

Marktscan

Zorgverzekeringsmarkt 2010

Een scan van de belangrijkste indicatoren

juni 2010

Inhoud

Vooraf	5
1. Inleiding	7
1.1 Marktstructuur	7
1.2 Marktgedrag	8
1.2.1 Marktaandelen	8
1.2.2 Verzekerdenmobiliteit binnen de basisverzekering	8
1.3 Markttuitkomsten	10
1.3.1 Transparantie	10
1.3.2 Toegankelijkheid	10
1.3.3 Betaalbaarheid	10
1.3.4 Kwaliteit	11
Bijlage 1. Begrippenlijst	13

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) monitort markten om haar werkterrein – de zorgmarkten – goed in beeld te brengen. Preciezer geformuleerd: monitoring is een instrument om het functioneren van markten in termen van publieke belangen structureel in kaart te brengen door het verzamelen en analyseren van gegevens ten behoeve van het maken en bewaken van zorgmarkten. Het doel van monitoring is om zicht te krijgen op de zorgmarkten, zodat de NZa in staat is om adequaat te reageren op het marktgedrag en de marktstructuur door middel van toezichtactiviteiten, advisering over regulering of uitvoering van de regulering.

De NZa onderscheidt twee soorten monitoring:

- Marktscan:
 - de NZa heeft voor alle zorgmarkten informatie paraat over een basisset van indicatoren die inzicht geven op de marktstructuur en het marktgedrag. Hierdoor krijgt de NZa globaal inzicht in de stand van zaken van alle zorgmarkten rondom de risico's voor de publieke belangen.
- Verdiepende monitors:
 - een bepaalde zorgmarkt wordt scherp onder de loep genomen, wanneer een risicoanalyse daar aanleiding voor geeft.

Hierbij treft u de eerste marktscan voor de Zorgverzekeringsmarkt 2010. In deze marktscan wordt informatie gegeven over de belangrijkste indicatoren die de NZa gebruikt om de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt te volgen. Indien de NZa hierbij bijzonderheden signaleert wordt daarover in de marktscan gerapporteerd. Deze marktscan is een eerste versie van het nieuwe instrument 'marktscan' waar de NZa gebruik van maakt. Dit instrument zal daarom in de komende tijd nog verder doorontwikkeld worden.

De marktscan bestaat uit een korte analyse van de belangrijkste bevindingen van de marktscan. De onderliggende data zijn opgenomen in een bijlage.

Tot slot een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

1. Inleiding

Vanaf 2010 rapporteert de NZa met behulp van een marktscan over de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt. Uit de monitors van de afgelopen jaren is gebleken dat de markt zich heeft ontwikkeld tot een vrij stabiele markt. Bij de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 was er nog sprake van een turbulente markt. Dit is de reden dat dit jaar is gekozen voor het opstellen van een marktscan in plaats van een uitgebreide monitor.

In deze marktscan wordt ingegaan op de thema's die ook leidend waren voor de monitor zorgverzekeringsmarkt van de afgelopen jaren. Waar noodzakelijk zijn enkele aanvullende analyses meegenomen, zoals de analyse van de aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar dan de basisverzekering. Ook de afkoop van het eigen risico middels collectieve afspraken is in deze marktscan betrokken.

De NZa maakt gebruik van haar risicoanalysemodel (RAM) zorgverzekeringsmarkt om de thema's voor de marktscan te bepalen. De thema's die hieronder verder worden uitgewerkt zijn: marktstructuur, marktgedrag (concentratie en verzekerdemobiliteit) en marktuitskomsten (transparantie, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit).

1.1 Marktstructuur

In 2010 zijn er 11 concerns die in totaal 28 risicodragende zorgverzekeraars omvatten (figuur 1). Zes van deze concerns bestaan uit één zorgverzekeraar. Ten opzichte van het jaar 2009 is er bij het Achmea-concern één risicodragende zorgverzekeraar opgeheven (Groene Land Achmea is overgegaan in Zilveren Kruis Achmea) en is de verzekerdensportefeuille van PNO overgedragen aan ONVZ.

Vrijwel alle zorgverzekeraars bieden hun polissen landelijk aan (figuur 5). Uitzondering hierop is De Friesland. Deze zorgverzekeraar hanteert een polis voor Noord- en een polis voor Zuid-Nederland. Dit zegt overigens niet per definitie iets over de mate van landelijke activiteit van een zorgverzekeraar. Zo biedt Azivo haar diensten nog altijd voornamelijk in de regio Den Haag aan, ondanks het feit dat zij een landelijke polis heeft.

