

Marktscan

zorgverzekeringsmarkt

Weergave van de markt 2007-2011

Inhoud

Vooraf

Managementsamenvatting

1. Inleiding

Aanleiding
Totstandkoming marktscans

2. Marktstructuur

Aanbod zorgverzekeraars en polissen

Aanbod concerns en zorgverzekeraars 2011

Aanbod basispolissen I

Aanbod basispolissen II

wel / niet gecontracteerd

naar soort basisverzekering

Differentiatie aanbod basispolissen zonder landelijke werking
naar provincie

Marktaandelen en concentratiegraad

Marktaandelen zorgverzekeraars top 4

Marktaandelen overige zorgverzekeraars

Overzicht Herfindahl-Hirssman Index

Stabiliteit van marktaandelen

Winst of verlies van verzekerden per zorgverzekeringsconcern

3. Marktgedrag

Overstappedrag verzekerden

In- en uitstroom verzekerden

Percentage overstappers

Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden

Dynamiek collectiviteitscontracten

Collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar

Collectief verzekerden naar soort collectiviteit

Collectieve korting per soort collectiviteit

Collectieve korting categorie 'anders'

Premiekorting per vrijwillige eigen risico categorie

Percentage verzekerden per polissoort

Percentage verzekerden met polissen met gecontracteerde, deels-
gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

Aantal verzekerden met vergoedingsbeperking bij niet-gecontracteerde
zorg

Aantal verzekerden 18+ per vrijwillige eigen risico categorie

Percentage verzekerden 18+ per vrijwillige eigen risico categorie

Gekozen hoogte vrijwillig eigen risico voor verzekerden die een vrijwillig eigen risico hebben gekozen

Herverzekering van het eigen risico

Totaal

Naar categorie verzekerden

Percentage aanvullend verzekerden per soort polis

Verzekerden met alleen aanvullende verzekering bij een verzekeraar

3. Kwaliteit

Kwaliteitsbeoordeling zorgverzekeraars met CQ-index

4. Betaalbaarheid

Spreiding premiegrondslagen van de basisverzekering

Gemiddelde premiegrondslag

Ontwikkeling van nominale betalingen van verzekerden

Oorzaak mutatie nominale betalingen

Prijsgevoeligheid overstappers

Spreiding feitelijk betaalde premie

Exploitatieresultaat zorgverzekeraars

Begrippenlijst

Vooraf

Voor u ligt de marktscan Zorgverzekeringsmarkt die het huidige beeld weergeeft van de stand van zaken op deze markt. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Immers door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan dit markttoezicht en haar reguleringsstaken.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyse is zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag.

Deze marktscan bevat niet de interpretaties van de uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt. Daarvoor is de beleidsbrief Marktscan Zorgverzekeringsmarkt opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

Tot slot bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. In deze marktscan wordt een beeld geschetst van de zorgverzekeringsmarkt. De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer. Beleidsmatige conclusies en acties van de NZa zijn in de begeleidende beleidsbrief opgenomen.

De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt worden al vanaf de invoering van de zorgverzekeringswet gevolgd. Van 2006 tot en met 2009 publiceerde de NZa deze ontwikkelingen in een monitor. Met ingang van 2010 is dit een marktscan geworden.

In deze marktscan wordt gerapporteerd over de ontwikkelingen in de jaren 2007 tot en met 2011.

Marktstructuur

In 2011 zijn er 10 verzekeringsconcerns van in totaal 27 risicodragende zorgverzekeraars. Vijf van deze concerns omvatten slechts één zorgverzekeraar. Ten opzichte van 2010 is AZVZ als zorgverzekeraar gestopt. AZVZ heeft haar portefeuille overgedragen aan Zorg en Zekerheid. Salland heet vanaf 2011 Eno. Van alle zorgverzekeraars biedt enkel De Friesland nog regionale zorgverzekeringen aan voor Noord- en Zuid-Nederland.

Het aantal aangeboden polissen is in 2011 met 56 één minder dan het aantal in 2010. Uit een analyse van de modelovereenkomsten blijkt dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden van polissen met niet-gecontracteerde en deels gecontracteerde zorg, naar polissen met gecontracteerde zorg. De oorzaak daarvan ligt in het feit dat een tweetal grote concerns de polisvoorwaarden aangaande de contractering heeft aangescherpt voor een aantal van hun zorgverzekeringen. In 2011 zijn er twee nieuwe zorgverzekeringen op de markt gekomen, te weten de Delta Lloyd zorgverzekering Natura en Basisverzekering Kiemer van De Friesland.

Uit de analyse van de marktaandelen blijkt dat die voor de grootste vijf al sinds 2007 nagenoeg stabiel zijn. De marktaandelen van de kleine zorgverzekeraars fluctueren meer vanwege hun beperkte omvang. Wanneer wordt gekeken naar de HHI's (Herfindahl-Hirschman index) blijkt dat alle provincies in Nederland een HHI hebben van meer dan 1800. Boven de 1800 is sprake van een geconcentreerde markt. Uit een analyse van winst of verlies van het aantal verzekerden per concern blijkt dat de uitslagen gematigder zijn dan in voorgaande jaren. De oorzaak kan worden gevonden in het verder samengaan van zorgverzekeraars.

Marktgedrag

Het aantal overstappers is in 2011 met 5,5% een kwart groter dan in 2010. Het totaal aantal overstappers bedraagt daarmee ongeveer 900.000. Deze toename kan deels worden verklaard door de stijging van de nominale premie in 2011. De winst die behaald is voor een verzekerde door over te stappen is echter beperkter dan voorgaande jaren.

Het aantal collectief verzekerden groeit sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 met jaarlijks 2%. De gemiddelde collectiviteitsgraad van zorgverzekeraars is in 2011 nagenoeg stabiel gebleven ten opzichte van 2010. Uit de ontwikkeling in het soort collectiviteit blijkt dat werkgeverscollectiviteiten sinds 2006 in omvang zijn gegroeid. De groei van werkgeverscollectiviteiten is echter wel minder in vergelijking tot andere soorten collectiviteiten zoals internetcollectieven, bonden, koepels en sociale diensten.

Verzekerden hebben een voorkeur voor de gevestigde collectiviteiten. 70% van de verzekerden is aangesloten bij collectiviteiten die in 2006 zijn gestart. Verzekerden kiezen in 2011 voornamelijk voor natura- en combinatiepolissen. De mutatie die zichtbaar is bij de combinatiepolissen wordt veroorzaakt door een wijziging in de polisvoorwaarden van een tweetal concerns. Het betreft hier geen overstappende verzekerden.

Bij de keuze voor zorgverzekeringen met wel- of niet-gecontracteerde zorg, blijkt tevens dat 70% van de verzekerden een zorgverzekering heeft met gecontracteerde zorg. De daling in 2010 kan ook weer worden toegeschreven aan de hiervoor benoemde wijziging in de polisvoorwaarden.

Bij de polissen met gecontracteerde zorg blijkt dat ruim zes miljoen verzekerden 80% van de zorgkosten krijgt vergoed indien zij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Voor nog eens ruim vijf miljoen verzekerden is de vergoeding beperkt tot 75% of met een semi-vast bedrag aan eigen bijdrage.

Uit een analyse van het vrijwillig eigen risico blijkt dat de premiekortingen al jaren stabiel zijn. Ondanks de premiestijging in 2011 zijn deze niet of nauwelijks gestegen. Er zijn ook geen grote fluctuaties in het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico zichtbaar. Het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico hangt al jaren rond de 5-6%.

Herverzekering van het eigen risico is in 2011 licht toegenomen ten opzichte van 2010. Totaal 1,9% van alle verzekerden heeft zijn eigen risico (verplicht of vrijwillig) herverzekerd. Driekwart hiervan heeft alleen het verplicht eigen risico herverzekerd.

Rond de 90% van de verzekerden heeft in Nederland een aanvullende verzekering. Dit percentage is het hoogst voor de collectief verzekerden. Bij individueel verzekerden is al enkele jaren een dalende trend zichtbaar. Daarvan is in 2011 ongeveer 80% aanvullend verzekerd. Uit contacten met zorgverzekeraars komt naar voren dat vooral individueel verzekerden kritischer overwegen of zij een aanvullende verzekering nodig hebben en dat vooral jongere verzekerden minder dan voorheen een aanvullende verzekering afsluiten.

In Nederland zijn er nauwelijks verzekerden die bij de ene zorgverzekeraar de basisverzekering hebben en bij een andere zorgverzekeraar een aanvullende verzekering afgesloten. Er is één (kleinere) zorgverzekeraar waar meer dan 1% van het aantal verzekerden alleen een aanvullende verzekering heeft.

Betaalbaarheid

De premies zijn in 2011 gestegen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit geldt voor alle soorten modelovereenkomsten. Uit een analyse van de premieopbouw blijkt dat de stijging voor 2011 wordt veroorzaakt door

gestegen zorgkosten en de verbetering van het saldo Zorgverzekeringsfonds. De eigen betalingen en opslagpremie zijn voor 2011 nagenoeg gelijk gebleven met 2010.

De groep overstappers heeft een overstapwinst gerealiseerd van €35,8 miljoen. Deze overstapwinst is beperkter dan in 2010. Het is voor verzekerden minder makkelijk om winst te behalen middels overstappen. Uit een analyse van de spreiding blijkt ook dat 87% van de verzekerden een premie betaalt die op modaal ligt tot €25 daar onder.

Uit de ontwikkeling van het exploitatieresultaat op de aanvullende verzekering en de basisverzekering (geschoond voor beleggingsresultaat en overige activiteiten) blijkt dat zorgverzekeraars in de jaren 2007 en 2008 verlies maakten op de basisverzekering. In 2009 behaalden zorgverzekeraars voor het eerst een positief exploitatieresultaat.

Kwaliteit

Middels de CQ-index is de waardering van zorgverzekeraars weergegeven op een aantal onderwerpen, zoals algemene waardering en informatievoorziening en telefonische bereikbaarheid. Hieruit blijkt dat de waardering van zorgverzekeraars door verzekerden in de jaren 2007 tot en met 2009 nagenoeg gelijk is gebleven.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: hij geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Vanaf 2010 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, zullen van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans worden gemaakt, waardoor de NZa de verschillende zorgmarkten kan vergelijken. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringsstaken inzet.¹

1.2 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van (in)transparantie. De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

Focus

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Globaal betekent dit dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn. De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2007 tot en met 2011.

Behalve het globale beeld van de situatie in een markt dat in een marktscan wordt geschetst, geeft de NZa in een zogenaamde begeleidende beleidsbrief de opvallendste zaken weer. Tevens wordt in deze brief aangegeven wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

¹ In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

1.3 Leeswijzer

Zoals hiervoor aangegeven geeft dit document een globaal beeld van de zorgverzekeringsmarkt. In hoofdstuk twee en drie wordt ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van de relevant spelers. Vervolgens wordt in de daarop volgende hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Het document sluit af met een begrippenlijst waarin een aantal begrippen uit het document worden toegelicht.

2. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Het geeft een weergave van het aanbod aan concerns en zorgverzekeraars, hun marktaandeel en de concentratiegraad. Daarnaast wordt ook het aanbod aan basispolissen weergegeven.

Aanbod concerns en zorgverzekeraars 2011

Concern	Naam zorgverzekeraar	
Achmea	AGIS ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
	AVERO ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN NV	
	FBTO ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
	INTERPOLIS ZORGVERZEKERINGEN NV	
	OZF ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
	ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN NV	
Achmea		6
ASR	ASR BASIS ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V.	
ASR		1
CZ	DELTA LLOYD ZORGVERZEKERING N.V.	
	OHRA ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN NV	
	OHRA ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
	OWM CZ GROEP ZORGVERZEKERAAR UA	
CZ		4
De Friesland	DE FRIESLAND ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
De Friesland		1
DSW-SH	OWM DSW ZORGVERZEKERAAR U.A.	
	OWM STAD HOLLAND ZORGVERZEKERAAR U.A.	
DSW-SH		2
Eno	ENO ZORGVERZEKERAAR N.V.	
Eno		1
Menzis	ANDERZORG N.V.	
	AZIVO ZORGVERZEKERAAR N.V.	
	MENZIS ZORGVERZEKERAAR N.V.	
Menzis		3
ONVZ	ONVZ ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR N.V.	
ONVZ		1
UVIT	IZA ZORGVERZEKERAAR NV	
	IZZ ZORGVERZEKERAAR N.V.	
	N.V. UNIVÉ ZORG	
	NV ZORGVERZEKERAAR UMC	
	TRIAS ZORGVERZEKERAAR NV	
	VGZ ZORGVERZEKERAAR N.V.	
	ZORGVERZEKERAAR CARES GOUDA N.V.	
UVIT		7
Zorg&Zekerheid	OWM ZORGVERZEKERAAR ZORG EN ZEKERHEID UA	
Zorg&Zekerheid		1
Totaal 10		Totaal 27

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Op de zorgverzekeringsmarkt zijn in 2011 27 individuele zorgverzekeraars actief. Deze 27 zorgverzekeraars zijn verdeeld over 10 concerns. Ten opzichte van 2010 is er in 2011 één zorgverzekeraar en concern minder; AZVZ heeft de verzekerdenportefeuille overgedragen aan Zorg en Zekerheid.

