

4. Premie basisverzekering

Ieder jaar na de zomer kijken vooral journalisten reikhalzend uit naar de premie voor de basisverzekering voor het komende jaar. De meeste zorgverzekeraars kijken veel naar elkaar. Met welke premie komt welke verzekeraar op de markt? Het bekend maken van de premie is de start voor het jaarlijkse overstapfeestje. Veel reclame uitingen. Veel aanbiedingen. Veel beloften. En toch, in mijn beleving slechts zo weinig prijsverschil. Andere Nederlanders vinden de prijsverschillen daarentegen erg groot.

In “Financiering van onze zorg” leg ik uit dat iedere zieke of gezonde, jonge of oude, verzekerde voor de basisverzekering welkom is bij iedere zorgverzekeraar. Het vereveningssysteem werkt als een bonus of malus voor de verzekeraar. Voor veel zorgvragende verzekerden ontvangt de verzekeraar een vergoeding, een bonus, van de overheid. Voor een gezonde verzekerde moet de verzekeraar een malus betalen. Zeg maar, een boete. De overheid heeft met het vereveningssysteem een gelijkwaardig speelveld gemaakt voor iedere zorgverzekeraar.

Het berekenen van de nieuwe premie voor het komende jaar is eigenlijk een koud kunstje. Ieder jaar toont DSW dit weer aan. Precies een week na Prinsjesdag maakt DSW de nieuwe premie bekend. Prinsjesdag is de derde dinsdag van september. Bijna alle andere verzekeraars wachten tot eind oktober of begin november om hun premies bekend te maken.

Het is ieder jaar weer boeiend om het premiespelletje te zien. DSW maakt als eerste zijn premie bekend. En dan vier tot zes weken lang een gedraai en gezucht van de andere verzekeraars waarom ze hun premie nog niet bekend kunnen maken. Ze

moeten zogenaamd nog alles doorrekenen en beoordelen. Laat mij niet lachen. Het is gewoon een commercieel spelletje om de eigen verzekerden zolang mogelijk in onzekerheid te laten.

Berekening

Het berekenen van de premie voor het komende jaar is simpel. Je berekent eerst hoeveel zorgkosten je denkt te moeten betalen. Daarna bereken je de kosten van de verzekeraar zelf. Deze bestaat ondermeer uit personeelskosten, reclame en andere commerciële kosten, de kosten van het gebouw met inrichting en automatiseringssystemen. Ook bereken je de opbrengst van het eigen vermogen. En tot slot stel je vast hoeveel winst of verlies je wilt maken. Het totaal deel je door het aantal verzekerden. In de vorm van een formule kan dat als volgt opgeschreven worden:

$$\text{Premie} = \text{Zorgkosten} + \text{Kosten verzekeraar} + \text{Opbrengst vermogen} + \text{Winst/verlies}$$

Moeilijker is het niet. Nu hoor ik meerdere verzekeraars roepen. Ja hoor, het berekenen van de zorgkosten is héél lastig. Laat ik dan het volgende vertellen. Ieder jaar stappen weinig verzekerden over. Ongeveer 5-6%. Dat is ongeveer één op de twintig verzekerden. Hierdoor weet een zorgverzekeraar verduveld goed hoe zijn verzekerdenbestand eruit ziet. Ook kent de verzekeraar de zorgkosten van de afgelopen jaren. Zorgverzekeraars registreren al jaren de zorgkosten en delen dit met de overheid. Voor hen is big data gewone dagelijkse kost.

Verder worden zorgverzekeraars ook nog eens geholpen door de overheid. In de begroting van de overheid zit een gedetailleerde calculatie van de verwachte zorgkosten van alle Nederlanders voor het komende jaar. De overheid baseert

deze calculatie op de gegevens die alle zorgverzekeraars verplicht moeten aanleveren. Accountants controleren deze gegevens. Op Prinsjesdag maakt de regering de overheidsbegroting voor het komende jaar bekend. In deze begroting zit ook de calculatie van alle zorgkosten. Voor de basisverzekering heeft de regering de zogeheten rekenpremie vastgesteld. Dit zijn alle zorgkosten van mensen boven de 18 jaar gedeeld door alle Nederlanders van boven de 18 jaar. De rekenpremie is de gemiddelde zorgkosten per Nederlander. Vanaf Prinsjesdag kan een zorgverzekeraar zijn eigen zorgkosten calculatie vergelijken met die van de overheid. Op die dag wordt de rekenpremie immers bekend gemaakt.

