidair stelsel en een level playing field te behouden is het vereveningsstelsel continu in ontwikkeling. Zorgverzekeraars zijn zelf nauw bij deze ontwikkeling betrokken.³²

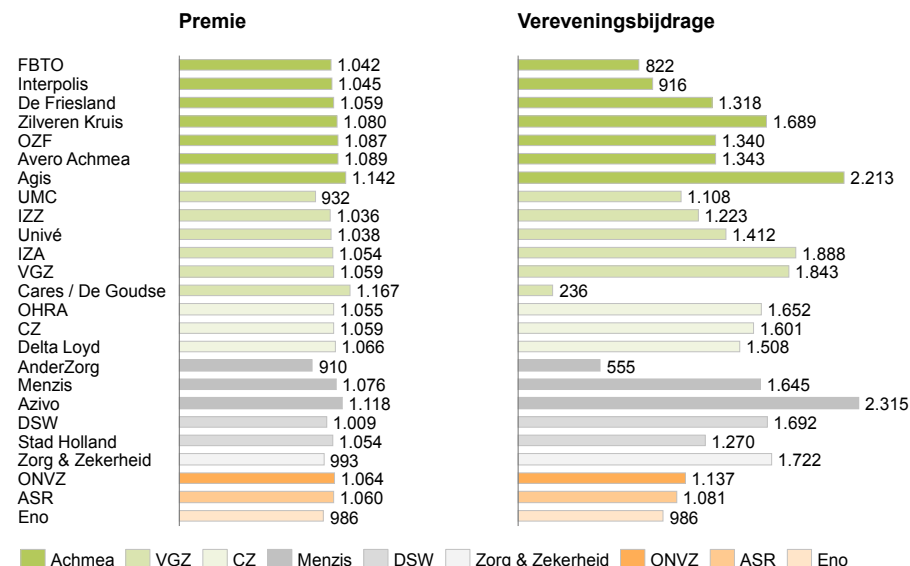
Een ander effect van het vereveningsmodel is dat de vereveningsbijdrage prikkels om de (kwaliteit van) zorg te verbeteren kan dempen. Wij noemen hiervan twee voorbeelden:

1. Een zorgverzekeraar die sterk inzet op preventie van diabetes mellitus, zal (bij succes) het vereveningsprofiel van haar populatie zien veranderen. Als de preventie leidt tot minder kosten bij diabetes dan worden de preventieve prestaties beloond door de verevening. De vereveningsbijdrage die de zorgverzekeraar ontvangt omdat zij diabetes in haar portfolio heeft blijft immers gelijk, terwijl de kosten dalen. Als de zorgverzekeraar in het geheel voorkomt dat iemand diabetes wordt, staat daar echter geen beloning tegenover. De zorgverzekeraar heeft minder diabetes in haar portefeuille waarvoor een vereveningsbijdrage wordt ontvangen. De verzekerde die zonder preventie diabetes had gekregen wordt in de verevening meegenomen als een (waarschijnlijk relatief dure) gezonde verzekerde.
2. Een zorgverzekeraar die een zeer hoog marktaandeel heeft onder jonge diabetes in achterstandswijken, zal de vereveningsbijdragen voor deze groep enkele jaren later zien dalen als zij erin slaagt om de zorgkosten van deze groep te verlagen. De vereveningsbijdrage wordt namelijk bepaald op basis van de zorgkosten drie jaren eerder. Als deze kosten met dank aan de zorgverzekeraar zijn afgenomen krijgt zijzelf drie jaar later een lagere vereveningsbijdrage. Zorgverzekeraars houden uiteraard wel voordeel in deze drie jaren, hoe groot dit voordeel is hangt af van hun marktaandeel in de betreffende groep.

In hoofdstuk 3 gaan wij dieper in op de systematiek en de consequenties van de risicoverevening voor het onderscheidend vermogen in de zorgverzekeringsmarkt.

Premieopbrengst toont minder grote verschillen dan vereveningsbijdrage

Bij de prijsstelling is de eerste stap voor zorgverzekeraars om de verwachte zorgkosten inclusief inkooptargets te vergelijken met de landelijke zorgkosten zoals opgenomen in de rekenpremie en te bepalen welke premie kostendekkend zou zijn. Vervolgens bepaalt de zorgverzekeraar of eigen vermogen ingezet moet worden om de premie competitief te houden. Hierbij kan het een voordeel zijn om eerst te wachten tot de premie van de concurrenten bekend is. Als iedereen wacht tot de laatste dag heeft geen enkele zorgverzekeraar een informatievoorsprong. Mocht de premie ongewenst hoger uitvallen dan die van de concurrentie, dan kan de zorgverzekeraar na de publicatiedatum van de premie nog aanpassingen doen. Dit kan op twee manieren. De eerste manier is het verhogen van de kortingen van de collectiviteiten. Dit werkt natuurlijk ook andersom. Op het moment dat de premie lager is vastgesteld dan de concurrentie, kunnen zorgverzekeraars de korting op de collectiviteiten verlagen. Een tweede manier is dat de zorgverzekeraar haar kanalen strategie zo aan kan passen dat klanten die actief zoeken naar de laagste premie haar sneller en beter vinden dan de concurrent. Dit kan de zorgverzekeraar bijvoorbeeld bereiken door (meer) te betalen aan tussenpersonen en vergelijkingssites.



Figuur 6: Gemiddelde premie en gemiddelde vereveningsbijdrage [EUR per verzekerde, 2014]³²

Resultaatbijdrage van de aanvullende verzekering neemt fors af

De afgelopen jaren zien wij het exploitatieresultaat³⁴ (premieopbrengsten minus bedrijfskosten) in de aanvullende verzekeringen stagneren. De resultaten daalden van gemiddeld meer dan EUR 20 per verzekerde in 2010 naar verwaarloosbaar laag in 2014.¹⁸ Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat zorgverzekeraars in steeds mindere mate toelatingseisen stellen voor de aanvullende verzekering vanwege toenemende weerstand tegen toelatingseisen in de maatschappij. Hierop gaan wij in Hoofdstuk 4 verder in.

Beleggingsresultaten zijn afhankelijk van risicobereidheid verzekeraar

De opbrengsten uit rente en beleggingsresultaten wisselen sterk tussen zorgverzekeraars en tussen verschillende jaren. Hierin zien wij de effecten van de teruglopende rentes op de kapitaalmarkten, schommelingen in de ontwikkelingen op de obligatie- en aandelenmarkten en verschillen in de gevoerde beleggingsstrategieën. Zorgverzekeraars verschillen in het risico dat zij nemen met hun beleggingen. Sommige zorgverzekeraars doen vrijwel uitsluitend laagrisico beleggingen, terwijl andere zorgverzekeraars portefeuilles beheren met grotere posities in aandelen. In 2015 belegt ONVZ het kapitaal voor ongeveer 10% in aandelen en probeert CZ haar risico's bij een rentestijging te beperken door ook te beleggen in Nederlandse hypotheek, "covered bonds" en eigen geldmarktfondsen.³⁵ De beleggingsstrategie van zorgverzekeraars wordt overigens meegenomen bij het bepalen van de solvabiliteits-eisen van Solvency II. Voor zorgverzekeraars met een meer risicovolle beleggingsstrategie gelden in Solvency II hogere kapitaaleisen.

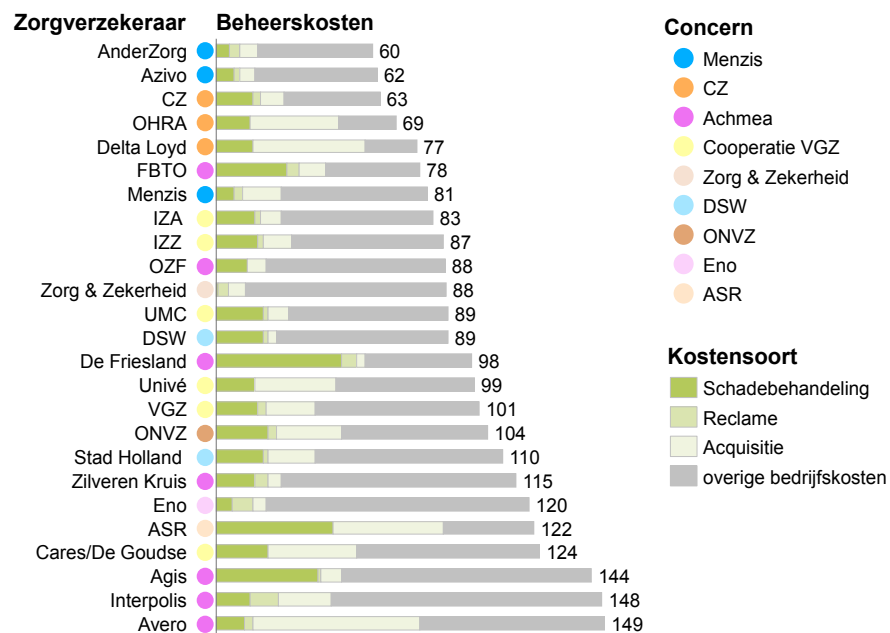
2.7.2. Kosten – De kosten van zorgverzekeraars zijn te splitsen in de zorgkosten en de beheerskosten

De kosten van zorgverzekeraars bestaan uit de zorgkosten en de beheerskosten. De zorgkosten zijn met circa 96%¹⁵ de belangrijkste kostenpost. Invloed uitoefenen op de zorgkosten is complex, maar belangrijk in de concurrentie. Qua beheersing van kosten bestaat er een belangrijk verschil tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. In de basisverzekering is risicoselectie in theorie niet en in de praktijk beperkt mogelijk. Zorginkoop is daarmee voor de basisverzekering de belangrijkste manier om de kosten te beheersen. In de aanvullende verzekering is naast de zorginkoop risicoselectie een belangrijke methode om de kosten te beheersen. Door verzekerden met een gunstig verwacht zorggebruik (ten opzichte

van de betaalde premie) tot de verzekering toe te laten, blijven de kosten onder controle. Het stimuleren van doelmatig zorggebruik door verzekerden is een andere manier om de zorgkosten te beteugelen. Hoewel de beheerskosten ten opzichte van de zorgkosten met ongeveer 4% een kleine kostenpost vormen, zijn ook deze voor zorgverzekeraars belangrijk om op te sturen. De beheerskosten heeft de zorgverzekeraar namelijk vrijwel volledig zelf in de hand.

Beheerskosten – kleine post, maar vrijwel volledig beïnvloedbaar door de verzekeraar

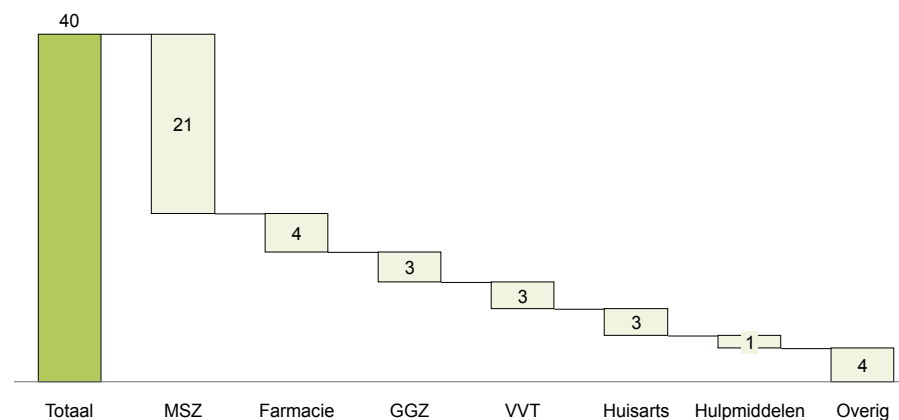
Keuzes die de zorgverzekeraar in het bedrijfsmodel maakt op elementen zoals bijvoorbeeld de kanalen en de intensiteit van de klantrelatie, zijn bepalend voor de beheerskosten. Geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat naar hun idee de grootste verlaging van de beheerskosten inmiddels gerealiseerd is, waardoor het moeilijker is voor zorgverzekeraars zich op de beheerskosten te onderscheiden. Desondanks bestaan er nog aanzienlijke verschillen in beheerskosten tussen de individuele zorgverzekeraars (zie figuur 7). De belangrijkste kostenpost binnen de beheerskosten is een restpost, namelijk de "overige bedrijfskosten". Hierin vallen salarissen, vaste lasten et cetera. De kosten voor het behandelen van nota's zijn ongeveer net zo groot als de optelsom van de kosten voor acquisitie en reclame. De acquisitiekosten zijn aanmerkelijk groter dan de reclamekosten. In de acquisitiekosten zitten de betalingen aan volmachten, tussenpersonen en vergelijkingssites.



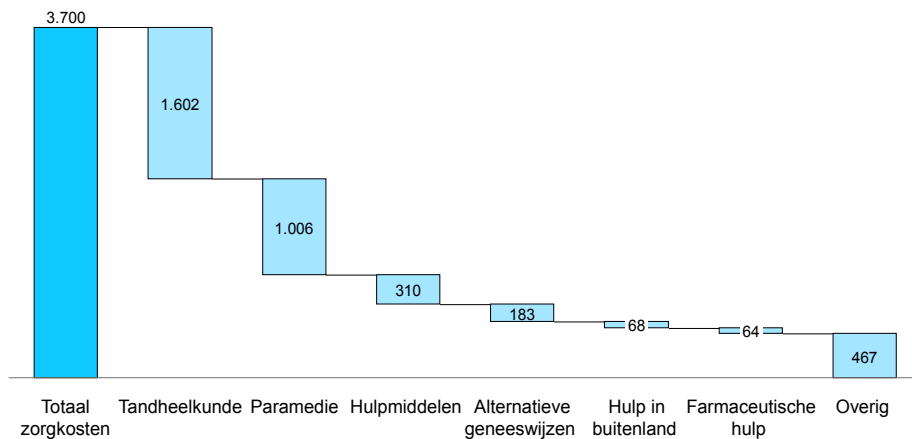
Figuur 7: Verschillen in beheerskosten in de basisverzekering tussen zorgverzekeraars [EUR, 2014]³³

Intensivering van kostenbeheersing via zorginkoop – zowel focus op kosten als op toegevoegde waarde van verstrekkingen in de zorgketen

Figuur 8 laat de zorgkosten zien voor de verschillende zorgsegmenten. Medisch specialistische zorg maakt meer dan de helft van de zorgkosten van zorgverzekeraars uit. Ook farmaceutische zorg, geneeskundige GGZ, verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), huisartsenzorg en hulpmiddelen zijn grote kostenposten.



Figuur 8: Vergoede zorgkosten in de basisverzekering per segment [EUR mrd, 2015]³⁶



Figuur 9: Vergoede zorgkosten in de aanvullende verzekering [EUR mln, 2013]³⁷

Figuur 9 laat de vergoede zorgkosten in de aanvullende verzekering zien per segment. De meeste kosten zitten in de segmenten tandheelkunde, paramedie, hulpmiddelen en alternatieve geneeswijzen.

Zorgverzekeraars ontwikkelen hun zorginkoop om meer invloed te krijgen op de kosten, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Iedere zorgverzekeraar kiest daarbij een eigen aanpak. De focus van de inkoop ligt nog voornamelijk op kosten van de geleverde zorg, maar in toenemende mate ook op de integrale zorgkosten voor een patiënt over een keten van zorgverleners en de kwaliteit van zorg.

Voorbeelden onderscheidende zorginkoop door zorgverzekeraars

Medisch-specialistische zorg. In de medisch specialistische zorg proberen zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid te werken aan kostenreductie door:

- Substitutie: zorg die op een goedkopere plek geleverd kan worden, wordt zo veel mogelijk overgeheveld.
- Kwaliteit: voorkomen van complicaties leidt tot hogere kwaliteit van leven voor de verzekerde. Betere uitkomsten gaan bovendien gepaard met lagere vervolgcosten. In sommige gevallen leggen zorgverzekeraars het risico voor vervolgcosten door complicaties bij de zorgaanbieder, door een prijs voor een ingreep te bepalen, waar eventuele hersteloperaties als gevolg van complicaties een onderdeel van zijn.
- Concurrentie op productprijzen: vooral voor niet-acute (ook wel "electieve"³⁸) zorg proberen zorgverzekeraars prijzen te drukken door actief te sturen op concurrentie tussen zorgaanbieders.
- Invloed op de zorginfrastructuur. De kosten van ziekenhuiszorg worden voor een groot deel bepaald door de vaste lasten. Daarnaast is bekend dat er een relatie is tussen aanbod en vraag, daar waar meer zorg beschikbaar is wordt ook meer zorg gebruikt.³⁹ Zorgverzekeraars proberen, met name in hun kernregio's, de zorgkosten te beheersen door invloed uit te oefenen op de omvang van de infrastructuur. Dit doen zij bijvoorbeeld door kritisch mee te denken over door ziekenhuizen geplande nieuwbouw.⁴⁰

Huisartsenzorg. Bij de inkoop van huisartsenzorg is aandacht voor de kosten van deze zorgverlening zelf. Zorgverzekeraars onderhandelen bijvoorbeeld over de kosten van bijzondere verrichtingen en de kosten van inzet van zogenaamde praktijkondersteuners. Voor veel zorgverzekeraars is de rol van de huisarts als poortwachter minstens zo belangrijk, of zelfs belangrijker. Zij stimuleren huisartsen om, samen met andere zorgverleners in de eerste lijn, de zorg zodanig te organiseren dat doorverwijzing naar andere zorgsoorten wordt voorkomen waar dat kan en doorverwijzing juist wel plaatsvindt waar dat belangrijk is om verslechterende gezondheidsproblemen tijdig aan te pakken. De inkoop van integrale zorgketens voor verzekerden met een chronische aandoening is een expliciet voorbeeld van deze integrale waardegedreven inkoop. Sommige zorgverzekeraars combineren hun inkoopactiviteiten met het delen van spiegelinformatie over het zorggebruik. Daarmee proberen ze huisartsen bewust te maken van bijzonderheden in het zorggebruik van hun patiënten en proberen ze achterliggende oorzaken van deze bijzonderheden (best practices of juist verbeterpunten) te achterhalen.

Een bijzonder aspect van de inkoop van huisartsenzorg is dat zorgverzekeraars meestal het inkoopbeleid van de marktleider in een regio volgen. Het lijkt hierdoor alsof een zorgverzekeraar geen concurrentieel voordeel kan behalen door deze zorg scherp in te kopen. Toch is die prikkel er wel. De marktleider realiseert, ondanks dat de andere zorgverzekeraars dezelfde voorwaarden krijgen, een scherpere inkoop voor zichzelf door het verschil in marktaandeel.

Zorgverzekeraars concurreren dus met elkaar op het kostenniveau en de toegevoegde waarde van huisartsenzorg in hun kerngebieden, waarbij ze voor een deel meeliften op de initiatieven die andere zorgverzekeraars in hun kernregio's ontplooiën.

Paramedische zorg. Zorgverzekeraars sturen in de paramedische zorg (hieronder valt onder meer fysiotherapie, logopedie en diëtik) zowel op toegang tot zorg, kosten per uur als op toegevoegde waarde die paramedici kunnen leveren door het voorkomen van andere zorgkosten. Per zorgverzekeraar verschilt waar de nadruk ligt. Sturen op toegang tot zorg doen zorgverzekeraars bijvoorbeeld door scherp te controleren of voor zorg die binnen de basisverzekering wordt gedeclareerd wel echt een aanspraak bestaat. Voor die aanspraak moet de verzekerde bijvoorbeeld een bepaalde chronische aandoening hebben en een verwijzing van een huisarts of medisch specialist. Sturen op toegevoegde waarde gebeurt in toenemende mate, bijvoorbeeld door bij een ziekenhuisopname ook een traject bij de fysiotherapeut in te kopen dat zorgt voor een betere fysieke status en sneller herstel na een operatie. Een ander voorbeeld is inkoop van gesuperviseerde looptraining voor patiënten met claudicatio intermittens (etalagebenen) ter voorkoming van een chirurgische ingreep aan de bloedvaten in de benen.

2.8. Conclusie

Dit hoofdstuk beschrijft de elementen van het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars in Nederland. Het canvas voor bedrijfsmodellen onderscheidt vier clusters van elementen die in samenhang het concrete bedrijfsmodel vormen: waardepropositie, klant, infrastructuur en financiën.

De **waardepropositie** van zorgverzekeraars bestaat uit het verzekeren van zorgkosten met polissen voor de basisverzekering en voor aanvullende verzekeringen. Onderscheid tussen polissen bestaat zowel in de inhoud van de dienstverlening als in de wijze waarop die diensten worden geleverd. De inhoud van de basisverzekering is wettelijk bepaald. Zorgverzekeraars verschillen van elkaar in de wijze waarop ze het recht op aanspraak in de praktijk invullen en welke premie ze daarvoor vragen. Het meest in het oog springende onderscheid is de mate waarin zorgverzekeraars zorgaanbieders contracteren om zorg te leveren. Het aanbod van aanvullende verzekeringen is zeer divers. Zij verschillen in dekking en in prijsstelling. Om verzekerden optimale waarde te bieden, ontwikkelen zorgverzekeraars aanvullende diensten die voorzien in gemak of extra inhoudelijke toegevoegde waarde leveren.

De **klanten** van zorgverzekeraars kunnen bestaan uit drie groepen: individueel verzekerden, deelnemers aan een werkgeverscollectiviteit en deelnemers aan overige collectiviteiten. Daarnaast zijn allerlei klantsegmentaties mogelijk, bijvoorbeeld op basis van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, regio, levensfase, geloof/levensovertuiging, land van herkomst en etnische achtergrond of internetgebruik. Sommige zorgverzekeraars bieden alle soorten verzekerden een uniform product. Andere zorgverzekeraars proberen in de positionering van hun labels en polissen aan te sluiten bij specifieke behoeften van typen verzekerden. Zorgverzekeraars

gebruiken diverse kanalen om hun diensten bij verzekerden te krijgen. Naast eigen directe kanalen gebruiken zij indirecte kanalen zoals tussenpersonen, banken, makelaars, volmachten en vergelijkingssites voor verzekeringen. De relatie die zorgverzekeraars met verzekerden ontwikkelen varieert. Basale administratieve verwerking van declaraties en het beantwoorden van vragen over vergoedingen is een uiterste. Aan de andere kant van het spectrum stellen zorgverzekeraars zich op als een inhoudelijk en persoonlijk adviseur en dienstverlener voor de klant.

In de **infrastructuur** die zorgverzekeraars inzetten om hun verzekerden hun waardeproposities te leveren, zijn zorginkoop, administratieve verwerking en klantcontact de kernactiviteiten. Goed functionerende IT-systemen en kennis zijn belangrijke middelen en competenties. Voldoende financieel kapitaal is een essentiële voorwaarde. Toezichthouders zien toe op eisen aan vooral de solvabiliteit. De belangrijkste partners voor het realiseren van de waardeproposities zijn zorgaanbieders. Zorgverzekeraars zijn daarnaast soms elkaars partners. Op diverse onderwerpen stemmen ze 'pre-concurrentieel' af, als dit in het belang van de totale sector is, bijvoorbeeld over declaratiestandaarden en standaarden voor kwaliteit van zorg.

