



Stilte na de Storm

Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt

Inhoud

Samenvatting & conclusie	4
Context	6
Geen grote verschuivingen op de zorgverzekeringsmarkt	7
Collectiviteiten blijven bepalend	9
Reclamebestedingen zijn sinds de introductie van de basisverzekering sterk gedaald	15
Internet en intermediairs zijn belangrijke verkoopkanalen	18
Rendement staat minder onder druk	20
Toekomst is aan doelgroepgericht beleid in combinatie met gerichte zorginkoop	22
Dienstverlening BS Health Consultancy	25

Samenvatting & conclusie

Verzekerden hadden tot 1 februari 2008 weer de mogelijkheid over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Stapte in 2006 bijna een kwart van de verzekerden over, in 2007 was de mobiliteit sterk gedaald en switchte slechts 4,5% van de verzekerden. En dit jaar is de mobiliteit nog verder gedaald naar 3,5%. De zorgverzekeringsmarkt die bij de introductie van de basisverzekering nog zo grillig was, stabiliseert. De premieslag is voorbij, rendementsherstel is uitgangspunt. In toenemende mate vertoont de zorgverzekeringsmarkt kenmerken van een oligopolie: slechts een beperkt aantal zorgverzekeraars bepaalt de marktdynamiek.

Onderlinge prijsconcurrentie is afgenomen

De onderlinge prijsconcurrentie is in 2008 afgenomen. De individuele nominale premie is dit jaar gestegen met gemiddeld 2,5% (gecorrigeerd voor invoering verplicht eigen risico, wijzigingen in dekking basisverzekering en stijging zorgkosten). Daarnaast is de gemiddelde collectiviteitskorting op de basisverzekering dit jaar gedaald van 7,3 naar 6,9%. Ook zijn sinds de introductie van de basisverzekering de reclamebestedingen sterk afgenomen: van bijna € 80 miljoen in het introductiejaar van de basisverzekering naar ruim € 45 miljoen in het commerciële seizoen 2006/2007, naar € 36 miljoen in het afgelopen seizoen. Opvallend daarbij is dat direct writers niet structureel méér reclame maken dan zorgverzekeraars die meer met intermediairs samenwerken.

Internet en intermediairs zijn belangrijke verkoopkanalen

Hoewel het aantal directe aanmeldingen via internet is toegenomen, van 25% vorig jaar naar 30% dit jaar, blijft het intermediaire kanaal belangrijk voor zorgverzekeraars. Momenteel is ongeveer 20% van de ziektekostenverzekerden via het intermediaire kanaal verzekerd. Bijna alle zorgverzekeraars die met dit indirecte kanaal werken, hebben relatief veel instroom van nieuwe verzekerden via intermediairs gerealiseerd. Gemiddeld is ruim 30% van de nieuwe verzekerden ingestroomd via het indirecte kanaal. Dit jaar heeft vooral een verschuiving plaatsgevonden tussen intermediaire zorgverzekeraars.

Minder druk op marge zorgverzekeraars

Als gevolg van de afgenomen onderlinge prijsconcurrentie zal het verwachte technisch resultaat op de basisverzekering bij alle zorgverzekeraars verbeteren ten opzichte van de voorgaande jaren. De helft van de zorgverzekeraars zal in 2008 een positief technisch resultaat op de basisverzekering behalen. De andere helft houdt in 2008 nog een negatief technisch resultaat op de basisverzekering. Dit zijn dan vooral de grotere zorgverzekeraars.

Gezamenlijk zullen de zorgverzekeraars dit jaar naar verwachting circa € 135 miljoen verlies lijden op de basisverzekering. Dit geraamde verlies is aanzienlijk lager dan in 2007. Naar verwachting leden de zorgverzekeraars in 2007 gezamenlijk € 600 miljoen verlies op de basisverzekering.

Collectiviteiten blijven bepalend

De collectiviteitsgraad is in 2008 verder toegenomen. Momenteel is bijna 60% van de ziektekostenverzekerden verzekerd via een collectiviteit. In 2007 was de collectiviteitsgraad ook al gestegen: van bijna 50% in 2006 naar 55%. Prijszetting blijft belangrijk voor collectief verzekerden. Zorgverzekeraars met een relatief lage collectieve prijszetting hebben relatief veel collectief verzekerden gewonnen. Verzekeraars die hun verzekerdenportefeuille in 2008 met meer dan 5% hebben zien groeien, wisten het aantal individueel verzekerden constant te houden en zijn sterk gegroeid in het aantal collectief verzekerden.

Werkgeverscollectiviteiten blijven belangrijke klanten voor de zorgverzekeraar. Het bieden van bedrijfsgezondheidspakketten, waarbij zorg wordt gecombineerd met het verminderen van verzuim en het verhogen van de productiviteit, is een mogelijkheid om de loyaliteit van deze klantengroep te behouden en te vergroten. Momenteel is voor ongeveer 9% van de beroepsbevolking een dergelijk pakket afgesloten.

Toekomst is aan doelgroepgericht beleid in combinatie met gerichte zorginkoop

De steeds verdergaande collectivisering van de zorgverzekeringsmarkt vraagt van de zorgverzekeraars in de toekomst een meer doelgroepgericht beleid, dat verder gaat dan alleen het bieden van een specifieke dekking. Het gaat om een juiste combinatie van prijs, dekking, communicatiekanaal én zorginkoopproduct. Dit laatste aspect wordt voor zorgverzekeraars steeds belangrijker om goed in te vullen en te organiseren. Niet alleen vanuit het grotere financiële risico dat zorgverzekeraars lopen, maar ook om concurrerend te kunnen zijn.

Zorginkoop kan voor doelgroepen op verschillende wijzen toegevoegde waarde bieden. Alleen als zorgverzekeraars daadwerkelijk productdifferentiatie gaan toepassen, dat wil zeggen het bieden van maatwerk en keuzevrijheid, kan dit tot onderscheidend vermogen leiden. Als verzekerden echt iets te kiezen hebben, zal dit niet alleen effect hebben op de mobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt, maar ook op de marktwerking van de zorginkoopmarkt. Naar verwachting zal de mobiliteit in 2009 in elk geval weer iets gaan toenemen, omdat dan een groot aantal meerjarige collectieve contracten afloopt.

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

De overheid probeert met het nieuwe zorgstelsel meer marktwerking in de zorg te bevorderen. De mobiliteit van verzekerden is een belangrijke indicator voor het succes van de marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt. Na de invoering van de basisverzekering is eind 2005/begin 2006 bijna een kwart van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Een jaar later was de mobiliteit al weer gedaald naar 4,5%.

Verzekerden hebben eind 2007 wederom de mogelijkheid gehad om hun zorgverzekeringspolis op te zeggen. Vervolgens hadden ze tot 1 februari 2008 de tijd om een nieuwe zorgverzekeraar te kiezen.

De datum van 1 februari 2008 is inmiddels verstreken. Evenals voorgaande jaren geven we met dit rapport inzicht in de ontwikkelingen van de afgelopen maanden in de zorgverzekeringsmarkt op het gebied van onder andere prijs, service, mediabestedingen, collectiviteiten, verkoopkanalen en het rendement. Tot slot zijn de verwachtingen voor de toekomst aangegeven.

De mobiliteit van verzekerden is een belangrijke indicator voor het succes van de marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt.

Onderzoeksaanpak

De ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt zijn in kaart gebracht door bij vijftien zorgverzekeraars¹ (op concernniveau) de volgende aspecten te inventariseren:

- in- en uitstroom van verzekerden in 2008 ten opzichte van 2007 en 2006;
- instroom van nieuwe verzekerden via internet;
- instroom van nieuwe verzekerden via het intermediaire kanaal en het aandeel van de totale verzekerdenportefeuille die verzekerd is via het intermediair;
- collectiviteitsgraad van het totale bestand ziektekostenverzekerden in 2008 ten opzichte van 2007 en 2006;
- gemiddelde kortingen voor collectief verzekerden in 2008 ten opzichte van 2007 en 2006;
- aantal verzekerden dat voor een bedrijfsgezondheidspakket is verzekerd door de werkgever.

De gegevens van de vijftien zorgverzekeraars zijn geanonimiseerd in het onderzoek weergegeven met V1 tot en met V15. Een zorgverzekeraar correspondeert niet in iedere figuur met eenzelfde nummer, zodat de verstrekte informatie niet herleidbaar is tot specifieke zorgverzekeraars. De fusieorganisaties Achmea en Agis en CZ en Delta Lloyd (Zorg) zijn dit jaar nog als aparte zorgverzekeraars opgenomen. Daarnaast is empirisch materiaal gebruikt van Nielsen Media Research voor het analyseren van de mediabestedingen van zorgverzekeraars in 2008 in vergelijking met 2007 en 2006. Verder is het onderzoek van het NIVEL naar de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars meegenomen voor de consumentenwaardering van de verschillende zorgverzekeraars.

Analyse en synthese van voorgenoemde gegevens hebben uiteindelijk geleid tot uitspraken over de veranderingen in de zorgverzekeringsmarkt en verwachtingen voor de toekomst.

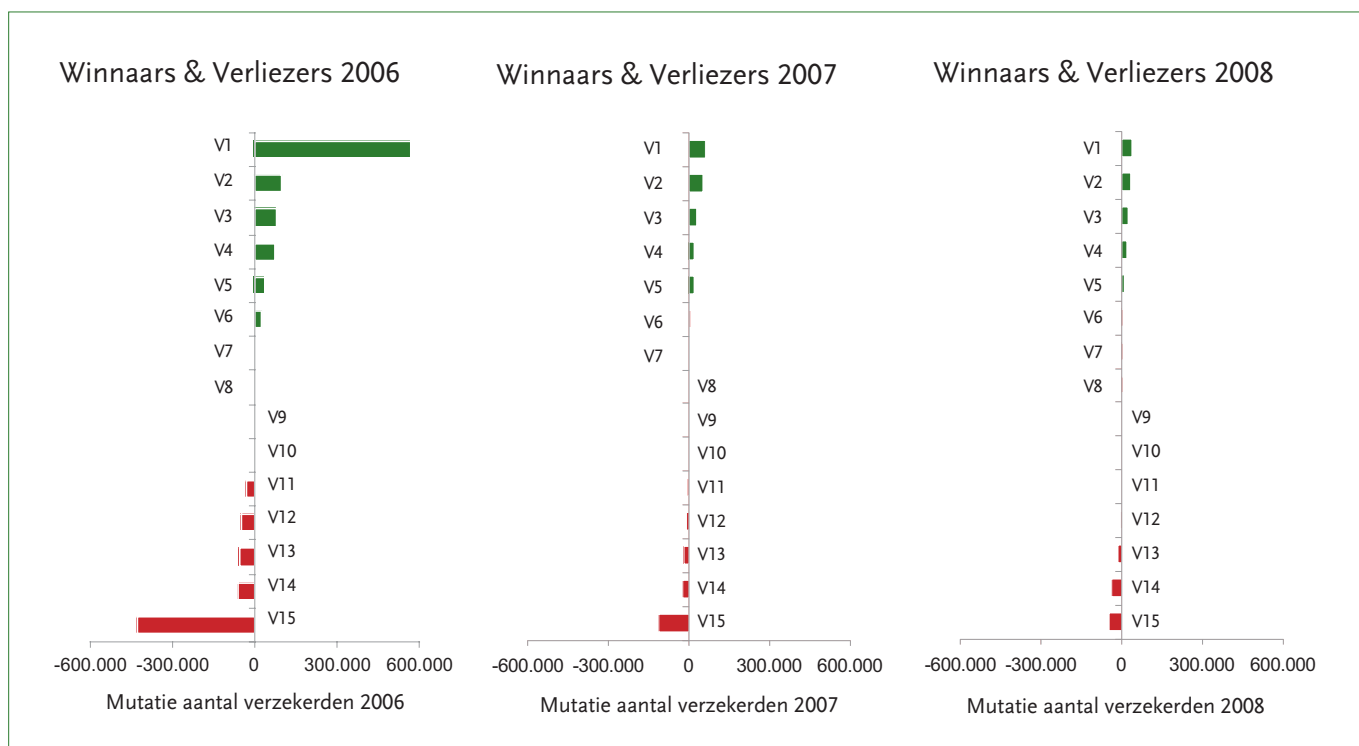
1. Univé-VGZ-IZA-Trias, Achmea, CZ, Menzis, Agis, Delta Lloyd, De Friesland Zorgverzekeraar, ONVZ, DSW, Zorg & Zekerheid (beperkt, alleen o.b.v. openbare gegevens), Fortis ASR, Azivo, Salland, Stad Holland Zorgverzekeraar en PNO.

