



Mobiliteit Marginaal

Onderzoek naar de verwachte mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt 2008/2009

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Context	5
Klantsegmentatie	7
Premie	8
Collectiviteiten	14
Kwaliteit/tevredenheid	18
Conclusie	22
Geraadpleegde bronnen	24
Over BS Health Consultancy.....	25

Mobiliteit Marginaal: 5%

Ondanks dat ruim 80% van de grote collectieve contracten per 1 januari 2009 afloopt, zijn slechts weinig collectiviteiten voornemens van zorgverzekeraar te wisselen. Een jaar eerder, per 1 januari 2008, liep niet meer dan 45% van de grote collectiviteiten af. De verwachting is dat slechts 5% van de verzekerden komend jaar zullen gaan overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Na de invoering van de basisverzekering, begin 2006, stapten nog bijna een kwart van de verzekerden over. De verwachte mobiliteit in 2009 zal rond die van het jaar 2007 liggen (4,5%) en blijft marginaal.

Premiestijging basisverzekering van 3%

In 2006 lag de gemiddelde nominale premie voor de basisverzekering 6% onder de kostendeckende rekenpremie van het Ministerie van VWS. In 2007 was dat 3% en in 2008 nog maar 1%. De verwachting is dat de ontwikkeling van het rendementsherstel van zorgverzekeraars doorzet, ondanks dat DSW Zorgverzekeraar haar premie van de basisverzekering met 1% heeft verlaagd. In 2006 en 2007 was de premiesetting van DSW voor veel zorgverzekeraars nog leidend. Anno 2008 is de zorgverzekeringsmarkt meer uitgekristalliseerd en is de verwachting, dat de premie van DSW in 2009, evenals in 2008, niet meer bepalend zal zijn voor de premiesetting van de (grote) zorgverzekeraars. Weinig zorgverzekeraars hebben nog financiële ruimte om (wederom) een lage zorgpremie en kortingen in de markt te zetten. De gemiddelde nominale jaarpremie voor de basisverzekering komt in 2009 vermoedelijk rond of iets boven de kostendeckende rekenpremie van € 1.074 te liggen. Ten opzichte van de gemiddelde nominale premie in 2008 betekent dit een premiestijging van 3%.

Verzekerden zijn weinig prijsgevoelig

De prijsgevoeligheid van consumenten voor zorgverzekeringen is ten opzichte van 2006 sterk afgenomen. De prijselasticiteit of prijsgevoeligheid is in 2008 gedaald naar -0,1, ongeveer het niveau van voor de stelselwijziging. In 2007 bedroeg de elasticiteit nog -2,0 en in 2006 zelfs -7,0. De elasticiteit in 2008 betekent dat een zorgverzekeraar die zijn premie laat dalen met 1%, ongeveer 120 verzekerden wint. In 2006 zou de zorgverzekeraar met deze prijsverlaging nog 27.000 verzekerden winnen.

Mobiliteit vooral van de doelgroep individueel verzekerden van 18 tot 45 jaar

In de leeftijdsklasse 18 tot 45 jaar zijn relatief weinig Nederlanders collectief verzekerd. Slechts 54% ten opzichte van een totaal gemiddelde collectiviteitsgraad van 59%. De verwachting van deze groep verzekerden is juist, dat zij zich aangetrokken voelen tot een collectieve verzekering, door de premievoordelen die er aan zijn verbonden. Een deel van deze groep verzekerden zal vermoedelijk, mede als gevolg van de verwachte premiestijgingen, in 2009 alsnog kiezen zich aan te sluiten bij een collectiviteit. Dan wel individueel verzekerd te blijven, maar dan wel over te stappen naar een specifieke, goedkopere polis, eventueel met een beperktere keuze uit zorgaanbieders. Dergelijke

polissen kunnen onder de aandacht worden gebracht via nieuwe mediakanalen, zoals YouTube, MSN of gerichte sms-berichten. Als gevolg van de verwachte overstap van de individueel verzekerden naar een collectiviteit zal de collectiviteitsgraad in 2009 naar verwachting verder stijgen tot circa 61%.

Vooraf grote werkgevers(collectiviteiten) worden verleid met vitaliteitsproposities

Een belangrijk kanaal om verzekerden in de leeftijdsklasse 18 tot 45 jaar te benaderen is de werkgever. Vooral bij grote werkgevers met meer dan 500 werknemers is groei te realiseren door te sturen op het laten 'vollopen' van bestaande collectiviteiten. Bijvoorbeeld door de hoogte van de collectiviteitskorting te laten afhangen van de vulgraad van de collectiviteit. Ten aanzien van zorgverzekeringen blijken werkgevers hun werknemers vooral te willen faciliteren en hen niet eenzijdig op te leggen voor welke zorgverzekeraar zij moeten kiezen. Er is dan ook een ontwikkeling zichtbaar, dat de 'gekoppelde' werkgeversbijdrage voor de zorgverzekering steeds vaker wordt afgeschaft. Gelet op de huidige krappe arbeidsmarkt blijft de zorgverzekering voor werkgevers toch een item. Veel (grote) werkgevers willen inspanningen doen om de arbeidsproductiviteit van hun werknemers te verhogen. Komend commercieel seizoen zullen dan ook veel (grote) werkgevers worden verleid over te stappen. Verleiding door zorgverzekeraars die proposities aanbieden, die het verzuim doen verminderen en de vitaliteit van werknemers doen verbeteren.

Groei aantal verzekerden in 2009 alleen te realiseren met doelgroep gerichte polissen

Anno 2008 zijn zorgverzekeraars (nog) weinig onderscheidend, waardoor verzekerden weinig reden hebben om over te stappen. Er zijn relatief weinig verschillen in prijs en klanttevredenheid. De waardering van verzekerden voor de dienstverlening van alle zorgverzekeraars is ruim voldoende. Klanttevredenheid en servicegraad zijn randvoorwaarden voor klantbehoud. Groei in het aantal verzekerden is op de zorgverzekeringsmarkt in 2009 alleen te realiseren door doelgroep gerichte polissen. Hierbij dient verder te worden gegaan dan alleen dekking of gebruik van een communicatiekanaal. Het gaat om het totaalpakket, inclusief zorginkoop, dat is afgestemd op de 'drive' van de doelgroep. Bijvoorbeeld een goedkopere polis met een beperkte keuze uit zorgaanbieders voor jongeren of een bedrijfsgezondheidspakket voor de werkgever. Met in het aanbod een arbeidspoli waar zijn werknemers in geval van ziekte snel kunnen worden behandeld.

Meer informatie over dit onderzoeksrapport kunt u opvragen bij:

BS Health Consultancy

Paul van den Broek of Renate Streng

Tel. 06 53 65 7102 / 06 28 48 7934

E-mail: paulvandenbroek@bshealth.nl / renatestreng@bshealth.nl

Context

Aanleiding

Met de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 probeert de overheid meer marktwerking in de zorg te bevorderen. Zorgverzekeraars onderhandelen namens hun verzekerden met zorgaanbieders over de omvang, de kwaliteit en de prijs van de in te kopen zorg. Zorgverzekeraars vervullen hiermee een spilfunctie bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Verzekerden hebben de mogelijkheid gekregen om 'te stemmen met de voeten'. Als verzekerden de zorgverzekeraar te duur vinden of als zij vinden dat de kwaliteit tekortschiet, kunnen zij eens per jaar van zorgverzekeraar wisselen. Op deze wijze ondervinden zowel zorginstellingen als zorgverzekeraars prikkels om doelmatig met de beschikbare middelen om te gaan.

Na de invoering van de Zvw, en daarmee de basisverzekering, is begin 2006 bijna een kwart van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Een jaar later daalde de mobiliteit naar 4,5%. En ook in 2008 wisselden niet meer dan 3,5% van de verzekerden van zorgverzekeraar. De mobiliteitspercentages van de afgelopen drie jaren werden met name bepaald door collectiviteiten. Hoofdoorzaak van een toename van de verzekerdenportefeuille was veelal een groei van het aantal collectief verzekerden. Een groot aantal (werkgevers)collectiviteiten hebben een looptijd van drie jaar en vallen begin 2009 vrij. Voor ons aanleiding om de verwachte

mobiliteit van de zorgverzekerden in 2009 te onderzoeken.

Onderzoeksaanpak

Evenals in onze voorgaande onderzoeken, maken we ook in dit rapport onderscheid naar verschillende klantsegmenten. Door uit te gaan van verschillende kenmerken van verzekerden kan een meer nauwkeurige inschatting worden gegeven van de verwachte verzekerdenmobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt, dan wanneer de groep van ruim 16 miljoen verzekerden als totaal wordt beschouwd.

De invalshoek die is gekozen voor de segmentatie is gebaseerd op de belangrijkste redenen om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, namelijk: premie, aanbieding via een collectief contract, de verwachte betere service bij een andere zorgverzekeraar of de ontevredenheid met de huidige zorgverzekeraar.