Premieopbrengsten, eigen risico betalingen en eigen bijdragen, vereveningsbijdragen, beleggingsresultaten, zorgkosten en beheerskosten bepalen de **financiën** van zorgverzekeraars. De vereveningsbijdrage per verzekerde verschilt sterk en is afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekerde populatie. Een goed functionerend vereveningssysteem is voor zorgverzekeraars essentieel, omdat zij voor zeer grote delen van de zorgkosten volledig risicodragend zijn. Het vereveningssysteem is niet perfect en nog in ontwikkeling, waardoor de

bijdrage voor groepen verzekerden soms te hoog en soms te laag is. Met de juiste analysekracht is het mogelijk om voorspelbaar winstgevende en verlieslatende groepen te identificeren. Op het aantrekken en afstoten van deze groepen kunnen zorgverzekeraars met elkaar concurreren, al is dit nadrukkelijk niet de bedoeling van het stelsel. Aan de kostenkant vormen zorgkosten het overgrote deel van de kosten. De beheerskosten bedragen ongeveer 4% van de totale kosten, maar zijn wel direct door de zorgverzekeraars zelf te beïnvloeden.

In de volgende hoofdstukken onderzoeken wij in hoeverre wet- en regelgeving en marktgedragingen zorgverzekeraars beperken in hun mogelijkheden om zich in hun bedrijfsmodellen van elkaar te onderscheiden. Vervolgens onderzoeken wij welke mogelijkheden zorgverzekeraars hebben om onderscheidende waardeproposities aan te bieden en zich daarmee van elkaar te onderscheiden, gegeven de beperkingen.

14. Achmea en ASR keren geen winst uit vanuit hun zorgtak. Vanwege hun winsttoogmerk is hebben zij hier wel de mogelijkheid toe. Zie ook <https://www.achmea.nl/contact/veelgestelde-vragen/Paginas/hoe-zit-het-met-winst-op-zorgverzekeringen.aspx> en Beantwoording Minister van VWS van Kamervragen van het Kamerlid Van Gerven (SP) over de resultaten van de zorgverzekeringsactiviteiten van verzekeraar ASR d.d. 21 mei 2014, kenmerk: 362084-119913-Z.
15. De bedrijfskosten zijn ongeveer 4% van de totale ontvangsten uit nominale premies, het Zorgverzekeringsfonds en de premies voor de aanvullende verzekeringen. De zorgkosten zijn daarmee 96% van de totale kosten in de basis- en aanvullende verzekering. Zie NZa (2015), *Marktscan en brief. Zorgverzekeringsmarkt 2015 – deel A. Deelrapportage kerncijfers 2011 – 2015*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
16. Ook de jaarlijkse enquête van NIVEL toont prijs en keuzevrijheid als zeer belangrijke factoren in de polis keuze van verzekerden. Zie Reitsma-van Rooijen, M., Brabers, A.E.M., Jong, J.D. de. (2015), *Vrije keuze van zorgaanbieders van belang bij het kiezen van een polis*. Utrecht: NIVEL.
17. Bron: Websites zorgverzekeraars en interviews.
18. NZa (2015), *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
19. Vektis (2006), *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag*, Zeist: Vektis.
20. Zie www.zk.nl/badminton.
21. BS Health Consultancy (2015), Klein wint van groot – Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2015. Rapport BS Health Consultancy, Vinkeveen: BS Health Consultancy.
22. In 2012 waren ongeveer 700.000 verzekerden via een volmacht verzekerd. Zie NZa (2012), *Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
23. Bedragen op basis van analyse BS Health Consultancy op basis van data Nielsen. Zie BS Health Consultancy (2015), Klein wint van groot – Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2015. Rapport BS Health Consultancy, Vinkeveen: BS Health Consultancy.
24. Bij internet zorgverzekeringen is het niet mogelijk om per post te corresponderen. Voorbeelden van internet zorgverzekeringen zijn Anderzorg van Menzis en Bewuzt van VGZ.
25. Deze constatering doet Gupta Strategists op basis van projectervaring.
26. De solvabiliteits eis verschilt per zorgverzekeraar. Deze hangt af van de individuele risico's van de zorgverzekeraar. De gemiddelde Solvency II eis per verzekerde is ingeschat op basis van de solvabiliteitsratio per zorgverzekeraar in de jaarcijfers basisverzekering 2014 en verzekerdenaantallen, waarbij concern VGZ niet is meegenomen bij gebrek aan gegevens. Uit de berekening komt een gemiddelde reserve van ongeveer EUR 370. De kapitaal eisen van Solvency II gaan in per 1 januari 2016.
27. Zorgverzekeraars met een coöperatieve structuur kunnen overigens geen nieuw eigen vermogen aantrekken. Wel kunnen zij achtergestelde leningen aantrekken die tellen als eigen vermogen.
28. Jaarcijfers basisverzekering (2014), verkregen van de websites van alle zorgverzekeringsconcerns, Rijksbegroting 2014, Hoofdstuk XVI VWS. Den Haag: Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
29. Vektis (2015), *Jaarcijfers 2015. Zorgverzekeraars en zorgfinanciering*, Zeist: Vektis. (data betreft 2014)
30. Een deel van de verevening vindt achteraf plaats (ex-post).

31. De zorgverzekeraars worden per 2017 volledig risicodragend voor de uitvoering van de Zvw. Tot die tijd zijn de risico's die zorgverzekeraars lopen voor sommige zorgsoorten beperkt door een bandbreedteregeling. Dit betekent dat verzekeraars binnen een bepaalde bandbreedte risico lopen voor de zorgkosten, en de overige kosten achteraf tussen zorgverzekeraars worden verevend. In 2016 geldt een bandbreedteregeling voor de wijkverpleging, de geneeskundige GGZ en de langdurige GGZ.
32. Deze betrokkenheid uit zich bijvoorbeeld in de Werkgroep Ontwikkeling Risicovereveningsmodel, waarin zorgverzekeraars meehelpen om het vereveningsmodel te corrigeren voor winstgevendende en verlieslatende groepen.
33. Jaarcijfers basisverzekering (2014), verkregen van de websites van alle zorgverzekeringsconcerns.
34. Exploitatieresultaat is gedefinieerd als het bedrag dat overblijft nadat de opbrengsten van zorgverzekeraars verminderd zijn met hun zorguitgaven en bedrijfskosten.
35. Olsthoorn, S., De Groot, G. (2015), Lage rendementen nopen zorgverzekeraars tot nieuwe beleggingsstrategie, *Het Financieel Dagblad*, 22 februari.
36. Zorgcijfersdatabank (Zorginstituut Nederland), 2015.
37. Vektis (2015), *Zorgthermometer. Verzekerden in beeld 2015*, Zeist: Vektis.
38. Met electieve zorg doelen wij op zorg waarvoor enkele dagen tot weken uitstel medisch aanvaardbaar zijn.
39. Onderzoeksrapport voor de ministeries van Economische Zaken en Financiën, *Aanbodgeïnduceerde vraag: feit of fictie?*, 2009, Marc Pomp.
40. Deze constatering doet Gupta Strategists op basis van projectervaring.

3. Beperkingen door Wet- en regelgeving

Zorgverzekeraars die een onderscheidende polis willen aanbieden worden op verschillende vlakken in hun mogelijkheden beperkt door wet- en regelgeving. Vrijwel al deze beperkingen betreffen de basisverzekering; in de aanvullende verzekering is juist veel vrijheid. Dat in de basisverzekering meer beperkingen zijn, komt doordat deze bedoeld is voor noodzakelijke zorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn. Als verzekerden hier bovenop extra's willen, kunnen zij hiervoor een aanvullende verzekering afsluiten, waarbij voor zorgverzekeraars veel vrijheid is om maatwerk toe te passen. Verzekerden hoeven de basisverzekering en de aanvullende verzekering niet af te nemen bij dezelfde verzekeraar.

3.1. Beperkingen in de basisverzekering

De belangrijkste beperkingen in de basisverzekering zijn te herleiden tot de uitgangspunten van de Zvw⁴¹, namelijk: solidariteit, toegankelijkheid van (noodzakelijke) zorg van goede kwaliteit, betaalbaarheid van zorg. In deze paragraaf beschrijven wij de rationale achter de wet- en regelgeving. Vervolgens geven wij een overzicht van de belangrijkste effecten van wet- en regelgeving op concurrentieel onderscheid tussen zorgverzekeraars. In de laatste paragraaf geven wij onze conclusie

3.1.1 Wet- en regelgeving voor de basisverzekering is gericht op waarborgen solidariteit, toegankelijkheid van zorg van goede kwaliteit en betaalbaarheid

Waarborgen solidariteit

Iedereen moet zich, tegen gelijke voorwaarden, kunnen verzekeren voor de kosten van zorg. Dat is de solidariteitsgedachte achter het Nederlandse zorgstelsel. Om deze solidariteit te bereiken, stelt de Zvw een verzekeringsplicht en een acceptatieplicht.

Mensen moeten zich verzekeren en zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen toe te laten tot de basisverzekering. De voorwaarden moeten daarbij voor iedereen gelijk zijn. De overheid stelt de inhoud van het basispakket daartoe grotendeels vast.

Toegankelijkheid van zorg van goede kwaliteit

De te verzekeren zorg moet toegankelijk en van goede kwaliteit zijn. Om te waarborgen dat de zorg voldoende toegankelijk is voor verzekerden, mogen zorgverzekeraars de keuzemogelijkheden van verzekerden niet al te ver inperken. Zij hebben een zorgplicht en moeten de verzekerde in staat stellen op een bereikbare plaats, zonder veel wachttijd, zorg te krijgen. Zorgverzekeraars moeten er ook voor zorgen dat de verzekerde zorg krijgt die van goede kwaliteit is.

Betaalbaarheid

Om goede zorg voor iedereen toegankelijk te houden, moet de zorg ook betaalbaar blijven. Het stelsel van regulering geeft daarom prikkels aan verzekerden om bewust om te gaan met zorgkosten, bijvoorbeeld in de vorm van een verplicht eigen risico en verplichte eigen bijdragen. Deze prikkels gaan hand in hand met aanvullende regelgeving om de verzekeringnemer tegen zichzelf te beschermen. De keuze voor een zeer lage premie met een zeer hoog eigen risico lijkt op korte termijn aantrekkelijk, maar kan financieel desastreus uitpakken als iemand toch voor hoge zorgkosten komt te staan. Regelgeving beperkt de maximale risico's die een verzekeringnemer mag nemen.

Gereguleerde marktwerking

De basisverzekering is duidelijk gereguleerd. Deze regulering bepaalt het speelveld voor de private partijen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden. Binnen dit speelveld is marktwerking het coördinatiemechanisme, dat moet zorgen voor de meest optimale uitkomsten. Buiten de regels specifiek voor zorg gelden op deze markt de regels zoals die ook gelden in andere (financiële) sectoren.

3.1.2 Belangrijkste concurrentiële effecten van wet- en regelgeving op waardepropositie, klantsegmentatie en zorginkoop

Wet- en regelgeving raakt in de bedrijfsmodellen van zorgverzekeraars vooral de elementen waardepropositie, klantsegmentatie en zorginkoop. Wij beschrijven in deze paragraaf de belangrijkste beperkingen en hun consequenties voor de concurrentie tussen zorgverzekeraars. In de bijlage over wet- en regelgeving geven wij een overzicht van de wet- en regelgeving per cluster.

Waardepropositie: het verzekerd pakket staat grotendeels vast

Weinig ruimte in de inhoud van het pakket

Voor het basispakket is in de wet- en regelgeving de zorg vastgelegd die de zorgverzekeraar moet vergoeden. De zorgverzekeraar mag in principe niet minder, maar ook niet meer vergoeden. Voor sommige zorg is echter ruim omschreven wat de zorgverzekeraar moet vergoeden en kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen hierbinnen veel of juist weinig vergoeden. Voor dit soort gevallen geldt de eis dat zorgverzekeraars alle zorg moeten vergoeden die voldoet aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk".⁴² Dit criterium test grofweg of de effectiviteit van de betreffende zorg

bewezen is door wetenschappelijk onderzoek of (bij gebrek daaraan) doordat deze zorg in de praktijk geleverd wordt als onderdeel van 'reguliere zorg' in binnen- of buitenland.⁴³ Zorginstituut Nederland geeft duiding op het moment dat er onduidelijkheid is over de dekking binnen het pakket. Zorginstituut Nederland zegt hierover⁴⁴: *"Omdat het basispakket in algemene termen in de wet is vastgelegd, is voor patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet altijd duidelijk of bepaalde zorg nu onder het basispakket valt of niet. In zulke gevallen kan het Zorginstituut uitsluitel geven: wij leggen dan precies uit welke zorg in welke gevallen verzekerd is. Naast het adviseren is dit de tweede, belangrijke taak rond het basispakket. wij noemen dat duiden. In de adviezen en duidingen van het Zorginstituut staat steeds voorop dat alleen zorg die werkt mag worden vergoed."* In de praktijk bestaat er door de wetten, regels en de adviezen van het Zorginstituut slechts beperkte ruimte voor zorgverzekeraars om zelf te bepalen wat wel en niet vergoed wordt binnen de basisverzekering. Als deze ruimte er wel is en zorgverzekeraars het basispakket verschillend interpreteren kunnen zij onder technisch voorzitterschap van het Zorginstituut Nederland samen bepalen wat wel en niet vergoed wordt.⁴⁵

Verplichte eigen bijdragen staan vast

In het belang van de betaalbaarheid van de zorg stelt de Zvw eigen bijdragen verplicht voor diverse soorten zorg. Zorgverzekeraars hebben binnen de basisverzekering geen invloed op deze eigen bijdragen: zowel de zorg waarvoor de eigen bijdrage geldt als de hoogte van de eigen bijdrage liggen wettelijk vast. Zorgverzekeraars kunnen zich hiermee dus niet concurrentieel van elkaar onderscheiden.

Via het verplicht en/of vrijwillig eigen risico is enige sturing mogelijk

Ook het eigen risico is een element van het zorgverzekeringsstelsel dat erop is gericht om de zorg betaalbaar te houden. De Zvw stelt een verplicht eigen risico voor het grootste deel van de zorg; voor 2016 is het verplicht eigen risico vastgesteld op EUR 385.⁴⁶ Daar mogen zorgverzekeraars niet van afwijken. Daarnaast geeft de wet aan zorgverzekeraars de mogelijkheid om EUR 100, 200, 300, 400 of 500 vrijwillig extra eigen risico voor verzekerden aan te bieden. Hogere of andere bedragen zijn niet toegestaan. Zorgverzekeraars kunnen de keuze voor een hoger eigen risico belonen met een korting die past bij de gemiddeld lagere zorgkosten van consumenten die kiezen voor vrijwillig eigen risico. Bovendien mogen ze deze korting differentiëren naar het aantal jaren dat een verzekerde een vrijwillig eigen risico heeft.

Het eigen risico is bedoeld als een rem op de consumptie van zorg. Daarnaast geeft de Zvw zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico in te zetten als een sturingsmechanisme. Zij kunnen kosten uitsluiten van het verplicht en/of vrijwillig eigen risico als de verzekerde zorg afneemt bij een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder, als de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgprogramma⁴⁷, of een door de zorgverzekeraar aangewezen genees- of hulpmiddel. Ook op deze dimensie van het eigen risico hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om zich concurrentieel van elkaar te onderscheiden. Een beperking van de sturingskracht van het eigen risico is dat veel verzekerden hun eigen risico al 'volgebruiken' met ander zorggebruik. Het vrijstellen van een deel van de zorgkosten van het eigen risico heeft dan voor de verzekerde geen effect meer. Zo verliest dit instrument voor intensievere zorggebruikers zijn sturingskracht. In 2013 maakte 51% van de verzekerden het verplicht eigen risico vol.⁴⁸

Klantsegmentatie: verevening verandert risicoselectie, werkgebied staat vast, premiekorting mogelijk voor collectiviteiten

Uitgangspunt van de basisverzekering is dat iedere verzekerde een vrije en gelijke keuze moet kunnen maken tussen alle polissen van alle verzekeraars. Diverse regelgeving ondersteunt dit uitgangspunt. Enige differentiatie op de premie is wel mogelijk. De Zvw geeft geen beperkingen voor onderscheid in dienstverlening en marketing van de zorgverzekeraar gericht op verschillende doelgroepen, zolang geen sprake is van verkapte risicoselectie door zorgverzekeraars.

Risicoselectie speelt kleinere rol door verevening

De risicoverevening compenseert zorgverzekeraars voor verschillen in verwachte zorgkosten doordat hun populatie van verzekerden een afwijkende samenstelling heeft. Hierdoor maakt het voor zorgverzekeraars aanzienlijk minder uit welke verzekerden ze aantrekken. Voor verschillen in verwachte zorgkosten ontvangen ze immers compensatie. De verevening is echter niet perfect. Met de juiste creativiteit en analysekracht zijn groepen van verzekerden te identificeren waarop zorgverzekeraars een voorspelbaar positief resultaat kunnen halen. Onderzoek van het iBMG van de Erasmus Universiteit Rotterdam⁴⁹ toont bijvoorbeeld aan dat mensen met een goede gezondheidstoestand een positief resultaat halen in de verevening, terwijl mensen met een slechte gezondheidstoestand een negatief resultaat halen. Een zorgverzekeraar die erin slaagt om, ook binnen groepen met een aandoening, de relatief gezonde mensen aan zich te binden, kan een financieel voordeel halen. Ook Zorgverzekeraars Nederland constateert dat de verevening niet perfect werkt: gezond wordt overgecompenseerd, ziek wordt ondergecompenseerd. Zorgverzekeraars Nederland wijst er bovendien op dat dit het gedrag van de zorgverzekeraars beïnvloedt: zorgverzekeraars kunnen zich in de huidige verevening maar beperkt onderscheiden door zorg in te kopen voor kwetsbare groepen, zoals ouderen en chronisch zieken.⁵⁰

Verevening maakt focus op doelgroepen riskant

Zowel de onvolkomenheid als de continue ontwikkeling van de verevenings-systeematiek vormen een risico voor de zorgverzekeraars als hun populatie afwijkt van het Nederlands gemiddelde. Dit speelt vooral, maar niet uitsluitend, bij kleinere verzekeraars. Als de populatie van een zorgverzekeraar een afwijkende samenstelling heeft, is de zorgverzekeraar er sterk van afhankelijk of het systeem voor deze afwijkende groep voldoende compenseert. Als dat niet het geval is, of als de vereveningsbijdrage door aanpassingen in het systeem sterk verandert, ontstaan risico's in de inkomstenstromen. Het aantrekken van een gemiddelde populatie is daarom een risicobeperkende maatregel voor zorgverzekeraars, die potentieel concurrentie door meer focus op doelgroepen verstoort. Geïnterviewden geven aan dat er daadwerkelijk wordt gestuurd op het normaliseren van de verzekerdenpopulatie op concernniveau.

Vanzelfsprekend kan het voor zorgverzekeraars op korte termijn toch aantrekkelijk zijn om te kiezen voor een minder gebalanceerd portfolio, als zij een populatie weten te trekken die goed uit de verevening komt. Om risicoselectie te voorkomen wordt de verevening echter continu doorontwikkeld, waardoor winstgevende risicoselectie vaak slechts tijdelijk is. Door de acceptatieplicht kan de zorgverzekeraar geen afscheid nemen van een groep verzekerden die eerst positief uit de verevening kwam en na aanpassing van het vereveningsmodel negatief. Dit maakt dat inzet op het aantrekken van groepen die positief uit de verevening komen beperkt is. Duurzamere winst kan behaald worden door te selecteren op kenmerken waarvoor het moeilijk is om deze in de verevening op te nemen. Een meer solidaire reden om te kiezen voor een oververtegenwoordiging van bepaalde klantsegmenten in haar klantportfolie is als de zorgverzekeraar verwacht bij deze segmenten structureel een bijzonder goed inkoopresultaat te kunnen halen.

Grote zorgverzekeraars gedwongen tot concurrentie in heel Nederland, kleinere zorgverzekeraars moeten minstens in een hele provincie concurreren

De Zvw bepaalt dat het werkgebied waarin een zorgverzekeraar haar polissen aanbiedt heel Nederland omvat. Kleine zorgverzekeraars mogen hun werkgebied verkleinen tot één of meer gehele provincies. Kleinere of afwijkende werkgebieden zijn niet toegestaan. Grote zorgverzekeraars kunnen zich dus niet van elkaar onderscheiden door hun formele werkgebied. De verplichting heel Nederland als werkgebied te bedienen dwingt deze grote zorgverzekeraars tot landelijke concurrentie met elkaar.

Zou deze verplichting niet bestaan, dan zouden zorgverzekeraars hun aanbod kunnen beperken tot hun 'eigen' kernregio's. Daarmee zou in diverse gebieden het aantal zorgverzekeraars dat actief is aanzienlijk kunnen afnemen. Kleine zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om een geografische niche te kiezen, maar zijn daarbij wel gebonden aan de provinciegrenzen. Grote zorgverzekeraars kunnen weliswaar niet hun formele werkgebied beperken, maar kunnen zich wel minder of meer naar de klant profileren in bepaalde gebieden. Bovendien kunnen kleine zorgverzekeraars binnen grote zorgverzekeringsconcerns wél hun formele werkgebied beperken. Daarnaast mogen zorgverzekeraars per provincie een ander polisaanbod doen; wel moet elke verzekeringsplichtige binnen een provincie uit alle varianten kunnen kiezen.

Aanbod richten op doelgroepen is mogelijk in de vorm van premiekorting voor collectiviteiten en in differentiatie van de dienstverlening

Premiedifferentiatie tussen verzekerden is niet toegestaan. Voor één groep is een uitzondering gemaakt op de acceptatieplicht en het verbod op premie-

differentiatie: collectiviteiten. De gedachte hierachter is dat een collectief beter kan onderhandelen over extra voordelen dan individuen en de collectiviteit daarmee een "countervailing power" vormt tegenover de zorgverzekeraars.⁴¹ Op de premie van de basisverzekering mogen zorgverzekeraars aan deelnemers van collectiviteiten een korting bieden van maximaal 10%.

Naast de mogelijkheid om collectiviteiten korting te geven mogen zorgverzekeraars zich in hun dienstverlening en marketinguitingen richten op de behoeften van verschillende doelgroepen. Hierdoor kan de verzekeraar waarde toevoegen voor de betreffende doelgroep. Bovendien kan de verzekeraar met gerichte marketinguitingen verzekerden uit een specifieke doelgroep winnen of behouden. De zorgverzekeraar zou zich hierbij kunnen richten op groepen die goed uit de risicoverevening komen. Om dit te voorkomen is een wetsvoorstel aangekondigd om marketing van basisverzekeringen gericht op bepaalde doelgroepen te verbieden.⁵¹

Zorginkoop: zorgplicht i.c.m. hinderpaalcriterium, verplichte 'prestaties', maximumtarieven, macrokaders

Selectief contracteren is mogelijk, maar verzekerde mag hierdoor niet gehinderd worden in zijn toegang tot zorg en vrije artskenkeuze

Door met minder aanbieders een contract te sluiten kan de zorgverzekeraar betere prijzen afdwingen in de zorginkoop. Deze betere prijzen zijn mogelijk doordat een expliciet selectiebeleid meer druk legt op zorgaanbieders om goede voorwaarden te bieden; anders lopen zij immers het gevaar niet gecontracteerd te worden. De zorgaanbieders die wel een contract krijgen kunnen rekenen op meer extra zorgvolume van verzekerden die voorheen voor een andere zorgaanbieder kozen. Daarnaast kan een zorgverzekeraar die selectief contracteert ervoor kiezen geen contract af te sluiten met inefficiënte of kwalitatief slechte zorgaanbieders.