Geen grote verschuivingen op de zorgverzekeringsmarkt

Kleine winnaars en verliezers

In 2006 had de hoge mobiliteit grote winnaars en verliezers tot gevolg. Zo had de grootste winnaar (V1 in de linker figuur) toen bijna 570.000 verzekerden netto gewonnen en de grootste verliezer (V15 in de linker figuur) 430.000 verzekerden netto verloren. In 2007 waren er niet zulke grote winnaars in aantallen verzekerden. De grootste winnaar (V1 in de middelste figuur) had vorig jaar in totaal ongeveer 60.000 ver-

zekerden gewonnen en de grootste verliezer (V15 in de middelste figuur) 110.000 verzekerden verloren. In 2008 zijn de winnaar en verliezers in absolute aantallen nog kleiner geworden. De grootste winnaar (V1 in de rechter figuur) heeft dit jaar 35.000 verzekerden gewonnen en de grootste verliezer (V15 in de linker figuur) heeft ongeveer 45.000 verzekerden netto zien vertrekken. De winnaars en verliezers in 2006, 2007 en 2008 zijn niet aan elkaar gelijk.

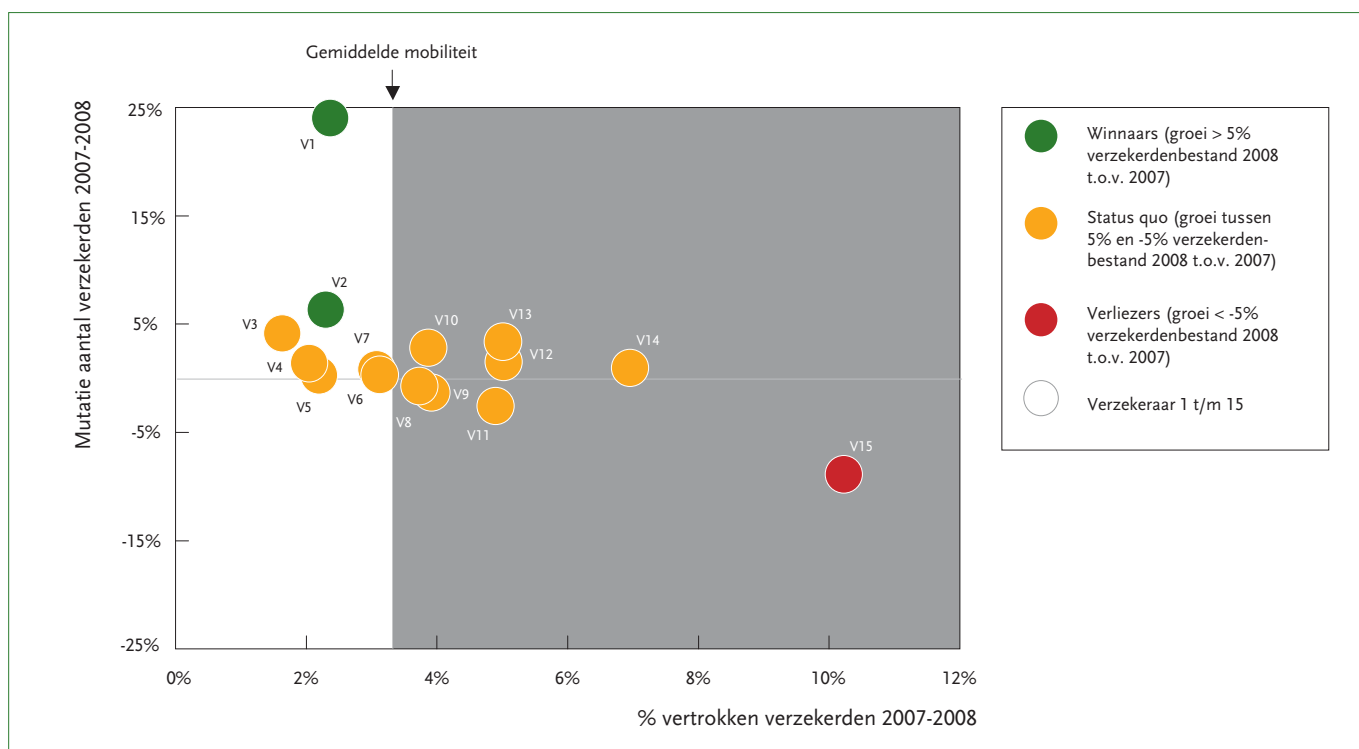


Figuur 1: Mutatie aantal verzekerden per zorgverzekeraar in 2006, 2007 en 2008.

Mobiliteit was slechts 3,5%

Ook de mobiliteit is voor het tweede opeenvolgende jaar gedaald. In 2006 stapte bijna een kwart van de verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar. In 2007 was de mobiliteit sterk gedaald en switchte in totaal slechts 4,5% van de verzekerden. En in 2008 is de mobiliteit nog verder gedaald. Niet meer dan 3,5% van de verzekerden heeft eind 2007/begin 2008 gekozen voor een andere zorgverzekeraar. Wanneer het mobiliteitspercentage wordt bekeken op het niveau van de individuele zorgverzekeraar, blijkt

dat bij de meeste zorgverzekeraars tussen de 2 en 5% van de verzekerden is overgestapt en dat er twee uitschieters zijn met een hogere mobiliteit. De zorgverzekeraar (V15 in figuur 2) die procentueel de meeste verzekerden heeft verloren (9%), heeft tevens de hoogste mobiliteit (10%). De verzekeraars (V1 en V2) die procentueel het meeste zijn gegroeid, hebben ook relatief weinig (2%) verzekerden zien vertrekken. Met andere woorden, behalve in groei zijn zij ook geslaagd in behoud.



Figuur 2: Mobiliteit per zorgverzekeraar versus de groei van het totaal aantal verzekerden in 2007/2008.

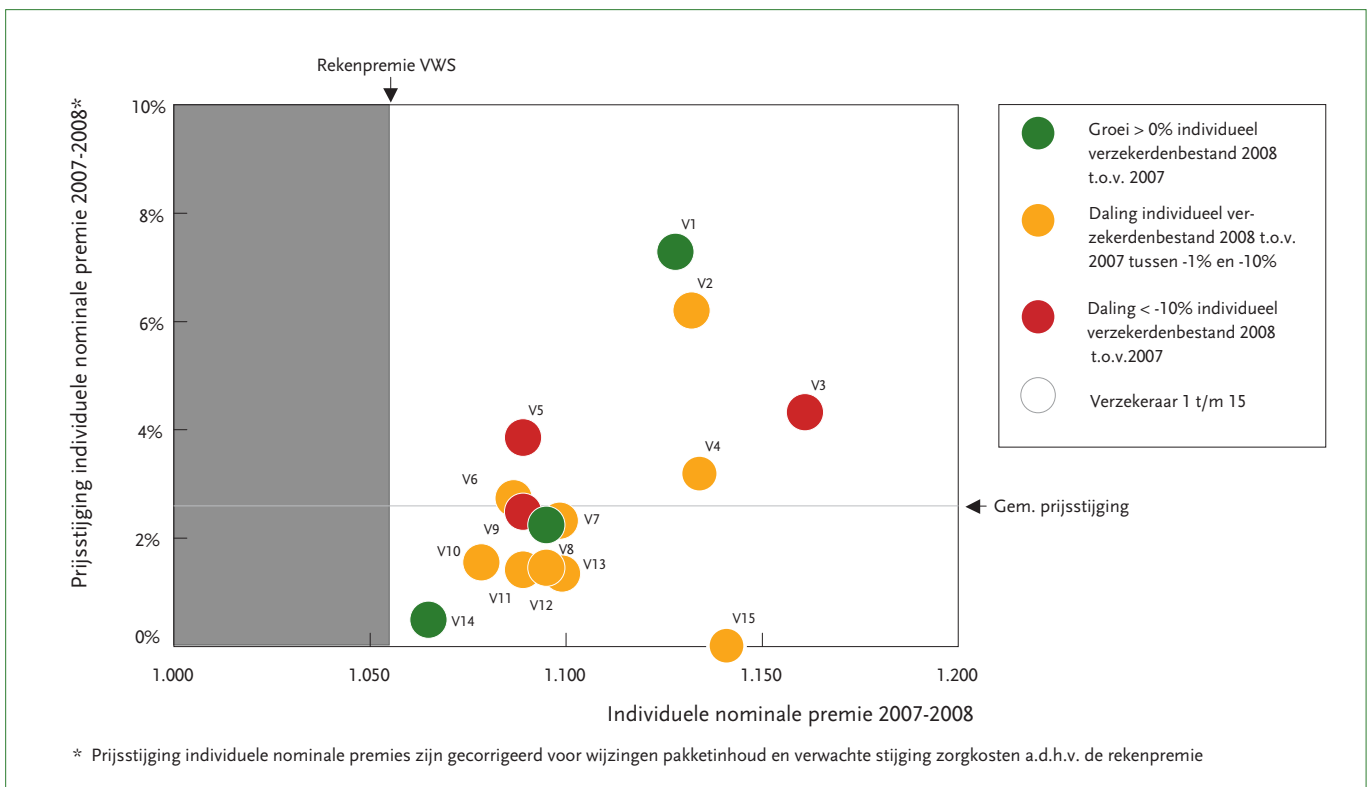
Verzekeraars die procentueel het meeste zijn gegroeid, hebben ook relatief weinig verzekerden zien vertrekken. Behalve in groei zijn zij ook geslaagd in behoud.