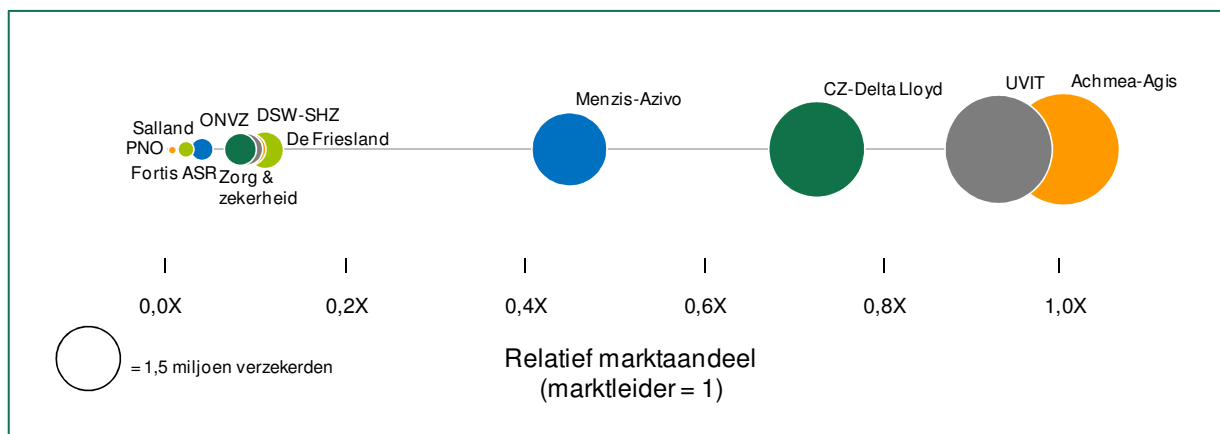
Dit onderzoek gaat in op de trends ten aanzien van deze aspecten vanaf 2006 en geeft de verwachtingen weer voor komend jaar c.q. commercieel seizoen 2008/2009. Deze verwachtingen zijn mede gebaseerd op gesprekken met verschillende zorgverzekeraars, grote werkgevers, branche-organisaties voor werkgevers en tussenpersonen, volmachten en makelaars.

Voorts zijn gegevens gebruikt uit voorgaande mobiliteitsonderzoeken, jaarverslagen van de verschillende zorgverzekeraars en diverse openbare rapporten. Deze documenten zijn neergelegd in de bronvermelding in de bijlage.

Gegevens van de zorgverzekeraars zijn in dit rapport op concernniveau weergegeven. Dit betreffen in totaal 11 zorgverzekeraar(concern)s, weergegeven in figuur 1, naar de huidige marktverhoudingen op de Nederlandse

zorgverzekeringsmarkt. In de hierna volgende figuren worden de zorgverzekeraars geanonimiseerd weergegeven.

Na dit inleidende gedeelte wordt eerst ingegaan op de verschillende klantsegmenten. In de daarop volgende hoofdstukken worden de belangrijkste overstapredenen één voor één besproken. Tot slot wordt de verwachte totale verzekerdenmobiliteit in 2009 aangegeven.



Figuur 1: marktverhoudingen Nederlandse markt voor zorgverzekeringen (2008)

- Een groot aantal (werkgevers)collectiviteiten hebben een looptijd van drie jaar en vallen begin 2009 vrij.
- Mobiliteitspercentages zorgverzekeringsmarkt voorgaande jaren:
 - 2006: 22%
 - 2007: 4,5%
 - 2008: 3,5%

Klantsegmentatie

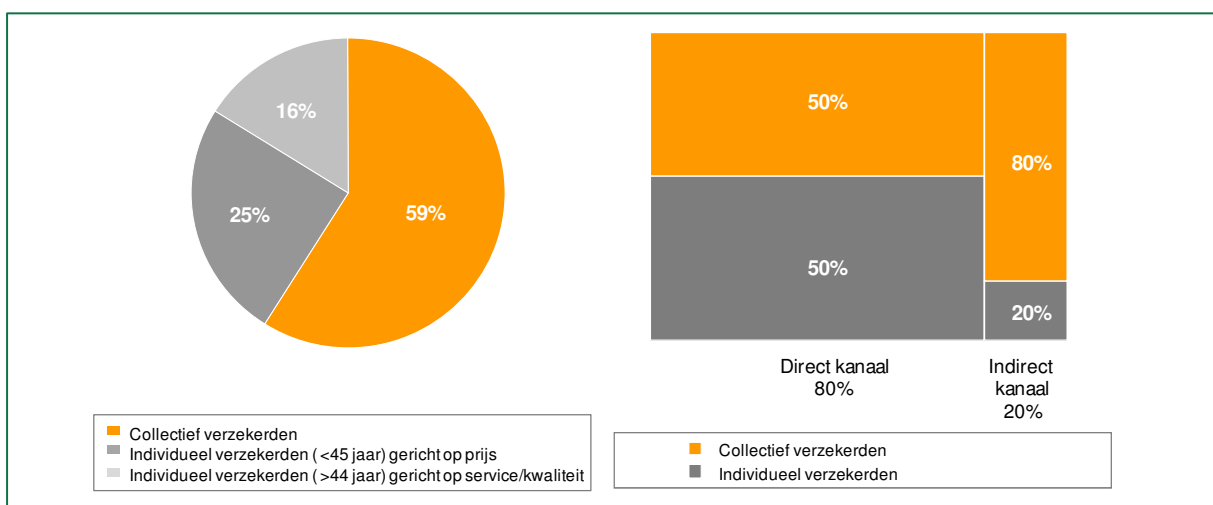
Kenmerken verzekerden

De totale zorgverzekerdenmarkt bestaat in 2008 voor bijna 60% uit collectief verzekerden. Deze verzekerden zijn verzekerd via een werkgeverscollectiviteit of een zogenoemde 'gelegenheidscollectiviteit'. De verhouding werkgeverscollectiviteiten versus gelegenheidscollectiviteiten bedraagt ongeveer 2/3 – 1/3. Gelegenheidscollectiviteiten worden bijvoorbeeld aangeboden door sportverenigingen, ouderenbonden of patiëntenverenigingen. De ruim 40% individueel verzekerden, die niet via een collectief contract zijn verzekerd, kunnen worden ingedeeld naar leeftijdsklasse. Met het toenemen van de leeftijd, neemt ook de zorgconsumptie toe. Voor de categorie zorgverzekerden van 45 jaar en ouder zullen vooral de dekking en kwaliteit/service van de dienstverlening de belangrijkste drijfveren vormen om van zorgverzekeraar te veranderen. Voor individueel verzekerden jonger dan 45 jaar is prijs veelal de belangrijkste reden om

van zorgverzekeraar te veranderen. Kinderen tot en met 17 jaar zullen hun ouders volgen, die voornamelijk op prijs gericht zijn.

Zoals figuur 2 aangeeft is 16% van de verzekerdenpopulatie individueel verzekerd en ouder dan 44 jaar. Deze groep is met name gericht op de service en kwaliteit. Circa 25% van de verzekerdenpopulatie is ook individueel verzekerd, maar is niet ouder dan 44 jaar. Deze doelgroep is vooral gericht op de prijs van de zorgverzekering.

Verzekerden kunnen direct bij een zorgverzekeraar zijn verzekerd of indirect, via bijvoorbeeld een assurantietussenpersoon, makelaar of bank. Circa 80% van de verzekerden is direct bij een zorgverzekeraar verzekerd en 20% is via het indirecte kanaal verzekerd, zie figuur 2. Het indirecte kanaal heeft met name collectief verzekerden, 80% van de indirecte verzekerden zijn aangesloten bij een collectiviteit. Via het directe kanaal is nog de helft van de verzekerden individueel verzekerd.



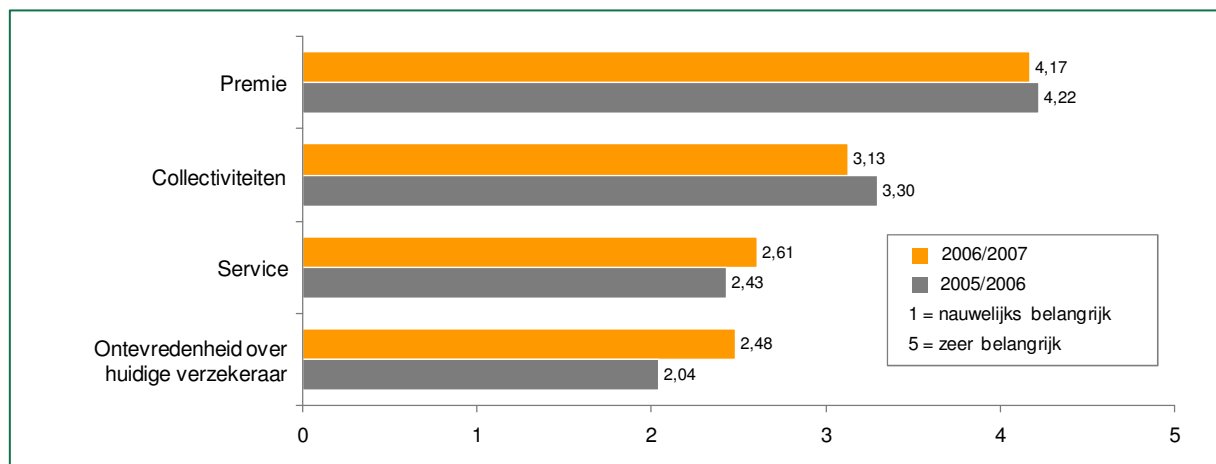
Figuur 2: Onderverdeling totaal aantal verzekerden naar klantsegmenten (Bron: Vektis; CBS; analyse BS Health Consultancy)

