EQUALIS
strategy & modeling

Premieverschillen tussen zorgverzekeraars nemen toe

Utrecht, 13 maart 2019

Het campagnegeweld van de zorgverzekeraars is weer achter de rug. De premies zijn bekend, de balans van het overstapseizoen wordt opgemaakt en de voorbereidingen voor 2020 zijn alweer volop in gang. De toenemende premieverschillen zijn het gesprek van de dag, temeer omdat in 2019 meer verzekerden (7,2%) van zorgverzekering wisselen dan in de afgelopen jaren (respectievelijk 6,2% en 6,4%).[1][2] Waardoor wordt deze toename in premieverschillen veroorzaakt? Uit een analyse van openbare gegevens door Equalis lijken verschillen in premies voor een groot deel veroorzaakt te worden door verschillen in populatiekenmerken en minder door zorginkoop. Dat kan verklaren waarom zorgverzekeraars nu actief afscheid nemen van bepaalde collectiviteiten zoals de gemeentepolis.[3]

Elk jaar wordt de opbouw van de premies door alle verzekeraars op hun websites gepubliceerd. Dit geeft inzicht in de ontwikkeling van de verschillende kostencomponenten en de concurrentiepositie van individuele verzekeraars. Om te kunnen begrijpen waar de schoen voor verzekeraars steeds meer begint te wringen, is het zaak eerst te begrijpen hoe de premie van een verzekeraar is opgebouwd (figuur 1).

Figuur 1: Premieopbouw basisverzekering

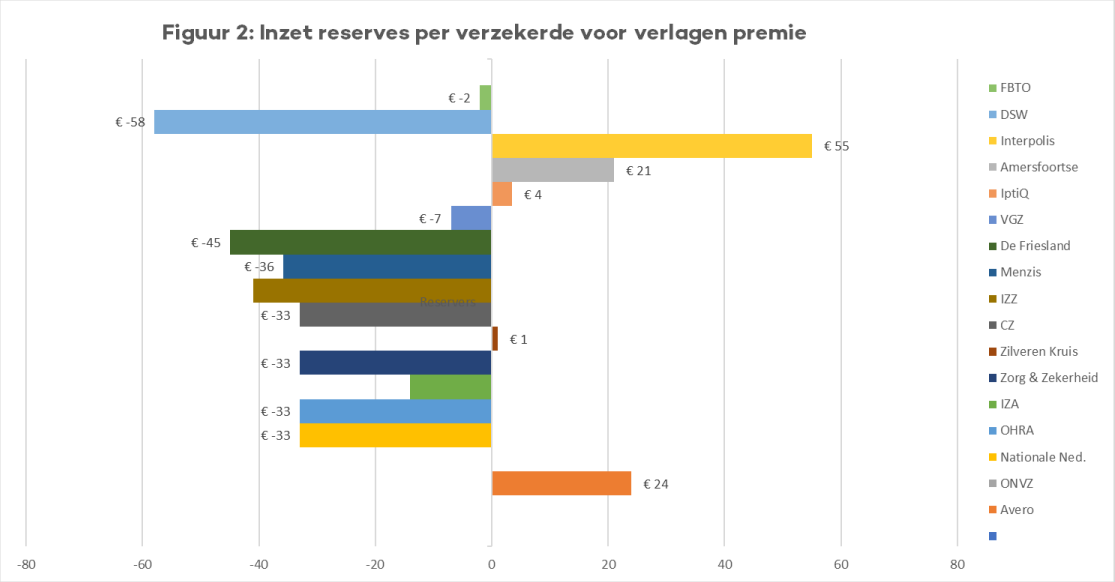
	Rekenpremie VWS 2019
+	Resultaat risicoverevening en zorginkoop
+	Bedrijfskosten en schadebehandelingskosten
-	Inzet beleggingsopbrengsten
+/-	Toevoeging/onttrekking aan reserves
+	Opslag winst
+	Overig, incl. opslag ivm collectiviteitskortingen, VVER
=	Gemiddelde premie excl. Collectiviteitskortingen per jaar
/12	Gemiddelde premie per maand

De basis is de zogenaamde rekenpremie die elk jaar door VWS op Prinsjesdag bekend wordt gemaakt. Deze rekenpremie is voor iedere zorgverzekeraar een landelijk gegeven en dus gelijk. Daarna start het rekenwerk bij de zorgverzekeraars om de eigen premie te berekenen. Daarvoor moeten onzekere op- en afslagen bovenop deze rekenpremie ingeschat worden.