Collectiviteiten blijven bepalend

De individuele nominale premie is bij veel verzekeraars gestegen

In 2008 is een verplicht eigen risico van 150 euro per jaar ingevoerd. Dit verplicht eigen risico heeft de no-claimregeling vervangen. Daarnaast is het basispakket per 1 januari 2008 uitgebreid. Zo krijgen alle vrouwen anticonceptie vergoed en is de vergoeding van tandheelkunde verlengd van 18 jaar tot 22 jaar. Deze wijzigingen in 2008 maakten het voor verzekeren lastig om de premie van 2007 met de premie van 2008 van hun zorgverzekeraar te vergelijken. Een ander element dat van grote invloed is op de prijsstelling van de nominale premie, is de stijging van de zorgkosten. Wanneer de nominale premies

van de zorgverzekeraars worden gecorrigeerd voor deze veranderingen, blijkt dat de individuele nominale premie voor de basisverzekering dit jaar is gestegen met gemiddeld ongeveer 2,5%. Sommige zorgverzekeraars hebben hun individuele nominale premie in 2008 met meer dan 2,5% laten stijgen, zoals V1 en V2 in figuur 3. Deze zorgverzekeraars hebben relatief gezien niet meer individueel verzekerden zien vertrekken dan andere verzekeraars. V1 heeft zelfs individueel verzekerden gewonnen. De bandbreedte tussen de individuele nominale premies is circa € 100 op jaarbasis op concernniveau. Deze bandbreedte is ongeveer gelijk aan vorig jaar.



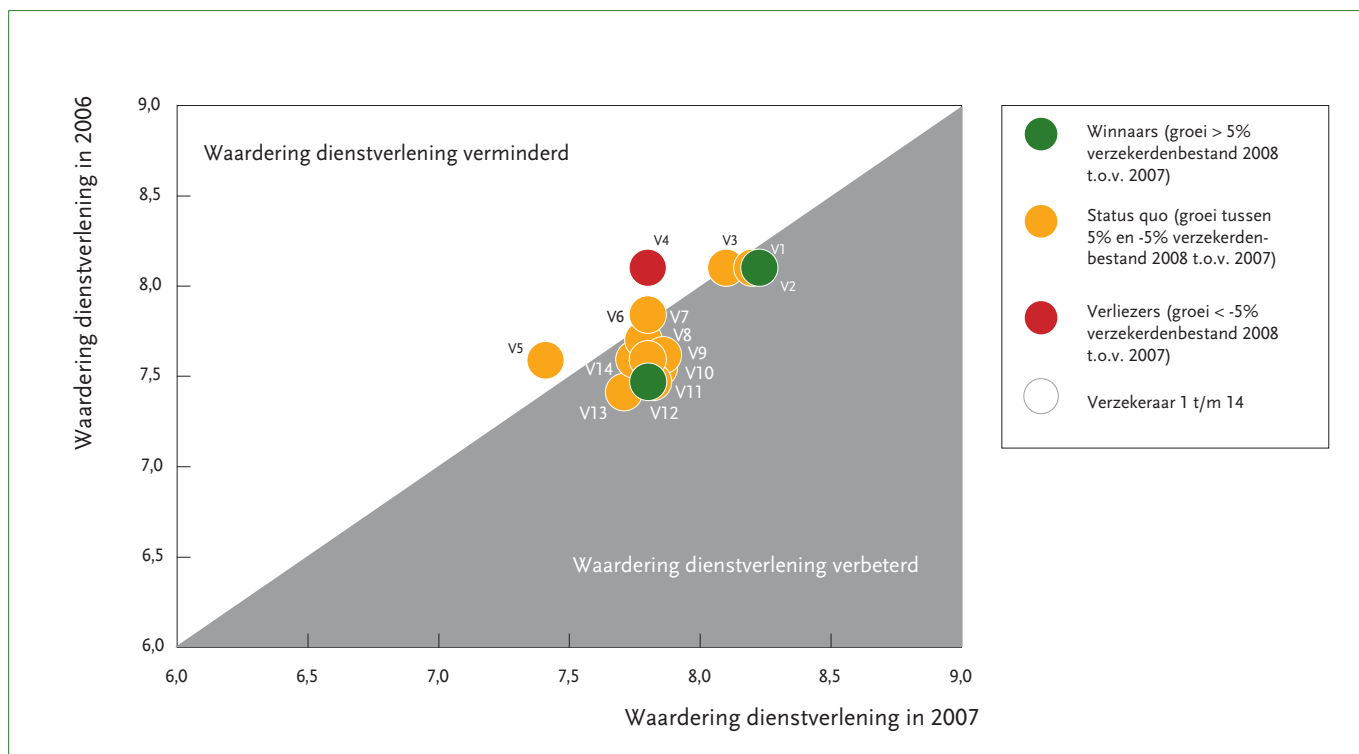
Figuur 3: Ontwikkeling individuele nominale premie en groei van individueel verzekerden 2007-2008.

Algehele waardering voor service/kwaliteit dienstverlening is een randvoorwaarde

NIVEL onderzoekt jaarlijks – onder ander ten behoeve van de website kiesbeter.nl – de ervaringen van verzekerden met zorg en hun zorgverzekeraar. De algehele waardering van verzekerden voor de dienstverlening van hun zorgverzekeraar is voor alle zorgverzekeraars ruim voldoende. De zorgverzekeraar (V5 in figuur 4) met de laagste waardering heeft een 7,4 gekregen en de zorgverzekeraars met de hoogste waarderingen (V1 en V2) in figuur 4 hebben een 8,2 gekregen. De zorgverzekeraar die volgens het NIVEL-onderzoek van zijn verzekerden feitelijk de hoogste waardering (8,7) kreeg over de dienstverlening in 2007, is echter niet in de figuur mee-

genomen, omdat het NIVEL in 2006 geen onderzoek heeft gedaan naar de waardering van de dienstverlening van deze zorgverzekeraar.

Veel zorgverzekeraars (het donkergrijze vlak onder de diagonaal in figuur 4) hebben volgens hun verzekerden hun dienstverlening verbeterd. Er zijn echter twee zorgverzekeraars (V4 en V5) die volgens hun verzekerden achteruit zijn gegaan in de algehele dienstverlening. Eén van deze twee zorgverzekeraars (V5) heeft dit jaar in totaal meer dan 5% van zijn verzekerdenbestand verloren. De algehele waardering voor de dienstverlening lijkt dan ook een belangrijke randvoorwaarde voor behoud en groei van de verzekerdenportefeuille.

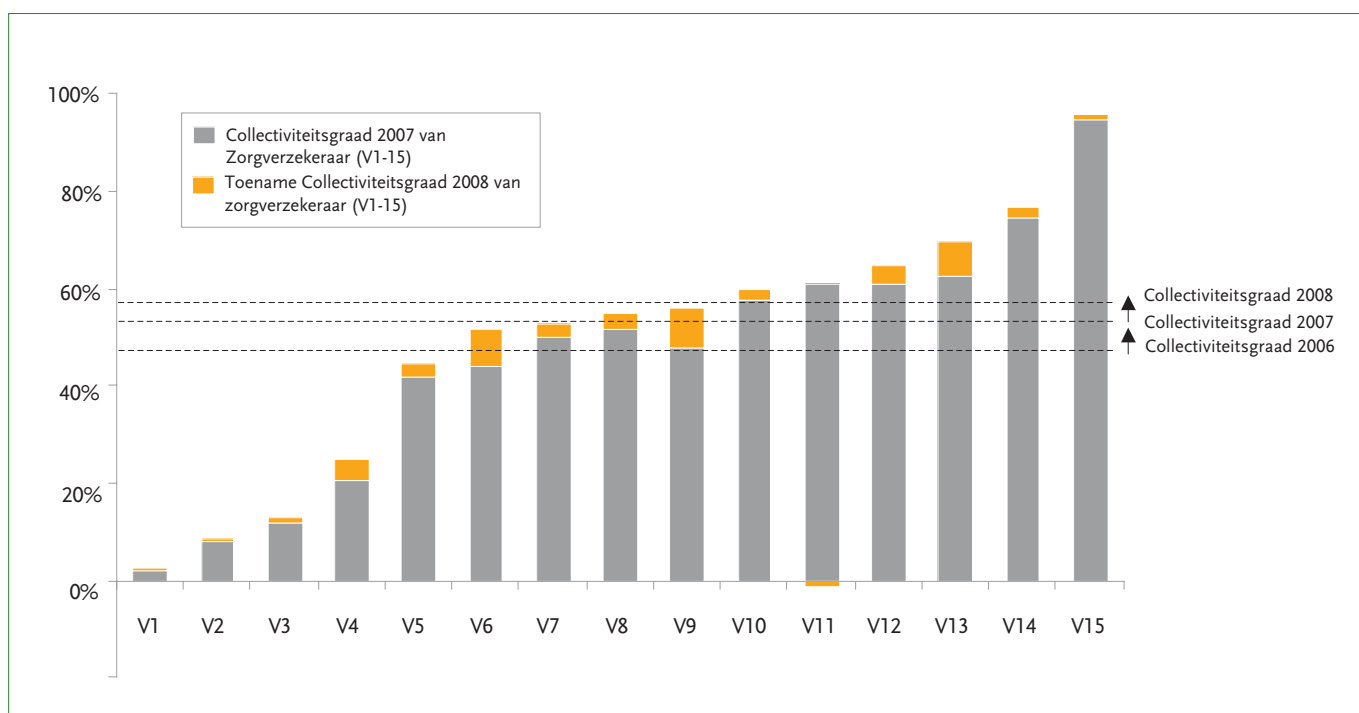


Figuur 4: Algehele waardering dienstverlening zorgverzekeraars door verzekerden in 2006 en 2007.

Trend van collectivisering zet door

De collectiviteitsgraad geeft het percentage weer van de totale verzekerdenportefeuille dat collectief is verzekerd. De collectiviteitsgraad van de zorgverzekeringsmarkt is sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet explosief toegenomen. Van 30% in 2005 (vóór de Zorgverzekeringswet) tot bijna 50% in 2006. In 2007 is het percentage verder toegenomen tot 55%. Ook dit jaar is de collectiviteitsgraad verder gestegen tot bijna

60%. Veel verzekerden hebben diverse mogelijkheden om zich bij een collectiviteit aan te sluiten: via collectiviteit van de eigen werkgever, via de collectiviteit van de werkgever van hun partner, via de sportvereniging of via een patiëntenvereniging. Eveneens zijn er dit jaar weer diverse laagdrempelige zogenoemde 'gelegenheidscollectiviteiten' bijgekomen, zoals de gezondheidspolis voor klanten van Albert Heijn of de Postcode Loterij-collectiviteit.



Figuur 5: Collectiviteitsgraad 2006, 2007, 2008.