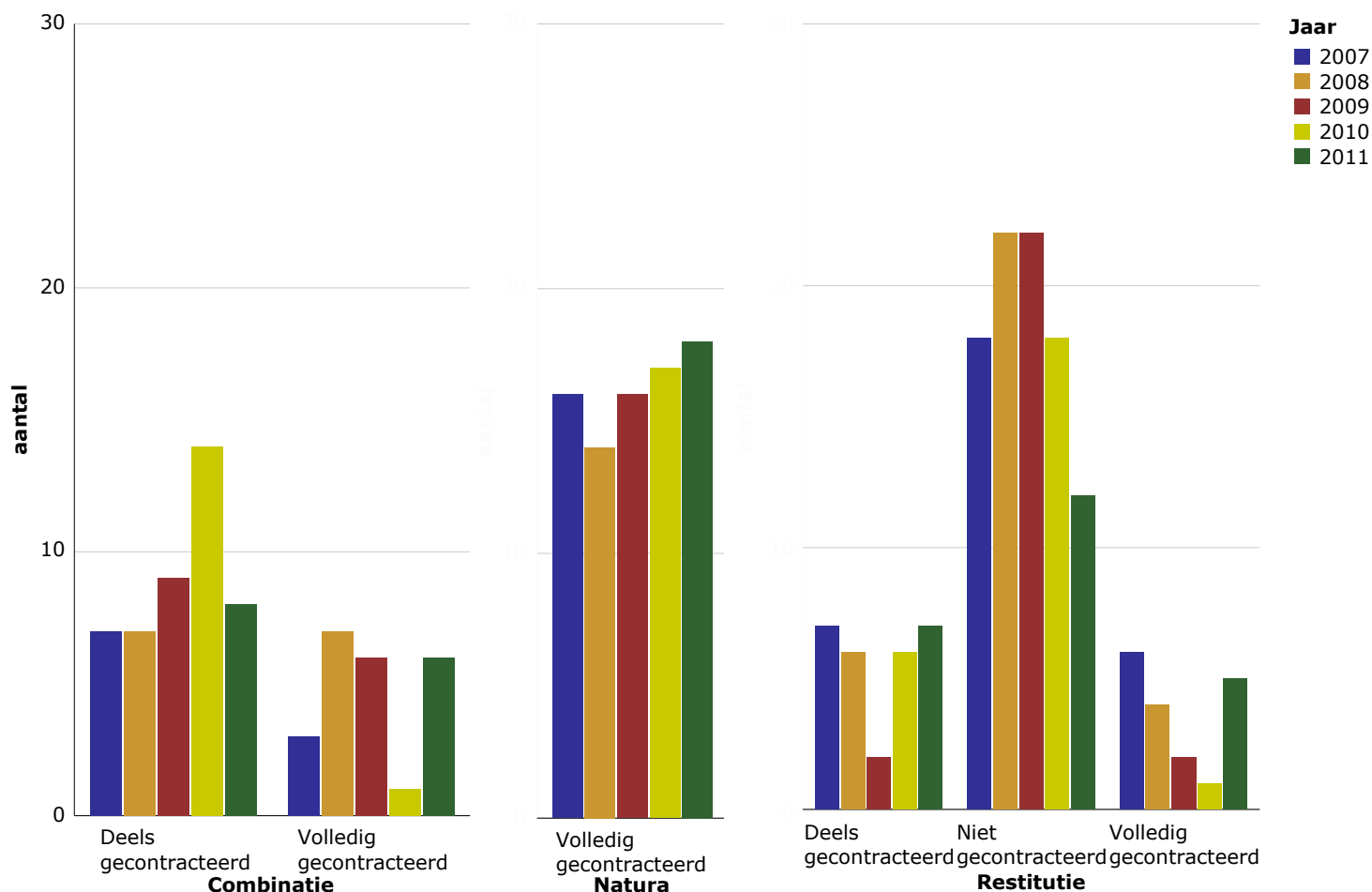
Aanbod concerns en zorgverzekeraars 2011

Concern	Naam zorgverzekeraar	
Achmea	AGIS ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
	AVERO ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN NV	
	FBTO ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
	INTERPOLIS ZORGVERZEKERINGEN NV	
	OZF ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
	ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN NV	
Achmea		6
ASR	ASR BASIS ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V.	
ASR		1
CZ	DELTA LLOYD ZORGVERZEKERING N.V.	
	OHRA ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN NV	
	OHRA ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
	OWM CZ GROEP ZORGVERZEKERAAR UA	
CZ		4
De Friesland	DE FRIESLAND ZORGVERZEKERINGEN N.V.	
De Friesland		1
DSW-SH	OWM DSW ZORGVERZEKERAAR U.A.	
	OWM STAD HOLLAND ZORGVERZEKERAAR U.A.	
DSW-SH		2
Eno	ENO ZORGVERZEKERAAR N.V.	
Eno		1
Menzis	ANDERZORG N.V.	
	AZIVO ZORGVERZEKERAAR N.V.	
	MENZIS ZORGVERZEKERAAR N.V.	
Menzis		3
ONVZ	ONVZ ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR N.V.	
ONVZ		1
UVIT	IZA ZORGVERZEKERAAR NV	
	IZZ ZORGVERZEKERAAR N.V.	
	N.V. UNIVÉ ZORG	
	NV ZORGVERZEKERAAR UMC	
	TRIAS ZORGVERZEKERAAR NV	
	VGZ ZORGVERZEKERAAR N.V.	
	ZORGVERZEKERAAR CARES GOUDA N.V.	
UVIT		7
Zorg&Zekerheid	OWM ZORGVERZEKERAAR ZORG EN ZEKERHEID UA	
Zorg&Zekerheid		1
Totaal 10		Totaal 27

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Op de zorgverzekeringsmarkt zijn in 2011 27 individuele zorgverzekeraars actief. Deze 27 zorgverzekeraars zijn verdeeld over 10 concerns. Ten opzichte van 2010 is er in 2011 één zorgverzekeraar en concern minder; AZVZ heeft de verzekerdensportefeuille overgedragen aan Zorg en Zekerheid.

Aanbod basispolis I



Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Er zijn verschillende soorten zorgverzekeringen; natura-, restitutie- en combinatiepolis. Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg, bij een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op vergoeding van zorgdeclaraties. Een combinatiepolis is een mix daarvan met bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in natura en fysiotherapie op basis van restitutie.

Bij een naturapolis zijn verzekerden alleen verzekerd voor de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder (tenzij er onvoldoende gecontracteerde zorg beschikbaar is). Bij restitutie- en combinatiepolissen heeft de zorgverzekeraar de keuze om de in de polis uit te gaan van wel, niet of deels gecontracteerde zorg. Totaal gaat het om zes soorten zorgverzekeringen. In deze figuur zijn niet de zogeheten labels opgenomen, maar alleen de modelovereenkomsten die de zorgverzekeraars ter beoordeling aan de NZa hebben aangeboden. Labels zijn kopieën van deze modelovereenkomsten onder een eigen merknaam.

De verschuivingen naar gecontracteerde zorg in 2011 ten opzichte van 2010 zijn grotendeels veroorzaakt door wijzigingen in de polisvoorwaarden van vier combinatiepolissen bij één concern en vier restitutiepolissen bij een ander concern. In beide gevallen zijn de polissen qua inhoud gelijk gebleven, maar binnen de concerns door vier verschillende zorgverzekeraars aangeboden.

Aanbod basispolissen II

Wel/niet gecontracteerd

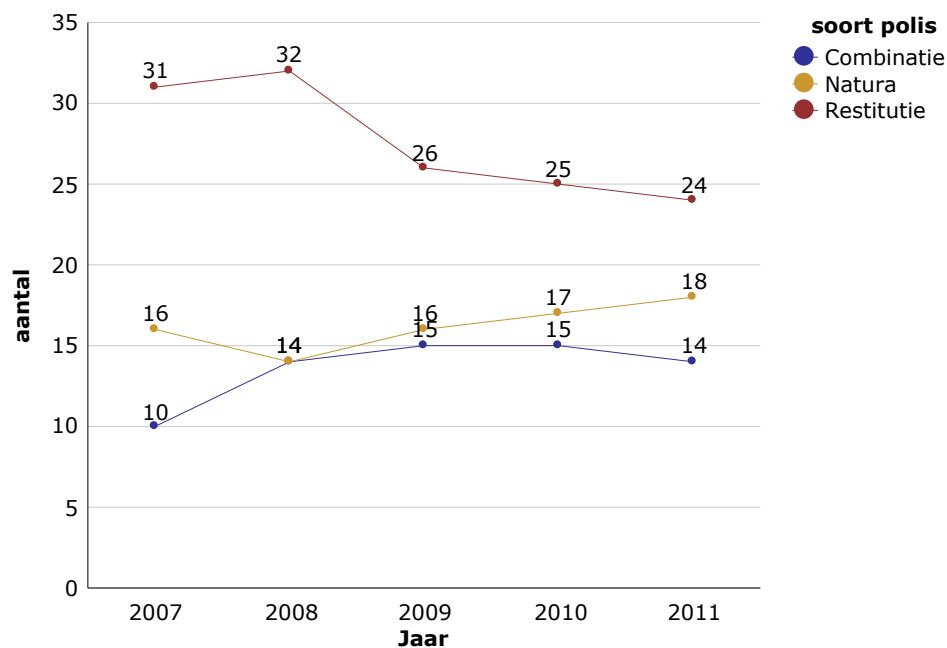
		2007	2008	2009	2010	2011
Combinatie	Deels gecontracteerd	7	7	9	14	8
	Gecontracteerd	3	7	6	1	6
	Subtotaal	10	14	15	15	14
Natura	Gecontracteerd	16	14	16	17	18
	Subtotaal	16	14	16	17	18
Restitutie	Deels gecontracteerd	7	6	2	6	7
	Gecontracteerd	6	4	2	1	5
	Niet-gecontracteerd	18	22	22	18	12
	Subtotaal	31	32	26	25	24
Totaal	57	60	57	57	56	

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

In deze figuur is het aantal polissen opgenomen dat door de zorgverzekeraars wordt aangeboden. In 2011 verschillen de polissen inhoudelijk minder van elkaar dan de jaren daarvoor. Dat komt doordat verschillende zorgverzekeraars binnen een concern vaak dezelfde polisvoorwaarden hanteren.

Het totaal aantal polissen over de jaren heen is vrijwel constant.

naar soort basisverzekering



Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Deze grafiek geeft de ontwikkeling in het aanbod van de basisverzekeringen naar soort polis weer.

Differentiatie aanbod basispolissen zonder landelijke werking naar provincie

Jaar	Naam zorgverzekeraar	Naam modelovereenkomst	Werkgebied
2007	DE FRIESLAND ZORGVERZEKERINGEN N.V.	Basisverzekering	Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel.
		Basisverzekering	Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Utrecht, Zuid-Holland en Zeeland.
	ENO ZORGVERZEKERAAR N.V.	Zorgverzekering Overijssel en Gelderland	Gelderland en Overijssel
2008	DE FRIESLAND ZORGVERZEKERINGEN N.V.	De Friesland Noord-Nederland	Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel
		De Friesland Zuid-Nederland	Gelderland, Limburg, Noord Brabant, Utrecht, Zuid-Holland en Zeeland
	ENO ZORGVERZEKERAAR N.V.	Basispolis Overijssel en Gelderland	Overijssel en Gelderland
2009	DE FRIESLAND ZORGVERZEKERINGEN N.V.	De Friesland Noord-Nederland	Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel
		De Friesland Zuid-Nederland	Gelderland, Limburg, Noord Brabant, Utrecht, Zuid-Holland en Zeeland
2010	DE FRIESLAND ZORGVERZEKERINGEN N.V.	Basisverzekering Noord-Nederland	Drenthe, Friesland, Flevoland, Groningen, Noord-Holland, Overijssel
		Basisverzekering Zuid-Nederland	Gelderland, utrecht, Zuid-Holland, Zeeland, Brabant, Limburg
2011	DE FRIESLAND ZORGVERZEKERINGEN N.V.	Basisverzekering Noord-Nederland	Drenthe, Friesland, Flevoland, Groningen, Noord-Holland, Overijssel
		Basisverzekering Zuid-Nederland	Gelderland, utrecht, Zuid-Holland, Zeeland, Brabant, Limburg

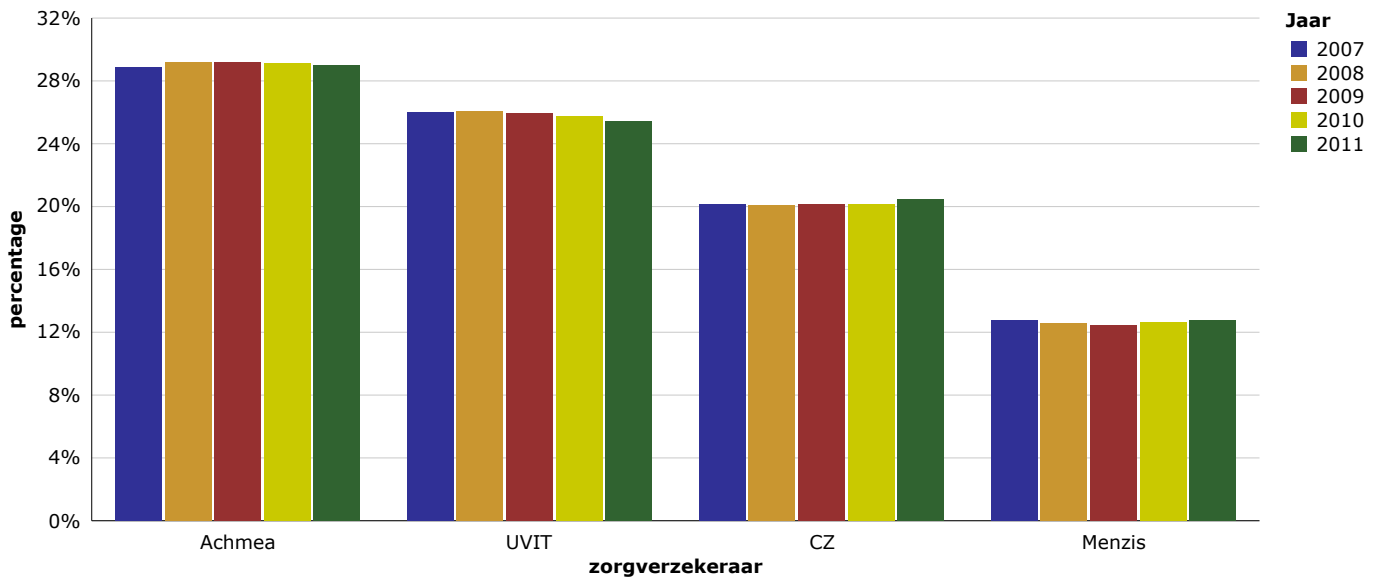
Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Dit overzicht geeft de regionale zorgpolissen weer. Deze polissen worden alleen in specifieke provincies aangeboden.

