

Belemmeringen voor subgroepen van verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekering

D.M.I.D. Duijmelinck MSc
Dr. T. Laske-Aldershof
Dr. I. Mosca
Prof.dr. W.P.M.M. van de Ven

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



2013.06

Ziektekostenverzekering (ZKV)

Erasmus

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG

Belemmeringen voor subgroepen van verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekering

Publicatiedatum

Maart 2013

Auteurs

D.M.I.D. Duijmelinck MSc.

Dr. T. Laske-Aldershof

Dr. I. Mosca¹

Prof.dr. W.P.M.M. van de Ven

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Tel. 010 – 408 8555

research@bmg.eur.nl

www.bmg.eur.nl



¹ Dr. I. Mosca is bij het onderzoek betrokken geweest als co-promotor van D.M.I.D. Duijmelinck

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit rapport berust geheel bij de auteurs. De in dit rapport genoemde opvattingen komen niet noodzakelijkerwijs overeen met die van de NZa. De auteurs danken medewerkers van de NZa, en in het bijzonder Katalin Katona, voor hun waardevolle opmerkingen op eerdere versies van dit rapport.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding.....	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Onderzoeksvragen.....	9
1.3 Leeswijzer.....	10
2. Keuzemogelijkheden voor verzekerden	11
2.1 Grote diversiteit aan zorgverzekeringen.....	11
2.2 Grote diversiteit aan aanvullende verzekeringen.....	14
2.3 Definitie overstappers	14
3. Potentiële determinanten overstapgedrag	17
3.1 Potentiële overstapbatens voor een verzekerde	17
3.2 Potentiële overstapkosten voor een verzekerde.....	25
3.3 Kennis verzekerden over de zorgverzekeringsmarkt.....	30
4. Relevante subgroepen.....	33
5. Vragenlijst	35
6. Conclusies en discussie.....	39
6.1 Conclusies	39
6.2 Discussie	41
Literatuurlijst.....	43
Bijlage I Definities	47
Bijlage II Concerns, zorgverzekeraars, labels en zorgverzekeringen in 2013.....	49
Bijlage III Vragenlijst “Keuze van zorgverzekering”	52

Samenvatting

Inleiding

Om zorgverzekeraars tot doelmatigheid en klantgerichtheid te stimuleren, dienen verzekerden zich onbelemmerd te voelen om desgewenst over te stappen naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering. Jongeren en gezonde verzekerden blijken de afgelopen jaren relatief vaker over te stappen dan ouderen en ongezonde verzekerden. Dit rapport levert een conceptueel denkkader en een vragenlijst die gebruikt kunnen worden om te achterhalen waarom het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden verschilt.

Determinanten overstapgedrag

Een verzekerde zal overstappen naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering indien de verwachte overstapbaten per saldo groter zijn dan de verwachte overstapkosten. Mogelijke overstapbaten zijn: 1) een lagere premie; 2) betere service en dienstverlening; 3) betere gecontracteerde zorgaanbieders; 4) meer keuzevrijheid van zorgaanbieders of een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders; 5) betere dekking van de aanvullende verzekering; 6) het voordeel vanwege een welkomst- of terugkomstactie en; 7) een collectiviteitskorting of andere voordelen van deelname aan een collectiviteit.

Mogelijke overstapkosten zijn: 1) transactiekosten; 2) leerkosten; 3) verlies van verworven voordelen bij de huidige zorgverzekeraar; 4) de kosten van het (niet) overstappen naar een andere zorgaanbieder en; 5) overige onzekerheidskosten.

Overstapbaten en overstapkosten voor subgroepen van verzekerden

Mogelijk zijn de verwachte overstapbaten en –kosten verschillend voor diverse subgroepen van verzekerden. De verwachting is dat bepaalde overstapbaten (bijvoorbeeld betere gecontracteerde zorgaanbieders) voor ouderen en ongezonde verzekerden belangrijker zijn dan voor andere subgroepen van verzekerden. Daarentegen zullen naar verwachting ook met name ouderen en ongezonde verzekerden hoge overstapkosten ervaren. De ontwikkelde vragenlijst maakt het mogelijk om na te gaan in hoeverre dit daadwerkelijk het geval is.

Conclusies

Het lage overstappercentage onder ouderen en ongezonde verzekerden kan worden veroorzaakt door hoge verwachte overstapkosten. Een beperkte overstapgeneigdheid van ouderen en ongezonde verzekerden kan ertoe leiden dat zorgverzekeraars geen of beperkte prikkels ervaren om bij hun inkoopbeleid in te spelen op de preferenties en voorkeuren van

hen. Dit zou kunnen betekenen dat zorgverzekeraars mogelijk niet geïnteresseerd zijn om te investeren in kwalitatief goede zorg voor ouderen en ongezonde verzekerden.

Als de vragenlijst uitwijst dat de geneigdheid tot overstappen van bepaalde subgroepen van verzekerden beperkt is, dient gezocht te worden naar passende oplossingen.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

In de Nederlandse gezondheidszorg was de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) een belangrijke stap in de richting van gereguleerde concurrentie. Een belangrijke doelstelling van gereguleerde concurrentie is dat concurrerende zorgverzekeraars² als belangenbehartigers van hun verzekerden kritisch zorg inkopen bij zorgaanbieders. Op basis van de Zvw is in beginsel iedereen die legaal in Nederland woont of werkt verplicht een zorgverzekering³ af te sluiten (art. 2 Zvw). Zorgverzekeraars mogen varianten van de zorgverzekering aanbieden.⁴ Verzekerden hebben jaarlijks de mogelijkheid om desgewenst naar een andere zorgverzekeraar of naar een andere variant van de zorgverzekering⁵ over te stappen (art. 7, lid 1 Zvw).⁶ Dit dient ertoe te leiden dat zorgverzekeraars gestimuleerd worden om kwalitatief goede zorg tegen een redelijke prijs voor hun verzekerden in te kopen. Om de beoogde effecten van gereguleerde concurrentie te behalen is het van belang dat verzekerden geen belemmeringen ervaren om over te stappen. Elke zorgverzekeraar is dan ook verplicht om iedere verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied of in het buitenland woont, op diens verzoek te accepteren voor iedere door hem aangeboden variant van de zorgverzekering (art. 3, lid 1 Zvw), ongeacht het medische risico of andere kenmerken van de aspirant- verzekerde.⁷ Dit is de acceptatieplicht van een zorgverzekeraar. Daarnaast geldt voor de zorgverzekering een verbod op premiedifferentiatie. Het verbod op premiedifferentiatie houdt in dat zorgverzekeraars voor iedere aangeboden variant van de zorgverzekering voor al hun verzekerden dezelfde premie in rekening moeten brengen (art. 17, lid 2 Zvw). Aan verzekerden die lid zijn van een collectiviteit mag een premiekorting van maximaal 10% worden gegeven (art. 18 Zvw). Daarnaast zijn kortingen op de premiegrondslag toegestaan bij een vrijwillig eigen risico (art. 20 Zvw) en bij een vooruitbetaalde premie.

² Een *zorgverzekeraar* is een verzekeraar, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert (art. 1.b Zvw).

³ Een *zorgverzekering* is een schadeverzekering die voldoet aan wat daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld en waarvan de te verzekeren prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaat (art. 1.d Zvw). De zorgverzekering is een privaatrechtelijke verzekering die tot stand komt door het sluiten van een overeenkomst tussen een burger en een zorgverzekeraar. In het spraakgebruik wordt een zorgverzekering ook wel een *basisverzekering* genoemd.

⁴ In hoofdstuk 2.1 wordt aandacht besteed aan verschillende mogelijke varianten van de zorgverzekering.

⁵ In de vragenlijst is de term *polis* i.p.v. *zorgverzekering* gebruikt. Verwacht wordt dat de term polis aansluit bij het taalgebruik van verzekerden. Onder polis wordt hier hetzelfde verstaan als de wijze waarop een *zorgverzekering* is omschreven.

⁶ De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen (art. 7, lid 1 Zvw).

⁷ Een zorgverzekeraar is niet verplicht een verzekeringsplichtige te accepteren die zich aanmeldt binnen vijf jaar nadat de betreffende zorgverzekeraar de zorgverzekering heeft beëindigd wegens wanbetaling of opzettelijke misleiding (art. 3, lid 4 Zvw). Als de betrokken verzekerde zich bij een andere zorgverzekeraar aanmeldt mag deze hem niet weigeren.

Op 1 januari 2006 is 18 procent van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Dit hoge percentage overstappers kan onder andere verklaard worden door de grote media-aandacht voor de stelselwijziging (NZa, 2007). Daarnaast hadden alle zorgverzekeraars toegezegd iedereen te accepteren voor de aanvullende verzekering (Roos en Schut, 2008). Voorts liepen verzekerden die voorheen particulier verzekerd waren in 2006 voor het eerst geen risico door een andere zorgverzekeraar geweigerd te worden voor hun zorgverzekering. Het overstappercentage daalde vervolgens naar 4,5 procent op 1 januari 2007 en naar 3,5 procent op 1 januari 2008 en 1 januari 2009. Daarna steeg het overstappercentage naar 3,9 procent op 1 januari 2010, 5,5 procent op 1 januari 2011 en 6 procent op 1 januari 2012 (Vektis 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012).⁸

Een verzekerde zal overstappen indien de door de verzekerde *verwachte*⁹ overstapbaten per saldo groter zijn dan de *verwachte* overstapkosten (Scanlon *et al.*, 1997; Laske-Aldershof *et al.*, 2004). Voorbeelden van mogelijke overstapbaten zijn een lagere premie of betere gecontracteerde zorgaanbieders. Transactiekosten en leerkosten zijn voorbeelden van mogelijke overstapkosten (oftewel overstapbelemmeringen). Verder speelt relevante kennis van verzekerden over de zorgverzekeringsmarkt een rol. Zo dienen verzekerden bijvoorbeeld te weten dat ze jaarlijks desgewenst mogen overstappen naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering. Tezamen vormen de gepercipieerde overstapbaten, de gepercipieerde overstapkosten en de relevante kennis over de zorgverzekeringsmarkt de determinanten die ten grondslag liggen aan het overstapgedrag van verzekerden.

Niet alle subgroepen van verzekerden blijken even vaak over te stappen. Jongeren stappen relatief vaker over dan ouderen. Op 1 januari 2009 varieert het percentage overstappers bijvoorbeeld met ten minste een factor tien tussen leeftijdsgroepen. Onder volwassenen loopt het percentage overstappers op 1 januari 2009 geleidelijk terug van ruim 5 procent op 20-jarige leeftijd tot minder dan een 0,5 procent bij de groep van 75 jaar of ouder (Duijmelinck *et al.*, 2013).

Gezonde verzekerden blijken gemiddeld tweemaal zo vaak over te stappen als ongezonde verzekerden. Op 1 januari 2009 stapten binnen elke leeftijdsgroep gezonde verzekerden bijvoorbeeld circa 10 à 20 procent vaker over dan ongezonde verzekerden. In eerder onderzoek is een verzekerde als een 'gezonde verzekerde' aangemerkt, indien hij of zij niet ingedeeld was bij een FKG, DKG of MHK-klasse. Een verzekerde die tenminste één

⁸ Vektis brengt jaarlijks op basis van de gegevens van zorgverzekeraars, het overstapgedrag van (vrijwel) alle verzekerden in Nederland in beeld.

⁹ In werkelijkheid hoeven de overstapbaten of overstapkosten niet (in de verwachte mate) aanwezig te zijn.

keer bij een FKG, DKG of MHK-klasse was ingedeeld, is in eerder onderzoek aangemerkt als een 'ongezonde verzekerde' (Duijmelinck *et al.*, 2013).¹⁰

Als voor bepaalde subgroepen van verzekerden de gepercipieerde overstapkosten hoger zijn dan de gepercipieerde overstapbaten, zal hun geneigdheid tot overstappen beperkt zijn. Mogelijk zijn de verwachte overstapbaten verschillend voor diverse subgroepen van verzekerden. Zo hebben ongezonde verzekerden waarschijnlijk meer baat bij goed gecoördineerde zorg dan gezonde verzekerden. Daarentegen kunnen ongezonde verzekerden ook hogere overstapkosten verwachten dan gezonde verzekerden. Zo heeft onderzoek aangetoond dat relatief veel ongezonde verzekerden niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar, omdat ze bang zijn geweigerd te worden voor de aanvullende verzekering (Duijmelinck & Van de Ven, 2011; Roos & Schut, 2012).

Een lagere geneigdheid tot overstappen van bepaalde subgroepen van verzekerden behoeft geen probleem te zijn indien alle verzekerden homogene preferenties hebben. Een relatief klein aandeel van kritische verzekerden is in dat geval waarschijnlijk voldoende om zorgverzekeraars in te laten spelen op de preferenties van verzekerden. In de gezondheidszorg blijken preferenties echter allerminst homogeen te zijn. Een beperkte geneigdheid van bepaalde subgroepen van verzekerden om over te stappen als ze ontevreden zijn – of beter gezegd een beperkte geneigdheid om te stemmen met de voeten – kan ertoe leiden dat zorgverzekeraars geen of beperkte prikkels hebben om bij hun inkoopbeleid in te spelen op de wensen en preferenties van deze subgroepen. Zorgverzekeraars zijn verder mogelijk niet geïnteresseerd om te investeren in kwalitatief goede zorg voor deze subgroepen.

1.2 Onderzoeksvragen

Dit rapport levert een conceptueel denkkader en een vragenlijst die door de NZa gebruikt kunnen worden om het overstapgedrag van verzekerden jaarlijks in beeld te brengen ten behoeve van de jaarlijkse marktscan zorgverzekeringmarkt.

De volgende onderzoeksvragen zijn van belang bij de ontwikkeling van een conceptueel denkkader en een vragenlijst:

1. Welke subgroepen van verzekerden stappen veel, weinig of niet over naar een andere zorgverzekeraar dan wel polis?

¹⁰ In het vereveningsmodel (zie ook paragraaf 6.2) wordt de gezondheid van een verzekerde bepaald door de volgende gezondheidskenmerken: Farmacie Kosten Groepen (FKG's), Diagnose Kosten Groepen (DKG's) en Meerjarige Hoge Kosten (MHK). Een FKG is een gezondheidskenmerk afgeleid uit het medicijngebruik van een verzekerde in het voorgaande jaar. Een DKG is een gezondheidskenmerk afgeleid uit het ziekenhuisgebruik van een verzekerde in het voorgaande jaar. Op basis van de hoogte van de zorgkosten in de drie voorgaande jaren wordt een verzekerde ingedeeld bij een MHK-klasse.

2. Welke subgroepen van verzekerden voelen zich belemmerd om naar een andere zorgverzekeraar dan wel polis over te stappen, en waarom?

Belangrijke deelvragen hierbij zijn:

3. Wat zijn in de perceptie van de verzekerde relevante kosten en baten van het wisselen van zorgverzekeraar of –polis?
4. Hoe variëren deze kosten en baten over de verschillende subgroepen van de bevolking, in de perceptie van de verzekerde?

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de keuzemogelijkheden van verzekerden op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt beschreven. In hoofdstuk 3 wordt, op basis van literatuuronderzoek, aandacht besteed aan de determinanten die ten grondslag liggen aan het overstapgedrag van verzekerden. In hoofdstuk 4 worden relevante subgroepen van verzekerden voor dit onderzoek onderscheiden. Om verder te achterhalen welke overstapbaten en –kosten volgens subgroepen van verzekerden bestaan, wordt een vragenlijst ontwikkeld. In hoofdstuk 5 wordt de ontwikkelde vragenlijst toegelicht. Hoofdstuk 6 geeft de belangrijkste conclusies en discussiepunten. In bijlage I is een overzicht opgenomen van de gehanteerde begrippen en definities in dit rapport.

2. Keuzemogelijkheden voor verzekerden

In paragraaf 2.1 wordt ingegaan op de verschillende mogelijkheden die verzekerden hebben bij het kiezen van hun zorgverzekering. Naast de zorgverzekering kunnen verzekerden kiezen voor een vrijwillige aanvullende verzekering. In paragraaf 2.2 staan de keuzemogelijkheden die verzekerden hebben ten aanzien van de aanvullende verzekering centraal. In paragraaf 2.3 wordt aangegeven welke verzekerden in dit onderzoek beschouwd worden als ‘overstappers naar een andere zorgverzekeraar’ en welke verzekerden als ‘overstappers naar een andere zorgverzekering’.

