



Veranderen van zorgverzekeraar

Vanaf 1 januari 2006 zijn alle Nederlanders overgegaan op het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. De wijziging was ingegeven door de aanname dat de consument een perfect rationele beslisser is en de verzekeringsmarkt perfect competitief. In dit artikel wordt nagegaan in welke mate consumenten van verzekeraar zijn gewisseld en waarom zij dit hebben gedaan.

**FERDY VAN BEEST,
CHRISTIAAN LAKO,
ESTHER-MIRJAM SENT
EN JANA VYRASTEKOVA**

Docent sectie Economie;
universitair docent sectie
Bestuurskunde, hoogleraar
sectie Economie; universi-
tair docent sectie Econo-
mie; allen aan de Radboud
Universiteit Nijmegen.

De auteurs zijn radio
Noorderlicht en Monique
Heemskerck van de GGD
Noord-Kennemerland
zeer erkentelijk voor
hun bijdrage aan beide
dataverzamelingen.

Tijdens het tweede kabinet-Balkenende wordt duidelijk dat de kosten van de gezondheidszorg het laatste decennium sterk zijn gestegen. Alom wordt het aanbod-gestuurde systeem als een van de belangrijkste oorzaken van deze stijging beschouwd. In reactie daarop is op 1 januari 2006 de Zorgverzekeringswet geïntroduceerd met als doel marktwerking te combineren met een goede toegankelijkheid van de verzekering en solidariteit tussen verzekerden. In plaats van aanbodsturing komt er vraagsturing en concurrentie.

Het primaire idee achter dit liberaliseringsbeleid is dat de introductie van concurrerende krachten op een markt kosten zal besparen voor de overheid. Tegelijkertijd moet dit beleid leiden tot kostenefficiëntie aan de aanbodzijde door sterkere competitie tussen zittende en potentiële nieuwe aanbieders. Deze liberalisering is gebaseerd op het principe dat

competitie per definitie zal leiden tot efficiëntie. Aanbieders van zorgverzekeringen gaan concurreren met elkaar om verzekerden aan zich te binden. Zorgverzekeraars krijgen de regie in de zorg en aanbieders gaan concurreren om contracten te verwerven met zorgverzekeraars (Schut, 2006). De mate waarin zij deze regiefunctie kunnen vervullen hangt echter weer af van de mate waarin verzekerden hen als zorginkopers beschouwen. Er wordt nagaan in welke mate consumenten in Nederland van zorgverzekeraar zijn gewisseld en waarom zij dit hebben gedaan. Eerst volgt een kritische beschouwing van het huidige overheidsbeleid. Daarbij wordt begonnen met een beschrijving van de theoretische assumpties die daaraan ten grondslag liggen: veronderstellingen van perfect competitieve markten. Daarbij is de aandacht gericht op de volgende twee veronderstellingen van perfecte competitieve markten: (1) consumenten zijn in staat volledige informatie te verzamelen en te incorporeren in hun rationele beslissing, en (2) de goederen aan de aanbodzijde worden ervaren als homogene goederen. Hier wordt de aandacht gericht op het falen van deze primaire voorwaarden (Rosenau en Lako, 2008).

Kritische beschouwing

Wanneer primair gekeken wordt naar de aanbodzijde van de zorgverzekeringsmarkt, dan leveren collec-

