



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt

Een kennissynthese

Judith D. de Jong
Anne E.M. Brabers
Stef Bouwhuis
Manja Bomhoff
Roland Friele

ISBN 978-94-6122-348-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	4
In het kort	5
1 De zorgverzekeringsmarkt	10
2 Keuzevrijheid van verzekerden	13
3 Transparantie en informatie	35
4 Financiële prikkels	46
Literatuur	60
Bijlage 1 Voorwaarden voor gereguleerde concurrentie en bedoelde en onbedoelde effecten op de zorgverzekeringsmarkt	65
Bijlage 2 Toelichting bij grafieken, gebaseerd op data van de NZa en/of Vektis	68

Voorwoord

Voor u ligt een kennissynthese van het NIVEL. Kennissyntheses zijn het antwoord van het NIVEL op de enorme groei van het aantal informatiebronnen en de daarmee gepaard gaande behoefte aan synthese van al die informatie. We geven inzicht in de stand van de kennis, toegesneden op een gerichte beleidsvraag en in de thema's die op dit moment van belang zijn, de kansen en mogelijke risico's. Die kennissyntheses zijn bedoeld voor mensen in veld en beleid. Deze kennissynthese is uitgevoerd in opdracht van de VRZ, de vereniging van Nederlandse kwaliteitszorgverzekeraars, bestaande uit de zorgverzekeraars ONVZ, Eno en Zorg & Zekerheid. Het NIVEL is verantwoordelijk voor de inhoud van dit rapport.

In het kort

In deze kennissynthese hebben we de werking van de zorgverzekeringsmarkt onder de loep genomen. We hebben een aantal ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt beschreven, waarbij we ons hebben gericht op drie thema's: (1) keuzevrijheid van verzekerden, (2) transparantie en informatie en (3) financiële prikkels. De conclusies per (sub)thema staan in het rapport in boxen samengevat. Hieronder beperken we ons tot het bediscussiëren van een aantal resultaten, waarbij we de thema's met elkaar verbinden.

De dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt levert vooral een prijsprikkel op

Verzekerden wisselen vooral van verzekeraar als ze vinden dat de premie van hun huidige verzekering te hoog is geworden. Het percentage verzekerden dat overstapt is tussen 2006 en 2009 gedaald. Vanaf 2010 zien we een toename van het percentage overstappers. De hoogte van de premie is belangrijker dan premieverschillen: we zien geen verband tussen het percentage overstappers en de verschillen in premie tussen verschillende polissen. Het zijn vooral jongeren die wisselen van zorgverzekeraar. Voor hen zullen zorginhoudelijke redenen minder belangrijk zijn, omdat zij waarschijnlijk weinig zorg gebruiken. Van het wisselen van zorgverzekeraar gaat dus vooral een prijsprikkel uit.

Ongeveer 70% van de verzekerden is verzekerd via een collectief, de meesten via de werkgever. Werkgevers letten bij het kiezen voor een verzekeraar vooral op de premie(korting) en geven daarmee dus ook een prijsprikkel. Gelegenheidscollectiviteiten zijn in opkomst, dat zijn bijvoorbeeld collectiviteiten via een winkel of bank. Deze zijn vooral gericht op het bedingen van een korting. Ook van de collectiviteiten gaat dus vooral een prijsprikkel uit.

De zorgverzekeringsmarkt levert geen kwaliteitsprikkel op

Naast een prijsprikkel zou de dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt ook een kwaliteitsprikkel op moeten leveren. Dit lijkt niet het geval. Kwaliteit van zorg speelt nauwelijks een rol bij het wisselen van zorgverzekeraar. Dit is ook niet vreemd aangezien informatie over de kwaliteit van de (gecontracteerde) zorg nauwelijks beschikbaar is. Ook collectiviteiten spelen deze rol niet, terwijl dat wel zou kunnen. Collectiviteiten van patiëntenorganisaties letten meer op de inhoud van de zorgverzekering dan bijvoorbeeld collectiviteiten van werkgevers. De onderhandelingsmacht van patiëntenorganisaties richting zorgverzekeraars is echter beperkt, omdat er weinig verzekerden kiezen voor een collectieve verzekering via een patiëntenorganisatie. Er is daarnaast wel een aantal voorbeelden waarbij een collectief meer is dan alleen een middel om korting te krijgen zoals de collectieve zorgverzekering voor sociale minima of collectieve verzekeringen voor bedrijven waarbij ook contracten worden afgesloten om ziekteverzuim te voorkomen.

Vrees voor administratieve problemen en niet geaccepteerd worden voor aanvullende verzekering is rem op wisselen

Een deel van de verzekerden percipieert belemmeringen bij het wisselen van een verzekering. We hebben geen aanwijzingen gevonden dat deze belemmeringen zich ook daadwerkelijk voordoen in de praktijk. Het gaat dus niet zozeer om objectieve belemmeringen, maar meer om geperciperde belemmeringen. Dit zien we vooral terug bij chronisch zieken en gehandicapten. Een deel van hen geeft aan niet te wisselen, omdat ze bang zijn niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende

verzekering, of bang zijn voor (administratieve) problemen. In de algemene bevolking zien we een afname van het aantal verzekerden dat niet overstapt vanwege angst voor (administratieve) problemen. Het punt van gepercipieerde belemmeringen wordt door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in haar actie plan 'Kern gezond' (2015) aan de orde gesteld. In het actieplan is opgenomen dat zorgverzekeraars het uitgangspunt gaan hanteren dat verzekerden toegang hebben tot de aanvullende verzekering, als deze verzekerden bij de oude zorgverzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering hadden afgesloten.

Keuzestress lijkt geen wijdverbreid fenomeen

Tussen 2006 en 2015 is het aantal polissen waar verzekerden uit kunnen kiezen toegenomen van 55 naar 71. De toename was het sterkst na 2011. Er is dus een ruime keuze en de vraag is of deze hoeveelheid niet belemmerd werkt, of er sprake is van keuzestress. Uit deze kennissynthese blijkt dat er inderdaad een groep is die keuzestress ervaart: 12% van de verzekerden stapt niet over vanwege de moeite die het kost. Deze groep is echter niet toegenomen sinds 2011, toen het aantal polissen sterk toenam. Een gevolg van keuzestress zou kunnen zijn dat veel mensen ontevreden zijn over hun zorgverzekering, omdat ze niet de juiste polis hebben gekozen. Er is weliswaar een groep die ontevreden is, maar deze groep is beperkt in omvang: ongeveer 5% van de verzekerden is (zeer) ontevreden over de basisverzekering en eveneens 5% is (zeer) ontevreden over de aanvullende verzekering. Dit zijn allemaal aanwijzingen dat keuzestress geen wijdverbreid fenomeen is en dat keuzestress vooralsnog niet toeneemt vanwege de toename van het aantal polissen. Toch komt uit de interviews wel naar voren dat de toename in het aantal polissen mogelijk een probleem is, omdat dit het keuzeproces complex maakt.

Veel mensen weten niet wat hun polis inhoudt, terwijl ze zeggen dit wel heel belangrijk te vinden

De overgrote meerderheid (93%) van de verzekerden vindt het belangrijk om te weten wat hun zorgverzekering inhoudt (Reitsma-Van Rooijen et al., 2014a). Echter veel verzekerden, iets meer dan de helft, weten niet welke polis zij hebben (Februari peiling 2014, Consumentenpanel Gezondheidszorg). De informatievoorziening van zorgverzekeraars schiet nog tekort, vooral als het gaat om het gecontracteerde zorgaanbod en het preferentiebeleid met betrekking tot geneesmiddelen.

Maar, het ligt niet alleen aan de informatievoorziening door de verzekeraars. Verzekerden zoeken de beschikbare informatie vaak niet op. Het vergelijken van polissen op alleen de premie is één van de manieren waarop verzekerden het keuzeproces kunnen vereenvoudigen. Hierdoor baseren verzekerden hun keuze voor een polis op een zeer beperkte hoeveelheid informatie. Dit staat tegenover de uitspraak van vrijwel elke verzekerde dat hij of zij het belangrijk vindt om te weten wat hun zorgverzekering inhoudt. Een restitutiepolis is relatief eenvoudig, omdat daar niet selectief voor wordt ingekocht. Maar, dan moeten verzekerden wel weten wat voor soort polis zij hebben.

Vrijwillig eigen risico: vooral jongeren, mensen met een hoger inkomen en goede gezondheid

Het zijn vooral verzekerden met een hoger inkomen, jongeren en verzekerden die zich gezond voelen die kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Over het algemeen zijn dit groepen die weinig zorg gebruiken waardoor de kans dat zij voor hoge kosten komen te staan klein is. De groep met een hoger inkomen zal de hoge kosten relatief makkelijk zelf kunnen dragen. Dat vooral verzekerden die weinig zorg gebruiken kiezen voor een vrijwillig eigen risico betekent dat een eventuele remmende werking op zorggebruik en een financieringsverschuiving door het hoge vrijwillig eigen risico nauwelijks zal optreden.

Het percentage verzekerden dat een vrijwillig eigen risico heeft afgesloten is toegenomen tussen 2008 en 2015 van 5% naar 12%. Deze toename zit vooral in de stijging van het percentage verzekerden dat voor een maximaal vrijwillig eigen risico van 500 euro heeft gekozen. We zien dat met de stijging van het verplichte eigen risico van 150 euro in 2008 naar 375 euro in 2015 ook het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is gestegen. In ruil voor een hoger vrijwillig eigen risico krijgen verzekerden een korting op de premie. In die zin kan het dus aantrekkelijk zijn om voor een vrijwillig eigen risico te kiezen. Met de stijging van het verplichte eigen risico zullen meer verzekerden het verplichte eigen risico niet opmaken. Hierdoor is het aantrekkelijk om een hoog vrijwillig eigen risico te nemen tegen een lagere premie.

Beschouwing

Het zorgstelsel kent een ontwikkeling van een meer paternalistisch stelsel naar een stelsel waarin mensen meer ruimte hebben gekregen om zelf keuzes te maken. Dit gaat gepaard met meer verantwoordelijkheid. In het huidige stelsel hebben verzekerden veel te kiezen. Ze kunnen kiezen uit verschillende soorten basisverzekeringen, een vrijwillig eigen risico en uit diverse aanvullende verzekeringen. De NZa berekende dat er in totaal ongeveer 5.940 verzekeringsopties zijn (NZa, 2015).

Keuzevrijheid

Het is niet denkbeeldig dat verkeerde keuzes van verzekerden kunnen leiden tot ongewenste situaties. In deze kennissynthese zijn we die voorbeelden nog maar nauwelijks tegengekomen. Door het kiezen van een vrijwillig eigen risico nemen verzekerden een risico van maximaal 875 euro in 2015. Als zij dan veel zorg gebruiken, zullen ze dit bedrag zelf moeten betalen. Dit kan problematisch zijn voor mensen met een klein inkomen. Ook kunnen verzekerden kiezen voor een polis waarvoor selectief, en dus beperkt, gecontracteerd is, zonder dat men zich dit realiseert. Als men dan een ziekenhuis bezoekt wat niet gecontracteerd is, dan kan dit leiden tot hoge kosten. Het kunnen maken van keuzes die ongelukkig uitpakken is onlosmakelijk verbonden met het bieden van keuzevrijheid.

Op de zorgverzekeringsmarkt is een belangrijke rol weggelegd voor de “kiezende consument”. De “kiezende consument” wordt gezien als de motor achter de werking van het stelsel. Uit onderzoek weten we ook dat keuzevrijheid voor verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt een belangrijke waarde is. Op de zorgverzekeringsmarkt levert deze “kiezende consument” vooral een prijsprikkel. Om ook invloed te hebben op de kwaliteit zal aan een aantal aanvullende eisen moeten worden voldaan. Verzekerden zullen weloverwogen beslissingen moeten nemen waarbij ze zowel de premie als de kwaliteit van de ingekochte zorg laten meewegen. Hiervoor moeten ze kwaliteitsinformatie kunnen beoordelen en feitelijk al weten van welke zorg ze in de toekomst gebruik gaan maken. Op dit moment, bijna 10 jaar na de introductie van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg, nemen verzekerden deze weloverwogen beslissingen niet. De “kiezende consument” als motor voor kwaliteitsverbetering werkt nog steeds niet. Tezelfdertijd loopt de “kiezende consument” door de toename van het vrijwillig eigen risico en de introductie van polissen met beperkingen wel meer risico's.

Om het risico op ongelukkig uitpakkende keuzes te beperken zijn verschillende strategieën denkbaar. We bespreken er hier twee.

In de eerste strategie staat het “nader informeren” centraal. Verzekerden worden dan gewezen op de risico’s van een polis in een zogenoemde “bijsluiter”. In de financiële wereld bestaat voor complexe producten (bijvoorbeeld een hypotheek) een financiële bijsluiter, met daarin informatie over rendementen, risico’s en kosten. Deze informatie is ervoor bedoeld om consumenten te helpen bij het nemen van een beslissing over de aanschaf van een complex product. De informatie in dergelijke bijsluiters wordt gecontroleerd door de Autoriteit Financiële Markten (AFM). In het actieplan van ZN is opgenomen dat zorgverzekeraars door middel van een “bijsluiter” bijzondere/afwijkende voorwaarden van een polis expliciet onder de aandacht brengen van verzekerden (ZN, 2015). In deze strategie wordt dus ingezet op het geven van meer en betere informatie. Kern van de strategie is dat er een informatieplicht ligt bij de aanbieder en dat de verzekerde uiteindelijk zelf verantwoordelijk is om deze informatie te gebruiken en zelf verantwoordelijk is voor de keuzes die hij of zij maakt.

De resultaten uit deze kennissynthese wijzen erop dat deze strategie maar in beperkte mate zal werken. Wil die informatie zijn werk kunnen doen, dan moeten mensen die informatie lezen en begrijpen. Daar lijkt een probleem te zitten. Verzekerden geven aan dat zij informatie over hun polis erg belangrijk vinden, tegelijkertijd zoeken ze hierover geen informatie op. Dit stelt dus hoge eisen aan de vindbaarheid en begrijpelijkheid van de informatie. Informatie zal naar verzekerden toe moeten komen en zo eenvoudig mogelijk moeten zijn om het doel te bereiken dat verzekerden daadwerkelijk geïnformeerd raken en een weloverwogen keuze kunnen maken. Alleen het beschikbaar maken van informatie zal niet leiden tot meer geïnformeerde verzekerden.

In de tweede strategie wordt het aanbod beperkt, zodat er minder te kiezen is. Een voorbeeld is het verminderen van het aanbod van polissen en labels. Deze optie wordt door Minister Schippers in haar brief “Transparantie zorgverzekeraars” uit 2015 genoemd (Ministerie VWS, 2015). Zij gaat er daarbij vanuit dat een vermindering van het aantal polissen en labels bijdraagt aan een overzichtelijke zorgverzekeringsmarkt en aan concurrentie. Als het aanbod kleiner en begrijpelijker wordt, verwacht zij dat meer verzekerden alternatieven zullen overwegen. Dit is een redenering die aansluit bij de veronderstelling van het bestaan van keuzestress, dat het aanbod dusdanig groot is, dat dit mensen ervan weerhoudt tot een keuze te komen. Los van het feit dat deze kennissynthese laat zien dat keuzestress maar in beperkte mate voorkomt, is het maar de vraag of verzekerden zich, bij een beperkter aanbod, vaker actief zullen gaan gedragen op de zorgverzekeringsmarkt. Het is goed mogelijk dat de groep actieve verzekerden beperkt blijft, immers toen het aanbod nog veel kleiner was, waren er ook niet meer verzekerden die wisselden van zorgverzekeraar. Een andere invulling van deze strategie zou zijn dat bepaalde mogelijk risicovolle keuzes niet gemaakt kunnen worden. Een beperkt aanbod waarbij de toegang tot zorg gegarandeerd is en waarbij verzekerden niet geconfronteerd kunnen worden met bijvoorbeeld hoge eigen betalingen zou daarbij passend zijn. Dit houdt een versimpeling van het aanbod in, zowel in het aantal keuzes dat mensen kunnen maken als wat betreft complexiteit van de polis zelf.

Kwaliteit van zorg speelt voor verzekerden nauwelijks een rol als zij een zorgverzekering kiezen. Dat is ook niet verwonderlijk aangezien kwaliteit veel moeilijker te beoordelen is dan de prijs. De bedoeling was echter dat er wel een prikkel op kwaliteit zou uitgaan van verzekerden door het wisselen van zorgverzekeraar. Hier kunnen twee problemen spelen, namelijk dat het voor

verzekerden altijd moeilijk zal zijn om hun zorgverzekering op basis van de kwaliteit van de ingekochte zorg te kiezen en dat het voor zorgverzekeraars moeilijk is om hun rol op het gebied van kwaliteit van zorg te nemen. Om deze rol te kunnen nemen is vertrouwen nodig van verzekerden. Het vertrouwen dat verzekerden hebben in zorgverzekeraars is niet hoog, zeker in vergelijking met het vertrouwen dat zij in zorgaanbieders hebben (Hoefman et al., 2015). Het is ook nog de vraag of mensen wel actief willen kiezen. In de praktijk blijkt dat mensen veelal geen actieve keuze maken voor een zorgaanbieder, omdat ze het niet belangrijk vinden. Ongeveer 5% kan worden aangeduid als de echt actieve groep, dat zijn mensen die hun keuze voor een zorgaanbieder baseren op informatie over ziekenhuizen en andere ziekenhuizen overwegen (Victoor, 2015). Het is daarmee de vraag of kiezen als instrument ooit de vanuit het beleid beoogde werking zal hebben.

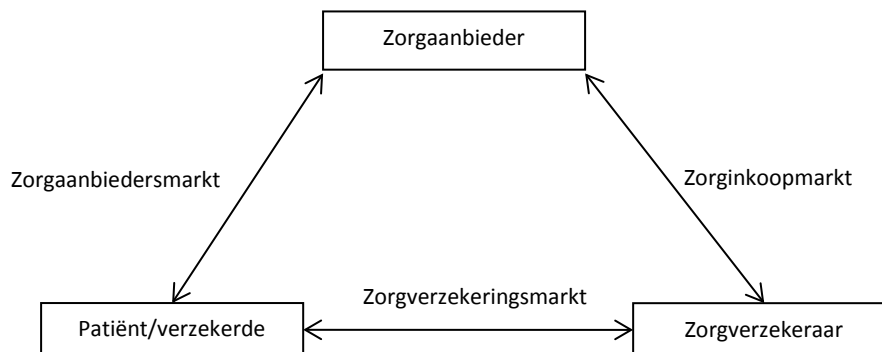
Het Nederlandse zorgstelsel kent een groot aantal waarborgen die de keuzevrijheid van mensen beperken. Het verplichte karakter van het afsluiten van een zorgverzekering is daar het meest sprekende voorbeeld van. Dit beperkt de keuzevrijheid van mensen: het sluit een keuze om niet verzekerd te zijn uit. Binnen deze beperkingen wordt juist veel nadruk gelegd op keuzevrijheid: als waarde en als instrument. Als waarde is die keuzevrijheid vrijwel onomstreden, als instrument werkt keuzevrijheid niet zoals was bedoeld en heeft het mogelijk onbedoelde effecten. Dit werpt de vraag op of er beter passende instrumenten zijn. Wat betreft de mogelijk onbedoelde gevolgen is het kiezen van de juiste balans tussen keuzevrijheid en bescherming een wezenlijk onderdeel van het Nederlandse zorgstelsel. In situaties waarin risico's toenemen, bijvoorbeeld in het geval van de opheffing van het hinderpaalcriterium, zal het belang van het beschermen van verzekerden toenemen. Die bescherming zou vorm kunnen krijgen door het verbieden van bepaalde vormen van polissen met selectieve contracten of door het invoeren van een verplichting bij ziekenhuizen tot het doen van een 'verzekerdencheck' voorafgaand aan toelating tot het ziekenhuis. In situaties waarin risico's beperkt zijn, zal de behoefte aan bescherming minder groot zijn.

1 De zorgverzekeringsmarkt

In deze kennissynthese brengen we de ontwikkeling van de zorgverzekeringsmarkt sinds 2006 in kaart. Daarnaast wordt een antwoord gegeven op de vraag in welke mate bedoelde effecten en onbedoelde effecten van de zorgverzekeringsmarkt optreden. We richten ons op de volgende drie onderwerpen: keuzevrijheid van verzekerden, transparantie en financiële prikkels. Deze onderwerpen zijn in overleg met de VRZ (Zorg en Zekerheid, ONVZ en Eno) bepaald.

Het Nederlandse zorgstelsel bestaat uit drie markten: de zorginkoopmarkt, de zorgaanbiedersmarkt en de zorgverzekeringsmarkt (zie figuur 1.1). Het idee is dat zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt zorgaanbieders contracteren op basis van prijs, volume en kwaliteit van zorg. Hierdoor zouden zorgaanbieders een stimulans moeten krijgen om efficiënter te werken. Op de zorgaanbiedersmarkt kiezen verzekerden hun zorgaanbieder. In het ideale geval kiezen zij de zorgaanbieder die het best bij hun wensen past. Op de zorgverzekeringsmarkt kiezen verzekerden hun zorgverzekeraar en polis. Idee is dat verzekerden hierbij zowel op de premie als de inhoud van de polis letten en zo de polis kiezen die het beste aansluit bij hun wensen. Zorgverzekeraars zouden zo geprikkeld worden om goede zorg tegen een scherpe prijs in te kopen. In dit onderzoek richten we ons op de zorgverzekeringsmarkt. Bij een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt is sprake van concurrentie op zowel prijs als op kwaliteit.

Figuur 1.1 De drie markten in het Nederlandse zorgstelsel



Op de zorgverzekeringsmarkt kunnen verzekerden op twee manieren het gedrag van verzekeraars beïnvloeden. Deze manieren worden in de literatuur ‘exit’ en ‘voice’ genoemd (Hirschmann, 1970). Via hun overstapgedrag (exit) kunnen verzekerden aan zorgverzekeraars laten weten dat zij niet tevreden zijn. Als genoeg verzekerden kiezen voor een andere zorgverzekeraar, dan zal de verliezende zorgverzekeraar zich genoodzaakt zien zijn gedrag aan te passen om verzekerden aan te trekken en te behouden. Verzekerden kunnen ook invloed uit proberen te oefenen door middel van ‘voice’. Door hun ongenoegen bij de zorgverzekeraar kenbaar te maken kunnen zij proberen invloed uit te oefenen op het gedrag van de betreffende zorgverzekeraar. Om deze vorm van beïnvloeding kracht bij te zetten voorziet de Zorgverzekeringswet (Zvw) in de mogelijkheid voor verzekerden om zich collectief te verzekeren. Het idee is dat verzekerden daardoor een sterkere stem kunnen laten horen en dus meer invloed uit kunnen oefenen op het gedrag van verzekeraars.

Voor de beoogde werking van de zorgverzekeringsmarkt geldt een aantal voorwaarden. Deze staan beschreven in de Evaluatie van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag (Van de Ven et al., 2009). In tabel B1 in bijlage 1 staan de voorwaarden beschreven. Voor de inrichting van het stelsel is een aantal instrumenten ingezet om zo goed mogelijk aan de voorwaarden te voldoen. Met betrekking tot keuzevrijheid van verzekerden is bij voorbeeld een acceptatieplicht voor de basisverzekering ingesteld: zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen die een basisverzekering wil afsluiten te accepteren. De premie is voor alle verzekerden met dezelfde polis gelijk, zorgverzekeraars mogen geen hogere premie vragen voor mensen met een hoger risico. De acceptatieplicht bestaat niet voor de aanvullende verzekering. Om keuzevrijheid te realiseren is het daarom mogelijk gemaakt dat verzekerden alleen voor de basisverzekering wisselen en de aanvullende verzekering bij de oude zorgverzekeraar houden. Ondanks deze instrumenten bestaat er nog steeds een risico van “lock in”, waarbij verzekerden “vastzitten” bij een zorgverzekeraar. Hiervan kan sprake zijn als mensen vanwege de aanvullende verzekering niet wisselen, bijvoorbeeld omdat ze een hogere premie voor de aanvullende verzekering moeten betalen als ze niet ook hun basisverzekering bij dezelfde verzekeraar hebben. Daarnaast spelen percepties een rol: verzekerden kunnen *het idee* hebben dat ze niet kunnen wisselen waardoor ze blijven zitten waar ze zitten. Als deze (gepercipieerde) belemmeringen vooral bij bepaalde groepen, zoals chronisch zieken, spelen dan functioneert de zorgverzekeringsmarkt niet zoals bedoeld.

1.1 Onderzoeksvragen

De volgende twee onderzoeksvragen worden in deze kennissynthese beantwoord:

1. *Hoe heeft de zorgverzekeringsmarkt zich sinds 2006 ontwikkeld en welke ontwikkelingen zijn in de nabije toekomst te verwachten?*
2. *Hoe functioneert de zorgverzekeringsmarkt en in welke mate treden bedoelde effecten en onbedoelde effecten van de zorgverzekeringsmarkt op?*

Bij de beantwoording van beide vragen gaan we in op de volgende onderwerpen:

- a. keuzevrijheid van verzekerden (hoofdstuk 2);
- b. transparantie en informatie (hoofdstuk 3);
- c. financiële prikkels (hoofdstuk 4).

1.2 Methode

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaand materiaal zoals literatuur en bestaande data die speciaal voor dit onderzoek is geanalyseerd. In box 1.1, 1.2 en 1.3 is meer informatie over de databronnen te vinden.

Box 1.1 Vragenlijstonderzoek onder verzekerden

Om inzicht te krijgen in, onder andere, het percentage overstappers tussen en binnen risicodragers en de redenen van verzekerden om al dan niet te wisselen van zorgverzekeraar is gebruik gemaakt van data verzameld binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL. Voor beide panels is gebruik gemaakt van data verzameld in de jaren 2006-2014, en voor het Consumentenpanel Gezondheidszorg ook van data verzameld in 2015.

Consumentenpanel Gezondheidszorg¹

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is opgericht in 1992 en heeft als doel om onder de algemene bevolking in Nederland meningen en kennis over de gezondheidszorg en de verwachtingen en ervaringen hiermee te meten. Door op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg en de onderzoeksresultaten hiervan openbaar te publiceren, draagt het Consumentenpanel Gezondheidszorg bij aan de versterking van de positie van de gebruikers van de gezondheidszorg. In 2004 bestond het panel uit circa 1.500 leden. In de loop der jaren is het panel gegroeid naar het huidige aantal van bijna 12.000 panelleden. De respons op de vragenlijsten ligt over het algemeen rond de 70%.

Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten²

Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten brengt de situatie van mensen met een chronische ziekte of beperking kaart op het gebied van zorg, participatie en werk en inkomen en volgt de ontwikkelingen daarbinnen. Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) bestaat uit circa 3.500 zelfstandig wonende mensen van 15 jaar of ouder met een somatische chronische ziekte en/of matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Nieuwe panelleden worden jaarlijks geselecteerd in huisartsenpraktijken (landelijke steekproeven) op basis van een door een arts gestelde diagnose van een chronische somatische ziekte.

