

Zorgthermometer 2010

Verzekerden in beweging

Jaargang 15, april 2010



Zorgge
Elektronische berichtenuitwisseling Databestan
Onderzoek Testportaal Verzamelen
analyseren **Standaardisatie** Tarief Informatiesyste
Gegevensbeheer **Declaratie** DBC's Registr
SA-Zorgverzekeringen **Zorgprisma** Verzekeraarsidentificatie **Informat**
Administratieve processen **Jaarcijf**
Consultancy AWBZ DataWareHo

Over Vektis gesproken

Centrum voor informatie en standaardisatie

Vektis is dé dienstverlener op het gebied van data, informatie, gegevensuitwisseling en administratieve processen voor de zorgverzekeraarsbranche. Als zodanig beschikt deze organisatie over actuele en omvangrijke databestanden. Deze bevatten gegevens op nationale schaal over de kosten van medicijngebruik, medische hulpmiddelen en ziekenhuiszorg. Dit soort informatie is niet alleen van belang voor de zorgverzekeraars maar ook voor zorgaanbieders, overheid en verzekerden.

Aan de hand van deze informatie kunnen zorgverzekeraars hun beleid bijstellen of vernieuwen, strategische keuzes maken en hun operationele processen verbeteren. Ook wordt er zo zicht verkregen op de besteding van publieke gelden en op de verdeling daarvan over de zorgverzekeraars.

De ontwikkeling en de implementatie, en het beheer van standaarden voor elektronische uitwisseling van berichten (bijvoorbeeld declaraties) vormen andere Vektis-activiteiten. Deze standaarden komen in samenspraak met zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en softwareleveranciers tot stand. Ter ondersteuning van dit proces onderhoudt en exploiteert Vektis diverse bestanden met tariefinformatie en identificatiesystemen. Daarmee wordt een basis gelegd voor de uitvoering van verschillende processen bij de zorgverzekeraars zoals het contracteren van zorgaanbieders.

Meer informatie is te vinden op www.vektis.nl.



Voorwoord

De mobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt schommelt al jaren rond de 4%. Bij de invoering van de basisverzekering in 2006 was er een turbulente switchmarkt, waarbij zo'n 19% van de verzekerden overstapte naar een andere zorgverzekeraar. Sindsdien is de switchmarkt gestabiliseerd rond de 4% per jaar.

Uit door Vektis uitgevoerd onderzoek blijkt dat in 2010 iets meer dan 4,1% van de verzekerden heeft gekozen voor een andere zorgverzekeraar. De trends in verdere collectivisering van de markt en afnemende populariteit van aanvullende verzekeringen zetten zich ook in 2010 voort.

Dit jaar hebben we voor het eerst een uitgebreide analyse gemaakt van alle switchers van de afgelopen jaren. We hebben voor u in beeld gebracht wat de kenmerken zijn van de overstappers. Zijn het ieder jaar andere mensen die overstappen of is het steeds dezelfde groep? En hoe groot is de groep die weer terugkeert bij zijn oude zorgverzekeraar? Zijn het jongeren of ouderen? Gezond of zijn het ook de chronisch zieken die switchen? Allemaal vragen die in deze Zorgthermometer worden beantwoord.

Is hiermee aangetoond dat er voldoende of onvoldoende marktwerking is op de zorgverzekeringsmarkt? Duidelijk is in ieder geval dat de markt nog steeds in beweging blijft. In percentages lijkt het misschien beperkt maar het gaat nog steeds om meer dan 600.000 mensen die van zorgverzekeraar wisselen. En voor marktwerking is niet bepalend hoeveel overstappers er jaarlijks zijn, maar veel meer de druk die door zorgverzekeraars wordt ervaren doordat verzekerden kunnen switchen. Meer mensen zullen geneigd zijn te switchen als een verzekeraar zich onderscheidt van de concurrenten. Deze krachten houden de zorgverzekeraars en de premie scherp.

Wij gaan ervan uit dat we u met dit rapport 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. A. (Anne) de Boo
Adjunct-directeur Vektis



Inhoud

Voorwoord	3
<hr/>	
1. Inleiding: beeld van de huidige markt	5
<hr/>	
2. Mobiliteit	8
<hr/>	
3. Cijfers achter de mobiliteit	11
<hr/>	
4. Aanvullende verzekering	15
<hr/>	
5. Overstappers door de jaren heen	18
<hr/>	
6. Verzekerdengroepen die verhuizen of honkvast zijn	20
<hr/>	
7. Redenen mobiliteit	23
<hr/>	
8. Concentratie zorgverzekeraars door de jaren heen	25
<hr/>	
Alle feiten op een rij	29
<hr/>	
Onderzoekstechnische verantwoording/onderzoeksaanpak	30
<hr/>	

1. Inleiding: beeld van de huidige markt

Met de komst van de Zorgverzekeringswet in 2006 staan verzekerden ieder jaar in december voor de keuze wat zij gaan doen: blijven of verhuizen naar een andere verzekeraar. Als we kijken naar het aanbod is er zeker wat te kiezen. De consument kan namelijk kiezen uit een kleine 60 verschillende polissen voor de basisverzekering en daarnaast vaak per polis een scala aan aanvullende verzekeringen. Het vinden van de ideale polis is dan ook niet altijd eenvoudig. Of dit aanbod ook leidt tot mobiliteit van de verzekerden staat centraal in deze Zorgthermometer. In hoeverre is er mobiliteit, welke verzekerden komen in beweging en welke redenen hebben zij om te verhuizen.

Binnen het aanbod in de zorgverzekeringsmarkt is er de afgelopen jaren een afname van het aantal aanbieders als gevolg van fusies. Dit is een trend die al voor de komst van de Zorgverzekeringswet in 2006 was ingezet en die ook daarna is doorgezet. Een aantal namen, zoals OZ (onderdeel van CZ) en Confior (onderdeel van Menzis), zijn de afgelopen jaren verdwenen en een aantal namen bestaan nog wel in de markt maar zijn wat betreft risico en uitvoering ondergebracht bij een ander concern. Een voorbeeld daarvan is de OHRA- en Delta Lloyd-portefeuille die is ondergebracht bij CZ. De consument behoudt in dit geval zijn 'oude' verzekeraar maar administratief verandert het een en ander. Heeft deze ontwikkeling op de zorgverzekeringsmarkt ook geleid tot een beperking in het aanbod? Dat is nog maar te bezien met een markt waarin een kleine 60 verschillende polissen worden aangeboden door een dertigtal aanbieders. De aanbieders bieden veelal zowel een natura- als een restitutiepolis en in een aantal gevallen een mixvorm. Er is ook een aantal nieuwe ontwikkelingen binnen het aanbod zoals de zogenaamde 'internetpolissen', waarbij de administratieve afhandeling alleen via een internetaccount kan worden geregeld. CZdirect en OHRA Compact waren in 2010 op dit gebied nieuwe polismvormen van bestaande aanbieders. Verder is ook de doelgroepverzekering in ontwikkeling waarbij bijvoorbeeld de ZEKUR-polis van Univé speciaal gericht is op jongeren.

In tabel 1 is een overzicht opgenomen van het aanbod van 2010 toegankelijk voor alle consumenten. De collectieve polissen die alleen toegankelijk zijn voor specifieke groepen, zoals werknemers van een bepaald bedrijf of bijvoorbeeld leden van een patiëntenvereniging, zijn niet in tabel 1 opgenomen. Hiervoor worden veelal wel de producten uit tabel 1 door de verzekeraars als basis ingezet. Binnen de aanvullende pakketten kan vervolgens een collectief specifiek aanbod worden gerealiseerd.

Tot slot hebben twee fusies plaatsgevonden binnen de zorgverzekeringsmarkt in 2010. De portefeuille van PNO is overgenomen door ONVZ en de portefeuille van Groene Land is binnen het Achmea-concern ondergebracht bij Zilveren Kruis.

Zorgverzekeraar	Naam polis
Agis Zorgverzekeringen	Agis Basispolis Agis Basispolis Basic Pro Life Basispolis Pro Life Basispolis Basic Agis TakeCareNow
OWM Anderzorg U.A. Avéro Zorg N.V.	Anderzorg Basis Avéro Zorgplan Avéro keuzezorgplan
Azivo zorgverzekeraar Onderlinge waarborgmaatschappij AZVZ U.A CZ Actief in Gezondheid	Azivo Basispolis AZVZ Modelovereenkomst 2009 CZ Zorgverzekering natura CZ Zorgverzekering restitutie CZ Natura Direct
De Friesland Zorgverzekeraar	De Friesland Noord Nederlandpolis De Friesland Zuid Nederlandpolis
Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V.	De Goudse variant natura 2009 De Goudse variant restitutie 2009
Delta Lloyd Zorg Zorgverzekeraar DSW FBTO Zorgverzekeringen N.V.	Delta Lloyd Restitutiepolis Blauw 2009 DSW FBTO restitutie FBTO restitutie met gecontracteerde zorg
ASR optimaal	Fortis Flexibel (restitutie) Fortis Mix (combinatie) Amersfoortse Optimaal (restitutie) Amersfoortse Uitgebreid (combinatie)
Interpolis Zorgverzekeringen N.V. N.V. IZA	Interpolis Zorg Actief IZA variant restitutie IZA variant restitutie (gemeentezorgpolis)
IZZ	IZZ variant natura IZZ variant restitutie
OWM Menzis Zorgverzekeraar	Menzis ZorgVerzorgd Menzis ZorgZó
OHRA Ziektekosten verzekeringen	OHRA Kruidvat Zorgverzekering OHRA Zorgverzekering restitutie OHRA Zorg Compact
OHRA Zorg	OHRA Zorgverzekering restitutie OHRA Zorgverzekering Compact OHRA Zorgverzekering natura (Kruidvat)
ONVZ Zorgverzekeraar N.V. N.V. Ongevallen- en Ziektekostenverzekering- maatschappij OZF	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering 2009 OZF Zorgpolis
Salland verzekeringen	Salland Basispolis Nederland
Stad Holland Zorgverzekeraar Trias	Stad Holland Trias natura polis 2009 Trias restitutie polis 2009
N.V. UMC N.V. Univé Zorg	UMC variant restitutie Univé Zorg Geregeld polis Univé Zorg Vrij polis Univé Zorgzaam Univé WaarborgPolis (Zorg Samen) Univé ZorgService Polis (Gewoon ZEKUR)
VGZ	VGZ variant natura VGZ variant restitutie

Tabel 1: zorgverzekeraars met bijbehorende polissen in 2010 (bron NZa)

Aanvullende verzekeringen

Naast de polissen voor de verplichte hoofdverzekering wordt door de meeste verzekeraars een breed assortiment aan aanvullende pakketten aangeboden. De structuur van deze pakketten is vaak verzekeraarspecifiek, waardoor de onderlinge vergelijking voor de consument lastig kan zijn. Een aantal verzekeraars werken met een modulaire opbouw naar verstrekking en andere verzekeraars met totaalpakketten waarbinnen de dekking per verstrekking varieert. Ook de prijs van aanvullende pakketten varieert hierdoor sterk. Zoals ook verderop, in hoofdstuk 4, in deze Zorgthermometer wordt getoond, kiezen steeds minder mensen voor een aanvullend pakket. Dat ligt waarschijnlijk niet aan het aanbod, want dat is groot genoeg. Opvallend is wel dat met name de groeiende groep collectief verzekerden steeds minder vaak kiest voor een aanvullende verzekering. Dit was tot nu toe vooral een ontwikkeling bij individueel verzekerden.

Kwaliteit als bindmiddel

De Friesland Zorgverzekeraar constateerde dat veel van zijn ex-klanten zich na verloop van tijd weer bij deze organisatie meldden. Vaak stapten deze mensen over op een andere verzekeraar vanwege een lagere premie. Een steekproef heeft duidelijk gemaakt dat slechte ervaringen met de kwaliteit van de dienstverlening de voornaamste reden was om bij De Friesland terug te keren. Een reden voor deze zorgverzekeraar om de kwaliteit van de diensten niet uit het oog te verliezen. Door bijvoorbeeld alleen beloftes te doen die nagekomen kunnen worden. Saskia IJszenga, hoofd Marketing, bij De Friesland vertelt er meer over.



Kunt u vertellen op welke manieren u probeert verzekerden in huis te houden?

"Zorgverzekeringen zijn zogenaamde 'low-involvement' producten. Maar De Friesland is - ook al vindt men zorgverzekeringen dus niet zo'n heel interessant product - daarentegen erg geliefd bij zijn verzekerden. Wat we terugzien in de waardering van klanten: ze ervaren ons al jaren als zeer persoonlijk en vriendelijk. Dit draagt zeker bij aan het behouden van klanten, daarnaast zijn we van mening dat we gewoon ons werk goed moeten doen."

Waar laten (terugkerende) verzekerden zich positief over uit?