tieve verzekeringen beperkingen op voor het model van volkomen concurrentie. Bij de basisverzekering zou het gaan om een homogeen product, waardoor consumenten slechts hoeven te kijken naar de prijs. Collectieve verzekeringen verschillen echter in prijs en kwaliteit ten opzichte van individueel aangeschafte verzekeringen voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering. Door de introductie van collectieve verzekeringen ontstaat er derhalve een heterogeen product. Collectieve verzekeringen zorgen daarnaast voor extra zoekkosten en tegelijkertijd voor oneerlijkheid in de perfecte competitie. Niet iedereen kan en mag namelijk gebruikmaken van deze collectiviteiten. Verder leidt het feit dat de structuur van de aanvullende verzekeringen het lastig maakt om een basisverzekering bij een maatschappij te hebben en een aanvullende bij een andere tot verdere marktsegmentatie. De centrale vraag aan de vraagzijde van de zorgverzekeringsmarkt is of verzekerden bij ontevredenheid over het nieuwe stelsel overstappen naar een andere verzekeraar, ook wel aangeduid als stemmen met de voeten (Tiebout, 1956). Als we uitgaan van rationele beslissers en naar we nu weten een niet-homogeen product, dienen zowel prijs (Atherly *et al.*, 2005) als kwaliteit (Beaulieu, 2002) meegenomen te worden als doorslaggevende argumenten voor overstapgedrag. Maar is dat wel zo? Wanneer consumenten zich slechts concentreren op een aspect (prijs), leidt dit tot een minder perfect werkende markt; zorgverzekeraars ervaren dan een minder sterke prikkel om de kwaliteit van hun service te garanderen. Daarnaast speelt risicopreferentie een rol als verklarende factor voor overstapgedrag (Friedman, 1974). Risicoaverse verzekerden zouden meer overstappen. Ze hebben een prikkel om de risico's op een niet-optimale verzekering te voorkomen en accepteren daardoor de zoekkosten voor een beter besluit. Omgekeerd zullen minder risicoaverse personen accepteren dat zij niet de meest optimale verzekering hebben. Zij zullen de zoekkosten voor het vinden van de optimale prijs-kwaliteitverhouding beperken. De veronderstelling dat er sprake is van perfect rationele besluitvorming komt daarmee op de tocht te staan. In het resterende deel van dit artikel wordt de mate waarin Nederlanders van zorgverzekeraar zijn gewisseld onderzocht. Ook wordt nagegaan waarom ze dat hebben gedaan.

Methodologie

Enkele experimentele onderzoeken en enquêtes zijn reeds uitgevoerd om de zorgverzekeringsmarkt te evalueren. Lackner *et al.* (2007) wijzen op de voordelen van economische laboratoriumexperimenten, waarbij met name de interne validiteit gediend is. Naast gestelde voordelen heeft experimenteel onderzoek echter ook enkele nadelen, waaronder een beperkte externe validiteit: de mate waarin de vastgestelde resultaten betrekking hebben op de gehele bevolking (Babbie, 2007). Daarom is gekozen voor de analyse van een online-enquête en een gezond-

heidsenquête. Die maken het mogelijk meer betrouwbare uitspraken te doen over een populatie die te groot is om direct te meten. Daarbij worden de resultaten van dit onderzoek nog versterkt door gebruik te maken van verschillende databases, ter versterking van zowel de interne als externe validiteit; intern (wanneer uit meerdere bronnen dezelfde resultaten worden gedestilleerd) is de kans groot dat daadwerkelijk gemeten wordt wat vooraf was bedoeld. Daarnaast vergroot het de externe generaliseerbaarheid, omdat beide databases onafhankelijk van elkaar verkregen zijn, waardoor de kans toeneemt dat de resultaten betrekking hebben op de totale bevolking (Babbie, 2007).

