

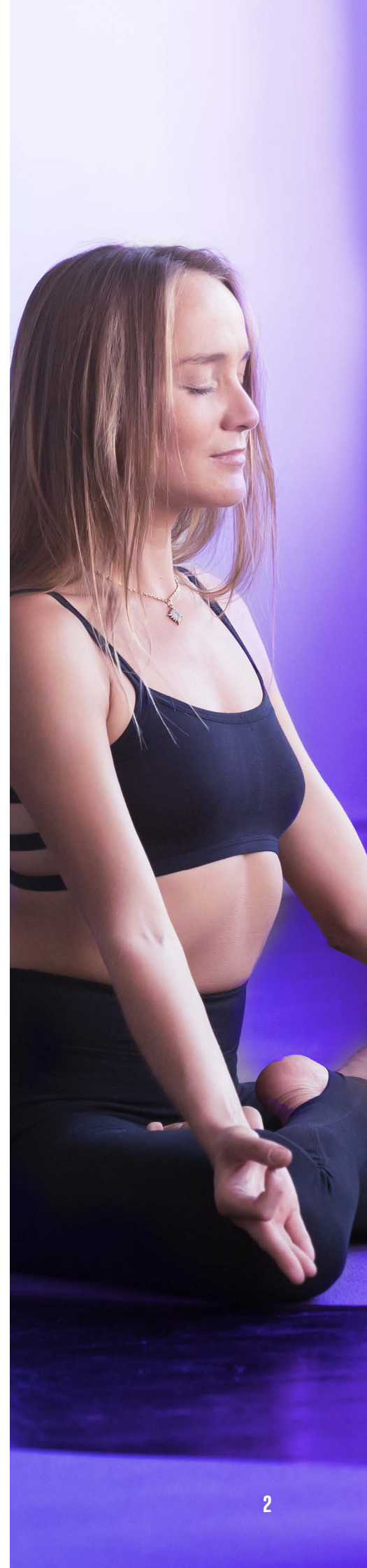
# Rijp voor consolidatie?

De zorgverzekeringsmarkt anno 2023



# Inhoud

Voorwoord	3
Management samenvatting	4
<b>1</b> Trends in de zorgverzekeringsmarkt	6
<b>2</b> Concurrentielandschap en de spelers	9
<b>3</b> Financiële analyse	11
<b>4</b> Mogelijke opties richting een duurzame en robuuste zorgverzekeringsmarkt	15
<b>5</b> Conclusies en aanbevelingen	17
Contact	17





# Voorwoord

Het toegankelijk houden van hoogwaardige zorg is een uitdaging. Dit komt door technologische ontwikkelingen die steeds meer mogelijk maken, maar ook de zorgkosten doen toenemen. En daarnaast door vergrijzing, veranderende zorgbehoeften en het tekort aan gekwalificeerd zorgpersoneel die toegankelijke zorg onder druk zetten.

Terwijl er vaak geschreven wordt over de situatie van zorgaanbieders of de kosten van de gezondheidszorg in de Rijksbegroting, werpt dit rapport een blik op de toenemende druk op zorgverzekeraars, de beperkte mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op kwaliteit en de toenemende prijsconcurrentie. Dit zijn kenmerken van een zogenaamde “commodity markt”. Vaak is het zo dat in commodity markten – op enig moment – consolidatie (het samengaan van en/of verregaand samenwerken tussen partijen) optreedt om zo onder andere schaalvoordelen te realiseren.

Op basis van onze analyse verwachten wij dat dit – op enig moment - ook het geval zal zijn in de zorgverzekeraarsmarkt. Op welke wijze deze beweging precies vorm zal krijgen is ook voor ons lastig te voorspellen, maar het huidige landschap van 10 spelers lijkt niet toekomstbestendig.

Wij onderbouwen onze analyse van het huidige zorgverzekeringslandschap met financiële kengetallen uit de jaarverslagen van de zorgverzekeraars en andere onderzoeken in de sector. Middels dit onderzoek hopen wij een waardevolle bijdrage te leveren aan het gesprek over de toekomst van onze gezondheidszorg.

**David Ikkersheim**  
Partner Strategy &  
Operations Health &  
Life Sciences

**Rutger Hagendoorn**  
Partner Strategy & Operations  
Financial Services

# Management samenvatting

In 2024 zal de zorgpremie opnieuw stijgen, namelijk tussen de €8 tot €10 per maand. In de afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars de stijgende zorgkosten slechts deels doorberekend aan hun klanten, doordat ze een deel van hun financiële reserves hebben ingezet. Hierdoor dalen echter de solvabiliteitsratio's en dat kan niet eindeloos doorgaan.



## Een (steeds groter) deel van de verzekerden kiest ieder jaar de goedkoopste zorgverzekeraar uit.

Een (steeds groter) deel van de verzekerden die overstappen - 8,5% van de verzekerden stapte over in 2022/2023 - blijkt prijsgevoelig en kiest ieder jaar de goedkoopste zorgverzekeraar uit. 53% van overstappers geeft aan dat de hoogte van de premie doorslaggevend was. Deze prijsconcurrentie leidt tot jaarlijkse verschuivingen van verzekerden, waarbij online vergelijkingssites dit hebben vergemakkelijkt. Het winnen van verzekerden door middel van een lage premie is dus mogelijk, echter over het algemeen zijn deze verzekerden niet erg loyaal en stappen daarna weer snel over. Het duurzaam behouden van deze verzekerden is dus alleen mogelijk met een duurzame lage premie.

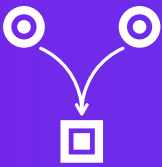
Veel verzekerden kiezen dus op basis van de prijs van de zorgverzekering. Onderscheid op kwaliteit via factoren zoals goede zorginkoop of andere type polissen is voor zorgverzekeraars lastig om in de praktijk te brengen. Zo is de restitutiepolis langzaam aan het verdwijnen van de markt, ten gevolge van oplopende kosten van deze polis. In de naturapolis markt is er weliswaar onderscheid tussen budgetpolissen (polissen met een beperkter gecontracteerd aanbod) en reguliere polissen, maar lijken beide varianten polissen veel op elkaar qua dekking (het basispakket is immers vastgesteld met voor iedere Nederlander dezelfde gezondheidszorg) en lukt het zorgverzekeraars niet om aantoonbaar betere zorg in te kopen voor hun verzekerden. Dit wordt mede veroorzaakt door het zogenaamde hinderpaalcriterium in artikel 13 van de zorgverzekeringswet waardoor zorgverzekeraars ook niet gecontracteerde zorg in belangrijke mate moeten vergoeden. Daarnaast is kwaliteitsinformatie (bijvoorbeeld de overlevingscijfers na een behandeling per zorgaanbieder) grotendeels niet transparant. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars lastig om zich op kwaliteit te onderscheiden.

Zorgverzekeraars moeten voldoen aan de eisen van DNB. DNB vereist voor iedere verzekerde een bepaald bedrag aan kapitaal om onvoorziene omstandigheden te kunnen opvangen. Een toename van verzekerden, door de polissen tegen een meer concurrerende prijs in de markt te zetten, zorgt dus voor het moeten aanhouden van meer kapitaal. (Nieuwe) klanten leveren daardoor én minder op (lagere prijs) en kosten meer geld (hoger kapitaal). Echter hebben niet alle zorgverzekeraars een overschot aan kapitaal, waardoor niet alle zorgverzekeraars meer verzekerden kunnen of willen aannemen. Daarbij komt uit ons onderzoek dat de (relatief) kleinere zorgverzekeraars percentueel hogere beheerskosten hebben. De gemiddelde beheerskosten van de grootste verzekeraars (Achmea, CZ, VGZ en Menzis) liggen rond de 3%, terwijl de beheerskosten van de kleinere verzekeraars (DSW, Zorg en Zekerheid en ONVZ) tussen de 4 en 5% liggen, waarbij Salland een uitschieter is met 9%.

Een bijzonder element in de zorgverzekeringsmarkt is het zogenaamde risicovereveningsfonds. Vanuit dit fonds worden zorgverzekeraars met een populatie met een hoger risico op zorgkosten (bijvoorbeeld meer oudere verzekerden) gecompenseerd door de overheid om zoveel mogelijk een gelijk speelveld tussen verzekeraars te realiseren. Alhoewel het hier gaat om een ingenieus systeem dat ieder jaar verder wordt verfijnd, blijven sommige doelgroepen verzekerden ongunstig uit deze risicoverevening komen. Daarmee zijn zorgverzekeraars met een niet-gemiddelde portefeuille aan verzekerden (vaak kleinere zorgverzekeraars) kwetsbaar voor de impact hiervan.

Kortom, prijs lijkt voor de consument de belangrijkste overweging, hoezeer verzekeraars ook hun best doen om zich te onderscheiden en loyaliteit onder verzekerden op te bouwen. Dit gegeven in combinatie met toenemende concurrentie, toenemende kosten en het risicovereveningsfonds maakt dat de huidige markt met vier relatief grote en zes kleinere zorgverzekeraars die elk zeer lage marges draaien op termijn niet duurzaam lijkt.