Het aantal aangeboden polissen is in 2010 gelijk gebleven aan het aantal aangeboden polissen in 2009 (figuur 2 en 3). Er zijn drie polissen opgeheven (PNO en Groene Land Achmea). Er is in 2010 één nieuwe (natura) polis op de markt gekomen, de OHRA Zorg Compact. Deze polis wordt gehanteerd door twee zorgverzekeraars binnen één concern. Een andere 'nieuwe' polis betreft het in 2010 gaan voeren van een al bestaande polis door een tweede entiteit binnen een concern (OHRA Zorgverzekering natura (Kruidvat)).

In totaal zijn zeven polissen met gecontracteerde zorg gewijzigd in polissen met deels gecontracteerde zorg. Daarnaast zijn twee naturapolissen gewijzigd naar restitutiepolissen met deels gecontracteerde zorg. De premie van de polissen met deels gecontracteerde zorg is gemiddeld genomen hoger dan de premie van de polissen met gecontracteerde zorg.

De NZa heeft ook gekeken naar de vergoedingsbeperking die zorgverzekeraars hanteren voor niet gecontracteerde zorgaanbieders (figuur 6). Hieruit blijkt dat de vergoedingsbeperking de laatste jaren is toegenomen. Waar verzekerden twee jaar geleden nog 80% vergoed kregen voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg, is deze vergoeding nu gedaald tot 75% van het Wmg- of marktconforme tarief. De verdere beperking van de vergoeding door zorgverzekeraars heeft echter niet geleid tot een afname van de groep verzekerden die voor een polis met gecontracteerde zorg heeft gekozen. Kanttekening hierbij is dat tot op heden alle ziekenhuizen worden gecontracteerd door de zorgverzekeraars en dat de vergoedingsbeperking daarom vooral betrekking heeft op privéklinieken.

Het algemene beeld is dat de zorgverzekeringsmarkt voor zorgverzekeraars ondergrenzen stelt aan de omvang van verzekerdenaantallen. Voor kleine zorgverzekeraars is het moeilijk om de bedrijfskosten te verhalen op hun verzekerden vanwege de omvang.

Verder is de verschuiving van het grote aantal polissen met gecontracteerde zorg naar duurdere polissen met deels gecontracteerde zorg opvallend. Daarbij neemt de vergoedingsbeperking toe die zorgverzekeraars toepassen indien de verzekerde gebruik maakt van een niet gecontracteerde zorgaanbieder.

1.2 Marktgedrag

Het marktgedrag en de mate van concurrentie laat zich afleiden uit een aantal indicatoren. Deze zijn op te delen in de ontwikkeling en de omvang van de marktaandelen enerzijds en de kenmerken van de verzekerdenmobiliteit zoals de prijsgevoeligheid van de verzekerden anderzijds.

1.2.1 Marktaandelen

Uit de analyse van de marktaandelen van de verschillende zorgverzekeraars blijkt dat er nauwelijks verschuivingen hebben plaatsgevonden (figuur 7 en 8).

Uit een analyse van de concentratiegraad van de markt op concernniveau, blijkt dat de concentratiegraad in 2010 niet is toegenomen ten opzichte van 2009 (figuur 10). Dit ondanks de overname van de verzekerdenportefeuille van PNO door ONVZ. Dit kan verklaard worden door de beperkte omvang van de PNO-portefeuille.

Op grond van een analyse van de HHI (Herfindahl-Hirschman Index) kan de zorgverzekeringsmarkt worden gekenmerkt als een geconcentreerde markt (figuur 11). Uitschieters met een hoge HHI zijn Friesland en Zeeland. Deze provincies kennen een hoge mate van concentratie.

1.2.2 Verzekerdenmobiliteit binnen de basisverzekering

Als naar de premiestelling wordt gekeken is het beeld nagenoeg vergelijkbaar met 2009. De opslagpremie waaruit de zorgverzekeraar de bedrijfskosten en het exploitatieresultaat moet financieren, is gelijk gebleven ten opzichte van 2009 (figuur 14). De spreiding van de feitelijk betaalde premie is beperkt ten opzichte van de afgelopen jaren (figuur 12 en 13). Dit komt doordat een tweetal grote verzekeraars, die in 2009 relatief ver onder het gemiddelde zaten, hun premie dermate verhoogd hebben dat zij nu rond het gemiddelde uitkomen. Ruim 64% van de

verzekerden heeft gekozen voor een polis waarvan de premie zeer dicht bij de gemiddelde premie van € 1.095 ligt.