"Uit onderzoek maken we op dat mensen die wegens een lagere premie van zorgverzekeraar veranderen, na verloop van tijd weer terugkomen vanwege de betere zorg en service. Mensen willen het gewoon goed geregeld hebben en dat kan bij ons."

U daagt al een tijdje iedereen uit om uw service op de proef te stellen. Daarvoor kunnen mensen, ook niet-klanten, bijvoorbeeld bellen naar het informatienummer. Blijkt er daadwerkelijk iets aan de service te schorten dan komen medewerkers een tegenprestatie verrichten. Wat zijn uw ervaringen tot nu toe met deze 'uitdagende' actie? Hebt u bijvoorbeeld al vaak een tegenprestatie moeten verrichten?

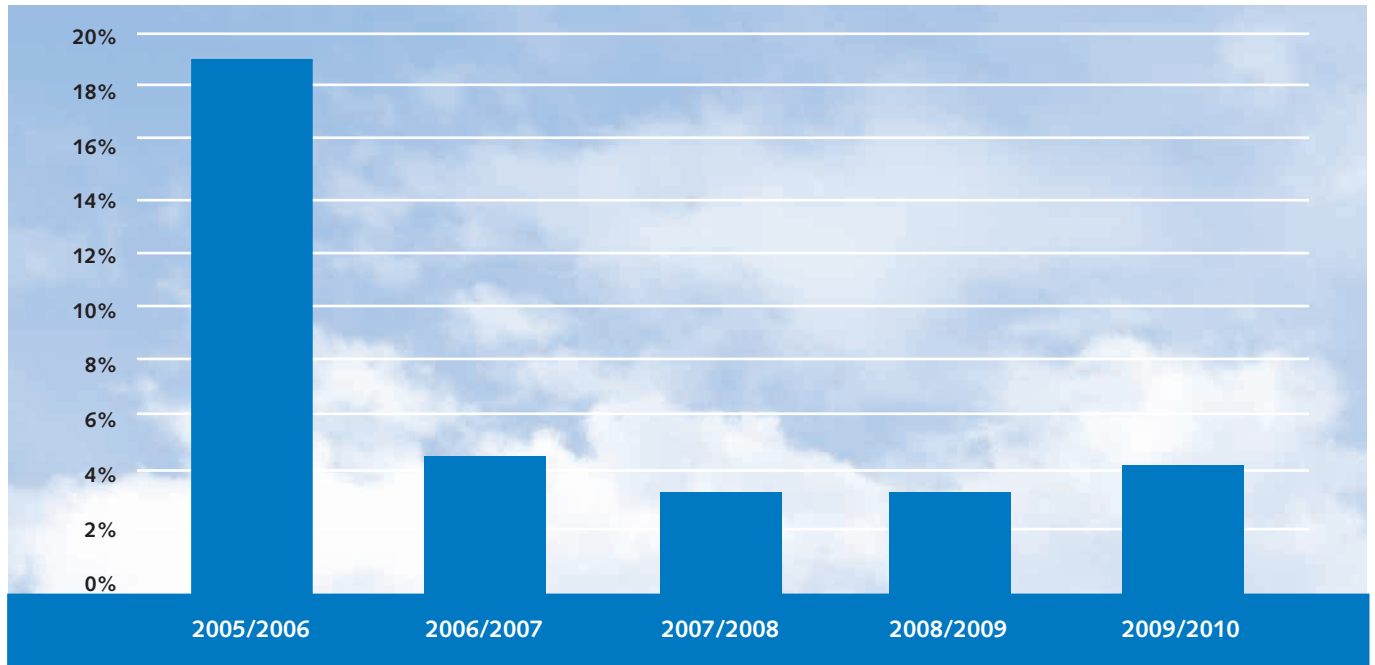
"Het is een erg spannende actie geweest, dat vonden onze medewerkers ook. Tegelijkertijd was het gewoon een hele leuke uitdaging, maar we waren er steevast van overtuigd dat we het aankonden - en dat is ook gebleken. Bij ons zijn klanten écht tevreden en is een belofte écht een belofte, maar je moet het ervaren om het te geloven. Daarom heeft De Friesland iedereen uitgedaagd om zijn service op de proef te stellen. Uiteindelijk hebben we ongeveer twaalf tegenprestaties geleverd. Als je bedenkt dat er meer dan 50.000 klantcontacten zijn geweest, dan is dat een mooi resultaat!"

Hoe geeft u invulling aan het motto 'De klant is koning!'?

"Luisteren, gewoon doen wat we beloven en oplossingen voor de klant bedenken."

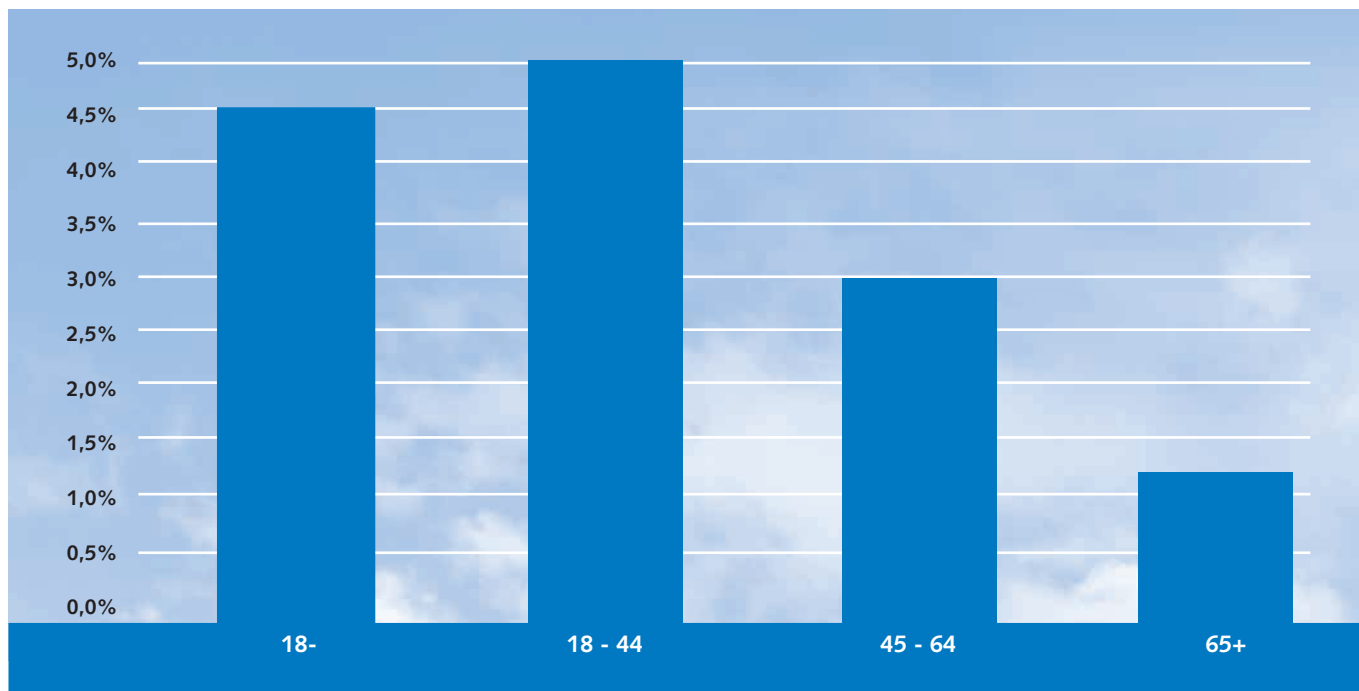
2. Mobiliteit

Sinds drie jaar is het aantal overstappers weer licht gestegen. In 2007 waren er 4,5% overstappers, in 2008 en in 2009 daalde dit naar 3,5%. Nu, in 2010 is het weer gestegen, tot 4,1%. Voornamelijk personen tussen de 18 en 44 jaar stappen over. Ouderen stappen het minst vaak over. Ouderen stappen relatief wel meer intern over; van een individuele polis naar een collectieve polis. De groei per zorgverzekeraar wisselt sterk.



Figuur 1: percentage overstappers per jaar (bron: Vektis, 2010)

In figuur 1 staat het percentage overstappers per jaar. Nadat in 2005 bijna 20% van de verzekerden was overgestapt, is de markt vanaf 2006 gestabiliseerd. Voor het eerst sinds 2007 is het aantal overstappers weer gestegen: naar 4,1%. Zoals weergegeven in figuur 2 is het aandeel overstappers het grootst tussen de 18 en 45 jaar. 5% van deze leeftijdsgroep is overgestapt. Van de 65-plussers is slechts 1,2% overgestapt. Deze percentages komen overeen met voorgaande jaren. Er is geen verschil in overstapgedrag tussen vrouwen en mannen.



Figuur 2: percentage overstappers naar leeftijdsklasse (bron: Vektis, 2010)

In dit rapport wordt de volgende definitie van switchgedrag of verzekerdenmobiliteit gebruikt: 'het aantal verzekerden dat op 31 december 2009 bij een bepaalde zorgverzekeraar (risicodragers) was verzekerd en per 1 januari 2010 verzekerd was bij een andere zorgverzekeraar (risicodragers)'. Met andere woorden: verzekerdenmobiliteit is het overstappen door verzekerden van de ene naar een andere zorgverzekeraar.

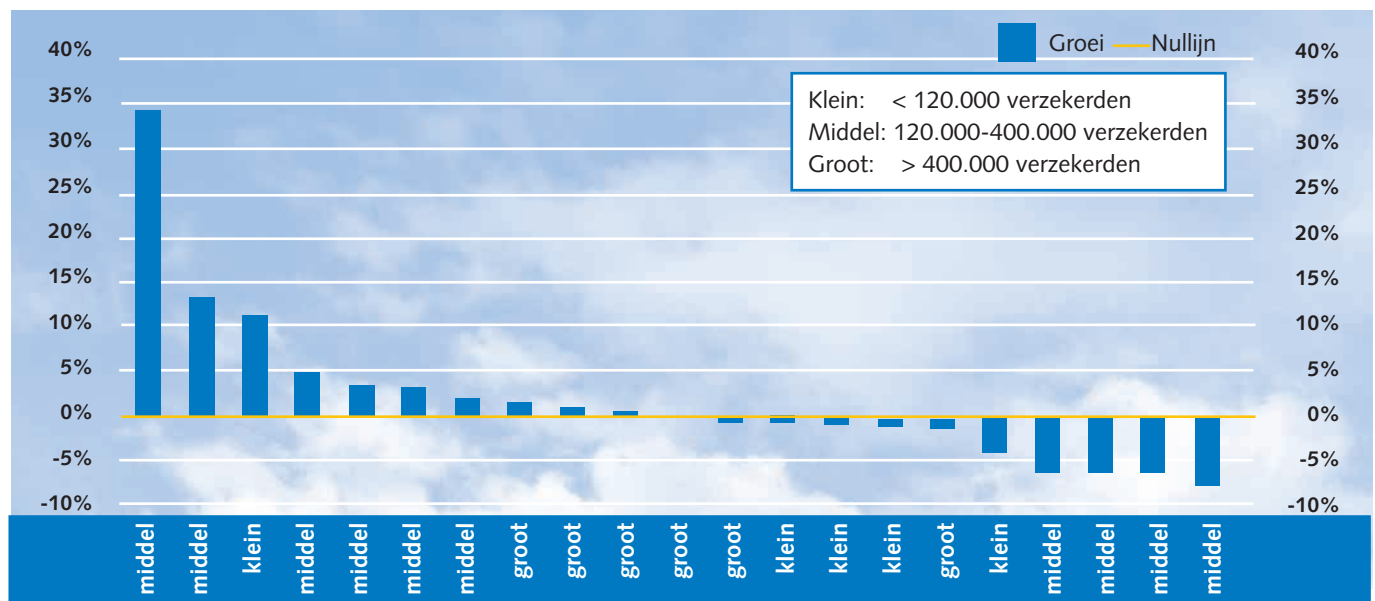
Er zijn ook andere vormen van mobiliteit denkbaar: verzekerden die wel bij hetzelfde concern blijven maar niet bij dezelfde risicodragers of verzekerden die bij hun zorgverzekeraar blijven maar bijvoorbeeld hun polis omzetten van een individuele naar een collectieve polis. In dit rapport is de term 'verzekerdenmobiliteit'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

Zorgverzekeraars hebben sinds enkele jaren een overstapservice. Verzekerden die zich voor 31 december hebben aangemeld bij een nieuwe zorgverzekeraar, worden automatisch afgemeld bij de oude zorgverzekeraar. Steeds meer mensen maken hier gebruik van en voor de zorgverzekerden en zorgverzekeraars verloopt hierdoor de overstap soepeler.

Ook van degenen die niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar maar bij dezelfde risicodragers blijven, kiest een deel voor een andere polisvorm (zie tabel 2). Van deze groep switcht 1,6% van een individuele naar een collectieve polis en 0,4% van een collectieve naar een individuele polis. Deze groep switchers (samen 2,0%) is ongeveer gelijk aan de groep switchers in 2009 (1,9%). Net als voorgaande jaren switchen 65-plussers intern meer dan gemiddeld van een individuele naar een collectieve polis (1,8%). Deze groep stapt wel veel minder over naar een andere zorgverzekeraar.