## Een bijzonder element in deze zorgverzekeringsmarkt is het zogenaamde risicovereveningsfonds



## In deze context lijkt verdere consolidatie de meest logische volgende stap, maar de timing hiervan is lastig te voorspellen

In deze context lijkt verdere consolidatie de meest logische volgende stap, maar de timing hiervan is lastig te voorspellen, mede omdat alle zorgverzekeraars op dit moment (ruim) voldoende gekapitaliseerd zijn. Hiervoor is waarschijnlijk een 'trigger event' nodig. Trigger events kunnen zijn:

- 1. Een verslechterde financiële situatie van een of meerdere verzekeraars**, bijvoorbeeld door:
  - De risicoverevening die bijzonder goed of slecht uitvalt; of
  - Door het verliezen of winnen van teveel klanten tegen een te lage premie of met een niet competitieve prijs.
- 2. Politieke ingrepen.** De markt van Nederlandse zorgverzekeraars is sterk afhankelijk van politieke besluitvorming. Veranderingen in wet- en regelgeving kunnen gevolgen hebben voor zorgverzekeraars en hun bedrijfsvoering.
- 3. Differentiatie op zorginkoop.** Als sommige zorgverzekeraars toch in staat blijken te zijn om een duurzaam voordeel te realiseren in de zorginkoop, wordt de kloof met andere partijen groter. Dit is momenteel echter nog beperkt het geval. Een belangrijke ontwikkeling die gaande is – mede ten gevolge van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) – is dat zorgverzekeraars via regioplannen samen met zorgaanbieders de regionale infrastructuur kunnen vormgeven. In welke mate het zorgverzekeraars lukt om duurzaam voordeel te halen uit zorginkoop, en/of zorgverzekeraars met een groter regionaal marktaandeel hier al dan niet differentiëren op zorginkoop, is de vraag.

Mogelijke consolidatiestrategieën variëren van operationele samenwerking, zoals het gezamenlijk opzetten van een 'shared-service center' op het gebied van IT, tot meer ingrijpende maatregelen, zoals het samenvoegen van de gehele 'backoffice'-operatie of volledige fusie. Deze scenario's bieden potentieel voor kostenbesparingen en efficiëntere allocatie van middelen, maar vragen ook om investeringen. Een alternatieve strategie omvat samenwerking op het gebied van zorginkoop, waarbij verschillende zorgverzekeraars hun krachten bundelen

om een sterkere onderhandelingspositie te verkrijgen. Een volledige fusie biedt eveneens mogelijkheden voor efficiencywinst, maar vereist een substantiële en intensieve integratie op verschillende terreinen, zoals op het gebied van cultuur, personeel en bestuur.

Daarnaast is er ook nog de optie waarbij een partij de verzekering tegen een vaste 'af fabrieksprijs' inkoop bij een zorgverzekeraar. In dat geval kiest de partij om zich enkel te richten op de distributie van de zorgverzekeringpolis bij een collega zorgverzekeraar. Deze optie vraagt geen (vorm) van consolidatie, maar wel een afslanking van concerns en kan in principe altijd worden toegepast.

Tot slot, het is moeilijk om te voorspellen hoe mededingingsautoriteiten een eventuele consolidatie in de zorgverzekeringmarkt zullen beoordelen. Het is van belang om in ogenschouw te houden dat het in feite gaat om twee markten, namelijk de polismarkt en de zorginkoopmarkt. De polismarkt is in belangrijke mate – mede ten gevolge van vergelijkingswebsites – een landelijke markt, waarbij met een consolidatie naar minder dan 10 spelers vermoedelijk voldoende keuzevrijheid overblijft. De zorginkoopmarkt is veelal een regionale markt met vaak enkele zorgverzekeraars met een relatief groot regionaal marktaandeel en enkele zorgaanbieders met ook een groot regionaal marktaandeel. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, laat onderzoek zien dat de marktmacht in deze onderhandelingen varieert per type zorgsoort. Zo is de inkoopmacht van zorgverzekeraars relatief groter bij onderhandelingen met 1e lijns zorgaanbieders (bijvoorbeeld paramedici), terwijl 2e lijns zorgaanbieders (GGZ instellingen, ziekenhuizen) meestal meer marktmacht hebben dan zorgverzekeraars. Hoe dit precies uitwerkt hangt ook nog af van de regionale marktaandelen van zorgverzekeraars en wisselt per regio. Deze combinatie van factoren maakt dat mededingingsautoriteiten een eventuele consolidatie in de zorgverzekeringmarkt case by case zullen moeten beoordelen.



# 1. Trends in de zorgverzekeringsmarkt

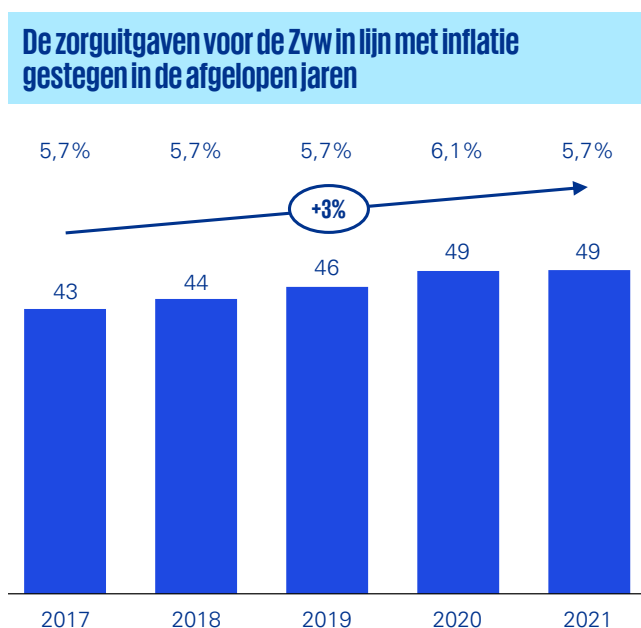
## Trends in de zorg

Figuur 1 laat zien dat de zorgkosten in Nederland blijven stijgen, wat een uitdaging vormt voor zowel zorgverzekeraars als verzekerden. In de periode 2017 – 2021 zijn de zorgkosten gemiddeld 3% per jaar gestegen (de verhouding met het bbp is gelijk gebleven in deze periode). Deze stijging van zorgkosten is gedreven vanuit zowel de vraag als de aanbodzijde. Door technologische ontwikkelingen wordt steeds meer mogelijk en wordt het basispakket ieder jaar uitgebreid (bijvoorbeeld door de toevoeging van nieuwe geneesmiddelen). Daarnaast neemt door de vergrijzing de absolute vraag naar zorg toe. Bovendien veranderen de zorgbehoeften ook, waarbij er verschuiving plaatsvindt naar de behandeling van chronische ziekten en het bevorderen van gezondheid en welzijn.

Het aanbod van zorg staat onder druk door een oplopend tekort aan gekwalificeerd zorgpersoneel, zoals verpleegkundigen en verzorgenden, waardoor op den duur de stijgende vraag niet met kwalitatief hetzelfde aanbod kan worden voorzien. Tegelijkertijd is er ook een groeiende vraag naar meer patiëntgerichte zorg, waarbij de nadruk ligt op de eigen regie en autonomie van de patiënt, wat om specifieke vaardigheden van het zorgpersoneel vraagt. De krappe arbeidsmarkt zet daarnaast ook druk op de loonontwikkeling in de sector.

**Figuur 1**

Nederlandse zorguitgaven, 2017 – 2021  
(€ miljard en % van bbp)<sup>1,2</sup>



<sup>1</sup> (a) De definitieve zorguitgaven zijn bekend t/m 2021. Cijfers voor jaren hierna zijn nog niet definitief en om die reden buiten beschouwing gelaten.

<sup>2</sup> Bron: CBS, Vektis, Zorgwijzer, ACM, Zorgmonitor

<sup>3</sup> Bron: CBS, Vektis, Zorgwijzer, ACM

Technologie speelt een steeds grotere rol in de zorgsector. Hoewel dit nieuwe mogelijkheden biedt, zoals telemedicine en eHealth toepassingen, brengt het ook uitdagingen met zich mee, zoals de implementatie en integratie van nieuwe technologieën en de bescherming van privacygevoelige gegevens.

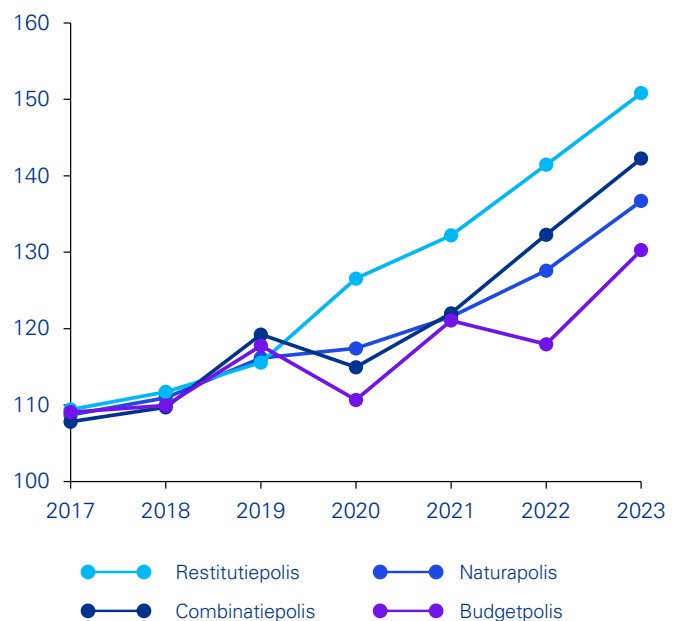
## Trends in de markt voor zorgverzekeraars

In 2013 tot 2022 stapte tussen de 6 en 7% van de verzekerden over van zorgverzekeraar. Echter, in 2023 is 8,5% van de verzekerden overstapt, het hoogste percentage sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006. Van deze 8,5% overstappers geeft 53% aan dat ze overstappen vanwege de prijs van de verzekering. 32% geeft aan dat ze overstappen door de dekking van de verzekering en 15% stapt over voor een vrije zorgkeuze. Het oplopend aantal overstappers vindt plaats in een tijd van oplopende inflatie en verminderde koopkracht voor sommige groepen.

