

# VERZEKERDENMOBILITEIT EN KEUZEGEDRAG

---

April 2008

Begin of einde van de rust?

Marieke Smit  
Philip Mokveld

**vektis**  
informatie & standaardisatie voor zorgverzekeraars



## Vektis

*Vektis is het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche en richt zich zowel op de branche als op individuele verzekeraars. Het levert producten en diensten op het terrein van ICT, standaarden en statistiek & actuariaat.*

*Vektis is een relatief jong bedrijf met professionals die kennis hebben van de zorg en zorgverzekeringen en expertise op het gebied van statistiek, onderzoek, informatieanalyse, standaardisatie en ICT.*

*Onze informatiediensten ondersteunen zowel het belang van de branche in zijn geheel als het belang van de zorgverzekeraars individueel.*

*Voor meer informatie, kijk op [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl).*



## Voorwoord

---

*Inmiddels is het een traditie geworden. Na aanvang van het nieuwe jaar en de periode dat verzekerden een nieuwe polis afsluiten, brengt Vektis resultaten naar buiten hoe die periode is verlopen.*

*Bij de invoering van de basisverzekering in 2006 was de markt behoorlijk in beweging, waarbij vooral het aantal overstappers naar een andere zorgverzekeraar ongekend hoog bleek te zijn (zo'n 19%). Het jaar daarna was het aantal overstappers al veel geringer (namelijk 4,5%), maar was de beweging van het aantal verzekerden dat toetrad tot een collectief contract opmerkelijk. Was begin 2006 het percentage collectief verzekerden nog 52%, na de eerste maanden van 2007 bleek dat al gegroeid te zijn naar 57%.*

*En wat is er dit jaar het meest opvallend? Eigenlijk valt het meeste op dat er weinig opvallends is gebeurd bij de overgang naar 2008. Van de verzekerden is 3,5% overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (toch nog altijd 570.000 verzekerden) en het aandeel collectiviteiten is licht gegroeid tot ruim 59%.*

*Zijn dit de laatste verschijnselen van de invoering van een nieuw stelsel en is de marktordening reeds voltooid (vrijwel alle verzekerden zijn verzekerd bij de voor hun meest gunstige zorgverzekeraar), is het product 'zorgverzekeringen' weer verworden tot een low-involvementproduct, lijken de producten van zorgverzekeraars zo veel op elkaar dat het onderscheidend vermogen erg gering is of is deze relatieve rust maar tijdelijk en gaat het er volgend jaar weer heel anders aan toe?*

*Wie het weet, mag het zeggen. Feit is dat de zorg steeds in beweging blijft. De zorgverzekeraars zullen steeds meer de regierol oppakken in het geheel, de inkoop van de zorg zal verder geprofessionaliseerd worden en het element 'kwaliteit' zal een steeds belangrijkere rol gaan spelen. En volgend jaar loopt er een aantal driejarige collectieve contracten af, waardoor er wellicht weer wat schommelingen ontstaan. Ook de ideeën en de plannen die er zijn om op het gebied van collectiviteiten veilingen te organiseren, kunnen hun invloed krijgen.*

*Kortom, never a dull moment op het gebied van zorgverzekeringen.*

*Wij gaan ervan uit dat we met dit rapport u een duidelijk beeld schetsen van de ontwikkelingen in de afgelopen periode. Wij hebben er met plezier aan gewerkt en blijven de ontwikkelingen op de voet volgen!*

**Dr. W.C. (Peter) Weeda**  
Directeur Vektis C.V.

**Drs. M. (Marieke) Smit**  
Senior Consultant Strategisch Beleid

## Inhoudsopgave

---

Samenvatting	3
Inleiding	4
Mobiliteit	5
Collectiviteiten en keuzegedrag	8
Concentratie van zorgverzekeraars	13
Premie	15
Alle feiten op een rij	18
Mobiliteit	18
Collectiviteiten	18
Premie	18
Gekozen polissen	18
Conclusies en toekomstverwachtingen	19
Onderzoekstechnische verantwoording/onderzoeksaanpak	21
Definities en omschrijvingen	22

## Samenvatting

Bij de overgang van 2007 op 2008 is 3,5% van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Vorig jaar was dit nog 4,5% en in het startjaar van de nieuwe Zorgverzekeringswet (2006) bijna 19%. Qua verzekerdenmobiliteit is dit jaar derhalve rustig verlopen.

Ook als het gaat om het aandeel van collectiviteiten is dit jaar rustig verlopen: het aandeel collectiviteiten is licht gegroeid van 57,3% naar 59,2%. Eigenlijk was de verwachting vooraf dat het aandeel verder gegroeid zou zijn, maar dit is niet gebeurd.

Het feit dat er dit jaar weinig grote veranderingen zijn geweest, kan verklaard worden door verschillende oorzaken. Waarschijnlijk is een groot deel van de verzekerden op dit moment tevreden met zijn of haar huidige zorgverzekeraar, zowel wat betreft premie als de inhoud van het pakket. De lagere premies dit jaar (fictief in verband met het afschaffen van de no-claim van €255,- en het invoeren van een verplicht eigen risico van €150,-) hebben er wellicht ook toe geleid dat de meeste verzekerden weinig energie hebben gestopt in het zoeken naar een andere zorgverzekeraar. Bovendien zijn de premies dit jaar minder verschillend van elkaar geweest. Verder is het aantal zorgverzekeraars gedaald, waardoor er minder overstap kan zijn geweest.

Gemiddeld heeft 92,0% van de verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten. Dat is iets minder dan vorig jaar. Vooral individueel verzekerden hebben minder vaak een aanvullende verzekering genomen. Onbekend op dit moment is nog in hoeverre er over het geheel heen is gekozen voor een soberder pakket. Dit zou veroorzaakt kunnen zijn doordat meerdere zorgverzekeraars een hogere premie hebben gevraagd voor met name de aanvullende verzekeringen.

Dit jaar hebben alle verzekerden een *verplicht* eigen risico van €150,- gekregen. Daarbovenop heeft men nog een *vrijwillig* eigen risico kunnen kiezen, variërend van €100,- (dus totaal eigen risico €250,-) tot €500,- (in totaal €650,-). In totaal heeft 5,2% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico gekozen. Meest gekozen bedragen zijn dan €100,- of €500,-.

Gemiddeld is er een premie betaald van €1.040,-. Dit is inclusief eigenrisicokorting en collectiviteitskorting. Collectief verzekerden hebben gemiddeld €1.010,- betaald en individueel verzekerden €1.081,-. Collectief verzekerden hebben derhalve 6,6% minder premie betaald ten opzichte van individueel verzekerden; vorig jaar was dit nog 7,4%.

Is deze relatieve rust nu blijvend of kan er volgend jaar weer meer veranderen?

De rust kan uitgelegd worden als een teken dat de meeste verzekerden tevreden zijn met de zorgverzekeraar waarbij ze zijn verzekerd, waardoor de neiging tot verandering niet erg groot is. Als de aangeboden producten in de beleving van de consument niet wezenlijk van elkaar verschillen, blijft deze rustige situatie voortduren. Een aantal ontwikkelingen kan ervoor zorgen dat er volgend jaar weer wat beweging ontstaat. Meerdere collectiviteiten zijn voor drie jaar afgesloten en eindigen derhalve eind dit jaar. Wanneer deze collectiviteiten niet per se bij dezelfde verzekeraar worden belegd, dan staat dit garant voor wat beweging. De ontwikkeling dat er bedrijfjes zijn die zich opwerpen om veilingen rondom collectiviteiten te organiseren, kan dat alleen maar versterken.

Verder zijn zorgverzekeraars afgelopen jaren druk bezig geweest om door middel van concurrentie rondom de premie verzekerden binnen te halen. Tegelijkertijd is er ook de bewustwording dat dit uiteindelijk wel kostendekkend moet zijn. Dit jaar is er al een ontwikkeling geweest dat er met extra veel aandacht is gekeken naar de pakketdekking van sommige aanvullende verzekeringen en de bijbehorende premie. Als het rendementsdenken verder gaat, dan zou dit ook kunnen leiden tot een meer doelmatige zorg: het naar beneden brengen van de bedrijfskosten en het (nog) doelmatiger inkopen van zorg.

## Inleiding

---

*Bij de invoering van de basisverzekering in 2006 was de onzekerheid groot wat het effect zou zijn op verzekerdenmobiliteit. Het effect was uiteindelijk dat maar liefst bijna één op de vijf verzekerden overstapte naar een andere zorgverzekeraar. Tegelijkertijd nam het aandeel collectiviteiten toe. Het jaar erna (de overgang van 2006 naar 2007) zorgde voor een gering aantal overstappers naar een andere zorgverzekeraar, maar er is een nog steeds oplopend collectief aandeel.*

Het lijkt erop dat qua verzekerdenmobiliteit de rust is weergekeerd. Het aantal overstappers is relatief laag (3,5%) en het aandeel collectiviteiten is weer licht gegroeid, naar uiteindelijk ruim 59%.

Vektis heeft per maart 2008 bij alle zorgverzekeraars in Nederland gegevens opgevraagd over de verzekerdenmobiliteit en wat voor soort polissen verzekerden hebben gekozen. Daarbij is ook gevraagd naar de premie van de gekozen polis. Zo is een feitelijk beeld ontstaan van de belangrijkste ontwikkelingen bij de overgang van 2007 naar 2008 en is dit in perspectief tot eerdere jaren gebracht.