Selectief contracteren geeft daarmee de mogelijkheid om lagere premies te vragen en alleen zorg te vergoeden van betere kwaliteit.

De keerzijde van het contracteren van minder zorgaanbieders is dat de zorgverzekeraar de keuzevrijheid van de verzekerde beperkt. Dit is terug te zien bij naturapolissen, waarbij een deel van de zorg alleen volledig wordt vergoed als de verzekerde naar een gecontracteerde aanbieder gaat. Een meer vergaande vorm hiervan is de zogenaamde 'budgetpolis', waarin de verzekerde kan kiezen uit een relatief klein aantal aanbieders.

De zorgverzekeraar is beperkt in het begrenzen van het aantal aanbieders vanwege de zorgplicht. Om te voldoen aan haar zorgplicht moet zij zorgen dat verzekerden binnen redelijke reisafstand en wachttijd een behandeling kunnen krijgen die volledig wordt vergoed. Dit betekent dat de zorgverzekeraar in principe door het hele land zorgaanbieders moet contracteren of volledige restitutie moet aanbieden (met het risico dat dit erg duur wordt). Juridisch experts die wij voor dit onderzoek hebben geraadpleegd geven aan dat de normen met betrekking tot bereikbaarheid en wachttijd in de selectieve contractering nog lang niet volledig worden benut. Zorgverzekeraars zouden met aanzienlijk minder partijen een contract kunnen sluiten en toch nog aan hun zorgplicht voldoen.

Hoewel de zorgverzekeraar ervoor kan kiezen bepaalde aanbieders niet te contracteren, kan zij deze niet volledig uitsluiten. Ook als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, moet de zorgverzekeraar namelijk een (gedeeltelijke) vergoeding betalen. De hoogte van deze vergoeding mag de zorgverzekeraar binnen bepaalde grenzen zelf bepalen. De overheid heeft hier geen duidelijke criteria voor vastgesteld. De eigen bijbetaling, die een klant moet

doen als hij toch zorg afneemt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, mag alleen geen "hinderpaal" vormen om naar die niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De rechter heeft hierover gezegd dat de vergoeding in ieder geval 50% van het marktconforme tarief moet bedragen en dat vanaf 75-80% vergoeding in principe voldaan is aan het criterium. Iedereen heeft in Nederland recht op vrije artskenkeuze. Omdat er geen duidelijke normen zijn voor de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg, is dit een onderwerp van concurrentieel onderscheid tussen de zorgverzekeraars. Bovendien is de hoogte van de vergoeding een onderwerp waarop polissen binnen hetzelfde label vaak van elkaar verschillen. Bij budgetpolissen bieden zorgverzekeraars meestal een lagere vergoeding dan bij naturapolissen. Het "hinderpaal-criterium" is soms lastig voor zorgverzekeraars omdat veel tarieven in de zorg niet marktconform maar administratief tot stand komen. Verlieslatende activiteiten in bijvoorbeeld ziekenhuizen worden gecompenseerd met winstgevende activiteiten. Gevolg is dat aanbieders die zich toeleggen op de winstgevende activiteiten, die activiteiten soms ook tegen 75% vergoeding (van het marktconforme tarief) kunnen leveren. Dat had het ziekenhuis mogelijk ook gekund, als het niet ook de verlieslatende activiteiten uitvoerde. Een resultaat hiervan is dat sommige aanbieders geen contract met zorgverzekeraars nodig hebben.

De datum van 19 november is relevant in relatie tot (al dan niet selectieve) zorginkoop. Op deze datum moeten zorgverzekeraars in principe zowel hun premie als het door hen gecontracteerde zorgaanbod bekend maken. Deze datum ligt in de periode waarin consumenten zich kunnen oriënteren op een nieuwe zorgverzekering. Verschillende geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat deze datum hen belemmert om een onderscheidend zorgaanbod te bedingen. De reden is dat zorgaanbieders in deze periode de media opzoeken om aan

verzekerden duidelijk te maken dat bepaalde zorgverzekeraars met hen nog geen contract hebben. Hiermee zetten zij de zorgverzekeraars onder druk om afwijkende inkoopvoorwaarden van tafel te krijgen. Overigens heeft in december 2015 een groot deel van de ziekenhuizen nog geen overeenkomst met de zorgverzekeraars voor 2016. De datum van 19 november blijkt dus in de praktijk een te overschrijden grens. De consequenties van het overschrijden van deze grens zijn moeilijk in te schatten. Wel is duidelijk dat het kiezen van een nieuwe polis voor consumenten lastiger is, wanneer voor een deel van de polissen nog niet duidelijk is bij welke zorgaanbieders de verzekerden terecht kunnen.

Verzekeraars mogen alleen betalen voor 'prestaties' die door de NZa zijn bepaald

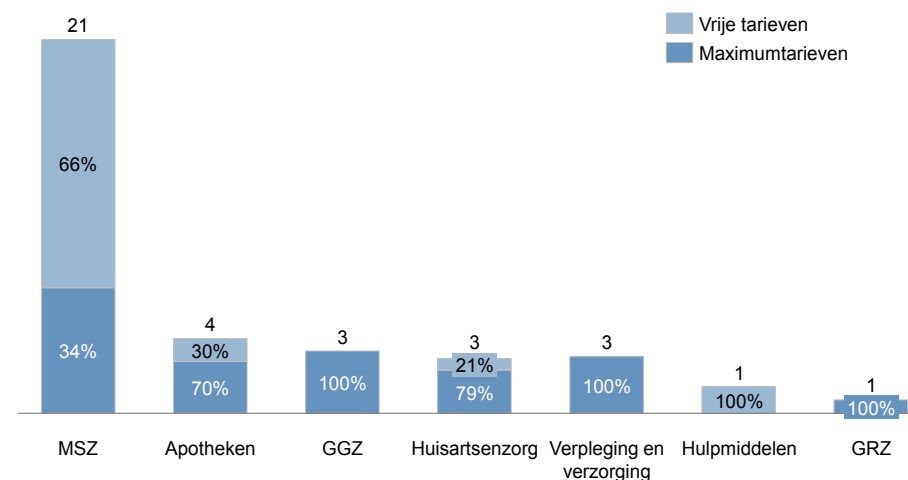
Zorgverzekeraars mogen bij het vergoeden van de zorg alleen betalen voor prestaties ("zorgproducten", zoals DOT's⁵²) die de NZa heeft bepaald. Aan de ene kant is dit goed voor de concurrentie; dit geeft zorgverzekeraars en aanbieders namelijk een gezamenlijke onderhandelstaal. Tegelijkertijd is in de basisverzekering geen ruimte om te betalen voor zorg die *niet* in een prestatie is vastgelegd. Een uitzondering hierop vormt het zogenaamde "experiment", waarin zorgverzekeraars, met toestemming van de NZa, kortdurend (maximaal 3 jaar) en kleinschalig mogen experimenteren met nog niet vastgelegde prestaties. Nadeel hiervan is dat zorgverzekeraars hier geen langdurig concurrentievoordeel uit kunnen halen; aan het eind van het experiment komt de prestatie namelijk voor iedereen ter beschikking. Een tweede nadeel van de door de NZa vastgestelde prestaties is dat zij losse handelingen vergoeden. Zorgverzekeraars mogen niet afwijken van de NZa prestaties en kunnen daarom alleen deze losse handelingen vergoeden en niet direct de uitkomsten die met deze handelingen worden bereikt. Dit maakt het lastig voor zorgverzekeraars om afspraken te maken over de uitkomsten van zorg. Een

zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld niet betalen per succesvolle IVF behandeling, maar alleen voor de handelingen binnen een IVF behandeling. Om toch op uitkomsten te belonen moeten zorgverzekeraars binnen de huidige regelgeving creatief zijn. Zij kunnen zorgaanbieders bijvoorbeeld belonen door aan hen meer budget te geven in de volgende periode of door tarieven te herijken (meer betalen voor goede zorg, achteraf of in het volgende jaar).

Tariefregulering op delen van de inkoopmarkt beperkt direct en indirect de mogelijkheden voor concurrentie

Een andere belemmering in de zorginkoop vormen maximumtarieven. Voor sommige zorgprestaties gelden maximumtarieven. Figuur 10 laat per segment zien welk deel van de zorg vrij is en voor welk deel een maximumtarief geldt. De NZa berekent de maximumtarieven (in de regel) aan de hand van gemiddelde of mediane kosten voor de betreffende prestaties. Door zorgaanbieders worden deze vaak geïnterpreteerd als bedragen waar ze recht op hebben, waardoor het voor zorgverzekeraars soms moeilijk is om een onderscheidende prijs af te spreken. Deze tendens zien wij met name in bepaalde segmenten, zoals de huisartsenzorg. In andere segmenten zoals de farmacie, heeft het maximumtarief minder waarde en betalen zorgverzekeraars voor geneesmiddelen regelmatig tarieven ver onder het maximum.⁵³ Een ander nadeel van de maximumtarieven is dat ze het zorgverzekeraars onmogelijk maken om een hogere prijs te geven aan aanbieders die meewerken aan de doelen van de zorgverzekeraar. Hier kunnen de zogenaamde max-maximum tarieven (ook wel max-max tarieven) uitkomst bieden. Deze tarieven geven zorgverzekeraars de ruimte om tot 10% boven het maximumtarief te vergoeden als aanbieders met de zorgverzekeraars hebben afgesproken dat zij bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg verbeteren of innovaties doorvoeren die de zorg beter of efficiënter maken. De max-max tarieven zijn per 2016 van toepassing voor vrijwel alle zorg waarvoor een maximumtarief geldt.⁵⁴ Concluderend beperken de

maximumtarieven concurrentieel onderscheid op twee manieren; lagere prijzen uitonderhandelen is moeilijker doordat zorgaanbieders zoals huisartsen vinden dat ze recht hebben op het maximale tarief, kwaliteit belonen is moeilijker omdat het tarief gemaximeerd is.



Figuur 10: Vrije tarieven versus maximumtarieven [Raming 2015, EUR mrd]⁵⁵

Macroaders remmen onderscheidend inkoopbeleid

Met macrokaders stelt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een plafond aan de groei van de zorgkosten. Als een zorgsegment over het voor dat segment gestelde plafond heen gaat moet elke aanbieder een deel van zijn opbrengst inleveren. Het instrument van inkomstenkorting dat de minister hiervoor hanteert is het Macrobeheersingsinstrument. De macrokaders geven beperkingen in de zorginkoop, zowel binnen als tussen de zorgsegmenten.

Binnen een zorgsegment kunnen één of meer zorgverzekeraars met nieuw beleid zorgen voor een kostenstijging. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren als verschillende zorgverzekeraars aanbieders belonen met hogere tarieven als zij hun dienstverlening verbeteren, bijvoorbeeld door de openingstijden te verruimen. Als veel zorgaanbieders hierop ingaan kan deze verhoging leiden tot een zo grote kostenstijging in het segment dat het macrokader overschreden wordt. Bij overschrijding van het macrokader wordt het macrobeheersingsinstrument ingezet. Dit betekent dat alle zorgaanbieders, ook degenen die geen extra omzet hebben gemaakt, naar rato van hun omzet gekort worden. De dreiging van dit instrument kan daardoor bij zorgaanbieders en andere zorgverzekeraars leiden tot weerstand tegen onderscheidend en kostenverhogend beleid van een zorgverzekeraar.

Macrobeheersing heeft ook effect op substitutie tussen segmenten. Overhevelingen van zorgverlening en de daarbij behorende financiële middelen zijn niet mogelijk zonder tussenkomst van de minister, die bewijslast vraagt voor besparingen die in andere segmenten aantoonbaar worden gerealiseerd.⁵⁶ De consequentie hiervan is dat zorgverzekeraars minder mogelijkheden hebben om strategisch een onderscheidende positie te kiezen, bijvoorbeeld gericht op investering in eerstelijns zorgverlening om op langere termijn hogere zorgkosten in een ander macro(deel) kader te voorkomen.

3.2. Beperkingen in de aanvullende verzekering

In tegenstelling tot de basisverzekering, bestaat in de aanvullende verzekering wettelijk veel ruimte om een onderscheidend product aan te bieden. De Zvw bevat vrijwel geen artikelen die betrekking hebben op de aanvullende verzekering; regels

als de zorgplicht, acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie gelden bijvoorbeeld niet. De aanvullende verzekering biedt zelfs veel ruimte om wettelijke beperkingen op de basisverzekering min of meer buiten werking te stellen. Het gaat daarbij steeds om manieren om meer te vergoeden dan in de basisverzekering mogelijk is. Zo kunnen zorgverzekeraars met zorgaanbieders afspraken maken om bovenop of buiten de prestaties uit het basispakket extra services of zorg te leveren. Zij kunnen bijvoorbeeld afspraken maken over eenpersoonskamers in het ziekenhuis of over vergoeding van zorg die normaal niet in het basispakket wordt vergoed (bijvoorbeeld homeopathische geneesmiddelen, of cosmetische chirurgie). Eigen risico en eigen bijdragen kunnen via de aanvullende verzekering worden ontweken. Als een verzekerde het eigen risico of eigen bijdrage moet betalen, kan deze hiervoor direct worden vergoed door de verzekeraar.

Voor delen van de aanvullende zorg bestaat tarief- en prestatieregulering. Dit betreft bepaalde vormen van medisch-specialistische zorg (bijvoorbeeld niet-medisch noodzakelijke plastische chirurgie), GGZ, mondzorg en geboortezorg. In diverse segmenten declareren zorgaanbieders volgens een structuur die niet overeen komt met de regulering. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaven in een recent onderzoek voor cosmetische chirurgie bijvoorbeeld aan dat slechts in beperkte mate wordt gedeclareerd aan de hand van de vastgestelde prestatiebeschrijvingen en de NZa hier slechts beperkt op toeziet. Voor andere segmenten zoals mondzorg ziet de NZa wel streng toe op het gebruik van de prestaties.⁵⁷ De tarief- en prestatieregulering is voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders handig omdat deze een uniforme onderhandelstaal biedt. Ook voor consumenten is transparantie over tarieven en prestaties die niet iedereen vergoed krijgt prettig. Tegelijkertijd maken

de vastgestelde prestaties het moeilijker voor zorgverzekeraars om aanbieders op een onderscheidende manier te belonen (bijvoorbeeld op uitkomsten) en maken de maxumprijzen het lastiger om een scherpe prijs uit te onderhandelen, of kwaliteit te belonen.

3.3. Beperkingen die gelden voor zowel basisverzekering als aanvullende verzekering

Klantrelatie: privacyregels beperken het gebruik van patiëntgegevens

Zorgverzekeraars mogen verzekerden niet proactief informeren op basis van hun patiëntgegevens, behalve als de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven. Belangrijk is hierbij dat de zorgverzekeraar expliciet heeft gemaakt wat het doel is van het gebruik van de gegevens. Bij het ontbreken van toestemming mag de zorgverzekeraar boodschappen op basis van zorggebruik daarom alleen overbrengen op het niveau van de hele polis, een bepaalde collectiviteit of bijvoorbeeld alle verzekerde vrouwen tussen 20 en 25 jaar. Dit kan lastig zijn als een zorgverzekeraar bijvoorbeeld een bericht wil sturen aan alleen de diabeten in het verzekerdenbestand. Bij een zorgverzekering of collectiviteit gericht op diabeten zou dit uiteraard minder een probleem vormen. Deze privacyregels hebben tot gevolg dat zorgverzekeraars informatie op basis van zorggebruik alleen aan individuen kunnen terugkoppelen op het moment dat de patiënt hier zelf naar vraagt, of op een andere manier toestemming voor geeft.

De regelgeving rond patiëntgegevens zorgt er bovendien voor dat bij het delen van gegevens met de patiënt uitgebreid gecontroleerd moet worden of de persoon die de data ontvangt ook daadwerkelijk de persoon is op wie de data betrekking op heeft. Terwijl informatie per brief direct verzonden kan worden moet voor digitale

communicatie bijvoorbeeld eerst inlog via DigID worden gehanteerd. Een andere optie is twee-factor authenticatie (een dubbele beveiliging, waarbij de verzekerde bijvoorbeeld inlogt met een vooraf gekozen wachtwoord en een wachtwoord dat per SMS ontvangen wordt). Wij zien in de praktijk dat dit soort eisen veel invloed hebben op de mate waarin applicaties door verzekerden gebruikt worden.⁵⁸ De privacyregels maken het voor zorgverzekeraars moeilijker om zich te onderscheiden met proposities waarin de zorgverzekeraar patiëntgegevens inzet, bijvoorbeeld om de patiënt te helpen om gezonder te worden. Hiervoor is expliciete toestemming nodig van de patiënt en elke keer dat de patiënt zijn eigen gegevens digitaal wil bereiken moet deze een beveiligingsmenu door.

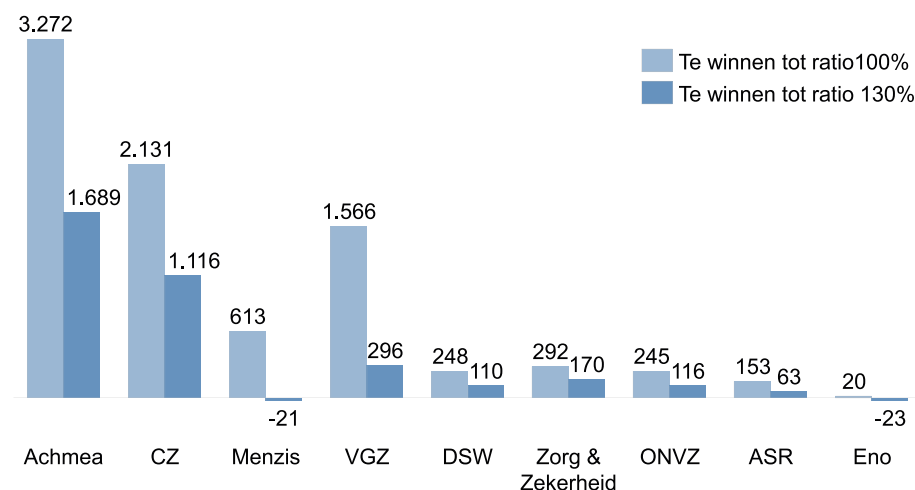
Middelen en competenties: voldoende solvabiliteit is essentieel voor groei-doelstellingen

Solvency II stelt minimum eisen ten aanzien van de reserves die een zorgverzekeraar moet hebben ten opzichte van haar verwachte kosten. Deze eisen verschillen per zorgverzekeraar en zijn afhankelijk van het risicoprofiel van de zorgverzekeraar. Voor elke extra verzekerde moet de zorgverzekeraar vooraf een bedrag aan reserves hebben, al voordat überhaupt premie van de verzekerde is ontvangen. Dit betekent dat zorgverzekeraars die veel verzekerden willen winnen een goede solvabiliteitsratio moeten hebben, of mogelijkheden moeten hebben om hun solvabiliteit op korte termijn te versterken. Als zorgverzekeraars een relatief lage solvabiliteit hebben, hebben zij minder ruimte om marktaandeel te winnen. Bij lage solvabiliteit is het winnen van marktaandeel zelfs een aanzienlijk risico, omdat bij te groot commercieel succes de eisen overschreden kunnen worden. In de interviews werd het centrale belang van solvabiliteit en de sturing hierop regelmatig onderschreven als kernprioriteit voor een zorgverzekeraar. Om voldoende marge te houden hanteren

zorgverzekeraars interne streefnormen variërend tussen de 120% en 151% van de onder Solvency II verplichte solvabiliteit.⁵⁹ Figuur 11 laat in een versimpelde berekening zien hoeveel verzekerden de verschillende zorgverzekeraars eind 2014 op basis van hun reserves konden winnen. Wij hebben deze getallen berekend door het percentage dat zorgverzekeraars eind 2014 boven de Solvency II eis zaten, te vermenigvuldigen met hun toenmalige verzekerdenaantal. Ter illustratie: een zorgverzekeraar met 1,000,000 verzekerden en 150% van de Solvency II norm kan in deze berekening maximaal 500,000 verzekerden winnen. Wij hebben deze berekening uitgevoerd voor twee denkbeeldige scenario's: een scenario waarin zorgverzekeraars al hun reserves inzetten en een scenario waarin zij een Solvency II ratio overhouden van 130%.

Nieuwe toetreding is een complex traject en afhankelijk van markt-omstandigheden

Nieuwe zorgverzekeraars mogen de markt niet zomaar betreden. Zij moeten onder meer eerst een vergunning van DNB krijgen en modellen van hun polissen laten toetsen door de NZa. In interviews werd het toetredingstraject door vrijwel alle gesprekspartners gekwalificeerd als complex en intensief. Een belangrijk element genoemd in verband met de recente poging tot toetreding van ANNO12 was dat de exacte eisen waaraan een toetredster moest voldoen vooraf niet vaststonden. Toezichthouders bepaalden belangrijke voorwaarden soms ad hoc in de loop van het traject. Geïnterviewden geven overigens aan dat toezichthouders geleerd hebben van het traject met ANNO12 en inmiddels transparanter zijn over de voorwaarden voor en het proces van toetreding.



Figuur 11: Inschatting aantal verzekerden die zorgverzekeraars eind 2014 binnen de solvabiliteits-eisen maximaal konden winnen op basis van hun solvabiliteitsratio [1.000, 2014]^{59b}

3.4. Conclusie

Wet- en regelgeving heeft op diverse punten een beperkende invloed op de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden in de basisverzekering. Met name de inhoud van het verzekerd pakket is een vast gegeven, waarop maar weinig onderscheid mogelijk is. Zowel de onvolkomenheid als de continue ontwikkeling van de vereveningssystematiek vormen risico's voor de zorgverzekeraars als hun populatie afwijkt van het Nederlands gemiddelde. Als sprake is van een afwijkende samenstelling, is de zorgverzekeraar er sterk van afhankelijk of het systeem voor deze afwijkende groep voldoende compenseert. Als dat niet het geval is, of als de vereveningsbijdrage door aanpassingen in het systeem verandert, ontstaan risico's in

de inkomstenstromen. Het aantrekken van een gemiddelde populatie is daarom een risicobeperkende maatregel voor zorgverzekeraars, die potentieel concurrentie door meer focus op doelgroepen verstoort.

De belangrijkste mogelijkheden voor onderscheid in de basisverzekering liggen op het gebied van de premie, keuzevrijheid, de contracteergraad en de dienstverlening aan en marketing richting verzekerden. De ruimte om zorgaanbieders selectief te contracteren is onscherp. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, die per type zorg door toezichthouders nader ingevuld kan worden. Zorgverzekeraars kunnen zich van elkaar onderscheiden door de randen van selectief contracteren wel of juist niet op te zoeken. Sturing van verzekerden richting bepaalde zorgaanbieders is echter lastig: ook als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat moet de zorgverzekeraar (een deel) van de rekening vergoeden. Een extra financiële prikkel is mogelijk door bij bepaalde aanbieders geen eigen risico in rekening te brengen. Veel zorggebruikers maken hun eigen risico echter toch vol, waardoor ze minder gevoelig zijn voor deze prikkel. Marketing gericht op bepaalde doelgroepen is op dit moment toegestaan. Het kabinet heeft eind 2014 echter een wetsvoorstel aangekondigd dat uitingsvormen en handelingen die leiden tot risicoselectie (zoals sommige vormen van doelgroepenmarketing) verbiedt.