Zoals in figuur 2 en 3 beschreven zien we dat voor de basisverzekering restitutiepólissen nog maar heel beperkt worden aangeboden, en als ze al worden aangeboden relatief duur zijn. De belangrijkste redenen hiervoor zijn de noodzaak van grip op inkoop (met name in de

**Figuur 2**

Prijsontwikkeling kosten zorgverzekeringen per maand, 2017 – 2023 (€)<sup>3</sup>



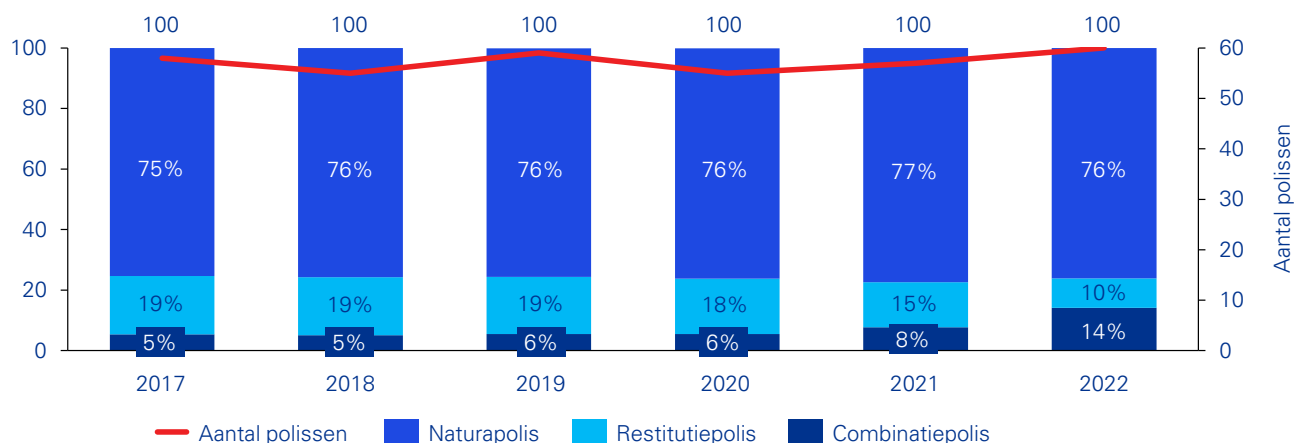
GGZ en wijkverpleegkundig) en dat de resterende restitutiepolissen steeds meer verzekerden met hoge kosten aantrekken, waardoor deze minder aantrekkelijk worden. Te sterk oplopende zorgvolumes per persoon (en daarmee kosten) van restitutiepolissen de afgelopen jaren zorgen ervoor dat steeds minder zorgverzekeraars restitutiepolissen aanbieden. Verder is afgelopen jaren het aandeel combinatiepolissen sterk gestegen, voornamelijk gedreven door prijsconcurrentie en omzetting van restitutiepolissen.

Ondanks dat het aandeel van de totale premies daalt (zie figuur 5 en 6), worden er relatief goede resultaten op de aanvullende verzekeringen geboekt. Sommige verzekeraars kunnen deze winsten benutten om de premie op de basisverzekering te drukken.

Het percentage aanvullende verzekeringen is gedaald voor het tweede jaar op rij. 82,5% van alle verzekerden sluit ook een aanvullende verzekering af. Daarnaast is de collectieve korting op de basisverzekering weggefallen, waardoor zorgverzekeraars iedereen dezelfde prijs moeten bieden. Met het wegvallen van deze collectieve basiskorting kunnen zorgverzekeraars minder sturing aanbrengen in hun klantenportefeuille en daalt het aandeel collectieve zorgverzekeringen, zoals afgebeeld in figuur 4.

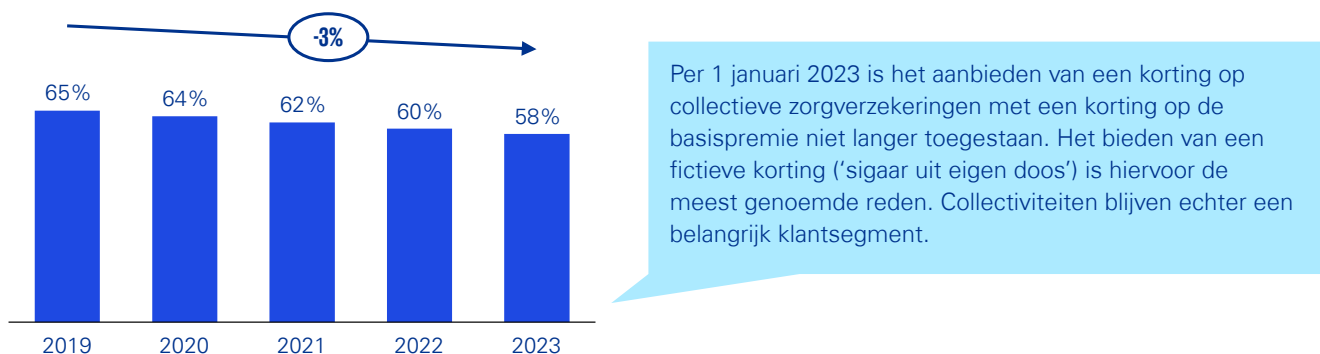
**Figuur 3**

Verhouding type zorgverzekering van verzekerden en aantal polissen, 2017 – 2022 (%)<sup>4,5</sup>



**Figuur 4**

Aandeel verzekerden met een collectiviteit en ontwikkeling aanvullende verzekeringen, 2019 – 2023 (%)<sup>6</sup>



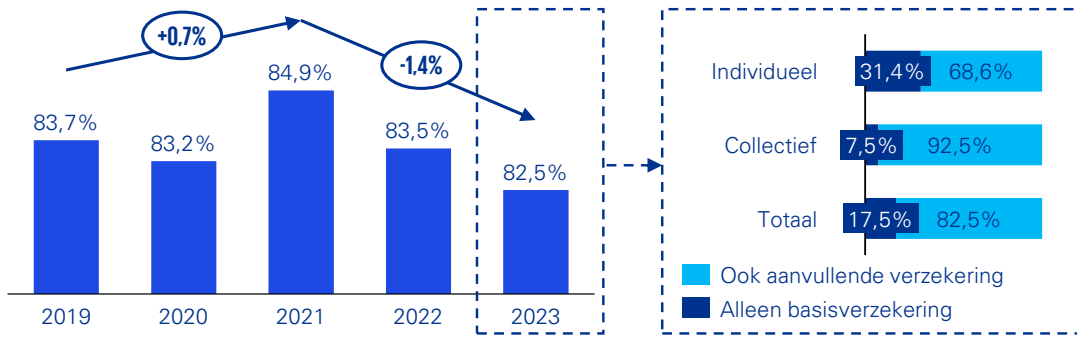
<sup>4</sup> (a) De budgetpolis - een naturapolis met beperkte service en vrije keuze - is ondergebracht bij naturapolissen.