Beschrijvende statistiek

Het doel van de online-enquête en de gezondheidsenquête is om de overwegingen achter het overstapgedrag van consumenten dat daadwerkelijk heeft plaatsgevonden te bestuderen teneinde dieper inzicht te verschaffen in de mate van rationaliteit in keuzegedrag alsmede in de rol van collectiviteit, twee veronderstellingen waarop het overheidsbeleid is gebaseerd. De online-enquête kon worden ingevuld op de site van Noorderlicht (noorderlicht.vpro.nl) van 6 tot en met 19 maart 2007. Deze enquête is ingevuld door 478 participanten, waarvan 35,6 procent vrouwen. De gemiddelde invultijd lag op ongeveer drie minuten. In 2005–2006 is 31,6 procent van de deelnemers overstapt van zorgverzekeraar en in 2006–2007 is dat 7,7 procent. Deze percentages liggen iets hoger dan wat er voor de gehele bevolking geldt. In Nederland was dat namelijk 21 procent in 2006, zes procent in 2007 en vier procent in 2008. Als gevolg van de door de auteurs gebruikte methode, via radio Noorderlicht waarnaar relatief veel hogeropgeleide Nederlanders luisteren, heeft 78,3 procent van de participanten een hbo- of hogere opleiding; voor de Nederlandse bevolking als geheel is dat 28 procent (CBS, 2008). Bij het interpreteren van de data dient met deze verdeling rekening gehouden te worden. Hogeropgeleiden zullen beschikbare informatie eerder tot zich nemen, waardoor de vertekening geen probleem oplevert voor de conclusies. Als vastgesteld zou worden dat zelfs deze groep het zogenaamde slachtoffer wordt van de problemen in de markt, dan zal een steekproef met lageropgeleiden naar verwachting een nog negatiever beeld vertonen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 46 jaar met een standaarddeviatie van veertien jaar (normale verdeling). Naast de online-enquête zijn data ontleend aan een gezondheidsenquête in Noord-Holland. Het betrof een onderzoek van de toenmalige GGD Noord-Kennemerland, waaraan 2829 mensen hebben deelgenomen, vrijwel evenveel vrouwen als mannen: 50,1 resp. 49,9 procent. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 43 jaar met een standaarddeviatie van 12 jaar (normale verdeling). In Noord-Kennemerland is in 2005–2006 29 procent ($n = 813$) van zorgverzekeraar veranderd.

Resultaten online-enquête

Aan de hand van eerdere onderzoeken (Kerssens *et al.*, 2002) is voor de online-enquête een vragenlijst ontwikkeld om te achterhalen welke argumenten van doorslaggevende betekenis zijn geweest voor de beslissing om over te stappen. De volgende variabelen zijn daarbij meegenomen (trosradar.nl, 2006): maandelijkse premie, aanbieding van een collectief aanbod via een werkgever, verwachting betere zorg te krijgen en ervaring met de kwaliteit van de huidige zorgverzekeraar. Hoewel de antwoorden van ordinaal niveau zijn, gemeten op een vijfpunts Likertschaal (tabel 1), met antwoorden van 'nauwelijks' tot 'zeer

Tabel 1

Belangrijkste redenen om over te stappen naar een andere ziektekostenverzekeraar (gemiddelden).		
	2005–2006	2006–2007
Premie	4,22	4,17
Collectiviteiten	3,30	3,13
Service	2,43	2,61
Ontevredenheid over oude verzekeraar	2,04	2,48

Bron: noorderlicht.vpro.nl

belangrijk', kunnen de groepen op valide wijze onderling worden vergeleken. Bij 'groepen' kan men in dit verband bijvoorbeeld denken aan Nederlanders die de maandelijkse premie als argument om over te stappen aangeven, maar ook aan hen die juist service als reden noemen. In de dataset blijkt er sprake te zijn van een positieve significante correlatie van 0,19 tussen het overstapgedrag in 2005–2006 ten opzichte van 2006–2007. Dit impliceert dat de kans groter is dat wanneer consumenten al eerder zijn overgestapt naar een andere verzekeringsmaatschappij zij dat in de toekomst nog een keer zouden doen.

In 2005–2006 bleken de maandelijkse premie en een collectief aanbod voor de meeste mensen van doorslaggevende betekenis om over te stappen naar een andere verzekeringsmaatschappij. Overigens blijken premie en collectieve verzekeringen als overstapmotivatie niet gecorreleerd. Collectieve verzekeringen zijn aantrekkelijker vanwege meer dan de prijs. Andere belangrijke argumenten waren: acceptatie voor een goede bijverzekering en een betere tandartsverzekering.

Hoewel voor 2006–2007 premie en collectieve verzekering nog steeds als belangrijkste argumenten gelden om over te stappen, nam het belang van beide af, zo kan worden vastgesteld aan de hand van de online-enquête (tabel 2). Dit resultaat kan gedeeltelijk verklaard worden omdat de prijzen van producenten onderling geconvergeerd zijn. Daartegenover is voor de verklaring van het overstapgedrag het belang van service en de ontevredenheid over de oude verzekeringsmaatschappij significant belangrijker geworden dan in 2005–2006. Dit komt overeen met de door trosradar.nl (2006) uitgesproken verwachting dat een aantal mensen spijt heeft gekregen van hun nieuwe verzekeringsmaatschappij en heeft gekozen om weer terug te keren bij de oude maatschappij.