In het hoofdstuk 'Mobiliteit' staat beschreven wat de belangrijkste kenmerken van de verzekerdenmobiliteit zijn. Hoeveel overstappers naar een andere zorgverzekeraar zijn er dit jaar en wie zijn het vooral? Daarnaast wordt inzicht gegeven of er bij degenen die bij hun huidige zorgverzekeraar zijn gebleven nog interessante wijzigingen hebben plaatsgevonden.

In het hoofdstuk 'Collectiviteiten en keuzegedrag' staat centraal hoe groot het aandeel collectiviteiten is, wat de belangrijkste kenmerken zijn van collectiviteiten en of er verschillen in gekozen polissen zijn tussen collectief verzekerden en individueel verzekerden (zoals qua aanvullende verzekeringen en betaalde premies).

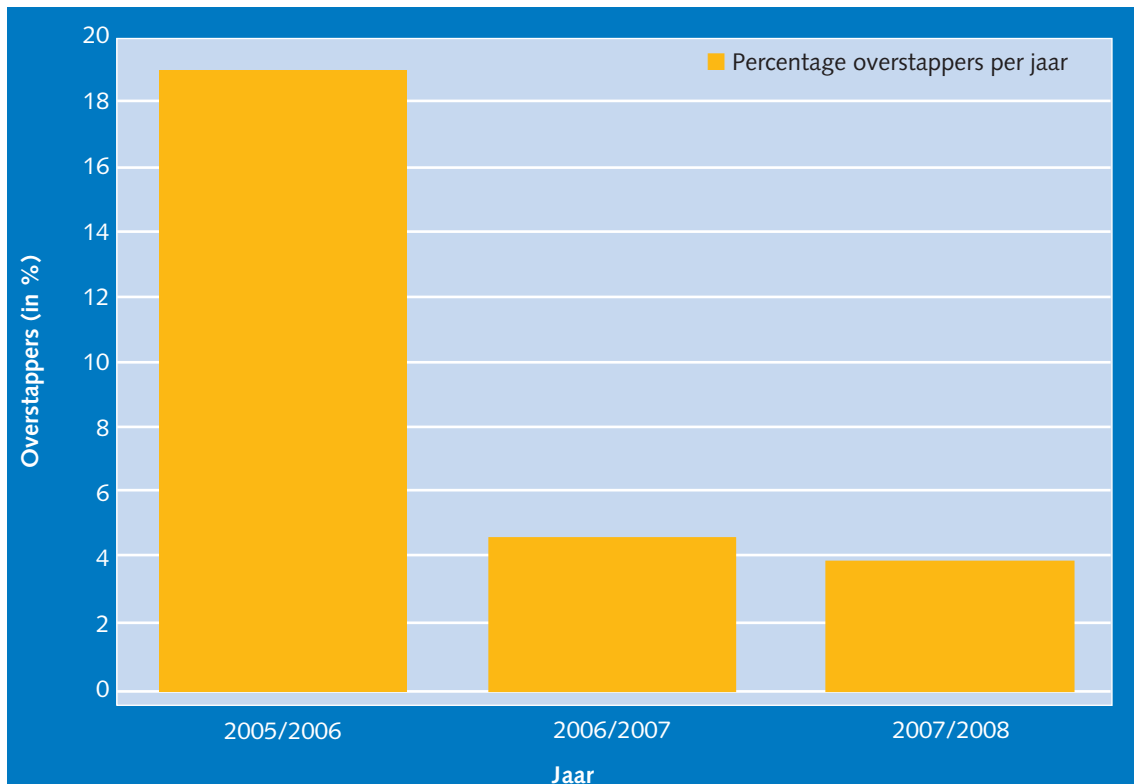
Hoe de marktverhoudingen tussen zorgverzekeraars zijn per provincie is na te lezen in het hoofdstuk 'Concentratie van zorgverzekeraars'.

Wat er op het gebied van premies (en kortingen op premies) is gebeurd in 2008 staat beschreven in het hoofdstuk 'Premies'.

De belangrijkste kengetallen zijn verzameld in het hoofdstuk 'Alle feiten op een rijtje' en vervolgens wordt het rapport afgesloten met enkele conclusies en wordt een onderzoekstechnische verantwoording gegeven van het product.

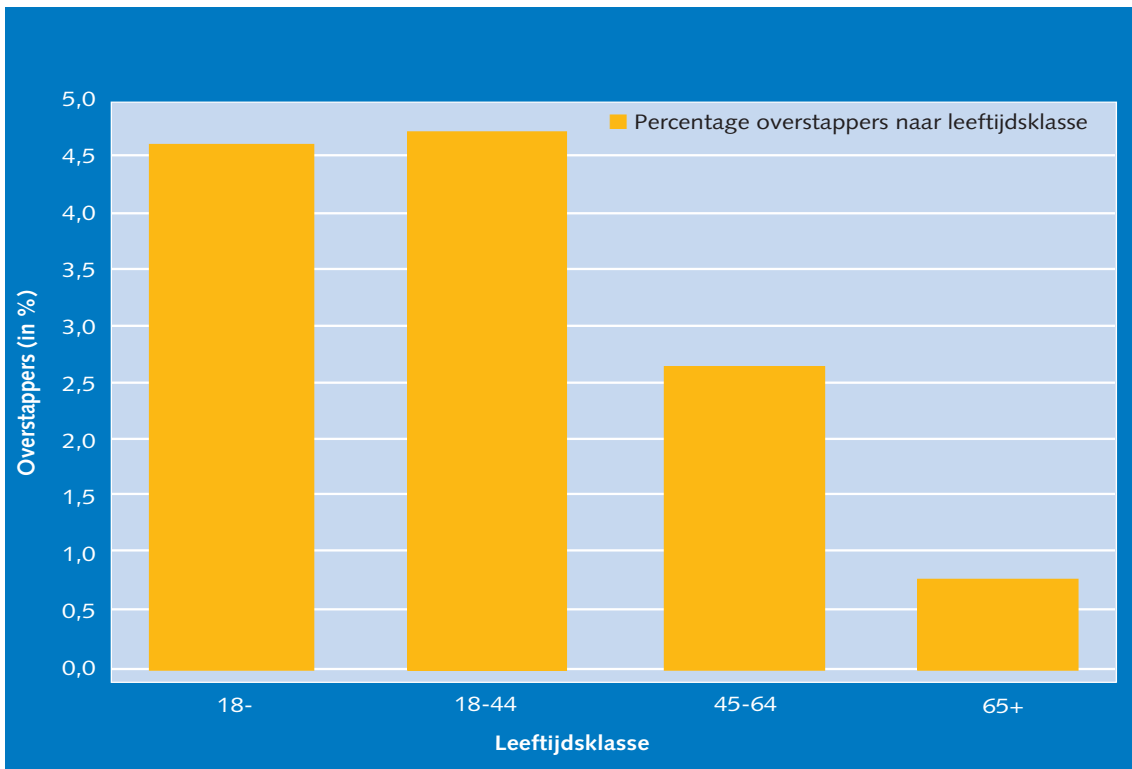
## Mobiliteit

Het aantal overstappers is met 3,5% nog lager dan in 2007. Toen stapte nog 4,5% van de verzekerden over naar een andere risicodrager. Na de grote verzekerdenmobiliteit bij de invoering van de basisverzekering (2005/2006) is het nu vooral erg rustig geworden in zorgverzekeringsland. Blijkbaar is er voor veel verzekerden steeds minder motivatie om naar een andere zorgverzekeraar over te stappen.



**Figuur 1** Percentage overstappers per jaar (bron: Vektis, 2008)

Vooraf in de jongere leeftijdsklassen wordt overgestapt: van de groep tot 18 jaar en de groep van 18 tot en met 44 jaar is respectievelijk 4,6% en 4,7% overgestapt, van de groep van 45 tot en met 64 jaar is 2,6% overgestapt en van de groep vanaf 65 jaar is slechts 0,8% overgestapt. Hierin is vrijwel geen verschil tussen mannen en vrouwen.



**Figuur 2** Percentage overstappers naar leeftijdsklasse (bron: Vektis, 2008)

Wat zijn onderliggende redenen om niet op zoek te gaan naar een andere zorgverzekeraar? Waarschijnlijk is een groot deel van de verzekerden tevreden met de huidige zorgverzekeraar. Verder is het aantal zorgverzekeraars kleiner geworden door samenwerkingsverbanden of fusies. Daarnaast hebben alle zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden gegeven om bijvoorbeeld (intern) over te stappen naar een gunstige collectieve polis, en zijn de verschillen tussen polissen (en dus tussen zorgverzekeraars) ook weer niet al te groot. Hiermee is het onderwerp 'zorgverzekering' wellicht ook weer meer geworden tot wat het lange tijd is geweest: een low-involvementproduct.

In dit rapport wordt de volgende definitie van switchgedrag of verzekerdenmobiliteit gebruikt: 'het aantal verzekerden dat op 31 december 2007 bij een bepaalde zorgverzekeraar (risicodrager) was verzekerd en per 1 januari 2008 verzekerd was bij een andere zorgverzekeraar (risicodrager)'. Met andere woorden: verzekerdenmobiliteit is het overstappen door verzekerden van de ene naar een andere zorgverzekeraar.