Overstapredenen

Zoals aangegeven zijn de overstapredenen van de zorgverzekerden grotendeels afhankelijk van de leeftijd, in combinatie met verwachte zorgkosten. In totaliteit blijken premie, mogelijkheid tot deelname aan een collectiviteit, service en ontevredenheid over de huidige verzekeraar, de belangrijkste redenen om over te stappen, zie figuur 3. De overstapredenen van premie en een aanbieding van een collectiviteit, hebben veelal met elkaar te maken. Door de collectiviteitskorting is de premie immers meestal lager dan bij concurrerende zorgverzekeraars met een individuele verzekering. Ook de derde reden,

verwachting betere service te krijgen bij een andere zorgverzekeraar en de vierde reden, de ontevredenheid over de kwaliteit van de huidige zorgverzekeraar lijken met elkaar te maken te hebben. Hoewel premie en collectiviteiten in 2006 en 2007 de belangrijke argumenten zijn voor verzekerden om over te stappen, neemt het belang van argumenten, zoals service en ontevredenheid over de huidige zorgverzekeraar, toe.

In de hierna volgende hoofdstukken worden deze belangrijkste overstapredenen achtereenvolgens besproken.



Figuur 3: Belangrijkste redenen om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar (gemiddelden) (Bron: ESB; analyse BS Health Consultancy)

- Bijna 60% van de NL-ers is via een collectief zorgcontract verzekerd
- Circa 80% van de verzekerden is direct bij een zorgverzekeraar verzekerd en 20% via het indirecte kanaal
- Belangrijkste redenen om over te stappen:
 - Premie
 - Aanbieding collectief contract
 - Service
 - Ontevredenheid met huidige zorgverzekeraar

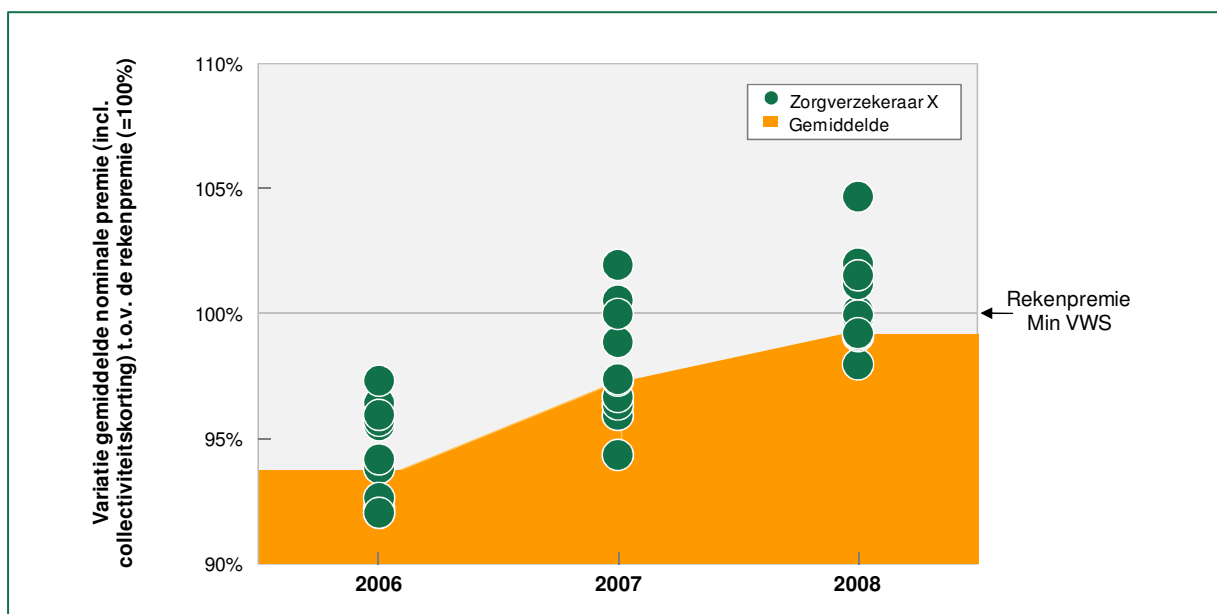
Premie

Rendementsherstel

De gemiddelde nominale premie (inclusief collectiviteitskortingen) voor de basisverzekering lag zowel in 2006, 2007 als 2008, onder de kostendekkende rekenpremie voor de basisverzekering van het Ministerie van VWS. Zoals figuur 4 aangeeft is de gemiddelde marge op de basisverzekering tussen 2006 en 2008 wel verbeterd. In 2006 lag de gemiddelde nominale premie voor de basisverzekering 6% onder de kostendekkende rekenpremie, in 2007 3% en in 2008 was dat nog 1%. De verwachting is dat de ontwikkeling van het rendementsherstel van de zorgverzekeraars doorzet en dat de gemiddelde nominale premie in 2009 rond of iets boven de kostendekkende rekenpremie van € 1.074 zal komen te liggen. Ten opzichte van de gemiddelde nominale premie in 2008 betekent dit een premiestijging van 3%.

Premiesetting DSW niet meer leidend

Traditiegetrouw maakt DSW jaarlijks als eerste zorgverzekeraar de premie van de basisverzekering bekend. Hiermee heeft DSW de afgelopen jaren veel publiciteit gekregen. In 2006, het jaar van de stelselwijziging, was de premiesetting van DSW voor veel andere zorgverzekeraars leidend. Zoals in de linkergrafiek van figuur 5 is weergegeven hebben de vier grootste zorgverzekeraars in 2006 een individuele premie neergezet die hooguit 1% boven de premie van DSW lag. De vier grootste zorgverzekeraars hebben een gezamenlijk marktaandeel van circa 90%. Ook eind 2006/begin 2007 was voor veel zorgverzekeraars nog onzeker hoe de zorgverzekeringsmarkt zich zou gaan ontwikkelen. De vier grootste zorgverzekeraars gaven in 2007 wederom een individuele premie af rond die van zorgverzekeraar DSW.

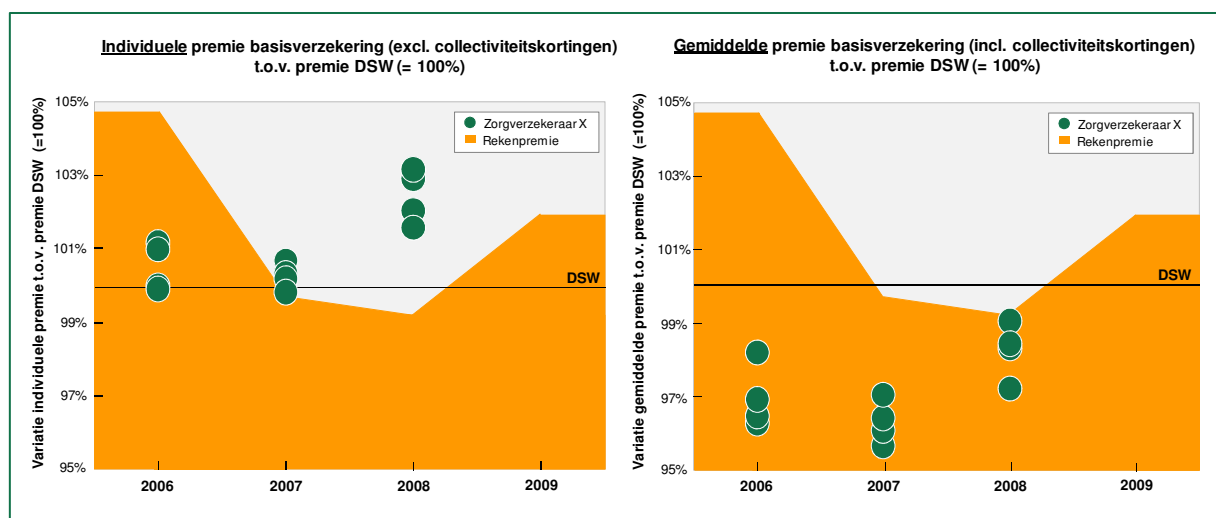


Figuur 4: variatie gemiddelde nominale premie (inclusief collectiviteitskortingen) voor de basisverzekering t.o.v. de rekenpremie in 2006, 2007 en 2008 (Bron: Ministerie van VWS; analyse BS Health Consultancy)

DSW geeft echter geen collectiviteitskortingen, in tegenstelling tot de andere zorgverzekeraars. Zoals de rechtergrafiek van figuur 5 aangeeft, hadden de vier grootste zorgverzekeraars als gevolg van de gegeven collectiviteitskortingen in 2006 en 2007 een gemiddelde premie die onder de premie van DSW en ook de kostendekkende rekenpremie van het Ministerie van VWS lag.

