Nederlandse Zorgautoriteit

Autoriteit Consument & Markt

Echte keuze op de polismarkt?

Consultatiedocument

30 november 2017

MANAGEMENT SAMENVATTING

Het polisaanbod onder de loep

De NZa en de ACM hebben samen onderzoek gedaan naar basisverzekeringen en de keuzes van consumenten. De aanleiding is de veelgehoorde klacht dat consumenten 'door de bomen het bos niet meer zien'. Er is voor consumenten veel (complexe) informatie te verwerken en die is niet altijd even goed vindbaar. Daarnaast lijken verschillen tussen basispolissen soms groter dan ze zijn. Betalen consumenten meer dan nodig? En zo ja, kunnen we er wat aan doen?

De hoeveelheid differentiatie tussen basispolissen was beperkter dan het leek

Het onderzoek is gebaseerd op data van 2016. De marktomstandigheden zijn sindsdien echter niet drastisch gewijzigd. De eerste uitkomst van het empirisch onderzoek is dat de werkelijke differentiatie tussen basispolissen kleiner is dan het lijkt. Voor 36 van de 55 basispolissen bestond in 2016 een bijna gelijk alternatief dat goedkoper was. In veel gevallen werden zulke bijna gelijke polissen door dezelfde verzekeraar aangeboden, tegen verschillende premies.

Driekwart van de consumenten had een basisverzekering waarvoor een goedkoper alternatief bestond

Voor vergelijkbare polissen waarvoor een goedkoper alternatief bestond , is de totale premie berekend die 'te veel' is betaald. Dit bedrag noemen we de potentiële overstapwinst. Driekwart van de zorgverzekerden in 2016 had een basisverzekering waarvoor een goedkoper alternatief bestond. De totale potentiële overstapwinst bedroeg ongeveer € 1 miljard, per verzekerde komt dit neer op gemiddeld ongeveer € 100 per jaar. Veel consumenten konden in 2016 overstapwinst behalen bij een andere polis van dezelfde verzekeraar. Of dat dit jaar ook het geval is, is op dit moment een open vraag. Het productaanbod en de premies worden jaarlijks aangepast.

Waarom laten consumenten overstapwinst liggen?

Voor een deel kunnen consumenten extra premie over hebben voor hun polis, bijvoorbeeld omdat ze merktrouw zijn. Daarnaast zien we factoren die wijzen op een verstoord keuzeproces: schijndifferentiatie, zoekkosten, gebrekkige informatievoorziening, en grenzen aan hoeveel informatie consumenten kunnen en willen verwerken. Informatie verwerken is kostbaar en moeilijk, vooral wanneer verschillen worden uitvergroot of informatie onjuist is. Ook spelen gedragsvalkuilen of angst om niet dezelfde zorg vergoed te krijgen een rol. Dit kan ertoe leiden dat consumenten niet in actie komen en meer betalen dan nodig.

Verstoord keuzeproces vermindert de concurrentie en de consumentenwelvaart

Een grote groep consumenten reageert niet op de premieverschillen tussen bijna gelijke basisverzekeringen door een kostbaar keuzeproces. Dit benadeelt consumenten direct en indirect. Ten eerste hebben deze consumenten niet de verzekering die het beste past en ten tweede geven de inerte consumenten een prikkel aan verzekeraars om de premie te verhogen. De inerte consumenten reageren immers niet op premieverschillen. Hierdoor vermindert de concurrentie.

Oplossingsrichtingen voor beleid, toezicht en de markt

De algemene oplossingsrichtingen zijn: goed kiezen makkelijker maken, informatie door zorgverzekeraars aan consumenten verbeteren, en eventueel ingrijpen in het aanbod of de premiestelling. Zorgverzekeraars, overheid en consumenten hebben hierin allemaal een rol. Zo zouden verzekeraars, al dan niet gestimuleerd door de overheid, het aantal bijna gelijke polissen binnen één concern kunnen verminderen. De overheid kan bijdragen aan een vereenvoudigd keuzeproces door zorgverzekeringen minder complex te maken en gedragsvalkuilen van consumenten te ondervangen. Consumenten kunnen zelf signaleren wanneer zij op onduidelijke informatie of schijndifferentiatie stuiten. Volledig uitgewerkte voorstellen vallen buiten de scope van dit onderzoek. We verwachten dat er genoeg oplossingsrichtingen zijn die ten goede komen aan de consument en tot meer concurrentie leiden.

Ligt er een miljard voor het oprapen?

De uitkomsten lijken te suggereren dat er ongeveer een miljard voor het oprapen ligt. Nee, zo eenvoudig ligt het niet. Ten eerste zijn de resultaten gebaseerd op het productaanbod en de premies van 2016. Daarnaast is het niet realistisch om te veronderstellen dat alle consumenten perfect geïnformeerd kosteloos kunnen zoeken en altijd een goede keuze maken. Onze uitkomsten geven niettemin aan dat shoppen kan lonen en dat beleidsopties beschikbaar zijn om het consumenten gemakkelijker te maken.

1 INLEIDING

De ACM en de NZa hebben samen onderzoek gedaan naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt. De focus van dit onderzoek was het keuzegedrag van consumenten in combinatie met de veelheid en ogenschijnlijke verscheidenheid aan basispolissen. Een bekende klacht van consumenten in de zorgverzekeringsmarkt is dat ze door de bomen het bos niet meer zien. De omvang van dit probleem hebben we in dit onderzoek proberen te kwantificeren. Op basis van openbare data en data die op basis van openbare bronnen kan worden gecontrueerd, hebben we geconstateerd dat consumenten suboptimale keuzes maken. In totaal betaalden consumenten in 2016 ongeveer EUR 1 miljard aan extra premie voor basispolissen waarvoor een bijna gelijk alternatief bestond. In dit rapport lichten we dit resultaat toe, geven we mogelijke verklaringen voor dit resultaat en doen we suggesties om het verstoorde keuzeproces te verbeteren.

1.1 Zorgverzekerden lijken suboptimaal te kiezen

Zorgverzekeringen hebben een belangrijke rol in het zorgstelsel in Nederland. Net als in andere markten kunnen consumenten in de zorgverzekeringsmarkt ‘stemmen met de voeten’ en overstappen naar een andere verzekeraar, wanneer hun huidige verzekeraar minder gunstige polisvoorwaarden biedt en/of een hogere premie vraagt. Deze dreiging houdt de verzekeraars scherp en waarborgt efficiënte zorginkoop bij zorgaanbieders, die op hun beurt zelf gestimuleerd worden om efficiënter te worden en kwalitatief goede zorg te leveren – zo is het idee. Op die manier kan concurrentie bijdragen aan beheersing van de zorgkosten voor de maatschappij. Het is dus van groot belang dat die concurrentie goed werkt; dit gegeven rechtvaardigt meer dan gemiddelde interesse van toezichthouders voor de zorgverzekeringsmarkt.

Er is echter reden om aan te nemen dat de consument minder concurrentiedruk uitoefent op zorgverzekeraars dan mogelijk. We zien dat de te behalen overstapwinsten over de tijd toenemen[1], maar het overstappercentage al jaren min of meer gelijk blijft (rond de 6%). Dit impliceert dat consumenten waarschijnlijk niet optimaal kiezen.

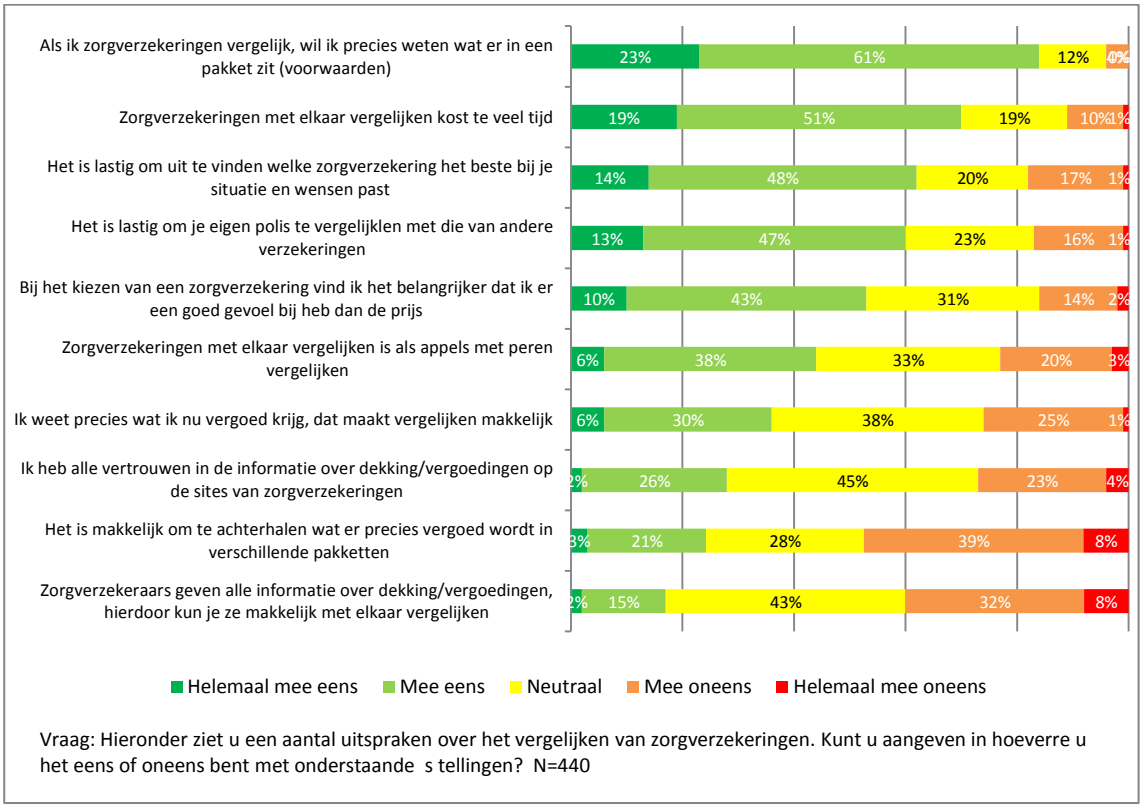
Suboptimale keuzes door zorgverzekerden kunnen deels verklaard worden door – al dan niet gepercipieerde – ondoorzichtigheid en complexiteit in de zorgverzekeringsmarkt. In onderzoek[2] dat is uitgevoerd in opdracht van de ACM in 2014 geeft 62% van de respondenten aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling ‘Met zoveel verschillende zorgverzekeringen en –pakketten zie ik door de bomen het bos niet meer’. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat zeven op de tien zorgverzekerden vindt dat zorgverzekeringen vergelijken te veel tijd kost (zie Figuur 1). En zes op de tien verzekerden geeft aan het lastig te vinden om de eigen polis te vergelijken met die van andere verzekeringen.

Verschillende partijen hebben initiatieven ontplooid om de transparantie in de zorgverzekeringsmarkt

[1] ACM, *Concurrentie op de Markt voor Zorgverzekeringen – Tussenrapportage*, februari 2016. Zie ook NRC, *Zorgpremies lopen verder uiteen*, 13 november 2017.
[2] Market Response, *Onderzoek naar switchdrempels in de zorgmarkt*, 15 september 2014.

te verbeteren zodat de consument makkelijker polissen kan vergelijken en de best passende kan kiezen. Zo zijn er verschillende prijsvergelijkingswebsites in de markt. Daarnaast biedt Consuwijzer, het consumentenloket van de ACM, sinds enkele jaren een stappenplan en digitale informatie over zorgverzekeringen vergelijken. Brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland heeft recentelijk de Zorgverzekeringskaart ontwikkeld, waardoor alle basispolissen op dezelfde wijze worden gepresenteerd. Een ander voorbeeld is de Regeling Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars aan Consumenten, van de NZa, waarin sinds 2016 staat dat verzekeraars consumenten moeten informeren over bijna gelijke polissen die – mogelijk tegen een andere premie – door hetzelfde concern worden aangeboden.

Figuur 1: Consumenten vinden zorgverzekeringen vergelijken lastig



Bron: Market Response, in opdracht van de ACM (2014)

Ondanks dergelijke initiatieven zien we nog weinig groei in het aandeel consumenten dat zorgverzekeringen vergelijkt en/of daadwerkelijk overstapt. Sommige, zoals de Zorgverzekeringskaart, zijn nog in ontwikkeling en kunnen in de toekomst alsnog behulpzaam zijn voor oriënterende zorgverzekerden. Andere worden jaarlijks aangescherpt waar nodig. Maar mogelijk is er meer nodig. Daarbij moeten we ook stilstaan bij de link met aanvullende zorgverzekeringen; de meerderheid van de consumenten (84%[3]) heeft immers een aanvullende

[3] NZa, *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016*, september 2016.

verzekering en een deel van het zoek- en keuzeproces heeft betrekking op deze aanvullende verzekeringen.

1.2 Het polisaanbod lijkt diverser dan het is

Om effectieve hulpmiddelen en interventies te ontwerpen, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de mogelijke oorzaken van de door consumenten ervaren ondoorzichtigheid en complexiteit in de zorgverzekeringsmarkt. Relevante aspecten daarbij zijn onder andere het aantal aangeboden polissen, de verschillen tussen die polissen en de mate waarin consumenten die verschillen kunnen herkennen en kunnen wegen in hun keuze voor een zorgverzekering.

De ACM en de NZa hebben gezamenlijk onderzoek gedaan naar deze aspecten. Dit onderzoek bouwt voort op een tussenrapportage van de ACM van 2016. Na een eerste analyse van de concurrentie in de zorgverzekeringsmarkt, en de voorlopige conclusie dat die concurrentie voor verbetering vatbaar was, identificeerde de ACM een drietal onderwerpen voor nader onderzoek. Eerder dit jaar verschenen de vervolgonderzoeken naar de onderwerpen 'ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars' en 'toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt'.[4] [5] Het onderhavige rapport focust op het productaanbod en de gevolgen voor consument en markt.

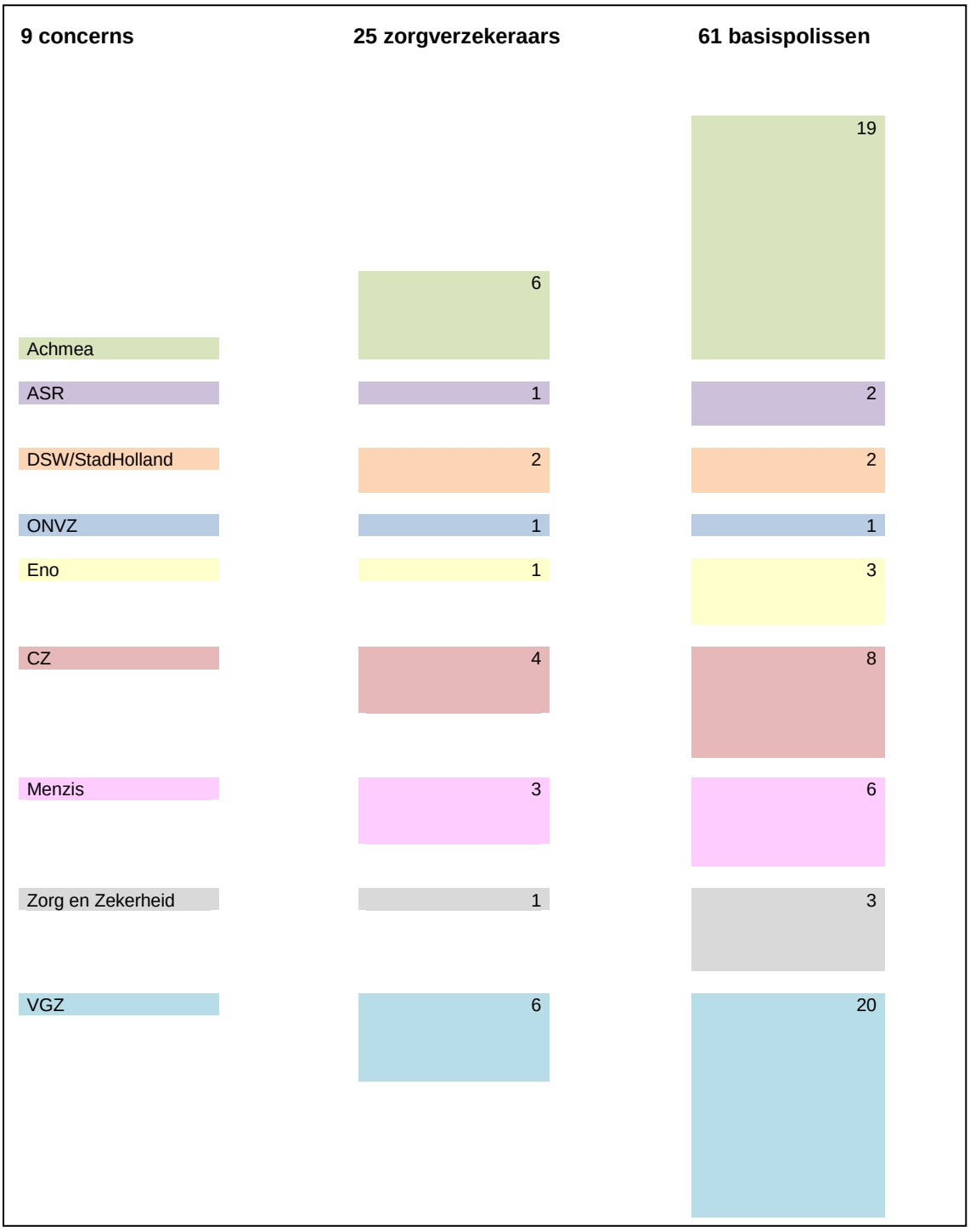
Box 1 schetst de aanbodstructuur in de zorgverzekeringsmarkt in 2016. We observeren dat er 61 model(basis)polissen werden aangeboden in 2016.[6] In de woorden van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport[7]: "Deze polissen worden echter niet alleen door zorgverzekeraars, maar ook door (openbare) collectiviteiten, volmachten, tussenpersonen en vergelijkingssites aan verzekerden aangeboden. Omdat dezelfde polissen door verschillende aanbieders van zorgverzekeringen worden aangeboden, is het aantal keuzes op de zorgverzekeringsmarkt in de beleving van verzekerden groot." Daardoor werden er in 2016 61 basisverzekeringen aangeboden door in totaal 33 labels van 25 zorgverzekeraars, behorend tot 9 concerns. Hierbij zijn de volmachten en intermediairs, die de genoemde modelovereenkomsten ook aanbieden (soms in combinatie met een aanvullende verzekering en onder een andere naam) nog niet meegenomen, noch de vele aanvullende verzekeringen die tevens worden aangeboden.

Wanneer we de aanvullende zorgverzekering erbij betrekken, zijn er nog veel meer opties. De Consumentenbond[8] constateert in 2016 dat er ruim 1200 keuzemogelijkheden zijn voor een zorgverzekering. In dit rapport concentreren we ons op de basisverzekering, maar indien we ten aanzien daarvan constateren dat consumenten niet goed hun weg kunnen vinden naar de goedkoopste polis, geldt dit waarschijnlijk eveneens (of nog meer) voor aanvullende verzekeringen.

[4] ACM, *Ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars*, 3 juli 2017.
[5] ACM, *Toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt*, 24 januari 2017.
[6] Bron: Vektis, *Zorgthermometer – Verzekerden in Beeld 2016*, april 2016.
[7] Kamerbrief Monitor Overstapseizoen, 11 februari 2016.
[8] Consumentenbond, *Polisjungle zorgverzekeringen onvoldoende aangepakt*, 15 december 2016.

Op basis van het bovenstaande lijkt het aantal polissen en aanbieders aanzienlijk. Echter, een deel van de polissen verschilt in werkelijkheid maar weinig. Deze polissen worden bijvoorbeeld onder verschillende labels door hetzelfde concern aangeboden, tegen verschillende premies.

Box 1: Aanbodstructuur van de zorgverzekeringsmarkt (2016)



1.3 Onderzoeksvraag: wat zijn de gevolgen voor consumenten?

Ons onderzoek richt zich op de vraag wat nu de gevolgen zijn van de veelheid en (ogenschijnlijke) verscheidenheid aan basisverzekeringen voor consumenten in de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. In theorie en in praktijk, waarin informatie zoeken en vergelijken tijd en moeite kost, en soms moeilijk is; waarin mensen fouten maken en door de bomen het bos niet meer zien; en waarin verschillen soms groter lijken dan ze zijn.

Specifiek: kunnen mensen in deze markt hun weg vinden naar de goedkoopste polis bij gegeven productkenmerken? In hoeverre kiezen consumenten voor een duurdere polis waar er een goedkoper alternatief bestaat dat (op de premie na) bijna gelijk is? Hoeveel betalen zij méér t.o.v. de goedkoopste premie in een cluster bijna gelijke polissen? Hoe kan dit worden verklaard en wat kan er, zo nodig, aan worden gedaan?

De toegevoegde waarde van het onderzoek naar deze vragen is dat we inzicht verkrijgen in de mate van differentiatie tussen basispolissen én in de omvang van de kwestie ‘door de bomen het bos niet zien’. Tot nu toe bleef de politieke en maatschappelijke discussie hierover beperkt tot het vaststellen van het aantal polissen, het aanduiden van premieverschillen en de conclusie dat sommige polissen bijna gelijk zijn. Tot op heden is de vraag hoe erg dat is, althans in financiële termen, onbeantwoord gebleven. Met dit rapport pogen we daar meer licht op te schijnen.

Onderzoeksvraag:
Wat zijn de gevolgen van de veelheid en (ogenschijnlijke) verscheidenheid aan basisverzekeringen voor consumenten in de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt?

a. Wat is de mate van differentiatie in het aanbod basispolissen? (*Hoofdstuk 2*)
b. Hoeveel betalen consumenten in totaal méér voor basispolissen waarvoor een goedkoper, bijna gelijk alternatief bestaat? (*Hoofdstuk 3*)
c. Welke mechanismen kunnen de extra betaalde premie verklaren? (*Hoofdstuk 4*)
d. Wat betekent dit voor de marktwerking en de consumentenwelvaart? (*Hoofdstuk 5*)
e. Wat zijn de implicaties voor beleid en toezicht in de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt? (*Hoofdstuk 6*)

Een paar opmerkingen vooraf, ter afbakening van het onderzoek:

- Het onderzoek focust op de basisverzekeringen en laat de aanvullende verzekeringen buiten beschouwing.
- We gaan, vanwege databeschikbaarheid, uit van het productaanbod in 2016. In een volgende onderzoeksfase willen we ook de situatie in 2017 in kaart brengen.
- Hoewel we uitgebreid en onderbouwd stil staan bij de mechanismen die in deze markt kunnen leiden tot suboptimale uitkomsten, kunnen we op basis van deze studie geen oorzakelijk verband vaststellen. Wel achten we elk van de verklaringen in Hoofdstuk 4

aannemelijk.

