

Onderzoek aanvullende verzekeringen



vektis intelligence

Colofon:

Versie	Definitief
Opdrachtgever	Ministerie van VWS
Datum	7 januari 2019
Auteur(s)	Peter Zuidhof en Egbert Kraal (Zorgweb), Eline Nijhof (Vektis)

Inhoudsopgave

Onderzoek	1
aanvullende verzekeringen	1
1. Inleiding.....	4
2. Onderzoeksmethode.....	5
3. Analyse inhoud	6
4. Analyse premie	11
5. Toegankelijkheid	14
6. Zorgconsumptie.....	17
7. Conclusies.....	20
Bijlage 1 Belangrijke dekkingsonderdelen	21

1. Inleiding

De Nederlandse Bank (DNB) heeft in december 2017 haar visie op de toekomst van de Nederlandse zorgverzekeraars gepubliceerd. DNB concludeerde dat aanvullende zorgverzekeringen (AV's) hun toegevoegde waarde dreigen te verliezen door een veranderend klantgedrag.

'Polishouders nemen alleen nog een dergelijke verzekering indien zij verwachten van deze zorg gebruik te maken, met als risico dat op termijn bepaalde zorg niet langer tegen een redelijk bedrag verzekeraar is' (DNB).

Minister Bruins heeft in zijn brief aan de Tweede Kamer van 11 december 2017 een eerste reactie gegeven op de publiciteit die het rapport van DNB oproep. Daarin gaf hij aan de door DNB gesignaleerde trend te zullen analyseren. Zorgweb en Vektis hebben de opdracht gekregen deze analyse uit te voeren over de periode 2007 tot en met 2018 waarbij wordt onderzocht wat de wijzigingen zijn in:

1. Het aantal dekkingsonderdelen binnen de AV's;
2. De hoogte van de dekking per onderdeel;
3. De hoogte van de premie;
4. De ontwikkeling van de pakketwaardering versus de ontwikkeling van de premie
5. De toegankelijkheid als gevolg van wachttijden en medische selectie;
6. Het gebruik van de dekking tot aan de vergoedingslimiet.

In hoofdstuk 2 wordt de gehanteerde onderzoeksmethode beschreven terwijl de analyses zelf in de hoofdstukken 3 tot en met 6 zijn verwoord. De conclusies ten aanzien van de genoemde onderzoeksvragen zijn opgenomen in hoofdstuk 7.

2. Onderzoeksmethode

Zorgweb beschikt over een database waarin onder andere de premies en dekkingen van de AV's¹ op de Nederlandse markt sinds 2000 zijn opgenomen. De dekking van de AV's wordt daarin via een eenduidig format zeer gedetailleerd vastgelegd. Naast premie en dekking zijn ook aspecten als eventuele wachttijden en medische selectie vastgelegd. Alle gegevens in de hoofdstukken 3, 4 en 5 van dit rapport zijn aan de genoemde database ontleend. Het onderzoek betreft alle op de Nederlandse markt aangeboden individuele AV's. Verzekeringen die specifiek voor collectiviteiten ontwikkeld zijn blijven dus buiten de scope van dit onderzoek. Uit onderzoek² blijkt overigens dat 67% van de collectief verzekerden gebruik maakt van AV's die gelijk zijn aan de AV's op de markt voor individueel verzekerden. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een door Zorgweb ontwikkelde waarderingssystematiek, zowel voor individuele dekkingsonderdelen als voor hele AV's. Deze systematiek is in 2005 ontwikkeld en is regelmatig verfijnd en geactualiseerd. De systematiek is volledig objectief en is uitsluitend gebaseerd op de tekst van de verzekeringsvoorwaarden.

Vektis beschikt over geanonimiseerde gegevens over de declaraties van verzekerden van vrijwel alle zorgverzekeraars. Voor dit onderzoek heeft Vektis analyses uitgevoerd op de declaratiegegevens over de onderzochte jaren. Deze analyses zijn opgenomen in hoofdstuk 6. Hierbij is uitgegaan van het behandelkwartaal. Dat betekent dat kosten worden toegerekend aan het kwartaal waarin de behandeling heeft plaatsgevonden of in geval van ziekenhuiszorg de startdatum van een behandeltraject. De gegevens over de zorgconsumptie binnen AV's hebben betrekking op verzekerden van de 4 grote concerns: Achmea, VGZ, CZ en Menzis. In de analyses worden kosten per kwartaal getoond.

Waar in dit rapport gesproken wordt over de 'dekking' van een AV wordt daarmee bedoeld de maximale vergoeding, of het maximale aantal behandelingen, voor het betreffende dekkingsonderdeel.

Bij de hoogte van vergoeding die AV's bieden en de hoogte van de door verzekerden gedeclareerde bedragen speelt het door de zorgverlener gehanteerde tarief een belangrijke rol. De hoogte van dat (maximale) tarief wordt in een aantal gevallen bepaald door de NZa. De impact van eventuele wijzigingen in deze tarieven is in dit onderzoek niet meegenomen. Ook wijzigingen in de omvang van het pakket voor de basisverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet kunnen van invloed zijn op de dekking van aanvullende verzekeringen. Dit speelt met name bij fysiotherapie en tandheelkunde. In hoofdstuk 3 wordt daar een toelichting op gegeven.

De vergoeding voor tandheelkundige kosten wordt door sommige verzekeraars in een afzonderlijke polis ondergebracht (in dit onderzoek Tandheelkundige Verzekering (TV) genoemd terwijl andere verzekeraars binnen de AV ook tandheelkundige kosten vergoeden (in hoofdstuk 6 van dit onderzoek Combinatiepolissen genoemd).

¹ Waar in dit rapport gesproken wordt over AV's, worden daaronder tevens losse Tandheelkundige Verzekeringen (TV's) en modules begrepen tenzij anders aangegeven.

² Fact-finding Collectiviteiten in de Zorgverzekeringswet, Zorgweb 2016

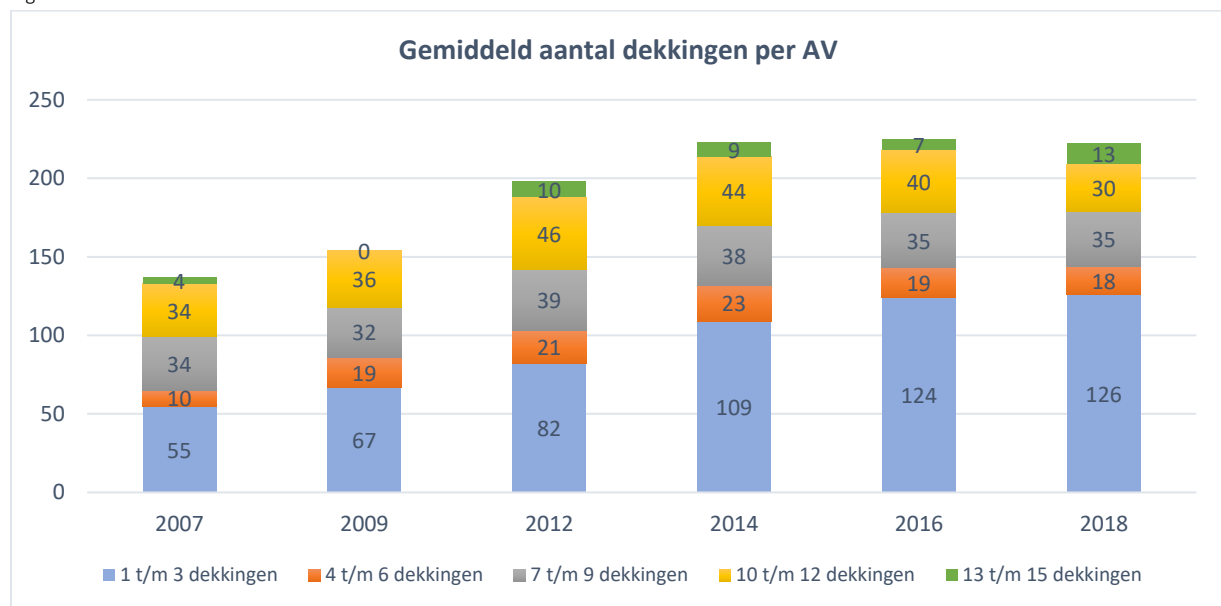
3. Analyse inhoud

De inhoud van de AV's is zowel op 'breedte' als op 'diepte' onderzocht. Bij de 'breedte' van de dekking is onderzocht hoeveel dekkingsonderdelen er gemiddeld in een verzekering zijn opgenomen uit de vaste set van 15 belangrijke dekkingsonderdelen (zie bijlage 1). Deze set is afgestemd met de opdrachtgever. Bij de 'diepte' van de verzekering gaat het om de maximale dekking op het betreffende dekkingsonderdeel.