Er zijn ook andere vormen van mobiliteit denkbaar: verzekerden die wel bij hetzelfde concern blijven maar niet bij dezelfde risicodrager of verzekerden die bij hun zorgverzekeraar blijven maar bijvoorbeeld hun polis omzetten van een individuele naar een collectieve polis. In dit rapport is de term 'verzekerdenmobiliteit' gereserveerd voor verzekerden die naar een andere zorgverzekeraar overstappen.

Wat ligt er dan ten grondslag aan de mobiliteit die nu optreedt en die relatief laag is? Van de overstappers kiest bijna driekwart (72%) voor een collectieve polis. Voor hun overstap had 45% van deze groep een collectieve polis. Blijkbaar is het omzetten van een individuele polis naar een collectieve polis nog steeds aanleiding voor een aantal verzekerden om de overstap te maken.

Uit onderzoek van Intomart GfK<sup>1</sup> blijkt dat verzekerden diverse redenen aangeven om individueel verzekerd te blijven. Een deel van de mensen denkt bijvoorbeeld geen toegang te hebben tot een collectieve zorgverzekering.

Ook van degenen die niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar maar bij dezelfde risicodragers blijven, kiest een deel voor een andere polisvorm. Van deze groep switcht 2,1% van een individuele naar een collectieve polis en 0,6% van een collectieve naar een individuele polis.

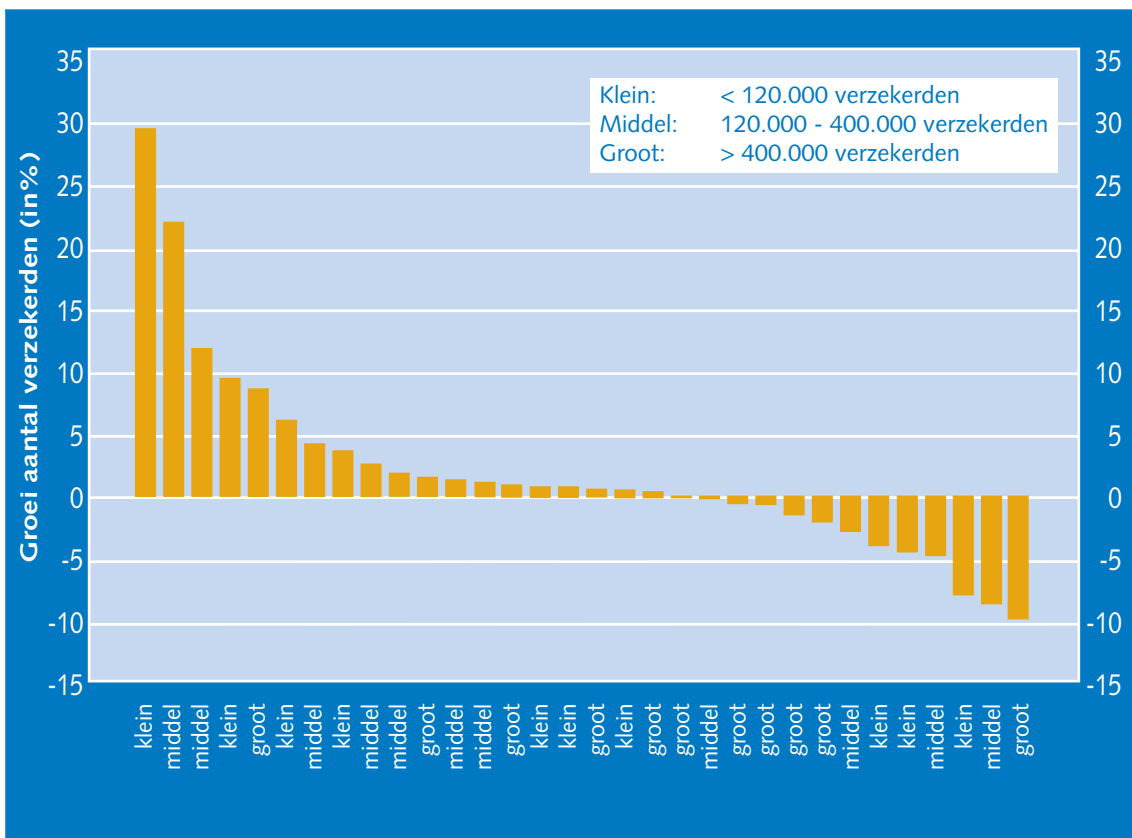
Ook deze groep switchers (samen 2,7%) is afgenomen ten opzichte van 2007, toen nog 4,8% intern switchte.

Net als vorig jaar switchen 65-plussers intern meer dan gemiddeld van een individuele naar een collectieve polis (2,9%), maar stappen ze minder dan gemiddeld over naar een andere risicodragers.

Percentage interne overstappers naar leeftijdsklasse		
Leeftijdsklasse	Individueel 2007 - Collectief 2008	Collectief 2007 - Individueel 2008
18-	1,9%	0,6%
18-44	2,1%	0,7%
45-64	1,9%	0,4%
65+	2,9%	0,3%
<b>Totaal</b>	<b>2,1%</b>	<b>0,6%</b>

**Tabel 1** Percentage interne overstappers naar leeftijdsklasse (bron: Vektis, 2008)

De groei per risicodragers verschilt sterk, van een verlies van bijna 10% tot een winst van ruim 29%. De acht grootste risicodragers hebben echter alle een maximale winst of verlies van slechts 1,5% gehad.

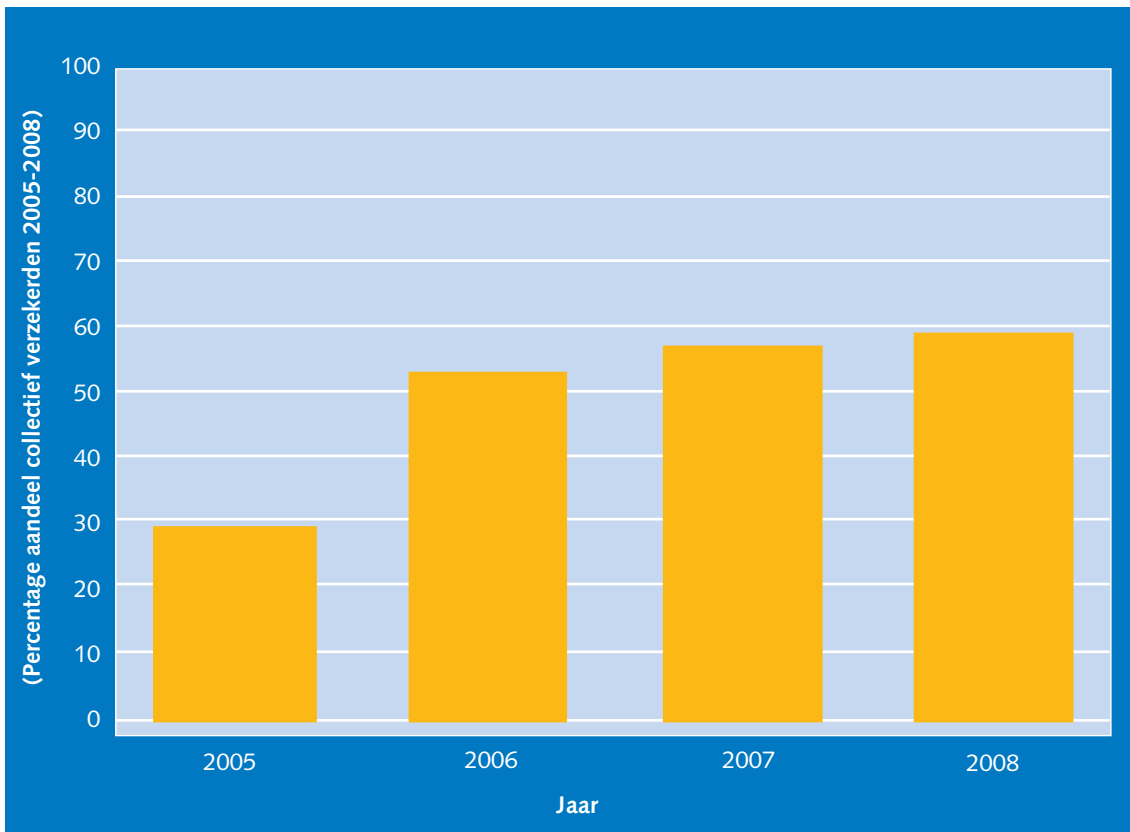


**Figuur 3** Verzekerdengroei per risicodragers (bron: Vektis, 2008)

<sup>1</sup> Zorgontwikkelingen Monitor van Intomart GfK (2007)