Eind 2007/begin 2008 waren de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt beter voorspelbaar en hebben de vier grootste zorgverzekeraars een individuele premie vastgesteld die circa 2,5% boven de premie van DSW lag (zie linkergrafiek, figuur 5). Als gevolg daarvan zijn de gemiddelde premies van de basisverzekering dichterbij de kostendekkende rekenpremie komen te liggen (zie rechtergrafiek, figuur 5).

DSW is ook dit commercieel seizoen de eerste zorgverzekeraar die de premie van de basisverzekering bekend heeft gemaakt. Ten opzichte van 2008, is de jaarpremie van DSW gedaald met € 12 ofwel 1%. Zoals in figuur 5 is weergegeven, ligt de premie van DSW in 2009 2% onder de kostendekkende rekenpremie. In 2008 lag de premie van DSW nog 1% boven de rekenpremie. Om de reden dat de zorgverzekeringsmarkt anno 2008 meer is uitgekristalliseerd, is onze verwachting dat de premie in 2009 van DSW, evenals in 2008 niet meer leidend zal zijn voor de (grote) zorgverzekeraars. De eerder aangegeven ontwikkeling van het rendementsherstel van de zorgverzekeraars zal naar verwachting doorzetten.



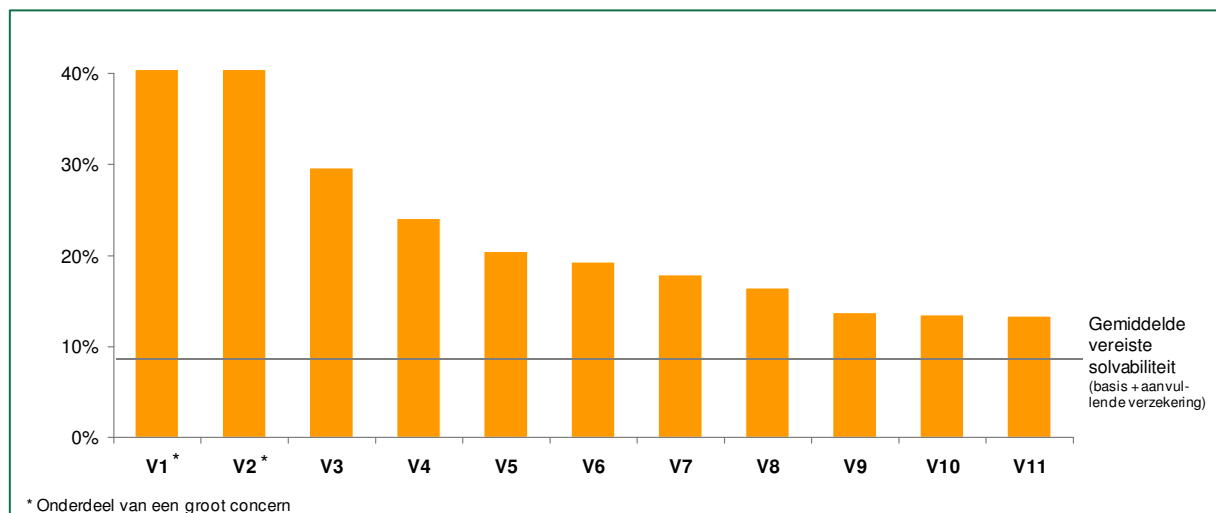
Figuur 5: Variatie individuele premie en gemiddelde premie van de vier grootste zorgverzekeraars (Achmea-Agis, Univé-VGZ-IZA-Trias, CZ-Delta Lloyd en Menzis-Azivo) ten opzichte van de premie van DSW (=100%) (Bron: persbericht DSW; Ministerie van VWS; analyse BS Health Consultancy).

Financiële ruimte is beperkt

De eis die De Nederlandse Bank (DNB) stelt aan het vermogen van de zorgverzekeraar, de solvabiliteitseis, bedraagt waar het de basisverzekering betreft 8% van de schade. Voor aanvullende verzekeringen geldt een hogere solvabiliteitseis, namelijk 24% van de schade. Om te voorkomen dat de solvabiliteitseisen te veel schommelen, wordt voor het bepalen van de hoogte van de schade uitgegaan van het gemiddelde van het schadeverleden van de laatste drie boekjaren. Maar als gevolg van de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 heeft de bruto geboekte schade in het boekjaar 2005 nauwelijks nog een relatie met de geboekte bruto schade in 2006 en 2007. Om toch een goed beeld te verkrijgen is ervoor gekozen om de gemiddelde bruto schade alleen over de twee laatste boekjaren (2006 en 2007) mee te nemen in de berekeningen. Ook is bij de berekeningen uitgegaan van het totale vermogen van de concerns, ofschoon DNB uitgaat van het vermogen

van de juridische entiteiten binnen een concern. Hiervoor is gekozen, omdat een aantal zorgverzekeraars onderdeel is van een concern. Als deze zorgverzekeraars lage(re) premies en/of hoge(re) collectiviteitskortingen in de markt willen zetten, kunnen ze daarvoor financiële middelen vanuit het moeder-concern ter beschikking gesteld krijgen.

In figuur 6 zijn de globale solvabiliteitspercentages van de verschillende zorgverzekeraars weergegeven. De totale gemiddelde schade in boekjaren 2006 en 2007 zijn gedeeld door het eigen vermogen op 31 december 2007. Gemiddeld heeft 90% van de totale schade betrekking op de zorgkosten ten laste van de basisverzekering. De overige 10% heeft betrekking op de zorgkosten ten laste van de aanvullende verzekering. Gemiddeld bedraagt de solvabiliteitseis dus circa 10% van de totale schade. Dit kan per zorgverzekeraar iets hoger of lager zijn, afhankelijk of de zorgverzekeraar relatief veel zorgkosten heeft ten laste van de aanvullende verzekering.



Figuur 6: globale solvabiliteitsmarge op 31 december 2007 (Bron: DNB; jaarverslagen zorgverzekeraars; analyse BS Health Consultancy)

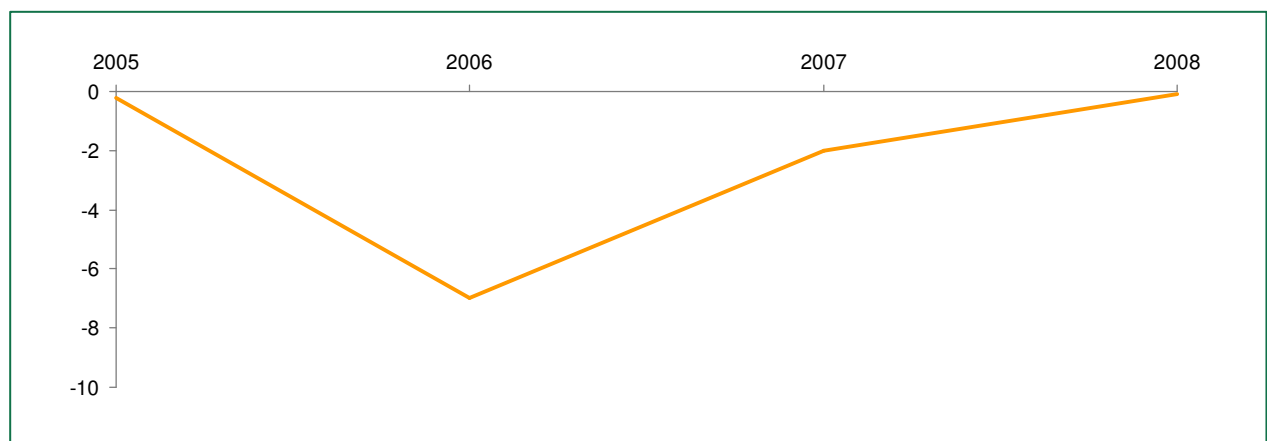
Behalve de solvabiliteitseisen zullen zorgverzekeraars bij de premievaststellingen extra voorzichtigheidsmarges inbouwen in verband met de onzekerheden ten aanzien van de ziekenhuiskosten in de jaren 2005 en 2006. Zorgverzekeraars hebben ziekenhuizen voorschotten verstrekt ter financiering van het onderhanden werk bij de invoering van de Diagnose Behandelingcombinatie(DBC)-systematiek en hebben deze voorfinanciering nog tegoed c.q. te verrekenen. Echter, nog niet bekend is hoe groot deze bedragen zullen zijn. De huidige schadelast ziekenhuiszorg vertegenwoordigt daardoor nog onvoldoende de daadwerkelijke kostenontwikkeling. Als gevolg van deze onzekerheden hebben accountants voor de jaarrekening 2007 van zorgverzekeraars voorbehouden gemaakt.