2.1 Grote diversiteit aan zorgverzekeringen

Op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt zijn verschillende concerns te onderscheiden, die elk bestaan uit één of meer zorgverzekeraars (i.e. risicodragers). Zorgverzekeraars hebben één of meer labels (merknamen) in de markt. De naam van een label kan verschillen van de naam van de zorgverzekeraar. Ook kunnen zorgverzekeringen door gevolmachtigden onder eigen label worden aangeboden namens een zorgverzekeraar, waarbij de zorgverzekeraar de risicodrager is. Onder een label kunnen verschillende varianten van de zorgverzekering aangeboden worden, en eenzelfde variant van de zorgverzekering kan onder verschillende labels door verschillende gevolmachtigden worden aangeboden. In bijlage II is een overzicht opgenomen van de verschillende concerns, zorgverzekeraars en labels op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt.

De mogelijkheden die de Zvw biedt om zorgverzekeringsovereenkomsten te variëren, zijn in beginsel vrijwel onbeperkt (Memorie van Toelichting Zvw, p.27). Dit komt onder andere doordat de Zvw het basispakket omschrijft in functionele termen. In de **wet** wordt bepaald wat onder de aanspraak valt (de aard, inhoud en omvang van de zorg) en wanneer een aanspraak bestaat (de indicatiegebieden). De Zvw bepaalt bijvoorbeeld dat ‘de verzekerde aanspraak heeft op geneeskundige zorg’, waarbij geneeskundige zorg wordt omschreven als ‘zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden’ (art. 2.4.1 Besluit Zorgverzekering).¹¹ In de **polis**¹² wordt bepaald welke zorg door *wie* wordt verleend, *waar* deze zorg wordt verleend en welke *voorwaarden* (bijvoorbeeld toestemmingsvereisten, verwijzing en voorschrijfvereisten) gelden.¹³ Dit

¹¹ In de Ziekenfondswet waren de aanspraken van de verzekerden omschreven in termen van de aanbieders van zorg: “De verzekerde heeft aanspraak op zorg verleend door huisartsen, specialisten, fysiotherapeuten,”. Deze omschrijving van de aanspraken gaf de betreffende beroepsgroep een wettelijk beschermd monopolie.

¹² Een polis is het door de verzekeraar afgegeven schriftelijk stuk waarin de zorgverzekeringsovereenkomst wordt vastgelegd. De polis bestaat doorgaans uit een polis-blad met bijlagen die de polisvoorwaarden en speciale clausules bevatten.

¹³ Besluit Zorgverzekering, 28 juni 2005, p 18-19, 35-38, 42-44. Staatsblad 2005 289.

betekent dat in de zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd welke persoon of instelling invulling geeft aan een bepaalde verzekeringsaanspraak.

Verzekerden kunnen kiezen voor een naturapolis, een restitutiepolis of een combinatie. Uit artikel 11, lid 1 Zvw blijkt de zorgplicht van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen aan deze zorgplicht voldoen door een verzekerde recht te geven op de zorg of overige diensten waaraan hij of zij behoefte heeft (naturapolis). Daarnaast kunnen zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen door de kosten van zorg of diensten te vergoeden alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (restitutiepolis). Het aanbieden van een combinatie is tevens mogelijk (art. 11, lid 2 Zvw).

Op grond van een naturapolis en een combinatiepolis hebben zorgverzekeraars een leveringsplicht en is het contracteren van voldoende zorgaanbieders noodzakelijk om aan de leveringsplicht te voldoen. Zorgverzekeraars mogen hierbij wel selectief zorg inkopen.¹⁴ Als een verzekerde gekozen heeft voor een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod, kan de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg liggen tussen 0 en 100 procent (NZa, 2012c). De Zvw biedt zorgverzekeraars tevens de mogelijkheid aanbieders in dienst te nemen (art. 12, lid 1 en art. 13, lid 1 Zvw). Ook in dat geval wordt in de Zvw gesproken van “gecontracteerde zorg” omdat er dan immers sprake is van een arbeidsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de hulpverlener.¹⁵

Een andere keuzemogelijkheid voor een verzekerde betreft het al dan niet afsluiten van een internetverzekering.¹⁶ Bij een internetverzekering dient een verzekerde zoveel mogelijk zelf via internet te regelen. Ook verloopt de communicatie bij een internetverzekering vaak digitaal. Opgemerkt dient te worden dat verzekerden die hun zorgverzekering digitaal afsluiten niet per definitie gekozen hebben voor een internetverzekering. Hiervan is alleen sprake als verzekerden in het vervolg (vrijwel) alles digitaal moeten regelen en bijvoorbeeld alleen door het sturen van een e-mail in contact kunnen komen met hun zorgverzekeraar.

Verzekeraars kunnen de zorgverzekering verder differentiëren naar het niveau van de service en dienstverlening waar een verzekerde recht op heeft. Zo biedt Zilveren Kruis Achmea bijvoorbeeld de zorgverzekering in drie varianten aan. Deze varianten verschillen van elkaar in de wijze waarop verzekerden zaken rondom de zorgverzekering moeten regelen (Zilveren Kruis Achmea, 2013). Bij de goedkoopste variant (*Beter Af Selectief*) dient een verzekerde zelf zijn of haar verzekeringszaken online te regelen, dienen

¹⁴ Ook bij restitutiepolissen mogen zorgverzekeraars selectief zorg inkopen bij zorgaanbieders.

¹⁵ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p.105 (MvT).

¹⁶ Voorbeelden zijn de *Internetbasispolis* van Agis en de zorgverzekeringen van Besured, TakeCareNow, Bewuzt, CZdirect en ZEKUR.

herhaalrecepten en anticonceptie gekocht te worden bij een internet-apotheek en worden hulpmiddelen en andere zorgvormen alleen volledig vergoed indien ze besteld of afgenomen worden bij een geselecteerde leverancier of zorgaanbieder. Bij de duurste variant (*Beter Af Exclusief*) ontvangt een verzekerde meer persoonlijke aandacht en speciale services. Zo kan een verzekerde een Gezondheidsconsulent raadplegen voor alle vragen rondom zorg, is sprake van second opinion of third opinion via Best Doctors en krijgt een verzekerde eenmaal per kalenderjaar de kosten van een preventief onderzoek vergoed.

Verzekerden kunnen verder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Zorgverzekeringen bevatten voor verzekerden van 18 jaar of ouder een verplicht eigen risico, dat wil zeggen een bedrag (€350 in 2013) aan zorgkosten dat voor rekening van de verzekerde blijft (art. 1g en 19 Zvw). Verzekerden kunnen ervoor kiezen hun verplichte eigen risico te verhogen met €0, €100, €200, €300, €400 of €500. In ruil hiervoor krijgen verzekerden korting op hun nominale premie (art. 19, lid 2 Zvw). Zorgverzekeraars zijn vrij de hoogte van deze premiekorting te bepalen. Deze premiekorting moet per eigen-risico-bedrag voor alle verzekerden met dezelfde variant van de zorgverzekering gelijk zijn.¹⁷ Verzekerden kunnen jaarlijks de hoogte van hun vrijwillig eigen risico aanpassen.

Verzekerden kunnen er verder voor kiezen om lid te worden van een collectiviteit.¹⁸ De Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars aan verzekerden die lid zijn van een collectiviteit een premiekorting mogen geven die maximaal 10% bedraagt van de premie van de zorgverzekering (exclusief de premiekorting vanwege het eigen risico; art. 18 Zvw). Naast premiekortingen kunnen collectiviteiten andere voordelen bieden aan hun leden, zoals specifieke zorgarrangementen, extra vergoedingen, non-selectieve acceptatie voor de aanvullende verzekering en premiekortingen op andere verzekeringen (Roos en Schut, 2009). Collectiviteiten kunnen worden georganiseerd door bijvoorbeeld werkgevers, patiëntenorganisaties, verenigingen, gemeentelijke sociale diensten, vakbonden of zorgverzekeraars. Voor collectiviteiten zelf bestaat geen acceptatieplicht. Een collectiviteit kan dus selectief leden accepteren door bijvoorbeeld toelatingseisen te stellen.

¹⁷ De premiekorting mag wel afhangen van het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico van de verzekerde heeft gegolden (art. 20, lid 3 Zvw). Van deze mogelijkheid is voor zover ons bekend nog geen gebruik gemaakt. (Bij beëindiging van de zorgverzekering verstrekt de zorgverzekeraar de verzekerde hiervan een bewijs waarop wordt aangetekend of voor de verzekerde een vrijwillig eigen risico gold, en zo ja met welke ingangsdatum en voor welk bedrag; art. 9, lid 2, sub e Zvw.)

¹⁸ Ook leden van een collectiviteit hebben een individuele overeenkomst met een zorgverzekeraar.

2.2 Grote diversiteit aan aanvullende verzekeringen

Verzekerden kunnen een aanvullende verzekering¹⁹ afsluiten voor zorgvormen die niet of slechts gedeeltelijk vergoed worden door de zorgverzekering. Voor een aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht of verbod op premiedifferentiatie. In aanvullende verzekeringen zit alleen die zorg waarvan de regering vindt dat die voor eigen rekening en verantwoording van de verzekerde kunnen komen. In 2012 heeft 88 procent van de verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten (NZa, 2012a). Op de huidige verzekeringsmarkt wordt een breed scala aan aanvullende pakketten aangeboden. Deze pakketten richten zich op subgroepen van verzekerden. Zo worden bijvoorbeeld speciale vrouwenpolissen, jongerenpolissen en gezinspolissen aangeboden.

De Zvw verbiedt zorgverzekeraars om aanvullende verzekeringen te beëindigen of op te zeggen indien een verzekerde de zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluit (art. 120 Zvw). Andere vormen van koppelverkoop van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering zijn echter wel toegestaan. Zo biedt een toenemend aantal zorgverzekeraars geen afzonderlijke aanvullende verzekeringen aan²⁰ of alleen tegen een premieopslag van vijftientig tot honderd procent (Roos en Schut, 2008 en 2012). In 2012 heeft slechts 0,22 procent van de verzekerden zijn of haar zorgverzekering en aanvullende verzekering bij afzonderlijke zorgverzekeraars afgesloten (NZa, 2012a). Doordat verzekerden hun zorgverzekering en aanvullende verzekering als één product beschouwen, worden de keuzes die verzekerden met een aanvullende verzekering maken ten aanzien van de zorgverzekering, mede bepaald door hun verwachtingen en preferenties ten aanzien van de aanvullende verzekering.

2.3 Definitie overstappers

Verzekerden hebben de mogelijkheid om per 1 januari desgewenst naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering over te stappen. Als een verzekerde wil overstappen, dient de zorgverzekering vóór 1 januari opgezegd te worden. Tot en met 31 januari kan een nieuwe zorgverzekering worden aangevraagd die met terugwerkende kracht ingaat op 1 januari. Daarnaast mogen verzekerden bij een tussentijdse wijziging van de polisvoorwaarden die voor hen nadelig is²¹ – bijvoorbeeld een tussentijdse verhoging van de premie – gedurende het jaar overstappen. In dit onderzoek ligt de focus op het overstapgedrag van verzekerden tijdens de jaarlijkse overstapperiode.

¹⁹ Een *aanvullende verzekering* kan omschreven worden als een ziektekostenverzekering ter aanvulling van de zorgverzekering.

²⁰ Een uitzondering is de onlangs gelanceerde tandartsverzekering JOOiN. JOOiN biedt alleen losse aanvullende verzekeringen aan en het is niet mogelijk voor een verzekerde om een zorgverzekering af te sluiten bij JOOiN (Olsthoorn, 2012).

²¹ Dit geldt niet indien deze wijziging voortkomt uit een wetwijziging (artikel 7, lid 3 Zvw).

Op vergelijkingssites (bijvoorbeeld op www.consumentenbond.nl, www.independ.nl en www.verzekeringssite.nl) worden labels ook als zorgverzekeraars gepresenteerd. Verwacht wordt dat verzekerden hierdoor verschillende labels ook zullen beschouwen als verschillende zorgverzekeraars. Verzekerden die overstappen van bijvoorbeeld het label Pro Life naar het label TakeCareNow! zullen in hun beleving zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, terwijl beide labels door dezelfde zorgverzekeraar aangeboden worden, namelijk Agis Zorgverzekeringen N.V.. Dit rapport sluit aan bij de beleving van verzekerden. Een verzekerde die op 1 januari bij een ander label is verzekerd²² dan op 31 december, wordt in dit onderzoek dan ook aangemerkt als een *overstapper naar een andere zorgverzekeraar*. Om aan te sluiten bij het spraakgebruik van verzekerden, wordt in de volgende hoofdstukken de term *zorgverzekeraar* ook gebruikt om een label aan te duiden.

Op de zorgverzekeringsmarkt worden verschillende varianten van de zorgverzekering aangeboden (zie bijlage II). Deze varianten worden gedifferentieerd naar: 1) het soort verzekering (natura, restitutie of combinatie); 2) de hoogte van de eigen betalingen indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders; 3) wel of geen internetverzekering en; 4) het niveau van de service en dienstverlening.

Een verzekerde die op 1 januari bij hetzelfde label is verzekerd als op 31 december, maar wel heeft gekozen voor een andere variant van de zorgverzekering van dit label, wordt in dit onderzoek aangemerkt als een *overstapper naar een andere zorgverzekering*.

Verzekerden die op 1 januari dezelfde zorgverzekering behouden als op 31 december, maar de hoogte van hun vrijwillig eigen risico aanpassen, zullen in dit onderzoek niet aangemerkt worden als overstappers naar een andere zorgverzekering. Bij (vrijwel)²³ alle aangeboden varianten van de zorgverzekering kan een verzekerde er namelijk voor kiezen een vrijwillig eigen risico af te sluiten. Een andere hoogte van het vrijwillig eigen risico is in dit onderzoek dan ook geen onderscheidend element van de aangeboden varianten van de zorgverzekering. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op potentiële determinanten die ten grondslag liggen aan het overstapedrag van verzekerden. In dit hoofdstuk wordt uiteengezet dat de keuzevrijheid van zorgaanbieders, een hogere vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders, wel of geen internetverzekering en het verleende serviceniveau mogelijke overstapbatzen vormen. Aangezien verzekerden bij

²² Dit kan al dan niet een label zijn dat aangeboden wordt door dezelfde risicodragers.

²³ Een uitzondering hierop is bijvoorbeeld de zorgverzekering van Besured. Bij Besured bedraagt de hoogte van het vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering standaard €500. Dit vrijwillig eigen risico wordt afgekocht via de aanvullende dekking 'Afkoop vrijwillig eigen risico'. Een verzekerde die kiest voor een zorgverzekering van Besured heeft dus geen vrijwillig eigen risico.

(vrijwel) alle varianten van de zorgverzekering kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico, kan dit niet beschouwd worden als een mogelijke overstapbaat.²⁴

²⁴ De premiekorting in ruil voor een vrijwillig eigen risico vormt mogelijk wel een overstapbaat. De keuze voor een ander eigen-risico-bedrag vormt dan niet de overstapbaat, maar de hoogte van de premiekorting.