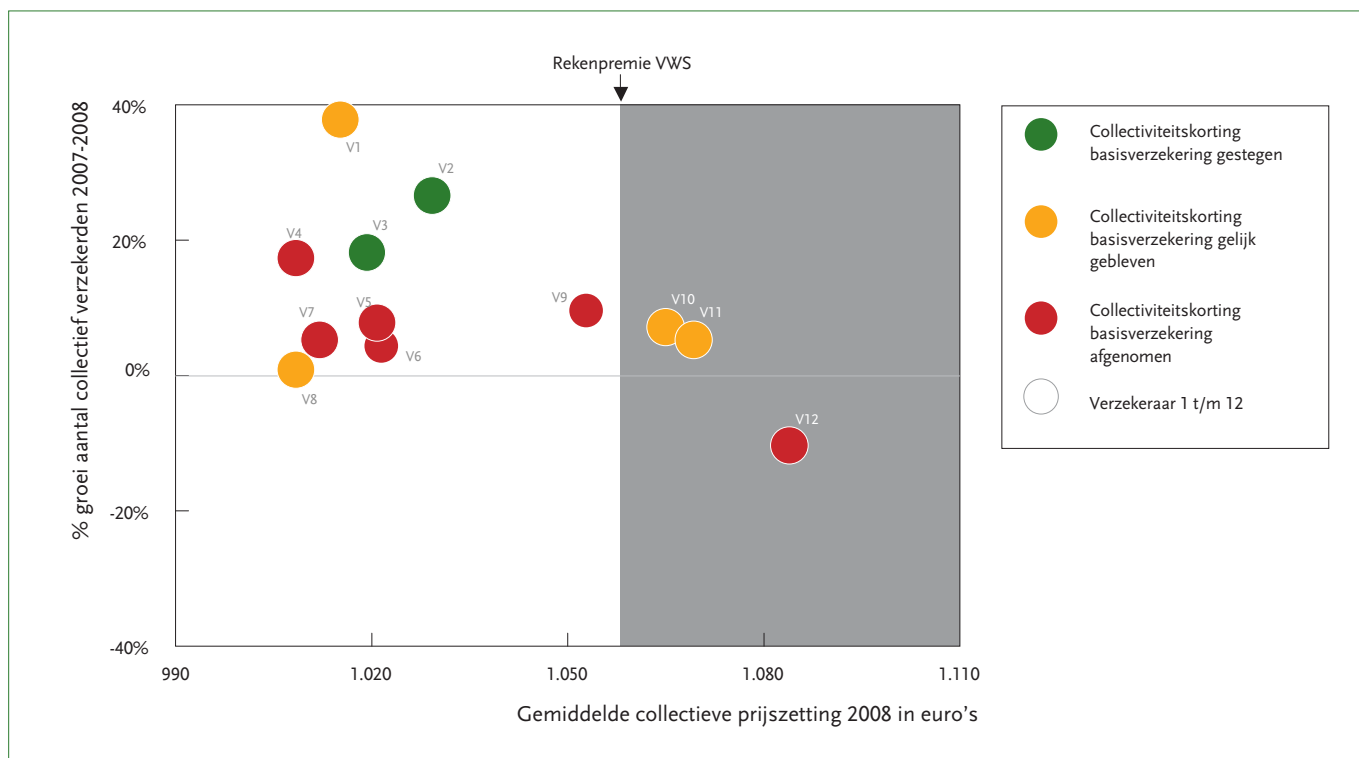
Wanneer het bieden van zorg meer wordt gecombineerd met het verminderen van verzuim en het verhogen van de productiviteit, kan de zorgverzekering voor een werkgever interessanter en meer onderscheidend zijn.

Prijszetting blijft belangrijk voor collectief verzekerden

Op de collectieve contracten zijn dit jaar lagere kortingspercentages op de basisverzekering weggegeven ten opzichte van voorgaande jaren. Slechts twee zorgverzekeraars (V2 en V3 in figuur 6) hebben dit jaar gemiddeld een hogere collectiviteitskorting geboden dan in 2007. De gemiddelde collectiviteitskorting is dit jaar 6,9%. In 2007 was het gemiddelde kortingspercentage 7,3%.

Met behulp van de gemiddeld gegeven collectiviteitskorting op de basisverzekering en de nominale premiestelling is per zorgverzekeraar de gemiddelde

collectieve prijszetting voor de basisverzekering in 2007 berekend. Wanneer deze wordt afgezet tegen de procentuele groei van het aantal collectief verzekerden, blijkt dat er een duidelijke correlatie bestaat, zie figuur 6. Zo heeft V1 met een relatief lage prijszetting voor collectiviteiten relatief veel collectief verzekerden gewonnen. V12 heeft met een relatief hoge prijszetting collectief verzekerden zien vertrekken. Voor de zuiverheid van de analyse zijn in figuur 6 twee zorgverzekeraars niet weergegeven omdat zij een zodanig lage collectiviteitsgraad hebben dat een beperkte groei in aantal collectief verzekerden al snel leidt tot een procentueel grote mutatie.

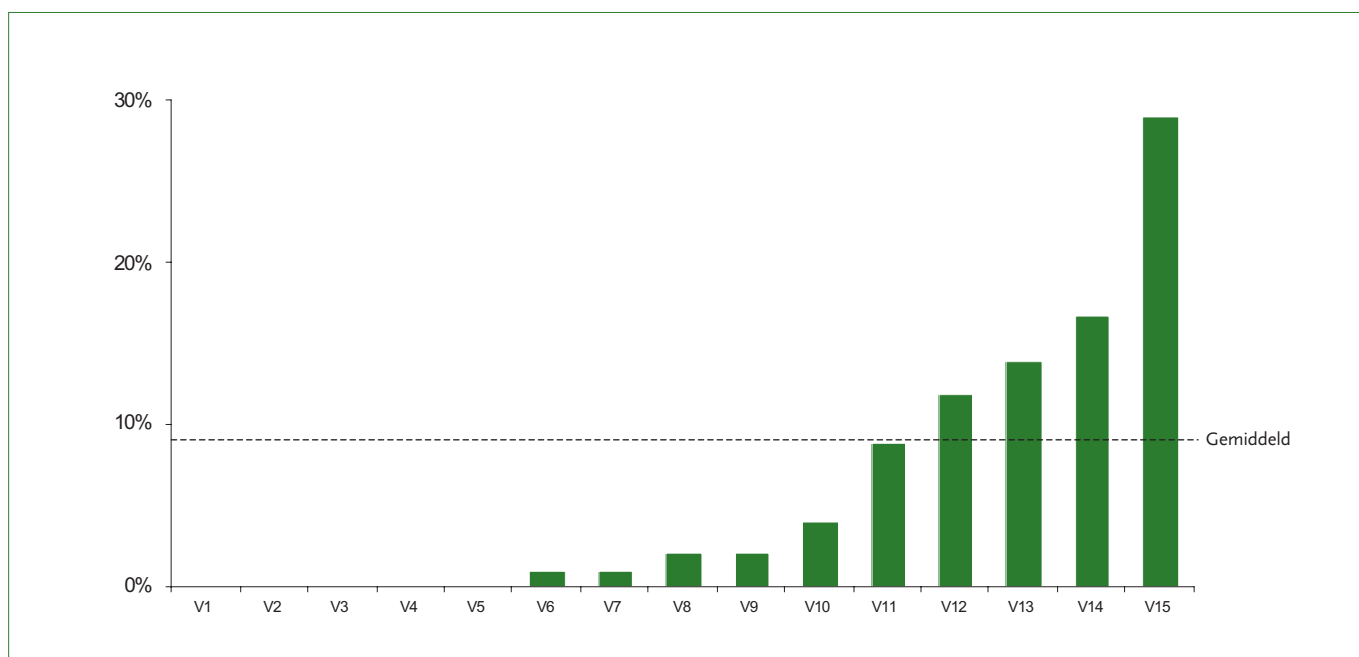


Figuur 6: Collectieve prijszetting versus de groei van het aantal collectief verzekerden in 2008.

Combinatie met bedrijfsgezondheidspakket

Werkgeverscollectiviteiten blijven belangrijke klanten voor zorgverzekeraars. Werkgevers zien de zorgverzekering echter vaak als een standaardproduct waar men niet te veel tijd en energie aan wil besteden. De belangrijkste reden waarom werkgevers collectieve contracten afsluiten, is momenteel veelal het bieden van voordelen aan de werknemers, bijvoorbeeld in de vorm van een (hoge) collectiviteitskorting. Wanneer het bieden van zorg meer wordt gecombineerd met het verminderen van verzuim en het verhogen van de productiviteit, kan de zorgverzekering interessanter en meer onderscheidend zijn voor een werkgever. Een steeds groter aantal zorgverzekeraars biedt momenteel bedrijfsgezondheidspakketten aan. 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.

De ene zorgverzekeraar is echter succesvoller in het afzetten van bedrijfsgezondheidspakketten dan de andere. Om dit succes per zorgverzekeraar uit te drukken, is het aantal werknemers waarvoor bij de zorgverzekeraar een bedrijfsgezondheidspakket is afgesloten, afgezet ten opzichte van het totaal aantal verzekerden dat via een werkgeverscollectiviteit verzekerd is bij die zorgverzekeraar. Het totaal aantal verzekerden dat via een werkgeverscollectiviteit verzekerd is, betreft niet alleen werknemers, maar ook gezinsleden. Voorts wordt een bedrijfsgezondheidspakket door een werkgever vaak voor al zijn werknemers afgesloten, en niet alleen voor zijn werknemers die via de collectiviteit zijn verzekerd. Ondanks deze kanttekeningen geeft figuur 7 wel een indicatie hoe succesvol een zorgverzekeraar is in het afsluiten van bedrijfsgezondheidspakketten met werkgeverscollectiviteiten. Zo heeft zorgverzekeraar V15 in figuur 7 voor het aantal van 30% van zijn collectief verzekerden via de werkgeverscollectiviteit een bedrijfsgezondheidspakket afgesloten.

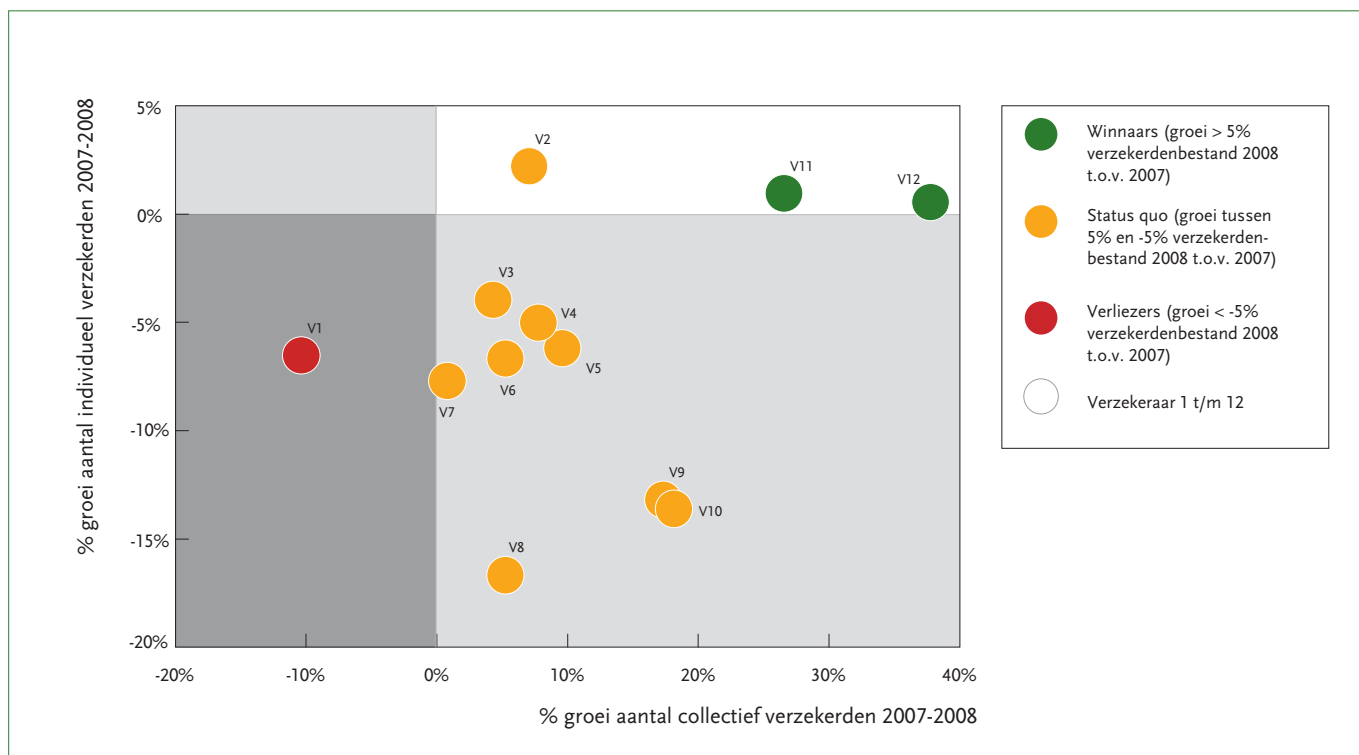


Figuur 7: Percentage werknemers waarvoor een bedrijfsgezondheidspakket is afgesloten t.a.v. totaal aantal verzekerden dat via een werkgeverscollectiviteit is verzekerd per zorgverzekeraar.