In figuur 1 is opgenomen hoeveel van de 15 dekkingsonderdelen gemiddeld in een AV zijn opgenomen. Uit de figuur blijkt dat:

- Het aantal AV's in de periode 2007 t/m 2018 gestegen is met 62% van 137 tot 222³;
- Vooral het aantal 'smalle' polissen (polissen met dekking op 1 of een beperkt aantal onderdelen) sterk is toegenomen. Dit is ontstaan doordat er veel nieuwe verzekeringen aan de 'onderkant' van het aanbod bij zijn gekomen, dus met een kleine hoeveelheid dekkingen. Zo worden er meer modulair opgebouwde verzekeringen aangeboden, met vaak dekking voor slechts 1 dekkingsonderdeel;
- Het aanbod van 'brede' polissen (polissen met een vergoeding op een uitgebreide set aan dekkingsonderdelen) ongeveer even groot gebleven is.

Figuur 1



Van de genoemde 15 dekkingsonderdelen zijn er 4 onderzocht op de 'diepte' van de dekking: hoe hoog is de gemiddelde dekking van alle AV's op het betreffende onderdeel. De hoogte van de dekking wordt weergegeven op basis van een 'waardering' van de dekking. Deze waardering wordt weergegeven op een schaal van 0 - 1.000 punten, dus hoe hoger de dekking, hoe hoger de puntenscore. De gegevens over de hoogte van de dekking hebben uitsluitend betrekking op polissen waarin een dekking voor het betreffende onderdeel is opgenomen.

De 4 dekkingsonderdelen die onderzocht zijn:

1. Fysiotherapie vanaf 18 jaar;
2. Brillen en lenzen;
3. Tandarts vanaf 18 jaar;
4. Orthodontie tot 18 jaar.

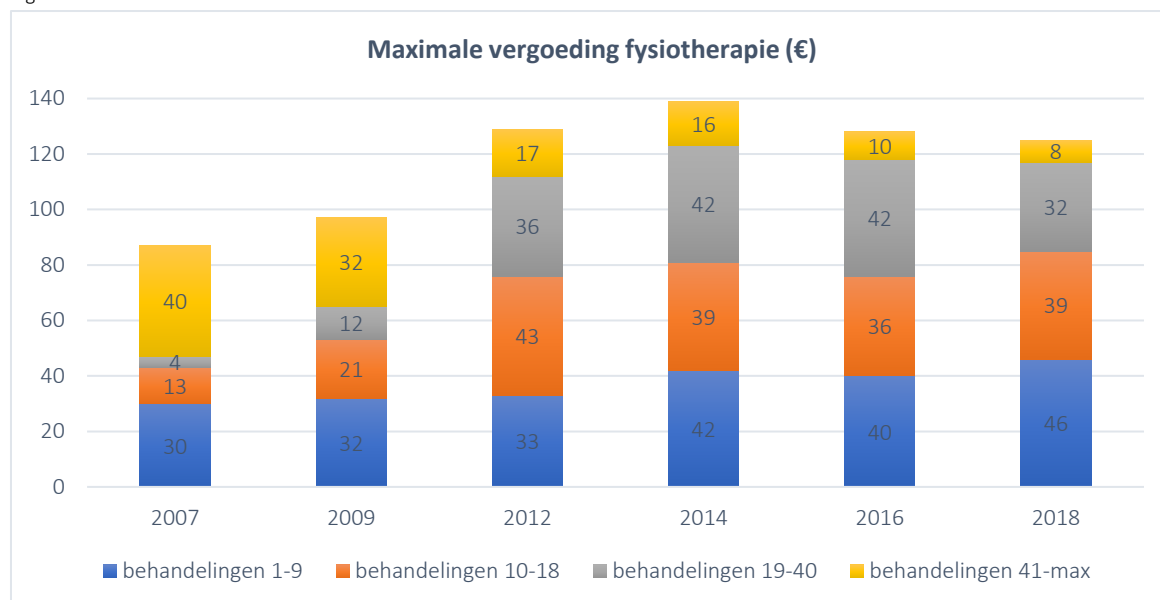
³ Verzekerden hebben nog veel meer keuzemogelijkheden omdat AV's vaak gecombineerd kunnen worden.

Fysiotherapie vanaf 18 jaar⁴

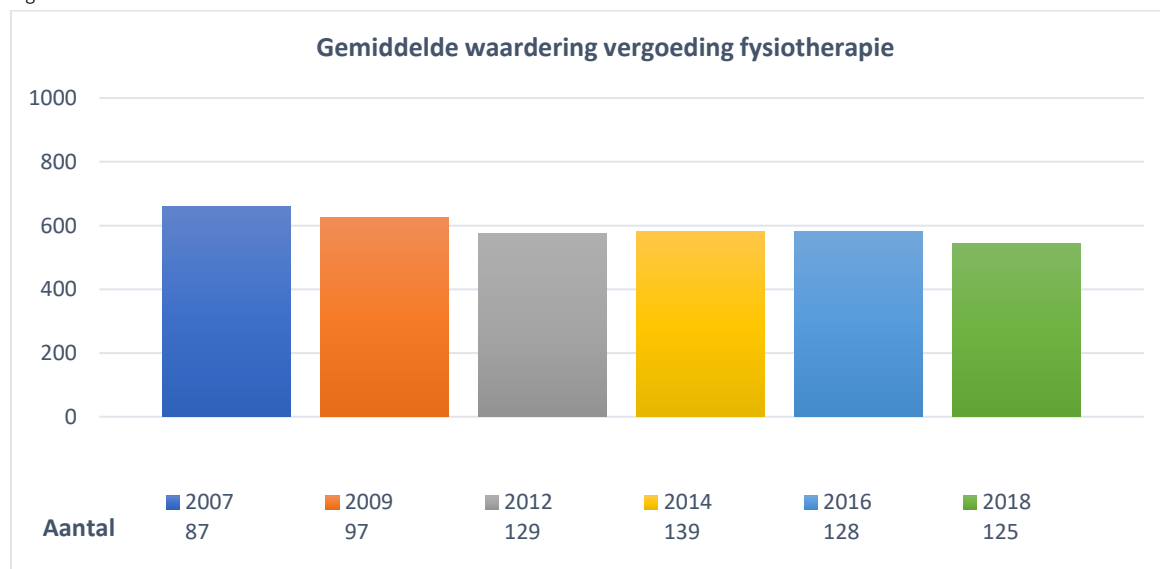
Fysiotherapie voor volwassenen wordt vanuit de basisverzekering vergoed bij een groot aantal chronische aandoeningen⁵. In 2011 is het aantal behandelingen dat daarbij voor eigen rekening komt verhoogd van 9 naar 12 en in 2012 van 12 naar 20 behandelingen.

Figuur 2 laat het gemiddeld aantal behandelingen fysiotherapie zien, waarvoor een vergoeding in de AV's is opgenomen. Per categorie staat aangegeven in hoeveel AV's de betreffende dekking is opgenomen. Uit de figuur blijkt dat het aantal polissen met een beperkte dekking is toegenomen en het aantal polissen met de meest uitgebreide dekking is afgenomen. In figuur 3 is de gemiddelde waardering voor fysiotherapie opgenomen, waarbij per jaar staat aangegeven op hoeveel polissen deze waardering betrekking heeft. Uit de figuur blijkt dat de gemiddelde waardering voor de dekking is afgenomen van 659 naar 545 punten.

Figuur 2



Figuur 3



⁴ De vergoeding voor fysiotherapie tot 18 jaar is opgenomen in de basisverzekering.

⁵ Voor de volledige lijst met aandoeningen zie: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2018-09-30#Bijlage1>

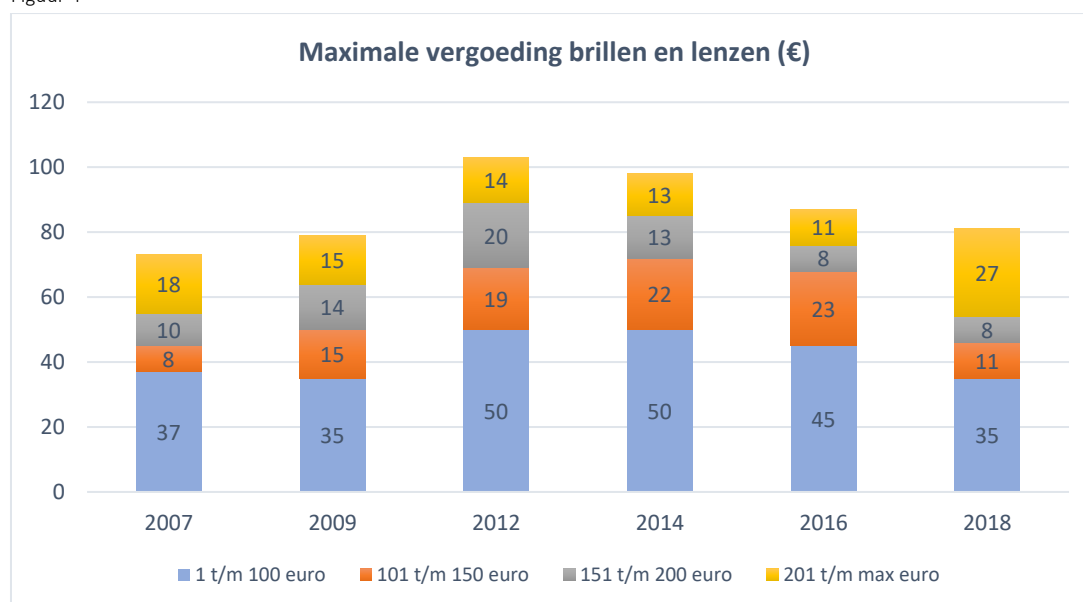
Brillen en contactlenzen

Figuur 4 laat zien wat de maximale vergoeding is voor brillen en contactlenzen. Per categorie staat aangegeven in hoeveel AV's de betreffende dekking is opgenomen. Uit de figuur blijkt dat de verdeling van de polissen over de verschillende categorieën in de loop van de jaren weinig veranderd is, met uitzondering van 2018. In 2018 is er sprake van een sterke groei van het aantal polissen met een hogere dekking en een afname van het aantal polissen met een lagere vergoeding.