[1] https://www.vektis.nl/nieuws/definitief-overstappercentage-zorgverzekering-2019-7-0
[2] https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2019/enorme-verschuiving-klanten-zorgverzekeringsmarkt
[3] https://assercourant.nl/artikel/553277/menzis-stopt-met-collectieve-zorgverzekering-minima-in-assen-gemeente-vraagt-uitstel.html

EQUALIS
strategy & modeling

Afbouw reserveposities zorgverzekeraars



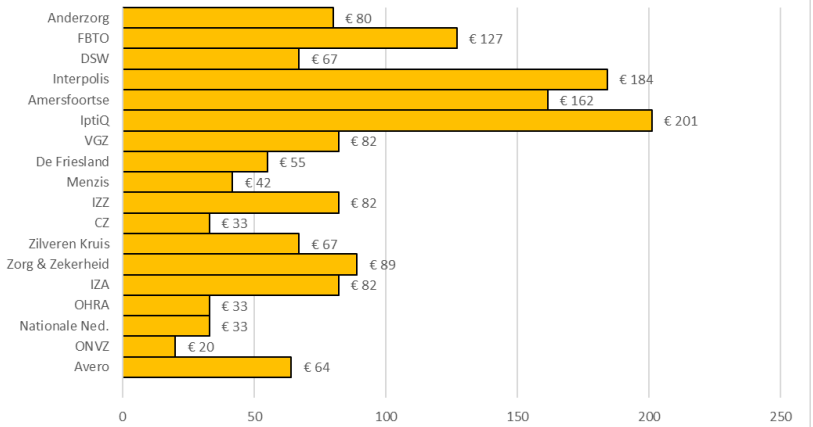
Wat meteen opvalt is dat de reserves van de door ons bekeken verzekeraars (gezamenlijk marktaandeel in 2018: ca. 92%) steeds minder ingezet worden om de premie te verlagen (figuur 2). In de media geven verzekeraars al langer aan dat hun reserves dalen en er een einde komt aan het 'drukken' van de premiestijging door het inzetten van deze reserves. Dat lijkt dus geen loze bewering. Waar in 2017 verzekeraars nog een flink deel van hun reserves inzetten, werd dit in 2018 ook nog gedaan echter de bedragen namen toen al flink af. In 2019 zien we een verder afname en dat sommige verzekeraars juist geld toevoegen aan hun reserves. Deze omslag is niet zo gek gezien het feit dat de gemiddelde solvabiliteit van zorgverzekeraars is gedaald van 160% in 2016 naar 140% in 2018[4].

[4]https://www.amweb.nl/schade/nieuws/2018/11/solvabiliteit-zorgverzekeraars-daalt-naar-140-101113586?vakmedianet-approve-cookies=1

EQUALIS
strategy & modeling

Impact risicoverevening en zorginkoop

Figuur 3: Resultaat risicoverevening en zorginkoop 2019



Naast de verschillende inzet van reserves vallen de relatief grote verschillen in resultaat na risicoverevening en zorginkoop tussen de verzekeraars op. Tussen het hoogste (verwachte) resultaat in 2019 (IptiQ (National Academic Promovendum en Besured)) en laagste resultaat (ONVZ) zit maar liefst ruim €180 per verzekerde verschil (figuur 3). Deze verschillen kunnen door zowel zorginkoop als verschillen in populatiekenmerken worden verklaard, waarbij populatiekenmerken in de bepaling van dit resultaat een belangrijkere rol lijken te spelen dan verschillen in inkoop. Hoewel een deel van het verschil tussen verzekeraars mogelijk verklaard kan worden door de verschillende ramingstechnieken van de verzekeraars, zien we dat dit beeld wordt bevestigd als je de labels van verzekeraars binnen een concern met elkaar vergelijkt.

Bij de Achmea labels Zilveren Kruis, Avero, FBTO en Interpolis wordt de zorginkoop door dezelfde organisatie uitgevoerd met vaak dezelfde inkoopafspraken. Je zou dan een vergelijkbaar resultaat verwachten. Toch zitten er flinke verschillen in resultaat tussen de labels. Tussen het hoogste (Interpolis) en laagste (Avero) resultaat is er in 2019 een verschil van €120 per verzekerde. Dit patroon zien we ook terug in eerdere jaren. Naast Achmea, zien we dit patroon bijvoorbeeld ook bij Menzis met twee verschillende labels (Menzis en Anderzorg) in de markt. Hier zien we een verschil van €38 euro per verzekerde. Dit duidt er dus op dat de verschillen in sterkere mate door verschillen in populatiekenmerken van verzekerden worden bepaald, dat wil zeggen dat er sprake is van voorspelbare winsten en verliezen van groepen verzekerden. In dat geval is het de vraag of de risicoverevening voldoende compensatie biedt voor deze populatieverschillen.

Risicoverevening

In Nederland kennen we in de basisverzekering een systeem van risicoverevening dat ervoor zorgt dat verschillen in zorgkosten *voor zover ze samenhangen met leeftijd-, geslacht- en gezondheidsverschillen* verevend worden tussen verzekeraars. Verzekeraars ontvangen hiervoor jaarlijks een normatieve financiële bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds die afhangt van de samenstelling van de verzekerdenpopulatie van de verzekeraar. Hierdoor zijn ook verzekeraars met relatief veel oude, ongezonde verzekerden in staat een betaalbare premie vast te stellen voor hun verzekerden. Op deze manier wordt in de basisverzekering solidariteit afgedwongen tussen oudere, ongezonde verzekerden enerzijds en jonge, gezonde verzekerden anderzijds.