In tegenstelling tot de basisverzekering heeft de wetgever voor de aanvullende verzekering weinig vastgelegd. Wettelijk gezien is daardoor veel mogelijk in de aanvullende verzekering. De beperkingen die er zijn in de aanvullende verzekering – zoals tarief- en prestatieregulering voor sommige zorg – worden bovendien niet allemaal actief gehandhaafd. Naast het feit dat in de aanvullende verzekering veel

vrijheid is, biedt de aanvullende verzekering zelfs ruimte om sommige wettelijke beperkingen op de basisverzekering te omzeilen.

Een aantal wetten en regels geldt voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering. Aan privacyregels zijn zorgverzekeraars voor beide verzekeringen gebonden. Dit beperkt de mogelijkheden om informatie aan patiënten terug te koppelen, of te delen met zorgverleners. Solvabiliteitseisen en administratieve hordes maken het voor nieuwe partijen lastig om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt. De solvabiliteitseisen hebben ook voor bestaande partijen een sterke invloed op de concurrentie: ze beperken de mogelijkheden van zorgverzekeraars om nieuwe verzekerden te winnen.

41. *Kamerstukken II* 2003/04, 29 763, 3 (MvT).
42. Voor zorg en diensten die minder of geen wetenschappelijke status behoeven (bijvoorbeeld zittend ziekenvervoer) geldt het criterium "hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg".
43. Zorginstituut Nederland (2014), *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
44. Zorginstituut Nederland (2015), *Van goede zorg verzekerd. Hoe Zorginstituut Nederland adviseert over de inhoud van het basispakket*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
45. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer inzake Beoordeling zorg basispakket Zvw, d.d. 9 oktober 2015 (kenmerk 847884-142737-Z).
46. Sommige soorten zorg zijn volledig uitgezonderd van het verplicht eigen risico in de basisverzekering: huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en mondzorg.
47. Bij disease management programma's waarvoor het eigen risico niet in rekening hoeft te worden gebracht gaat het om gevallen waarin de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd m.b.t. diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken.
48. Vektis (2015), *Zorgthermometer. Verzekerden in beeld 2015*, Zeist: Vektis.
49. Duijmelinck, D., Van de Ven, W., Van Vliet, R., Van Kleef, R. (2013), Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt. Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
50. Zorgverzekeraars Nederland (2015), *Kern-gezond. Actieplan Zorgverzekeraars Nederland*, Utrecht: Zorgverzekeraars Nederland.
51. Brief Minister van Algemene Zaken d.d. 18 december 2014 (Wet verbod verticale integratie, 33362), referentie: 3795765.
52. DOT staat voor "DBC's Op weg naar Transparantie". Dit is de huidige naam voor de zorgproducten waarover zorgverzekeraars onderhandelen met aanbieders in de medisch specialistische zorg.
53. Deze gedraging observeert Gupta Strategists in haar projecten.
54. Het max-maxtarief is van toepassing op het gehele gereguleerde segment, met uitzondering van de add-on geneesmiddelen, stollingsfactoren en een aantal prestaties in de eerste lijn. Zie NZa, Circulaire NZa d.d. 1 juli 2015 (Vaststelling DBC-pakket medisch specialistische zorg 2016), kenmerk CI/15/27c.
55. Zorgcijfersdatabank (Zorginstituut) 2015, Stichting Farmaceutische Kengetallen Data en feiten 2015.
56. Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017 De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), De Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017*, 16 juli 2013.
57. Andersson Elffers Felix (2014), *Ordering en toezicht in de zorg, Evaluatie van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)*. Rapport Andersson Elffers Felix, Utrecht: Andersson Elffers Felix.
58. Deze observatie doet Gupta Strategists in haar projecten.
59. De Nederlandsche Bank (DNB), DNBulletin: *Nieuw toezichttraamwerk werpt beter licht op kapitaalspositie zorgverzekeraars*, 2 juli 2015. Verkregen van <http://www.dnb.nl/nieuws/nieuwsoverzicht-en-archief/dnbulletin-2015/dnb323922.jsp>.
- 59b. Jaarcijfers basisverzekering (2014), verkregen van de websites van alle zorgverzekeringsconcerns, Vektis (2015), Overstappers per zorgverzekeraar 2014-2015, Zeist: Vektis en Consumentenbond, *Zorgverzekeraars in 2014 (Campagne 2015)*, Augustus 2015, verkregen van <http://www.consumentenbond.nl/tests/bestanden/voeding-gezondheid/rapport-winsten-en-reserves-zorgverzekeraars-2014>.

4. Beperkingen door Marktgedragingen

Beperkingen op de bedrijfsmodellen van zorgverzekeraars komen niet alleen voort uit wet- en regelgeving. Ook de manier waarop partijen in de markt zich gedragen heeft effecten die beperkend kunnen zijn. Dit hoofdstuk brengt in kaart wat de belangrijkste beperkende effecten zijn van marktgedragingen van de partijen op de zorgmarkt.

Belangrijke partijen in de zorgmarkt zijn:

- Zorgaanbieders
- Verzekerden
- Politiek, overheid en toezichthouders
- Zorgverzekeraars

De gedragingen van deze partijen die de concurrentie tussen zorgverzekeraars beperken, brengen wij in kaart per cluster van het bedrijfsmodel.

4.1. Waardepropositie: druk op aantal polissen en weinig draagvlak voor inperking van keuzemogelijkheden

Kritiek op onduidelijk en omvangrijk polisaanbod remt zorgverzekeraars om nieuwe polissen in de markt te zetten

Voor 2016 kunnen consumenten kiezen uit 1.400 combinaties van basis- en aanvullende polissen. Dit zijn zoveel mogelijke combinaties dat de Consumentenbond en tv-programma Kassa onlangs spraken van een "polisjungle".⁶⁰ Minister Schippers riep zorgverzekeraars in september 2015 al op om het aantal polissen en in het bijzonder het aantal labels, te verkleinen.⁶¹ Zij ziet graag dat mensen kunnen kiezen uit "een overzichtelijk aantal pakketten". De NZa is minder stellig en geeft aan het schrappen van keuzemogelijkheden onverstandig te vinden, omdat

dit de onduidelijkheid waarschijnlijk niet vermindert.⁶² Bovendien stelt de NZa dat het verminderen van het aantal polissen ertoe kan leiden dat de polissen minder aansluiten bij de voorkeuren en situatie van de verzekerde. Volgens de NZa is het wel essentieel dat verzekerden duidelijk inzicht krijgen in hun keuzemogelijkheden en eventuele gevolgen van hun keuzes. Daarnaast is het van belang dat het aanbieden van verschillende producten voor verschillende doelgroepen niet leidt tot een verminderde toegang tot een verzekeringsvorm of tot winstmaximalisatie ten koste van een bepaalde doelgroep. Naast de minister en de NZa sprak ook de AFM zich uit over de hoeveelheid polissen. In november 2015 stelde de AFM dat de veelheid aan aanvullende polissen aandacht verdient bij het ontwikkelen van aanvullende verzekeringen om onnodige onduidelijkheid bij klanten te voorkomen.⁶³

Zorgverzekeraars trekken zich deze kritiek aan en hebben binnen brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) besloten om te werken aan een meer overzichtelijk aanbod van polissen.⁶⁴ Daarmee sluiten ze aan bij de oproep van de NZa. Tijdens de interviews bleek dat zorgverzekeraars ook door de roep om minder labels en polissen worden beïnvloed. Een zorgverzekeraar heeft mede hierdoor besloten om een innovatieve polis niet in de markt te zetten. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars zich beperkt voelen in het aanbieden van nieuwe polissen. Natuurlijk hoeft dit een echt onderscheidende polis niet in de weg te staan, zolang de zorgverzekeraar de toegevoegde waarde hiervan duidelijk naar de klant communiceert.

Er is weerstand tegen beperking van keuzemogelijkheden voor patiënten door zorgverzekeraars

Om hun rol als regisseur in de zorg te vervullen, moeten zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om keuzes te maken in de zorg die zij inkopen. Door niet in te kopen bij aanbieders die te duur zijn of een kwalitatief ondermaats aanbod neerleggen, willen zij een goede prijs/kwaliteitverhouding bereiken. Op het moment dat verzekerden niet meer mogen kiezen uit deze te dure of te slechte aanbieders komen veel partijen echter in opstand. Het meest sprekende voorbeeld hiervan is de discussie rond de budgetpolis (ook wel "polis met beperkende voorwaarden"), waarin de verzekerde slechts bij een beperkt aantal aanbieders recht heeft op volledige vergoeding van de zorg. De budgetpolissen kwamen de zorgverzekeraars op zoveel kritiek te staan dat het aantal budgetpolissen voor 2016 aanzienlijk is teruggelopen ten opzichte van een jaar eerder en de overgebleven polissen aanzienlijk minder restrictief zijn.⁶⁵ Patiëntenorganisatie NPCF en apothekersorganisatie KNMP riepen consumenten onlangs op niet te kiezen voor een budgetpolis.⁶⁶ Deze publieke weerstand leidt ertoe dat zorgverzekeraars zich minder kunnen onderscheiden door polissen aan te bieden die de keuzevrijheid inperken.

Volgbeleid neemt onderscheidend vermogen gedeeltelijk weg

Voor huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg, wijkverpleging⁶⁷ en farmaceutische spoedzorg bestaat het zogenaamde volgbeleid ofwel representatiemodel voor zorgverzekeraars.⁶⁸ De zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel representeert op deze manier de andere, kleinere zorgverzekeraars. Dit bespaart tijd en (transactie)kosten. Het lijkt hierdoor alsof een zorgverzekeraar geen concurrentieel voordeel kan behalen. Alle andere zorgverzekeraars in de regio kunnen namelijk ook de vruchten plukken van een onderscheidend inkoopbeleid van de grootste zorgverzekeraar. Toch is er nog wel een prikkel om scherp in te kopen. Als je als zorgverzekeraar in je eigen kernregio beter inkoopt dan andere zorgverzekeraars

in hun kernregio's, heb jij hier gemiddeld meer voordeel bij. Je eigen verzekerden zijn immers het meest in de eigen kernregio geconcentreerd. Het onderscheidend vermogen wordt dus gedempt, maar blijft bestaan, zeker voor zorgverzekeraars met een sterk regionaal geconcentreerde verzekerdenbasis.

4.2. Klantsegmentatie: doelgroepenangst, druk op toelatingseisen aanvullende verzekering en onderscheid tussen verzekerden door aanbieders

Veel aandacht voor mogelijke risicoselectie in de basisverzekering leidt tot doelgroepenangst

Risicoselectie is het taboe in de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. De NZa definieert risicoselectie als volgt: "acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of zorgverzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd."⁶⁹ De meest directe vorm van risicoselectie is als verzekerden met slechte risico's niet worden geaccepteerd. Ook zonder de acceptatieplicht te schenden kan echter risicoselectie plaatsvinden. Risicoselectie is dan niet in strijd met de wet, maar druist wel in tegen de belangen die de wet beoogt te beschermen. De NZa ziet hier strikt op toe. Zo voert de NZa momenteel een onderzoek uit naar risicoselectie. Dit onderzoek zal naar verwachting begin 2016 gepubliceerd worden.⁷⁰

Doel van het onderzoek van de NZa is om inzichten te vergaren die kunnen helpen om nadelige gevolgen van risicoselectie te verminderen of weg te nemen. In eerdere onderzoeken werd bijvoorbeeld selectie geobserveerd via marketing uitingen gericht op bepaalde doelgroepen.⁷¹ Ook noemde de NZa alles-in-één-producten waarin via de aanvullende verzekering bepaalde doelgroepen werden aangesproken onwenselijk.⁷²

Het kabinet heeft het voornemen uitgesproken om uitingsvormen en handelingen die leiden tot risicoselectie wettelijk te verbieden (waaronder doelgroepenmarketing).

In de interviews voor dit onderzoek bleek duidelijk dat de angst om met risico selectie geassocieerd te worden veel invloed heeft op het gedrag van zorgverzekeraars. Geïnterviewden zijn zeer terughoudend in het aanwijzen van doelgroepen van hun verzekering. Slechts voor groepen waarvan bekend is dat deze slecht uit de verevening komen zijn zorgverzekeraars hierover transparant. Gevolg van deze angst voor (de schijn van) risicoselectie is dat zorgverzekeraars huiverig lijken om polissen te introduceren die specifiek aansluiten op de wensen van bepaalde doelgroepen.

Druk op toelatingseisen voor aanvullende verzekering zorgt voor harmonisering en verschralling

Zorgverzekeraars mogen wettelijk gezien zelf (op basis van objectieve gronden) bepalen wie ze voor de aanvullende verzekering accepteren en welke premie ze stellen. In de praktijk stuiten zorgverzekeraars die dit soort drempels hanteren echter op veel weerstand. Deze weerstand zien wij ten eerste bij consumenten. Toen in 2014 in het tv-programma Zembla het verhaal werd geschetst van een net genezen kankerpatiënt die zowel bij zijn "eigen" zorgverzekeraar als bij andere zorgverzekeraars werd geweigerd op grond van zijn medische historie, leidde dit tot veel consternatie.⁷³ Daarnaast heeft toezichthouder NZa zich uitgesproken tegen toelatingseisen en andere overstapbelemmeringen in de aanvullende verzekering, vanuit een andere gedachte.⁷² De aanvullende verzekering en de basisverzekering kunnen namelijk moeilijk los van elkaar gezien worden. Slechts 0,22% van de Nederlanders had in 2014 zijn aanvullende verzekering bij een andere

zorgverzekeraar dan zijn basisverzekering.⁶² Deze samenhang is een sterke indicator dat verzekerden zich bij het kiezen van de basisverzekering laten leiden door waar zij de aanvullende verzekering hebben afgesloten en vice versa. Op het moment dat zorgverzekeraars toelatingseisen en andere overstapdrempels opwerpen in de aanvullende verzekering, hebben ze hiermee invloed op de verzekerden die zij trekken in de basisverzekering. Dit brengt het gevaar mee van indirecte risicoselectie. De NZa heeft daarom aangegeven dat overstapbelemmeringen in de aanvullende verzekering "onwenselijk" kunnen zijn. Zorgverzekeraars geven gehoor aan deze kritiek. In het actieplan *Kerngezond* spraken zij via Zorgverzekeraars Nederland uit te streven naar een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen met een brede dekking zonder toelatingseisen.⁶⁴ Uitgangspunt is dat verzekerden zonder acceptatievoorwaarden toegang hebben tot de aanvullende verzekering als ze bij hun oude zorgverzekeraar een vergelijkbare verzekering hadden. De NZa becijfert dat het aantal aanvullende verzekeringen waarvoor zorgverzekeraars toelatingseisen hanteren (uitgezonderd mondzorg verzekeringen) is afgenomen van 42% in 2012 tot 4% in 2015.⁷⁴

De voordelen van toelatingseisen in de aanvullende verzekering blijven veelal onderbelicht. Als een verzekering patiënten trekt die veel zorg nodig hebben, moet de prijs omhoog of de dekking omlaag. Zorgverzekeraars worden in de aanvullende verzekering namelijk niet gecompenseerd voor verschillen in populatiezwaarte via risicoverevening. Als voor een verzekering zonder risicoverevening geen toelatingseisen worden gehanteerd, leidt dit tot verschralling van het aanbod. Geïnterviewden geven aan dat zij dit de afgelopen jaren inderdaad hebben zien gebeuren bij aanvullende verzekeringen. Deze verschralling komt tot uiting in hogere prijzen voor dezelfde dekking en/of beperkingen in de dekking bij een gelijke premie. De dekking

van fysiotherapie is een sprekend voorbeeld. Website Zorgwijzer.nl houdt voor haar verzekerden een overzicht bij van welke verzekeringen onbeperkt fysiotherapie vergoeden. Zij constateren: "Ieder jaar wordt het lastiger om een zorgverzekering af te sluiten waarbij onbeperkt fysiotherapie nog wordt vergoed. (...) In totaal zijn er (...) 10 zorgpolissen waarbij fysiotherapie voor de volle 100 procent wordt vergoed. Dat is er één minder dan vorig jaar. (...) In 2016 zijn de pakketten met een 100 procent vergoeding voor fysiotherapie gemiddeld 5,95 euro per maand duurder dan in 2015". Kortom, het wegnemen van toelatingseisen voor verzekerden zorgt voor een toegankelijk aanbod, maar heeft als bijwerking dat zorgverzekeraars geremd worden in hun onderscheidend vermogen en dat consumenten uit een verschrallend polisaanbod kunnen kiezen.

Zorgverzekeraars kunnen hiermee omgaan door polissen in de markt te zetten die alleen een specifieke doelgroep aanspreken, of alleen reclame te maken onder een specifieke doelgroep. Ook kunnen zorgverzekeraars als alternatief voor toelatingseisen de premie van de aanvullende verzekeringen differentiëren naar verwacht risico. In 2016 hanteren onder meer Zilveren kruis, VGZ, CZ en ONVZ een leeftijdsafhankelijke premie voor de aanvullende verzekering⁷⁵. Hierbij betalen ouderen meer dan jongeren omdat zij gemiddeld meer gebruik maken van de zorg.

Weinig acceptatie voor onderscheid tussen verzekerden remt onderscheid op toegankelijkheid van zorg

Een zorgverzekeraar die zich wil onderscheiden doordat haar verzekerden voor worden getrokken – bijvoorbeeld via een korte wachttijd, of behandeling door een meer ervaren team – moet daarvoor een flinke horde overwinnen. Zorgaanbieders zijn slechts beperkt bereid om bij het leveren van zorg patiënten een voorkeursbehandeling te geven op basis van de zorgverzekering die zij hebben. Uit onderzoek

blijkt dat 'voorkruiplzorg' door de Nederlandse consument wordt geaccepteerd, maar alleen als dit plaatsvindt buiten de reguliere bedrijfsuren van het ziekenhuis.⁷⁶ In het verleden hebben zorgverzekeraars hier al mee geëxperimenteerd. Verzekerden van Zorg & Zekerheid kregen in 2006 voorrang bij bepaalde operaties – waarvoor een flinke wachtlijst was – in het toenmalige Diaconessen Ziekenhuis.⁷⁷ Deze zorg vond inderdaad plaats buiten normale kantooruren. Onderscheid in de service om de zorg heen lijkt overigens meer geaccepteerd te worden. Verschillende ziekenhuizen kennen bijvoorbeeld eenpersoonkamers voor patiënten met een aanvullende verzekering die deze service dekt.⁷⁸ Het is voor zorgverzekeraars dus slechts op onderdelen van hun waardepropositie mogelijk om voorkeursbehandeling van verzekerden af te spreken met zorgverleners. Op toegankelijkheid en service lijkt dit mogelijk, maar op zorginhoudelijke behandeling lijkt er weinig ruimte.

4.3. Partners: fusiegolf aanbieders beperkt gedifferentieerd inkopen, kwaliteitsinformatie nog maar beperkt beschikbaar **Fusiegolf onder aanbieders maakt onderhandelen moeilijker, maar biedt tegelijk mogelijkheden**

De afgelopen jaren is er sprake geweest van een fusiegolf onder ziekenhuizen, organisaties in de verzorging, verpleging en thuiszorg, huisartspraktijken en apotheken. Dit heeft in sommige gevallen het onderscheidende vermogen van zorgverzekeraars op de zorginkoop beperkt. Een zorgverzekeraar heeft veel inkoopmacht wanneer deze weinig afhankelijk is van een zorgaanbieder maar deze zorgaanbieder wel van een zorgverzekeraar. Het tegenovergestelde is het geval als een zorgverzekeraar sterk afhankelijk is van een zorgaanbieder om aan de zorgplicht te kunnen voldoen voor haar verzekerden, zeker als de zorgverlener ook nog eens weinig afhankelijk is van de zorgverzekeraar. Fusies tussen zorgaanbieders kunnen ervoor zorgen dat zorgverzekeraars meer afhankelijk worden van de gefuseerde

zorgaanbieder. Bovendien kan een zorgaanbieder minder afhankelijk worden van één zorgverzekeraar door te fuseren met een zorgaanbieder buiten de kernregio van de zorgverzekeraar. Deze machtsverschuiving kan het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars in de zorginkoop beperken. Uit meerdere interviews kwam naar voren dat de fusiegolf onder met name ziekenhuizen een sterke impact heeft gehad op het onderscheidend vermogen van de zorginkoop. In het verleden zijn zorgverzekeraars vaak niet tegen fusies tussen ziekenhuizen geweest, maar die houding is onlangs veranderd. Zorgverzekeraars hebben zich in 2014 om deze reden ook verzet tegen de ziekenhuisfusies.⁷⁹ Wanneer zorgaanbieders gezamenlijk optrekken in de onderhandelingen met zorgverzekeraars kunnen soortgelijke beperkingen ontstaan.

Fusies zijn overigens niet altijd beperkend voor de mogelijkheden tot onderscheid tussen zorgverzekeraars. Als bijvoorbeeld door fusie een grotere wederzijdse afhankelijkheid ontstaat, kan dit tot innovatieve partnerships leiden die juist een onderscheidende waardepropositie voor de verzekerde mogelijk kunnen maken.

Beperkte beschikbaarheid kwaliteitsindicatoren en laag vertrouwen in zorgverzekeraars remmen waardeproposities gericht op kwaliteit

Om meerdere redenen kan het waardevol zijn dat de kwaliteit van de geleverde zorg wordt gemeten. Dit gebeurt vaak door zorgverleners zelf en soms ook door patiënten. Deze kwaliteitsinformatie kunnen zorgverleners gebruiken om zich te spiegelen aan andere zorgverleners en zich te verbeteren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen deze informatie ook gebruiken bij de zorginkoop. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie inzetten om zich concurrentieel te onderscheiden via zorginkoop en sturing van verzekerden.