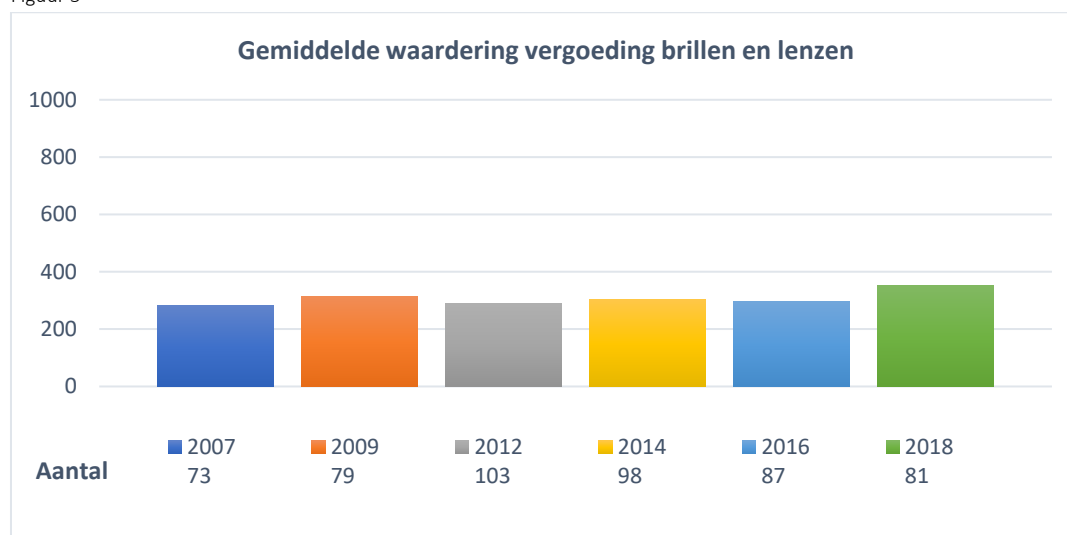
In figuur 5 is de gemiddelde waardering voor brillen en contactlenzen opgenomen, waarbij per jaar staat aangegeven op hoeveel polissen deze waardering betrekking heeft. Uit de figuur blijkt dat de gemiddelde waardering voor de dekking ongeveer gelijk gebleven is, met een lichte stijging in 2018.

Opvallend is dat uit een analyse van de polissen blijkt dat het aantal aanbieders waarbij de verzekerde terecht kan voor deze vergoeding sterk is afgenomen (selectieve inkoop bij een aantal verzekeraars). In sommige gevallen kan men slechts bij 1 aanbieder (keten) terecht.

Figuur 4



Figuur 5



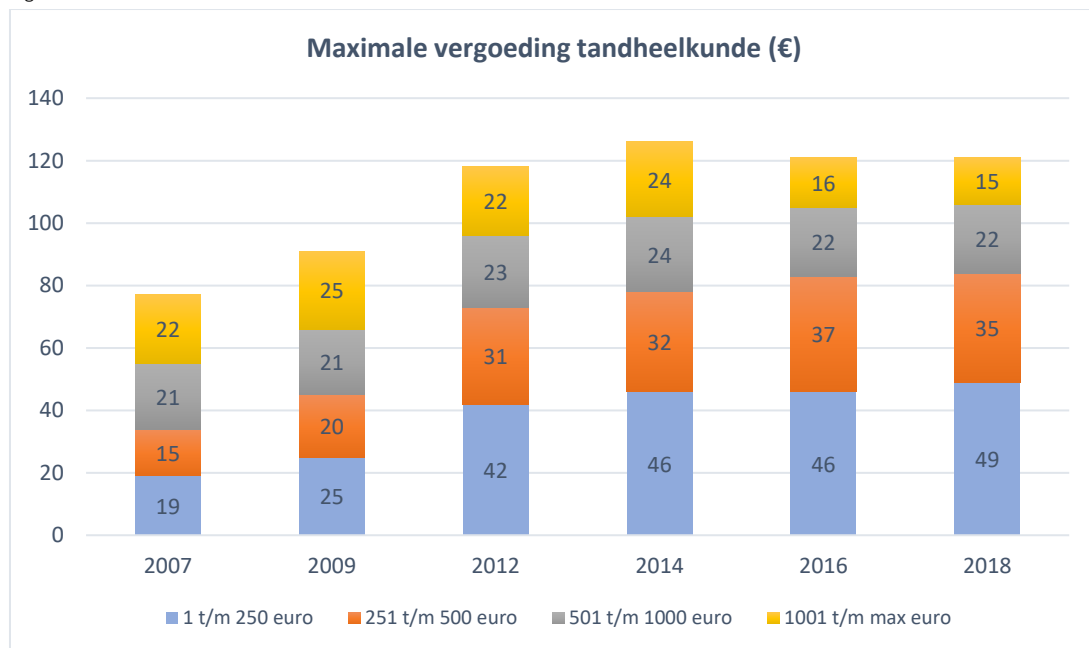
Tandheelkunde vanaf 18 jaar

Tandheelkundige hulp voor kinderen is opgenomen in de basisverzekering. De leeftijdsgrens lag daarbij in de jaren 2008 tot en met 2010 op 21 jaar en de overige jaren op 18 jaar.

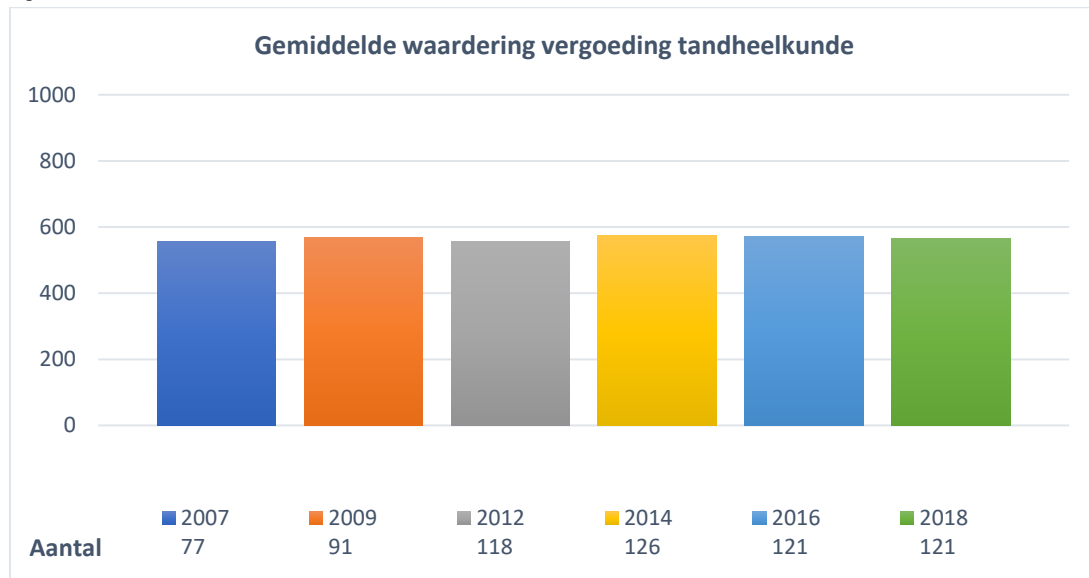
Figuur 6 laat zien wat de maximale vergoeding is voor tandheelkunde. Per categorie staat aangegeven in hoeveel AV's de betreffende dekking is opgenomen. Uit de figuur blijkt dat het aantal polissen met een lagere vergoeding sterk is toegenomen en het aantal polissen met een hogere vergoeding licht is afgenomen.

In figuur 7 is de gemiddelde waardering voor tandheelkunde opgenomen, waarbij per jaar staat aangegeven op hoeveel polissen deze waardering betrekking heeft. Uit de figuur blijkt dat de gemiddelde waardering voor de dekking vrijwel gelijk gebleven is.