- We meten in hoeverre consumenten premie zouden kunnen besparen bij gegeven productkenmerken. We meten niet in hoeverre mensen beter af zouden kunnen zijn met andere productkenmerken. Een dergelijke mismatch kan ook optreden als gevolg van de veelheid en ogenschijnlijke verscheidenheid in het aanbod basisverzekeringen.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 lichten we de onderzoeksaanpak toe: in een data-analyse clusteren we bijna gelijke basispolissen, bekijken de premiespreiding binnen die clusters en meten voor elk van deze polissen door hoeveel consumenten ze worden afgenomen en tegen welke premie. Vervolgens duiden we de resultaten in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 gaan we nader in op de mechanismen die de uitkomsten van de data-analyse kunnen verklaren, en in hoofdstuk 5 bespreken we de implicaties voor concurrentie en consumentenwelvaart. Mogelijke beleidsopties voor betere uitkomsten voor consumenten presenteren we in hoofdstuk 6.

Dit rapport gebruikt een aantal begrippen veelvuldig zonder steeds de volledige omschrijving te vermelden. Die details zijn wel belangrijk. Sommige termen worden door elkaar gebruikt. Daarom geeft Box 2 geeft een overzicht van de belangrijkste termen en hun betekenis.

Box 2: Veelgebruikte begrippen en hun betekenis in dit rapport

Basispolis, basisverzekering, zorgverzekering, polis of modelovereenkomst
De basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet.

Bijna gelijke polissen
Polissen die volgens de clusteranalyse tot hetzelfde cluster behoren.

Clusteranalyse
Zie Box 3.

Concern
Onderneming waaronder meerdere zorgverzekeraars kunnen vallen.

Extra premie
Het verschil tussen de betaalde premie en de premie van de goedkoopste polis in het cluster, per verzekerde of totaal voor alle verzekerden.

Label
Een handelsnaam waaronder een zorgverzekering wordt aangeboden.

Polisaanbod (in) 2016
De polissen die dekking geven in 2016 en vanaf november 2015 werden aangeboden.

Potentiële overstapwinst
Zie *Extra premie*.

Productkenmerken
Kenmerken van de polis anders dan de premie.

Risicodrager
Een risicodrager is de zorgverzekeraar die feitelijk financieel verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet.

Schijndifferentiatie
Differentiatie tussen polissen die ogenschijnlijk verschillend zijn, maar die bij nadere inspectie minder verschillend blijken te zijn.

Vergelijkbare polissen
Zie *Bijna gelijke polissen*.

Zorgverzekeraar
Zie *risicodrager*.

2 ONDERZOEKSAANPAK

2.1 Dataset

Allereerst hebben we een dataset samengesteld met daarin relevante productkenmerken van de modelovereenkomsten, waaronder type polis, het percentage gecontracteerde zorgaanbieders[9] (de zogenoemde 'contracteergraad'), vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg[10] en een aantal servicekenmerken. Hiervoor hebben we data afkomstig van de NZa, Zorgweb en Independer gebruikt.

Tevens hebben we gepoogd om kwaliteitsoordelen van consumenten te verzamelen voor de onderzochte basispolissen, om een idee te krijgen van de (gepercipieerde) kwaliteit ervan. Maar dergelijke reviewcijfers bleken op verschillende vergelijkingswebsites alleen per zorgverzekeraar, en niet per polis, beschikbaar (althans, verschilden niet voor verschillende polissen van hetzelfde label).

Voor dit onderzoek was het nodig dat we voor alle polissen alle productkenmerken konden invullen. Helaas ontbraken er een aantal waarden in de data. Met behulp van deskresearch hebben we op basis van voorzichtige aannames een klein aantal waarden toch kunnen invullen. We hebben zes polissen met ontbrekende waarden achterwege gelaten en we hebben de variabele 'contracteergraad apotheken' buiten beschouwing moeten laten, omdat die data voor een te groot aantal polissen ontbrak. Omdat het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg sterk correleert met het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg en voor niet-gecontracteerde farmaceutische zorg, nemen we alleen de eerste mee in onze analyse.

Tabel 1 toont de productkenmerken die we uiteindelijk hebben kunnen meenemen in het kwantitatieve onderzoek. De overige productkenmerken hebben we waar mogelijk gebruikt in robuustheidschecks.

[9] We hebben de contracteergraden voor belangrijke typen zorg (ziekenhuizen, fysiotherapeuten en apotheken) opgenomen in de dataset. We merken op dat bij restitutiepolissen de contracteergraad weliswaar lager dan 100% kan zijn. Echter, vaak is dan het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg 100%; dit en de variabele 'type polis' wegen ook mee in de analyse.

[10] Specifiek voor medisch-specialistische zorg, fysiotherapie, apotheken, GGZ en farma.

Tabel 1: Productkenmerken basispolissen in clusteranalyse

Productkenmerken	Waardes	Bron
Type polis	Restitutie, Natura, Combinatie	NZa
Contracteergraad ziekenhuiszorg	Percentage van aantal ziekenhuizen (exclusief zelfstandige behandelcentra)	Zorgweb
Contracteergraad fysiotherapie	Percentage van aantal vestigingen [0-100%]	Zorgweb
Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg	[0-100%]	NZa
Digitaal contactformulier	Ja/nee	Independer
Mogelijkheid tot online en/of via app declareren	Ja/nee	Independer
Online declareren verplicht	Ja/nee	Independer
Telefonisch contact enkel via betaald 0900-nummer	Ja/nee	Independer
Internetapotheek (verplicht voor herhaalrecepten)	Ja/nee	Independer

Noot: Alle data zijn gebaseerd op openbare bronnen of kunnen op basis van openbare bronnen worden geconstrueerd.

2.2 Clusteranalyse

Op basis van de data in Tabel 1 hebben we voor 2016 een clusteranalyse uitgevoerd met behulp van het statistische softwareprogramma R. Een clusteranalyse biedt inzicht in welke polissen meer en minder op elkaar lijken. Het gebruikte algoritme meet namelijk de 'afstand' tussen de polissen op al deze kenmerken en groepeert de polissen vervolgens. Aan de hand daarvan kunnen we zien welke polissen qua productkenmerken dicht bij elkaar zitten. Premie is daarbij niet meegenomen; het doel van deze onderzoeksstap is om inzicht te krijgen in de mate waarin polisvoorwaarden (exclusief premie) op elkaar lijken. We lichten de clusteranalyse nader toe in Box 3.[11]

Bij een clusteranalyse is het mogelijk om gewichten toe te kennen aan bepaalde productkenmerken die een groter dan gemiddelde rol spelen in de keuze van de consument. Daardoor worden polissen geclusterd die in de ogen van consumenten ook daadwerkelijk bijna gelijk zijn. Op basis van de uitkomsten van consumentenonderzoek voor de ACM[12] zijn we tot een eerste geïnformeerde weging gekomen.[13] Uit die onderzoeken blijkt namelijk dat consumenten relatief veel waarde hechten aan

[11] Voor meer informatie over clusteranalyse en alternatieve afstandsmaten en methoden, zie bijvoorbeeld de uitleg van Berkeley University, USA.

[12] Market Response, *Onderzoek naar switchdrempels in de zorgmarkt*, 15 september 2014.

[13] Voor een preciezere weging zou een vraagmodel moeten worden geschat op basis van daarvoor ingericht consumentenonderzoek, zodat we precies weten welke variabelen in het keuzeproces van consumenten meer en

vrije zorgkeuze en dekking, en minder aan service-elementen. We hebben aldus de variabelen met betrekking tot contracteergraad en vergoedingspercentage zwaarder gewogen (namelijk 0,9) en de variabelen met betrekking tot service-elementen (zoals bijvoorbeeld 'digitaal contactformulier' en '0900-nummer') minder zwaar (0,1).[14] Als robuustheidscheck hebben we ook nog een andere weging toegepast. De uitkomsten van de andere weging zijn vergelijkbaar met die van de geïnformeerde weging. Een uitgebreide beschrijving van deze en overige onderzoeksstappen is te vinden in Bijlage 1.

Bij het groeperen van basispolissen in clusters hebben we voor elke basispolis berekend welke polissen bijna gelijke productkenmerken hebben. Hierbij hebben we 'bijna gelijk' gedefinieerd als een score van 0,1 op een schaal van 0 tot 1 (de gehanteerde afstandsmaat is de Gower Distance, toegelicht in Box 2). Daarbinnen hebben we bekeken welke polissen bijzonder dicht bij elkaar zitten. Op die polissen gaan we wat dieper in bij de duiding van de resultaten in Hoofdstuk 3.

Box 3: Clusteranalyse

Wat is een clusteranalyse?
Met een clusteranalyse kun je waarnemingen (in dit geval basispolissen) groeperen. Met behulp van een algoritme meet je de afstand tussen die waarnemingen. Waarnemingen met een kleine onderlinge afstand (lees: polissen die weinig van elkaar verschillen) vormen dan samen een groep, oftewel cluster. Een clusteranalyse vergt op hoofdlijnen drie keuzes, die we hieronder toelichten.

Afstandsmaat
In een clusteranalyse kun je verschillende afstandsmaten gebruiken. In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de *Gower Distance*. Deze afstandsmaat is geschikt om de afstand van verschillende typen variabelen te meten en te bundelen. Immers, 'contracteergraad' is een percentage, servicekenmerken zoals 'online declareren' zijn vaak binair (ja/nee) en 'type polis' is een nominale variabele (restitutie/natura/combinatie). De *Gower Distance* vertaalt de afstanden van al deze verschillende typen variabelen naar een schaal van 0 tot 1 en berekent op basis daarvan een (al dan niet gewogen) gemiddelde afstandsmatrix.

minder gewicht krijgen. Een dergelijke onderzoeksstap viel buiten de scope van deze studie.

[14] Bron: SAMR, *Consumentenonderzoek naar de zorgverzekeringsmarkt*, 04 april 2017. Uit dit rapport volgt dat voor overstappers, na premie, vooral dekking (28%) en vrije zorgkeuze (17%) belangrijk zijn. Service (3%) en klantvriendelijkheid (1%) zijn minder belangrijk. Daarom hebben we gekozen om (a) het type polis, de contracteergraden en de vergoeding zwaarder te wegen dan (b) de service elementen. We wegen het type polis, de contracteergraden en de vergoeding op basis van het belang dat overstappers geven aan dekking (28%). De weging voor de service elementen baseren we op het belang dat de overstappen geven aan service (3%). We hebben er voor gekozen om deze percentages te schalen zodat ze tot 1 optellen. Dit betekent dat het type polis, de contracteergraden en de vergoeding zijn gewogen met 28/(28+3)= 0,90 en de service elementen zijn gewogen met 3/(28+3) = 0,10.

Clustermethode
Veelgebruikte clustermethoden zijn: hiërarchische clustering, *k-means clustering* en *Partitioning Around Medoids* (PAM). In ons onderzoek hebben we gekozen voor een *bottom-up* hiërarchische clustering. Daarbij worden waarnemingen met de kleinste onderlinge afstand geclusterd, waarna opnieuw berekend wordt wat dán de waarnemingen met de kleinste afstand tussen hen zijn. Die worden ook geclusterd, enzovoorts. Dit proces gaat door totdat alle waarnemingen in één cluster vallen. Hoe hoger het abstractieniveau, hoe minder clusters. Daarnaast hebben we als robuustheidscheck ook de PAM-methode toegepast; deze methode en de bijbehorende resultaten worden toegelicht in Bijlage 1. De resultaten zijn vergelijkbaar met de hiërarchische clustering.

Het aantal clusters
Bij hiërarchische clustering kunnen we de mate van abstractie zelf bepalen. In dit onderzoek focussen we op clusters gekenmerkt door een maximale Gower Distance van 0,1 op de schaal van 0 tot 1. We hebben hiervoor gekozen omdat we voor de beantwoording van onze onderzoeksvraag vooral geïnteresseerd zijn in (bijna) gelijke basispolissen. Het aantal clusters dat we bij deze afstand zagen, en de verdeling van de onderzochte basispolissen over deze clusters, kwam grotendeels overeen met de resultaten van de PAM-methode.

2.3 Premiespreiding en potentiële overstapwinsten

Na het clusteren van de basispolissen, hebben we de premies van al deze basispolissen in kaart gebracht en gekeken wat de premiespreiding is binnen elk cluster van bijna gelijke polissen. Bij een goed werkende markt verwachten we beperkte premiespreiding binnen clusters, dat wil zeggen kleine prijsverschillen. Polissen in hetzelfde cluster zijn namelijk redelijk homogeen en concurrentie drijft de prijzen van homogene goederen omlaag. Kleine premieverschillen zouden kunnen blijven bestaan voor kenmerken die buiten de clusteranalyse vallen, bijvoorbeeld consumenten die merkgevoelig zijn en bereid zijn meer te betalen voor een merk dat ze vertrouwen, ook al biedt dat merk praktisch dezelfde polis als een ander merk. Grote premieverschillen voor polissen met praktisch dezelfde kenmerken lijken op het eerste gezicht onlogisch; waarom zouden consumenten veel meer betalen voor een bijna gelijke verzekering? De gevallen waarin we een opvallend afwijkende premie tegenkwamen, hebben we kwalitatief nader bestudeerd, om te zien of er voor de hand liggende verklaringen voor waren, die we in onze clusteranalyse niet hadden meegenomen.

De volgende stap is het uitrekenen van het premieverschil. We hebben voor elke basispolis *j* binnen een cluster *i* het verschil uitgerekend tussen de premie van die polis (P_{ij}) en de premie van de goedkoopste polis binnen het cluster (P_{i_min}). Dit is de maximaal te behalen overstapwinst (μ_{ij}), bij bijna gelijke productkenmerken.

(1) $$\mu_{ij} = P_{ij} - P_{i_min}$$

We hebben de resultaten voor P_{i_min} berekend mét en zonder collectiviteitskorting. We weten immers niet of een verzekerde die niet voor de laagste premie in een cluster heeft gekozen eigenlijk wel in aanmerking zou komen voor de collectiviteitskorting bij de laagst geprijsde polis. Daarom hebben we de maximale overstapwinst op twee manieren berekend. Berekening 1 is een voorzichtige berekening die ervan uitgaat dat iemand niet in aanmerking zou komen voor collectiviteitskorting bij de polis met de laagste premie, zelfs als de verzekerde wel collectiviteitskorting geniet bij zijn huidige polis. Dit is een voorzichtige berekening omdat het voor sommigen een onderschatting van de betaalde opslag oplevert. Berekening 2 gaat ervan uit dat iemand die collectiviteitskorting geniet, ook collectiviteitskorting zou krijgen als hij een andere polis in het cluster zou hebben.

Vervolgens hebben we voor elke polis gekeken hoeveel consumenten die polis afnemen[15] (Q_{ij}) en dat aantal vermenigvuldigd met de maximaal te behalen overstapwinst voor die polis (μ_{ij}) binnen het cluster bijna gelijke polissen. Daarbij maken we onderscheid tussen individueel verzekerden en collectief verzekerden en houden we rekening met de verschillende niveaus van eigen risico, omdat de korting bij een hoger eigen risico ook van invloed is op de premie die verzekerden betalen. De som hiervan (Π) is het totale bedrag aan maximaal te behalen overstapwinsten – ofwel de opslag die consumenten betalen – bij bijna gelijke productkenmerken. Wanneer we uitgaan van n clusters en m_i polissen in cluster i, laat het bovenstaande zich samenvatten in de volgende vergelijking:

(2) $$\Pi = \sum_{i=1}^{n} \sum_{j=1}^{m_i} \mu_{ij} \times Q_{ij}$$

Deze berekening geeft ons inzicht in het bedrag dat consumenten in totaal méér betalen voor basispolissen waarvoor een goedkoper, bijna gelijk alternatief bestaat. We hebben dan een idee van de omvang van de potentiële overstapwinsten, maar nog niet van de oorzaken van de geobserveerde consumentenkeuzes. In hoofdstuk 4 gaan we dieper in op de mogelijke oorzaken.

Recap hoofdstuk 2

- Op basis van de data van 2016 hebben we een clusteranalyse uitgevoerd om bijna gelijke basispolissen te groeperen;
- Binnen elk cluster hebben we de verschillen in premie voor bijna gelijke polissen in kaart gebracht en berekend en gekeken hoeveel consumenten welke polis afnamen in 2016;
- Op basis daarvan hebben we berekend hoeveel consumenten in 2016 in totaal méér betaalden voor basispolissen waarvoor een goedkoper, bijna gelijk alternatief bestaat.

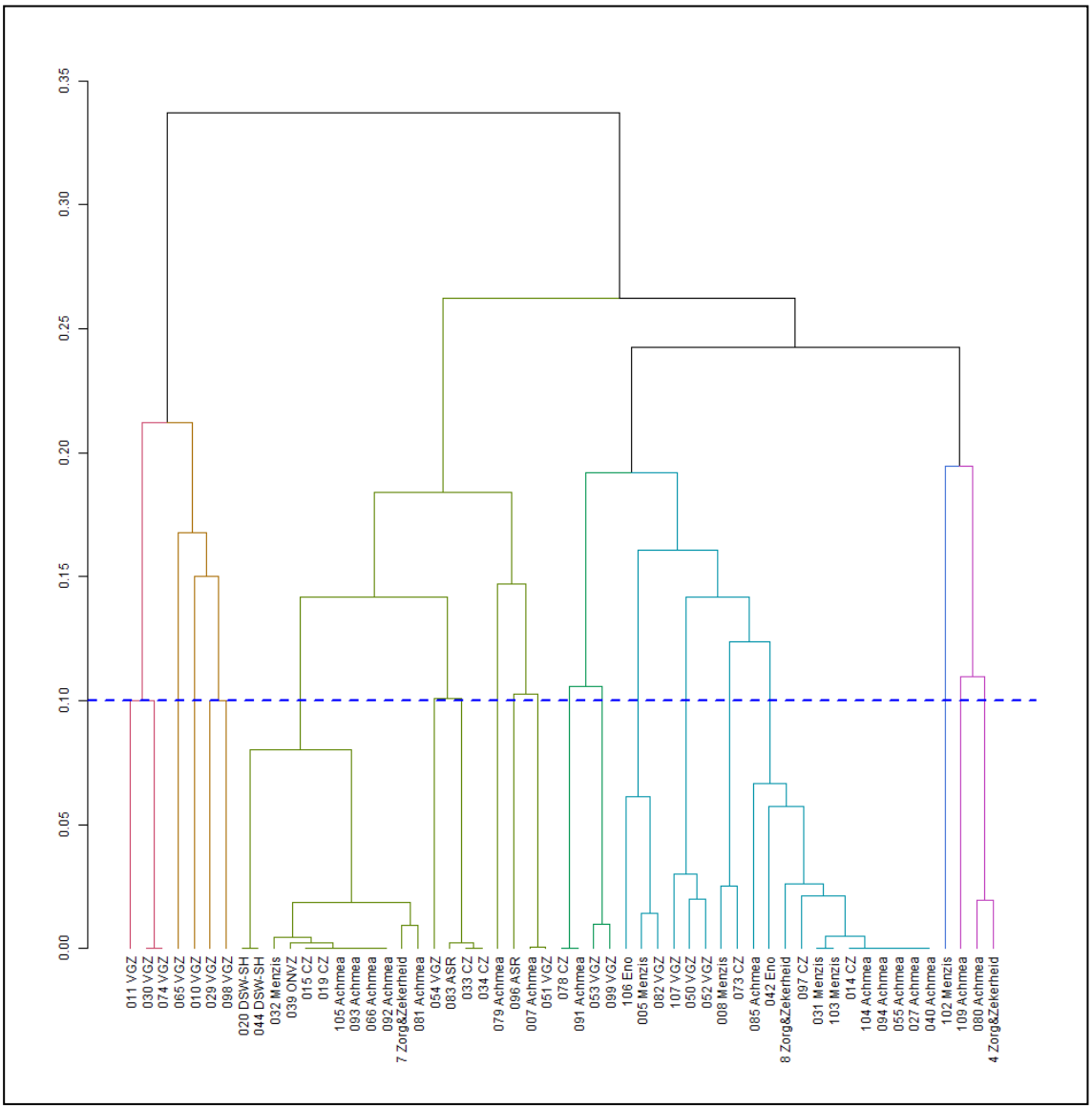
[15] Bron: NZa volumedata 2015, 2016 en 2017.

3 ONDERZOEKSRESULTATEN

3.1 Beperkte differentiatie tussen polissen

De 55 onderzochte basispolissen in 2016 hebben we hiërarchisch geclusterd. Zoals in paragraaf 0 aangegeven hebben we twee wegingen gebruikt. Dit leidt tot verschillende resultaten. We laten in dit hoofdstuk het resultaat met het laagste bedrag voor vergelijking (2) zien; daarbij is de geïnformeerde weging gebruikt. De overige resultaten staan in Bijlage 1. Het zogenaamde 'dendogram' in Figuur 2 laat zien welke clusters er bestaan voor verschillende afstanden tussen basispolissen. Omwille van leesbaarheid zijn de basispolissen genummerd.