Allereerst kunnen zorgverzekeraars zorgaanbieders op basis van kwaliteitsinformatie stimuleren om hun kwaliteit te verhogen. Dit levert concurrentievoordeel op in regio's waar zorgverzekeraars het hoogste marktaandeel hebben. Als een aanbieder zijn kwaliteit verbetert profiteren de eigen verzekerden hier relatief het meeste van. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie tevens gebruiken om zorgaanbieders gedifferentieerd te belonen op basis van de kwaliteit die ze leveren. Ten slotte kunnen zorgverzekeraars kwaliteitsinformatie gebruiken om de eigen verzekerden te sturen naar kwalitatief betere zorgaanbieders, waardoor verzekerden beter geholpen worden. Op dit moment is deze kwaliteitsinformatie voor zorgverzekeraars en verzekerden beperkt beschikbaar. Dit komt enerzijds doordat voor veel aandoeningen en onderwerpen nog geen bruikbare kwaliteitsindicatoren worden gemeten. Daarnaast wordt kwaliteitsinformatie die wel wordt gemeten nog lang niet altijd transparant gemaakt. Reden hiervoor is dat zorgverleners zorgvuldig met deze informatie om willen gaan. Pas wanneer zij er vertrouwen in hebben dat deze informatie voldoende betrouwbaar is om te gebruiken in zorginkoop, zullen zij de kwaliteitsinformatie transparant maken, vaak via het Kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland.⁸⁰

Zorgverzekeraars worden door een aanzienlijk deel van de consumenten niet vertrouwd. Dit geldt in het algemeen en nog sterker op bepaalde deelonderwerpen. In een recent onderzoek bleek dat 3 op de 10 Nederlanders zorgverzekeraars in het algemeen wantrouwt.⁸¹ Op een tienpuntsschaal is het gemiddelde vertrouwen 5,9. Opvallend is dat het vertrouwen in de eigen zorgverzekeraar aanzienlijk hoger is. Mogelijk is het lage vertrouwen in zorgverzekeraars deels te wijten aan negatieve berichtgeving in de media.⁸² Meer dan twee derde van de verzekerden heeft het beeld dat zorgverzekeraars geld besparen belangrijker vinden dan zorg inkopen.⁸³

Onderzoek suggereert dat zorgverzekeraars in het bijzonder op moeten letten met het geven van kwaliteitsadvies. Slechts één op vijf Nederlanders denkt dat de medewerkers van zorgverzekeraars volkomen eerlijk tegen ze zijn en maar 10% van de verzekerden heeft vertrouwen in advies van zorgverzekeraars over de keuze voor een zorgaanbieder. Het gebruik van kwaliteitsinformatie door zorgverzekeraars voor advies aan verzekerden is dus niet alleen beperkt door de beperkte beschikbaarheid van informatie maar ook door een gebrek aan vertrouwen.

De verwachting is dat de hoeveelheid beschikbare kwaliteitsinformatie de komende jaren toe zal nemen. Individuele zorgverzekeraars nemen op dit thema initiatief. Zilveren Kruis heeft in samenwerking met zorgverleners meerdere kwaliteitsindicatoren ontwikkeld.⁸⁴ Inkoop op basis van de tot nu toe nog beperkt aanwezige kwaliteitsinformatie zien wij ook al terug. Zo heeft zorgverzekeraar CZ aangekondigd de afdeling cardiologie van het Catharinaziekenhuis in 2016 deels te belonen op basis van kwaliteitscriteria zoals sterfte, wondinfectie en de kwaliteit van leven van de patiënt.⁸⁵ In ZN-verband maken zorgverzekeraars samen afspraken met medische beroepsgroepen over welke kwaliteitsinformatie transparant wordt.⁸⁶ Het lijkt erop dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere veldpartijen erin slagen om de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie te vergroten, waardoor zorgverzekeraars steeds minder belemmerd worden om een onderscheidende waardepropositie op kwaliteit neer te zetten.

4.4. Opbrengsten: druk op reserves

Druk om reserves terug te geven leidt tot meer uniform gedrag en maakt toetreding lastig

De zorgverzekeraars zijn in principe private partijen. Zij mogen zelf hun prijzen stellen en winst maken. Desondanks wordt vanuit verschillende hoeken druk op zorgverzekeraars uitgeoefend om niet te veel winst te maken. Deze druk begint bij de rekenpremie, die VWS elk jaar op Prinsjesdag bekend maakt. Hiermee geeft VWS een signaal over wat een acceptabele premie voor het komende jaar kan zijn. In deze premie wordt een aanname gemaakt over het bedrag dat zorgverzekeraars in het betreffende jaar "terug" zullen geven vanuit hun eerder opgebouwde reserves in de vorm van lagere premies.⁸⁷ Zorgverzekeraars zijn vrij om zelf hun premie te bepalen, maar uit interviews begrijpen wij dat de in deze aanname neergelegde verwachting wel degelijk invloed heeft op de prijsstelling. VWS gaat hierin overigens verder dan het maken van een inschatting voor de begroting. VWS doet namelijk tevens uitspraken over welk gedrag wenselijk is. In 2013 riep minister Schippers zorgverzekeraars in het tv-programma Kassa op om winsten niet in zorg te steken, maar in lagere premies.⁸⁸ Zorgverzekeraars hebben hier gehoor aan gegeven.⁸⁹ Van de EUR 1,9 miljard die zij in 2014 overhiielden aan de basisverzekering hebben zij ruim 73% gebruikt om de premie van zorgverzekeringen 2015 te verlagen.⁶² Dit was meer dan VWS had ingeschat.⁹⁰ Uit de interviews en nieuwsberichten maken wij op dat zorgverzekeraars ook in 2016 verlieslatende premies verkopen. Voor aspirant-toetreders kan dit een beperking zijn. Als zij de markt willen betreden in een jaar waarin reserves worden afgebouwd, hebben zij nog geen reserves om af te bouwen. Voor ANNO12 was dit in 2013 reden om haar poging om de markt te betreden met een jaar uit te stellen.⁹¹

4.5. Conclusie

In dit hoofdstuk hebben wij laten zien dat de gedragingen van verschillende marktpelers de mogelijkheden tot concurrentieel onderscheid door zorgverzekeraars beperken. Deze beperkingen ontstaan op verschillende elementen van het bedrijfsmodel en beperken de ruimte die zorgverzekeraars hebben soms veel verder dan de wet- en regelgeving.

Maatschappelijke en politieke druk remmen zorgverzekeraars bij het in de markt zetten van onderscheidende waardeproposities. De argwaan voor risicoselectie en de druk om het aantal polissen te verminderen zijn groot. Hierdoor zijn zorgverzekeraars terughoudend in het aanbieden van onderscheidende polissen die zich richten op specifieke doelgroepen. Deze druk beperkt zich niet tot de basisverzekering. Ook bij de aanvullende verzekering wordt de vrijheid die wet- en regelgeving zorgverzekeraars biedt verder ingeperkt door gedragingen, bijvoorbeeld door de maatschappelijke perceptie dat toelatingseisen voor de aanvullende verzekering onwenselijk zijn.

Zorgverzekeraars worden als regisseur van het zorgstelsel geacht om de zorg doelmatig, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Het inkopen van zorg is een belangrijk middel voor zorgverzekeraars om deze regisseursrol in onderlinge concurrentie tot zich te nemen. Het selectief inkopen van zorg door zorgverzekeraars kan echter rekenen op veel kritiek van zorgaanbieders en patiëntenorganisaties. Zorgverzekeraars zijn hierdoor meer terughoudend met selectieve contractering en het aanbieden van budgetpolissen. Ook het volgebeleid, waarbij kleinere zorgverzekeraars het beleid volgen van de grootste zorgverzekeraar in de regio, beperkt de mogelijkheden tot onderscheid op zorginkoop

Het is in Nederland *not done* om afspraken te maken waardoor verzekerden een voorkeursbehandeling krijgen ten opzichte van anderen. Dit is in het bijzonder het geval als deze afspraken de zorg zelf raken en niet de zaken eromheen zoals service. Dit beperkt de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om voor hun verzekerden onderscheidende afspraken te maken met zorgverleners. Ook de fusies die in verschillende segmenten van de zorg hebben plaatsgevonden onder zorgaanbieders maken het moeilijker voor zorgverzekeraars om onderscheidend in te kopen.

Zorgverzekeraars zijn erbij gebaat dat de inzichten in kwaliteit van zorg toenemen en daar nemen ze zelf, vaak in samenwerking met het veld, het initiatief in. Mogelijk zal gebrek aan inzichten in kwaliteit daardoor de komende jaren steeds minder een belemmering zijn voor nieuwe waardeproposities via inkoop en klantadvies. Een tweede horde voor waardeproposities rond kwaliteit van zorg moeten de zorgverzekeraars nog wel overwinnen, namelijk het lage vertrouwen van de consument in de zorgverzekeraar als zorgadviseur.

Tot slot hebben we gezien dat zorgverzekeraars mede door maatschappelijke en politieke druk hun winsten uit het verleden inzetten om lage premies te bieden. Dit leidt tot meer uniform gedrag van zorgverzekeraars en maakt toetreden moeilijker.

60. Consumentenbond, *Polisjungle door groot aantal zorgpolissen*, 28 november 2015, verkregen van <http://www.consumentenbond.nl/actueel/nieuws/2015/polisjungle-door-groot-aantal-zorgpolissen/>.
61. Beantwoording Minister van VWS van Kamervragen van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de lage mate van vertrouwen van Nederlanders in zorgverzekeraars d.d. 17 september 2015, kenmerk: 826255-140635-Z.
62. NZa (2015), *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
63. AFM (2015), *Uitkomsten onderzoek Aanvullende Verzekeringen*, Amsterdam: Autoriteit Financiële Markten.
64. ZN, Kerngezond Zorgverzekeraars Nederland (2015), *Kern-gezond. Actieplan Zorgverzekeraars Nederland*, Utrecht: Zorgverzekeraars Nederland.
65. Zorgwijzer, *Budgetpolis in 2016: verschillen en beperkingen*, 25 november 2015, <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2016/budgetpolis-in-2016-verschillen-en-beperkingen>.
66. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Brief aan Zorgverzekeraars Nederland d.d. 3 december 2015, kenmerk: 2015-113.
67. Voor de wijkverpleging geldt het volgebeleid alleen voor de niet (aan individuele patiënten) toe-wijsbare zorg, het zogenaamde Segment 1.
68. Ook voor onderdelen van de Wlz zorg (zintuiglijk gehandicaptenzorg) geldt het volgebeleid nog. Hier gaan wij in dit onderzoek niet op in, de focus ligt op de Zorgverzekeringswet.
69. NZa (2015), *Tussenrapport Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
70. Brief Minister van VWS d.d. 30 oktober 2015 (Verzamelbrief diverse onderwerpen), kenmerk 865717-143596-BPZ.
71. NZa (2014), *Verdiepend onderzoek Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
72. NZa (2015), *Verhouding tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering bij de sturing van verzekerde*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
73. TV-programma *Zembla*, aflevering "Fijn dat we verzekerd zijn", 6 november 2014.
74. Bij de aanvullende verzekeringen voor mondzorg zien wij overigens een ander beeld. Hier golden in 2014 volgens de NZa marktscan 2015 voor 24% van de polissen nog acceptatievoorwaarden. Dit verschil is waarschijnlijk terug te leiden tot de sterke mate van antiselectie en anticiperend gedrag bij deze verzekeringen, die Zorgverzekeraars Nederland in haar actieplan Kern-gezond signaleert bij Tandartsverzekeringen.
75. Zorgwijzer.nl, Welke zorgverzekeraars hebben een leeftijdsafhankelijke premie? (27 nov 2015, <http://www.zorgwijzer.nl/faq/leeftijdsafhankelijke-premie>)
76. Proefschrift T. Benning, T. (2011), Flexibiliteit in de gezondheidszorg vanuit het oogpunt van de consument. Betaalde snellere toegang en maatwerk in de zorg (Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam). Verkregen van <http://www.erim.eur.nl/research/events/detail/2323-a-consumer-perspective-on-flexibility-in-health-care-priority-access-pricing-and-customized-ca/>.
77. Brief Minister van VWS d.d. 4 april 2006 (Wachttijden in de curatieve zorg, 25 170), nr. 36.
78. Voorbeelden van dit soort pakketten zijn het *Zorg Luxe* pakket van ONVZ (<http://www.onvz.nl/zorg.htm?ch=def&tid=prive-zorg-luxe>) en het *Luxe verpleging* pakket van Delta Lloyd. (<http://www.deltalloyd.nl/zorgverzekering/luxe-verpleging-ziekenhuis.jsp>).
79. NRC Handelsblad, *Verzekeraars Verzetten zich tegen fusies*, 25 oktober 2014.
80. Het Kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland is te raadplegen via Zorginzicht.nl.
81. GfK (2015), Persbericht. Trust Compass Onderzoek: Drie van de tien Nederlanders vertrouwt zorg-verzekeraars niet. Rapport GfK, Hilversum: GfK.
82. In hetzelfde onderzoek gaf 75% van de ondervraagden aan negatieve berichtgeving over zorg-verzekeraars te hebben opgepikt.
83. Hoefman, R.J., Brabers, A.E.M., en De Jong, J.D. (2015), Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars. Rapport NIVEL, Utrecht: NIVEL.
84. Website Zilveren kruis, *Kwaliteitsecosysteem groeit verder*, (22 juni 2015, https://www.zilverenkruis.nl/SiteCollectionDocuments/Zorgaanbieders/Kwaliteit_van_Zorg/Kwaliteits-ecosys-teem-groeit-verder.pdf).
85. Website Catharine Ziekenhuis, Catharina Ziekenhuis sluit uniek contract met CZ voor hartpatiënten: kwaliteit van zorg wordt leidend, (26 november 2015, <https://www.catharinaziekenhuis.nl/nieuws/1206-catharina-ziekenhuis-sluit-uniek-contract-met-cz-voor-hartpatienten-kwaliteit-van-zorg-wordt-leidend.html>).
86. Website Zorgverzekeraars Nederland, Zorgverzekeraars nemen verantwoordelijkheid in jaar van transparantie, (3 maart 2015, <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=184811524>).
87. VWS, Brief aan de Tweede Kamer d.d. 18 november 2014 (Totstandkoming rekenpremie), kenmerk: 6390921-129595-MEVA.
88. TV-programma *Kassa*, onderdeel "Minister Schippers ontvangt beste zorgidee", 6 april 2013.
89. Zorgverzekeraars hebben volgens het FD het grootste deel van hun hoge winsten uit 2012 en 2013 voor premieverlagingen in 2014 en 2015 ingezet. Olsthoorn, S. (2014), Zorgverzekeraars zetten winsten grotendeels in voor premies, *Het Financieele Dagblad*, 22 november.
90. Rijksbegroting 2016, Hoofdstuk XVI VWS. Den Haag: Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
91. SKIPR redactie, *Zorgverzekeraar Anno12 niet van start*, SKIPR, 22 oktober 2013. Verkregen van <http://www.skipr.nl/actueel/id16230-zorgverzekeraar-anno12-niet-van-start.html>.

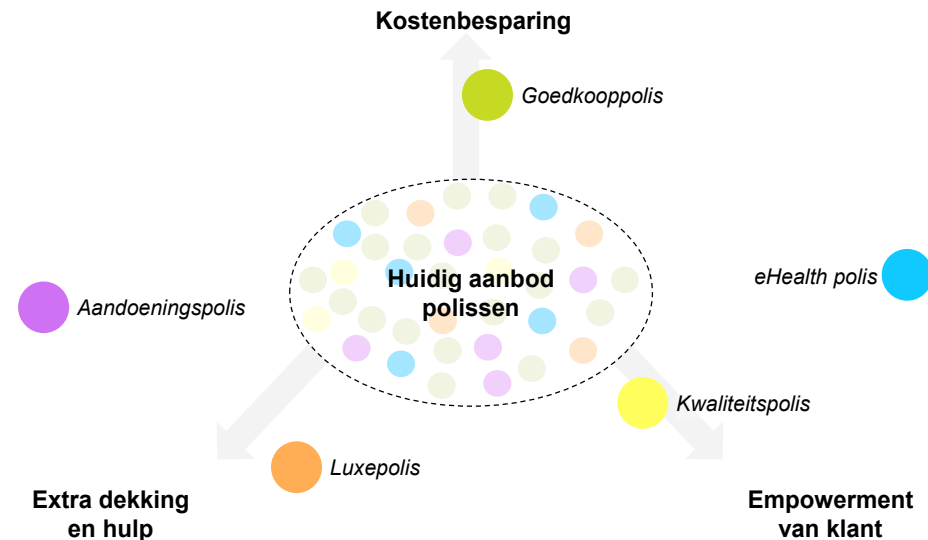
5. Onderscheidende waardeproposities

In de vorige hoofdstukken hebben wij beschreven hoe het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars werkt en welke beperkingen voor concurrentieel onderscheid ontstaan door wet- en regelgeving en marktgedragingen. In dit hoofdstuk werpen wij licht op het belang en de praktische implicaties van deze beperkingen. Dit doen wij met behulp van "extreme" waardeproposities; onderscheidende proposities die een zeer sterke focus hebben op het realiseren van een bepaald type waarde voor de verzekerde. De proposities die wij beschrijven gaan verder dan de ons bekende polissen in Nederland. Wij laten ons inspireren door polissen die in het buitenland bestaan. Het feit dat deze polissen in het buitenland bestaan geeft ons een indicatie dat de geleverde proposities voor bepaalde klantgroepen daadwerkelijk waardevol zijn. Samen dekken de proposities de verschillende dimensies van onderscheid die wij ons kunnen voorstellen. Figuur 12 illustreert dit.

Ons onderzoek van extreme waardeproposities is erop gericht om inzichtelijk te maken welke effecten van wet- en regelgeving en marktgedragingen het meest beperkend zijn en om te verkennen welke waarde juist wel te realiseren is in het huidige Nederlandse stelsel.

De vijf proposities die wij onderzoeken zijn:

- Goedkooppolis: Zo laag mogelijke premie
- eHealth polis: Hoge toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg via digitale kanalen
- Kwaliteitspolis: Goede informatievoorziening waardoor verzekerden *empowered* worden om de keuzes voor de beste zorg te kunnen maken
- Luxepolis: Luxe aanvullende zorgservices
- Aandoeningspolis: Zorg en ondersteuning specifiek gericht op mensen met een bepaalde aandoening



Figuur 12: Huidig polisaanbod in Nederland versus Extreme waardeproposities

Bij het ontwerpen van de proposities hanteren wij als uitgangspunten de verzekeringsplicht, acceptatieplicht en de risicoverevening zoals die in Nederland gelden. Hoewel wij de polissen dus zo extreem mogelijk neerzetten, gebruiken wij deze uitgangspunten als grenzen aan onze creativiteit. De extreme waardeproposities en de keuzes die wij daarin hebben gemaakt vormen geenszins een uitputtend overzicht van de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben. De bedoeling is dat de uitgewerkte extreme waardeproposities een belangrijk deel van de mogelijkheden dekken en dat zij ons helpen zien waar de beperkingen in de zorgverzekeringsmarkt zitten.

5.1. De Goedkooppolis

De Goedkooppolis is een zo goedkoop mogelijke polis. Het is een verzekering voor mensen die een zo goedkoop mogelijke zorgverzekering willen afsluiten. De zorgverzekeraar kan deze polis zeer goedkoop aanbieden, door op verschillende elementen kostenbesparende keuzes te maken.

Tarieven van zorgaanbieders worden laag gehouden

De zorgverzekeraar houdt de tarieven laag door alleen een contract te sluiten met de zorgaanbieders met de laagste tarieven. Met inkoopprocedures en zeer selectieve contractering kunnen deze lage tarieven bereikt worden.

Verzekerden worden gestimuleerd alleen naar de gecontracteerde aanbieders te gaan

De zorgverzekeraar stimuleert verzekerden op verschillende manieren om daadwerkelijk van het scherp geprijsde gecontracteerde zorgaanbod gebruik te maken. Verzekerden die toch naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan krijgen slechts een zeer beperkte vergoeding. Als verzekerden naar de gecontracteerde aanbieder gaan brengt de zorgverzekeraar een lager bedrag ten laste van het eigen risico.

Verzekerden worden ontmoedigd om zorg te gebruiken

Via machtiging, hoge eigen bijdragen en een hoog eigen risico ontmoedigt de zorgverzekeraar verzekerden om zorg te gebruiken. Verzekerden hebben een machtiging nodig voordat zij in aanmerking komen voor niet-acute zorg. Voor elk zorggebruik moet de verzekerde een eigen bijdrage betalen. Het totaal aan eigen bijdragen (eigen risico) loopt daarnaast hoog op voordat de zorgverzekeraar de kosten volledig vergoedt. Bijkomend voordeel van de eigen bijdragen en het hoge eigen risico is dat verzekerden een groter deel van de zorgkosten zelf betalen.

De zorgverzekeraar houdt de beheerskosten laag

De zorgverzekeraar houdt de beheerskosten laag door verzekerden zoveel mogelijk zelf te laten regelen via internet. Zij beantwoorden ook elkaars vragen via een webforum. De zorgverzekeraar bespaart op reclamekosten door mond tot mond reclame te gebruiken als voornaamste kanaal. Controle van declaraties besteedt de zorgverzekeraar deels uit aan verzekerden, die beloond worden als zij een fout in de declaraties vinden.

De Goedkooppolis wordt in Nederland op verschillende manieren beperkt

Een algemene belemmering bij de Goedkooppolis is dat de focus bij deze polis lijkt te liggen op een groep verzekerden met weinig zorggebruik. Daardoor ontstaat snel de verdenking van risicoselectie, gericht op het behalen van oneigenlijke voordelen in het vereveningsstelsel. Hiertegen bestaat weerstand in politiek en maatschappij.

De zorgverzekeraar wil alleen de goedkoopste zorgaanbieders contracteren. Dit ligt in Nederland moeilijk omdat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft, waardoor zij moet voldoen aan minimumnormen voor reistijden en wachttijden. Hierdoor bestaat een ondergrens voor het aantal te contracteren partijen. Daarnaast kan de zorgverzekeraar door artikel 13 (de regel dat zij ook een deel moet vergoeden als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat) verzekerden moeilijker motiveren om ook daadwerkelijk van het gecontracteerde aanbod gebruik te maken.

Zorgverzekeraars kunnen verzekerden in Nederland slechts beperkt ontmoedigen om zorg te gebruiken. De NZa staat het gebruik van onnodige of te ingewikkelde machtigingen niet toe. Ook hebben zorgverzekeraars niet de mogelijkheid om zelf eigen bijdragen te stellen; zowel de zorg waarvoor eigen bijdragen gelden

als de hoogte van de bijdragen liggen vast. Dit systeem is een beperking voor zorgverzekeraars die een goedkope verzekering willen aanbieden. De eigen bijdragen gelden slechts voor een beperkt deel van de zorg en het eigen risico (dat je kunt zien als eigen bijdragen tot een bepaald plafond) vormt geen prikkel meer als het vol is, hetgeen voor veel zorggebruikers het geval is. Bovendien is in de hoogte van het eigen risico geen variatie mogelijk. Een hoger eigen risico dan het wettelijk maximum kan de zorgverzekeraar niet bieden. Deze beperkingen zijn opgesteld om de verzekerde tegen zichzelf te beschermen, maar hebben als bijwerking dat zorgverzekeraars verzekerden moeilijker kunnen stimuleren passend en doelmatig zorg te gebruiken.

Een aantal onderdelen van de Goedkoop polis is binnen het huidige stelsel wel mogelijk

De zorgverzekeraar kan het aantal gecontracteerde zorgaanbieders nog verder beperken dan gebeurt in de huidige budgetpolissen, precies zo ver dat net voldaan is aan de zorgplicht. Als de verzekerde toch naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat kan deze een zo laag mogelijke vergoeding krijgen, die verschilt per type zorg om juridisch geen problemen op te leveren (de hoogte van de vergoeding mag geen hinderpaal op te leveren). De zorgverzekeraar mag verzekerden een extra stimulans geven om naar de gecontracteerde aanbieders te gaan door hiervoor een lager (of geen) bedrag ten laste te brengen van het eigen risico. Zorgverzekeraars kunnen hun beheerskosten flink omlaag brengen door bijvoorbeeld de klant zoveel mogelijk zelf te laten doen via internet en verzekerden te belonen voor het opsporen van fouten in hun declaraties.