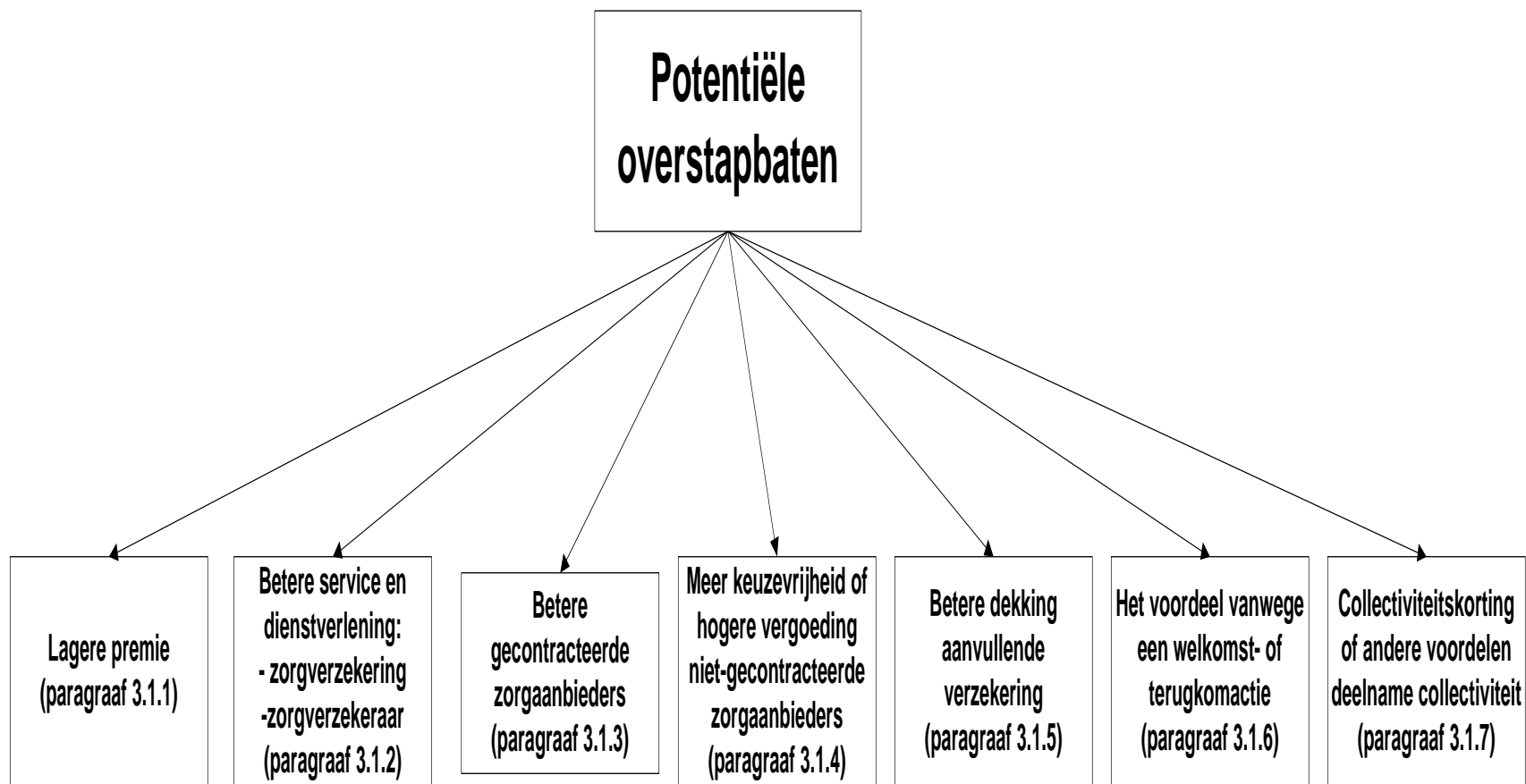
3. Potentiële determinanten overstapgedrag

Verzekerden zullen overstappen indien de verwachte overstapbaten groter zijn dan de verwachte overstapkosten. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op potentiële overstapbaten (paragraaf 3.1) en potentiële overstapkosten (paragraaf 3.2). Daarnaast dient een verzekerde voldoende kennis te hebben over de zorgverzekeringsmarkt. Hier wordt in paragraaf 3.3. op ingegaan.

In paragraaf 2.2 is aangegeven dat verzekerden hun zorgverzekering en aanvullende verzekering als één verzekeringsproduct beschouwen. Dit leidt ertoe dat verzekerden die (wederom) een aanvullende verzekering willen afsluiten, andere overstapbaten en overstapkosten zullen ervaren dan verzekerden die niet (langer) een aanvullende verzekering willen afsluiten. In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij deze verschillen.

3.1 Potentiële overstapbaten voor een verzekerde

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering kan, in de perceptie van verzekerden, mogelijke baten opleveren. Figuur 1 presenteert mogelijke overstapbaten voor een verzekerde.



Figuur 1 Determinanten overstapgedrag: potentiële overstapbaten

3.1.1 Lagere premie

Overstappen kan leiden tot een lagere premie voor de zorgverzekering. In 2012 blijkt de hoogste jaarlijkse premie voor de zorgverzekering €1350 en de laagste premie €1110 te bedragen (Vektis, 2012). Een analyse wijst uit dat in 2013 de premieverschillen voor de zorgverzekering verder zijn toegenomen: de hoogste jaarlijkse premie bedraagt in 2013 €1425 (12 x €118,75) en de laagste jaarlijkse premie bedraagt €1103 (12 x €91,90) (zie bijlage II). De hoogte van de verstrekte premiekorting²⁵ bepaalt de uiteindelijke premie die een verzekerde voor zijn of haar zorgverzekering dient te betalen. Verzekerden die (wederom) een aanvullende verzekering willen afsluiten zullen de premie van een aanvullende verzekering ook meenemen in hun keuzeproces. Voor deze verzekerden vormt de totale premie – oftewel de premie van de zorgverzekering plus de premie voor de aanvullende verzekering – een mogelijke overstapbaat.

Uit onderzoeken van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) blijkt dat de hoogte van de totale premie de afgelopen jaren vaak de belangrijkste reden was om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.²⁶ Zo was in 2009 voor 39 procent van de overstappers ontevredenheid over de hoogte van de premie een belangrijke reden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Dit percentage steeg naar 52 procent in 2011. In 2012 vormde voor 41 procent van de overstappers ontevredenheid over de totale premie een belangrijke reden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar (Vos & De Jong, 2009; Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2011; Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2012).

Een lagere premie kan zowel bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar als bij het overstappen naar een andere zorgverzekering een rol spelen. De verschillende varianten van de zorgverzekering die aangeboden worden door dezelfde zorgverzekeraar kunnen verschillen qua premie. Overstappen naar een andere zorgverzekering kan dan ook resulteren in een lagere premie.

3.1.2 Betere service en dienstverlening

De overstapbaat 'betere service en dienstverlening' bestaat uit twee componenten: 1) het niveau van de service en dienstverlening van de *zorgverzekering* en 2) de kwaliteit van de service en dienstverlening van de *zorgverzekeraar*.

²⁵ In paragraaf 1.1 is aangegeven dat zorgverzekeraars een korting mogen geven aan verzekerden die lid zijn van een collectiviteit (zie paragraaf 3.1.7), gekozen hebben voor een vrijwillig eigen risico of de premie vooruitbetalen.

²⁶ Voor verzekerden die geen aanvullende verzekering willen afsluiten bestaat de totale premie alleen uit de premie voor de zorgverzekering. Voor verzekerden die wel een aanvullende verzekering willen afsluiten bestaat de totale premie uit de premie van de zorgverzekering plus de premie van de aanvullende verzekering.

Niveau van de service en dienstverlening van de zorgverzekering

In hoofdstuk 2.1 is aangegeven dat zorgverzekeraars de zorgverzekering onder andere kunnen differentiëren naar het niveau van de service en dienstverlening waar een verzekerde recht op heeft. Een verzekerde die bij Zilveren Kruis Achmea bijvoorbeeld kiest voor de goedkoopste variant van de zorgverzekering (*Beter Af Selectief*) dient veel verzekeringszaken zelf te regelen. Op de huidige zorgverzekeringsmarkt bieden andere zorgverzekeraars ook varianten van de zorgverzekering aan waarbij het niveau van de service en dienstverlening verschilt, bijvoorbeeld internetverzekeringen waarbij verzekerden hun verzekeringszaken voornamelijk zelf dienen te regelen. Een verzekerde die echter kiest voor de duurste variant van de zorgverzekering van Zilveren Kruis Achmea (*Beter Af Exclusief*), heeft recht op extra persoonlijke aandacht en speciale services, zoals een Gezondheidsconsulent.²⁷

Het is mogelijk dat verzekerden (niet langer) recht willen hebben op bepaalde services en diensten. Het niveau van de service en dienstverlening van de zorgverzekering kan zowel bij het overstappen naar een andere variant van de zorgverzekering als bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar een mogelijke overstapbaat vormen. Het niveau van de service en dienstverlening dat een verzekerde prefereert, kan namelijk door de huidige zorgverzekeraar aangeboden worden in een andere variant van de zorgverzekering of kan alleen aangeboden worden door een andere zorgverzekeraar.²⁸

Kwaliteit van de service en dienstverlening van de zorgverzekeraar

Naast het niveau van de service en dienstverlening van de zorgverzekering, vormt de kwaliteit van de service en dienstverlening van de zorgverzekeraar een mogelijke overstapbaat. Aspecten die, onafhankelijk van de keuze van de variant van de zorgverzekering, een indicatie kunnen geven van de kwaliteit van de service en dienstverlening van een zorgverzekeraar zijn de telefonische bereikbaarheid²⁹ van de klantenservice, de hulp van de klantenservice, de klantvriendelijkheid, de

²⁷ Luchtvaartmaatschappijen maken ook een onderscheid tussen het niveau van de service en dienstverlening waar een passagier recht op heeft. Alle passagiers worden vervoerd van plek A naar plek B. De service en dienstverlening waar een passagier gedurende de vlucht recht op heeft, kan echter verschillen. Een passagier die bij KLM kiest voor de Businessclass heeft bijvoorbeeld recht op een brede stoel waarin men desgewenst ook vrijwel horizontaal kan liggen, terwijl een passagier die kiest voor de Economy Class dit niet heeft.

²⁸ Een passagier die voorheen altijd gekozen heeft voor de Economy Class van de KLM kan in het vervolg de voorkeur geven aan de Businessclass. Deze passagier kan ervoor kiezen om in het vervolg bij de KLM te reizen met de Businessclass (= 'overstappen naar een andere zorgverzekering') of bij een andere luchtvaartmaatschappij (= 'overstappen naar een andere zorgverzekeraar'). Als een passagier een ander niveau van de service en dienstverlening prefereert dat niet aangeboden wordt door de KLM (bijvoorbeeld First Class), zal deze passagier kiezen voor een andere luchtvaartmaatschappij (= 'overstappen naar een andere zorgverzekeraar').

²⁹ Bij een internetverzekering kan de termijn waarbinnen een verzekerde een reactie krijgt op een e-mail een indicatie geven van de kwaliteit van de service en dienstverlening van een verzekeraar.

informatievoorziening (bijvoorbeeld over de hoogte van de eigen betalingen indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg) en de afhandeling van rekeningen.

Ontevredenheid over de kwaliteit van de service en dienstverlening van de zorgverzekeraar vormt waarschijnlijk voornamelijk bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar een overstapbaat.³⁰ Een verzekerde die overstapt naar een andere zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar, is namelijk reeds bekend met de kwaliteit van de service en dienstverlening van een zorgverzekeraar.³¹

Onderzoek van het NIVEL wijst uit dat in 2009 7 procent van de overstappers uit ontevredenheid over de service en dienstverlening van hun zorgverzekeraar is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (Vos en de Jong, 2009). In 2011 en 2012 was dit respectievelijk 4 procent en 8 procent (Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2011; Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2012). Het is echter niet duidelijk of deze verzekerden ontevreden waren over 1) het niveau van de service en dienstverlening waar zij recht op hadden of 2) de kwaliteit van de service en dienstverlening van hun zorgverzekeraar.

3.1.3 Betere gecontracteerde zorgaanbieders

Een andere mogelijke overstapbaat wordt gevormd door kwalitatief betere gecontracteerde zorgaanbieders door een zorgverzekeraar. Betere gecontracteerde zorgaanbieders kunnen zowel bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar als bij het overstappen naar een andere variant van de zorgverzekering een mogelijke overstapbaat vormen. Verzekerden die zich niet aanvullend willen verzekeren, zijn hierbij mogelijk alleen geïnteresseerd in de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders ten behoeve van de zorgverzekering. Voor verzekerden die zich aanvullend willen verzekeren speelt waarschijnlijk ook de kwaliteit van de zorg een rol die (deels) vergoed wordt door een aanvullende verzekering (bijvoorbeeld de kwaliteit van de gecontracteerde tandartsen of fysiotherapeuten).

Op de vergelijkingssite www.kiesbeter.nl kan een verzekerde informatie vinden over de kwaliteit van zorgaanbieders. Op deze site wordt de kwaliteit van een ziekenhuis bijvoorbeeld uitgedrukt in de kwaliteitsscores van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de aanwezigheid van een keurmerk (bijvoorbeeld de aanwezigheid van het kwaliteitskeurmerk van het Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ)) en de Consumer Quality Index (CQI). Dit geeft een indicatie van de kwaliteit van de gecontracteerde ziekenhuizen door een zorgverzekeraar.

³⁰ Een passagier die ontevreden is met de kwaliteit van de service en dienstverlening bij de KLM, bijvoorbeeld de stiptheid van de aankomsttijden, zal in het vervolg wellicht kiezen voor een andere luchtvaartmaatschappij (= 'overstappen naar een andere zorgverzekeraar').

³¹ Hierbij wordt verondersteld dat de kwaliteit van de service en dienstverlening van een zorgverzekeraar gelijk is voor verzekerden die gekozen hebben voor een variant van de zorgverzekering die van elkaar verschilt wat betreft het niveau van de service en dienstverlening waar een verzekerde recht op heeft.

In 2009 zijn geen verzekerden uit ontevredenheid over de kwaliteit van de gecontracteerde zorg overstapt (Vos en de Jong, 2009). In 2011 vormde voor 1 procent van de overstappers ontevredenheid over de kwaliteit van de gecontracteerde zorg een reden om over te stappen (Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2011). In 2012 was dit 3 procent (Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2012). Deze cijfers suggereren dat het aantal verzekerden dat de afgelopen jaren is overstapt uit ontevredenheid over de kwaliteit van de gecontracteerde zorg van hun zorgverzekeraar, is toegenomen.

3.1.4 Meer keuzevrijheid van zorgaanbieders of een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Andere mogelijke overstapbaten worden gevormd door meer keuzevrijheid van zorgaanbieders of een hogere vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Voor verzekerden die (wederom) een aanvullende verzekering willen afsluiten gelden deze baten ook ten aanzien van zorgaanbieders die aanvullende zorgvormen aanbieden.

De genoemde overstapbaten kunnen zowel aanwezig zijn bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar als bij het overstappen naar een andere zorgverzekering. Verzekerden kunnen namelijk ook bij hun huidige zorgverzekeraar kiezen voor een andere zorgverzekering met meer keuzevrijheid van zorgaanbieders dan wel een hogere vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Een voorbeeld hiervan zijn de aangeboden varianten van de zorgverzekering door CZ. CZ biedt de zorgverzekering in drie varianten aan. De twee goedkoopste varianten betreffen naturapolissen (*CZ Zorgbewustpolis* en *CZ Zorg-op-maatpolis*). Bij de CZ Zorgbewustpolis (de goedkoopste variant) wordt maximaal 50 procent van het marktconforme tarief vergoed als een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarentegen bedraagt deze vergoeding bij de CZ-Zorg-op-maatpolis 75 procent van het marktconforme tarief (CZ, 2013).

Idealiter zouden verzekerden gedurende de jaarlijkse overstapperiode al inzicht moeten hebben in de gecontracteerde zorgaanbieders en de hoogte van de vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Verzekerden blijken tijdens de jaarlijkse overstapperiode echter over onvoldoende informatie te beschikken over de keuzevrijheid van zorgaanbieders en de vergoeding van niet-gecontracteerde zorgaanbieders (NZa, 2012b).³² Dit kan ertoe leiden dat meer keuzevrijheid van zorgaanbieders of een hogere vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders momenteel nog geen overstapbaten vormen.

³² Voor het jaar 2012 vonden gedurende het jaar 2012 nog een groot aantal contractonderhandelingen met zorgaanbieders plaats (NZa, 2012b).

3.1.5 Betere dekking van de aanvullende verzekering

Een andere mogelijke overstapbaat wordt gevormd door de dekking van de aanvullende verzekering. Zorgverzekeraars zijn vrij om de inhoud van de aanvullende verzekering vast te stellen. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat de beslissing van verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar vaak werd ingegeven door een gunstige dekking van de aanvullende verzekering. Zo is bijvoorbeeld 13 procent van de overstappers op 1 januari 2012 overgestapt vanwege ontevredenheid over de dekking van de aanvullende verzekering (Reitsma-van Rooijen *et al.*, 2012).