Zoals eerder vermeld, blijkt uit onderzoek (Friedman, 1974) dat risicopreferentie een belangrijke invloed kan hebben op de keuzeprocessen van consumenten. In de enquête is derhalve het eigen risico van consumenten meegenomen als proxy voor risicopreferentie. Uit de regressie blijkt dat er sprake is van een significante inverse relatie tussen eigen risico dat de consument op dit moment heeft en overstapgedrag (tabel 3). De verklaring voor deze inverse relatie is als volgt: wanneer een consument een groter eigen risico heeft, zal hij of zij minder snel geneigd zijn over te stappen. Met andere woorden, respondenten met een eigen risico accepteren het risico dat ze niet de optimale verzekering hebben. Naast eigen risico hebben leeftijd, geslacht en opleiding wel degelijk invloed, echter individueel gemeten zijn deze factoren niet sterk genoeg om het mogelijke gedrag te verklaren (tabel 3).

Resultaten gezondheidsenquête Noord-Kennemerland

In de gezondheidsenquête in Noord-Kennemerland zijn een groot aantal mensen ondervraagd over hun gezondheid, hun leefgewoonten en hun medische consumptie. Uit dit onderzoek in Noord-Kennemerland komt eveneens naar voren dat collectieve contracten een belangrijke rol spelen voor het overstapgedrag van consumenten; zeventig procent van de respondenten is overgestapt vanwege een collectief aanbod van henzelf of de partner.

Er blijkt een duidelijke samenhang ($R = 0,43$): een collectief contract van een werkgever wordt veel vaker door de overstappers als argument gehanteerd.

Degenen die niet overstappen noemen een collectief contract ook wel als reden

om juist te blijven, maar ze noemen het contractargument veel minder dan de overstappers.

Aan de hand van discriminantanalyse is voorts vastgesteld dat een collectief contract van de werkgever of de werkgever van de partner verreweg de belangrijkste voorspeller is van overstapgedrag. Deze bevinding komt overeen met de uitkomsten van het onderzoek van De Jong en Loermans (2007).

Zorgverzekeringsstelsel

Het is duidelijk dat er aan de aanbodzijde geen sprake is van homogene goederen als gevolg van het bestaan van collectieve verzekeringen. Daarnaast is aan de vraagzijde geen sprake van volledig rationeel keuzegedrag. Consumenten baseren hun keuze op slechts een aspect van het hele product, en dit blijkt in eerste instantie de prijs (premie) te zijn. Bij niet-homogene goederen zouden zij ook naar de kwaliteit moeten kijken. Daarnaast speelt risicoaversie een rol bij overstapgedrag. Vervolgonderzoek, zoals marktspel-achtige experimenten, kan een bijdrage leveren aan een dieper inzicht in gemaakte keuzes waarom consumenten al dan niet bewust kiezen om over te stappen.

Voor 2008–2009 zijn nog andere vragen in het kader van de zorgverzekeringsmarkt van belang. Hoewel in 2007–2008 het aantal overstappers zich stabiliseert op vier procent (De Jong en Loermans, 2007), is het de vraag wat er het komende jaar zal gebeuren. Met de verdere stijging van de premies, het vervallen van de no-claimregeling en de invoering van het verplichte eigen risico zullen consumenten zich mogelijk weer meer bewust worden van de te maken keuzes. Dit wordt versterkt doordat een aantal zorgverzekeraars hebben gesneden in aanvullende pakketten (NRC-Handelsblad, 2008). Daarnaast zijn de meeste collectieve verzekeringen afgesloten voor drie jaar, waarbij voor 2009 opnieuw onderhandeld dient te worden. Het is dan ook goed mogelijk dat aan het einde van dit jaar weer meer belangstelling bij consumenten ontstaat voor aanbiedingen van andere verzekeraars. Daar staat tegenover dat door fusies van een aantal verzekeraars de keuze wat minder groot is dan een aantal jaren geleden. Een al te grote variëteit zou zelfs mensen weerhouden van keuzes (Schwartz, 2004). Al met al is het derhalve de vraag of consumenten in de toekomst conform de *status quo bias* nauwe-

Tabel 2

Resultaten t-toets voor gepaarde observaties (p-waarde).