Leeftijdsklasse	Individueel 2009 - collectief 2010	Collectief 2009 - individueel 2010
18-	1,5%	0,6%
18-44	1,6%	0,5%
45-64	1,6%	0,3%
65+	1,8%	0,1%
Totaal	1,6%	0,4%

Tabel 2: percentage interne overstappers naar leeftijdsklasse (bron: Vektis, 2010)



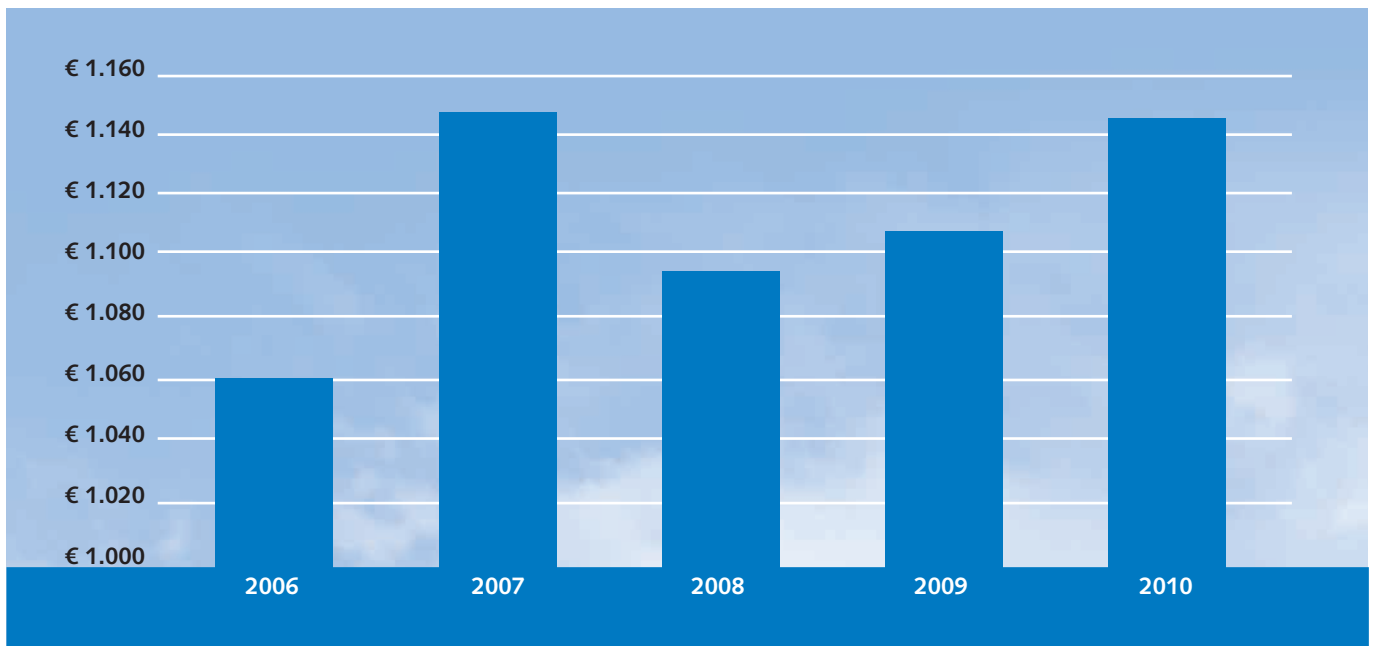
Figuur 3: verzekerdengroei per zorgverzekeraar (bron: Vektis, 2010)

De groei per zorgverzekeraar verschilt sterk, van een toename van bijna 35% tot een afname van 7,5%. Opvallend is dat de omvang van de grote zorgverzekeraars nauwelijks verandert. Dit is te zien in figuur 3. De grootte van de zorgverzekeraar is bepaald aan de hand van de omvang van 2010.

3. Cijfers achter de mobiliteit

Sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet is het aandeel collectief verzekerden elk jaar gestegen. Ook in 2010 is dat het geval. Het aandeel collectief stijgt met 4 procentpunten, waardoor het uitkomt op 64,3%. Deze groei komt voor een aanzienlijk deel voor rekening van de overstappers, waarvan 77% kiest voor een collectief contract. Een belangrijke aanleiding om te kiezen voor een collectief is de collectiviteitskorting van gemiddeld 6,4%. Verder is er in 2010 een lichte stijging waar te nemen van het aantal mensen dat kiest voor een vrijwillig eigen risico, waarbij steeds vaker wordt gekozen voor het hoogste bedrag van 500 euro.

Met de komst van het eigen risico in 2008 en daarmee het verlaten van de no-claimregeling, werd de nominale premie in dat jaar een stuk lager. Dit ondanks een forse uitbreiding van het verzekerd pakket in 2008 voor de GGZ. Inmiddels zijn we in 2010 weer aanbeland op het premieniveau van 2007 maar geldt er wel een eigen risico van 165 euro. Met een gemiddelde van 1.145 euro ligt de nominale premie in 2010 ruim 3% hoger dan in 2009. Dit is voornamelijk het resultaat van een duurder wordende zorg als gevolg van de vergrijzing, ontwikkeling in de behandelmethoden en een kleine inflatiecorrectie. In het verzekerd pakket 2010 zijn geen grote wijzigingen.



Figuur 4: gemiddelde nominale premie per premiebetalende verzekerde (bron: Vektis, 2010)

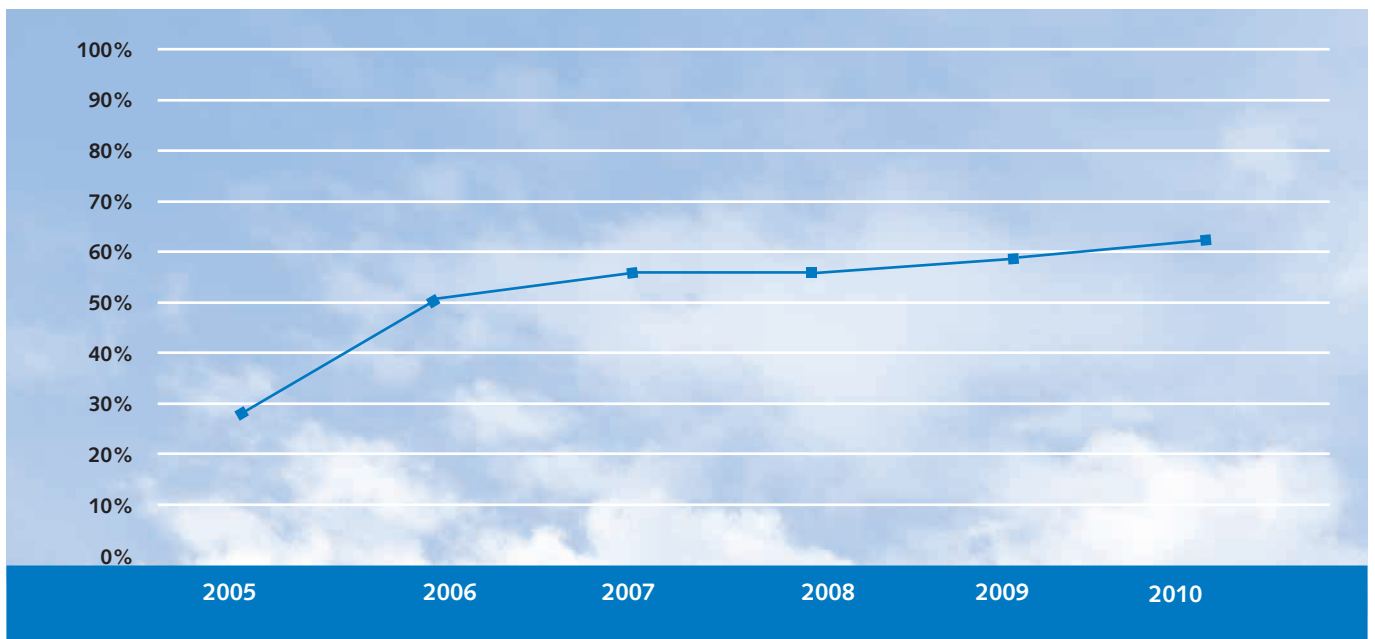
Gemiddelde premies 2006-2010							
					2010		
					Inclusief	Exclusief	
					betalingskorting	betalingskorting	
		2006	2007	2008	2009		
Gemiddelde basispremie		€ 1.060	€ 1.147	€ 1.094	€ 1.110	€ 1.145	
Gemiddeld betaalde premie	Individueel	€ 1.053	€ 1.135	€ 1.081	€ 1.088	€ 1.124	€ 1.127
	Collectief	€ 987	€ 1.056	€ 1.010	€ 1.033	€ 1.051	€ 1.055
	Totaal	€ 1.027	€ 1.091	€ 1.040	€ 1.056	€ 1.078	€ 1.082

Tabel 3: gemiddelde premie basisverzekering 2006-2010 (bron: Vektis, 2010)

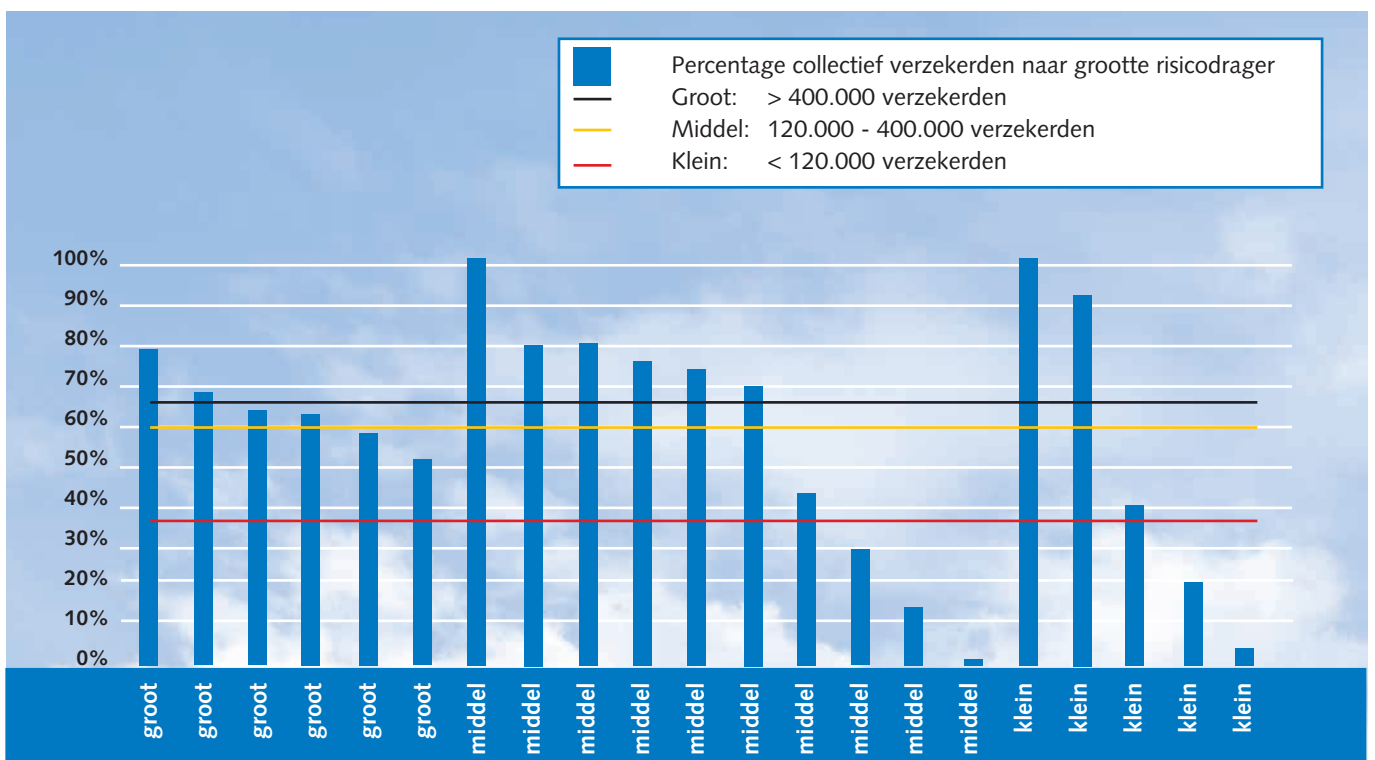
Op de premies worden kortingen aangeboden wanneer er wordt gekozen voor een vrijwillig eigen risico en/of een collectieve polis. Daarnaast is het voor verzekerden mogelijk om een betalingskorting te krijgen wanneer zij kiezen voor een kwartaal- of jaarbetaling in plaats van de reguliere betaling per maand. Deze korting komt zowel voor bij individueel als collectief verzekerden. Via een werkgeverscollectief betaalt bijvoorbeeld de werkgever de premie voor een heel jaar ineens en houdt dit vervolgens maandelijks in bij de werknemer. Het effect van de verschillende kortingen op de premie in de verschillende jaren wordt getoond in tabel 3. Het effect van de betalingskorting is alleen voor 2010 weergegeven.