Uit een analyse van de collectieve verzekeringen blijkt dat het aantal verzekerden dat deelneemt aan een collectiviteit jaarlijks met 2% groeit (figuur 16). Momenteel is ruim 64% van alle verzekerden collectief verzekerd.

Uit een analyse van de looptijd van de tien grootste collectieve contracten per zorgverzekeraar en het aantal verzekerden op die contracten blijkt dat 62% van de collectiviteiten al sinds 2006 een contract heeft met dezelfde zorgverzekeraar (figuur 19). Deze contracten omvatten 78% van het aantal collectief verzekerden. Dit betekent dat de oude collectieve contracten relatief veel verzekerden vasthouden ten opzichte van de aanmeldingen van de nieuwere contracten.

Als wordt gekeken naar het kortingspercentage dat per soort collectiviteit wordt bedongen, blijkt dat deze percentages in 2010 licht zijn gestegen ten opzichte van 2009 (figuur 20). Het kortingspercentage voor werkgeverscollectiviteiten is met 7,9% het hoogst. De patiëntenverenigingen hebben het laagste percentage met 5,9%. Dit is echter hoger dan in 2009. Toen was de gemiddelde korting in deze groep 4,1%. Deze wijziging heeft echter weinig invloed aangezien er landelijk 64 collectiviteiten van patiëntenverenigingen zijn met in totaal slechts 29.000 verzekerden.

In 2010 heeft 4,3% van het aantal verzekerden een nieuwe zorgverzekering afgesloten bij een andere zorgverzekeraar (figuur 22). Dit percentage is iets hoger dan in 2009. Toen sloot 3,6% van de verzekerden een nieuwe zorgverzekering af. De reden van deze lichte stijging is niet onderzocht. Consumenten hebben zich in toenemende mate aangesloten bij een collectiviteit of zijn al dan niet collectief overgestapt naar een goedkopere polis. Dit kan duiden op toegenomen prijsgevoeligheid (figuur 24). Door het overstappen is door verzekerden een overstapwinst gerealiseerd van € 50 miljoen ten opzichte van 2009.

Op basis van de voorgaande indicatoren lijkt er sprake te zijn van verscherpte prijsconcurrentie. De trend van de afgelopen jaren wordt hiermee niet doorgezet. In de voorgaande jaren was het beeld dat de (in 2006 en 2007 nog scherpe) prijsconcurrentie afnam. De gemiddelde betaalde premie gaat in 2010 weliswaar omhoog maar de NZa heeft geen reden te veronderstellen dat dit leidt tot hogere winsten voor de zorgverzekeraar. Prijsstijging is ook mogelijk in een heel concurrerende omgeving (bijv. door stijgende zorgkosten). De NZa heeft nog onvoldoende inzicht in de ontwikkeling van het exploitatieresultaat van de zorgverzekeraars voor de jaren 2009 en 2010 (figuur 15). Daarom kan niet definitief een uitspraak worden gedaan over de vraag of de stijging van de premie die wordt geconstateerd bij het onderdeel betaalbaarheid leidt tot hogere winsten. In een concurrerende omgeving geven verzekeraars hun winsten door aan verzekerden in een scherpe premie.

1.3 Marktuitlekomsten

De marktuitlekomsten zijn beoordeeld middels een analyse van de transparantie en de drie publieke peilers toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

1.3.1 Transparantie

De NZa heeft eind 2009 de informatie van de vergelijkingsites beoordeeld (figuur 25). Er zijn tien sites gecontroleerd (vorig jaar negen). De sites zijn beoordeeld op volledigheid, juistheid, inzichtelijkheid en transparantie. Alle sites hebben dit jaar de maximale score op volledigheid. Op één site na scoren alle sites ook dit jaar weer de maximale score op juistheid. Vorig jaar scoorde de site zonder maximale score een '-', dit jaar scoort deze site '+'. Ook op inzichtelijkheid en transparantie scoren alle sites goed.

Uit de analyse van de kwaliteit van de dienstverlening door zorgverzekeraars aan verzekerden (figuur 36) blijkt dat de duidelijkheid die zorgverzekeraars geven over de bijbetaling in geval een consument naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat is afgenomen (Bron CQ-index NIVEL). De variatie van het aantal mogelijkheden in eigen betalingen neemt toe, denk hierbij aan wettelijke eigen bijdragen, het eigen risico en de vergoedingsbeperking bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. Dit is terug te zien in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars. Deze toegenomen variatie van vergoedingen zou kunnen leiden tot een verminderde begrijpelijkheid van de polisvoorwaarden.