	2005–2006	2006–2007
Premie versus Collectiviteiten	0,155	0,122
Premie versus Service	0,000**	0,026*
Premie versus Ontevredenheid over oude verzekeraar	0,000**	0,000**
Collectiviteiten versus Service	0,000**	0,291
Collectiviteiten versus Ontevredenheid over oude verzekeraar	0,000**	0,058
Service versus Ontevredenheid over oude verzekeraar	0,000**	0,183

* significant op 5%, ** significant op 1%

Tabel 3

Bijdrage geslacht, leeftijd, opleiding en eigen risico op overstapgedrag.

Variabele	Beta	Significantie (p-waarde)
Geslacht	0,000	0,995
Leeftijd	-0,073	0,130
Opleiding	0,050	0,294
Eigen risico	-0,107	0,022*
$R = 0,138$		

* significant op 5%, ** significant op 1%

lijks meer overstapgedrag zullen vertonen, of dat juist na afsluiting van nieuwe collectieve contracten de markt weer in beweging komt. Toekomstige data-verzamelingen zullen dit moeten uitwijzen. Echter, er moet bedacht worden dat de mogelijkheid in het nieuwe stelsel om over te stappen naar een andere verzekeraar niet een doel op zich moet zijn, maar tot doel heeft verzekeraars scherp te houden. Teneinde verzekerden aan zich te binden, dienen ze scherp in te kopen. Als een gering verloop van verzekerden optreedt, wordt de prikkel tot het bieden van een betere prijs-kwaliteitverhouding ook minder.

Zorgverzekeringsbeleid in discussie

Er zijn dus nogal wat vraagtekens te plaatsen bij de mate waarin het overheidsbeleid is geslaagd. Daarnaast zal de overheid ook moeten zorgen dat de basisveronderstelling onder het beleid gehandhaafd blijft. Collectieve verzekeringen zorgen bijvoorbeeld voor marktsegmentatie, hetgeen in strijd is met een homogeen product, bereikbaar voor iedere consument. Verder is het zo dat de aanvullende verzekeringen van de individuele maatschappijen veelal verbonden zijn aan de basisverzekering. Wanneer de consument derhalve een nieuwe aanvullende verzekering wil afsluiten, dient dit veelal gepaard te gaan met eveneens een overstap van de basisverzekering. De basisverzekering wordt daarom niet langer als een homogeen product ervaren.

Al deze aspecten beperken de competitieve krachten in de markt, aangezien ze de verzekeraars een bepaalde mate van monopoliekracht verschaffen over het soort verzekering dat wordt aangeboden. Immers, een volledige scheiding tussen basis- en aanvullende verzekering brengt additionele administratieve- en zoekkosten met zich mee. Daarnaast zorgt het acceptatiebeleid op aanvullende verzekeringen voor een probleem; consumenten, voornamelijk oudere mensen, worden geweigerd als nieuwe cliënt omdat ze te veel risico's met zich meebrengen. Deze beperkingen zorgen echter voor een afnemende overstapmobiliteit en daarmee voor een lagere prikkel voor zorgverzekeraars om hun beleid te optimaliseren rondom prijs en kwaliteit. De overheid zou een aantal maatregelen kunnen nemen om de overstapmobiliteit te vergroten en daarmee de werking van de markt als geheel te verbeteren. De informatie is er wel maar het kost heel veel tijd en moeite om die informatie helder op een rijtje te krijgen. Een model gebaseerd op de *virtual guardian angel* van Poiesz en Van Raaij (2008) zou kunnen helpen, bijvoorbeeld een door de overheid verzorgde helpdesk waar consumenten advies kunnen krijgen over verbeteringen in hun zorgverzekering. Door De Jong en Loermans (2007) wordt zelfs het argument genoemd dat mensen niet weten dat ze over kunnen stappen. Meer, maar vooral ook transparantere informatie kan daarom een verdere bijdrage leveren aan een betere werking van de zorgverzekeringsmarkt. Recentelijk is in *ESB* een soortgelijk pleidooi

gehouden door Bijlsma en Pomp (2008), voor een actievere rol van de NZA op het terrein van de bevordering van transparantie.