Als de risicoverevening niet goed functioneert, dan kunnen de premies voor bijvoorbeeld (chronisch) zieken onbetaalbaar worden. Voor zorgverzekeraars worden de prikkels voor risicoselectie dan dermate groot, dat het een doelmatige inkoop van de zorg voor deze chronisch zieken in de weg kan staan.

Het lijkt erop dat verzekeraars hier meer op acteren: verzekeraars sturen niet alleen actief op het binnenhalen van nieuwe collectiviteiten, maar ook op het afstoten van verliesgevende collectiviteiten om zo een evenwichtige verzekerdenportefeuille te realiseren (zogenaamde 'fair share'[5]). Zo beëindigde Menzis het collectief van FNV en enkele gemeentecollectiviteiten en Zilveren Kruis besloot tevens om de collectieve contracten voor minima met meerdere gemeentes te beëindigen. Veel gemeenten maken zich dan ook zorgen rondom de collectieve zorgverzekering voor de minima.

Overige verschillen

Ten slotte houden verzekeraars bij het vaststellen van de premie nog rekening met bedrijfskosten, opbrengsten uit beleggingen, collectiviteitskortingen en kortingen voor het eigen risico. De bedrijfskosten en schadebehandelingskosten zijn de afgelopen jaren flink gedaald (gemiddeld ca. 10%-15%). Onder andere digitalisering, regorganisaties en het slimmer inrichten van de interne processen zijn hier debet aan. Maar er zijn wel degelijk onderlinge verschillen die veroorzaakt worden door onder meer de mate van doorgevoerde besparingen en de manier van distributie. Ook het kortingsbeleid van de verzekeraars leidt tot grote verschillen in de premieopbouw. De cijfers laten in één oogopslag zien dat bij de meeste verzekeraars de portefeuille nog steeds flink gecollectiviseerd is: zij nemen bij hun premiestelling een relatief hoge opslag op voor kortingen. De verwachting is dat deze verschillen flink gaan afnemen gezien het feit dat de maximale collectiviteitskorting vanaf 2020 door Minister Bruins wordt verlaagd van 10% naar 5%.

Conclusie

Concluderend kunnen we stellen dat de premieopbouw van de zorgverzekeraars een goed beeld geeft in hun beleidskeuzes en in de recente marktontwikkelingen. Zo worden reserves inderdaad afgebouwd, zijn er in de loop der jaren flinke besparingen in de bedrijfskosten gerealiseerd en gaat het belang van collectiviteitskortingen naar alle waarschijnlijkheid afnemen. Daarmee wordt het resultaat na risicoverevening en zorginkoop steeds belangrijker om een concurrerende premie in de markt te kunnen zetten.

Op zich een goede zaak, immers een belangrijke doelstelling bij de introductie van de zorgverzekeringswet was nu juist om via concurrentieprikkels en de zorginkoopmarkt tot efficiëntere zorg te komen. Waarbij het uitgangspunt steeds is geweest dat het niet uitmaakt wat voor verzekerdenpopulatie de zorgverzekeraar heeft. Echter, het resultaat van een zorgverzekeraar kan nog steeds sterk worden beïnvloed door de samenstelling van de verzekerdenportefeuilles en daarop wordt in de praktijk ook geacteerd. Dit leidt af van de primaire taak van zorginkoop. Deze ontwikkeling vormt risico voor de uiteindelijke realisatie van genoemde doelstelling van de zorgverzekeringswet.

[5] Vanwege hun inzet gericht op stabiliteit streven veel zorgverzekeraars – met name de grote – op concernniveau naar een verzekerdenbestand dat een afspiegeling vormt van de Nederlandse samenleving (het zgn. "fair share"). (Bron: Rapport Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt (NZa – september 2016)

EQUALIS
strategy & modeling

Oproep

Vanwege het hoge aggregatieniveau van het gebruikte cijfermateriaal is onze analyse noodzakelijkerwijs globaal gebleven. We zijn daarom voorzichtig geweest met het trekken van harde conclusies, maar de signalen die wij observeren zijn onmiskenbaar. Door de afbouw van de collectiviteitskorting naar 5% verwachten wij dat het resultaat op zorginkoop én risicoverevening een prominentere rol gaan spelen komende jaren. We roepen op tot een meer gedetailleerde analyse van de oorzaken van deze ontwikkeling in dit resultaat, van de mogelijke consequenties zoals het afstoten van verliesgevende (gemeente)collectiviteiten en van mogelijke oplossingsrichtingen.

Contactpersoon: Barry Egberts (barry.egberts@equalis.nl)
Partner bij Equalis – Strategy & Modeling