Uit het overzicht blijkt dat inmiddels, op De Friesland na, alle zorgverzekeraars al hun polissen landelijk aanbieden. De Friesland biedt in 2011 naast een landelijke internetpolis een polis voor Noord-Nederland en een polis voor Zuid-Nederland. Het inhoudelijke verschil is dat voor een aantal verstrekkingen (bijvoorbeeld fysiotherapie) in de 'Noord Nederland'-polis wordt vergoed op basis van natura en in de 'Zuid Nederland'-polis op basis van restitutie. De Friesland heeft dus in Noord-Nederland meer contracten met zorgaanbieders gesloten dan in Zuid-Nederland.

Marktaandeel en concentratiegraad

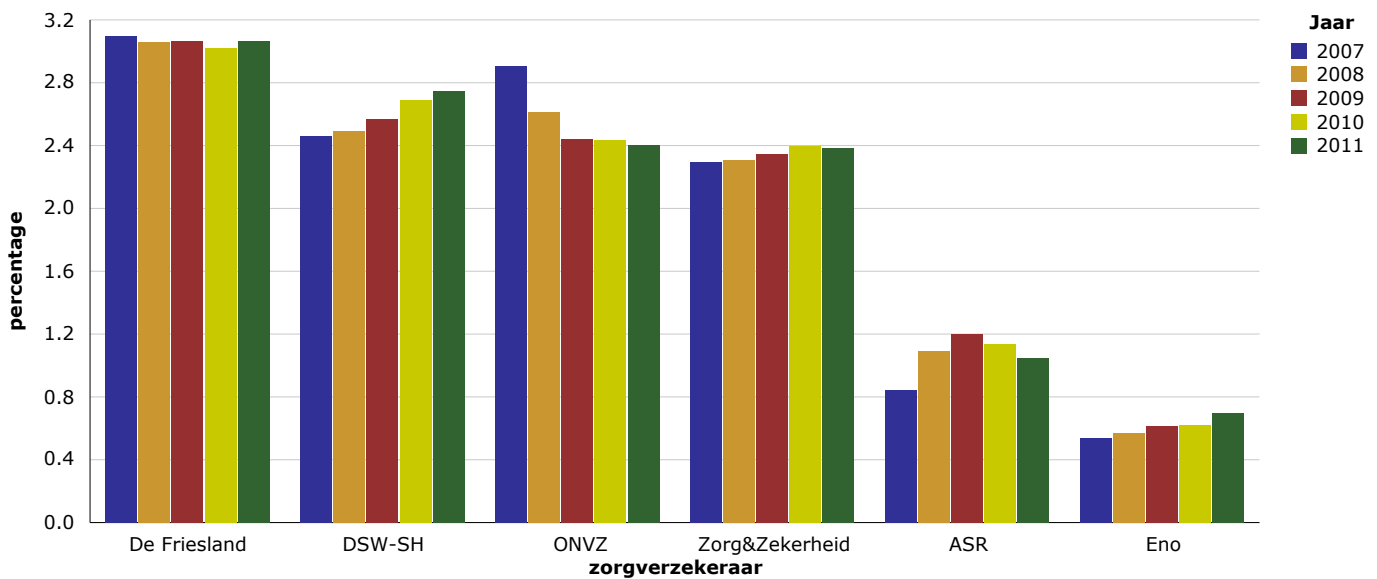
Marktaandeel zorgverzekeraars top 4



Bron: Vektis (op basis van het aantal verzekerden)

De bovenstaande figuur geeft de marktaandelen van de vier grootste zorgverzekeraars(concerns) op de Nederlandse markt weer. Uitgangspunt is de concernindeling in 2011. De marktaandelen zijn sinds 2007 vrijwel stabiel.

Marktaandeel overige zorgverzekeraars



Bron: Vektis (op basis van het aantal verzekerden)

De bovenstaande figuur geeft de marktaandelen van de zorgverzekeraars, behalve de vier grote concerns, weer. Uitgangspunt is ook hier de concernindeling in 2011. De marktaandelen van deze zorgverzekeraars fluctueren meer vanwege hun beperkte omvang.

Overzicht Herfindahl-Hirsschman Index

HHI	2008	2009	2010	2011
Drenthe	3.841	3.785	3.697	3.556
Flevoland	3.882	3.862	3.786	3.666
Friesland	4.603	4.601	4.555	4.508
Gelderland	2.380	2.375	2.376	2.360
Groningen	3.916	3.790	3.907	3.796
Limburg	3.681	3.663	3.663	3.624
Noord-Brabant	3.497	3.463	3.412	3.376
Noord-Holland	3.193	3.162	3.106	3.057
Overijssel	2.679	2.635	2.627	2.593
Utrecht	2.936	2.913	2.908	2.884
Zeeland	4.087	4.071	4.180	4.135
Zuid-Holland	1.913	1.904	1.895	1.886
Nederland	2.125	2.119	2.111	2.105

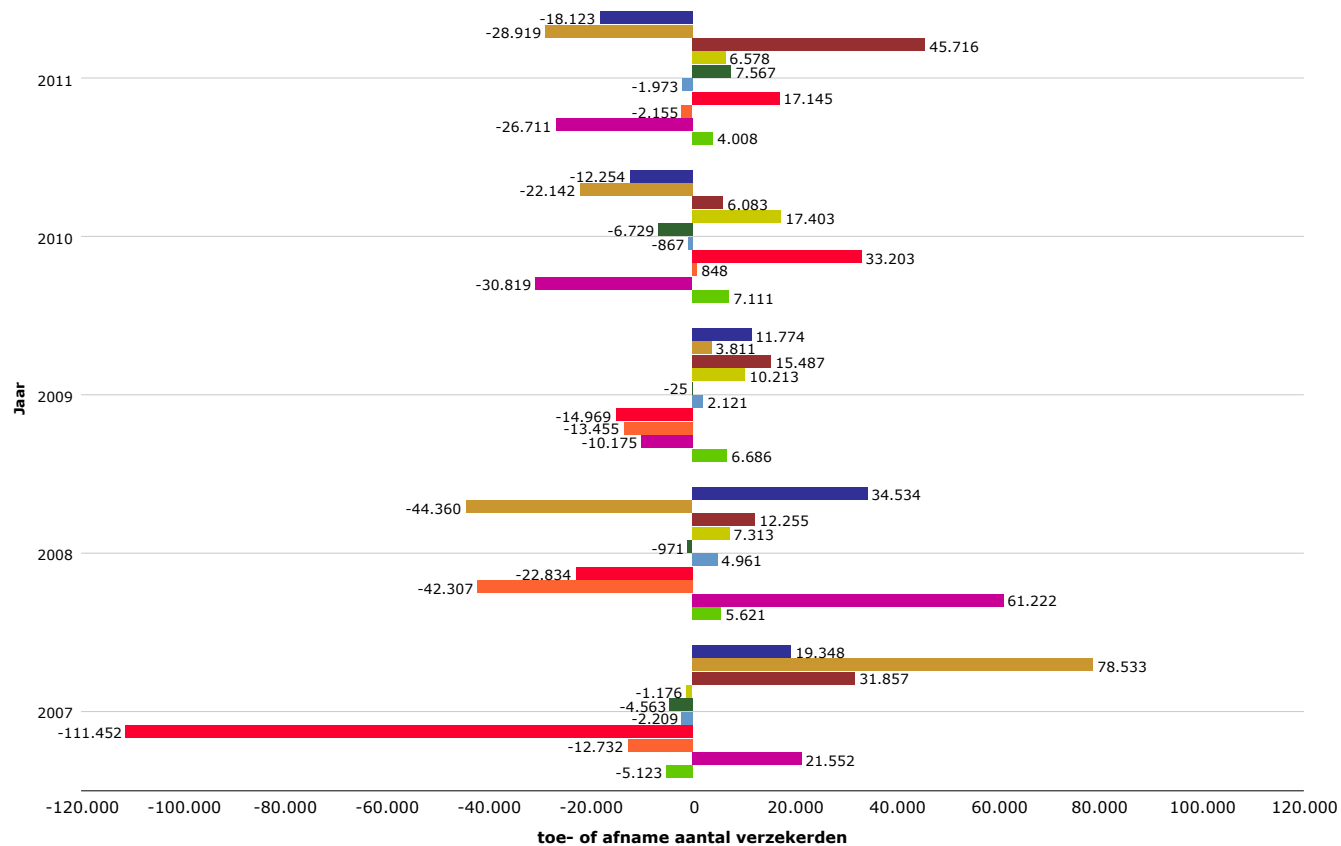
Bron: Vektis

Een maatstaf die behalve de concentratie ook de spreiding in een regio tot uitdrukking brengt, is de Herfindal Hirschmann index (HHI). De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandelen van alle zorgverzekeraars te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. Hoe hoger deze index is, des te hoger de concentratie in de markt is. Een vuistregel hierbij is dat een concentratie een goede werking van de markt kan belemmeren, indien de HHI hoger is dan 1.800 punten. Wanneer de hoogte van de HHI lager is dan 1.000, wordt gesproken van een niet-geconcentreerde markt. Een HHI die hiertussen ligt, wordt aangemerkt als middelmatig geconcentreerd.

In deze tabel wordt de concentratiegraad van de zorgverzekeringsmarkt per provincie en voor Nederland totaal weergegeven, uitgedrukt in de HHI. In alle provincies is er sprake van een geconcentreerde zorgverzekeringsmarkt, met de provincies Friesland en Zeeland als uitschieters.

Stabiliteit van marktaandelen

Winst of verlies van verzekerden per zorgverzekeringsconcern



Bron: Vektis

Deze indicator geeft de toe- of afname van het aantal verzekerden per concern weer. Uitgangspunt bij alle jaren is de concernindeling in 2011. Winst of verlies geeft de netto mobiliteit per concern weer. Het hoofdstuk marktgedrag gaat verder in op het daadwerkelijke overstapgedrag van verzekerden.

Door het samengaan van zorgverzekeraars zijn de uitslagen gematigder dan voorgaande jaren.

2. Marktgedrag

De marktstructuur én het marktgedrag zijn bepalend voor de publieke belangen. Waar in het vorige hoofdstuk de structuur van de markt centraal stond, gaat dit hoofdstuk nader in op het gedrag.

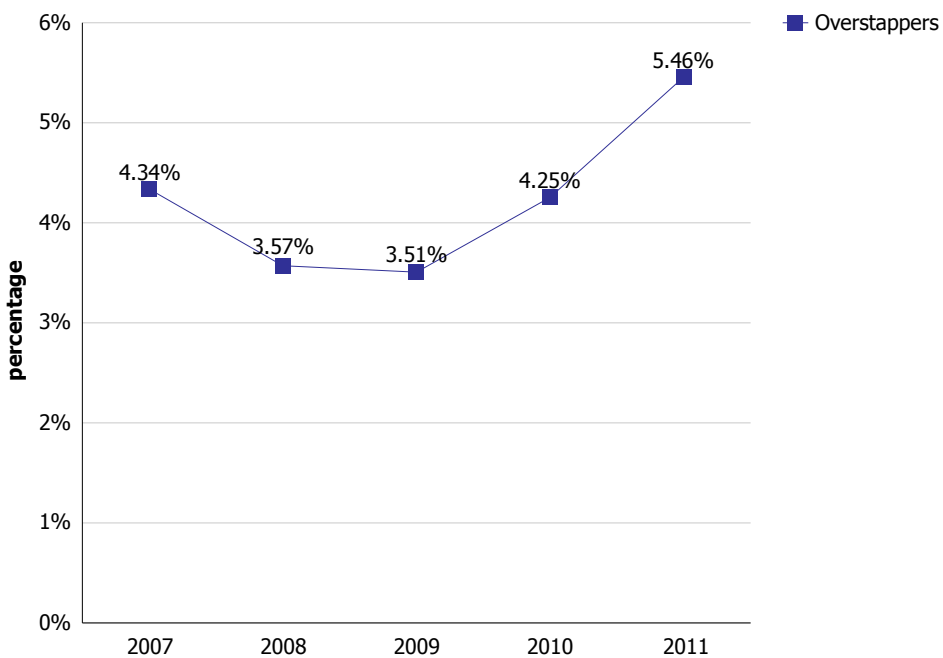
Overstapgedrag verzekerden

In- en uitstroom verzekerden

	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal verzekerden instroom	722.984	586.636	593.602	703.538	906.313
Aantal verzekerden uitstroom	709.576	583.624	576.206	701.428	905.002
Totaal blijvers	15.633.234	15.756.969	15.837.356	15.782.074	15.674.098
Tot aantal verzekerden	16.356.218	16.343.605	16.430.958	16.485.612	16.580.411
Instroom %	4,4%	3,6%	3,6%	4,3%	5,5%
Uitstroom %	4,3%	3,6%	3,5%	4,3%	5,5%
Blijvers %	95,6%	96,4%	96,4%	95,7%	94,5%