¹ Brabers AEM, Reitsma-van Rooijen M, Jong JD de. *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel (2015)*. Utrecht: NIVEL, 2015.

² *Jaarverslag NPCG 2014*, zie: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/Nivel-Jaarverslag-2014-2015.pdf>

Box 1.2 Interviews met stakeholders

In het onderzoek is ook het perspectief van diverse stakeholders op de huidige en toekomstige ontwikkelingen betrokken. Om hier zicht op te krijgen zijn interviews afgenomen met vertegenwoordigers van diverse stakeholders, namelijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland, de Consumentenbond en de patiëntenfederatie NPCF. De interviews waren semi-gestructureerd. Er werd een reactie werd gevraagd op tabellen en gevraagd naar de belangrijkste ontwikkelingen op de thema's die in deze kennissynthese worden behandeld. De interviews zijn na afloop uitgewerkt tot gespreksverslagen en ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewden. Tevens zijn de in deze kennissynthese opgenomen quotes uit de interviews ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewden.

Box 1.3 Data NZa en Vektis

In dit rapport zijn veel resultaten (deels) gebaseerd op data van de NZa en/of Vektis. In bijlage 2 wordt voor elke grafiek in dit rapport toegelicht welke data er zijn gebruikt en op welke manier.

2 Keuzevrijheid van verzekerden

Belangrijkste bevindingen:

- *De laatste jaren wisselt ongeveer 8% van alle verzekerden van polis, ongeveer 6% wisselt van zorgverzekeraar.*
- *De prikkel die uitgaat van het wisselen van zorgverzekeraar is vooral gericht op prijs.*
- *Het aantal polissen waaruit verzekerden kunnen kiezen is tussen 2006 en 2015 toegenomen van 55 tot 71.*
- *Er zijn geen aanwijzingen dat keuzestress een grote rol speelt op de zorgverzekeringsmarkt.*
- *Hoewel verzekerden hun basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar mogen afsluiten dan hun aanvullende verzekering, zijn er aanwijzingen dat de koppeling van de basis- en de aanvullende verzekering van invloed is op keuzegedrag. Het gaat dan om de angst niet geaccepteerd te worden.*
- *Zeven van de tien verzekerden is verzekerd via een collectief. De premiekorting is daarbij de belangrijkste reden. Weinig collectieven spannen zich in voor een betere kwaliteit van zorg.*

2.1 Keuzevrijheid

Voor een goede werking van het stelsel moet iedereen vrij en onbelemmerd kunnen kiezen uit zorgverzekeraars en zorgpolissen. Gezondheidsrisico en inkomen mogen geen belemmering zijn. Daarnaast moet wisselen van zorgverzekeraar zonder veel gedoe, zonder belemmeringen, zonder hoge transactiekosten en zonder hoge zoekkosten mogelijk zijn. Op de zorgverzekeringsmarkt wordt keuzevrijheid ingezet als instrument. Doordat verzekerden de vrijheid hebben om jaarlijks van verzekeraar te wisselen ontstaat er een druk op verzekeraars om in hun aanbod van polissen rekening te houden met de wensen van verzekerden, wat betreft prijs, service en kwaliteit van de ingekochte zorg. Hierbij geldt dat de mogelijkheid tot kiezen al een zekere druk op de verzekeraars zal leggen.

Keuzevrijheid kan belemmerd worden door collectiviteiten en de combinatie van een basisverzekering en aanvullende verzekering. Collectieve contracten zijn toegestaan om de 'counterveiling power' van verzekerden op zorgverzekeraars te vergroten. Collectiviteiten kunnen met zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs en de kwaliteit en daarmee een polis afsluiten die past bij de wensen van de verzekerden.

Verzekerden zijn vrij om te kiezen voor een aanvullende verzekering. Deze hoeft niet afgesloten te zijn bij dezelfde zorgverzekeraar als waar de basisverzekering wordt afgesloten. Dit heeft tot doel dat verzekerden niet vastzitten bij een zorgverzekeraar vanwege hun aanvullende verzekering.

In dit hoofdstuk gaan we in op het keuzegedrag van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt, namelijk het overstappen van verzekerden, en op een aantal fenomenen op de zorgverzekeringsmarkt die van invloed zijn op de keuzevrijheid van verzekerden, zoals aanvullende en collectieve verzekeringen. We beschrijven in hoeverre deze fenomenen zich voordoen en wat hiervan de invloed is op keuzevrijheid. Het percentage overstappers alleen zegt niet zo veel over de werking van de markt. In een goed werkende markt kan het percentage overstappers afnemen, omdat iedereen tevreden is. We beantwoorden daarom de vraag of mensen vrij kiezen tussen zorgverzekeraars en zorgpolissen en of er belemmeringen worden ervaren. Het gaat met nadruk om ervaren belemmeringen, belemmeringen in de perceptie van verzekerden, omdat dit bepaalt wat zij doen en dus ook welk effect daarvan uitgaat. Daarnaast is een interessante vraag wanneer keuze bijdraagt aan de beoogde doelen en wanneer het zijn doel voorbij schiet. Dat laatste kan het geval zijn als er door te veel keuze keuzestress ontstaat. Daarom zal ook naar keuzestress worden gekeken.

We gaan in dit hoofdstuk in op de volgende vier subthema's:

1. Overstapgedrag
2. Keuzestress
3. Aanvullende verzekeringen
4. Collectieve verzekeringen

2.2 Overstapgedrag

De Zorgverzekeringswet die in 2006 is ingevoerd voorziet in een jaarlijkse keuzemogelijkheid voor alle verzekerden. De wetgeving kent een groot aantal randvoorwaarden die bijdragen aan een reële keuze mogelijkheid, zoals het voorzien in adequate informatie en de acceptatieplicht voor de basisverzekering. Een belangrijk fundament van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is dat verzekerden een bewuste keuze maken voor hun verzekeringspolis. De aannahme in de Zvw is dat verzekerden polissen en zorgverzekeraars vergelijken, onder andere op prijs en kwaliteit van zorg. Op basis hiervan kiezen zij idealiter de polis en zorgverzekeraar die het best past bij hun individuele situatie. Voor een goede werking van het stelsel moet iedereen vrij en onbelemmerd kunnen kiezen uit zorgverzekeraars en zorgpolissen. Door over te stappen van zorgverzekeraar kunnen verzekerden signalen geven over de prijs en de kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars zouden zo geprikkeld worden om goede zorg tegen een scherpe prijs in te kopen. Het is dus belangrijk dat overstappen naar een andere zorgverzekeraar zonder veel gedoe, zonder belemmeringen, zonder hoge transactiekosten en zonder hoge zoekkosten mogelijk is.

De volgende vragen worden hieronder beantwoord:

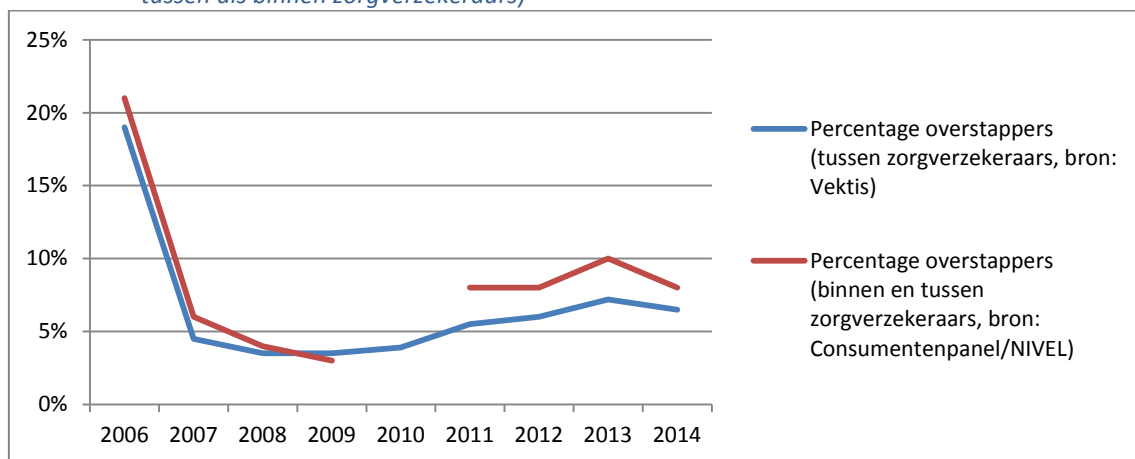
1. Hoeveel procent van de verzekerden stapt over en verschilt dit tussen groepen verzekerden?
2. Welke signalen geven verzekerden af door hun overstapgedrag?
3. Welke belemmeringen ervaren verzekerden bij het overstappen en verschilt dit tussen groepen verzekerden?
4. Welke gevolgen hebben bovenstaande ontwikkelingen voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt?

2.2.1 Overstapgedrag verzekerden

Het percentage verzekerden dat overstapt verschilt van jaar tot jaar. In 2006 was er sprake van een piek: ruim 20% van de verzekerden stapte in dat jaar over (zie figuur 2.1). De verklaring hiervoor ligt in het feit dat in 2006 het nieuwe zorgstelsel werd geïntroduceerd, waardoor iedereen voor de keuze stond om een zorgverzekering te kiezen. Vooral voor bepaalde groepen verzekerden die particulier verzekerd waren was dat daarvoor nauwelijks mogelijk. Tussen 2006 en 2009 was er sprake van een daling van het aantal wisselaars (zie figuur 2.1). Vanaf 2010 steeg het percentage overstappers en in 2014 lijkt er sprake van een lichte daling.

Er is een verschil in het percentage overstappers tussen risicodragers (blauwe lijn in figuur 2.1, zie ook Box 2.1) en het percentage overstappers zoals dat gemeten wordt door de vraag aan verzekerden te stellen (rode lijn in figuur 2.1). De verzekerdenmobiliteit is hoger als het gaat om wisselen zoals verzekerden dat zien dan op het niveau van risicodragers zoals dat uit de registratie van Vektis wordt afgeleid. Dat is niet verwonderlijk, omdat het voor verzekerden vaak niet duidelijk is dat ze bij dezelfde risicodrager verzekerd zijn en zij ook een nieuwe zorgverzekering afsluiten als ze bij dezelfde risicodrager blijven.

Figuur 2.1 Percentage overstappers per jaar op basis van registratiedata van Vektis (overstappen tussen risicodragers) en op basis van de perceptie van verzekerden (overstappen zowel tussen als binnen zorgverzekeraars)*



- * - Zie bijlage 2 voor een toelichting welke data van Vektis er zijn gebruikt en op welke manier. Bron: gegevens Consumentenpanel Gezondheidszorg is Reitsma-van Rooijen en De Jong, 2014.
- Aan de deelnemers in het onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg is gevraagd of ze met ingang van een jaar (bijv. 2014) van zorgverzekeraar gewisseld zijn. Dit is een bredere definitie van wisselen dan de definitie die Vektis hanteert, waarbij verzekerdenmobiliteit gedefinieerd wordt als het aantal verzekerden dat naar een andere risicodrager overstapt. In deze cijfers wordt ook het wisselen binnen een risicodrager als wisselen van zorgverzekeraar gezien.
 - In 2006 werd het nieuwe zorgstelsel geïntroduceerd, waardoor iedereen voor de keuze stond om een zorgverzekering te kiezen. Dit verklaart de piek in het aantal overstappers in 2006.
 - In 2010 is geen peiling over wisselen gehouden in het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

Box 2.1 Verschil in verzekerdenmobiliteit Vektis en Consumentenpanel Gezondheidszorg

Vektis en de NZa onderscheiden concerns, risicodragers en labels op de zorgverzekeringsmarkt. Labels zijn gegroepeerd binnen risicodragers. Risicodragers zijn gegroepeerd binnen concerns. Een voorbeeld is het concern Achmea, dat onder meer bestaat uit de risicodragers Zilveren Kruis Achmea en De Friesland. De Friesland, bijvoorbeeld, heeft de labels De Friesland en Kiemer. Voor verzekerden geldt dat ook al stappen ze over binnen dezelfde risicodrager, maar naar een ander label, ze zich moeten aanmelden bij een nieuwe zorgverzekeraar (label). Waardoor dit voor hen dezelfde administratieve handelingen met zich mee zal brengen als overstappen van de ene naar de andere risicodrager. Vandaar dat binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL (rode lijn) gekeken wordt naar een bredere definitie van wisselen dan de definitie die Vektis hanteert (blauwe lijn).

Het beoordelen van de verzekerdenmobiliteit is complex. Eén mogelijkheid om de verzekerdenmobiliteit te duiden is door een vergelijking te maken met andere landen waar verzekerden ook de mogelijkheid hebben om over te stappen van zorgverzekeraar. Zwitserland is een van de landen waar sprake is van een vergelijkbaar systeem als in Nederland. Het percentage overstappers ligt daar wat lager dan in Nederland: in de periode 1997-2000 stapten tussen de 2,1% en 2,8% over (Leu et al., 2009). In 2002 was het percentage overstappers toegenomen tot 4% (Laske-Aldershof, 2004). In de eerste drie jaar na de hervorming van het Zwitserse zorgstelsel in 1996 stapte 84% van de Zwitsers niet over en 88% geeft aan in de toekomst niet over te zullen stappen (Colombo, 2001). Recente data ontbreken en als we de fluctuaties in de ontwikkeling van het percentage overstappers in Nederland bekijken is het moeilijk om te concluderen of er verschillen zijn.

Een andere manier om het percentage overstappers op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt in perspectief te zetten is door een vergelijking te maken met overstapperpercentages op andere markten, zoals de energiemarkt. Op de energiemarkt varieert het aantal overstappers van ongeveer 6% per jaar in 2005 tot ongeveer 14% per jaar in 2013 (ACM, 2013). Dit ligt iets hoger dan het percentage overstappers op de zorgverzekeringsmarkt. Dát het percentage overstappers op de energiemarkt hoger ligt dan op de zorgverzekeringsmarkt is niet verbazend, aangezien het product dat wordt gekocht homogener is op de energiemarkt.

Een verschil met de zorgverzekeringsmarkt is dat consumenten op de energiemarkt op elk moment in een jaar over kunnen stappen en niet gebonden zijn aan één overstapmaand per jaar zoals op de zorgverzekeringsmarkt. Welk effect dit verschil op het overstapperpercentage heeft, is niet bekend. Tijdens één interview werd geopperd dat een beperkte overstapperperiode juist kan bijdragen aan een hoger overstapperpercentage, omdat er in die periode veel aandacht is voor het overstappen.

“...het succes is dat je juist ook een overstapperperiode hebt van enkele maanden waar het zich in concentreert en dus een bewust keuzemoment is waar men dan ook daadwerkelijk een nieuw aanbod krijgt.” (Interview medewerker ZN)

Zorgverzekeraars lijken de concurrentie om verzekerden wel degelijk te voelen. Het gaat daarbij niet altijd alleen om het daadwerkelijke percentage verzekerden dat overstapt, maar ook om de dreiging dat verzekerden zullen overstappen.

“Als ik zo hoor van zorgverzekeraars dat die toch elk jaar ook wel weer beducht zijn, van: hoe gaan die verschuivingen er uit zien? Dat ze dat toch ook wel spannend vinden en die concurrentie ook

daadwerkelijk voelen. Nou ja, dat geeft wel aan dat ze daar wel gevoelig voor zijn, en ook wel benieuwd zijn, van: hoe gaat die dynamiek er dit jaar weer uitzien?” (Interview medewerker VWS)

“Nou, van individuele overstappers gaat die druk denk ik niet zo uit. Is het percentage gewoon te laag voor. Interessanter is het, als je de collectiviteiten dus... en dan ook geoordeeld naar de omvang van die collectiviteiten... Een collectiviteit die niet overstapt, kan wel dreigend zijn.” (Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

2.2.2 Welke signalen geven verzekerden af door hun overstapgedrag?

Naast het percentage overstappers, zijn ook de redenen waarom mensen wel of niet wisselen van belang in het kader van het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. De hoogte van de totale premie is ieder jaar de belangrijkste reden om te wisselen (23-52% in de periode 2007-2015) (Reitsma-van Rooijen et al., 2015). Andere redenen om te wisselen variëren per jaar. Redenen die in de afgelopen jaren relatief vaak werden genoemd als reden om te wisselen zijn de verwachting dat het zorggebruik het volgende jaar anders zal zijn, de wens voor een specifieke aanvullende verzekering, en ontevredenheid met de dekking van de aanvullende verzekering. Kwaliteit speelt nauwelijks een rol bij het overstappen. Het niet gecontracteerd zijn van alle zorgaanbieders speelde in 2015 een grotere rol dan in 2014 bij het overstappen, al is het percentage mensen dat dit als reden noemt om over te stappen onder de 10% (zie box 2.2 Vrije artskenkeuze) (Reitsma-van Rooijen et al., 2015).

Verzekerden blijven bij hun zorgverzekeraar, omdat ze tevreden zijn over onder andere de dekking van de totale polis en de service van de zorgverzekeraar. Een ander vaak genoemde reden waarom mensen niet wisselen is dat ze al lang bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd zijn (Reitsma-van Rooijen et al., 2015). Hoewel het idee vanuit het beleidsperspectief was dat door het wisselen van zorgverzekeraar signalen zouden worden afgegeven over zowel de premie als de kwaliteit van de zorg zien we dat het vooral signalen met betrekking tot de premie zijn die worden gegeven. Uit de interviews komt naar voren dat het ook niet verwonderlijk is dat er vooral op de premie wordt gelet en dat kwaliteit nog nauwelijks een rol speelt bij het overstappen.

“Dat [prijs] is een gigantisch belangrijke overweging. Want wat ik net zei, van: mensen kunnen niet goed overzien welke variabelen er allemaal spelen. Maar dat prijzen variabel zijn, dat is hartstikke helder. En die is voor mensen hartstikke begrijpelijk. Want dat moeten ze betalen.” (Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

“Nou goed, er is vorig jaar een marktscan geweest over zorginkoop. Daar werd door de NZa eigenlijk bevestigd ook in grote lijnen, dat die zorginkoop toch nog heel sterk gericht is op prijs, en minder op kwaliteit.” (Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

“Want kwaliteitsindicatoren zijn er nog nauwelijks. Er wordt nu hard aan gewerkt in het kader van het nieuwe initiatief van de minister, Kwaliteit Loont. Maar echte indicatoren zijn er nog nauwelijks. En in ieder geval die indicatoren die verzekeraars erop hanteren, maken ze naar hun klanten weer niet inzichtelijk. Dus hun klanten kiezen niet bewust op kwaliteit van zorg die ingekocht is”. (Interview medewerker Consumentenbond)

“Als het voor de zorgverzekeraar al lastig is om in te kopen op kwaliteit, dan is dat voor een verzekerde ook lastig... Als kwaliteit niet inzichtelijk is voor een verzekeraar èn niet voor een patiënt, ja: dan valt er ook weinig te kiezen op basis van kwaliteit. Gelukkig zie je nu wel stappen in de transparantie over kwaliteit.... In dat opzicht ontwikkelt het stelsel zich denk ik in een gewenste richting, maar ontwikkeling, dat kost tijd. Dus over een paar jaar is het misschien zo, dat de verzekerde daadwerkelijk de mogelijkheid heeft om op basis van kwaliteit te kiezen tussen zorgaanbieders, omdat er dan daadwerkelijk een goed inzicht is in kwaliteit.” (Interview medewerker ZN)

Box 2.2 Vrije artskeuze

Zorgverzekeraars mogen zorgaanbieders selectief contracteren. Dat betekent dat zij geen contract af hoeven te sluiten met alle zorgaanbieders. Verzekerden met een polis die gebaseerd is op selectieve contractering moeten in sommige gevallen een eigen bijdrage betalen om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Hun vrije artskeuze kan hierdoor beperkt worden. De afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars selectief contracteren meer gaan toepassen. Voor verzekerden is het dus belangrijk om bij de keuze voor een polis na te gaan of zij met deze polis zonder bijbetaling naar de arts van hun voorkeur kunnen gaan. Uit data van het Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat verzekerden vrije artskeuze belangrijk vinden bij het kiezen van een polis (Reitsma-Van Rooijen et al., 2015). Vrije artskeuze is in 2015 vaker een reden om te wisselen dan in 2014: 7% van de overstapende verzekerden is eind 2014 van zorgverzekeraar gewisseld omdat de oude zorgverzekeraar niet met alle zorgaanbieders een contract heeft gesloten (tegenover 2% eind 2013, Reitsma-Van Rooijen et al., 2015).

Dat vrije artskeuze eind 2014 belangrijker was bij de keuze van een zorgpolis dan eind 2013, komt mogelijk doordat toen de discussie over het beperken van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg (artikel 13 Zvw) in de Eerste Kamer werd gevoerd. Nu de Eerste Kamer daar niet mee heeft ingestemd is het de vraag of vrije artskeuze ook eind 2015 weer aan belang toeneemt bij het kiezen voor een zorgpolis.

2.2.3 Welke belemmeringen ervaren verzekerden bij het overstappen?

De meeste verzekerden blijven bij hun huidige zorgverzekeraar, omdat zij tevreden zijn. Verzekerden kunnen echter ook blijven bij hun zorgverzekeraar, omdat ze belemmeringen percipiëren en hierdoor niet durven over te stappen. Een klein deel van de verzekerden dat niet overstapt geeft aan dat zij een belemmering verwacht. Een van deze belemmeringen is de angst voor (administratieve) problemen rond het overstappen. Het percentage verzekerden dat dit als reden geeft om niet over te stappen daalt de laatste jaren (8% in 2013, 4% in 2014 en 2% in 2015). Het percentage verzekerden dat aangeeft dat het volgens hen te veel moeite kost om over te stappen is tussen 2008 en 2015 eveneens afgenomen: van 21% naar 12% (Reitsma-van Rooijen et al., 2015).

Voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt is het van belang dat iedereen kan wisselen, ongeacht bijvoorbeeld gezondheidstoestand. Het overstapgedrag op de zorgverzekeringsmarkt verschilt tussen groepen verzekerden. Over het algemeen stappen jongeren vaker over dan ouderen. De laatste jaren is echter wel te zien dat het percentage ouderen (65 jaar en ouder) en mensen van 40-64 jaar dat overstapt toeneemt, terwijl het percentage jongeren (18-39 jaar) dat overstapt afneemt. Een mogelijke verklaring hiervoor kan liggen in het feit dat veel jongeren al een goedkope polis hebben en er dus voor hen geen verzekering met een aanzienlijk lagere premie meer valt te kiezen waardoor de prikkel om te wisselen afneemt (Reitsma-van Rooijen et al., 2015).

Onder chronisch zieken en gehandicapten ligt het percentage overstappers over het algemeen lager dan onder de gehele bevolking. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat chronisch zieken meer belemmeringen ervaren om te wisselen dan de algemene bevolking. Dit beeld wordt bevestigd door data uit het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG 2006-2013). Zij geven vaker dan mensen uit de algemene bevolking aan dat ze bang zijn om niet te worden geaccepteerd voor de aanvullende verzekering en bang zijn voor (administratieve) problemen als ze overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Deze angst om over te stappen horen we ook terug in de interviews.

“Wat je wel vaak hoort van consumenten zelf, vooral chronisch zieken, is de angst dat zij niet geaccepteerd worden. En dat gaat dan met name om de aanvullende verzekering. Je ziet dat mensen vanuit zichzelf niet echt duidelijk een idee hebben welke zorg onder de basis- en welke zorg onder de aanvullende verzekering valt. Dat is op zich een aandachtspunt dat voor toezicht relevant is.” (Interview medewerker NZa)

“Maar ook denk ik dat mensen angst hebben om over te stappen. Dat ze gewoon het gevoel hebben: ik zit nu goed, dus waarom zou ik overstappen? ‘Ik krijg nu alles vergoed wat ik wil, en ja, dan ga ik niet naar een ander, het risico lopen dat de overstap niet goed gaat, dat ik niet geaccepteerd wordt.’ Dat soort dingen allemaal. Dus ik denk ook dat er wel een deel angst bij mensen zit.” (Interview medewerker Consumentenbond)

“Uit de evaluatie Zvw blijkt dat de aanvullende verzekering, in ieder geval in de beleving van mensen is dat ze zich niet meer op hetzelfde level aanvullend kunnen verzekeren, of tegen een veel hogere premie - dat dat vaak een overstapdrempel is. En daarnaast ook bijvoorbeeld rond hulpmiddelen, gedacht wordt dat het heel veel gedoe oplevert.” (Interview medewerker VWS)

“Op het moment dat ik bij mijn huidige verzekeraar een bepaalde, een hele uitgebreide aanvullende verzekering heb en ik wil overstappen, dan bestaat bij veel verzekerden de angst, van: dan moet ik daar een heel selectieproces voor doormaken. Dat de nieuwe verzekeraar mij ook daar voor het brede aanvullende pakket accepteert, zonder medische selectie. Dat maakt het natuurlijk juist voor die groep chronisch zieken en ouderen veel makkelijker - als het goed is - om over te stappen. Op het moment dat die angst wordt weggenomen, ‘maar ik word niet voor de aanvullende verzekering geaccepteerd’ dan heb wordt het voor die groep makkelijker om over te stappen.” (Interview medewerker VWS)

“Kijk, wij krijgen hier heel veel - of heel veel, regelmatig – signalen dat mensen de beleving hebben dat ze veel verliezen als ze overstappen. Dat is een beleving. Of het zo is, dat is dan nog maar de vraag... Verliezen op pakketaanspraken, verliezen op... Nou ja, met name dat. Bang zijn dat ze zich niet aanvullend kunnen verzekeren, weten dat ze een bepaalde gecontracteerde zorgverlener hebben waar ze opgesteld zijn, en niet willen riskeren dat ze dat door een overstap van verzekering kwijtraken.” (Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

“Dan lopen ze tegen selectiebeleid aan. Dan willen ze overstappen... Dat is ook zoiets: dat houdt mensen ook op de plaats, ‘Want ik word toch nooit geaccepteerd’. De procedures rondom selectiebeleid duren soms lang. Dus mensen willen dan eigenlijk niet hun verzekering opzeggen, en ja... laat dan maar. Maar daar zit ook heel veel beleving bij. Want het aantal polissen waarvoor echt

selectie wordt gevraagd, dat is veel minder groot dan mensen vaak in hun hoofd hebben.”
(Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

2.2.4 Gevolgen voor functioneren zorgverzekeringsmarkt

Het idee is dat verzekerden door over te stappen signalen afgeven over zowel de premie als de kwaliteit van zorg. Op dit moment lijken verzekerden voornamelijk een prikkel af te geven voor een scherpe prijs: vooral jonge en gezonde mensen stappen over en zij stappen vooral over vanwege de prijs van een polis. Kwaliteit van zorg speelt nauwelijks een rol bij het wisselen. Ook blijkt dat chronisch zieken en gehandicapten minder vaak overstappen en vaker belemmeringen percipiëren. Dit kan als gevolg hebben dat zorgverzekeraars zich vooral richten op jonge en gezonde verzekerden en verzekerden die veel zorg gebruiken. Door verschillende veldpartijen wordt het als punt van aandacht gezien dat chronisch zieken minder overstappen.

