Nederlandse Zorgautoriteit

Autoriteit Consument & Markt

# Beter kiezen op de polismarkt

**Rapport**

juni 2018

# MANAGEMENTSAMENVATTING

***Het polisaanbod onder de loep***

De NZa en de ACM hebben samen onderzoek gedaan naar verschillen tussen basisverzekeringen en de keuzes van consumenten. De aanleiding is de veelgehoorde klacht dat consumenten ‘door de bomen het bos niet meer zien’. De bevinding is dat 72% van de consumenten voor 2018 een polis had waarvoor een goedkoper alternatief bestond. 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. Hierdoor kan het voor consumenten moeilijk zijn om de voor hen beste polis te identificeren.

***De differentiatie tussen basispolissen is kleiner dan het lijkt***

De uitkomsten zijn verkregen door het uitvoeren van een clusteranalyse. Zo’n analyse onderzoekt de verschillen en overeenkomsten tussen polissen en groepeert polissen die sterk op elkaar lijken. Er waren in 2018 55 basispolissen, maar er lijken op basis van dit onderzoek maar 10 echte ‘smaken’ te zijn. Voor 2017 en 2016 zien we een vergelijkbaar beeld. In sommige gevallen werden zulke (bijna) gelijke polissen door dezelfde verzekeraar aangeboden, tegen verschillende premies. Daarnaast is er een grote hoeveelheid aanvullende verzekeringen en collectiviteiten in de markt. De NZa en de ACM hebben zich al eerder kritisch uitgelaten over de meerwaarde van collectiviteiten, voor zover die met name als kortingsinstrument worden ingezet. Overigens zien we wel een gestage daling van het aantal polissen over de laatste jaren.

***Shoppen kan lonen…***

In 2018 hadden 9,8 miljoen premiebetalers een basispolis waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestond. Voor 2017 en 2016 zien we een vergelijkbaar beeld. Er kunnen vele verklaringen zijn voor dit keuzegedrag. Voor een deel kunnen consumenten extra premie over hebben voor hun polis, bijvoorbeeld omdat ze merktrouw zijn, tevreden met de eigen verzekeraar of kiezen op basis van verschillen die niet in het onderzoek zijn meegenomen. Niet elke euro die de consument meer betaalt is daarmee ‘teveel’ betaald. Niettemin concluderen de ACM en de NZa dat veel consumenten niet hun weg kunnen vinden in het polisaanbod.

***…maar is niet altijd even makkelijk***

We zien verschillende obstakels in het keuzeproces van consumenten: schijndifferentiatie, zoekkosten, moeilijk vindbare en verwarrende informatie, en grenzen aan hoeveel informatie consumenten kunnen en willen verwerken. Informatie verwerken is kostbaar en moeilijk, vooral wanneer verschillen worden uitvergroot of informatie moeilijk vindbaar 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 of althans hun weg niet kunnen vinden naar de voor hen beste polis, en meer betalen dan nodig.

***Obstakels in keuzeproces kunnen concurrentie en consumentenwelvaart verminderen***

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 mogelijk niet de voor hen beste verzekering en ten tweede beperken inerte consumenten de prikkel voor verzekeraars om het productaanbod en de premie te verbeteren. Dit beperkt de concurrentie en de totale consumentenwelvaart.

***Oplossingsrichtingen voor beleid, toezicht en de markt***

Zorgverzekeraars, consumenten, toezichthouders, beleidsmakers – allemaal kunnen ze bijdragen aan een verbetering van de werking van de markt. Traditioneel worden oplossingen voor keuzeproblemen van consumenten vaak gezocht op het vlak van transparantie en informatievoorziening. Maar dat is niet genoeg; aanvullende maatregelen zijn nodig om goed kiezen makkelijker te maken voor consumenten, zoals het verminderen van complexiteit en het wegnemen van blokkades. Het kan ook nodig zijn om een stap verder te gaan en maatregelen te treffen die direct ingrijpen in het polisaanbod en/of de premiestelling. Standaardisering is reeds geopperd in het politieke en maatschappelijke debat, maar kent serieuze kanttekeningen. Volledig uitgewerkte voorstellen vallen buiten de scope van dit onderzoek. We verwachten dat er diverse oplossingsrichtingen zijn die ten goede komen aan de consument.

***Consumenten beslissen zelf of ze willen overstappen***

Een daadwerkelijk gevarieerd aanbod in een concurrerende markt biedt consumenten de kans een polis te kiezen die past bij hun voorkeuren, voor een goede prijs. Maar zij moeten die polis natuurlijk wel kunnen vinden in het productaanbod. Of consumenten overstappen of niet, is uiteindelijk hun eigen beslissing. De ACM en de NZa willen vooral dat zij daarbij zo min mogelijk gehinderd zijn in hun zoek- en keuzeproces en zien hierin de nodige ruimte voor verbetering.

# 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 geconstrueerd, constateerden we eind 2017 dat consumenten basispolissen kozen waarvoor goedkopere, (bijna) gelijke alternatieven bestonden. We vonden diverse obstakels in het keuzeproces en achtten deze mede verantwoordelijk voor de geobserveerde consumentenkeuzes.

We publiceerden deze bevindingen in het consultatiedocument “Echte keuze op de polismarkt?” op 1 december 2017. Door middel van een openbare consultatie in de daaropvolgende twee maanden hebben we van diverse stakeholders waardevolle input ontvangen op de onderzoeksaanpak, de (duiding van de) resultaten en de voorgestelde oplossingsrichtingen. Dit heeft ertoe geleid dat we verbeteringen hebben doorgevoerd in de onderzoeksaanpak en de analyse. Tevens hebben we, zoals aangekondigd, de analyse uitgebreid door naast de polissen voor 2016, ook de polissen voor 2017 en 2018 te onderzoeken. Een samenvatting van de ontvangen opmerkingen en suggesties, en de reactie van de ACM en de NZa daarop, staat in Bijlage 1.

Na publicatie van het consultatierapport en naar aanleiding van vragen van de Tweede Kamer over door de Consumentenbond genoemde ‘kloonpolissen’, heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport de NZa gevraagd om aan te geven wanneer polissen op grond van de huidige wet- en regelgeving als gelijk of nagenoeg gelijk kunnen worden beschouwd.[1] In dit kader is het belangrijk om op te merken dat de insteek van het onderhavige onderzoek nadrukkelijk breder is dan het adviesrapport van de NZa en dan het wettelijk kader dat wordt geschetst door artikel 17 Zvw. Dat artikel stelt onder andere dat de premiegrondslag gelijk moet zijn voor polissen van dezelfde verzekeraar indien die niet van elkaar verschillen voor wat betreft de te verzekeren prestaties of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Het onderhavige onderzoek analyseert de mate van gelijkheid tussen polissen van alle concerns (dus niet enkel van dezelfde verzekeraar), ten aanzien van een ruimere set productkenmerken (zorginhoudelijke kenmerken zoals contracteergraad en vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, maar ook type polis en servicekenmerken) die aansluit bij het bredere perspectief van consumenten. Tevens hebben we daadwerkelijke consumentenkeuzes onderzocht.

In dit rapport[2] analyseren we (bijna) gelijke basispolissen, hoe die polissen in premie verschillen en hoeveel consumenten méér betalen voor een polis waarvoor een (bijna) gelijk, goedkoper alternatief

[1] Brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Herziening Zorgstelsel, 24 januari 2018.
[2] Het rapport is door de ACM en de NZa vastgesteld op 26 juni 2018.

beschikbaar is. Vervolgens onderzoeken we mogelijke verklaringen voor de uitkomsten van deze analyse en doen we suggesties om obstakels in het keuzeproces van consumenten te verminderen. De ACM en de NZa willen met dit onderzoek inzichten opdoen en verschaffen in een essentieel onderdeel van de werking van de zorgverzekeringsmarkt. In samenhang met andere onderzoeken naar dit onderwerp, en naar andere aspecten van de werking van de zorgverzekeringsmarkt, kunnen deze inzichten bijdragen aan een bredere politieke en maatschappelijke discussie.

## 1.1 Zorgverzekerden kiezen niet goedkoopste polis

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.

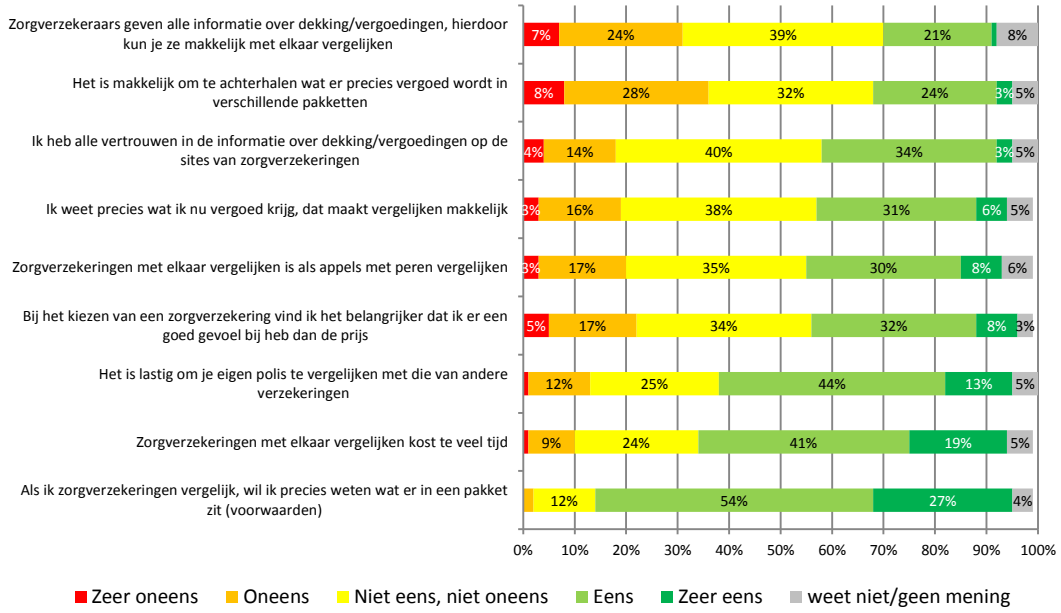
Een gevarieerd aanbod zorgverzekeringen bedient consumenten met verschillende voorkeuren. Waar de een graag wat meer betaalt om naar alle zorgaanbieders te kunnen gaan zonder bijbetaling, bespaart de ander liever door een polis met beperkende voorwaarden te kiezen. Daadwerkelijke productdifferentiatie zorgt er voor, dat consumenten een polis kunnen kiezen die goed bij hun voorkeuren aansluit. Daarvoor moeten zij die polis natuurlijk wel kunnen vinden in het aanbod.

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[3], maar het overstappercentage al jaren min of meer gelijk blijft (rond de 6%). Dit kan betekenen dat consumenten niet optimaal kiezen.

Suboptimale keuzes door zorgverzekerden kunnen deels verklaard worden door – al dan niet gepercipieerde – ondoorzichtigheid en complexiteit in de zorgverzekeringsmarkt. In onderzoek[4] dat is uitgevoerd in opdracht van de ACM in 2018 geeft 57% van de respondenten aan het (zeer) eens te zijn met de stelling ‘Het is lastig om je eigen polis te vergelijken met die van andere verzekeringen’. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat zes op de tien zorgverzekerden vindt dat zorgverzekeringen vergelijken te veel tijd kost (zie Figuur 1).

[3] ACM, Concurrentie op de Markt voor Zorgverzekeringen – Tussenrapportage, februari 2016. Zie ook NRC, Zorgpremies lopen verder uiteen, 13 november 2017.
[4] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.

**Figuur 1: Consumenten vinden zorgverzekeringen vergelijken lastig**




Vraag: Hieronder zie je een aantal uitspraken over het vergelijken van zorgverzekeringen. Kun je aangeven in hoeverre je het eens of oneens bent met onderstaande stellingen? Basis: alle respondenten, n=1.547

Bron: Motivaction, in opdracht van de ACM (2018), Zorgmonitor 2018.

Verschillende partijen hebben initiatieven ontplooid om de transparantie in de zorgverzekeringsmarkt te verbeteren zodat de consument makkelijker polissen kan vergelijken en de best passende kan kiezen. Zo zijn er verschillende prijsvergelijkingswebsites in de markt. Consuwijzer, het consumentenloket van de ACM, biedt 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 gelijke of nagenoeg gelijke polissen die – mogelijk tegen een andere premie – door hetzelfde concern worden aangeboden. Per 1 november 2017 geldt deze plicht ook voor risicodragers (zorgverzekeraars).[5]

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

[5] Specifiek gaat het om polissen die “gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten.” Artikel 30, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, geldend vanaf 1 november 2017.

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%[6]) heeft immers een aanvullende verzekering en een deel van het zoek- en keuzeproces heeft betrekking op deze verzekeringen.

## 1.2 Het polisaanbod lijkt diverser dan het is

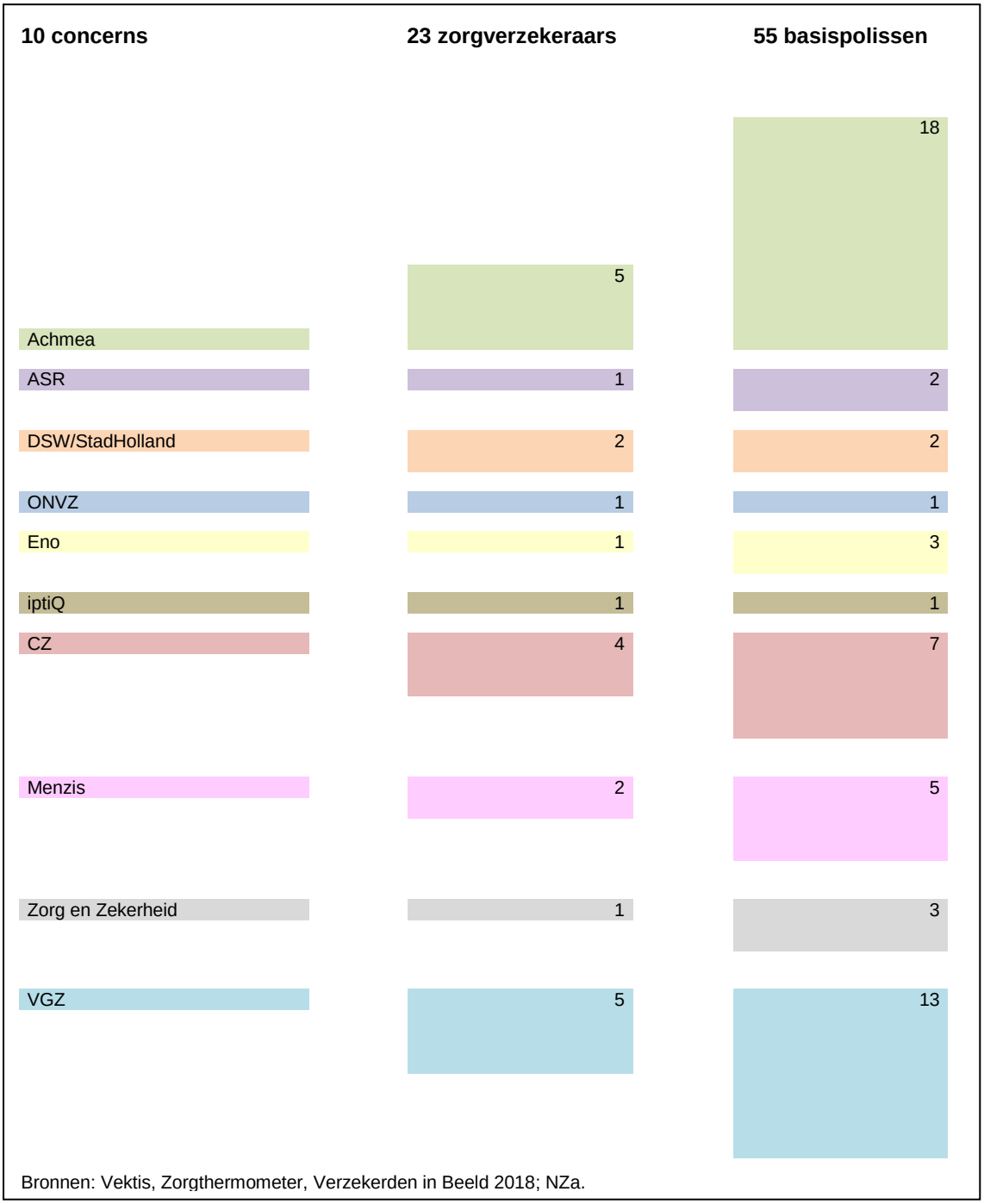
Om effectieve hulpmiddelen en interventies te ontwerpen, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de mogelijke oorzaken van de door consumenten ervaren ondoorzichtigheid en complexiteit in de zorgverzekeringsmarkt. Relevante aspecten daarbij zijn onder andere het aantal aangeboden basispolissen, de 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.[7] 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. In 2017 verschenen de vervolgonderzoeken naar de onderwerpen ‘ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars’ en ‘toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt’.[8] [9] Het onderhavige rapport focust op het productaanbod en de gevolgen voor consument en markt. De insteek is zoals gezegd nadrukkelijk breder dan het wettelijk kader dat wordt geschetst door artikel 17 Zvw.

Figuur 2 schetst de aanbodstructuur in de zorgverzekeringsmarkt in 2018, voor wat betreft het aanbod basispolissen. We observeren dat er 55 model(basis)polissen worden aangeboden in 2018, door 23 verzekeraars, behorend tot 10 concerns.[10] De laatste jaren daalt het aantal aangeboden basispolissen: in 2016 werden er 61 basispolissen aangeboden, in 2017 58 en in 2018 daalde het aantal verder naar 55.[11]

[6] NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017, 5 oktober 2017.
[7] ACM, Concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen – tussenrapportage, februari 2016.
[8] ACM, Ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars, 3 juli 2017.
[9] ACM, Toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt, 24 januari 2017.
[10] Bron: Vektis, Zorgthermometer – Verzekerden in Beeld 2018, april 2018.
[11] Bron: Vektis, Zorgthermometer – Verzekerden in Beeld 2018, april 2018.

**Figuur 2: Aanbodstructuur van de zorgverzekeringsmarkt in 2018**




Bronnen: Vektis, Zorgthermometer, Verzekerden in Beeld 2018; NZa.

In de woorden van de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2016[12]: “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.” Het gaat dus in bredere zin niet alleen om 55 basispolissen, maar ook om de verpakking van al deze verzekeringen in 64.000 collectiviteiten, al dan niet in combinatie met één van de honderden aanvullende zorgverzekeringen die worden aangeboden.[13]

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. Wanneer consumenten deze praktijk niet als zodanig herkennen, betalen zij mogelijk onnodig te veel voor hun zorgverzekering.

In dit onderzoek concentreren we ons op de basisverzekering. Maar bovenstaande overwegingen lijken eveneens op te gaan voor aanvullende zorgverzekeringen. Ten aanzien van de vele aanvullende verzekeringen merkte de Autoriteit Financiële Markten (AFM) in 2015 reeds het volgende op: “Vooral bij aanvullende zorgverzekeringen zonder vrije zorgkeuze constateert de AFM polissen met identieke kenmerken. Bovendien zijn er voorbeelden dat concerns geheel gelijke polissen aanbieden onder een ander merk en/of label. De AFM vindt het belangrijk dat het huidige aanbod van aanvullende zorgverzekeringen op concernniveau waar mogelijk beperkt wordt om het voor de consument niet onnodig ingewikkeld te maken en daarmee het klantbelang beter centraal te kunnen stellen.”[14]

## 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?

[12] Brief van de regering, Monitor Overstapseizoen, 11 februari 2016.
[13] Interview met Ernst van Koesveld, directeur Zorgverzekeringen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in Vektis, Zorgthermometer – Verzekerden in Beeld 2018.
[14] AFM, Uitkomsten Onderzoek Aanvullende Zorgverzekeringen, 12 november 2015, p.6.

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 de ACM en de NZa 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 3*)
- **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, in principe buiten beschouwing. We erkennen de relevantie van aanvullende verzekeringen en betrekken deze wel bij de interpretatie van de resultaten.
- 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 definitief oorzakelijk verband vaststellen. Wel achten we elk van de verklaringen in Hoofdstuk 4 aannemelijk, op basis van consumentenonderzoek en wetenschappelijke literatuur.
- We meten in hoeverre consumenten premie zouden kunnen besparen bij gegeven productkenmerken. Door polissen met (bijna) gelijke productkenmerken te onderzoeken, vergelijken we appels met appels. We meten echter niet in hoeverre mensen beter af zouden kunnen zijn met een polis met heel andere productkenmerken.