Succes door groei collectief verzekerden en behoud individueel verzekerden

In figuur 8 is de procentuele groei van het aantal collectief verzekerden afgezet tegen de procentuele groei van het aantal individueel verzekerden in 2008. Als gevolg van de trend dat steeds meer mensen zich via een collectiviteit verzekeren, is bij veel zorgverzekeraars het aantal individueel verzekerden gedaald en is het aantal collectief verzekerden gestegen. De twee zorgverzekeraars (V11 en V12) waar de verzekerdenportefeuille met meer dan 5% is gestegen, hebben niet alleen het aantal individueel verzekerden constant weten te houden, maar zijn ook sterk gegroeid in het aantal collectief verzekerden.

De zorgverzekeraars waar het verzekerdenbestand constant is gebleven, hebben netto individueel verzekerden verloren, maar zij hebben dit verlies weten te compenseren met een groei van het aantal collectief verzekerden, met uitzondering van V2. De zorgverzekeraar die zijn verzekerdenportefeuille heeft zien verminderen met meer dan 5% (V1), heeft netto zowel individueel verzekerden als collectief verzekerden verloren. Net als bij figuur 6 zijn ook in figuur 8 voor de zuiverheid twee zorgverzekeraars niet weergegeven, omdat zij een zodanig lage collectiviteitsgraad hebben, dat een beperkte groei in aantal collectief verzekerden al snel leidt tot een procentueel grote mutatie.

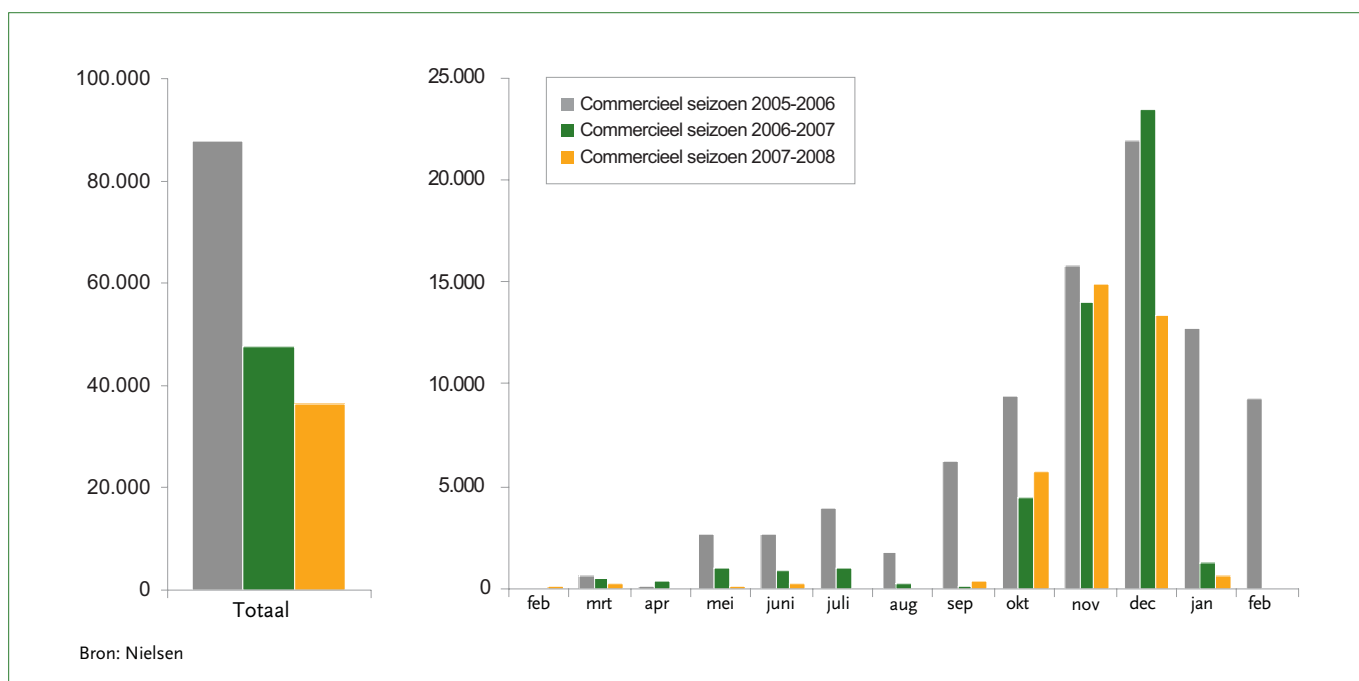


Figuur 8: Groei aantal collectief verzekerden versus groei aantal individueel verzekerden 2007-2008.

Reclamebestedingen zijn sterk gedaald

Dit commerciële seizoen is 'slechts' € 36 miljoen uitgegeven aan reclame

De totale uitgaven van de zorgverzekeraars aan reclame waren vorig jaar reeds gehalveerd ten opzichte van het commerciële seizoen 2005-2006. Ook dit jaar zijn de media-uitgaven gedaald. Ongeveer € 36 miljoen is dit commerciële seizoen uitgegeven aan reclame, € 10 miljoen minder dan vorig jaar. Zoals in figuur 9 is aangegeven is met name in de maand december minder geld uitgegeven aan reclame ten opzichte van het commerciële seizoen 2006-2007.



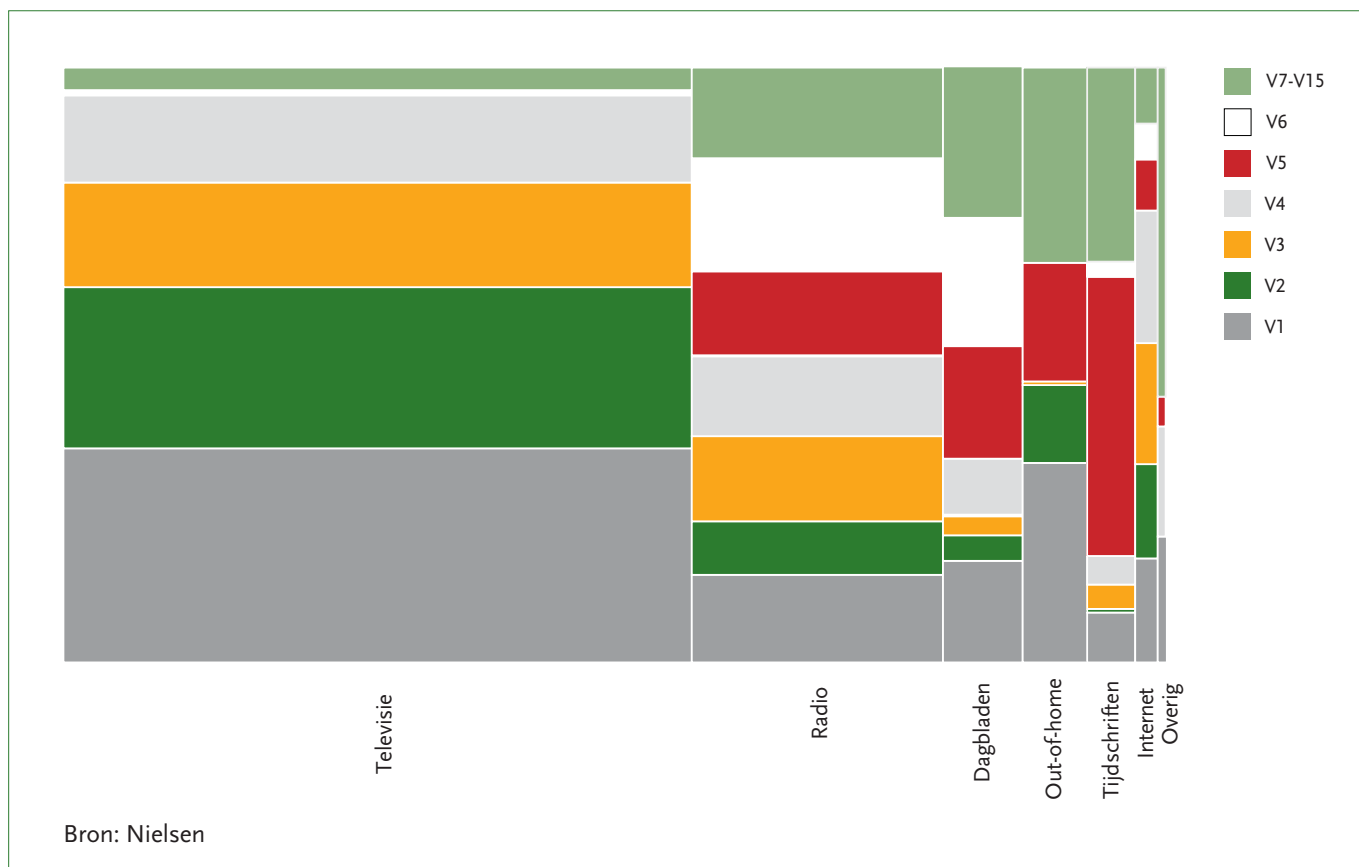
Figuur 9: Mediabestedingen per maand voor de commerciële seizoenen 2005-2006, 2006-2007 en 2007-2008.

Vooraf in de dagbladen is minder geadverteerd dan vorig jaar. In het commerciële seizoen 2006-2007 werd ongeveer 13% van de totale media-bestedingen uitgegeven aan reclames in dagbladen, dit jaar slechts 7%.

Voor grote zorgverzekeraars is televisie het belangrijkste mediumkanaal

In figuur 10 zijn de totale mediabestedingen in commercieel seizoen 2007-2008 (€ 36 miljoen) onderverdeeld naar mediumkanaal en zorgverzekeraar. De reclame-uitgaven van de grote zorgverzekeraars, waarbij Achmea en Agis en CZ en Delta Lloyd dit jaar nog apart zijn weergegeven, zijn afgebeeld in V1 tot en met V6. De kleinere zorgverzekeraars, die gezamenlijk 10% van de markt in handen hebben, zijn weergegeven als V7-V15. Uit figuur 9 blijkt dat televisie het belangrijkste

mediumkanaal is voor de zorgverzekeraars. Ruim de helft van de totale uitgaven wordt besteed aan televisiereclames. Het zijn de grote zorgverzekeraars die met name van dit medium gebruikmaken. De kleinere zorgverzekeraars maken relatief meer gebruik van out-of-home-reclame (buitenreclame zoals billboards), tijdschriften en dagbladen. Vooral in de dagbladen is dit jaar minder geadverteerd dan vorig jaar. In het commerciële seizoen 2006-2007 werd ongeveer 13% van de totale mediabestedingen uitgegeven aan reclames in dagbladen, dit jaar slechts 7%.