Mede op basis van de solvabiliteitseisen en de onzekerheden ten aanzien van de ziekenhuiszorgkosten is onze verwachting, dat de meeste zorgverzekeraars in 2009 een gemiddelde premie voor de basisverzekering zullen vragen van rond of iets boven de kostendeckende rekenpremie van € 1.074. Er is nog maar een beperkt aantal zorgverzekeraars die

voldoende financiële armslag heeft om (wederom) een lage zorgpremie en kortingen in de markt te zetten. Het betreft dan vooral de grote schadeconcerns, zogenoemde totaalverzekeraars.

Prijsgevoeligheid is afgenomen

De prijsgevoeligheid van zorgverzekeringen van consumenten is ten opzichte van 2006 sterk afgenomen. De prijsgevoeligheid, ofwel de prijselasticiteit, is de winst in marktaandeel van een zorgverzekeraar na een prijsverlaging. In de veronderstelling dat andere zorgverzekeraars hun prijzen niet wijzigen. Zoals figuur 7 aangeeft is de prijselasticiteit van verzekerden gedaald naar -0,1, ongeveer het niveau van voor de stelselwijziging. In 2007 bedroeg de elasticiteit nog -2,0 en in 2006 zelfs -7,0. De elasticiteit in 2008 betekent dat een zorgverzekeraar die zijn premie laat dalen met 1%, ongeveer 120 verzekerden wint. In 2006 zou de zorgverzekeraar met deze prijsverlaging nog 27.000 verzekerden winnen. Aan de andere kant betekent deze lage prijsgevoeligheid ook dat, wanneer een zorgverzekeraar de premie verhoogt er relatief weinig verzekerden zullen overstappen.



Figuur 7: prijselasticiteit van zorgverzekeringen in 2005 (voor de stelselwijziging), 2006, 2007 en 2008

Geen grote premieverschillen

Op basis van de ingeslagen weg van het rendementsherstel van zorgverzekeraars, de veelal beperkte aanwezige financiële middelen van vele zorgverzekeraars en de lage prijsgevoeligheid van consumenten, is onze verwachting dat er geen zeer grote premieverschillen zullen ontstaan tussen zorgverzekeraars. Massale overstap van verzekerden is dan ook niet te verwachten. Wat niet wegneemt dat er altijd een aantal verzekerden zullen zijn die als gevolg van de verwachte

premiestijging alsnog zullen overstappen naar een collectiviteit. Dan wel naar een specifieke, goedkopere, polis met eventueel een beperktere keuze uit zorgaanbieders, zoals de Zekur-polis van Univé. Dergelijke polissen hebben vooral jongeren, die relatief weinig zorgkosten maken, als doelgroep. Via nieuwe mediakanalen, zoals YouTube, MSN of gerichte sms-berichten, kunnen dergelijke polissen bij hen onder de aandacht worden gebracht.

- Nominale premie basisverzekering ligt in 2009, in tegenstelling tot andere jaren, meer rond de afgegeven rekenpremie van het Ministerie van VWS; € 1.074,-- per jaar
- Verscherpte solvabiliteitseisen en nog bestaande onzekerheid 'afwikkeling ziekenhuiskosten 2005/2006', leidt tot conservatief premiebeleid
- Ook omdat de prijselasticiteit sterk is afgenomen
- Gemiddeld zal de premie basisverzekering met 3% stijgen
- De premie van DSW zal in 2009, evenals in 2008, niet meer leidend zijn voor de (grote) zorgverzekeraars
- Er zullen geen grote premieverschillen tussen zorgverzekeraars ontstaan

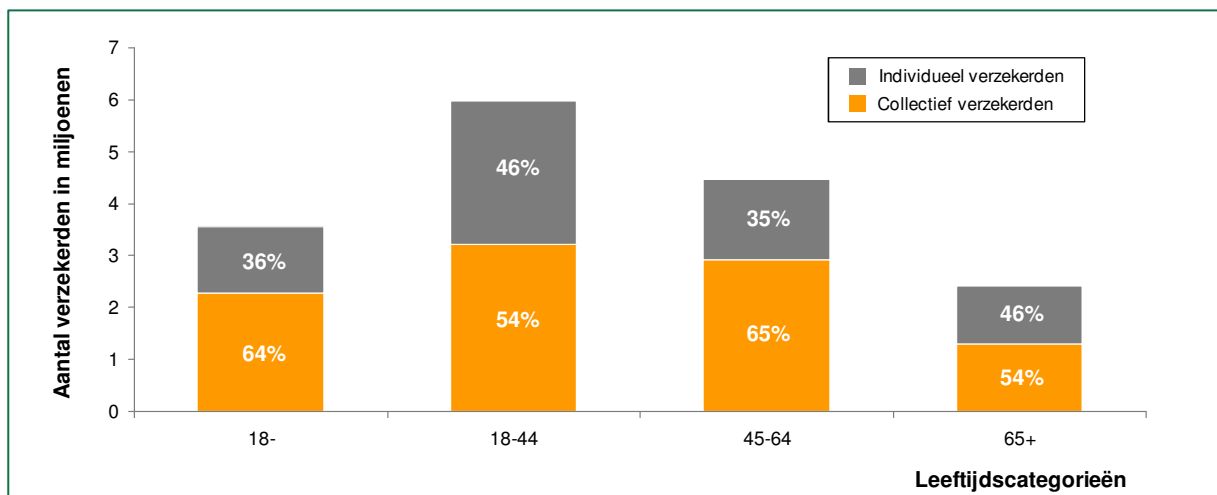
Collectiviteiten

Groei mogelijk bij individueel verzekerden tussen 18 en 44 jaar

De collectiviteitsgraad van de zorgverzekeringsmarkt is sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet sterk toegenomen. Van 30% in 2005 (voor de Zorgverzekeringswet) tot bijna 50% in 2006. In 2007 is het percentage verder toegenomen tot 55%. Ook in 2008 steeg de collectiviteitsgraad verder, tot bijna 60%.

Wanneer naar het percentage collectief verzekerden per leeftijdsklasse wordt gekeken, valt op dat er in de leeftijdsklasse 18 tot en met 44 jaar relatief weinig collectief verzekerden zijn. Slechts 54% van de Nederlanders in de leeftijd van 18 tot en met 44 jaar is

collectief verzekerd, ten opzichte van een totaal gemiddelde collectiviteitsgraad van 59%. De verwachting van deze groep verzekerden is juist, dat zij zich aangetrokken voelen tot een collectieve verzekering door de premievoordelen die er aan zijn verbonden. Zoals figuur 8 aangeeft is het potentieel aantal verzekerden in deze doelgroep groot, circa 2,7 miljoen ofwel ruim 17% van de totale verzekerdenpopulatie. Groei van het aantal collectief verzekerden is daarom vooral in deze doelgroep mogelijk. Een belangrijk kanaal om verzekerden in deze leeftijdsklasse 18 tot en met 44 jaar te benaderen, is de werkgever.

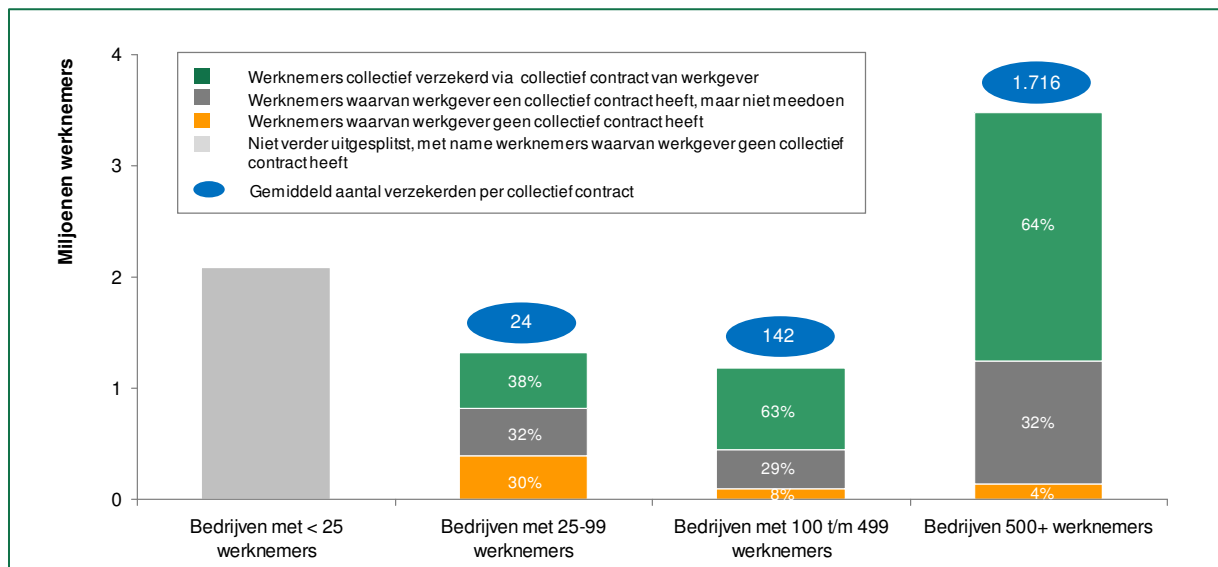


Figuur 8: Collectief en individueel verzekerden naar leeftijdsklasse (Bron: Vektis; CBS; analyse BS Health Consultancy)