## 1.4 Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 lichten we de onderzoeksaanpak toe: in een data-analyse clusteren we (bijna) gelijke basispolissen, bekijken we de premiespreiding binnen die clusters en meten we voor elk van deze polissen door hoeveel consumenten ze worden afgenomen en tegen welke premie. Het basisjaar voor de analyse is 2018; relevante verschillen en overeenkomsten met 2017 en 2016 worden uitgelicht. 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 oplossingsrichtingen voor betere uitkomsten voor consumenten presenteren we in Hoofdstuk 6.[15]

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 1 geeft een overzicht van de belangrijkste termen en hun betekenis.

[15] We spreken nadrukkelijk over mogelijke oplossingen. Hoewel we bij elke voorgestelde oplossingsrichting kort stilstaan bij de voor- en nadelen en concrete voorbeelden, zouden de daadwerkelijke uitvoerbaarheid en effectiviteit van concrete maatregelen apart moeten worden onderzocht.

**Box 1: Veelgebruikte begrippen en hun betekenis in dit rapport**

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

*(Bijna) gelijke polissen*
Polissen die op de onderzochte productkenmerken (zie Tabel 1) identiek zijn of sterke gelijkenissen vertonen en onderling méér op elkaar lijken dan zij op andere polissen lijken. In termen van de clusteranalyse: polissen die tot hetzelfde cluster behoren.

*Clusteranalyse*
Zie Box 2.

*Concern*
Een groep van ondernemingen die samen een economische eenheid vormen en onder een gezamenlijke leiding opereren.

*Gower Distance*
Afstandsmaat gebruikt in clusteranalyse, met name geschikt om de afstand tussen twee waarnemingen te meten indien die waarnemingen worden gedefinieerd door verschillende typen variabelen (zoals contracteergraad (%), wel/niet online declareren (binaire variabele) en type polis (nominale variabele)).

*Label*
Een handelsnaam waaronder een zorgverzekering wordt aangeboden.

*Polisaanbod (in) 2018*
De polissen die dekking geven in 2018 en vanaf november 2017 werden aangeboden.

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

*Productkenmerken*
Kenmerken van de polis anders dan de premie.

*Risicodrager, zorgverzekeraar*
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.

# 2. ONDERZOEKSAANPAK

## 2.1 Dataset

Allereerst hebben we een dataset samengesteld met daarin relevante productkenmerken van de modelovereenkomsten, waaronder type polis, de contractering[16] en vergoeding van de belangrijkste zorgsoorten (naar omzet) en een aantal servicekenmerken die per polis kunnen verschillen. Hiervoor hebben we data afkomstig van de NZa, Zorgweb en Independer gebruikt. Tabel 1 toont de productkenmerken op basis waarvan we basispolissen hebben vergeleken in het kwantitatieve onderzoek. Ten opzichte van het eerder geconsulteerde onderzoek is het aantal onderzochte productkenmerken uitgebreid naar aanleiding van de suggesties van diverse stakeholders. De onderzochte kenmerken geven naar het oordeel van de ACM en de NZa een goed beeld van de verschillende polissen.

We hebben daarnaast 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). In Hoofdstuk 4, bij de duiding van de resultaten, staan we wel stil bij de merkwaardering van consumenten.

Voor dit onderzoek was het nodig dat we voor alle polissen alle productkenmerken konden invullen. Er ontbrak echter een aantal waarden in de data. We hebben daarom alle zorgverzekeraars gevraagd om de data die betrekking hadden op hun polissen, te controleren en zo nodig aan te vullen. Verzekeraars hebben in ruime mate voldaan aan dit verzoek. Hierdoor is de dataset die wordt gebruikt voor de clusteranalyse verbeterd.

Voor de contracteergraden van met name apotheken geldt dat sommige verzekeraars hun contracteergraden bepalen op basis van andere totale aantallen zorgaanbieders. Omwille van vergelijkbaarheid (appels met appels) gaan we in dit onderzoek uit van de totale aantallen zoals verstrekt door Zorgweb. De totalen van Zorgweb zijn gebaseerd op data van Vektis – informatiecentrum voor de zorg en indirect eigendom van de zorgverzekeraars – en worden gebruikt als input voor prijsvergelijkingswebsites en zorgzoekers van verzekeraars. Deze cijfers sluiten daarom aan bij de beleving van consumenten; een tweede reden om ze te gebruiken. Voor de verzekeraars die andere totalen gebruiken extrapoleren we de door hen verstrekte contracteergraden (zie Bijlage 3). Een enkele polis met ontbrekende waarden voor 2018 hebben we achterwege moeten laten.[17] Er waren in 2018 55 polissen op de markt, waarvan er in dit onderzoek 54 zijn onderzocht.

[16] Specifiek voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen en ZBC's), fysiotherapie en apotheken.

[17] De dataset van Zorgweb bevatte geen data over de modelovereenkomst van iptiQ, die sinds 2018 wordt aangeboden via de labels Besured, National Academic en Promovendum. De door iptiQ aangeleverde contracteergraden hebben we niet gebruikt omdat we niet zeker wisten of deze gegevens op dezelfde totalen waren gebaseerd als de dataset van Zorgweb.

Een aanbieder van een restitutiepolis heeft aangegeven dat ‘contracteergraad’ in het geval van restitutiepolissen irrelevant is voor consumenten en dat juist dit gegeven het belangrijkste onderscheid is tussen restitutie- en naturapolissen. Voor dit onderzoek hebben we als volgt geredeneerd: voor consumenten is van belang om te weten bij welke/hoeveel zorgaanbieders zij terecht kunnen zonder bij te betalen. Voor restitutiepolissen, waarbij er geen beperking is ten aanzien van de zorgaanbieders bij wie consumenten terecht kunnen, hebben we daarom de ‘contracteergraad’ gelijkgesteld aan 100%.

**Tabel 1: Productkenmerken basispolissen in clusteranalyse**

| Productkenmerken | Waarden | Bron |
|---|---|---|
| Type polis | Restitutie, Natura, Combinatie | NZa |
| Contracteergraad ziekenhuiszorg | Percentage | Zorgweb |
| Contracteergraad ZBC’s[18] | Percentage | Zorgweb |
| Contracteergraad apotheken | Percentage | Zorbweb |
| Contracteergraad fysiotherapie | Percentage | Zorgweb |
| Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg | Percentage | NZa |
| Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde apotheken | Percentage | NZa |
| Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde fysiotherapeuten | Percentage | NZa |
| Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde GGZ | Percentage | 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.

*: Alleen meegenomen voor 2016 en 2017; in 2018 boden alle polissen de mogelijkheid om online en/of per app te declareren en verschilden de polissen op dit punt dus geheel niet.

[18] ZBC: Zelfstandig Behandelcentrum.

## 2.2 Clusteranalyse

Op basis van de data in Tabel 1 hebben we voor 2016, 2017 en 2018 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 2.[19]

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[20] zijn we tot een geïnformeerde weging gekomen.[21] In dat consumentenonderzoek vroegen we consumenten om 100 punten te verdelen over verschillende kenmerken, al naar gelang het belang dat zij eraan hechten.[22] Vrije zorgkeuze bleek het belangrijkste: het kunnen bezoeken van veel verschillende of favoriete zorgaanbieders zonder bijbetaling (zie Bijlage 3). Het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg vonden consumenten minder belangrijk; een ruime meerderheid vindt zelfs een element van dienstverlening belangrijker. Deze resultaten hebben we vertaald in een weging voor de clusteranalyse. Als robuustheidscheck hebben we ook nog een andere weging toegepast, op basis van een variantieanalyse (ANOVA). De uitkomsten van de clusteranalyse (zie Hoofdstuk 3) zijn vergelijkbaar voor beide wegingen. Een uitgebreide beschrijving van deze en overige onderzoeksstappen is te vinden in Bijlage 3.

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 afstand van 0,05 op een schaal van 0 tot 1. Die schaal is de Gower Distance, een afstandsmaat die vaker wordt gebruikt in clusteranalyses en die met name geschikt is om de afstand tussen twee waarnemingen (polissen) te meten indien die waarnemingen worden gedefinieerd door verschillende typen variabelen, zoals contracteergraad (%), wel/niet online declareren (binaire variabele) en type polis (nominale variabele). In Hoofdstuk 3 laten we zien wat de gevolgen zijn wanneer we '(bijna) gelijk' meer of minder conservatief definiëren, dat wil zeggen lager of hoger dan 0,05.

Vervolgens hebben we bekeken welke (bijna) gelijke polissen van hetzelfde concern bijzonder veel

[19] Voor meer informatie over clusteranalyse en alternatieve afstandsmaten en methoden, zie bijvoorbeeld de uitleg van Berkeley University, USA, op https://www.stat.berkeley.edu/~s133/Cluster2a.html.
[20] Market Response, Onderzoek naar switchdrempels in de zorgmarkt, 15 september 2014.
[21] 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 minder gewicht krijgen. Een dergelijke onderzoeksstap viel buiten de scope van deze studie.
[22] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.

overeenkomsten vertonen. Op die polissen gaan we wat dieper in bij de duiding van de resultaten in Hoofdstuk 4.

**Box 2: 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.

**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 3.

**Het aantal clusters**
Bij hiërarchische clustering is de mate van abstractie een onderzoekskeuze. In dit onderzoek focussen we op clusters gekenmerkt door een maximale Gower Distance van 0,05 op de schaal van 0 tot 1. De reden hiervoor is dat we voor de beantwoording van de onderzoeksvraag vooral geïnteresseerd zijn in (bijna) gelijke basispolissen.

## 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 op voorhand beperkte premiespreiding binnen clusters, dat wil zeggen kleine prijsverschillen voor (bijna) gelijke basispolissen. Polissen in hetzelfde cluster zijn namelijk redelijk homogeen en concurrentie drijft de prijzen van homogene goederen omlaag.

De volgende stap is het uitrekenen van het premieverschil per cluster. 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 ($\mu_{ij}$), 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[23] ($Q_{ij}$) en dat aantal vermenigvuldigd met de te behalen overstapwinst voor die polis ($\mu_{ij}$) 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 verklaringen.

[23] Bron: NZa volumedata 2016, 2017 en 2018.

**Recap Hoofdstuk 2**

- Op basis van de data van 2016, 2017 en 2018 hebben we clusteranalyses uitgevoerd om per jaar (bijna) gelijke basispolissen te groeperen; in dit rapport focussen we op 2018 en lichten we relevante verschillen en overeenkomsten met 2016 en 2017 uit.
- Binnen elk cluster hebben we de verschillen in premie voor (bijna) gelijke polissen in kaart gebracht en berekend hoeveel consumenten welke polis afnemen (afnamen);
- Op basis daarvan hebben we voor 2016, 2017 en 2018 berekend hoeveel consumenten in totaal méér betaalden voor basispolissen waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestond. Hiervoor kunnen goede en minder goede redenen zijn; die bespreken we in Hoofdstuk 4.

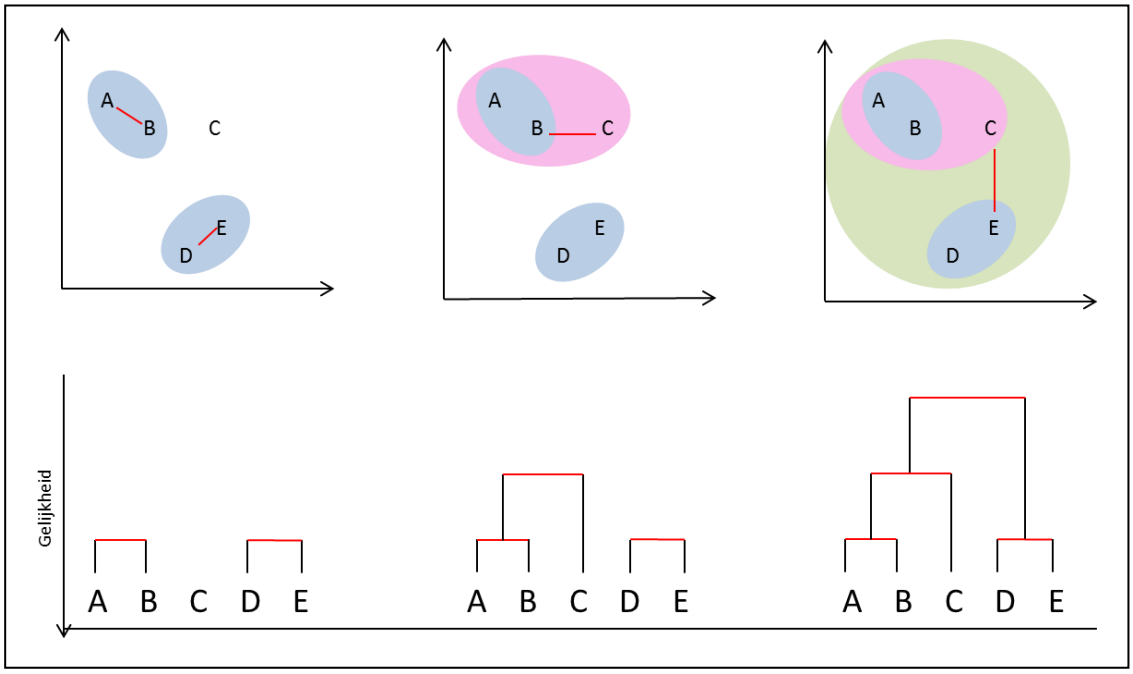
# 3. ONDERZOEKSRESULTATEN

## 3.1 Beperkte differentiatie tussen polissen

De 54 onderzochte basispolissen in 2018 hebben we hiërarchisch geclusterd. Bij hiërarchische agglomeratieve clustering begin je met allemaal losse waarnemingen (lees: polissen), die je stap voor stap groepeert. De maximale afstand, oftewel mate van verschil, die je toestaat tussen waarnemingen, bepaalt het aantal clusters. Bij de maximale afstand (Gower Distance = 1) zitten alle polissen in hetzelfde cluster, bij de minimale afstand (Gower Distance = 0) zijn er veel clusters waarvan de meesten bestaan uit slechts één polis.

De resultaten van een clusteranalyse kunnen worden weergegeven in een dendogram. Figuur 3 maakt inzichtelijk hoe zo'n dendogram is opgebouwd.

**Figuur 3: Opbouw dendogram**

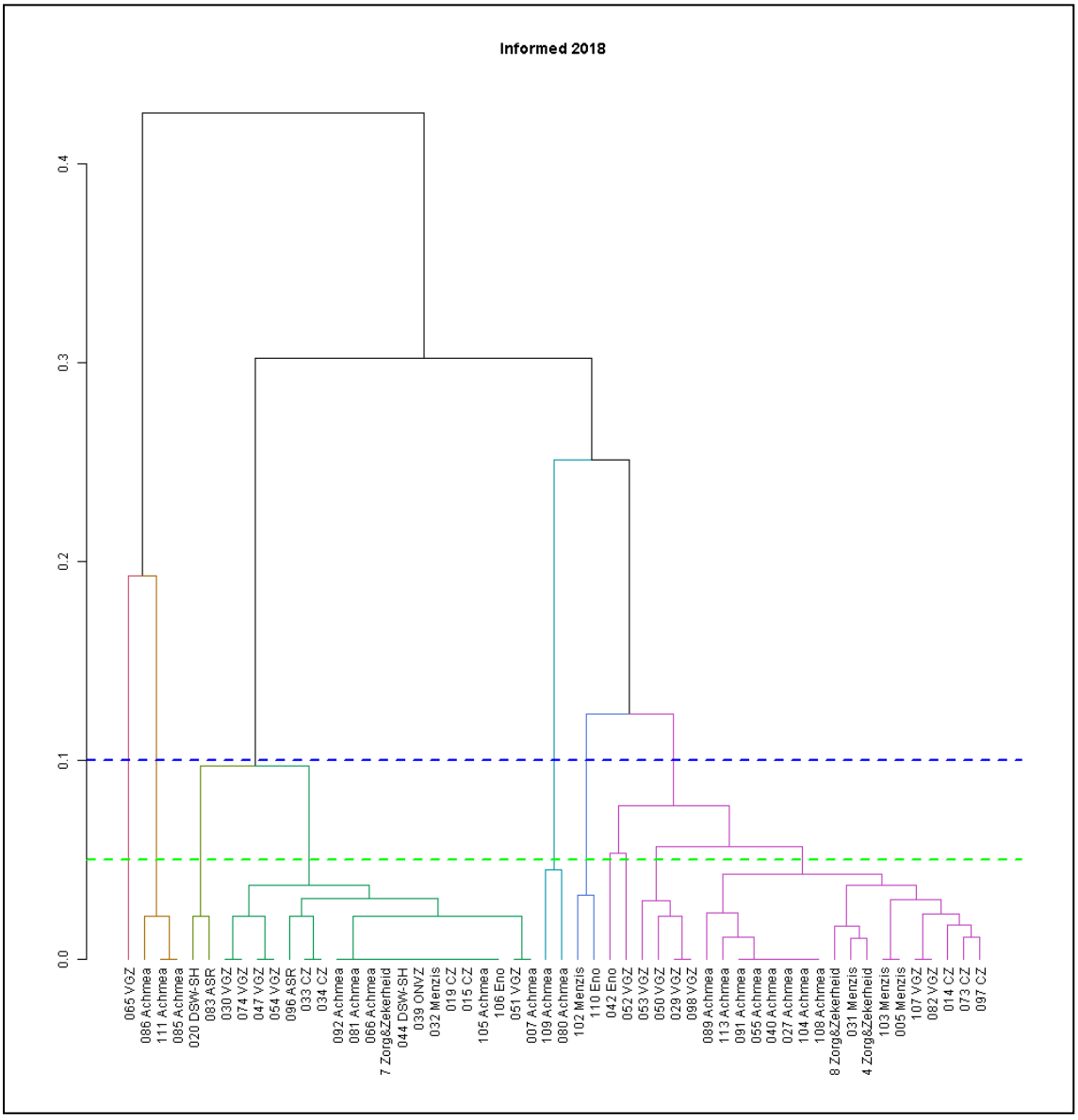



Bij hiërarchische clustering worden eerst de waarnemingen die het dichtst bij elkaar liggen (met andere woorden, het meest op elkaar lijken) gegroepeerd. In Figuur 3 liggen polis A en polis B het dichtst bij elkaar, evenals polis D en polis E. De eerste stap is het vormen van twee clusters: AB en DE. Dit wordt in de bovenste rij weergegeven door de gekleurde ovalen en in de onderste rij door de horizontale rode verbindingsstreepjes. Vervolgens wordt bekeken welke waarneming daarna het dichtstbij ligt. In Figuur 3 ligt polis C het dichtst bij cluster AB en wordt daarom aan dit cluster toegevoegd. In de laatste stap worden clusters ABC en DE samengevoegd; alle waarnemingen zitten nu in hetzelfde cluster. Dit correspondeert met de opbouw van de clusters in de onderste rij van Figuur 3; het dendogram. De verschillen (afstand) tussen de polissen in het grote cluster ABCDE zijn groter (kijk bijvoorbeeld naar de afstand tussen polis A en polis D) dan in de kleinere clusters AB

en DE.

Nu duidelijk is hoe een dendogram is opgebouwd, kunnen we hiermee de resultaten van de clusteranalyse in de zorgverzekeringsmarkt illustreren. Het dendogram in Figuur 4 laat zien welke clusters er bestaan voor verschillende afstanden, oftewel mate van gelijkheid, tussen basispolissen in 2018. Omwille van leesbaarheid zijn de basispolissen genummerd. In Bijlage 2 staat welke polis bij welk nummer hoort.

**Figuur 4: Clusters basispolissen 2018**




De afstandsmaat staat op de verticale as; de zogenaamde Gower Distance (toegelicht in Box 2) vertaalt de afstand (lees: mate van gelijkheid) van verschillende typen variabelen in een schaal van 0

tot 1. Hoe kleiner de afstand, hoe minder de polissen van elkaar mogen verschillen om een cluster te vormen, en hoe meer afzonderlijke clusters we zien. In het consultatiedocument focusten we op clusters gekenmerkt door een maximale afstand van 0,1 op een schaal van 0 tot 1. Dit interpreteerden we als '(bijna) gelijk'. In de consultatie werd door diverse partijen naar voren gebracht dat dit een te ruime definitie was, omdat niet alle poliskenmerken worden meegenomen in de clusteranalyse en er dus verschillen onopgemerkt konden blijven tussen (bijna) gelijke polissen binnen clusters. Een voorzichtigere interpretatie van 'bijna gelijk' is een afstand van 0,05, of in het extreme geval, een afstand van 0,0, waarbij polissen binnen hetzelfde cluster op elk van de onderzochte productkenmerken identiek zijn. Zoals opgemerkt in Hoofdstuk 2 geven de onderzochte productkenmerken een goed beeld van de verschillende polissen.