Een goede dekking van de aanvullende verzekering vormt alleen voor verzekerden die (wederom) een aanvullende verzekering willen afsluiten een overstapbaat. Als hierbij gekozen wordt voor een andere aanvullende verzekering van dezelfde zorgverzekeraar als bij wie de verzekerde in het voorgaande verzekeringsjaar verzekerd was, vormt een goede dekking van de aanvullende verzekering geen overstapbaat ten aanzien van de zorgverzekering. Een verzekerde kan in dit geval namelijk dezelfde zorgverzekering behouden. Indien echter gekozen wordt voor een aanvullende verzekering van een andere zorgverzekeraar zal een verzekerde, mede door de gehanteerde koppelverkoop van verzekeraars, ook voor de zorgverzekering overstappen naar deze andere zorgverzekeraar. Kortom, een goede dekking van de aanvullende verzekering vormt alleen een overstapbaat ten aanzien van de zorgverzekering als wordt overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.

3.1.6 Het voordeel vanwege een welkomst- of terugkomstactie

Het voordeel (zowel financieel als niet financieel) vanwege een welkomst-of terugkomstactie vormt een andere mogelijke overstapbaat. Deze acties gelden alleen als verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar en niet als overgestapt wordt naar een andere variant van de zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar.

Bij verschillende zorgverzekeraars krijgen verzekerden 75 euro retour als ze een zorgverzekering én een aanvullende verzekering bij deze zorgverzekeraar afsluiten (Agis, 2012; TakeCareNow!, 2012; Zilveren Kruis Achmea, 2012). Aangezien verzekerden alleen 75 euro retour ontvangen als ze ook een aanvullende verzekering bij de genoemde zorgverzekeraars afsluiten, vormt het voordeel vanwege deze welkomstactie alleen voor verzekerden die een aanvullende verzekering willen afsluiten een mogelijke overstapbaat. Delta Lloyd heeft een ander soort welkomstactie. Door Delta Lloyd wordt een gratis beweegmonitor verstrekt aan alle verzekerden die voor het eerst een zorgverzekering bij hem afsluiten (Delta Lloyd, 2012).

Daarnaast hanteren verschillende zorgverzekeraars terugkomstacties. Anderzorg biedt bijvoorbeeld verzekerden die overstappen naar een andere zorgverzekeraar een geldbedrag indien ze hun overstap ongedaan maken. Daarnaast hanteert Zilveren Kruis Achmea een

zogenoemde terugkeergarantie ten aanzien van de aanvullende verzekering voor verzekerden die overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Als verzekerden het volgende verzekeringsjaar hun zorgverzekering en aanvullende verzekering weer afsluiten bij Zilveren Kruis Achmea, worden verzekerden zonder medische selectie geaccepteerd voor de aanvullende verzekering. Deze terugkeergarantie is alleen interessant voor verzekerden die wederom een aanvullende verzekering willen afsluiten.

3.1.7 Collectiviteitskorting en andere voordelen deelname collectiviteit

Voor verzekerden die overstappen naar een andere zorgverzekeraar of naar een andere variant van de zorgverzekering kunnen de collectiviteitskorting of andere voordelen van deelname aan een collectiviteit mogelijke overstapbaten vormen. Aan leden van een collectiviteit mag een korting van maximaal 10 procent worden gegeven op de premie van de zorgverzekering. Voor verzekerden die een aanvullende verzekering willen afsluiten, vormt ook de (ongelimiteerde) collectiviteitskorting die gegeven mag worden op de premie van de aanvullende verzekering een mogelijke overstapbaat.

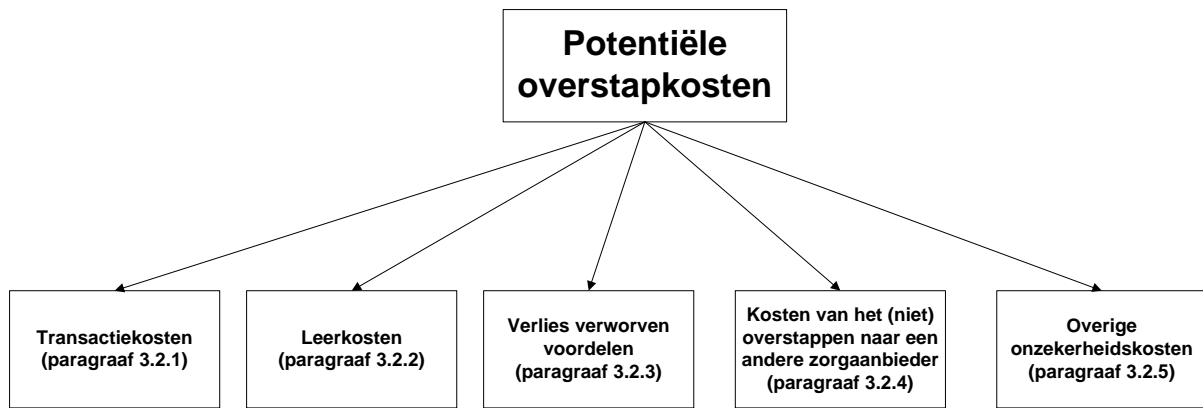
In tabel 1 is aangegeven in hoeverre de genoemde overstapbaten relevant zullen zijn als een verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar of naar een andere variant van de zorgverzekering.

Tabel 1 Relevantie van de genoemde baten bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar en bij het overstappen naar een andere zorgverzekering

	Overstappen naar een andere zorgverzekeraar	Overstappen naar een andere variant van de zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar
Lagere premie	Relevant	Relevant
Betere service en dienstverlening		
- Zorgverzekering	Relevant	Relevant
- Zorgverzekeraar	Relevant	Niet relevant
Betere gecontracteerde zorgaanbieders	Relevant	Relevant
Meer keuzevrijheid van zorgaanbieders en een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorgaanbieders	Relevant	Relevant
Betere dekking van de aanvullende verzekering	Relevant	Niet relevant
Het voordeel vanwege een welkomst- of terugkomstactie	Relevant	Niet relevant
Collectiviteitskorting en andere voordelen deelname collectiviteit	Relevant	Relevant

3.2 Potentiële overstapkosten voor een verzekerde

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar of naar een andere variant van de zorgverzekering kan, in de perceptie van verzekerden, ook tot mogelijke overstapkosten leiden. Dit kunnen zowel directe als indirecte overstapkosten betreffen. Figuur 2 presenteert mogelijke overstapkosten voor een verzekerde.



Figuur 2 Determinanten overstapgedrag: potentiële overstapkosten

3.2.1 Transactiekosten

Transactiekosten bestaan uit de tijd en moeite die het verzekerden kost om over te stappen. Transactiekosten doen zich voor op het moment dat verzekerden overwegen om over te stappen. Zij zullen in dit geval verschillende zorgverzekeraars dan wel varianten van de zorgverzekering met elkaar vergelijken. Zo dienen verzekerden bijvoorbeeld de premie en het gecontracteerde netwerk van de zorgverzekering na te gaan. In paragraaf 2.2 is aangegeven dat momenteel een breed scala aan aanvullende pakketten wordt aangeboden. De vergelijking van verschillende verzekeringsproducten kan dan ook resulteren in hoge transactiekosten voor een verzekerde die zich aanvullend wilt verzekeren. Naast het vergelijken van verschillende zorgverzekeraars en varianten van de zorgverzekering dient een verzekerde ook het nodige papierwerk op orde te krijgen om over te stappen.

Er bestaan verschillende vergelijkingssites (bijvoorbeeld www.independ.nl en www.consumentenbond.nl) om verzekerden te informeren over de zorgverzekeraars die actief zijn op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt en de zorgverzekeringen die zij aanbieden. Desondanks blijkt een toenemend aantal keuzemogelijkheden voor verzekerden te leiden tot een lagere geneigdheid tot overstappen (Frank & Lamiraud, 2008).

De verwachting is dat de transactiekosten lager zullen zijn indien een verzekerde overweegt over te stappen naar een andere variant van de zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar. In dit geval zullen verzekerden mogelijk niet varianten van de zorgverzekering van andere zorgverzekeraars bestuderen.

3.2.2 Leerkosten

Leerkosten kunnen omschreven worden als de tijd en moeite die het verzekerden kost om inzicht te krijgen in de regels en procedures van de nieuwe zorgverzekering (Strombom *et al.*, 2002; Handel, 2011). Leerkosten doen zich voor *na* het daadwerkelijke overstappen van een verzekerde, terwijl transactiekosten zich voordoen *voor* het daadwerkelijke overstappen

van een verzekerde. Een verzekerde dient bijvoorbeeld uit te zoeken hoe declaraties ingediend moeten worden. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars voorafgaande toestemmingseisen stellen alvorens een verzekerde voor vergoeding van zorg in aanmerking komt. Het kan voor een verzekerde tijd en moeite kosten om uit te zoeken onder welke voorwaarden zorg vergoed wordt. Voor verzekerden die naast hun zorgverzekering een aanvullende verzekering afsluiten bij een andere zorgverzekeraar, geldt dat ook inzicht verkregen dient te worden in de geldende regels en procedures ten aanzien van de aanvullende verzekering.

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar zal waarschijnlijk hogere leerkosten impliceren dan overstappen naar een andere zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar. Een verzekerde die overstapt naar een andere zorgverzekering is mogelijk al bekend met de wijze waarop declaraties ingediend moeten worden. Wel kan overstappen naar een andere zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar ertoe leiden dat een verzekerde de toestemmingsvereisten en voorwaarden voor vergoeding van de nieuwe zorgverzekering dient te achterhalen.

3.2.3 Het verlies van verworven voordelen bij de huidige zorgverzekeraar

Het verlies van bonuspunten en kortingen bij de huidige zorgverzekeraar

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar kan leiden tot het verlies van verworven voordelen bij de huidige zorgverzekeraar. Een voorbeeld hiervan is het recentelijk geïntroduceerde spaarprogramma van Menzis. Met dit spaarprogramma beloont Menzis verzekerden die gezond leven met bonuspunten. In de toekomst zullen ook extra bonuspunten toegekend worden op basis van het aantal jaren dat een verzekerde verzekerd is bij Menzis. Verzekerden die hun zorgverzekering verlengen ontvangen jaarlijks extra bonuspunten. Deze punten kunnen ingezet worden voor kortingen op producten of op de aanvullende verzekering. Voor verzekerden zal het ook mogelijk worden om de gespaarde punten in te zetten voor het betalen van het eigen risico (Menzis, 2012). Verzekerden die overstappen naar een andere zorgverzekeraar zullen hun gespaarde bonuspunten verliezen.

Geormerkte subsidies van gemeenten of werkgevers aan verzekerden die hun zorgverzekering en/of aanvullende verzekering bij een specifieke zorgverzekeraar afsluiten, zijn andere vormen van verworven voordelen. Verschillende gemeenten betalen een deel van de premie of het eigen risico als verzekerden met een laag inkomen hun zorgverzekering en/of aanvullende verzekering bij een zorgverzekeraar afsluiten met wie afspraken zijn gemaakt (Gezondverzekerd, 2012). Daarnaast is het mogelijk dat werkgevers hun werknemers stimuleren zich te verzekeren bij een specifieke zorgverzekeraar. In het verleden hebben werkgevers bijvoorbeeld als voorwaarde voor de werkgeversbijdrage

gesteld dat verzekerden een aanvullende verzekering dienden af te sluiten bij een specifieke zorgverzekeraar (NZa, 2008; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2008). Onderzoek wees uit dat deze maatregel destijds slechts tot een geringe beperking van de keuzevrijheid van verzekerden leidde (NZa, 2009).

Het verlies van de gunstige voorwaarden van de aanvullende verzekering bij de huidige zorgverzekeraar

Het verlies van de gunstige voorwaarden van de aanvullende verzekering bij de huidige zorgverzekeraar vormt een mogelijke overstapbelemmering voor verzekerden die al aanvullend verzekerd waren en ook het volgende verzekeringsjaar een aanvullende verzekering willen afsluiten. Verzekeraars zijn vrij verzekerden te weigeren of een risicoafhankelijke premie in rekening te brengen voor een aanvullende verzekering. In 2006 en 2007 was sprake van een generaal pardon waar de media ruime bekendheid aan hebben gegeven (Roos en Schut, 2008). Zorgverzekeraars hebben toen toegezegd iedere verzekerde te accepteren voor de aanvullende verzekering. Ook hebben zorgverzekeraars in 2006 en 2007 vrijwel geen risicoafhankelijke premies in rekening gebracht voor de aanvullende verzekering. Alle verzekerden hadden in 2006 en 2007 dus de mogelijkheid een aanvullende verzekering af te sluiten tegen een standaardpremie. Een uitzondering op het generaal pardon waren de meest uitgebreide tandartsverzekeringen. In 2008 gold het generaal pardon niet meer.

Daarnaast hebben zorgverzekeraars, zonder dat hiervoor een wettelijke plicht bestaat, in alle aanvullende polissen de clausule van stilzwijgende verlenging van de polis tegen de standaardpremie en standaardvoorwaarden opgenomen (Roos en Schut, 2009). Alle verzekerden, ongeacht hun leeftijd en gezondheidstoestand, krijgen jaarlijks te maken met exact dezelfde wijzigingen in de premie en polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering bij hun huidige zorgverzekeraar. Vanaf 2008 hoeft het echter niet langer zo te zijn dat een andere zorgverzekeraar alle verzekerden accepteert tegen een standaardpremie- en voorwaarden. Overstappen naar een andere zorgverzekeraar kan dan resulteren in het verlies van de gunstige voorwaarden ten aanzien van de aanvullende verzekering bij de huidige zorgverzekeraar.

Verzekerden zullen bovengenoemde verworven voordelen bij de huidige zorgverzekeraar alleen verliezen indien ze overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Het overstappen naar een andere zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar zal niet leiden tot het verlies van de verworven voordelen.

3.2.4 De kosten van het (niet) overstappen naar een andere zorgaanbieder

Selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars kan ertoe leiden dat switchen naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering ook overstappen naar een andere zorgaanbieder impliceert (Royalty & Solomon, 1999; Laske-Aldershof *et al.*, 2004; Strombom *et al.*, 2002). Overstappen naar een andere zorgaanbieder kan kosten met zich meebrengen. Als een verzekerde overstapt naar een gecontracteerde zorgaanbieder, dient namelijk een relatie opgebouwd te worden met deze nieuwe zorgaanbieder. De tijd en moeite die het voor een verzekerde kost om een vertrouwensband op te bouwen met een andere zorgaanbieder kunnen omschreven worden als *set-up kosten*.

Daarnaast kan het niet overstappen naar een gecontracteerde zorgaanbieder ook kosten met zich meebrengen. Een verzekerde kan in feite toegang behouden tot de huidige zorgaanbieder, door te kiezen voor een restitutiepolis.³³ Een restitutiepolis is echter duurder dan een naturapolis. Daarnaast kan een verzekerde toegang behouden tot de huidige zorgaanbieder door de zorgkosten zelf te betalen. Als een verzekerde toegang wilt behouden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dienen er dus extra kosten gemaakt te worden. Deze kosten kunnen *continuïteitskosten* genoemd worden. Verzekerden met een aanvullende verzekering kunnen te maken krijgen met (extra) continuïteitskosten als ze toegang willen behouden tot hun huidige zorgaanbieder die vergoed wordt uit een aanvullende verzekering (bijvoorbeeld de huidige tandarts of fysiotherapeut).

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering kan tot set-up kosten of continuïteitskosten leiden indien gekozen wordt voor een zorgverzekering waarbij de huidige zorgaanbieder niet langer gecontracteerd is. Set-up kosten zijn relevant indien de huidige zorgaanbieder niet gecontracteerd is en een verzekerde *wel* wisselt van zorgaanbieder. Continuïteitskosten zijn relevant indien de huidige zorgaanbieder niet gecontracteerd is en een verzekerde *niet* wisselt van zorgaanbieder.

3.2.5 Overige onzekerheidskosten

Overstappen kan onverwachte consequenties hebben. Verzekerden die overstappen accepteren dan ook een bepaalde mate van onzekerheid (Jones *et al.*, 2002; Burnham *et al.*, 2003). Overstappen kan tot onverwachte kosten, inspanningen, of wachttijden voor vergoeding leiden. Ook kunnen verschillende zorgvormen na het overstappen minder goed op elkaar zijn afgestemd.