Toen ik met ANNO12 een poging deed om een nieuwe zorgverzekeraar te starten was onze calculatie niet zo moeilijk. Wij hadden als nieuwkomer geen gegevens uit het verleden. Onze formule was eigenlijk net zo simpel:

Premie=Rekenpremie + Kosten ANNO12 + Opbrengst vermogen + Winst

De zorgverzekeraar DSW legt keurig op hun website uit hoe hun premie tot stand komt. Ben je daarin geïnteresseerd. Kijk eens naar hun website. Zij zijn trouwens ook de enige verzekeraar zonder collectiviteitskorting.

Commercieel spelletje

Waarom wachten de meeste verzekeraars tot het laatst met het bekend maken van hun premie? De overheid heeft bepaald dat de zorgverzekeraar uiterlijk zes weken voor de start van het nieuwe jaar een aanbod moet doen. Dat is uiterlijk omstreeks 15 november en wettelijk verplicht

Tijdens de start van ANNO12 in het najaar van 2014 ontstond rond 15 november het nodige rumoer. Volgens diverse concurrenten, vergelijkingssites en media hadden wij onze premies niet tijdig bekend gemaakt. ANNO12 zou daarmee in overtreding zijn. Wat de klagers echter vergaten dat de wet en regelgeving spreekt over “tijdig een aanbod aan jouw verzekerden doen voor het komende jaar”. ANNO12 had op dat moment nog niet eens verzekerden. Wij waren een nieuwkomer!

Door de premie zo laat als mogelijk bekend te maken willen verzekeraars twee dingen bereiken. Op de eerste plaats willen ze weten wat de concurrentie doet. Diegene die het langst kan wachten kan nog net een paar dubbeltjes lager de premie neerzetten dan de concurrent. Op de tweede plaats wordt de echte overstapperperiode beperkt tot slechts zes weken. Als verzekerde wil je natuurlijk eerst de premie van je huidige verzekeraar zien voordat je die kunt gaan vergelijken met andere verzekeraars. Een periode van zes weken is zeer kort. Vooral als je bedenkt dat hierin Sinterklaas en de feestdagen vallen. Dagen die ook veel aandacht vragen. De verzekeraar is gebaat bij een tekort aan tijd om een goed doordachte overstap te maken. Het spreekt bijna voor zich dat ik voorstander ben om uiterlijk 1 oktober de premies bekend te laten zijn. Dan hebben de Nederlanders echt tijd om zich te verdiepen.

Minimale prijsverschillen

Journalisten en zorgverleners verbazen zich ieder jaar weer dat de verschillen in premie voor een zelfde type polis zo klein zijn. Zonder collectiviteitskorting gaat het om slechts enkele tientjes per jaar. Toch is dit niet verbazingwekkend. Immers de

rekenpremie is het uitgangspunt. Deze bedraagt momenteel ongeveer 1.100 euro per jaar. De uitvoeringskosten van verzekeraars variëren zo tussen de 70 en 100 euro per verzekerde. De winstverschillen zijn ook al niet groot. En de opbrengst van het eigen vermogen bestaat vooral uit rente opbrengsten. En die zijn ook niet hoog. Diverse zorgverzekeraars zullen nu roepen dat door scherpe zorginkoop hun premie naar beneden kan. In de praktijk kopen ze slechts een klein gedeelte van de zorg tegen een scherpe prijs in. **Dat leg ik in een ander hoofdstuk uit.** In de praktijk wordt slechts op de laatste 100 tot 150 euro de strijd om de laagste prijs gehouden. En daarbij weet je zeker dat de uitvoering in ieder geval al bijna 100 euro is. Zie hier een eenvoudige verklaring voor het beperkte prijsverschil.

Collectiviteitskorting

Verzekeraars mogen premiekortingen verstrekken aan collectiviteiten. Een collectiviteit is een groep verzekerden die bij elkaar horen. Voor de start van de Zorgverzekeringswet bestond vooral werkgeverscollectiviteiten. En dan alleen voor particulierverzekerden. In die tijd betaalden werkgevers voor ziekenfondsverzekerden een werkgeversbijdrage die net zo groot was als de ziekenfondspremie die ingehouden werd op het salaris van betrokkenen. Denk hierbij aan ruim 4% van het salaris. Voor particulierverzekerden hoefden werkgevers niets bij te betalen. Wat een werkgever minimaal kon doen was een collectieve particuliere ziektekosten afsluiten voor deze werknemers. Voor verzekeraars waren bepaalde groepen werknemers interessanter dan anderen. Je kunt je voorstellen dat mensen met veel fysiek en stressvol werk meer zorgkosten hadden dan de bijvoorbeeld de witte boorden werknemers. Op deze manier konden verzekeraars naar hartenlust verschillende premies hanteren en kortingen geven. Ik laat hier