Figuur 6



Figuur 7

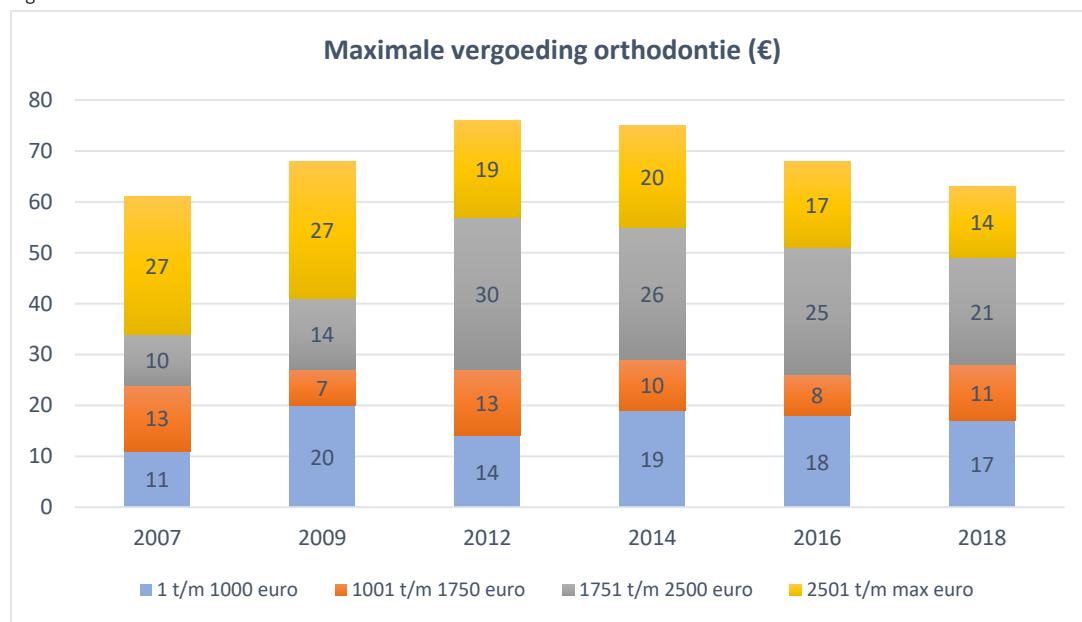


Orthodontie tot 18 jaar

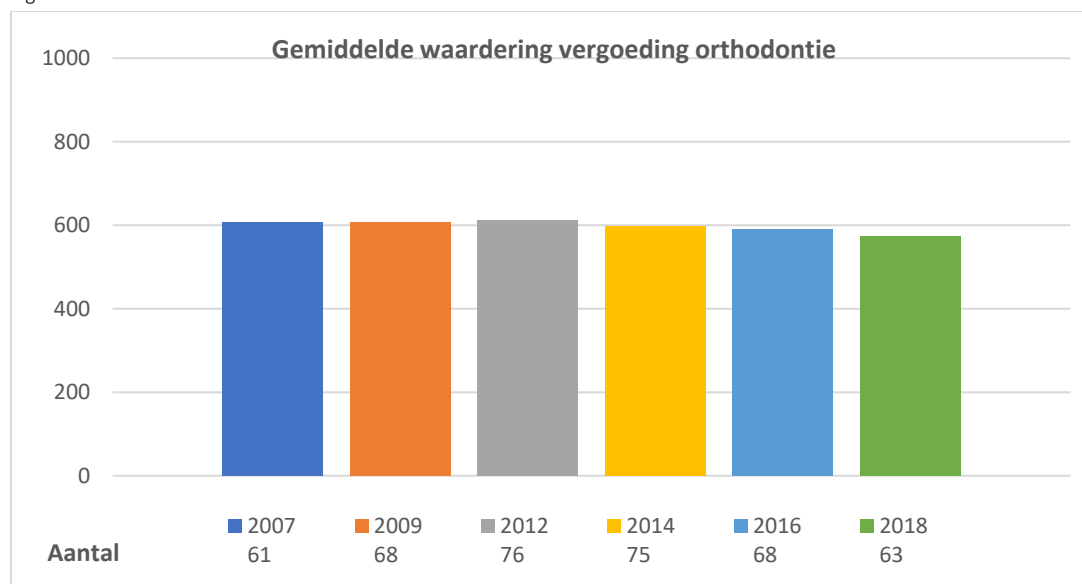
Figuur 8 laat zien wat de maximale vergoeding is voor orthodontie. Per categorie staat aangegeven in hoeveel AV's de betreffende dekking is opgenomen. Uit de figuur blijkt dat het aantal polissen met de hoogste vergoeding sterk is afgenomen. Het aantal polissen in de categorie daaronder is juist sterk toegenomen.

In figuur 9 is de gemiddelde waardering voor orthodontie opgenomen, waarbij per jaar staat aangegeven op hoeveel polissen deze waardering betrekking heeft. Uit de figuur blijkt dat de gemiddelde waardering voor de dekking de laatste jaren licht daalt.

Figuur 8



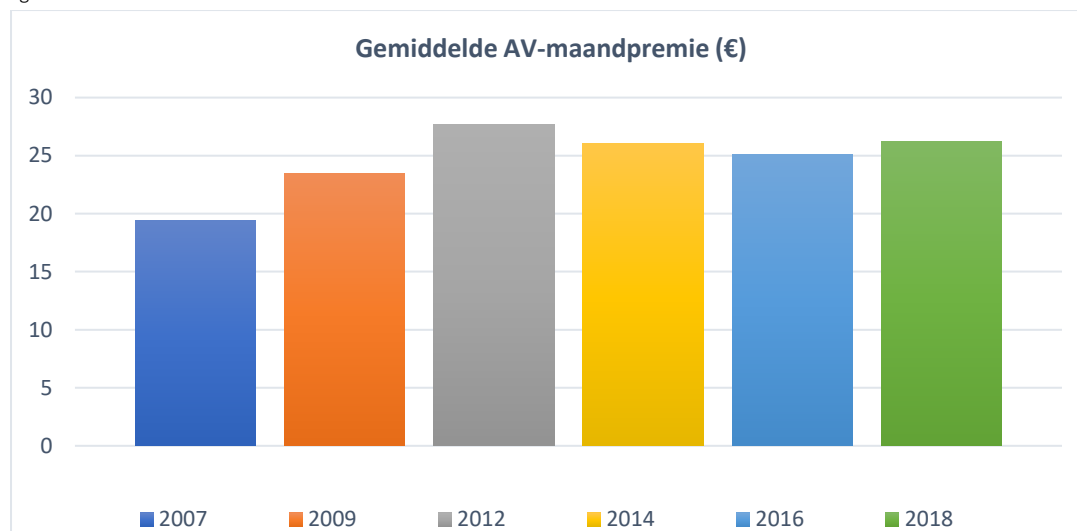
Figuur 9



4. Analyse premie

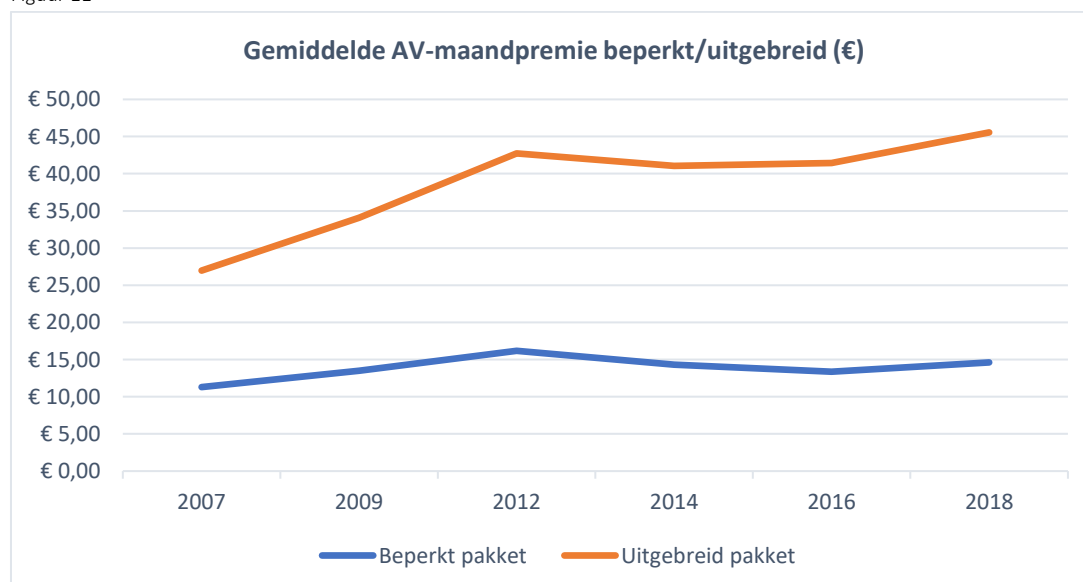
In figuur 10 is de ontwikkeling van de gemiddelde premie weergegeven. De gemiddelde AV-premie is in 11 jaar met € 6,83 per maand gestegen, wat een gemiddelde stijging met 2,8% per jaar betekent. Het gaat daarbij om nominale premies, dus zonder inflatiecorrectie. De gemiddelde inflatie (CPI) bedroeg in deze periode 1,6% per jaar. Bij deze constatering past een kanttekening: De gemiddelde stijging wordt gedrukt door het toegenomen aantal 'smalle' polissen en modules (met een lage premie).