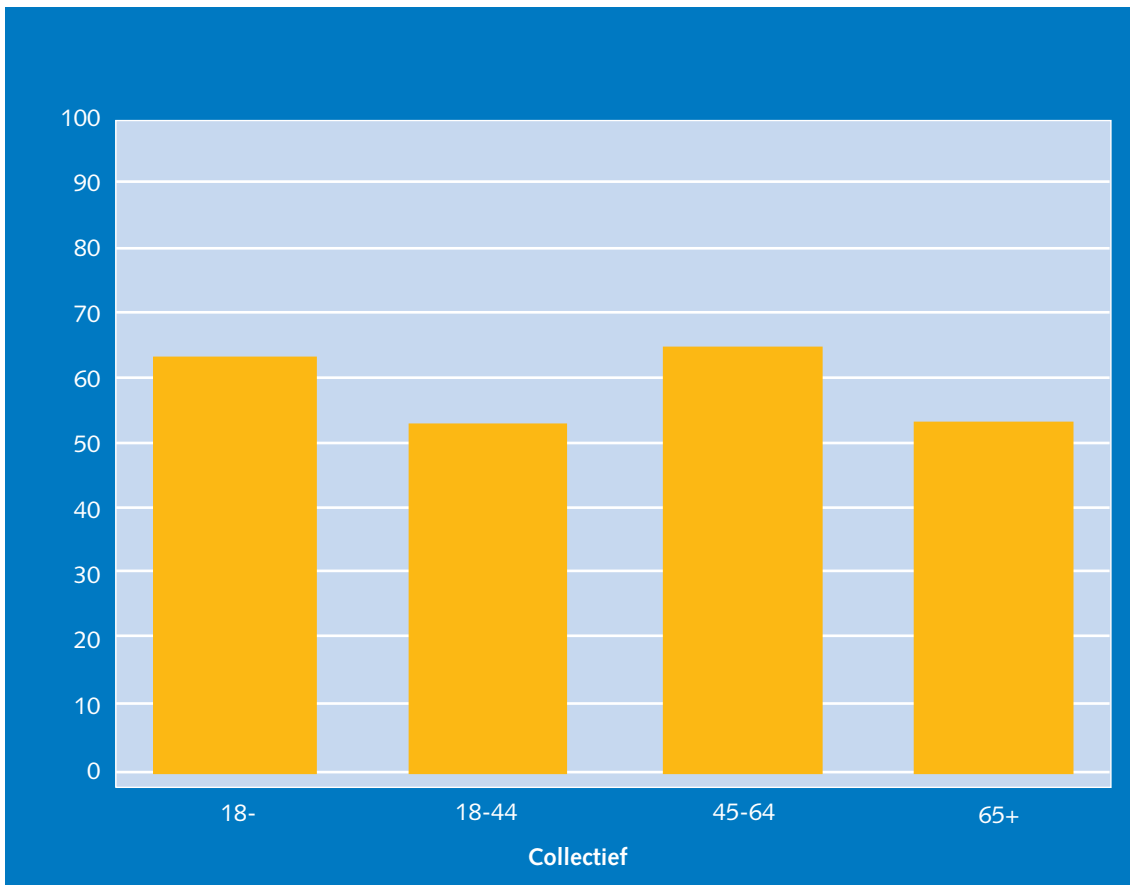
## Collectiviteiten en keuzegedrag

Het aantal verzekerden dat collectief is verzekerd, is bij de invoering van de basisverzekering 2006 sterk gestegen en daarna nog enigszins toegenomen.



**Figuur 4** Percentage aandeel collectief verzekerden 2005-2008 (bron: Vektis, 2008)

Tegen de verwachtingen in is het aantal verzekerden dat collectief verzekerd is in 2008 slechts gering gestegen ten opzichte van 2007, van 57,3% naar 59,2%. Vooral in de groep 18-minners en de groep van 45 tot 64 jaar bevinden zich relatief de meeste collectief verzekerden, met respectievelijk 64% en 65%. De groepen van 18 tot 44 jaar en de 65-plussers blijven iets achter met elk 54%.

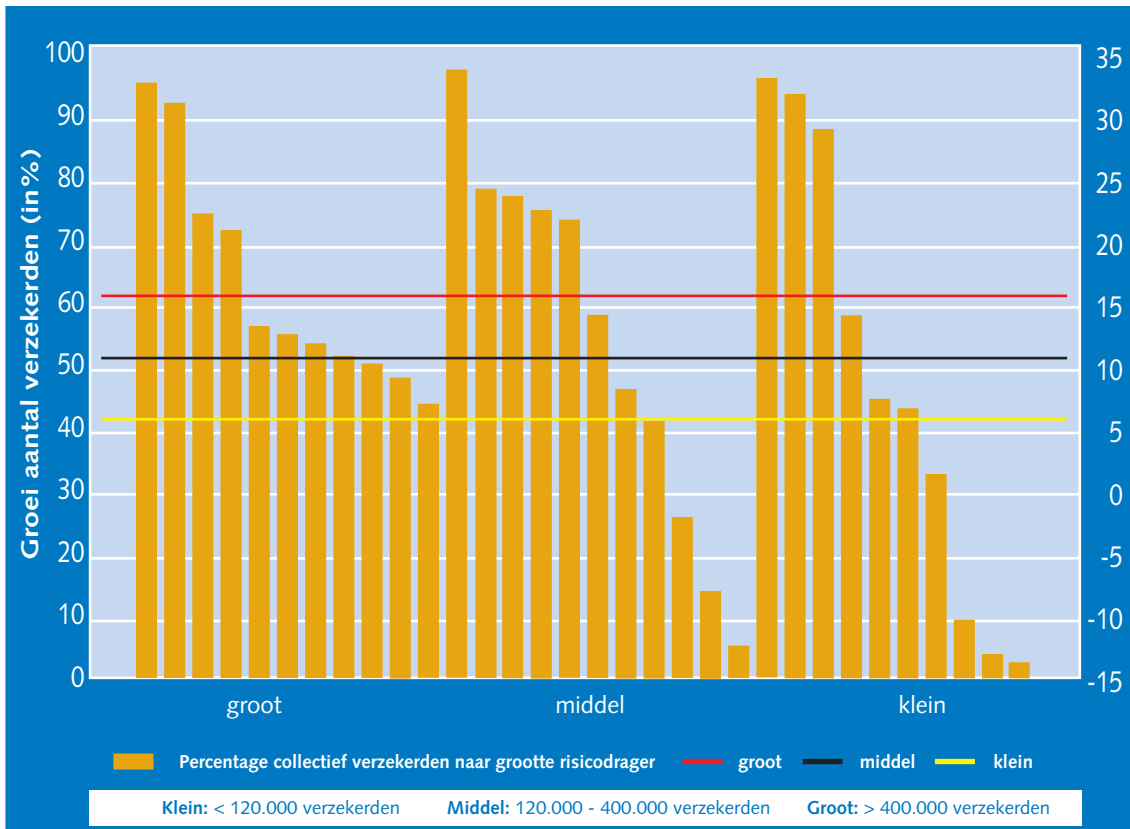


**Figuur 5** Percentage collectief verzekerden per leeftijdsklasse (bron: Vektis, 2008)

Het lijkt erop dat er een natuurlijke grens in zicht komt als het gaat om het aandeel van de verzekerden dat zich bij een collectieve verzekering aansluit. Blijkbaar voelt toch een substantieel deel van de verzekerden zich onvoldoende aangetrokken tot een collectieve verzekering, ondanks de voordelen die er bijvoorbeeld qua premie aan zijn verbonden (zie ook het hoofdstuk over premie).

Elke risicodragers heeft één of meerdere collectiviteiten, maar het relatieve percentage collectief verzekerden varieert maar liefst van 1,2% tot 97%. Over het algemeen kan gesteld worden: hoe groter (in aantallen verzekerden) de risicodragers, hoe hoger het percentage collectief verzekerden. Maar ook bij de kleine zorgverzekeraars is er een aantal met een bovengemiddeld percentage collectief verzekerden (zie figuur 6).

Kleine risicodragers (tot 120.000 verzekerden) hebben gemiddeld 42,1% collectief verzekerden, middelgrote risicodragers (tussen de 120.000 en 400.000 verzekerden) gemiddeld 51,8% en grote risicodragers (met meer dan 400.000 verzekerden) gemiddeld 61,2%.