Figuur 2: Clusters basispolissen



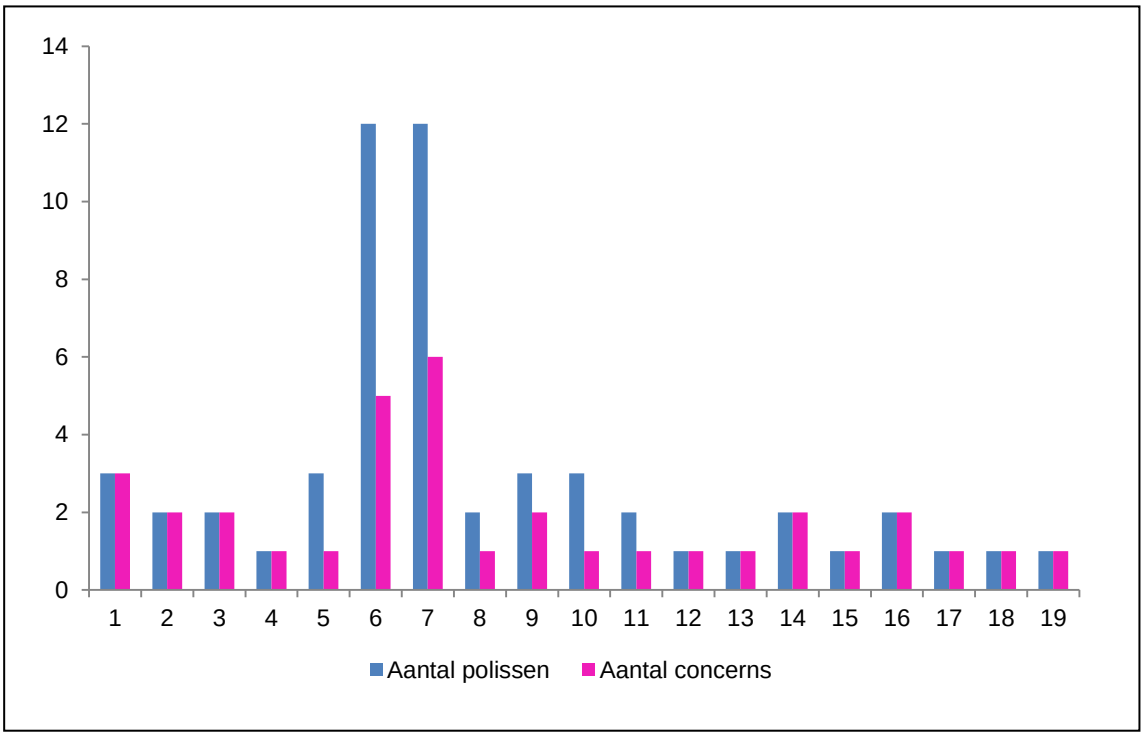
De afstandsmaat staat op de verticale as; de zogenaamde Gower Distance (toegelicht in Box 3) vertaalt de afstand van verschillende typen variabelen in een schaal van 0 tot 1. Hoe kleiner de afstand, hoe minder de polissen van elkaar verschillen, en hoe meer afzonderlijke clusters we zien. In dit onderzoek focussen we op clusters gekenmerkt door een maximale afstand van 0,1 op een schaal van 0 tot 1. Dit interpreteren we als ‘bijna gelijk’.

Bij een afstand van 0,1 zien we 19 clusters. Wanneer een polis bij die afstand in een bepaald cluster valt, lijkt hij meer op de andere polissen in dat cluster dan op polissen in andere clusters. Een nauwkeurige blik op de data bevestigt dit beeld: de polissen in de clusters komen qua individuele productkenmerken zeer sterk overeen. Daarnaast komt het aantal clusters bij deze afstand vrijwel overeen met het aantal clusters dat wordt gegenereerd met de PAM-methode (20 clusters, zie Bijlage 1), die we als robuustheidscheck hebben uitgevoerd. Daarbij rekent het algoritme het aantal clusters uit dat de onderliggende polissen het beste groepeert. Ook de verdeling van de onderzochte polissen over de clusters komt grotendeels overeen tussen de twee methoden en de bij deze alternatieve methode geobserveerde totale premie-‘opslag’ (zie paragraaf 0) is eveneens zeer vergelijkbaar.

Dat we 19 clusters zien betekent dat er daadwerkelijke verschillen zijn tussen de polissen in verschillende clusters. De consument heeft dus echt iets te kiezen. Dit is positief wanneer consumenten heterogene voorkeuren hebben (anders gezegd: zoveel mensen, zoveel smaken). De kans dat de verzekering die het beste bij hen past, ook echt wordt aangeboden, is daarmee groter.

Figuur 3 toont de verdeling van het aantal polissen per cluster. Zeven clusters bestaan uit slechts één polis; er is dan geen andere polis die bijna gelijk is. Twee clusters bestaan elk uit 12 polissen, de meeste anderen uit 2 of 3.

Figuur 3: Aantal polissen en concerns per cluster



3.2 Sommige verzekeraars bieden bijna gelijke polissen aan

In zes clusters zien we twee of meer bijna gelijke polissen die werden aangeboden door verzekeraars die tot hetzelfde concern behoren (dit is het geval indien het aantal polissen per cluster groter is dan het aantal concerns; zie Figuur 3). Vaak gebeurt dit onder verschillende labels. Zo zien we in cluster 6 (allemaal naturapolissen) onder andere 6 polissen van Achmea en 2 polissen van CZ. In cluster 7 (allemaal restitutiepolissen) zien we onder andere 5 polissen van Achmea en 2 van CZ. Groepjes van sommige VGZ-polissen vormen clusters op zich.

We zien ook bijna gelijke polissen die werden aangeboden door dezelfde verzekeraar. Dit is in vijf clusters het geval. Concreet gaat het om polissen van OHRA (CZ), VGZ, Univé (eveneens onderdeel van het VGZ-concern), Menzis en Zilveren Kruis Achmea. In één geval komt dat doordat er twee identieke modelovereenkomsten bij de NZa zijn aangemeld door twee bedrijfsonderdelen van één verzekeraar (OHRA), die echter niet als verschillende polissen worden gepresenteerd aan consumenten. In de overige gevallen gaat het om polissen die zeer vergelijkbaar zijn op de onderzochte kenmerken maar bijvoorbeeld in heel lichte mate verschillen in de contracteergraad van fysiotherapeuten en apotheken[16] of 5 tot 10 procentpunt verschillen ten aanzien van het vergoedingspercentage van niet-gecontracteerde zorg. De door zorgverzekeraars gehanteerde

[16] De contracteergraad van apotheken is niet meegenomen in de clusteranalyse, maar gebruiken we wel, voor zover beschikbaar, bij het duiden van de resultaten.

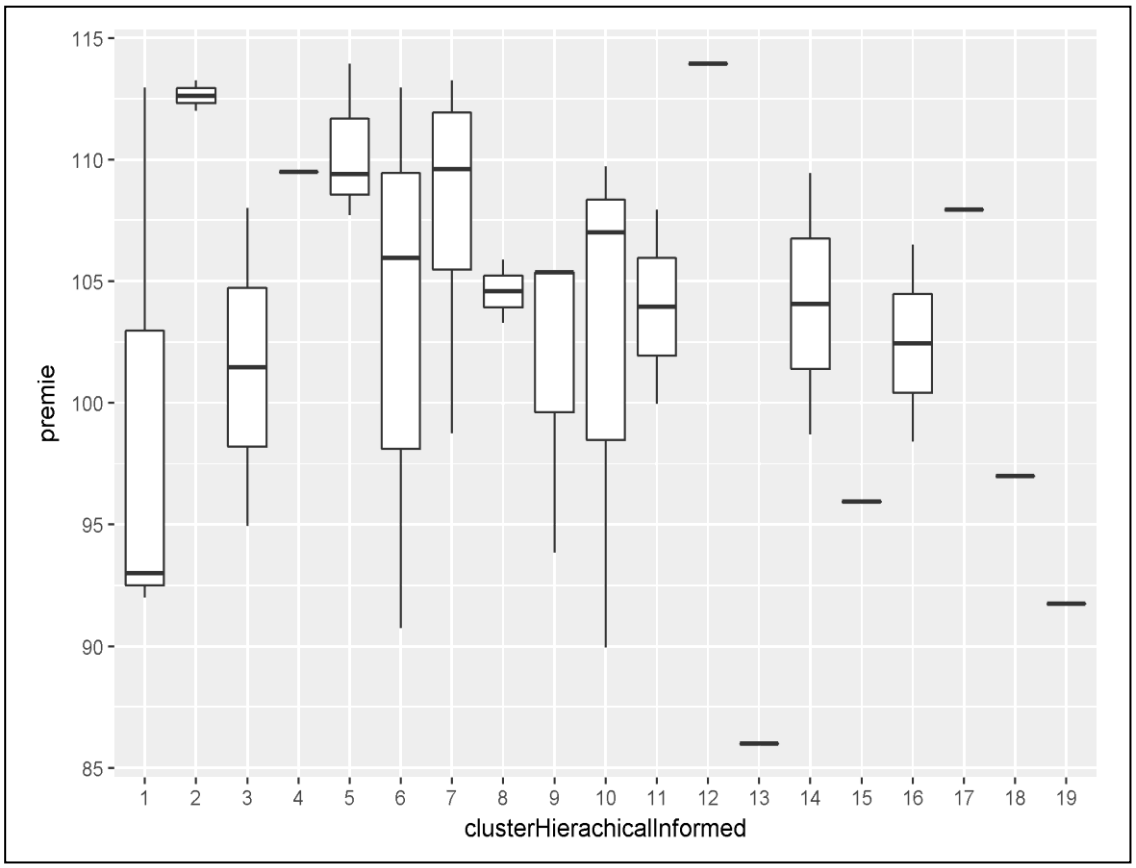
vergoedingspercentages hebben verschillende grondslagen, zoals ‘gemiddelde/laagste gecontracteerde tarieven’ of ‘marktconforme tarieven’, die voor consumenten vaak onduidelijk of zelfs onbekend zijn op het moment dat zij voor een zorgverzekering moeten kiezen. Toch staan hier soms aanzienlijke premieverschillen tegenover. Hierover meer in Hoofdstuk 5.

3.3 Premieverschillen binnen clusters kunnen flink oplopen

We hebben onderzocht wat de premiespreiding binnen elk cluster is. Op voorhand verwachtten we beperkte premieverschillen voor bijna gelijke basispolissen, die samenhangen met bijvoorbeeld merkloyaliteit of kleine verschillen in zorgdekking of polisgerelateerde service. We zien echter dat in sommige clusters het verschil tussen de goedkoopste en de duurste polis oploopt tot EUR 266 per jaar inclusief collectiviteitskorting en EUR 205 per jaar exclusief collectiviteitskorting. Op maandbasis komt dat neer op EUR 22 respectievelijk EUR 17 voor bijna gelijke polissen. Figuur 4 illustreert deze premiespreiding.

In figuur 4 zien we op de horizontale as de clusters en op de verticale as de premie per maand. De verticale blokjes geven de mate van premiespreiding weer per cluster. Hoe langer het blokje, hoe groter de premiespreiding. De horizontale streepjes geven de mediane (de middelste) premie per cluster weer. We zien dat de premiespreiding verschilt per cluster.

Figuur 4: Premiespreiding binnen clusters



3.4 Potentiële overstapwinst 2016: EUR 1 miljard

Zoals aangegeven in Hoofdstuk 2 hebben we voor elke basispolis *j* binnen een cluster *i* het verschil uitgerekend tussen de premie van die polis (P_{ij}) en de premie van de goedkoopste polis binnen het cluster (P_{i_min}). Eerst met de conservatieve aanname dat de laagste premie geen collectiviteitskorting bevat ('berekening 1'), daarna met de aanname dat dit wel zo is ('berekening 2'). Dit premieverschil hebben we vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per polis.

Het verschil tussen wat consumenten daadwerkelijk betaalden en de goedkoopste polis in het betreffende cluster is een indicatie van de potentiële overstapwinst in 2016, bij gegeven aanbod en prijzen. Deze totale potentiële overstapwinst bedroeg EUR 988 miljoen (berekening 1) tot EUR 1.170 miljoen (berekening 2).[17] Zowel de premiespreiding als het aantal verzekerden varieert per cluster en we zien dat één cluster (cluster 6) 79% van de totale potentiële overstapwinst voor zijn rekening neemt. In Bijlage 1 zijn de resultaten van de clusteranalyse nog eens nader onder de loep genomen.

75% van de verzekerden koos niet de goedkoopste polis in het cluster. Voor deze verzekerden was de gemiddelde potentiële overstapwinst ongeveer EUR 100 volgens berekening 1. Deze potentiële overstapwinst per verzekerde varieert wel tussen clusters en polissen. Per definitie is de overstapwinst gelijk aan nul voor de zeven polissen die ieder op zichzelf een cluster vormen: er is dan geen andere polis die er veel op lijkt voor wat betreft de kenmerken in Tabel 1. De overige twaalf clusters bestaan uit 48 polissen en voor 36 hiervan geldt dat de verzekerden volgens onze analyse te veel betaalden. Voor deze verzekerden varieerde het extra betaalde bedrag van gemiddeld EUR 16 per jaar in cluster 2 tot gemiddeld EUR 178 per jaar in cluster 10 (berekening 1). Deze uitkomsten hangen samen met het premieverschil binnen een cluster. Figuur 4 laat zien dat dit in cluster 2 (twee polissen van twee concerns) beperkt is en in cluster 10 (drie polissen van één concern) juist fors.

[17] We hebben de analyse ook uitgevoerd voor kleinere afstanden tussen polissen, namelijk 0,05 en 0,00 (strikt identieke polissen op de onderzochte kenmerken). De blauwe stippellijn in Figuur 2 zakt dan naar beneden en we zien meer clusters: 23 bij een afstand van 0,05 en 28 bij een afstand van 0,00. De bijbehorende opslag volgens berekening 1 komt op EUR 957 miljoen (bij een afstand van 0,05) respectievelijk EUR 422 miljoen (bij een afstand van 0,00; er zijn in dat geval meer clusters die uit slechts één basispolis bestaan).

Recap hoofdstuk 3

- De hoeveelheid differentiatie tussen basispolissen is beperkter dan hij lijkt.
- Voor 36 van de 55 onderzochte basispolissen bestond in 2016 een bijna gelijk alternatief dat goedkoper was.
- In sommige gevallen werden zulke bijna gelijke polissen door dezelfde verzekeraar aangeboden, tegen verschillende premies.
- Consumenten betaalden in 2016 in totaal ongeveer een miljard euro extra voor basispolissen waarvoor een goedkoper, bijna gelijk alternatief bestond.
- Dit onderzoek toont niet aan wat de belangrijkste oorzaak is voor de geobserveerde consumentenkeuzes. We vinden het aannemelijk dat er een combinatie aan factoren aan ten grondslag ligt. In het volgende hoofdstuk gaan we dieper op die factoren in.

4 MOGELIJKE VERKLARINGEN

We hebben gezien dat de totale opslag die consumenten betalen voor polissen waarvoor een goedkoper, bijna gelijk alternatief bestaat, in 2016 ongeveer EUR 1 miljard bedroeg. In dit hoofdstuk staan we stil bij mogelijke verklaringen voor deze uitkomst en de aannemelijkheid daarvan. Een eerste verklaring hangt samen met de afbakening van de studie: niet-geobserveerde verschillen in consumentenvoorkeuren of productkenmerken zouden de keuzes voor duurdere polissen kunnen verklaren. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat een volledig geïnformeerde consument meer waarde hecht aan de duurdere polis in het cluster en dat zijn keuze de best mogelijke is. Dit wordt toegelicht in paragraaf 4.1. Op basis van de economische literatuur en verschillende onderzoeksrapporten zien we daarnaast nog vier andere mogelijke verklaringen voor de onderzoeksuitkomsten, die alle het keuzeproces van de consument kunnen verstoren.

- Schijndifferentiatie
- Onjuiste en/of onvolledige informatie
- Zoek- en overstapkosten
- Begrensde rationaliteit

4.1 Niet-waargenomen verschillen

4.1.1 Consumentenvoorkeuren

In de clusteranalyse hebben we zo veel mogelijk relevante productkenmerken van de basispolissen in kaart gebracht. En voor een deel hebben we ook consumentenvoorkeuren meegenomen door gebruik te maken van de geïnformeerde weging. Maar daar bovenop is het mogelijk dat consumenten bereid zijn om voor precies dezelfde productkenmerken een hogere prijs te betalen dan P_{i_min}, omdat ze vertrouwen hebben in het merk, of omdat de presentatie hen aanspreekt,

bijvoorbeeld. Dit staat consumenten geheel vrij en betekent niet dat de concurrentie gebrekkig is.

Een in het oog springend voorbeeld zijn de basispolissen van ProLife, waarbij naast reguliere zorgverleners nadrukkelijk ook zorgverleners met een Christelijke identiteit worden gecontracteerd. Deze aansluiting bij de Christelijke geloofsovertuiging kan voor een deel van de consumenten dermate onderscheidend zijn en positief nut bieden, dat zij bereid zijn daarvoor een hogere premie te betalen, ook al worden sommige behandelingen niet vergoed die in goedkopere polissen wel vergoed worden.[18] Een ander voorbeeld is De Friesland Zorgverzekeraar, onderdeel van het Achmea concern, die van oudsher op verzekerden in de provincie Friesland gericht is en dit nog altijd in de naam van het merk laat doorklinken, daarmee appellerend aan de Friese identiteit.

4.1.2 Productkenmerken

Naast consumentenvoorkeuren zijn er ook bepaalde productkenmerken die we niet in onze clusteranalyse hebben kunnen meenemen, die geobserveerde keuzes kunnen verklaren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan servicekwaliteit of inspanningen van de verzekeraar op het gebied van hulpmiddelen en preventie.

Een ander aspect is de koppeling met aanvullende verzekeringen: op het eerste gezicht bijna gelijke basispolissen kunnen verschillen in de mate waarin ze te combineren zijn met aanvullende verzekeringen. Zo kan de goedkopere online polis van Menzis (Basis Voordelig) niet gecombineerd worden met de standaard aanvullende pakketten van Menzis, maar alleen met specifiek voor die basispolis aangeboden aanvullende pakketten, die een relatief beperkt aantal en soort behandelingen vergoeden. Een dergelijke restrictie zou kunnen samenhangen met een verschil in premie, voor zover dit een rol speelt in de keuze van consumenten voor een specifieke basispolis.

Ten slotte hebben we niet voor álle soorten zorg het aantal gecontracteerde zorgaanbieders kunnen meenemen in de clusteranalyse, maar hebben we gefocust op de voor veel consumenten belangrijkste typen zorg: ziekenhuiszorg, apotheken en fysiotherapie. Het valt dus niet uit te sluiten dat twee polissen die bijna gelijk lijken maar een verschillende premie hebben, alsnog verschillen in de contractering van andere typen zorg, zoals ggz, kraamzorg en dermatologie. Daarnaast kan het zo zijn dat specifieke zorgaanbieders in de ene polis wel, en in de andere polis niet gecontracteerd zijn; dit kan voor consumenten reden zijn om de ene polis te verkiezen boven de andere, ondanks een premieverschil. In bijlage 3 laten we voor een aantal polissen die bijna gelijk lijken, maar in premie verschillen, zien wat de verschillen zijn met betrekking tot specifieke zorgaanbieders.

[18] Het gaat hier om behandelingen die niet aansluiten bij een Christelijke geloofsovertuiging, zoals abortus, euthanasie en geslachtsveranderende ingrepen.

4.2 Schijndifferentiatie

4.2.1 Verschillen lijken groter dan ze zijn

Er worden veel ogenschijnlijk verschillende basispolissen worden aangeboden, die bij nadere inspectie toch niet zo verschillend blijken te zijn. Dit noemen we schijndifferentiatie. Dit kan ertoe leiden dat consumenten door de bomen het bos niet meer kunnen zien. Pure schijndifferentiatie doet zich voor in het extreme geval waarin twee producten exact hetzelfde zijn, maar als verschillend worden gepresenteerd en als zodanig worden ervaren door consumenten.[19] In andere gevallen zijn de producten strikt genomen wel enigszins verschillend, maar worden deze verschillen uitvergroot in de presentatie. In de praktijk zijn de onderliggende polissen dan echter bijna gelijk.

Op zich is dit niets nieuws en zien we dit ook in andere markten. Denk bijvoorbeeld aan reclame-uitingen voor wasmiddelen of eenvoudige medicijnen tegen hoofdpijn (praktisch dezelfde inhoud, andere verpakking). Het verschil met die andere markten is dat de zorgverzekeringsmarkt een maatschappelijk gezien zeer relevante markt is, binnen een stelsel waarin is voorzien dat de consument door zijn keuzegedrag kan bijdragen aan toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg voor iedereen. Daarnaast bedraagt de zorgpremie voor veel mensen een relatief groot deel van het besteedbaar inkomen en is er geen zogenaamde *outside option*: in Nederland is iedereen verplicht een basisverzekering te hebben. Dit alles rechtvaardigt meer dan gemiddelde interesse vanuit beleid en toezicht voor eventuele belemmeringen van de concurrentie in deze markt.

4.2.2 Consumenten moeten meer zoeken en vergelijken

Het effect van schijndifferentiatie hangt samen met de beschikbaarheid van informatie en de mate waarin consumenten in staat zijn om die informatie te vinden en te verwerken. In het algemeen kan worden gesteld dat des te meer opties er te vergelijken zijn, des te duurder dit voor de consument is (het kost tijd en cognitieve inspanning) en hoe minder volledig de vergelijking zal zijn.[20] De consument vergelijkt bijvoorbeeld maar één of twee productkenmerken, of vergelijkt slechts een kleine subset van het totale aanbod. Dit vergroot de kans dat de consument niet uitkomt bij de voor hem optimale polis. Wanneer consumenten daarnaast onterecht denken dat een product meer biedt dan een ander product, betalen zij meer dan nodig. De gevolgen van de resulterende prijsinelasticiteit voor de concurrentie en consumentenwelvaart bespreken we in Hoofdstuk 5.

Of bijna gelijke polissen door hetzelfde concern, of zelfs door dezelfde verzekeraar binnen een concern, worden aangeboden, of door verschillende concerns, is voor het effect op consumenten niet eens zo relevant, wel voor de eventuele oplossing (zie Hoofdstuk 6). Met name wanneer er door

[19] Zie bijvoorbeeld C. Shapiro, *Product differentiation and imperfect information: policy perspectives, Federal Trade Commission*, FTC Working Paper No. 70, juli 1982.