1.3.2 Toegankelijkheid

In het kader van toegankelijkheid is gekeken naar de aanvullende verzekeringen. Hieruit blijkt dat het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 daalt (figuur 26). Dit geldt voornamelijk voor verzekerden die niet deelnemen aan een collectiviteit. De oorzaak daarvan kan zijn dat collectief verzekerden meer geneigd zijn tot het aanschaffen van een aanvullende verzekering omdat collectiviteiten forse kortingen op of zelfs gratis aanvullende verzekeringen aanbieden. Het komt ook voor dat sommige collectiviteiten een aanvullende verzekering verplichten.

Als gekeken wordt naar het aantal verzekerden dat de aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar heeft afgesloten (figuur 27) dan de zorgverzekeraar waarbij zij op dit moment hun basisverzekering hebben lopen, valt met name de beperkte omvang van deze groep op. In totaal gaat het om 45.000 verzekerden of 0,3% van alle verzekerden.

1.3.3 Betaalbaarheid

Een verzekerde betaalt in 2010 gemiddeld € 1.095 aan nominale premie voor zijn basisverzekering (figuur 28); in 2009 was dat € 1.059 (+3,4%). Daarnaast betalen verzekerden in 2010 naar verwachting gemiddeld € 111 aan eigen risico (hierin is de compensatie voor het eigen risico al verdisconteerd).

De gemiddelde premiegrondslag komt in 2010 uit op € 1.154 per maand (figuur 30). In 2009 was dit € 1.117. De premie is in 2010 relatief hard gestegen ten opzichte van de premiestijging in de jaren 2009 en 2008. De mutatie wordt nagenoeg geheel veroorzaakt door een gestegen rekenpremie, doordat VWS verwacht dat de schadelast met € 40

toeneemt. Het verzekerde pakket is in 2010 nauwelijks gewijzigd ten opzichte van 2009. De rekenpremie is gestegen van € 947 in 2009 naar € 983 in 2010.

De laagste premiegrondslag is in 2010 € 960 voor een naturapolis. De hoogste premiegrondslag is in 2010 € 1.239 voor een restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg.

De premiekorting bij het vrijwillig eigen risico varieert in 2010 tussen gemiddeld € 44 bij € 100 eigen risico tot gemiddeld € 210 bij € 500 eigen risico (figuur 31). Deze kortingsbedragen zijn de afgelopen jaren nagenoeg gelijk gebleven.

Het percentage verzekerden zonder een eigen risico is al vanaf 2007 ongeveer gelijk met 94,7% van alle verzekerden van 18 jaar en ouder (figuur 33 en 34). Wel is er een heel lichte stijging zichtbaar van het aantal verzekerden met een maximaal vrijwillig eigen risico. De toename lijkt grotendeels te komen uit verzekerden met voorheen een eigen risico van € 100 of € 200.

De NZa heeft onderzocht in hoeverre middels collectiviteiten of aanvullende verzekeringen het eigen risico is herverzekerd (figuur 35 en 36). Tien zorgverzekeraars maken gebruik van de mogelijkheid om het eigen risico te herverzekerden. Voor 211.000 verzekerden is het eigen risico herverzekerd. 191.000 verzekerden hebben hun verplicht eigen risico herverzekerd. 50.000 hebben hun vrijwillig eigen risico herverzekerd, waarvan 30.000 ook hun verplicht eigen risico hebben herverzekerd. Ten opzichte van de totale verzekerdenpopulatie van 18 jaar en ouder is dit 1,6%, respectievelijk 1,5% en 0,4%. Bij de groep die het verplicht eigen risico hebben herverzekerd valt in eerste instantie op dat het hier voornamelijk om collectiviteiten gaat die zijn gesloten ten behoeve van uitkeringsgerechtigden en minima. Het vrijwillig eigen risico wordt voornamelijk afgekocht door studenten en seizoensarbeiders.

Uit de analyse van de collectiviteitskortingen blijkt dat werkgevers de hoogste kortingen bedingen (figuur 21). Alternatieve collectiviteiten zoals sociale diensten, bonden, internetcollectieven zitten daar gemiddeld 1,5% onder. Het is mogelijk voor verzekerden om ook via andere kanalen dan werkgevers deel te nemen aan een collectiviteit. Er is geen duidelijke trend te herkennen in de ontwikkeling van de kortingspercentages per soort collectiviteit. Het betreft hier een analyse van de tien grootste collectiviteiten per zorgverzekeraar.