Overstappen naar een andere zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar brengt mogelijk minder onzekerheidskosten met zich mee dan overstappen naar een andere

³³ Opgemerkt dient te worden dat in het regeerakkoord (2012) wordt voorgesteld om de zorgverzekering te beperken tot naturapolissen. Restitutiepolissen zouden dan alleen opgenomen worden in de aanvullende verzekering.

zorgverzekeraar. Verzekerden die overstappen naar een andere zorgverzekering zijn namelijk al bekend met de kwaliteit van de service en dienstverlening van hun zorgverzekeraar.

In tabel 2 is aangegeven in hoeverre de genoemde overstapkosten relevant zullen zijn als een verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar of naar een andere variant van de zorgverzekering.

Tabel 2 Relevantie van de genoemde kosten bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar en bij het overstappen naar een andere zorgverzekering

	Overstappen naar een andere zorgverzekeraar	Overstappen naar een andere variant van de zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar
Transactiekosten	Relevant	In beperkte mate relevant
Leerkosten	Relevant	In beperkte mate relevant
Verlies verworven voordelen bij de huidige zorgverzekeraar	Relevant	Niet relevant
De kosten van het (niet) overstappen naar een andere zorgaanbieder	Relevant indien overgestapt wordt naar een zorgverzekeraar waarbij de huidige zorgaanbieder niet langer gecontracteerd is	Relevant indien overgestapt wordt naar een zorgverzekering waarbij de huidige zorgaanbieder niet langer gecontracteerd is
Overige onzekerheidskosten	Relevant	In beperkte mate relevant

3.3 Kennis verzekerden over de zorgverzekeringsmarkt

Naast de genoemde overstapbaten en -kosten vormt de kennis van verzekerden over de zorgverzekeringsmarkt een determinant die ten grondslag ligt aan hun overstapgedrag. Voor het overstapgedrag van verzekerden is voornamelijk voldoende kennis over twee aspecten van belang: 1) verzekerden moeten weten dat zij desgewenst jaarlijks mogen overstappen naar een andere zorgverzekeraar dan wel zorgverzekering en 2) verzekerden moeten weten dat voor de zorgverzekering een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie geldt voor zorgverzekeraars. Het is mogelijk dat verzekerden niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar, omdat ze verwachten door een andere zorgverzekeraar niet geaccepteerd

te worden voor de zorgverzekering of alleen tegen een hoge premie. Dit kan resulteren in een beperkte geneigdheid tot overstappen.

4. Relevante subgroepen

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden verschilt:

1. vrouwen tussen de 18 en 30 jaar stappen relatief vaker over dan mannen tussen de 18 en 30 jaar (Duijmelinck *et al.*, 2013).
2. jongeren stappen relatief vaker over dan ouderen (Duijmelinck *et al.*, 2013).
3. gezonde verzekerden stappen relatief vaker over dan ongezonde verzekerden (Duijmelinck *et al.*, 2013).
4. ongehuwden zonder kinderen stappen relatief vaker over dan gehuwden zonder kinderen (Vektis, 2012).
5. werknemers stappen relatief vaker over dan verzekerden met een arbeidsongeschiktheid- of bijstandsuitkering (Vektis, 2012).
6. verzekerden met een hoog huishoudinkomen stappen relatief vaker over dan verzekerden met een laag huishoudinkomen (Vektis, 2012).
7. verzekerden met een hoog opleidingsniveau stappen relatief vaker over dan verzekerden met een laag opleidingsniveau (Vektis, 2012).

Deze verschillen kunnen ontstaan doordat het saldo van de overstapbaten en overstapkosten verschilt voor subgroepen van verzekerden. Ongezonde verzekerden maken veel gebruik van zorg en zullen naar verwachting frequenter contact hebben met de klantenservice van een zorgverzekeraar dan gezonde verzekerden. Een betere service en dienstverlening van de zorgverzekeraar zal dan ook voor ongezonde verzekerden een grotere overstapbaat vormen dan voor gezonde verzekerden. Daarentegen hebben ongezonde verzekerden vaak een langdurige relatie opgebouwd met hun zorgaanbieder(s). Ongezonde verzekerden zullen dan ook te maken krijgen met hoge continuïteitskosten of set-up kosten als hun huidige zorgaanbieder niet gecontracteerd is (Strombom *et al.*, 2002; Hendriks *et al.*, 2010, Nosal, 2012). Ondanks hoge overstapbaten voor ongezonde verzekerden, kunnen hun overstapkosten dermate hoog zijn dat dit hun geneigdheid tot overstappen beperkt. Voor gezonde verzekerden geldt dat hun overstapbaten laag kunnen zijn, maar door mogelijk nog lagere overstapkosten kan hun geneigdheid tot overstappen groter zijn dan voor ongezonde verzekerden.

De ontwikkelde vragenlijst beoogt te achterhalen in hoeverre een verschillend saldo van overstapbaten en –kosten een verklaring vormt voor de gevonden verschillen in het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden, die onderscheiden kunnen worden op basis van hun: 1) geslacht; 2) leeftijd; 3) gezondheidstoestand; 4) woonsituatie; 5) hoogst voltooide opleiding; 6) dagelijkse bezigheid en; 7) bruto jaarinkomen.

5. Vragenlijst

In hoofdstuk 3 is een theoretisch model met relevante overstapkosten en overstapbaten op de zorgverzekeringsmarkt besproken. Om te achterhalen in hoeverre diverse subgroepen van verzekerden verschillende overstapbaten en –kosten ervaren, is een vragenlijst ontwikkeld (zie bijlage III). Deze vragenlijst beoogt na te gaan welke overstapbaten en -kosten in de perceptie van verzekerden aanwezig zijn op de zorgverzekeringsmarkt. De vragenlijst bestaat uit vijf onderdelen:

1. Achtergrondkenmerken
2. Keuzegedrag ten aanzien van de zorgverzekering
3. Keuzegedrag ten aanzien van de aanvullende verzekering
4. Verwachte overstapbaten
5. Verwachte overstapkosten
6. Kennis over de zorgverzekering

Het eerste onderdeel tracht de achtergrondkenmerken van de respondenten te achterhalen. Op basis van deze informatie kunnen de in hoofdstuk 4 genoemde subgroepen van verzekerden bepaald worden. De gezondheidstoestand wordt in dit onderzoek achterhaald door respondenten te vragen naar: 1) de ervaren gezondheidstoestand; 2) de mate waarin de afgelopen 12 maanden gebruik is gemaakt van zorg en; 3) de mate waarin een respondent de afgelopen 12 maanden last heeft gehad van bepaalde ziekten of aandoeningen.

Het tweede onderdeel richt zich op het keuzegedrag van verzekerden ten aanzien van de zorgverzekering. Ten eerste worden respondenten gevraagd bij welke zorgverzekeraar ze in 2012 verzekerd waren en bij welke zorgverzekeraar ze in 2013 verzekerd zijn. De lijst die voorgelegd wordt aan respondenten, bestaat niet uitsluitend uit risicodragers. In de lijst zijn ook labels opgenomen. Aangezien respondenten zowel voor 2012 als voor 2013 aangeven bij welke ‘zorgverzekeraar’ ze verzekerd zijn, is het mogelijk om te achterhalen of een verzekerde daadwerkelijk is overgestapt naar een andere risicodrager.

Ten tweede wordt getracht verder te achterhalen welke verzekerden op 1 januari 2013 niet zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, maar hebben gekozen voor een andere variant van de zorgverzekering van dezelfde zorgverzekeraar. Respondenten worden allereerst gevraagd aan te geven of ze al dan niet hebben gekozen voor een andere zorgverzekering. Om na te gaan of deze verzekerden daadwerkelijk zijn overgestapt, worden respondenten gevraagd naar bepaalde kenmerken van hun zorgverzekering in 2012 en in 2013. Zo zijn voor zowel 2012 als voor 2013 vragen opgenomen over: 1) het soort

verzekering (naturapolis, restitutiepolic of een combinatiepolis); 2) het al dan hebben van een internetverzekering; 3) de wijze waarop een respondent verzekerd is (al dan niet via een collectiviteit) en; 4) de hoogte van het (vrijwillig) eigen risico. Op basis van deze kenmerken is het mogelijk om te verifiëren of een verzekerde daadwerkelijk is overgestapt naar een andere zorgverzekering. Verzekerden kunnen in hun perceptie zijn overgestapt naar een andere zorgverzekering indien ze bijvoorbeeld alleen de hoogte van hun vrijwillig eigen risico hebben aangepast. In onze definitie zijn deze verzekerden echter niet overgestapt naar een andere zorgverzekering.

Het derde onderdeel richt zich op het keuzegedrag van verzekerden ten aanzien van de aanvullende verzekering. In dit onderdeel wordt nagegaan welke verzekerden op 1 januari 2013 een aanvullende verzekering hebben afgesloten. Hierbij wordt verder gevraagd naar de belangrijkste redenen van verzekerden om een aanvullende verzekering af te sluiten. Daarnaast worden de verzekerden die op 1 januari niet (langer) voor een aanvullende verzekering hebben gekozen, gevraagd naar de belangrijkste redenen om niet (langer) een aanvullende verzekering af te sluiten.

Het vierde onderdeel beoogt te achterhalen wat in de perceptie van verzekerden verwachte overstapbaten zijn. Verzekerden die aangegeven hebben te zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar worden gevraagd of ze zijn overgestapt uit ontevredenheid over hun vorige zorgverzekeraar. Indien dit het geval is, wordt gevraagd naar de aspecten waarover een verzekerde ontevreden was. Daarnaast dienen deze verzekerden ook aan te geven waarom ze gekozen hebben voor hun huidige zorgverzekeraar. Dit maakt het mogelijk om de overstapbaten van verzekerden die zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar te achterhalen. De antwoordcategorieën weerspiegelen de in paragraaf 3.1 beschreven overstapbaten.

De verhouding tussen de overstapkosten en overstapbaten kan verschillen voor subgroepen van verzekerden. Het is mogelijk dat in de perceptie van bepaalde subgroepen van verzekerden hun overstapkosten groter zijn dan hun overstapbaten. De geneigdheid tot overstappen zal voor deze subgroepen van verzekerden beperkt zijn. Om ook de overstapbaten van deze subgroepen in kaart te kunnen brengen, worden verzekerden die niet zijn overgestapt naar aan een andere zorgverzekeraar gevraagd welke voordelen overstappen naar een andere zorgverzekeraar in hun beleving zou hebben gehad.

Het vijfde onderdeel tracht te achterhalen wat in de perceptie van verzekerden verwachte overstapkosten zijn. Dit gebeurt door middel van verschillende vragen en stellingen. Allereerst worden alle verzekerden die niet zijn overgestapt naar een andere verzekeraar

gevraagd waarom ze niet zijn overgestapt. Verzekerden kunnen kiezen uit verschillende antwoordcategorieën, die onder andere de in paragraaf 3.2 beschreven overstapkosten weergeven. Verder zullen verzekerden stellingen voorgelegd krijgen waarbij ze aan dienen te geven in hoeverre ze het met de stellingen eens zijn. De stellingen beogen te meten in hoeverre transactiekosten, leerkosten en overige onzekerheidskosten door verzekerden beschouwd worden als overstapkosten.

Het zesde onderdeel besteedt aandacht aan de kennis van verzekerden over verschillende aspecten van hun zorgverzekering. Verzekerden krijgen verschillende kennisvragen voorgelegd. Per kennisvraag dient een verzekerde aan te geven of de betreffende vraag volgens hem of haar juist of onjuist is. Een verzekerde heeft hierbij ook de mogelijkheid om aan te geven niet te weten of de betreffende kennisvraag juist of onjuist is.

In tabel 3 zijn de vragen van de vragenlijst per onderdeel weergegeven.

Tabel 3 Onderdelen vragenlijst en bijbehorende vragen

Onderdeel vragenlijst	Vraagnummer
Achtergrondkenmerken t.b.v. het bepalen van subgroepen van verzekerden	36, 37 en 38 ³⁴
Keuzegedrag t.a.v. de zorgverzekering	1-8, 14, 16, 18, 33, 34 en 35
Keuzegedrag t.a.v. de aanvullende verzekering	9-13, 15 en 17
Verwachte overstapbaten	22-28
Verwachte overstapkosten	19-21, 29-31
Kennis over de zorgverzekering	32

³⁴ Het geslacht, de leeftijd, de woonsituatie, de hoogstvoltooide opleiding, de dagelijkse bezigheid en het bruto jaarinkomen van een respondent zijn al bekend voor de afname van de vragenlijst. Hier hoeven dan dus ook geen extra vragen over opgenomen te worden.

6. Conclusies en discussie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies (paragraaf 6.1) en discussiepunten (paragraaf 6.2) van dit rapport gepresenteerd.

6.1 Conclusies

Dit rapport bevat een conceptueel denkkader en een vragenlijst die door de NZa gebruikt kunnen worden om het overstapgedrag van verzekerden jaarlijks in beeld te brengen ten behoeve van de marktscan zorgverzekeringsmarkt. De belangrijkste onderzoeksvragen hierbij zijn:

1. Welke subgroepen van verzekerden stappen veel, weinig of niet over naar een andere zorgverzekeraar dan wel polis?
2. Welke subgroepen van verzekerden voelen zich belemmerd om naar een andere zorgverzekeraar dan wel polis over te stappen, en waarom?

Belangrijke deelvragen zijn:

3. Wat zijn in de perceptie van de verzekerde relevante kosten en baten van het wisselen van zorgverzekeraar of –polis?
4. Hoe variëren deze kosten en baten over de verschillende subgroepen van de bevolking, in de perceptie van de verzekerde?

In de Nederlandse gezondheidszorg was de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) een belangrijke stap in de richting van gereguleerde concurrentie. Concurrerende zorgverzekeraars dienen als belangenbehartigers van hun verzekerden kritisch zorg in te kopen bij zorgaanbieders. Verzekerden moeten de vrijheid ervaren om desgewenst jaarlijks naar een andere zorgverzekeraar of zorgverzekering over te stappen. Keuzevrijheid van verzekerden dient zorgverzekeraars tot doelmatigheid en klantgerichtheid te stimuleren en is een belangrijke voorwaarde voor het bereiken van de beoogde effecten van een systeem van gereguleerde concurrentie.

De geneigdheid tot overstappen zal lager zijn indien een verzekerde verwacht dat de overstapbaten niet opwegen tegen de overstapkosten. Mogelijke overstapbaten voor een verzekerde zijn: 1) een lagere premie; 2) betere service en dienstverlening; 3) betere gecontracteerde zorgaanbieders; 4) meer keuzevrijheid van zorgaanbieders of een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders; 5) betere dekking van de aanvullende verzekering; 6) het voordeel vanwege een welkomst- of terugkomstactie en; 7) een collectiviteitskorting of andere voordelen van deelname aan een collectiviteit. Daarnaast

bestaan de volgende mogelijke overstapkosten voor een verzekerde: 1) transactiekosten; 2) leerkosten; 3) verlies van verworven voordelen bij de huidige zorgverzekeraar; 4) de kosten van het (niet) overstappen naar een andere zorgaanbieder en; 5) overige onzekerheidskosten. Verzekerden beschouwen hun zorgverzekering en aanvullende verzekering als één product. Dit leidt ertoe dat de keuzes die verzekerden met een aanvullende verzekering maken voor hun zorgverzekering mede bepaald worden door de verwachte overstapbaten en -kosten ten aanzien van de aanvullende verzekering.

Onderzoek heeft aangetoond dat het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden verschilt. Zo stappen ouderen bijvoorbeeld relatief minder vaak over dan jongeren, en ongezonde verzekerden stappen relatief minder vaak over dan gezonde verzekerden. Het is mogelijk dat ouderen en ongezonde verzekerden uit tevredenheid met hun huidige zorgverzekeraar en zorgverzekering niet overstappen.

Ongezonde verzekerden en ouderen kunnen echter ook de perceptie hebben dat hun overstapkosten hoger zijn dan hun overstapbaten. De verwachting is dat specifieke overstapbaten te benoemen zijn die voornamelijk voor ongezonde verzekerden en ouderen van belang zijn (bijvoorbeeld een betere service en dienstverlening). Daarentegen ervaren ongezonde verzekerden en ouderen mogelijk ook hogere overstapkosten dan gezonde verzekerden en jongeren. Dit kan leiden tot een lagere geneigdheid tot overstappen van ongezonde verzekerden en ouderen.