Figuur 10



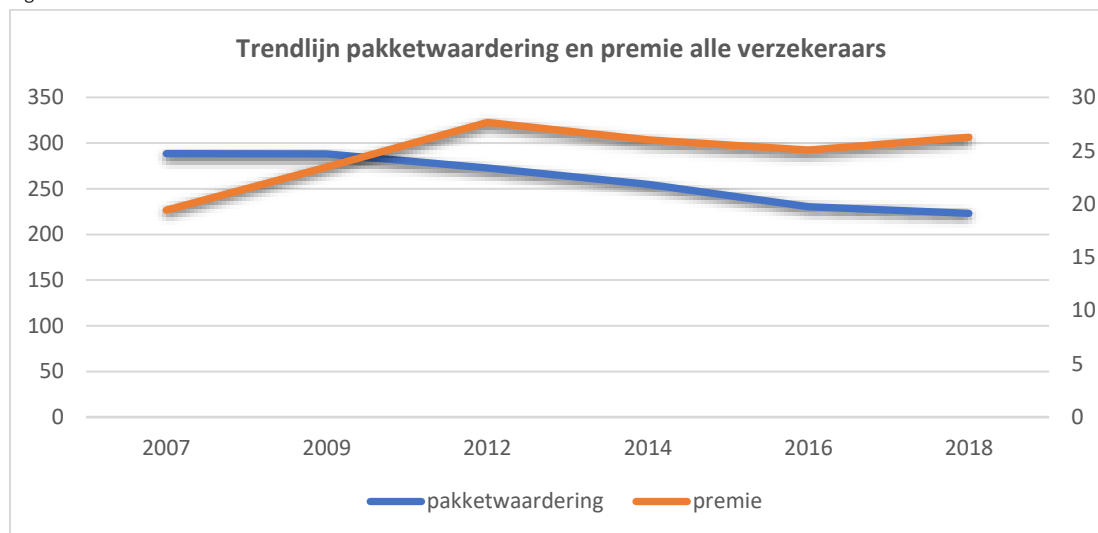
We hebben ook onderzocht of er verschillen zijn in de gemiddelde premiestijging van polissen met een beperkte dekking en polissen met een uitgebreide dekking. In figuur 11 is de gemiddelde premieontwikkeling weergegeven voor beide type polissen. Daaruit blijkt dat de polissen met een beperkte dekking een gemiddelde premiestijging van 2,4 % per jaar kenden en polissen met een uitgebreide dekking een gemiddelde stijging van 4,9 % per jaar. De grens tussen beperkt en uitgebreid hebben wij gelegd bij een dekking voor fysiotherapie van minder dan 18 behandelingen en voor tandheelkunde een dekking van minder dan € 500.

Figuur 11



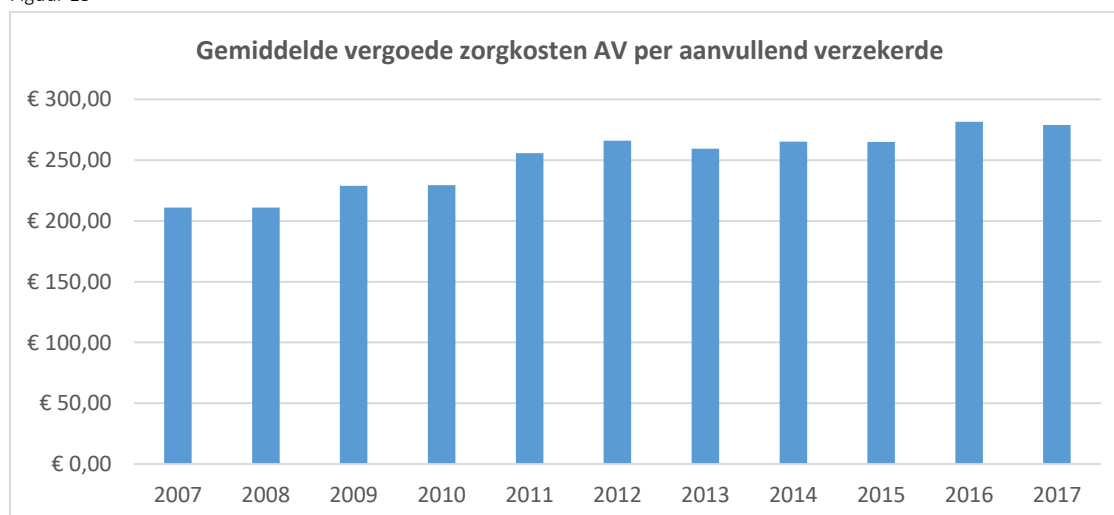
In hoofdstuk 3 is de ontwikkeling van de maximale vergoeding voor een viertal dekkingsonderdelen beschreven: Gemiddeld is er sprake van een lichte daling. Figuur 10 toont de ontwikkeling van de gemiddelde premie: Over de jaren 2007 tot en met 2018 is er sprake van een lichte stijging. In figuur 12 worden beide ontwikkelingen weergegeven. Bij de waardering van de verzekeringen (zoals beschreven op pagina 5) gaat het overigens om alle dekkingsonderdelen en niet alleen om de 4 onderdelen uit hoofdstuk 3.

Figuur 12

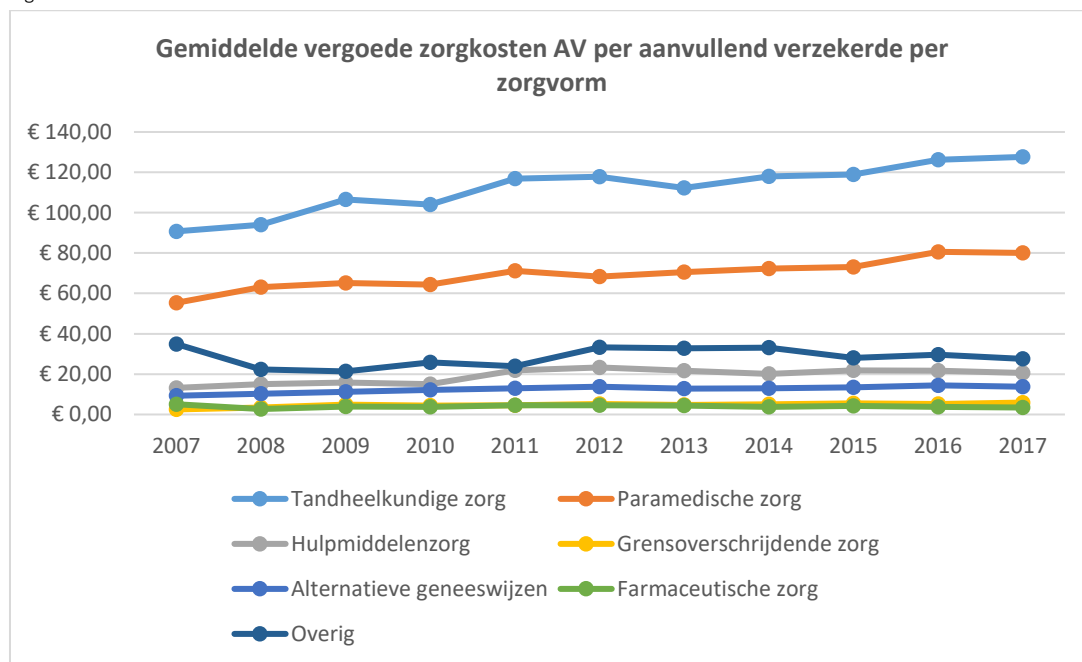


Figuren 13 en 14 tonen de gemiddeld vergoede zorgkosten per aanvullend verzekerde in totaal en naar zorgvorm. Deze gegevens afkomstig zijn uit de Markt- en Benchmarkenquête 2016 en 2017 van Vektis en hebben betrekking op gegevens van alle zorgverzekeraars. De gemiddelde vergoede zorgkosten per aanvullend verzekerde zijn tussen 2006 en 2017 toegenomen met ongeveer € 68. Daarbij is de gemiddelde vergoeding per aanvullend verzekerde tussen deze jaren het meest gestegen voor tandheekkundige zorg (€ 37) en paramedische zorg (€ 25).