<sup>5</sup> Bron: CBS, Vektis, Zorgwijzer, ACM

<sup>6</sup> Bron: Zorgwijzer, Vektis

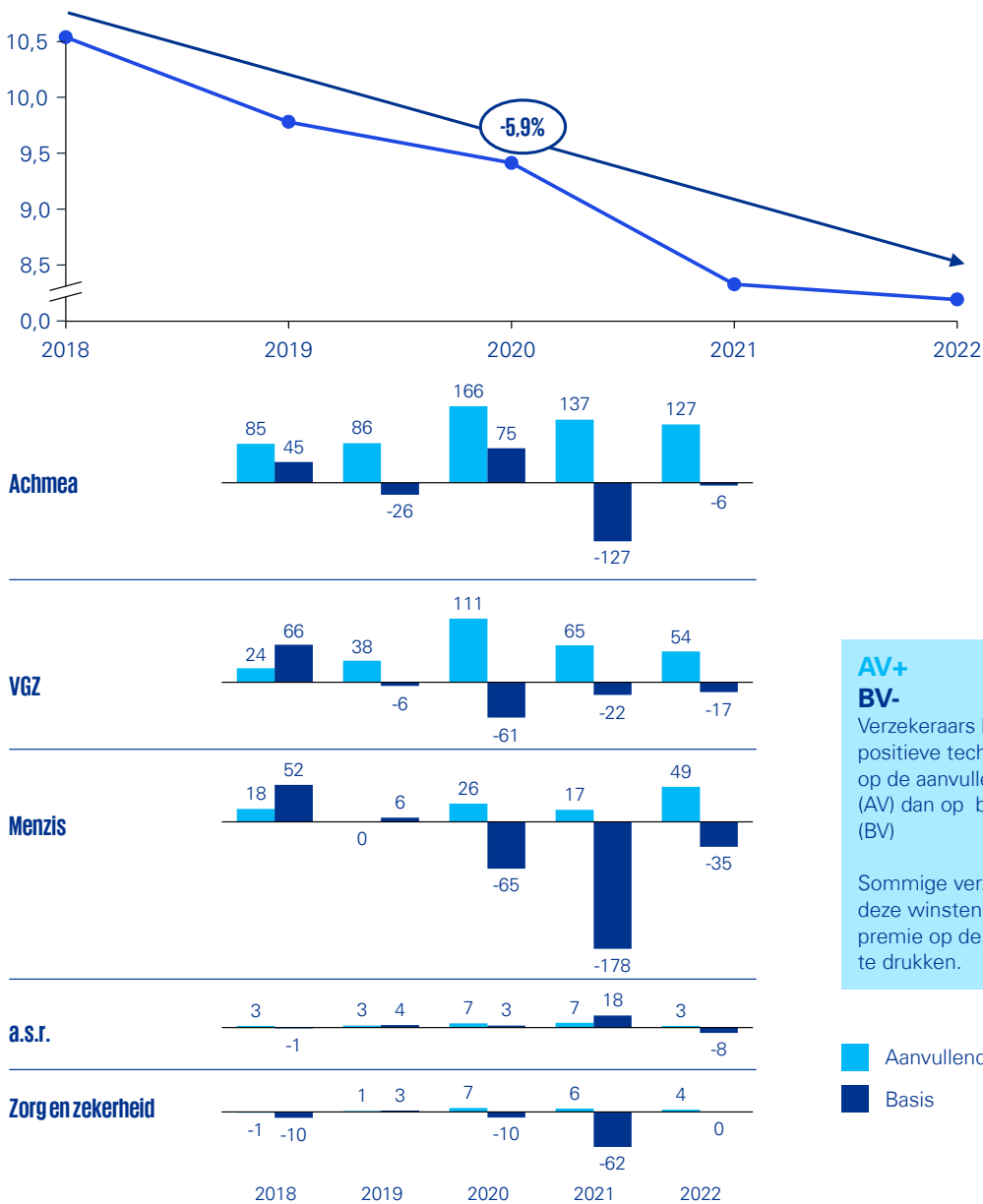
**Figuur 5**

Aandeel verzekerden met aanvullende verzekering, en uitsplitsing naar individueel en collectief verzekerd, 2019 – 2023 (%)<sup>7</sup>



**Figuur 6**

Proportie premies aanvullende verzekeringen en resultaat op basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen, 2018 – 2022 (% , € miljoen)<sup>8,9,10</sup>



**AV+**  
**BV-**  
Verzekeraars boeken vaker positieve technische resultaten op de aanvullende verzekeringen (AV) dan op basis verzekeringen (BV)  
Sommige verzekeraars kunnen deze winsten benutten om de premie op de basis verzekering te drukken.

■ Aanvullend  
■ Basis

<sup>7</sup> Bron: Zorgwijzer, Vektis

<sup>8</sup> Bron: Jaarverslagen zorgverzekeraars

<sup>9</sup> DSW is door ontoereikende gegevens vanuit de jaarverslagen niet meegenomen in de gemiddelde proportie premies aanvullende verzekeringen.

<sup>10</sup> Niet iedere zorgverzekeraar gaat in de jaarverslagen in op specifieke resultaten per verzekering, waardoor niet alle zorgverzekeraars zijn meegenomen in deze analyse.



# 2. Concurrentieel landschap en de spelers

Momenteel zijn er tien concerns actief in de zorgverzekeringsmarkt die samen 17,3 miljoen verzekerden hebben, zoals afgebeeld in figuur 7. IptiQ (dochter van Swiss Re) heeft na 3 jaar actief te zijn geweest de Nederlandse markt verlaten en in de periode 2017 – 2022 is EUCARE als concern toegetreden<sup>11</sup>. In 2022 is het aanbod van labels gelijk gebleven (60 stuks) als het gevolg van het samenvoegen van een aantal polissen bij verzekeraars en hun labels. Met name de grotere zorgverzekeraars bieden via meerdere labels veel polissen aan met uiteenlopend prijsaanbod, met als achterliggend idee beter in te kunnen spelen op verschillende doelgroepen.

Wij hebben een aantal verschillen op een rijtje gezet in figuur 8 op de volgende pagina, die volgens ons belangrijk zijn om bij het selecteren van een eventuele samenwerkings- of zelfs fusiepartner mee te nemen.

1. Een belangrijk verschil tussen zorgverzekeraars is de geografische markt waarin de verzekeraar werkzaam is. De verzekeraar met het grootste regionale marktaandeel treedt richting zorgaanbieders op als primaire contractpartij. Er zijn zorgverzekeraars die vooral in bepaalde regio's actief zijn, en er zijn landelijke spelers. Het is nog niet duidelijk of en welke model te prefereren is. Onderzoek van zorginkoop van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg laat zien dat een groot regionaal marktaandeel op dit moment leidt tot gemiddeld hogere kosten voor de betreffende zorgverzekeraar.<sup>12</sup> Door gedeeltelijke harmonisatie van de inkoop zoals onder andere in het IZA beschreven en aanpassingen in het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars zou het echter kunnen dat dit nadeel mogelijk vermindert c.q. verdwijnt. Of, en zo ja, in welke mate dit daadwerkelijk het geval is, is een belangrijke driver voor de ordening van de zorgverzekeringsmarkt. Als blijkt dat zorgverzekeraars met een groter regionaal marktaandeel – op termijn – betere resultaten kunnen behalen, dan kan regionale, gerichte groei (gaan) lonen.

**Figuur 7**

Aantal verzekerden per concern, verzekeraar en onderliggende labels, 2023<sup>13,14</sup>

	14,8 miljoen verzekerden <sup>(a)</sup>				2,7 miljoen verzekerden <sup>(a)</sup>					
Verzekerden	4,9 miljoen	4,0 miljoen	4,0 miljoen	1,8 miljoen	0,8 miljoen	0,7 miljoen	0,5 miljoen	0,4 miljoen	0,2 miljoen	0,2 miljoen
Marktaandeel	27,8%	23%	22,7%	10,5%	4,5%	4,3%	2,9%	2,3%	1,1%	0,9%
Concern	<b>Achmea</b>	<b>CZ</b>	<b>VGZ</b>	<b>Menzis</b>	<b>DSW</b>	<b>a.s.r.</b>	<b>Zorg en Zekerheid</b>	<b>ONVZ</b>	<b>Salland</b>	<b>EUCARE</b>
Verzekeraar	FBTO De Friesland Interpolis Zilveren Kruis - ProLife	Nationale Nederlanden OHRA CZ - Just CZ - CZ Direct	UMC IZA Univé - Zekur VGZ - bewuZt - IZZ	Anderzorg Menzis - HEMA - VinkVink	Stad Holland DSW - inTwente		Zorg en Zekerheid AZVZ	ONVZ - VvAA - jaaah.	Salland	<i>Nieuw sinds 2019<sup>(b)</sup></i> Aevitae
Labels	- Zilver Kruis ZieZo									

<sup>11</sup> Wij achten de kans op nieuwe toetreders beperkt doordat de marges laag zijn en het lastig is om winst te maken. Daarnaast zijn er hoge barrières voor nieuwe partijen om de markt te betreden.

<sup>12</sup> Alhoewel deze uitkomst in eerste instantie contra-intuïtief is (immers in de meeste markten leidt een groter marktaandeel tot betere inkoopresultaten), is dit nader beschouwd een logisch gegeven. Met name de tweedelijns zorgaanbieders (ziekenhuizen, GGZ-instellingen) hebben marktmacht en kunnen hun prijzen dicteren aan zorgverzekeraars, omdat een eventueel faillissement van zo'n partij maatschappelijk gezien onwenselijk is. De grootste zorgverzekeraar in zo'n regio kan vaak dus niet anders dan de prijzen die gevraagd worden te betalen, aangezien deze zorgverzekeraar ook een regionaal belang en regionale zorgplicht heeft.

<sup>13</sup> Bron: Zorgwijzer, NU.nl

<sup>14</sup> (a) Het aantal verzekerden is getoond op basis van 2023. Hierin zijn de overstappers van 2022 naar 2023 meegerekend. De som van alle verzekerden is na afronding gelijk aan 17,3 mln. (b) EUCARE biedt in samenwerking met Aevitae (volmacht) zorgverzekeringen aan in Nederland. In onze gedetailleerde analyse hierna van de resultaten per zorgverzekeraar is EUCARE buiten beschouwing gelaten vanwege ontoereikende publieke data voor zorgverzekeringen.