1.3.4 Kwaliteit

De kwaliteit van zorgverzekeraars is beoordeeld op een tweetal onderdelen. Als eerste de totale waardering van verzekerden over de dienstverlening door de verzekeraar. Het tweede onderdeel betreft de dekking die zorgverzekeraars geven. In het bijzonder gaat het dan om de vergoedingsbeperking indien verzekerden zorg betrekken bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Dit onderdeel wordt ook besproken bij het onderwerp marktstructuur.

De waardering van de dienstverlening van de zorgverzekeraars door verzekerden (figuur 36) blijkt in 2009 licht te zijn gestegen ten opzichte van 2008 (bron: NIVEL). Dit geldt zowel voor de totale waardering als de waardering op onderdelen.

Uit de analyse van het aanbod is gebleken dat bij een relatief groot aandeel van de zorgverzekeringen de dekking is gewijzigd (figuur 37). Dit heeft voornamelijk betrekking op de mate van contractering en de

bijbehorende vergoeding indien de verzekerde toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (zie figuur 6). Een groot aantal polissen in 2010 is verschoven van gecontracteerde naar deels gecontracteerde zorg. Overall ontstaat hier het beeld dat er op minder verstrekkingen nog sprake is van gecontracteerde zorg, maar dat de vergoedingsbeperkingen voor die verstrekkingen, indien de verzekerde toch naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat, wel toenemen. Omdat de meeste zorgaanbieders worden gecontracteerd is het effect van de vergoedingsbeperking echter beperkt. De verandering van de polisvoorwaarden door de verzekeraars heeft tot op heden niet geleid tot overstappen door verzekerden.

De meeste verzekerden in 2010 blijken een naturapolis te hebben (bijna 40%) (figuur 38). Daaropvolgend heeft bijna 30% een combinatiepolis met deels gecontracteerde zorg. 10% van de verzekerden heeft een combinatiepolis met gecontracteerde zorg. Hierbij valt ook weer de grote verschuiving op van combinatiepolissen met gecontracteerde zorg naar combinatiepolissen met deels gecontracteerde zorg.

Bijlage 1. Begrippenlijst

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.

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.

Natura: 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.

Restitutie: 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.

Combinatie: Een zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om een modelovereenkomst te ontwikkelen waarbij bepaalde prestaties in natura worden aangeboden en bepaalde prestaties in restitutie. Er wordt dan gesproken van een combinatiepolis.

Niet gecontracteerde zorg: Bij een modelovereenkomst zonder gecontracteerde zorg (dat is altijd een restitutiepolis) is de vergoeding 100% van de kosten, met dien verstande dat de vergoeding beperkt blijft tot de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten (artikel 2.2 Bzv).

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.¹ De zorgverzekeraar bepaalt de hoogte van de vergoeding, welke geen belemmering mag zijn voor het invoeren van zorg.

Wmg-conform tarief: Het tarief wat voor een zorgprestatie op grond van de Wmg is vastgesteld.

Marktconform tarief: Het tarief wat passend is binnen de Nederlandse marktomstandigheden.

Passantenprijs: De prijs die een zorgaanbieder in rekening brengt aan een patiënt, met wiens zorgverzekeraar deze zorgaanbieder geen prijsafspraken heeft gemaakt.

Marktaandeel: Marktaandeel is een begrip dat in onder andere de economie wordt gebruikt. Het marktaandeel van een product wil zeggen

¹ Zie ook paragraaf 3.1.2.9 voor toestemmingsvereisten in kader van artikel 13 Zvw.

hoeveel procent van de markt dit product gebruikt ten opzichte van soortgelijke producten.

Herfindahl-Hirschman Index (HHI): Dit is een term uit de macro-economie, meer in het bijzonder op het terrein van mededinging, en is een maat voor de concentratie (marktaandeel) in een bedrijfstak. De HHI kan als concentratiegraad gebruikt worden voor de beantwoording van de vraag in welke mate er in een bedrijfstak sprake is van een (bijna-) monopolie, een oligopolie, of van een goed gespreid scala aan aanbieders. De Herfindahl-index is de som van de kwadraten van alle marktaandelen.

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.

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.

Eigen risico: Alle verzekerden onder de Zvw hebben in 2010 een verplicht eigen risico van € 165,-. Dit betekent dat verzekerden van hun zorgkosten de eerste € 165,- 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.

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.

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.

Nominale premie: De nominale premie bestaat uit de optelling van de rekenpremie en de opslagpremie.

Collectiviteitsgraad: Het percentage collectief verzekerden ten opzichte van het totaal aantal verzekerden van een zorgverzekeraar.

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.