“Wat wel een punt van aandacht is, is als je kijkt naar die groep verzekerden: welke stappen over en welke niet? En dan zie je heel duidelijk een groot verschil tussen jongeren en ouderen, en gezonde en zieke mensen. En dat is wel een punt van zorg. Er is dus een vrij grote groep, voornamelijk wat oudere of wat ongezondere verzekerden, die al jaren niet overstapt. Vaak zie je dat deze verzekerden al langere tijd relatief dure polissen hebben. Terwijl juist bij de polissen die wat lager in de markt zitten als het gaat om prijs - dat daar veel meer overstap plaatsvindt. Zeker gezien de kenmerken van verzekerden, vind ik dat wel een punt van zorg. Het zou ook een indicatie kunnen zijn van risicoselectie.” (Interview medewerker NZa)

“Als je dan kijkt naar wie stappen er over; ook dat is wel een redelijk consequent beeld, dat dat niet de chronisch zieken en de ouderen zijn die overstappen, maar toch vooral de jonge gezonde verzekerden. Nou ja, met de brief Kwaliteit Loont die de minister gestuurd heeft, blijkt ook wel dat we dat wel graag anders zouden willen zien. Dat daar waar de groep van ouderen en chronisch zieken misschien overstapdrempels ervaren, dat we toch wel graag zouden willen dat die worden weggenomen.” (Interview medewerker VWS)

Hoofdpunten

- Na een piek in 2006, daalde het aantal overstappers tot 2010 om daarna weer iets te stijgen.
- Premie is de belangrijkste reden om te wisselen. Verzekerden blijven bij hun zorgverzekeraar, omdat ze tevreden zijn en/of omdat ze al lang bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd zijn.
- Verzekerden geven vooral prikkels af voor een scherpe premie, kwaliteit speelt nauwelijks een rol.
- Chronisch zieken en gehandicapten wisselen minder vaak en percipiëren meer belemmeringen dan de algemene bevolking. Dit wordt door verschillende veldpartijen als punt van aandacht gezien.

2.3 Keuzestress

Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat de keuzes die mensen maken afhangen van de omvang van het aanbod (zie bijvoorbeeld Jilke, 2015; Roets et al., 2012). Groei van dit aanbod heeft een positief effect, tot een grens wordt bereikt. Als er te veel aanbod is, dan kan ‘keuzestress’ ontstaan.

Keuzestress is het gevolg van twee kenmerken van een omvangrijk aanbod. Ten eerste zal, naarmate het aanbod toeneemt, een individu meer informatie moeten verwerken om de verschillende opties af te kunnen wegen. Dit draagt bij aan keuzestress. Ten tweede betekent een groot aanbod ook dat de kans groter is dat een individu een keuze maakt die niet geheel past bij zijn persoonlijke situatie. Ook dit draagt bij aan keuzestress. Als gevolg van keuzestress neemt de kans toe dat een individu kiest voor status quo of dat hij een keuze maakt die voor hem of haar niet optimaal is.

Het is waarschijnlijk dat mensen die altijd de beste optie willen kiezen (maximizers) eerder keuzestress ervaren dan mensen die sneller tevreden zijn (satisficers). Overigens is het zo dat als verzekerden tevreden zijn en helemaal niet gaan zoeken naar een andere polis zij ook geen keuzestress zullen ervaren.

Op de zorgverzekeringsmarkt zou keuzestress kunnen leiden tot een belemmering om over te stappen van zorgverzekeraar. Bij welke omvang van het aanbod van polissen keuzestress op de zorgverzekeringsmarkt optreedt is niet bekend. Hierna gaan we in op het aanbod op de zorgverzekeringsmarkt en belemmeringen die verzekerden ervaren als mogelijk gevolg van keuzestress.

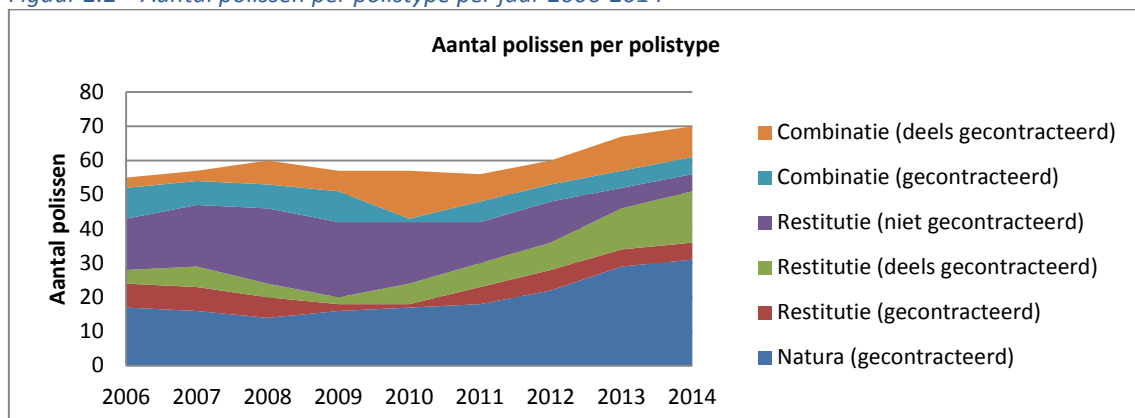
We beantwoorden de volgende vragen:

1. Hoe heeft het aanbod van polissen op de zorgverzekeringsmarkt zich ontwikkeld tussen 2006 en 2015?
2. Ervaren verzekerden belemmeringen als gevolg van keuzestress?
3. Welke gevolgen hebben bovenstaande ontwikkelingen voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt?

2.3.1 Aanbod van polissen

Tussen 2006 en 2015 is het aantal polissen dat op de zorgverzekeringsmarkt aangeboden wordt toegenomen van 55 naar 71. In figuur 2.2 is de ontwikkeling van het aantal polissen per polistype tussen 2006 en 2014 weergegeven. In deze figuur is te zien dat de stijging van het aantal polissen vooral plaatsvindt sinds 2011.

Figuur 2.2 Aantal polissen per polistype per jaar 2006-2014*



* Gebaseerd op modelovereenkomsten die zorgverzekeraars aanleveren bij de NZa. De indeling in polistypen is overgenomen van de NZa. Zie bijlage 2 voor een toelichting welke data er zijn gebruikt en op welke manier. 2015 is niet opgenomen in de grafiek, omdat niet dezelfde indeling in polistypen gemaakt kon worden.

De stijging wordt grotendeels veroorzaakt door een toename van het aantal naturapolissen. Binnen de categorie naturapolissen is het aantal polissen dat gebaseerd is op selectieve contractering tussen 2010 en 2015 van vijf naar 16 toegenomen. Het aantal restitutiepolissen dat is gebaseerd op een model waarbij een zorgverzekeraar geen contract afsluit met een aanbieder is sinds 2006 juist sterk gedaald. In combinatie met het afnemende aantal zorgverzekeraars (NZA, 2014; Vektis, 2014), heeft het toenemende aantal polissen geleid tot een toename van het aantal polissen dat een zorgverzekeraar gemiddeld aanbiedt. Er is dus ruime keuze uit polissen, maar het zouden er ook te veel kunnen zijn zonder dat er duidelijk verschillen zijn. Dit komt ook naar voren uit de interviews met de veldpartijen. Een nadeel van het grote aantal polissen is dat het kan leiden tot keuzestress. Daar gaan we in de volgende paragraaf op in.

“Nou, ik denk dat de keuze groot is. Er zijn volgens mij heel veel polissen, dus mensen hebben heel veel keuze. Alleen de vraag is, hoe verschillend is die keuze nu eigenlijk.” (Interview medewerker Consumentenbond)

“Alleen al als je kijkt naar die verschillende polistypen; dat vraagt natuurlijk best wel wat van een willekeurige burger om te begrijpen van: waar hebben we het nu eigenlijk over, en wat is natura, en wat is restitutie, en dan die combinatie, en gecontracteerd, niet-gecontracteerd... Ja, het vraagt wel even wat om... Je moet je daar wel even in verdiepen om het allemaal te snappen.” (Interview medewerker VWS)

“Ik denk wel, dat het goed is om af te vragen: biedt iedere polis meerwaarde, en helpt de huidige hoeveelheid polissen bij het kiezen? Maar wat ziet de verzekerde nu als polis? Het is goed om niet allen te kijken naar het aantal modelpolissen, maar ook labels en collectiviteiten hierbij te betrekken. Wanneer ervaart de verzekerde de hoeveelheid polissen als ‘veel’? Dat is het eerste vraagstuk, waar een antwoord op gegeven moet worden. En waar ik het antwoord zelf nog niet op heb; er verschillende perspectieven zijn om daarnaar te kijken.” (Interview medewerker ZN)

“De NZa heeft in het kader van de marktscan zorgverzekeringsmarkt dit jaar gekeken naar de vraag of het polisaanbod in Nederland te groot is. Over onze bevindingen zullen wij in september van dit jaar rapporteren. Het beeld over het polisaanbod komt met name voort uit de combinatie aanvullende- en basisverzekering en de keuze voor een eigen risico en collectiviteiten. Wij kijken er daarnaast naar wat zou je kunnen doen om de consumenten meer helderheid en duidelijkheid in de keuzemogelijkheden te geven.” (Interview medewerker NZa)

“Ja, dat is gestegen hè. Het aantal polissen. Ja, dat is natuurlijk een ramp... Dat is voor de consument echt niet te overzien.” (Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

2.3.2 Ervaren keuzestress

Het toegenomen aanbod op de zorgverzekeringsmarkt betekent dat er voor verzekerden meer te kiezen valt. Dat het aantal polissen erg groot is kan leiden tot keuzestress. De mate waarin er sprake is van keuzestress, is onderzocht aan de hand van drie indicatoren:

1. De mate waarin verzekerden aangeven dat zij niet overstappen of niet op zoek gaan naar informatie door de verwachte moeite die dat kost.
2. Het percentage verzekerden dat ontevreden is over zijn basisverzekering en aanvullende verzekering.
3. De relatie tussen de ontwikkeling van het aantal polissen en het percentage overstappers.

Te veel moeite

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de mate waarin verzekerden vinden dat overstappen of het zoeken naar informatie te veel moeite kost. Een kwart van de verzekerden stapt niet over, omdat ze vinden dat het te veel tijd of moeite kost (MarketResponse, 2014). Verzekerden die zich wel georiënteerd hebben op een andere verzekering, maar uiteindelijk niet zijn overgestapt geven in mindere mate aan dat zij niet zijn overgestapt omdat het te veel tijd of moeite kost (11%; MarketResponse, 2014). Dit suggereert dat verzekerden die vinden dat overstappen te veel tijd of moeite kost zich vaak al niet eens oriënteren op een zorgverzekering. Ook duidt het erop dat er verzekerden zijn die keuzestress ervaren. Uit onderzoek van Motivaction (2014) blijkt dat 30% van de verzekerden die nauwelijks op hun zorgpolis letten, dit niet doen omdat ze door de bomen het bos niet meer zien. Ook dit is een indicatie dat verzekerden mogelijk keuzestress ervaren.

Beide onderzoeken geven een momentopname weer. Op basis van deze onderzoeken is geen trend te onderscheiden en is het dus ook niet mogelijk om te bepalen of het percentage verzekerden dat moeite ondervindt bij het overstappen toe of afneemt. Daardoor is het niet mogelijk om te bepalen of het percentage verzekerden dat moeite ondervindt is toegenomen nadat het aantal polissen is toegenomen. De gedachtegang is dat door de toename van het aantal polissen verzekerden meer keuzestress ervaren.

In het Consumentenpanel Gezondheidszorg wordt jaarlijks gevraagd aan verzekerden of de moeite die het zoeken naar een betere en/of goedkopere zorgverzekeraar met zich meebrengt, hen ervan weerhoudt over te stappen. Uit deze onderzoeken blijkt dat in 2015 12% van de verzekerden aangeeft niet over te zijn gestapt vanwege de moeite die het zoeken naar een betere en/of goedkopere zorgverzekeraar met zich meebrengt (Reitsma-van Rooijen et al., 2015). Ook dit duidt erop dat er verzekerden zijn die keuzestress ervaren. Het percentage verzekerden dat aangeeft niet te zijn over gestapt vanwege de moeite die het kost is echter niet toegenomen sinds 2011 (toen 14%). Ook is het percentage verzekerden dat niet overstapt vanwege onduidelijke informatie laag (ongeveer 2%) (Reitsma-van Rooijen et al., 2015). Dit zijn aanwijzingen dat keuzestress geen wijdverbreid fenomeen is dat toeneemt vanwege de stijging in het aantal polissen.

Ontevreden over de gekozen zorgverzekering

Ongeveer 5% van de verzekerden is (zeer) ontevreden over zijn huidige basisverzekering, blijkt uit onderzoek uit februari 2015 in het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Het percentage verzekerden dat (zeer) ontevreden is over zijn aanvullende verzekering, ligt in 2015 op 5% (Februari peiling, 2015, Consumentenpanel Gezondheidszorg). De mate van ontevredenheid is een indicator voor de mate waarin keuzestress wordt ervaren. Als veel verzekerden keuzestress zouden ervaren, dan zouden veel verzekerden een polis kiezen die niet bij hen past en daarom ontevreden over hun polis zijn. Daarnaast weerhoudt keuzestress verzekerden ervan over te stappen. Als gevolg daarvan zou een relatief hoog percentage verzekerden dat ontevreden is over hun zorgverzekering waarschijnlijk zijn. Keuzestress ontstaat overigens niet als mensen geen behoefte hebben om over te stappen. Als ze tevreden zijn, zullen ze geen behoefte hebben om over te stappen en als gevolg daarvan ook geen keuzestress ervaren.

Overstappen en het aantal polissen

Sinds 2011 stijgt zowel het aantal polissen als het percentage overstappers. Als er sprake zou zijn van toenemende keuzestress als gevolg van een toenemend aantal polissen, dan zou het percentage overstappers dalen bij een stijgend aantal polissen.

We vinden dus geen aanwijzingen dat er op grote schaal sprake is van keuzestress of dat keuzestress in de loop van de tijd is toegenomen. Toch komt uit de interviews wel naar voren dat de toename in het aantal polissen mogelijk een probleem is, omdat dit het keuzeproces complex maakt.

“Het beeld dat afgelopen najaar ook wel weer naar voren kwam, is het oerwoud van polissen, en dat dat voor chronisch zieken en ouderen mogelijk een grotere drempel is dan voor jonge mensen.” (Interview medewerker VWS)

“Ze zien volgens mij voor een deel door de bomen het bos niet meer.” (Interview medewerker Consumentenbond)

“Meer keuze kan goed zijn, maar het kan op een gegeven moment ook zo zijn dat er zo veel keuze is dat het juist tot onduidelijkheid leidt, en uiteindelijk tot ‘dan maar niet overstappen’. Omdat het gewoon te ingewikkeld of te veel wordt. Als je voor al die polissen moet kijken, van: ja, wat moet ik afsluiten, dan wordt het op een gegeven moment wel heel onoverzichtelijk. Een goed hulpmiddel hiervoor kan zijn dat verzekerden gebruik maken van een goede onafhankelijke vergelijkings-site” (Interview medewerker NZa)

2.3.3 Gevolgen voor functioneren zorgverzekeringsmarkt

Op basis van deze resultaten lijkt keuzestress onder een deel van de verzekerden te bestaan. Op basis van een aantal indicatoren concluderen we ook dat keuzestress niet is toegenomen als een gevolg van het aantal polissen. Het aantal wisselaars is, evenals het aanbod, sinds 2011 toegenomen. Daarnaast neemt het percentage verzekerden dat belemmeringen bij het overstappen ervaart die kunnen duiden op keuzestress niet toe. Verschillende partijen geven in de interviews wel aan dat keuzestress een probleem kan zijn met het grote aanbod aan polissen dat er momenteel is. Deze zorg dat het aantal polissen te veel is voor verzekerden om nog een keuze te kunnen maken past bij het idee van de kiezende consument en de instrumentele waarde die wordt toegekend aan keuzevrijheid op de zorgverzekeringsmarkt. In theorie zou er keuzestress kunnen zijn, in de praktijk zien we dat niet terug. Dat komt waarschijnlijk niet doordat het aantal polissen nog wel te overzien zou zijn voor verzekerden, maar vooral doordat veel verzekerden zich helemaal niet bezig houden met het kiezen van een zorgverzekering. Als verzekerden tevreden zijn en daarom geen keuzes maken zullen ze helemaal geen keuzestress hebben. Het echte probleem zit wellicht eerder bij het idee achter keuzevrijheid; willen verzekerden wel wisselen van zorgverzekeraar, of vinden ze het sowieso niet interessant om zich daarin te verdiepen?

Hoofdpunten

- Het aanbod op de zorgverzekeringmarkt neemt toe.
- Een deel van de verzekerden ervaart belemmeringen die kunnen duiden op keuzestress.
- Er zijn geen signalen dat keuzestress toe is genomen als gevolg van het stijgend aantal polissen.

2.4 Aanvullende verzekering

Via de aanvullende verzekering kunnen verzekerden zorg verzekeren die niet door de basisverzekering wordt gedekt. Aanvullende verzekeringen kunnen een belemmering vormen voor verzekerden om over te stappen. Voor de aanvullende verzekering geldt namelijk geen acceptatieplicht. Zorgverzekeraars zijn dus vrij om verzekerden te weigeren voor een aanvullende verzekering. Om te voorkomen dat verzekerden vanwege hun aanvullende verzekering ook niet meer over kunnen stappen voor de basisverzekering is wettelijk vastgesteld dat verzekerden mogen wisselen van zorgverzekeraar voor de basisverzekering en hun aanvullende verzekering bij hun oude zorgverzekering mogen aanhouden.

Toch kan er nog steeds sprake zijn van zogenaamde koppelverkoop. Koppelverkoop kan op twee manieren plaatsvinden. Een zorgverzekeraar kan automatisch de aanvullende verzekering beëindigen als een verzekerde zijn basisverzekering opzegt. In de Zorgverzekeringswet (Zvw) is bepaald dat deze vorm van koppelverkoop niet mag. Een zorgverzekeraar mag wel een hogere premie in rekening brengen indien alleen een aanvullende verzekering is afgesloten. Een andere manier van koppelverkoop is dat een verzekerde alleen een aanvullende verzekering af kan sluiten als hij ook een basisverzekering afsluit. Dit is wettelijk toegestaan.

We beantwoorden de volgende vragen:

1. Hoe heeft het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering zich ontwikkeld tussen 2006 en 2014 en verschilt dit tussen groepen verzekerden?
2. Hoe heeft de dekking en de premie van de aanvullende verzekering zich ontwikkeld tussen 2006 en 2014?
3. Zijn er aanwijzingen voor koppelverkoop en zo ja, welke?
4. Welke gevolgen hebben bovenstaande ontwikkelingen voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt?

2.4.1 Percentage verzekerden met een aanvullende verzekering

Het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering neemt sinds 2008 af. De overgrote meerderheid van de verzekerden is nog wel aanvullend verzekerd: 95% van de verzekerden was in 2008 aanvullend verzekerd en 85% in 2014 (Reitsma-van Rooijen en De Jong, 2014). Vooral jonge mensen en mensen met een goede gezondheid zijn minder vaak aanvullend verzekerd (Van Dijk et al., 2013). In 2015 gaf twee derde van de mensen zonder aanvullende verzekering (66%) aan deze niet te hebben, omdat ze geen of weinig gebruik maken van zorg die binnen deze verzekering valt. Ruim een derde (35%) gaf als reden om geen aanvullende verzekering te hebben dat de premie van de aanvullende verzekering te hoog is (Reitsma-van Rooijen et al., 2015).

De laatste jaren is er ook een verschil opgetreden tussen inkomensgroepen als het gaat om het al dan niet afsluiten van een aanvullende verzekering: mensen met een relatief hoog inkomen hebben vaker een aanvullende verzekering dan mensen met een laag inkomen (Van Dijk et al., 2013). Dit suggereert dat het afsluiten van een aanvullende verzekering niet alleen beïnvloed wordt door het verwachte zorggebruik, maar ook door het inkomen van verzekerden. Verzekerden kunnen door een goedkopere aanvullende verzekering te kiezen bezuinigen op hun uitgaven. In 2013 gaf een derde van de respondenten die aangaven te hebben bezuinigd op hun zorgverzekering (n=176) aan dit gedaan te hebben door te kiezen voor een goedkopere aanvullende verzekering (Reitsma-Van Rooijen en Brabers, 2013). Ongeveer een vijfde (20%) van de

respondenten die aangaven te hebben bezuinigd op hun zorgverzekering (n=176) heeft dit gedaan door de aanvullende verzekering op te zeggen (Reitsma-Van Rooijen en Brabers, 2013).

Het kritisch kijken naar de aanvullende verzekering kwam ook naar voren in de interviews. Een probleem dat werd gesignaleerd is dat als meer verzekerden alleen een aanvullende verzekering kiezen als ze al weten dat ze die zorg nodig hebben, de premie van de aanvullende verzekering steeds dichterbij de prijs van de zorg komt te liggen. Daarnaast werd gesignaleerd dat als minder verzekerden een aanvullende verzekering afsluiten de kosten door minder verzekerden moeten worden opgebracht waardoor de premies omhoog moeten met als gevolg dat weer meer verzekerden kritisch zullen kijken of ze de aanvullende verzekering wel nodig hebben.

“Ik denk dat mensen daar wel bewuster van worden, en mensen die een aanvullende verzekering... daarom gaat die vergoeding ook steeds meer naar premie toe, omdat het hele solidariteitsprincipe eigenlijk niet bij een aanvullende verzekering past. Ja, mensen zijn er heel berekenend in. Die kijken, nou, ik heb orthodontie nodig, dus dan ga ik de verzekering zoeken die dat het beste vergoedt. Net zoals met je tandarts. Je denkt een kroon nodig te hebben, ja, dan zoek ik daar mijn verzekering bij. Dus ja, op een gegeven moment denk ik dat die aanvullende verzekering op deze manier niet... ik weet niet of dat zo kan blijven bestaan. Net zoals een tandartsvergoeding. Ja, daar betaal je aan premie 375 euro en je krijgt 400 euro terug. Ja, op een gegeven moment gaan mensen dan ook denken, van: dat doen we niet meer. En dan blijft het lastig. Dan moet die premie steeds meer omhoog om voor verzekeraars kostendekkend te krijgen.” (Interview medewerker Consumentenbond)

“Consumenten worden steeds kritischer over welke aanvullende verzekering ze moeten nemen. Mensen gaan veel meer kijken naar wat zij echt nodig hebben. En daar stemmen zij de aanvullende verzekering op af. Een van de redenen hiervoor is dat veel consumenten niet te veel willen betalen voor hun zorgverzekering.” (Interview medewerker NZa)

“Ja, ik sluit niet uit dat die dalende lijn zich voort gaat zetten, want naarmate minder mensen zich aanvullend gaan verzekeren - en vooral de groep die gebruik maakt van die zorg zich aanvullend verzekert - wordt de premie van die aanvullende verzekering ook steeds hoger, waardoor je een zichzelf versterkend effect krijgt.” (Interview medewerker VWS)

“En je ziet dus ook mensen, die bewust niet meer een aanvullende verzekering afsluiten.. Naast het aantal mensen dat verzekerd is, zie je ook steeds minder verzekerden voor de maximale variant gaan, binnen die aanvullende verzekering. En deze ontwikkelingen die je ziet binnen de mensen die een aanvullende verzekering afsluiten, zijn nog veel interessanter. Een verzekering voor mondzorg is een heel specifiek type verzekering, die soms gecombineerd is met andere aanvullende verzekeringonderdelen. Daar zie je de ontwikkelingen denk ik in de grootste mate.” (Interview medewerker ZN)

2.4.2 Aanwijzingen voor koppelverkoop

Er zijn vrijwel geen verzekerden die een aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar hebben afgesloten dan de basisverzekering. Landelijk ging het in 2013 en 2014 om 0,22% van de aanvullend verzekerden en in 2015 om 0,19% (NZa, 2015). Vooral chronisch zieken geven aan dat zij niet overstappen omdat zij bang zijn geweigerd te worden voor een aanvullende verzekering.

Zorgverzekeraars geven in hun communicatie aan dat het apart afsluiten van een basis- en aanvullende verzekering niet gewenst is. Uit een onderzoek van het NIVEL, waarin per e-mail vijftientig zorgverzekeraars en vijf internetpolissen zijn benaderd, bleek dat bij iets minder dan de helft van de zorgverzekeraars het niet mogelijk is alleen een aanvullende verzekering af te sluiten. Als dit wel mogelijk is, rekent de verzekeraar vaak een toeslag op de premie of raadt dit af (Bes et al., 2014). Dat weinig verzekerden een andere zorgverzekeraar hebben voor hun aanvullende verzekering dan voor de basis verzekering kan ook komen doordat zij niet weten dat zij een aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar af kunnen sluiten dan hun basisverzekering, of dat verzekerden het onhandig vinden om basis- en aanvullende verzekering bij twee verschillen zorgverzekeraars af te sluiten.

Koppelverkoop in combinatie met selectiecriteria voor de aanvullende verzekering kan de keuzevrijheid van verzekerden beperken. Als verzekerden enerzijds graag een basis- en aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar willen, en zorgverzekeraars dit stimuleren, en anderzijds selectiecriteria gesteld worden voor de aanvullende verzekering, dan kan een basisverzekering voor een verzekerde oninteressant zijn. Als dit geldt voor een substantieel deel van de aanvullende verzekeringen, dan heeft dit gevolgen voor de keuzevrijheid. Ook uit onderzoek van het iBMG in 2007, 2008 en 2009 bleek dat bij veel zorgverzekeraars een toeslag betaald diende te worden voor de aanvullende verzekering als een verzekerde geen basisverzekering afsloot (Bruijn en Schut, 2007; Roos en Schut, 2008; Roos en Schut, 2009). In 2012 onderzocht de NZa zelf alle aanvullende verzekeringen die in dat jaar werden aangeboden en kwam tot de conclusie dat ongeveer 40% acceptatievoorwaarden bevat (NZa, 2012a). Uit de marktscan van 2015 blijkt dat zorgverzekeraars bij 5% van de aanvullende verzekeringen een acceptatiebeleid hanteerden (NZa, 2015). Waar op dit moment nog acceptatiebeleid wordt gehanteerd, geldt dat voor de duurdere verzekeringen met de meest uitgebreide dekkingen. Op basis hiervan constateren we dat de kans dat verzekerden niet worden geaccepteerd voor een aanvullende verzekering is afgenomen.

2.4.3 Gevolgen voor functioneren zorgverzekeringsmarkt

Een gekoppelde aanvullende verzekering en basisverzekering kan ook voordelen hebben (NZa, 2009). Zo kan een verzekerde, als hij zijn basis- en aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar afsluit, naar één verzekeraar voor beide verzekeringen. Ook kan het afsluiten van een basis- en aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar bijdragen aan soepeler declaratieverkeer.