**Figuur 8**

Kenmerken concerns, 2023<sup>15,16</sup>



Ref.	Concern	Organisatiestructuur	Herkomst	Backoffice-systeem
	Zilveren Kruis	Onderdeel van Achmea, met verzekerdenraad	Zuid-Hollandse achtergrond	Ikaz (Maatwerk)
	CZ	Coöperatie, met ledenraad	Zuid-Nederland	Topicus <sup>(a)</sup>
	VGZ	Coöperatie, met ledenraad	Oost-Nederlandse achtergrond	OHI
	Menzis	Coöperatie, met ledenraad	Gelderse / Noordelijke/ Twentse achtergrond	OHI
	DSW	Centrale non-profit organisatie, met ledenraad	Zuid-Hollandse achtergrond	DSW Delphi (Maatwerk)
	a.s.r.	Centrale for-profit, zorgverzekering non-profit	Midden-Nederlandse achtergrond	DSW Delphi (Maatwerk)
	Zorg en Zekerheid	Centrale non-profit organisatie, met ledenraad	Zuid-Hollands bedrijf	OHI
	ONVZ	Centrale non-profit organisatie, met ledenraad	Midden-Nederlandse achtergrond	OHI
	Salland	Coöperatie, met ledenraad	Overijsselse achtergrond (Deventer)	OHI
	Eucare	Volmacht Aevitae, statutair gevestigd in Malta	Onbekend	Onbekend

2. Een ander verschil is de cultuur. Cultuur is moeilijk te vatten maar uit zich onder andere in de herkomst van de organisatie. Daarnaast uit cultuur zich in leiderschap en managementstijl, de waarden en normen van de organisatie, de manier waarop communicatie plaatsvindt, de organisatiestructuur en het belonings- en erkenningsystemen (dit is immers sturend voor het gedrag van medewerkers).
3. De inrichting van de administratie en het gebruikte administratiesysteem is ook een onderscheidend verschil tussen zorgverzekeraars. Verzekeraars streven ernaar om zich te onderscheiden door middel van klantenservice, aanpasbaarheid, efficiëntie en concurrentievoordelen. De inrichting van de administratie en het administratiesysteem zijn cruciale instrumenten om deze doelen te bereiken en kunnen dus een aanzienlijk verschil maken. Daarnaast gebruiken vijf verzekeraars Oracle als belangrijke administratiesysteem. Voor een eventuele toekomstige integratie kan dat een voordeel zijn; ook kunnen partijen bij een eventuele toekomstige vervanging samen optrekken als er van hetzelfde systeem gebruik wordt gemaakt.
4. Verzekeraars die naast zorg ook andere producten aanbieden (bijvoorbeeld schade-, leven- of bankproducten), hebben meer mogelijkheden voor cross-selling. Dit kan zorgen voor manieren om zich te onderscheiden en daarmee verzekerden te winnen. Daarnaast kunnen deze verzekeraars ook hun beleggingen diversifiëren en daarmee verbeterde resultaten halen, wat mogelijk weer kan leiden tot lagere premies.

<sup>15</sup> (a) CZ doet de uitvoering voor NN en Ohra

<sup>16</sup> Bron: Vektis, Jaarverslagen zorgverzekeraars

# 3. Financiële analyse

In figuren 9 tot en met 15 zijn de financiële kengetallen van de zorgverzekeringsmarkt opgenomen.

Figuur 9 laat zien dat de bruto geschreven premies in 2022 verder zijn toegenomen ten opzichte van 2021. Het betreft een stijging van €745 miljoen (+1,5%). De stijging zet daarmee verder door en betreft ten opzichte van 2018 al 10%, dit ondanks dat door de meeste verzekeraars voor 2021 eigen vermogen is ingezet om de premiestijging te beperken. Daarnaast zijn ook de zorgkosten in 2022 verder gestegen, en tonen over de periode 2018 - 2022 een 1 procentpunt hogere jaarlijkse groei dan de bruto geschreven premies. De stijging van de zorgkosten in 2022 is ietwat lager (+1,1%) dan in 2021 en 2020 (beide respectievelijk 1,8% stijging).

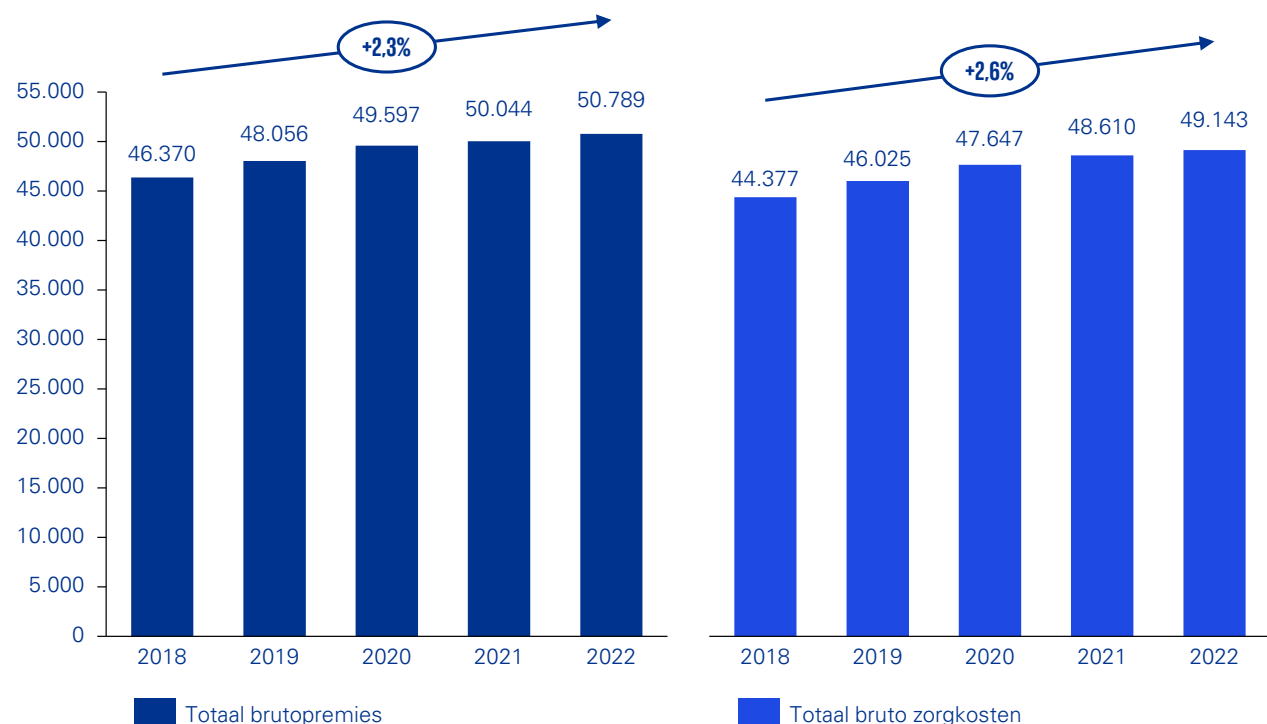
Ondanks dat beheerskosten maar een klein deel van de totale kosten zijn, is het beheersbaar houden van deze kosten essentieel gezien de lage marges. Figuren 10 en 11 laten zien dat in de huidige staat van de markt met name de grotere verzekeraars beter in staat zijn om de beheerskosten per verzekerde te drukken, waarbij ze profiteren van schaalvoordelen.

Een essentieel onderwerp in de markt is het risicovereveningsmodel, zie figuur 12 en 13, dat kan resulteren in een strategisch voor- of nadeel voor bepaalde zorgverzekeraars, afhankelijk van welke doelgroep verzekerden over- of ondergecompenseerd wordt. In 2023 wordt een nieuwe wijze van risicoverevening (zogenaamde constraint regression) ingevoerd, die mogelijk een verdere optimalisatie van het model oplevert vanaf 2024 en verder. De verwachting is echter nog steeds dat sommige doelgroepen een over- of ondercompensatie zullen kennen. Daarmee blijven zorgverzekeraars met een niet gemiddelde populatie gevoelig voor (on)gunstige resultaten uit het risicovereveningsmodel, hetgeen een driver voor consolidatie in de markt kan zijn.

Tenslotte laten figuren 14 en 15 zien dat het gemiddelde solvabiliteitsratio van verzekeraars over de periode 2015 – 2022 per jaar gemiddeld 2% daalt. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren hun solvabiliteitsbuffers ingezet om de premiestijging te beperken, ondanks dat de zorgkosten al sterk opliepen.