Bron: Vektis

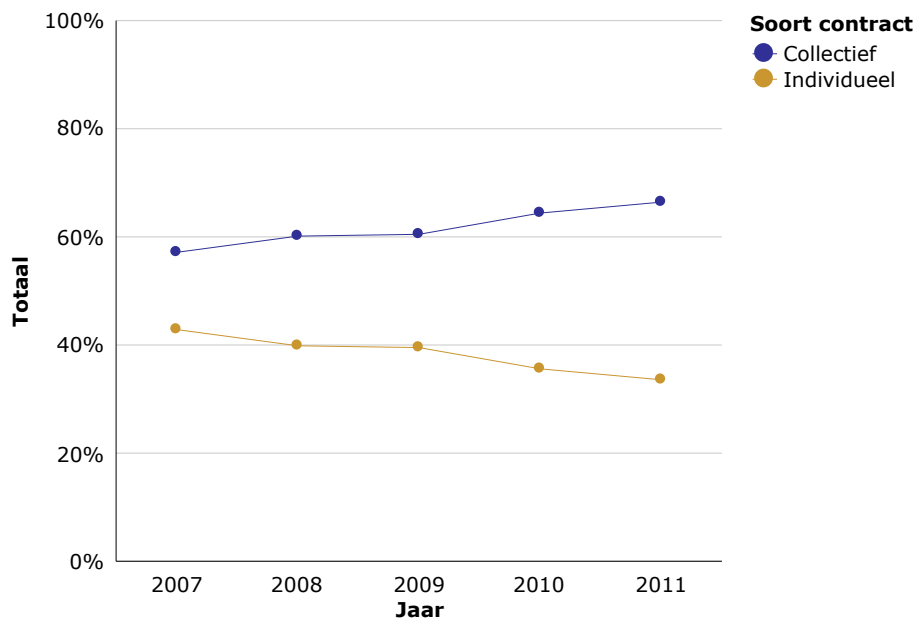
In de tabel is de verzekerdensmobiliteit per jaar weergegeven (zowel in aantallen als in percentages). De NZa hanteert de instroom als mobiliteitsindicator. Dit betekent dat per 2011 5,5% van de verzekerden (906.313) is ingestroomd bij een andere zorgverzekeraar.



Bron: Vektis

De figuur toont de ontwikkeling van het percentage verzekerden dat jaarlijks overstapt naar een andere zorgverzekeraar.

Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden



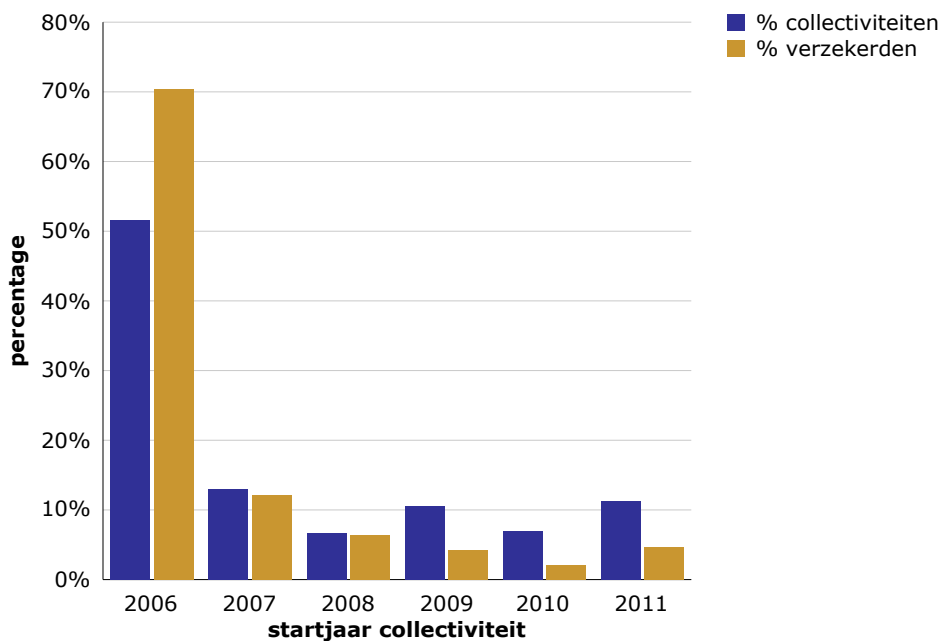
Jaar	Soort contract	Aantal verzekerden (x 1000)	Totaal
2007	Collectief	9.222	57%
	Individueel	6.917	43%
2008	Collectief	9.818	60%
	Individueel	6.506	40%
2009	Collectief	9.926	60%
	Individueel	6.487	40%
2010	Collectief	10.618	64%
	Individueel	5.868	36%
2011	Collectief	10.998	66%
	Individueel	5.558	34%

Bron: Vektis

De figuur laat de ontwikkeling van het aantal collectief en individueel verzekerden zien. Uit de figuur blijkt dat veel verzekerden zich bij de invoering van de zorgverzekeringswet door de verruimde mogelijkheden voor een collectiviteit bij een collectief hebben aangesloten.

Van 2008 tot 2011 stijgt het aandeel collectief verzekerden met gemiddeld 2% punt per jaar. In 2011 is ruim 66% collectief verzekerd. De afwijking in 2009 is toe te schrijven aan een onjuiste opgave over 2009 van een zorgverzekeraar.

Dynamiek collectiviteitscontractanten

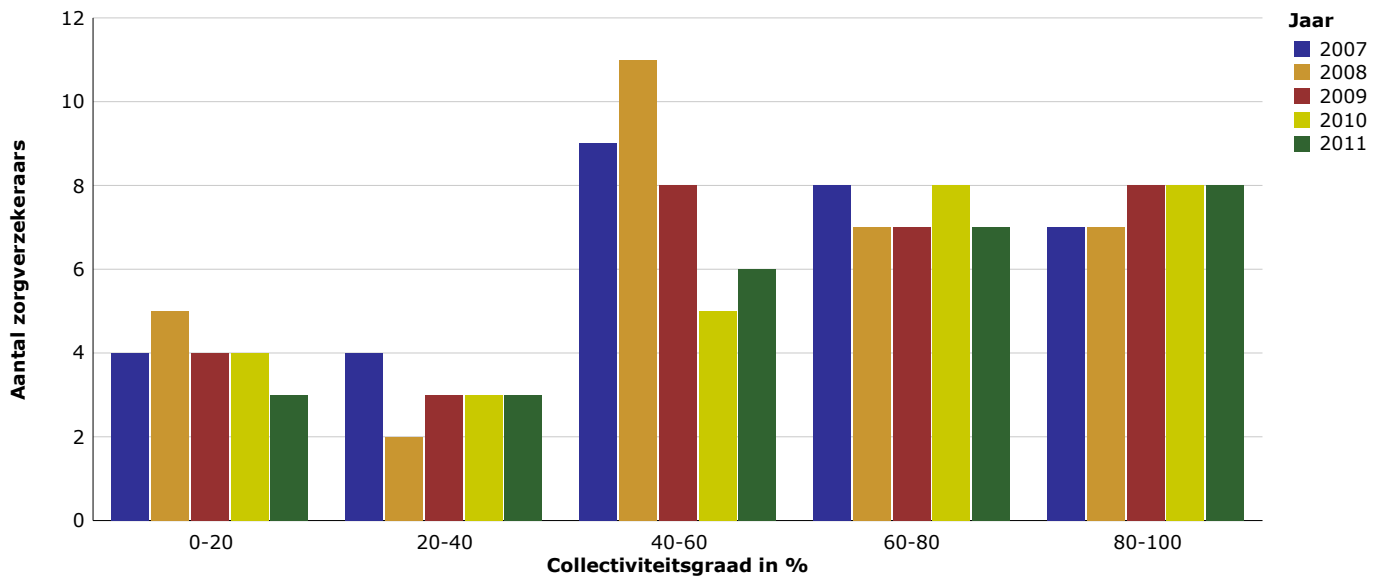


Bron: Uitvraag collectiviteiten (NZa)

In de grafiek is het startjaar van de grootste collectieve contracten voor het jaar 2011 per zorgverzekeraar (>1% van de verzekerden) opgenomen. Dit is zowel weergegeven in aantal collectiviteiten als in aantal verzekerden per startjaar van de collectiviteiten.

Uit de grafiek blijkt dat de jongere collectiviteiten relatief minder verzekerden hebben dan de oudere. Daarnaast valt op dat ongeveer 70% van de collectief verzekerden aan de oudste collectiviteiten deelneemt. Verzekerden lijken vooral een voorkeur te hebben voor de gevestigde collectiviteiten en minder genegen te zijn over te stappen naar een nieuwe collectiviteit.

Collectiviteitsgraad per zorgverzekeraar

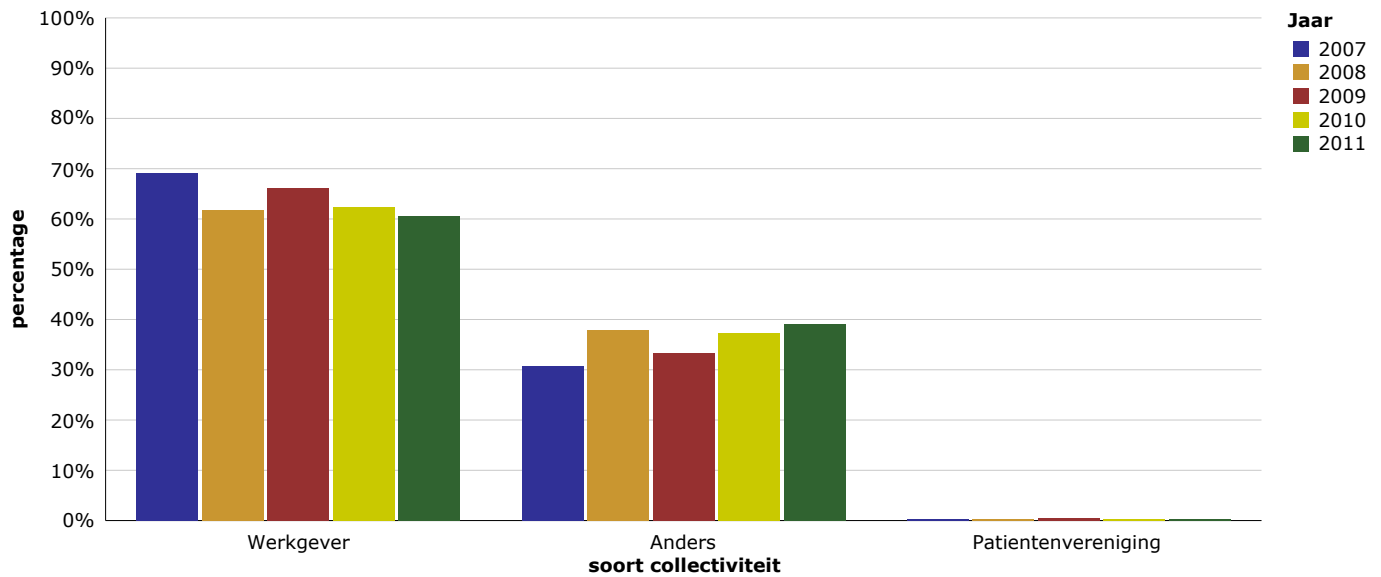


Bron: Uitvraag collectiviteiten (NZa)

In de figuur zijn de individuele risico-dragende zorgverzekeraars opgedeeld in vijf categorieën afhankelijk van de hoeveelheid aangesloten verzekerden dat middels een collectief contract is verzekerd bij de betrokken verzekeraar.

Uit de figuur blijkt dat ruim de helft van de zorgverzekeraars in 2011 een collectiviteitsgraad heeft van meer dan 50%. Dit betekent dat zorgverzekeraars in hoge mate afhankelijk zijn van collectiviteiten in hun portefeuille.

Collectief verzekerden naar soort collectiviteit

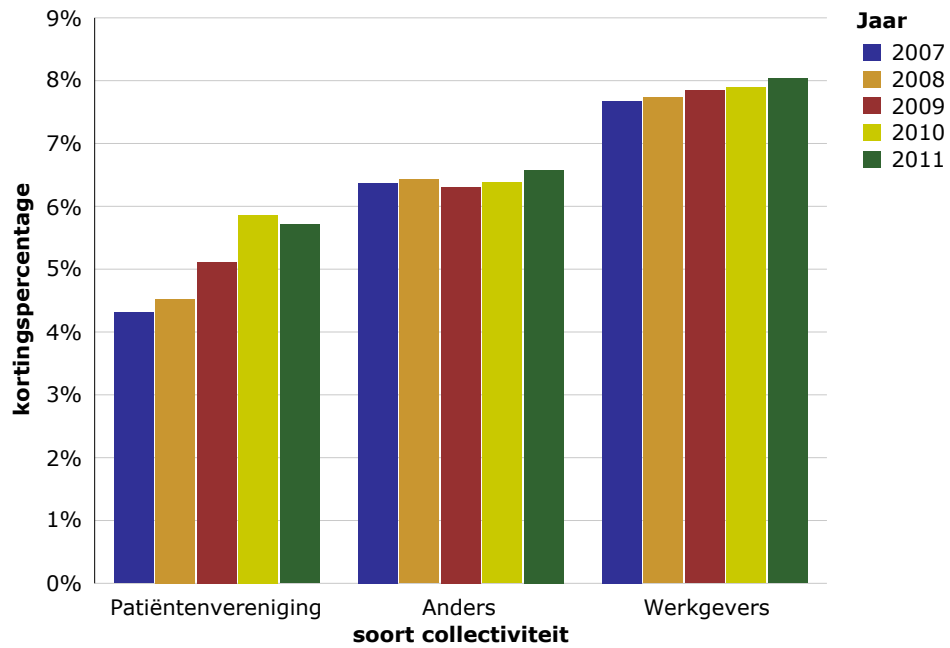


Bron: Uitvraag collectiviteiten (NZa)

De grafiek toont de verdeling van collectief verzekerden naar de hoedanigheid van de collectiviteit waar zij bij zijn aangesloten. De categorie 'anders' bevat onder andere allerlei verenigingen, vakbonden, coöperaties, sociale diensten en internet collectiviteiten.