Onderzoek wijst uit dat acceptatievoorwaarden van de aanvullende verzekering de keuzevrijheid en mobiliteit van verzekerden beïnvloedt. Zo geeft in 2014 4% van de leden van het Consumentenpanel aan dat zij niet zijn overstapt, omdat zij bang zijn niet te zullen worden geaccepteerd voor een aanvullende verzekering (Reitsma-van Rooijen en De Jong, 2014). Onder verzekerden met een chronische ziekte of een beperking is dit percentage 13% in 2014. De beperkende invloed van de acceptatievoorwaarden van de aanvullende verzekering kan er in combinatie met koppelverkoop toe leiden dat bepaalde groepen verzekerden niet over kunnen stappen waardoor zij wellicht niet de best passende optie hebben. Ook kan het zijn dat juist deze groep andere wensen heeft dan de groep verzekerden die wel overstapten en dat zorgverzekeraars deze signalen niet ontvangen doordat zij niet overstappen.

Hoofdpunten

- Het aantal mensen met een aanvullende verzekering daalt.
- Zo goed als alle verzekerden hebben hun basis- en aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten.
- Zorgverzekeraars ontmoedigen verzekerden om hun basis- en aanvullende verzekering bij twee zorgverzekeraars af te sluiten, onder andere door acceptatievoorwaarden en toeslagen.
- Koppelverkoop in combinatie met selectiecriteria voor aanvullende verzekeringen beperkt mogelijk de keuzevrijheid van (bepaalde groepen) verzekerden. Eén op de acht chronisch zieken is bang dat ze niet geaccepteerd zullen worden voor een aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar.

2.5 Collectieve verzekeringen

Verzekerden kunnen een zorgverzekering collectief afsluiten. Deze mogelijkheid is in de Zvw opgenomen om de ‘counterveiling power’ van verzekerden te versterken. Immers, de dreiging van een collectief om over te stappen zal voor zorgverzekeraars zwaarder wegen dan de dreiging van een individu om over te stappen. Daarnaast zullen collectiviteiten meer invloed uit kunnen oefenen op het beleid van zorgverzekeraars, omdat zorgverzekeraars niet in gesprek zullen gaan met individuele verzekerden, maar wel met een collectief. Collectiviteiten kunnen echter ook een rol spelen in het overstapgedrag van verzekerden. Als collectiviteiten niet overstappen kan dit de mobiliteit van verzekerden beperken. Het kan echter ook zo zijn dat verzekerden uit ontevredenheid over de collectiviteitskorting overstappen. Daarnaast staat het collectiviteiten vrij om selectiecriteria te hanteren: zij zijn niet verplicht om iedere verzekerde te accepteren. Hierdoor kan deelname aan een collectief beperkt worden voor sommige verzekerden en kan er risicoselectie plaatsvinden.

We beantwoorden de volgende vragen:

1. Hoe heeft het percentage collectief verzekerden, per soort collectief, en de premiekorting zich ontwikkeld tussen 2006 en 2014?
2. Wat is de rol van collectiviteiten op de zorgverzekeringsmarkt?
3. Welke gevolgen heeft de ontwikkeling van het percentage collectief verzekerden en de rol van collectiviteiten op de zorgverzekeringsmarkt voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt?

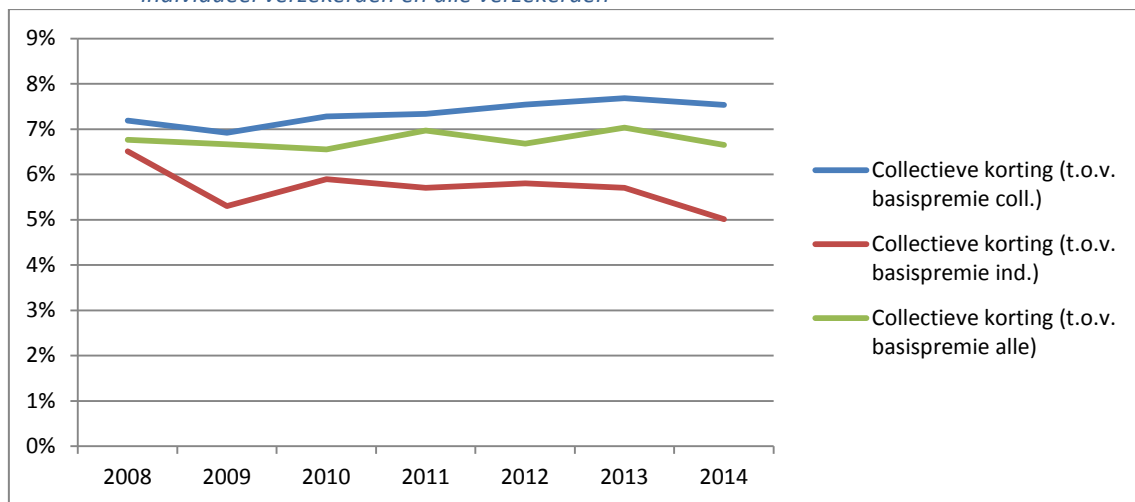
2.5.1 Ontwikkelingen in het percentage collectief verzekerden en premiekorting

Het aantal verzekerden dat collectief verzekerd is neemt toe sinds 2006 en is de laatste jaren stabiel op ongeveer 70%, zo blijkt uit cijfers van Vektis (2014). In 2015 nam het percentage iets af naar 69% (NZa, 2015). De meeste mensen met een collectieve verzekering zijn collectief verzekerd via hun werkgever (Reitsma-van Rooijen et al., 2015; NZa, 2015; Vektis, 2014). De zogenaamde gelegenheidscollectiviteiten, zoals een collectiviteit via een winkel, zijn in opkomst (NZa, 2014; Vektis, 2014). Deze collectiviteiten zijn vooral gebaseerd op het bedingen van een premiekorting voor hun leden. Relatief weinig mensen zijn collectief verzekerd via een patiëntenvereniging (Reitsma-van Rooijen et al., 2015; NZa, 2014; Vektis, 2014).

De collectieve korting die verzekerden op hun premie krijgen loopt op van ongeveer 7,2% in 2008 tot ongeveer 7,5% in 2014 (zie de blauwe lijn in figuur 2.3). In vergelijking met de premie die individuele verzekerden betalen is de korting minder hoog, omdat individueel verzekerden vaak een goedkopere polis kiezen dan collectief verzekerden (zie de rode lijn in figuur 2.3).

“De belangrijkste reden voor consumenten om deel te nemen aan een collectiviteit is omdat dat het een korting op de premie oplevert. Veel collectiviteiten hebben dat zelfs als het belangrijkste kenmerk. Daarnaast zijn veel gelegenheidscollectiviteiten ook vrij gemakkelijk toegankelijk. Het levert een premiekorting op. Dat is denk ik de hoofdreden dat je de afgelopen jaren een stijgende tendens zag. Overigens is in 2015 voor het eerst een daling van het aantal collectiviteiten zichtbaar. De reden is dat enkele zorgverzekeraars gestopt zijn met het aanbieden van collectiviteitskortingen. Een van de redenen waarom verzekeraars dit doen kan zijn dat zij zo de transparantie van het aanbod willen verbeteren.” (Interview medewerker NZa)

Figuur 2.3 Collectiviteitskorting in vergelijking met nominale premie van collectief verzekerden, individueel verzekerden en alle verzekerden



Bron: NZa 2010-2014. Zie bijlage 2 voor een toelichting welke data er zijn gebruikt en op welke manier.

2.5.2 De rol van collectiviteiten op de zorgverzekeringsmarkt

Collectiviteiten kunnen door de grotere dreiging die ervan uitgaat als zij overstappen een vuist maken richting zorgverzekeraars. Hierdoor zouden zij naast invloed op de premie ook invloed op de kwaliteit kunnen uitoefenen. Collectiviteiten lijken zich niet in grote mate in te spannen voor gezondheidswinst voor hun leden en ook niet bij te dragen aan een daling van de administratieve lasten. KPMG (2014) concludeert op basis van interviews en de analyse van een beperkt aantal collectieve contracten dat vooral gelegenheidscollectieven zich niet inspannen voor gezondheidswinst. Sommige (grote) werkgevers maken wel afspraken met de zorgverzekeraar om de gezondheid van hun werknemers te bevorderen. Dit is mogelijk te verklaren doordat dergelijke gezondheidswinst zowel voor de werkgever als voor de zorgverzekeraar voordelen met zich meebrengt. Ongeveer een derde (30%) van de werkgevers sluit een collectief contract af om ziekteverzuim onder werknemers te voorkomen (Van Ruth et al., 2007; Van der Maat en De Jong, 2009).

Patiëntenverenigingen die een collectief contract afsluiten richten zich primair op de samenstelling van een zo gunstig mogelijke aanvullende verzekering voor hun achterban (KPMG, 2014). Werkgevers letten vooral op premie(korting) bij het kiezen van een verzekeraar voor het collectieve contract (Van Ruth et al., 2007; Van der Maat en De Jong, 2009). De meeste verzekerden zijn collectief verzekerd via hun werkgever. Het voordeel lijkt vooral in de korting op de premie te zitten. Uit de interviews kwam nog naar voren dat collectiviteiten het keuzeproces kunnen vereenvoudigen.

“Misschien als je het hebt over de keuze voor verzekerden, dat het hun keuze – voor verzekerden – ook wel weer makkelijker maakt. Door aan te sluiten bij een collectiviteit. Waar zij vertrouwen in hebben, en dat het voor hen de keuze makkelijker maakt. En dat ze toch ook het idee hebben dat de collectiviteit zorg draagt voor een goed gecontracteerd aanbod en een goede prijs.” (Interview medewerker VWS)

Daarnaast werd genoemd dat zeker collectiviteiten vanuit patiëntenverenigingen een meerwaarde kunnen hebben. Deze zijn echter nauwelijks van de grond gekomen. Ook gemeentecollectiviteiten en grote werkgeverscollectiviteiten worden genoemd als collectiviteiten waarbij duidelijk meerwaarde is. Bij gelegenheidscollectiviteiten wordt er geen andere meerwaarde dan een korting op de premie gezien.

“Er kan wel degelijk een meerwaarde zijn. Als ik denk aan collectiviteiten vanuit patiëntenverenigingen. Dan denk ik dat daar een heel grote winst kan liggen. Vanuit bijvoorbeeld de diabetesvereniging. En als die een collectieve verzekering afsluit, en met een verzekeraar afspraken kunnen maken om echt gericht op de problematiek van diabetesverzekerden goede contracten af te sluiten, ja, dan denk ik dat daar zeker een meerwaarde kan liggen. En ook voor werkgevers. Doordat er dan in het collectieve contract ook aandacht is voor bijvoorbeeld meer preventie-achtige zaken.” (Interview medewerker VWS)

“Het zou wel een rol kunnen zijn voor patiëntenverenigingen om specifiek voor hun achterban in ieder geval de goede polissen te onderhandelen. Alleen... En misschien dat dat onder druk van de wijzigingen die nu aanstaande zijn voor het vereveningsfonds, ook nog wel eens een keer gaan komen. En aantrekkelijker moet worden voor zorgverzekeraars om chronisch zieken te gaan verzekeren. Dan krijgen patiëntenvereniging misschien ook wel meer mogelijkheden richting die verzekeraars om een rol te spelen. En dus goede collectiviteiten uit te onderhandelen. Maar is een beetje afwachten welke rol ze daarin willen gaan oppakken.” (Interview medewerker Consumentenbond)

“...de invloed van verzekerden op de keuzes van zorgverzekeraars om bepaalde zorg wel of niet in te kopen, kwaliteitsindicatoren... maar werkgevers zullen daar nog enige moeite voor doen richting die zorgverzekeraars. Maar die gelegenheidscollectieven, die houden zich daar helemaal niet mee bezig. Maar dan zou het dus bij de patiëntenvereniging juist moeten opkomen, zeg maar, die collectiviteit, dat je daar nog een soort van counterveiling power van kunt verwachten. Maar die gelegenheden, ja, de Hema-collectieven - daar zit echt niet een bestuur achter dat in onderhandeling gaat met de zorgverzekeraars, over welke zorg wel en onder welke voorwaarden ingekocht wordt. Dus ook daar gaat steeds minder van uit. (Interview medewerker Consumentenbond)”

“Patiëntencollectiviteiten zijn echt niet, nul, van de grond gekomen. Wel enigszins; er zijn wel pogingen gedaan, en ze zijn er ook wel geweest, maar wat je daarin ziet is dat de patiëntorganisaties, of die collectiviteiten, eigenlijk te klein zijn om kwantumvoordeel te kunnen genereren. Dat is de basis waarop je kortingen kunt geven of iets dergelijks, als verzekeraar. Ze hebben geen toegang tot een inkomensbron. Dus dat betekent dat een werkgever of uitkeringsinstantie deals kunnen maken rondom de inhouding van premie, en dat maakt gewoon dat je echt substantieel korting kan geven, ook begrijpelijk, zeg maar. Maar een patiëntenorganisatie heeft daar helemaal niets mee. Dus die kan misschien wel een zorgverzekeraar aanbieden, maar dat stukje korting verlies je al van andere collectiviteiten.”
(Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

“De enige uitzondering die ik wil maken daarop, want die zit ook hier in de categorie anders... - tenminste, tenzij die hier staan, maar ik denk dat die hier zitten - dat zijn de gemeentecollectiviteiten. Dat is natuurlijk een andersoortige doelgroep en een andersoortige problematiek - maar waar ook wel weer heel veel zorgproblematiek onder zit. En het heeft gewoon puur te maken met dat je dan weer iets kan, omdat je aan de inkomensbron zit. Daar zit veel meer betalingsproblematiek. En doordat je het voor de verzekeraar ook aantrekkelijk maakt om dicht op die groep te zitten, is het heel interessant om uitkeringscollectiviteiten te sluiten. Dus dat is een zinvolle andersoortige collectiviteit.” (Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

“... hebben collectiviteiten meerwaarde? En hoe kun je een collectiviteit massa geven, zodat het ook daadwerkelijk meerwaarde heeft, en wat speelt daar mee om daar een collectiviteitskorting aan te verlenen? Ik ben er wel van overtuigd dat collectiviteiten een meerwaarde hebben. Niet elke collectiviteit. Maar je ziet dat grote werkgeverscollectiviteiten daadwerkelijk behulpzaam kunnen zijn voor verzekeraars bij de invulling van zorginkoop..” (Interview medewerker ZN)

“Gewoon daadwerkelijk ook een klankbord. ... Patiëntenverenigingen idem dito, als je daar een collectiviteit voor vormt. Je ziet aan de andere kant ook dat er zeer veel verschillende collectiviteiten zijn die ... je kunt je afvragen wat voor meerwaarde dat biedt. Nou, het voordeel is in ieder geval dat iedereen zich kan aansluiten bij een collectiviteit. Je ziet de meerwaarde van collectiviteiten wel steeds vaker in discussie... en ook sommige zorgverzekeraars hebben uitgesproken dat zij in gelegenhedscollectiviteiten geen meerwaarde zien en aan dat soort type collectiviteiten geen verzekering aanbieden” (Interview medewerker ZN)

“Een collectiviteit biedt consumenten meer tegenwicht tegen verzekeraars. Een collectiviteit kan dus een handig instrument zijn voor consumenten om meer bij hun verzekeraars voor elkaar te krijgen. In zoverre vinden wij het een goed instrument, en vinden we het goed dat verzekerden zich daarbij aansluiten. Bij de invoering van de Zvw werd van de verruiming van de mogelijkheid om collectiviteiten af te sluiten verwacht dat dit zou leiden tot een betere belangenbehartiging van specifieke groepen verzekerden. Tot nu toe zien we voor bijvoorbeeld patiëntencollectiviteiten dat die nauwelijks van de grond zijn gekomen. We zien de laatste jaren wel dat gemeentes steeds meer collectieve contracten afsluiten voor minima. Zij maken ook vaak aanvullende afspraken over bijvoorbeeld gespreide betaling of herverzekering van het eigen risico. Een onverwacht effect was de groei van de gelegenhedscollectiviteiten. Deze hadden eigenlijk als enig doel om een korting op de basisverzekering te geven. Deze collectiviteiten waren over het algemeen vrij toegankelijk. Het is

de vraag in hoeverre dergelijke collectiviteiten de belangen van verzekerden vertegenwoordigen.” (Interview medewerker NZa)

Voor zorgverzekeraars heeft een collectiviteit ook voordelen. Een collectief contract kan bijdragen aan een stabiel verzekerdenbestand.

“Een grote collectiviteit kan voor verzekeraars natuurlijk ook wel gewoon aantrekkelijk zijn vanwege - hoe moet ik het zeggen - een stabiel verzekerdenbestand. Dat is dan een andere factor, maar die voor de verzekeraar wel relevant kan zijn. En op het moment dat je een vrij grote collectiviteit meerjarig aan je kunt binden, geeft dat voor een verzekeraar ook wel rust. En loont het ook om daar afspraken mee te maken en je voor in te spannen. Dus ik denk dat er zeker wel voordelen zijn aan collectiviteiten. En zeker op het moment dat verzekeraar en collectiviteit ook daadwerkelijk met elkaar in gesprek zijn over de meerwaarde die ze kunnen bieden.” (Interview medewerker VWS)

De korting die zorgverzekeraars geven aan collectief verzekerden mag alleen gebaseerd zijn op de omvang van het collectief via welke een verzekerde verzekerd is. De korting mag dus bijvoorbeeld niet gebaseerd zijn op de (verwachte) gezondheid van de leden van een collectief. Dit om premiedifferentiatie op basis van gezondheid in de basisverzekering te voorkomen. Uit onderzoek blijkt dat grotere collectiviteiten inderdaad meer korting ontvangen dan kleine collectiviteiten (CPB, 2010). Daarnaast ontvangen collectiviteiten die georganiseerd zijn via werkgevers meer korting dan andere collectiviteiten (CPB, 2010; NZa, 2014; Van der Maat en De Jong, 2009). Collectiviteiten via patiëntenverenigingen ontvangen relatief de minste korting (NZa, 2014). Collectiviteiten buiten de regio waarin een zorgverzekeraar dominant is, ontvangen hogere kortingen dan collectiviteiten in de regio waarin een zorgverzekeraar dominant is. De reden hiervoor is, zo verwacht het CPB (2010), dat verzekerden een voorkeur hebben om verzekerd te zijn bij de dominante zorgverzekeraar in hun regio. Voor een (regionaal georganiseerd) collectief dat verzekerden aan wil trekken is het dus belangrijk om een contract te hebben met die dominante zorgverzekeraar. Deze collectiviteiten kunnen om die reden een minder hoge korting bedingen bij de dominante zorgverzekeraar dan andere collectiviteiten. Dit suggereert dat premiekorting niet alleen afhangt van de omvang van een collectief, maar ook van de locatie van een collectief relatief aan de locatie van de zorgverzekeraar.

Collectiviteiten mogen verzekerden weigeren. Hierdoor ontstaat het risico dat voor bepaalde groepen de mogelijkheid om collectief verzekerd te zijn beperkt wordt. Hierdoor lopen zij de potentiële voordelen van het collectief verzekerd zijn, mis. KPMG (2014) beargumenteert dat dit risico geen werkelijkheid is, aangezien veel mensen collectief verzekerd zijn en collectiviteiten voor grote groepen toegankelijk zijn. Of verzekerden daadwerkelijk geweigerd worden voor collectieve verzekeringen is onbekend. Daarnaast is het ook onbekend of er verzekerden zijn die bij geen enkel collectief terecht kunnen.

Collectiviteiten spelen ook een rol in het overstappedrag van verzekerden. In 2014, bijvoorbeeld, bleef 16% van de verzekerden die niet overstapten bij hun huidige verzekeraar, omdat zij tevreden waren over de geboden collectiviteitskorting. Dit percentage is gedaald van ongeveer 30% na de invoering van de Zorgverzekeringswet. Verder valt op dat om de drie jaar de wens om over te stappen naar een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar vaker wordt genoemd als reden om over te stappen dan in de andere jaren (Reitsma-van Rooijen et al., 2015). Dit kan verklaard worden doordat de meeste contracten tussen een collectief en een zorgverzekeraar voor

een periode van drie jaar afgesloten worden. Als geheel stappen collectiviteiten weinig over, maar wanneer ze dat wel doen is dat dus terug te zien in de overstapredenen die verzekerden opgeven. Er zijn geen aanwijzingen dat collectiviteiten overstappen belemmeren.

Gevolgen voor functioneren zorgverzekeringsmarkt

Het bestaan van collectiviteiten lijkt voor de zorgverzekeringsmarkt weinig effecten te hebben. De verwachte positieve gevolgen van collectieve verzekeringen lijken niet op te treden: de collectiviteiten waar de meeste verzekerden bij aangesloten zijn, lijken niet bij te dragen aan vermindering van administratieve lasten en maken vooral afspraken over premiekorting. Daarnaast stappen collectiviteiten weinig over en lijken ze ook op die manier niet bij te dragen aan de counterveiling power van verzekerden.

Zorgverzekeraars lijken wel hun best te doen om collectiviteiten aan zich te binden. Collectieve contracten kunnen bijdragen aan een stabiele en grote basis van verzekerden. De dreiging om over te stappen zou dus wel degelijk invloed kunnen uitoefenen op zorgverzekeraars.

Op het niveau van individuele verzekerden hebben collectieve verzekeringen een voordeel dat gewaardeerd wordt: zij geven een korting op de premie. Uit onderzoek van Ipsos uit 2012 blijkt dat ruim 80% van de verzekerden met een collectieve verzekering via hun werkgever lid is van het collectief vanwege de bijbehorende korting. Ongeveer een derde geeft aan lid te zijn van het collectief vanwege de uitgebreide dekking (Ipsos, 2012). Daarnaast blijkt er onder verzekerden vraag te zijn naar collectiviteiten: ongeveer 70% van de verzekerden is via een collectief verzekerd.

Hoofdpunten

- Ongeveer 70% van de verzekerden is collectief verzekerd, vooral via de werkgever.
- Gelegenheidscollectiviteiten zijn in opkomst. Zij maken vaak geen afspraken met zorgverzekeraars over gezondheidswinst. Voor werkgevers is vooral de premie(korting) van belang bij het selecteren van een zorgverzekeraar voor een collectief contract.
- Er lijken geen duidelijke positieve of negatieve effecten van collectiviteiten op het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt te zijn. Het bestaan van collectiviteiten lijkt wel aan te sluiten bij een vraag van verzekerden, aangezien een groot percentage verzekerden collectief verzekerd is.

2.6 Conclusie

De laatste jaren verandert jaarlijks rond de 8% van alle verzekerden van polis, en rond de 6% verandert van verzekeraar. Het zijn vooral jongeren die wisselen en in mindere mate ouderen en mensen met een chronische ziekte. Verzekerden wisselen vooral om financiële redenen, wat verzekeraars zal prikkelen de prijs van een polis zo laag mogelijk te houden. De vraag of het percentage overstappers toereikend is om verzekeraars scherp te houden, is lastig te beantwoorden. Enerzijds kan geconstateerd worden dat de premies voor de basisverzekering maar weinig zijn gestegen sinds de introductie van de zorgverzekeringswet, ondanks stijgende zorgkosten. Anderzijds geldt ook dat de premies niet gedaald zijn ondanks dat verzekeraars bijna tien jaar de tijd hebben gehad om meer kosteneffectief te opereren. Daarnaast is duidelijk dat van het keuzegedrag geen prikkel uitgaat gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de ingekochte zorg. Niet alleen omdat overwegingen rond kwaliteit nauwelijks een rol spelen bij verzekerden die

wisselen, maar ook omdat chronisch zieken en ouderen in veel mindere mate wisselen. Het zijn echter vooral ouderen en chronisch zieken die gebruik maken van de zorg. Al met al kunnen we constateren dat er op de zorgverzekeringsmarkt in zekere mate sprake is van verzekerdenmobiliteit: vooral onder jongeren en vooral op prijs. De prikkel die hiervan uitgaat is een prijsprikkel. Die prijsprikkel zien we ook terug bij de rol die collectiviteiten spelen op de zorgverzekeringsmarkt. Voor chronisch zieken kan de angst niet geaccepteerd te worden voor een aanvullende verzekering bij een nieuwe verzekeraar een rol spelen bij de keuze om niet te wisselen van verzekeraar. Dit punt wordt door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in haar actie plan 'Kern gezond' (2015) aan de orde gesteld. In het actieplan is opgenomen dat zorgverzekeraars het uitgangspunt gaan hanteren dat verzekerden toegang hebben tot de aanvullende verzekering, als deze verzekerde bij de oude zorgverzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering heeft afgesloten.

De laatste jaren is het aantal polissen waaruit verzekerden kunnen kiezen toegenomen: van 55 in 2006 tot 71 in 2015, ondanks het feit dat het aantal verzekeraars juist is afgenomen (NZa, 2014; Vektis, 2015). Een zekere mate van diversiteit in aanbod kan bijdragen aan het keuzeprocess, maar een te divers aanbod kan leiden tot keuzestress. Die keuzestress zal zich uiten in het afzien van kiezen of het kiezen voor een aanbod dat niet echt bij iemand past. In de onderhavige kennissynthese hebben we nog geen aanwijzingen gevonden dat keuzestress een grote rol speelt op de zorgverzekeringsmarkt.

Bij de introductie van de zorgverzekeringswet is overwogen dat de koppeling van een aanvullende verzekering en een basisverzekering geen belemmering zou moeten zijn voor de keuzevrijheid: als iemand zijn basisverzekering stopt mag een verzekeraar niet automatisch ook de aanvullende verzekering beëindigen. Toch zijn er andere mechanismen die het verkrijgen van een aanvullende verzekering en de basisverzekering aan elkaar koppelen. Er zijn aanwijzingen dat deze koppeling invloed heeft op de keuzevrijheid op de verzekerdenmarkt: 13% van de chronisch zieken is bang dat ze niet geaccepteerd zullen worden voor een aanvullende verzekering (data NPCG, 2014). Die angst kan verzekerden ervan weerhouden om te wisselen voor de basisverzekering. Dit roept discussie op over de vraag hoe belangrijk de aanvullende verzekering voor verzekerden mag worden. Naarmate het belang van de aanvullende verzekering toeneemt en mensen vanwege de aanvullende verzekering niet wisselen van zorgverzekeraar kan dat de werking van het stelsel negatief beïnvloeden. Een mogelijke oplossing is om het belang van de aanvullende verzekering te beperken door het basispakket zo breed mogelijk te houden, op die manier zal de aanvullende verzekering als belemmerende factor bij het wisselen van zorgverzekeraar beperkt blijven.

Zeven op de tien verzekerden is verzekerd via een collectief: vooral via de werkgever. Het belangrijkste motief voor deelname aan een collectief is dat dit leidt tot een korting op de zorgpremie: in 2014 bedroeg deze korting gemiddeld 7,5%. De formele grond voor deze korting is dat een collectieve verzekering leidt tot een administratief voordeel voor de verzekeraar. Dit administratieve voordeel lijkt echter afwezig. Daarnaast blijkt uit de door ons gevonden informatie dat weinig collectiviteiten zich inspanssen voor een betere kwaliteit van zorg. Er zijn wel enkele uitzonderingen.