**Figuur 6** Percentage collectief naar grootte risicodragers (bron: Vektis, 2008)

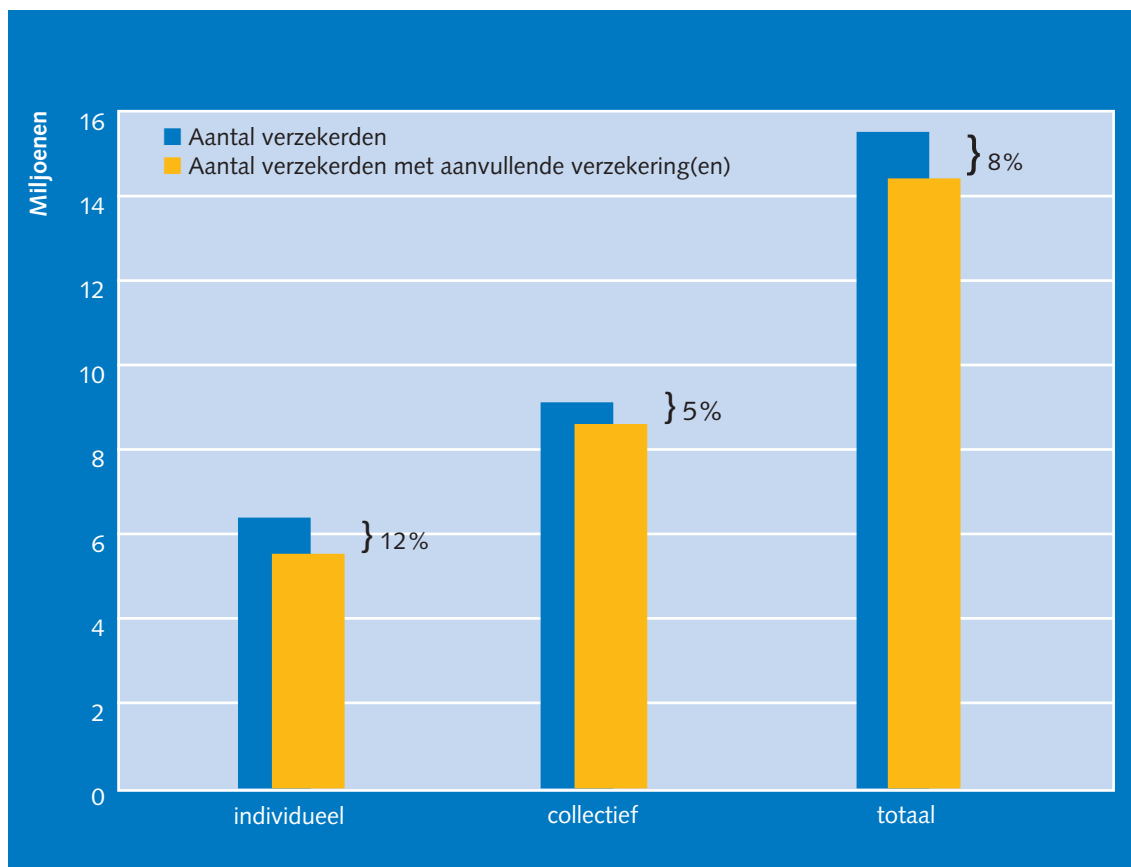
Aan een collectieve verzekering zitten naast de korting op de premie van de basisverzekering vaak nog meer voordelen, zoals korting op de aanvullende verzekering. Dit vertaalt zich dan ook in het percentage collectief verzekerden dat zich aanvullend verzekert. Van de collectief verzekerden heeft 94,7% een of meerdere aanvullende verzekeringen, terwijl 88,1% van de individueel verzekerden zich aanvullend heeft verzekerd.

Gemiddeld heeft 92,0% van alle verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten. Dit is een lichte afname ten opzichte van 2007, toen 92,9% zich aanvullend had verzekerd. Deze afname komt geheel op het conto van de individueel verzekerden, waarvan in 2007 zich nog 90,3% aanvullend had verzekerd. Voor de collectief verzekerden blijft het percentage vrijwel ongewijzigd.

De ontwikkeling dat met name individueel verzekerden zich minder dan voorheen (maar toch nog in grote getale) aanvullend hebben verzekerd, heeft veel te maken met de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen. Over de jaren 2006 en 2007 is gebleken dat bepaalde groepen verzekerden meer zorg uit de aanvullende verzekeringen hebben geconsumeerd dan van tevoren gedacht. Voor zorgverzekeraars is dit reden geweest om de pakketdekkingen van de aanvullende verzekeringen zorgvuldig te bekijken voor het jaar 2008. In sommige gevallen is er een versobering van het pakket aangeboden, al dan niet in combinatie met een hogere premie.

Zorgverzekeraars hebben er op die manier alles aan gedaan om niet langer verlies te lijden op de aanvullende verzekeringen (zie ook Vektis' Zorgmonitor).

Een andere oorzaak voor het feit dat minder individueel verzekerden zich aanvullend hebben verzekerd is de toevoeging aan de basisverzekering van de vergoeding van onder andere anticonceptie voor alle leeftijden en tandartskosten voor de leeftijdsgroep 18 tot 22 jaar. Deze laatste groep heeft dus over het algemeen geen tandartsverzekering meer nodig.



**Figuur 7** Aantal verzekerden basisverzekering/aanvullende verzekering naar individueel/collectief (bron: Vektis, 2008)

Met ingang van 2008 is er op het gebied van eigen risico iets veranderd. In 2006 en 2007 was er voor de Zorgverzekeringswet sprake van een vrijwillig eigen risico. Verzekerden konden kiezen uit een eigen risico van € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-. Daartegenover stond een no-claim van € 255,-. Deze no-claim werd verrekend met de door een verzekerde gemaakte kosten in de gezondheidszorg.

Per 2008 is er sprake van een verplicht eigen risico van € 150,-. Daarnaast is elke verzekerde vrij om daarbovenop een vrijwillig eigen risico te kiezen van (net als in 2006 en 2007) € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-.

Dit betekent dat het gekozen eigen risico uiteenloopt van € 150,- tot € 650,-.

Het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico (in 2008 een eigen risico van € 250,- of hoger) is met 5,2% weer op het niveau van 2006. In 2007 had 4% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico.

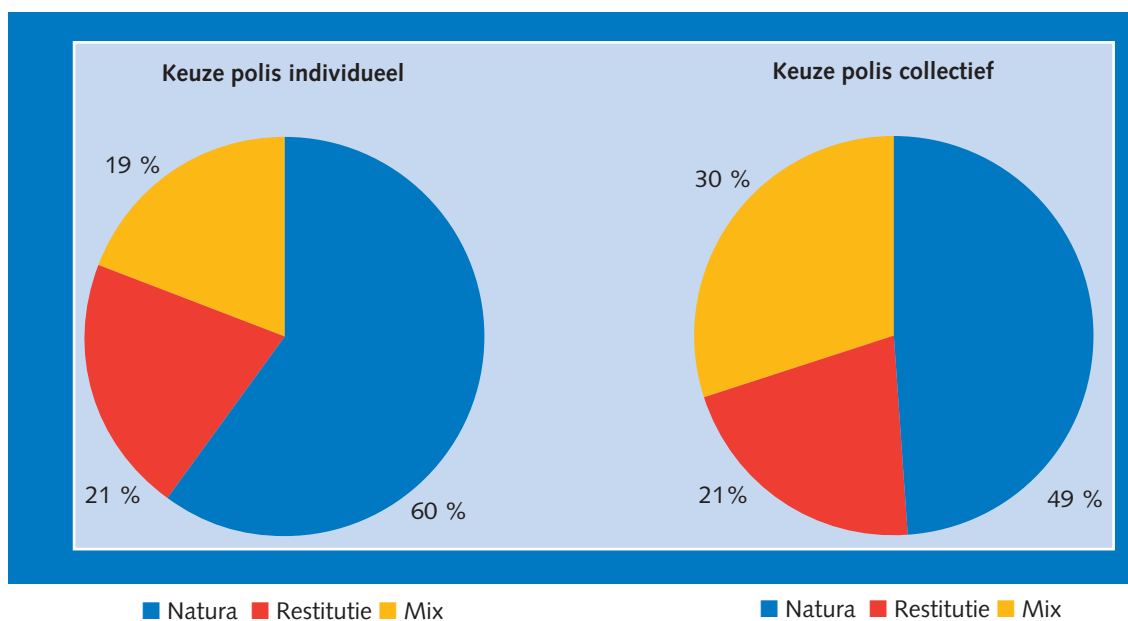
Van de individueel verzekerden heeft 5,0% een vrijwillig eigen risico in 2008, tegen 5,4% van de collectief verzekerden. Als men kiest voor een vrijwillig eigen risico, dan kiest men meestal voor het laagste bedrag (€ 250,-) of voor het hoogste bedrag (€ 650,-).

Hoogte van het eigen risico dat is gekozen door verzekerden in 2008						
Eigen risico	€ 150,-	€ 250,-	€ 350,-	€ 450,-	€ 550,-	€ 650,-
Percentage	94,8%	1,6%	0,9%	0,5%	0,2%	2,0%

**Tabel 2** Keuze voor hoogte van eigen risico (bron: Vektis, 2008)

Zowel individueel als collectief verzekerden kiezen het meest voor een naturapolis in 2008 (met respectievelijk 60% en 49%). Individueel verzekerden kiezen verder in gelijke mate voor een restitutiepols of een mengvorm van natura en restitutie (met respectievelijk 21% en 19%). Collectief verzekerden kiezen daarentegen vaker voor een mengvorm (30%) dan voor een restitutiepols (21%).

Het beeld is anders dan in 2007. Toen had nog meer dan 63% een naturapolis bij zowel individueel als collectief verzekerden, en had slechts 9% een mengvorm. Gezien het feit dat weinig verzekerden werkelijk zijn overgestapt, zal dit voornamelijk te maken hebben met ofwel een daadwerkelijke aanpassing van de polisvoorwaarden ofwel een andere omschrijving door verschillende zorgverzekeraars. Zo heeft de ene het over een mengvorm en de andere het over een restitutiepols met de voordelen van een naturapolis of vice versa



**Figuur 8** Verdeling natura/restitutie/mix voor collectief en individueel (bron: Vektis, 2008)

## Concentratie van zorgverzekeraars

De concentratie van zorgverzekeraars in een gebied kan worden gemeten met behulp van de Herfindahl-Hirschman Index (HHI). Deze index wordt onder andere door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) gebruikt om de mate van concurrentie te meten.

De mate van concentratie is als volgt:

- Matig als de index ligt tussen 0 en 0,18. In dit geval heeft geen van de zorgverzekeraars een substantiële marktmacht.
- Substantieel als de index ligt tussen 0,18 en 0,5. In dit geval is er een klein aantal zorgverzekeraars dat gezamenlijk het grootste deel van de markt in handen heeft.
- Oligopolistisch als de index groter is dan 0,5. In dit geval zal de grootste zorgverzekeraar weinig concurrentie hebben.