Een beperkte geneigdheid tot overstappen van subgroepen van verzekerden kan negatieve consequenties hebben. Ouderen en ongezonde verzekerden hebben baat bij kwalitatief goede zorg. Een beperkte geneigdheid tot overstappen van deze subgroepen van verzekerden kan er echter toe leiden dat zorgverzekeraars niet geïnteresseerd zijn in de wensen en preferenties van hen. Ook zijn zorgverzekeraars mogelijk niet geïnteresseerd om te investeren in goede kwaliteit zorg voor ouderen en ongezonde verzekerden. Dit kan op termijn leiden tot een lagere kwaliteit van zorg.

Met behulp van de ontwikkelde vragenlijst kan nagegaan worden waarom het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden verschilt. Indien hoge overstapkosten de lagere overstapgeneigdheid van bepaalde subgroepen verklaart, dient gezocht te worden naar passende oplossingen.

6.2 Discussie

Jaarlijks geven de media ruime bekendheid aan het totale percentage overstappers op de zorgverzekeringsmarkt.³⁵ Minder aandacht gaat hierbij uit naar het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden. Gezien het belang dat *alle* verzekerden kunnen 'stemmen met de voeten' als ze ontevreden zijn met hun huidige zorgverzekeraar of zorgverzekering, dient het aanbeveling om ook jaarlijks het overstapgedrag van subgroepen van verzekerden nauwlettend te volgen.

Daarnaast wordt in eerder onderzoek en de media voornamelijk ingegaan op de verzekerden die zijn overgestapt naar een andere risicodrager. In dit rapport is aandacht besteed aan verzekerden die overstappen naar een ander label of naar een andere variant van de zorgverzekering van hetzelfde label. Verzekerden dienen de vrijheid te hebben om jaarlijks over te stappen naar een andere zorgverzekeringsovereenkomst. Voor de keuzevrijheid van verzekerden maakt het hierbij niet uit of deze nieuwe zorgverzekeringsovereenkomst wordt aangeboden door een andere risicodrager. Het gegeven dat verzekerden door over te stappen kenbaar maken niet tevreden te zijn met hun vorige zorgverzekeringsovereenkomst, is voldoende.

In dit rapport heeft één van de voorwaarden voor het goed functioneren van het model van gereguleerde concurrentie - de keuzevrijheid van verzekerden - centraal gestaan. Andere essentiële voorwaarden zijn buiten beschouwing gebleven.

Een andere essentiële voorwaarde voor het slagen van het model van gereguleerde concurrentie is een systeem van kruissubsidies tussen risico- en inkomensgroepen (Van de Ven *et al.*, 2009). Er bestaat in Nederland dan ook een ex-ante risicovereveningsmodel (oftewel: vereveningsmodel) dat zorgverzekeraars vooraf dient te compenseren voor voorspelbare, gezondheidsgerelateerde kostenverschillen tussen verzekerden.³⁶ Dit vereveningsmodel werkt nog niet perfect. Door het verbod op premiedifferentiatie zijn hierdoor voorspelbaar winstgevende en verliesgevende subgroepen van verzekerden aan te wijzen. Ongezonde verzekerden kunnen hierbij beschouwd worden als een voorspelbaar verliesgevende subgroep van verzekerden. Zorgverzekeraars zullen hierdoor weinig prikkels ervaren om in te spelen op de preferenties van ongezonde verzekerden en zich vooral richten op de wensen en preferenties van gezonde verzekerden. Dit kunnen zij onder andere doen door goedkope varianten van de zorgverzekering op de markt te brengen (bijvoorbeeld internetverzekeringen) die aantrekkelijk zijn voor gezonde verzekerden. Als gezonde

³⁵ Het jaarlijks percentage overstappers wordt ten onrechte vaak beschouwd als een indicator voor de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Een laag percentage overstappers impliceert echter niet per definitie dat de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt beperkt is. In een situatie van volkomen concurrentie kan het zelfs zo zijn dat er geen overstappers zijn, omdat alle verzekerden tevreden zijn met hun huidige zorgverzekeraar en zorgverzekering (Schut & Varkevisser, 2009).

³⁶ Besluit Zorgverzekering 28 juni 2005, Staatsblad 2005 389.

verzekerden lage overstapkosten ervaren, zullen zij zich onbelemmerd voelen om over te stappen naar deze nieuwe (goedkope) variant van de zorgverzekering. Als ongezonde verzekerden hoge overstapkosten ervaren, zullen zij niet overstappen als ze ontevreden zijn. Deze verzekerden zullen dus achterblijven op de oude variant van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars kunnen vervolgens jaarlijks de premie van deze oude zorgverzekering verhogen (Ericson, 2012). Uiteindelijk is het mogelijk dat gezonde verzekerden en ongezonde verzekerden zich concentreren in verschillende varianten van de zorgverzekering met elk een kostendekkende premie. De beperkte prikkels van zorgverzekeraars om in te spelen op de wensen en preferenties van voorspelbaar verliesgevende subgroepen van verzekerden, zoals ongezonde verzekerden, worden dus mogelijk versterkt door de hoge overstapkosten die deze subgroepen van verzekerden ervaren.

Literatuurlijst

- (Agis). 2012. *Extra actiekorting* (Internet). 11-12-12, [Geraadpleegd op 11-12-12].
Bereikbaar op http://www.agisweb.nl/75_euro_extra_korting/Extra_actiekorting.
- Burnham, T.A., J.K. Frels & V. Mahakan. 2003. 'Consumer switching costs: a typology, antecedents, and consequences', *Journal of the academy of marketing science* 31(2): 109-126.
- (CZ). 2013. *Vergelijk de 3 basisverzekeringen van CZ* (Internet). 14-01-2013, [Geraadpleegd op 14-01-2013]. Bereikbaar op <http://www.cz.nl/consument/zorgverzekering/basisverzekering>.
- (Delta Lloyd). 2012. *Vraag uw gratis beweemonitor aan* (Internet). 11-12-12, [Geraadpleegd op 11-12-12]. Bereikbaar op <http://www.deltalloyd.nl/zorgverzekering/aanvragen-beweemonitor.jsp/>.
- Duijmelinck, D.M.I.D. & W.P.M.M. van de Ven. 2011. 'Beperking keuzevrijheid zorgpolis door aanvullende verzekering', *ESB* 96(4621): 634-637.
- Duijmelinck, D.M.I.D., W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet & R.C. van Kleef. 2013. *Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ericson, K.M.M. 2012. 'Consumer inertia and firm pricing in the Medicare part D prescription drug insurance exchange', *NBER working paper 18359*.
- Frank, R. & K. Lamiraud. 2008. 'Choice, price competition and complexity in markets for health insurance' *NBER working paper 13817*.
- (Gezondverzekerd). 2012. *Veelgestelde vragen* (Internet). 28-11-12, [Geraadpleegd op 28-11-12]. Bereikbaar op <http://gezondverzekerd.nl/nl/veelgestelde-vragen/>.
- Handel, B.R. 2011. 'Adverse selection and switching costs in health insurance markets: when nudging hurts', *NBER working paper no. 17459*.
- Hendriks, M., J. de Jong, A. van den Brink-Muinen & P.P. Groenewegen. 2010. 'The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people?', *Health Expectations* 13(2): 195-207.
- Jones, M.A., D.L. Mothersbaugh & S.E. Beatty. 2002. 'Why customers stay: measuring the underlying dimensions of services switching costs and managing their differential strategic outcomes', *Journal of business research* 55: 441-450.
- Laske-Aldershof, T., E. Schut, K. Beck, S. Greß, A. Shmueli & C. van de Voorde. 2004. 'Consumer mobility in social health insurance markets: a five-country comparison', *Applied Health Economics and Health Policy* 3(4): 229-241.
- (Menzis). 2012. *Spaarprogramma SamenGezond* (Internet). 28-11-12, [Geraadpleegd op

28-11-12]. Bereikbaar op

<http://www.menzis.nl/web/Consumenten/Klantenservice/SpaarprogrammaSamenGezond.htm>.

- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. 2008. *Najaarsrapportage CAO-afspraken 2008*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2007. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt. De balans 2007*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2008. *Zorgverzekeringsmarkt 2008. Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2009. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009. Trends en acties van de NZa*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2012a. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2008-2012*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2012b. *Brief NZa. Transparantie en zorgplicht bij niet-gecontracteerde zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2012c. *Beleidsregel TH/BR-006 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Nosal, K. 2012. *Switching costs in the market for Medicare advantage plans*. PhD thesis. Arizona: The University of Arizona.
- Olsthoorn, S. 2012. *Eindelijk reuring op weinig innovatieve markt voor zorgverzekeringen* [Dagblad]. Het financieele dagblad, 10-12-2012.
- Regeerakkoord. 2012. *Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD-PvdA*. Den Haag: VVD en PvdA.
- Reitsma-van Rooijen, M., A. Brabers & J. de Jong. 2011. *Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen*. Utrecht: NIVEL.
- Reitsma-van Rooijen, M., A. Brabers & J. de Jong. 2012. *Stijging van het aantal overstappers zet door. De aanvullende verzekering speelt een grotere rol bij het overstappen*. Utrecht: NIVEL.
- Roos, A.F. & F.T. Schut. 2008. 'Risico's van koppeling basis-en aanvullende verzekering' *ESB* 93(4548): 710-713.
- Roos, A.F. & F.T. Schut. 2009. *Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Roos, A.F. & F.T. Schut. 2012. 'Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands', *The European Journal of Health Economics* 13(1): 51-62.
- Royalty, A.B. & N. Solomon. 1999. 'Health plan choice: price elasticities in a managed competition setting', *The Journal of Human Resources* 34(1): 1-41.

- Scanlon, D.P., M. Chernew & J.R. Lave. 1997. 'Consumer health plan choice: current knowledge and future directions', *Annual Review of Public Health* 18: 507-528.
- Schut, F.T. & M. Varkevisser. 2009. *Marktordening in de gezondheidszorg*. In: Schut, F.T. & F. Rutten (Eds.), *Economie van de Gezondheidszorg*. Maarssen: Gezondheidszorg, pp. 247-288.
- Strombom, B. A., T.C. Buchmueller & P.J. Feldstein. 2002. 'Switching costs, price sensitivity and health plan choice', *Journal of Health Economics* 21: 89-116.
- (TakeCareNow!). 2012. *TakeCareNow!* (Internet). 11-12-12, [Geraadpleegd op 11-12-12]. Bereikbaar op <http://www.takecarenow.nl/>.
- Vektis. 2007. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Hoe staat het ervoor in 2007?* Zeist: Vektis.
- Vektis. 2008. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Begin of einde van de rust?* Zeist: Vektis.
- Vektis. 2009. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag 2009*. Zeist: Vektis.
- Vektis. 2010. *Zorgthermometer 2010. Verzekerden in beweging*. Zeist: Vektis.
- Vektis. 2011. *Zorgthermometer. Verzekerden in beweging 2011*. Zeist: Vektis.
- Vektis. 2012. *Zorgthermometer. Verzekerden in beweging 2012*. Zeist: Vektis.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans, J.D. de Jong, M. van der Maat, R. Coppen, P.P. Groenewegen & R.D. Friele. 2009. *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw.
- Vos, L. & J. de Jong. 2009. *Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL.
- (Zilveren Kruis Achmea). 2012. *Zilveren Kruis Achmea* (Internet). 11-12-12, [Geraadpleegd op 11-12-12]. Bereikbaar op http://korting.zilverenkruis.nl/affiliate/?TRANSID=931484084&m4n_aid=34189&type=aff&cid=m4n.
- (Zilveren Kruis Achmea). 2013. *De zorgverzekering van Zilveren Kruis* (Internet). 14-01-13, [Geraadpleegd op 14-01-13]. Bereikbaar op http://www.zilverenkruis.nl/consumenten/zorgverzekering/Pages/default.aspx?CID=branding&TYPE=adwords&ca_type=search&ca_keyword=zilveren%20kruis%20achmea&ca_matchtype=e&ca_creative=20348622763&ca_campaign=96934723&ca_position=1t1&ca_account=3831382849&qclid=CN20j5iZ6LQCFUbKtAodNVQAuw.

Bijlage I Definities

Begrip	Definitie
Aanvullende verzekering	Een ziektekostenverzekering ter aanvulling van de zorgverzekering.
Continuïteitskosten	De extra kosten die een verzekerde moet maken om toegang te behouden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
Label (oftewel merknaam)	<p>Zorgverzekeraars hebben één of meer labels in de markt. De naam van een label kan verschillen van de naam van de zorgverzekeraar. Ook kunnen zorgverzekeringen door gevolmachtigden onder eigen label worden aangeboden namens een zorgverzekeraar, waarbij de zorgverzekeraar de risicodragers is. Onder een label kunnen verschillende varianten van de zorgverzekering aangeboden worden, en eenzelfde variant van de zorgverzekering kan onder verschillende labels door verschillende gevolmachtigden worden aangeboden.</p> <p>Verzekerden beschouwen het label vaak als hun zorgverzekeraar. Om bij het spraakgebruik van verzekerden aan te sluiten, wordt in dit rapport de term <i>zorgverzekeraar</i> ook gebruikt om een label aan te duiden.</p>
Leerkosten	De tijd en moeite die het een verzekerde kost om inzicht te krijgen in de regels en procedures van de nieuwe zorgverzekering.
Overstapper naar een andere zorgverzekeraar	Een verzekerde die op 1 januari bij een ander label is verzekerd dan op 31 december.
Overstapper naar een andere zorgverzekering	Een verzekerde die op 1 januari bij hetzelfde label is verzekerd als op 31 december, maar wel heeft gekozen voor een andere variant van de zorgverzekering.
Set-up kosten	De tijd en moeite die het een verzekerde kost om een vertrouwensband op te bouwen met een nieuwe zorgaanbieder.
Transactiekosten	De tijd en moeite die het een verzekerde kost om over te stappen.
Varianten van de zorgverzekering	Zorgverzekeringen die van elkaar verschillen wat betreft: 1) soort (natura, restitutie of combinatie); 2) de hoogte van de eigen betalingen indien gebruik wordt gemaakt van niet-

	gecontracteerde zorgaanbieders; 3) wel of geen internetverzekering of; 4) het niveau van de service en dienstverlening waar een verzekerde recht op heeft.
Zorgverzekeraar (i.e. risicodragers)	<p>Een verzekeraar, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert.</p> <p>In dit rapport wordt de term zorgverzekeraar ook gebruikt om een label aan te duiden.</p>
Zorgverzekering	Een schadeverzekering die voldoet aan wat daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld en waarvan de te verzekeren prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaat. De zorgverzekering is een privaatrechtelijke verzekering die tot stand komt door het sluiten van een overeenkomst tussen een burger en een zorgverzekeraar. In het spraakgebruik wordt een zorgverzekering ook wel een <i>basisverzekering</i> genoemd.