Voor steeds meer verzekerden is het mogelijk om zich bij een collectief aan te sluiten. Dit kan zijn bijvoorbeeld via de werkgever, sportvereniging of patiëntenvereniging. Na twee kleine stapjes in 2008 en 2009 is het aandeel collectief verzekerden in 2010 met bijna 4 procentpunten toegenomen tot 64,3% (was in 2009 60,4% van de markt). Dit wordt getoond in figuur 5. Steeds meer mensen kiezen dus voor een collectiviteitskorting die in 2010 op gemiddeld 6,4% van de betaalde premie lag. Daarnaast worden er veelal kortingen geboden op de aanvullende verzekeringen, waardoor het voordeel voor de collectief verzekerde verder op kan lopen.

Het aandeel collectief verzekerden binnen een portefeuille van een zorgverzekeraar laat een grote spreiding zien. Bij de kleine en middelgrote portefeuilles (tot 400.000 verzekerden) variëren de percentages collectief van 0 tot 100%. In een aantal gevallen wordt de gehele portefeuille als collectief gezien. De grotere portefeuilles van verzekeraars (meer dan 400.000 verzekerden) laten een veel kleinere spreiding zien met aandelen tussen de 50 en 80%. Wanneer we naar de leeftijd van collectief verzekerden kijken, dan is het aandeel bij de groep 45-65 jaar met een kleine 70% het grootst. Ook hun kinderen zijn veelal binnen het collectief meeverzekerd. Voor de jongeren (18-45 jaar) en de ouderen (65-plus) ligt het aandeel rond de 60%.

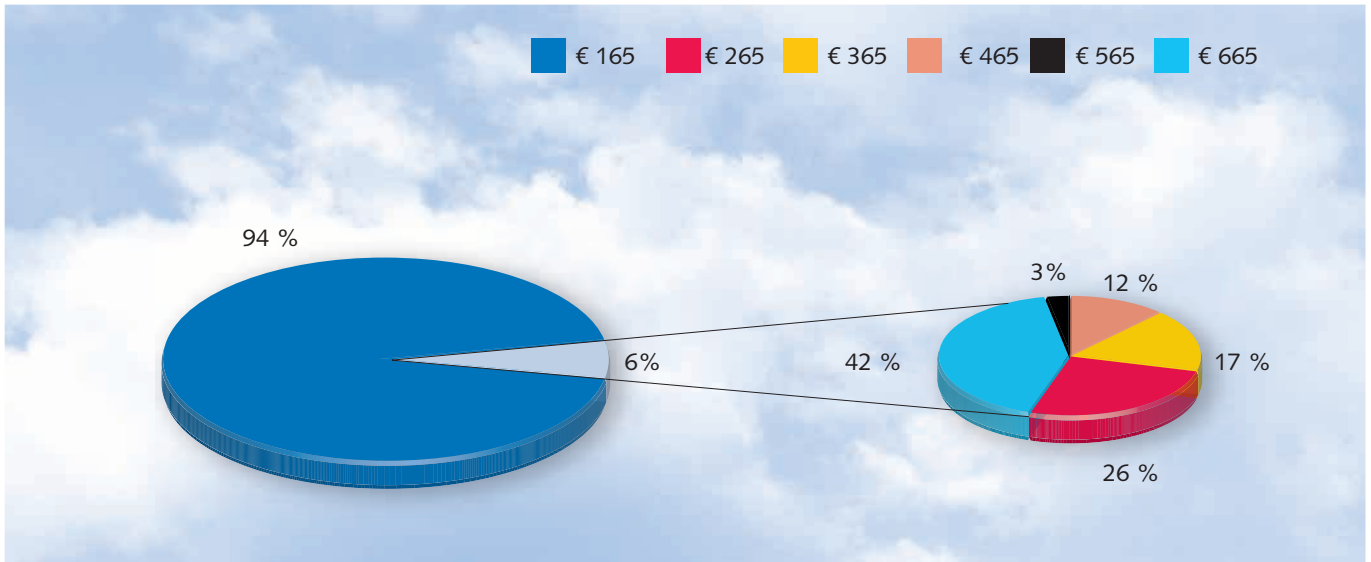


Figuur 5: percentage collectieve verzekeren van 2005 tot en met 2010 (bron: Vektis, 2010)

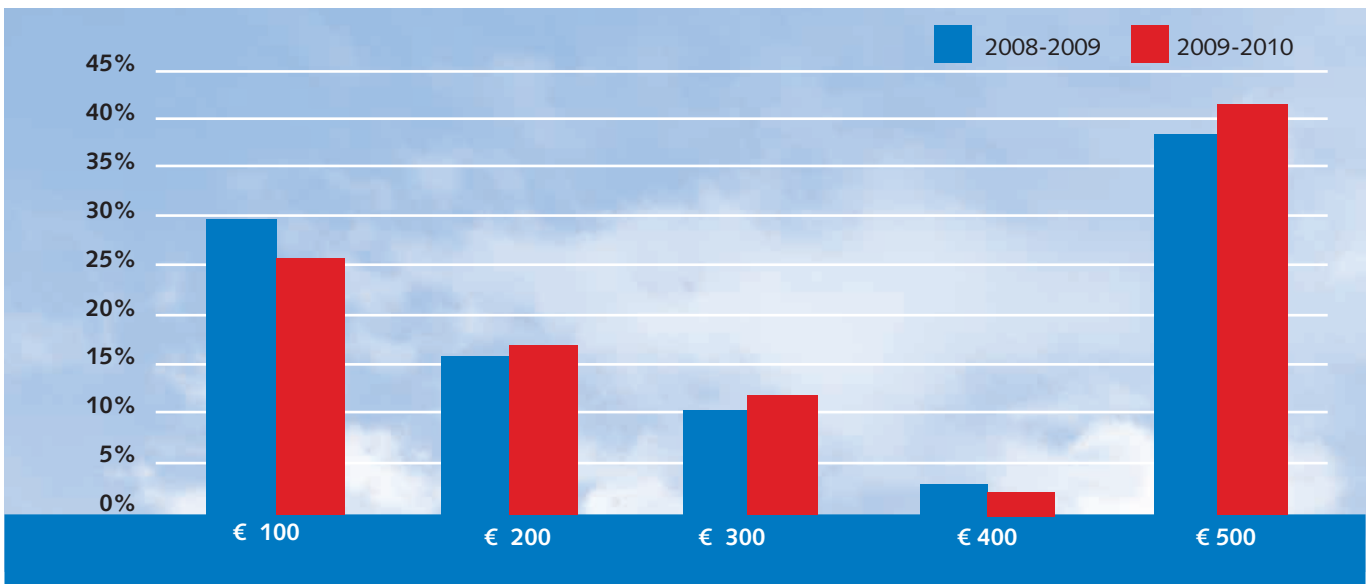


Figuur 6: percentage collectief verzekeren naar grootte risicodragers (bron: Vektis, 2010)

Naast de keuze voor een collectieve verzekering kiest ook een groeiende groep voor een vrijwillig eigen risico. De groep, zie figuur 7, blijft met 6% van de verzekerden beperkt en het levert hen een premiekorting op van 30 tot 300 euro (bron: Intomart 2010). Verder blijkt dat binnen de groep met een vrijwillig eigen risico steeds vaker wordt gekozen voor het hoogste eigen risico, namelijk 500 euro. Dit levert een totaal eigen risico op voor 2010 van 665 euro (inclusief het verplicht eigen risico van 165 euro). De groep met het laagste eigen risico (vrijwillig eigen risico 100 euro) laat de sterkste afname zien in 2010. Dit wordt getoond in figuur 8.



Figuur 7: verdeling eigen risico (bron: Vektis, 2010)



Figuur 8: percentage gekozen eigen risico in 2008/2009 en 2009/2010 (bron: Vektis, 2010)

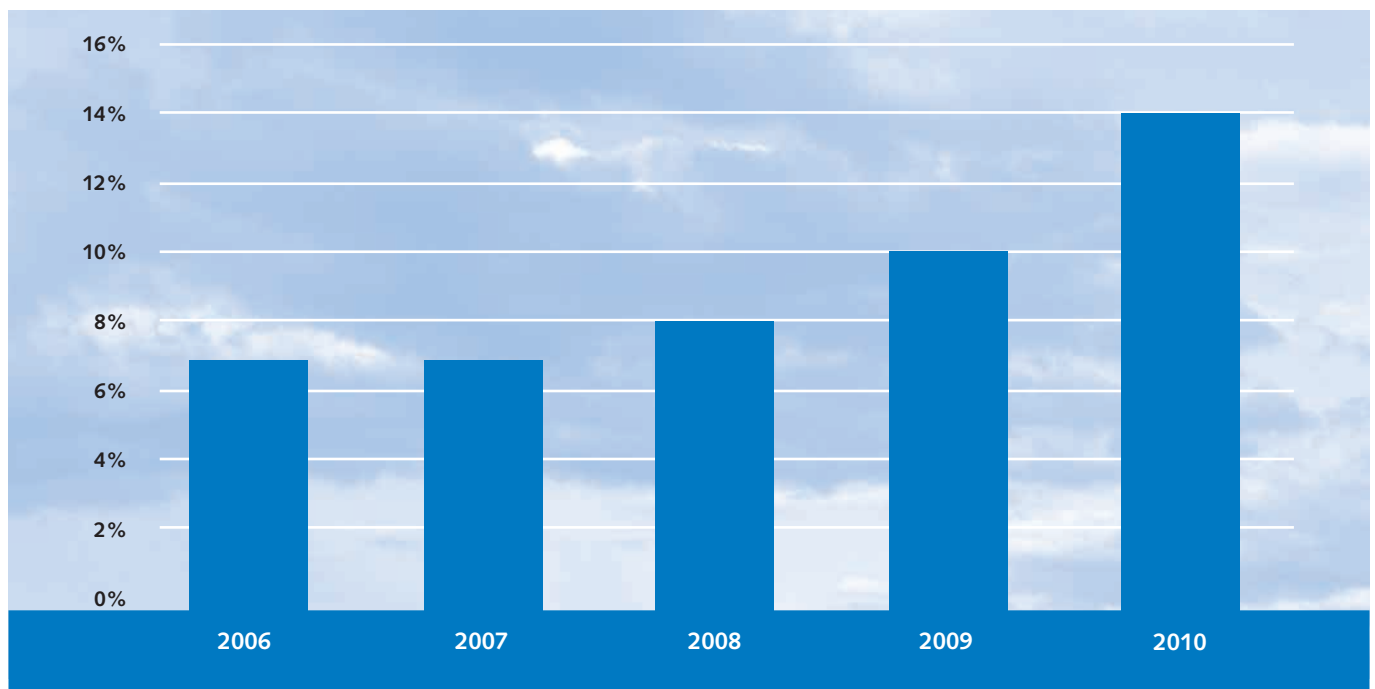
Wat opvalt is dat ondanks een beperkte mobiliteit van verzekerden een grotere groep bezig is om de kosten van hun verzekering te beperken door bijvoorbeeld te kiezen voor een collectieve polis, een (hoger) eigen risico of het stoppen van de aanvullende verzekering. Vanaf hoofdstuk 5 van deze Zorgthermometer wordt verder ingegaan op deze trends.

4. Aanvullende verzekering

Naast een basisverzekering kan iedereen in Nederland een aanvullende verzekering afsluiten. Het blijkt dat steeds minder personen een aanvullende verzekering afsluiten, dit geldt met name voor personen met een collectieve verzekering. Verder blijkt dat er weinig personen een aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar hebben dan waar ze hun basisverzekering hebben.

Iedereen in Nederland moet verzekerd zijn voor zorg. Het basispakket dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. Wat wordt vergoed door de basisverzekering wordt vastgesteld door de overheid. Voor behandelingen die buiten het basispakket vallen, kan een aanvullende verzekering worden afgesloten. Bij een aanvullende verzekering is een zorgverzekeraar niet verplicht iemand te accepteren, zoals dit wel het geval is bij de basisverzekering. De overheid heeft geen bemoeienis met de aanvullende zorgverzekeringen.