3 Transparantie en informatie

Belangrijkste bevindingen:

- *Meer dan de helft van de verzekerden weet niet welke polis hij of zij heeft.*
- *De informatievoorziening over polissen schiet nog te kort.*
- *Verzekerden lezen beschikbare informatie vaak niet.*
- *Vergelijkingsites geven niet altijd de juiste informatie en zijn niet altijd objectief.*

3.1 Transparantie en informatie

Een voorwaarde voor een goede werking van het zorgverzekeringsstelsel is dat zorgpolissen voldoende transparant zijn, het moet duidelijk zijn wat er verzekerd is en wat niet. Er moet voldoende begrijpelijke en betrouwbare informatie beschikbaar zijn over prijs-, product- en kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars en de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Informatie over prijs, kwaliteit en dienstverlening moet begrijpelijk, relevant, objectief, betrouwbaar en gratis voor iedereen beschikbaar zijn. Alleen als aan deze voorwaarde is voldaan kunnen mensen een weloverwogen beslissing nemen voor een zorgverzekering en kan worden voorkomen dat verzekerden voor onverwachte financiële verrassingen komen te staan. Het belang van transparantie wordt breed gedragen. Minister Schippers van VWS heeft 'het jaar van de transparantie' aangekondigd, dat loopt van maart 2015 tot maart 2016 (Ministerie VWS, 2015). In de bijbehorende kamerbrief geeft zij aan dat transparantie over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, gecontracteerde zorgaanbieders en verschillen tussen polissen moet toenemen.

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het beschikbaar stellen van vergelijkbare informatie. Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg zijn zij verplicht om informatie over hun verzekeringsproducten op een dusdanige manier beschikbaar te maken dat deze informatie eenvoudig vergelijkbaar is. Uit het vorige hoofdstuk bleek dat een deel van de verzekerden niet overstapt omdat het volgens hen te veel moeite kost of omdat ze geen onderlinge verschillen zien tussen zorgverzekeringen. Goede vergelijkbare informatie kan de moeite die het kost om over te stappen, beperken. Een mogelijkheid om vergelijkbare informatie aan te bieden aan verzekerden zijn vergelijkingssites. Er zijn echter signalen dat deze vergelijkingssites partijdige of onvolledige informatie verstrekken (NZa, 2014).

De mate waarin de beschikbare informatie bijdraagt aan het keuzeprocès hangt af van de rol die informatie speelt in dit keuzeprocès: hoe bewust kiezen mensen voor een zorgpolis? Welke informatie gebruiken verzekerden bij de keuze voor een polis? Daarnaast moeten verzekerden in staat zijn de informatie te verwerken en te begrijpen.

Als er onvoldoende informatie is, of als de beschikbare informatie onjuist, onbegrijpelijk of onvergelijkbaar is, dan kan dit er toe leiden dat verzekerden niet in staat zijn om een verzekering te kiezen die past bij hun situatie. Als gevolg hiervan kunnen zij geconfronteerd worden met onverwachte kosten als hun zorgaanbieder geen contract heeft met hun zorgverzekeraar of als een bepaalde behandeling niet binnen hun (aanvullende) verzekering valt. Op collectief niveau kan dit als gevolg hebben dat zorgverzekeraars bijvoorbeeld alleen prikkels over prijs ontvangen als er onvoldoende informatie over kwaliteit is. Op deze manier kunnen zij niet de verwachte bijdrage leveren aan de doelen van de Zvw.

In dit hoofdstuk gaan we in op drie subthema's:

1. Informatieplicht van zorgverzekeraars;
2. De rol van vergelijkingssites;
3. Verrassingen voor verzekerden achteraf.

3.2 Informatieplicht van zorgverzekeraars

Volgens artikel 40 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) hebben zorgverzekeraars de plicht om vergelijkbare informatie over hun producten en diensten openbaar te maken. Een dergelijke zorgplicht geldt ook op de financiële markt. Deze moet helpen voorkomen dat consumenten een financieel product afnemen dat niet bij hen past. Daarnaast bestaat in de financiële wereld voor complexe producten (bijvoorbeeld een hypotheek) een financiële bijsluiter, met daarin informatie over rendementen, risico's en kosten. Deze informatie is bedoeld om consumenten te helpen om een beslissing te nemen over de aanschaf van een complex product. De informatie in dergelijke bijsluiters wordt gecontroleerd door de Autoriteit Financiële Markten (AFM) (website AFM, 2015).

Welke informatie openbaar gemaakt moet worden door zorgverzekeraars en via welk kanaal heeft de NZa (2014a) beschreven aan de hand van een checklist bestaande uit achttien elementen, waaronder premiegrondslag, gecontracteerd zorgaanbod en toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden op verschillende manieren informeren, zoals via hun website, via hun klantenservice en via advertenties. Deze informatie is voor verzekerden belangrijk, omdat ze het kunnen gebruiken bij het bepalen welke verzekeraar en polis het best bij hen past.

We gaan in op de volgende vraag:

Welke informatie stellen zorgverzekeraars beschikbaar en op welke manier?

3.2.1 De informatie van zorgverzekeraars

Een belangrijke bron van informatie voor verzekerden is de website van zorgverzekeraars (NZa, 2014b). De NZa heeft in 2012 de websites van zorgverzekeraars onderzocht op de informatie die daar beschikbaar is. Vooral de informatie over welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd en informatie over het preferentiebeleid voor geneesmiddelen bleek relatief vaak onvolledig (NZa, 2012). Naar aanleiding van dit onderzoek hebben de betreffende zorgverzekeraars hun websites aangepast (NZa, 2012). In hetzelfde onderzoek concludeerde de NZa ook dat zorgverzekeraars verzekerden in veel gevallen informeren over het gecontracteerde zorgaanbod, zij het relatief:

verzekerden ontvangen deze informatie als ze er om vragen (NZa, 2012). Eén zorgverzekeraar informeerde haar verzekerden actief over het gecontracteerde zorgaanbod. In 2014 heeft de NZa dit onderzoek opnieuw verricht. Het bleek dat de informatie op websites van zorgverzekeraars wederom vooral tekortschoot wat betreft de gecontracteerde zorgaanbieders en het preferentiebeleid voor geneesmiddelen (NZa, 2014). Ook bleek dat een deel van de websites niet voldeden aan de criteria van de NZa betreffende informatie over eigen bijdragen van verzekerden en het eigen risico (NZa, 2014). Ongeveer de helft van de onderzochte websites (29 van de 55) voldeed aan alle toetsingscriteria die de NZa hanteerde.

Een andere manier waarop zorgverzekeraars verzekerden kunnen informeren is via hun klantenservice. Uit een onderzoek van het NIVEL naar de communicatie van de klantenservice van zorgverzekeraars blijkt dat deze informatie niet altijd consistent is (Bes et al., 2014). In dit onderzoek zijn in 2012 klantenservices van 25 zorgverzekeraars op twee verschillende momenten benaderd met dezelfde vragen over onder meer de mogelijkheid tot het afsluiten van alleen een aanvullende verzekeringen. Sommige klantenservices gaven twee verschillende antwoorden op de twee verschillende meetmomenten (Bes et al., 2014). Ook de Consumentenbond concludeert in een vergelijkbaar onderzoek dat sommige verzekeraars op twee momenten verschillende antwoorden geven op dezelfde vragen (Consumentenbond, 2014). Er zijn hierin grote verschillen tussen zorgverzekeraars. Ten opzichte van 2013 is de situatie in 2014 iets verbeterd concludeert de Consumentenbond.

Hoofdpunt

- De informatievoorziening van zorgverzekeraars schiet nog tekort, vooral als het gaat om het gecontracteerde zorgaanbod en het preferentiebeleid rondom geneesmiddelen.

3.3 De rol van vergelijkingssites

Vier op de tien verzekerden geeft aan vergelijkingssites te gebruiken als zij een keuze willen maken voor een zorgpolis (Motivaction, 2014). Van de verzekerden die overwogen over te stappen of over zijn gestapt, maakt 6 op de 10 gebruik van vergelijkingssites (MarketRespons, 2014).

Vergelijkingssites kunnen bijdragen aan het reduceren van de moeite die verzekerden ervaren bij het uitkiezen van een zorgverzekeraar en polis die bij hen past. Door het beperken van de hoeveelheid informatie die verzekerden moeten verwerken kan eventuele keuzestress verminderen. Een overdaad aan vergelijkingssites kan er echter toe leiden dat verzekerden alsnog keuzestress ervaren.

“Kijk, de functie van vergelijkingssites moet natuurlijk zijn om bestaande gegevens praktisch bruikbaar voor consumenten te maken. Op een gegeven ogenblik zullen alle verzekeraars - en het liefst wat ons betreft ook nog in een soort van voorgeschreven format – de aspecten van de zorgverzekering duidelijk moeten maken. Maar dan nog is het altijd een zoekplaatje voor consumenten. Consumenten zijn gewoon ook uit op gemak natuurlijk. De beste polis, de laagste prijs, met zo weinig mogelijk werk. En daar kunnen vergelijkingssites natuurlijk heel goed werk in leveren.” (Interview medewerker Consumentenbond)

Om een goede keuze te kunnen maken, is het voor verzekerden belangrijk dat de informatie die op vergelijkingswebsites wordt aangeboden betrouwbaar, volledig en objectief is. De laatste jaren is de aandacht voor vergelijkingswebsites toegenomen. Zowel de NZa als de Autoriteit Financiële Markten (AFM) hebben recent onderzoek gedaan naar het functioneren van vergelijkingswebsites (in de zorg: NZa, 2014c; en in het algemeen: AFM, 2012 en AFM, 2014). De NZa en de AFM hebben aangekondigd ook in de komende jaren het functioneren van vergelijkingswebsites te blijven onderzoeken.

De volgende vragen worden hieronder behandeld:

1. Hoe heeft het aantal vergelijkingswebsites zich ontwikkeld?
2. Is de informatie op vergelijkingswebsites juist?
3. Hoe objectief is de informatie op vergelijkingswebsites?

3.3.1 Aantal vergelijkingswebsites

In maart 2015 is in het kader van dit onderzoek het aantal vergelijkingswebsites geïnventariseerd via Google. Hieruit bleek dat er op dat moment ongeveer 100 vergelijkingswebsites actief waren. Het is onbekend of er sinds 2006 sprake is geweest van een daling of een stijging in het aantal vergelijkingswebsites.

3.3.2 Juistheid vergelijkingswebsites

In veel gevallen gebruiken vergelijkingswebsites informatie van een dataleverancier, die op zijn beurt informatie ontvangt van zorgverzekeraars (NZa, 2014c). Deze dataleverancier combineert de informatie die zij van zorgverzekeraars krijgt en geeft vergelijkingswebsites toegang tot deze informatie (NZa, 2014c). De zorgverzekeraar blijft verantwoordelijk voor de juistheid van de informatie over zijn polisaanbod die een vergelijkingswebsite verstrekt, mits de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft met de vergelijkingswebsite (NZa, 2014a; NZa, 2014c).

Uit onderzoek van de NZa naar de kwaliteit van vergelijkingswebsites in 2007 en 2008 bleek dat de kwaliteit in die periode is toegenomen (NZa, 2007a; NZa, 2008a).

Uit meer recent onderzoek van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars steekproefsgewijs controleren of de informatie op vergelijkingswebsites juist is (NZa, 2014c). Vergelijkingswebsites zelf geven aan dat zorgverzekeraars contact met hen opnemen als zij onjuistheden ontdekken (NZa, 2014c). De NZa concludeert echter dat er nog onjuistheden op vergelijkingswebsites kunnen staan, bijvoorbeeld over de uitleg van 'vrije zorgkeuze'. Dit wordt door zorgverzekeraars nauwelijks gecontroleerd, maar kan wel de getoonde resultaten op een vergelijkingswebsite beïnvloeden, bijvoorbeeld als een polis gecategoriseerd is als 'vrije zorgkeuze' maar dit niet is, of andersom. Deze onjuistheden zijn voor minister Schippers van VWS aanleiding geweest om in februari 2015 aan te kondigen de NZa te vragen de regels voor vergelijkingswebsites aan te scherpen (Ministerie VWS, 2015).

3.3.3 Objectiviteit vergelijkingswebsites

Een aantal vergelijkingswebsites biedt de mogelijkheid om via hen een polis af te sluiten. Zorgverzekeraars hebben met dergelijke vergelijkingswebsites vaak overeenkomsten die onder meer bepalen hoe de vergelijkingswebsite om dient te gaan met persoonsgegevens en welke vergoeding

(provisie) de vergelijkingswebsite ontvangt (NZa, 2014b). Een provisie kan bijvoorbeeld bestaan uit een eenmalige vergoeding of uit een jaarlijkse vergoeding zolang de verzekerde bij de betreffende verzekeraar verzekerd blijft (NZa, 2014c). Uit een onderzoek van de NZa blijkt dat 30 van de 51 onderzochte zorgverzekeraars, labels en volmachten een overeenkomst hebben met één of meer vergelijkingswebsites (NZa, 2014c).

Provisies tasten de objectiviteit van vergelijkingswebsites niet per se aan. Pas als het betalen van een provisie de resultaten van vergelijkingen beïnvloeden, dan zou de objectiviteit in het geding kunnen komen. De AFM (2014) stelt dat aanbieders (in dit geval zorgverzekeraars) vaak moeten betalen om weergegeven te worden in deze top-3. Zorgverzekeraars die geen provisie betalen worden in veel gevallen niet getoond in de top-3. De AFM adviseert vergelijkingswebsites om geen gebruik meer te maken van dergelijke top-3's. Een onderzoek van de Telegraaf (2013) laat zien dat verschillende vergelijkingswebsites vaak andere resultaten laten zien wanneer dezelfde gegevens ingevuld worden. Dat kan voor verwarring zorgen onder verzekerden.

Bovenstaande impliceert dat de objectiviteit van vergelijkingswebsites niet optimaal is. De AFM (2012) laat zien dat het voor consumenten moeilijk is om informatie te vinden over hoe vergelijkingswebsites (in het algemeen) tot stand komen, hoe volledig de vergelijking is en hoe ze geld verdienen. Ten opzichte van een eerder onderzoek van de AFM was er in 2012 meer informatie beschikbaar voor consumenten. De nieuwe informatie was echter moeilijk te vinden voor consumenten. Ondanks deze tekortkomingen concludeert de AFM (2014) dat de vijf grootste (algemene) vergelijkingswebsites wel toegevoegde waarde hebben voor consumenten (verzekerden). Of verzekerden de informatie van vergelijkingswebsites anders waarderen als ze informatie hebben over het verdienmodel is onbekend. In een van de interviews wordt naar voren gebracht dat verzekerden informatie over het verdienmodel wellicht niet tot zich nemen.

“Laat ik zo zeggen: de informatie wordt wel gegeven, maar het is de vraag of iedereen die informatie ook daadwerkelijk tot zich neemt. Als je gewoon even heel snel prrr, dat ding invult en kijkt, van: oh, dat is de topdrie... En ik ben bang dat veel mensen op die manier de vergelijkingsite gebruiken; ja, dan mis je wel een deel van de informatie, die denk ik wel essentieel is om echt je keuze te kunnen maken...” (Interview medewerker VWS)

Het belang van objectieve informatie via vergelijkingswebsites wordt door verschillende veldpartijen benadrukt, in elk geval zijn ze het erover eens dat de websites transparant moet zijn over de belangen die ze behartigen.

“Ik denk dat de vergelijkingswebsites een hele cruciale rol vervullen bij het vergelijken van verzekeringen en polissen. Wat natuurlijk wel van belang is, is dat de informatie die op die site staat, gewoon klopt. En daar hebben verzekeraars echt een hele belangrijke rol bij, om te checken dat wat er staat, dat dat klopt. En bovendien is het gewoon van groot belang dat de websites ook transparant zijn over het verdienmodel. En over hun ranking, hoe die tot stand komt. Als je drie vergelijkingsites pakt en je voert daar dezelfde dingen in, kan het voor mensen best een beetje bevreemdend zijn dat daar een andere topdrie uitkomt. En het moet wel helder zijn, van: hoe komt die topdrie tot stand?” (Interview medewerker VWS)

“Zorgverzekeraars hebben in ieder geval gezegd: we gaan ook verkennen, kunnen we niet ondersteunen dat er een objectieve, onafhankelijke vergelijkingsite komt? Dat ze dat uitspreken,

geeft aan dat er denk ik wel behoefte is om in de veelheid aan vergelijkingssites en allerlei mogelijkheden waarop je je polis kunt aanbieden, helderheid voor de verzekerden te bieden. Juist vanuit het klantbelang.” (Interview medewerker ZN)

“Je wilt ... dat het transparant is, hoe dat soort dingen werken. ... als je ziet hoeveel van die vergelijkingssites nu uit de grond schieten... Wordt de zorg van mensen daar nou echt beter van? En wordt de polis daar goedkoper van?” (Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

“Vergelijkingssites zijn belangrijk voor de transparantie op de zorgverzekeringsmarkt, zij zijn bij uitstek een goed hulpmiddel voor verzekerden om over te stappen. Vanwege dit belang voor de zorgverzekeringsmarkt kijken wij samen met de AFM heel kritisch naar vergelijkingssites en of zij goede en objectieve informatie verstrekken. Zorgverzekeraars hebben een verantwoordelijkheid voor de juistheid van de informatie die door of namens henzelf verstrekt wordt over hun zorgpolissen. Daarnaast bekijken wij het voornemen van zorgverzekeraars in hun actieplan Kerngezond om zelf de vergelijkbaarheid van zorgpolissen te verbeteren met veel interesse.” (Interview medewerker NZa)

“...wij vinden dat vergelijkingssites transparant moeten zijn. Als zij bepaalde belangen hebben of behartigen dan moeten zij dit ook transparant maken naar verzekerden. Daarnaast moet de informatie die zij geven kloppen.” (Interview medewerker NZa)

Goede vergelijkingssites kunnen mogelijk bijdragen aan de mobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt.

“Ik denk dat zonder vergelijkingssites er zeker geen beweging in de consumenten gaat komen. En als goede informatie eenmaal beschikbaar is en vergelijkingssites daar wat mee kunnen gaan doen, dan zou er misschien eens wat beweging kunnen gaan komen.” (Interview medewerker Consumentenbond)

Hoofdpunten

- Er zijn meer dan 100 vergelijkingssites actief; dit is meer dan het aantal zorgpolissen.
- De kwaliteit van vergelijkingssites lijkt te verbeteren; zorgverzekeraars controleren steekproefsgewijs de informatie op vergelijkingssites. De informatie over het verdienmodel van vergelijkingssites is voor verzekerden niet altijd eenvoudig te vinden.
- De resultaten die op een vergelijkingssite getoond worden, worden beïnvloed door provisies die zorgverzekeraars betalen. Dit heeft negatieve gevolgen voor de objectiviteit van vergelijkingssites.
- Veldpartijen zijn zich ervan bewust dat vergelijkingssites niet altijd transparant zijn over de belangen die zij behartigen.

3.4 Verrassingen achteraf

Verzekerden kunnen voor verrassingen komen te staan, als zij niet bekend zijn met de polisvoorwaarden van hun zorgverzekering. Zo is het mogelijk dat zij zorg ontvangen van een aanbieder die niet gecontracteerd is door de zorgverzekeraar, of dat zij zorg gebruiken die bij nader

inzien toch niet gedekt is door hun (aanvullende) verzekering. Om deze verrassingen te voorkomen is het belangrijk dat er voldoende informatie is. In dat kader hebben we hierboven de rol van zorgverzekeraars en vergelijkingswebsites in het beschikbaar stellen van juiste en objectieve informatie belicht. Als verzekerden echter niet in staat zijn de beschikbare informatie te begrijpen, of de beschikbare informatie gewoonweg niet gebruiken, dan kunnen zij alsnog voor verrassingen komen te staan. Het is dus belangrijk om te weten welke rol de beschikbare informatie speelt in het keuzeproces van verzekerden en of zij in staat zijn de beschikbare informatie op een zinvolle manier toe te passen.

We beantwoorden de volgende vragen:

1. Gebruiken en begrijpen verzekerden de beschikbare informatie?
2. In hoeverre komen verzekerden voor verrassingen achteraf te staan?

3.4.1 Gebruiken en begrijpen van informatie door verzekerden

Er zijn aanwijzingen dat een deel van de verzekerden beschikbare informatie niet gebruikt, hoewel zij wel aangeven informatie te willen (NZa, 2014b). Zo geven bijna alle verzekerden (93%) aan het (zeer) belangrijk te vinden om voor zichzelf voldoende te weten wat hun zorgverzekering inhoudt (Reitsma-van Rooijen et al., 2014a). Wanneer dit vergeleken wordt met andere contracten (energiecontract, reisverzekering, autoverzekering en internetabonnement), zien we dat verzekerden het het belangrijkste vinden om te weten wat hun zorgverzekering inhoudt (Reitsma-van Rooijen et al., 2014a).

Uit onderzoek blijkt echter dat minder dan de helft van de verzekerden jaarlijks bekijkt welke polis het beste bij hun past. Eén op de vijf geeft aan zich nooit bezig te houden met de keuze voor een zorgpolis (Motivaction, 2014). Van deze groep verzekerden is dus niet te verwachten dat zij informatie zoeken. Uit ander onderzoek blijkt dat vier op de tien verzekerden nauwelijks let op zijn zorgpolis, vooral omdat ze erop vertrouwen dat hun polis goede dekking biedt (Motivaction, 2014). Voor de basisverzekering en de aanvullende verzekering geldt dat 24% van de verzekerden denkt dat de inhoud van de basisverzekering en de aanvullende verzekering volgend jaar hetzelfde is als zij niks veranderen aan hun zorgverzekering (Reitsma-van Rooijen et al., 2014a). Een belangrijke reden dat verzekerden geen informatie opzoeken is dat zij erop vertrouwen dat het wel goed zit (NZa, 2014b).

Een andere reden dat verzekerden geen informatie opzoeken is dat ze het te veel gedoe vinden om informatie op te zoeken (NZa, 2014b). Ook zegt een deel van de verzekerden dat zij gevonden informatie over het eigen risico en het gecontracteerde zorgaanbod moeilijk vergelijkbaar vindt (NZa, 2014b). Ongeveer de helft van de verzekerden heeft het gevoel dat de informatie over de vergoedingen voor medisch specialistische zorg, farmacie en GGZ waarvoor ze in aanmerking komen niet klopt (NZa, 2014b).

Indien mensen wel informatie opzoeken voor de keuze van een zorgpolis, geeft ongeveer een kwart aan informatie op te vragen bij hun eigen zorgverzekeraar (Motivaction, 2014). Ook ongeveer een kwart vraagt hiervoor informatie op bij andere zorgverzekeraars. Ongeveer de helft van de mensen vindt hun eigen zorgverzekeraar een betrouwbare bron van informatie. Terwijl 1 op de 5 mensen vindt dat andere zorgverzekeraars een betrouwbare bron zijn (Motivaction, 2014). Onderzoek uit het Verzekerdenpanel van het NIVEL (februari 2015) laat zien dat ruim de helft (56%) van de verzekerden aangeeft geen informatiebronnen te hebben gebruikt/bekeken om hun besluit om al dan niet bij hun zorgverzekeraar te blijven op te baseren. Informatiebronnen die het vaakst

werden gebruikt zijn, de websites van zorgverzekeraars (16%), gevolgd door brochures van zorgverzekeraars (11%).

Er zijn ook aanwijzingen dat niet alle verzekerden de beschikbare informatie begrijpen. Als verzekerden het gevoel hebben dat zij de beschikbare informatie niet zullen begrijpen, dan is de kans ook kleiner dat zij informatie zullen opzoeken (NZa, 2014b). Verzekerden geven aan dat het niet altijd duidelijk is voor welke zorg een eigen bijdrage betaald moet worden (bijvoorbeeld als gevolg van een eigen risico). Wel geven verzekerden aan de informatie over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn duidelijk te vinden (NZa, 2014b). Daarentegen weet ongeveer 60% van de verzekerden niet hoeveel zorgaanbieders (een klein deel, een groot deel, alle) gecontracteerd zijn in hun basisverzekering (Februari peiling 2015, Consumentenpanel Gezondheidszorg). Meer dan de helft van de verzekerden weet niet welke polis hij of zij heeft (restitutie of natura) (Februari peiling 2014, Consumentenpanel Gezondheidszorg).

Box 3.1 Hoe moeilijk of makkelijk vinden verzekerden bepaalde aspecten informatie over zorgverzekeringen?

Voor het maken van juiste keuze voor hun zorgverzekering, moeten verzekerden informatie vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen. Om inzicht in te krijgen in hoe moeilijk of makkelijk verzekerden deze aspecten vinden, is in februari 2015 hierover een aantal stellingen voorgelegd aan leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. De resultaten laten zien dat voor een groot deel van de verzekerden de aspecten lastig zijn. Zo geeft de helft van de verzekerden aan het (heel) moeilijk te vinden om te achterhalen welke zorgaanbieders vergoed worden. Ook vindt ongeveer de helft het (heel) moeilijk om te beoordelen of de informatie die gevonden wordt volledig (58%) en betrouwbaar (49%) is. Tot slot geeft 45% aan het (heel) moeilijk te vinden om te beoordelen of een bepaalde zorgverzekering geschikt is, terwijl 55% het (heel) moeilijk vindt om verschillende zorgverzekeringen met elkaar te vergelijken.

Op basis van de verschillende stellingen is ook een totaal score berekend (range 0-60), waarbij een hogere score betekent dat verzekerden de aspecten makkelijker vinden. De gemiddelde score was 38, al zijn hierbij verschillen tussen groepen verzekerden. Zo scoren ouderen en laag opgeleiden over het algemeen lager dan jongeren en hoog opgeleiden (Februari peiling 2015, Consumentenpanel Gezondheidszorg).