[20] Dit blijkt uit de economische literatuur over zoekkosten. Zie bijvoorbeeld G. Ellison en A. Wolitzky (2012), A search cost model of obfuscation, *The RAND Journal of Economics,* 43, 417-441, B.I. Carlin (2009), Strategic price complexity in retail finance markets, *Journal of Financial Economics,* 91, 278-287 en I. Chioveanu en J. Zhou Chioveanu (2013), Price competition with consumer confusion, *Management Science,* 59:11, 2450-2469.

de verzekeraars binnen één concern, of zelfs door dezelfde verzekeraar, meerdere polissen worden aangeboden die bijna gelijk zijn, is het zeer de vraag wat dit toevoegt voor consumenten en of dit opweegt tegen de verwarring en inertie die het tot gevolg kan hebben. In onze analyse zien we 33 polissen met één of meer bijna gelijke alternatieven van hetzelfde concern. In 17 gevallen gaat het zelfs om bijna gelijke polissen van hetzelfde label. In Box 4 staat één van de meest opvallende voorbeelden.

Box 4: Voorbeeld bijna gelijke polissen van één verzekeraar

[Op deze plek willen we een voorbeeld opnemen van bijna gelijke polissen aangeboden door dezelfde zorgverzekeraar. We willen de onderliggende data voor dit voorbeeld eerst zorgvuldig consulteren bij de betreffende zorgverzekeraar.]

4.3 Gebrekkige en verwarrende informatie

4.3.1 Informatievoorziening door zorgverzekeraars kan beter

De last van schijndifferentiatie wordt verzwaard wanneer informatie gebrekkig of verwarrend is. Het is dan nog moeilijker voor consumenten om een passende basispolis te vinden. Bovendien kan dit het consumentenvertrouwen aantasten, waardoor consumenten helemaal niet meer actief kiezen.

Gegeven de complexe aard van het product (zie paragraaf 4.5) en de bekende klacht van consumenten over het ‘door de bomen het bos niet kunnen zien’, is het van groot belang dat de informatie die zorgverzekeraars verstrekken over hun zorgpolissen, volledig en juist is. De Zorgverzekeringskaart, die elke basispolis op consistente wijze kort samenvat, is een belangrijke stap in de goede richting. Maar ook de informatie die op de websites en via andere kanalen wordt gegeven, dient juist en volledig te zijn. Hier zien we bij een aantal verzekeraars nog ruimte voor verbetering (zie ook paragraaf 6.3).

4.3.2 Wet- en regelgeving van toepassing

Er zijn de laatste jaren door diverse overheidsinstanties initiatieven ontplooid om de transparantie in de zorgverzekeringsmarkt te verbeteren zodat de consument makkelijker polissen kan vergelijken en de juiste kan kiezen. In Hoofdstuk 1 noemden we al diverse stappenplannen en de Regeling Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars aan Consumenten, die zorgverzekeraars gebiedt consumenten te informeren over bijna gelijke polissen die – mogelijk tegen een andere premie – door hetzelfde concern of zelfs door dezelfde verzekeraar worden aangeboden. De NZa heeft aangekondigd in 2017 verder in te zetten op de vindbaarheid van informatie van zorgverzekeraars.[21]

[21] NZa, *Acties NZa voor en tijdens de overstapperiode*, brief aan Minister Schippers (VWS), 2 juni 2017.

Daarnaast bestaan er diverse wettelijke maatregelen om misleidende informatie tegen te gaan. Zo is het zorgverzekeraars op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG; artikel 40) verboden om misleidende informatie te presenteren. Tevens kunnen op basis van de generieke consumentenwetgeving oneerlijke handelspraktijken (OHP) zoals misleiding worden aangepakt om consumenten te beschermen.[22] Artikel 6:193c sub 1, BW, luidt:

> "Een handelspraktijk is misleidend indien informatie wordt verstrekt die feitelijk onjuist is of die de gemiddelde consument misleidt of kan misleiden, al dan niet door de algemene presentatie van de informatie, zoals ten aanzien van:
>
> a. het bestaan of de aard van het product;
>
> b. de voornaamste kenmerken van het product, zoals beschikbaarheid, voordelen, risico's, uitvoering, […]
>
> waardoor de gemiddelde consument een besluit over een overeenkomst neemt of kan nemen, dat hij anders niet had genomen."

In hoofdstuk 6 bespreken we de mogelijkheid om deze wet- en regelgeving strenger toe te passen.

Box 5: Verschil in aantal gecontracteerde zorgaanbieders?

[Op deze plek willen we een voorbeeld opnemen van bijna gelijke polissen aangeboden door dezelfde zorgverzekeraar, waarbij de door de verzekeraar geboden informatie mogelijk verwarrend was. We willen de onderliggende data voor dit voorbeeld eerst zorgvuldig consulteren bij de betreffende zorgverzekeraar.]

Als polissen praktisch niet verschillen, maar de informatie die zorgverzekeraars verschaffen wel significante verschillen impliceren, is het voor consumenten moeilijker om de juiste polis te vinden. Er is dan grotere kans op fouten, waardoor consumenten onnodig extra premie betalen.

4.4 Zoek- en overstapkosten

4.4.1 Zoekkosten

Het kost tijd en inspanning van consumenten om zich te informeren over het beschikbare aanbod van zorgverzekeringen, de productkenmerken, de voorwaarden voor het gebruiken van zorg van diverse aanbieders en de verschillende componenten van de premie. Deze zoekkosten zijn vaak niet waar te nemen, worden niet uitgedrukt in geld en worden niet aan een andere partij 'betaald'. Toch spelen zoekkosten een grote rol in de werking van markten en gaan ze ten koste van andere waardevolle activiteiten, bijvoorbeeld betaalde arbeid. Zoekkosten kunnen zo hoog zijn dat mensen

[22] Naast de OHP-regels zijn er ook regels voor duidelijke en begrijpelijke informatievoorziening bij koop op afstand/buiten de verkoopruimte. Zie Art 6:230m BW.

minder of helemaal niet gaan zoeken. Dit is een mogelijke verklaring voor de uitkomsten die we hebben waargenomen. Wat dit betekent voor de marktwerking komt aan bod in hoofdstuk 5.

De specifieke kenmerken van zorgverzekeringen maken zoeken extra kostbaar. Ten eerste is er de veelheid en ogenschijnlijke verscheidenheid van het aanbod en zijn er veel kleine verschillen tussen de polissen (zie boven). Dit betekent dat er veel informatie verzameld en verwerkt moet worden om uit te zoeken wat die verschillen eigenlijk betekenen. Ten tweede gaat het om een verzekeringsproduct: mensen moeten denken in onzekere toekomstscenario's die zich wellicht niet eerder hebben afgespeeld. Ten derde ligt de daadwerkelijke zorgverlening in handen van de zorgaanbieder. Voor de consument is het dus ook relevant om zorgaanbieders te zoeken en te vergelijken. Tot slot is het financiële plaatje niet één duidelijke prijs die wordt betaald, maar de resultante van een keuze uit een menu van vrijwillige eigen risico's, eventuele kortingen van allerlei vorm en eventuele bijbetalingen bij het gebruik van zorg, afhankelijk van de dekking van de polis en welke aanbieder precies is gekozen. Voor dat laatste is relevant dat de eventuele bijbetalingen moeilijk zijn in te schatten: de verzekeraar spreekt bijvoorbeeld over '70% van het gemiddeld gecontracteerde tarief' als vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, maar de consument weet op voorhand niet wat dat gemiddeld gecontracteerde tarief is. Bovendien verschilt het per behandeling en vergt een goede afweging daarom een inschatting van de benodigde zorg.

Uit diverse studies blijkt dat zoekkosten substantieel kunnen zijn. Enquêteonderzoek van Domino Determann[23] vroeg aan mensen die voor het seizoen 2014-2015 overwogen om over te stappen of van plan waren om over te stappen, hoeveel tijd zij jaarlijks kwijt waren aan het zoeken van informatie, vergelijken van zorgverzekeringen, het beslissen en het daadwerkelijk wisselen naar een andere zorgverzekering. 62% van de respondenten besteedde hier meer dan 30 minuten aan, 15% zelfs 3 uur of meer. In consumentenonderzoek voor de ACM[24] gaf 47% van de consumenten die eerder zijn overgestapt aan dat zij verwachten dat het hen maximaal 2 uur kost om de keuze voor een zorgverzekering te maken. Onderzoek van Nivel (2016) geeft aan dat veel mensen het ook moeilijk vinden om zorgverzekeringen te vergelijken (zie ook paragraaf 4.5). Deze resultaten kunnen echter niet los worden gezien van het zoek- en keuzeproces ten aanzien van de aanvullende zorgverzekering. De consumenten die naast hun basisverzekering een aanvullende zorgverzekering afnemen, doen dit doorgaans bij dezelfde verzekeraar en kiezen de twee vermoedelijk gelijktijdig.

4.4.2 Overstapkosten

Overstapkosten zijn aanwezig wanneer consumenten extra waarde (in brede zin) toekennen aan de huidige aanbieder. Deze extra waarde kan uit diverse bronnen komen: een specifieke investering in de huidige relatie, zoals aanpassingen die ze hebben gedaan, kortingen op basis van loyaliteit of contractuele beperkingen. Een overstapdrempel kan ervoor zorgen dat een consument niet overstapt

[23] Gebaseerd op D. Determann, *Discrete choice experiments for health policy: past, present and future*, 28 september 2016.
[24] SAMR, *Consumentenonderzoek naar de zorgverzekeringsmarkt*, 04 april 2017.

naar een bijna gelijke polis die volgens onze analyse een lagere premie heeft en is dus een mogelijke verklaring voor de resultaten uit Hoofdstuk 3.

De literatuur onderscheidt een aantal vormen van overstapkosten.[25] *Transactiekosten* zijn de kosten die gemaakt moeten worden voor het regelen van de overstap, zoals het invullen en opsturen van een (internet)formulier. Deze kosten zijn in de zorgverzekeringsmarkt beperkt. *Contractkosten* bestaan uit contractuele bepalingen die de consument verhinderen om (kosteloos) over te stappen, bijvoorbeeld als het contract niet opzegbaar is binnen een bepaalde periode. Dit speelt geen rol in de zorgverzekeringsmarkt. Wel is het overstappen beperkt tot eenmaal per jaar, in de periode november-december. *Compatibiliteit* speelt een rol als consumenten verschillende producten of diensten combineren. Voor de basisverzekering zijn combinaties met de aanvullende verzekering, de zorgaanbieders en de collectiviteit van belang (voor meer over collectiviteiten, zie Box 6). Het verliezen van toegang tot een specifieke zorgaanbieder of een aanvullend pakket kan een drempel zijn voor een overstap die anders wel gewenst zou zijn.

Kosten van leren zijn relevant als een consument bij een nieuwe verzekeraar opnieuw moet leren hoe de communicatie met de verzekeraar verloopt. Dit geldt bijvoorbeeld voor het indienen van declaraties, het uitkiezen van een gecontracteerde zorgaanbieder en de wijze waarop bijbetalingen worden verrekend. Tot slot worden *onzekerheid* en *psychologische drempels* tot de overstapkosten gerekend. Overstappen betekent vaak het bekende opgeven voor het onbekende. Vertrouwen speelt een rol wanneer de kwaliteit van de dienstverlening nooit echt duidelijk wordt (*credence goods*): denk aan wachtlijstbemiddeling en verzekeringsdekking bij een zeldzame aandoening. Veel mensen krijgen hier niet mee te maken maar vertrouwen erop dat hun huidige verzekeraar in zo'n geval goed meewerkt. Dat vertrouwen kan bij een andere verzekeraar minder zijn.

4.5 Complexiteit en begrensde rationaliteit

4.5.1 Zorgverzekering kiezen is complex

Zelfs als alle informatie feitelijk correct is (4.4), iedereen bij wijze van spreken een week vrij zou krijgen om te zoeken en alle verschillen in de polissen correct zou weten te ontcijferen (4.2 en 4.4), verwachten we niet dat iedereen de best passende basisverzekering zou kiezen. Consumenten hebben immers beperkte cognitieve vermogens, ze zijn geen computers.

Zorgverzekeringen zijn voor veel consumenten een complex product, net als veel andere financiële producten.[26] Ze zijn abstract, bevatten veel informatie en kennen een complexe prijsopbouw. Ook vereisen ze een risico-inschatting van de benodigde zorg en zijn verzekeringen voor een deel ervaringsproducten; pas wanneer consumenten de verzekering daadwerkelijk gebruiken, ervaren ze de dienstverlening rondom wachtlijstbemiddeling, declaraties enzovoort.

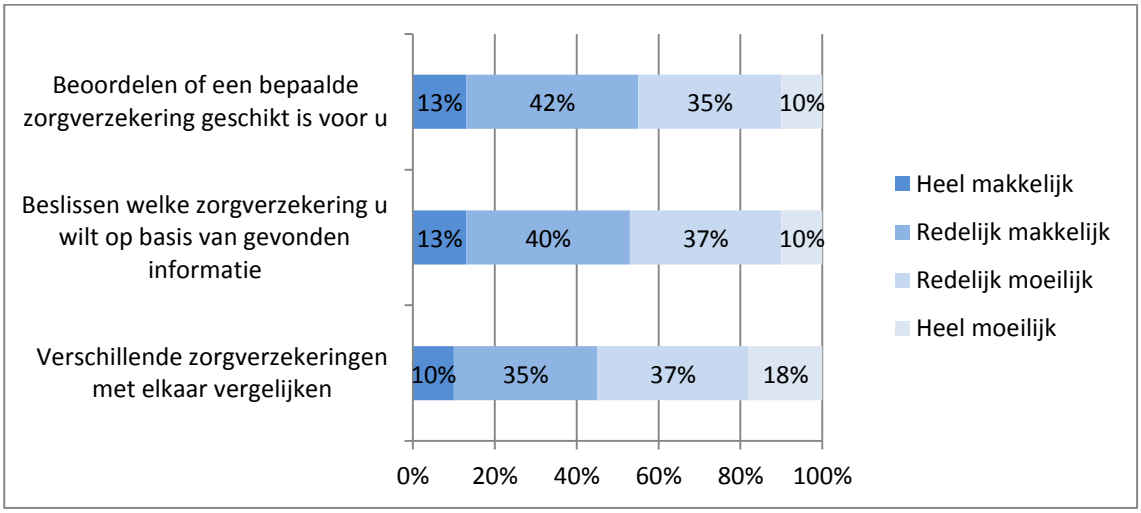
[25] P. Belleflamme and M. Peitz (2010), Industrial Organization; Markets and Strategies. *Cambridge University Press.*

[26] Zie bijvoorbeeld: UK Financial Conduct Authority, *Applying behavioural economics at the Financial Conduct Authority*, Occassional Paper No., April 2013.

Het is niet voor iedereen even eenvoudig om risico's correct in te schatten; of om uit te rekenen of een verschil in premie opweegt tegen een mogelijk verschil in zorgkosten; of om gepresenteerde verschillen tussen polissen op waarde te schatten. Hierdoor kunnen consumenten fouten maken en relatief dure basispolissen kiezen waarvoor een goedkoper alternatief bestaat dat bijna gelijk is. Het NIVEL[27] bevestigt op basis van onderzoek dat niet iedereen in dezelfde mate beschikt over de cognitieve vaardigheden die nodig zijn om een bewuste keuze te maken in de zorgverzekeringsmarkt (Figuur 5).

Daarnaast kan een groot aantal opties om te vergelijken er bijvoorbeeld voor zorgen dat consumenten het keuzeprobleem kleiner maken en verkeerd extrapoleren. Ze vergelijken bijvoorbeeld nog maar één of enkele productkenmerken, of vergelijken slechts een beperkt aantal polissen, en trekken op basis daarvan mogelijk verkeerde conclusies over het gehele aanbod.[28] Daardoor is de kans groter dat ze een polis kiezen die niet aansluit bij hun voorkeuren, of die hen niet hen de beste prijs-kwaliteit verhouding biedt.

Figuur 5: Bijna de helft van de consumenten vindt zorgverzekering kiezen moeilijk



Bron: Nivel (2016)

4.5.2 "Weten is nog geen doen"

Daarnaast moeten we ook de niet-cognitieve vaardigheden van consumenten niet overschatten. Zelfs wanneer consumenten over alle relevante kennis en cognitieve vaardigheden beschikken die nodig zijn om een geïnformeerde keuze te maken, geldt: "weten is nog geen doen". De

[27] NIVEL, *De zorgverzekeringsmarkt vraagt om vaardigheden van verzekerden waar niet iedereen in dezelfde mate over beschikt*, 2016.
[28] Zie bijvoorbeeld R. Spiegler, *Bounded Rationality and Industrial Organization*, Oxford University Press, 2011.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid[29] wijst er in haar recent gepubliceerde rapport op dat er “een behoorlijk verschil [is] tussen wat van burgers wordt verwacht en wat zij daadwerkelijk aankunnen. […] niet omdat hun intelligentie of kennis tekortschiet, maar omdat er een beroep wordt gedaan op allerlei andere mentale vermogens, zoals het vermogen om in actie te komen, om het hoofd voldoende koel te houden, en om vast te houden aan goede voornemens.”

Consumentenvalkuilen die waarschijnlijk een rol spelen in de zorgverzekeringsmarkt zijn de zogenaamde ‘status quo bias’ en verliesaversie. Met andere woorden, consumenten hebben een voorkeur voor de huidige situatie en willen behouden wat ze hebben. Dit kan te maken hebben met hun behoefte aan zekerheid[30] en het – al dan niet correcte – idee dat hun huidige polis die zekerheid biedt. Uit onderzoek van het NIVEL[31] blijkt ook dat consumenten meer vertrouwen hebben in de eigen zorgverzekeraar (57%) dan in andere zorgverzekeraars (iets meer dan 25%). Dit alles draagt bij aan de geobserveerde inertie. Voor zover vertrouwen en een gevoel van zekerheid gebaseerd is op mispercepties, verdient het aanbeveling ten minste die mispercepties op te helderen.

Keuzestress wordt ook vaak aangehaald in deze context, met het idee dat een teveel aan opties ertoe kan leiden dat mensen minder kiezen, of minder tevreden zijn met hun uiteindelijke keuze. Het empirisch bewijs hiervoor is echter niet eenduidig.[32]

4.5.3 Bewuste keuze?

Kiezen consumenten eigenlijk wel bewust? In dit onderzoek hebben we gezien dat veel consumenten een relatief dure basispolis afnemen, waarvoor een goedkoper alternatief bestaat dat bijna gelijk is. Gelet op het bovenstaande is het de vraag in hoeverre in deze gevallen sprake is van een bewuste en weloverwogen keuze. Vooral als we bedenken dat twee-derde van de zorgverzekerden sinds de introductie van het zorgstelsel in 2006 niet is overgestapt naar een andere zorgverzekering, ondanks stijgende potentiële overstapwinst en veranderingen in de polissen en mogelijk ook in de zorgbehoefte van de betreffende consumenten. Dit noemen we inertie. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Economische Zaken[33] bevestigt dat factoren als verliesaversie, onzekere uitkomsten en de gepercipieerde complexiteit van de kosten-baten afweging een rol spelen bij consumenteninertie. Nader onderzoek kan bepalen of het met name inerte consumenten waren die extra premie betaalden voor polissen waarvoor een bijna gelijk goedkoper alternatief bestond.

[29] WRR, *Weten is nog geen doen - een realistisch perspectief op redzaamheid*, 2017.
[30] Market Response, *Rapportage switchdrempels zorgmarkt*, 15 september 2014.
[31] R.J. Hoefman, A.E.M. Brabers, J.D. de Jong, *Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over taken zorgverzekeraars*, Utrecht: NIVEL, 2015.
[32] B. Scheibehenne, R. Greifeneder en P.M. Todd, Can there ever be too many options? Meta-analytic review of choice overload, *Journal of Consumer Research*, 2010, Vol. 37, pp. 409-425.
[33] M. van Putten, A. van de Schors, E. van Dijk, en W.W. van Dijk, *Consumenteninertie in de keuze van contracten in dienstenmarkten*, Onderzoek in opdracht van het Behavioural Insights Team van het Ministerie van Economische Zaken, 8 december 2016.

Recap hoofdstuk 4

- Dat consumenten potentiële overstapwinst laten liggen kan voor een deel worden verklaard door productkenmerken en consumentenvoorkeuren die we niet waarnemen.
- Dit verklaart hoogstwaarschijnlijk echter niet het volledige miljard euro aan extra premie; er is in deze markt namelijk sprake van schijndifferentiatie, aanzienlijke zoekkosten en soms gebrekkige informatie. Tevens beschikken consumenten in beperkte mate over de benodigde kennis en vaardigheden om een passende zorgverzekering te kiezen.
- Andere markten kunnen ook één of meer van deze kenmerken hebben. Redenen voor extra toezichtsaandacht voor de zorgverzekeringsmarkt is dat het een maatschappelijk relevante markt betreft, waarin iedereen verplicht verzekerd is en zorgpremies een relatief groot deel van het besteedbaar inkomen van huishoudens uitmaken.

5 IMPLICATIES VOOR MARKTWERKING EN WELVAART

5.1 Suboptimale keuzes kunnen duiden op gebrekkige concurrentie

We observeren dat een substantieel deel van de consumenten (75%) op het eerste gezicht suboptimale keuzes maakt, door een relatief dure basispolis af te nemen waarvoor een goedkoper alternatief bestaat dat bijna gelijk is. In totaal bedraagt de potentiële overstapwinst die hiermee gemoeid gaat ongeveer EUR 1 miljard. Ongeacht welke van de verklarende factoren uit hoofdstuk 4 het meest aanwezig is in de zorgverzekeringsmarkt, heeft deze uitkomst implicaties voor hoe we aankijken tegen concurrentie en de consumentenwelvaart in deze markt.

Het feit dat we premieverschillen observeren voor bijna gelijke basispolissen, kan duiden op gebrekkige concurrentie. Immers, in het theoretische geval van perfecte concurrentie, zouden de premieverschillen die we observeren in clusters van bijna gelijke basispolissen niet blijvend kunnen bestaan. Consumenten zouden alle vrij beschikbare informatie tot zich nemen en polissen kiezen die, bij gelijke productkenmerken, het goedkoopste zijn. Er zou simpelweg geen plek zijn in de markt voor duurdere polissen die nagenoeg dezelfde kenmerken bieden. In de praktijk zien we die juist wel. De concurrentiedruk vanuit consumenten op zorgverzekeraars is dus niet optimaal. Maar is ‘optimaal’ nu eigenlijk wel een realistisch uitgangspunt?

