

# Collectieve zorgverzekeringen

Waarom zijn ze zo populair?

Naam: Els van der Wel  
Examnummer: 287928  
Begeleider: T. Laske  
Meelezer: E. Schut  
Adres: Koninginnelaan 61  
2275CK Voorburg  
06-14137388

## Inhoud

<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>Summary</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>5</b>
1.1 Aanleiding .....	5
1.2 Doelstelling en probleemstelling.....	6
1.3 Onderzoeksopzet .....	6
1.4 Conceptueel model .....	7
<b>2 De geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel</b> .....	<b>9</b>
2.1 De situatie voor 2006 .....	9
2.2 De situatie vanaf 2006.....	10
2.3 Toekomstverwachtingen .....	11
<b>3 Individueel of collectief verzekeren?</b> .....	<b>13</b>
<b>4 Motieven om te verzekeren</b> .....	<b>15</b>
4.1 Overheidsmotieven voor een verplichte verzekering .....	15
4.2 Individuele motieven voor een zorgverzekering.....	16
4.2.1 De premie, overstapkosten en prijsgevoeligheid.....	17
4.2.2 Ervaren kwaliteit van service en dienstverlening.....	18
4.2.3 Dekking van de verzekering.....	19
4.2.4 Groei van het aantal collectiviteiten.....	20
4.2.5 Persoonskenmerken.....	21
<b>5 Methoden</b> .....	<b>22</b>
5.1 Onderzoeksmodel.....	22
5.2 De populatie en variabelen.....	23
5.3 De analysemethoden .....	24
<b>6 Resultaten</b> .....	<b>28</b>
6.1 Univariate analyse .....	28
6.2 Bivariate analyse .....	29
6.3 Multivariate analyse .....	32
<b>7 Conclusie, discussie en aanbevelingen</b> .....	<b>34</b>
7.1 Conclusie .....	34
7.2 Discussie en aanbevelingen.....	34
<b>Literatuur</b> .....	<b>36</b>
<b>Bijlage I: Codering variabelen</b> .....	<b>38</b>
<b>Bijlage II: Voorbeeldberekening zorgtoeslag</b> .....	<b>39</b>

## Samenvatting

Dit onderzoek gaat over het stijgend aantal collectief verzekerden bij de zorgverzekeringen. Er is een stijgende lijn waar te nemen van ten opzichten van de situatie voor 1 januari 2006. In dit onderzoek zal een verklaring gezocht worden voor deze stijgende lijn.

Sinds 1 januari 2006 heeft Nederland een nieuw zorgverzekeringsstelsel. Met de komst van dit nieuwe stelsel zijn de mogelijkheden voor de collectieve contracten enorm toegenomen. Tot 31 december 2005 konden alleen werkgevers een collectief afsluiten bij een verzekeraar, nu kan iedereen als belangenbehartiger optreden. De oorsprong van het nieuwe stelsel is terug te leiden tot de jaren '80 van de vorige eeuw. Als gevolg van de enorme kostenstijgingen sinds de jaren '60 greep de overheid in, in de vorm van budgettering. In 1987 verscheen het rapport van de Commissie Dekker, dit vormde de basis voor het huidige verzekeringsstelsel. Marktwerking in de zorg moet de sleutel zijn ter bevordering van de doelmatigheid, samenhang en kostenbeheersing. Verzekeraars en zorgaanbieders krijgen een grotere rol in de verantwoordelijkheid voor het zorgaanbod. De overheid blijft eindverantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

De verwachting is dat de collectieve contracten voor verzekeraars belangrijker gaan worden dan individuele polissen. Voor collectiviteiten kunnen verzekeraars zich richten op enkele belangenbehartigers in plaats van alle individuele verzekerden. Een belangrijk voordeel voor verzekerden is de premiekorting, dit kan oplopen tot 10%.

Voor consumenten dient de markt inzichtelijk te zijn, om te bevorderen dat mensen kijken naar alternatieven voor hun huidige verzekering. Overstappen wordt bepaald door het voordeel dat er te halen is in vergelijking met de huidige situatie. Dit voordeel kan in de premie liggen, maar ook in de kwaliteit van de service en dienstverlening door verzekeraar en zorgverleners. Persoonlijke voorkeur en persoonskenmerken zijn bepalend voor de verzekeringskeuze. Bij deze keuze wordt van mensen verwacht dat ze gaan letten op een goede prijs-kwaliteit verhouding.

De statistische analyse bestaat uit drie delen. Als eerste is er de univariate analyse betreffend de keuze voor een zorgverzekeraar. Hieruit blijkt dat collectief verzekerden hun verzekeraar kozen vanwege de mogelijkheid tot collectief verzekeren en vanwege de premie en eigen bijdrage. Individueel verzekerden kozen meer op basis van de verleende service en bekendheid met de zorgverzekeraar. Het tweede deel van de statistische analyse bestaat uit kruistabellen tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen en de Chikwadraattoets. Hieruit komt naar voren dat er geen statistisch significant is tussen de 'verzekeringskeuze in 2006' en de onafhankelijke variabelen 'regio'. De manier waarop mensen in het oude stelsel verzekerd waren is duidelijk van invloed op de 'verzekeringskeuze in 2006'. Bijna iedereen die in 2005 collectief verzekerd was, is dit ook in 2006. De laatste analyse is de logistische regressie, hier wordt gekeken naar de gezamenlijke invloed van de onafhankelijke variabelen. Bij een significantieniveau van 10% blijken de volgende variabelen een significante invloed te hebben: verzekeringskeuze in 2005, switchgedrag in 2006, aantal gezinsleden, leeftijd en werkverband. Van deze vijf hebben de eerste twee de hoogste odds-ratio's, dus zij hebben de grootste voorspellende waarde voor 'de verzekeringskeuze in 2006'.