Door het geringe aantal overstappers is de concentratiegraad van de risicodragers per provincie vrijwel ongewijzigd. Flevoland, Gelderland, Noord-Holland, Zuid-Holland, Overijssel en Utrecht hebben een matige mate van concentratie. Dat wil dus zeggen dat in deze provincies geen van de risicodragers een heel grote speler is ten opzichte van de andere risicodragers. De overige provincies hebben een substantiële mate van concentratie. Landelijk is de concentratiegraad van risicodragers 0,08; ofwel geen van de risicodragers heeft landelijk gezien een substantiële marktmacht. Het geringe aantal overstappers heeft ook niet geleid tot een verandering in concentratiegraad.

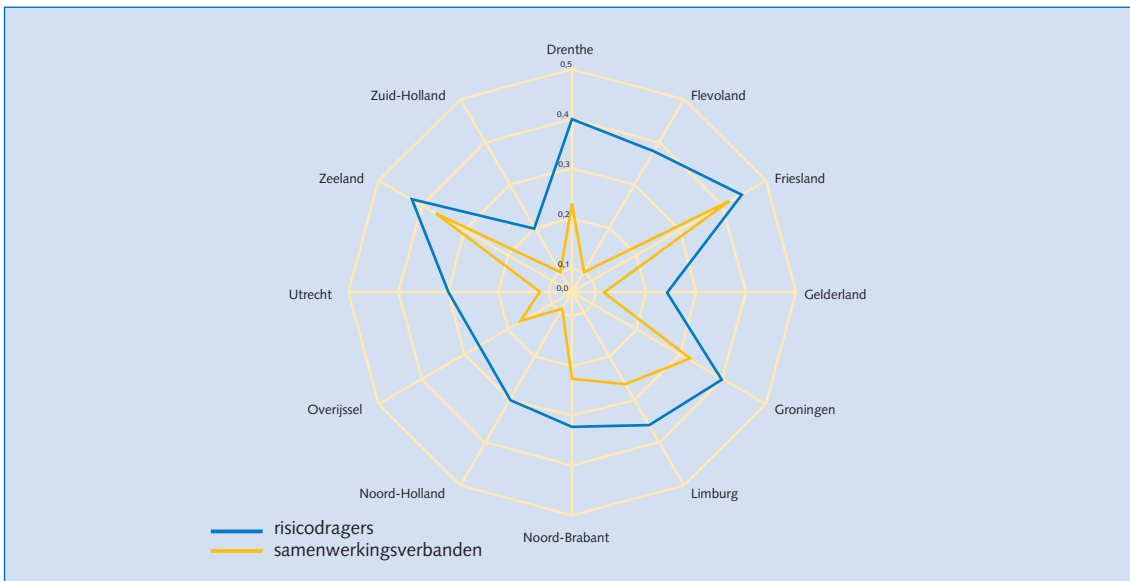
Doordat zorgverzekeraars steeds meer fuseren of samen inkopen, kunnen ze wel een inkoopmacht gaan vormen. We onderscheiden de volgende samenwerkingsverbanden:

- Eureka (Zilveren Kruis Achmea, Groene Land Achmea, OZF, FBTO, Avero, Interpolis, Agis).
- CZ (CZ, Delta Lloyd, Ohra).
- Menzis (Menzis, Confior, Anderzorg, Azivo).
- Uvit (VGZ, IZZ, IZA, UMC, Trias, Cares Gouda, Univé).
- Multizorg (de Amersfoortse, Fortis, PNO, DSW, Stad Holland, ONVZ).
- De Friesland.
- Zorg en Zekerheid.
- Salland.

De laatste drie werken samen binnen de VRZ (Vereniging van Regionale Zorgverzekeraars).

Het is overigens niet gezegd dat zorgverzekeraars binnen een samenwerkingsverband ook daadwerkelijk samen inkopen.

Op het niveau van samenwerkingsverbanden zijn er geen provincies meer met een matige concentratiegraad; er zijn echter ook nog steeds geen oligopolistische concentraties. Friesland, Groningen en Zeeland hebben een concentratiegraad van boven de 0,4. Gelderland en Zuid-Holland hebben de laagste concentratiegraad (respectievelijk 0,23 en 0,19). Zuid-Holland zit daarmee tegen de grens van een matige concentratie aan. Landelijk is de concentratiegraad op het niveau van samenwerkingsverbanden gelijk aan 0,21.

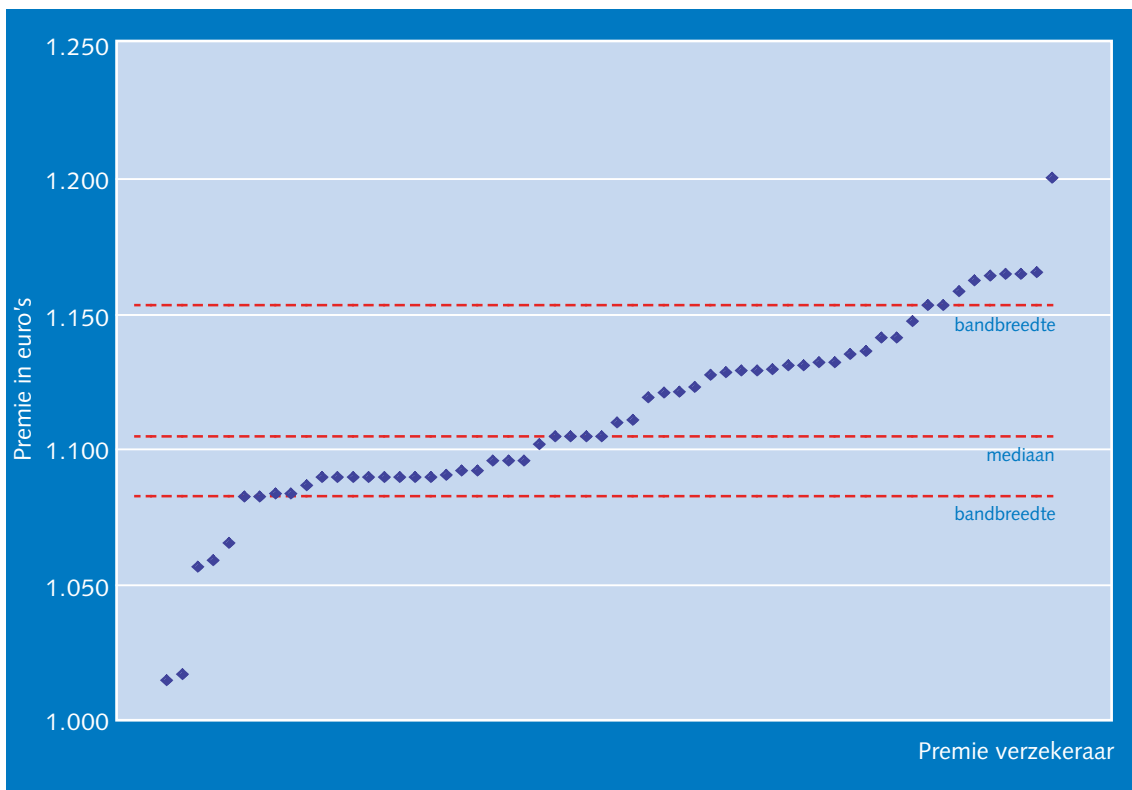


**Figuur 9** Concentratiegraad per provincie voor risicodragers en samenwerkingsverbanden (bron: Vektis, 2008)

## Premie

De nominale premie is de premie die voor een polis gerekend wordt als er geen kortingen worden verstrekt. De gemiddelde nominale premie (gewogen naar het aantal verzekerden per polismodel) is in 2008 € 1.094,- per premieplichtige verzekerde<sup>1</sup>. Dit ligt 4,6% lager dan in 2007. Toen echter was er nog € 255,- no-claim in de premie opgenomen en was er nog geen verplicht eigen risico van € 150,-. Als met de eigen betalingen rekening wordt gehouden, is de lastenstijging gemiddeld 5 á 6% (bron: Vektis Zorgthermometer, Vooruitblik 2008)

De hoogste nominale premie in 2008 betreft € 1.198,- voor een restitutiepólis en de laagste nominale premie is € 933,- voor een naturapólis. Er zit dus een verschil van maar liefst € 265,- tussen de hoogste en de laagste premie. In 2007 was het verschil tussen de hoogste en laagste premie nog € 188,-. Van de 60 aangeboden polissen heeft 75% een premie tussen € 1.082,- en € 1.152,-, een bandbreedte van € 70,-, tegen € 90,- in 2007. Dus hoewel de spreiding in premie is toegenomen, zit dit vooral in de extremen. De meeste zorgverzekeraars zijn elkaar in de hoogte van de premie juist genaderd.



**Figuur 10** Nominale premies van alle 60 aangeboden polissen 2008 (bron: Vektis, 2008)

<sup>1</sup> Premieplichtige verzekerden: alle inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder.

Inclusief eigenrisicokorting hebben individueel verzekerden een gemiddelde premie betaald van €1.081,-. Dit is €13,- minder dan de eerdergenoemde gemiddelde nominale premie. Collectief verzekerden hebben een gemiddelde premie van €1.010,- betaald inclusief collectiviteitskorting en eigenrisicokorting. Zij betalen dus gemiddeld 6,6% minder premie dan individueel verzekerden. Vorig jaar was dat verschil 7,4%. Het gemiddelde van alle verzekerden is €1.040,-; gemiddeld krijgt een verzekerde dus 4,9% korting op de basispremie door korting op eigen risico of collectiviteit.