‘Perfecte concurrentie’ is niet voor niets een theoretisch concept. Veel markten zijn tot op zekere hoogte imperfect. Zo is er in veel markten sprake van enige mate van zoekkosten en suboptimale keuzes; de prijs van een pak koekjes bekijken in de supermarkt verderop, bijvoorbeeld, kost ook tijd en moeite. En een miskoop kan ook de beste overkomen. De uitgevoerde analyse van potentiele overstapwinst kan ook voor andere markten uitgevoerd worden. We hebben ervoor gekozen om onderzoek te doen naar de zorgverzekeringsmarkt vanwege de maatschappelijk relevantie en de rol

in het zorgstelsel. We observeren dat consumenten in 2016 ongeveer EUR 1 miljard méér betaalden dan mogelijk. Dat duidt ons inziens op een zorgverzekeringsmarkt die niet goed werkt en waarin schijndifferentiatie, gebrekkige informatie, gedragsvalkuilen en complexiteit aanwezig zijn.

5.2 Verstoord keuzeproces verlaagt consumentenwelvaart

Een grote groep consumenten reageert niet op het aanbod en laat de mogelijke voordelen van overstappen naar een andere polis liggen. Polissen die volgens de clusteranalyse bijna gelijk zijn, kennen desondanks een behoorlijke spreiding in de premie. In het vorige hoofdstuk zijn de mogelijke verklaringen daarvoor de revue gepasseerd en deze verklaringen vatten we samen als: een verstoord keuzeproces. Het verstoorde keuzeproces veroorzaakt inertie en suboptimale keuzes bij de consument. Consumenten die wel in actie komen, zijn veel tijd kwijt aan zoeken en overstappen. Wat betekent dit voor de consumentenwelvaart?

5.2.1 Consumentenwelvaart bij gegeven productaanbod

Consumentenwelvaart is in het kort voor elke consument wat hij maximaal bereid zou zijn te betalen voor de gekozen polis (de waardering), minus wat hij daadwerkelijk betaalt aan premie en dergelijke en minus de zoek- en overstapkosten voor het maken van de keuze.[34] Zoek- en overstapkosten drukken dus de consumentenwelvaart op een directe manier. Bovendien worden zoekkosten wel ‘betaald’, maar door niemand ‘ontvangen’: zoekkosten zijn een *deadweight loss* voor de maatschappij.

Voor de consumenten die extra premie betalen, geldt dat zij hun surplus zouden kunnen verhogen door een andere polis te kiezen (zelfde waardering maar minder premie geeft een betere match). We concluderen dat 75% van de consumenten in 2016 in totaal ongeveer EUR 1 miljard opslag betaalden voor polissen waarvoor een goedkoper alternatief bestaat dat bijna gelijk is. Afgezien van niet-geobserveerde consumentenvoorkeuren en/of productkenmerken, duidt dit op onbenut welvaartspotentieel *voor deze groep consumenten* bij gegeven prijzen. Dit is een direct negatief effect van het verstoorde keuzeproces op de consumentenwelvaart. Beide negatieve effecten op de consumentenwelvaart (zoekkosten, betere match mogelijk) gelden bij gegeven aanbod en premies.

Zoekkosten (of breder: inertie) verlagen de consumentenwelvaart ook op een indirecte manier, via een effect op de premie. De groep consumenten die ongeïnformeerd of inert is, is niet gevoelig voor de prijs- en kwaliteitsverschillen tussen de verschillende verzekeringen. Verzekeraars houden hier rekening mee en dat geeft hen een prikkel om aan deze ongeïnformeerde consumenten de maximale prijs te vragen die zij bereid zijn te betalen. Zelfs als zij daarnaast ook geïnformeerde, vergelijkende, consumenten bedienen, heeft deze prikkel een prijsverhogend effect. De economische

[34] Het bijzondere van de zorgverzekeringsmarkt is dat dit surplus ook negatief kan zijn. Consumenten voor wie dat geldt moeten toch een basisverzekering kiezen en ook voor hen is het surplus maximaal wanneer zij meer waardering voor de polis hebben, minder betalen aan premie en minder tijd kwijt zijn aan zoeken en overstappen.

modellen die de interactie tussen bedrijven en het zoekgedrag van consumenten bestuderen, laten zien dat in veel situaties hogere zoekkosten en een hoger aantal ongeïnformeerde consumenten samengaan met hogere prijzen en lagere consumentenwelvaart.[35]

5.2.3 Beperkte prikkel voor innovatie in verzekeringsproduct

De vorige analyse keek naar de welvaartseffecten bij een gegeven productaanbod van polissen: door het verstoorde keuzeproces maken consumenten zoekkosten (-), hebben sommigen mogelijk niet de beste match (-) en hebben verzekeraars een prikkel om een hogere premie vast te stellen (-). Mogelijk heeft het verstoorde keuzeproces ook een effect op de prikkels van zorgverzekeraars om te innoveren in het productaanbod. Immers, de inerte consument is niet alleen ongevoelig voor premieverschillen maar reageert ook niet op verschillen in bijvoorbeeld contractering van zorgaanbieders en initiatieven voor preventie. Als verzekeraars daar te weinig in investeren, spreken we van dynamische inefficiëntie. Polissen waarvoor de consument een hogere waardering heeft worden niet ontwikkeld en dergelijke inefficiëntie gaat dus ook ten koste van de consumentenwelvaart.

Met betrekking tot de investeringsprikkels van zorgverzekeraars concludeerden de ACM en de NZa[36] recentelijk dat zorgverzekeraars onvoldoende prikkel ervaren om te investeren in dienstverlening, kwaliteit van zorg en preventie, terwijl het wel van maatschappelijk belang is dat hier in wordt geïnvesteerd. Meer transparantie over de kwaliteit van het zorgaanbod geeft verzekerden informatie om te kunnen kiezen tussen zorgaanbieders. Hierdoor kunnen zij kwaliteitsverschillen tussen aanbieders dan afwegen tegen bijvoorbeeld de reistijd. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden bewuster maken van de kwaliteitsverschillen en daarnaast kunnen verzekerden gerichter ondersteund worden bij de keuze van een zorgaanbieder, bijvoorbeeld door de huisarts hier een directere rol te geven. Zij kunnen ook meer en beter gebruik maken van de reeds bij hen zelf en bij zorgaanbieders beschikbare informatie over kwaliteit. Zorgaanbieders moeten dan gegevens over de kwaliteit van door hen geleverde zorg beschikbaar stellen. Op hun beurt worden zij dan ook gestimuleerd om in kwaliteitsverbetering te investeren.

5.3 Ligt er EUR 1 miljard voor het oprapen?

In hoofdstuk 3 hebben we berekend dat consumenten in 2016 in totaal ongeveer EUR 1 miljard méér betaalden voor basispolissen waarvoor een goedkoper, bijna gelijk alternatief bestond. Maar wil dat nu zeggen dat er ongeveer EUR 1 miljard aan consumentenwelvaart voor het oprapen ligt? Nee, zo eenvoudig ligt het niet. De resultaten zijn gebaseerd op het productaanbod en premies van 2016 en

[35] Zie bijvoorbeeld Moraga-González, J. L., Sándor, Z. and Wildenbeest, M. R. (2017), Prices and heterogeneous search costs. *The RAND Journal of Economics*, 48: 125–146 voor een recent overzicht. A. Wolinsky (1986), True Monopolistic Competition as a Result of Imperfect Competition, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 101 pp. 493–511 markeert samen met STAHL, D. (1989), Oligopolistic Pricing with Sequential Consumer Search, *American Economic Review*, Vol. 79 pp. 700–712 het begin van deze literatuur.

[36] ACM en NZa, *Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars*, juni 2017.

dit aanbod wordt jaarlijks aangepast. Zelfs als we nog wel te maken zouden hebben met het aanbod van 2016, dan zou de ongeveer EUR 1 miljard alleen gewonnen kunnen worden als álle verzekerden de laagst geprijsde polis in hun cluster zouden kunnen identificeren en die polis zouden kiezen. In de praktijk zijn er in de meeste markten altijd enige zoekkosten. Omdat het hier gaat om driekwart van alle zorgverzekerden is het bovendien onwaarschijnlijk dat de verzekeraars een dergelijke massale overstap probleemloos zouden kunnen verwerken zonder financieel tekort, ook gelet op de aanzienlijke solvabiliteitseisen.[37]

Het is aannemelijker dat bij een dergelijke (hypothetische) massale overstap financiële tekorten bij verzekeraars zouden ontstaan. Premies voor individuele polissen worden veelal bepaald op basis van een zogenaamde 'spilpremie' voor het gehele concern. De NZa: "Deze spilpremie wordt grofweg bepaald door op concernniveau een premieberekening te maken van de verwachte vereveningsopbrengst, de bedrijfskosten en de wenselijke solvabiliteitspositie." Er wordt kruissubsidie toegepast tussen polissen met een hoger en een lager resultaat. Overwegingen die een rol spelen bij de premiestelling van individuele polissen zijn onder andere de mate van beperkende polisvoorwaarden, de inzet van vermogen en "voldoende prijsonderscheid tussen verschillende labels binnen een concern".[38] Het is goed mogelijk dat polissen die in de clustering als goedkoopste uit de bus komen *beneden* de spilpremie werden aangeboden. Deze kunnen worden aangeboden omdat voldoende mensen polissen kiezen met een premie *boven* de spilpremie.

5.4 Wat gebeurt er als meer mensen overstappen?

Wat gebeurt er als meer consumenten beter kiezen en gevoeliger worden voor premie- en productverschillen? Het antwoord op deze vraag hangt samen met de manier waarop het keuzeproces wordt verbeterd (zie hoofdstuk 6), of de wijzigingen direct ingrijpen in het productaanbod en, zover dit niet het geval is, verzekeraars het productaanbod en de premies kunnen aanpassen aan de veranderingen in het consumentengedrag.

Ten eerste verwachten we dat sommige consumenten een hogere welvaart zullen behalen, simpelweg omdat ze een polis zullen kiezen die beter past (hogere waardering, lagere premie of lagere zoekkosten). Ten tweede zal de prikkel voor verzekeraars om een goed aanbod te doen versterken, waardoor de consumentenwelvaart ook stijgt. Het is wel mogelijk dat polissen die in 2016 relatief goedkoop waren ten opzichte van de spilpremie, duurder zullen worden. De reden is mogelijke kruissubsidie van polissen boven de spilpremie naar polissen onder de spilpremie. Als minder mensen de relatief dure polis kiezen, wordt de relatief goedkope polis duurder. Dit betekent dus dat de zorgverzekerden die min of meer 'gesubsidieerd' werden en een goedkope polis hadden, meer zouden kunnen gaan betalen.

[37] ACM, *Toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt*, 24 januari 2017.
[38] NZa, *Rapport risicoselectie en risicosolidariteit door zorgverzekeraars*, september 2016. Een update hiervan wordt gerapporteerd in: NZa, *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017*, september 2017.

Als er in het ene jaar meer mensen overstappen, valt er in het daarop volgende jaar waarschijnlijk minder overstapwinst te behalen, omdat premieverschillen kleiner worden. Toch verwachten we dat de grote groep consumenten die in 2016 extra premie betaalde voor een deel ook na een dergelijke premiestijging nog beter af zou zijn dan voorheen.[39] Daarnaast kan toegenomen consumentenmobiliteit leiden tot selectie-effecten. Hiervan is sprake als relatief goedkopere polissen met een beperkt netwerk aan gecontracteerde zorgaanbieders vooral worden afgenomen door gezonde verzekerden en als relatief dure polissen met een ruim netwerk vooral worden afgenomen door zieke verzekerden.[40]

Al met al verwachten we dat het verbeteren van het verstoorde keuzeproces van consumenten in de zorgverzekeringsmarkt zal leiden tot meer consumentenwelvaart. Wel moeten we bedacht zijn op eventuele selectie-effecten. Dit laat onverlet dat niet iedereen altijd evenveel kan profiteren. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of specifieke groepen consumenten systematisch meer betalen dan anderen. Of consumenten overstappen of niet, is uiteindelijk hun beslissing. De ACM en de NZa willen dat zij daarbij zo min mogelijk gehinderd zijn in hun zoek- en keuzeproces.

Recap hoofdstuk 5

- Het is aannemelijk dat als de oorzaken achter het verstoorde keuzeproces worden weggenomen, de premieverschillen afnemen, zorgverzekeraars meer worden gestimuleerd om te concurreren en de totale consumentenwelvaart toeneemt;
- Dit laat onverlet dat er verschillen kunnen bestaan in hoeveel premie er wordt betaald door verschillende groepen consumenten, bijvoorbeeld door selectie-effecten. Dit moet blijken uit nader onderzoek;
- Of consumenten overstappen of niet, is uiteindelijk hun beslissing. De ACM en de NZa willen dat zij daarbij zo min mogelijk gehinderd zijn in hun zoek- en keuzeproces.

[39] Als we binnen clusters per concern de gemiddelde premie berekenen, hebben we een benadering van de ‘spilpremie’. Dit hebben we gedaan voor cluster 6 voor verzekerden zonder vrijwillig eigen risico. We nemen aan dat elk concern alleen diezelfde spilpremie hanteert voor zijn polissen. De vraag is vervolgens of de verzekerden in dit cluster die volgens onze analyse te veel betalen, minder premie zouden gaan betalen als zij zouden kunnen kiezen voor het concern met de laagste spilpremie. Dit is het geval voor 64% van deze groep. De restgroep van deze verzekerden had een polis die goedkoper was dan de laagste ‘spilpremie’ maar duurder dan de goedkoopste polis. Deze analyse gaat over bijna 6 miljoen van de premiebetalende verzekerden. De meerderheid hiervan zou dus gebaat zijn bij een overstap, zelfs wanneer binnen een concern de premie van de polissen die nu onder de spilpremie worden aangeboden, zouden stijgen naar de spilpremie.

[40] B.R. Handel, J.T. Kolstad and J. Spinnewijn, *Information frictions and adverse selection: policy interventions in health insurance markets*, NBER Working Paper No. 21759, November 2015.

6 Oplossingsrichtingen

6.1 Samen verantwoordelijk voor betere uitkomsten

We vinden het aannemelijk dat verschillende factoren in meer of mindere mate bijdragen aan de geobserveerde consumentenkeuzes (hoofdstuk 3 en 4). De extra betaalde premie is volgens ons meer dan een kwestie van consumentenvoorkeuren en merkloyaliteit. Anders gezegd: we vinden het onaannemelijk dat drie kwart van de zorgverzekerden gemiddeld ongeveer EUR100 extra premie over heeft voor een merkbeleving, terwijl er tegelijkertijd veel kritische geluiden in de maatschappij zijn over de hoogte van de zorgpremies en van het verplichte eigen risico. We zien dat er meer aan de hand is: schijndifferentiatie, gebrekkige informatie, zoek- en overstapkosten en complexiteit zorgen dat er sprake is van een verstoord keuzeproces voor consumenten, met nadelige welvaarseffecten ten gevolg.

Zorgverzekeraars, consumenten, de overheid – allemaal kunnen ze bijdragen aan een verbetering van de werking van de markt. In dit hoofdstuk geven we aan wie wat zou kunnen doen om de nadelige gevolgen van verstoringen te verminderen.

Traditioneel worden oplossingen voor dit type problemen vaak gezocht op het vlak van transparantie en informatievoorziening. Zo lang consumenten maar over de juiste informatie beschikken, maken ze vanzelf wel goede keuzes voor zichzelf – zo wordt vaak gedacht. En zo niet, dan zullen die consumenten dat wel niet willen. Nu is duidelijke en toegankelijke informatie inderdaad een belangrijke randvoorwaarde voor goed functionerende markten. In dit hoofdstuk geven we daarom ook concrete voorbeelden van maatregelen die de informatievoorziening van zorgverzekeraars aan consumenten verbeteren en/of waardoor schijndifferentiatie en zoekkosten zullen verminderen.

Naar verwachting is dit evenwel niet voldoende; aanvullende aanpassingen aan het keuzeproces en eventuele gedragsinterventies kunnen nodig zijn om consumenten beter in staat te stellen goede keuzes voor zichzelf te maken. Daarmee blijft de consumentensoevereiniteit overeind (consumenten hoeven niet over te stappen als zij dat niet willen), en erkennen we dat de consument geen ‘homo economicus’ is en dat zijn denken en handelen begrensd is door gedragsvalkuilen en beperkte (non-)cognitieve vaardigheden. In dit hoofdstuk noemen we enkele mogelijke oplossingen die hiermee rekening houden.

We spreken nadrukkelijk over *mogelijke* oplossingen. Hoewel we bij elke voorgestelde oplossingsrichting kort stilstaan bij de voor- en nadelen en concrete voorbeelden, moeten de daadwerkelijke uitvoerbaarheid en effectiviteit van concrete maatregelen apart worden onderzocht. Hiertoe worden door VWS[41] en door ACM en NZa al enige verkennende stappen gezet.

[41] Ministerie van VWS, *Kamerbrief over keuzegedrag van verzekerden en het komende overstapseizoen*, 7 november 2017.

6.2 Goed kiezen makkelijker maken

Wie?	VWS, toezichthouders en zorgverzekeraars
Waarom?	Verminderen van zoekkosten en onbewuste 'keuzes' voor duurdere polissen
Voordelen:	Aanvulling op bestaande informatiemaatregelen, andere invalshoek waarmee naar verwachting verschillende groepen consumenten bereikt worden.
Nadelen:	Vergt aanpassingen in het aanbod zorgverzekeringen.

Bijna de helft van de consumenten vindt het moeilijk om een zorgverzekering te kiezen. Wanneer consumenten een minder passende keuze maken als gevolg van beperkte kennis en vaardigheden kan de overheid ruwweg twee routes bewandelen: (i) de kennis en vaardigheden van consumenten vergroten en (ii) het keuzeproces vereenvoudigen, zodat het makkelijker wordt voor consumenten om een voor hen goede polis te vinden. De tweede route lijkt eenvoudiger te realiseren dan de eerste; uit onderzoek[42] blijkt dat trainingen gericht op het vergroten van financiële kennis en vaardigheden tot op heden zeer beperkt effect hebben. Over de effectiviteit van recentere trainingen, die naast kennisoverdracht ook inzetten op non-cognitieve competenties als zelfredzaamheid, is helaas nog weinig bekend.

We zien op hoofdlijnen twee mogelijkheden om het keuzeproces voor consumenten te vereenvoudigen: (i) productcomplexiteit verminderen en (ii) blokkades wegnemen voor consumenten. Dit lichten we hieronder toe.

6.2.1 Productcomplexiteit verminderen (VWS + zorgverzekeraars + stakeholders)

Een voor de hand liggende manier om het keuzeproces voor zorgverzekerden te vereenvoudigen, is om het product 'zorgverzekering' te versimpelen. Dat zit hem deels in de prijsstructuur en het aantal productkenmerken, en deels in de aanduiding van verschillende soorten polissen.

- *Vergoeding niet-gecontracteerde zorg aanpassen*
  Zorgverzekeringen, ook basispolissen, hebben de nodige productkenmerken waarop ze kunnen verschillen en die consumenten dus moeten vergelijken om een goede keuze te kunnen maken. Maar niet alle kenmerken zijn even inzichtelijk. Met name verschillen in het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn voor consumenten zeer moeilijk te beoordelen en te wegen, niet in de laatste plaats omdat de grondslag voor dat percentage per polis kan verschillen en consumenten geen zicht hebben op bijvoorbeeld het 'gemiddelde gecontracteerde tarief'. Het is zeer de vraag of dit een keuzeparameter zou moeten zijn. Alternatieve opties zijn uniforme vergoedingspercentages of vaste eigen bijdragen voor zorg die wordt afgenomen bij niet-gecontracteerde aanbieders. Op die manier kan de aandacht van de consument vooral uitgaan naar de premie, kwaliteitsaspecten en welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn.

[42] N. Jungmann en T. Madern, *Duurzame verbetering van gezond financieel gedrag. Droom of werkelijkheid?*, WRR Working Paper 23, 30 juni 2016.

- *Collectiviteitskortingen eenvoudiger en transparanter maken*
  Het hele idee achter collectieven is dat verzekeraars polissen zouden kunnen ontwerpen die tegemoet zouden komen aan de wensen van homogene groepen consumenten. In de praktijk zijn veel collectieven echter opgebouwd uit heterogene groepen consumenten (bijvoorbeeld werkgeverscollectieven, goed voor 83% van de collectieven) en focussen consumenten vooral op het kortingspercentage[43] en mogelijk minder op het totale netto premiebedrag of op de poliskenmerken en hoe die aansluiten op hun voorkeuren. Verder zijn de prijzen en voorwaarden, mede door de verschillende kortingen, moeilijk te vergelijken tussen collectieven. De NZa[44] concludeerde eerder dat de informatievoorziening over collectieven beter kan: “Zorgverzekeraars zouden duidelijker moeten zijn over de mogelijkheden van collectieve contracten, de (eventuele) toetredingsvoorwaarden en de kortingenstructuur.” Die kortingenstructuur kan daarnaast worden vereenvoudigd door bijvoorbeeld in te perken onder welke omstandigheden collectieven de korting mogen aanbieden aan afnemers en in ruil voor welke diensten. Ook zijn kortingen van tussenpersonen, bovenop collectiviteitskortingen, onwenselijk; zij verergeren de beperkte transparantie en kunnen bovendien resulteren in totale kortingen die feitelijk hoger zijn dan de wettelijk toegestane 10%.[45]

- *Herkenbare aanduiding van typen polissen*
  De termen ‘naturapolis’, ‘restitutiepolis’ en ‘combinatiepolis’ zouden een duidelijkere en intuïtievere benaming kunnen krijgen die door alle partijen op de zorgverzekeringsmarkt op dezelfde manier zou moeten worden gebruikt en uitgelegd. Hiertoe worden al enkele acties ondernomen. De NZa stelt eisen aan de typering van verschillende typen polissen door zorgverzekeraars.[46] Ook is er overleg tussen verschillende stakeholders in de zorgverzekeringsmarkt om eenduidig richting consumenten te communiceren over de verschillende typen polissen. In de toekomst zouden de betrokken partijen er op in kunnen zetten dat de aanduidingen/benamingen nog duidelijker worden gemaakt.

6.2.2 Blokkades wegnemen voor consumenten (VWS + toezichthouders + stakeholders)

Verkennend onderzoek[47] naar de gedragsfactoren die een rol spelen bij het keuzegedrag van

[43] SAMR, *Consumentenonderzoek naar de zorgverzekeringsmarkt*, 04 april 2017. De meerderheid van de consumenten met een collectieve zorgverzekering geeft aan dat dat zij die verzekering hebben vanwege de geboden korting op de premie. Slechts 16% van de respondenten geeft aan dat zij die verzekering hebben omdat dit na vergelijken volgens hende best passende verzekering voor hen was.