Alle categorieën collectiviteiten groeien in omvang. Uit de figuur blijkt echter duidelijk dat de stijging van de categorie anders ten koste gaat van de werkgeverscollectiviteiten.

Collectieve korting per soort collectiviteit

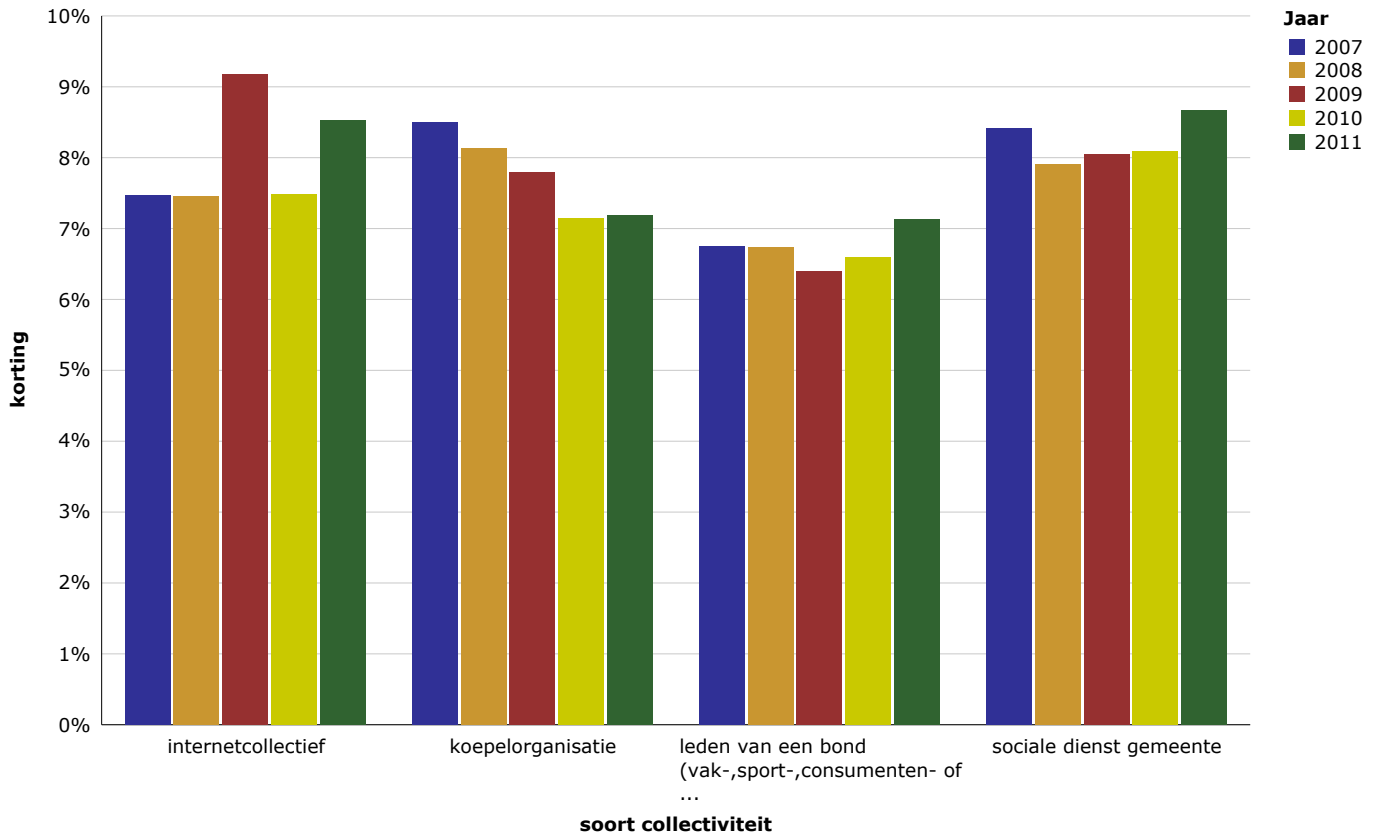


Bron: uitvraag collectiviteiten (NZa)

In de figuur wordt per categorie collectiviteiten het gemiddelde collectiviteitskortingspercentage weergegeven.

Aangezien weinig collectiviteiten met patiëntenverenigingen worden afgesloten, hebben relatief kleine wijzigingen een grote invloed op de gemiddelde collectiviteitskorting.

Collectieve korting categorie 'anders'



Bron: uitvraag colectiviteiten (NZa)

In de figuur wordt voor de overige categorieën collectiviteiten (niet zijnde werkgevers, patiënten of pseudo-collectiviteiten) het gemiddelde kortingspercentage op de basisverzekering weergegeven. De kortingspercentages zijn gebaseerd op de opgaven van de zorgverzekeraars van kortingspercentages voor maximaal 30 grootste collectiviteiten die groter zijn dan 1% van het totaal van hun collectief verzekerden.

Omdat het hier een deelwaarneming van alleen de grootste collectiviteiten per zorgverzekeraar betreft, wijkt de berekeningswijze van het gemiddelde kortingspercentage enigszins af van de indicator collectieve korting per soort collectiviteit, waarin alle collectiviteiten zijn begrepen. De categorie "Anders" uit die indicator is in deze figuur nader uitgesplitst voor de grootste contracten.

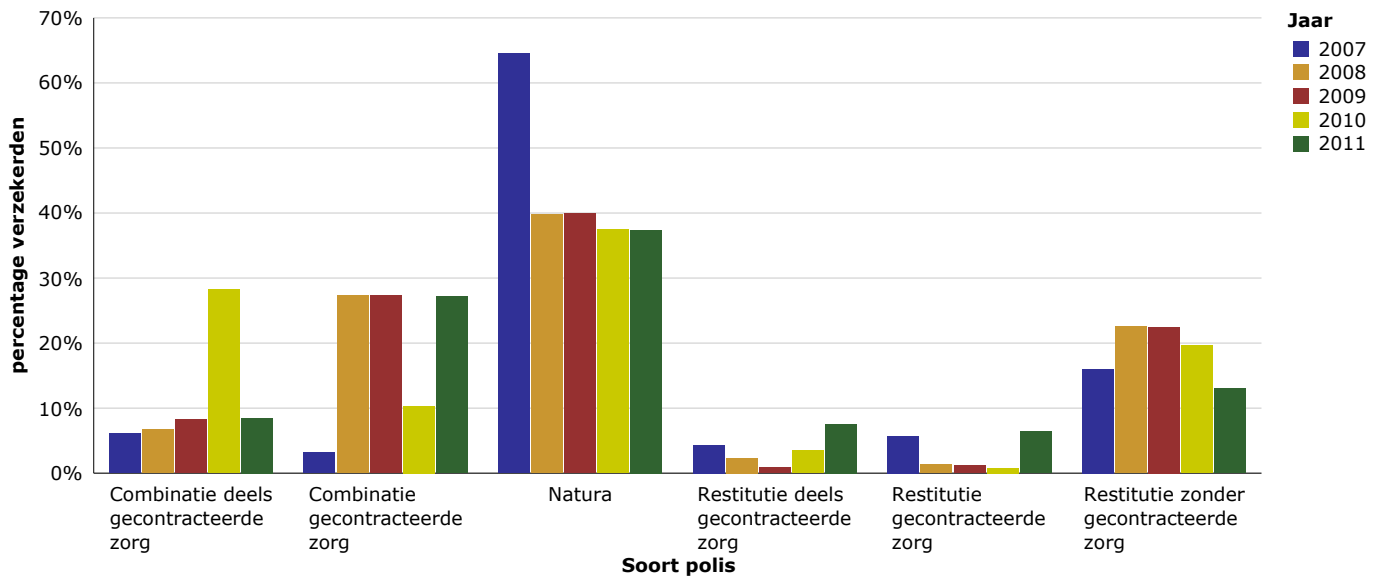
Premiekorting per vrijwillige eigen risico categorie

Korting eigen risico	2007	2008	2009	2010	2011
100	€44	€41	€42	€44	€44
200	€85	€84	€84	€86	€86
300	€123	€121	€121	€126	€127
400	€162	€163	€162	€166	€168
500	€200	€202	€205	€210	€219

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

In de tabel wordt per eigen risico-categorie de gemiddelde premiekorting weergegeven. Uit de tabel blijkt dat de premiekortingen slechts in beperkte mate zijn gegroeid. De ontwikkeling loopt niet synchroon met de premieontwikkeling.

Percentage verzekerden per polissoort



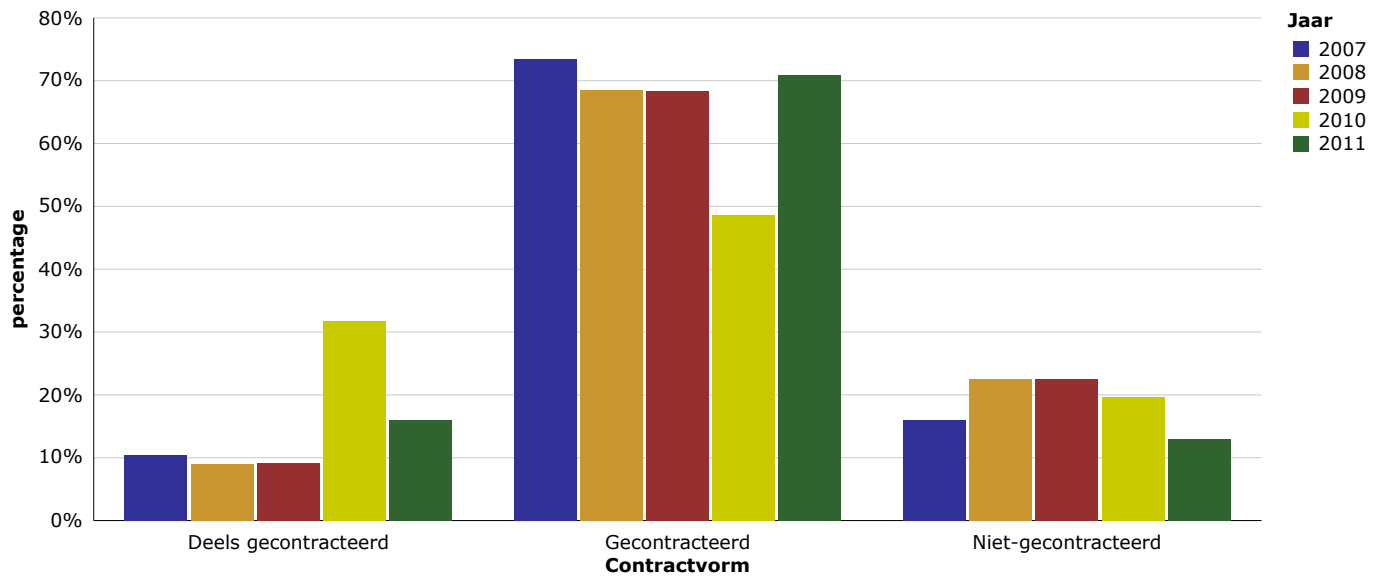
Bron: Vektis

De figuur toont het percentage verzekerden naar polissoort (natura, restitutie, combinatie), nader onderverdeeld naar de mate waarin de polisvoorwaarden uitgaan van gecontracteerde zorg (geheel, niet of deels). Bij een naturapolis is altijd alle zorg gecontracteerd.

In het hoofdstuk marktstructuur is een overzicht opgenomen van het aanbod van polissen. In dit onderdeel marktgedrag is weergegeven hoeveel verzekerden voor een bepaald polistype hebben gekozen.

De opvallende afwijking in 2010 bij de combinatiepolissen is het gevolg van voorwaardenwijzigingen door de zorgverzekeraars.