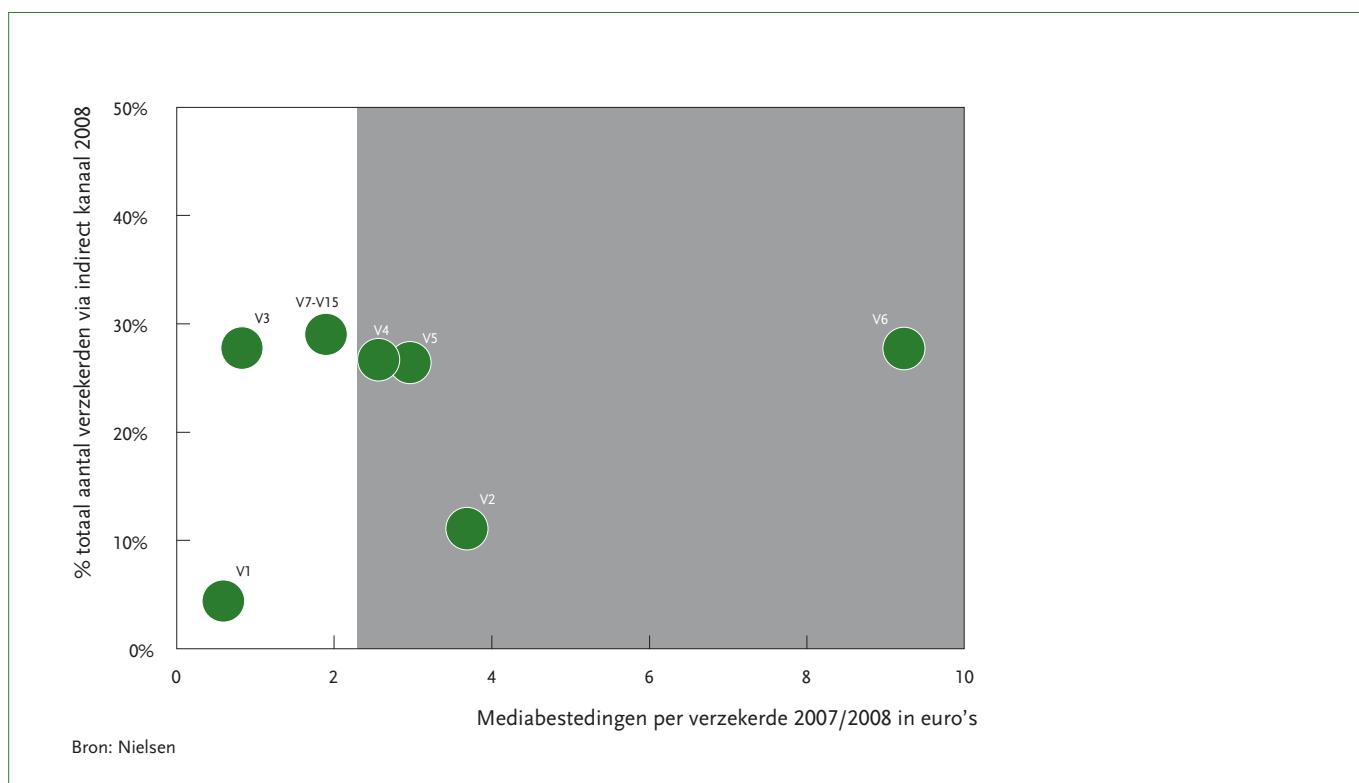


Figuur 10: Totale mediabestedingen in het commercieel seizoen 2007-2008 uitgesplitst naar mediumkanaal en zorgverzekeraars.

Direct writers maken niet structureel meer reclame

Naast reclamegelden beslaan provisiekosten bij veel zorgverzekeraars een groot deel van de marketingkosten. Dit commerciële seizoen hebben de zorgverzekeraars gemiddeld € 2,25 per verzekerde uitgegeven aan reclame. Voor het totale bestand ziektekostenverzekerden wordt gemiddeld € 6 aan provisiekosten uitgegeven. Ongeveer 20% van de ziektekostenverzekerden is via het intermediaire kanaal verzekerd. Per verzekerde die via dit kanaal is verzekerd, wordt door de zorgverzekeraars gemiddeld circa € 30 aan provisiekosten betaald. In figuur 11 zijn de reclamegelden per verzekerde en het aandeel in de totale verzekerdenportefeuille dat

via het indirecte kanaal verzekerd is, tegen elkaar afgezet. Hierbij is dezelfde verdeling van grote versus kleinere zorgverzekeraars gebruikt als bij figuur 10. Figuur 11 laat zien dat zorgverzekeraars die relatief een kleiner aandeel verzekerden hebben die via het indirecte kanaal zijn verzekerd, niet structureel meer euro's aan reclame besteden. Zo heeft zorgverzekeraar V1 relatief weinig verzekerden die via het indirecte kanaal verzekerd zijn. Toch geeft zorgverzekeraar V1 slechts € 0,70 aan reclamegelden uit. Zorgverzekeraar V6 heeft een kleine 30% van zijn verzekerdenbestand via het indirecte kanaal lopen, maar geeft anderzijds het meeste geld uit aan reclame, ruim € 9 per verzekerde.



Figuur 11: Mediabestedingen per verzekerde in commercieel seizoen 2007-2008 per verzekeraar afgezet ten opzichte van aandeel in de totale verzekerdenportefeuille dat verzekerd is via het indirecte kanaal (intermediair).

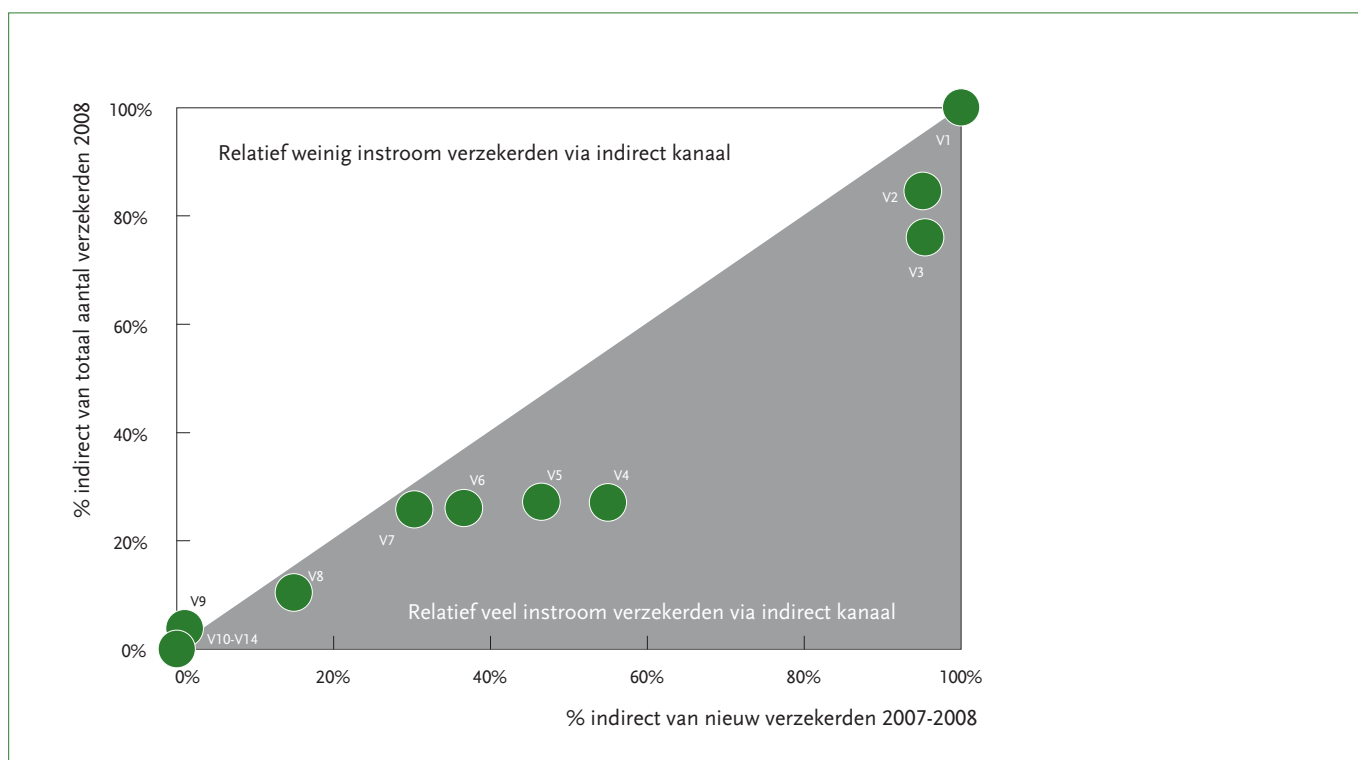
Internet en intermediairs zijn belangrijke verkoopkanalen

20% is via het intermediaire kanaal verzekerd

Dit jaar zijn in de zorgverzekeringsmarkt relatief veel verzekerden overgestapt die via het indirecte kanaal zijn verzekerd. Zij zijn met name geswitcht van een intermediaire zorgverzekeraar naar een andere intermediaire zorgverzekeraar. Dit duidt op een verschuiving van verzekerdenportefeuilles tussen intermediaire zorgverzekeraars.

Gemiddeld is ongeveer 20% van het totaal aantal ziektekostenverzekerden via het intermediaire kanaal verzekerd. Sommige zorgverzekeraars werken (bijna) alleen maar via het intermediaire kanaal (V1, V2 en V3 in figuur 12). Andere zorgverzekeraars hebben een gemiddeld aantal verzekerden, conform het markt-

gemiddelde, dat via intermediairs is verzekerd (V4 t/m V7). Andere zorgverzekeraars werken relatief weinig (V8 en V9) of niet (V10 t/m V14) samen met intermediairs. Bijna alle zorgverzekeraars die werken met het intermediair, hebben relatief veel instroom van nieuwe verzekerden gerealiseerd. Gemiddeld is ruim 30% van de nieuwe verzekerden ingestroomd via het indirecte kanaal. Ook zijn er verzekerden die bij hun zorgverzekeraar zijn gebleven, maar die vorig jaar verzekerd waren via het directe kanaal en dit jaar overgestapt zijn naar het indirecte kanaal. Deze 'interne' overstappers van kanaal zijn niet meegeteld in het aantal nieuwe verzekerden.