buiten beschouwing dat meerdere werkgevers deels of gedeeltelijk de particuliere ziektekostenverzekering voor hun werknemers betaalden. Dat hoorde tot de secundaire arbeidsvoorwaarden evenals premievrij pensioen en later nog de leaseauto. Allemaal instrumenten om werknemers aan zich te binden. Afgelopen 20 jaar zijn deze secundaire arbeidsvoorwaarden sterk verminderd. Wetgeving en de economische crisis waren hier de oorzaak van. Je ziet secundaire arbeidsvoorwaarden op dit moment weer wat terugkomen als instrument in de strijd op de schaars wordende arbeidsmarkt. Daar is op zich al een boek over te schrijven. Dat valt buiten het doel van dit boek.

Terug naar de zorgverzekeringen. 2015 was het laatste jaar van het oude zorgverzekeringsstelsel. In de eerste helft van dat jaar hebben zorgverzekeraars met grote hoeveelheden collectiviteiten veel strijd geleverd in Den Haag. Ze wilden graag collectiviteitskortingen toepassen tot wel 20% in de nieuwe Zorgverzekeringswet. De politiek wilde een nagenoeg gelijke premie voor alle verzekerden bij een zorgverzekeraar. Politici dachten aan slechts een klein percentage korting voor collectiviteiten. Zo tussen de 2% en 5%. Het is vooral aan de sterke lobby van grote verzekeraars zoals Zilveren Kruis Achmea te danken geweest dat het uiteindelijk maximaal 10% geworden is.

Eind 2015 brak de strijd los om de verzekerden. Verzekeraars met grote vermogens doken fors onder de kostprijs van de zorgverzekering. De kostprijs is een premie waarbij de verzekeraar geen winst en ook geen verlies maakt. Deze verzekeraars gingen zelfs verder. Naast bestaande (werkgevers)collectiviteiten werden allerlei nieuwe collectiviteiten bedacht om verzekerden binnen te halen. Sportverenigingen, postcodeloterij, klanten van Albert Heijn,

patiëntenverenigingen, leeftijdscategorieën, vakbonden, geloofsovertuiging, land van herkomst. Je kon het niet zo gek bedenken. Overall werden collectiviteiten van gemaakt om kortingen weg te kunnen geven. Nederlanders zijn gek op kortingen. Ook al stelt een dergelijke korting weinig voor.

Inmiddels is ruim 70% van de Nederlanders aangesloten bij een collectiviteit. De gemiddelde collectiviteitskorting bedraagt 7%. De hogere kortingen staan echter niet in verhouding met te behalen voordelen voor de verzekeraar. Deze voordelen zijn maximaal 5% en vooral te behalen op het vlak van administratie en incasso risico. Zo is een korting van 5% voor een zogeheten minima polis te billijken. Mensen met een inkomen tot 1,5 keer het minimum kunnen zich in veel gevallen via de gemeente waar zij wonen verzekeren. De gemeente neemt hierbij het debiteurenrisico van de zorgverzekeraar over. Voor deze groep Nederlanders is dat snel een bedrag ter grootte van 3% van de totale premie.

De politiek krijgt langzaam maar zeker de buikvol van deze hoge kortingen. Zij willen niet langer toestaan dat individueel verzekerden en collectiviteiten met lage kortingen feitelijk meebetalen aan de hoge collectiviteitskortingen. Op het moment dat ik dit schrijf (zomer 2018) heeft de minister een voorstel ingediend om de collectiviteitskorting tot maximaal 5% te beperken. Een maatregel die ik toejuich. Hiermee komt een eind aan het asociale gedrag van diverse verzekeraars. De ene groep verzekerden betaalt dan niet meer via een hogere premie mee aan de lage premie voor de andere groep. Nu nog het onderscheid in type polissen verkleinen of weghalen. Dan pas kunnen we op het gebied van premies spreken over sociaal rechtvaardige premies. Daar ga ik elders in dit boek verder op in. Op het moment van publicatie van dit hoofdstuk heeft de politiek uiteindelijk zijn gelijk gehaald. Met ingang van 2020 is de maximale korting beperkt tot 5%. Wat mij betreft wordt het

uiteindelijk 0%. Dan kan iedereen eenvoudig en transparant de prijzen vergelijken.