3.4.2 Verrassingen voor verzekerden

Als verzekerden geen informatie opzoeken en/of deze niet begrijpen, is een mogelijk gevolg dat ze kiezen voor een polis dit niet optimaal past bij hun situatie. Hierdoor kunnen verzekerden voor onverwachte verrassingen komen te staan. Het komt regelmatig voor dat verzekerden zelf de rekening van hun zorggebruik moeten betalen, terwijl ze dachten dat dit vergoed zou worden door hun verzekering. In onderzoek van oktober 2012 gaf 31% van de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg aan dat zij in dat jaar gebruik hadden gemaakt van zorg en/of medicijnen waarvan ze dachten dat ze daarvoor verzekerd waren, maar wat niet zo bleek te zijn (Reitsma-van Rooijen et al., 2014a). Hierbij moet worden opgemerkt dat het onbekend is of het hierbij gaat om zorg die niet vergoed werd vanwege het eigen risico en/of wettelijke eigen bijdragen, of omdat het om zorg gaat die buiten de (aanvullende) verzekering valt. Ook zijn er signalen dat verzekerden niet altijd terecht kunnen bij de zorgaanbieder van hun voorkeur, omdat de zorgverzekeraar hiermee geen contract heeft afgesloten. Dit blijkt bijvoorbeeld uit meldingen die de Consumentenbond van haar leden ontvangt:

“En ook bij ons komen ze binnen, van: ik krijg ineens rekening van 2000 euro, terwijl ik niet wist dat ik niet naar dat ziekenhuis mocht. Mensen komen er pas achteraf achter wat voor polissen ze nou hebben. Dus achteraf ervaren ze pas de consequenties van de polis die ze hebben gekozen”
(Interview medewerker Consumentenbond)

Een eerste onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg in februari 2015 laat zien dat het bij een klein aantal mensen (N=20, 2%) in 2014 is voorgekomen dat ze naar een zorgaanbieder wilde/doorverwezen werden die niet gecontracteerd was door hun zorgverzekeraar, terwijl ze van tevoren niet wisten dat deze zorgaanbieder niet gecontracteerd was (Februari peiling 2015, Consumentenpanel Gezondheidszorg). Het is voorstelbaar dat verzekerden in de toekomst vaker voor onverwachte verrassingen komen te staan, nu zorgverzekeraars steeds meer selectief contracteren en steeds meer verzekerden kiezen voor een polis die gebaseerd is op selectief contracteren. Een probleem kan zijn dat verzekerden de keuze voor een polis vooral baseren op de premie en niet goed kijken naar de inhoud van die polis.

“Maar ik denk dat ook veel mensen gewoon vanwege de premie voor die budgetpolis hebben gekozen, en straks tot de ontdekking komen dat ze met het openbaar vervoer naar Delft moeten, slecht ter been. Ja, dan krijg je spijtoptanten.” (Interview medewerker Consumentenbond)

“Met het gevaar dat ze dus het overzicht niet hebben en daar geen goede informatie over vinden, en dus, of blijven zitten waar ze zitten, of gaan kiezen op alleen maar de premie - met alle gevaren van dien natuurlijk. Want daar komen dan natuurlijk de spijtoptanten vanzelf na een half jaar weer bovendrijven. Want dan hebben ze de verkeerde polis gesloten.” (Interview medewerker Consumentenbond)

“Het is soms de vraag of verzekerde consumenten zich bij de keuze van een polis voldoende bewust zijn van de risico's die ze kunnen lopen op het moment dat ze bijvoorbeeld een polis met heel weinig gecontracteerde aanbieders kiezen. Ik vind in ieder geval dat je ze in ieder geval moet wijzen op de gevolgen. Op zich is het natuurlijk prima als je een polis met beperkende voorwaarden wilt afsluiten, maar je moet er wel van bewust zijn dat dat betekent dat je dus misschien niet naar het ziekenhuis om de hoek kan. Want je ziet nog weleens dat die stap niet helemaal gemaakt wordt. Daar moeten mensen wel goed over nadenken.” (Interview medewerker NZa)

Hoofdpunten

- Meer dan de helft van de verzekerden weet niet welke polis hij heeft en meer dan de helft bekijkt niet jaarlijks welke polis het best bij hen past.
- Verzekerden zoeken de informatie die ze willen niet altijd op, omdat ze erop vertrouwen dat het wel goed zit, ze het te veel gedoe vinden en ze denken dat de informatie te moeilijk voor hen is.
- Er zijn signalen dat verzekerden voor onverwachte verrassingen komen te staan; de verwachting is dat dit in de toekomst toeneemt.

3.5 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we het thema “transparantie en informatie” behandeld. Een voorwaarde voor een goede werking van het zorgverzekeringsstelsel is dat zorgpolissen voldoende transparant zijn, het moet duidelijk zijn wat er verzekerd is en wat niet. Er moet voldoende begrijpelijke en betrouwbare informatie beschikbaar zijn over prijs-, product- en kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars en de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Informatie over prijs, kwaliteit en dienstverlening moet begrijpelijk, relevant, objectief, betrouwbaar en gratis voor iedereen beschikbaar zijn. Alleen als aan deze voorwaarde is voldaan kunnen mensen een weloverwogen beslissing nemen voor een zorgverzekering en kan worden voorkomen dat verzekerden voor onverwachte financiële verrassingen komen te staan.

Aan deze voorwaarde blijkt niet te zijn voldaan. Het blijkt dat meer dan de helft van de verzekerden niet weet welke polis hij of zij heeft. Ook zijn er signalen dat verzekerden voor onverwachte verrassingen komen te staan. Verzekerden zoeken de informatie die zij willen niet altijd op, vooral omdat zij denken dat het wel goed zit, ze het te veel gedoe vinden of omdat ze denken dat de informatie voor hen te moeilijk is. Hier ligt voor zorgverzekeraars een rol, namelijk die van de zorgplicht met betrekking tot polisinformatie. Het is onduidelijk welk zorgaanbod is gecontracteerd en hoe het zit met het preferentiebeleid rondom geneesmiddelen. Deze informatievoorziening schiet op dit moment te kort. Nu de diversiteit aan polissen toeneemt en er ook steeds meer polissen beschikbaar komen waarin niet elke zorgaanbieder is gecontracteerd neemt ook het belang van de zorgplicht met betrekking tot polisinformatie toe. Vergelijkingswebsites lossen dit probleem niet op, omdat de informatie niet altijd klopt, vergelijkingswebsites niet altijd objectief zijn en onduidelijk zijn over de belangen die zij behartigen. Voor verzekerden die een restitutiepolis hebben is minder informatie nodig, maar dan moet het voor die verzekerden wel duidelijk zijn dat zij een restitutiepolis hebben. Meer dan de helft van de verzekerden weet niet wat voor polis hij of zij heeft.

Wat betreft het tekortschieten van vergelijkingswebsites heeft de AFM aan de Minister laten weten dat er gewerkt wordt aan verbeteringen. Dit betreft de weergave van de premies, zodat (misleidende) eenmalige kortingen verzekerden niet meer de verkeerde indruk geven. De weergegeven premie moet overeenkomen met de maandelijkse premie die de verzekerde moet betalen. Daarnaast zijn er initiatieven waarbij altijd het best passende product voor de verzekerde duidelijk zichtbaar wordt, ongeacht of de vergelijkingsite met deze zorgverzekeraar samenwerkt. Dit kan in elk geval verwarring bij verzekerden voorkomen.

Transparantie komt ook aan bod in het actieplan ‘Kern-gezond’ van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (2015). ZN geeft daarin aan verzekerden beter de weg te gaan wijzen in het polisaanbod. Hiertoe zullen zorgverzekeraars per merk alle polissen in de basisverzekering op een transparante wijze op de website zichtbaar maken. Daarnaast zullen zorgverzekeraars per polis aangeven waarom deze polis vanuit het klantperspectief van toegevoegde waarde is ten opzichte van andere polissen. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de zorgplicht van zorgverzekeraars met betrekking tot polisinformatie.

Een mogelijke oplossing om verzekerden te wijzen op de risico’s van hun polis is een zogenoemde “bijsluiter”. In de financiële wereld bestaat voor complexe producten (bijv. een hypotheek) een financiële bijsluiter, met daarin informatie over rendementen, risico’s en kosten. Deze informatie

helpt consumenten om een beslissing te nemen over de aanschaf van een complex product. De informatie in dergelijke bijsluiters wordt gecontroleerd door de Autoriteit Financiële Markten (AFM). In het actieplan van ZN is opgenomen dat zorgverzekeraars door middel van een 'bijsluiter' bijzondere/ afwijkende voorwaarden van een polis expliciet onder de aandacht brengen van verzekerden. Het gaat echter niet alleen om het beschikbaar maken van informatie, het gaat er ook om of mensen de beschikbare informatie lezen en begrijpen. Daar lijkt een probleem te zitten. Verzekerden geven aan dat zij informatie over hun polis erg belangrijk vinden, tegelijkertijd zoeken ze geen informatie op. Daarnaast blijken verzekerden informatie moeilijk te vinden. Dit stelt dus hoge eisen aan de vindbaarheid en begrijpelijkheid van de informatie. Informatie zal naar verzekerden toe moeten komen en zo eenvoudig mogelijk moeten zijn om het doel te bereiken dat verzekerden een weloverwogen keuze kunnen maken.

Een andere optie is om het aanbod van polissen en labels te verminderen, deze optie wordt door Minister Schippers in haar brief "Transparantie zorgverzekeraars" genoemd. Zij gaat er daarbij vanuit dat dit bijdraagt aan een overzichtelijke zorgverzekeringsmarkt en aan concurrentie. Als het aanbod kleiner en begrijpelijker wordt, verwacht zij dat meer verzekerden alternatieven zullen overwegen. Het is echter de vraag of verzekerden zich vaker actief zullen gaan gedragen op de zorgverzekeringsmarkt. Het is goed mogelijk dat de groep actieve verzekerden beperkt blijft, immers toen het aanbod nog veel kleiner was waren er ook niet veel verzekerden die wisselden van zorgverzekeraar.

4 Financiële prikkels

Belangrijkste bevindingen:

- *Er is geen verband tussen premieverschillen en het percentage verzekerden dat overstapt. Het is wel zo dat als de premie stijgt er meer verzekerden overstappen.*
- *Steeds meer verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico, vooral het maximale vrijwillige eigen risico wordt vaker gekozen.*
- *Het zijn vooral verzekerden die zich gezond voelen, verzekerden met een hoger inkomen en jongeren die kiezen voor een vrijwillige eigen risico.*

4.1 Financiële prikkels

Een voorwaarde voor een doelmatig werkend zorgverzekeringsstelsel is dat er voldoende prikkels zijn die doelmatigheid stimuleren, financiële prikkels zouden daaraan kunnen bijdragen. Verzekerden kunnen jaarlijks kiezen voor een zorgverzekeraar en polis. Door verschillen in premies tussen zorgverzekeraars en polissen kan dit een financieel voordeel opleveren. De gedachte is dat een nominale premie verzekerden bewust maakt van de zorgkosten en op deze manier bijdraagt aan het afzien van niet-noodzakelijke zorg.

De premie in het Nederlandse zorgstelsel bestaan uit twee delen: 1) de nominale premie die een verzekerde aan een zorgverzekeraar betaalt; en 2) de inkomensafhankelijke premie die wordt ingehouden op het loon van de verzekerde. In het vervolg van dit hoofdstuk zal vooral stilgestaan worden bij de nominale premie. Wanneer er in het vervolg van dit hoofdstuk wordt gesproken over 'de premie', dan wordt de nominale premie bedoeld en niet de inkomensafhankelijke premie. De nominale premie is volgens de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet belangrijk om kostenbewustzijn bij verzekerden te vergroten. Om die reden is in de Zorgverzekeringswet bepaald dat ongeveer de helft van de premieopbrengsten uit de nominale premie afkomstig is (tegenover ongeveer 15% ten tijde van de Ziekenfondswet). Daarom is de nominale premie die verzekerden afdragen fors toegenomen (van ongeveer 350 euro per jaar ten tijde van de Ziekenfondswet tot ongeveer 1.350 euro in 2015).

De premie is een belangrijk instrument voor zorgverzekeraars in hun concurrentie met andere zorgverzekeraars op verzekerden.

Voor verzekerden geldt daarnaast een verplicht eigen risico voor het gebruik van zorg, ook kunnen zij kiezen voor een vrijwillig eigen risico in ruil voor een premiekorting. Het eigen risico is een vorm van een eigen betaling.

Eigen betalingen worden als instrument gezien om de kosten van de zorg te beheersen (zie voor de geschiedenis van eigen betalingen box 4.1). Doordat mensen zich verzekeren tegen zorgkosten zijn de financiële kosten en gezondheidsbaten niet meer gekoppeld. Als gevolg hiervan zouden mensen de kosten buiten beschouwing laten bij hun beslissing om zorg te gebruiken. De veronderstelling is dat mensen te gemakkelijk zorg gebruiken (RVZ, 2004). Eigen betalingen grijpen in op de relatie tussen financiële kosten en gezondheidsbaten. Doordat mensen geconfronteerd worden met

kosten als zij zorg gebruiken, zouden zij de kosten mee gaan wegen bij de beslissing om zorg te gebruiken. Op deze manier zou onnodig en oneigenlijk gebruik van medische voorzieningen worden beperkt (Van der Geest, RVZ, 2008; Westerhout en Folmer, 2007). Naast een remmend effect op zorgconsumptie wordt met eigen betalingen een financieringsverschuiving beoogd. Door eigen betalingen wordt een deel van de verantwoordelijkheid bij de burger zelf gelegd, er is sprake van medefinanciering (Staatsblad 1996: 541, Memorie van toelichting Zvw).

Verzekerden hebben de mogelijkheid om vrijwillig hun eigen risico te verhogen. Naast het verplichte eigen risico kunnen zij kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 100, 200, 300, 400 of 500 euro. In ruil voor verhoging van het eigen risico krijgen verzekerden een korting op de premie.

Box 4.1 De geschiedenis van eigen betalingen in de zorg

Eigen betalingen zijn niet nieuw. In 1983 werd de medicijnknaak ingevoerd voor ziekenfondsverzekerden. Dit hield in dat per recept een bedrag ter waarde van 1,13 euro (de "medicijnknaak" toen 2,50 gulden) moest worden betaald met een maximum van 56 euro per gezin. Het gevolg was dat het aantal tabletten per recept toenam en het aantal recepten afnam. De eigen bijdrage is daarom weer ingetrokken. In de periode 1988- 1990 was er ook weer sprake van eigen betalingen. Het zogenaamde specialistengeeltje. Mensen moesten een bedrag ter waarde van 11,34 euro (het "specialistengeeltje" toen 25 gulden) betalen per bezoek aan een medisch specialist. De maximale eigen bijdrage per gezin bedroeg 34 euro. In 1997 werd de algemene eigen bijdrage regeling ingevoerd welke in 1999 weer werd ingetrokken, omdat de uitvoering meer kostte dan dat de regeling opleverde. In 2005 is voor ziekenfondsverzekerden een no-claimregeling ingevoerd. Deze no-claimregeling gold vanaf 1 januari 2006, met de invoering van de Zvw, voor alle verzekerden. Op 1 januari 2008 is de no-claimregeling vervangen door een verplicht eigen risico.

In dit hoofdstuk gaan we in op twee subthema's:

1. Premieontwikkeling en premieverschillen.
2. (Vrijwillig) eigen risico.

4.2 Premieontwikkeling en premieverschillen

De hoogte van de nominale premie kan een prikkel vormen voor verzekerden om over te stappen. De (ontwikkeling van de) premiehoogte hangt dus mogelijk samen met het overstappedrag van verzekerden. Een lage nominale premie leidt mogelijk tot meer overstappers. Als de nominale premie laag is, dan is hetzelfde absolute verschil in premies tussen zorgpolissen namelijk relatief groter dan wanneer de nominale premie hoog is. Bijvoorbeeld: een premieverschil van 10 euro is relatief groter als de premie 100 euro per jaar bedraagt dan wanneer de premie 1.000 euro per jaar bedraagt. Zowel van de premiehoogte als van premieverschillen en de relatie daartussen gaat dus mogelijk een financiële prikkel uit naar verzekerden.

Daarnaast zou de ontwikkeling van de hoogte van de nominale premie ook gezien kunnen worden als een indicator voor het behalen van de doelstellingen van het nieuwe zorgstelsel dat in 2006 is ingevoerd. Dit stelsel is gebaseerd op concurrentie tussen zorgverzekeraars om verzekerden, zowel op kwaliteit als prijs. De premie is de belangrijkste reden voor verzekerden is om te wisselen (zie hoofdstuk 2). De ontwikkeling van de premie kan gezien worden als indicator van de mate waarin zorgverzekeraars concurreren op basis van prijs. Daarnaast kan de ontwikkeling van de premie een indicator zijn van de mate waarin zorgverzekeraars erin slagen de stijging van de zorgkosten te beheersen.

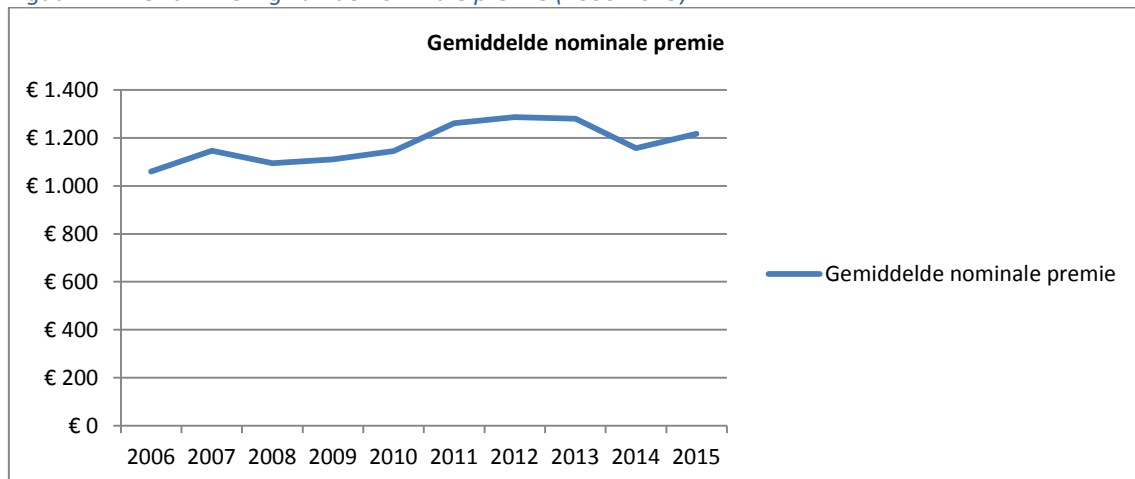
We gaan in op de volgende vragen:

1. Hoe heeft de hoogte van de nominale premie zich ontwikkeld tussen 2006 en 2015?
2. Hoe heeft het verschil tussen de hoogste en laagste nominale premie zich ontwikkeld tussen 2006 en 2015?
3. Is er een relatie tussen de ontwikkeling van de hoogte van de nominale premie en de ontwikkeling van de premieverschillen enerzijds en het (overstap)gedrag van verzekerden anderzijds?

4.2.1 Ontwikkeling van de nominale premie

De gemiddelde nominale premie op jaarbasis is tussen 2006 en 2015 gestegen van 1.060 euro naar 1.218 euro (zie figuur 4.1). Dit betekent een premiestijging van 158 euro (ongeveer 15%) over een periode van 9 jaar en dus een gemiddelde prijsstijging per jaar van ongeveer 18 euro (ongeveer 1,6% per jaar) ¹.

Figuur 4.1 Ontwikkeling van de nominale premie (2006-2015)



Bron: Vektis 2006-2015

De ontwikkeling van de premie fluctueert enigszins. Deze fluctuering wordt onder meer veroorzaakt door veranderingen in de samenstelling van het basispakket en verschuiving van zorg naar de Zorgverzekeringswet. In 2015 zijn bijvoorbeeld wijkverpleging en zorg voor gehandicapten die niet goed horen of zien toegevoegd aan het basispakket. Dyslexiezorg zit per 2015 juist niet meer in de basisverzekering ². Deze ontwikkelingen kunnen echter niet alle fluctuaties verklaren. Zo hebben zorgverzekeraars in 2014 hun reserves aangesproken, waardoor de verwachte premiedaling versterkt werd. Deze ontwikkeling is geen direct gevolg van overheidsbeleid (indirect wellicht wel, omdat het aanspreken van reserves mogelijk was door het afschaffen van de macro-nacalculatie).

¹ $\frac{1060}{1218}$

² <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/basispakket-zorgverzekering-2015.html>, geraadpleegd op 24 april 2015

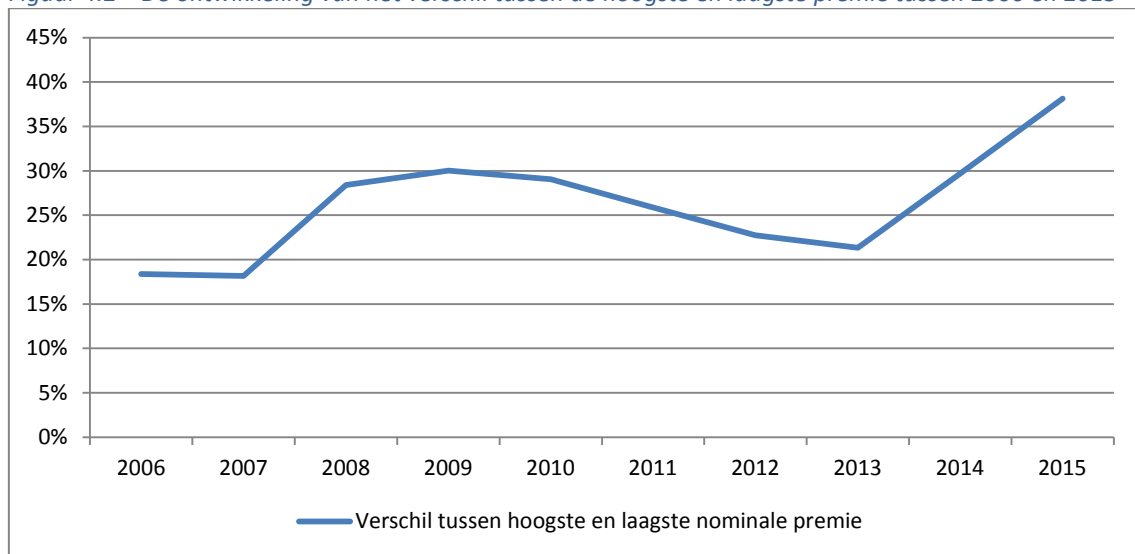
De invloed van beleid van de overheid op de ontwikkeling van de premie maakt het moeilijk om het te relateren aan het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt in het licht van de doelen van de Zorgverzekeringswet. De concurrentie die zorgverzekeraars ervaren lijkt wel van invloed te zijn op de premieontwikkeling. Zorgverzekeraars die relatief vroeg hun premie bekend maken, passen deze premie bijvoorbeeld soms naar beneden aan als andere zorgverzekeraars op een later moment met een lagere premie komen.

“Een voorbeeld is: in het najaar, bij het bekendmaken van de premies, zag je dat sommige zorgverzekeraars premies in de markt hadden gezet, maar vervolgens andere concurrenten lagere premies in de markt zetten. Het effect was, dat sommige zorgverzekeraars vervolgens premies alsnog hebben verlaagd. Nou, dat is een indicatie voor mij dat je ziet dat ze elkaar daarin wel scherp houden, en dus ook scherp daarop zijn.” (Interview medewerker ZN)

4.2.2 Premieverschillen

In 2015 is de premie van de polis met de hoogste nominale premie bijna 40% hoger dan de premie van de polis met de laagste nominale premie (zie figuur 4.2). De premieverschillen nemen sinds 2013 toe, nadat ze tussen 2009 en 2013 gedaald zijn. De sterke stijging van de premieverschillen in 2014 wordt grotendeels veroorzaakt door een daling van de ondergrens door prijsconcurrentie tussen bestaande en nieuwe, relatief goedkope en selectieve, polissen (NZa, 2014). Dat deze stijging in 2015 doorzet komt doordat relatief goedkope polissen minder hard in prijs stijgen dan relatief dure polissen.

Figuur 4.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de hoogste en laagste premie tussen 2006 en 2015*



* Het verschil tussen de hoogste en laagste premie (op polisniveau, alle polissoorten) gepercenteerd op de laagste premie.

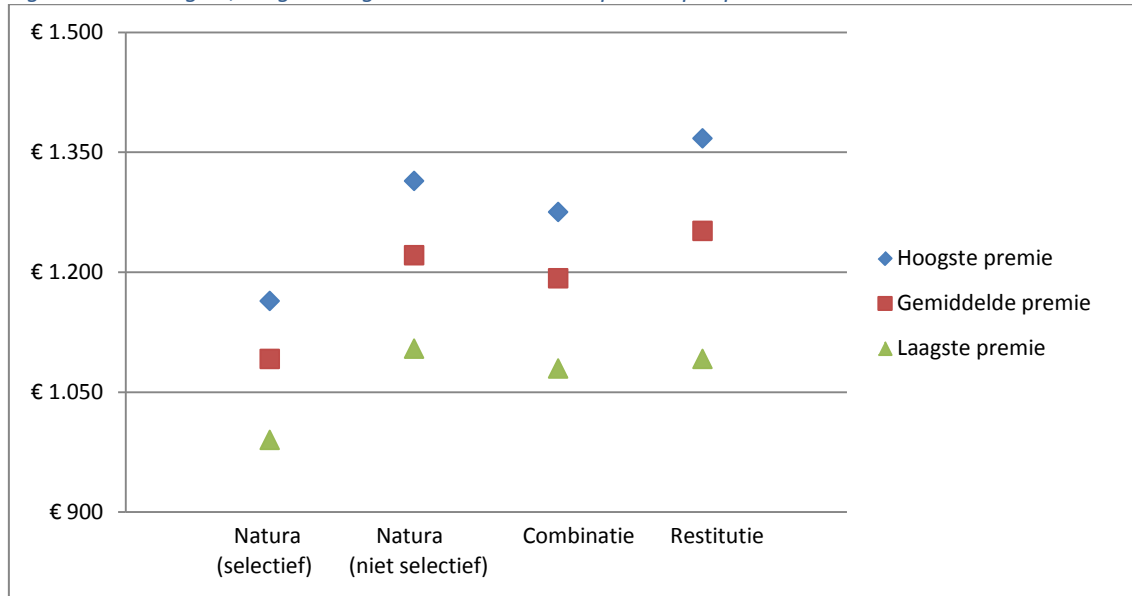
Bron: NZa en Vektis

In figuur 4.2 wordt de premie van alle polissen met elkaar vergeleken: zowel de premie van polissen op basis van selectieve contractering als de premie van restitutiepolissen, bijvoorbeeld, zijn in de analyses meegenomen. Het is ook interessant om naar de verschillen in premie binnen

verschillende polissoorten te kijken. Deze premies zijn namelijk beter met elkaar vergelijkbaar. Ook is het aannemelijk dat verzekerden binnen polissoorten een polis zullen kiezen.

In 2015 zijn er ook binnen polissoorten premieverschillen, vooral binnen de categorie restitutiepólissen (zie figuur 4.3). Figuur 4.3 laat zien dat de gemiddelde premie van de selectieve polissen, zoals verwacht, het laagst is. De gemiddelde premie van restitutiepólissen is, ook zoals verwacht, het hoogst. Wat opvalt is dat de goedkoopste restitutiepólis goedkoper is dan de duurste selectieve polis.

Figuur 4.3 Hoogste, laagste en gemiddelde nominale premie per polissoort in 2015*



* Berekend op basis van de 71 modelpolissen die de NZa ontvangen heeft en de premie die in die polis opgenomen is. Er is geen rekening gehouden met eventuele kortingen (bijvoorbeeld collectiviteitskorting).