**Figuur 9**

Totaal geschreven premies en zorgkosten, 2018 - 2022 (€ miljoen)<sup>17,18</sup>

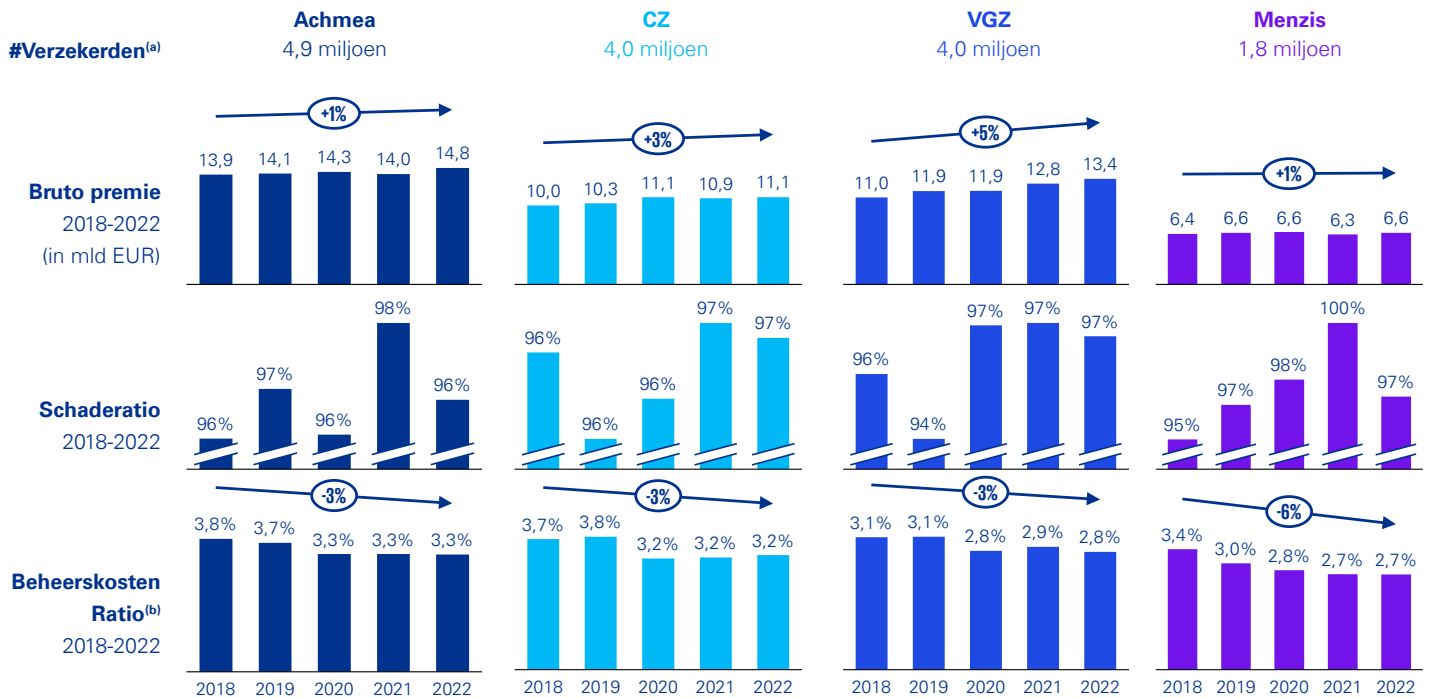


<sup>17</sup> Totalen zijn berekend op basis van de cijfers van negen concerns voor zorgverzekeraars. EUCARE is hierin buiten beschouwing gelaten.

<sup>18</sup> Bron: Jaarverslagen van respectievelijke zorgverzekeraars

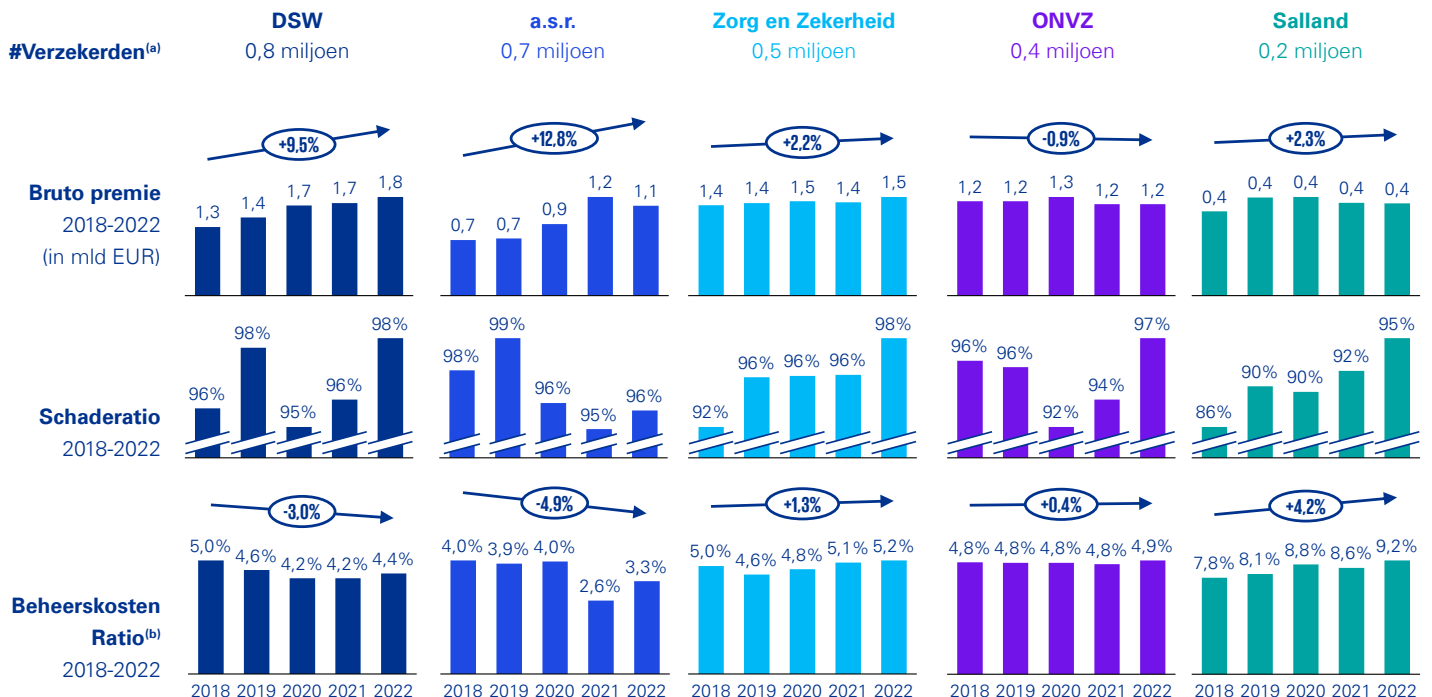
**Figuur 10**

Bruto premie, schade- en beheerskostenratio's van de vier grootste zorgverzekeraars, 2018 - 2022 (€ miljard - %) <sup>19,20</sup>



**Figuur 11**

Bruto premie, schade- en beheerskostenratio's van de vijf kleinere zorgverzekeraars, 2018 - 2022 (€ miljard - %) <sup>21,22</sup>



**Kleinere verzekeraars** hebben i.v.m. afwezige schaal circa gemiddeld **1 procentpunt hogere beheerskostenratio** dan de grotere verzekeraars.

<sup>19</sup> Bron: Jaarverslagen respectievelijke zorgverzekeraars

<sup>20</sup> (a) Voor de kostenanalyse is gebruik gemaakt van de jaarverslagen t/m 2022. Het aantal verzekerden is op basis van 2023.

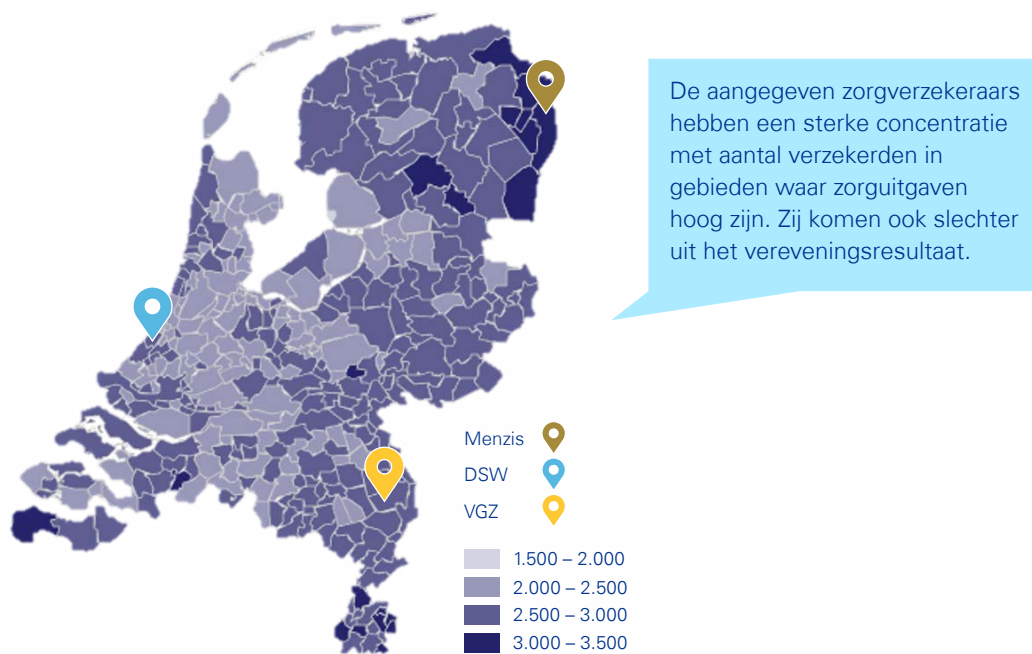
(b) Door verschillende manieren van rapporteren door de zorgverzekeraars kunnen de beheerskosten verschillende interpretaties hebben. Kosten voor zorgkantoren zijn meegenomen in de beheerskostenratio door geconsolideerde jaarrekeningen.

<sup>21</sup> De sterke daling in de beheerskosten ratio voor a.s.r. in 2021 komt deels door een sterke groei in het zorgportfolio, waardoor de beheerskosten worden verdeeld over een groter aantal verzekerden.