Bij een afstand van 0,05 zijn er in 2018 10 clusters (in Figuur 4 af te lezen aan het aantal verticale clusterlijnen dat de groene horizontale stippellijn snijdt). De clusterindeling staat in Bijlage 2. 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 bij een afstand van 0,05 komen qua individuele productkenmerken (zeer) sterk overeen. Wanneer we de afstand enigszins variëren, dus de groene stippellijn in Figuur 4 iets omhoog of omlaag bewegen, worden sommige clusters samengevoegd of ontstaan nieuwe clusters binnen de eerder gemeten clusters. Dit is inherent aan hiërarchische clusteranalyse; het aantal clusters wordt bepaald door de gekozen afstand. In de geest van 'bijna gelijk' en rechtdoend aan de opmerkingen die we in de consultatie ontvingen, gaan we uit van een afstand van 0,05, maar rapporteren we tevens de resultaten bij de afstanden 0,1 en 0,0.

**Tabel 2: Aantal (bijna) gelijke polissen per cluster in 2018**

| Afstand Gower Distance | 0,00 | 0,05 | 0,10 |
|---|---|---|---|
| **Aantal clusters** | 31 | 10 | 6 |
| **Aantal clusters met meer dan 1 polis** | 10 | 7 | 5 |
| **Aantal clusters met meer dan 1 polis van hetzelfde concern** | 9 | 5 | 4 |

Tabel 2 laat zien dat bij een afstand van 0,05 de 54 onderzochte polissen in 2018 zijn verdeeld over 10 clusters. Daarvan bevat de helft meer dan één (bijna) gelijke polis van hetzelfde concern. Bij een afstand van 0,0 zijn er 31 clusters. 10 van die clusters bevatten twee of meer polissen die op de onderzochte kenmerken identiek zijn. Daarvan bevatten 9 clusters twee of meer polissen van

hetzelfde concern.[24]

Het bestaan van meerdere clusters 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. Maar wanneer concerns – of zelfs verzekeraars – meerdere (bijna) gelijke polissen aanbieden tegen verschillende premies, is dit onwenselijk. In Hoofdstuk 5 gaan we hier dieper op in.

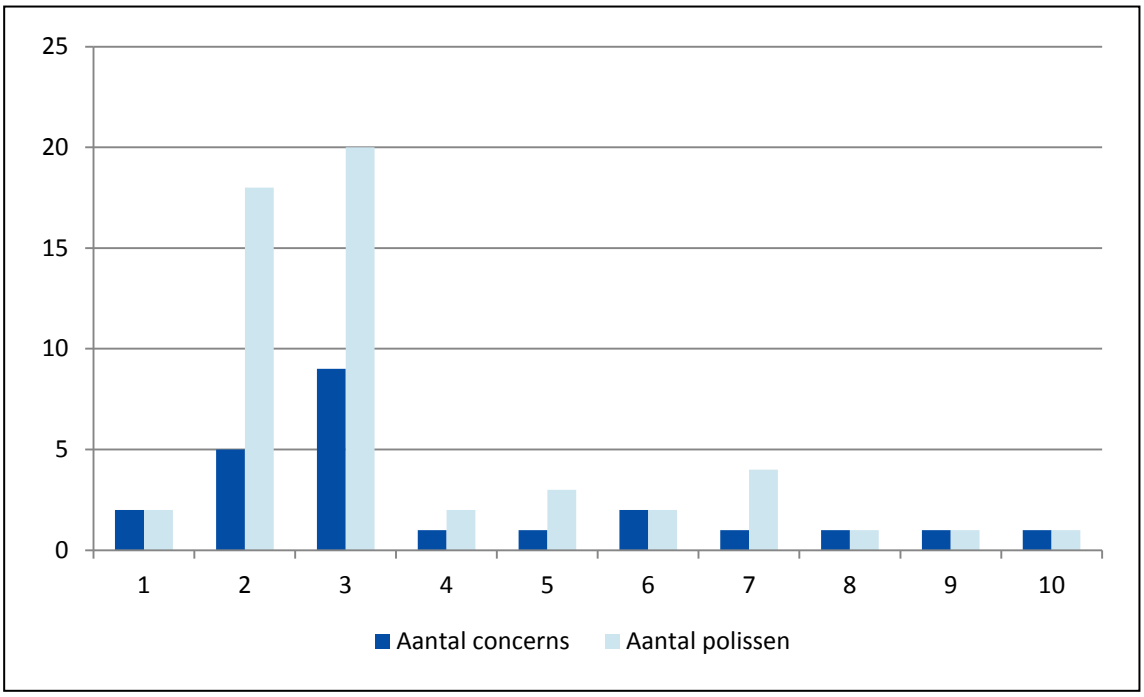
## 3.2 Concerns bieden meerdere (bijna) gelijke polissen aan

Figuur 5 toont de verdeling van het aantal polissen per cluster bij een afstand van 0,05. Op de horizontale as staan de clusters in 2018, genummerd 1 tot en met 10. Op de verticale as staan het aantal concerns (donkerblauw) en het aantal polissen (lichtblauw) per cluster. Drie clusters (8, 9 en 10) bestaan uit slechts één polis; er is dan geen andere polis die (bijna) gelijk is. Er zijn twee grote clusters: cluster 2 bestaat uit 18 vergelijkbare naturapolissen, cluster 3 bestaat uit 20 vergelijkbare restitutiepolissen.

Verder valt op dat er 5 clusters zijn met meerdere polissen van één concern. Zo bevat cluster 4 twee naturapolissen van De Friesland, bevat cluster 5 drie Achmea-polissen en bevat cluster 7 vier polissen van het VGZ-concern. De volledige clusterindeling voor 2018 bij een afstand van 0,05 op de Gower Distance staat in Bijlage 2.

[24] Bij een afstand van 0,1 zien we 6 clusters, hetgeen in orde van grootte overeenkomt met het aantal clusters dat met een alternatieve clustermethode, PAM (zie Box 2) gegenereerd wordt. Puur op basis van de gebruikte data, zouden we dus eerder neigen naar minder dan naar meer clusters om de polissen te groeperen; maar gelet op het feit dat we niet álle productkenmerken van basispolissen hebben kunnen meenemen en gelet op de input die we ontvingen in de consultatie, hanteren we voorzichtigheidshalve een strengere definitie van ‘(bijna) gelijk’ en gaan we uit van hiërarchische clustering, een afstand van 0,05 en 10 clusters.

**Figuur 5: Aantal concerns en polissen per cluster**




(Bijna) gelijke polissen binnen concerns verschillen bijvoorbeeld in distributiewijze (directe verkoop of via een tussenpersoon of volmacht) of het aanbieden van collectiviteitskorting. Deze elementen zijn naar het oordeel van de ACM en de NZa geen inherente kenmerken van een zorgverzekering en zijn om die reden niet meegenomen in de clusteranalyse.

We zien ook (bijna) gelijke polissen die werden aangeboden door dezelfde verzekeraar. Dit is bij een afstand van 0,05 voor 6 verzekeraars het geval. Vaak gaat het dan om twee of meer naturapolissen van dezelfde verzekeraar die een paar procentpunt verschillen in het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg en bijvoorbeeld in het wel of niet aanbieden van een collectiviteitskorting.[25] Volgens een grote verzekeraar zijn ook kleine verschillen in vergoedingspercentage relevante verschillen. Daarmee zouden polissen die hierin verschillen, niet als (bijna) gelijk kunnen worden beschouwd, volgens deze verzekeraar. In de weging is reeds het relatief beperkte belang dat consumenten hechten aan de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg meegenomen. Gegeven die weging belanden polissen van dezelfde verzekeraar die op geen van de onderzochte kenmerken verschillen, behalve enkele procentpunten van het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg, in hetzelfde cluster en kunnen zij daarom worden gezien als (bijna) gelijk.

Wanneer we een strengere definitie hanteren en geen enkel verschil toestaan in de onderzochte

[25] Omdat collectiviteitskorting al wordt meegenomen in het berekenen van het bedrag dat verzekerden meer betalen voor polissen waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestaat, hebben we dit niet als apart productkenmerk meegenomen.

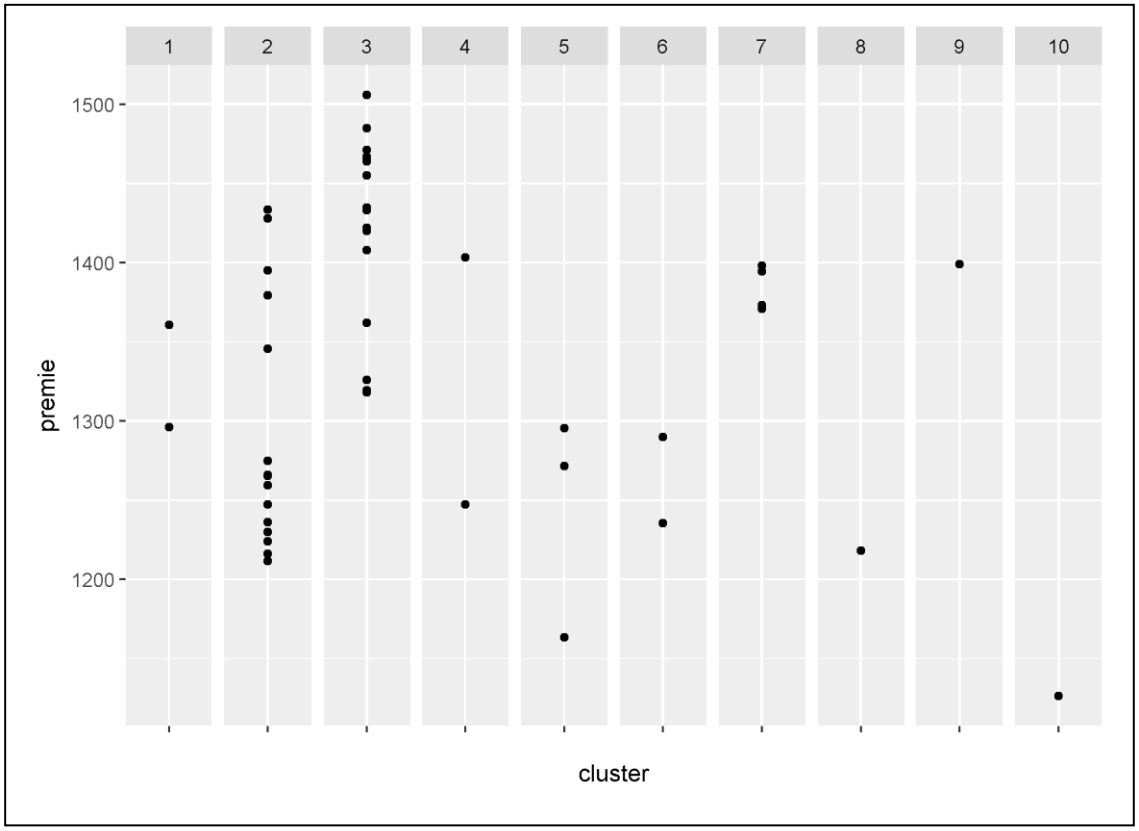
kenmerken (dus een afstand van 0,0), is er in 2018 één verzekeraar (Zilveren Kruis) die in een drietal clusters op de onderzochte kenmerken meerdere identieke polissen aanbiedt tegen verschillende premies. De betreffende polissen kennen enkele verschillen ten aanzien van elementen die niet zijn meegenomen in de clusteranalyse, namelijk beperkingen ten aanzien van het aantal aanbieders van hulpmiddelen en (online) apotheken waarbij consumenten terecht kunnen. Ook de digitale klantenbediening bij de ZieZo-polissen is volgens Zilveren Kruis een onderscheidend kenmerk.

## 3.3 Premieverschillen binnen clusters tot EUR 222 per jaar

We hebben onderzocht wat de premiespreiding binnen elk cluster is. We zien dat voor 2018 in cluster 2 het verschil tussen de goedkoopste en de duurste polis oploopt tot EUR 222 per jaar, zonder collectiviteitskorting.

Figuur 6 laat voor elk cluster (genummerd 1 tot en met 10) zien wat de premiespreiding is van de polissen in dat cluster. Elke polis wordt weergegeven door een zwarte stip. Op de verticale as kan worden afgelezen wat de hoogte van de premie is per polis. In cluster 2, het grote naturacluster, is de premie van de goedkoopste polis EUR 1211,40 per jaar en de premie van de duurste polis EUR 1433,40 per jaar. Het verschil is dus EUR 222 op jaarbasis. In cluster 3, het grote restitutiecluster, is het verschil EUR 188.

**Figuur 6: Premiespreiding in 2018 loopt op tot EUR 222**



Om deze spreiding te vergelijken met andere markten, rapporteren we ook de *coefficient of variation* (CV) per cluster. Deze coëfficiënt is gedefinieerd als de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde. Voor 2018 varieert de CV van 1% in cluster 7 tot 8% in cluster 4. Voor de relatief grote clusters 2 en 3 is dit 7% en 4%, respectievelijk.

Prijsspreiding komt ook in andere markten voor. Baye et al. (2005) geeft een overzicht van de theoretische en empirische literatuur. Ze concluderen dat informatieproblemen een belangrijke oorzaak zijn van prijsspreiding, er is meer aan de hand dan subtiele productverschillen. Tabel 3 geeft een selectie van de daar genoemde studies en de basiszorgverzekeringen in Nederland (deze studie). De tabel laat zien dat prijsspreiding voor homogene goederen van alle tijden is. De opkomst van het Internet verandert daar weinig aan, ondanks dat consumenten hierdoor in principe sneller en makkelijker kunnen zoeken en vergelijken.

**Tabel 3: Prijsspreiding in andere markten**

| Studie | Markt | Spreiding (CV) |
|---|---|---|
| ACM en NZa (2018, deze studie) | basiszorgverzekeringen (2016-2018) | 1% - 11% |
| Arnold en Saliba (2002) | studieboeken 2001 | 4% - 10% |
| Baye, Morgan en Scholten (2004) | consumentenelektronica 2000-2001 | 9% - 13% |
| Carlson en Pescatrice (1980) | diverse kleine huishoudelijke artikelen (1976) | 3% - 41% |
| Clay, Krishnan en Wolf (2001) | boeken 1999 | 10% - 18% |
| Eckard (2004) | bakpoeder, suiker, zout (1901) | 3% - 10% |
| Eckard (2004) | bakpoeder, suiker, zout (2001) | 0% - 13% |
| Gatti en Kattuman (2003) | consumentenelektronica in zeven Europese landen 2002 | 2% - 20% |
| Janssen, Moraga-Gonzalez en Wildenbeest (2005) | keyboards 2004 | 8% - 52% |
| Lach (2002) | kip, bloem, koffie (1993-1996) | 11% - 20% |
| Lach (2002) | koelkasten (1993-1996) | 5% |
| Pratt, Wise en Zeckhauser (1975) | diverse producten en diensten (1975) | 4% - 71% |
| Roberts en Supina (2000) | hout, textiel, beton, koffie, brandstof, brood, kranten, blik, containers (1963-1987) | 5% - 90% |
| Scholten en Smith (2002) | kleine huishoudelijke artikelen (1976) | 3% - 41% |
| Scholten en Smith (2002) | kleine huishoudelijke artikelen (2000) | 2% - 42% |
| Sorensen (2000) | medicijnen 1998 | 22% |
| Villas-Boas (1995) | koffie 1985 - 1987 | 22% |

Bron: M.R. Baye, J. Morgan, J. Morgan en P. Scholten, “Information, search and price dispersion”, Handbook on Economics and Information Systems, 2006.

Noot: De CV (variatiecoëfficiënt) is de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde.

## 3.4 Potentiële overstapwinst voor 9,8 miljoen premiebetalers in 2018

De prijsspreiding is behoorlijk en de vergelijking met andere markten laat zien dat prijsspreiding ook in andere markten voorkomt met praktisch homogene goederen. Een consument die in 2018 *at random* een polis in cluster 2 zou hebben gekozen, had EUR 106 kunnen besparen door in plaats daarvan de polis met de laagste premie te kiezen. Maar worden de duurdere polissen daadwerkelijk gekozen en in welke mate? In deze paragraaf berekenen we de potentiële overstapwinst voor alle verzekerden in 2018. Niet omdat het te verwachten is dat dit bedrag kan worden gerealiseerd, maar omdat het een orde van grootte aangeeft; een idee van de mate waarin consumenten mogelijk moeite hebben hun weg te vinden in het polisaanbod.

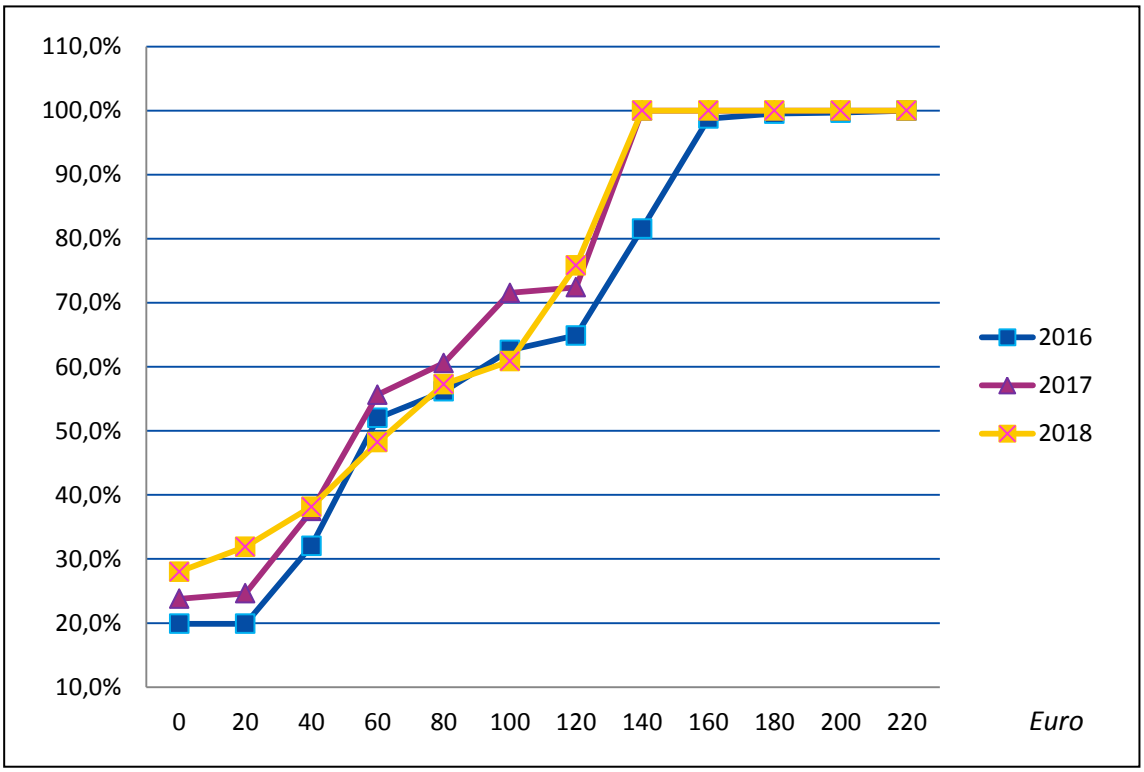
Zoals aangegeven in Hoofdstuk 2 hebben we voor elke basispolis *j* binnen een cluster *i* het verschil uitgerekend tussen de premie van die polis ($P_{ij}$) en de premie van de goedkoopste polis binnen het cluster ($P_{i_min}$). Eerst met de conservatieve aanname dat de laagste premie geen collectiviteitskorting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

In 2018 hebben 9,8 miljoen premiebetalers (72% van alle premiebetalers[26]) een basispolis waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestaat. Gemiddeld betalen mensen *in deze groep* EUR 93 per jaar meer dan wanneer zij de goedkoopste polis in het cluster hadden gekozen. Figuur 7 toont de cumulatieve verdeling van deze potentiële overstapwinst, ook voor 2016 en 2017.[27] Daarin zien we dat 39% van *alle* premiebetalers in 2018 EUR 100 of meer per jaar betaalt voor een polis waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestaat. Ten opzichte van 2016 en 2017 zien we geen duidelijke trend; in 2018 is het percentage premiebetalers zonder potentiële overstapwinst het hoogst (28%), maar ook het percentage premiebetalers dat EUR 100 of meer extra betaalt (39%). Verder valt op dat in alle drie de jaren relatief veel mensen EUR 120 tot EUR 160 meer betaalden dan het goedkoopste, (bijna) gelijke alternatief (24%-34%).