Naast bovengenoemde kortingen kunnen verzekerden ook nog maximaal 3% korting krijgen indien per jaar (of kwartaal) betaald wordt, in plaats van per maand. Betalingskorting komt vooral bij collectief verzekerden voor. Via een werkgeverscollectiviteit betaalt de werkgever dan de premie voor een heel jaar ineens en houdt dit maandelijks in bij de werknemer. Inclusief betalingskorting betalen collectief verzekerden gemiddeld €1.007,- en individueel verzekerden €1.078,-. Dit is een fractie minder dan het exclusief betalingskorting is.

Gemiddelde premies 2006-2008					
				2008	
				inclusief <sup>2</sup> betalingskorting	exclusief <sup>2</sup> betalingskorting
		2006	2007		
Gemiddelde basispremie		€ 1.060	€ 1.147	€ 1.094	€ 1.094
Gemiddeld betaalde premie	Individueel	€ 1.053	€ 1.135	€ 1.078	€ 1.081
	Collectief	€ 987	€ 1.056	€ 1.007	€ 1.010
	Totaal	€ 1.027	€ 1.091	€ 1.038	€ 1.040

**Tabel 3** Gemiddelde premies basisverzekering 2006-2008 (bron: Vektis, 2008)

De lagere premies in 2008 zijn vooral fictief door het afschaffen van de no-claim à € 255,- en door het invoeren van een verplicht eigen risico van € 150,- lijkt de premie omlaag te zijn gegaan. Dit kan uiteraard wel voor de verzekerden aanleiding zijn geweest om niet in grote getale over te stappen.

<sup>2</sup> Inclusief collectiviteitskorting en eigenrisicokorting.

## Alle feiten op een rij

### Mobiliteit

- 3,5% van de verzekerden is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.
- 72% van de 570.000 overstappers heeft gekozen voor een collectieve polis.
- 2% van de blijvers is geswitcht van een individuele naar een collectieve polis.
- De mobiliteit is het grootst onder personen tot 44 jaar.
- De concentratiegraad van zorgverzekeraars verandert door de opgetreden verzekerdenmobiliteit niet van 2007 op 2008.

### Collectiviteiten

- 59% van de verzekerden heeft in 2008 een collectief contract. In 2007 was dat 57%, in 2006 52% en in 2005 29%.
- Bij kleine concerns (< 120.000 verzekerden) is 42% van de verzekerden collectief verzekerd, bij middelgrote concerns (120.000-400.000) is dat 52% en bij grote concerns (>400.000) 61%.
- 95% van de collectief verzekerden heeft een of meer aanvullende verzekeringen afgesloten; bij individueel verzekerden is dat 88%.
- Relatief de meeste collectief verzekerden zijn te vinden bij de 18-minners en de groep 45-64.
- Naar verhouding nemen net zoveel mannen als vrouwen deel aan een collectief contract.
- 49% van de collectief verzekerden heeft een naturapolis, 21% een restitutiepolis en 30% een mengvorm; bij individueel verzekerden is dat respectievelijk 60%, 21% en 19%.

### Premie

- De gemiddelde basispremie (zonder kortingen voor collectiviteiten, eigen risico's en termijnbetaling) is € 1.094,- per premieplichtige. In 2007 was dat € 1.147,-, een daling van 5%<sup>3</sup>.
- De gemiddelde basispremie inclusief kortingen voor eigen risico's en termijnbetalingen, bedraagt € 1.078,- voor individueel verzekerden en € 1.007,- voor collectief verzekerden.
- Gemiddeld is er aan collectief verzekerden een korting van 6,6% gegeven op de premie van de basisverzekering; in 2007 was dat 7,4%.
- De werkelijk betaalde premie voor de basisverzekering is gemiddeld € 1.038,-; in 2007 was dat € 1.091,-, een verschil derhalve van 4,9%.

### Gekozen polissen

- 92% van de verzekerden heeft een of meer aanvullende verzekeringen afgesloten.
- Van de individueel verzekerden heeft 88% een of meer aanvullende verzekeringen afgesloten; voor collectief verzekerden ligt dit op 95%.
- 5% van de verzekerden heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico.  
Van alle verzekerden die een eigen risico hebben gekozen, heeft het merendeel gekozen voor een eigen risico van € 250,- of van € 650,-.

<sup>3</sup> Deze daling komt onder andere vanwege het feit dat er met ingang van 1 januari 2008 geen no-claim (à € 255,-) wordt meegenomen in de nominale premie, maar dat daarvoor in de plaats een verplicht eigen risico is gekomen van € 150,- (die buiten de premie is gehouden).

## Conclusies en toekomstverwachtingen

*Dit jaar lijkt er relatief weinig te zijn gebeurd op het gebied van mobiliteit en keuzegedrag. Het aantal overstappers naar een andere zorgverzekeraar is beperkt (3,5%) en de groei van het aantal collectiviteiten is afgenomen (lichte groei van 57% naar 59%). Verder is nog steeds het allergrootste deel van de verzekerden (92%) overgegaan tot het afsluiten van een of meerdere aanvullende verzekeringen en heeft de invoering van het verplichte eigen risico van €150,- er niet toe geleid dat verzekerden heel andere keuzes omtrent het vrijwillig eigen risico (dat boven op het verplichte eigen risico komt) hebben gemaakt. Van de verzekerden heeft 5% een vrijwillig eigen risico gekozen en wanneer men dat heeft gedaan, dan is veelal de keuze voor €100,- gemaakt (waardoor het totaal eigen risico op €250,- uitkomt) of juist voor €500,- (waardoor het eigen risico €650,- bedraagt).*

Vraag is natuurlijk of de heftige bewegingen rondom de invoering van de basisverzekering nu voor goed verleden tijd zijn of dat de rust bij de overgang van 2007 naar 2008 slechts relatief is en dat we toch wat meer beweging kunnen gaan verwachten.

De relatieve rust kan heel simpel worden uitgelegd als een teken dat de meeste verzekerden tevreden zijn met de (diensten van de) zorgverzekeraar waarbij zij verzekerd zijn (goede premie, prima polisvormen, fijn collectief, dat soort zaken) en de neiging tot overstappen daardoor heel klein is. Het zou ook kunnen zijn dat de aangeboden producten door zorgverzekeraars zo op elkaar lijken dat het in de beleving van de verzekerde 'eigenlijk helemaal niet uitmaakt' waar hij of zij verzekerd is. Afgezien van een aantal kleine verschillen komt het ongeveer op het zelfde neer. Van oudsher zijn zorgverzekeringen een product dat de consument goed geregeld wil hebben, maar waar hij ook weer niet al te veel energie in wil steken om een keuze te maken. Daarnaast is er de ontwikkeling dat het aantal zorgverzekeraars kleiner is geworden. Als dit soort zaken volgend jaar niet wezenlijk anders zijn, dan zal er op de zorgverzekeringsmarkt de komende tijd weinig beweging te verwachten zijn.

Zijn er ontwikkelingen op de markt voor zorgverzekeringen die wel beweging kunnen veroorzaken? Jazeker! Dat kunnen ontwikkelingen uit heel verschillende hoeken zijn. Hierna staan er een paar en wat hun effect mogelijk kan zijn.

Bij de invoering van de basisverzekering zijn meerdere grote collectiviteiten (veelal werkgeverscollectiviteiten) afgesloten voor een periode van drie jaar. Deze collectiviteiten lopen eind 2008 af en kunnen voor mobiliteit zorgen als sommige collectiviteiten niet bij dezelfde zorgverzekeraar worden ondergebracht. Dit proces zou weleens versterkt kunnen worden door het feit dat bedrijfjes opkomen in de markt die veilingen organiseren, zodat zorgverzekeraars mogelijkheden krijgen om 'op te gaan bieden' tegen elkaar om bepaalde collectiviteiten binnen te halen. Dit tegen elkaar opbieden kan gaan over premiekortingen op de basisverzekering, maar uiteraard ook om premiekortingen op de aanvullende verzekering, gunstige condities voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, het aanbod om preventieve zorg te organiseren, noem maar op.

De afgelopen jaren hebben diverse zorgverzekeraars zich erop toegelegd om verzekerden binnen te halen. Soms is dit gedaan door verzekerden grote premiekortingen aan te bieden, waardoor in- en uitkomsten voor een zorgverzekeraar in het negatieve zijn doorgeslagen. Gecombineerd met het feit dat zorgverzekeraars in de jaren 2006 en 2007 geconfronteerd zijn met een hoger consumptiepatroon van hun verzekerden dan van tevoren ingeschat (vooral bij aanvullende verzekeringen), kan dit ertoe leiden dat het verschil in gevraagde nominale premies groter gaat worden en er een grotere spreiding ontstaat in premies (het verschil tussen de goedkoopste en duurste verzekering was vorig jaar €188,- en is nu opgelopen tot €265,-). Heel reëel is het om te veronderstellen dat dit verschil groter gaat worden en dat daardoor verzekerden meer worden gestimuleerd om over te stappen.

Kortom, het lijkt erop dat de markt voor zorgverzekeringen een nieuwe fase is ingegaan. In voorgaande jaren lag de nadruk meer op premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars om verzekerden binnen te halen. Inmiddels is elke zorgverzekeraar zich ervan bewust dat het rendement daar niet onder mag leiden. Door een kostendekkende premie aan te bieden, leidt dit uiteindelijk tot waar we in de zorg naar toe willen: een doelmatige zorg als het gaat om bedrijfskosten en ook op het gebied van de zorginkoop.