Figuur 13

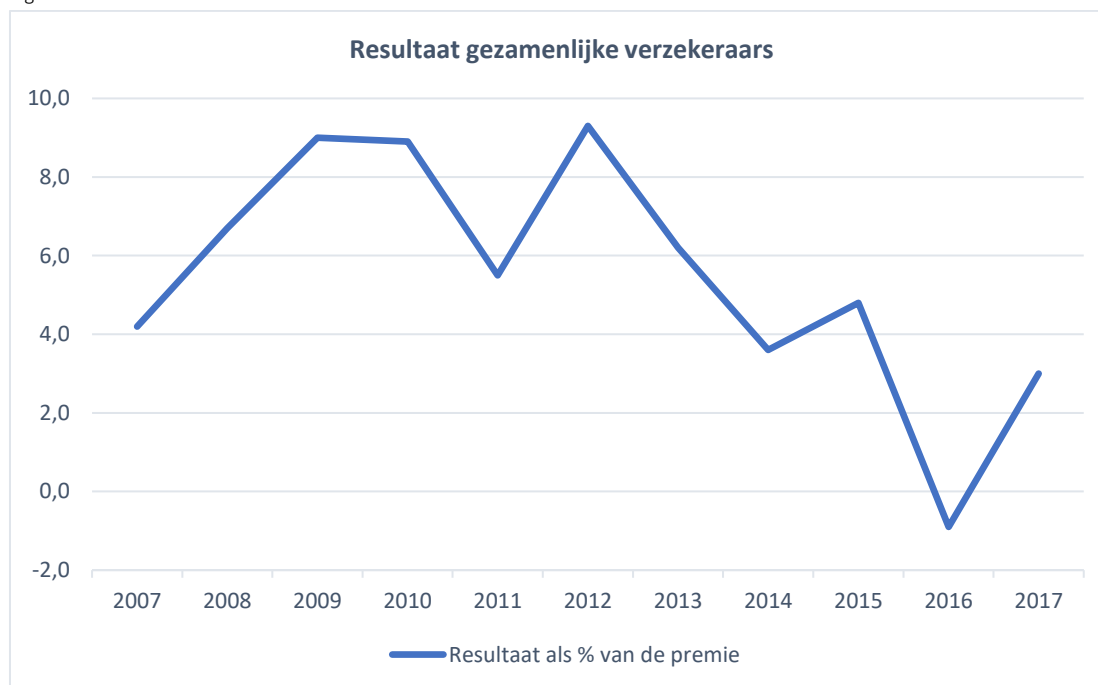


Figuur 14



Figuur 15 toont het resultaat dat de gezamenlijke zorgverzekeraars hebben behaald op de aanvullende verzekeringen in de jaren 2007 tot en met 2017. De cijfers zijn ontleend aan de publicaties 'Jaarcijfers zorgverzekeraars en zorgfinanciering' van Vektis over de betreffende jaren.

Figuur 15



5. Toegankelijkheid

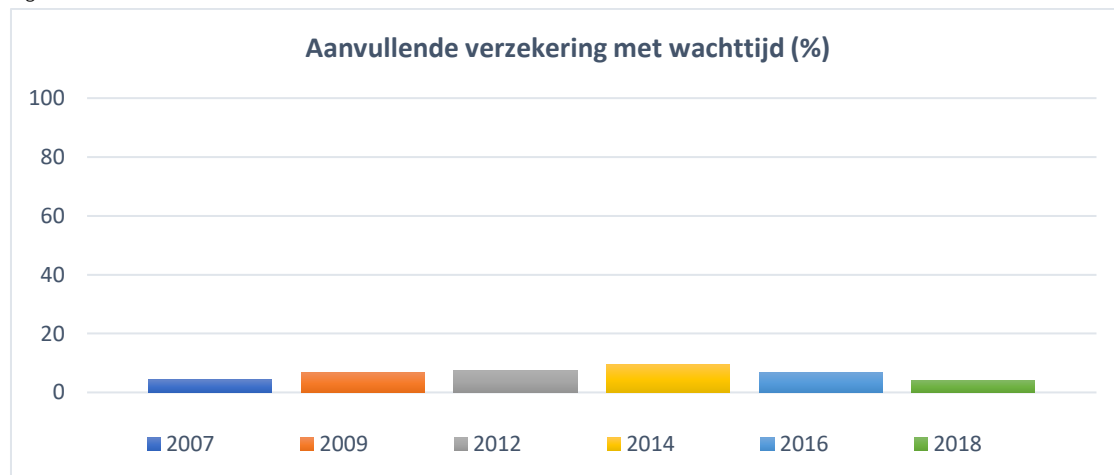
Omdat aanvullende verzekeringen volledig privaatrechtelijke verzekeringen zijn bepalen verzekeraars zelfstandig de polisvoorwaarden, de premiestelling en de acceptatiecriteria. Daardoor kunnen er in de praktijk barrières ontstaan in de toegang tot deze verzekeringen. In dat verband hebben wij aanwezige wachttijden, medische acceptatiecriteria en leeftijdsafhankelijke premies onderzocht. belemmeren.

Wachttijden

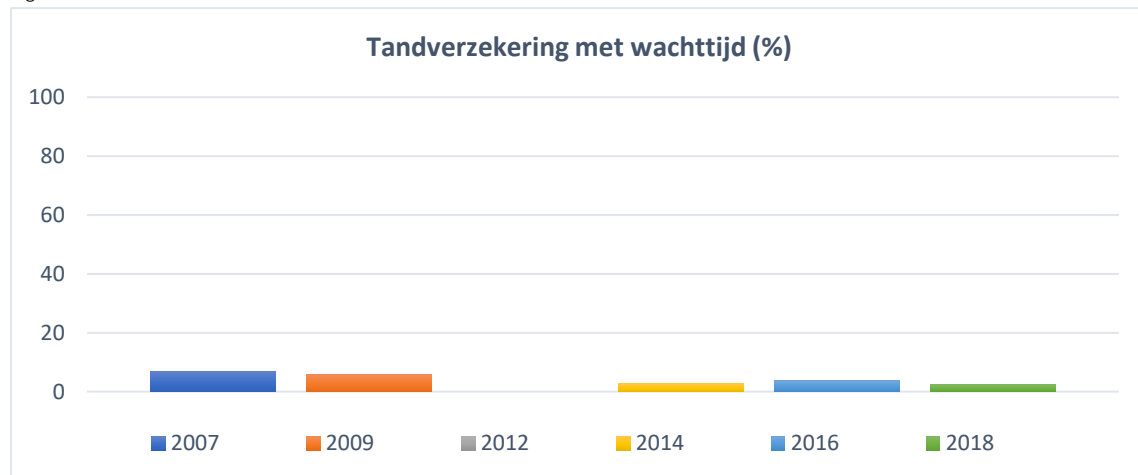
AV's kunnen een wachttijd hebben voor bepaalde vergoedingen. Dat wil zeggen dat een verzekerde eerst tenminste (bijvoorbeeld) een jaar verzekerd moet zijn om voor een bepaalde vergoeding in aanmerking te komen. Meestal gaat het daarbij om orthodontie of cosmetische behandelingen.

De figuren 16 en 17 laten zien dat het percentage verzekeringen met wachttijden onveranderd beperkt is. In figuur 16 gaat het om alle verzekeringen *exclusief* de verzekeringen met alleen een dekking voor tandheelkunde. Bij figuur 17 gaat het om de verzekeringen met *uitsluitend* een dekking voor tandheelkunde.

Figuur 16



Figuur 17

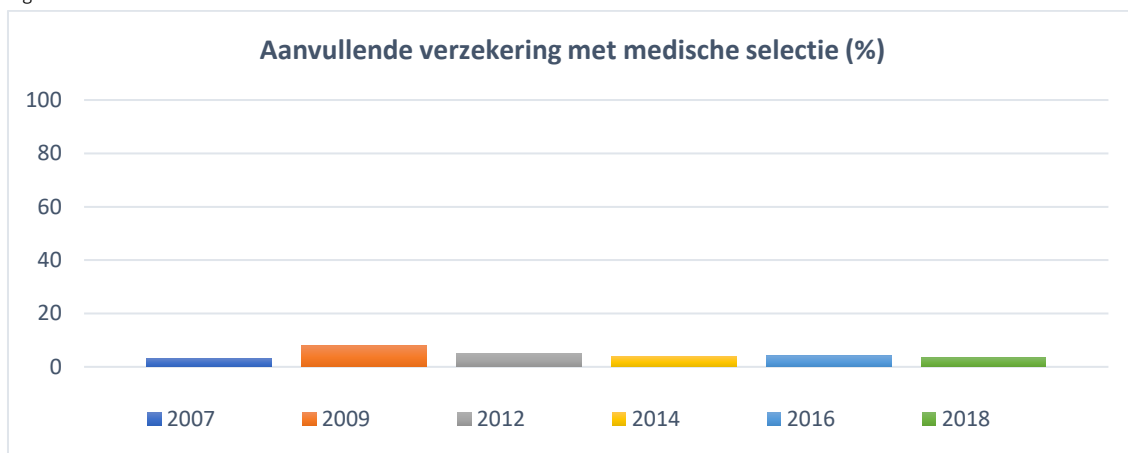


Medische acceptatie

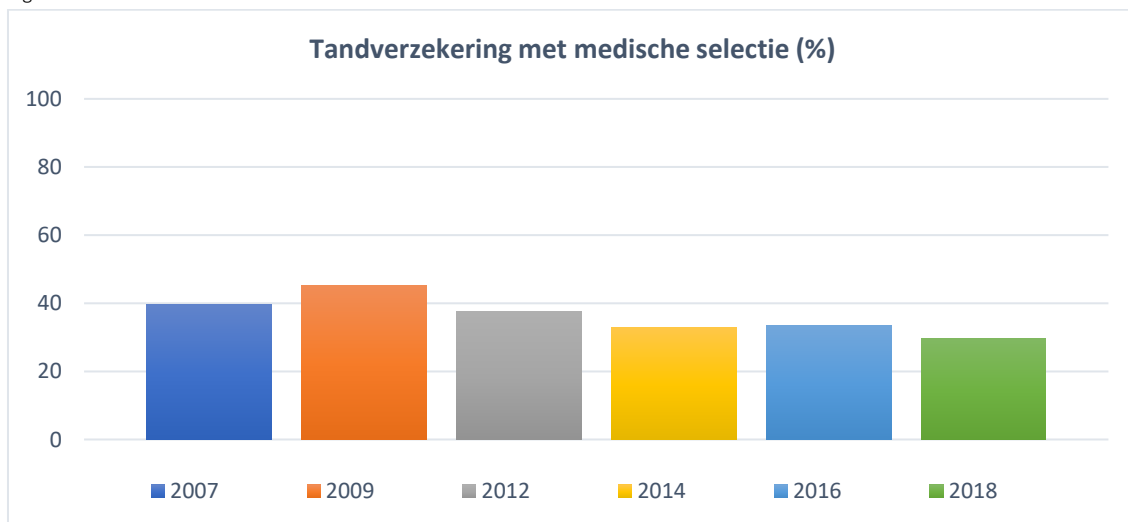
Verzekeraars mogen bij de aanvullende verzekeringen eisen stellen aan de gezondheid van een aspirant verzekerde alvorens de verzekeringsovereenkomst tot stand komt. Doel daarvan is om tegen te gaan dat mensen zich pas voor bepaalde kosten gaan verzekeren zodra duidelijk is dat deze kosten zich aandienen.