[26] Met uitzondering van de verzekerden van iptiQ, die we niet in onze analyse konden meenemen; zie voetnoot 17.

[27] Een cumulatieve verdeling laat op de horizontale as de overstapwinst per jaar in euro zien en op de verticale as het percentage van de premiebetalers waarvoor geldt dat de overstapwinst lager of gelijk is aan het bedrag op de horizontale as.

**Figuur 7: Potentiële overstapwinst van EUR 100 of meer voor een derde van premiebetalers**




De totale potentiële overstapwinst bedroeg in 2018 EUR 905 miljoen (berekening 1) tot EUR 1.173 miljoen (berekening 2). Zowel de premiespreiding als het aantal verzekerden varieert per cluster. In clusters met slechts één polis is per definitie geen spreiding of potentiële overstapwinst. Cluster 2 (het grote naturacluster) vormt 82% van de totale potentiële overstapwinst in 2018 en de verzekerden in dat cluster konden gemiddeld EUR 106 per jaar besparen. Binnen cluster 2 springen drie polissen er uit die 69% van de totale potentiële overstapwinst van 2018 voor hun rekening nemen. 50% van de premiebetalers die in 2018 goedkoper uit hadden kunnen zijn, had een van deze drie polissen. In de andere clusters varieert de potentiële overstapwinst van EUR 27 in cluster 7 tot EUR 95 in cluster 4. Merk op dat de aantallen verzekerden gebruikt worden voor deze berekening, dit is niet direct af te lezen in de figuur.

Tabel 4 toont de potentiële overstapwinst voor de jaren 2016, 2017 en 2018, berekend met de conservatieve aanname dat de laagste premie geen collectiviteitskorting bevat (‘berekening 1’), daarna met de aanname dat dit wel zo is (‘berekening 2’). Hierbij gaan we uit van de 10 clusters die bestaan bij een afstand van 0,05 op de Gower Distance. In 2018 was de totale potentiële overstapwinst € 905 miljoen volgens berekening 1 en € 1,17 mld volgens berekening 2. In dit rapport noemen we verder alleen de uitkomsten voor berekening 1.

Uit tabel 4 blijkt dat de potentiële overstapwinst en het percentage premiebetalers dat niet de goedkoopste polis in het cluster heeft door de jaren heen redelijk constant is. Dit geldt ook voor

andere maten van gelijkheid tussen polissen. Bij een afstand van 0,0 (31 clusters) ligt de potentiële overstapwinst per jaar lager, namelijk tussen EUR 305 miljoen en EUR 397 miljoen voor de periode 2016-2018. Bij een afstand van 0,1 (6 clusters), ligt de potentiële overstapwinst per jaar hoger, namelijk tussen EUR 1 miljard en EUR 1,6 miljard voor de periode 2016-2018. Met de alternatieve clustermethode PAM ligt de potentiële overstapwinst per jaar ook hoger, namelijk tussen EUR 1,3 miljard en EUR 1,7 miljard. Zie Bijlage 3 voor meer robuustheidsanalyses.

**Tabel 4: Potentiële overstapwinst 2016-2018**

| | | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|
| **Totale potentiële overstapwinst** | Berekening 1 | € 1,01 mld | € 835 mln | € 905 mln |
| | Berekening 2 | € 1,20 mld | € 1,04 mld | € 1,17 mld |
| **Premiebetalers met potentiële overstapwinst** | Berekening 1 | 80% | 76% | 72% |
| | Berekening 2 | 84% | 87% | 90% |
| **Gemiddelde potentiële overstapwinst** | Berekening 1 | € 93,59 | € 80,54 | € 92,55 |
| | Berekening 2 | € 104,98 | € 88,34 | € 95,76 |

Noot: het gemiddelde is berekend over de groep premiebetalers met potentiële overstapwinst, dus niet alle premiebetalers.

Het gaat hier om potentiële overstapwinst, dat wil zeggen het bedrag dat consumenten zouden kúnnen besparen indien zij de goedkoopste polis in hun cluster zouden kiezen. Er kunnen goede en minder goede redenen zijn waarom consumenten dit niet doen. Die bespreken we in het volgende hoofdstuk. Ook is het belangrijk om te beseffen dat, zodra consumenten daadwerkelijk gaan overstappen, de premies het volgende jaar kunnen worden aangepast (zoals in elke markt de prijzen zich aanpassen aan bewegingen in vraag en aanbod) waardoor de totale potentiële overstapwinst kleiner zal zijn. Het hoe en waarom bespreken we in Hoofdstuk 5.

**Recap Hoofdstuk 3**

- De hoeveelheid differentiatie tussen basispolissen is beperkter dan hij lijkt: er zijn weliswaar 55 polissen (waarvan 54 onderzocht) maar die worden gekenmerkt door slechts 10 clusters. Er zijn dus 10 ‘smaken’ om uit te kiezen.
- Voor 44 van de 54 onderzochte basispolissen bestond in 2018 een (bijna) gelijk alternatief dat goedkoper was.
- In 2018 betaalden 9,8 miljoen premiebetalers gemiddeld € 93 per jaar meer voor hun basispolis ten opzichte van een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief.
- 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 in 2018 9,8 miljoen consumenten elk gemiddeld 93 euro meer betalen voor polissen waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestaat. Er kunnen verschillende redenen zijn voor de keuzes van consumenten. 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 haar keuze daarom voor haar 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 wijzen op obstakels in het keuzeproces:

- Schijndifferentiatie
- Moeilijk vindbare en verwarrende informatie
- Zoek- en overstapkosten
- Begrensde rationaliteit

## 4.1 Niet-waargenomen kenmerken en voorkeuren

Premieverschillen kunnen worden verklaard door verschillende factoren. Verschillende stakeholders hebben in dit kader gewezen op verschillen in bedrijfsvoering en andere aanbod-gerelateerde factoren, zoals verschillen in solvabiliteit en risicoverevening. Hoewel dit soort factoren vanuit de verzekeraar gezien wellicht verschillende premies voor (bijna) gelijke polissen kan verklaren, verklaren ze niet waarom consumenten deze hoger geprijsde polissen ook daadwerkelijk afnemen. Vanuit de consument bezien is het niet logisch om meer te betalen voor een polis waarvoor een (bijna) gelijk, goedkoper alternatief bestaat, tenzij zij een positieve waardering hebben voor poliskenmerken of gerelateerde factoren die niet zijn meegenomen in de clusteranalyse. Op deze kenmerken en factoren gaan we in deze paragraaf dieper in.

### 4.1.1 Contractering en vergoeding van zorgaanbieders

In de clusteranalyse hebben we belangrijke productkenmerken van basispolissen meegenomen en ze gewogen op basis van consumentenonderzoek.[28] Allereerst de elementen die volgens de Zorgverzekeringswet premieverschillen mogen verklaren tussen polissen van dezelfde verzekeraar: de te verzekeren prestaties (recht op zorg (natura) of recht op vergoeding van kosten van zorg (restitutie)), in dit onderzoek vertaald als ‘type polis’, en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in artikel 11 lid 1 Zwv, in dit onderzoek vertaald als ‘contracteergraad’ en ‘vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg’. Daarnaast een aantal servicekenmerken, omdat uit consumentenonderzoek bleek dat consumenten dienstverlening relatief belangrijk vinden.

[28] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.

We hebben met de kenmerken ‘contracteergraad’ en ‘vergoedingspercentage niet-gecontracteerde zorg’ gefocust op de belangrijkste typen zorg (naar omzet): medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen en ZBC’s), apotheken en fysiotherapie. Maar er zijn natuurlijk meer zorgsoorten. Het valt dus op basis van de gebruikte data niet uit te sluiten dat twee polissen die (bijna) gelijk lijken maar een verschillende premie hebben, alsnog verschillen in de contractering of vergoeding van andere typen zorg, zoals ggz of kraamzorg. Voor (bijna) gelijke polissen van dezelfde verzekeraar lijkt dit echter onwaarschijnlijk, aangezien de meeste verzekeraars met meerdere (bijna) gelijke polissen niet per polis lijken te contracteren maar voor meerdere polissen tegelijk.

Daarnaast kan het zo zijn dat specifieke zorgaanbieders in de ene polis wel, en in de andere polis niet gecontracteerd zijn; dit kan voor individuele consumenten reden zijn om de ene polis te verkiezen boven de andere, ondanks een premieverschil. Consumenten kennen een groot belang toe aan het kunnen bezoeken van hun favoriete ziekenhuis of andere zorgaanbieder.[29] We weten echter niet of er zorgaanbieders zijn die bovengemiddeld gewaardeerd worden en of de contractering van die zorgaanbieders varieert voor verschillende basispolissen.

### 4.1.2 Aanvullende verzekering

De meerderheid van de consumenten (84%[30]) heeft een aanvullende verzekering. Wanneer een aanvullende polis restricties bevat ten aanzien van een basispolis bij dezelfde verzekeraar, kan dit reden zijn voor consumenten om meer te betalen voor een basispolis die op de onderzochte kenmerken niet verschilt van een goedkoper alternatief. Zo kunnen de standaard aanvullende pakketten van Menzis niet gecombineerd worden met de goedkopere online polis van Menzis (Basis Voordelig); er zijn specifiek voor die basispolis aangeboden aanvullende pakketten, die een relatief beperkt aantal en soort behandelingen vergoeden. Iemand die regelmatig fysiotherapie nodig heeft maar anderszins in goede gezondheid is, of met een sterke voorkeur voor alternatieve geneeswijzen, zou om deze reden bewust een duurdere basispolis kunnen kiezen, ondanks de aanwezigheid van een (bijna) gelijk, goedkoper alternatief. Het is een open vraag voor hoeveel mensen dit geldt.

### 4.1.3 Waardering verzekeraar

Consumenten kunnen ook een bredere waardering hebben voor de kwaliteit en inspanningen van de verzekeraar (denk aan wachtlijstbemiddeling en toegang tot hulpmiddelen) en bijvoorbeeld het merk, waardoor zij bereid zijn meer premie te betalen in vergelijking met het (bijna) gelijke, goedkopere alternatief van een andere verzekeraar. Dit staat consumenten geheel vrij en betekent niet per sé dat de concurrentie gebrekkig is, noch dat consumenten foute keuzes maken. Het grote aantal consumenten dat zegt tevreden te zijn met de huidige verzekeraar en het belang dat zij toekennen

[29] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.
[30] NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017, 5 oktober 2017.

aan ‘het zich thuisvoelen bij de verzekeraar’[31] ondersteunen deze mogelijke verklaring voor de geobserveerde uitkomsten.

Echter, merkwaardering kan ten hoogste een gedeeltelijke verklaring voor de geobserveerde uitkomsten zijn. Het verklaart immers niet waarom consumenten (ook) meer betalen voor polissen waarvoor (bijna) gelijke alternatieven van hetzelfde merk worden aangeboden. Ook worden de duurdere polissen in een cluster niet steevast door dezelfde verzekeraar(s) aangeboden (hetgeen bijvoorbeeld zou kunnen duiden op bepaalde verzekeraar-specifieke kenmerken die door consumenten bijzonder hoog gewaardeerd worden).

## 4.2 Schijndifferentiatie

### 4.2.1 Verschillen lijken groter dan ze zijn

Er worden veel ogenschijnlijk verschillende basispolissen 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.[32] 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. In box 3 staat een voorbeeld.

De wetenschappelijke literatuur laat zien dat schijndifferentiatie – ten minste in theorie – bijdraagt aan hogere zoekkosten en verwarring bij consumenten en daardoor tot hogere prijzen en minder consumentenwelvaart leidt.[33]

[31] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.

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

[33] Zie bijvoorbeeld K. Kalayci en J. Potters, “Buyer confusion and market prices”, International Journal of Industrial Organization, 29 (2011) 14-22.

**Box 3: Voorbeeld van uitvergrote verschillen**

De Friesland biedt voor 2018 twee naturapolissen aan: de Zelf Bewust Polis en de Alles Verzorgd Polis. Deze twee polissen vormen samen cluster 4 (zie Hoofdstuk 3).

Doordat de verzekeraar verschillende accenten van de twee naturapolissen uitlichtte op haar website, leken de verschillen tussen de polissen groter dan ze daadwerkelijk zijn. Bij de Alles Verzorgd Polis stond bijvoorbeeld: “Gemak, alles is geregeld”, “ Wij […] zorgen ervoor dat uw nota’s snel worden behandeld” en “Met de Alles Verzorgd Polis bent u verzekerd van de beste zorg. Wij maken voor u afspraken met zorgverleners over service en kwaliteit […]”. Bij de Zelf Bewust Polis werd juist de zelfstandigheid van de consument aangesproken.

Bron: Schermafbeelding van de website van De Friesland d.d. 8 juni 2018, Alles Verzorgd Polis.

Het is goed mogelijk dat consumenten door deze informatie konden denken dat de uitgelichte eigenschappen van de Alles Verzorgd Polis alleen voor die polis gelden en niet voor de goedkopere Zelf Bewust Polis. En dat zij op basis van deze informatie voor de duurdere naturapolis hebben gekozen. Uit navraag is gebleken dat sommige eigenschappen juist niet verschillen. Wat bijvoorbeeld wordt genoemd onder “Gemak, alles is geregeld” geldt evengoed voor de goedkopere polis.

NB: In reactie op vragen die de ACM en de NZa hierover hebben gesteld in het kader van dit onderzoek, heeft De Friesland de tekst op haar website aangepast. Daardoor is duidelijker waarin de twee naturapolissen wel en niet verschillen.

Schijndifferentiatie komt ook voor in andere markten. Denk bijvoorbeeld aan reclame-uitingen voor wasmiddelen of eenvoudige medicijnen tegen hoofdpijn (praktisch dezelfde inhoud, andere verpakking). Ook daar kan het tot onwenselijke uitkomsten leiden, wat de vraag oproept wanneer overheidsingrijpen al dan niet passend is. In vergelijking met andere markten is de zorgverzekeringsmarkt een maatschappelijk zeer relevante markt, 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. Ten slotte draagt goede marktwerking bij aan het beheersbaar houden van de zorgkosten en dient daarmee een publiek belang.

### 4.2.2 Schijndifferentiatie vergt 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.[34] 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 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. Uitgaande van een afstand op de Gower Distance van 0,05 zijn er in 2018 41 polissen met één of meer (bijna) gelijke alternatieven van hetzelfde concern. In 19 gevallen gaat het om (bijna) gelijke polissen van dezelfde verzekeraar en 11 keer daarvan betreft het (bijna) gelijke polissen van hetzelfde label. In Box 4 staat één van de opvallende voorbeelden.

[34] 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 (2013), Price competition with consumer confusion, Management Science, 59:11, 2450-2469.

**Box 4: Voorbeeld (bijna) gelijke polissen van één concern**

Van de 55 polissen die er in 2018 op de markt waren (54 onderzocht), werd ongeveer een derde (18 polissen) aangeboden door vijf verzekeraars van het Achmea-concern, onder 11 labels. De polissen zijn gegroepeerd in 10 clusters van (bijna) gelijke polissen (zie Hoofdstuk 3). Vier clusters bevatten twee of meer polissen van Achmea.

| | Aantal polissen | Aantal verzekeraars | Aantal labels | Polissen |
|---|---|---|---|---|
| Cluster 2: naturapolissen | 8 van 18 | 4 | 7 | Interpolis ZorgActief<br>OZF Zorgpolis<br>Zilveren Kruis Basis Zeker<br>Avéro ZorgPlan Natura<br>Pro Life Principe Polis (natura)<br>FBTO Zorg basisverzekering naturapolis<br>ZieZo Basis<br>Interpolis ZorgCompact |
| Cluster 3: restitutiepolissen | 5 van 20 | 4 | 5 | FBTO Zorg basisverzekering Restitutiepolis<br>De Friesland Vrije Keus Polis<br>Avéro ZorgPlan Restitutie<br>Zilveren Kruis Basis Exclusief<br>Pro Life Principe Polis Restitutie |
| Cluster 4: De Friesland | 2 van 2 | 1 | 1 | De Friesland Alles Verzorgd Polis<br>De Friesland Zelf Bewust Polis |
| Cluster 5: budgetpolissen | 3 van 3 | 2 | 3 | Zilveren Kruis Basis Budget<br>Avéro ZorgPlan Selectief<br>ZieZo Selectief |

In veel van deze gevallen gaat het om (bijna) gelijke polissen van verschillende verzekeraars binnen het Achmea-concern. Ze verschillen bijvoorbeeld in de distributiewijze en/of het aanbieden van collectiviteitskorting. Deze elementen zijn naar het oordeel van de ACM en de NZa geen inherente kenmerken van een zorgverzekering en zijn om die reden niet meegenomen in de clusteranalyse. Volgens artikel 17 lid 2 Zvw bieden deze elementen geen grondslag voor premie-differentiatie wanneer verder identieke polissen in de zin van dat lid door dezelfde verzekeraar worden aangeboden (door verschillende verzekeraars van hetzelfde concern is wettelijk toegestaan).

De polissen die door dezelfde verzekeraar worden aangeboden kennen enkele verschillen ten aanzien van de aanbieders van hulpmiddelen of online apotheken waarbij consumenten terecht kunnen, beperkingen in het aantal vergoede behandelingen, en digitale klantbediening.

## 4.3 Moeilijk vindbare en verwarrende informatie

### 4.3.1 Informatievoorziening door zorgverzekeraars kan beter

De mogelijke consumentenschade als gevolg van schijndifferentiatie wordt verzwaard wanneer informatie moeilijk vindbaar 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 4.5.1) 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, juist, volledig, en toegankelijk 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, volledig, en toegankelijk te zijn. Hier zien we bij een aantal verzekeraars nog ruimte voor verbetering (zie ook paragraaf 6.2).

### 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 gelijke of nagenoeg gelijke polissen die – mogelijk tegen een andere premie – door hetzelfde concern of zelfs door dezelfde verzekeraar worden aangeboden.[35] De NZa heeft aangekondigd in 2018 verder in te zetten op de vindbaarheid van informatie van zorgverzekeraars.[36]

Daarnaast bestaan er diverse wettelijke maatregelen om misleidende informatie tegen te gaan. Zo is het zorgverzekeraars op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (artikel 40 Wmg) onder meer 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.[37] 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,

[35] Zie voetnoot 5.

[36] NZa, Acties NZa voor en tijdens overstapperiode 2017-2018, brief aan Minister Bruins (VWS), 23 maart 2018.

[37] 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.

risico's, uitvoering, […]

waardoor de gemiddelde consument een besluit over een overeenkomst neemt of kan nemen, dat hij anders niet had genomen."

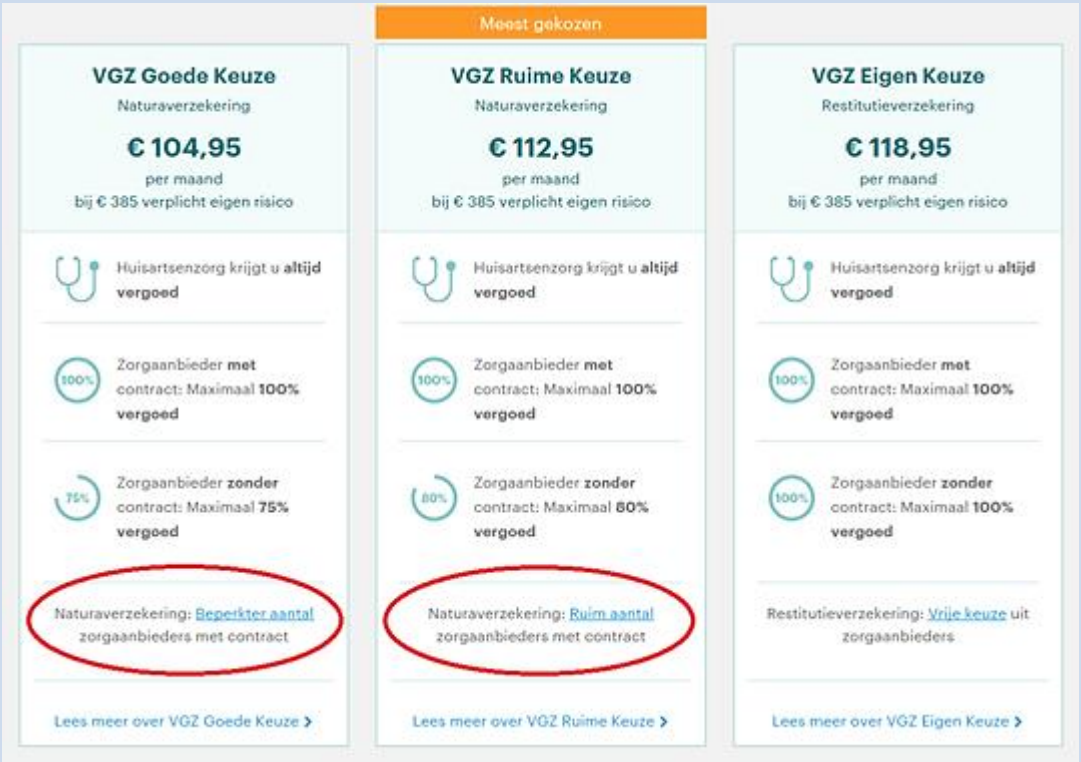
In Hoofdstuk 6 bespreken we de mogelijkheid om deze wet- en regelgeving strenger toe te passen.