Percentage verzekeren met polissen met gecontracteerde, deels-gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg

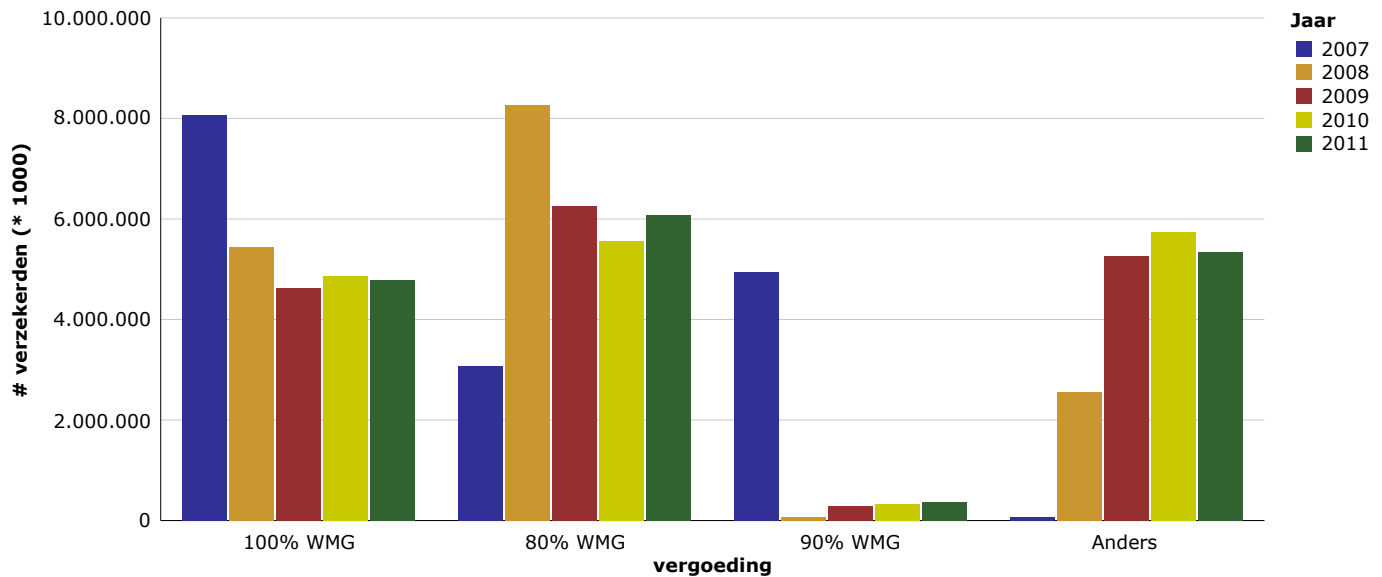


Bron: Vektis

In het hoofdstuk marktstructuur is een overzicht opgenomen van het aanbod van polissen. Bovenstaand figuur geeft het percentage verzekeren aan dat kiest voor polissen met gecontracteerde, deels gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg.

Mutaties in 2010 en 2011 houden vooral verband met wijzigingen in de polisvoorwaarden.

Aantal verzekerden met vergoedingsbeperking bij niet-gecontracteerde zorg



Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

In de figuur is de ontwikkeling te zien van het percentage verzekerden dat een vergoeding voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg moeten betalen. Bij enkele grote verzekeraars wordt een afwijkend percentage van het Wmg- of marktconform tarief vergoed of de eigen bijdrage beperkt tot een absoluut bedrag. Hierdoor zijn de cijfers moeilijk vergelijkbaar tussen de verschillende jaren. Daarnaast zijn nagenoeg alle aanbieders van medisch specialistische zorg gecontracteerd.

De beperking van de vergoeding heeft vooral betrekking op priveklinieken. Omdat deze over het algemeen lagere passantenprijzen hanteren dan algemene ziekenhuizen is de beperking van de vergoeding van enkele verzekeraars feitelijk kleiner. Daarnaast zijn met ingang van 2011 enkele zorgverzekeraars voor specifieke verrichtingen zoals bijvoorbeeld blaasverwijderingsoperaties en borstkankerzorg alleen afspraken gaan maken met ziekenhuizen die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen, zoals een minimum aantal ingrepen per jaar.

Geconstateerd kan worden dat met name de 80% vergoedingscategorie in de jaren 2007-2009 jaren daalt ten gunste van de categorie anders. In de categorie anders is de vergoeding vaak gemaximeerd rond 75% Wmg of een vast bedrag. Vanaf 2009 zijn de vergoedingsbeperkingen gestabiliseerd.

Aantal verzekerden 18+ per vrijwillige eigen risico categorie

Aantal verzekerden 18+	2007	2008	2009	2010	2011
0	11.960.372	12.138.222	12.240.569	12.295.498	12.291.467
100	210.760	204.515	198.549	189.886	189.364
200	119.173	116.914	107.861	110.653	113.874
300	68.701	65.943	72.763	82.407	102.020
400	19.679	19.513	21.709	17.852	18.937
500	238.002	250.715	263.309	288.056	354.080

Bron: Vektis

De tabel geeft het aantal premieplichtige verzekerden per vrijwillige eigen risico categorie weer.

Percentage verzekerden 18+ per vrijwillige eigen risico categorie

Verzekerden 18+	2007	2008	2009	2010	2011
0	94,8%	94,9%	94,9%	94,7%	94,0%
100	1,7%	1,6%	1,5%	1,5%	1,4%
200	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%
300	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,8%
400	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
500	1,9%	2,0%	2,0%	2,2%	2,7%

Bron: Vektis

In de tabel is aangegeven welk percentage verzekerden voor een bepaald vrijwillig eigen risico kiest (€ 0-500). Uit de cijfers blijkt dat het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico behoorlijk stabiel is door de jaren heen, behalve een kleine afname van het aantal verzekerden zonder een vrijwillig eigen risico in 2011 (-0,7%).

Daarbij kan worden geconstateerd dat de afname van het aantal verzekerden in 2011 zonder eigen risico leidt tot een relatief grote toename van het aantal verzekerden met een maximaal eigen risico van € 500.

Gekozen hoogte vrijwillig eigen risico voor verzekerden die een vrijwillig eigen risico hebben gekozen

Percentage verzekerden	2007	2008	2009	2010	2011
100	32%	31%	30%	28%	24%
200	18%	18%	16%	16%	15%
300	10%	10%	11%	12%	13%
400	3%	3%	3%	3%	2%
500	36%	38%	40%	42%	45%

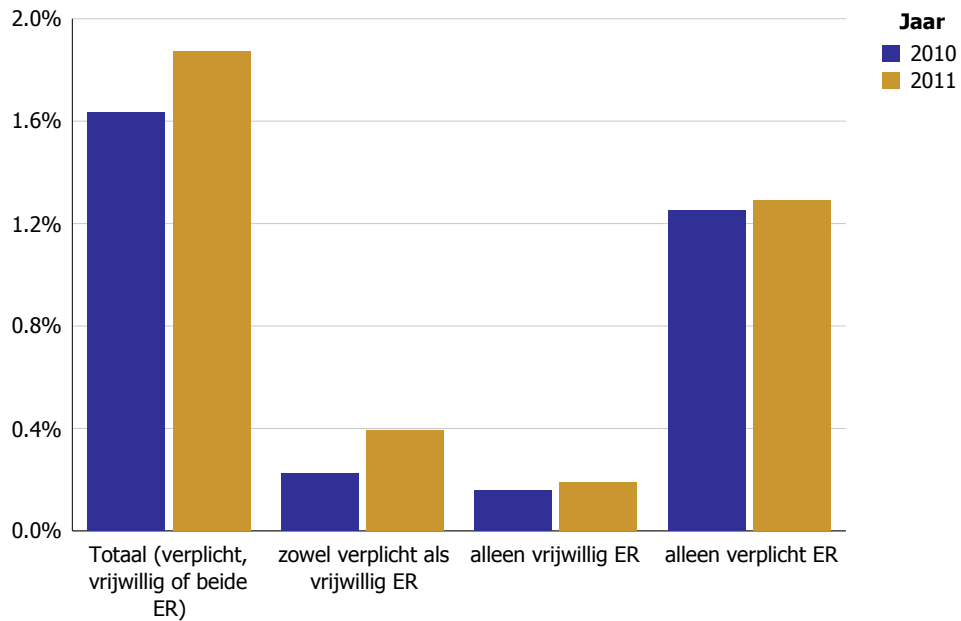
Bron: Vektis

In de tabel is de procentuele opsplitsing van verzekerden met een vrijwillig eigen risico nader opgesplitst per categorie eigen risico. In tegen stelling tot de voorgaande figuur gaat het hier enkel om de verzekerden die voor een eigen risico hebben gekozen van tenminste € 100.

Uit de figuur blijkt dat de relatieve toename van het aandeel van verzekerden met een vrijwillig eigen risico, met 3 procent, minder is toegenomen dan op grond van de vorige figuur zou worden verwacht.

Herverzekering eigen risico

Totaal



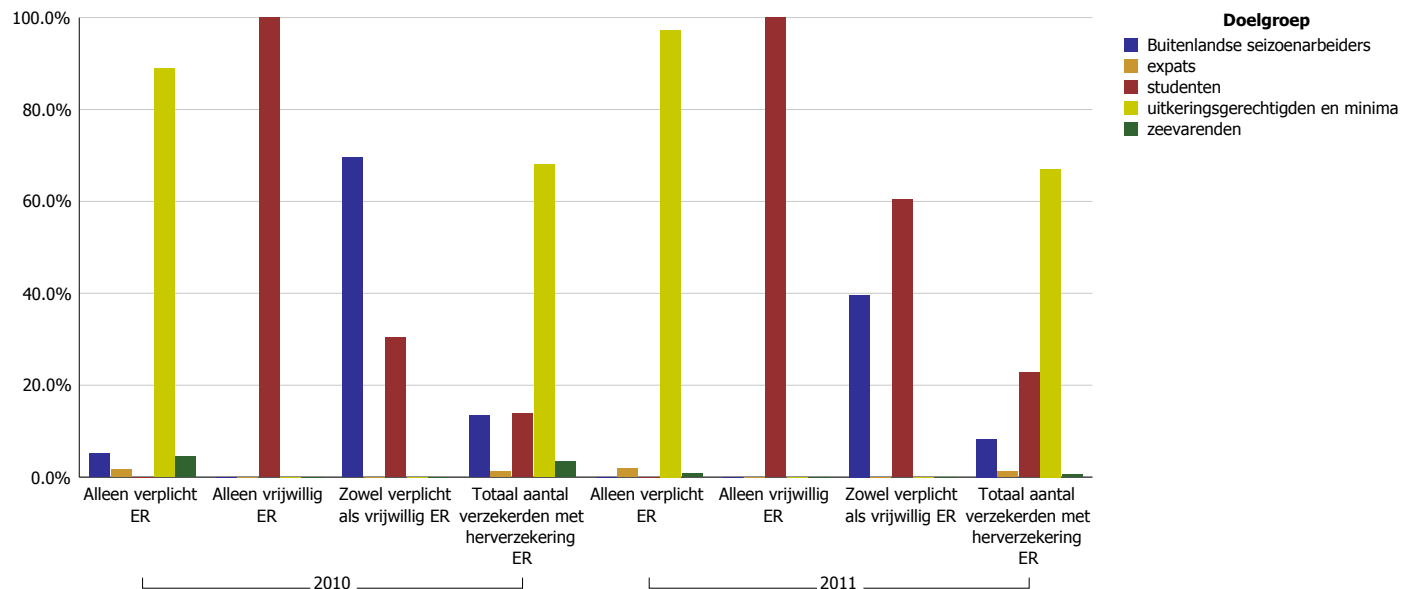
Bron: Collectiviteitenuitvraag (NZa)

De figuur geeft het percentage verzekerden weer waarvan het eigen risico is herverzekerd.

De herverzekeringen worden aangeboden als (gratis) extra bij een collectieve (aanvullende) verzekering of komen volgens CAO voor risico van de werkgever.

Herverzekering eigen risico

Naar categorie verzekerden

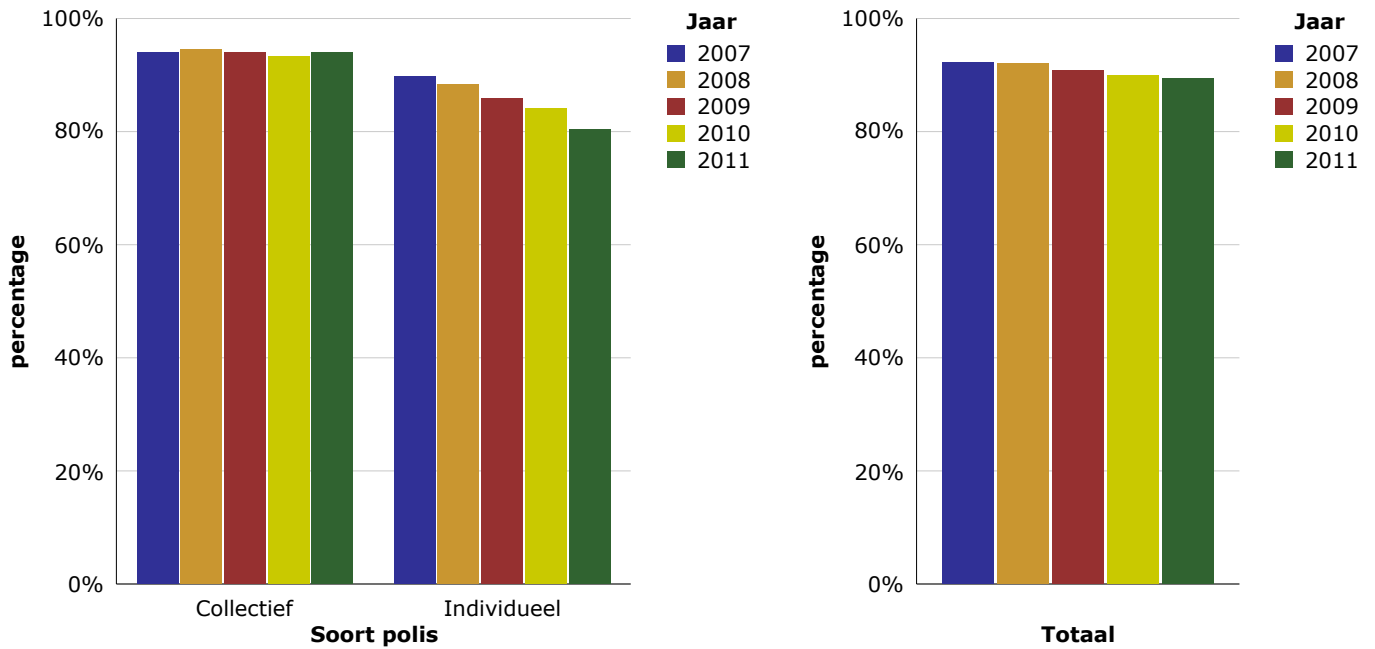


Bron: Collectiviteitenuitvraag (NZa)

Deze figuur geeft een verdeling van de verzekerden met herverzekering van het eigen risico naar een aantal categorieën.