Groei en 'volloop' van werkgeverscollectiviteiten is de uitdaging

Bijna alle bedrijven met meer dan 100 werknemers hebben een collectief contract gesloten met een zorgverzekeraar, zie figuur 9. De belangrijkste reden voor een werkgever om een collectief contract af te sluiten ligt vooral op het gebied van 'employee benefits'. Werkgevers willen goede secundaire arbeidsvoorwaarden aanbieden, waaronder een lagere zorgpremie voor hun werknemers. Ten aanzien van zorgverzekeringen willen werkgevers hun werknemers vooral

faciliteren en niet eenzijdig opleggen voor welke zorgverzekeraar moet worden gekozen. Er is dan ook een ontwikkeling zichtbaar, dat vooral de 'gekoppelde' werkgeversbijdrage voor de zorgverzekering steeds vaker wordt afgeschaft. Met een 'gekoppelde' werkgeversbijdrage krijgt een werknemer een deel van de zorgverzekeringspremie door de werkgever vergoed, indien hij/zij kiest voor die zorgverzekeraar waarmee de werkgever een collectief contract heeft gesloten.



Figuur 9: Aantal werknemers die wel of niet zijn verzekerd via het collectieve contract van de werkgever; exclusief werknemers in de sector openbaar bestuur (Bron: AON; CBS; analyse BS Health Consultancy)

Gelet op de huidige krappe arbeidsmarkt blijft de zorgverzekering voor werkgevers toch een item. Veel werkgevers willen inspanningen doen om de vitaliteit van hun werknemers te bevorderen. Tot nu nemen vooral grotere werkgevers initiatieven op het gebied van gezondheidsmanagement, zoals het vitaliteitscentrum van Corus of Fortis met leefstijlprogramma's gericht op de zogenoemde BRAVO-factoren: meer Bewegen, niet Roken, matig zijn met Alcohol, gezonde Voeding en Ontspannen. Ook worden steeds meer bedrijfsgezondheidspakketten afgesloten. Dit is een pakket met arbeidsgerelateerde zorg, die door de werkgever kan worden afgesloten voor zijn werknemers voor extra zorgverlening die rekening houdt met de 'factor arbeid'. Momenteel is voor ongeveer 9% van de beroepsbevolking een dergelijk pakket afgesloten.

Zoals figuur 9 aangeeft is 32% van de werknemers bij grote bedrijven (> 500 werknemers) niet via een collectief contract van zijn werkgever verzekerd. In absolute aantallen zijn dit meer dan 1 miljoen verzekerden. Dit is een relatief groot potentieel volume, op een relatief klein aantal collectieve contracten. Toename in verzekerdenaantallen is dan

ook vooral te bereiken door de vulgraad van deze grote collectieve contracten te verbeteren. Toename van de vulgraad wordt echter bemoeilijkt door het afschaffen van (gekoppelde) werkgeversbijdragen en het gegeven dat werknemers vaak ook nog de keuze hebben uit andere collectiviteiten, via bijvoorbeeld de sportvereniging of de partner. Soms biedt de werkgever zelf ook meerdere collectiviteiten aan. Door als zorgverzekeraar de hoogte van de collectiviteitskorting te laten afhangen van de vulgraad van de collectiviteit, kan de werkgever geprikkeld worden om voor één collectief zorgcontract te gaan.

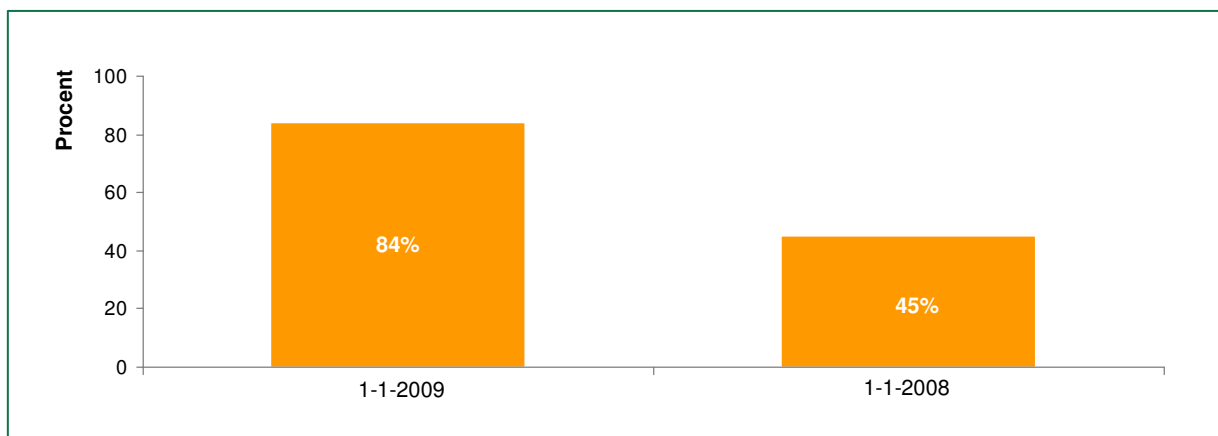
Bij kleine werkgevers (< 100 werknemers) is groei te bereiken door met deze werkgevers een collectief contract te sluiten. Voor 30% van de werknemers bij bedrijven met 25 tot 100 werknemers heeft de werkgever géén collectief contract met een zorgverzekeraar gesloten. Het aantal verzekerde werknemers dat deelneemt aan het collectieve contract is zeer beperkt. Gemiddeld slechts 24 werknemers ten opzichte van gemiddeld 1.716 werknemers bij bedrijven met meer dan 500 werknemers.

Veel grote collectiviteiten lopen af

In figuur 9 zijn de werknemers in de sector openbaar bestuur niet meegenomen. Een groot deel van deze werknemers is verzekerd via de collectiviteit van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor deze collectieve verzekering ligt tussen de 470.000 en 480.000. De looptijd van dit collectieve contract eindigt op 1 januari 2009. Na een Europese aanbesteding begin dit jaar heeft de VNG ervoor gekozen om het contract voor de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2011 te verlengen bij de huidige zorgverzekeraar IZA/UVIT. Ook de grote collectiviteit van de FNV met 242.000 verzekerden verlengde onlangs het collectieve contract bij de huidige zorgverzekeraar Menzis.

Evenals de collectieve contracten van de VNG en FNV, lopen ook veel andere grote

collectieve contracten komend jaar af. Zoals figuur 9 aangeeft eindigt bij 84% van de grotere collectieve contracten de looptijd op 1 januari 2009. Dit aantal is veel groter dan het aantal van 45%, dat op 1 januari 2008 afliep. Deze percentages hebben alleen betrekking op de grotere collectiviteiten van de zorgverzekeraars. Hiervoor is gekozen om de reden dat kleine collectiviteiten slechts een beperkt volume verzekerden omvatten, maar in aantallen collectiviteiten kunnen zij de betreffende percentages en daarmee het beeld vertroebelen. Onder grotere collectiviteiten worden collectiviteiten verstaan met meer dan 1% van de collectief verzekerden van een zorgverzekeraar, dan wel de 10 grootste collectiviteiten van de zorgverzekeraar. Een aantal, in eerste instantie, driejarige collectiviteiten zijn reeds tussentijds verlengd.



Figuur 10: Percentage grotere collectieve contracten die op 1 januari 2009 aflopen en op 1 januari 2008 afliepen (Bron: NZa; analyse BS Health Consultancy)

Weinig collectiviteiten stappen over

Ondanks het aflopen van veel grote collectieve contracten is onze verwachting dat relatief weinig collectiviteiten dit jaar zullen gaan overstappen. Wel zullen een aantal grotere contracten marktonderzoek doen om te toetsen of het huidige contract nog goed is. Dan wel dat zij een tender of aanbesteding uitschrijven om het bestaande contract te verbeteren. Daadwerkelijk overstappen naar exclusief een andere zorgverzekeraar zullen naar verwachting weinig collectiviteiten doen. Hooguit zullen een aantal collectiviteiten ervoor kiezen om een extra collectief contract te sluiten.