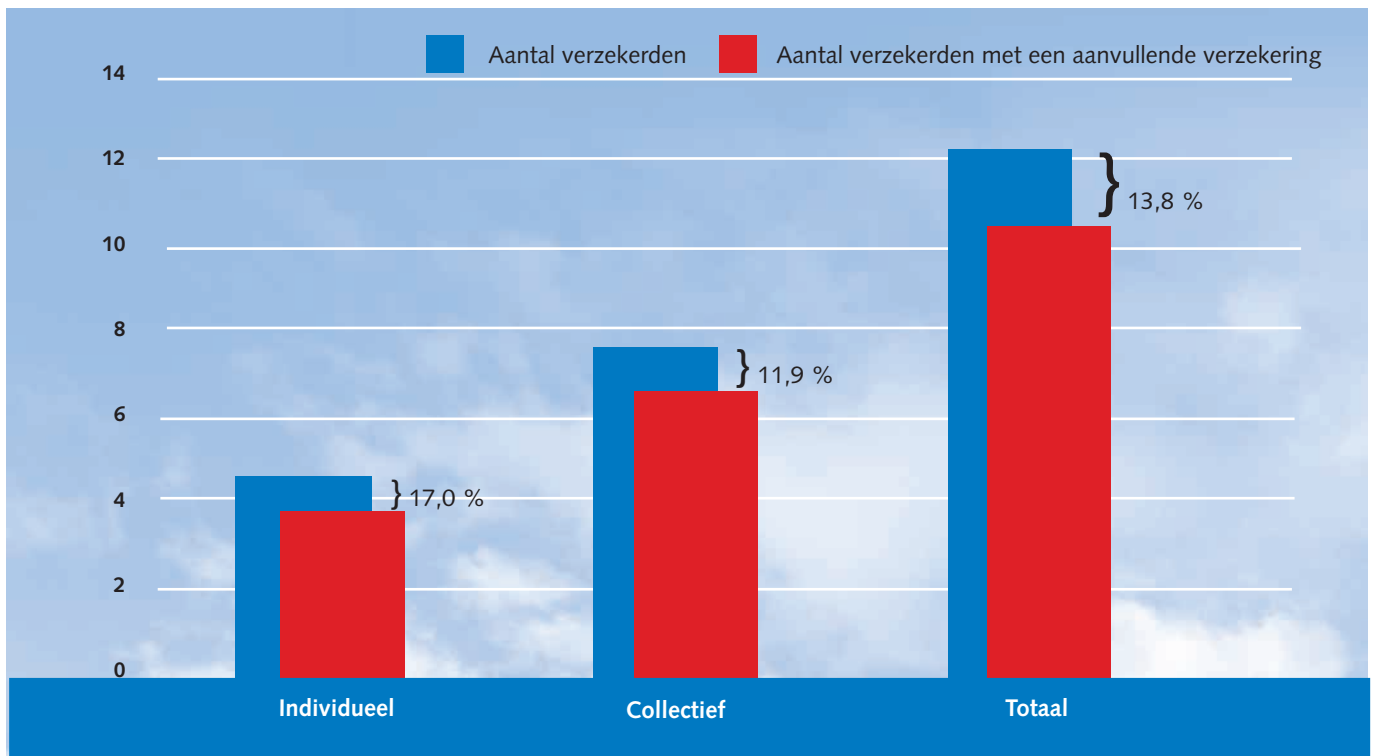
Alle zorgverzekeraars bieden aanvullende verzekeringen in diverse vormen aan. De pakketten zijn niet direct vergelijkbaar omdat ze op een verschillende manier zijn samengesteld. Zo bestaan pakketten met alleen een vergoeding voor bijvoorbeeld tandartskosten, maar ook pakketten die zijn toegespitst op een bepaalde doelgroep (zoals studenten, gezinnen et cetera). Veel voorkomende componenten in de aanvullende verzekering zijn fysiotherapie, alternatieve geneeswijzen en tandartskosten. De aanvullende verzekeringen verschillen naast de samenstelling ook sterk in prijs.



Figuur 9: percentage personen zonder aanvullende verzekering (bron: Vektis, 2010)

Zoals in figuur 9 is weergegeven, heeft een groot deel van de bevolking naast de basisverzekering een aanvullende verzekering. Toch is er ook een groep verzekerden die geen aanvullende verzekering heeft. Dit neemt ook toe. Had in 2006 en 2007 nog 7% van de verzekerden geen aanvullende verzekering, in 2010 is dit gestegen tot 14%. Voor deze daling

bestaan een aantal oorzaken. Het blijkt dat verzekerden die overstappen minder vaak een aanvullende verzekering nemen. Uit onderzoek blijkt dat dit veelal uit kostenoverweging wordt gedaan (NZa, 2009). Tot slot, is er door verzekerden en/of verzekeraars een versobering in het afgesloten aanvullende pakket doorgevoerd.



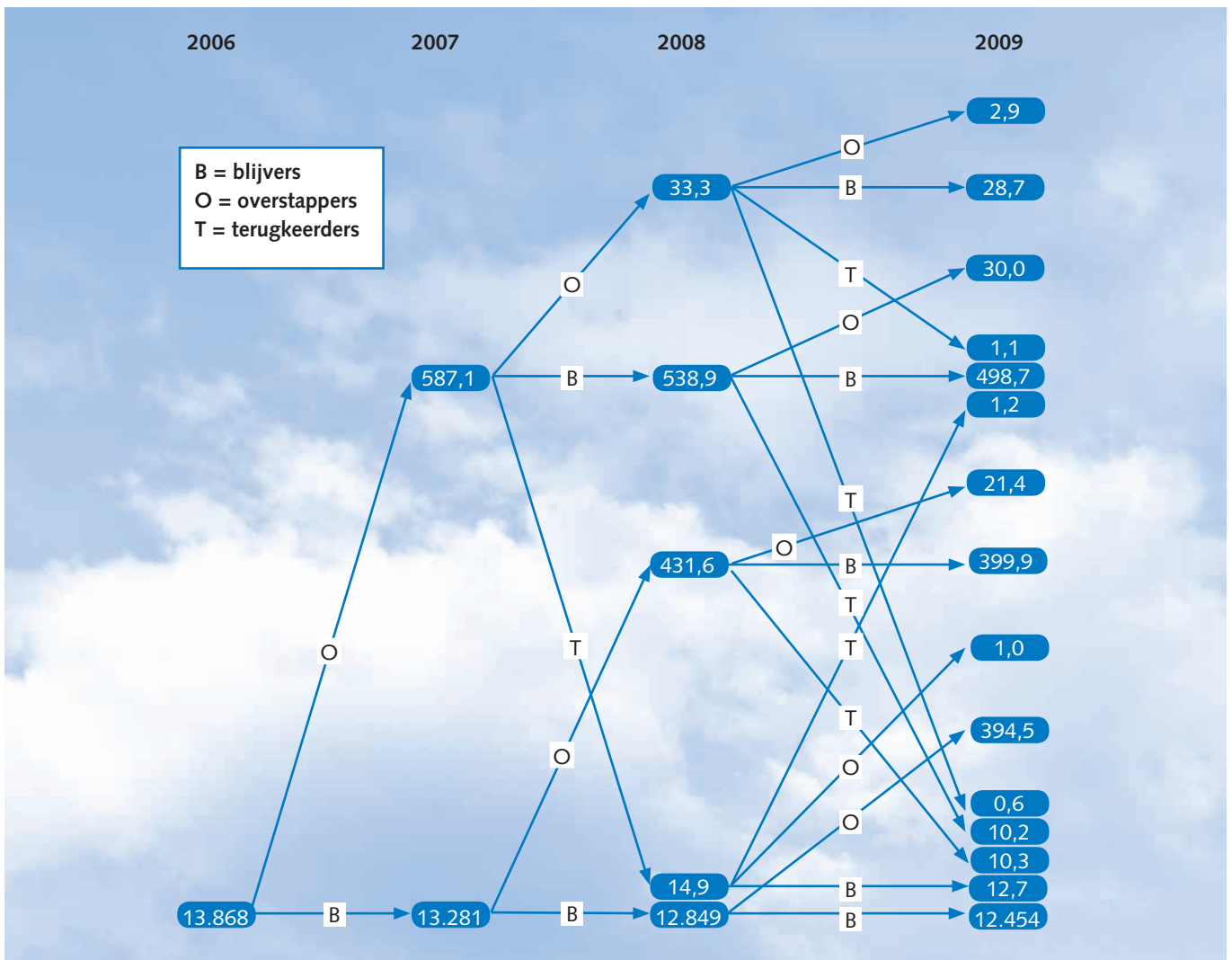
Figuur 10: aantal verzekerden (x 1.000.000) met een basisverzekering/aanvullende verzekering naar individueel/collectief (bron: Vektis, 2010)

In figuur 10 is zichtbaar dat in 2010 86,2% van alle verzekerden naast de basisverzekering één of meerdere aanvullende verzekeringen heeft. Dit percentage is het grootst bij de collectief verzekerden. Bij deze groep heeft 11,9% geen aanvullende verzekering. Bij de individueel verzekerden is het aandeel dat geen aanvullende verzekering heeft groter, namelijk 17,0%. In figuur 10 worden de verschillen tussen deze groepen zichtbaar gemaakt.

5. Overstappers door de jaren heen

Nadat in 2006 bijna 20% van de verzekerden overstapte, is de markt gestabiliseerd. Elk jaar switcht ongeveer 3 à 4% van de bevolking naar een andere zorgverzekeraar. Dit zijn elk jaar zo'n half miljoen personen. Toch blijft het overgrote deel van de bevolking, ongeveer 90%, vier jaar lang bij dezelfde zorgverzekeraar.

In 2006 werd de basisverzekering ingevoerd. Hierbij was het onduidelijk welk effect dit zou hebben op de verzekerdenmobiliteit. Het effect was uiteindelijk dat bijna één op de vijf verzekerden overstapte naar een andere zorgverzekeraar. Daarnaast nam het aandeel collectiviteiten toe. Sinds 2007 is het aantal personen dat jaarlijks overstapt, gestabiliseerd rond de 3 à 4%. Het aandeel collectiviteiten neemt ieder jaar licht toe.



Figuur 12: aantal blijvers, overstappers en terugkeerders in 2006, 2007, 2008 en 2009 (x 1.000 personen) (bron: Vektis, BASIC)

In figuur 12 wordt per jaar weergegeven hoeveel personen vanaf 2006 zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar en hoeveel personen bij hun zorgverzekeraar zijn gebleven. Gekozen is voor 2006 omdat na dat jaar de markt gestabiliseerd is. Vanaf 2007 is te zien welk deel van de personen terugkeerde naar een zorgverzekeraar waar ze eerder verzekerd

waren. In totaal zijn er bijna 14 miljoen personen in de figuur opgenomen. Ten opzichte van de totale bevolking ontbreken de personen die in de periode 2006-2009 zijn geboren of overleden. Ook de personen die onverzekerd zijn, zijn niet meegenomen in figuur 12. Per persoon is gekeken of deze geswitcht is naar een andere zorgverzekeraar. Dit is voor drie verschillende jaren gedaan.

In 2006 zijn er 587.100 personen overgestapt. Dit is 4,2% van het totaal. In 2007 stapte in totaal 3,5% over en in 2008 stapte 3,4% over. In deze drie jaar is bijna 90% van de bevolking bij dezelfde zorgverzekeraar gebleven. Dit zijn in totaal bijna 12,5 miljoen mensen. Dit betekent dat ruim 10% van de bevolking minstens één keer is geswitcht naar een andere zorgverzekeraar in deze drie jaar. Van deze groep is 91,5% maar één keer overgestapt, 8% is twee keer overgestapt en 0,5% is driemaal overgestapt. In totaal betreft dit 6.800 personen die driemaal zijn overgestapt. Van deze groep kiest bijna de helft elk jaar voor een nieuwe zorgverzekeraar. De rest van deze groep keert één of twee keer terug bij een eerdere zorgverzekeraar.

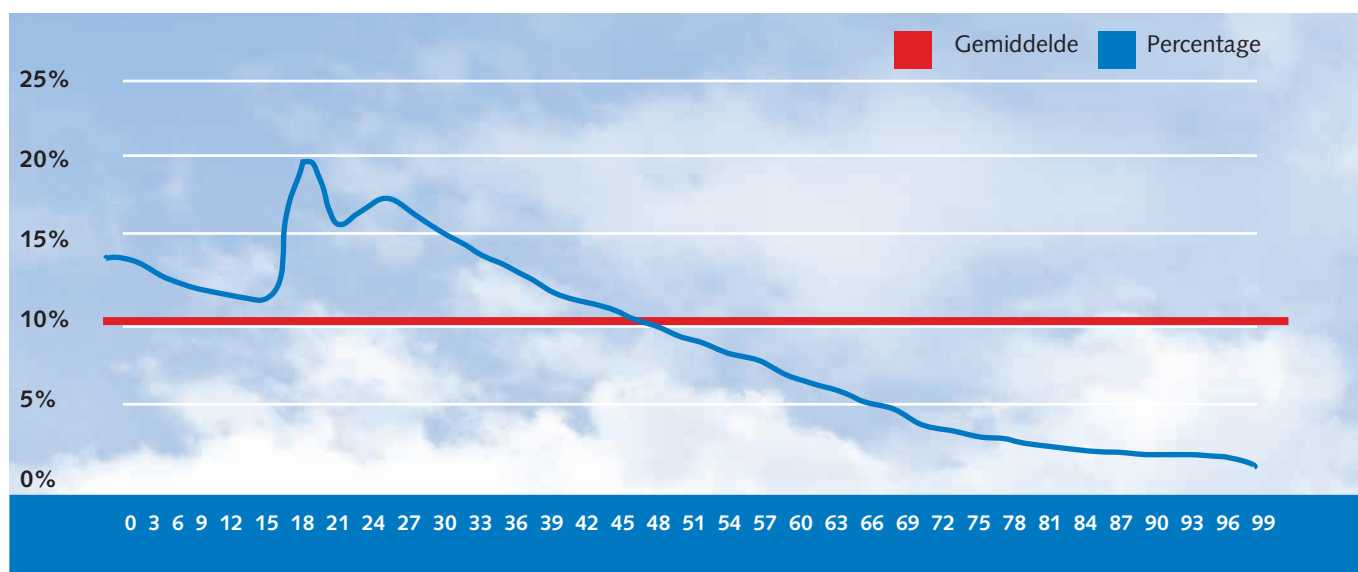
In het volgende hoofdstuk zal er worden gekeken naar de verschillende groepen en hun kenmerken, zoals leeftijd, chronische ziekte en zorgkosten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de personen die vier jaar lang zijn gebleven bij hun zorgverzekeraar en de personen die één, twee of drie keer zijn overgestapt.