Bijlage II Concerns, zorgverzekeraars, labels en zorgverzekeringen in 2013

Concerns	Zorgverzekeraars (i.e. risicodragers)	Labels (i.e. merknamen)	Varianten van de zorgverzekering	Premie per maand
Achmea	Agis Zorgverzekeringen N.V.	Agis	Agis Internetbasispolis	€ 99,67
			Agis Basispolis Basic	€ 108,25
			Agis Basispolis	€ 108,75
		Pro Life	Principe Polis	€ 108,25
		TakeCareNow!	TakeCareNow Internetbasispolis	€ 99,67
	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Avéro Achmea	Zorg Plan	€ 109,25
			Keuze Zorg plan	€ 110,33
		Ik-Zorg voor mijzelf	Select Zorg Plan	€ 96,52
		Kettlitz Wulfse Verzekeringen	Zorg Plan	€ 109,25
			Keuze Zorg Plan	€ 110,33
		Turien & Co (Avéro)	Zorg Plan	€ 109,25
			Keuze Zorg Plan	€ 110,33
		YouCare	Basisverzekering	€ 97,60
	De Friesland Zorgverzekeringen N.V.	De Friesland Zorgverzekeraar	Alles Verzorgd Polis	€ 106,90
			Vrije Keus Polis	€ 110,90
			Online Verzorgd Polis	€ 98,95
		Kiemer Zorgverzekeraar	Basisverzekering Kiemer	€ 103,00
	FBTO Zorgverzekeringen N.V.	FBTO	Basisverzekering	€ 96,75
	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	Interpolis ZorgActief	Interpolis Zorgactief Basisverzekering	€ 109,75
	OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.	OZF Achmea	OZF Zorgpolis	€ 109,00
	Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.	Zilveren Kruis Achmea	Beter Af Selectief Polis	€ 104,25
			Beter Af Polis	€ 108,25
			Beter Af Exclusief Polis	€ 118,75
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekering N.V.	De Amerfoortse	Zorgverzekering Flexibel	€ 109,50

		Ditzo	Basisverzekering	€	98,50
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.	Delta Lloyd	Zorgverzekering restitutie	€	108,45
	OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.	OHRA	OHRA Zorgverzekering	€	106,69
	OHRA Zorgverzekeringen N.V.				
	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar UA	CZ	CZ Zorgbewustpolis	€	101,90
			CZ Zorg-op-maatpolis	€	105,60
			CZ Zorgkeuzepolis	€	109,80
		CZdirect	Basisverzekering	€	96,70
DSW-SH	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.	DSW Zorgverzekeraar	Basisverzekering	€	102,50
	OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.	Stad Holland Zorgverzekeraar	Basisverzekering	€	104,00
Eno	Eno Zorgverzekeraar N.V.	Energiek	Basisverzekering	€	105,00
		Salland	Basisverzekering	€	105,00
Menzis	Anderzorg N.V.	Anderzorg	Basis	€	96,25
	Azivo Zorgverzekeraar N.V.	Azivo	Basisverzekering	€	108,00
	Menzis Zorgverzekeraar N.V.	Menzis	ZorgVerzorgd	€	106,00
			ZorgZó	€	110,50
		PMA Zorgverzekering	Natura	€	93,50
			Restitutie	€	97,68
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	ONVZ	Basis	€	107,31
		PNOzorg	Basisverzekering	€	100,74
		VvAA Zorgverzekering	Zorgverzekering Basis	€	109,50
VGZ	IZA Zorgverzekeraar N.V.	IZA Zorgverzekeraar	Standaard Zorgverzekering	€	108,25
			IZA GezondSamenPolis Natura	€	106,61
			IZA GezondSamenpolis Restitutie	€	109,95
	IZZ Zorgverzekeraar N.V.	IZZ Zorgverzekeraar	IZZ Basisverzekering Natura	€	107,50
			IZZ Basisverzekering Restitutie	€	109,00
	N.V. Univé Zorg	Univé	Geregeld polis	€	107,95
			Vrij polis	€	111,95

		Univé ZEKUR	Gewoon ZEKUR Basisverzekering	€	92,25
	NV Zorgverzekeraar UMC	Zorgverzekeraar UMC	Standaard Zorgverzekering	€	107,25
	VGZ Zorgverzekeraar N.V.	VGZ	VGZ Zorgverzekering	€	107,95
			VGZ Restitutieverzekering	€	111,95
		Bewuzt (in 2012: Blue)	Basisverzekering	€	95,00
		Turien & Co (VGZ)	Zorgverzekering Natura	€	107,95
			Restitutieverzekering	€	111,95
		Besured	Basisverzekering	€	91,90
		Promovendum	Basisverzekering	€	92,90
		National Academic	Basis	€	98,95
	Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V.	De Goudse	Basisverzekering Natura	€	109,50
			Basisverzekering Restitutie	€	109,50
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA	Zorg en Zekerheid	Zorg Zeker Polis	€	106,75
			Zorg Vrij polis	€	108,50

Bijlage III Vragenlijst ‘Keuze van zorgverzekering’

Vragenlijst: Keuze van zorgverzekering

Onderdeel Keuzegedrag

allen

Intro. Van november 2012 tot en met januari 2013 had u de mogelijkheid om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. U kon ook bij uw eigen zorgverzekeraar overstappen naar een andere polis voor de basisverzekering en/of de aanvullende verzekering. We willen graag weten op welke wijze u verzekerd bent, welke keuzes u gemaakt heeft en wat uw ervaringen zijn.

allen

V1. Wat is de naam van de zorgverzekeraar bij wie u in 2012 verzekerd was voor de basisverzekering en bij wie u in 2013 verzekerd bent voor de basisverzekering?

Alfabetiseren

- > Agis
- > Anderzorg
- > Avéro Achmea
- > Azivo
- > Besured
- > Bewuzt (sinds 2013)
- > Blue (alleen in 2012)
- > CZ
- > CZdirect
- > De Amersfoortse
- > De Friesland Zorgverzekeraar
- > De Goudse
- > Delta Lloyd
- > Ditzo
- > DSW Zorgverzekeraar
- > Energiek
- > FBTO
- > Ik-Zorg voor mijzelf
- > Interpolis ZorgActief
- > IZA Zorgverzekeraar
- > IZZ Zorgverzekeraar
- > Kettliz Wulfse Verzekeringen
- > Kiemer Zorgverzekeraar
- > Menzis
- > National Academic
- > OHRA
- > ONVZ
- > OZF Achmea
- > PMA Zorgverzekering
- > PNOzorg
- > Pro Life
- > Promovendum
- > Salland
- > Stad Holland Zorgverzekeraar
- > TakeCareNow!
- > Turien & Co (Avéro)
- > Turien & Co (VGZ)

- > Univé
 - > Univé ZEKUR
 - > VGZ
 - > VvAA Zorgverzekering
 - > YouCare
 - > Zilveren Kruis Achmea
 - > Zorg en Zekerheid
 - > Zorgverzekeraar UMC
 - > Anders
 - > Weet ik niet
- Basisverzekering in 2012
 - Basisverzekering in 2013

Indien V1=Anders bij basisverzekering 2012

V1a. Bij welke zorgverzekeraar was u in 2012 verzekerd voor uw basisverzekering?

- Open antwoord

Indien V1=Anders bij basisverzekering 2013

V1b. Bij welke zorgverzekeraar bent u in 2013 verzekerd voor uw basisverzekering?

- Open antwoord

allen

V2. Hoe vaak bent u in de afgelopen 5 jaar overgestapt naar een andere zorgverzekeraar? <indien 22 jaar of ouder obv lftexact>

V2. Hoe vaak bent u in de afgelopen 4 jaar overgestapt naar een andere zorgverzekeraar? <indien 21 jaar obv lftexact >

V2. Hoe vaak bent u in de afgelopen 3 jaar overgestapt naar een andere zorgverzekeraar? <indien 20 jaar obv lftexact >

V2. Hoe vaak bent u in de afgelopen 2 jaar overgestapt naar een andere zorgverzekeraar? <indien 19 jaar obv lftexact >

V2. Hoe vaak bent u in het afgelopen jaar overgestapt naar een andere zorgverzekeraar? <indien 18 jaar obv lftexact >

- 0 keer
- 1 keer
- 2 keer
- 3 keer of vaker <indien 19 jaar of ouder obv lftexact>

Allen

V3. Bent u gedurende het jaar 2012 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (bijvoorbeeld omdat u van baan bent veranderd, op uzelf bent gaan wonen of in Nederland belasting bent gaan betalen)?

- Ja
- Nee

Indien V3=ja

Intro V4. U heeft aangegeven dat u gedurende 2012 bent overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. De vragen in deze vragenlijst gaan over de zorgverzekeraar waar u het laatst bij verzekerd was in 2012.

allen

V4. Bij een naturapolis heb je recht op zorg die rechtstreeks door de zorgverzekeraar wordt betaald. Bij een restitutiepolis heb je recht op vergoeding van zorg. Bij beide polissen maken zorgverzekeraars afspraken met zorgaanbieders. Deze afspraken leggen ze vast in contracten. Bij een naturapolis mag je alleen naar de gecontracteerde aanbieders. Doe je dat niet dan moet je meestal een deel van de rekening zelf betalen. Bij een restitutiepolis krijg je bij elke zorgaanbieder dezelfde vergoeding en heb je dus meer keuzevrijheid.

Wat voor soort polis had u voor uw basisverzekering in 2012 en heeft u voor uw basisverzekering in 2013? Indien u niet weet wat voor polis u had of heeft, dan kunt u kiezen voor de categorie “weet ik niet”.

Aanpassen naar matrixvraag

- > Een **naturapolis** waarbij u recht heeft op zorg. De zorgverzekeraar koopt deze zorg in bij een zorgaanbieder.
 - > Een **restitutiepolis** waarbij u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg.
 - > Een **combinatiepolis** waarbij de zorgverzekeraar sommige zorg vergoedt op naturabasis en andere zorg op restitutiebasis.
 - > Weet ik niet
-
- Polis in 2012
 - Polis in 2013

allen

V5. Het is mogelijk om de polis voor uw basisverzekering als internetpolis af te sluiten. Bij een internetpolis moet u (vrijwel) alles zelf via internet regelen. Ook verloopt de communicatie met de zorgverzekeraar voornamelijk digitaal.

Had u in 2012 of heeft u in 2013 een internetpolis? Indien u niet weet wat voor polis u had of heeft, dan kunt u kiezen voor de categorie “weet ik niet”.

Aanpassen naar matrixvraag

- > Internetpolis in 2012
 - > Internetpolis in 2013
-
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet

allen

V6. U kunt ervoor kiezen de basisverzekering individueel af te sluiten of u aan te sluiten bij een collectiviteit (bijvoorbeeld via de werkgever, een vereniging of een vakbond).

Op welke manier was u in 2012 en bent u in 2013 verzekerd?

Aanpassen naar matrixvraag

- > Verzekering in 2012
- > Verzekering in 2013

- Individueel
- Collectief
- Weet ik niet

allen

V7. U kunt, bovenop het verplichte eigen risico, kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Wat was in 2012 de hoogte van uw eigen risico (per jaar en voor u alleen)?

- 220 euro (wettelijk verplicht)
- 320 euro
- 420 euro
- 520 euro
- 620 euro
- 720 euro
- Weet ik niet

allen

V8. Wat is in 2013 de hoogte van uw eigen risico (per jaar en voor u alleen)?

- 350 euro (wettelijk verplicht)
- 450 euro
- 550 euro
- 650 euro
- 750 euro
- 850 euro
- Weet ik niet

allen

V9. U kunt een aanvullende verzekering afsluiten voor zorg die niet vergoed wordt door de basisverzekering, zoals tandheelkundige zorg, alternatieve geneeswijzen, fysiotherapie of brillen.

Als uw aanvullende verzekering een gezinspolis is, hebben de vragen betrekking op u en de overige gezinsleden die op de polis staan.

Had u in 2012 of heeft u in 2013 een aanvullende verzekering?

Aanpassen naar matrixvraag

- > Aanvullende verzekering in 2012
- > Aanvullende verzekering in 2013

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Indien V9 aanvullende verzekering in 2013

V10. Wat zijn voor u de belangrijkste redenen om een aanvullende verzekering te hebben? (meerdere antwoorden mogelijk)

Randomiseren

- De dekking van de basisverzekering is voor mij niet voldoende (bijv. voor tandheelkundige zorg, alternatieve geneeswijzen, fysiotherapie of brillen)

- Ik verwacht dit jaar gebruik te moeten maken van zorg die vergoed wordt door een aanvullende verzekering
- Ik vind het een geruststellende gedachte om aanvullend verzekerd te zijn
- De premie voor een aanvullende verzekering was niet zo hoog
- Mijn werkgever betaalt een deel van de premie voor een aanvullende verzekering
- De gemeente betaalt een deel van de premie voor een aanvullende verzekering
- Dit was geen bewuste keuze, ik ben ieder jaar aanvullend verzekerd
- Een andere reden, namelijk ...

Indien V10=meer dan 1 antwoord

V11. Kunt u een <top 3 (als 3 of meer antwoorden bij V10 zijn genoemd)><top 2 (als 2 antwoorden bij V10 zijn genoemd)> maken van de redenen die het meest belangrijk waren in uw keuze?

*Toon antwoorden V10, inclusief Anders, nl (in dezelfde volgorde als V10)
Matrix. Single respons: één antwoord mogelijk*

- 1^e plaats
- 2^e plaats
- 3^e plaats

Indien V9 geen aanvullende verzekering in 2013

V12. Wat zijn voor u de belangrijkste redenen dat u geen aanvullende verzekering heeft? (meerdere antwoorden mogelijk)

Randomiseren

- Ik ben geweigerd voor een aanvullende verzekering
- Ik vermoedde dat ik niet geaccepteerd zou worden voor een aanvullende verzekering
- Ik vond het aanvragen van een aanvullende verzekering te ingewikkeld, te veel rompslomp
- Ik vond de premie voor een aanvullende verzekering te hoog
- Ik vond de dekking van een aanvullende verzekering onvoldoende
- Ik kon een aanvullende verzekering financieel niet opbrengen
- Ik vond een aanvullende verzekering niet nodig
- Berichten in de media zeggen dat een aanvullende verzekering niet nodig is
- Een andere reden, namelijk ...

Indien V12=meer dan 1 antwoord

V13. Kunt u een <top 3 (als 3 of meer antwoorden bij V12 zijn genoemd)><top 2 (als 2 antwoorden bij V12 zijn genoemd)> maken van de redenen die het meest belangrijk waren in uw keuze?

*Toon antwoorden V12, inclusief Anders, nl (in dezelfde volgorde als V12)
Matrix. Single respons: één antwoord mogelijk*

- 1^e plaats
- 2^e plaats
- 3^e plaats

allen

V14. Van november 2012 tot en met januari 2013 had u de mogelijkheid om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. U kon ook bij uw eigen zorgverzekeraar overstappen naar een andere polis voor de basisverzekering en/of de aanvullende verzekering. Welke uitspraak is op u van toepassing voor uw basisverzekering?

- Ik ben gebleven bij mijn zorgverzekeraar en ik heb dezelfde polis gehouden
- Ik ben gebleven bij mijn zorgverzekeraar, maar ik heb wel gekozen voor een andere polis
- Ik ben overgestapt naar een andere zorgverzekeraar

Indien V9=aanvullende verzekering in 2012 en in 2013

V15. Welke uitspraak is op u van toepassing voor uw aanvullende verzekering?

- Ik ben gebleven bij mijn zorgverzekeraar en ik heb dezelfde polis gehouden
- Ik ben gebleven bij mijn zorgverzekeraar, maar ik heb wel gekozen voor een andere polis
- Ik ben overgestapt naar een andere zorgverzekeraar

Indien V14=2

V16. U heeft aangegeven dat u in de periode november 2012 tot en met januari 2013 heeft gekozen voor een andere polis voor de basisverzekering van uw zorgverzekeraar. Welke uitspraak is op u van toepassing? (meerdere antwoorden mogelijk)

Als u met uw muis over het vraagteken gaat, krijgt u een extra toelichting.

- Ik heb voor een ander soort basisverzekering gekozen
- Ik heb de hoogte van mijn vrijwillig eigen risico veranderd
- Ik ben per 1 januari 2013 op een andere manier verzekerd
- Anders, namelijk: ...

Mouseover antwoord 1:

Voorbeeld 1: U heeft per 1 januari 2013 gekozen voor een naturapolis, terwijl u in 2012 een restitutiepolis had; voorbeeld 2: U heeft per 1 januari 2013 gekozen voor een internetpolis

Mouseover antwoord 2:

Voorbeeld: U had in 2012 geen vrijwillig eigen risico en u heeft per 1 januari 2013 wel gekozen voor een vrijwillig eigen risico

Mouseover antwoord 3:

Voorbeeld: U was in 2012 collectief verzekerd en u heeft per 1 januari 2013 gekozen voor een individuele verzekering

Indien V15=2

V17. U heeft aangegeven dat u in de periode november 2012 tot en met januari 2013 heeft gekozen voor een andere polis voor de aanvullende verzekering van uw zorgverzekeraar. Welke uitspraak is op u van toepassing?

- Ik heb gekozen voor een minder uitgebreide dekking in vergelijking met vorig jaar
- Ik heb gekozen voor een aanvullende verzekering die voor andere zorg dan vorig jaar dekking biedt.
- Ik heb gekozen voor een uitgebreidere dekking in vergelijking met vorig jaar
- Anders, namelijk: ...

Indien vraag 14= 1 of 2

V18. U heeft aangegeven dat u bij uw zorgverzekeraar bent gebleven. Heeft u in de overstapperiode van november 2012 tot en met januari 2013 serieus overwogen om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar voor uw basisverzekering?