Slot

Voor de overstappers van 2006 bleken premie en de beschikbaarheid van collectieve verzekeringen de belangrijkste verklarende factoren. In 2007 nam dit aandeel relatief gezien af, terwijl het belang van service en ontevredenheid over de oude verzekeringsmaatschappij toenam. Daarnaast bleek het eigen risico een belangrijke verklarende factor voor overstapgedrag: mensen met een eigen risico zijn over het algemeen minder snel geneigd over te stappen. Ze accepteren het feit dat ze misschien niet de meest optimale verzekering hebben gekozen, maar zijn niet zo risicoavers dat ze dit willen corrigeren. Daarnaast blijken collectieve en aanvullende verzekeringen niet voor iedereen toegankelijk, hetgeen marktsegmentatie creëert. Als gevolg van deze bevindingen dient ernstige twijfel geuit te worden over de veronderstellingen waarop de liberalisering van de zorgverzekeringsmarkt gebaseerd is, te weten het bestaan van perfect competitieve markten als gevolg van met name rationeel keuzegedrag aan de vraagzijde en homogene goederen aan de aanbodzijde. Daarnaast zou de overheid een bijdrage dienen te leveren aan de overstapmobiliteit van consumenten conform het *virtual guardian angel* model.

LITERATUUR

- Atherly, A., C. Florence en K. Thorpe (2005) Health plan switching among members of the Federal Employees Program. *Inquiry*, 42(3), 255–265.
- Babbie, E. (2007) *The practice of social research*. Belmont (USA): Thomson Wadsworth, 11e druk, 221–284.
- Beaulieu, N. (2002) Quality information and consumer health plan choices. *Health Economics*, 21(1), 43–63.
- Bijlsma, M. en M. Pomp (2008) Via transparantie naar kwaliteit in de ziekenhuiszorg. *ESB*, 93(4541), 486–489.
- CBS, *Webmagazine*, 14 april 2008.
- Friedman, B. (1974) Risk aversion and the consumer choice of health insurance option. *Review of Economics and Statistics*, 56(2), 209–214.
- Jong, J. de en M. Loermans (2007) *Percentage overstappers lijkt stabiel. Dit jaar wisselt 4% van de bevolking van zorgverzekeraar*. NIVEL, Utrecht.
- Kerssens, J., D. Delnoij, J.A. Verweij en E. van der Schee (2002) De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar. *TSG Gezondheidswetenschappen*, 80(1), 35–42.
- Lackner, L., M. Petri en A. Schram (2007) Keuzegedrag op de zorgverzekeringsmarkt. *ESB*, 92(4508s), 22–27.
- NRC-Handelsblad (2008) Basispolis: verlies van half miljard, 27 maart 2008.
- Poiesz, T. en W. van Raaij (2008) *Strategic marketing and the future of consumer behaviour: introducing the virtual guardian angel*. Cheltenham (UK): Edward Elgar.
- Rosenau, P. en C. Lako (2008) The new Dutch health insurance system. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33, 6 (te verschijnen).
- Schut, E. (2006) Marktwerking in de zorg één jaar later. *ESB*, 91(4500s), 20–24.
- Tiebout, C. (1956) A pure theory of local expenditures. *Journal of Political Economy*, 64 (5), 416–424.
- Trosradar.nl (2006) Zorgverzekering: kwart stapt over, www.trosradar.nl/PHP/newsprint/22/1859_2-2-2006.
- Trosradar.nl (2006) Overstappers letten dit jaar op service zorgverzekeraar, www.trosradar.nl/PHP/newsprint/30/2972_15-11-2006.