6. Verzekerdengroepen die verhuizen of honkvast zijn

In de periode 2006-2009 is ongeveer 10% van de verzekerden in beweging gekomen. Jaarlijks 'verhuist' ongeveer 4% van de verzekerden en de rest is honkvast. Hoe beide groepen eruit zien, staat in dit hoofdstuk centraal. Kort samengevat zijn het met name de jonge verzekerden met lage zorgkosten die verhuizen en zij kiezen steeds vaker voor een (vrijwillig) eigen risico.

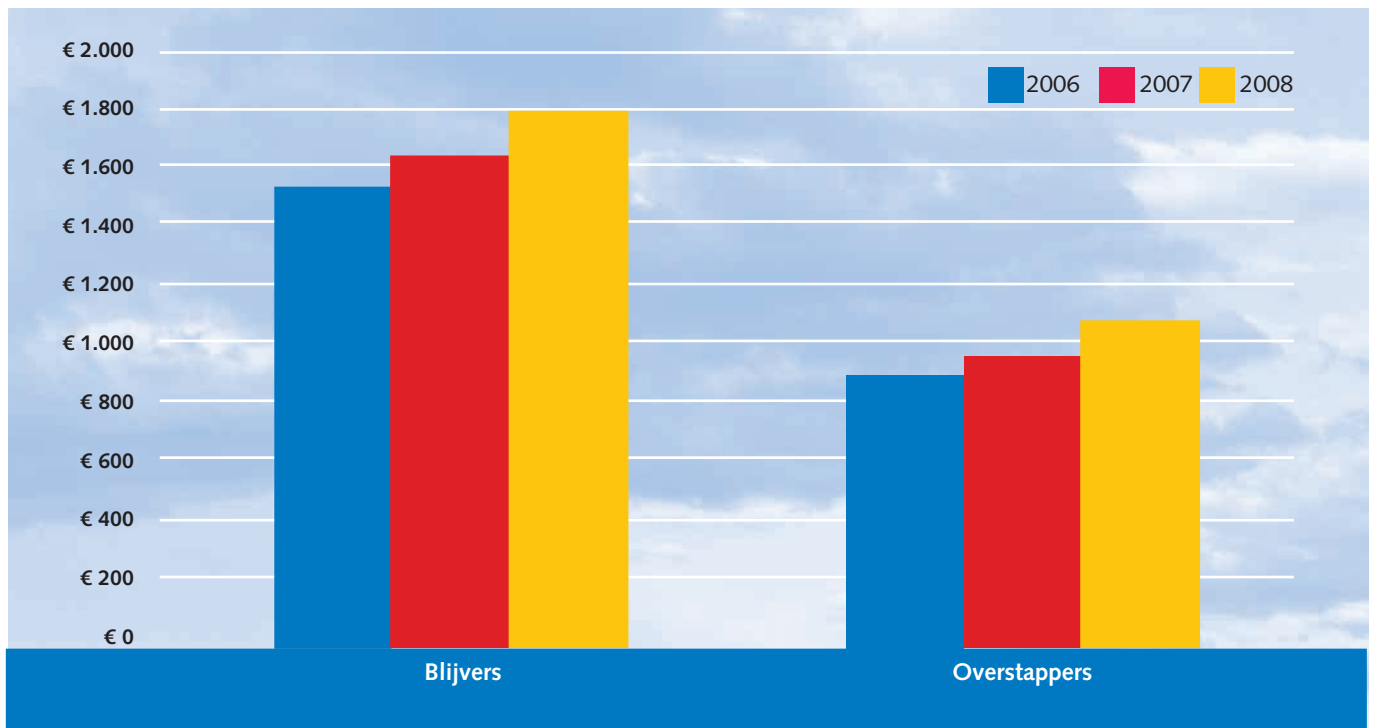
In totaal is 10,2% van de verzekerden in de periode 2006-2009 één of meer keer verhuisd. Interessant om te weten, is of de groep overstappers andere kenmerken heeft dan de groep blijvers wat betreft leeftijd, geslacht, zorgkosten en het mogelijk hebben van een chronische aandoening.

In de praktijk blijken er ongeveer evenveel mannen als vrouwen een overstap te hebben gemaakt naar een andere zorgverzekeraar. Zoals te zien in figuur 13, vormt de groep 18-45 jaar binnen de overstappers de grootste groep, met een duidelijke piek rond 18 jaar. Jongeren moeten dan voor het eerst zelf een verzekering afsluiten en ongeveer 20% van deze groep kiest voor een andere verzekeraar dan die van de ouders, waar ze daarvoor meeverzekerd waren. In een deel van de gevallen is dit het gevolg van het niet meer deel kunnen nemen in het collectief van de ouders, waardoor de jongeren zelf op zoek gaan. Uit nadere analyse blijkt dat binnen de groep 18-35 jaar met name de groep zit die in de periode 2006-2009 twee of zelfs drie keer is verhuisd. De groep 65-plus blijkt erg honkvast te zijn, waarbij de honkvastheid met het klimmen der jaren steeds verder toeneemt.



Figuur 13: percentage overstappers per leeftijd (bron: Vektis, BASIC)

Er bestaat een duidelijke relatie tussen leeftijd en zorgkosten. Doordat voornamelijk de jongeren mobiel zijn geweest in de periode 2006-2009 is het dan ook niet verwonderlijk dat de zorgkosten van de overstappers een derde lager liggen dan bij de blijvers. In figuur 14 is dit weergegeven.

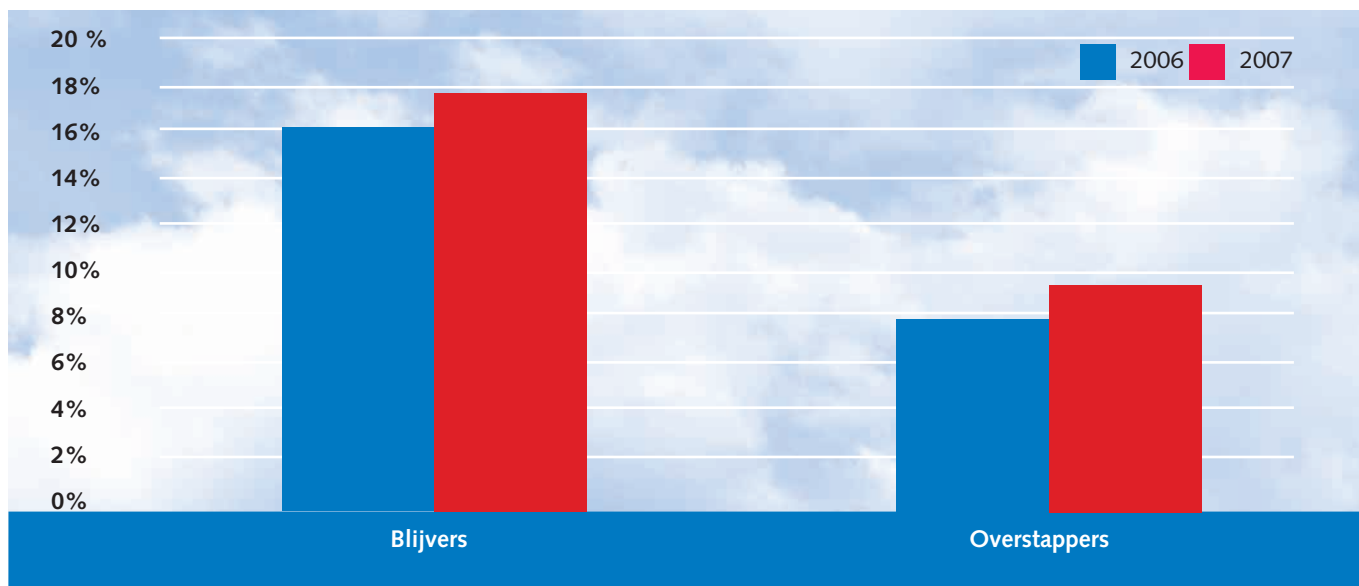


Figuur 14: gemiddelde kosten per verzekerde, onderverdeeld naar blijvers en overstappers ¹ (bron: Vektis, 2010)

Op basis van het farmaciegebruik van verzekerden kan worden bepaald of iemand chronisch ziek is. Het gaat dan om het geneesmiddelengebruik voor onder meer diabetes, hiv en kanker². Ruim 16% van de verzekerden behoort op basis van het farmaciegebruik tot de chronisch zieken. Bij de inrichting van de nieuwe Zorgverzekeringswet was één van de doelstellingen dat ook deze verzekerden mobiel zouden kunnen zijn. Uit de analyse blijkt dat een kleine 10% van de overstappers gerekend kan worden tot de groep chronisch zieken. Dit wordt getoond in figuur 15.

¹ In de grafiek is het schadebeeld tot en met 2008 opgenomen, omdat de schade 2009 nog niet volledig is uitgedeclareerd. De sterkere stijging van de kosten 2008 is het gevolg van het opnemen van de GGZ binnen de Zorgverzekeringswet.

² Binnen het risicovereveningsmodel worden een twintigtal verschillende farmaceutische kosten groepen (FKG's) onderscheiden. Heeft iemand meer dan 180 dagen voorgeschreven gekregen van een middel dat relevant is voor een FKG, dan wordt die persoon bij de betreffende FKG ingedeeld. Een verzekerde kan meer dan één FKG toegekend krijgen.



Figuur 15: percentage verzekeren met een chronische aandoening op basis van FKG's in 2006 en 2007, onderverdeeld naar blijvers en overstappers (bron: Vektis, 2010)

Concluderend kan worden gesteld dat de groep overstappers met name bestaat uit mannen en vrouwen tussen de 18 en 35 jaar, die mede gezien hun leeftijd lagere zorgkosten hebben en die over het algemeen niet chronisch ziek zijn.

7. Redenen mobiliteit

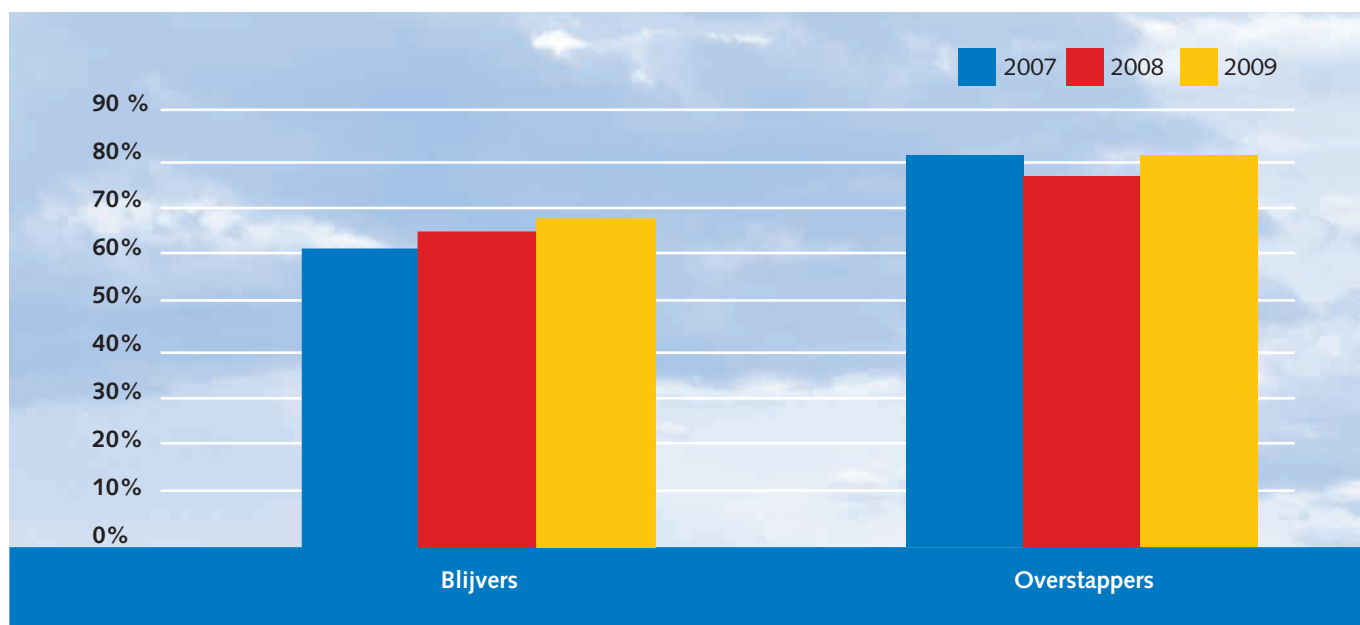
Van de overstappers kiest 80% voor een collectief contract en inmiddels 8% voor een eigen risico. De blijvers kiezen wel steeds vaker voor een collectief aanbod bij hun eigen verzekeraar maar verhogen niet hun eigen risico.