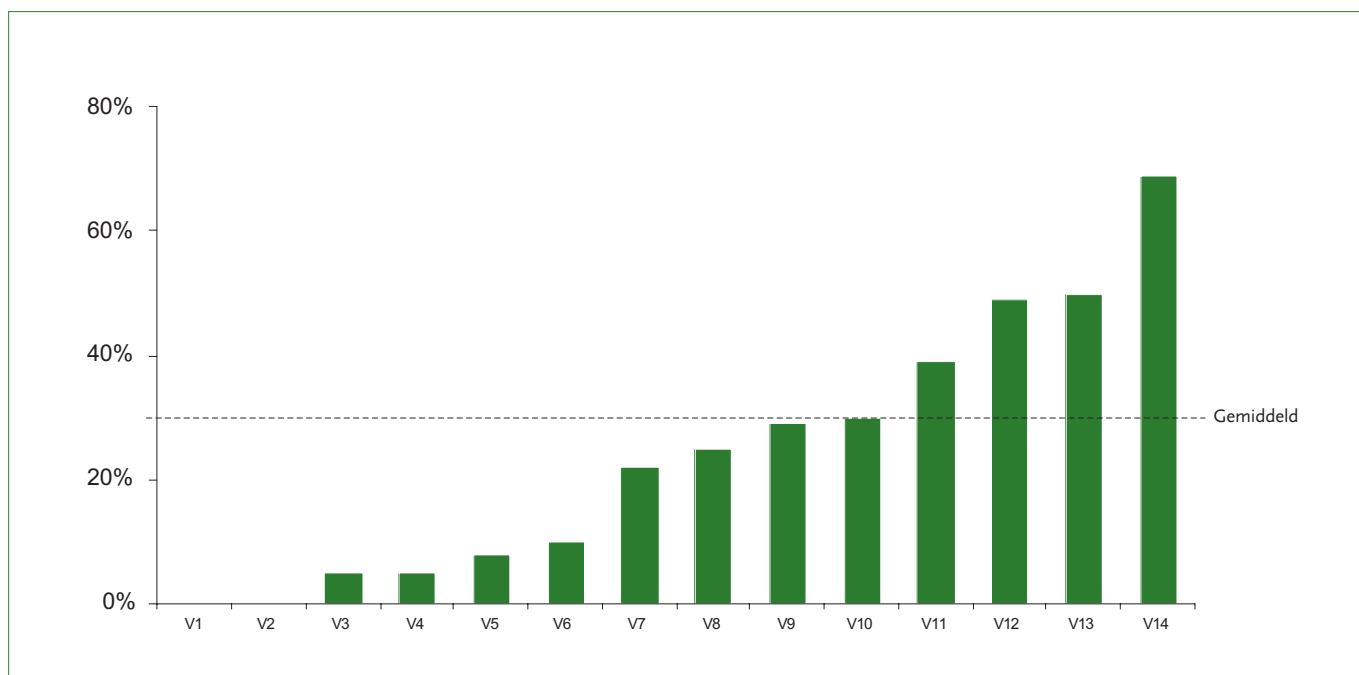


Figuur 12: Instroom nieuwe verzekerden via het indirecte kanaal versus aandeel indirecte kanaal in de totale verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraar.

Internet als verkoopkanaal voor zorgverzekeringen verder toegenomen

Naast het intermediaire kanaal is ook internet een belangrijk verkoopkanaal voor zorgverzekeraars. Gemiddeld heeft 30% van de nieuwe verzekerden zich direct via internet aangemeld, zie figuur 13. Dit percentage is toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Toen meldde ongeveer 25% van de verzekerden zich via internet aan. Ook vanuit verschillende persberichten blijken internetlabels als Anderzorg en FBTO dit jaar sterk te zijn gegroeid.

Ook bij intermediaire zorgverzekeraars kunnen verzekerden zich vaak via internet aanmelden met inloggegevens die veelal via een intermediair zijn verkregen. Deze indirecte aanmeldingen zijn niet meegenomen in figuur 13. Ook is internet een belangrijk medium voor verzekerden om informatie op te zoeken of aan te vragen. Opvallend is dat zorgverzekeraars nog maar weinig geld besteden aan reclame op internet: slechts 2% van de totale media-uitgaven (zie ook figuur 10). Dit aandeel is gelijk aan vorig jaar.



Figuur 13: Percentage nieuwe verzekerden direct via internet aangemeld, in 2007-2008 per zorgverzekeraar.

Ook internet is een belangrijk verkoopkanaal voor zorgverzekeraars. Gemiddeld heeft 30% van de nieuwe verzekerden zich direct via internet aangemeld, een toename van 5% ten opzichte van vorig jaar.

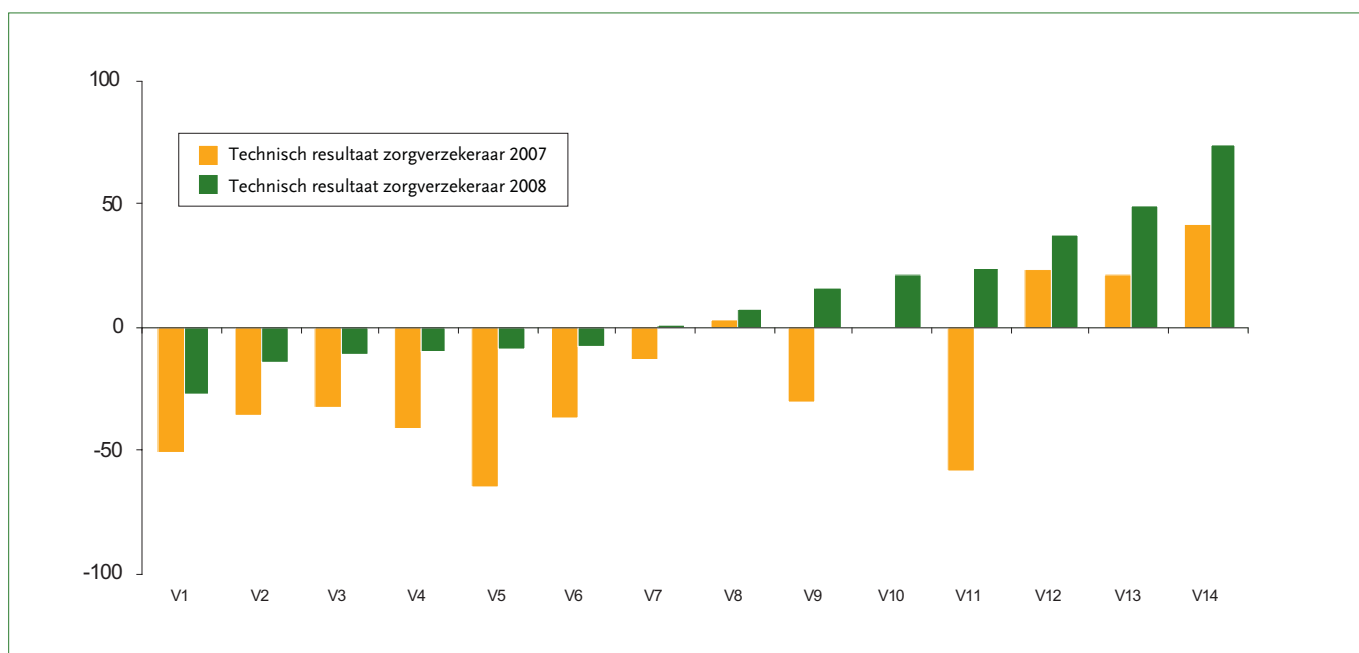
Rendement staat minder onder druk

Resultaat verbeterd door hogere individuele prijszetting en lagere kortingen

Zoals eerder in dit rapport aangegeven, is de individuele nominale prijs bij veel verzekeraars gestegen (gecorrigeerd voor invoering verplicht eigen risico, wijzingen in dekking basisverzekering en stijging zorgkosten). Daarnaast is de gemiddelde collectiviteitskorting op de basisverzekering dit jaar gedaald. Als gevolg van deze ontwikkelingen zal het verwachte technisch resultaat per verzekerde op de basisverzekering ten opzichte van vorig jaar verbeteren. Het verwachte technisch resultaat per verzekerde op de basisverzekering is per zorgverzekeraar berekend op basis van de nominale premiestelling, de gemiddelde collectiviteitskorting, het aantal individueel en het aantal collectief verzekerden. Deze gemiddelde opbrengsten per verzekerde zijn afgezet tegen de kostendekkende rekenpremie voor de basisverzekering volgens het Ministerie van VWS. Het verschil tussen beide is het verwachte technisch

resultaat op de basisverzekering, weergegeven in figuur 14.

Figuur 14 toont dat alle zorgverzekeraars naar verwachting een hoger technisch resultaat per verzekerde op de basisverzekering in 2008 zullen gaan behalen ten opzichte van 2007. De helft van de zorgverzekeraars (V1 tot en met V7) heeft in 2008 nog een negatief technisch resultaat op de basisverzekering. De andere helft van de zorgverzekeraars (V8 tot en met V14) zal naar verwachting in 2008 een positief technisch resultaat op de basisverzekering behalen. De grote zorgverzekeraars zijn met name V1 tot en met V7. De kleinere zorgverzekeraars betreffen met name V8 tot en met V14. Gezamenlijk zullen de zorgverzekeraars in 2008 circa € 135 miljoen verlies lijden op de basisverzekering. Dit geraamde verlies is aanzienlijk lager dan in 2007. Naar verwachting hebben de zorgverzekeraars in 2007 als gevolg van een niet-kostendekkende jaarpremie gezamenlijk € 600 miljoen verlies geleden op de basisverzekering.



Figuur 14: Technisch resultaat per verzekerde in euro's per verzekeraar in 2007 en 2008.

Verwacht positief resultaat aanvullende verzekeringen 2008

Vóór de introductie van de basisverzekering waren de aanvullende zorgverzekeringen, naast de beleggingsopbrengsten, de winstmakers voor zorgverzekeraars. Tegenover elke euro aan premie voor de aanvullende zorgverzekering stond voor een ziekenfondsverzekerde slechts € 0,83 aan kosten. Maar zowel in 2006 als in 2007 leden de meeste zorgverzekeraars niet alleen verlies op de basisverzekering, maar ook op de aanvullende polissen. In 2008 hebben veel zorgverzekeraars de dekkingen voor de aanvullende verzekeringen aangescherpt en/of hebben zij de prijs van de aanvullende verzekeringen verhoogd (gemiddeld 10%). Net als bij de basisverzekering zijn collectiviteitskortingen op de aanvullende verzekeringen gemiddeld iets gedaald. Momenteel krijgen collectief verzekerden gemiddeld circa 9% korting op hun aanvullende verzekering. Naar verwachting zal daarom ook het technisch resultaat op de aanvullende verzekeringen in 2008 verbeteren.

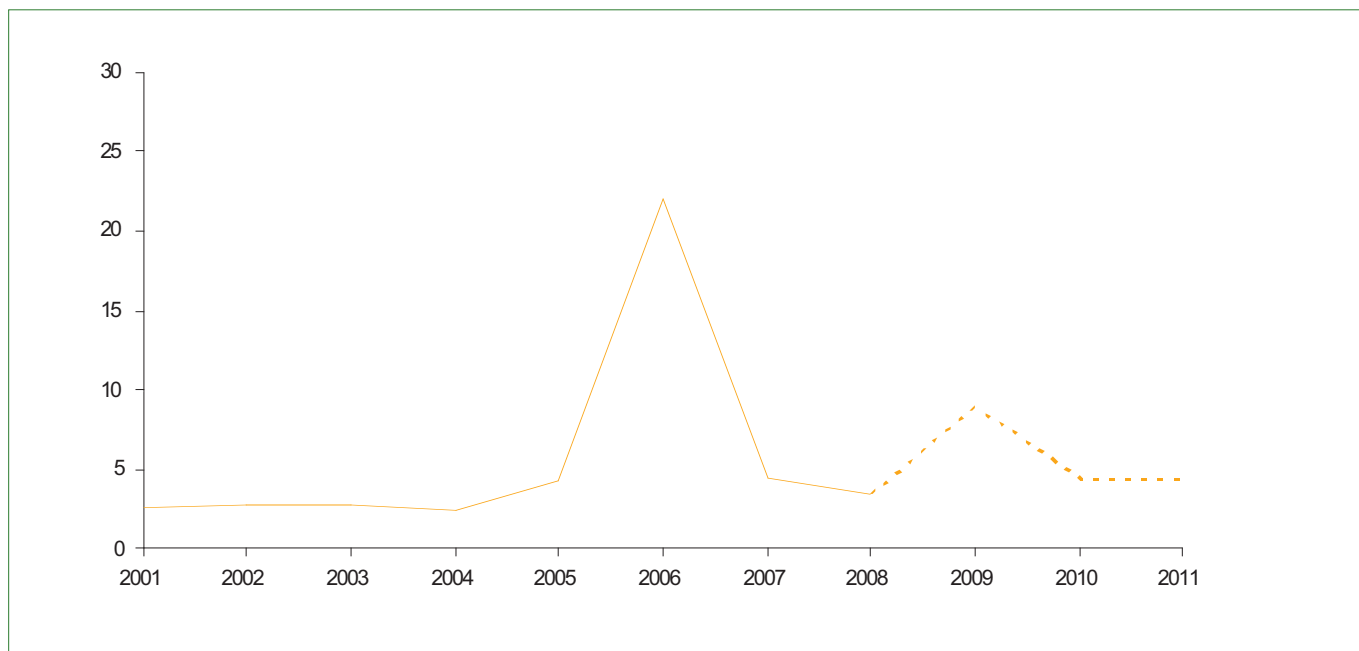
Naar verwachting zal zowel het technisch resultaat per verzekerde op de basisverzekering als op de aanvullende verzekering verbeteren.