**Box 5: Verschil in aantal gecontracteerde zorgaanbieders?**

VGZ bood in 2016 en 2017 onder het label VGZ twee naturapolissen aan: 'VGZ Goede Keuze' en 'VGZ Ruime Keuze'. De polissen verschilden in het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg (75% versus 80%), in de contractering van drie behandelingen voor medisch-specialistische zorg en verblijf, en in het aantal gecontracteerde aanbieders van hoortoestellen en verbandmiddelen waarbij verzekerden terecht konden.

Voor verreweg de meeste typen zorg waren voor de twee polissen dezelfde zorgaanbieders gecontracteerd. Echter, door de hier rood omcirkelde tekst op de VGZ-website ("ruim aantal zorgaanbieders met een contract" versus "beperkter aantal zorgaanbieders met een contract") zouden consumenten makkelijk kunnen denken dat er een significant verschil in keuze bestond met betrekking tot het aantal gecontracteerde zorgaanbieders over de hele linie – terwijl dit niet het geval was.*

Het premieverschil tussen deze twee basispolissen bedroeg in 2017 EUR 96 per jaar bij een standaard eigen risico van EUR 385 indien afgesloten via VGZ. Per 2018 heeft VGZ haar polisaanbod gewijzigd en biedt zij de Goede Keuze polis niet langer aan; als reden geeft de verzekeraar aan dat de verschillen tussen de twee polissen steeds kleiner waren geworden.




Bron: Schermafbeelding van de VGZ-website d.d. 12 september 2017.

*: Ook in de 'Vergelijk en Kies'-module op www.vgz.nl werd bij het zoeken naar gecontracteerde zorgaanbieders voor de meeste zorgsoorten geen onderscheid gemaakt tussen de twee naturapolissen. Wel voor de drie behandelingen voor medisch-specialistische zorg en verblijf, hoortoestellen en verbandmiddelen. Alleen bij hoortoestellen zat uiteindelijk verschil in het gecontracteerde aanbod.

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 minder of helemaal niet gaan zoeken. Dit is een mogelijke verklaring voor de uitkomsten die we hebben waargenomen. Wat dit betekent voor consumenten 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. 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.

Verschillende studies verschaffen inzicht in de zoek- en overstapkosten van zorgverzekerden. Enquêteonderzoek van Domino Determann[38] 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% 3 uur of meer. In consumentenonderzoek voor de ACM[39] gaf 42%

[38] Gebaseerd op D. Determann, Discrete choice experiments for health policy: past, present and future, 28 september 2016.
[39] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.

van de consumenten aan dat zij verwachten dat het hen maximaal 2 uur kost om de keuze voor een zorgverzekering te maken. 22% verwacht er 3 tot 4 uur mee bezig te zijn en 18% denkt dat een zorgverzekering kiezen hen 5 uur of meer kost. Deze (verwachte) tijdsbesteding heeft niet alleen betrekking op de basisverzekering, maar ook op de aanvullende verzekering.

### 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 naar een (bijna) gelijke, goedkopere polis en is dus een mogelijke verklaring voor de resultaten uit Hoofdstuk 3.

De literatuur onderscheidt een aantal vormen van overstapkosten.[40] *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. 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.

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

## 4.5 Complexiteit en begrensde rationaliteit

### 4.5.1 Zorgverzekering kiezen is complex

Zelfs als alle informatie feitelijk correct is, iedereen bij wijze van spreken een week vrij zou krijgen om te zoeken en alle verschillen in de polissen correct zou weten te ontcijferen, 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.[41] 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.

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[42] concludeert dat niet iedereen in dezelfde mate beschikt over de cognitieve vaardigheden die nodig zijn om een bewuste keuze te maken in de zorgverzekeringsmarkt (Figuur 8). Ook in de wetenschappelijke literatuur worden zorgverzekeringen doorgaans als complexe producten bestempeld.[43]

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.[44] Daardoor is de kans groter dat ze een polis kiezen die niet aansluit bij hun voorkeuren, of die hen niet de beste prijs-kwaliteit verhouding biedt.

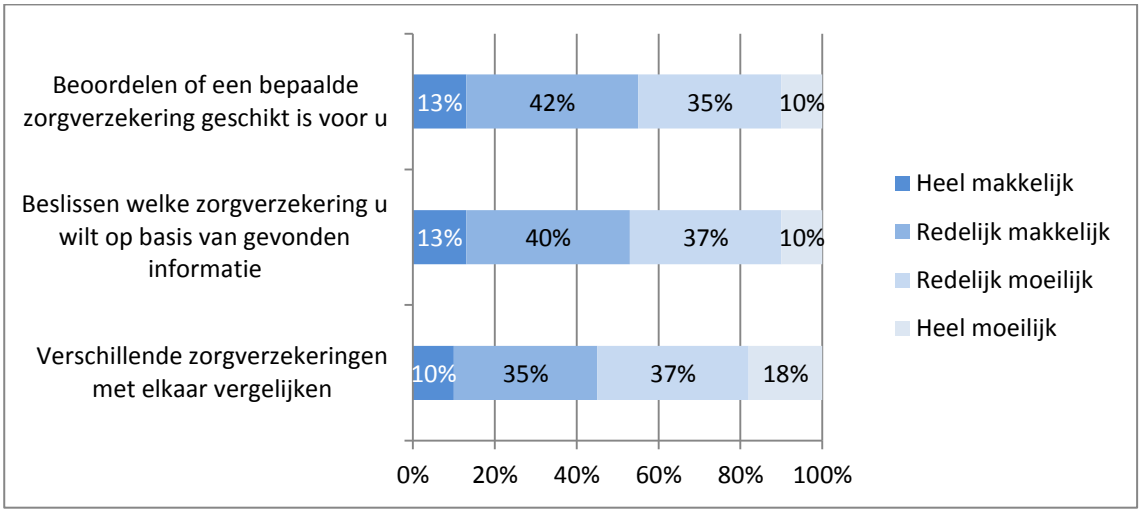
[41] Zie bijvoorbeeld: UK Financial Conduct Authority, Applying behavioural economics at the Financial Conduct Authority, Occassional Paper No., April 2013. In 2013 merkte de Commissie Structuur Nederlandse banken (Commissie-Wijffels) op: "In financiële zaken is de gemiddelde consument kwetsbaar. Consumenten nemen informatie selectief op, hebben een asymmetrische, eerder intuïtieve dan calculerende perceptie van risico's en besteden relatief weinig tijd aan de vergelijking van financiële producten. […] Consumenten hebben behoefte aan transparante en eenvoudige financiële producten." Commissie Structuur Nederlandse banken (Commissie-Wijffels), Naar een dienstbaar en stabiel bankwezen, juni 2013.

[42] NIVEL, De zorgverzekeringsmarkt vraagt om vaardigheden van verzekerden waar niet iedereen in dezelfde mate over beschikt, 2016.

[43] Zie bijvoorbeeld B. R. Handel en J.T. Kohlstad, "Health insurance for humans", American Economic Review 2015, 105(8): 2449–2500.

[44] Zie bijvoorbeeld R. Spiegler, Bounded Rationality and Industrial Organization, Oxford University Press, 2011.

**Figuur 8: Keuzes maken op de zorgverzekeringsmarkt: makkelijk of moeilijk?**




Bron: Nivel (2016). N=819-827. Onderzoek onder leden van het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg.

### 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 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid[45] wijst er in zijn 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[46] en het – al dan niet correcte – idee dat hun huidige polis die zekerheid biedt.

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.[47]

[45] WRR, Weten is nog geen doen - een realistisch perspectief op redzaamheid, 2017.
[46] Market Response, Rapportage switchdrempels zorgmarkt, 15 september 2014.
[47] 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.

### 4.5.3 Bewuste keuze?

Kiezen consumenten eigenlijk wel bewust? Uit dit onderzoek blijkt 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 ruim 60% 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[48] in 2016 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 zijn die extra premie betaalden voor polissen waarvoor een (bijna) gelijk goedkoper alternatief bestond.

**Recap Hoofdstuk 4**

- In 2016, 2017 en 2018 had de meerderheid van de consumenten niet de goedkoopste polis in hun cluster. Dit kan voor een deel worden verklaard doordat consumenten bewust meer betalen voor polissen omdat ze tevreden zijn, zich thuis voelen bij het merk, of bijvoorbeeld vanwege de koppeling met een bepaalde aanvullende verzekering.
- Dit verklaart hoogstwaarschijnlijk echter niet volledig de geobserveerde consumentenkeuzes; er is in deze markt namelijk sprake van schijndifferentiatie, aanzienlijke zoekkosten en soms moeilijk vindbare en verwarrende informatie. Tevens beschikken consumenten in beperkte mate over de benodigde kennis en vaardigheden om een passende zorgverzekering te kiezen. De bevindingen van dit onderzoek hebben betrekking op basispolissen, maar moeten worden gezien in de bredere context waarin tevens vele collectiviteiten en aanvullende verzekeringen worden aangeboden, die de nadelige effecten van de geconstateerde obstakels verder vergroten.
- Andere markten kunnen ook één of meer van deze kenmerken hebben. De zorgverzekeringsmarkt is een maatschappelijk relevante markt, waarin iedereen verplicht verzekerd is en zorgpremies een relatief groot deel van het besteedbaar inkomen van huishoudens uitmaken. Goede marktwerking draagt bij aan het beheersbaar houden van de zorgkosten en dient daarmee een publiek belang.

[48] 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.

# 5. GEVOLGEN VOOR DE CONSUMENT

## 5.1 Obstakels in keuzeproces verlagen consumentenwelvaart

Veel consumenten hebben een polis waarvoor volgens de clusteranalyse een alternatief bestaat dat niet slechter scoort op belangrijke productkenmerken maar wel tot EUR 222 per jaar goedkoper is. Dat lijkt op het eerste gezicht een inconsistente keuze, maar er kunnen verschillende legitieme redenen voor zijn (zie paragraaf 4.1). Het is echter ook aannemelijk dat schijndifferentiatie, moeilijk vindbare en verwarrende informatie, en beperkingen in zoek- en overstapgedrag de waargenomen uitkomsten deels verklaren. Dit kan nadelige gevolgen hebben, die we in dit hoofdstuk bespreken.

### 5.1.1 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 zorg en minus de zoek- en overstapkosten voor het maken van de keuze.[49] 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.

De resultaten laten zien dat veel consumenten beter af zouden kunnen zijn met een andere polis (bijvoorbeeld de polis met de laagste premie binnen het cluster). Dit duidt 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 verzekeringen niet vergelijkt, is niet gevoelig voor de prijs- en kwaliteitsverschillen tussen de verschillende verzekeringen. Dat gegeven geeft verzekeraars in theorie 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 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.[50]

[49] 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.

[50] 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.

### 5.1.2 Prikkel voor innovatie in verzekeringsproduct

Mogelijk hebben obstakels in het keuzeproces uiteindelijk 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. Als de innovatie in polissen wordt geremd gaat dit ten koste van de consumentenwelvaart.

Met betrekking tot de investeringsprikkels van zorgverzekeraars concludeerden de ACM en de NZa[51] 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.[52] 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. 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.

## 5.2 Ligt er EUR 905 miljoen voor het oprapen?

In ons basismodel zagen we dat consumenten in 2018 in totaal EUR 905 miljoen méér betaalden voor basispolissen waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestond, en dat deze totale potentiële overstapwinst de afgelopen jaren min of meer constant is gebleven (zie Tabel 4 in Hoofdstuk 3). In Hoofdstuk 4 zagen we dat daar meerdere redenen voor kunnen zijn. We kunnen daarom ook niet zonder meer stellen dat consumenten alle potentiële overstapwinst ‘teveel’ betalen.

Maar er is nog een reden waarom er niet structureel EUR 905 miljoen voor het oprapen ligt. Immers, zelfs als het productaanbod en de premies het volgende jaar ongewijzigd zouden blijven, dan nog zou de totale potentiële overstapwinst 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, dat zal ook gelden als er op basis van dit rapport wijzigingen worden doorgevoerd. Kortom, we verwachten niet dat iedereen die volgens onze resultaten zou kunnen overstappen ook daadwerkelijk gaat overstappen.

Een dergelijke massale overstap zou voor verzekeraars financiële problemen kunnen opleveren, ook

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

[52] In de consultatie van het onderhavige rapport benadrukte enkele verzekeraars dat zij zich niet in deze conclusies konden vinden.

gelet op de aanzienlijke solvabiliteitseisen.[53,54] In de consultatie hebben sommige verzekeraars aangegeven dat polissen onder de kostprijs worden aangeboden. 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".[55] Het is goed mogelijk dat polissen die in de clustering als goedkoopste uit de bus komen *beneden* de spilpremie, en mogelijk zelfs beneden kostprijs worden aangeboden. Deze kunnen in dat geval alleen worden aangeboden omdat voldoende mensen polissen kiezen met een premie *boven* de spilpremie.

## 5.3 Wat gebeurt er als meer mensen overstappen?

Wat gebeurt er als meer consumenten bewuster 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 in theorie sterker worden. Het is wel mogelijk dat polissen die in 2016, 2017 en 2018 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. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of specifieke groepen consumenten systematisch meer betalen dan anderen.

Ten derde is het mogelijk dat wanneer meer mensen overstappen, er in het daarop volgende jaar minder overstapwinst te behalen valt, ook omdat verzekeraars de premies kunnen aanpassen. Tot slot kan toegenomen consumentenmobiliteit leiden tot selectie-effecten. Hiervan is sprake als relatief goedkopere polissen met een beperkt netwerk van gecontracteerde zorgaanbieders vooral worden

[53] ACM, Toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt, 24 januari 2017.
[54] Volgens een artikel in het NRC van 13 november 2017 is het systeem helemaal niet ingericht op veel overstappers. Prof. Dr. Erik Schut, hoogleraar Gezondheidsbeleid en Zorgeconomie, merkt hier over op: "Bij 20% wordt het echt een probleem". NRC, Zorgpremies lopen verder uiteen, 13 november 2017.
[55] NZa, Rapport risicoselectie en risicosolidariteit door zorgverzekeraars, september 2016. Een update hiervan wordt gerapporteerd in: NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017, september 2017.

afgenomen door gezonde verzekerden en als relatief dure polissen met een ruim netwerk vooral worden afgenomen door zieke verzekerden.[56]

Al met al verwachten we dat het verbeteren van de obstakels in het keuzeproces van consumenten in de zorgverzekeringsmarkt goed zal uitpakken voor veel consumenten. Wel moeten we bedacht zijn op eventuele selectie-effecten. Niet iedereen zal evenveel kunnen profiteren. 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 obstakels in het keuzeproces worden weggenomen, de 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.

[56] 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

De ACM en de NZa 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 méér dan een kwestie van consumentenvoorkeuren en merkloyaliteit. Anders gezegd: we vinden het onaannemelijk dat bijna driekwart van de zorgverzekerden gemiddeld EUR 93 extra premie over heeft voor een merkbeleving, terwijl er tegelijkertijd veel kritische geluiden in de maatschappij zijn over de hoogte van de zorgpremies en over het verplichte eigen risico. Er is meer aan de hand: schijndifferentiatie, moeilijk vindbare en verwarrende informatie, zoek- en overstapkosten en complexiteit zorgen dat er sprake is van obstakels in het keuzeproces van 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 verkennen we wie wat zou kunnen doen om de nadelige gevolgen van de genoemde obstakels te verminderen.

Traditioneel worden oplossingen voor dit type problemen vaak gezocht op het vlak van transparantie en informatievoorziening. Zolang 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 (paragraaf 6.2).

Naar verwachting is dit evenwel niet voldoende; aanvullende aanpassingen aan het keuzeproces 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 daarom als aanvullende oplossingsrichting ‘goed kiezen makkelijker maken’ (paragraaf 6.3).

Het kan nodig zijn om een stap verder te gaan, en bovenop transparantiemaatregelen en verminderde complexiteit maatregelen te treffen die een direct effect hebben op het polisaanbod en/of de premiestelling. Deze oplossingsrichting komt aan bod in paragraaf 6.4.

We spreken nadrukkelijk over *mogelijke* oplossingen. Hoewel we bij elke oplossingsrichting kort stilstaan bij de voor- en nadelen en concrete voorbeelden, zouden de daadwerkelijke uitvoerbaarheid en effectiviteit van concrete maatregelen apart moeten worden onderzocht. Hiertoe worden door

VWS[57] en door ACM en NZa al enige verkennende stappen gezet. Verder verwachten we dat tenminste een deel van de oplossingen eveneens van toepassing kan zijn op het aanbod collectiviteiten en aanvullende verzekeringen.

## 6.2 Informatievoorziening aan consumenten verbeteren

| | |
|---|---|
| Wie? | Zorgverzekeraars, tussenpersonen, volmachten, collectiviteiten, vergelijkingssites, consumenten en toezichthouders |
| Waarom? | Verminderen van schijndifferentiatie, moeilijk vindbare en verwarrende informatie, en zoekkosten; keuzeproces voor consumenten vereenvoudigen. |
| Voordelen: | Relatief eenvoudig te realiseren, slechts intensivering van bestaande activiteiten. |
| Nadelen: | Naar verwachting nuttig maar niet voldoende. |

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 en/of zo nodig de regels aanscherpen of stellen binnen hun bevoegdheid.

### 6.2.1 Begrijpbare en vindbare informatie voor consumenten

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[58] van de Zorgverzekeringskaart blijkt dat tijdens de overstapperiode 2016/2017 nog maar een beperkt deel van de zorgverzekerden bekend was met de Zorgverzekeringskaart, maar dat degenen die de kaart kenden en gebruikt hadden, daar erg positief over waren. Dit beeld is onveranderd in 2018.[59] 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

[57] Ministerie van VWS, Kamerbrief over keuzegedrag van verzekerden en het komende overstapseizoen, 7 november 2017.
[58] 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.
[59] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.

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 het geval is. Recent onderzoek in opdracht van de NZa naar de vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatie verstrekt door verzekeraars, onderschrijft dit. In het onderzoek gaf slechts 14% tot 37% van de respondenten aan zeker te weten dat zij de gevraagde informatie gevonden hadden.[60]

De vindbaarheid en vergelijkbaarheid van informatieverstrekking door verzekeraars heeft daarom de aandacht van de toezichthouders. 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.[61] 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.[62]

### 6.2.2 Strenger handhaven van bestaande wet- en regelgeving

Strenger handhaven van bestaande wet- en regelgeving kan helpen om de informatievoorziening door zorgverzekeraars te verbeteren én zoekkosten te verminderen. Met name relevant in deze context zijn de bepalingen in wet- en regelgeving omtrent gelijke of nagenoeg gelijke polissen, misleiding, en naamsvermelding van de onderliggende modelovereenkomst:

- *Gelijke of 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 gelijke of nagenoeg gelijke polissen binnen

[60] NZa, Acties NZa voor en tijdens de overstapperiode, brief aan Minister Bruins (VWS), 23 maart 2018.
[61] ACM, Toezichthouders roepen consumenten op hun zorgverzekering onder de loep te nemen, 18 november 2011.
[62] Consuwijzer, Hoe herken ik een goede vergelijkingssite voor verzekeringen? Zie ook: AFM, Waar kan ik op letten bij een vergelijkingssite?

hetzelfde concern op hun websites te plaatsen.[63] Mede op basis van inzichten opgedaan in dit onderzoek, is daar per 1 november 2017 aan toegevoegd dat ook gelijke of nagenoeg gelijke polissen aangeboden door dezelfde verzekeraar in een dergelijk overzicht moeten worden opgenomen.