De figuren 18 en 19 laten zien dat het percentage verzekeringen met medische selectie onveranderd beperkt blijft. Bij de TV's komt medische selectie nog het meest voor. Daarbij gaat het vaak om de verzekeringen met een uitgebreide dekking (vanaf € 1.000). Figuur 18 toont *alle* verzekeringen *exclusief* de verzekeringen met alleen een dekking voor tandheelkunde. Figuur 19 toont het aantal verzekeringen met *uitsluitend* een dekking voor tandheelkunde.

Figuur 18



Figuur 19



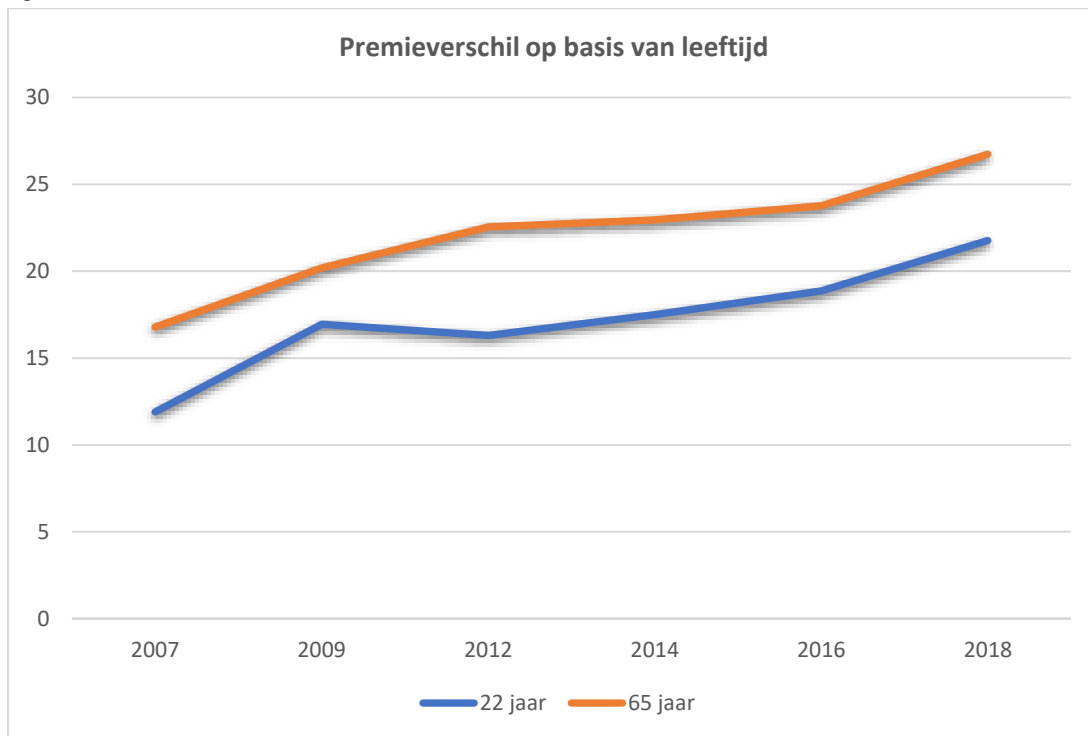
Leeftijdsafhankelijke premie

Verzekeraars hebben bij de aanvullende verzekeringen de vrijheid om de premie voor alle verzekerden gelijk te laten zijn of deze te laten variëren met de leeftijd van de verzekerde. De meeste verzekeringen op de markt kennen een premie die onafhankelijk is van de leeftijd van de verzekerde.

Het aantal polissen met een leeftijdsafhankelijke premie is stabiel. Van alle AV's kent ongeveer 20% een premiedifferentiatie naar leeftijd, bij alleen de tandartsverzekeringen is dat iets meer dan 30%.

Bij de polissen die een leeftijdsafhankelijke premie kennen is het premieverschil tussen verzekerden van 22 jaar en 65 jaar niet toegenomen. Figuur 18 laat zien dat het verschil ongeveer € 5 per maand bedraagt.

Figuur 20



6. Zorgconsumptie

6.1 Algemeen

Ten aanzien van de binnen de AV gedeclareerde zorgconsumptie zijn door Vektis de volgende sub-vragen onderzocht over de jaren 2007, 2012 en 2016:

- Het percentage verzekerden met een AV en/of TV
- Het percentage verzekerden met een AV en/of TV dat daadwerkelijk declareert
- De spreiding van de declaraties ten opzichte van de maximale dekking
- De spreiding van de declaraties per kwartaal over het jaar

De hierna genoemde gegevens hebben betrekking op de 4 grote concerns, met uitzondering van de volmachten die zij hebben verleend. Deze 4 concerns vertegenwoordigen samen 73,5% van de totale kosten die worden gedeclareerd op de AV's in Nederland.

6.2 Het percentage verzekerden met een AV

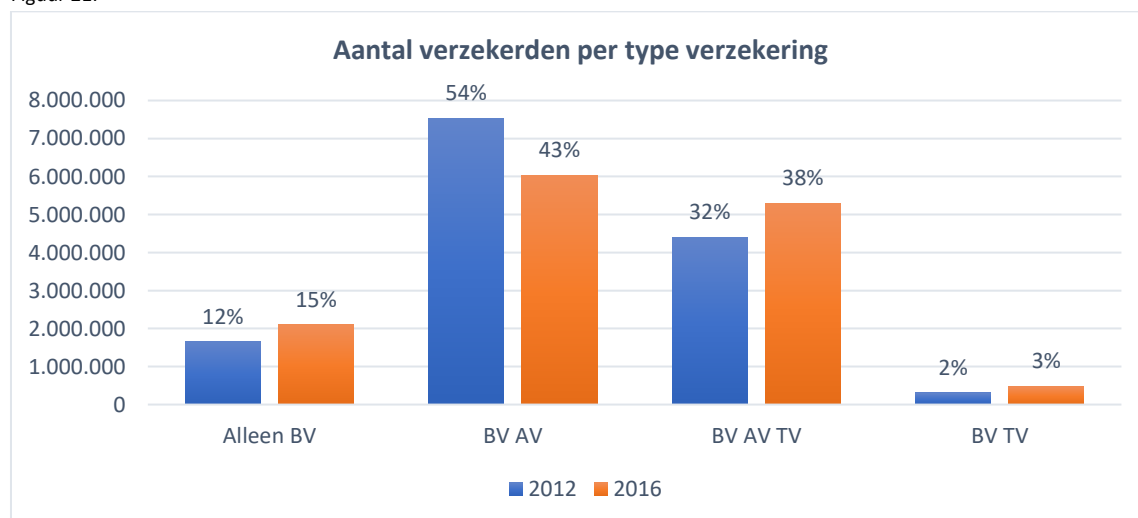
Het aantal verzekerden met een AV is de afgelopen jaren iets afgenomen (tabel 1). In 2007 had 93 procent van de verzekerden een AV, in 2016 betreft dit 85 procent van de verzekerden.

Tabel 1:

	Aanvullend verzekerd
2007	93%
2012	88%
2016	85%

In figuur 21 wordt een uitsplitsing van de aanvullend verzekerden gemaakt naar type verzekering voor de jaren 2012 en 2016⁶. In 2012 heeft 54% van de verzekerden alleen een aanvullende verzekering (exclusief tandverzekering). In 2016 ligt dit percentage op 43 procent. 32 procent van de verzekerden heeft in 2012 een AV én een TV. In 2016 is dit percentage 6 procentpunt toegenomen. De verzekerden met alleen een TV is in 2012 en 2016 bijna gelijk met 2 procent in 2012 en 3 procent in 2016.

Figuur 21:



⁶ Gegevens over 2007 zijn niet beschikbaar.