<sup>22</sup> Bron: Jaarverslagen respectievelijke zorgverzekeraars

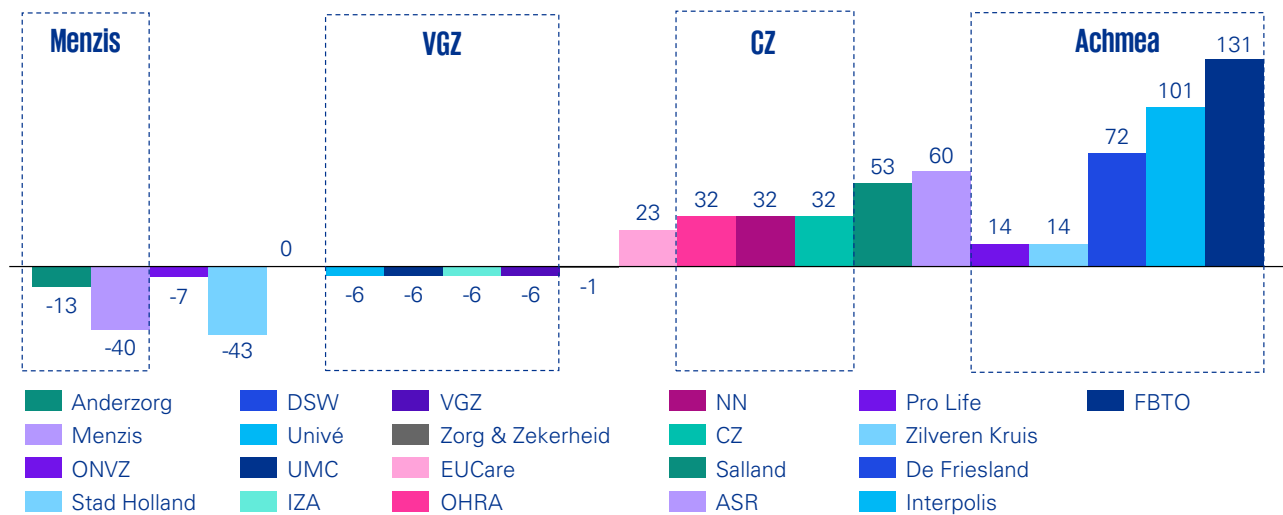
**Figuur 12**

Regionale risicoverevening verdeling per inwoner, 2022 (€)<sup>23</sup>



**Figuur 13**

Risicovereveningsresultaat per verzekerde, 2023 (€)<sup>24,25</sup>



<sup>23</sup> Bron: Vektis, Equalis, VWS TK brief d.d. 26 juni 2023 aangaande risicoverevening

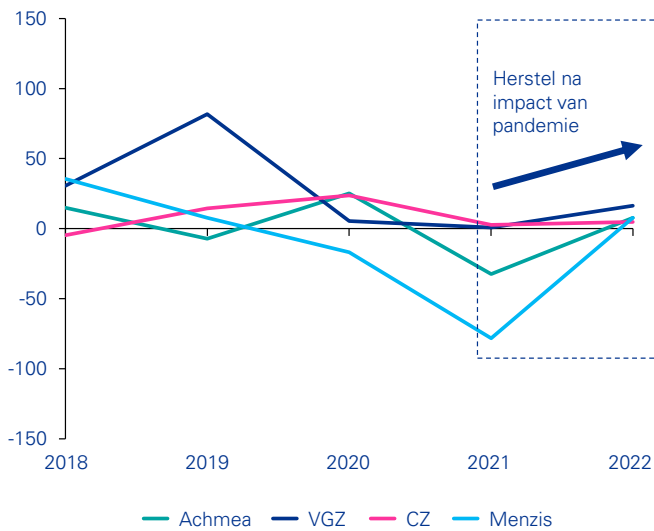
<sup>24</sup> Data is op basis van 2022.

<sup>25</sup> Bron: Vektis, Equalis, VWS TK brief d.d. 26 juni 2023 aangaande risicoverevening

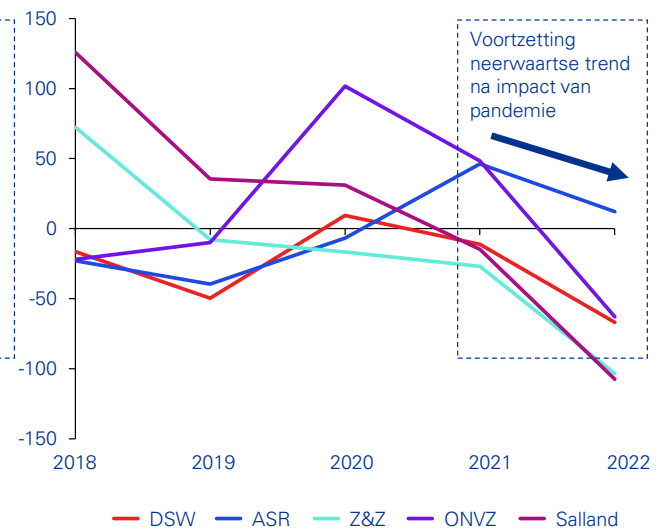
**Figuur 14**

Brutoresultaat per verzekerde voor grote en kleine zorgverzekeraars, 2018 - 2022 (€)<sup>26,27</sup>

Brutoresultaat per verzekerde voor verzekeraars met meer dan 1 miljoen verzekerden, 2018 - 2022 (in €)

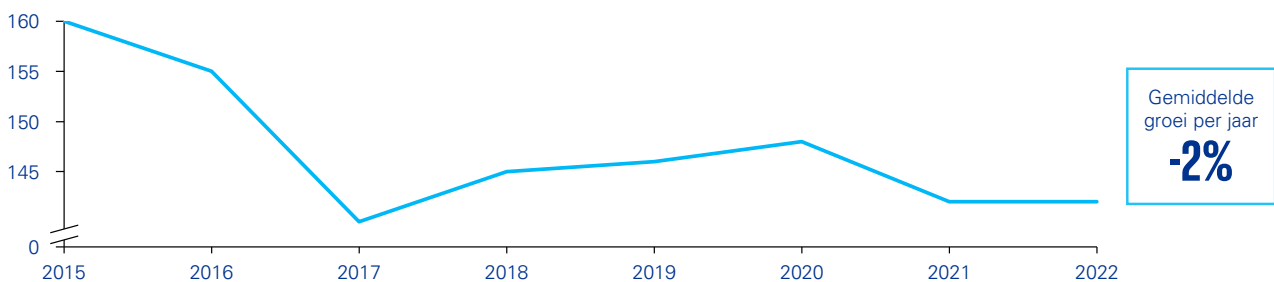


Brutoresultaat<sup>(a)</sup> per verzekerde voor verzekeraars met minder dan 1 miljoen verzekerden, 2018 - 2022 (in €)



**Figuur 15**

Gemiddelde solvabiliteitsratio's zorgverzekeraars, 2015 - 2022 (%)<sup>28</sup>



<sup>26</sup> (a) Het hoge brutoresultaat van a.s.r. in 2021 kan worden verklaard door het overnemen van een groot aantal verzekerden in het desbetreffende jaar.

<sup>27</sup> Bron: Jaarverslagen zorgverzekeraars

<sup>28</sup> Bron: De Staat van Volksgezondheid en Zorg, NZa, Jaarverslagen zorgverzekeraars

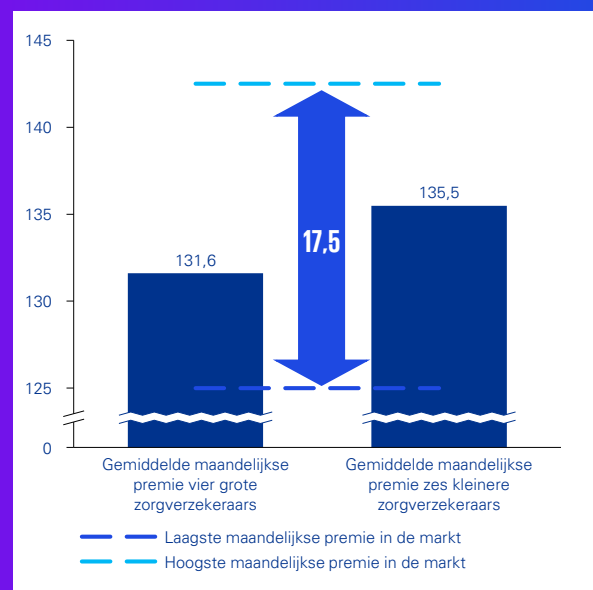
# 4. Mogelijke opties richting een duurzame en robuuste zorgverzekeringsmarkt

Zorgverzekeraars staan onder druk. In het licht van de complexe dynamieken van deze markt rijst de vraag welke strategieën en opties beschikbaar zijn voor zorgverzekeraars om hun posities te behouden of te verbeteren.

Spelers met een groot marktaandeel en sterke financiële resultaten kunnen inzetten op innovatie, digitalisering en automatisering om een duurzame positie te behouden. Echter, bij een partij met een kleiner marktaandeel of minder financiële stabiliteit, zijn de opties voor een duurzamere positie beperkter. Het marktaandeel vergroten door prijsverlaging is gezien de karakteristieken en het gedrag van verzekerden waarschijnlijk succesvol, maar heeft mogelijk (grote) consequenties in de vorm van verslechterde financiële resultaten en is daarmee niet per se aantrekkelijk. Anderzijds kunnen zorgverzekeraars met beperktere financiële resultaten de prijs niet zomaar verhogen, want door het verlies van marktaandeel is mogelijk de gehele operationele bedrijfsvoering niet meer dekkend.

Figuur 16 toont dat er sprake is van prijsconcentratie in de markt van zorgverzekeringen. Het verschil tussen de goedkoopste en duurste polis voor een standaard eigen risico in 2022 is slechts €17,50 (circa ~13% van de gemiddelde premie). De gemiddelde maandelijkse zorgpremie van de vier grote verzekeraars is €3,90 lager dan het gemiddelde van de zes kleinere verzekeraars. Dit verschil wordt voornamelijk verklaard door de hogere beheerskosten van de kleinere zorgverzekeraars, en verklaart daarmee ook circa 25% van de totale bandbreedte tussen de laagste en hoogste premie en een belangrijk deel van het gemiddelde prijsverschil tussen kleine en grote zorgverzekeraars<sup>31</sup>. In een prijsgevoelige markt leidt een klein verschil in beheerskosten dus al snel tot een probleem om concurrerend te kunnen optreden.