De vraag is of deze informatie over gelijke of 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 Zorgverzekeringskaart, die vaak in opvallend gekleurde tekstvakken en eerder op de betreffende pagina's wordt gepresenteerd. De NZa heeft aangekondigd in 2018 verder in te zetten op de vindbaarheid van informatie over gelijke of nagenoeg gelijke polissen op de websites van zorgverzekeraars.[64]

- *Misleiding*
  In sommige gevallen zou schijndifferentiatie en verwarrende 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 zulke schijndifferentiatie hebben onderzocht in het kader van de wetgeving op het gebied van misleiding. Echter, handhaving van deze wetgeving[65] kan wel degelijk een optie zijn – 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.[66] ACM verwacht dan ook dat daadwerkelijk consumentengedrag en gedragsinzichten een meer nadrukkelijke rol zullen gaan spelen bij de invulling van de meerdere open normen die bestaan binnen het consumentenrecht.[67] Het is denkbaar dat het inspelen op consumentenvalkuilen in sommige

[63] Zie voetnoot 5.
[64] NZa, Acties NZa voor en tijdens de overstapperiode, brief aan Minister Bruins (VWS), 23 maart 2018.
[65] Artikel 40 lid 3 Wmg spreekt niet alleen over 'niet misleiden' maar bepaalt ook dat zorgverzekeraars er zorg voor moeten dragen dat de door of namens hen verstrekte of beschikbaar gestelde informatie ter zake van een product of dienst, waaronder reclame-uitingen, geen afbreuk doet aan het bepaalde bij of krachtens deze wet, de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg.
[66] Zie bijvoorbeeld de Europese Commissie, "A European Consumer Agenda - Boosting confidence and growth", Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the Economic and Social Committee and the Committees of the Regions, 22 mei 2012: "Consumer laws should […] be updated to meet the needs of changing markets and to take account of emerging insights from behavioural sciences about how consumers behave in practice."
[67] Zie P. Dijkstra en A. Tuinstra, "Toepassing van gedragsinzichten in het consumentenrecht door de Autoriteit

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 onder meer stelt dat de zorgverzekeraar er voor zorg moet dragen dat de collectiviteiten met wie hij een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten onder meer duidelijk moeten maken op welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteitskorting betrekking heeft. De zorgverzekeraar moet hier ook voor zorgdragen als niet de collectiviteiten zelf, maar eventuele derden op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar een modelovereenkomst aanbieden met collectiviteitskorting. Het moet daarmee voor de verzekerden direct duidelijk zijn over welke polis het gaat, zodat de verzekerde eenvoudiger alternatieven kan vergelijken. De NZa controleert hier komend overstapseizoen intensiever op en neemt de effecten mee in de jaarlijkse rapportage over het overstapseizoen.

Het gaat er niet alleen om dát er juiste en volledige informatie wordt aangeboden, maar ook hóe dat 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.[68] Wanneer transparantieregels door dit soort aspecten in de uitvoering hun doel dreigen te missen, kunnen aanvullende maatregelen gerechtvaardigd en wenselijk zijn.

## 6.3 Goed kiezen makkelijker maken

| | |
|---|---|
| Wie? | VWS/wet- en regelgever, toezichthouders en zorgverzekeraars |
| Waarom? | Verminderen van zoekkosten en onbewuste ‘keuzes’ voor duurdere polissen |
| Voordelen: | Aanvulling op bestaande informatiemaatregelen, andere invalshoek waarmee naar |

Consument en Markt”, Tijdschrift voor Consumentenrecht en Handelspraktijken, 2017-6, 279-284.

[68] 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.

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[69] 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 nog weinig bekend.

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

### 6.3.1 Productcomplexiteit verminderen

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 weinig zicht hebben op bijvoorbeeld het ‘gemiddelde gecontracteerde tarief’. Een alternatieve optie is 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 – aspecten waarvan consumenten zelf aangeven ze het belangrijkst te vinden.[70] Een risico hierbij is echter dat de prikkel van zorgaanbieders om contracten te sluiten met verzekeraars en zorgkosten te beperken vermindert.

[69] N. Jungmann en T. Madern, Duurzame verbetering van gezond financieel gedrag. Droom of werkelijkheid?, WRR Working Paper 23, 30 juni 2016.
[70] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.

- *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 en focussen consumenten vooral op het kortingspercentage[71] 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[72] 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 mogelijk worden vereenvoudigd door bijvoorbeeld in te perken onder welke omstandigheden collectieven de korting mogen aanbieden aan afnemers.[73] 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%.[74]

- *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.[75] 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.

- *Standaardisatie*
  Een wellicht intuïtieve oplossing voor complexe producten is het introduceren van een standaardproduct. Ook in de politieke en maatschappelijke discussie rondom (bijna) gelijke

[71] 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 hen de best passende verzekering voor hen was.
[72] NZa, Monitor collectieve zorgverzekeringen 2016 – De effecten van collectieve zorgverzekeringen voor burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, september 2016.
[73] Zie in dit verband ook de brief van de NZa aan de Minister van VWS, Advies zorginhoudelijke criteria bij collectieve zorgverzekeringen, 29 november 2017.
[74] Artikel 18 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.
[75] NZa, Regeling informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars aan consumenten, Regeling TH/NR-010, 2017.

polissen wordt standaardiseren genoemd.[76] Standaardiseren kan in deze context verschillende dingen betekenen: één standaardpolis *in plaats van* het bestaande polisaanbod, of een standaardpolis *naast* het bestaande polisaanbod.[77] Beide opties kennen serieuze kanttekeningen.

Het aanbieden van één standaardpolis door alle verzekeraars in plaats van het bestaande aanbod kan bijdragen aan vergelijkbaarheid, maar leidt vermoedelijk ook tot onnodige vermindering van daadwerkelijke, door consumenten gewaardeerde, differentiatie. Consumenten kunnen dan wellicht beter hun weg vinden in het polisaanbod, maar kunnen daarin mogelijk niet langer een polis vinden die goed aansluit bij hun voorkeuren.

Een andere, minder vergaande, manier waarop standaardisatie kan plaatsvinden is door het introduceren van een standaardproduct náást het bestaande productaanbod. Enkele jaren geleden is het nut en de noodzaak van financiële standaardproducten uitgebreid onderzocht door verschillende partijen, naar aanleiding van een aanbeveling van de Commissie Structuur Nederlandse banken.[78] Het achterliggende idee was dat dergelijke standaardproducten onder andere zouden bijdragen aan de vergelijkbaarheid voor consumenten. Uit het onderzoek kwam naar voren dat het introduceren van een standaardproduct in financiële markten deze beleidsdoelstelling op zichzelf staand niet zal realiseren. Immers, enkel en alleen door de aanwezigheid van een standaardproduct zullen consumenten niet beter in staat zijn om bewuste keuzes te maken. Uit experimenteel onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van een standaardproduct, naast het bestaande aanbod, zelfs kan bijdragen aan verwarring of twijfel bij consumenten, omdat ze een extra product moeten vergelijken.[79]

Ook is geen eenduidig positief effect op de concurrentie te verwachten van een standaardproduct naast het bestaande productaanbod. De ACM[80] merkte hier eerder over op: “Er bestaat een risico dat aanbieders, onafhankelijk van elkaar, beslissen de afzet van het standaardproduct te minimaliseren. In dat geval hebben standaardproducten naar verwachting een minimaal effect op de marktwerking, en zetten de aanbieders hun *business as usual* voort. Ook als aanbieders besluiten het standaardproduct wel actief en concurrerend aan te bieden, is geen eenduidig positief effect op de mate van concurrentie in

[76] Tweede Kamer der Staten-Generaal, Motie van het lid Van den Berg, C.S., 14 december 2017. De Consumentenbond “strijdt er […] voor dat identieke polissen dezelfde naam krijgen, ongeacht wie ze aanbiedt.” Consumentenbond, nieuwsbericht ‘Motie kloonpolissen (CDA) overgenomen’, 22 december 2017.
[77] Deels is de basisverzekering in zekere zin al een gestandaardiseerd product, omdat de overheid de inhoud van het pakket samenstelt. In deze paragraaf bedoelen we met ‘een standaardpolis in plaats van het bestaande polisaanbod’ nog verdergaande standaardisatie, ook op de punten waarop zorgverzekeraars in de huidige situatie kunnen variëren.
[78] R.A. Uittenbogaard en J. Toussaint, “Financiële standaardproducten in aanvulling op het bestaande aanbod: een goed idee?”, Tijdschrift voor Consumentenrecht en handelspraktijken, 2017-6.
[79] CenterData, “Effecten van standaardproducten op keuzegedrag van consumenten”, 28 oktober 2016.
[80] ACM, “Financiële standaardproducten – Studie naar de effecten van standaardproducten op de marktwerking in de financiële sector”, februari 2015.

de gehele markt te verwachten. Door een vergroting van het productaanbod neemt de onderlinge concurrentie mogelijk toe, maar consumenten zullen ook meer producten moeten vergelijken waardoor ze minder prijsgevoelig worden. Het uiteindelijke effect hangt dan af van de specifieke marktomstandigheden en van welk van twee voorgaande effecten domineert."

### 6.3.2 Blokkades wegnemen voor consumenten

Verkennend onderzoek[81] naar de gedragsfactoren die een rol spelen bij het keuzegedrag van 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; aan hen zijn maatregelen gericht op meer of betere informatie (nog) niet besteed. Andere typen interventies kunnen dan mogelijk uitkomst bieden.

Recente onderzoeken[82] 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.[83] Ruim een derde (36%) van de respondenten in consumentenonderzoek voor de

[81] 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. 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.
[82] Zie voetnoot 81.
[83] NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017, september 2017.

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.[84] 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. 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.

- *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, volgens de onderzoekers. 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. Experimenteel onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS laat zien dat een communicatieboodschap over zorgverzekeringen, al dan niet met een filmpje over het gemak van overstappen, bijdraagt aan meer bewuste keuzes van consumenten.

[84] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.

- *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 uitvoerbaarheid en de effectiviteit van deze maatregelen zou nog (verder) moeten worden getest in de praktijk.

## 6.4 Het aanbod en/of de premiestelling beperken

| | |
|---|---|
| Wie? | VWS/wet- en regelgever |
| Waarom? | Verminderen van schijndifferentiatie en zoekkosten. |
| Voordelen: | Naar verwachting effectief |
| Nadelen: | Ingrijpend, beperkt ondernemingsvrijheid van verzekeraars |

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 de ondernemingsvrijheid van private zorgverzekeraars beperkt[85] en die 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 en/of collectiviteiten 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

[85] Omdat de Zvw wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars dient ook rekening gehouden te worden met de Europeesrechtelijke kaders. "Ingrijpen in het aanbod is slechts mogelijk als dat objectief noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang en als er geen minder vergaande maatregelen zijn om het nagestreefde doel te bereiken." Brief van de Minister voor Medische Zorg aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 24 januari 2018.

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. In de praktijk gaat het doorgaans om meerdere naturapolissen van hetzelfde label, die sterk overeenkomen, vaak op een verschil in vergoedingspercentage of distributiewijze na. Het aantal (bijna) gelijke polissen van hetzelfde label is sinds 2016 niet sterk afgenomen (2016: 13, 2017: 11, 2018: 11).[86]

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.[87] 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 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.

Een andere manier om consumenten te helpen hun weg te vinden in het aanbod basispolissen, is om het grote aantal collectiviteiten terug te dringen. De ACM en de NZa hebben zich eerder kritisch uitgelaten over de meerwaarde van collectiviteiten, voor zover die met name als kortingsinstrument worden ingezet. Tevens heeft de NZa aangegeven dat transparantieregels niet de oplossing lijken om meer helderheid te verschaffen in het grote aanbod van collectiviteiten.[88]

### 6.4.2 Uitbreiding verbod op premiedifferentiatie naar concernniveau

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 wellicht duidelijker dat het om (bijna) gelijke polissen gaat. Op grond van artikel 17 Zvw 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." Dit wordt ook wel het verbod op premiedifferentiatie genoemd. Omdat de strategische beslissingen en premievaststelling binnen concerns vaak centraal plaatsvinden, zou een premiedifferentiatieverbod op concernniveau ook kunnen worden overwogen.

Ook dit is een vergaande maatregel. Bovendien laat de economische theorie zien dat het soms verstorend kan zijn om prijsbeslissingen te beperken en het tot een herverdeling van welvaart kan

[86] Bij een afstand van 0,05 op de Gower Distance.
[87] Standaardiseren is eerder genoemd (paragraaf 6.3.1). Standaardisatie in de vorm van één standaardpolis in plaats van het bestaande aanbod, is feitelijk natuurlijk ook een beperking van het aantal polissen.
[88] NZa, Acties NZa voor en tijdens de overstapperiode, brief aan Minister Bruins (VWS), 23 maart 2018.

leiden. In het adviesrapport ‘Duiding verschillen tussen polissen’ beveelt de NZa aan om een uitbreiding van de werkingssfeer van artikel 17 lid 2 Zvw tot concerns te onderzoeken. Zo’n onderzoek zou zich dan ook kunnen richten op de vraag of een dergelijke uitbreiding meerwaarde heeft voor de keuzeruimte en het keuzeproces van de verzekerde.

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 zouden moeten worden op uitvoerbaarheid en effectiviteit, voordat ze worden toegepast.

**Recap Hoofdstuk 6**

- Alle partijen in de zorgverzekeringsmarkt hebben een rol bij het verbeteren van het keuzeproces van consumenten;
- Oplossingsrichtingen om de negatieve effecten van schijndifferentiatie, moeilijk vindbare en verwarrende informatie, zoek- en overstapkosten, en begrensde kennis, vaardigheden en gedragsvalkuilen van consumenten tegen te gaan zijn:
    - het verbeteren van de informatievoorziening van zorgverzekeraars aan consumenten, onder andere door strengere handhaving door toezichthouders;
    - goed kiezen makkelijk maken, door productcomplexiteit te verminderen en obstakels voor consumenten weg te nemen;
    - en indien nodig het verminderen van het aantal (bijna) gelijke basispolissen en/of het beperken van premieverschillen tussen (bijna) gelijke basispolissen;
- De uitvoerbaarheid en effectiviteit van concrete maatregelen zou eerst zorgvuldig moeten worden getest voordat ze kunnen worden toegepast.

# BIJLAGE 1 INPUT CONSULTATIE

| Input openbare consultatie | Reactie ACM en NZa |
|---|---|
| Meerdere stakeholders hebben aangegeven dat de managementsamenvatting en de communicatie rondom het rapport de indruk wekten dat consumenten massaal geld lieten liggen en dat er een miljard voor het oprapen ligt. | We betreuren het verlies in nuance dat is ontstaan in de beeldvorming, ondanks de uitleg dat er niet structureel een miljard euro voor het oprapen ligt. In het eindrapport leggen we dit op meerdere (prominente) plekken beter uit. |
| Een aantal verzekeraars heeft gevraagd waarom het onderzoek op data van 2016 is gebaseerd en waarom we geen recentere data gebruiken. | Ten tijde van het onderzoek was 2016 het meest recente jaar waarvoor alle benodigde data beschikbaar waren. Inmiddels zijn ook de data voor 2017 en 2018 beschikbaar. Voor het eindrapport hebben we daarom ook de analyse voor 2017 en 2018 uitgevoerd. Dit doet tevens recht aan recente ontwikkelingen in het polisaanbod en in de zorgverzekeringsmarkt als geheel. |
| Verschillende stakeholders hebben verklaringen aangedragen voor de geobserveerde uitkomsten, die hun oorsprong hebben in de aanbodzijde van de markt, zoals bedrijfseconomische overwegingen. | Hoewel dit soort argumenten wellicht verschillende premies voor (bijna) gelijke polissen kan verklaren, verklaren zij niet dat consumenten extra premie betalen voor polissen waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestaat. Vanuit een consument bezien is het niet logisch om een hogere prijs voor een product te betalen, simpelweg omdat de betreffende aanbieder hogere kosten heeft dan zijn concurrent. Het onderzoek focust op het keuzegedrag van consumenten in de zorgverzekeringsmarkt. |
| Enkele stakeholders wezen op de koppeling met aanvullende verzekeringen. | Het onderzoek beperkt zich tot het aanbod basisverzekeringen. We erkennen dat aanvullende verzekeringen eveneens relevant zijn. Waar dit het geval is, gaan we hier in het eindrapport expliciet op in. |
| Een aantal stakeholders heeft vraagtekens geplaatst bij de clusterindeling, omdat sommige polissen in hun optiek niet (bijna) gelijk waren. | We hebben na de consultatie de weging van de productkenmerken in de clusteranalyse aangepast en beter onderbouwd, op basis van recent consumentenonderzoek in opdracht van de ACM (Zorgmonitor 2018). Tevens hebben we een strengere definitie van ‘(bijna) gelijk’ gehanteerd. Dit heeft geleid tot een |

| Input openbare consultatie | Reactie ACM en NZa |
|---|---|
| | andere clusterindeling voor 2016. Tevens hebben we aanvullende robuustheidsanalyses uitgevoerd naar aanleiding van de input die we van stakeholders hebben ontvangen. |
| Verschillende stakeholders hebben gewezen op een aantal kleine feitelijke onjuistheden en suggesties gedaan voor verduidelijking. | We hebben het merendeel van deze opmerkingen en suggesties overgenomen in het eindrapport. |
| Een aantal zorgverzekeraars heeft aangegeven dat verschillen in distributiewijze (zoals de verkoop van basisverzekeringen via volmachten en collectiviteiten) een legitieme verklaring zijn voor de geobserveerde premieverschillen en consumentenkeuzes. | Distributiewijze is naar het oordeel van de ACM en de NZa geen inherent kenmerk van een zorgverzekering en is om die reden niet meegenomen in de clusteranalyse. Ook is het de vraag of enkel een verschil in distributiewijze een verschil in modelovereenkomst en daarmee polisnaam en premie rechtvaardigt; volgens artikel 17 Zvw is dit geen grondslag voor premiedifferentiatie wanneer verder identieke polissen door dezelfde verzekeraar worden aangeboden (door verschillende verzekeraars van hetzelfde concern is wettelijk wel toegestaan). |
| Volgens een aantal stakeholders behoefden sommige onderzoeksaspecten, termen en figuren meer uitleg en onderbouwing. Voorbeelden zijn het gebruik van de korting voor een hoger eigen risico, de term ‘suboptimaal’, en de leesbaarheid van het dendogram. | In het eindrapport leggen we op verschillende plekken beter uit wat de onderzoeksaanpak is en onderbouwen we welke keuzes we daarbij hebben gemaakt. Evenals in het consultatiedocument zijn we transparant over de grenzen van het onderzoek. Termen waarover we meerdere vragen ontvingen, lichten we toe. Tevens leggen we beter uit welke informatie uit de figuren kan worden opgemaakt. |
| Een aantal stakeholders verwees ons naar mogelijk relevante wetenschappelijke literatuur en andere bronnen. | We zijn erkentelijk voor de suggesties en hebben deze aangedragen bronnen waar mogelijk benut bij het schrijven van het eindrapport. |
| Een verzekeraar wees ons op de ontbrekende data in de gebruikte dataset en stelde voor deze | Voor de definitieve analyses hebben we deze suggestie overgenomen. De dataset is daardoor verbeterd. We merken op dat niet alle verzekeraars hun contracteergraden op dezelfde totale aantallen |