Naast het profiel van de honkvaste en mobiele verzekerden (zie hoofdstuk 6) is het ook interessant om te kijken naar redenen voor een overstap naar een andere verzekeraar. Kiezen mobiele verzekerden steeds vaker voor een collectieve en daarmee veelal goedkopere polis of is het de korting die verkregen wordt bij een vrijwillig eigen risico? In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst.

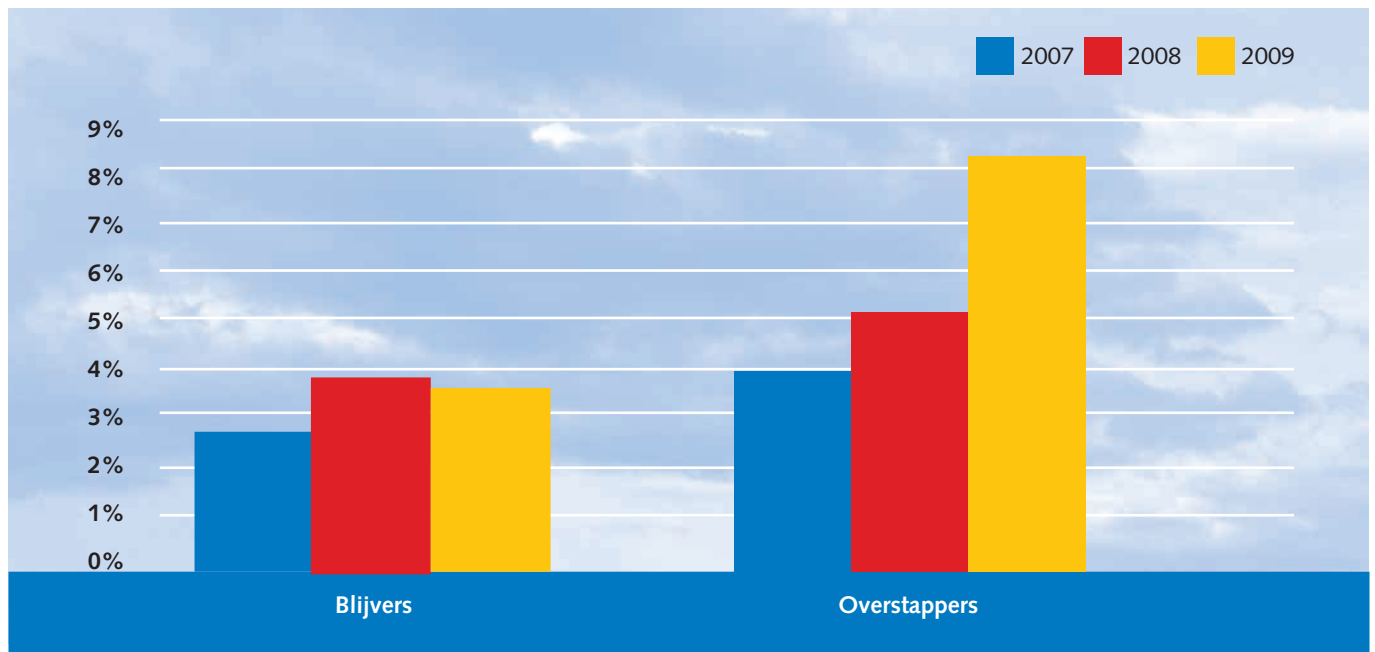
Zoals ook uit de mobiliteitsenquête is gebleken (zie hoofdstuk 3) neemt het aantal verzekerden met een collectief contract steeds verder toe. Opvallend is dat van de overstappers 80% kiest voor een collectief contract maar dat ook binnen de groep blijvers het aandeel collectief verzekerden toeneemt. Deze mensen stappen bij hun zorgverzekeraar dus over naar een collectief aanbod en krijgen op deze wijze korting op de nominale premie. Dit is te zien in figuur 16.

Collectieve contracten worden veelal voor meerdere jaren afgesloten. Na bijvoorbeeld drie jaar zijn deze contracten afgelopen en bestaat de mogelijkheid om het contract elders onder te brengen. In de cijfers is dit overstapeffect nog niet echt waarneembaar.

De overstappers zijn met name verantwoordelijk voor de trend van verzekerden om steeds vaker te kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 100 tot 500 euro. In 2009 kiest inmiddels ruim 8% van de overstappers voor een vrijwillig eigen risico. Zoals ook in hoofdstuk 3 beschreven, kiezen steeds meer verzekerden voor het hoogste vrijwillig eigen risico van 500 euro, wat een flinke premiekorting kan opleveren. Bij de blijvers is de groei van het aantal mensen met een eigen risico veel beperkter. Dit wordt weergegeven in figuur 17.



Figuur 16: percentage verzekerden met een collectieve polis, onderverdeeld naar blijvers en overstappers (bron: Vektis, 2010)

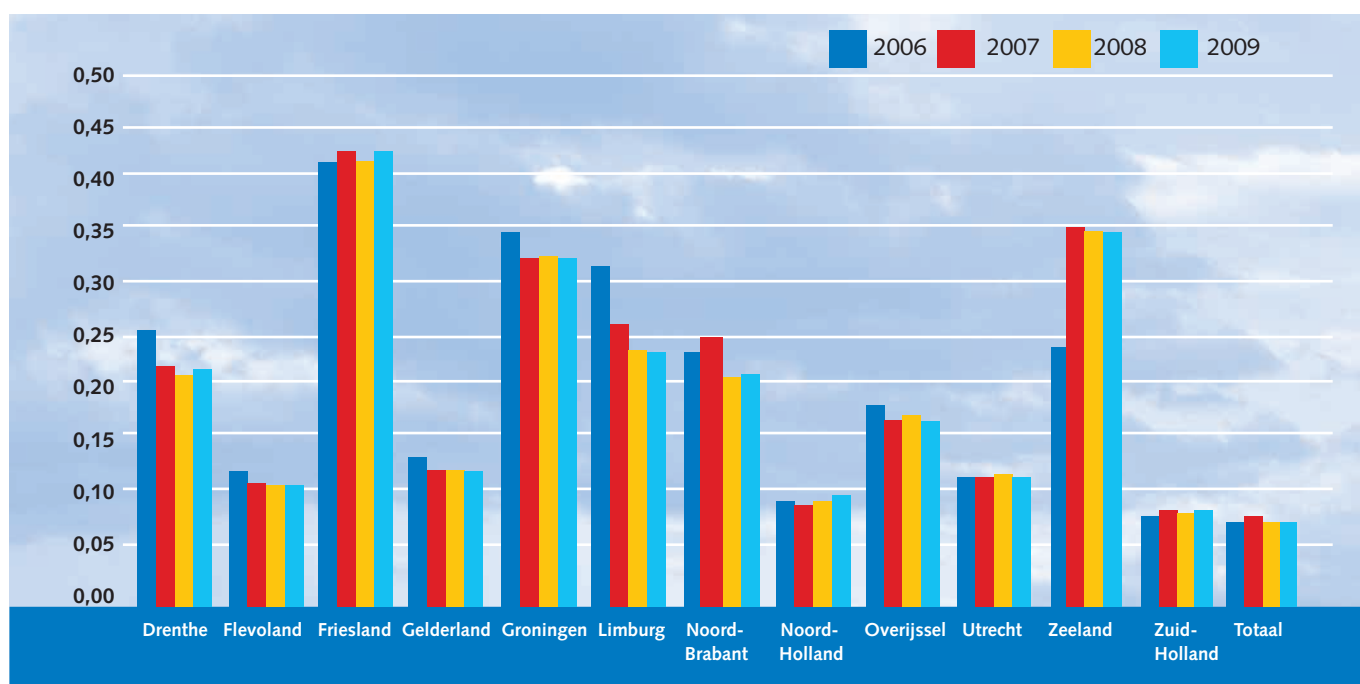


Figuur 17: percentage verzekerden met een eigen risico, onderverdeeld naar blijvers en overstappers (bron: Vektis, 2010)

8. Concentratie zorgverzekeraars door de jaren heen

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.



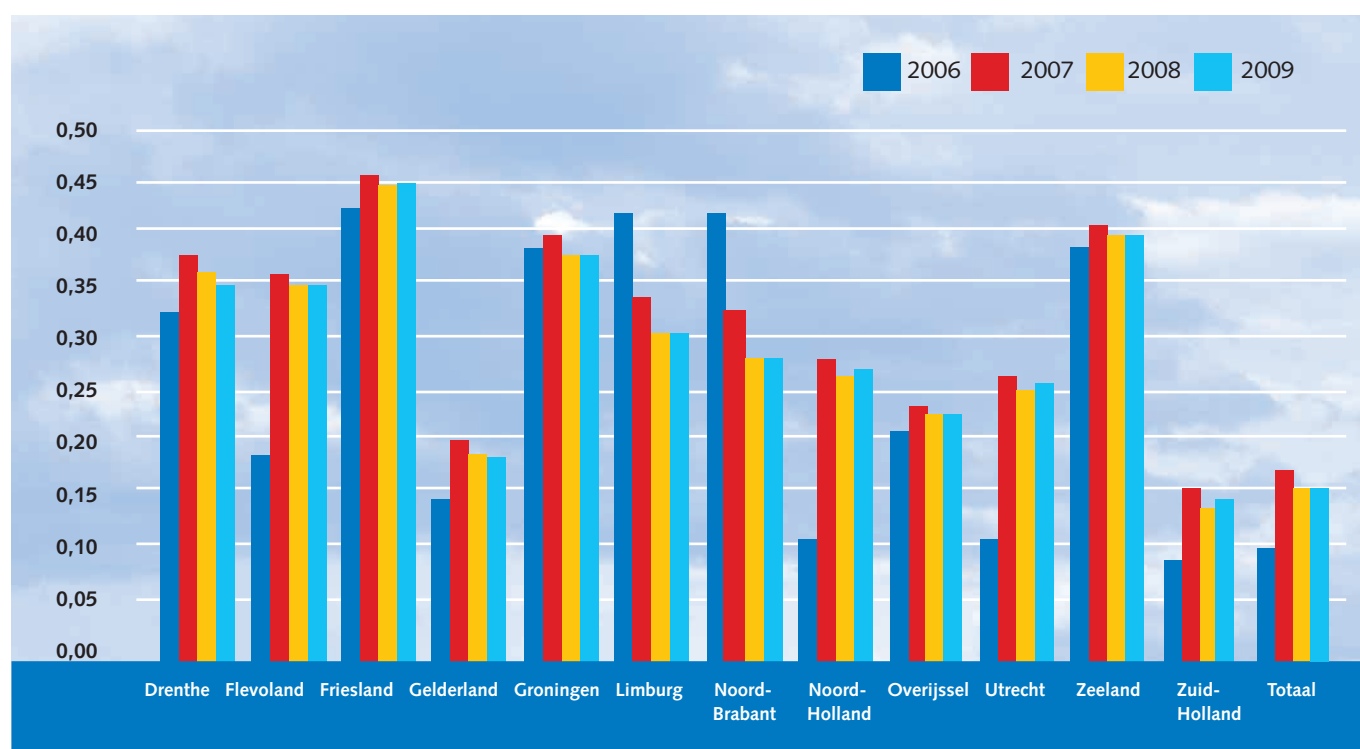
Figuur 18: concentratiegraad (HHI) van de risicodragers per provincie voor 2006 tot en met 2009 (bron: Vektis, 2010)

In figuur 18 wordt de concentratiegraad getoond van de risicodragers per provincie voor vier verschillende jaren. Flevoland, Gelderland, Noord-Holland, Overijssel, Utrecht en Zuid-Holland 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. De provincie met de meeste concurrentie in 2009 is Zuid-Holland (HHI van 0,08). In de voorgaande jaren was het ook al de provincie Zuid-Holland. De provincie met de minste concurrentie is Friesland. Door de jaren heen ligt de HHI van de provincie rond de 0,43. Gedurende de jaren is er wel wat verschil. In bijna alle provincies neemt de concentratiegraad wat af. Landelijk was de concentratiegraad in 2009 0,07. Dit betekent dat geen van de risicodragers landelijk gezien een substantiële marktmacht heeft.