**Figuur 16**  
Gemiddeld gewogen maandelijkse zorgpremie naar grootte van de verzekeraar, 2023 (€)<sup>29,30</sup>



Is het voor zorgverzekeraars dan afwachten? Wij denken van niet. Zorgverzekeraars kunnen nu al anticiperen op eerdergenoemde uitdagingen. Mogelijke consolidatiestrategieën variëren van operationele samenwerking, zoals het gezamenlijk opzetten van een 'shared-service center' op het gebied van IT, tot meer ingrijpende maatregelen zoals het samenvoegen van de gehele 'backoffice'-operatie of volledige fusie. Dit is afgebeeld in figuur 17.

<sup>29</sup> Premies zijn op basis van bij Independer beschikbare informatie over 2023. Alleen Natura & combinatie polissen zijn meegenomen. Wanneer een merk meerdere zorgverzekeringen aanbiedt is de goedkoopste optie gekozen.

<sup>30</sup> In deze berekening is rekening gehouden met een 50%-50% verdeling in inkomsten vanuit bruto geschreven premies en het risicovereveningsfonds voor zorgverzekeraars.

<sup>31</sup> Dit effect wordt mede versterkt doordat de helft van de inkomsten van zorgverzekeraars slechts afkomstig zijn van premies, de andere helft zijn afkomstig van de Rijksbijdrage. Hierdoor wordt het verschil van 1,5-2% in beheerskosten omgezet in een 3-4% verschil in de premiezetting, wat ongeveer overeenkomt met het geobserveerde verschil tussen kleine en grote zorgverzekeraars.

Op hoofdlijnen zien we vier opties:

## **Optie 1: Samenvoegen van de IT**

Zorgverzekeraars kunnen gezamenlijk een 'shared-service center' opzetten, waarbij meerdere partijen gebruikmaken van hetzelfde IT-systeem, met als voorbeeld kostenreductie van de poli administratie. De uitdaging hierbij is het oprichten van een nieuw bedrijf, wat extra overhead met zich meebrengt, maar deze kosten kunnen dan weer verdeeld worden over de deelnemende partijen.

## **Optie 2: Samenvoegen backoffice**

Een meer ingrijpende consolidatie kan plaatsvinden door niet alleen de IT, maar de gehele 'backoffice'-operatie samen te voegen. Vergelijkbare voorbeelden kennen we binnen de financiële sector, zoals 'Stater': een gezamenlijk servicecentrum voor de hypotheekadministratie voor banken. Deze consolidatievorm biedt potentieel tot kostenbesparingen over de hele backoffice en een efficiënte(re) allocatie van personeel. De uitdaging hierbij is echter de significante investering en het opstellen van een eerlijke, winstgevende verdeelsleutel voor alle deelnemende partijen.

## **Optie 3: Naast de backoffice ook het samenvoegen van de front-office**

Een andere mogelijkheid is een samenwerkingsmodel waarin verschillende zorgverzekeraars naast de IT en de backoffice gezamenlijk optrekken op het gebied van zorginkoop. Het doel is om door bundeling van krachten

een sterkere onderhandelingspositie te verkrijgen ten opzichte van zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars gunstigere tarieven bedingen en een efficiëntere inkoop van zorgdiensten realiseren. Dit kan de dynamiek doorbreken waarin zorgaanbieders momenteel de meeste macht hebben, en deze verschuiven naar de verzekeraars als zorginkopers. De casus 'Multizorg' (een eerder samenwerkingsverband op zorginkoop tussen zorgverzekeraars) is een voorbeeld van dit type consolidatie en het (theoretisch) potentieel, maar laat ook zien dat succes sterk afhangt van effectieve samenwerking tussen zorgverzekeraars, wat kan worden bemoeilijkt door onderling afwijkende visies, andere belangen en mededingingswetgeving.

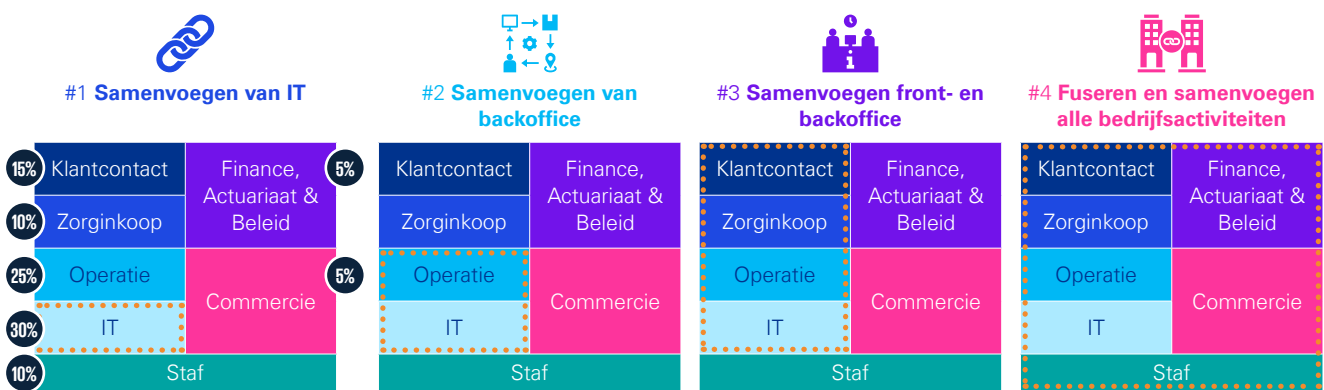
## **Optie 4: Volledige fusie**

Tot slot kunnen zorgverzekeraars volledig fuseren en alle bedrijfsactiviteiten onder één label samenvoegen. Dit is vergelijkbaar met fusies in de financiële sector, zoals a.s.r. en Aegon. Fusies bieden mogelijk efficiencywinst en schaalvoordelen, maar vereisen ook een grootschalige overeenstemming en integratie op verschillende terreinen, waaronder de overnamesom, cultuur, en op het gebied van personeel en bestuur.

Overigens is er ook nog de optie waarbij een partij de verzekering tegen een vaste 'af fabrieksprijs' inkoop bij een zorgverzekeraar. In dat geval kiest de partij ervoor om zich enkel te richten op de distributie. Deze optie vraagt geen (vorm) van consolidatie, maar kan in principe altijd worden toegepast.

**Figuur 17**

Versimpeld referentiemodel voor operationele bedrijfsvoering zorgverzekeraars



**X%** Gemiddelde kostenallocatie. Het betreft de kosten van de organisatie die aan de specifieke functie kunnen worden gealloceerd. Dit is een grove inschatting voor het referentiemodel en kan per zorgverzekeraar verschillen.



# 5. Conclusies en aanbevelingen

De stijgende zorgkosten in Nederland brengen uitdagingen met zich mee, zowel voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars als verzekerden. Dit komt onder andere door technologische ontwikkelingen die steeds meer mogelijk maken, door vergrijzing, veranderende zorgbehoeften en het tekort aan gekwalificeerd zorgpersoneel.

De markt voor zorgverzekeringen is in sterke mate prijselastisch geworden. Consumenten zoeken actief naar de laagste prijs en stappen gemakkelijk en snel over. Naar verwachting wordt deze trend versterkt door de inflatie, maar ook de invloed van het wegvallen van de collectieve korting. Daarbij hebben zorgverzekeraars de afgelopen jaren hun solvabiliteitsbuffers ingezet om de premiestijging te beperken, ondanks dat de zorgkosten al sterk opliepen. Dit kan daarmee niet eindeloos doorgaan.

Deze toenemende druk op zorgverzekeraars en de beperkte mogelijkheden om zich te onderscheiden op kwaliteit (de markt is een zogenaamde “commodity markt”) leidt ertoe dat consolidatie van zorgverzekeraars op termijn onvermijdelijk is.

Verzekeraars kunnen hier nu al op anticiperen. Zo kunnen ze het initiatief nemen tot het opzetten van een gezamenlijke backoffice om beheerskosten te drukken, samenwerken op het gebied van de zorginkoop, of volledig fuseren.

## Contact

Neem contact met ons op voor meer informatie:

**David Ikkersheim**

*Partner Strategy & Operations Health*  
Ikkersheim.David@kpmg.nl

**Rutger Hagendoorn**

*Partner Strategy & Operations Financial Services*  
Hagendoorn.Rutger@kpmg.nl

**Met dank aan:**

Immo van der Veen  
David Vos  
Teun Cools



© 2023 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden. De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken die onder licentie worden gebruikt door de zelfstandige ondernemingen die lid zijn van de wereldwijde KPMG organisatie.

Deze KPMG analyse is samengesteld op basis van gegevens afkomstig uit de publieke jaarverslagen van de benoemde zorgverzekeraars voor de respectievelijke boekjaren. Gerapporteerde cijfers over schaderatio's en beheerskosten kunnen afwijken van de individuele jaarverslagen in verband met onze noodzakelijke calculaties om de resultaten met elkaar te vergelijken. We moedigen u aan om contact met ons op te nemen indien u vragen heeft over de getoonde analyses en figuren.