Polissen met veel van deze elementen kennen wij uit de Verenigde Staten, waar verzekerden vaak co-payments (eigen bijdragen) betalen bij elk zorgcontact. Ook

dichter bij huis komt meer uitgebreide toepassing van eigen bijdragen voor. Zo kent het Belgische zorgstelsel zogenaamde remgelden. Verzekerden betalen voor bijvoorbeeld een bezoek aan de huisarts of voor geneesmiddelen steeds een eigen bijdrage. Hierdoor blijven zij bij zorggebruik steeds geprikkeld worden om consumptie te matigen.

5.2. De Kwaliteitspolis

De Kwaliteitspolis is een polis die erop gericht is om klanten kwalitatief zo goed mogelijke zorg te bieden. De zorgverzekeraar maakt dit mogelijk door zorgaanbieders te stimuleren om goede zorg te leveren en door verzekerden te motiveren om voor kwalitatief goede zorg te kiezen.

Zorgaanbieders worden gestimuleerd om goede kwaliteit te leveren

De zorgverzekeraar stimuleert aanbieders om transparant te zijn en belooft vervolgens goede resultaten die door die transparantie zichtbaar worden. Alleen met zorgaanbieders die transparant zijn over hun kwaliteit sluit de zorgverzekeraar een contract. De kwaliteit wordt gemeten aan de hand van standaard indicatorensets. Goede kwaliteitsresultaten belooft de zorgverzekeraar met hogere tarieven voor dezelfde zorgprestaties, meer groeiruimte en het promoten van zorgaanbieders die goed scoren.

Verzekerden worden gemotiveerd om goede kwaliteit zorg te gebruiken

De zorgverzekeraar stimuleert verzekerden om goede zorg te gebruiken door inzichtelijk te maken welke aanbieders kwalitatief goed zijn. Hiervoor maakt de zorgverzekeraar niet alleen gebruik van de indicatorensets die zorgaanbieders aanleveren, maar ook van vragenlijsten die verzekerden voor en na hun behandeling invullen (PROM's⁹²). De zorgverzekeraar motiveert de verzekerden om alleen naar

de kwalitatief goede zorgaanbieders te gaan door verzekerden die naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan slechts een zeer beperkte vergoeding te bieden. Als verzekerden naar de gecontracteerde aanbieder gaan brengt de zorgverzekeraar bovendien een lager bedrag ten laste van het eigen risico.

De Kwaliteitspolis wordt in Nederland op verschillende manieren beperkt

Een algemene belemmering voor de kwaliteitspolis is dat verzekerden weinig vertrouwen hebben in kwaliteitsinformatie verstrekt door zorgverzekeraars.

Veel consumenten vinden dat de rol van kwaliteitsadviseur niet is weggelegd voor zorgverzekeraars. Zij zijn bang dat informatie verstrekt door de zorgverzekeraar niet objectief is en dat deze informatie gebruikt wordt om geld te besparen.

Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie bij zorgaanbieders uitvragen. De registratie van eenduidige kwaliteitsindicatoren vindt echter nog beperkt plaats en zorgaanbieders zijn vaak huiverig deze te delen met de zorgverzekeraar en het publiek. De verwachting is overigens wel dat de beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren de komende tijd sterk toe zal nemen. Extra belonen van kwalitatief goede zorg is lastig doordat gereguleerde prestaties en tarieven de mogelijkheden beperken om extra te betalen voor goede zorg.

Artikel 13 beperkt de mate waarin zorgverzekeraars verzekerden kunnen stimuleren om alleen kwalitatief goede zorg te gebruiken. Ook als de verzekerde zelf naar een kwalitatief slechte zorgaanbieder gaat moet de zorgverzekeraar een (gedeeltelijke) vergoeding betalen.

Een aantal onderdelen van de Kwaliteitspolis is binnen het huidige stelsel wel mogelijk

De zorgverzekeraar kan eisen dat zorgaanbieders kwaliteitsinformatie delen. Ook kan de zorgverzekeraar goede kwaliteit belonen door extra te betalen. Hiervoor moet zij wel gebruik maken van omwegen, want het is niet mogelijk om een extra kwaliteitselement aan te brengen in de wettelijke prestaties, of de prestaties zo te stellen dat de uitkomst wordt beloond in plaats van de medische handelingen.

Zorgverzekeraars mogen gegevens over zorggebruik van verzekerden gebruiken, zolang ze toestemming hebben van de verzekerde. Die informatie mag ook weer met de verzekerde gedeeld worden, bijvoorbeeld in de vorm van op maat gemaakte kwaliteitsadviezen over zorg die de verzekerde nodig heeft. Net als voor de Goedkooppolis geldt voor de Kwaliteitspolis dat de zorgverzekeraar bij gebruik van niet-gecontracteerd aanbod een zo laag mogelijke vergoeding kan geven, die verschilt per type zorg om juridisch geen problemen op te leveren. Om verzekerden een extra stimulans te geven om naar de gecontracteerde aanbieders te gaan kan de zorgverzekeraar bovendien voor deze aanbieders een lager (of geen) eigen risico in rekening brengen.

Elementen van de Kwaliteitspolis zien we terug in de verzekeringsproducten van Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, een verzekeringsmaatschappij die netwerken van zorgaanbieders contracteert op basis van hun Alternative Quality Contract. Zorgaanbieders krijgen in dit contract een vergoeding die deels afhangt van de geleverde kwaliteit.

5.3. De eHealth polis

De eHealth polis heeft tot doel om verzekerden online te helpen om het maximale uit hun gezondheid te halen. Dit bewerkstelligt de polis door zoveel mogelijk zorg online ter beschikking te stellen, verzekerden te stimuleren om de online faciliteiten te gebruiken en via deze online faciliteiten verzekerden te stimuleren om gezonder te leven.

Verzekerden krijgen zoveel mogelijk zorg online

De zorgverzekeraar stelt een smartphone applicatie beschikbaar waarmee verzekerden 24/7 vragen kunnen stellen aan zorgverleners. Indien gewenst kunnen zij online consulten krijgen van huisartsen, apothekers, verpleegkundigen en medisch specialisten.

Verzekerden worden gestimuleerd om de online faciliteiten te gebruiken

Verzekerden kunnen in de eHealth polis uiteraard ook gebruik maken van fysiek zorgaanbod, maar tenzij het om acute zorg gaat moeten zij eerst kijken of het probleem online opgelost kan worden. Verzekerden worden daarnaast overgehaald om waar mogelijk online hun gezondheidsproblemen af te handelen doordat de zorgverzekeraar minder eigen risico in rekening brengt als verzekerden hun klacht eerst online hebben besproken.

Verzekerden worden gestimuleerd om gezonder te leven

De zorgverzekeraar houdt allerlei gegevens bij die verzekerden automatisch uploaden (zoals hartslag en stappen). In combinatie met de medische geschiedenis van verzekerden wordt hiermee persoonlijk leefstijl advies samengesteld. Als verzekerden dit advies volgen worden zij hiervoor beloond; voor het behalen van wekelijkse doelstellingen krijgen zij premiekorting en korting op producten van partijen waar de zorgverzekeraar mee samenwerkt.

De eHealth polis wordt in Nederland op verschillende manieren beperkt

Het aanbieden van online zorg is moeilijker te realiseren doordat eHealth lastig in zorgproducten is te integreren. Veel van de beschreven eHealth diensten liggen op het grensvlak van een zorgconsult en klantadvies. Zorgconsulten kunnen niet altijd online worden aangeboden. Huisartsen kunnen online consulten bijvoorbeeld uitsluitend als zorgprestatie in rekening brengen wanneer arts en patiënt elkaar al een keer fysiek hebben ontmoet. Gevolg is dat zorgverzekeraars deze diensten in principe niet aan kunnen bieden. Een andere belemmering is dat voor online consulten bij de huisarts een maximumtarief geldt. Een zorgverzekeraar kan huisartsen daardoor niet motiveren om consulten online te doen door hier hogere tarieven (dan het maximumtarief) voor te stellen.

De zorgverzekeraar mag verzekerden slechts in beperkte mate dwingen om eerst een applicatie te gebruiken voordat zij naar een fysieke zorgaanbieder gaan. De NZa staat het gebruik van onnodige of te ingewikkelde machtigingen namelijk niet toe. Het in rekening brengen van minder eigen risico als een applicatie wordt gebruikt is ook niet mogelijk.

Zorgverzekeraars mogen patiëntgegevens alleen gebruiken voor een persoonlijk leefstijl advies als de patiënt hier expliciet toestemming voor heeft gegeven. Bovendien moet bij het delen van de informatie met de patiënt uitgebreide inlog worden gehanteerd, via DigID of twee-factor authenticatie. De zorgverzekeraar kan verzekerden in de basisverzekering moeilijk belonen voor gezond gedrag. Dit zal al snel gezien worden als een vorm van premiedifferentiatie.

Een aantal onderdelen van de eHealth polis is binnen het huidige stelsel wel mogelijk

Niet alle mogelijkheden voor zorgverzekeraars om online zorg aan te bieden zijn door wet- en regelgeving onmogelijk. Zolang de zorg grenst aan klantcontact kan de zorgverzekeraar deze zelf aanbieden. Via applicaties kunnen zorgverzekeraars de minder diepgaande vragen van verzekerden bijvoorbeeld al beantwoorden.

Zorgverzekeraars kunnen het gebruik van een applicatie stimuleren door in een aanvullende verzekering voorwaarden te stellen. Bij gebruik van een applicatie kan de zorgverzekeraar bijvoorbeeld een deel van de eigen bijdrage of het eigen risico terugbetalen. De zorgverzekeraar mag zelf bepalen welke voorwaarden hiervoor gelden.

Zorgverzekeraars kunnen verzekerden op maat adviseren, zolang de verzekerde hier toestemming voor verleent. Ook zonder toestemming kan de zorgverzekeraar de gegevens van de patiënt overigens gebruiken. Als de patiënt zijn data (via een applicatie) aanlevert kan een derde partij deze anonimiseren. Vervolgens kan de zorgverzekeraar op basis van de complete set aan geanonimiseerde gegevens adviezen maken die aan verzekerden met een vergelijkbare gezondheidsstatus kunnen worden teruggekoppeld. Er zijn nieuwe technische mogelijkheden om informatie versleuteld te ontsluiten en te gebruiken voor inhoudelijk advies zonder dat de zorgverzekeraar de informatie zelf kan inzien. Hiermee kan de argwaan voor verkeerd gebruik van persoonsgegevens door zorgverzekeraars worden weggenomen.

De eHealth polis is geïnspireerd door het voorbeeld van de Amerikaanse startup zorgverzekeraar Oscar. Oscar is opgericht toen Obamacare (de Affordable Health Act) startte. Bij Oscar hebben verzekerden altijd toegang tot een online arts, die tevens direct medicijnen voor kan schrijven. Verzekerden kunnen bovendien tot USD 240 aan beloning krijgen als ze dagelijks voldoende stappen zetten. De stappen worden gemeten met een polsbandje dat verzekerden gratis krijgen. Bij zorgverzekeraar Discovery bestaat een vergelijkbaar systeem. Verzekerden krijgen daar een Apple Watch, die zij in twee jaar tijd terug kunnen verdienen door gepersonaliseerde wekelijkse bewegingsdoelen te behalen. Wie niet voldoende beweegt, moet een deel van het horloge zelf betalen.

5.4. Luxepolis

De Luxepolis biedt een zo ruim mogelijke dekking, zowel qua vergoede zorg als qua service.

Verzekerden krijgen bij zorgaanbieders voorrang op andere patiënten

In de Luxepolis krijgen verzekerden bij zorgaanbieders voorrang op andere patiënten. Zij worden direct geholpen, door de beste artsen op hun gebied. Medische ingrepen worden gegarandeerd uitgevoerd door medisch specialisten en niet door minder ervaren arts-assistenten of co-assistenten.

Verzekerden krijgen luxe extra's om de directe zorg heen

De verzekerde krijgt in de Luxepolis een luxe eenpersoonskamer, luxe catering en meer handen aan het bed. Na een operatie kunnen verzekerden revalideren als topsporters, met gespecialiseerde revalidatieartsen, fysiotherapeuten, psychologen en diëtisten 24/7 tot hun beschikking. Verzekerden krijgen daarnaast bij de

Luxepolis een persoonlijke zorgassistent toegewezen, die de persoonlijke situatie en voorkeuren van de verzekerde kent. Om de verzekerde zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn en een persoonlijke band op te bouwen met de verzekerde wordt de Luxepolis uitsluitend aangeboden in de vorm van een vijfjarig contract.

Een voorbeeld van dit type polis is de Concierge Healthcare polis van Elite Health in de Verenigde Staten. De slogan van deze polis: *"for those that demand the best"*.

De Luxepolis wordt in Nederland op een paar punten beperkt

Zorgaanbieders mogen weliswaar in principe voorrang geven aan bepaalde groepen verzekerden, maar in de praktijk maken zij niet graag onderscheid tussen de verzekerden van verschillende zorgverzekeraars. Een zorgverzekering waarbij verzekerden wachtlijsten kunnen overslaan en door betere dokters geholpen kunnen worden zal waarschijnlijk op weerstand moeten rekenen.

Een meerjaren contract is voor de basisverzekering wettelijk gezien niet mogelijk. Basisverzekeringen moeten wettelijk gezien jaarlijks opzegbaar zijn.

Een aantal onderdelen van de Luxepolis is binnen het huidige stelsel wel mogelijk

Voorrang van patiënten op zorginhoud ligt gevoelig en is tot nu toe voorbehouden aan bijvoorbeeld topsportteams en leden van het Koninklijk Huis. Een zorgverzekeraar zou een actievere rol in kunnen nemen bij het inrichten van luxe zorg. Zij zou bijvoorbeeld binnen of naast een bestaande zorginstelling een eigen verpleeg- of revalidatieafdeling kunnen starten, waarin artsen worden gedeeld, maar verplegend personeel en faciliteiten van een luxer niveau zijn.

Tegen onderscheid tussen verzekerden op het gebied van de service om de zorg heen lijken niet veel bezwaren. Zo is er een aantal luxe aanvullende polissen in de markt die bij verschillende ziekenhuizen in Nederland onder meer privé kamers en meer uitgebreide maaltijden bieden.⁹³

5.5. Aandoeningspolis

De aandoeningspolis richt zich op een zo goed mogelijke behandeling voor patiënten die vanwege chronische aandoening(en) intensief zorg gebruiken. De polis richt zich bijvoorbeeld op patiënten met diabetes, COPD en nierproblemen.

De zorgverzekeraar contracteert en stimuleert de beste zorg voor de aandoening

De zorgverzekeraar selecteert voor elke chronische ziekte 10 centra in Nederland die op basis van service en geleverde kwaliteit het beste scoren. Deze centra krijgen een partnerstatus en krijgen extra volume door promotie bij verzekerden. Deze partners ontwikkelen samen met de zorgverzekeraar en verzekerden nieuwe manieren om het leven van patiënten met een specifieke aandoening te verbeteren, de zorgverzekeraar belooft de zorgaanbieders als dit lukt.

De zorgverzekeraar ondersteunt de verzekerde in bewuste omgang met de aandoening en coördineert de navigatie door het zorgproces

De polis dekt innovatieve zorgconcepten die het leven met chronische ziekte(n) verbeteren en de zorgkosten verlagen. Zo krijgen complexe diabetespatiënten een intensief digitaal ondersteuningspakket met continue monitoring van de glucosebepaling, waardoor patiënten beter in kunnen spelen op schommelingen in hun leefpatroon. Voor elke aandoening heeft de zorgverzekeraar een programma waarin de patiënt wordt gecoacht om zijn gezondheidssituatie zo goed mogelijk

te houden. Bovendien staat er voor patiënten die veel zorg nodig hebben, de zogenaamde superusers, een zorgcoördinator klaar die de vele zorgcontacten voor de patiënt coördineert. Patiënten blijven hierdoor langer zelfstandig en er vindt geen onnodige zorg plaats.

Verzekerden worden aan lotgenoten gekoppeld

Voor patiënten die ervaringen uit willen wisselen met lotgenoten faciliteert de zorgverzekeraar in samenwerking met patiëntenverenigingen een portaal. Dit portaal biedt niet alleen de mogelijkheid voor het online stellen van vragen en uitwisselen van ervaringen. Het is tevens een plek waarvandaan regelmatig fysieke ontmoetingen worden georganiseerd.

De Aandoeningspolis wordt in Nederland op een aantal punten beperkt

Algemene beperkingen aan een polis voor een specifieke doelgroep zijn dat het aanspreken van een zeer specifieke groep mensen snel in verband wordt gebracht met risicoselectie. De polis is vrijwel alleen mogelijk als deze groep niet negatief uit de risicoverevening komt, maar als het vereveningsresultaat positief is wekt dit de indruk dat de zorgverzekeraar bewust gunstige risico's selecteert. Een andere invloed van de verevening is dat de zorgverzekeraar sterk afhankelijk wordt van veranderingen in het risicovereveningssysteem. De financiële toekomst is voor een zorgverzekeraar die zich richt op slechts één aandoening daardoor lastig in te schatten.

Zorgverzekeraars kunnen samen met zorgaanbieders innovatieve zorgconcepten bedenken om de zorg voor bepaalde aandoeningen beter te maken. Hierbij geldt wel de grens dat zorgverzekeraars innovatieve zorgconcepten niet mogen vergoeden

als die (nog) niet voldoen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Een nieuwe behandelmethode mag de zorgverzekeraar dus niet altijd vergoeden. Een andere beperking bespraken wij al bij de Kwaliteitspolis: doordat zorgprestaties vastliggen kunnen zorgverzekeraars kwalitatief goede zorg moeilijker belonen.

Zorgverzekeraars mogen patiëntgegevens terugkoppelen aan de verzekerde maar moeten daarbij wel rekening houden met de beperkingen op dit vlak die we bespraken bij de eHealth polis: gebruik van gegevens vereist toestemming van de patiënt en digitale communicatie is gebonden aan strenge beveiligingseisen.

Een aantal onderdelen van de Aandoeningspolis is binnen het huidige stelsel wel mogelijk

Sterke afhankelijkheid van de risicoverevening is een risico waar zorgverzekeraars in eerste instantie niet veel aan kunnen doen. Dit risico kan aanzienlijk lager liggen voor grote zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars met verschillende labels en verzekerdenprofielen zijn minder afhankelijk van de verevening voor een specifieke groep.

Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders via omwegen belonen voor goede kwaliteit en kunnen samen met hen werken aan de ontwikkeling van behandelingen. Bij de aandoeningspolis zit bovendien veel waarde in het regelen van de zorgprocessen, patiënten met één of meerdere chronische ziekten zien namelijk veel verschillende zorgverleners.

Met toestemming van de verzekerde kunnen zorgverzekeraars relevante gezondheidsgegevens bijhouden en terugkoppelen naar de patiënt. Om de verdenking te

voorkomen dat de zorgverzekeraar medische gegevens oneigenlijk wil gebruiken kan dit proces worden losgekoppeld van de zorgverzekeraar (zoals besproken bij de eHealth polis). De zorgverzekeraar kan in de polis aan de hand van zorggebruik zware patiënten opsporen, die met speciale aandacht van een zorgcoördinator begeleid worden. De patiënt moet wel vooraf toestemming hebben gegeven om in dit verband benaderd te worden.

Een buitenlands voorbeeld van een aandoeningspolis is *Energy. The Sweetest Thing*. Dit is een polis specifiek voor diabetici die wordt aangeboden door de Indiase zorgverzekeraar Apollo Munich Health Insurance Company. De kernquote van deze verzekering: "*It fights diabetes with you*".

5.6. Conclusie extreme waardeproposities

De uitwerking van de extreme waardeproposities laat zien dat er polissen zijn te bedenken, gebaseerd op polissen in het buitenland, die verder gaan dan de huidige polissen in Nederland. Deze polissen creëren allemaal op hun eigen manier een onderscheidende waarde voor de klant.

Wet- en regelgeving en marktgedragingen beperken in meer of mindere mate de mogelijkheden om deze onderscheidende waardeproposities en bijbehorende bedrijfsmodellen in Nederland tot uitvoering te brengen. De beperkte mogelijkheden om verzekerden te sturen naar gecontracteerde zorgverleners en te belonen voor gedrag en keuzes vormen in bijna alle uitgewerkte waardeproposities een horde. Ook blijft de argwaan voor risicoselectie bij elke doelgroepgerichte polis een belemmering. Wetgeving en argwaan rond het gebruik van gegevens van verzekerden beperken de zorgverzekeraar om de klantrelatie meer inhoud te

geven, bijvoorbeeld met digitaal maatadvies over gezondheid en zorgkeuzes. De druk om het aantal polissen te verminderen en de beeldvorming van de rol van de zorgverzekeraar bij consument en zorgverlener vormen aanvullende beperkingen.

Ondanks deze beperkingen lijkt het erop dat zorgverzekeraars deze polissen in aangepaste maar vergelijkbare vorm in Nederland aanbieden. Er lijkt op het eerste gezicht dus ruimte voor meer differentiatie dan het huidige polisaanbod doet vermoeden. Hierbij geldt echter wel dat elke zorgverzekeraar ook goed moet afwegen welke waardepropositie het beste bij het eigen profiel past. Grote en geconcentreerde zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld meer inkoopmacht en zullen daarom meer geneigd zijn het verschil op inkoop te willen maken. Kleinere zorgverzekeraars kunnen daarop inspelen door juist een tegenovergestelde propositie te hanteren: restitutie, vrijheid en service richting klant. Voor bestaande zorgverzekeraars kan het hogere risico en een lage urgentie een belangrijke reden zijn om geen nieuwe onderscheidende waardepropositie in de markt te zetten. Belangrijke voorwaarde voor een meer gedifferentieerde vorm van concurrentie is een goed werkende risicoverevening: deze is essentieel om meer waarde te creëren in het zorgverzekeringsstelsel.

92. PROM staat voor Patient Reported Outcome Measure. Patient Reported Outcome Measures refereren naar vragenlijsten naar uitkomsten van zorg die de patiënt invult.
93. Voorbeelden van dit soort pakketten zijn het *Zorg Luxe* pakket van ONVZ (<http://www.onvz.nl/zorg.htm?ch=def&tid=prive-zorg-luxe>) en het *Luxe verpleging* pakket van Delta Lloyd (<http://www.deltalloyd.nl/zorgverzekering/luxe-verpleging-ziekenhuis.jsp>).

6. Conclusie

Met dit onderzoek beantwoorden we de volgende hoofdvraag: *Wat zijn de elementen van de bedrijfsmodellen van zorgverzekeraars in Nederland en op welke wijze kan een zorgverzekeraar zich onderscheiden van haar concurrenten?*

Om deze vraag te beantwoorden hebben we eerst stilgestaan bij het ontstaan van de zorgverzekeringsmarkt en de beoogde rol van zorgverzekeraars binnen de Zvw. Vervolgens hebben we gekeken naar de verschillende elementen van de bedrijfsmodellen van zorgverzekeraars en de mogelijkheden die zij hebben om hierin onderscheidende keuzes te maken. Om de ruimte die zorgverzekeraars hebben te verhelderen zijn we uitvoerig ingegaan op wet- en regelgeving en marktgedragingen die de mogelijkheden tot onderscheid beperken. In deze conclusie leggen we de focus op het laatste deel van de hoofdvraag: op welke wijze kan een zorgverzekeraar zich onderscheiden van haar concurrenten? We staan in deze conclusie eerst stil bij de ruimte voor onderscheid binnen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. De nadruk ligt daarbij op de beperkingen. Voor een meer uitgebreide bespreking van de ruimte voor onderscheid binnen de huidige kaders verwijzen we terug naar hoofdstuk 2 over het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars. Vervolgens bespreken we de implicaties van de geobserveerde ruimte die zorgverzekeraars hebben om zich te onderscheiden van hun concurrenten.