- Ja

- Nee

Indien vraag 14= 1 of 2

V19. Wat waren voor u de belangrijkste redenen om niet over te stappen naar een andere zorgverzekeraar? (meerdere antwoorden mogelijk)

Randomiseren

- Ik ben tevreden met mijn huidige zorgverzekeraar
- Het kost veel tijd en/of moeite om over te stappen
- Het kost veel tijd en/of moeite om de regels en procedures van een andere zorgverzekeraar te achterhalen
- Overstappen brengt een hoop onzekerheid met zich mee
- Ik ben bang dat ik door een andere zorgverzekeraar niet geaccepteerd zal worden voor de aanvullende verzekering
- Ik verwacht dat ik bij een andere zorgverzekeraar een hogere premie moet betalen dan andere verzekerden met dezelfde aanvullende verzekering
- Ik ben bang dat ik niet langer toegang heb tot mijn huidige zorgaanbieder(s)
- Mijn werkgever/de gemeente betaalt een deel van mijn premie of eigen risico bij mijn huidige zorgverzekeraar en niet bij een andere zorgverzekeraar
- Ik spaar voor bonuspunten of andere kortingen bij mijn huidige zorgverzekeraar
- Ik heb mijn andere verzekeringen (bijvoorbeeld mijn autoverzekering, woonverzekering of huisverzekering) ook bij mijn huidige verzekeraar afgesloten
- Ik ben vorig jaar al van zorgverzekeraar veranderd
- Ik ben al jaren bij deze zorgverzekeraar verzekerd
- Anders, namelijk ...

Indien V19=meer dan 1 antwoord

V20. Kunt u een <top 3 (als 3 of meer antwoorden bij V19 zijn genoemd)><top 2 (als 2 antwoorden bij V19 zijn genoemd)> maken van de redenen die het meest belangrijk waren in uw keuze?

Toon antwoorden V19, inclusief Anders, nl (in dezelfde volgorde als V19)

Matrix. Single respons: één antwoord mogelijk

- 1^e plaats
- 2^e plaats
- 3^e plaats

Indien V19 'ben bang dat ik niet langer toegang heb tot mijn huidige aanbieder' is genoemd

V21. U heeft aangegeven dat u bang bent niet langer toegang te hebben tot uw huidige zorgaanbieder(s) als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Tot welke zorgaanbieder(s) denkt u dan geen toegang meer te hebben?

Randomiseren

- Huisarts
- Apotheek
- Het ziekenhuis waar ik geregeld voor behandelingen of opnamen kom
- Medisch specialist
- Tandarts
- Fysiotherapeut
- Psychisch hulpverlener
- Alternatieve behandelaar
- Anders, namelijk ...

Indien vraag 14= 1 of 2

V22. Welke voordelen zou een overstap naar een andere zorgverzekeraar voor u hebben gehad? (meerdere antwoorden mogelijk)

Als u met uw muis over het vraagteken gaat, krijgt u een extra toelichting.

Randomiseren

- De premie voor de basisverzekering van een andere zorgverzekeraar is lager
- De premie voor de aanvullende verzekering van een andere zorgverzekeraar is lager
- De service en klantvriendelijkheid van een andere zorgverzekeraar is hoger
- De kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders (?) van een andere zorgverzekeraar is hoger
- De keuzevrijheid die een andere zorgverzekeraar biedt bij het kiezen van een zorgaanbieder is groter
- De dekking van de aanvullende verzekering(en) van een andere zorgverzekeraar is beter
- De hoogte van de eigen bijdrage bij een andere zorgverzekeraar is lager, als gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders (?)
- Een ander voordeel, namelijk ...
- Geen voordelen
- Weet ik niet

Tekst (?): Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders over welke zorg ze vergoeden. Deze afspraken leggen ze vast in contracten. Dit wordt een gecontracteerde zorgaanbieder genoemd.

Indien V22=meer dan 1 antwoord

V23. Kunt u een <top 3 (als 3 of meer antwoorden bij V23 zijn genoemd)><top 2 (als 2 antwoorden bij V23 zijn genoemd)> maken van de voordelen die voor u het meest interessant zijn?

Toon antwoorden V23, inclusief Anders, nl (in dezelfde volgorde als V23)

Matrix. Single respons: één antwoord mogelijk

- 1^e plaats
- 2^e plaats
- 3^e plaats

Indien V14=3

V24. Bent u overgestapt naar een andere zorgverzekeraar omdat u ontevreden was over uw vorige zorgverzekeraar?

- Ja
- Nee

Indien V24=Ja

V25. U heeft aangegeven dat u ontevreden was over uw vorige zorgverzekeraar. Over welke aspecten was u ontevreden? (meerdere antwoorden mogelijk)

Als u met uw muis over het vraagteken gaat, krijgt u een extra toelichting.

Randomiseren

- De premie voor de basisverzekering
- De premie voor de aanvullende verzekering
- De telefonische bereikbaarheid van de klantenservice
- De hulp van de klantenservice
- De afhandeling van rekeningen/declaraties
- De keuzevrijheid die je hebt om zelf een zorgaanbieder te kiezen
- De informatievoorziening over de gecontracteerde zorgaanbieders (?)
- De informatievoorziening over eventuele eigen bijdragen

- De informatievoorziening over de polis/dekking
- De kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders (?)
- De dekking van de aanvullende verzekering(en)
- Een ander aspect, namelijk ...

Tekst (?): Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders over welke zorg ze vergoeden. Deze afspraken leggen ze vast in contracten. Dit wordt een gecontracteerde zorgaanbieder genoemd.

Indien V25=meer dan 1 antwoord

V26. Kunt u een <top 3 (als 3 of meer antwoorden bij V26 zijn genoemd)><top 2 (als 2 antwoorden bij V26 zijn genoemd)> maken van de aspecten waarover u het meest ontevreden was?

Toon antwoorden V26, inclusief Anders, nl (in dezelfde volgorde als V26)

Matrix. Single respons: één antwoord mogelijk

- 1^e plaats
- 2^e plaats
- 3^e plaats

allen

V27. Wat waren voor u de belangrijkste redenen om (ooit: indien V14 = 1 of 2) voor uw huidige zorgverzekeraar (in 2013) te kiezen? (meerdere antwoorden mogelijk)

Als u met uw muis over het vraagteken gaat, krijgt u een extra toelichting.

Randomiseren

- De premie voor de basisverzekering
- De premie voor de aanvullende verzekering
- De service en klantvriendelijkheid
- De kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders (?)
- De keuzevrijheid die je hebt om zelf een zorgaanbieder te kiezen
- De hoogte van de eigen bijdrage indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders (?)
- De dekking van de aanvullende verzekering(en)
- De welkomstactie (zowel financieel als niet financieel)
- Ik wilde me (mee)verzekeren bij de zorgverzekeraar van mijn partner
- Ik had mijn andere verzekeringen (bijvoorbeeld mijn autoverzekering, woonverzekering of huisverzekering) al bij deze verzekeraar afgesloten
- De collectiviteitskorting
- Dit was een impulsieve keuze: ik heb er niet over nagedacht
- Een andere reden, namelijk ...

Tekst (?): Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders over welke zorg ze vergoeden. Deze afspraken leggen ze vast in contracten. Dit wordt een gecontracteerde zorgaanbieder genoemd.

Indien V27=meer dan 1 antwoord

V28. Kunt u een <top 3 (als 3 of meer antwoorden bij V28 zijn genoemd)><top 2 (als 2 antwoorden bij V28 zijn genoemd)> maken van de redenen die het meest belangrijk waren in uw keuze?

Toon antwoorden V28, inclusief Anders, nl (in dezelfde volgorde als V28)

Matrix. Single respons: één antwoord mogelijk

- 1^e plaats
- 2^e plaats
- 3^e plaats

**V29. Kunt u aangeven in hoeverre u het met onderstaande uitspraken eens of oneens bent?
Mocht u zelf geen ervaring hebben met de beschreven situatie, wilt u dan uw verwachting uiten?**

Het kost veel tijd en/of moeite om...

Randomiseren

- > ...verschillende polissen voor de basisverzekering met elkaar te vergelijken
 - > ...verschillende polissen voor de aanvullende verzekering met elkaar te vergelijken
 - > ...te achterhalen welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn door een andere zorgverzekeraar
 - > ...te achterhalen hoe hoog eventuele eigen bijdragen bij een andere zorgverzekeraar zijn
 - > ...het taalgebruik dat gehanteerd wordt in de reclames, advertenties of polissen van zorgverzekeraars te begrijpen
 - > ...het papierwerk dat nodig is om over te stappen op orde te krijgen
-
- Helemaal mee oneens
 - Mee oneens
 - Noch mee eens, noch mee oneens
 - Mee eens
 - Helemaal mee eens

**V30. Kunt u aangeven in hoeverre u het met onderstaande uitspraken eens of oneens bent?
Mocht u zelf geen ervaring hebben met de beschreven situatie, wilt u dan uw verwachting uiten?**

Het kost veel tijd en/of moeite om...

Randomiseren

- > ...uit te zoeken hoe declaraties ingediend moeten worden bij een andere zorgverzekeraar
 - > ...inzicht te krijgen in de regels en procedures van een andere zorgverzekeraar
 - > ...uit te zoeken onder welke voorwaarden een andere zorgverzekeraar zorg vergoedt (bijvoorbeeld of er vooraf toestemming nodig is van een arts en/of zorgverzekeraar)
 - > ...uit te zoeken of een andere zorgverzekeraar wachttijden hanteert voordat zorg vergoed wordt
-
- Helemaal mee oneens
 - Mee oneens
 - Noch mee eens, noch mee oneens
 - Mee eens
 - Helemaal mee eens

**V31. Kunt u aangeven in hoeverre u het met onderstaande uitspraken eens of oneens bent?
Mocht u zelf geen ervaring hebben met de beschreven situatie, wilt u dan uw verwachting uiten?**

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar zou...

Randomiseren

- > ...uiteindelijk onverwachte kosten met zich mee kunnen brengen
- > ...onverwacht 'gedoe' met zich mee kunnen brengen
- > ...kunnen leiden tot het krijgen van minder goede zorg
- > ...ertoe kunnen leiden dat de zorg die ik van verschillende zorgaanbieders ontvang minder goed op elkaar is afgestemd

- > ...onverwachte wachttijden voor vergoeding met zich mee kunnen brengen
 - Helemaal mee oneens
 - Mee oneens
 - Noch mee eens, noch mee oneens
 - Mee eens
 - Helemaal mee eens

Allen

V32. Kunt u antwoord geven op de volgende kennisvragen? Als u het antwoord echt niet weet, kunt u kiezen voor de categorie "weet ik niet".

Randomiseren, wel zorgen dat de stellingen over de basisverzekering en die over de aanvullende verzekering bij elkaar staan

- > Is een zorgverzekeraar verplicht iedereen te accepteren voor de **basisverzekering**?
- > Mag elke zorgverzekeraar zelf bepalen welke vormen van zorg (bijvoorbeeld huisartszorg, ziekenhuiszorg of geneesmiddelen) onder de **basisverzekering** vallen?
- > Mag een zorgverzekeraar aan oudere mensen een hogere premie vragen voor de **basisverzekering** dan aan jongere mensen?
- > Mogen alle verzekerden gedurende het jaar overstappen naar een andere zorgverzekeraar voor de **basisverzekering**?
- > Mag een zorgverzekeraar aan mensen met een chronische aandoening een hogere premie vragen voor de **basisverzekering** dan aan mensen zonder een chronische aandoening?
- > Moeten de **basisverzekering en aanvullende verzekering** bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten worden?
- > Mag een zorgverzekeraar aan oudere mensen een hogere premie vragen voor de **aanvullende verzekering** dan aan jongere mensen?
- > Mag een zorgverzekeraar aan mensen met een chronische aandoening een hogere premie vragen voor de **aanvullende verzekering** dan aan mensen zonder een chronische aandoening?
- > Is een zorgverzekeraar verplicht iedereen te accepteren voor de **aanvullende verzekering**?
 - Ja
 - Nee
 - Weet ik niet

Allen

Terugbladeren niet mogelijk

V32a. In de vorige vraag heeft u aangegeven wat zorgverzekeraars volgens u wel/niet mogen. Misschien vindt u het leuk om te weten wat ze nu daadwerkelijk wel/niet mogen:

- Een zorgverzekeraar is verplicht iedereen te accepteren voor de **basisverzekering**
- Een zorgverzekeraar mag aan oudere mensen een hogere premie vragen voor de **aanvullende verzekering** dan aan jongere mensen
- Een zorgverzekeraar mag aan mensen met een chronische aandoening een hogere premie vragen voor de **aanvullende verzekering** dan aan mensen zonder een chronische aandoening
- Een zorgverzekeraar mag niet zelf bepalen welke vormen van zorg (bijvoorbeeld huisartszorg, ziekenhuiszorg of geneesmiddelen) onder de **basisverzekering** vallen
- Een zorgverzekeraar aan oudere mensen geen hogere premie vragen voor de **basisverzekering** dan aan jongere mensen
- Verzekerden mogen niet gedurende het jaar overstappen naar een andere zorgverzekeraar voor de **basisverzekering**
- Een zorgverzekeraar mag niet aan mensen met een chronische aandoening een hogere premie vragen voor de **basisverzekering** dan aan mensen zonder een chronische aandoening

- De **basisverzekering en aanvullende verzekering** hoeven niet bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten worden
- Een zorgverzekeraar is niet verplicht iedereen te accepteren voor de **aanvullende verzekering**

Allen

V33. Maakt u de keuzes met betrekking tot uw zorgverzekeraar/polis zelf?

- Ja, volledig zelf
- Ja, maar samen met iemand anders (bijvoorbeeld partner of ouders)
- Nee, dit doet iemand anders voor mij (bijvoorbeeld partner of ouders)

Indien V33=3

V34. Wie maakt voor u de keuzes met betrekking tot uw zorgverzekeraar/polis?

- Mijn ouders
- Mijn partner
- Mijn broer(s)/zus(sen)
- Mijn werkgever
- Iemand anders, namelijk ...

Indien V33=3

V35. Wat is de reden dat u niet zelf de keuzes met betrekking tot uw zorgverzekeraar/polis maakt?

Randomiseren

- Iemand anders regelt dit altijd voor mij
- Ik dacht dat een zorgverzekering een gezinspolis is
- Ik vind dit te ingewikkeld
- Ik weet niet hoe ik aan informatie kan komen
- Ik wist niet dat ik dit zelf mag doen
- Ik woon in een instelling
- Ik was ziek
- Anders, namelijk ...

Onderdeel Achtergrondkenmerken

allen

V36. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

allen

V37. Hoeveel keer heeft u de afgelopen 12 maanden voor uzelf gebruik gemaakt van de volgende zorg?

- > Huisarts
- > Apotheekbezoek voor voorgeschreven geneesmiddelen
- > Fysiotherapeut en/of oefentherapeut César/Mensendieck
- > Tandarts en/of mondhygiënist

- > Psychische hulpverlener
 - > Consult door een medisch specialist
 - > Dagbehandeling in een ziekenhuis en/of kliniek
 - > Ziekenhuisopname
 - > Spoedeisende hulp (EHBO-post) in een ziekenhuis
 - > Gezinsverzorging en/of thuisverpleging
 - > Medisch noodzakelijk ziekenvervoer
-
- Geen enkele keer
 - 1 keer
 - 2 of 3 keer
 - 4 keer of meer

allen

V38. Heeft u de afgelopen 12 maanden zelf last gehad van de volgende ziekten of aandoeningen? Vink aan wat van toepassing is.

Randomiseren

- Migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn
- Hoge bloeddruk
- Vernauwing van de bloedvaten in de buik of in de benen (geen spataderen)
- Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, cara, COPD
- Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden
- Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)
- Ernstige of hardnekkige nek- en rugaandoeningen (incl. hernia)
- Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën
- Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)
- Diabetes mellitus (type 1 of type 2)
- Beroerte (inclusief TIA)
- Hartfalen, ischemische hartziekte met angina pectoris
- Kanker
- Multiple sclerose
- Andere langdurige ziekte of aandoening, namelijk ...
- Nee, geen van deze

Allen

V39. Heeft u eventuele opmerkingen en/of suggesties, dan kunt u deze hieronder kwijt.

- <OPEN> <*niet coderen*>
- Geen opmerkingen

De volgende gegevens opleveren in de dataset:

- Geslacht
- Leeftijd
- Woonsituatie
- Hoogst voltooide opleiding
- Werkzaamheid
- Bruto jaar inkomen
- Samenstelling huishouden
- Regio
- Etniciteit

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres

Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postadres

Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl

ISBN 978-94-90420-38-3