- Collectiviteitsgraad komt boven de 60%
- Leeftijdsgroep 18 t/m 44 jaar is ondervertegenwoordigd in collectieve zorgcontracten
- Groei van het aantal collectief verzekerden is vooral in deze groep te realiseren
- Te bereiken door de vulgraad van bestaande werkgeverscollectiviteiten van grote werkgevers (>500 werknemers) te verbeteren
- Bij 84% van de grotere collectieve contracten eindigt de looptijd op 1 januari 2009. Dit aantal is veel groter dan het aantal van 45%, dat op 1 januari 2008 afliep

Kwaliteit/tevredenheid

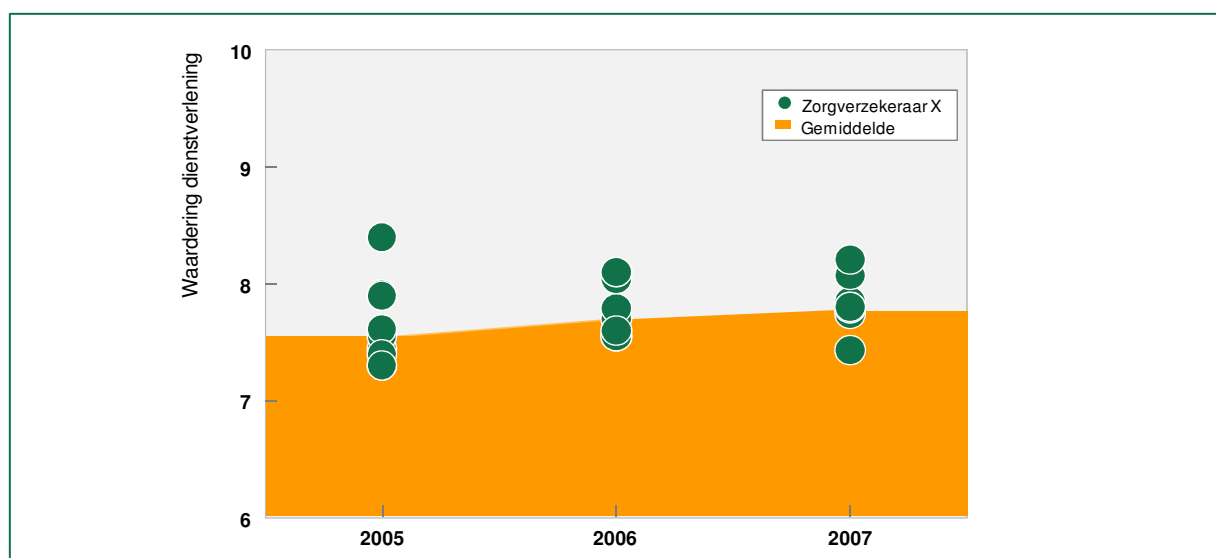
Waardering ruim voldoende

De algehele waardering van verzekerden voor de dienstverlening van hun zorgverzekeraar is de laatste drie jaar toegenomen. De gemiddelde waardering is volgens het jaarlijkse NIVEL onderzoek toegenomen, van een 7,5 in 2005 naar een 7,7 in 2006. Ook in 2007 nam de algehele waardering ten opzichte van 2006 toe, naar gemiddeld een 7,8. Zoals figuur 11 weergeeft is de waardering van verzekerden voor de dienstverlening van alle zorgverzekeraars ruim voldoende. De zorgverzekeraar met de laagste waardering in 2007 heeft een 7,4 gekregen.

De verschillen tussen de waarderingen van de dienstverlening van de zorgverzekeraars zijn beperkt. Zoals weergegeven heeft de zorgverzekeraar met de laagste waardering in 2007 een 7,4 gekregen en

de zorgverzekeraars met de hoogste waarderingen een 8,2, zie figuur 11. De zorgverzekeraar die volgens het NIVEL-onderzoek van zijn verzekerden feitelijk de hoogste waardering (8,7) kreeg over de dienstverlening in 2007, is niet in de figuren 11 en 12 weergegeven, omdat het NIVEL in 2006 en 2005 geen onderzoek heeft gedaan naar de waardering van de dienstverlening van de betreffende zorgverzekeraar.

Het onderzoek van het NIVEL naar de waardering van de dienstverlening van zorgverzekeraars in 2008 was met het schrijven van dit rapport nog niet beschikbaar. De resultaten zullen vermoedelijk in november van dit jaar gepubliceerd worden. Onze verwachting is dat de waarderingen voor de dienstverlening van de zorgverzekeraars ongeveer gelijk zullen zijn aan 2007.



Figuur 11: Algehele waardering dienstverlening verzekeraars door verzekerden in 2005 (voor stelselwijziging), 2006 en 2007 (Bron: NIVEL; analyse BS Health Consultancy)

Waardering is toegenomen

De tevredenheid over de dienstverlening is in de periode tussen 2005 en 2007 bij zeven van de 11 zorgverzekeraars toegenomen, zie figuur 12. Bij twee zorgverzekeraars is de waardering gelijk gebleven en bij slechts één zorgverzekeraar is de waardering in deze periode gedaald. Wanneer de waarderingen voor de dienstverlening in 2008 van de zorgverzekeraars ongeveer gelijk zijn aan 2007, zullen naar

verwachting weinig verzekerden overstappen. Ontevredenheid over de huidige zorgverzekeraar en/of de verwachting dat zij betere service krijgen van een andere zorgverzekeraar, zijn hiervoor geen aanleiding. De groep verzekerden die gericht is op service en kwaliteit van de zorgverzekeraar blijkt over het algemeen ook een loyale groep te zijn. In voorgaande jaren stapte deze groep verzekerden relatief minder vaak over naar een andere zorgverzekeraar.



Figuur 12: (Mutatie) waardering dienstverlening per zorgverzekeraar in 2005, 2006 en 2007 (Bron: NIVEL; analyse BS Health Consultancy)

Aanscherping voorwaarden

Voorts is het voor een deel van deze op kwaliteit en service gerichte groep, minder aantrekkelijk geworden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. De aanscherping van de voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen, ondermeer minder non-selecte acceptatie, is hier debet aan. Volgens onderzoek van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is vanaf 2008 zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor de aanvullende verzekering sprake van een aanscherping van de voorwaarden. Het gebruik van gezondheidsverklaringen is in 2008

beperkt, maar ten opzicht van 2007 wel gestegen. In 2008 zijn meer respondenten geaccepteerd tegen beperkende voorwaarden (zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) en/of moesten een premieopslag betalen ten opzichte van 2007. Naar verwachting zullen de voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen in 2009 tenminste gelijk blijven, en eventueel verder worden aangescherpt. Teneinde de kosten van de aanvullende verzekeringen betaalbaar en daarmee toegankelijk te houden voor alle verzekerden.

- Algehele waardering voor dienstverlening van de zorgverzekeraar groeit al jaren; van gemiddeld een 7,5 in 2005 naar een 7,8 in 2007
- De verschillen tussen de waardering van zorgverzekeraars zijn beperkt
- Op één na wisten alle zorgverzekeraars de stijgende lijn van waardering vast te houden

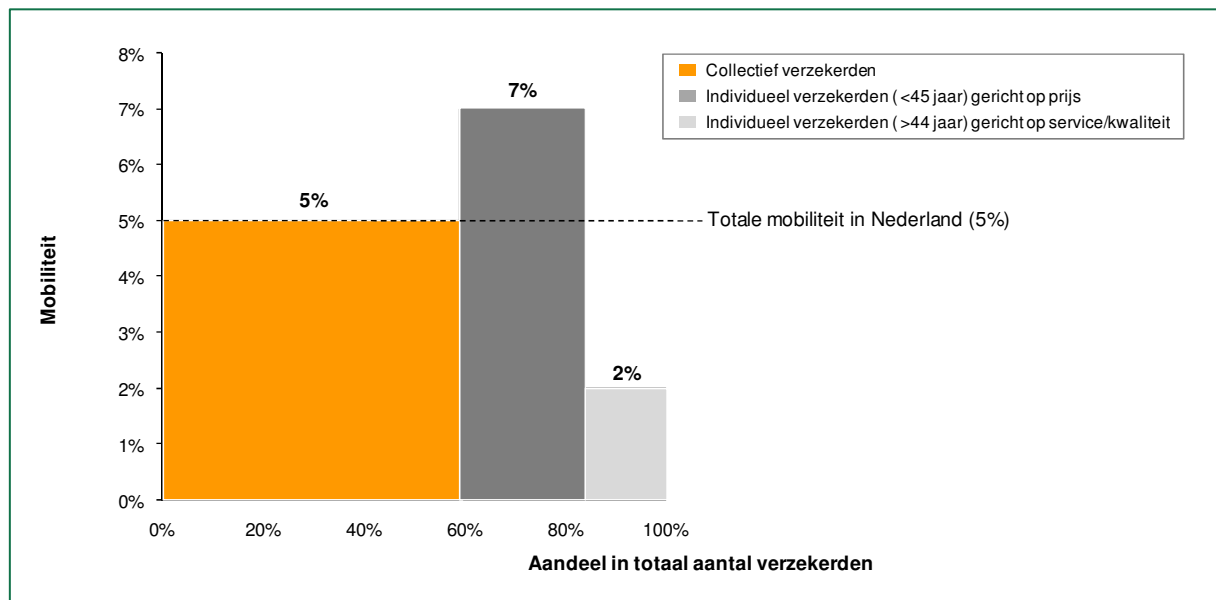
Conclusie

Verwachte mobiliteit 5%

Naar onze verwachting zal de mobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt beperkt blijven, rond het niveau van 2007. Slechts 5% van de verzekerden zal vermoedelijk komend jaar wisselen van zorgverzekeraar, zie figuur 13. Ondanks dat 84% van de grote collectieve contracten per 1 januari 2009 afloopt is onze verwachting, dat relatief weinig collectiviteiten zullen overstappen.