| Input openbare consultatie | Reactie ACM en NZa |
|---|---|
| data op te vragen bij de betreffende verzekeraar(s). | apotheken, fysiotherapeuten, en ZBC's baseren. Omwille van vergelijkbaarheid zijn we uitgegaan van de totale aantallen in de dataset van Zorgweb en hebben we in een aantal gevallen redelijke aannames gedaan op basis van de door zorgverzekeraars aangeleverde cijfers (zie Bijlage 3). |
| Enkele stakeholders hebben suggesties voor oplossingsrichtingen gedaan, zoals aanpassing van de risicoverevening om premieverschillen te beperken en feitelijk dezelfde polissen (ook indien verpakt in een collectief pakket of verkocht via een volmacht) dezelfde naam geven, misschien zelfs over concerns heen. | Het beperken van premieverschillen tussen (bijna) gelijke polissen door aanpassing van de risicoverevening is wellicht een mogelijkheid. We hebben dit punt niet verder onderzocht, omdat dit onderzoek focust op het consumentenperspectief en obstakels in het keuzeproces. Verklaringen van de premieverschillen die rusten op aanbodoverwegingen zoals solvabiliteit of risicoverevening zijn niet direct verklaringen voor de geobserveerde consumentenkeuzes. Wat betreft het gebruik van dezelfde naam voor feitelijk dezelfde polis: dit staat reeds genoemd in Hoofdstuk 6 van het consultatiedocument. Het gebruik van dezelfde naam voor dezelfde polissen over concerns heen lijkt op de optie van een standaardproduct, waarover ook is gesproken in de Tweede Kamer. Hier gaan we in Hoofdstuk 6 van het eindrapport nader op in. |
| Twee stakeholders vroegen zich af waarom deze markt is gekozen voor analyse omdat suboptimale keuzes ook voorkomen in andere markten. | Deze markt is gekozen vanwege de centrale rol in het zorgstelsel, het verplichte karakter van de basisverzekering en de financiële impact op huishoudens. De prioritering van ACM en NZa wordt uiteengezet in het rapport. In het eindrapport hebben we tevens een vergelijking met andere markten toegevoegd om de mate van prijsdispersie binnen clusters beter in context te kunnen plaatsen. Zie Tabel 3 in Hoofdstuk 3. |
| Een verzekeraar en drie andere stakeholders benoemen productkenmerken die naar hun mening mee hadden moeten wegen in de clusteranalyse en de duiding van de resultaten. | Het onderzoek heeft productkenmerken geselecteerd die belangrijk zijn voor de keuzes van consumenten, gebaseerd op literatuuronderzoek en consumentenonderzoek. We hebben aan de definitieve analyses de contractering van ZBC's toegevoegd. Graag hadden we ook een kwaliteitsindicator per polis willen meewegen, maar die bleek niet op polisniveau beschikbaar (via prijsvergelijkingswebsites wel op verzekeraarsniveau, maar dan weer vaak niet voor alle verzekeraars). |
| Een verzekeraar en een onderzoeksbureau stellen | We hebben in het eindrapport extra aandacht besteed aan de beschrijving van de robuustheidsanalyses |

| Input openbare consultatie | Reactie ACM en NZa |
|---|---|
| voor om de robuustheidsanalyse duidelijker te presenteren. | die we hebben uitgevoerd. Zie Bijlage 3. |
| Er worden suggesties gedaan of vraagtekens gesteld bij de precieze uitwerking of effectiviteit van de oplossingsrichtingen. Ook noemen een aantal partijen dat de bredere context van belang is. | Een gedetailleerde uitwerking van de oplossingsrichtingen valt buiten de scope van dit rapport. De input is wel heel bruikbaar voor een vervolgtraject. In het eindrapport besteden we in Hoofdstuk 1 aandacht aan de bredere context. De onderzoeksvraag blijft echter afgebakend; het onderzoek draagt in samenhang met andere studies bij aan de kennis over de werking van de zorgverzekeringsmarkt. |
| Sommige stakeholders vragen zich af of er signalen zijn die aanleiding geven voor handhavend optreden door toezichthouders. | Die signalen zijn er. De NZa heeft daarom bijvoorbeeld in de periode 2016-2017 bij twee zorgverzekeraars ingegrepen, omdat daar sprake was van een verschil in premie, terwijl de modelovereenkomsten niet van elkaar verschilden in de zin van artikel 17 lid 2 Zvw. De zorgverzekeraars die het betrof, hebben dit inmiddels aangepast. |
| Stakeholders suggereerden om de vergelijking met andere markten nadrukkelijker te maken, bijvoorbeeld energie. | Op basis van empirische literatuur hebben we in het eindrapport een vergelijking met andere markten toegevoegd om de mate van prijsdispersie binnen clusters beter in context te kunnen plaatsen. Zie Tabel 3 in Hoofdstuk 3. |
| Een stakeholder stelt dat verschillen tussen polissen van vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg voor consumenten belangrijker zijn dan het rapport suggereert. | Dit is een productkenmerk van de polissen en als zodanig meegewogen in de clusteranalyse. Uit recent consumentenonderzoek in opdracht van de ACM, de Zorgmonitor 2018, blijkt dat consumenten de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg minder belangrijk vinden dan vrije zorgkeuze en aspecten van dienstverlening. Een uitgebreide uitleg over de in de clusteranalyse gehanteerde weegfactoren staat beschreven in Bijlage 3 van het eindrapport. |
| Stakeholders noemen aanvullende verklaringen voor de reden dat een consument niet de laagst geprijsde polis in een cluster kiest: tevredenheid | Een aantal van deze verklaringen werd reeds genoemd in Hoofdstuk 4 van het consultatiedocument. In het eindrapport hebben we de betreffende tekst uitgebreid op basis van de aanvullende verklaringen die |

| Input openbare consultatie | Reactie ACM en NZa |
|---|---|
| met de huidige polis, de combinatie met de aanvullende verzekering, gecontracteerde aanbieders, low interest product, vergoedingen van werkgever, collectieve contracten met zorginhoudelijke afspraken en merkloyaliteit. | we van stakeholders hebben ontvangen. Zie Hoofdstuk 4. |
| Enkele stakeholders hebben opgemerkt dat zij vermoeden dat servicekenmerken belangrijker zijn dan in de weging naar voren komt. | In het eindrapport hebben we de weegfactoren beter onderbouwd op basis van recent consumentenonderzoek in opdracht van de ACM, de Zorgmonitor 2018. Hieruit blijkt dat consumenten diverse servicekenmerken relatief belangrijk vinden. Servicekenmerken krijgen meer gewicht in de definitieve analyses, in lijn met deze uitkomst. Tevens hebben we verschillende robuustheidsanalyses uitgevoerd. Zie Bijlage 3. |
| Vijf stakeholders geven aan dat sommige polissen onder de kostprijs worden aangeboden, dat verzekeraars geen winstoogmerk hebben en dat het nog niet duidelijk is dat de totale welvaart zal stijgen als meer consumenten actief worden. | We hebben geen onderzoek gedaan naar de financiële positie van verzekeraars. Op basis van dit onderzoek kan niet met zekerheid worden geconcludeerd dat consumenten meer betalen dan nodig, ten gunste van de zorgverzekeraars. Op basis van wetenschappelijke literatuur is het echter aannemelijk dat de keuzes van consumenten, voor zover dat inconsistente keuzes zijn als gevolg van obstakels in het keuzeproces, efficiëntie- en concurrentieprikkels bij verzekeraars verzachten. Zelfs als alle potentiële overstapwinst niet ten goede zou komen aan verzekeraars, maar aan andere groepen consumenten, is er nog altijd sprake van onbedoelde herverdeling van welvaart. |
| Diverse stakeholders onderschrijven de onderzoeksaanpak en analyse. | We zijn blij met deze reacties; het onderzoek wordt breed gedragen. |

# BIJLAGE 2 CLUSTERINDELING

**Tabel B2: Clusterindeling polissen 2018***

| Polis nr. | Concern | Label | Polis | Cluster |
|---|---|---|---|---|
| 110 | Eno | HollandZorg | HollandZorg Basisverzekering | 1 |
| 102 | Menzis | Hema | Hema Zorgverzekering | 1 |
| 89 | Achmea | Avéro | Avéro ZorgPlan Natura | 2 |
| 104 | Achmea | FBTO | FBTO Zorg basisverzekering naturapolis | 2 |
| 113 | Achmea | Interpolis | Interpolis ZorgCompact | 2 |
| 27 | Achmea | Interpolis | Interpolis ZorgActief | 2 |
| 40 | Achmea | OZF | OZF Zorgpolis | 2 |
| 91 | Achmea | Pro Life | Pro Life Principe Polis (natura) | 2 |
| 108 | Achmea | ZieZo | ZieZo Basis | 2 |
| 55 | Achmea | Zilveren Kruis | Zilveren Kruis Basis Zeker | 2 |
| 97 | CZ | CZ | CZ Zorgbewustpolis (Natura Select) | 2 |
| 14 | CZ | CZ | CZ Zorg op maatpolis (Natura) | 2 |
| 73 | CZ | CZdirect | CZ Direct (Natura Direct) | 2 |
| 5 | Menzis | Anderzorg | Anderzorg Basis | 2 |
| 103 | Menzis | Menzis | Menzis Basis Voordelig | 2 |
| 31 | Menzis | Menzis | Menzis Basis | 2 |
| 82 | VGZ | Bewuzt | VGZ Bewuzt Basis | 2 |
| 107 | VGZ | Univé | Univé Zorg Select Polis | 2 |
| 84 | Zorg& Zekerheid | Zorg en Zekerheid | Zorg en Zekerheid Zorg Gemak Polis | 2 |
| 58 | Zorg& Zekerheid | Zorg en Zekerheid | Zorg en Zekerheid Zorg Zeker Polis | 2 |
| 7 | Achmea | Avéro | Avéro ZorgPlan Restitutie | 3 |
| 81 | Achmea | De Friesland | De Friesland Vrije Keus Polis | 3 |
| 105 | Achmea | FBTO | FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis | 3 |
| 92 | Achmea | Pro Life | Pro Life Principe Polis Restitutie | 3 |
| 66 | Achmea | Zilveren Kruis | Zilveren Kruis Basis Exclusief | 3 |
| 96 | ASR | Amersfoortse | Amersfoortse Restitutie | 3 |
| 15 | CZ | CZ | CZ Zorgkeuzepolis (Restitutie) | 3 |
| 19 | CZ | Delta Lloyd | Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie | 3 |
| 33 | CZ | Ohra | OHRA Zorgverzekering restitutie | 3 |
| 34 | CZ | Ohra | OHRA Zorgverzekering restitutie | 3 |
| 44 | DSW-SH | Stad Holland | Stad Holland polisvoorwaarden | 3 |
| 106 | Eno | ZorgDirect | ZorgDirect Basisverzekering | 3 |
| 32 | Menzis | Menzis | Menzis Basis Vrij | 3 |
| 39 | ONVZ | ONVZ, PNOzorg, VvAA zorgverzekering | ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering | 3 |

| Polis nr. | Concern | Label | Polis | Cluster |
|---|---|---|---|---|
| 74 | VGZ | IZA | IZA Eigen Keuze | 3 |
| 30 | VGZ | IZZ | IZZ Basisverzekering variant restitutie | 3 |
| 47 | VGZ | UMC | UMC Zorgverzekering | 3 |
| 51 | VGZ | Univé, ZEKUR | Univé Zorg Vrij polis | 3 |
| 54 | VGZ | VGZ | VGZ Eigen Keuze | 3 |
| 57 | Zorg& Zekerheid | Zorg en Zekerheid | Zorg en Zekerheid Zorg Vrij Polis | 3 |
| 80 | Achmea | De Friesland | De Friesland Alles Verzorgd Polis | 4 |
| 109 | Achmea | De Friesland | De Friesland Zelf Bewust Polis | 4 |
| 86 | Achmea | Aevitae, IAK | Avéro ZorgPlan Selectief | 5 |
| 111 | Achmea | ZieZo | ZieZo Selectief | 5 |
| 85 | Achmea | Zilveren Kruis | Zilveren Kruis Basis Budget | 5 |
| 83 | ASR | Ditzo | Ditzo Basisverzekering | 6 |
| 20 | DSW-SH | DSW, inTwente | DSW polisvoorwaarden | 6 |
| 98 | VGZ | IZA | IZA Ruime Keuze | 7 |
| 29 | VGZ | IZZ | IZZ Basisverzekering variant natura | 7 |
| 50 | VGZ | Univé | Univé Zorg Geregeld polis | 7 |
| 53 | VGZ | VGZ | VGZ Ruime Keuze | 7 |
| 42 | Eno | Salland | Salland Basisverzekering | 8 |
| 52 | VGZ | Zorgzaam | Univé Zorgzaam polis | 9 |
| 65 | VGZ | ZEKUR | Univé Gewoon ZEKUR Zorg | 10 |

*: Clusterindeling bij hiërarchische clustering met geïnformeerde weging, afstand 0,05 op de Gower Distance. Noot: de polissen zijn eerst op gesorteerd cluster, vervolgens op concern en daarna op label. Polis nr. correspondeert met de labels op de horizontale as van Figuur 4.

# BIJLAGE 3 ONDERZOEKSAANPAK

In Hoofdstuk 3 zijn we uitgegaan van hiërarchische clustering met een geïnformeerde weging. We hebben voor zowel de clustermethode als de gewichten robuustheidsanalyses uitgevoerd. Deze bijlage biedt meer achtergrondinformatie over de gehanteerde onderzoeksaanpak (inclusief dataverzameling, clustermethode en weging) en rapporteert de resultaten van de robuustheidsanalyses. Hieruit blijkt dat de resultaten zoals besproken in Hoofdstuk 3 robuust zijn (i) over de periode 2016-2018 en (ii) in vergelijking met andere clustermethoden en wegingen. Tevens blijkt uit de meeste alternatieve methoden en wegingen een hogere potentiële overstapwinst dan in het basisscenario geschetst in Hoofdstuk 3. Het doel van het rapporteren van deze uitkomsten is primair om de orde van grootte aan te geven van de mate waarin consumenten mogelijk moeite hebben hun weg te vinden in het polisaanbod.

## Dataverzameling

Voor het opstellen van dit eindrapport hebben we de productkenmerken van de basispolissen voorgelegd aan de zorgverzekeraar die de betreffende polis aanbiedt (aanbood). Het verzoek was om de gegevens te controleren en ontbrekende waarden aan te vullen. Verzekeraars hebben in ruime mate voldaan aan dit verzoek. Hierdoor is de dataset die wordt gebruikt voor de clusteranalyse aangevuld en verbeterd. Voor de contracteergraden geldt echter dat sommige verzekeraars andere definities gebruiken om de contracteergraad te bepalen, bijvoorbeeld voor het tellen van het totale aantal actieve aanbieders in Nederland. In die gevallen kon de zorgverzekeraar onze gegevens over contracteergraad niet controleren of aanvullen en hebben we de gegevens in onze dataset gebruikt.[89]

Voor de contracteergraden van met name apotheken geldt dat sommige verzekeraars hun contracteergraden bepalen op basis van andere totale aantallen zorgaanbieders. Omwille van vergelijkbaarheid (appels met appels) gaan we in dit onderzoek uit van de totale aantallen zoals verstrekt door Zorgweb. De totalen van Zorgweb zijn gebaseerd op data van Vektis – informatiecentrum voor de zorg en indirect eigendom van de zorgverzekeraars – en worden gebruikt als input voor prijsvergelijkingswebsites en zorgzoekers van verzekeraars. Deze cijfers sluiten daarom aan bij de beleving van consumenten; een tweede reden om ze te gebruiken. Voor de verzekeraars die andere totalen gebruiken extrapoleren we de door hen verstrekte contracteergraden.

## Clusteranalyse

Aan de hand van verschillende productkenmerken willen we in kaart brengen welke polissen meer en welke polissen minder op elkaar lijken. Hiervoor moeten we de verschillende kenmerken

[89] De polissen van risicodrager iptiQ zijn niet meegenomen in het polisaanbod van 2018 omdat de gegevens ontbraken in de dataset van Zorgweb. Zie voetnoot 17.

combineren in een afstandsmaat (zie Box 2 in Hoofdstuk 2). Als we een afstandsmaat hebben, is de volgende stap om een methode voor de weging van de verschillende productkenmerken 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 Hoofdstuk 2.

## 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).[90] 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 Gower score $S_{ij}$ per polis-paar *i* en *j*, is de gewogen gemiddelde *similarity score* over alle karakteristieken, waarbij er gewogen wordt met gewicht $w_k$ 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.*

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 verschillen (kwalitatieve variabelen) of maximaal verschillen (kwantitatieve variabelen) op dat karakteristiek.

In R gebruiken we de functie '*daisy'* met de specificatie *metric* = "*gower*" van package *cluster*[91]. In R is de Gower-afstand geïmplementeerd die gelijk is aan $1 - S_{ij}$.

## Gewichten

Toepassing van de Gower score vereist dat de onderzoekers de gewichten van de verschillende karakteristieken $w_k$ zelf moeten bepalen. Op basis van de uitkomsten van consumentenonderzoek voor de ACM zijn we tot een geïnformeerde weging gekomen. We vroegen consumenten om 100 punten te verdelen over verschillende kenmerken, al naar gelang het belang dat zij eraan hechten,

[90] A General Coefficient of Similarity and Some of Its Properties, J. C. Gower, Biometrics, Vol. 27, No. 4. (Dec., 1971), pp. 857-871.
[91] R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

zie pagina 39 van de Zorgmonitor 2018. [92] De kenmerken zijn in te delen in vier blokken. De eerste vier vragen gaan over het kunnen bezoeken van zorgaanbieders zonder bijbetaling, dit blok noemen we ‘contractering’. De vijfde, zesde en achtste vraag gaan over kenmerken die niet zijn meegenomen in de clusteranalyse, dit blok laten we buiten beschouwing. De negende vraag vormt het blok ‘vergoedingspercentage niet-gecontracteerde zorg’ en tot slot gaan de zevende en laatste vraag over ‘communicatie en klantenservice’.

De resultaten uit Zorgmonitor 2018 zijn als volgt vertaald naar gewichten voor de clusteranalyse:

1. Het puntentotaal voor de blokken ‘contractering’, ‘vergoedingspercentage niet-gecontracteerde zorg’ en ‘communicatie en klantenservice’ correspondeert met een gewicht van 100%. De reden hiervoor is dat de overige drie kenmerken gaan over aspecten die niet zijn meegenomen in de clusteranalyse;
2. Omdat het verschil tussen een natura- en een restitutiepolis nauw samenhangt met de keuzemogelijkheden uit zorgaanbieders, krijgt het clusterkenmerk type polis een gedeelte van de punten voor het blok ‘contractering’, dit gedeelte is 10%;
3. De resterende punten voor het blok ‘contractering’ worden toegekend aan de vier productkenmerken voor contracteergraad;
    a. 90% van de punten voor de eerste twee vragen in de zorgmonitor worden toegekend aan contracteergraad ziekenhuizen en contracteergraad ZBC’s op basis van een schatting door NZa van de verhouding omzet ziekenhuiszorg en omzet zbc’s in 2016. Deze schatting is 96:4;
    b. 90% van de punten voor de derde en de vierde vraag uit de zorgmonitor worden toegekend aan contracteergraad fysiotherapie en contracteergraad apotheken volgens de verdeling van de omzet in 2016 volgens CBS;
4. De punten voor het blok ‘vergoedingspercentage niet-gecontracteerde zorg’ worden verdeeld over de clusterkenmerken die gaan over het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg, op basis van de omzet van de verschillende zorgtypen in 2016 volgens CBS;
5. De punten voor het blok ‘communicatie en klantenservice’ worden gelijk verdeeld over de clusterkenmerken Digitaal contactformulier, Mogelijkheid tot online declareren, Mogelijkheid via app declareren, Online declareren verplicht, Telefonisch contact enkel via betaald 0900-nummer en Internetapotheek (verplicht voor herhaalrecepten).

Het resultaat staat in Tabel B3.1.

[92] ACM, Zorgmonitor 2018, 1 juni 2018.