Bij de herverzekering van het verplichte eigen risico en op het totaal betreft het voor het grootste deel uitkeringsgerechtigden en minima die verzekerd zijn via een collectiviteit van gemeentelijke uitkeringsinstantie.

Percentage aanvullend verzekerden per soort polis

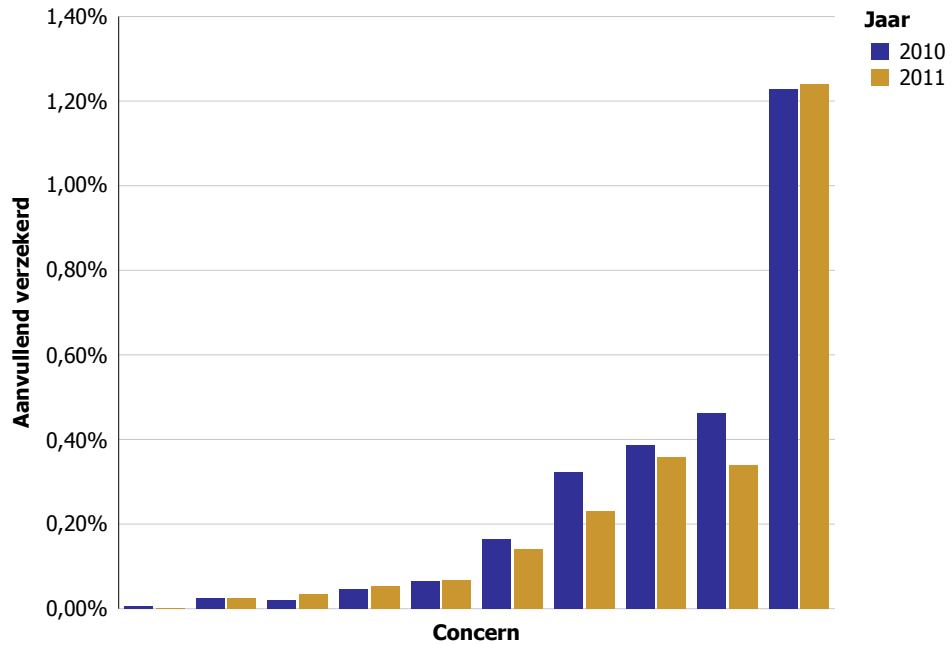


Bron: Vektis

De grafiek geeft het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering weer, opgesplitst naar collectief en individueel verzekerden.

Het percentage individueel verzekerden met een aanvullende verzekering neemt met de jaren af.

Verzekerden met alleen een aanvullende verzekering



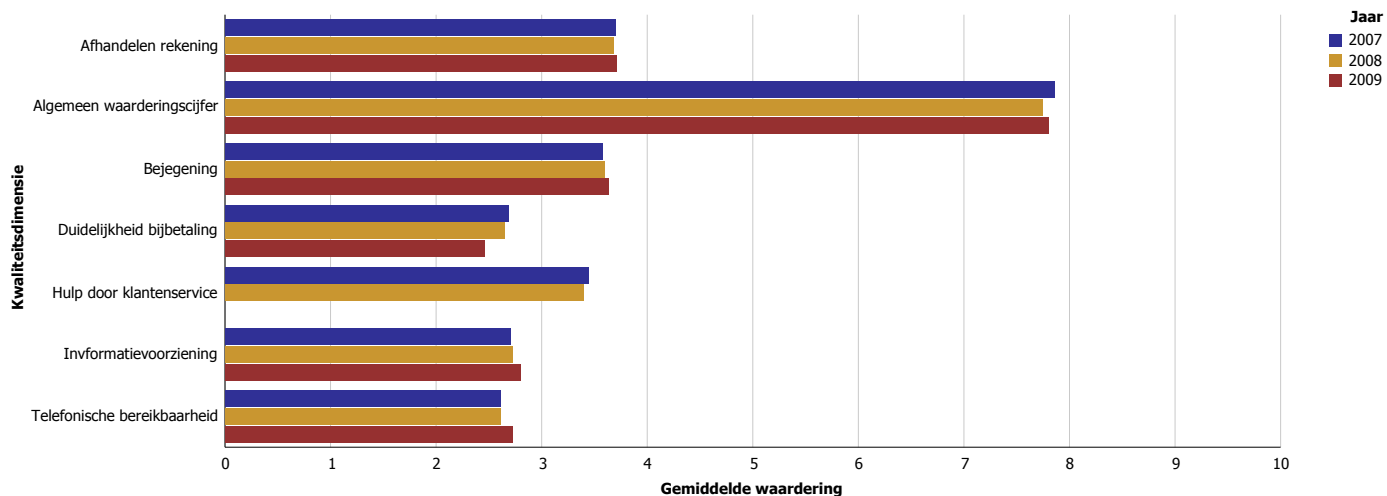
Bron: Vektis

In de figuur is het percentage verzekerden opgenomen dat bij het betreffende concern alleen een aanvullende verzekering heeft afgesloten en de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft lopen.

3. Kwaliteit

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de CQ-index een beeld gegeven van de ervaren kwaliteit bij zorgverzekeraars.

Kwaliteitsbeoordeling zorgverzekeraars met CQ-index



Bron: Nivel

In de grafiek wordt de gemiddelde waardering van zorgverzekeraars weergegeven. Het algemene waarderingscijfers is weergegeven in een tienpunts-schaal. De overige cijfers zijn weergegeven in een vierpunts-schaal.

4. Betaalbaarheid

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de ontwikkelingen in de kosten van de zorgverzekeringsmarkt en gaat daarmee in op één van de publieke belangen, namelijk de betaalbaarheid van de zorg. Diverse indicatoren brengen de betaalbaarheid in beeld.

Spreiding premiegrondslagen van de basisverzekering

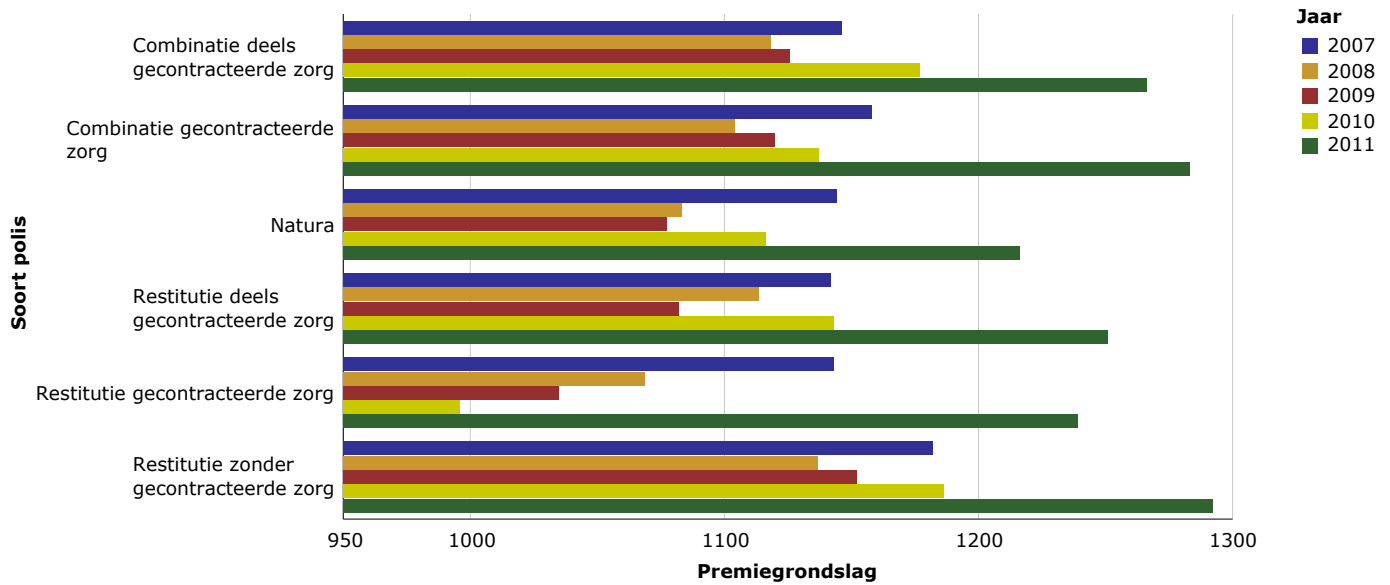
Jaar	Minimum premiegrondslag (C)	Mediaan (C)	Maximum premiegrondslag (C)	50 % van de zorgverzekeringen ligt tussen
2007	1.056	1.152	1.236	€1.137 en €1.169 euro
2008	933	1.115	1.198	€1.089 en €1.135 euro
2009	933	1.125	1.213	€1.095 en €1.150 euro
2010	960	1.158	1.239	€1.137 en €1.197 euro
2011	1.067	1.269	1.343	€1.238 en €1.289 euro

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

Deze tabel geeft de spreiding weer van de premiegrondslagen van de modelovereenkomsten voor de basisverzekering. De premiegrondslag is de prijs exclusief kortingen.

De daling in 2008 houdt verband met het vervallen van de nominale no-claim premie en de invoering van het verplichte eigen risico. De stijging van de premies voor het jaar 2011 wordt grotendeels veroorzaakt door een stijging van de rekenpremie.

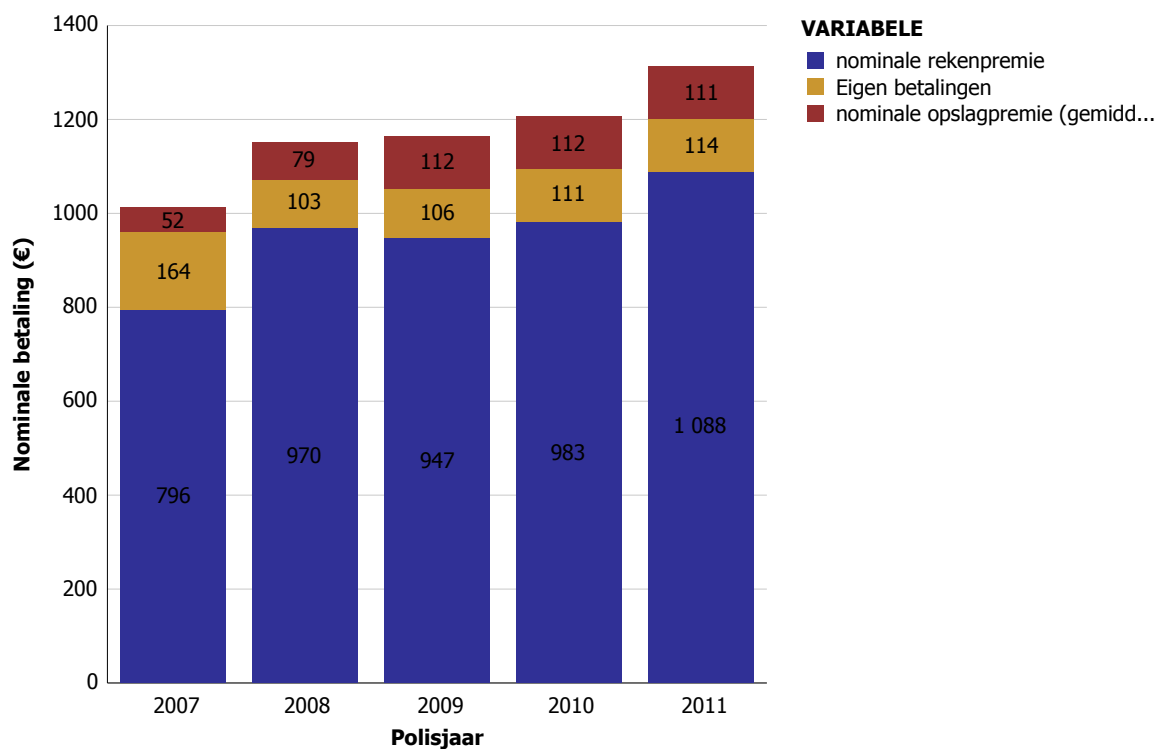
Gemiddelde premiegrondslag



Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

In de grafiek worden de gemiddelde nominale premies (ongewogen en exclusief kortingen) weergegeven per soort zorgverzekering.

De ontwikkeling van nominale betalingen van verzekerden



Bron: VWS

De figuur geeft de opbouw en ontwikkeling van de nominale betalingen van verzekerden weer.

De rekenpremie en de opslagpremie vormen samen de nominale premie voor de zorgverzekering. De eigen betalingen bestaan uit het gemiddeld betaalde eigen risico minus de gemiddelde compensatie voor chronisch zieken.

De rekenpremie en de eigen betalingen worden vastgesteld door de overheid in de begroting van VWS. De opslagpremie wordt bepaald door de zorgverzekeraars ter dekking van hun bedrijfskosten en exploitatiesaldi.