Toekomst is aan doelgroepgericht beleid in combinatie met gerichte zorginkoop

Mobiliteit zal volgend jaar weer iets gaan toenemen

Terwijl in het introductiejaar van de nieuwe zorgverzekering bijna een kwart van de verzekerden overstapte naar een andere zorgverzekeraar, switchte in het tweede jaar slechts 4,5%. Ook dit jaar veranderde niet meer dan 3,5% van de verzekerden van zorgverzekeraar. Naar verwachting zal de mobiliteit in 2009 weer iets gaan toenemen (tot circa 8%). Een

aantal grote werkgeverscollectiviteiten heeft een looptijd van drie jaar en valt dan vrij. Deze contracten zullen dan door werkgever worden aanbesteed. Meer dan nu het geval is, zal worden gekeken naar de maatgerichte inhoud van het verzekerde pakket. Naar verwachting zal de mobiliteit na deze aanbestedingsronde weer terugzakken naar het huidige niveau van rond de 4,5%.



Figuur 15: (Verwachte) ontwikkeling van de mobiliteit, in procenten 2001-2011.

Zorgverzekeringsmarkt toont kenmerken van een oligopolie

De zorgverzekeringsmarkt ontwikkelt zich steeds meer naar een markt die de kenmerken heeft van een oligopolie: slechts een beperkt aantal zorgverzekeraars bepaalt de marktdynamiek. Dit jaar zijn de grote zorgverzekeraars minder actief geweest om nieuwe verzekerden te werven. De onderlinge prijsconcurrentie is afgenomen waardoor de marges minder onder druk zijn komen te staan dan voorgaande twee jaren. Kenmerk van een oligopolistische markt is dat de concurrentie meer plaats vindt op productdifferentiatie en in mindere mate op prijs. Momenteel is er echter nog weinig differentiatie in producten en dienstverlening. De steeds verdergaande collectivisering van de zorgverzekeringsmarkt vraagt van de zorgverzekeraars in de toekomst een verdergaand doelgroepgericht beleid, met maatwerk en keuzevrijheid.

Doelgroepgericht beleid wordt succesfactor

De komende jaren zullen zorgverzekeraars steeds gericht naar hun verzekerdenportefeuille gaan kijken. Een eventuele groei in verzekerdenaantallen zal worden gerealiseerd door specifiek in te zetten op een doelgroep of collectiviteit. Klantsegmentatie vindt momenteel al op verschillende manieren plaats. Bijvoorbeeld op leeftijd, lifestyle, beroep, geografie of gezondheid. Zo worden specifieke dekkingen geboden voor deze doelgroepen, zoals orthodontie voor jongeren, alternatieve geneeswijzen voor mensen die gebruikmaken van de antroposofische gezondheidszorg, stoppen-met-roken-cursussen en afslankprogramma's. Als communicatie- en distributiekanaal is internet effectief voor jongeren. En ten aanzien van werknemers wordt zoveel mogelijk via de werkgever gecommuniceerd en gedistribueerd.

In de toekomst zal doelgroepgericht beleid echter verder dienen te gaan dan alleen dekking of als communicatiekanaal. Het gaat om het totaalpakket, dat is afgestemd op de wensen en behoeften van de doelgroep, dus om de combinatie van prijs, dekking, communicatie én zorginkoopproduct. Dit laatste

aspect wordt voor zorgverzekeraars steeds belangrijker om goed in te vullen en te organiseren. Niet alleen vanuit het grotere financiële risico dat zorgverzekeraars lopen, maar ook om concurrerend te kunnen zijn. Zorginkoop kan voor doelgroepen op verschillende wijzen toegevoegde waarde bieden. Alleen wanneer zorgverzekeraars daadwerkelijk productdifferentiatie gaan toepassen, dat wil zeggen het bieden van maatwerk en keuzevrijheid, kan dit tot onderscheidend vermogen leiden.

Voor de doelgroep jongeren kan zorginkoop toegevoegde waarde bieden wanneer met slechts een selectief aantal zorgaanbieders een contract wordt gesloten, waardoor een gunstige prijs kan worden geboden.

Bij doelgroepgericht beleid gaat het om een totaalpakket, dat is afgestemd op de wensen en behoeften van de doelgroep, dus om de combinatie van prijs, dekking, communicatie én zorginkoopproduct.

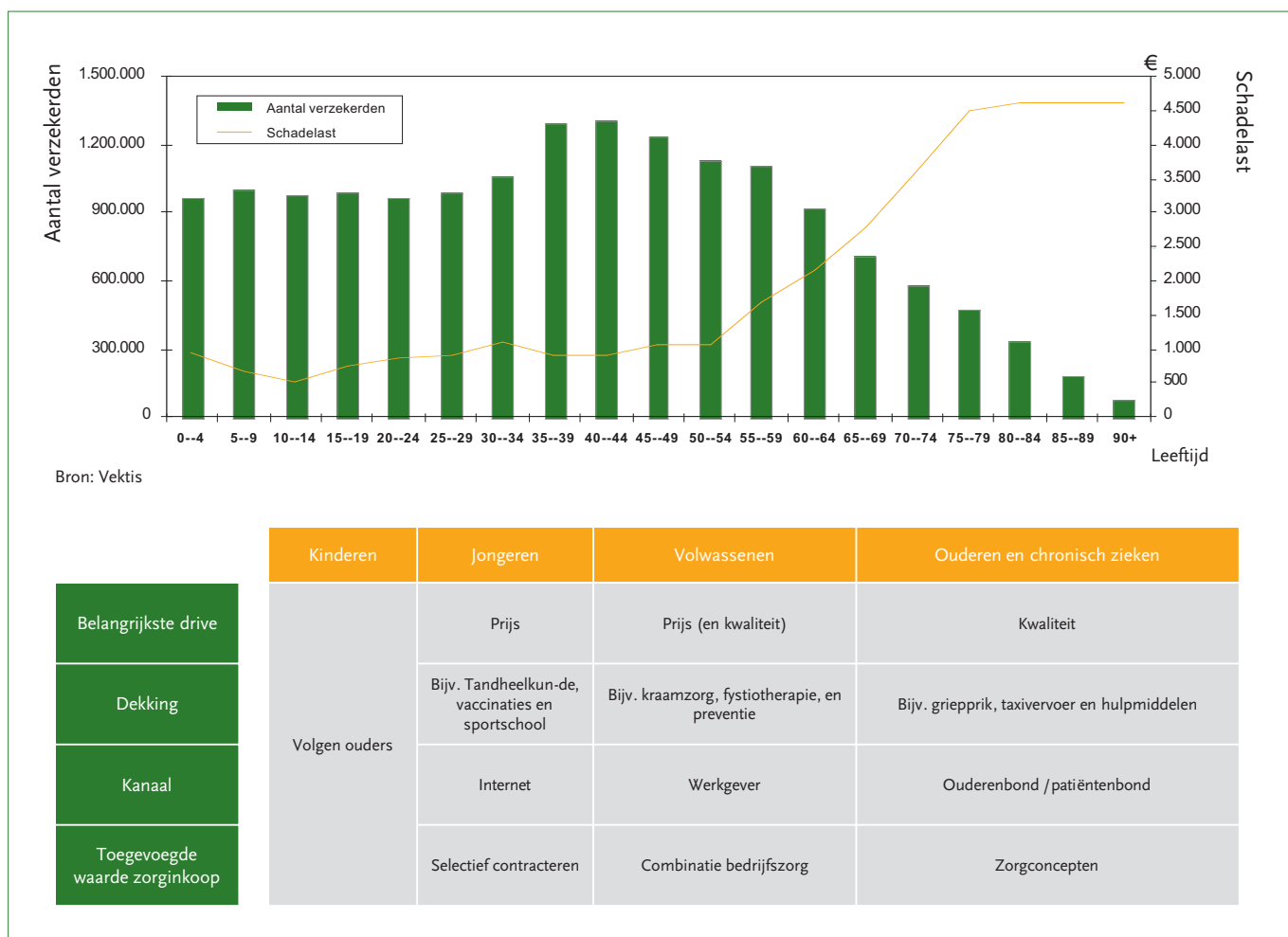
Voor werkgevers en hun werknemers kan de zorginkoopfunctie toegevoegde waarde bieden door bij de inkoop van zorg meer accent op de 'factor arbeid' te leggen. Ook preventie is een belangrijk item voor deze doelgroep om zodoende de gezondheid en vitaliteit van de werknemers te behouden, te verbeteren en voor de werkgever de productiviteit te verhogen, wat tegen de achtergrond van een krappe arbeidsmarkt noodzakelijk is.

Voor de doelgroep ouderen en chronisch zieken zijn de kwaliteit en de tijdigheid van zorg belangrijk. Verbetering van de kwaliteit kunnen zorgverzekeraars realiseren door transparantie te bevorderen, de

kwaliteit van de zorgaanbieders zichtbaar te maken en vervolgens garanties af te spreken over (tijdig) te leveren zorg. Ook kunnen zorgverzekeraars voor de doelgroep ouderen en chronisch zieken ketenzorgconcepten stimuleren en ondersteunen.

Zorgverzekeraars die, rekening houdend met zorgconsumptiegedrag, kiezen voor een doelgroepgericht

beleid waarbij alle aspecten als prijs, dekking, communicatie én het zorginkoopproduct evenwichtig worden gecombineerd, kunnen zich onderscheiden (zie figuur 14). Alleen wanneer zorgverzekeraars daadwerkelijk productdifferentiatie gaan toepassen, hebben verzekerden pas echt iets te kiezen en zal dit ook effect hebben op de mobiliteit van de verzekerden.



Figuur 16: Aspecten van doelgroepgericht beleid op hoofdlijnen.

Over BS Health Consultancy

Van den Broek Streng Health Consultancy, afgekort 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 en (rijks)overheid. Daarbij combineren wij onze diepe marktkennis met gedegen kwalitatieve en kwantitatieve analyses.

Meer in het bijzonder richt BS Health Consultancy zich op:

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

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) beleids(evaluatie)onderzoeken die een cruciale rol spelen binnen de beleidscyclus van organisaties.

BS Health Consultancy profileert zich als opinieleader binnen de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt. 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 zorgverzekeringsmarkt uitgebracht:

- 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 zorgverzekeren 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, 3 maart 2008