**Tabel B3.1: Productkenmerken en gewichten**

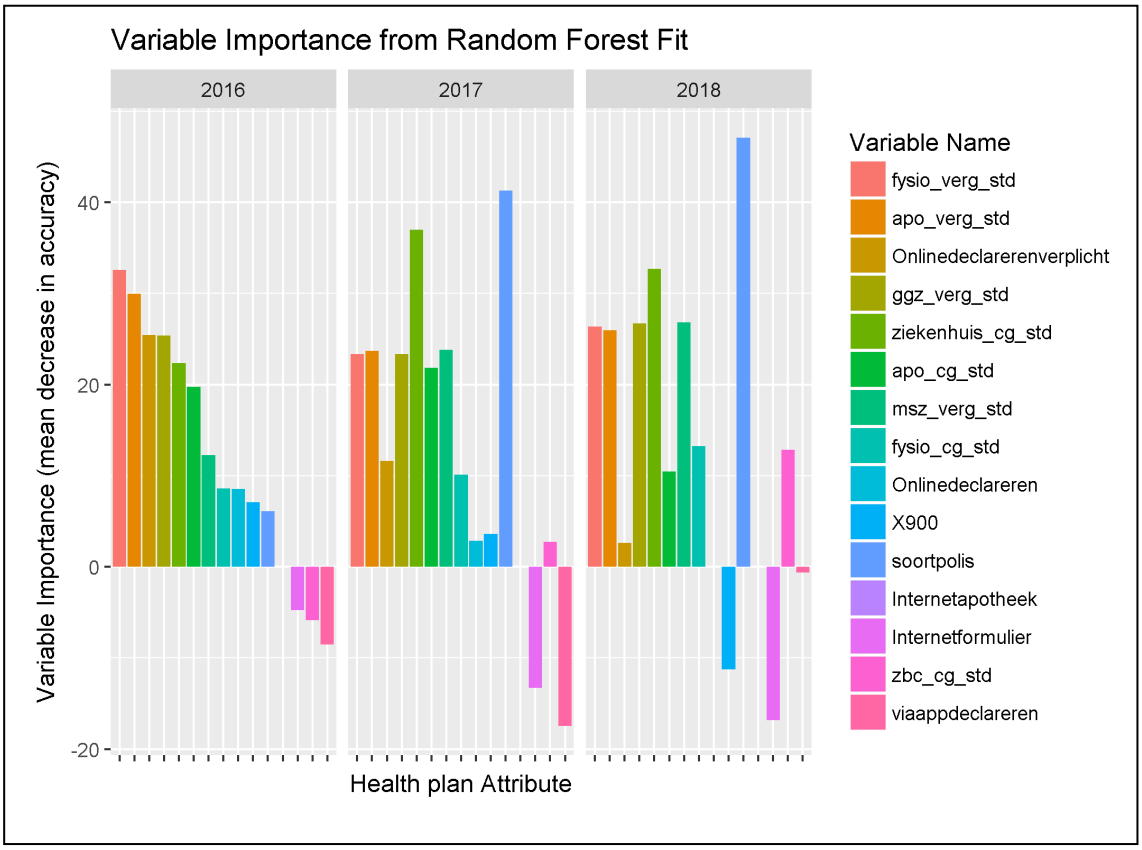
| Productkenmerk clusteranalyse | Zorgmonitor 2018 | Gewicht |
|---|---|---|
| Type polis | contractering | 7,8% |
| Contracteergraad ziekenhuiszorg | contractering | 35,8% |
| Contracteergraad ZBC's | contractering | 1,5% |
| Contracteergraad apotheken | contractering | 22,6% |
| Contracteergraad fysiotherapie | contractering | 10,7% |
| Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg | vergoedingspercentage niet-gecontracteerde zorg | 5,2% |
| Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde apotheken | vergoedingspercentage niet-gecontracteerde zorg | 1,1% |
| Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde fysiotherapeuten | vergoedingspercentage niet-gecontracteerde zorg | 0,5% |
| Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde GGZ | vergoedingspercentage niet-gecontracteerde zorg | 1,3% |
| Digitaal contactformulier | communicatie en klantenservice | 2,2% |
| Mogelijkheid tot online declareren | communicatie en klantenservice | 2,2% |
| Mogelijkheid via app declareren | communicatie en klantenservice | 2,2% |
| Online declareren verplicht | communicatie en klantenservice | 2,2% |
| Telefonisch contact enkel via betaald 0900-nummer | communicatie en klantenservice | 2,2% |
| Internetapotheek (verplicht voor herhaalrecepten) | communicatie en klantenservice | 2,2% |

Als robuustheidscheck hebben we ook nog een andere weging toegepast. Voor deze weging bepalen we (i) welke productkenmerken samenhangen met de premie en (ii) hoe veel variatie in de premie verklaard wordt door elk productkenmerk. Het idee hierachter is dat kenmerken die meer variatie in de premie verklaren, belangrijker zijn voor consumenten en daarom een hoger gewicht moeten krijgen. Om te bepalen welke productkenmerken samenhangen met de premie hebben we een *random forest* analyse[93] toegepast, waarbij we de premie verklaren uit de verschillende kenmerken. In onze analyse normaliseren we de kwantitatieve variabelen. In Figuur B3.1 zien we de *Variable Importance Plot* van de *random forest* analyse. Hieruit kunnen we afleiden dat een groot aantal kenmerken additionele voorspelkracht hebben voor de premie. *MSZ_verg_std* is de genormaliseerde vergoeding voor niet-gecontracteerde MSZ aanbieders, eenzelfde notatie is voor

[93] Voor een toegankelijke introductie van random forest analyses, zie hoofdstuk 8 van het boek "Introduction to Statistical Learning" van James, Witten, Hastie en Tibshirani.

apotheken (apo) en fysiotherapeuten (fysio) gebruikt.

**Figuur B3.1: Random forest analyse voor de Anova-gewichten**




Voor de kenmerken die voorspellende kracht 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. Van alle vergoedingspercentages hebben we alleen de vergoeding voor niet-contracteerde MSZ- zorg meegenomen omdat die sterk correleert met de vergoeding voor andere zorgsoorten. De *sum of squares* geven de volgende gewichten: online declareren verplicht 5,3%; contracteergraad ziekenhuiszorg 41,0%; contracteergraad apotheken 1,0%; vergoedingspercentage niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg 13,1%; contracteergraad fysiotherapie 5,6%; telefonisch contact enkel via betaald 0900-nummer 0,1%; type polis 33,7% en contracteergraad ZBC's 0,3%.

## Clustering met geïnformeerde weging

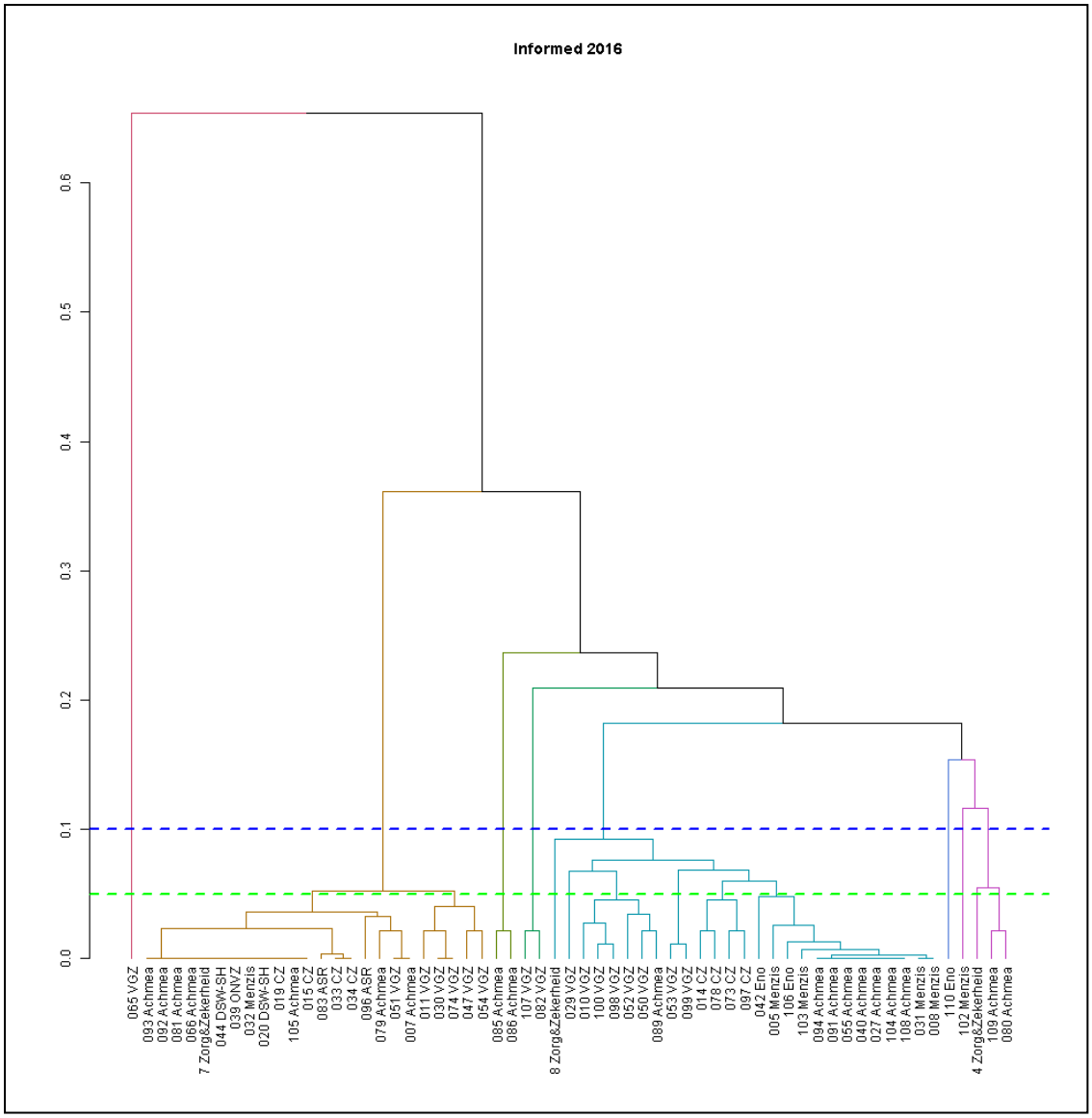
We gebruiken twee methoden om clusters te maken van polissen die weinig van elkaar verschillen. We gebruiken de Gower distance als afstandmaat. Veelgebruikte clustermethoden zijn: *hiërarchische clustering* en *Partitioning Around Medoids* (*PAM*) clustering. In ons onderzoek hebben we gekozen voor een *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.

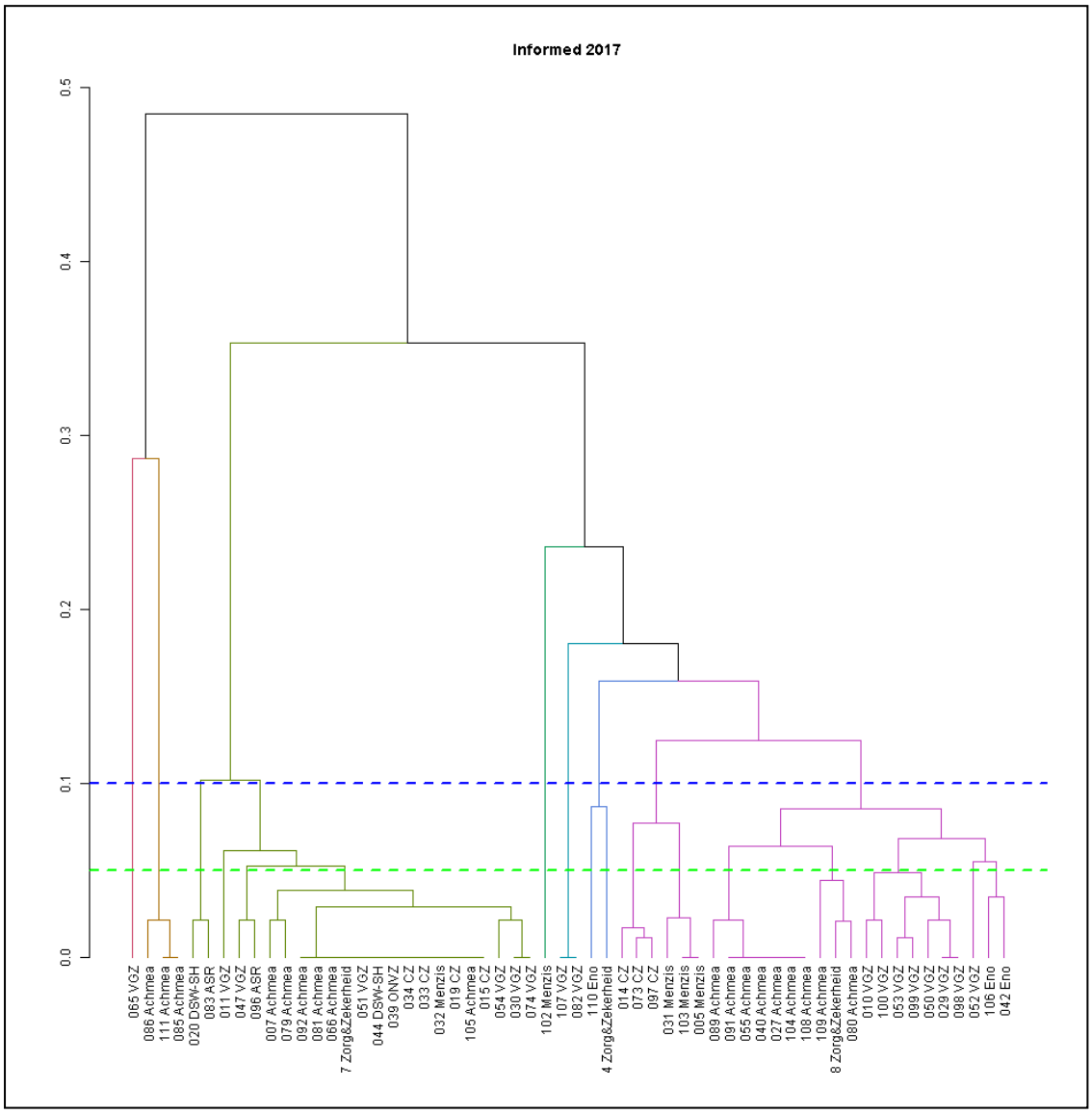
Bij deze methode moet een keuze gemaakt worden hoe twee clusters (of een cluster en een polis) met elkaar worden vergeleken. De meest gebruikte opties zijn '*complete linkage*' en '*average linkage*'. Neem als voorbeeld clusters $c_x$ en $c_y$. De Gower afstand matrix geeft voor elk paar, i.e. combinatie van een polis uit cluster $c_x$ en een polis uit $c_y$, een afstand. Bij *complete linkage* is de afstand tussen cluster $c_x$ en $c_y$ gelijk aan de afstand van het polispaar dat de grootste afstand heeft. Bij *average linkage* 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 linkage* bij hiërarchische clustering, maar we hebben een robuustheidsanalyse uitgevoerd en de resultaten zijn vergelijkbaar als we hiërarchisch clusteren met de *complete linkage* methode.

In R gebruiken we de functie *hcluster* met de specificatie *method = "average"* van de package *stats*. Figuur 4 in paragraaf 3.1 geeft het resultaat van de hiërarchische clustering met *average linkage* op basis van de Gower-afstanden met de geïnformeerde weging voor 2018. In de onderstaande figuren laten we het resultaat van de hiërarchische clustering met *average linkage* op basis van de Gower-afstanden met de geïnformeerde weging voor 2016 en 2017 zien.

**Figuur B3.2: Hiërarchische clustering met geïnformeerde weging 2016**



**Figuur B3.3: Hiërarchische clustering met geïnformeerde weging 2017**




Daarnaast hebben we als robuustheidscheck ook de PAM-methode toegepast[94]. Bij de PAM methode kiest men eerst het aantal clusters, zeg *n*. Vervolgens worden er *n* willekeurige polissen als '*medoids*' gelabeld; representatieve waarden voor hun respectievelijke clusters. 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. Op deze manier worden de initiële clusters gevormd.

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

Vervolgens wordt de *cost* van deze clustering berekend: de som van de afstanden tussen de polissen en de bijbehorende *medoid*. Daarna wordt er willekeurig een non-*medoid* polis met een *medoid* polis geswitcht. 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 (en dus *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. De *silhouette width* met PAM clustering op basis van de Gower afstanden met geïnformeerde weging is maximaal bij vier clusters.

## Vergelijking van de verschillende clustermethoden

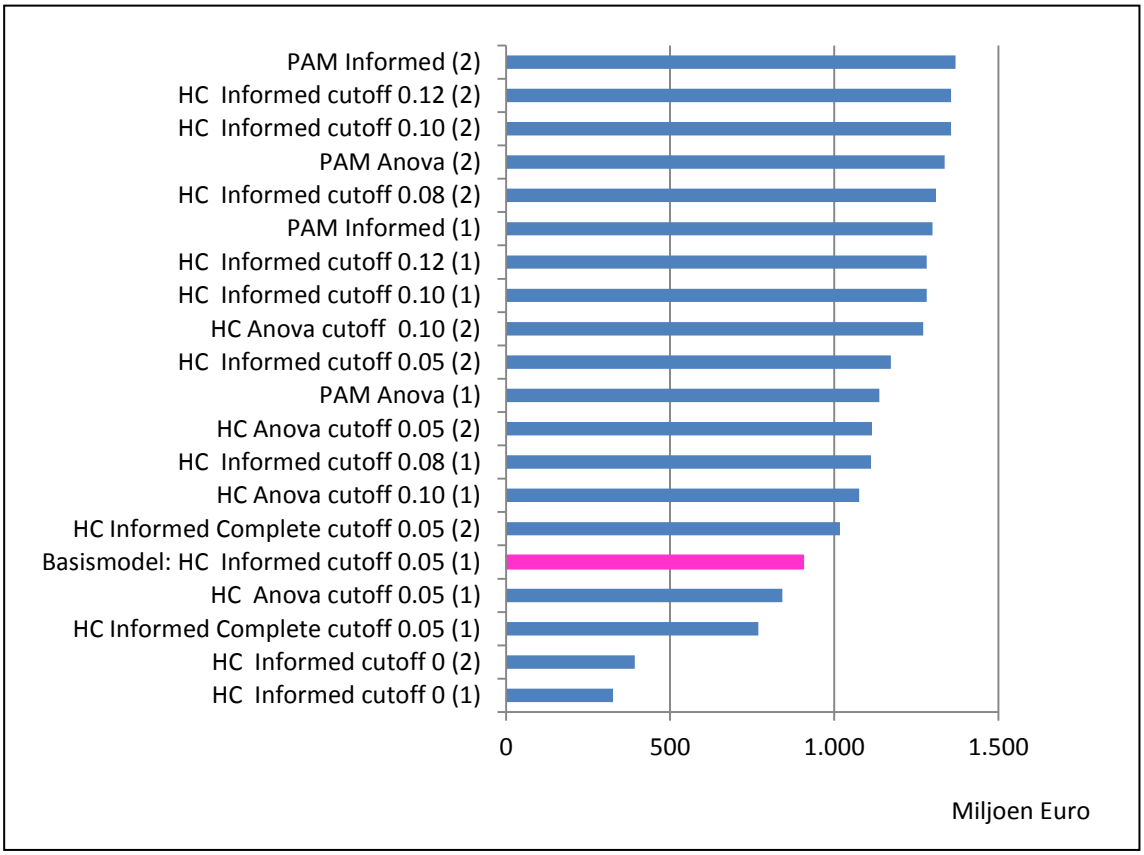
Is de clusterindeling gevoelig voor de gebruikte methode en zijn de conclusies ten aanzien van potentiële overstapwinst robuust als we een andere methode gebruiken? Om de clusterindeling van de verschillende clustermethoden met elkaar te vergelijken gebruiken we de *Adjusted Rand Index* (ARI).[95] De ARI kijkt of er overlap is tussen de clusters van twee clustermethoden. 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 zit 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. Dat betekent dat de ARI een waarde gelijk aan 1 heeft, als er een complete overeenkomst is, en dat de ARI gelijk is aan 0 als het aantal overlappen overeenkomt met het verwachte aantal overlappen onder een *generalized hypergeometric distribution* aanname voor *randomness* in de overlap.

Ons basismodel is de hiërarchische clustering met *average linkage* en de geïnformeerde weging, waarbij we '(bijna) gelijk' definiëren als een afstand van 0,05 op de Gower Distance en uitgaan van berekening 1[96]. Wanneer we het basismodel vergelijken met *complete linkage* (iets andere methode, zelfde weging, zelfde afstand) is de ARI=0,67. Als we het basismodel vergelijken met PAM (dus andere methode, zelfde weging) komen we ook op ARI=0,67. Dit betekent dat deze clustermethoden vergelijkbare clusterindelingen tot gevolg hebben. We hebben ook de resultaten van verschillende gewichten vergeleken. Wanneer we ons basismodel vergelijken met de Anova-gewichten (dus zelfde

[95] 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.

[96] Berekening 1 berekent de maximale overstapwinst onder de aanname 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.

methode, zelfde afstand, andere weging) is de ARI=0,87. Voor PAM hebben we ook beide gewichten vergeleken en het resultaat is ARI=0,80. Dit betekent dat beide manieren voor het wegen van productkenmerken tot zeer overeenkomstige clusterindelingen leiden.

Tot slot laat Figuur B3.4 voor 2018 de totale potentiële overstapwinst zien voor de methoden die de revue hebben gepasseerd. Hierbij is steeds tussen haakjes aangegeven welke aanname het betreft (berekening 1 of 2). Het basismodel is het vijfde model vanaf onderen; veel methoden resulteren in een hogere totale potentiële overstapwinst. De conclusie dat veel mensen een polis hadden waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestond en de omvang van de totale potentiële overstapwinst  zijn dus robuust voor de gebruikte methode.

**Figuur B3.4: Potentiële overstapwinst bij verschillende clustermethoden**