## Onderzoekstechnische verantwoording/onderzoeksaanpak

*In de periode februari-maart 2008 heeft Vektis een inventarisatie gedaan bij alle zorgverzekeraars in Nederland. Aan zorgverzekeraars is gevraagd wat de instroom aan nieuwe verzekerden is geweest, hoeveel verzekerden zijn uitgestroomd en naar een aantal kenmerken van deze in- en uitstroom. Dit is gedaan op het niveau van risicodragers. Daarnaast is ook nog gevraagd wat voor soort verzekeringen zijn afgesloten door de verzekerden. Deze inventarisatie is gedaan op het niveau van polissen<sup>4</sup>.*

Aangezien er vanuit meerdere partijen<sup>5</sup> interesse bestond om meer te weten te komen over de ontwikkelingen, zijn partijen ook gebruikt om input te geven op de gegevensverzameling. De wens vanuit deze partijen was uitdrukkelijk om de vraag bij zorgverzekeraars in één gegevensvraag te bundelen via Vektis om uniformiteit in de gegevensvraag te bewerkstelligen en administratieve belasting bij zorgverzekeraars tot een minimum te beperken.

Vektis heeft 30 zorgverzekeraars benaderd met het verzoek om gegevens aan te leveren over in- en uitstroom van verzekerden, over blijvers, over keuzegedrag en bijbehorende premiestanden. Alle zorgverzekeraars hebben ook gegevens aangeleverd. Gegevens van volmachthouders konden veelal niet tijdig aangeleverd worden. Omdat het hier om een specifieke, niet-representatieve groep gaat, is hier met behulp van correcties rekening mee gehouden. Uiteindelijk zijn over 15.545.000 verzekerden gegevens aangeleverd. Dit is een dekking van 96%.

Verzekerden hebben tot uiterlijk 1 januari 2008 de tijd gehad om hun polis bij hun huidige zorgverzekeraar op te zeggen en uiterlijk 1 maart 2008 zich weer aan te melden bij een nieuwe zorgverzekeraar. Na 1 maart 2008 zijn de voor dit rapport benodigde gegevens opgevraagd bij zorgverzekeraars.

In deze rapportage wordt een beeld geschetst van de marktontwikkelingen rondom mobiliteit en keuzegedrag. Er wordt niet specifiek ingegaan op specifieke zorgverzekeraars. Waar interessant en relevant worden af en toe wel gegevens van individuele zorgverzekeraars op een rijtje gezet. Deze zorgverzekeraars zijn echter niet herkenbaar of herleidbaar weergegeven in figuren en tabellen. Soms worden niet de zorgverzekeraars maar de onderliggende concerns<sup>6</sup> belicht.

<sup>4</sup> Hierbij is gebruikgemaakt van de lijst zoals die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is opgesteld.

<sup>5</sup> Zorgverzekeraars Nederland (ZN), ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

<sup>6</sup> Hierbij zijn de volgende concerns onderscheiden: Achmea (Zilveren Kruis, Groene Land, OZF, FBTO, Avéro, Interpolis, Agis), CZ (CZ, Delta Lloyd, OHRA), De Friesland, Menzis (Menzis, Confior, Anderzorg, Azivo), Multizorg (de Amersfoortse, Fortis, PNO, DSW, Stad Holland, ONVZ), Salland, UVIT (VGZ, IZZ, IZA, UMC, Trias, Cares Gouda, Univé), Zorg en Zekerheid.

## Definities en omschrijvingen

### **Instroom**

Die verzekerden die op 31 december 2007 niet verzekerd waren bij een bepaalde zorgverzekeraar maar per 1 maart 2008 wel.

### **Uitstroom**

Die verzekerden die op 31 december 2007 wél verzekerd waren bij een bepaalde zorgverzekeraar, maar per 1 maart 2008 niet meer.

### **Instroompercentage**

Het instroompercentage is het aantal verzekerden dat bij een zorgverzekeraar is ingestroomd in de periode 1 januari–1 maart 2008, ten opzichte van de verzekerdenstand op 1 maart 2008.

### **Uitstroompercentage**

Het uitstroompercentage is het aantal verzekerden dat bij een zorgverzekeraar is uitgestroomd in de periode 1 januari–1 maart 2008, ten opzichte van de verzekerdenstand op 31 december 2007.

### **Switchmarkt**

In absolute zin: alle verzekerden die van zorgverzekeraar zijn veranderd in de periode 1 januari–1 maart 2008 en in relatieve zin: alle verzekerden die zijn ingestroomd bij zorgverzekeraars ten opzichte van het totale aantal verzekerden.

### **Collectief contract**

Een collectief contract is een verzekeringsovereenkomst die geldt voor een specifieke groep. De overeenkomst wordt afgesloten tussen een zorgverzekeraar en (rechts)persoon of instantie die optreedt namens die groep. Vanwege de kostenvoordelen kan de deelnemers een korting op de premie worden aangeboden. De Zorgverzekeringswet (Zvw) bepaalt dat deze korting maximaal 10% mag bedragen ten opzichte van een vergelijkbare individuele polis.

Er is ook sprake van begunstigingscontracten, dit is een vorm van een collectief contract. Het woord 'begunstiging' geeft aan dat leden van de groep voor wie het contract is bedoeld, vrij zijn om mee te doen.

In dit onderzoek is de definitie van collectief contract in de ruime zin des woords; begunstigingscontracten vallen derhalve ook onder de definitie van collectief contract.

### **Naturapolis**

Bij een naturapolis is sprake van gecontracteerde zorg: de zorgverzekeraar heeft afspraken gemaakt met zorgaanbieders over prijs en kwaliteit. In de praktijk heeft de zorgverzekeraar vaak, net zoals in het ziekenfonds, afspraken gemaakt met bijna alle zorgaanbieders in zijn werkgebied.

Met een polis voor gecontracteerde zorg kan een verzekerde wel naar een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt. Het kan dan zijn dat een verzekerde in dat geval niet alles vergoed krijgt.

### **Restitutiepolis**

Bij een restitutiepolis is sprake van niet-gecontracteerde zorg: de zorgverzekeraar heeft geen afspraken met de zorgaanbieders gemaakt. Het maakt voor de vergoeding dan niet uit naar welke zorgaanbieder de verzekerde gaat. De premie is waarschijnlijk wel hoger, omdat de zorgverzekeraar geen contracten met de zorgaanbieders heeft gesloten. De keuzevrijheid van verzekerden staat bij deze contractvorm centraal.

### **Verplicht eigen risico**

Per 1 januari 2008 is sprake van een verplicht eigen risico van € 150,-. Dit verplicht eigen risico maakt geen deel uit van de nominale premie. Wanneer een verzekerde gebruikmaakt van zorg, betaalt de verzekerde de eerste € 150,- zelf. Zorgkosten die boven de € 150 euro uitkomen, worden door de zorgverzekeraar betaald.

### **Vrijwillig eigen risico**

Bovenop het verplichte eigen risico kan een verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Zorgverzekeraars geven premiekorting naarmate het vrijwillig gekozen eigen risico hoger is. Verzekerden die voor een hoog vrijwillig eigen risico kiezen, zullen met name die verzekerden zijn die verwachten niet of nauwelijks een beroep te doen op voorzieningen uit de Zorgverzekeringswet.





## Colofon

---

### Auteurs

Dr. Ph.J. (Philip) Mokveld  
Drs. M. (Marieke) Smit

### Dank

Wij willen graag de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit onderzoek en het rapport:

#### **Zorgverzekeraars Nederland:**

Ben Oudhuis en Henny Wijngaard  
Vektis: Anne de Boo en Robin de Vries

Verder willen wij alle medewerkers van zorgverzekeraars bedanken die zich hebben ingespannen om op tijd de juiste informatie bij ons te krijgen.

### Redactieadres

Postbus 703  
3700 AS Zeist  
T 030-69 88 323  
F 030-69 88 216  
E-mail: [info@vektis.nl](mailto:info@vektis.nl)  
Website: [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl)

### Druk & Ontwerp

VDA-groep

Het gebruik van de inhoud van dit rapport is met bronvermelding toegestaan.

### Disclaimer

Ofschoon uiterste zorg is besteed aan kwaliteit en geldigheid van de gegevens, aanvaardt Vektis geen aansprakelijkheden voor de gevolgen van eventuele onjuistheden.

### Nadere informatie

Zijn er ook andere personen binnen uw organisatie geïnteresseerd om dit rapport te ontvangen, dan kunt u extra exemplaren bestellen bij **Vektis**: 030-69 88 323 of via [info@vektis.nl](mailto:info@vektis.nl)

Voor inhoudelijke vragen over het rapport kunt u terecht bij Marieke Smit of Anne de Boo.

Marieke Smit:  
telefoon 030-69 88 323 / 06-232 75 040  
of [m.smit@vektis.nl](mailto:m.smit@vektis.nl)

Anne de Boo:  
telefoon 030-69 88 323 / 06- 232 63 680  
of [a.de.boo@vektis.nl](mailto:a.de.boo@vektis.nl)



**Vektis C.V.**

Postbus 703  
3700 AS ZEIST

T 030 - 69 88 323  
F 030 - 69 88 216  
info@vektis.nl  
www.vektis.nl