Wet- en regelgeving bieden strikte kaders voor onderscheid binnen de basisverzekering, die verder beperkt wordt door marktgedragingen

De mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om een onderscheidende basisverzekering aan te bieden zijn sterk begrensd door wet- en regelgeving en marktgedragingen. Doordat de inhoud van het basispakket grotendeels vast ligt kunnen zorgverzekeraars zich in de basisverzekering met name onderscheiden

op premie, keuzevrijheid en service. Wet- en regelgeving en gedragingen van marktspelers beperken de mogelijkheden die zij hebben om een onderscheidende waardepropositie neer te zetten. Zorgverzekeraars kunnen zich richten op het voorzien in de behoeften van specifieke klantsegmenten. Daarbij vormt argwaan voor klantselectie gericht op een positief vereveningsresultaat vanuit politiek en maatschappij een beperking. Een zorgverzekeraar die zich richt op een zeer specifiek klantsegment maakt zich bovendien afhankelijk van de goede werking van de verevening. In de klantrelatie kunnen zorgverzekeraars zich onderscheiden in de diensten die zij verlenen aan klanten. Vastgelegde prestaties, privacywetgeving en de angst voor misbruik van gegevens bij verzekerden beperken zorgverzekeraars om klanten meer digitale mogelijkheden te bieden. Zorgverzekeraars die hun verzekerden willen stimuleren om zorgaanbieders te kiezen die de beste kwaliteit leveren, lopen ertegenaan dat veel verzekerden kwaliteitsadvies van zorgverzekeraars niet vertrouwen. Bovendien zijn betrouwbare kwaliteitsmetingen nog maar beperkt beschikbaar. Binnen de kernactiviteiten vormt de inkoop van zorg de belangrijkste post waarop zorgverzekeraars concurreren. Via de inkoop kunnen zij afspraken maken over kosten, kwaliteit van zorg, service en toegankelijkheid. Lastig voor zorgverzekeraars is hierbij dat zij weinig mogelijkheden hebben om hun verzekerden richting bepaalde zorgaanbieders te bewegen. Financiële sturingsmogelijkheden zijn beperkt: ook als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat moet de zorgverzekeraar een vergoeding uitbetalen. Die vergoeding is weliswaar lager dan normaal maar is regelmatig toch voldoende om de marginale kosten van aanbieders te dekken. De zorgverzekeraar mag niet zelf eigen bijdrages voor bepaalde zorg stellen en mag weliswaar bepaalde zorg uitzonderen van het eigen risico, maar de kracht van dit instrument is beperkt doordat veel zorggebruikers hun eigen risico toch volmaken. Het inperken van keuzevrijheid van verzekerden

ligt daarnaast gevoelig in de maatschappij en bij de politiek. Wet- en regelgeving beperken de mate waarin zorgverzekeraars de keuzevrijheid mogen beperken, al geven juridisch experts aan dat zij hierin nog veel ruimte onbenut laten. Zorgverleners zijn de belangrijkste partners van zorgverzekeraars. Wanneer zorgverleners fuseren of samen mogen onderhandelen, kan dit de inkoopmogelijkheden van zorgverzekeraars beperken, waardoor het voor zorgverzekeraars lastiger is een onderscheidend inkoopresultaat te boeken. Financieel kapitaal is een essentieel bedrijfsmiddel voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten voor elke verzekerde een bepaald bedrag in reserve hebben, al voordat premie is ontvangen. Daardoor bepaalt de omvang van de opgebouwde reserves voor een belangrijk deel of spelers de concurrentie aan kunnen gaan, of zich juist moeten inhouden met het winnen van verzekerden. Aan de kosten en opbrengsten kant van het bedrijfsmodel is de risicoverevening voor zorgverzekeraars belangrijk. Een belangrijk effect van de huidige onvolkomenheid van het systeem voor risicoverevening is dat de bijdragen voor specifieke doelgroepen onvoorspelbaar zijn. Daardoor is het voor zorgverzekeraars riskant om een populatie te verzekeren die in samenstelling afwijkt van het Nederlands gemiddelde. Daarnaast kan de techniek van de verevening ertoe leiden dat preventie niet loont en dat zorgverzekeraars minder baat hebben bij besparing van zorgkosten via inkoop voor een bepaalde groep.

Voor de aanvullende verzekering stellen wet- en regelgeving weinig grenzen aan de mogelijkheden voor concurrentieel onderscheid, maar marktgedragingen beperkten de ruimte wel

Daar waar de basisverzekering veel beperkingen kent in wet- en regelgeving is in de aanvullende verzekering veel meer ruimte voor differentiatie. Zorgverzekeraars mogen voor de aanvullende verzekering zelf bepalen welke zorg zij vergoeden,

welke klanten zij toelaten tot de verzekering en welke premie zij hiervoor vragen. De aanvullende verzekering kan ook ingezet worden om sommige beperkingen in de basisverzekering op te heffen, bijvoorbeeld door het eigen risico of eigen bijdragen te herverzekeren. Hoewel wettelijk maar weinig geregeld is rond de aanvullende verzekering, hebben zorgverzekeraars hier in de praktijk niet alle ruimte. Doordat vrijwel alle verzekerden hun basisverzekering en aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar afsluiten, kunnen zorgverzekeraars in principe via hun keuzes in de aanvullende verzekering sturen welke klanten bij hen een basisverzekering afsluiten. Daardoor zouden zij via de aanvullende verzekering ervoor kunnen zorgen dat zij in de basisverzekering klanten hebben die voorspelbaar winstgevend uit de risicoverevening komen. Mede hierdoor is er druk om geen toelatingseisen te hanteren voor de aanvullende verzekering, met als gevolg dat het aanbod van aanvullende verzekeringen verschaalt.

De basisverzekering en aanvullende verzekeringen overziend, lijken zorgverzekeraars op dit moment aanzienlijk beperkt te worden in hun mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden. Een aanvullende complicatie is dat niet alle zorgverzekeraars dezelfde mogelijkheden hebben om zich te onderscheiden. Zorgverzekeraars zijn door hun kenmerken als omvang, regionale spreiding, populatie-opbouw en solvabiliteitspositie soms beperkt in het kiezen van een waardepropositie.

Uitwerking van extreme waardeproposities laat zien dat de Nederlandse wet- en regelgeving en marktgedragingen ertoe leiden dat sommige waarde van zorgverzekeringen niet wordt gerealiseerd

Aan de hand van "extreme" waardeproposities die op bepaalde elementen veel verder gaan dan het Nederlandse polisaanbod hebben we onderzocht welke ruimte voor

onderscheidende waardeproposities in Nederland nog onbenut is. Hierbij hebben wij ons laten inspireren door buitenlandse voorbeelden. Deze waardeproposities richten zich op een zo laag mogelijke premie, focus op kwaliteit van zorg, maximaal gebruik van eHealth, luxe en optimale zorg voor specifieke aandoeningen. Uit het feit dat dit soort waardeproposities in andere landen in de markt worden gezet blijkt dat deze toegevoegde waarde hebben. In Nederland zijn belangrijke onderdelen van deze waardeproposities echter niet mogelijk. Dit is terug te leiden tot wet- en regelgeving en druk vanuit stakeholders zoals de maatschappij, politiek en zorgaanbieders. Waar het druk vanuit stakeholders betreft kiezen zorgverzekeraars er deels zelf voor zich hierdoor te laten beperken. Het sturen van verzekerden naar specifieke zorgaanbieders en de focus op een specifiek klantsegment blijkt moeilijk door wet- en regelgeving en politieke en maatschappelijke druk.

Momenteel zijn de hoogte van de premie en keuzevrijheid van de verzekerde de dominante keuzecriteria in de basisverzekering. De uitwerking van de extreme waardeproposities en de internationale voorbeelden waarop zij gebaseerd zijn, laten zien dat zorgverzekeringen ook op andere manieren onderscheidend kunnen zijn dan door een lage premie of veel keuzevrijheid. In het huidige stelsel zijn de mogelijkheden hiertoe beperkt door beperkende wetten, regels en gedragingen. Ook binnen deze beperkingen is echter enige ruimte om meer onderscheidende proposities neer te zetten, zeker als een zorgverzekeraar zich minder laat leiden door druk vanuit stakeholders. Bovendien is niet uitgesloten dat een huidige of nieuwe speler een polis neerzet die zich op een innovatieve wijze onderscheidt. Een nieuwe speler heeft zich al aangekondigd. Met zijn nieuwe zorgverzekering Zorgeloos heeft zorgondernemer Jos de Blok in ieder geval de ambitie zich te onderscheiden van het bestaande aanbod.

Meer waarde in de zorgverzekeringsmarkt is mogelijk, door aanpassing van wet- en regelgeving en innovatie vanuit zorgverzekeraars

Het is waardevol als de politiek zich beraadt over welke waarde zij uit het zorgverzekeringsstelsel wil halen. In de Memorie van Toelichting werd als doel van de Zorgverzekeringswet gesteld om met behulp van gereguleerde marktwerking in de zorg een "innovatief zorgaanbod met een goede prijs-prestatieverhouding te realiseren". Wij denken dat dit deels gelukt is. Zorgverzekeraars concurreren op premie, keuzevrijheid en service en bieden verzekerden met name op deze eerste twee elementen aanzienlijke keuze. Onderscheid op andere elementen en bijvoorbeeld een grotere rol van zorgverzekeraars als "regisseur" van zorg komt echter nog slechts beperkt uit de verf. Een mogelijkheid voor waarde die in het bijzonder niet goed uit de verf komt is de focus op bepaalde klantsegmenten. Het stelsel laat maar weinig ruimte om zorgverzekeringen in te richten op de specifieke behoeften van klantsegmenten. Het gevaar is dat dit leidt tot een ongedifferentieerde verzekeringsmarkt waarin elke verzekerde een product heeft dat net niet goed aansluit op zijn of haar behoefte.

Politiek en wetgever hebben allerlei mogelijkheden om meer waarde in de zorgverzekeringsmarkt mogelijk te maken. Een belangrijk aandachtspunt voor verruiming van de mogelijkheden voor concurrentieel onderscheid is een intensieve doorontwikkeling van de vereveningssystematiek. Een goed functionerende en vertrouwde vereveningssystematiek elimineert zoveel mogelijk de mogelijkheden tot en verdenking van risicoselectie binnen de basisverzekering en maakt het bovendien voor zorgverzekeraars mogelijk om zich meer te richten op specifieke doelgroepen waarvoor zij echt het verschil kunnen maken. Daarnaast is het van belang dat verzekeraars hun verzekerden kunnen sturen richting goede en/of

doelmatige zorgaanbieders. Politiek en wetgever kunnen hieraan bijdragen door zorgverzekeraars meer ruimte te geven om het eigen risico, eigen betalingen en vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in te zetten om verzekerden een bewuste keuze tussen zorgaanbieders te laten maken. Toezichthouders kunnen zorgverzekeraars meer ruimte geven om te experimenteren met nieuwe vormen van contractering die bijvoorbeeld selectiever zijn of bestaand zorgaanbod vervangen met innovatief zorgaanbod. Goede monitoring en zo nodig ingrijpen achteraf geven ruimte om zichtbaar te maken welke vormen van contractering waardevol zijn voor de verzekerde. Het voornemen om regulering van prestaties en tarieven af te bouwen, kan bijdragen aan concurrentie doordat de vrijheid om eigen afspraken te maken over zinnige, zuinige en innovatieve zorgverlening toeneemt. Tot slot kunnen wetgever en toezichthouders onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt aantrekkelijker en eenvoudiger te maken.

Ook bestaande zorgverzekeraars kunnen zorgen voor meer onderscheid. Mogelijk wordt de toegenomen beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit van zorg een game changer voor de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Zij kunnen zich van elkaar gaan onderscheiden door kwaliteitsinformatie verschillend te gebruiken om voor de klant echt waardevolle proposities in de markt te zetten. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie inzetten om zich concurrentieel te onderscheiden via zorginkoop en sturing van verzekerden. Allereerst kunnen zorgverzekeraars zorgaanbieders op basis van kwaliteitsinformatie stimuleren om hun kwaliteit te verhogen. Dit levert concurrentievoordeel op in regio's waar zorgverzekeraars het hoogste marktaandeel hebben. Als een aanbieder zijn kwaliteit verbetert profiteren de eigen verzekerden hier relatief het meeste van. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie tevens gebruiken om zorgaanbieders gedifferentieerd te belonen op basis van de kwaliteit die ze leveren.

Ten slotte kunnen zorgverzekeraars kwaliteitsinformatie gebruiken om de eigen verzekerden te sturen naar kwalitatief betere zorgaanbieders, waardoor verzekerden beter geholpen worden. Zorgverzekeraars kunnen ook hun huidige waardepropositie explicieter koppelen aan de behoeften van en toegevoegde waarde voor bepaalde doelgroepen. De uitdaging ligt erin om politiek en publiek van de meerwaarde van het gebruik van kwaliteitsinformatie te doordringen en van hen het vertrouwen te winnen om hiermee meer waarde toe te voegen.

Onderzoek naar mogelijkheden om concurrentie te verbreden is relevant, ook vanwege het gevaar van tacit collusion

De mogelijkheden om gedifferentieerde producten aan te bieden zijn in de zorgverzekeringsmarkt beperkt. Eventuele verdere inperking van deze mogelijkheden brengt een gevaar met zich mee. De vier grootste zorgverzekeraars beheersen bijna 90% van de totale markt en de dreiging vanuit kleinere zorgverzekeraars of nieuwe toetreders is beperkt doordat zij vanuit de kapitaaleisen begrensd zijn in de hoeveelheid te winnen verzekerden. Geen van de vier grote spelers heeft daarnaast een belang bij een prijzenoorlog die kan ontstaan als enkel op de premie onderscheid mogelijk is. Het resultaat hiervan kan zijn dat er een verhoogde kans op tacit collusion ontstaat, waarbij zorgverzekeraars onafhankelijk van elkaar ervoor kiezen om prijsdalingen en prijsgevechten te vermijden. Dit wordt gefaciliteerd doordat zorgverzekeraars zeer transparant moeten zijn over hun inkoopbeleid en bedrijfsvoering; hierdoor is het eenvoudig om elkaars gedragingen goed te volgen. In een scenario van tacit collusion blijft de premie voor de verzekerde hoog, terwijl er in de praktijk een weinig gedifferentieerd aanbod is dat vaak niet goed aansluit bij de behoeftes van de verschillende groepen verzekerden. Voor de verzekerde is dit het slechtste van twee werelden: er ontstaat een onnodig duur product dat de verzekerde een lage waarde biedt. Er ligt daarom een uitdaging voor beleidsmakers

en de sector om mogelijkheden voor concurrentie tussen zorgverzekeraars open te houden en eventueel verder te verkennen voor welke beperkingen van het bedrijfsmodel het waardevol en uitvoerbaar is om deze weg te nemen.

Eindconclusie

Zorgverzekeraars zijn de beoogd regisseurs van de zorg in een stelsel van gereguleerde marktwerking. Zij bieden basis- en aanvullende verzekeringen en sturen als financiële dienstverlener op solvabiliteit, niet zozeer op winst. Zorgverzekeraars kiezen op de verschillende elementen van het bedrijfsmodel hoe zij hun zorgverzekeringen aanbieden. Wet- en regelgeving leiden tot beperkingen op het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars, maar ook marktgedragingen beperken de ruimte voor onderscheid. Zorgverzekeraars hebben daardoor beperkte mogelijkheden om zich echt van elkaar te onderscheiden; dit onderscheid vindt momenteel vooral plaats op premie en keuzevrijheid. De sector zou meer waarde kunnen creëren door tevens meer onderscheid te bieden op andere dimensies, zoals het voorzien in de behoefte van een bepaalde klantgroep, of het vergaand sturen op zorgkwaliteit. De politiek kan zich verdiepen in aanpassingen van de regels om het realiseren van meer waarde mogelijk te maken. Voor meer onderscheid tussen zorgverzekeraars is echter ook ondersteuning van andere partijen zoals het publiek, toezichthouders en zorgaanbieders een noodzakelijke voorwaarde. Als de zorgverzekeringsmarkt verder in haar mogelijkheden tot concurrentie zou worden beperkt, ontstaat een verhoogd risico op tacit collusion. Voor de verzekerde is dit het slechtste van twee werelden: er ontstaat een onnodig duur product dat de verzekerde een lage waarde biedt. Er ligt daarom een uitdaging voor beleidsmakers en de sector om mogelijkheden voor concurrentie tussen zorgverzekeraars open te houden en eventueel verder te verkennen voor welke beperkingen van het bedrijfsmodel het waardevol en uitvoerbaar is om deze weg te nemen.

Bijlagen

Bijlage wet- en regelgeving 7

Bijlage onderzoeksmethodiek en bronnen 8

7. Bijlage wet- en regelgeving

7.1. Acceptatieplicht & verbod premiedifferentiatie

De acceptatieplicht verplicht de zorgverzekeraar om iedereen die een basisverzekering wil afsluiten te accepteren. Het verbod op premiedifferentiatie verbiedt zorgverzekeraars om voor de basisverzekering verschillende premies te vragen aan verschillende verzekerden. Doel is om te zorgen dat iedereen zich kan verzekeren tegen dezelfde premie, ongeacht zijn risicoprofiel.

Belangrijkste artikelen

Artikel 2 lid 1 Zvw (verzekeringsplicht)

Elke particulier is verplicht een zorgverzekering af te sluiten.⁹⁴

Artikel 2 lid 3 Zvw (verzekeringsplicht)

De verzekeringsplichtige hoeft de zorgverzekering niet per se zelf af te sluiten. Ook de werkgever, huisgenoot, partner of echtgenoot, ouders (bij minderjarige kinderen), bewindvoerder of mentor (bij handelingsonbevoegden) mogen de verzekering afsluiten.

Artikel 3 lid 1 Zvw (acceptatieplicht)

Een zorgverzekeraar is verplicht met iedereen die in zijn werkgebied woont desgevraagd een zorgverzekering te sluiten.

Artikel 3 lid 2 Zvw (acceptatieplicht)

Een zorgverzekeraar kan per provincie een ander polisaanbod doen. Wel moet elke verzekeringsplichtige binnen een provincie uit alle varianten kunnen kiezen.

Artikel 29 lid 1 & 2 Zvw (werkgebied)

Het werkgebied van een zorgverzekeraar is Nederland. Een zorgverzekeraar met minder dan 850,000 verzekerden kan zijn werkgebied beperken tot één of meer provincies.

Artikel 17 Zvw (verbod op premiedifferentiatie)

De premie in de basisverzekering moet voor iedereen gelijk zijn.

7.2. Risicoverevening

Via de risicoverevening worden voorspelbare verschillen in zorgkosten tussen portfolio's gecompenseerd. Doel is om de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars mogelijk te maken.

Belangrijkste artikelen

Artikel 32 lid 2 Zvw

Bij algemene maatregel van bestuur worden regels omtrent de berekening van de vereveningsbijdragen gesteld.⁹⁵

Om te bepalen welke gezondheidsrisico's een populatie heeft, wordt bij de verevening gebruik gemaakt van vereveningskenmerken. Dit zijn kenmerken van verzekerden die voorspellende waarde hebben voor het zorggebruik. Binnen een vereveningskenmerk worden de verschillende risicoprofielen van verzekerden weergegeven in risicoklassen. Per kenmerk en per risicoklasse stelt de minister van VWS normbedragen vast, gebaseerd op de gemiddelde verwachte kosten voor een verzekerde in die risicoklasse. De ex ante normbedragen worden voorafgaand aan het vereveningsjaar vastgesteld en veranderen daarna niet meer.

De volgende vereveningskenmerken gelden voor 2016⁹⁶:

- *Leeftijd en geslacht*
- *Farmaciekostengroepen (FKG)*
- *Diagnosekostengroepen (DKG)*
- *Hulpmiddelenkostengroepen (HKG)*
- *Aard van het inkomen*
- *Regio*
- *Sociaal-economische status (SES)*
- *Meerjarig Hoge Kosten (MHK)*
- *FGG (Fysiotherapiegebruikersgroep)*
- *VGG (VetV-gebruikersgroep)*
- *GGG (Geriatrische revalidatiegebruikersgroep)*
- *GSM (Generieke Somatische Morbiditeit)*
- *Eénpersoonsadres*

Elk vereveningskenmerk bestaat uit een aantal onderliggende groepen en elke verzekerde wordt op basis van zijn/haar kenmerken in een risicoklasse ingedeeld. Voor elke risicoklasse wordt vooraf een bedrag (positief of negatief) bepaald. De verzekeraars ontvangen voor elke verzekerde een totaalbedrag dat is opgebouwd uit de deelbedragen. Dit bedrag is zo opgebouwd dat de zorgverzekeraar in principe al haar zorgkosten moet kunnen dekken met de combinatie van het vereveningsbedrag, de premie-inkomsten (op basis van de rekenpremie), inkomsten uit eigen risico en eigen bijdrage en de rijksbijdrage voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

7.3. Collectiviteiten

Via collectiviteiten mogen zorgverzekeraars verzekerden en hun gezinsleden korting bieden. Doel van collectiviteiten is meer vraaggerichtheid van zorgverzekeraars en afspraken over prijs en kwaliteit tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars.

Belangrijkste artikelen

Artikel 18 Zvw lid 1 en 2

Zorgverzekeraars kunnen met werkgevers een korting afspreken van maximaal 10% op de premie van werknemers en hun gezinsleden.

Artikel 18 Zvw lid 3

De hoogte van de collectiviteitskorting mag variëren aan de hand van het aantal verzekerde personen in de collectiviteit. De korting van 10% mag deels naar de rechtspersoon achter de collectiviteit en hoeft niet volledig aan de verzekerde toe te komen. Als (een deel van) de korting naar de verzekerde gaat, mag dit alleen in de vorm van een korting op de premie.

Artikel 18 Zvw lid 5

Naast werkgevers mogen ook andere rechtspersonen een collectiviteit vormen, zolang zij de belangen van de natuurlijke personen waarvoor de verzekering is bedoeld behartigen.

7.4. Basispakket

Het basispakket vormt het pakket aan zorgprestaties die zorgverzekeraars verplicht moeten vergoeden in de basisverzekering. Doel van het basispakket is dat iedere verzekerde verzekerd is voor noodzakelijke zorg.

Belangrijkste artikelen

Artikel 10 en 11 Zvw, Hoofdstuk art. 2.1 en 2.2 Besluit zorgverzekering, Hoofdstuk 2 Regeling zorgverzekering

In de basisverzekering moeten zorgverzekeraars de kosten voor verschillende typen zorg vergoeden. In artikel 10 en 11 zijn de gevallen vastgelegd waarin de verzekerde recht heeft op een prestatie. De inhoud en omvang van deze prestaties is verder uitgewerkt in de artikelen 2.1 en 2.2 van het Besluit zorgverzekering en in de Regeling zorgverzekering.