De relatief grootste mobiliteit wordt bij de groep van individueel verzekerden, in de leeftijdscategorie 18 tot en met 44 jaar, verwacht. Zij die met name gericht zijn op

de prijs. Een deel van deze groep verzekerden zal mede als gevolg van de verwachte premiestijgingen, alsnog kiezen zich aan te sluiten bij een collectiviteit om van de collectiviteitskorting te kunnen profiteren. Dan wel individueel verzekerd blijven, maar dan wel overstappen naar een specifieke, goedkopere polis, eventueel met een beperktere keuze uit zorgaanbieders. Voorbeeld van dit laatste is de Zekur-polis van Univé. Als gevolg van de overstap van deze individueel verzekerden naar een collectiviteit zal de collectiviteitsgraad in 2009 naar verwachting verder stijgen tot circa 61%.



Figuur 13: verwachte mobiliteitsverschuiving van de verschillende klantsegmenten voor 2009

Doelgroepgericht aanbod

Veel werkgevers zullen komend commercieel seizoen worden verleid over te stappen. Verleiding door zorgverzekeraars, met proposities die het verzuim doen verminderen en de vitaliteit van werknemers doen verbeteren. In toenemende mate werken zorgverzekeraars bij dit aanbod nauw samen met lokale zorgaanbieders. Bijvoorbeeld om een specifieke arbeidspoli aan de werkgever te bieden waar zijn werknemers bij ziekte snel kunnen worden behandeld. Of om een vitaliteitscentrum op te zetten, waar werknemers aan hun fysieke en mentale vitaliteit kunnen werken.

Het item preventie zal komend commercieel seizoen niet alleen worden ingezet om werkgeverscollectiviteiten te winnen, maar ook de eindgebruiker, de verzekerde zelf. Steeds meer verzekerden worden zich bewust van hun leef- en eetgewoonten en hebben behoefte aan ondersteuning om deze gewoonten te verbeteren. Naar verwachting zullen steeds meer zorgverzekeraars hierop inspringen. Ook is de verwachting dat er in

2009 meer actieve keuzeondersteuning komt vanuit de zorgverzekeraar.

Verzekerden worden door middel van financiële prikkels beloond wanneer zij naar zorgaanbieders gaan die door de zorgverzekeraar zijn geselecteerd. Dit kan in de vorm van het kwijtschelden van het verplicht eigen risico of het aanbieden van goedkopere polissen met een beperktere keuze uit zorgaanbieders.

Groei in het aantal verzekerden is op de zorgverzekeringsmarkt in 2009 alleen te realiseren door doelgroep gerichte polissen. Hierbij dient verder te worden gegaan dan alleen dekking of gebruik van een communicatiekanaal. Het gaat om het totaalpakket, inclusief zorginkoop, dat is afgestemd op de 'drive' van de doelgroep. Bijvoorbeeld een goedkopere polis met een beperkte keuze uit zorgaanbieders voor jongeren. Of een bedrijfsgezondheidspakket voor de werkgever met het aanbod van een arbeidspoli waar zijn werknemers in geval van ziekte snel kunnen worden behandeld.

- Slechts 5% van de verzekerden zal van zorgverzekeraar wisselen
- Voornamelijk overstapgedrag van de groep 18 t/m 44 jaar veroorzaakt mobiliteit
- Zij zullen alsnog kiezen voor een collectiviteit of een doelgroepgerichte polis, die past bij hun persoonlijke 'drive'
- Inzet van nieuwe proposities gezondheids- c.q. verzuimmanagement moet werkgevers, en uiteindelijk de werknemer, overtuigen van de toegevoegde waarde
- De collectiviteitsgraad zal hierdoor stijgen naar 61% in 2009

Geraadpleegde bronnen

- AON. Tussen zorg en zekerheid. De Hervormingen van het zorg-, verzuim- en pensioenstelsel door de ogen van de werkgever. Rotterdam, oktober 2006
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). StatLine databank
- De Nederlandse Bank (DNB). Informatieset Zorgverzekeringswet (Zvw). Amsterdam, augustus 2006
- DSW. Persbericht DSW Zorgverzekeraar verlaagt de premie voor de basisverzekering. Schiedam, 23 september 2008
- Economische Statistische Berichten (ESB). Van Best , F. e.a. Veranderen van Zorgverzekeraar. Den Haag, 5 september 2008
- Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus MC). Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Rotterdam, mei 2008
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Begroting 2009. Den Haag, september 2008
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008. Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa. Utrecht, juni 2008
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Monitor Zorgverzekeringsmarkt. De Balans 2008. Utrecht, mei 2007
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt 2006. Utrecht, juni 2006.
- NIVEL. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. CQ-index zorg en zorgverzekering, meting 2007. Utrecht, 2007.
- NIVEL. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Meting 2006 voor www.kiesbeter.nl. Utrecht, 2006
- NIVEL. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Consumenteninformatie voor www.kiesbeter.nl Utrecht, 2005
- Vektis. Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Begin of einde van de rust? Zeist, april 2008
- Vektis. Zorgmonitor Jaarboek 2007. Financiering van de zorg in 2006. Zeist, november 2007
- Jaarverslagen 2007 van de volgende zorgverzekeraars: Achmea, Agis, Azivo, CZ, De Friesland Zorgverzekeraar, Delta Lloyd, DSW, Fortis ASR, Menzis, ONVZ, PNO Ziektekosten, Salland, Univé-VGZ-IZA-Trias en Zorg en Zekerheid

Over BS Health Consultancy

BS Health Consultancy is een adviesbureau specifiek gericht op de gezondheidszorg. Wij leveren advies en bieden ondersteuning bij strategische- en beleidsvraagstukken van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, farmaceutische bedrijven, (rijks)overheid en koepel- en brancheorganisaties. Daarbij combineren wij onze diepe marktkennis met gedegen kwalitatieve en kwantitatieve analyses.

Meer in het bijzonder richt BS Health Consultancy zich op:

Zorgkostenmanagement: ondersteuning bieden bij de analyse van de zorgconsumptie en het beheersen van de zorgkosten door het ontwikkelen van nieuwe zorgketens

Strategie en innovatie: het faciliteren en ontwikkelen van strategievorming en innovatie, resulterend in een concreet strategisch plan.

Scenarioplanning: het in kaart brengen van toekomstige kansen en risico's om inzicht te geven in strategische opties en de consequenties.

Partnerselectie en fusiebegeleiding: het zoeken naar partners en het realiseren van de samenwerking.

Klantsegmentatie: het identificeren en analyseren van segmenten en vervolgens opstellen van een klant- en distributiestrategie.

Marketingcampagnes: het analyseren van commerciële campagnes en doorvertalen voor het nieuwe commerciële seizoen.

Benchmarking: het opstellen van een (kwalitatieve en kwantitatieve) vergelijking van de prestaties van de organisatie met de markt.

Business case ontwikkeling: het gestructureerd in kaart brengen van alle risico's en opbrengsten van de te nemen strategische beslissingen.

Organisatieproces/ontwerp: het doorlichten, optimaliseren, (her)positioneren van bedrijfsprocessen en ontwerpen, inrichten van organisatiestructuren.

Beleids(evaluatie)onderzoek: het uitvoeren van (ex-ante en ex-post) beleidsonderzoeken die een cruciale rol spelen binnen de beleidscyclus van organisaties.

BS Health Consultancy profileert zich als opinieleider binnen de zorg(verzekerings)markt. Jaarlijks onderzoeken wij de (verwachte) bewegingen op de markt en publiceren deze in white papers. In eerdere jaren hebben wij de volgende white papers voor de zorg(verzekerings)markt uitgebracht:

- Zorginkoop inspireert en innoveert (BS Health Consultancy, juli 2008)
- Stilte na de Storm (BS Health Consultancy, maart 2008)
- De zorgverzekeraar; als een vis in het water?! (Atos Consulting, augustus 2007)
- Collectief gevangen (Atos Consulting, maart 2007)
- Mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt neemt sterk af (Atos Consulting, november 2006)
- Collectieve afhankelijkheid (Deloitte Consulting, april 2006)
- Mobiliteit zorgverzekerden neemt in het nieuwe stelsel toe (Deloitte Consulting, november 2005)

Voor vragen over het onderzoek, de dienstverlening van BS Health Consultancy of het downloaden van voorgaande onderzoeken, kunt u onze website www.bshealth.nl raadplegen en/of contact opnemen met:

Paul van den Broek

Mobiel: +31(0) 6 53 65 7102

E-mail: paulvandenbroek@bshealth.nl

Renate Streng

Mobiel: +31(0)6 28 48 7934

E-mail: renatestreng@bshealth.nl

BS Health Consultancy
Prinsesselaan 27
2015 BV Haarlem
e-mail: info@bshealth.nl
www.bshealth.nl

Haarlem, september 2008