[44] NZa, *Monitor collectieve zorgverzekeringen 2016 – De effecten van collectieve zorgverzekeringen voor burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars*, september 2016.

[45] Artikel 18 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt per 2006 de mogelijkheid aan iedere zorgverzekeraar om groepen verzekerden prijskorting te geven. De zorgverzekeraar mag daarbij tot 10% korting bieden op de premiegrondslag voor de basisverzekering.

[46] NZa, *Regeling informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars aan consumenten*, Regeling TH/NR-010, 2017.

[47] M. van Putten, A. van de Schors, E. van Dijk, en W.W. van Dijk, *Consumenteninertie in de keuze van contracten in dienstenmarkten*, Onderzoek in opdracht van het Behavioural Insights Team van het Ministerie van Economische

zorgverzekerden, suggereert dat het keuzeproces kan worden opgedeeld in een intentiefase, een informatiefase en een actiefase. In elk van deze fases kunnen consumenten blokkades ervaren, waardoor ze mogelijk niet bij de voor hen juiste polis uitkomen en onnodig veel premie betalen. Sommige van die blokkades gaan feitelijk over zoek- en overstapkosten, die door een vereenvoudiging van het keuzeproces of door transparantie-verhogende maatregelen kunnen worden verminderd. Andere blokkades zijn meer psychologisch van aard en/of berusten op mispercepties. Veel consumenten blijken niet eens aan echt zoeken toe te komen[48]; aan hen zijn maatregelen gericht op meer of betere informatie (nog) niet besteed. Andere typen interventies kunnen dan mogelijk uitkomst bieden.

Recente onderzoeken[49] naar inertie en keuzegedrag van consumenten in de zorgverzekeringsmarkt, op basis van wetenschappelijke literatuur en vragenlijstonderzoek onder consumenten, noemen een aantal mogelijke interventies om blokkades in de intentie- en in de actiefase weg te nemen.

- *Mispercepties wegnemen*
  Het wegnemen van mispercepties kan de onzekerheid over uitkomsten, die consumenten ervaren, verminderen. Zo is een deel van de consumenten onterecht bang om toegang tot dezelfde zorg te verliezen bij een overstap naar een andere zorgverzekering. Hoewel het mogelijk is dat een specifieke zorg*aanbieder* bij de ene polis minder vergoed wordt dan bij de andere, wordt de inhoud van de basisverzekering (dus welke *zorg* er vergoed wordt) elk jaar door de Rijksoverheid bepaald; die is hetzelfde voor alle basisverzekeringen. Ook vrezen consumenten dat ze niet zullen worden geaccepteerd voor een andere zorgverzekering. Dit, terwijl zorgverzekeraars verplicht zijn om iedereen te accepteren voor de basisverzekering en ze hebben afgesproken om verzekerden altijd te accepteren voor een aanvullende verzekering met een gelijke dekking als zij bij de vorige verzekeraar hadden.[50] Maar liefst 46% van de respondenten in consumentenonderzoek voor de ACM die al minimaal 10 jaar verzekerd zijn bij dezelfde verzekeraar, zou een overstap toch overwegen als ze zeker wisten dat ze dezelfde zorg vergoed zouden krijgen. Het wegnemen van mispercepties en daarmee het verminderen van uitkomstambiguïteit heeft dus grote potentiële effecten.

- *Feedback en referentiekader bieden*
  Volgens onderzoekers van Universiteit Leiden en van het Nibud denken mensen ten onrechte dat niets doen hen beschermt tegen verlies. Volgens de wetenschappelijke literatuur kan dit worden doorbroken door consumenten feedback te geven over het effect van niks doen, en de focus te verleggen naar wat er te winnen valt bij een bewuste keuze.

Zaken, 8 december 2016. Zie ook: M. Elshout, R. van Giesen, en M. Zeelenberg, *Keuzegedrag Verzekerden*, Centerdata en Tilburg University, onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1 november 2017.

[48] Idem.

[49] Zie voetnoot 39.

[50] NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017, september 2017.

Onderzoekers van Centerdata stellen eveneens voor om in bijvoorbeeld overheidscampagnes te benadrukken wat switchen van zorgverzekeraar kan opleveren.

Daarnaast zou het bieden van een referentiekader kunnen helpen als startpunt; als consumenten een idee hebben van hun zorgverzekeringsgebruik, of bijvoorbeeld van het gebruik van anderen in vergelijkbare situaties, kunnen zij makkelijker beginnen met oriënteren. Denk aan de eindrekening in de energiemarkt, waarin consumenten kunnen zien hoeveel energie ze hebben verbruikt en wat de totale kosten waren. Een soortgelijk overzicht van de zorgaanbieders die de consument heeft bezocht (en: zijn zij gecontracteerd voor het volgende jaar?), hoeveel er eventueel moest worden bijbetaald voor niet-gecontracteerde zorg, hoeveel eigen risico hij heeft verbruikt en hoe vaak hij gebruik heeft gemaakt van de klantenservice of online diensten, bijvoorbeeld, kan het makkelijker maken voor consumenten om stil te staan bij hun voorkeuren voor een zorgverzekering. Dit vermindert blokkades tot actienemen. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de van toepassing zijnde privacywetgeving.[51]

- *Focussen op wanneer en hoe*
  Volgens Centerdata is het niet zinvol om consumenten te vertellen dát ze hun zorgverzekering uit moeten zoeken. Vooral inerte consumenten (zij die zich niet verdiepen in het vergelijken van zorgverzekeringen) zouden het uitzoeken van een zorgverzekering ingewikkeld vinden. Zij zien er ook niet direct het nut van in, verwachten dat het regelen van een overstap veel gedoe is en blijven het regelen daarvan voor zich uitschuiven, aldus Centerdata. In plaats van een campagneboodschap die benadrukt dát consumenten zorgverzekeringen zouden moeten vergelijken, zou het volgens de onderzoekers zinvoller zijn om consumenten te vertellen wannéér ze in actie moeten komen (nu) en hóe ze dat eenvoudig kunnen doen.

- *De keuze voor een zorgverzekering niet té belangrijk maken*
  Er zijn ook consumenten die wel zorgverzekeringen vergelijken, maar vastlopen in de actiefase. Bijvoorbeeld omdat ze zo veel gewicht hangen aan de keuze voor een zorgverzekering, dat ze bang zijn de verkeerde keuze te maken en daarom maar niets doen. Volgens de onderzoekers van beide aangehaalde studies zou deze groep er baat bij hebben als er door overheidsinstanties, maar mogelijk ook door consumenten- en patiëntenorganisaties, in de communicatie aan consumenten zou worden gemikt op het vinden van een goede (in plaats van ‘de beste’) zorgverzekering. Meer aandacht voor het gemak van overstappen en de daarmee te behalen voordelen, zou ook helpen, evenals het opdelen van het keuzeproces in kleinere stappen.

De effectiviteit van deze maatregelen nog moet worden getest in de praktijk. Hiertoe worden

[51] Zie Artikel 16 en 21 van de Wet bescherming persoonsgegevens.

momenteel door VWS[52] en door de ACM en de NZa verkennende onderzoeken uitgevoerd.

6.3 Informatievoorziening aan consumenten verbeteren

Wie?	Zorgverzekeraars, consumenten en toezichthouders
Waarom?	Verminderen van schijndifferentiatie, gebrekkige informatie en zoekkosten; keuzeproces voor consumenten vereenvoudigen.
Voordelen:	(Deel)oplossing voor alle vier de negatieve oorzaken van de extra betaalde premie. Relatief eenvoudig te realiseren, slechts intensivering van bestaande activiteiten.
Nadelen:	Naar verwachting nuttig maar niet voldoende. Ook: prioritering van toezicht in de zorgverzekeringsmarkt betekent per definitie minder toezicht in andere delen van de economie.

Stel dat we de veelheid aan basispolissen als gegeven beschouwen. Dan is het zaak dat de consumenten in dat aanbod goed hun weg kunnen vinden naar de polis die het beste (of ten minste goed) aansluit bij hun voorkeuren. In de eerste plaats zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de informatievoorziening aan consumenten. Hetzelfde geldt voor andere aanbieders, zoals volmachten, intermediairs en collectieven. Consumenten(-organisaties) kunnen signaleren wanneer de informatie ontoereikend is. Toezichthouders kunnen de wet- en regelgeving ten aanzien van informatievoorziening door zorgverzekeraars zo nodig strenger handhaven.

6.3.1 Begrijpbare en vindbare informatie aan consumenten (zorgverzekeraars en derden)

Mede op verzoek van de Consumentenbond en Patiëntenfederatie Nederland hebben de zorgverzekeraars gezamenlijk in 2016 de Zorgverzekeringskaart ontwikkeld. Elke basispolis heeft een eigen zorgverzekeringskaart; de informatie op al die kaarten wordt uniform en herkenbaar gepresenteerd, zodat de verzekeringen makkelijker te vergelijken zijn voor consumenten. Uit een evaluatie[53] van de Zorgverzekeringskaart blijkt dat tijdens de overstapperiode 2016/2017 nog maar een beperkt percentage van de zorgverzekerden bekend was met de zorgverzekeringskaart, maar dat degenen die de kaart kenden en gebruikt hadden, daar erg positief over waren. Met een initiatief als de Zorgverzekeringskaart, die jaarlijks wordt verbeterd en vanaf dit jaar ook beschikbaar is voor aanvullende verzekeringen, hebben de zorgverzekeraars belangrijke stappen gezet in het verbeteren van de vergelijkbaarheid van zorgverzekeringen.

We zien zoals aangegeven in hoofdstuk 4 nog wel ruimte voor verbetering als het gaat om de informatievoorziening aan consumenten omtrent bijna gelijke polissen die door hetzelfde concern of zelfs hetzelfde label worden aangeboden. Die zou in veel gevallen beter vindbaar kunnen zijn dan nu

[52] Ministerie van VWS, *Kamerbrief over keuzegedrag van verzekerden en het komende overstapseizoen*, 7 november 2017.

[53] Kantar Public, De zorgverzekeringskaart – *Effectiviteit van de zorgverzekeringskaart basisverzekering*, onderzoek in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, april 2017. Zie ook: Zorgverzekeraars Nederland, *Verzekerden blij met zorgverzekeringskaart*, 5 april 2017.

het geval is.

Daarnaast zouden zorgverzekeraars zich bewust moeten zijn van de gedragsvalkuilen van consumenten en moeten vermijden om in te spelen op deze valkuilen. We weten bijvoorbeeld dat consumenten gevoelig zijn voor wat anderen doen, zeker wanneer zij onzeker zijn over hun keuze. Door deze gevoeligheid kunnen zorgverzekeraars potentiële klanten mogelijk sturen naar bepaalde (duurdere) polissen. Bijvoorbeeld door de tekst 'meest gekozen', in een opvallend gekleurd tekstblok en vergezeld van een pijl, boven de relatief duurdere basispolis te zetten, wanneer er tevens een goedkoper alternatief wordt aangeboden.

Prijsvergelijkers en andere derden hebben eveneens een verantwoordelijkheid om consumenten duidelijk te informeren. In hun rol kunnen ze de zoekkosten voor consumenten verminderen, door alle informatie op vergelijkbare wijze op een rijtje te zetten. Ze kunnen ook bijdragen aan het vereenvoudigen van het keuzeproces, bijvoorbeeld door gebruik van filters voor de mate van vrije zorgkeuze, eigen risico en type basisverzekering. In 2014 deden de AFM, de NZa en de ACM onderzoek naar vergelijkingssites en naar het gebruik van vergelijkingssites door consumenten in de zorgverzekeringsmarkt.[54] Hieruit volgden tips aan consumenten voor het herkennen van een goede vergelijkingssite: voldoende mogelijkheden voor consumenten om hun wensen aan te geven en duidelijke informatie over hoe de vergelijking tot stand komt, of de vergelijking volledig is, en wat het verdienmodel van de vergelijkingssite is.[55]

6.3.2 Strenger handhaven van bestaande wet- en regelgeving (toezichthouders)

Een relatief eenvoudige manier om schijndifferentiatie terug te dringen, de informatievoorziening door zorgverzekeraars te verbeteren én zoekkosten te verminderen, is het strenger handhaven van bestaande wet- en regelgeving. Met name relevant in deze context zijn de bepalingen in wet- en regelgeving omtrent nagenoeg gelijke polissen, misleiding, en naamsvermelding van de onderliggende modelovereenkomst:

- *Nagenoeg gelijke polissen*
  De NZa's Regeling Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars aan Consumenten beoogt de transparantie voor zorgverzekerden te vergroten. Artikel 30.1 gebiedt zorgverzekeraars om een overzicht van (nagenoeg) gelijke polissen binnen hetzelfde concern op hun websites te plaatsen. Mede op basis van inzichten opgedaan in dit onderzoek, is daar per 1 november 2017 aan toegevoegd dat ook (nagenoeg) gelijke polissen aangeboden door dezelfde verzekeraar in een dergelijk overzicht moeten worden opgenomen.

[54] ACM, *Toezichthouders roepen consumenten op hun zorgverzekering onder de loep te nemen*, 18 november 2011.
[55] Consuwijzer, *Hoe herken ik een goede vergelijkingssite voor verzekeringen?* Zie ook: AFM, *Waar kan ik op letten bij een vergelijkingssite?*

De vraag is of deze informatie over nagenoeg gelijke polissen voldoende vindbaar is voor consumenten om er daadwerkelijk hun voordeel mee te kunnen doen. Niet zelden staat de betreffende informatie in een hyperlink in onopvallende letters, helemaal onderaan een pagina (en/of slechts als antwoord op een vraag in een lijstje veel gestelde vragen), waar men pas na verschillende muiskliks en/of scrollen terecht komt, als dat al gebeurt. Dit in tegenstelling tot de Zorgkaart, die vaak in opvallend gekleurde tekstvakken en eerder op de betreffende pagina's wordt gepresenteerd. De NZa heeft aangekondigd in 2017 verder in te zetten op de vindbaarheid van informatie over nagenoeg gelijke polissen op de websites van zorgverzekeraars.[56]

- *Misleiding*
  In sommige gevallen zou schijndifferentiatie en gebrekkige informatie feitelijk kunnen neerkomen op misleiding van consumenten, namelijk wanneer de verschillen tussen (bijna gelijke) polissen groter worden voorgedaan dan ze daadwerkelijk zijn. Tot op heden zijn er geen zaken bekend waarin de toezichthouders schijndifferentiatie hebben onderzocht in het kader van de wetgeving op het gebied van misleiding. Echter, handhaving van deze wetgeving is wel degelijk een optie – helemaal als andere transparantieregels niet goed worden nageleefd. Toezichthouders NZa en AFM zijn dan de bevoegde instanties. De ACM heeft hierin vooral een signalerende rol, evenals consumenten en bijvoorbeeld consumenten- en patiëntenorganisaties.

  In lijn met internationale ontwikkelingen is er in de toepassing van het consumentenrecht steeds meer ruimte voor gedragswetenschappelijke inzichten. Het is dan ook denkbaar dat het inspelen op consumentenvalkuilen in sommige gevallen als misleiding zou kunnen worden beoordeeld, in de juridische zin van het woord.

- *Naamsvermelding modelovereenkomst*
  Het komt voor dat dezelfde polis (modelovereenkomst) met verschillende namen wordt aangeduid, bijvoorbeeld wanneer die wordt aangeboden door een volmacht, intermediair of collectief, of in een bundel met een aanvullende verzekering. Dit suggereert dat het om een ander product gaat, terwijl dit feitelijk niet zo is. Wanneer aanbieders van basispolissen duidelijk vermelden wat de betreffende onderliggende modelovereenkomst is, wordt voor consumenten duidelijker dat het om dezelfde polis gaat en kunnen zij makkelijker afwegen of en bij wie zij die willen afsluiten. De NZa heeft per 1 november 2017 Artikel 31 toegevoegd aan de eerder genoemde Regeling Informatieverstrekking Ziektekostenverzekeraars aan Consumenten, dat stelt dat collectiviteiten duidelijk moeten maken welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar zij aanbieden. Naleving van deze bepaling zal nauwlettend worden gemonitord door de NZa.

Het gaat er niet alleen om dát er juiste en volledige informatie wordt aangeboden, maar ook hóe dat

[56] NZa, *Acties NZa voor en tijdens de overstapperiode*, brief aan Minister Schippers (VWS), 2 juni 2017.

wordt gedaan. Wanneer de informatie strikt genomen wel wordt aangeboden, maar feitelijk moeilijk vindbaar is, mist men het doel van de regel – namelijk dat consumenten beter geïnformeerde keuzes kunnen maken. Kleur, lettergrootte, positie op de website – al deze elementen zijn van invloed op de effectiviteit van aangeboden informatie en worden door de ACM reeds meegenomen in het beoordelen van informatie in andere markten.[57] Wanneer transparantieregels door dit soort aspecten in de uitvoering hun doel dreigen te missen, kan bijsturen wellicht gerechtvaardigd en wenselijk zijn.

6.4 Het aanbod en/of de premiestelling beperken

Wie?	VWS
Waarom?	Verminderen van schijndifferentiatie en zoekkosten.
Voordelen:	Naar verwachting effectief
Nadelen:	Ingrijpend, neigt naar regulering.

Van overheidswege ingrijpen in het aanbod, via een beperking van het aantal (bijna gelijke) polissen of ten aanzien van de premies die zorgverzekeraars mogen vragen, is een vergaande oplossingsrichting. Eén die naar verwachting weliswaar effectief zal zijn in het verminderen van schijndifferentiatie en zoekkosten, maar die tevens kan leiden tot onnodige vermindering van daadwerkelijke, door consumenten gewaardeerde, differentiatie. Daarom gaan we hieronder eerst in op de minst ingrijpende variant en leggen we daarna uit wat de consequenties van verdergaande varianten zouden zijn.

6.4.1 Aantal basispolissen verminderen

Het terugdringen van het aantal bijna gelijke polissen per concern zou naar verwachting een effectieve maatregel zijn om zoekkosten te verminderen en schijndifferentiatie voor een groot deel op te lossen. De minst ingrijpende vorm is het verminderen van het aantal bijna gelijke polissen *binnen labels*. Voor zover consumenten waarde hechten aan ‘hun’ label, zal die waarde kunnen blijven bestaan omdat er een bijna gelijk alternatief binnen hetzelfde label bestaat. Wanneer de ene polis zou worden verwijderd, biedt de andere polis niet alleen bijna dezelfde inhoud, maar ook dezelfde merkbeleving.

Ingrijpender zou het zijn, wanneer het aantal bijna gelijke polissen *per concern* zou worden verminderd. Wanneer een maatregel gericht op het terugdringen van het aantal bijna gelijke polissen per concern feitelijk neer zou komen op minder labels in de markt, zou een deel van de consumenten er op vooruit gaan, omdat ze makkelijker hun weg zouden kunnen vinden in het kleinere polisaanbod. Maar een ander deel van de consumenten zou er op achteruit gaan, omdat ‘hun’ label (het label dat het best voldeed aan hun voorkeuren) niet langer wordt aangeboden. Wat het netto

[57] In de boetebesluiten tegen een aantal webwinkels in de kledingbranche vond de ACM dat de verplichte informatie over ruilen en retourneren onvoldoende duidelijk en begrijpelijk werd verstrekt aan de consument, mede vanwege de plaats van die informatie op de website (achter links en opgenomen in de algemene voorwaarden, in plaats van direct aangeboden aan consumenten op een eigen, duidelijk te herkennen pagina). Dit vond de ACM in strijd met artikel 6:230m BW. Zie bijvoorbeeld het besluit in de zaak Coolcat en het bijbehorende nieuwsbericht.

effect zou zijn, kunnen we op basis van alleen dit onderzoek niet bepalen; daarvoor is meer onderzoek nodig naar onder andere de merkwaardering van consumenten in de zorgverzekeringsmarkt.

6.4.2 Geen premiedifferentiatie bij bijna gelijke polissen

Schijndifferentiatie en zoekkosten zouden ook kunnen worden verminderd wanneer er voor bijna gelijke polissen binnen concerns niet langer verschillende premies zouden worden gevraagd. Dan is voor consumenten duidelijker dat het om bijna gelijke polissen gaat. Op grond van artikel 17 van de Zorgverzekeringswet moeten verzekeraars dezelfde premiegrondslag hanteren voor “varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.” Omdat de strategische beslissingen en premievaststelling binnen concerns vaak centraal plaatsvinden, zou een premiedifferentiatieverbod op concernniveau ook kunnen worden overwogen.

Echter, ook dit is een vergaande maatregel. Bovendien laat de economische theorie zien dat het heel efficiënt kan zijn om níet alle consumenten dezelfde prijs te bieden. Het idee is dat door zelfselectie de consumenten met een beperkte betaalbereidheid de goedkopere polissen afnemen en de consumenten met een hogere betaalbereidheid de duurdere polissen. Dergelijke prijsdiscriminatie kan in een hogere totale welvaart resulteren, dan in het geval van één prijs. Puur vanuit het oogpunt van marktwerking is dit positief, en behoeft premiedifferentiatie binnen concerns niet te worden ingeperkt.

Maatschappelijk gezien is het echter de vraag of het inderdaad de mensen met een hogere betaalbereidheid zijn, die de duurdere polissen afnemen. Voor zover de ‘keuze’ voor duurdere polissen een gevolg is van verwarring door schijndifferentiatie, of van begrensde rationaliteit, kan er sprake zijn van een ongewenste herverdeling van welvaart. Maatregelen gericht op het terugdringen van premiedifferentiatie binnen concerns kunnen dan worden overwogen, evenals andere, minder vergaande maatregelen.

Kortom, er zijn verschillende oplossingsrichtingen om het keuzeproces van consumenten in de zorgverzekeringsmarkt te verbeteren, sommige ingrijpender dan andere. Alle partijen in de zorgverzekeringsmarkt hebben een rol in het bewerkstelligen van deze mogelijke oplossingen. We benadrukken nogmaals dat concrete maatregelen eerst zorgvuldig getest worden op effectiviteit en (juridische) haalbaarheid, voordat ze worden toegepast.