Bron: NZa en Vektis (2015)

Grote premieverschillen kunnen duiden op het niet optimaal functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. In een goed functionerende markt zouden de prijzen van homogene goederen, zoals de basisverzekering, namelijk nagenoeg gelijk moeten zijn. De groeiende premieverschillen, die vooral veroorzaakt worden door bewegingen aan de onderkant van de markt (de goedkopere polissen), wijzen mogelijk op beperkte mobiliteit aan de bovenkant van de markt (de duurdere polissen). Vanuit de gedachte van marktwerking zouden in een goed functionerende markt verzekerden overstappen zodra er een goedkopere basisverzekering (binnen de geprefereerde polissoort) is. Hierbij is de aanname dat het “product” gelijk is. Als gevolg daarvan zouden de prijzen van duurdere basisverzekeringen verlaagd worden. Als een relatief groot deel van de verzekerden met een dure basisverzekering niet overstapt wanneer er een goedkopere, vergelijkbare verzekering op de markt komt, dan is er geen noodzaak de prijzen van deze duurdere basisverzekeringen aan te passen. In dat geval kunnen prijsverschillen ontstaan.

“Aan de andere kant kan natuurlijk een groot verschil [in premie] ook duiden op marktsegmentatie door verzekeraars. Dat ze de markt verdelen in verschillende doelgroepen en daarbij verschillende premies in stand kunnen houden. Dit kan betekenen dat de concurrentie niet optimaal is.”
(Interview medewerker NZa)

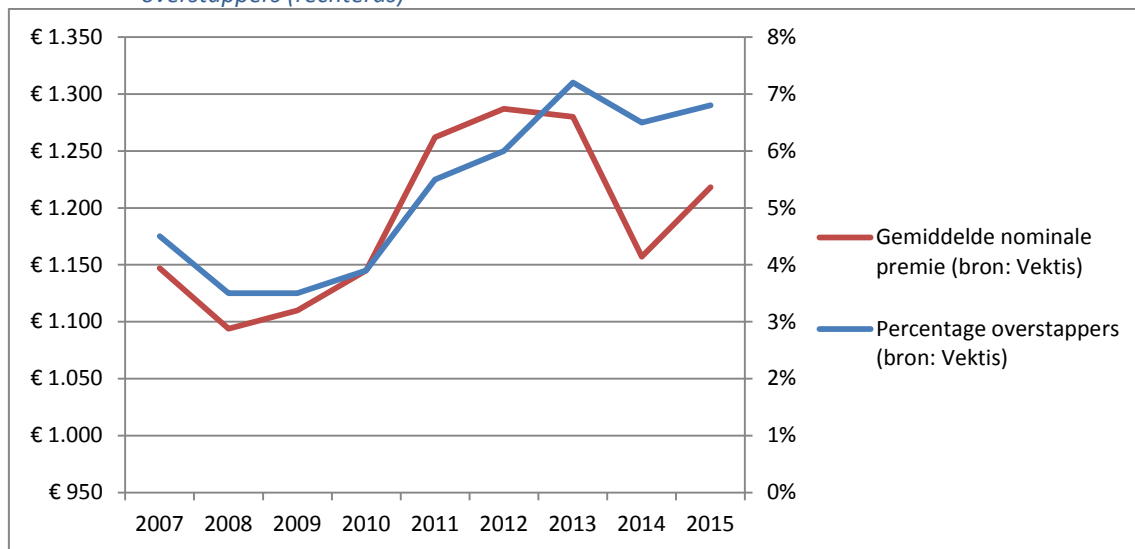
4.2.3 Relatie met gedrag

De verwachting is dat wanneer er grote premieverschillen bestaan tussen basisverzekeringen, verzekerden vaker over zullen stappen. Bij grote premieverschillen is er namelijk meer winst te behalen voor verzekerden. Het overstappen naar een andere zorgverzekeraar of polis gaat echter ook gepaard met (transactie-)kosten. Zo vinden veel verzekerden het overstappen naar een andere zorgverzekeraar of polis te veel gedoe (zie hoofdstuk 2). Het is waarschijnlijker dat verzekerden overstappen als de verwachte baten (lagere premie) hoger zijn dan de verwachte (transactie-)kosten. Dit is waarschijnlijker naarmate de premieverschillen groter zijn. Uit onderzoek blijkt dat verzekerden van VGZ in 2013 aangaven over te zullen stappen bij een premieverschil van 27,26 euro per maand (en dus 327,12 euro per jaar) (Bes et al., 2013). Uit ander onderzoek blijkt dat de overstapgrens op ongeveer 120 euro per jaar ligt (MarketRespons, 2014). Een verklaring voor het verschil in bedrag ligt waarschijnlijk in het verschil in de onderzoekspopulatie, in het onderzoek van Bes betrof het een loyale groep verzekerden, het onderzoek van MarketRespons betrof een online groep waarbij de overstapbereidheid in zijn algemeenheid groter is.

De overstapgrens is lager voor jongeren dan voor ouderen (Bes et al., 2013). Zij zullen dus bij kleinere premieverschillen al een prikkel hebben om over te stappen. Als we de ontwikkeling van premieverschillen vergelijken met de overstapperpercentages dan lijkt er echter geen verband te bestaan. Het overstapperpercentage was relatief hoog in de jaren 2006 en tussen 2012 en 2015. In 2014 daalde het percentage overstappers, terwijl in dit jaar de premieverschillen juist sterk begonnen te stijgen.

Er lijkt wel een verband te zijn tussen het percentage overstappers en de ontwikkeling van de premiehoogte: in jaren dat de premie stijgt, stijgt vaak ook het percentage overstappers (zie figuur 4.4).

Figuur 4.4 De ontwikkeling van de premie (linkeras) en de ontwikkeling van het percentage overstappers (rechteras)*



* Het jaar 2006 is niet meegenomen, vanwege het hoge percentage overstappers vanwege de herziening van het zorgstelsel.

Bron: Vektis

Het overstappen levert financieel voordeel op, dit wordt ook wel overstapwinst genoemd. Als verzekerden die overstappen kiezen voor een polis met een lagere premie realiseren zij overstapwinst, dat is het financiële voordeel dat alle verzekerden die overstappen genereren. De totale overstapwinst is dus afhankelijk van de winst per verzekerde en het aantal verzekerden dat overstapt. De overstapwinst is tussen 2011 en 2014 toegenomen van ongeveer 36 miljoen euro naar ongeveer 54 miljoen euro (NZa, 2014). Het is opvallend dat in 2014 de overstapwinst ten opzichte van 2013 steeg, ondanks een afname in het percentage overstappers. Dit betekent dat de overstapwinst per overstapper in 2014 hoger was dan in 2013. De premieverschillen waren dan ook groter in 2014 dan in 2013 (zie figuur 4.2).

Hoofdpunten

- Verschillen in premiehoogte lijken geen effect te hebben op het overstapgedrag van verzekerden.
- De ontwikkeling van de premiehoogte lijkt wel samen te hangen met het overstapgedrag van verzekerden: het percentage overstappers loopt vrij parallel aan de ontwikkeling van de premiehoogte: in jaren dat de premie stijgt, stijgt ook het percentage overstappers en vice versa.

4.3 Het eigen risico

Het eigen risico is in 2008 ingevoerd om verzekerden meer bewust te maken van de kosten van zorggebruik en om zo het zorggebruik te beperken. Daarnaast was het doel om een deel van de financiering van de zorg te verschuiven van collectieve middelen naar private middelen. Naast een verplicht eigen risico bestaat het vrijwillige eigen risico.

Het verplichte eigen risico geldt voor iedereen. In 2008 was het verplicht eigen risico 150 euro, dit is gestegen tot 375 euro in 2015. Naast het verplichte eigen risico kan een verzekerde ervoor kiezen een vrijwillig eigen risico te nemen tot maximaal 500 euro. In de regel ontvangt een verzekerde premiekorting wanneer hij of zij een vrijwillig eigen risico kiest. Voor bepaalde vormen van zorg geldt geen (verplicht of vrijwillig) eigen risico, namelijk: huisartsenzorg (waaronder huisartsenpost), verloskundige zorg en kraamzorg, zorg voor chronische aandoeningen, wijkverpleging, nacontroles en reiskosten bij orgaandonatie. Daarnaast kan de zorgverzekeraar bepaalde zorgaanbieders, zorgprogramma's, medicijnen en hulpmiddelen uitsluiten van het eigen risico (website rijksoverheid.nl, 2015).

Een verzekerde heeft dus financiële prikkels, in de vorm van een premiekorting, om een vrijwillig eigen risico te nemen. Een consequentie van het verhogen van het eigen risico is dat dit er toe kan leiden dat verzekerden hoge eigen betalingen moeten opbrengen als zij toch zorg nodig hebben die onder het eigen risico valt. Van het eigen risico wordt verwacht dat het zorggebruikers stimuleert om een afweging te maken of ze zorg wel echt nodig hebben of niet. Het is echter ook mogelijk dat het eigen risico ertoe bijdraagt dat verzekerden ook noodzakelijke zorg gaan mijden. Dit kan op de (middel)lange termijn bijdragen tot hogere zorgkosten voor zowel individuele verzekerden als voor het zorgstelsel als geheel. Het uit- of afstellen van noodzakelijke zorg kan namelijk leiden tot een meer ernstige (en kostbare) aandoeningen op de (middel)lange termijn. Voor het vrijwillige eigen risico kan het ook zo zijn dat alleen verzekerden die weinig zorg gebruiken hiervoor kiezen, van een remmende werking op zorggebruik hoeft dan geen sprake te zijn.

We beantwoorden de volgende vragen:

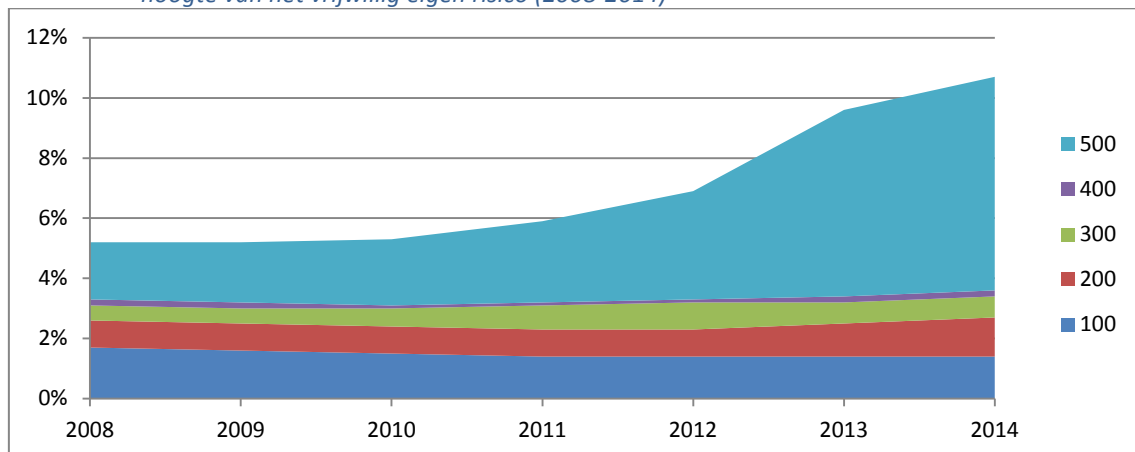
1. Hoe heeft het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico zich ontwikkeld tussen 2008 en 2015?
2. Welke verschillen zijn hierin te zien tussen groepen verzekerden?
3. Is er een relatie tussen het (verplicht of vrijwillig) eigen risico en zorggebruik?

4.3.1 Percentage verzekerden met vrijwillig eigen risico

Tussen 2008 en 2015 is het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico gestegen van ongeveer 5% naar 12% (Vektis 2008-2015). Verzekerden kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 100, 200, 300, 400 of 500 euro. In figuur 4.1 is de ontwikkeling van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico tussen 2008 en 2014 te zien naar de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico. Opvallend is dat de stijging van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico vooral veroorzaakt wordt door een stijging van het percentage verzekerden dat het maximale vrijwillig eigen risico (500 euro) kiest. Ook in 2015 wordt de toename vooral verklaard door de toename van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico van 500 euro (Vektis, 2015). Het jaar 2015 is niet in figuur 4.5 opgenomen, omdat de beschikbare data niet vergelijkbaar zijn met de data over de periode 2008-2014.

Hoewel het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico dus toeneemt, zou het voor meer verzekerden financieel profijtelijk kunnen zijn om een vrijwillig eigen risico te nemen. Uit onderzoek van het iBMG (2014) blijkt dat bij een verplicht eigen risico van 360 euro, 41% van de verzekerden zorgkosten heeft die lager zijn het verplicht eigen risico³. Voor hen zou het kiezen voor een vrijwillig eigen risico dus een financieel voordeel opleveren. Dit is achteraf bepaald. Van tevoren is voor veel verzekerden onbekend hoeveel zorg ze in een jaar gaan gebruiken. Dit kan de reden zijn waarom zij niet kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Daarnaast moeten verzekerden het risico van een vrijwillig eigen risico wel kunnen dragen als zij toch veel zorg nodig zouden hebben.

Figuur 4.5 Ontwikkeling van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico naar gekozen hoogte van het vrijwillig eigen risico (2008-2014)*



* Het jaar 2015 ontbreekt in deze grafiek, omdat van dat jaar (nog) geen gegevens over de gekozen hoogte van het vrijwillig eigen risico zijn die bruikbaar zijn voor deze grafiek.

Bron: NZa 2008-2014

³ <http://www.eur.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/detail/article/67349-vrijwillig-eigen-risico-profijtelijker-dan-gedacht/>

Een mogelijke verklaring voor de stijging van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico kan liggen in de manier waarop de prijzen van sommige polissen gecommuniceerd worden. Soms wordt er namelijk een ‘vanaf-prijs’ inclusief het maximaal vrijwillig eigen risico gepresenteerd en dit zou er toe kunnen leiden dat meer verzekerden voor een vrijwillig eigen risico kiezen.

“Is het ook de wijze waarop de verzekeraars hun premie presenteren, dat meer verzekerden daarvoor kiezen? En ik ben wel heel benieuwd, als verzekeraars hun gewone premie gaan presenteren zonder eigen risico, wat daar het effect van gaat zijn.” (Interview medewerker VWS)

In reactie op mogelijke onduidelijkheid over deze “vanaf-prijzen” heeft ZN heeft in het actieplan ‘Kern-gezond’ opgenomen dat zorgverzekeraars voornemens zijn om geen “vanaf-prijzen” inclusief vrijwillig eigen risico meer te publiceren (ZN, 2015).

“Wat je ziet is dat de zorgverzekeraars nu ook hebben afgesproken dat ze niet meer met “vanaf-prijzen” gaan werken.” (Interview medewerker ZN)

Het kan ook zijn dat door de premiestijging of door de aanhoudende economische crisis verzekerden eerder voor een vrijwillig eigen risico kiezen. In deze verklaring kiezen mensen vooral voor een eigen risico om te bezuinigen op de premie. Deze verklaring wordt ondersteund door de ontwikkeling van de koopkracht in Nederland, die vooral in 2012 en 2013 daalde (met 1,1%, CBS Statline). Juist in die jaren vond de stijging van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico plaats. Financiële overwegingen bij de keuze voor een vrijwillig eigen risico kwamen ook naar voren in de interviews met veldpartijen. Daarbij werd opgemerkt dat sommige verzekerden daarbij onverstandige keuzes maken.

“De toename van het percentage verzekerden met een eigen risico zou er ook best op kunnen duiden dat de premie voor mensen minder goed betaalbaar wordt, en dat ze gaan kijken waar ze nog wat zouden kunnen besparen. En een optie is dan: door meer eigen risico te nemen. Maar dat is dus alleen zo als jij ook echt verwacht geen zorgkosten te maken, want anders kan het averechts werken.” (Interview medewerker NZa)

“Dat zijn een beetje tegenovergestelde effecten, zou je zeggen. Ik denk dat dat enerzijds is, jongeren die hun aanvullende verzekering laten schieten en best een hoger eigen risico willen hebben. Maar ook gewoon de verkeerde keuze. Wel je aanvullende verzekering handhaven als oudere of als chronisch zieke, maar ondertussen wel die nominale premie willen drukken en dan maar een hoger eigen risico kiezen. En dat is natuurlijk heel irrationeel, maar er zit denk ik wel een groep tussen die op die manier zijn keuzes maakt.” (Interview medewerker Consumentenbond)

“Nou ja, voor een deel ook een stukje economische crisis, waarbij mensen naar hun uitgaven kijken en kijken waar ze kunnen bezuinigen. (Interview medewerker VWS)”

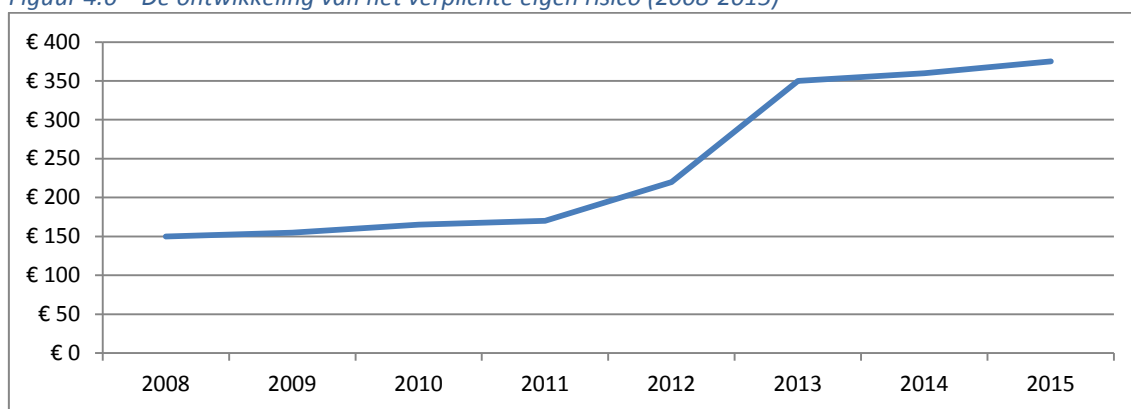
“Bij het eigen risico zie je eigenlijk twee groepen, die kiezen voor een hoger eigen risico. De gezonde mensen die geen kosten verwachten te maken, die voor een hoger eigen risico kiezen. Maar ook mensen met een laag inkomen. Dat hoor je ook wel bij verzekeraars terug, dat zij in toenemende mate eigenlijk te maken krijgen met betalingsproblemen bij verzekerden, die weliswaar dat hoge eigen risico gekozen hebben, maar niet altijd een inkomen hebben dat toestaat om opeens 500 euro op te hoesten.” (Interview medewerker VWS)

“Verstandig kiezen voor een vrijwillig eigen risico vraagt van mensen inzicht in zorgkosten, inzicht in risico op zorg consumeren en inzicht in hun financiële situatie. Aan die inzichten schort het nog al eens. Gelukkig kan je dit ieder jaar weer terugdraaien.” (Interview medewerker patiëntenfederatie NPCF)

4.3.2 Relatie verplicht en vrijwillig eigen risico

In figuur 4.6 is de ontwikkeling van de hoogte van het verplichte eigen risico weergegeven. Dit verplichte eigen risico is tussen 2008 en 2015 gestegen van 150 euro naar 375 euro met de sterkste stijging tussen 2012 en 2013 (van 220 euro naar 350 euro, zie figuur 4.6). Tussen 2012 en 2013 was er ook een sterke toename te zien van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico (van 6,9% naar 9,6%).

Figuur 4.6 De ontwikkeling van het verplichte eigen risico (2008-2015)



Bron: Ministerie van VWS

Wanneer we figuur 4.5 met figuur 4.6 vergelijken, valt het op dat de ontwikkeling van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico vrij nauwgezet de ontwikkeling van de hoogte van het verplicht eigen risico volgt. Dat zowel de hoogte van het verplichte eigen risico als het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is toegenomen tussen 2008 en 2015 betekent dat er een steeds grotere groep verzekerden is waarvan het eigen risico veel hoger is dan in 2008.

Dat de ontwikkeling van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico de ontwikkeling van de hoogte van het eigen risico lijkt te volgen is wellicht tegen intuïtief. Immers, als verzekerden geconfronteerd worden met een verhoging van het verplichte eigen risico, dan zou het voor de hand kunnen liggen dat minder verzekerden voor een vrijwillig eigen risico kiezen om te vermijden dat ze geconfronteerd worden met hoge eigen betalingen. Echter, als de verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico vooral verzekerden zijn die verwachten geen zorg te gebruiken, dan gaat deze redenering niet op. Zij verwachten immers geen eigen betalingen te hoeven doen, omdat zij verwachten geen of weinig zorg te zullen gebruiken.

Een andere verklaring is dat door de stijging van de hoogte van het verplicht eigen risico meer verzekerden denken dat de kosten van hun zorggebruik binnen dit verplichte eigen risico zullen vallen. Hierdoor wordt het kiezen voor een vrijwillig eigen risico aantrekkelijker.

De korting die wordt gegeven bij een verhoging van het eigen risico bedraagt in 2014 ongeveer de helft van de hoogte van het gekozen vrijwillige eigen risico (NZa, 2014). Deze korting is sinds 2008

het hardst gestegen voor het vrijwillige eigen risico van 500 euro (+17%). Ook voor een vrijwillig eigen risico van 100, 200, 300 of 400 euro is de premiekorting gestegen, maar minder hard (berekening op basis van cijfers van de NZa 2008-2014). Dit is mogelijk een verklaring voor de relatief grote stijging van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico van 500 euro.

Om meer inzicht te krijgen in de keuzes voor het eigen risico van verzekerden bekijken we in de volgende paragraaf welke verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

4.3.3 Verschillen tussen groepen in keuzes voor vrijwillig eigen risico

De verwachting is dat verzekerden die zich gezond voelen en dus verwachten weinig zorg te zullen gebruiken vaker voor een eigen risico zullen kiezen dan verzekerden die zich minder gezond voelen. Data van het Consumentenpanel Gezondheidszorg uit 2015 laat zien dat mensen die hun gezondheid als uitstekend/zeer goed ervaren vaker een vrijwillig eigen risico hebben dan mensen die hun gezondheid als goed of matig/slecht ervaren (Februari peiling 2015, Consumentenpanel Gezondheidszorg). Ook mensen met een hoger inkomen (meer dan 2.700 euro netto maandinkomen van het huishouden) hebben vaker een vrijwillig eigen risico dan mensen met een lager inkomen (minder dan 1.750 euro en 1.750-2.700 euro). Mogelijk wordt dit verklaard doordat naarmate het inkomen van mensen hoger is, hun gezondheid beter is (Knoops en Van den Brakel, 2010). Deze verzekerden zullen dus vaker verwachten geen zorg te zullen gebruiken. Daarnaast betekent het kiezen voor een vrijwillig eigen risico dat de verzekerde kans loopt een hogere eigen bijdrage te moeten betalen (maximaal 875 euro in één keer). Verzekerden met een hoog inkomen zullen beter in staat zijn een dergelijke eigen bijdrage te betalen dan verzekerden met een laag inkomen.

Tenslotte geven ook jongeren (18-39 jaar) vaker dan mensen van 40-64 jaar en mensen van 65 jaar aan een vrijwillig eigen risico te hebben. Ook hier is een mogelijke verklaring dat jongeren zich over het algemeen gezonder voelen dan ouderen, en verwachten minder gebruik te zullen maken van zorg (Februari peiling 2015, Consumentenpanel Gezondheidszorg).

4.3.4 Relatie tussen het eigen risico en zorggebruik

Eén van de redenen dat het eigen risico is ingevoerd is dat het mensen bewuster zou laten kiezen voor het gebruiken van zorg. Het zorggebruik van een deel van de mensen met een eigen risico is zo groot is dat zij het verplicht en vrijwillig eigen risico helemaal opmaken. Van de verzekerden met een maximaal vrijwillig eigen risico gebruikt in 2014 ongeveer 10% zoveel zorg dat zij dit vrijwillig eigen risico helemaal op maken, voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico van 400 euro was dat 15% (Vektis, 2015). Achteraf zou je kunnen zeggen dat deze mensen een verkeerde keuze hebben gemaakt. Mogelijk hebben ze niet goed in kunnen schatten wat hun zorgkosten voor het komende jaar waren. Een andere mogelijkheid is dat verzekerden onvoldoende kennis hebben met betrekking tot welke zorg onder het (verplicht) eigen risico valt en welke zorg niet. Uit onderzoek blijkt dat maar weinig verzekerden weten welke zorg wel onder het (vrijwillig) eigen risico valt en welke zorg niet (Intomart GfK, 2013). Dit kan ertoe bijdragen dat verzekerden onverwacht moeten betalen voor zorg waarvoor zij dachten dat het eigen risico niet geldt. Onvoldoende kennis over het eigen risico kan ook leiden tot het mijden van zorg die niet onder het eigen risico valt. Verzekerden geven aan vooral de huisarts te mijden als gevolg van een stijging in het verplicht eigen risico (Reitsma-van Rooijen et al., 2012). Echter, een consult van de huisarts valt niet onder het eigen risico.

In 2011 is berekend dat het zorggebruik van jongeren met een verplicht eigen risico 2,6 tot 7,3 procentpunt hoger zou hebben gelegen als er geen sprake zou zijn geweest van een verplicht eigen risico (Ecorys, 2011)⁴. Geëxtrapoleerd naar de gehele populatie betekent dit dat de zorgkosten zo'n 275 tot 772 miljoen euro per jaar lager zijn vanwege het eigen risico (Ecorys, 2011). Van de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg gaf in 2009 5% aan dat zij dat jaar minder zorg gebruikt hadden vanwege het verplicht eigen risico. In 2012 was dit percentage opgelopen tot 9% (Reitsma-van Rooijen et al., 2012).

Uit onderzoek naar de belemmeringen die consumenten voor het gebruik van noodzakelijke zorg verwachten ten gevolge van het (verplichte) eigen risico blijkt dat er, ongeacht de hoogte van het eigen risico in het betreffende jaar, een omslagpunt lijkt te zitten tussen de 300 en 550 euro. Bij deze range van eigen risico verwacht meer dan de helft van de zorggebruikers belemmeringen voor het gebruik van noodzakelijke zorg, het gaat vooral om zorggebruikers met een laag inkomen (Reitsma-van Rooijen et al., 2012). Onderzoek naar het mijden van noodzakelijke zorg vanwege zorgkosten laat zien dat dit inderdaad meer speelt bij mensen met een laag inkomen dan bij mensen met een hoog inkomen (Intomart GfK, 2013).

Eerder lieten we al zien dat verzekerden die zich gezond voelen, verzekerden met een hoog inkomen en jongeren vaker voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Dat wijst er op dat de keuze voor een vrijwillig eigen risico er niet perse toe leidt dat mensen minder zorg gaan gebruiken, maar dat zij kiezen voor een vrijwillig eigen risico omdat ze weinig zorg gebruiken. Daarmee kan het vrijwillige eigen risico ook ingezet worden als instrument voor risicoselectie (het aantrekken en vasthouden van relatief winstgevende verzekerden, zie box 4.2). Door relatief grote kortingen op de premie te geven bij het kiezen van een vrijwillig eigen risico kan een zorgpolis extra interessant gemaakt worden voor de groep verzekerden die meer geneigd is om te kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Deze groep verzekerden gebruikt mogelijk minder zorg en zal daardoor winstgevend zijn voor zorgverzekeraars.