Oorzaak mutatie nominale betalingen

	2008	2009	2010	2011
opslagpremie	27	33	0	-1
verbetering saldo Zorgverzekeringsfonds	65	65-	6	75
zorguitgavenstijging	60	65	40	40
aanpassing naar 50/50 verhouding nominale en procentuele premie	49	23-	10-	10-
	174	-23	36	105
vervallen no-claim deel van de rekenpremie	255-	0	0	0
vervallen van de no claim teruggave	91	0	0	0
verplicht eigen risico (gemiddeld)	109	4	7	6
compensatie chronisch zieken (gemiddeld))	6-	1-	2-	3-
	-61	3	5	3
Totale mutatie nominale betalingen	140	13	41	107

In de tabel is de onderbouwing opgenomen van de ontwikkeling van de nominale premiebetalingen. De bedragen betreffen de ontwikkeling ten opzichte van de premie in het voorgaande jaar. Uitgangspunt voor de vaststelling van de de nominale rekenpremie is de begroting die de overheid jaarlijks op prinsjesdag vaststelt. Daarbij worden de nominale premiebetalingen en de (door werkgevers vergoede) procentuele premies aan elkaar gelijk gesteld (50/50 verdeling). Als de verhouding achteraf geen 50/50 blijkt te zijn, wordt dat in een volgend jaar rechtgetrokken. Het betreft hier voor 2011 de verwachte nominale premieontwikkeling zoals die begroot is en niet de feitelijke nominale premieontwikkeling.

Prijsgevoeligheid overstappen

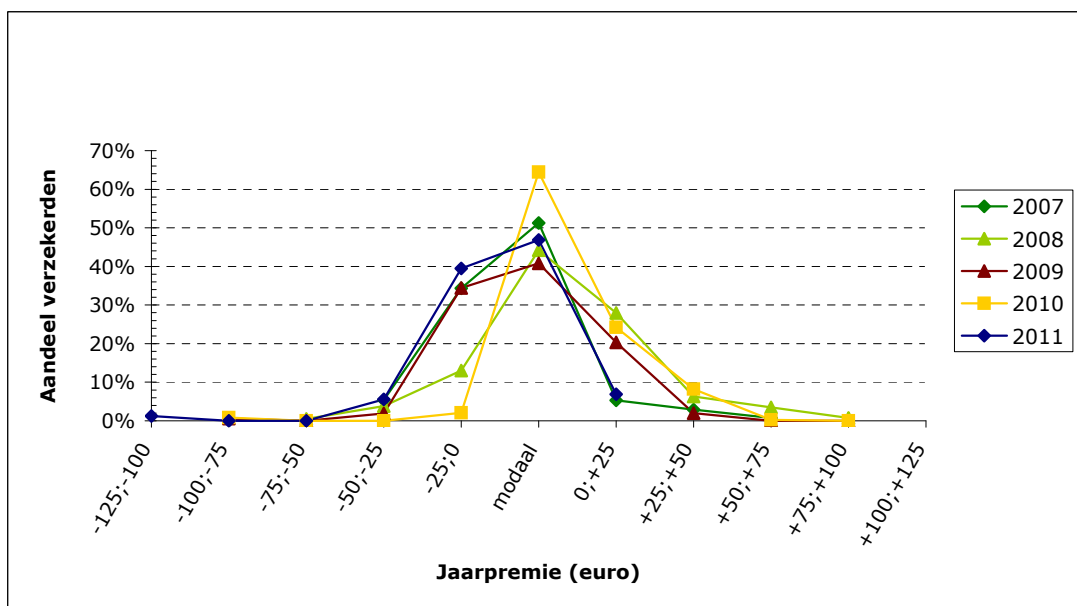
	2007	2008	2009	2010	2011
Ongewogen premie (voor overstappen)	€ 1.115	€ 1.077	€ 1.080	€ 1.118	€ 1.214
Gewogen premie (voor overstappen)	€ 1.105	€ 1.050	€ 1.059	€ 1.099	€ 1.201
Gewogen premie (na overstappen)	€ 1.103	€ 1.050	€ 1.059	€ 1.095	€ 1.199
Totale overstapwinst in miljoen €	€ 31,8	€ 7,2	-€ 4,1	€ 50,4	€ 35,8
Prijsgevoeligheid	-2,0	-0,4	0,2	-2,5	-1,6

Uit de tabel blijkt de premiewinst die per jaar door de verzekerden is behaald door over te stappen. In 2011 is de premiewinst € 35,8 miljoen.

Overstappen is hier breed gedefinieerd; het betreft overstappen naar een andere zorgverzekeraar, naar een andere polis bij de zelfde zorgverzekeraar of tussen een individuele en een collectieve zorgverzekering.

De positieve prijsgevoeligheid in 2009 wordt grotendeels verklaard door de overstap van een grote collectiviteit naar een duurdere polis.

Spreiding van verzekerden over categorieën betaalde premie

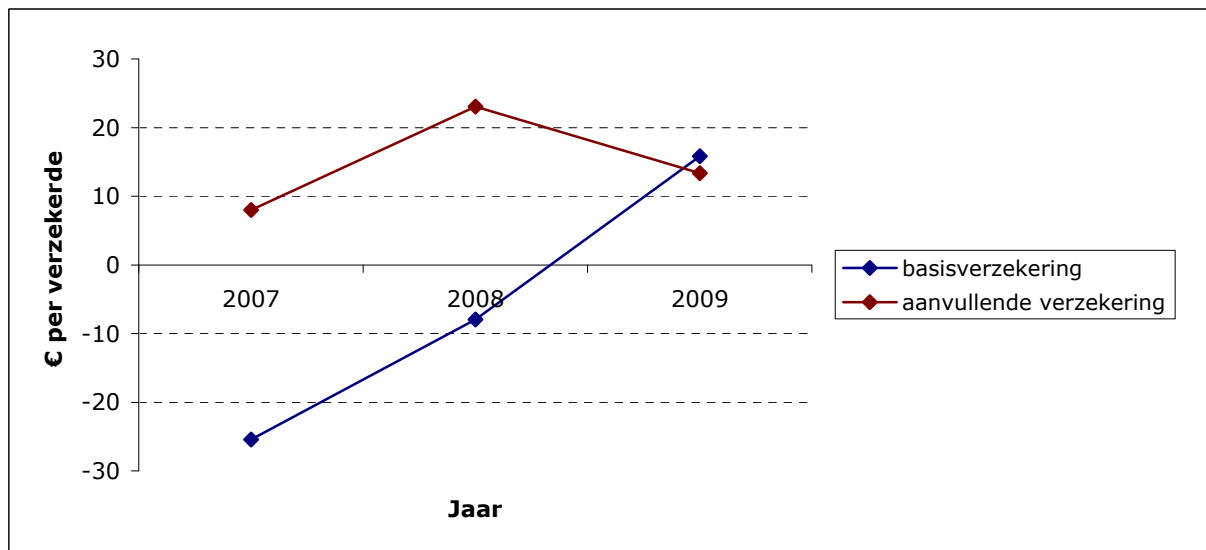


De figuur geeft in percentages van verzekerden aan hoe de spreiding van betaalde premies (inclusief collectiviteitskortingen) is in termen van afwijking van de modale klasse. Gebaseerd op het gewogen gemiddelde van de per zorgverzekeraar betaalde premie.

In 2010 valt 65% van de verzekerden in de modale premie categorie (tussen de € 1.075 en € 1.100), 2% betaalt € 0 tot € 25 minder (dan € 1.075) en 24% betaalt € 0 tot € 25 meer (dan € 1.100).

In 2011 valt 47% van de verzekerden in de modale premie categorie (tussen de € 1.200 en € 1.225), 40% betaalt € 0 tot € 25 minder (dan € 1.200) en 7% betaalt € 0 tot € 25 meer (dan € 1.225).

Exploitatieresultaat zorgverzekeraars



De grafiek toont het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (Zvw) en de aanvullende verzekering. Het exploitatieresultaat is geschoond voor beleggingsresultaten en resultaten uit andere bedrijfsactiviteiten. Het resultaat heeft enkel betrekking op de exploitatie van de basis- dan wel de aanvullende zorgverzekering.

In de marktscan 2010 zijn deze cijfers ook gepresenteerd waarbij gebruik is gemaakt van de kwartaalopgaven van de verzekeraars en ramingen. Deze cijfers zijn gebaseerd op de Jaarstaten Wft van de verzekeraars.

De ontwikkeling van het exploitatieresultaat loopt in de jaren 2007 tot en met 2009 gelijk op met de ontwikkeling van de opslagpremie.

Bron: DNB, Jaarstaten Wft

Begrippenlijst

Collectiviteitsgraad	Het percentage collectief verzekerden ten opzichte van het totaal aantal verzekerden van een zorgverzekeraar.
Combinatiepolis	Een zorgverzekeraar kan een modelovereenkomst ontwikkelen waarbij bepaalde prestaties in natura worden aangeboden en bepaalde prestaties in restitutie. Er wordt dan gesproken van een combinatiepolis.
Concern	Een concern is een groep van vennootschappen die onder een gezamenlijke leiding staat en als eenheid optreedt. Bovenaan de groep staat de moedermaatschappij. De moedermaatschappij heeft als taak het houden van de aandelen in andere groepsmaatschappijen en het voeren van bestuur van de groep als geheel.
Eigen risico	Alle verzekerden onder de Zvw hebben in 2011 een verplicht eigen risico van € 170,-. Dit betekent dat verzekerden van hun zorgkosten de eerste €170,- zelf moeten betalen. Daarnaast kunnen zij in ruil voor een premiekorting een eigen risico van € 100, 200, 300, 400 of € 500,- kiezen. De zorgkosten worden eerst ten laste van het verplicht en het vrijwillig eigen risico gebracht en pas daarna ten laste van de zorgverzekering. Enkele zorgkosten zoals het abonnementstarief voor huisartsenzorg kunnen zijn uitgesloten van het eigen risico.
Gecontracteerde zorg	Bij een modelovereenkomst met gecontracteerde zorg hoeft, daar waar gecontracteerde zorg beschikbaar is, de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet 100% te zijn. De zorgverzekeraar bepaalt de hoogte van de vergoeding, welke geen belemmering mag zijn voor het invoeren van zorg.
Herfindahl-Hirschman Index (HHI)	Een maatstaf die behalve de concentratie ook de spreiding in een regio tot uitdrukking brengt. De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandelen van alle zorgverzekeraars te kwadrateren en bij elkaar op te tellen.
Marktaandeel	Het percentage van de markt dat dit product gebruikt ten opzichte van soortgelijke producten.
Marktconform tarief	Het tarief wat passend is binnen de Nederlandse marktomstandigheden.
Modelovereenkomst	In de modelovereenkomst wordt een overzicht gegeven van de rechten en plichten die zorgverzekeraar en verzekerde jegens elkaar hebben, als een zorgverzekeringsovereenkomst volgens het betreffende model wordt gesloten.
Naturapolis	Een verzekerde prestatie in een naturapolis geeft de verzekerde recht op zorg, ongeacht of de zorgverzekeraar die zorg in eigen beheer verleent of contractueel door zorgaanbieders laat verlenen. De keuze van de verzekerde is per definitie beperkt tot het eigen of het gecontracteerde zorgaanbod van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de geleverde zorg.

Niet-gecontracteerde zorg	Bij een modelovereenkomst zonder gecontracteerde zorg (dat is altijd een restitutiepolis) is de vergoeding 100% van de kosten, waarbij de vergoeding beperkt blijft tot de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten (artikel 2.2 Bzv).
No Claim	In de jaren 2006 en 2007 bestond binnen de zorgverzekering een no claim van € 255. Dit betekende dat wanneer een consument in 2006 geen zorg genoot, deze € 255 terug kreeg van zijn zorgverzekeraar. In 2008 is deze regeling vervangen door het verplicht eigen risico.
Nominale premie	De nominale premie bestaat uit de optelling van de rekenpremie en de opslagpremie.
Opslagpremie	De opslagpremie is het gedeelte van de zorgverzekeringspremie boven de rekenpremie die door zorgverzekeraars wordt gebruikt ter dekking van de bedrijfskosten en het exploitatieresultaat.
Passantenprijs	De prijs die een zorgaanbieder in rekening brengt aan een patiënt, met wiens zorgverzekeraar deze zorgaanbieder geen prijsafspraken heeft gemaakt.
Premiegrondslag	De premie wordt beschreven in de artikelen 16 en 17 van de Zvw. De grondslag van de premie is de premie als geen premiekorting geldt of zou gelden. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie verminderd met de premiekortingen, als deze van toepassing zijn.
Prijsgevoeligheid	De prijsgevoeligheid of ook wel de prijselasticiteit genoemd, geeft de relatieve (procentuele) verandering van de gevraagde hoeveelheid aan als gevolg van een relatieve (procentuele) prijsverandering van dat goed. Met deze uitkomst kan een inschatting worden gemaakt of een prijsverandering leidt tot een stijging van de omzet of juist tot een omzetsdaling. Hoe hoger de absolute waarde is van de prijsgevoeligheid, hoe feller consumenten reageren op een prijswijziging. Over het algemeen is deze reactie tegengesteld aan de prijsontwikkeling. Dus bij een premiestijging zullen verzekerden wegtrekken naar andere aanbieders, terwijl bij een premiedaling het aantal verzekerden zal toenemen.
Rekenpremie	De rekenpremie is de premie die benodigd is om de verwachte schadelast te kunnen dekken. De rekenpremie wordt jaarlijks vastgesteld door het ministerie van VWS.
Restitutiepolis	Een verzekerde prestatie in een restitutiepolis geeft de verzekerde recht op vergoeding van kosten van zorg en desgevraagd zorgbemiddeling, ongeacht of de verzekerde vrij is in zijn keuze van zorgaanbieders of alleen zorg van gecontracteerd aanbod afneemt. De zorgverzekeraar is bij een restitutiepolis zonder overeenkomsten niet verantwoordelijk voor de geleverde zorg.
Wmg-conform tarief	Het tarief wat voor een zorgprestatie op grond van de Wmg is vastgesteld.