Recap hoofdstuk 6

- Alle partijen in de zorgverzekeringsmarkt hebben een rol bij het verbeteren van het keuzeproces van consumenten – en daarmee bij het verminderen van de hoeveelheid premie die onnodig te veel wordt betaald;
- Oplossingsrichtingen om de negatieve effecten van schijndifferentiatie, gebrekkige informatie, zoek- en overstapkosten en begrensde kennis, vaardigheden en gedragsvalkuilen van consumenten tegen te gaan zijn:
    - goed kiezen makkelijk maken, door productcomplexiteit te verminderen en blokkades voor consumenten weg te nemen;
    - het verbeteren van de informatievoorziening van zorgverzekeraars aan consumenten, onder andere door strengere handhaving door toezichthouders;
    - en indien nodig het verminderen van het aantal bijna gelijke basispolissen en/of het beperken van premieverschillen tussen bijna gelijke basispolissen;
- Concrete maatregelen moeten eerst zorgvuldig worden getest voordat ze kunnen worden toegepast.

Bijlage 1 Clustermethode

In deze bijlage lichten we de toegepaste clustermethoden verder toe. Aan de hand van verschillende kenmerken willen we in kaart brengen welke polissen meer of minder op elkaar lijken. Hiervoor moeten we de verschillende kenmerken samen voegen tot een afstandsmaat. Als we een afstandsmaat hebben, is de volgende stap om een methode voor de weging van de verschillende variabelen te kiezen. Tot slot moeten we een methode voor clustering kiezen. De bijlage sluit af met een vergelijking van de verschillende clustermethoden. De kenmerken die we hebben meegenomen zijn beschreven in Tabel 1 van het rapport.

B1.1 Gower's General Coefficient of Similarity

Een maat om verschillende dimensies naar een dimensie te projecteren is Gower's General Coefficient of Similarity (Gower score)[58]. De Gower score is voor onze toepassing geschikt, omdat het tegelijkertijd met kwalitatieve en kwantitatieve variabelen kan werken.

De Gower score is als volgt gedefinieerd. Per karakteristiek (*k*=1,...,*n*) en polis-paar (polis *i* en polis *j*) wordt er een similarity score uitgerekend s_{ijk}. De score ligt tussen 0 en 1, waarbij de score gelijk is aan 1 als de polissen hetzelfde zijn aan elkaar en 0 als de polissen helemaal niet vergelijkbaar zijn met elkaar.

De Gower score S_{ij} per polis-paar *i* en *j*, is de gewogen gemiddelde similarity score over alle karakteristieken, waarbij er gewogen wordt met w_k voor karakteristiek *k*:

$$S_{ij} = \frac{\sum_k^n s_{ijk} w_k}{\sum_k^n w_k}$$

Voor *kwalitatieve variabelen* is de score als volgt gedefinieerd:
s_{ijk}=1 als polis *i* en *j* gelijke waarde hebben in karakteristiek *k,*
s_{ijk}=0 als polis *i* en *j* niet gelijke waarde hebben in karakteristiek *k.*

Voor *kwantitatieve variabelen* is de score als volgt gedefinieerd:

$s_{ijk} = 1 - \frac{|x_i - x_j|}{R_k}$,
waar R_k de range is van karakteristiek *k.*

Dus, voor beide type variabelen geldt dat s_{ijk}=1 als de twee polissen gelijke waarden hebben en s_{ijk}=0 als de twee polissen de meest verschillende waarden hebben.

[58] A General Coefficient of Similarity and Some of Its Properties, J. C. Gower, Biometrics, Vol. 27, No. 4. (Dec., 1971), pp. 857-871.

In *R* gebruiken we de functie *daisy* met de specificatie *metric* = "*gower*" van de package *cluster*[59]. In R, is de Gower-afstand geïmplementeerd, die gelijk is aan $1 - S_{ij}$.

B1.2 Gewichten

De methode vereist dat de onderzoekers de gewichten van de verschillende dimensies zelf moeten bepalen. Zoals uitgelegd in het rapport (paragraaf 2.2) hebben we twee wegingen toegepast. Op basis van de uitkomsten van consumentenonderzoek voor de ACM zijn we tot een geïnformeerde weging gekomen. Uit die onderzoeken blijkt dat consumenten relatief veel waarde hechten aan vrije zorgkeuze en dekking, en minder aan service-elementen. We hebben daarom de variabelen met betrekking tot de contracteergraad en het vergoedingspercentage zwaarder gewogen (namelijk 0,9) en de variabelen met betrekking tot service-elementen minder zwaar (met 0,1). In de volgende tabel laten we voor de informed weights de variabelen zien die we meegenomen hebben en hun weights.

Tabel B1: meegenomen productkenmerken voor de informed weights clustering

Productkenmerken	Waardes	Weight
Type polis	Restitutie, Natura, Combinatie	0,9
Contracteergraad ziekenhuiszorg	Genormaliseerde ratio	0,9
Vergoeding voor niet-contracteerde MSZ aanbieders[60]	Genormaliseerde ratio	0,9
Contracteergraad fysiotherapie	Genormaliseerde ratio	0,9
Digitaal contactformulier	Ja/nee	0,1
Mogelijkheid tot online en/of via app declareren	Ja/nee	0,1
Online declareren verplicht	Ja/nee	0,1
Telefonisch contact enkel via betaald 0900-nummer	Ja/nee	0,1
Internetapotheek (verplicht voor herhaalrecepten)	Ja/nee	0,1

Als robuustheidscheck hebben we ook nog een andere weging toegepast. Voor deze weging bepalen we (i) welke poliskenmerken samenhangen met de polis premie en (*ii*) hoe veel variatie in de premies verklaard wordt door elk poliskenmerk. Het idee hierachter is dat kenmerken die meer variatie in de premie verklaren, een hogere weging moeten krijgen. Om te bepalen welke poliskenmerken samenhangen met de premie hebben we een random forest analyse[61] toegepast,

[59] R Core Team (2017). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

[60] We hebben GGZ vergoeding voor niet-contracteerde GGZ- aanbieders niet meegenomen omdat het sterk correleert met de vergoeding voor niet-contracteerde MSZ- aanbieders

[61] Voor een toegankelijke introductie van random forest analyses verwijzen wij naar hoofdstuk 8 van het boek

waarbij we de premie verklaren uit de verschillende kenmerken. In onze analyse normaliseren we de kwantitatieve variabelen.

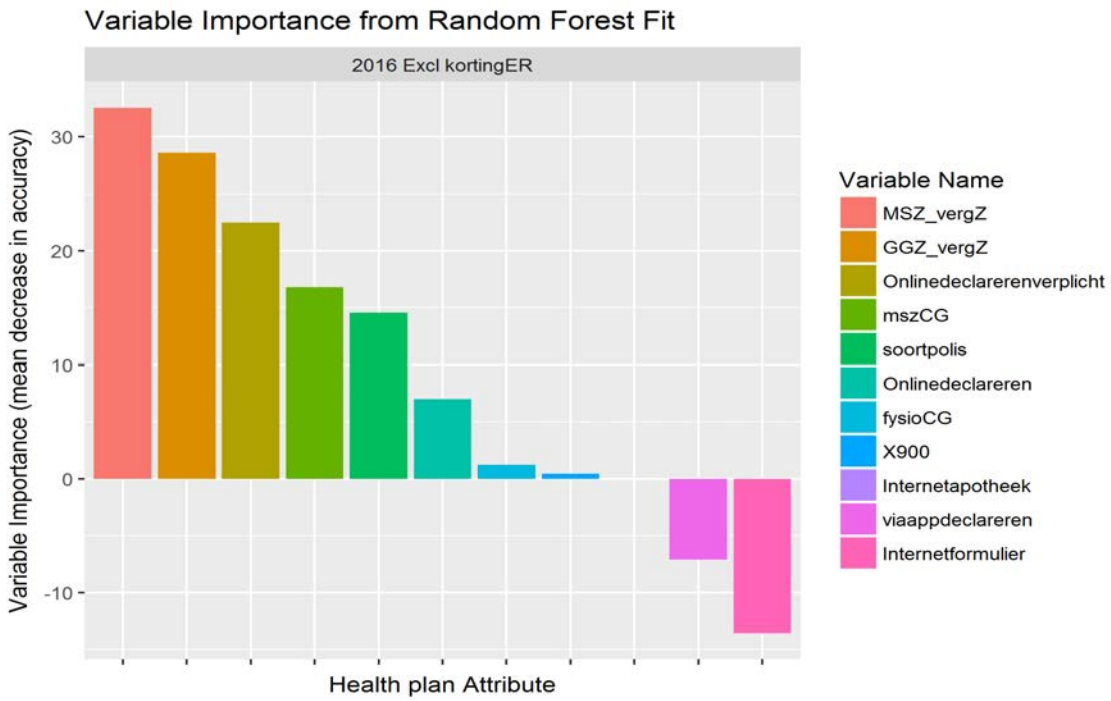
Een aantal polissen is niet meegenomen omdat we niet voor al hun kenmerken gegevens beschikken. Het gaat om de volgende zes polissen:

- UMC Zorgverzekering (VGZ)
- Zorgplan Selectief (Avéro-Zilveren Kruis)
- Select Zorgplan (Avéro-Zilveren Kruis)
- Cares Natura Selectief (Besured Ruime Keuze-VGZ)
- ZieZo Basis (Zilveren Kruis)
- HollandZorg Basisverzekering (Eno)

In de volgende figuur zien we de Variable Importance Plot van onze random forest. Hieruit kunnen we afleiding dat vijf kenmerken geen additionele voorspelkracht hebben voor de premie. MSZ_vergZ is de genormaliseerde vergoeding voor niet-gecontracteerde MSZ aanbieders, GGZ_vergZ is de genormaliseerde vergoeding voor niet-gecontracteerde GGZ- aanbieders, graadRevZ is de genormaliseerde contracteergraad van de MSZ aanbieders, soortpolis is Type polis (Restitutie, Natura, Combinatie), onlinedeclarerenverplicht is Online declareren verplicht, Onlinedeclareren is mogelijkheid tot online declareren, Internetapotheek is verplichting voor internetapotheek bij herhaalrecepten, fysioCG is de Contracteergraad fysiotherapie, x900 is telefonisch contact enkel via betaald 0900-nummer, via app declareren is mogelijkheid tot via app te declareren en internetformulier is het hebben van een digitaal contactformulier.

"Introduction to Statistical Learning" van James, Witten, Hastie en Tibshirani.

Figuur B1: random forest voor de Anova weights



Voor de kenmerken die predictive power hebben, hebben we een Anova analyse uitgevoerd (Type III marginal Sum of Squares) om te bepalen hoeveel variatie in de premies elk van deze kenmerken verklaart. We hebben GGZ vergoeding voor niet-contracteerde GGZ- aanbieders niet meegenomen omdat het sterk correleert met de vergoeding voor niet-gecontracteerde MSZ- aanbieders. Het resultaat van de Anova analyse laten we in Tabel B2 zien.

Tabel B2: Anova Type III marginal Sum of Squares voor de Anova weights

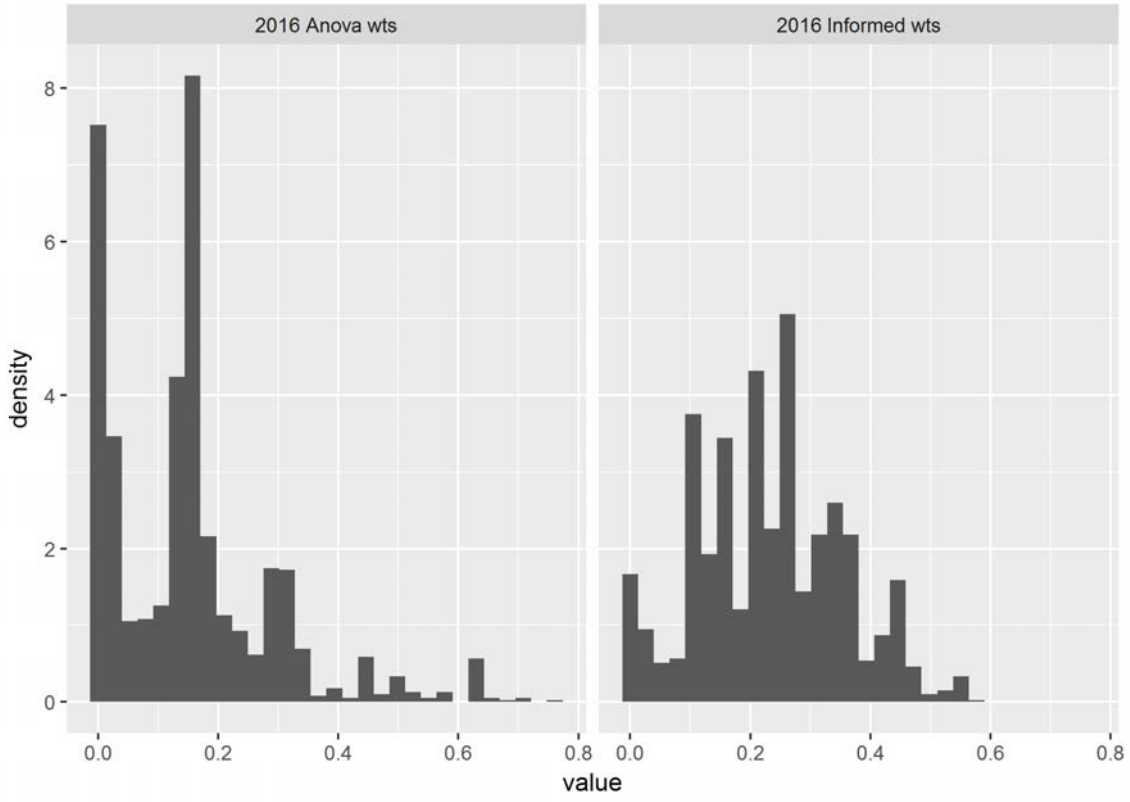
```
Single term deletions

Model:
premie ~ soortpolis + mszCG + MSZ_vergZ + Onlinedeclarerenverplicht +
    Onlinedeclareren
                        Df Sum of Sq    RSS    AIC F value   Pr(>F)
<none>                               1793.0 205.64
soortpolis               2     27.35 1820.3 202.47  0.3662 0.695309
mszCG                    1    334.27 2127.2 213.04  8.9490 0.004373 **
MSZ_vergZ                1    169.73 1962.7 208.61  4.5440 0.038180 *
Onlinedeclarerenverplicht  1     98.90 1891.9 206.59  2.6478 0.110244
Onlinedeclareren         1     63.82 1856.8 205.56  1.7086 0.197399
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1
```

De kolom “Sum of Sq” bevat de Type III marginal Sum of Squares, die we als weging gebruiken in onze robuustheidscheck.

Gebruikmakend van deze gewichten hebben we de Gower afstand berekend. Dit resulteert in een symmetrische matrix met de afstanden tussen alle mogelijke polis-paren. In Figuur B2 laten we voor beide wegingen de distributie zien van de Gower afstanden voor elke polis-paar. We kunnen zien dat voor onze hoofdanalyses, waarvoor we dus de informed weights gebruiken, de afstanden tussen 0 en 0,6 liggen.

Figuur B2: verdeling van de Gower afstanden



B1.3 Clustering met Informed weights

We gebruiken twee methoden om clusters te maken van polissen die weinig van elkaar verschillen. We gebruiken we de Gower distance als afstandmaat. Veelgebruikte clustermethoden zijn: *hiërarchische clustering* en *Partitioning Around Medoids* (*PAM*) clustering. In ons onderzoek hebben we gekozen voor een *bottom-up* hiërarchische clustering. Daarbij worden waarnemingen met de kleinste onderlinge afstand geclusterd, waarna opnieuw berekend wordt wat dán de waarnemingen met de kleinste afstand tussen hen zijn. Die worden ook geclusterd, enzovoorts. Dit proces gaat door totdat alle waarnemingen in één cluster vallen.

Bij deze methode moet een keuze gemaakt worden hoe twee clusters (of een cluster en een polis) met elkaar worden vergeleken. De meest gebruikte opties zijn de 'complete link' en `average link'. Neem als voorbeeld clusters c_x en c_y. De Gower afstand matrix geeft voor elk paar, i.e. combinatie van een polis uit cluster c_x en een polis uit c_y, een afstand. Bij complete-link is de afstand tussen cluster c_x en c_y gelijk aan de afstand van het polis-paar dat de grootste afstand heeft. Bij average-link is de afstand tussen cluster c_x en c_y gelijk aan de gemiddelde afstand tussen alle mogelijk combinaties tussen clusters c_x en c_y. In onze hoofdanalyse gebruiken we average link bij hiërarchische clustering, maar de resultaten zijn erg vergelijkbaar als we hiërarchisch clusteren met complete link methode.

In R gebruiken we de functie *hcluster* met de specificatie *method = "average"* van de package *stats*. Figuur 2 in paragraaf 2.1 van het rapport staat het resultaat van de hiërarchische clustering met average link op basis van de Gower afstanden met informed weights.

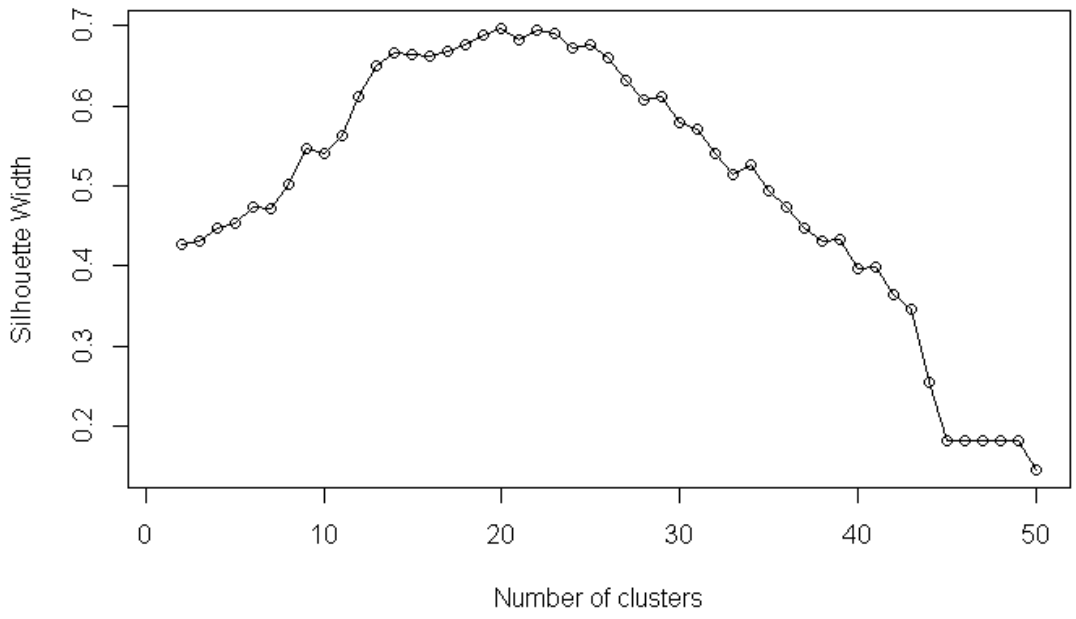
Daarnaast hebben we als robuustheidscheck ook de PAM-methode toegepast[62]. Bij de PAM methode kiest men eerst het aantal clusters, zeg *n*. Vervolgens worden er *n* willekeurige polissen als 'medoids' gelabeld. Elke polis wordt dan aan de medoid gelinkt die de kleinste afstand heeft (zo worden er clusters gecreëerd). In dit geval is de Gower afstand de afstandsmaat tussen de twee polissen. Dit zijn dus de initiële clusters. De cost van de clustering is de som van de afstanden tussen de polissen en de bijbehorende medoid.

Daarna wordt er willekeurig een non-medoid polis met een medoid polis geswitched. Hierna wordt elke polis gelinkt met zijn dichtstbijzijnde medoid. De cost van deze clustering wordt vergeleken met de eerdere clustering. Als de cost lager is, dan wordt dit cluster geselecteerd, anders wordt de clustering terug gezet naar de eerdere situatie. Dit wordt herhaald tot er twee keer achter elkaar geen verbetering wordt geobserveerd.

Om het aantal clusters (medoids) te bepalen gebruiken we de silhouette width. Dit is een geaggregeerde statistiek die aangeeft hoe vergelijkbaar een polis is tot zijn eigen cluster ten opzichte van zijn dichtstbijzijnde cluster. Het aantal clusters dat resulteert in een PAM clustering met de maximale silhouette width is de beste PAM clustering. In de onderstaande figuur laten we een grafiek zien van de silhouette width voor PAM clustering afhankelijk van het aantal clusters. Dit is op basis van de Gower afstanden met informed weights (onze hoofdanalyse).

[62] Struyf, Anja, Mia Hubert, and Peter J. Rousseeuw. "Integrating robust clustering techniques in S-PLUS." Computational Statistics & Data Analysis 26.1 (1997): 17-37.