6.3 Het percentage verzekerden met een AV en/of TV dat daadwerkelijk declareert

Het percentage verzekerden dat ten minste 1 declaratie heeft ingediend is zich in de afgelopen jaren als volgt ontwikkeld:

Tabel 2:

	Percentage dat declareert
2007	63%
2012	68%
2016	67%

6.4 De spreiding van de declaraties ten opzichte van de maximale dekking

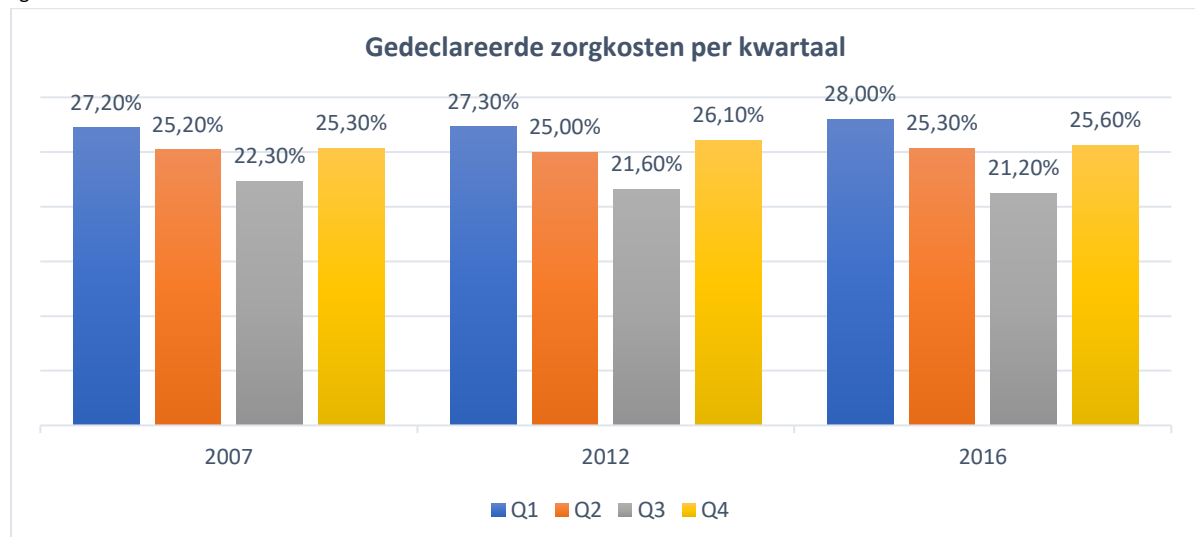
Vektis heeft voor fysiotherapie bij volwassenen, mondzorg bij volwassenen en hulpmiddelen bekeken of verzekerden hun AV volledig benutten. Vektis weet niet per verzekerde wat de maximale dekking van de polis is. We hebben deze analyse dus gedaan door de gedeclareerde kosten per verzekeraar te vergelijken met de maximale dekkingen van de AV's van deze zorgverzekeraar.

Uit deze analyse blijkt dat er voor fysiotherapie en mondzorg geen aanwijzingen zijn dat een groot deel van de verzekerden de polis volmaken. Voor hulpmiddelen geldt dat er wel een aanzienlijke groep is voor wie geldt dat het vergoedingsbedrag dicht bij een maximumvergoedingsbedrag ligt. Het lijkt er dus op dat een aanzienlijk deel van de mensen die hulpmiddelen gebruiken de AV voor hulpmiddelen volledig benutten.

6.5 De spreiding van de declaraties per kwartaal over het jaar

Er wordt wel gesuggereerd dat verzekerden aan het eind van het jaar extra declareren omdat ze nog ruimte hebben binnen de AV en die graag willen benutten. Uit de analyses van Vektis blijkt dat dit niet echt zichtbaar is in de declaraties. In figuur 22 wordt een overzicht gegeven van de gedeclareerde bedragen per kwartaal⁷. Hierin zien we dat in het laatste kwartaal niet veel meer wordt gedeclareerd dan in de overige kwartalen. Wel valt op dat in het laatste kwartaal meer wordt gedeclareerd dan in het derde kwartaal van het jaar. Dit kan meerdere oorzaken hebben. De vakantieperiode in de zomer kan hier bijvoorbeeld ook een rol spelen. Maar hier zou ook kunnen spelen dat mensen in het laatste kwartaal nog zorg gebruiken om dat de AV nog ruimte biedt.

Figuur 22:



⁷ Bijvoorbeeld een behandeling (prestatie) fysiotherapie van verzekerde x met de prestatiedatum 30 april 2016 wordt in het informatiesysteem BASIC toegewezen aan het tweede kwartaal. Ongeacht wanneer de zorgverzekeraar deze declaratie uitkeert.

Wanneer we naar de afzonderlijke zorgsoorten kijken zien we alleen voor fysiotherapie voor kinderen en hulpmiddelen zien we een duidelijk hoger percentage declaratiekosten in het laatste kwartaal. Voor fysiotherapie bij kinderen heeft dit waarschijnlijk te maken met het feit dat de eerste behandelingen vergoed worden uit de basisverzekering, waardoor kinderen pas later in het jaar aanspraak maken op de AV. Bij hulpmiddelen zou het kunnen dat verzekerden bewust nog in het laatste kwartaal declareren omdat de AV nog ruimte biedt om dat te doen.

Er is dus geen sterke aanwijzing dat mensen de polis aan het eind van het jaar volmaken. Alleen voor hulpmiddelen zien we een patroon dat hierop zou kunnen wijzen. Hier speelt uiteraard wel een rol dat een deel van de verzekerden de polis mogelijk al eerder vol heeft. In deze analyse zou je het liefst rekening willen houden met de ruimte die verzekerden nog hebben in hun polis voor de aanvullende verzekering. Deze informatie is niet beschikbaar bij Vektis, waardoor we hier in deze analyse geen rekening mee hebben kunnen houden.

7. Conclusies

1. Algemeen

Het aanbod van AV's is in de periode 2007 – 2018 toegenomen van 137 tot 222 polissen. Dit is een toename van 62%.

2. Het aantal dekkingsonderdelen binnen de AV's

Gemiddeld zijn de AV's smaller geworden doordat het aanbod van polissen met een beperkte dekking is toegenomen. Het aantal AV's met een brede dekking is gelijk gebleven.

3. De hoogte van de dekking per onderdeel

De vier onderzochte dekkingsonderdelen laten een verschillend beeld zien. De trend is echter dat het aantal AV's met de meest uitgebreide dekking is afgenomen en het aantal AV's met een beperkte dekking is toegenomen. Gemiddeld is er sprake van een lichte afname van de dekking. Er is nog steeds een ruim aanbod van polissen met de meest uitgebreide dekking.

4. De hoogte van de premie

De gemiddelde premie van een AV is gestegen van € 19,42 in 2007 naar € 26,25 in 2018. Dit is een gemiddelde stijging van 2,8% per jaar. De gemiddelde stijging wordt gedrukt door het toegenomen aantal 'smalle' polissen en modules met een lage premie. Polissen met een beperkte dekking kenden een gemiddelde premiestijging van 2,4% per jaar en polissen met een uitgebreide dekking stegen gemiddeld met 4,9% per jaar.

5. De ontwikkeling van pakketwaardering en premie

De pakketwaardering is afgenomen terwijl de gemiddelde premie is gestegen. Het is denkbaar dat deze ontwikkeling veroorzaakt wordt door hogere winstmarges van verzekeraars. Uit cijfers van Vektis blijkt echter dat dit niet het geval is. Het lijkt daarom aannemelijk dat de oorzaak ligt in een combinatie van gestegen prijzen van de gedeclareerde zorg en een toename van het volume van de gedeclareerde zorg.

6. De toegankelijkheid als gevolg van wachttijden en medische selectie

Er is geen sprake van een verminderde toegankelijkheid van de AV's door wachttijden en medische selectie. Het aantal polissen met wachttijden en/of medische selectie is onverminderd laag. Het aantal polissen met een op leeftijd gebaseerde premie is gelijk gebleven evenals het premieverschil tussen jongeren en ouderen.

7. Het gebruik van de dekking tot aan de vergoedingslimiet

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen gevonden dat verzekerden kosten declareren tot aan de vergoedingslimiet. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat we niet op verzekerdeniveau de beschikking hebben over de beschikbare ruimte in de polis voor de aanvullende verzekering, waardoor we dit niet exact hebben kunnen bepalen. Het aantal verzekerden dat helemaal niet declareert is afgenomen van 37% naar 33%. Er zijn geen sterke aanwijzingen zijn dat meer verzekerden de dekking gebruiken tot het vergoedingslimiet. Alleen voor de verstrekking hulpmiddelen geldt dat er wel aanwijzingen zijn dat de vergoedingslimiet volledig wordt benut.

Bijlage 1 Belangrijke dekkingsonderdelen

1. Acnétherapie
2. Anticonceptiva vanaf 18 jaar
3. Behandeling alternatief genezer
4. Brillen
5. Eigen bijdrage bevalling
6. Eigen bijdrage GVS (GeneesmiddelenVergoedingsSysteem)
7. Eigen bijdrage kraamzorg
8. Eigen bijdrage ziekenvervoer
9. Elektrische epilatie
10. Fysiotherapie vanaf 18 jaar
11. Orthodontie tot 18 jaar
12. Mantelzorg
13. Reuma kuuroorden
14. Spoedeisende medische zorg in het buitenland
15. Tandarts vanaf 18 jaar