Hoofdpunten

- De toename van het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico wordt bijna geheel veroorzaakt door een toename van het percentage verzekerden met het maximale vrijwillige eigen risico van 500 euro.
- Na de forse stijging van het verplichte eigen risico in 2013 daalt het percentage chronisch zieken met een vrijwillig eigen risico en stijgt het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico in de algehele populatie.
- Vooral verzekerden die zich gezond voelen, verzekerden met een hoog inkomen en jongeren hebben een vrijwillig eigen risico.
- Vooral patiënten met een laag inkomen geven aan zorg te mijden als gevolg van het (verplichte) eigen risico.

⁴ Het gaat om jongeren van 15-17 jaar in 2007 en (logischerwijs) 16-18 in 2008. De groep jongeren die in 2007 17 was en geen eigen risico hoefden te betalen was in 2008 18 en moest toen wel eigen risico betalen. Door veranderingen in het zorggebruik van deze groep jongeren te vergelijken met de jongeren die zowel in 2007 en 2008 geen eigen risico hadden is het effect van het eigen risico geschat.

Box 4.2 *Risicoselectie en risicoverevening*

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat iedereen die voor dezelfde zorgpolis kiest, dezelfde premie betaalt, onafhankelijk van bijvoorbeeld leeftijd, geslacht of (verwacht) zorggebruik. Als gevolg hiervan zijn verzekerden die weinig zorg gebruiken relatief interessant voor zorgverzekeraars: zij betalen namelijk dezelfde premie als verzekerden die veel zorg gebruiken, maar kosten minder. Zorgverzekeraars hebben dus een stimulans om verzekerden die relatief weinig zorg gebruiken aan te trekken en vast te houden (risicoselectie). Om deze stimulans weg te nemen bestaat het risicovereveningssysteem. Dit systeem regelt dat zorgverzekeraars vooraf gecompenseerd worden voor het verwachte zorggebruik van hun verzekerden. Zorgverzekeraars ontvangen voor verzekerden die naar verwachting veel zorg gebruiken een vergoeding uit het vereveningsfonds en betalen een vergoeding aan dit fonds voor verzekerden die naar verwachting weinig zorg gaan gebruiken. Hierdoor zou het voor een zorgverzekeraar niet uit moeten maken of hij een verzekerdenpopulatie heeft die relatief veel of relatief weinig zorg gebruikt. In de praktijk blijkt het risicovereveningssysteem echter niet optimaal te werken en zijn er nog (groepen) verzekerden waarop een zorgverzekeraar voorspelbaar winst of verlies zal maken (Van Kleef, Schut en Van de Ven, 2014).

4.4 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we het thema “financiële prikkels” behandeld. De focus lag daarbij op de nominale premie en het eigen risico. Een voorwaarde voor een doelmatig werkend zorgverzekeringsstelsel is dat er voldoende prikkels zijn die doelmatigheid stimuleren, financiële prikkels zouden daaraan kunnen bijdragen.

De nominale premie kan gezien worden als een maat voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. We zien dat de nominale premie sinds 2006 is gestegen, maar deze stijging blijft achter bij de stijging van de zorgkosten per hoofd van de bevolking. Daarnaast zou de nominale premie ertoe moeten leiden dat verzekerden goed kijken naar de polis die zij kiezen en de polis kiezen die het beste bij hun situatie past tegen de laagste kosten. Hierbij zouden premieverschillen een prikkel kunnen zijn om over te stappen naar een goedkopere variant. Dit verband zien we niet terug. Wat we wel zien is dat er een prikkel uitgaat van een algehele premiestijging, bij een premiestijging stijgt ook het percentage overstappers. Het verband tussen de ontwikkeling van de premiehoogte en het percentage overstappers kan wellicht verklaard worden doordat in jaren dat de premie daalt (2008 en 2014) meer verzekerden genoeg nemen met het aanbod van hun huidige verzekeraar. Dit aanbod is immers al een verbetering ten opzichte van het voorgaande jaar en dit neemt mogelijk de stimulans om op zoek te gaan naar een nog beter aanbod weg. In jaren dat de premie stijgt zullen verzekerden volgens deze verklaring meer geneigd zijn om op zoek te gaan naar een goedkoper aanbod, omdat een premieverhoging een verslechtering betekent ten opzichte van het voorgaande jaar. Deze verklaring is gebaseerd op de assumptie dat de meeste mensen geen maximizers maar satisficers zijn. Dit houdt in dat mensen stoppen met zoeken naar een beter alternatief als ze een alternatief hebben of vinden waar ze tevreden mee zijn, ondanks dat er mogelijk (of waarschijnlijk) nog betere alternatieven te vinden zijn. Het is waarschijnlijker dat mensen meer tevreden zijn (en dus niet verder zoeken) in een situatie waarin de premie daalt dan in een situatie waarin de premie stijgt.

Van het eigen risico gaat in theorie een prikkel uit om minder zorg te gebruiken. Dit kan als onbedoeld effect hebben dat verzekerden noodzakelijke zorg gaan mijden. In welke mate hiervan daadwerkelijk sprake is wordt momenteel onderzocht. Eerder onderzoek heeft al wel laten zien dat vooral bij verzekerden met lage inkomens eerder sprake lijkt te zijn van het mijden van zorg. De angst is dat ook deze groep vanwege financiële overwegingen ook nog eens voor een vrijwillig eigen risico zou kiezen. Dit zien we terug in de interviews waarin zorgen worden geuit over de verkeerde gronden waarop verzekerden voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Gegevens uit vragenlijstonderzoek onder verzekerden bevestigen dat beeld nog niet. Uit dergelijk onderzoek blijkt dat het voornamelijk vooral verzekerden zijn die zich gezond voelen, een hoger inkomen hebben en jongeren die voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Overigens is dan de vraag of het vrijwillig eigen risico een remmende werking op het zorggebruik kan hebben. En ook van een financieringsverschuiving is geen sprake als verzekerden geen zorg gebruiken die voor rekening van het vrijwillige eigen risico komt. Het vrijwillig eigen risico kan worden ingezet als instrument voor risicoselectie. Door een relatief hoge korting te geven als gekozen wordt voor een hoog vrijwillig eigen risico kunnen gezonde verzekerden worden aangetrokken. Of dit in de praktijk ook zo wordt ingezet is niet bekend.

Literatuur

- ACM. *Tendrapportage Marktwerking en Consumentenvertrouwen in de energiemarkt – Eerste halfjaar 2013*. Den Haag: ACM, 2013. <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/12260/Tendrapportage-marktwerking-en-consumentenvertrouwen-in-de-energiemarkt---eerste-helft-2013/>
- AFM. 2012. <http://www.afm.nl/nl/consumenten/actueel/nieuws/2012/okt/vergelijkingssites.aspx>. Geraadpleegd op 17 april 2015
- AFM. 2014. <http://www.afm.nl/nl-nl/professionals/nieuws/2014/nov/vergelijkingssites>. Geraadpleegd op 17 april 2015
- AFM. *Wat doet de AFM? & De Financiële bijsluiter*. 2015. <http://www.afm.nl/nl/consumenten/producten/hypotheek/toezicht.aspx> en <http://www.afm.nl/nl/consumenten/aanpak/fb.aspx>. Geraadpleegd 29 juni 2015
- Bes R, Brabers A, Reitsma-van Rooijen M, Jong J de. *Selectief contracteren? Prima, maar beperk mijn keuzevrijheid niet! Verzekerden en verzekeraars over selectief contracteerbeleid*. Utrecht: NIVEL, 2014
- Bes R, Kerpershoek E, Curfs E, Jong J de. Premieverschillen te klein voor wisseling zorgverzekeraar. *ESB: Economisch Statistische Berichten*, 2013; 98(4672):690-2
- Bruijn D de, Schut FT. *Evaluatie aanvullende verzekeringen 2007*. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2007
- Colombo F. Towards more choice in social protection?: individual choice of insurer in basic mandatory health insurance in Switzerland. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 2001; 53
- Consumentenbond. *Foute informatie bij klantenservice zorgverzekeraars*. Den Haag: Consumentenbond, 2014. <http://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/zorgverzekering2015/meer-over-zorg-2015-overzicht/foute-informatie-bij-klantenservice-zorgverzekeraars/>. Geraadpleegd op 20 april 2015.
- CPB. *Health insurance competition: the effect of group contracts*. CPB Discussion Paper. No 152. Den Haag: CPB, juni 2010
- Dijk M van, Brabers A, Reitsma-Van Rooijen M, Jong J de. *Is een aanvullende verzekering nog wel voor iedereen weggelegd?* Utrecht: NIVEL, 2013
- Ecorys. *Evaluatie naar het verplicht eigen risico*. Rotterdam: Ecorys, 2011
- Hirschmann AO. *Exit, voice and loyalty*. Cambridge: Harvard University Press, 1970
- Hoefman RJ, Brabers AEM, Jong JD de. *Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL, 2015

- iBMG. *Vrijwillig eigen risico profijtlijker dan gedacht*. 2014
<http://www.eur.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/detail/article/67349-vrijwillig-eigen-risico-profijtlijker-dan-gedacht/>. Geraadpleegd 29 juni 2015
- Intomart GfK. *Keuzegedrag bij zorg*. Hilversum: Intomart GfK, 2013
- Ipsos. *Onderzoeksresultaten werkgeverscollectiviteiten*. 2012. <http://weblog.independer.nl/onderzoek/onderzoeksresultaten-werkgeverscollectieven/>. Geraadpleegd 29 juni 2015
- Jilke SR. *Essays on the Microfoundations of Competition and Choice in Public Service Delivery*. (PhD thesis) Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2015
- Kleef R van, Schut E, Ven W van de. *Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?* Rotterdam; iBMG, 2014
- Knoops K, Brakel M van den. *Rijke mensen leven lang en gezond. Inkomens gerelateerde verschillen in de gezonde levensverwachting*. Den Haag: CBS, 2010
- KPMG. *Evaluatie Zorgverzekeringswet. Eindrapportage september 2014*. Amstelveen: KPMG, 2014
- Laske-Aldershof, Schut T, Beck E, Greß SK, Shmueli A, Voorde C van de. Consumer mobility in social health insurance markets: a five country comparison. *Appl Health Econ Health Policy*, 2004; 3(4),220-41
- Leu RE, Rutten FFH, Brouwer W, Matter P, Rütschi C. *The Swiss and Dutch health insurance systems: universal coverage and regulated competitive insurance markets*. Commonwealth, Fund publication, 1220, 2009
- Maat M van der , Jong JD de. *De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel*. Utrecht: NIVEL, 2009.
- MarketResponse. *Weinig bereidheid onder consumenten om over te stappen van zorgverzekeraar, perceptie dat het "te veel moeite" kost belangrijkste switchdrempel*. Leusden: MarketResponse, 2014
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beleidsreactie onderzoeken NZa, ACM en AFM over vergelijkingssites*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2015
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kamerbrief "Het jaar van de transparantie"*. Kenmerk: 723160-133094-MC. Den Haag: Ministerie van VWS, 2015
- Motivaction. *Keuze zorgverzekering*. Amsterdam: Motivaction, 2014
- NZa. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt. De balans 2007*. Utrecht: NZa, 2007
- NZa. *Vergelijkingssite voor zorgverzekeringen. Onderzoek naar kwaliteit van vergelijkingssites voor zorgverzekeringen op het internet*. Utrecht: NZa, 2007a
- NZa. *Zorgverzekeringsmarkt 2008. Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa*. Utrecht: NZa, 2008
- NZa. *Vergelijkingssites voor zorgverzekeringen. Tweede onderzoek naar kwaliteit van vergelijkingssites voor zorgverzekeringen op het internet*. Utrecht: NZa, 2008a

- NZa. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009. Trends en acties van de NZa*. Utrecht: NZa, 2009
- NZa. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010. Een scan van de belangrijkste indicatoren*. Utrecht: NZa, 2010
- NZa. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2007-2011*. Utrecht: NZa, 2011
- NZa. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2008-2012*. Utrecht: NZa, 2012
- NZa. *Samenvattend rapport. Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet. Onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht*. Utrecht: NZa, 2012a
- NZa. *Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2009-2013*. Utrecht: NZa, 2013
- NZa. *Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2010-2014*. Utrecht: NZa, 2014
- NZa. *Beleidsregel TH/BR-015 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014*. Utrecht: NZa, 2014a
- NZa. *Transparantie voor consumenten. De informatiebehoefte van consumenten en hun ervaringen met het zoeken naar informatie, toegespitst op financiële aspecten van curatieve zorg*. Utrecht: NZa, 2014b
- NZa. *Onderzoeksrapport vergelijkingssites onderzoek naar informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars aan vergelijkingssites*. Utrecht: NZa, 2014c
- NZa. *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015*. Utrecht: NZa, 2015
- Reitsma-van Rooijen M, Brabers AEM, Jong JD de. *Veel zorggebruikers verwachten belemmeringen voor noodzakelijk zorggebruik bij een verplicht eigen risico van 350 euro*. Utrecht: NIVEL, 2012
- Reitsma-van Rooijen M, Brabers A. *Verzekerden bezuinigen op hun zorgverzekering, het aantal overstappers neemt nog steeds toe*. Utrecht: NIVEL, 2013
- Reitsma-van Rooijen M, Jong J de. *Percentage overstappers afgenomen: keuzevrijheid minstens zo belangrijk als premie*. Utrecht: NIVEL, 2014
- Reitsma-van Rooijen M, Brabers AEM, Jong JD de. *Veel verzekerden zeggen bekend te zijn met de polisvoorwaarden. Wel zegt bijna een derde soms onverwacht te moeten bijbetalen voor zorg*. Utrecht: NIVEL, 2014a
- Reitsma-van Rooijen M, Brabers AEM, Jong JD de. *Vrije keuze van zorgaanbieders van belang bij het kiezen van een polis*. Utrecht: NIVEL, 2015
- Rijksoverheid.nl. *Voor welke zorg uit het basispakket betaal ik geen verplicht eigen risico?* 2015
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/hoe-hoog-is-het-eigen-risico-in-de-zorgverzekering.html>. Geraadpleegd 29 juni 2015

- Roets A, Schwartz B, Guan Y. The tyranny of choice: a cross-cultural investigation of maximizing-satisficing effects on well-being. *Judgement and Decision Making*, 2012; 7(6):689-704
- Roos AF, Schut FT. *Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2008*. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008
- Roos AF, Schut FT. *Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009*. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2009
- Ruth LM van, Jong JD de, Groenewegen PP. *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel: keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007*. Utrecht; NIVEL, 2007
- RVZ. *Met het oog op gepaste zorg*. Zoetermeer: RVZ, 2004. Beschikbaar via: http://rvz.net/uploads/docs/Met_het_oog_op_gepaste_zorg.pdf
- Staatsblad. *Memorie van toelichting Zvw*. Den Haag: Ministerie van VWS, 1996:541
- Telegraaf. *5 redenen om op te letten bij gebruik vergelijkingssites zorgverzekeringen*. Amsterdam: TMG, 2013. http://www.telegraaf.nl/dft/geld/gezin-org/22099841/_5_redenen_om_op_te_letten_bij_gebruik_vergelijkingssites_zorgverzekeringen_.html. Geraadpleegd op 17 april 2015
- Geest L van der. *Nyfer: economische effecten van de premiestructuur in de zorg*. Den Haag: RVZ, 2008
- Ven W van de, Schut E, Hermans B, Jong JD de, Maat M van der, et al. *Evaluatie van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMW, 2009
- Vektis. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Dé feiten over de marktontwikkelingen na invoering van de basisverzekering*. Zeist: Vektis, 2006
- Vektis. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Hoe staat het ervoor in 2007?* Zeist: Vektis, 2007
- Vektis. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Begin of einde van de rust?* Zeist: Vektis, 2008
- Vektis. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag*. Zeist: Vektis, 2009
- Vektis. *Zorgthermometer 2010 Verzekerden in beweging*. Zeist: Vektis, 2010
- Vektis. *Zorgthermometer 2011*. Zeist: Vektis, 2011
- Vektis. *Zorgthermometer 2012*. Zeist: Vektis, 2012
- Vektis. *Zorgthermometer 2013*. Zeist: Vektis, 2013
- Vektis. *Zorgthermometer 2014*. Zeist: Vektis, 2014
- Vektis. *Zorgthermometer 2015*. Zeist: Vektis, 2015

Victoor A. *(How) do patients choose a healthcare provider?* (proefschrift) Tilburg: Tilburg Universiteit, 2015

Westerhout E, Folmer K. *Co-payment systems in health care between moral hazard and risk reduction.* Den Haag: Centraal Plan Bureau, 2007

Zorgverzekeraars NederlandKern-gezond. *Actieplan Zorgverzekeraars Nederland.* Zeist: ZN, 2015.
https://zn-assets.zn.nl/p/32768/Actieplan%20Kern-gezond_def%202.pdf

Bijlage 1 Voorwaarden voor geregleerde concurrentie en bedoelde en onbedoelde effecten op de zorgverzekeringmarkt

Tabel B1 Voorwaarden voor geregleerde concurrentie en bedoelde en onbedoelde effecten op de zorgverzekeringmarkt (ontleend aan Van de Ven e.a. 2009)

Voorwaarden	Toelichting	Instrumenten	Bedoeld effect zorgverzekeringmarkt	Onbedoeld effect zorgverzekeringmarkt
Keuzevrijheid van verzekerden	Voor een goede werking van het stelsel moet iedereen vrij en onbelemmerd kunnen kiezen uit zorgverzekeraars en zorgpolissen. Gezondheidsrisico en inkomen mogen geen belemmering zijn. Daarnaast moet wisselen van zorgverzekeraar zonder veel gedoe, zonder belemmeringen, zonder hoge transactiekosten en zonder hoge zoekkosten mogelijk zijn.	Acceptatieplicht basis verzekering, verbod op premiedifferentiatie. Mogelijkheid om te wisselen voor de basisverzekering zonder te wisselen voor de aanvullende verzekering.	Het wisselen van een deel van de verzekerden of de dreiging daartoe geeft een prikkel voor zorgverzekeraars om een kwalitatief goede polis tegen een scherpe prijs aan te bieden.	De keuzevrijheid van verzekerden kan belemmerd worden door aanvullende verzekeringen (prikkel d.m.v. premie) en collectiviteiten. Door fusies kan de keuzevrijheid van verzekerden tussen zorgverzekeraar afnemen.
Contractvrijheid	Er moeten verschillende zorgpolissen gekozen kunnen worden met diverse mogelijkheden in zorgaanbod. Daarom is voldoende contractvrijheid nodig in de relatie zorgverzekeraar- zorgaanbieder en in de relatie zorgverzekeraar- verzekerde.	Functionele omschrijving basispakket, mogelijkheid tot selectief contracteren.	Diversiteit in polissen, zodat verzekerden kunnen kiezen.	Grote diversiteit in polissen en diversiteit in gecontracteerde zorg kan voor onduidelijkheden bij verzekerden zorgen. Verzekerden wisselen dan niet en/ of lopen het risico verkeerde keuzes te maken (zie transparantie en informatie).

Voorwaarden	Toelichting	Instrumenten	Bedoeld effect zorgverzekeringsmarkt	Onbedoeld effect zorgverzekeringsmarkt
Transparantie en informatie	Zorgpolissen moeten voldoende transparant zijn, het moet duidelijk zijn wat er verzekerd is en wat niet. Er moet voldoende begrijpelijke en betrouwbare informatie beschikbaar zijn over prijs-, product- en kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars en de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Informatie over prijs, kwaliteit en dienstverlening moet begrijpelijk, relevant, objectief, betrouwbaar en gratis voor iedereen beschikbaar zijn.	DBC's, keuzewebsites.	Informatie waardoor verzekerden kunnen kiezen.	Differentiatie van zorgpolissen en aanvullende verzekeringen reduceert de transparantie. De aanvullende verzekeringen kunnen de transparantie van de combinatie van basis en aanvullende verzekering reduceren, omdat veel mensen een aanvullende verzekering hebben. Bij onvoldoende transparantie en informatie wisselen mensen niet en/of lopen zij het risico verkeerde keuzes te maken.
Financiële prikkels tot doelmatigheid	Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden moeten voldoende prikkels tot doelmatigheid hebben.	Premie, eigen risico voor verzekerden. Risicodragendheid zorgverzekeraar, zorgaanbieder.	Premieverschillen tussen zorgverzekeraars en polissen. Keuze voor een vrijwillig eigen risico.	Sterke financiële prikkels voor verzekerden kunnen leiden tot uitstel van zorg, of tot onvoldoende verzekerden. Als verzekerden alleen vanwege de kosten een hoog eigen risico en een lage premie kiezen en niet op basis van hun te verwachten zorggebruik kan dat leiden tot hoge individuele kosten in geval van zorggebruik.
Geen liftersgedrag	Er moet voorkomen worden dat mensen zich opzettelijk niet gaan verzekeren of onvoldoende verzekeren (bijv te hoog eigen risico), omdat zij denken dat anderen wel voor hun zullen betalen. Dergelijk gedrag kan de betaalbaarheid onder druk zetten.	Verzekeringsplicht, regeling voor wanbetalers.	Iedereen is verzekerd en betaalt premie.	Als premies te hoog worden zullen er meer mensen zijn die het niet kunnen betalen. Mensen kunnen zich niet of onvoldoende gaan verzekeren. Dit zet de betaalbaarheid voor het gehele stelsel onder druk. (zie ook financiële prikkels).

Voorwaarden	Toelichting	Instrumenten	Bedoeld effect zorgverzekeringsmarkt	Onbedoeld effect zorgverzekeringsmarkt
Betwistbare marktposities	Er moeten voldoende mogelijkheden zijn voor nieuwe zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) om toe te treden op de markt. Falende zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) moeten de markt verlaten.	Nieuwe toetreding van zorgverzekeraars is toegestaan, bij een faillissement is de positie van verzekerden gewaarborgd. De betwistbaarheid op de zorgaanbiedersmarkt is beperkt.	Voldoende goede zorgverzekeraars en polissen om uit te kiezen.	Om een goede positie op de markt te verkrijgen en te behouden kunnen zorgverzekeraars fuseren. Door fusies kan het aantal spelers op de markt afnemen waardoor er minder keuze komt voor verzekerden.
Marktmeester en toezichthouder	Er moet een krachtige onafhankelijke autoriteit zijn die actief de belangen van verzekerden waarborgt, toezicht houdt op zorgverzekeraars en zorgaanbieders, toe ziet op transparantie en informatie en zo nodig effectief ingrijpt.	De NZa, DNB, IGZ, AFM en ACM houden toezicht.	Toezicht om de markt tot gewenste effecten te laten leiden.	-

Bijlage 2 Toelichting bij grafieken, gebaseerd op data van de NZa en/of Vektis

Percentage overstappers, collectief verzekerd en met een aanvullende verzekering (figuur 2.1)

Het percentage overstappers (figuur 2.1), het percentage verzekerden dat collectief verzekerd (niet in figuur) is en het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering (niet in figuur) zijn gebaseerd op de Vektis zorgthermometer. Elk jaar publiceert Vektis deze thermometer en daarin het percentage verzekerden dat is overgestapt, het percentage verzekerden dat collectief verzekerd is en het percentage verzekerden dat een aanvullende verzekering heeft. De NZa neemt deze gegevens over in haar scans van de zorgverzekeringsmarkt. Wij hebben deze data zonder wijzigingen overgenomen in dit rapport.

Aantal polissen (figuur 2.2)

De bron voor het aantal polissen op de zorgverzekeringsmarkt is de NZa marktscan. In deze marktscans wordt elk jaar opgenomen hoeveel modelpolissen er bij de NZa zijn ingediend. Deze modelpolissen worden door de NZa vervolgens ingedeeld in natura-, restitutie- en combinatiepolissen. Restitutie- en combinatiepolissen worden verder onderverdeeld in polissen die gebaseerd zijn op gecontracteerde zorg en polissen die niet gebaseerd zijn op gecontracteerde zorg. Voor 2015 is gebruik gemaakt van data van Vektis, omdat de NZa marktscan voor dat jaar nog niet beschikbaar was ten tijde van dit onderzoek.

Collectiviteitskorting (figuur 2.3)

We hebben gebruik gemaakt van data van zowel Vektis als de NZa bij het berekenen van de korting die verzekerden die collectief verzekerd zijn, ontvangen. De betaalde premie inclusief de collectieve korting, maar exclusief andere kortingen is overgenomen uit de NZa marktscan. De gemiddelde basispremie betaald door alle verzekerden exclusief korting is overgenomen uit de Vektis zorgthermometer. De gemiddelde betaalde premie van individueel verzekerden en de gemiddelde betaalde premie van collectief verzekerden exclusief de collectiviteitskorting zijn overgenomen uit de NZa marktscans.

Ontwikkeling nominale premie (figuur 4.1)

De ontwikkeling van de nominale premie is overgenomen uit de zorgthermometers van Vektis.

Ontwikkeling premieverschillen (figuur 4.2)

Voor het berekenen van de premieverschillen is gebruik gemaakt van gegevens van de NZa en Vektis. Zij publiceren data over de hoogste nominale premie en de laagste nominale premie. In de jaren 2006, 2009 en 2010 zijn deze gegevens overgenomen uit de NZa marktscans en in de overige jaren uit de Vektis zorgthermometers. Er is gebruik gemaakt van twee bronnen, omdat geen van de bronnen data heeft gepubliceerd over elk jaar dat in dit onderzoek meegenomen is. Omdat een aantal jaren door beide bronnen gepubliceerd zijn, was het mogelijk om na te gaan over ze allebei dezelfde data gebruikten. Dit bleek het geval te zijn.

Premieverschil per polissoort in 2015 (figuur 4.3)

Voor het premieverschil per polissoort is contact opgenomen met Vektis. In hun zorgthermometer over 2015 hebben zij een grafiek opgenomen waarin per modelpolis de premie te zien is. Deze grafiek is gebaseerd op data van de NZa. Het databestand dat gebruikt is voor deze grafiek heeft het NIVEL van Vektis ontvangen. Dit databestand bevatte per modelpolis informatie over de polissoort en de bijbehorende premie. Op basis van deze data is de gemiddelde premie per polissoort berekend en is bepaald wat de hoogste en laagste premie per polissoort is.

Percentage vrijwillig eigen risico (figuur 4.5)

Het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is overgenomen uit rapporten van de NZa en van Vektis. Tot en met 2014 is de data overgenomen uit de NZa marktscans. Voor 2015 is gebruik gemaakt van data van Vektis. Aangezien in de Vektis zorgthermometer het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico gepercenteerd is op de aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico en niet op het aantal verzekerden in totaal is 2015 niet opgenomen in figuur 4.1.