Besluit Zorgverzekering art. 2.1 lid 2 (criterium van de stand van de wetenschap en praktijk)

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, als een zodanige maatstaf ontbreekt, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 35 Wmg

Aanbieders mogen voor zorg uit de basisverzekering alleen voor de vastgelegde prestaties een tarief in rekening brengen.

Beleidsregel AL/BR-0005 (Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties)

Zorgverzekeraars en aanbieders mogen met toestemming van de NZa kortdurend en kleinschalig experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Op basis van het experiment kunnen zij bepalen of ze een prestatiebeschrijving (art. 56 Wmg) willen aanvragen en de benodigde data hiervoor willen verzamelen. Het experiment mag maximaal 3 jaar duren en moet kleinschalig zijn.⁹⁷

7.5. Eigen risico

Zorgverzekeraars zijn verplicht verzekerden een eigen risico te laten betalen voor bepaalde zorg. Doel is om verzekerden te stimuleren om meer afgewogen gebruik te maken van medische voorzieningen.

Belangrijkste artikelen

Artikel 20 leden 2 en 3 Zvw (vrijwillig eigen risico)

Zorgverzekeraars kunnen voor 18-plussers polissen aanbieden met een vrijwillig eigen risico van EUR 100, 200, 300, 400 of 500 per jaar en daartegenover een premiekorting stellen. De premiekorting mag alleen gegeven worden o.b.v. de hoogte van het vrijwillig eigen risico en het aantal jaren waarvoor dit eigen risico heeft gegolden.

Artikel 20 lid 1 Zvw

Verzekeraars moeten van elke polis ook een variant zonder vrijwillig eigen risico aanbieden.

Artikel 21 lid 4 Zvw

Zorgverzekeraars kunnen zorg of diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen.

Artikel 2.17 lid 2 Besluit zorgverzekering

Zorgverzekeraars mogen bepaalde kosten (deels) buiten het verplicht eigen risico laten vallen. Dit is mogelijk als de verzekerde naar een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder gaat, een disease management programma⁹⁸ volgt of gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel of hulpmiddel.

7.6. Eigen bijdrage

Zorgverzekeraars zijn verplicht verzekerden voor bepaalde zorg een eigen bijdrage te laten betalen. Doel is om te zorgen dat verzekerden geen onnodige of ondoelmatige zorg gebruiken.

Belangrijkste artikelen

Hoofdstuk 2.1a Besluit zorgverzekering en Hoofdstuk 2.1 Regeling zorgverzekering
Zorgverzekeraars zijn verplicht voor aangewezen onderdelen van zorg een eigen bijdrage te vragen. Voorbeelden zijn de eigen bijdrage mondzorg voor 18-plussers, voor geneesmiddelen waarvoor de inkoopprijs hoger ligt dan de vergoedingslimiet van het geneesmiddel in het Geneesmiddel Vergoedings Systeem (GVS), zoals bij de duurdere ADHD medicijnen (Concerta, Equasym, Medikinet en Strattera) of wanneer een zorgverzekeraar met een preferentiebeleid een voorkeursmiddel heeft aangewezen, brillen en orthopedisch schoeisel.

7.7. Privacyregels

Zorgverzekeraars mogen slechts beperkt verzekerdersdata gebruiken en terugkoppelen aan de klant. Doel is om de privacy van verzekerden te beschermen.

Belangrijkste artikelen

Artikel 7:457 BW (medisch beroepsgeheim) en diverse andere regels⁹⁹

De hulpverlener mag geen informatie over de patiënt vrijgeven zonder toestemming van de patiënt.

Artikel 87 en 88 Zvw

Als er een contract is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, is de aanbieder verplicht de persoonsgegevens aan de zorgverzekeraar te verstrekken voor zover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekering. Bij zuivere restitutie¹⁰⁰ geldt deze verplichting overigens niet. De zorgverzekeraar mag ontvangen informatie niet gebruiken bij de selectie van verzekerden in de aanvullende verzekering (lid 6).

Diverse artikelen Regeling Zorgverzekering¹⁰¹

Bij materiële controle is de aanbieder verplicht persoonsgegevens aan de zorgverzekeraar te leveren. De materiële controle moet wel aan bepaalde voorwaarden voldoen: er moet n.a.v. een specifieke risicoanalyse een specifiek controleplan en specifiek controledoel zijn opgesteld, waarin de objecten van materiële controle en de methoden van detailcontrole zijn opgenomen. Deze detailcontrole mag niet verder gaan dan nodig en de verwerking van de persoonsgegevens moet plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

CBP Richtsnoeren 'Beveiliging van persoonsgegevens' en Uniforme maatregel 09 (Gebruik authenticatiemiddelen bij internetapplicaties) van Zorgverzekeraars Nederland

Declaratiegegevens zijn in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) bijzondere persoonsgegevens. Daarvoor gelden specifieke eisen aan de authenticatie. Patiëntgegevens met betrekking tot zorggebruik vallen over het algemeen in de categorie "verhoogd risico". Hiervoor geldt dat de gebruiker bij het verkrijgen van toegang tot persoonsgegevens via een computernetwerk nauwkeurig moet worden geïdentificeerd. Hiertoe volstaat inlog via DigID met SMS en inlog door middel van

gebruikersnaam in combinatie met een complex wachtwoord, aangevuld met een eenmalig wachtwoord via SMS of TAN code (twee factor authenticatie), of een kenmerk van het gebruikte apparaat (twee factor authenticatie).

7.8. Vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Zorgverzekeraars moeten ook een vergoeding betalen als de verzekerde behandeld wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Doel is om te zorgen dat verzekerden keuzevrijheid en voldoende toegang tot zorg behouden.

Belangrijkste artikelen

Artikel 13 Zww

Zorgverzekeraars moeten ook een vergoeding betalen als hun verzekerden zorg gebruiken bij een aanbieder waarmee zij geen contract mee hebben. Dit geldt zowel in Nederland als daarbuiten. Dit wordt regelmatig het "recht op vrije artskeuze" genoemd.

Jurisprudentie¹⁰² ("hinderpaal" criterium)

Het bedrag dat zorgverzekeraars vergoeden als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan mag volgens de rechtspraak geen "hinderpaal" vormen voor het gebruik van zorg. De rechter heeft hierover gezegd dat de vergoeding vanaf 75% van het marktconforme tarief geen hinderpaal vormt. Voor de ondergrens heeft de rechter beoordelingsruimte overgelaten voor zorgverzekeraars. De Hoge Raad heeft bepaald dat een vergoeding van een percentage van 50% of lager wél een hinderpaal vormt. Waar het percentage precies ligt tussen 50 en 75% is aan de zorgverzekeraars om in te vullen. Verzekerden die de vergoeding die zij ontvangen te laag vinden kunnen deze voor de rechter aanvechten.

Artikel 56 VWEU

Er is in de Europese Unie vrij verkeer van diensten. Dit betekent dat zorgverzekeraars zorg genoten bij buitenlandse zorgaanbieders niet op een andere manier mogen vergoeden dan zorg genoten bij Nederlandse zorgaanbieders. Deze regel speelt een belangrijke rol in discussies over het verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Als niet-gecontracteerde zorg in andere landen namelijk vergoed moet worden, geldt dit dan niet ook voor binnenlandse zorg?¹⁰³

7.9. Vastgelegde overstapperiode

Overstappen van zorgverzekeraar kan alleen in de periode tot en met 31 januari. Doel is om consumenten de mogelijkheid te bieden steeds een zorgverzekering te kiezen die aansluit bij hun behoeften van dat moment en hun opties zo transparant mogelijk te maken.

Belangrijkste artikelen

Artikel 7 Zvw

Verzekerden kunnen in ieder geval één keer per jaar overstappen naar een andere verzekeraar. Ze moeten dan uiterlijk 31 december opzeggen en hebben tot 31 januari in het volgende jaar om een nieuwe verzekering af te sluiten. Verzekerden die na 31 december een nieuwe verzekering afsluiten moeten zelf hun oude verzekering opzeggen.

Artikel 17 lid 7 Zvw, artikel 7:940 lid 4 BW

Als de zorgverzekeraar tussentijds de premie of voorwaarden van de verzekering in het nadeel van verzekerden verandert, kunnen verzekerden de verzekering tussentijds opzeggen. De zorgverzekeraar moet dit minimaal 6 weken van tevoren aan de verzekerden meedelen.

7.10. Solvabiliteitseisen

Zorgverzekeraars moeten over voldoende kapitaal beschikken om aan hun verplichtingen te kunnen voldoen. Doel is om verzekerden en zorgverleners te beschermen tegen zorgverzekeraars die niet uit kunnen betalen en om risico's door het omvallen van een zorgverzekeraar te voorkomen.

Belangrijkste artikelen

*Solvency II (Solvency Capital Requirement)*¹⁰⁴

Zorgverzekeraars moeten minimaal beschikken over het kapitaal dat vereist is om met 99,5% waarschijnlijkheid toereikend te zijn voor een periode van één jaar onder extreme marktomstandigheden. Het kapitaal dat hiervoor benodigd is hangt af van een groot aantal factoren, zoals de ontwikkeling van de schadelast, marktrisico van risicodragende beleggingen, kredietrisico van debiteuren en operationele risico's zoals falende systemen.

7.11. Toetredingsregels

Nieuwe zorgverzekeraars moeten aan bepaalde voorwaarden voldoen om de markt te betreden. Doel is om verzekerden en zorgaanbieders te beschermen tegen zorgverzekeraars die hun belangen kunnen schaden.

Belangrijkste artikelen

Vergunningseis DNB (art. 2:27 lid 1 Wft)

Een zorgverzekeraar mag alleen tot de markt toetreden met een vergunning van DNB.

Voorwaarden vergunning DNB (art. 2:31 lid 1 Wft)

Aan de vergunning van DNB zijn verschillende eisen verbonden, o.a. met betrekking tot deskundigheid, betrouwbaarheid, bestuur, zeggenschap en rechtsvorm, integere bedrijfsuitoefening en –inrichting, solvabiliteitsmarge, minimumbedrag eigen vermogen, garantiefonds. Specifieke regels gelden voor kleine verzekeraars.¹⁰⁵ De vergunningseisen bevatten veel elementen die door DNB zelf moeten worden ingevuld.

Eisen op basis van de Zorgverzekeringswet

Op basis van de Zvw moet een zorgverzekeraar⁹ die zorgverzekeringen aan wil bieden zich melden bij de NZa en daarbij modelovereenkomsten bijvoegen voor de polissen die zij wil aanbieden. Daarnaast moeten de statuten van de zorgverzekeraar voldoen aan bepaalde eisen¹⁰⁶ en wordt de modelovereenkomst getoetst door de NZa.

7.12. Tariefregulering

Zorgverzekeraars moeten voor sommige zorg rekening houden met door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Doel is om onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en aanbieders te faciliteren en om kostengroei in de hand te houden.

Belangrijkste artikelen

Artikel 35 Wmg

Aanbieders mogen zorgverzekeraars alleen voor de vastgelegde prestaties de vastgelegde tarieven in rekening brengen. Ook als het tarief is vrijgegeven, zoals voor farmaceutische zorg, moeten partijen bij de zorgovereenkomst rekening houden met de prestaties die de NZa heeft vastgesteld.

Artikel 50 lid 1 Wmg

De NZa stelt vrije tarieven, vaste tarieven, minimum- of maximumtarieven. Zonder tarief kan een prestatie niet rechtsgeldig in rekening worden gebracht.

Artikel 11 lid 5 BR/CU-2143 (max-maximum tarieven)

Zorgaanbieders mogen voor sommige zorg waarvoor een maximumtarief geldt met de zorgverzekeraar afspraken maken over een hoger tarief dan 100% van het NZa tarief. Hiermee hebben zorgverzekeraars en aanbieders de mogelijkheid om bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering en de invoering van innovaties door te voeren die de zorg beter of efficiënter maken. Deze zogenoemde max-max tarieven mogen maximaal 10% hoger zijn dan het reguliere maximumtarief.

7.13. Zorgplicht

Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden tijdige en toegankelijke zorg kunnen garanderen. Doel is om verzekerden te beschermen tegen een basisverzekering waarin zij niet tijdig toegang hebben tot de zorg die ze nodig hebben.

Belangrijkste artikelen

Artikel 11 Zvw (zorgplicht)

Zorgverzekeraars zijn verplicht hun verzekerden prestaties in natura te leveren (naturapolis) of de kosten van die prestaties te vergoeden (restitutiepolis).

Beleidsregel – Toezichtskader Zorgplicht Zvw (Treeknormen)

Een zorgverzekeraar moet zodanig contracteren dat haar verzekerden binnen een bepaalde tijd bij zorgaanbod kunnen komen (tijdigheid) en binnen een bepaalde tijd geholpen kunnen worden (wachtijd). De zorgplicht is in beginsel een open norm, waarvoor zorgverzekeraars en aanbieders samen met patiëntenorganisaties algemeen geldende praktijknormen kunnen afspreken.¹⁰⁷ Tijdens het Treekoverleg tussen aanbieders en zorgverzekeraars in het jaar 2000 zijn normen ontstaan die zijn geformaliseerd door VWS. Ook de overheid neemt deze normen, die sindsdien zijn aangevuld met enkele andere normen, als ijkpunt. De normen verschillen per type zorg. Voorbeelden zijn dat spoedeisende hulp voor iedereen binnen 45 minuten bereikbaar moet zijn en (sub)acute mondzorg binnen 30 minuten.

Artikel 48 en 49 Wmg, jurisprudentie¹⁰⁸

De NZa kan maatregelen nemen als een zorgaanbieder aanmerkelijke marktmacht heeft op een bepaalde markt. In de zaak Apotheek van Dalen heeft de NZa deze bevoegdheid gebruikt om een apotheek die de enige in zijn regio was te verplichten om onder redelijke voorwaarden in te gaan op redelijke contractvoorstellen van zorgverzekeraars.

7.14. Macrokaders

Voor elk zorgsegment (bijvoorbeeld huisartsenzorg) wordt voorafgaand aan het jaar een maximum gesteld aan de totale zorgkosten. Doel is het beperken van de groei van de zorgkosten.

Belangrijkste artikelen

Artikel 50 lid 2 Wmg

De NZa kan voorafgaand aan een periode een grens (in de praktijk een maximumbedrag) stellen voor de som van de tarieven van bepaalde prestaties (een macrokader).

Artikel 35 lid 7 Wmg

Als er een grens is bepaald mogen zorgaanbieders hier niet van afwijken, ook mogen zij niet afwijken van eventuele aan de grens verbonden voorschriften of beperkingen.

Diverse beleidsregels, nadere regels en besluiten (Macrobeheersingsinstrument)¹⁰⁹

Per zorgsegment zijn nadere regels waarin de macro omzetgrens is gegeven die de aanbieders samen niet mogen overschrijden. Ook is hierin de consequentie uitgewerkt van het toch overschrijden van deze grens. In 2015 is dit een afslag over de individuele omzet van elke aanbieder ter grootte van de landelijke overschrijding van de grens.¹¹⁰

7.15. Machtiging

Zorgverzekeraars kunnen als eis voor vergoeding van zorg stellen dat de verzekerde machtiging moet aanvragen aan de zorgverzekeraar voordat de behandeling (i.e. zorgactiviteit) wordt uitgevoerd.

Belangrijkste artikelen

Artikel 14 Zvw

De zorgverzekeraar mag van de verzekerde eisen dat deze toestemming verkrijgt voor het verkrijgen van verzekerde prestaties. Bij de vraag of de verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg mag alleen op basis van zorginhoudelijke criteria worden beoordeeld.

Artikel 34 Wmg

Voor machtiging mag de verzekeraar uitsluitend informatie vragen aan de verzekerde die rechtstreeks van belang is voor het onderwerp waarop de procedure betrekking heeft. Bovendien mag de NZa regels stellen over verrichtingen waarvoor geen procedure mag worden opgelegd en machtigingsprocedures voor bepaalde verrichtingen ongeldig verklaren.

Artikel 23 Wmg

De NZa kan bepalen dat overbodige of te ingewikkelde formulieren niet hoeven te worden ingevuld. Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen daar bij de NZa hun beklag doen over doen.

7.16. eHealth: digitale consulten en voorschriften

Zorgverzekeraars mogen digitale consulten slechts beperkt vergoeden. Doel is om te zorgen dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft.

Belangrijkste artikelen

Bijlage 1 bij tariefbeschikking tb/cu-7089-02 (tarievenlijst huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg)

Huisartsen mogen e-mailconsulten en digitale consulten (scherm-tot-scherm contact) uitvoeren en declareren. Voorwaarde is dat er een bestaande behandelrelatie is, dat wil zeggen dat de huisarts en de patiënt elkaar een keer fysiek ontmoet hebben.

Artikel 67 Geneesmiddelenwet (Gw)

Artsen mogen medicijnen onder voorwaarden voorschrijven via internet. Er moet sprake zijn van een bestaande arts-patiëntrelatie, de arts moet bekend zijn met de medische geschiedenis van de patiënt en beschikken over een betrouwbaar medisch dossier.

94. Omwille van de leesbaarheid is de regel hier versimpeld weergegeven. De wet stelt dat elke natuurlijke persoon die ingevolge de Wlz en daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, een verzekeringsplicht heeft. In art. 2.1.1 Wlz is uitgewerkt dat ingezetenen en geen-ingezetenen die in Nederland loonbelasting zijn verschuldigd van rechtswege verzekerd zijn. In de Wlz en de Zvw staan tevens enkele uitzonderingen en aanvullingen op deze regel.
95. Deze nadere bepalingen zijn opgenomen in het Besluit zorgverzekering, de Regeling risicoverevening 2015 en beleidsregels van het Zorginstituut.
96. Zorginstituut Nederland, Concept voor de beleidsregels vereveningsbijdrage 2016 zoals het zorginstituut voornemens is die vast te stellen, 12 oktober 2015.
97. Het experiment moet naar gelang zijn doelstelling beperkt blijven tot een specifieke patiëntengroep, prestatie, een of meerdere zorgaanbieders, een of meerdere ziektekostenverzekeraars of een beperkte regio.
98. Het betreft hier door de zorgverzekeraar aangewezen programma's met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken. De kosten moeten bovendien betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd.
99. Artikel 88 Wet BIG, artikel 16 Wet bescherming persoonsgegevens, artikel 10 Grondwet en artikel 8 EVRM.
100. Van zuivere restitutie is sprake wanneer er geen overeenkomst bestaat tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar op basis waarvan rechtstreeks gedeclareerd en betaald wordt.
101. Zie art. 1 lid 1 sub v, 7.4, 7.10 en 7.8 lid 2 Regeling, ook art. 87 Zvw en Rechtbank Noord-Nederland 26 februari 2014, ECLI:NL:RBNNE:2014:6831, (Viva la Vida/Achmea c.s.). zijn relevant.
102. Hoge Raad 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646.
103. Steyger (2015) geeft aan dat Nederland Europeesrechtelijk gezien naturaverzekeringen kan toestaan waarin geen vergoeding wordt betaald voor niet-gecontracteerde zorg, zolang het maar garandeert dat zorg in het buitenland onder de voorwaarden van de Patiëntenrichtlijn (Richtlijn 2011/24/EU) vergoed wordt. Steyger, E. (2015). Toepassing van het VWEU in het zorgstelsel: van zorgen verzekerd. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2015, 403-409.
104. Vanaf 1 januari 2016 moeten zorgverzekeraars voldoen aan de eisen van Solvency II.
105. Voor een meer volledig overzicht en bronnen verwijzen wij naar De Groot, G.R.J. (2012), Toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt in juridisch perspectief, Den Haag: Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn.
106. Deze eisen betreffen governance, invloed van verzekerden op het beleid, en uitsluiting van verplichting van verzekerden om bij te dragen aan eventuele tekorten van de verzekeraar.
107. Het Kwaliteitsinstituut neemt de afgesproken normen op in het Register van het Kwaliteitsinstituut, waarna alle zorgverzekeraars deze in acht moeten nemen.
108. Gezondheidszorg Jurisprudentie 2011/61 Raad van Bestuur Nederlandse Zorgautoriteit, 22-02-2011, 11D0005151.

109. Zie bijvoorbeeld de beleidsregel 'Macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015' (BR/CU-7121), de nadere regel 'Macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015' (NR/CU-729) en het Besluit macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015.

110. Zie Besluit macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2015.

8. Bijlage onderzoeksmethodiek en bronnen

Onderzoeksaanpak

Bij de totstandkoming van dit onderzoek hebben wie verschillende onderzoeksmethodes en bronnen gecombineerd om een goed beeld te geven van het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars en de concurrentiemogelijkheden. Wij zijn gestart vanuit onze eigen expertise en ervaringen en hebben deze aangevuld met desk research, kwalitatieve en kwantitatieve analyses, het interviewen van stakeholders en het raadplegen van experts.

In interviews met verschillende stakeholders zijn inzichten verrijkt en geverifieerd

Een belangrijk onderdeel van de inzichten in dit rapport hebben wij opgedaan in interviews met verschillende spelers in deze markt. In de interviews hebben wij ons beeld van het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars kunnen aanscherpen en onze hypothesen over het onderscheiden vermogen van de zorgverzekeringsmarkt kunnen toetsen. Wij hebben de volgende personen geïnterviewd:

- Frank Elion, Divisievoorzitter Commercie & Operations, Coöperatie VGZ
- Chris Oomen, Directeur DSW
- Jan-Willem Evers, Directeur Verkoop & Marketing Zilveren Kruis
- Friso de Jong, bestuurssecretaris en woordvoerder ONVZ
- Jean-Paul van Haarlem, voorzitter Raad van Bestuur ONVZ
- Rob Adolfsen, initiatiefnemer ANNO12
- Luc Coenen, Beleidsmedewerker NZa
- Jos de Blok, oprichter/directeur/bestuurder van Buurtzorg en mede-initiatiefnemer voor de nieuwe zorgverzekering Zorgeloos
- René Groot Koerkamp, Directie- en bestuursadviseur, Zorgverzekeraars Nederland
- Henny Wijngaard, Manager Verzekeringen en Uitvoering, Zorgverzekeraars Nederland

Raadpleging van inhoudelijke experts waarborgt inhoudelijke juistheid op specialistische deelgebieden

Gupta Strategists heeft voor verschillende deelonderwerpen inhoudelijk experts geraadpleegd, om de onderzoeksbevindingen te toetsen en waar mogelijk aan te vullen. Gupta heeft de inhoudelijke bevindingen rondom wet- en regelgeving getoetst met juridisch experts met kennis van de zorg. Daarnaast hebben wij onze bevindingen over het vereveningsstelsel getoetst met een expert op dit gebied die werkzaam is bij een van de verzekeraars..

Dit onderzoeksrapport is geschreven door Quinten Smit, Niels Hagens, Wouter Klinkhamer en Samuel Smits van Gupta Strategists. Voor nadere informatie over dit onderzoeksrapport kunt u contact opnemen met Samuel Smits samuel.smits@gupta.nl.