Figuur B3: silhouette width voor de Gower afstanden met informed weights (onze hoofdanalyse)

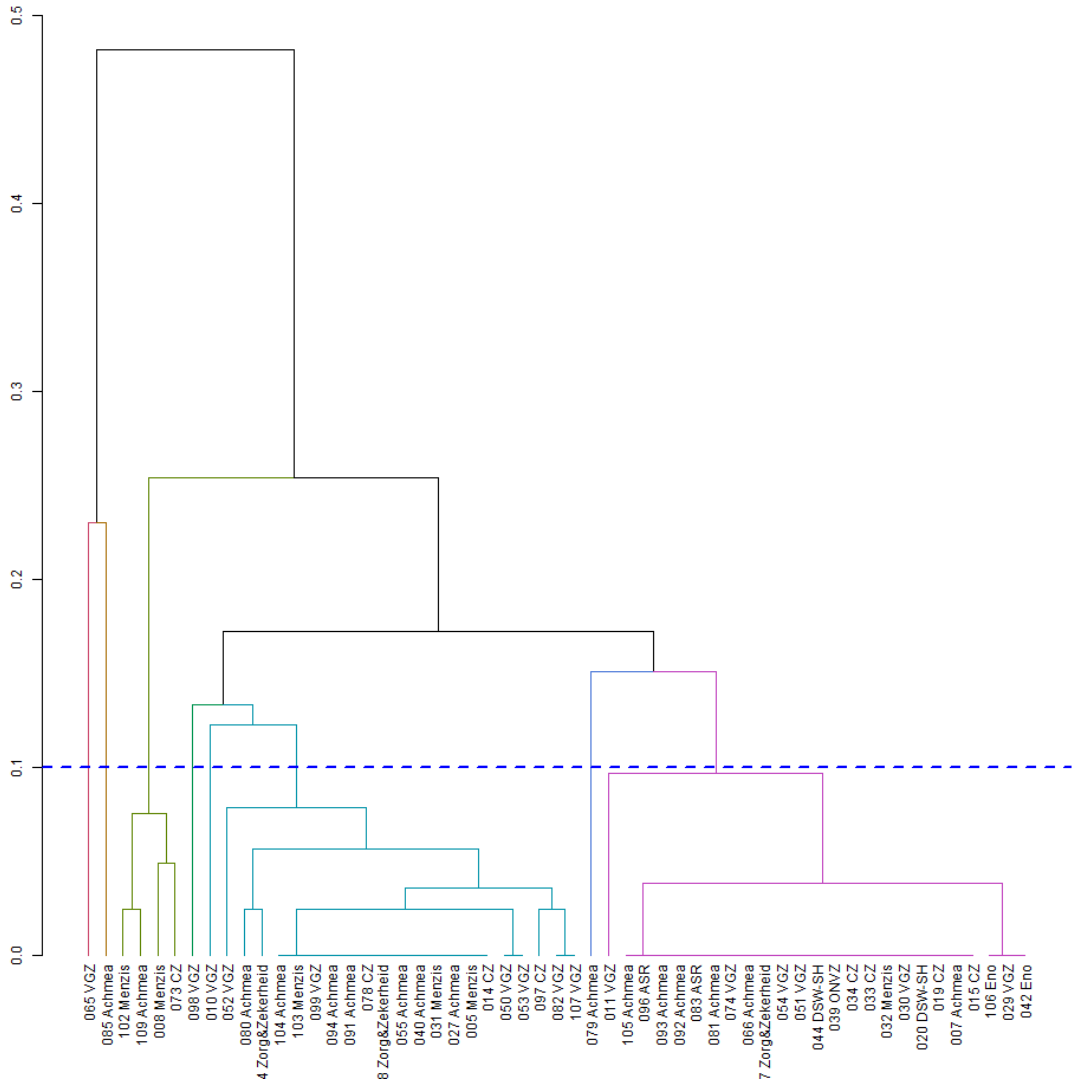


Hieruit kunnen we lezen dat een PAM met 20 clusters de hoogste silhouette width heeft. We hebben deze PAM clusting vergeleken met de hiërarchische clustering met een cutoff van 0,1. De resultaten zijn vergelijkbaar met de hiërarchische clustering.

B1.4 Clustering met Anova weights

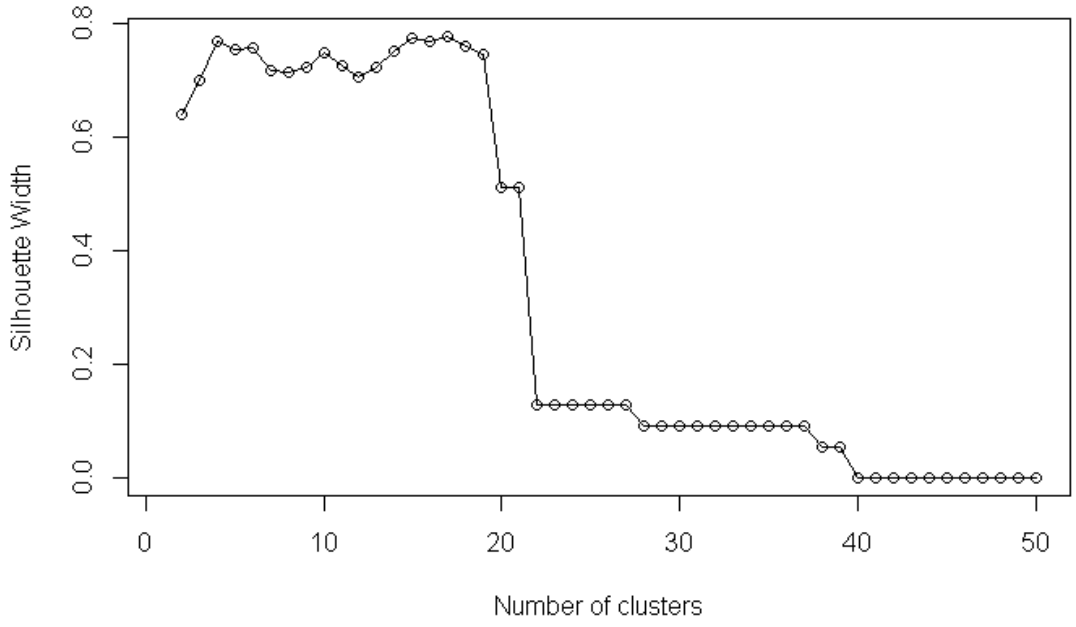
Vergelijkbaar met de clustering met informed weights, laten we de resultaten van de hiërarchische clustering zien met ANOVA weights. In Figuur B4 staat het resultaat van de hiërarchische clustering met average link op basis van de Gower afstanden met Anova weights.

Figuur B4: hiërarchische clusters basispolissen



De silhouette width voor de PAM clustering op basis van de Gower afstanden met Anova weights is weergegeven in de volgende figuur.

Figuur B5: silhouette width voor de Gower afstanden met Anova weights



Hieruit blijkt dat 17 clusters resulteert in een PAM clustering met de beste silhouette width.

B1.5 Vergelijking van de verschillende clustering methoden

Om de resultaten van de verschillende clusteringmethoden met elkaar te vergelijken gebruiken we de Adjusted Rand Index (ARI)[63]. De ARI kijkt of er overlap is tussen de clusters van twee clusteringmethoden. Per polis-paar wordt er gekeken of er een overlap is in de verdeling van de polissen over de clusters: er is een overlap als in beide clusteringmethoden het polis-paar samen in een cluster zitt of als in beide clusteringmethoden het polis-paar niet samen in een cluster zit. In alle andere gevallen is er geen overlap. De ARI corrigeert voor het feit dat er toevallige overlappen kunnen zijn tussen de clusteringmethoden, waarbij het gelijk is aan 1, als er een complete overeenkomst is. De ARIt is gelijk aan 0 als het aantal overlappen overeenkomt met het verwachte aantal overlappen onder een generalized hypergeometric distribution aanname voor randomness in de overlap.

In de volgende tabellen geven we de ARI voor de resultaten van de verschillende clusteringmethoden: Hierachical clustering met average-link, Hierachical clustering met complete-link en PAM. We beginnen met het vergelijken van de verschillende clusteringmethoden in tabel 1. We

[63] Yeung, Ka Yee, and Walter L. Ruzzo. "Details of the adjusted rand index and clustering algorithms, supplement to the paper an empirical study on principal component analysis for clustering gene expression data." Bioinformatics 17.9 (2001): 763-774.

zien dat de ARI's dicht bij 1 liggen. Dit betekent dat onze verschillende clusteringmethoden, voor de verschillende soorten gewichten, verglijkbare resultaten hebben.

Tabel B3: Adjusted Rand Index voor de verschillende cluster methoden

weight	comparison	ARI
Informed	Hierachical Average-link vs. PAM	0,92
Informed	Hierachical Average-link vs. Hierachical Complete-link	0,96
Anova	Hierachical Average-link vs. PAM	0,64
Anova	Hierachical Average-link vs. Hierachical Complete-link	0,81

We hebben ook de clustering op basis van de verschillende wegingen met elkaar vergeleken. In de volgende tabel laten we de ARI zien.

Tabel B4: Adjusted Rand Index voor de verschillende weights

method	comparison	ARI
Hierachical Average	Informed vs. Anova	0,26
PAM	Informed vs. Anova	0,34

Omdat er verschillende gewichten en kenmerken zijn gebruikt per clusteringmethode, zien we ook meer verschillen tussen de clusteringresultaten. Er is wel enige overeenkomst, omdat de ARI groter is dan 0.

B1.6 Resultaten van de verschillende methoden

Tabel B5 : Resultaten verschillende clustering methoden

Methode	Soort berekening	Totale Opslag	Gemiddelde Opslag	Percentage verzekerden met potentiële overstapwinst
cluster Pam Anova	berekening 2	1179240337	107	83%
cluster Pam Anova	berekening 1	1045751393	105	76%
cluster Pam Informed	berekening 2	1166783911	112	79%
cluster Pam Informed	berekening 1	976923439	103	72%
cluster Hierachical Anova	berekening 2	1558011533	129	92%
Cluster Hierachical Anova	berekening 1	1474956462	122	92%
Cluster Hierachical Informed	berekening 2	1170202362	111	80%
Cluster Hierachica l Informed	berekening 1	987612089	100	75%

B1.7 Resultaten van de verschillende methoden

Tabel B6 : Resultaten verschillende cutoff-distances bij hiërarchische clustering met informed weigths

Methode	Soort berekening	Totale Opslag	Gemiddelde Opslag	Percentage verzekerden met potentiële overstapwinst
Cut-off 0.08	berekening 2	1164328653	113	78%
Cut-off 0.08	berekening 1	976139156	103	72%
Cut-off 0.12	berekening 2	1333496250	120	84%
Cut-off 0.12	berekening 1	1064366944	103	78%
Cut-off 0.05	berekening 2	1017687016	101	77%
Cut-off 0.05	berekening 1	957745129	103	71%
Cut-off 0	berekening 2	432904425	97	34%
Cut-off 0	berekening 1	422871155	106	30%

Bijlage 2 Clusters

Tabel B7: Clusterindeling

Concern	Label	Naam polis	Cluster
Eno	ZorgDirect	Salland ZorgDirect Basisverzekering	1
Menzis	Anderzorg	Anderzorg Basis	1
VGZ	Bewuzt	VGZ Bewuzt Basis	1
Achmea	Avéro	Avéro Keuze Zorgplan	2
VGZ	Univé, ZEKUR (Gewoon ZEKUR Zorg Vrij)	Univé Zorg Vrij polis	2
CZ	CZdirect	CZ Direct (Natura Direct)	3
Menzis	Azivo	Azivo Basispolis	3
VGZ	De Goudse	De Goudse Zorg Polis Ruime Keuze (Natura)	4
VGZ	De Goudse	De Goudse Zorg Polis Eigen Keuze (Restitutie)	5
VGZ	IZA	IZA GezondSamenPolis Restitutie	5
VGZ	IZZ	IZZ Basisverzekering variant restitutie	5
Achmea	FBTO	FBTO Zorgverzekering Naturapolis	6
Achmea	Interpolis	Interpolis ZorgActief	6
Achmea	OZF	OZF Zorgpolis	6
Achmea	Zilveren Kruis Achmea	Zilveren Kruis Basis Budget	6
Achmea	Zilveren Kruis Achmea	Zilveren Kruis Basis Zeker	6
Achmea	Zilveren Kruis Achmea	Zilveren Kruis GezondSamenPolis Natura	6
CZ	CZ	CZ Zorg op maatpolis (Natura)	6
CZ	CZ	CZ Zorgbewustpolis (Natura Select)	6
Eno	Salland	Salland Basisverzekering	6
Menzis	Menzis	Menzis Basis	6
Menzis	Menzis	Menzis Basis Voordelig	6
Zorg&Zekerheid	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid Zorg Zeker Polis	6
Achmea	De Friesland	De Friesland Vrije Keus Polis	7
Achmea	FBTO	FBTO Zorgverzekering Restitutiepolis	7
Achmea	Pro Life	Pro Life Principe Polis Restitutie	7
Achmea	Zilveren Kruis Achmea	Zilveren Kruis Basis Exclusief	7
Achmea	Zilveren Kruis Achmea	Zilveren Kruis GezondSamenPolis Restitutie	7
CZ	CZ	CZ Zorgkeuzepolis (Restitutie)	7
CZ	Delta Lloyd	Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie	7
DSW-SH	DSW, inTwente	DSW polisvoorwaarden	7
DSW-SH	Stad Holland	Stad Holland polisvoorwaarden	7
Menzis	Menzis	Menzis Basis Vrij	7

ONVZ	ONVZ, PNOzorg, VvAA	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	7
Zorg&Zekerheid	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid Zorg Vrij Polis	7
VGZ	IZA	IZA GezondSamenPolis Natura	8
VGZ	IZZ	IZZ Basisverzekering variant natura	8
ASR	Ditzo	Ditzo Basisverzekering	9
CZ	Ohra	OHRA Zorgverzekering restitutie	9
CZ	Ohra	OHRA Zorgverzekering restitutie	9
VGZ	Univé	Univé Zorg Geregeld polis	10
VGZ	Univé	Univé Zorg Select Polis	10
VGZ	Zorgzaam	Univé Zorgzaam polis	10
VGZ	VGZ	VGZ Goede Keuze	11
VGZ	VGZ	VGZ Ruime Keuze	11
VGZ	VGZ	VGZ Eigen Keuze	12
VGZ	ZEKUR	Univé Gewoon ZEKUR Zorg	13
Achmea	Pro Life	Pro Life Principe Polis (natura)	14
CZ	Delta Lloyd	Delta Lloyd Zorgverzekering Natura	14
Achmea	Kiemer	Kiemer Basisverzekering	15
Achmea	De Friesland	De Friesland Alles Verzorgd Polis	16
Zorg&Zekerheid	Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid Zorg Gemak Polis	16
ASR	Amersfoortse	Amersfoortse Flexibel (restitutie)	17
Menzis	Hema	Hema Zorgverzekering	18
Achmea	De Friesland	De Friesland Zelf Bewust Polis	19

Bijlage 3 Aanvulling op clusteranalyse

Deze bijlage zoomt in op de resultaten voor een *sense check* en om meer inzicht te krijgen in mogelijke (andere) verklaringen voor de keuzes van zorgverzekerden. De volgende vragen staan centraal:[64]

1. Hebben polissen binnen een cluster dezelfde waardes voor de variabelen die zijn meegenomen in de clusteranalyse (zie Tabel 1)? Zo niet, kunnen de afwijkingen de keuze voor een duurdere polis verklaren?
2. Contracteergraad. Contracteergraad is gemeten als de breuk van het aantal gecontracteerde aanbieders gedeeld door het totaal aantal landelijke aanbieders. Voor een verzekerde is wellicht belangrijker *welke* aanbieders zijn gecontracteerd. Hier kijken we naar de overlap tussen polissen: heeft de duurdere polis aanbieders gecontracteerd die de goedkoopste polis niet heeft gecontracteerd?
3. Hebben polissen binnen een cluster dezelfde waardes op de variabelen die *wel* in de dataset zitten maar *niet* zijn meegenomen in de clustering? Zo niet, kunnen de afwijkingen de keuze voor een duurdere polis verklaren?
4. In aanvulling op paragraaf 4.1: zijn er op basis van onze dataset afwijkingen tussen polissen die kunnen verklaren waarom een zorgverzekerde een voorkeur zou hebben voor een andere polis binnen een cluster dan de polis met de laagste premie? We kijken met name naar het *merk* van de polis.

De clusters worden op volgorde van totale potentiele overstapwinst besproken.

Cluster 6

Cluster 6 neemt het grootste deel van de potentiele overstapwinst voor zijn rekening en bestaat uit 12 polissen. De goedkoopste polis in het cluster is voor iedereen toegankelijk. De polissen hebben dezelfde waardes voor type polis (natura) en servicekenmerken (online contact en declareren is mogelijk maar niet verplicht, internetapotheek is niet verplicht, telefonisch contact kan met normaal nummer in plaats van een 0900-nummer) . Het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg varieert nauwelijks. Er is één polis die een hogere vergoeding geeft dan de goedkoopste polis in het cluster. Deze polis verklaart slechts […]% van de totale potentiele overstapwinst (vraag 1). Bij contracteergraad zijn er wel verschillen (vraag 2). Voor ziekenhuiszorg hebben alle polissen een contracteergraad van 100%, met één polis als uitzondering. Het gaat om een polis waar een goedkoper alternatief voor bestaat. Deze afwijking (minder ziekenhuizen gecontracteerd) is geen logische verklaring om die duurdere polis te kiezen. Bij fysiotherapie is het ingewikkelder. De contracteergraden variëren van 62% tot 72%, de hoogste contracteergraad hoort bij de goedkoopste polis. Voor apotheken varieert de contracteergraad van 88% tot 92%; voor de goedkoopste polis is dat 89%. Deze lichte afwijking zou een reden kunnen zijn om voor de polis met

[64] Informatie die niet openbaar is, noch op basis van openbare bronnen kan worden gecontrueerd, wordt in deze bijlage afgeschermd met […].

een contracteergraad van 92% te kiezen. We hebben ook gekeken hoeveel aanbieders de ene polis wel heeft gecontracteerd die de andere niet heeft. Dit doen we voor paartjes van polissen waarbij we steeds een polis vergelijken met het goedkoopste alternatief in het cluster (in cluster 6 is dat polis 103). De resultaten voor de drie polissen met de hoogste potentiele overstapwinst staan in Tabel B8.

Tabel B8: Duurdere polissen bieden toegang tot andere zorgaanbieders

Polis	Gedeelte van totale potentiele overstapwinst	Aantal aanbieders die de polis wel heeft gecontracteerd maar polis 103 niet	Aantal aanbieders die polis 103 wel heeft gecontracteerd maar de polis niet
x	[…]%	181 fysiotherapeuten en 33 apotheken	406 fysiotherapeuten en 31 apotheken
y	[…]%	210 fysiotherapeuten en 68 apotheken	438 fysiotherapeuten en 12 apotheken
z	[…]%	Geen verschil, polis behoort tot dezelfde verzekeraar als polis 103	Geen verschil, polis behoort tot dezelfde verzekeraar als polis 103

Noot: nummers verwijzen naar de variabele ‘nummerdwh’. De polis met de laagste premie in dit cluster is polis 103.

In theorie kan het feit dat duurdere polissen toegang bieden tot andere zorgaanbieders de verklaring bieden dat mensen binnen cluster 6 niet de polis met de laagste premie kiezen. […] mensen kiezen polis […] en betalen gemiddeld EUR […]per maand meer ten opzichte van polis 103. Een specifieke voorkeur voor een van de 181 fysiotherapeuten of 33 apotheken zou de reden kunnen zijn om niet polis 103 te kiezen. Van belang is dan of deze aanbieders een bijzondere kwaliteit, service of bereikbaarheid hebben en of de verzekeraar dat heeft duidelijk gemaakt in het aanbod. Voor polis […] geldt hetzelfde. Voor de acht andere polissen in het cluster kan dezelfde analyse worden gedaan.

Vraag 3 gaat over variabelen die we wel hebben maar geen onderdeel waren van de clustering: farma_verg, ggz_verg tonen verschillen. De polis met hoogste opslag (polis […]) heeft farma_verg=[…] terwijl de goedkoopste polis (polis 103) farma_verg=65 heeft. Polis […] heeft […] en is daarin uniek maar heeft niet de laagste premie. In theorie zijn dit redenen om polis […] of […] in plaats van de goedkoopste te kiezen. De variabele ‘verplicht inloggen via DigiD’ van Independer is niet meegenomen in de clustering maar toont wel variatie. Voor de goedkoopste polis is dit ‘ja’ en dat geldt ook voor polis […]. Voor polis […] is dit echter ‘nee’. Mogelijk is dit een keuzefactor (vraag 3). Cluster 6 bevat polissen van diverse labels. Er zijn zeven labels die anders zijn dan het label van de goedkoopste polis. Een voorkeur voor een van die labels kan de keuzes verklaren (vraag 4).

Cluster 10

Cluster 10 scoort tweede in de berekening van de totale potentiele overstapwinst en neemt […] daarvan voor zijn rekening. Het cluster bestaat uit drie polissen van hetzelfde concern. Er zijn twee

verschillende labels. De goedkoopste polis lijkt voor iedereen toegankelijk. De polissen hebben dezelfde waardes voor type polis (Natura) en servicekenmerken (online contact en declareren is mogelijk maar niet verplicht, internetapotheek is niet verplicht, telefonisch contact kan met normaal nummer in plaats van een 0900-nummer, via app declareren is niet mogelijk) (vraag 1). De contracteergraad voor ziekenhuizen (100%) en fysiotherapeuten (71%) verschilt niet binnen het cluster. Dit valt te verwachten omdat het om hetzelfde concern gaat. Voor apotheken is geen data beschikbaar (vraag 2). Het vergoedingspercentage verschilt wel tussen de drie polissen en is gelijk aan 70%, 80% of 90%. Voor de goedkoopste polis is het vergoedingspercentage 70% voor niet-gecontracteerde aanbieders farmaceutische zorg, ggz en medisch-specialistische zorg (vraag 3). Het is denkbaar dat dit een reden is voor zorgverzekerden om niet de goedkoopste polis te kiezen. Merkverschillen spelen in dit cluster geen rol: de polis die de opslag voor zijn rekening neemt is van hetzelfde label als de goedkoopste polis (vraag 4).

Cluster 11

Het derde cluster ([…] van de totale potentiële overstapwinst) is cluster 11 en bestaat uit twee polissen van hetzelfde label. Beide polissen zijn natura en verschillen niet op de kenmerken die onderdeel zijn van de clustering (vraag 1). Het netwerk van gecontracteerde aanbieders verschilt ook niet (vraag 2). Het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg is bij de duurdere polis 80% en bij de goedkoopste polis 75% (vraag 3). Dit kan een reden zijn voor de geobserveerde keuzes. Verschillen die samenhangen met de verzekeraar of het label spelen geen rol (vraag 4).

Cluster 7 bestaat uit 12 restitutiepolissen en vertegenwoordigt […]% van de totale potentiële overstapwinst. De servicekenmerken verschillen niet en de contracteergraad en vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zijn minder belangrijk bij restitutiepolissen (vragen 1, 2 en 3). De voorkeur voor een bepaalde verzekeraar of label kan de keuze voor een duurder alternatief binnen het cluster verklaren.

Overige clusters

De overige 15 clusters bevatten 26 polissen en verklaren gezamenlijk […]% van de totale potentiële overstapwinst. Deze clusters laten we verder buiten beschouwing. Overigens bevatten zeven clusters hiervan slechts één polis en in die gevallen is er per definitie geen sprake van potentiele overstapwinst.