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

- Achmea (Zilveren Kruis Achmea, Groene Land Achmea, OZF, FBTO, Avéro, 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 Zorgverzekeraar.
- Zorg en Zekerheid.
- Salland.

De laatste drie zorgverzekeraars werken tot met 2009 samen binnen de Vereniging van Regionale Zorgverzekeraars (VRZ) en zijn daarna toegetreden tot Multizorg VRZ.



Figuur 19: concentratiegraad (HHI) van de samenwerkingsverbanden per provincie voor 2006 tot en met 2009 (bron: Vektis, 2010)

In figuur 19 wordt de concentratiegraad van de samenwerkingsverbanden getoond. De concentratiegraad voor samenwerkingsverbanden ligt voor alle jaren wat hoger dan voor de risicodragers. Wanneer er naar de verschillende jaren wordt gekeken valt op dat er over het algemeen in 2006 een lagere HHI was dan in 2007. Vanaf 2007 neemt de HHI weer licht af en vervolgens is de concentratie vrij constant. Friesland is de enige provincie die in alle vier de jaren een concentratiegraad van boven de 0,4 heeft. Er is geen provincie met een oligopolistische concentratie. Gelderland en Zuid-Holland hebben in alle vier de jaren de laagste concentratiegraad (respectievelijk rond de 0,2 en 0,15). Landelijk was de concentratiegraad in 2009 0,19. Dit betekent dat geen van de samenwerkingsverbanden landelijk gezien een substantiële marktmacht heeft.

Omgaan met klanten volgens de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

De NPCF zet zich in voor het realiseren van vraaggestuurde zorg voor patiënten en consumenten vanuit het patiëntenperspectief uitgaande van solidariteit, keuzevrijheid en behoud van persoonlijke autonomie. Mensen zijn immers verschillend; patiënten en consumenten dus ook. Om de zorg te krijgen waaraan behoefte is, moeten patiënten en consumenten zelf keuzes kunnen maken. Voor een bepaalde huisarts bijvoorbeeld, of voor een alternatieve behandeling in plaats van reguliere zorg. Vektis interviewde Angélique Bronneberg, manager Communicatie bij de NPCF.



Laten patiënten en consumenten zich bij uw organisatie weleens uit over hun zorgverzekeraar en/of hun zorgverzekering?

"We houden systematisch peilingen onder patiënten (bijvoorbeeld over zorginkoop of geneesmiddelenzorg). Op basis van die peilingen - met telkens een respons van ruim 2.000 mensen - stellen we rapportages op. Daarnaast kunnen mensen hun ervaringen melden bij ons meldpunt 'Consument en de Zorg Meldingen'. Zorgverzekeraars of zorgverzekeringen staan altijd in de top drie van meest voorkomende meldingen.

Zo ontvingen we rond de jaarwisseling opnieuw veel meldingen over het wisselen van verzekering, onder andere over het moment van opzeggen van een 'oude' verzekeringspolis. Bepaalde verzekeraars geven namelijk aan dat opzeggen op 31 december te laat is, omdat ze het dan niet meer op tijd kunnen verwerken.

Verder waren er vragen over de opzegservice door de nieuwe verzekeraar. Het lijkt erop dat er elk jaar mensen weer de dupe worden van de feestdagen. Een periode waarin mensen tijd hebben om polissen te vergelijken, maar tegen problemen aanlopen veroorzaakt door deze feestdagen - post wordt niet op tijd bezorgd, onderbezetting bij verzekeraars et cetera.

Bovendien werden er dit keer meerdere vragen gesteld over het al dan niet vergoeden van therapeutisch sporten of zwemmen. In de regel geeft een verzekeraar aan verzekerden aan hierin tegemoet te komen mits de organisatie lid is van de NPCF. De NPCF deed al eens moeite om verzekeraars ertoe te bewegen deze voorwaarde te laten vallen. Omdat veel organisaties geen lid (kunnen) worden van de NPCF en daarmee de voorwaarde in de praktijk amper van toepassing is. Helaas houden de zorgverzekeraars er nog steeds aan vast.

Tenslotte komen er regelmatig vragen en meldingen over het preferentiebeleid medicijnen. Voor veel patiënten is het onduidelijk wanneer ze welk medicijn krijgen, waarom er van medicijn wordt veranderd, hoe te reageren bij bijwerkingen en waar ze informatie kunnen krijgen over hun mogelijkheden."

Welke tip zou u de zorgverzekeraars willen meegeven?

"Communiceer met je klant. Leg tijdig en in begrijpelijke taal uit hoe zaken in elkaar steken - bijvoorbeeld het verschil tussen eigen risico en eigen bijdragen, het preferentiebeleid, het opzeggen en de aanvullende verzekering."

Op welke wijze zouden zorgverzekeraars invulling kunnen geven aan het motto 'De klant is koning!'?

"We zien dat zorgverzekeraars in hun afspraken met zorgverleners steeds vaker de meerwaarde voor klanten op de eerste plaats stellen. Dat zien wij als een positieve ontwikkeling aangezien de contractering van producten voorheen hoofdzakelijk op basis van volume en prijs plaatsvond. En het gaat een stuk verder dan wat nu centraal staat: het verbinden van kwaliteitsindicatoren aan zorgproducten als DBC's in ziekenhuizen of eerstelijnszorgketens. Maar er dient meer te gebeuren zoals samenhangende zorgtrajecten over de grenzen van eerste en tweede lijn voor mensen met chronische ziekten. Met daarbij meer aandacht voor zelfmanagement in het omgaan met die ziekten en forse impulsen om de zorg beter rond de patiënt te organiseren. Dat is voor de patiënt beter en vaak ook doelmatiger."

Hoe zou volgens de NPCF de ideale zorgverzekering eruit moeten zien?

"De ideale zorgverzekering is duidelijk, biedt de verzekerde informatie en keuzemogelijkheden, en inzicht in kosten. Die polis gaat vergezeld van begrijpelijke polisvoorwaarden en een helder (digitaal) inzicht in de kosten die gedeclareerd zijn en de stand van zaken omtrent het (verplicht) eigen risico en eigen bijdragen."

De verzekeraar onderhandelt met de zorgaanbieders - daarbij de meerwaarde voor patiënten nauwlettend in het oog houdend - en zorgt ervoor dat de kwaliteit van het zorgaanbod voor verzekerden helder is. Op basis van deze informatie kiest een verzekerde vervolgens zelf naar welke zorgaanbieder hij gaat. De verzekeraar adviseert hem zonedig hierin. Slechte zorgaanbieders worden geweerd, maar verder is er geen selectie in de zin van 'de zorgverzekeraar bepaalt'. Met dergelijke polissen kunnen verzekerden niet alleen gaan kiezen voor de kwaliteit van zorg, maar ook voor de kwaliteit van de zorgverzekeraar: welke keuzes maakt een zorgverzekeraar en passen die bij de prioriteiten van de consument.

Alle feiten op een rij

Mobiliteit

- 4,1% van de verzekerden is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.
- 1,6% van de blijvers is geswitcht van een individuele naar een collectieve polis.
- De mobiliteit is het grootst onder personen van 18 tot 44 jaar.

Collectiviteiten

- 64,3% van de verzekerden heeft in 2010 een collectief contract. In 2006 was dit nog 52,0%.
- 88,1% van de collectief verzekerden heeft een of meer aanvullende verzekeringen afgesloten; bij individueel verzekerden is dat 83,0%.
- Gezinnen zijn sterk vertegenwoordigd binnen de groep collectief verzekerden.

Premie

- De gemiddelde basispremie (zonder kortingen voor collectiviteiten, eigen risico's en termijnbetaling) is 1.145 euro per premieplichtige. Dit is een stijging van ruim 3% ten opzichte van 2009.
- De gemiddelde basispremie inclusief kortingen voor eigen risico's en termijnbetalingen, bedraagt 1.124 euro voor individueel verzekerden en 1.051 euro voor collectief verzekerden.
- De gemiddelde collectiviteitskorting in 2010 is 6,4%.

Gekozen polissen

- 86% van de verzekerden heeft een of meer aanvullende verzekeringen afgesloten.
- 6% 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 100 euro of 500 euro.

Overstappen door de jaren heen

- In drie jaar is 10% van de verzekerden ten minste één keer overgestapt. Hiervan is 0,5% driemaal overgestapt.
- Verzekerden tussen de 18 en 35 jaar stappen het vaakst over.
- Verzekerden die drie jaar lang zijn gebleven bij een zorgverzekeraar hebben hogere zorgkosten (gemiddeld bijna 1.800 euro in 2008) dan personen die zijn overgestapt (gemiddeld ruim 1.100 euro in 2008).
- Wanneer we kijken naar het farmaciegebruik dan is 10% van de overstappers chronisch ziek tegenover 18% van de blijvers.
- Overstappers zijn vaker collectief verzekerd en ze kiezen ook vaker voor een eigen risico in vergelijking met de blijvers.

Onderzoekstechnische verantwoording/onderzoeksaanpak

In de periode februari-maart 2010 heeft Vektis een inventarisatie verzekerdemobiliteit 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. Daarbij is ook gevraagd wat voor soort verzekeringen zijn afgesloten door de verzekerden. Deze inventarisatie is gedaan op het niveau van polissen. Verder heeft Vektis een onderzoek op basis van zijn informatiesysteem gedaan naar het overstapgedrag van verzekerden over een periode van vier jaar.

Verzekerden hebben tot uiterlijk 1 januari 2010 de tijd gehad om hun polis bij hun huidige zorgverzekeraar op te zeggen en uiterlijk 1 maart 2010 zich weer aan te melden bij een nieuwe zorgverzekeraar. Na 1 maart 2010 zijn de voor dit rapport benodigde gegevens opgevraagd bij zorgverzekeraars. In deze rapportage (binnen hoofdstuk 2 tot en met 4) wordt een beeld geschetst van de marktontwikkelingen rondom mobiliteit en keuzegedrag.

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. Bijna alle zorgverzekeraars hebben hun gegevens aangeleverd. Helaas heeft één grote verzekeraar geen 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 12.158.000 verzekerden gegevens aangeleverd. Dit is een dekking van 74%.

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 belicht.

In het tweede deel van deze Zorgthermometer (hoofdstuk 5 tot en met 7) is er gekeken naar het overstapgedrag over een periode van drie jaar. Hierbij is er gebruikgemaakt van het informatiesysteem BASIC. In de BASIC-database worden op verzekerdeniveau schadegegevens per verstrekking geregistreerd. Tevens worden van alle verzekerden verzekerdenkenmerken vastgelegd. De verzekeraars leveren vanaf 2006 ieder kwartaal een BASIC-bestand aan. De dekking van BASIC ligt rond de 95%.

In hoofdstuk 5, 6 en 7 is per jaar het switchgedrag geanalyseerd. Dit is voor drie verschillende jaren gedaan. Vervolgens zijn er analyses gedaan om te kijken naar de verschillen tussen groepen verzekerden die alle jaren bij dezelfde zorgverzekeraar zijn geweest en groepen verzekerden die overstappen.

Colofon

Inhoud

In deze publicatie staan telkens cijfers uit de zorg rondom een thema of een bepaald jaar centraal. Alles uit de uitgave mag met bronvermelding worden gekopieerd.

De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks toch onjuistheden in voorkomen, aanvaardt Vektis C.V. daarvoor geen aansprakelijkheid. Ook aanvaardt Vektis geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

Auteurs

L.M.A. (Lisette) Gusdorf Msc
Drs. N.H. (Niels) Hoeksema

Redactie

J. (Jannie) Aartse
Dr. A. (Anne) de Boo
Drs. L. (Liesbeth) Rox
Drs. M. (Marieke) Smit

Dank

Wij willen graag de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van deze uitgave:

Drs. A. (Angélique) Bronneberg, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
Drs. S. (Saskia) Ijszenga, De Friesland Zorgverzekeraar
R.D. (Robin) de Vries Msc (Vektis)

Basisontwerp

Dickhoff Design

Vormgeving

Puck 't Hart

Druk

VDA-groep

Meer informatie

Wilt u meer exemplaren van deze publicatie ontvangen, neem dan contact op via telefoon: 030-69 88 323 of e-mail: info@vektis.nl. Deze publicatie is ook online te raadplegen op www.vektis.nl.

Voor inhoudelijke vragen over deze publicatie kunt u mailen naar Marieke Smit, manager Onderzoek, e-mail: m.smit@vektis.nl.





Vektis C.V.
Postbus 703
3700 AS ZEIST
T 030 69 88 323
E info@vektis.nl
I www.vektis.nl