## Summary

This research is about the growing number of people attending group health insurance. You can see an increasing growth with regard to the situation before January 1<sup>st</sup> 2006. In this research I will look for an explanation for this uplift.

Since January 1<sup>st</sup> 2006 there is a new health insurance system in the Netherlands. In this new system the possibilities for group health insurance increased enormously. Until the end of 2005 it was only possible for employers to arrange this kind of health insurance, now it is possible for every promoter of interests. The foundation of this system dates back to the 1980s. As a result of the enormous rise in costs of the health care system since the 1960s the government had to take action, they chose a strict budgeting system. In 1987 the Dekker Commission published a report that formed the base for the current system. A free market in health care has to be the key to improving efficiency, coherence and cost control. Insurers and health care providers will have a bigger role in the responsibility in health care supply. The government is still the one who is in the end responsible for the accessibility, quality and affordability.

The expectations are that the group health insurances will become more important to insurers than individual health insurances. In the case of group insurances, insurers can focus on a few promoters of interests instead of focusing on every insured person individually. An important benefit for the group insured people is the premium discount up to 10%.

For consumers the market must be transparent to stimulate people to look for alternatives for their current insurance. Switching is determined by the benefits of the new insurance in contrast to the current one. This benefit can be found in the premium, but also in the quality of service and care of the insurers and health care providers. Personal wishes and characteristics are of significant influence in the choice for their insurance. In this choice, it is wanted that people pay attention to the relation between price and quality.

The statistical analysis is divided in three parts. First there is the univariable analysis about the choice of a health insurer. The outcome suggests that people with a group health insurance choose their insurer because of the opportunity of group insurance and because of the premium and out of pocket payments. Individual insured choose their insurer because of the service providing and because of the reputation of the insurer. The second part of the statistical analysis consists of crosstabs of the dependent en independent variables and the Chi-square test. The outcome of this bivariable analysis shows that there is no statistical significant relation between the independent variable 'region' and 'the insurance choice in 2006'. The way people were insured in the old system does influence 'the insurance choice in 2006'. Almost everybody with a group insurance in 2005, chose this insurance type in 2006 again. The last analysis is the logistic regression, where we look at the overall influence of the independent variables. At a significance level of 10% ( $\alpha = 0,10$ ) the following variables are of statistical influence: insurance choice in 2005, switching behavior in 2006, number of family members, age and working conditions. The first two of these five have the largest odds ratios, so they have the largest predicting value to 'the insurance choice in 2006'.

## **1 Inleiding**

Een onderzoek kan voortkomen uit interesse voor een onderwerp of omdat er (politiek) vraag is naar gegevens. In dit hoofdstuk zullen de aanleiding, doelstelling en probleemstelling verwoord worden. De opzet van het onderzoek zal uiteengezet worden en ook het conceptueel model waarmee gewerkt gaat worden, wordt besproken.

### **1.1 Aanleiding**

Sinds 1 januari 2006 heeft Nederland een nieuw zorgverzekeringsstelsel. Iedere Nederlander van 18 jaar en ouder moet aangemeld zijn bij een zorgverzekeraar. Met de komst van dit nieuwe stelsel en de Zorgverzekeringswet (ZVW) is ook de scheiding tussen particulier en ziekenfondsverzekerden verdwenen. Iedereen is nu verplicht zich te verzekeren voor het wettelijke basispakket (art. 2 ZVW), eventueel aangevuld met een vrijwillig gekozen aanvullende verzekering. Naast de keuze voor een verzekeraar en een polis, heeft iedereen ook moeten kiezen tussen individueel verzekeren of aansluiting zoeken bij een collectiviteit. In het geval van een collectieve verzekering sluiten mensen zich aan bij een organisatie, die een groot (meerjarig) contract sluit met een zorgverzekeraar. Een dergelijk collectief contract mag gepaard gaan met een korting van maximaal 10% op de wettelijke basispremie (art. 18 lid 2 ZVW). Als mensen niet actief op zoek gingen naar een andere verzekering/verzekeraar of aansluiting bij een collectiviteit, werd hun verzekering verlengd zoals deze voor 1 januari 2006 was afgesloten.

Tot 31 december 2005 was het alleen voor werkgevers mogelijk om een collectief contract af te sluiten. In 2005 was 29% van alle verzekerden collectief verzekerd, deze groep bestond voor het grootste deel uit particulier verzekerden (Vektis 2007). Met de komst van de ZVW zijn de mogelijkheden voor collectieve contracten enorm toegenomen, iedereen kan nu als belangenbehartiger een collectief afsluiten met een verzekeraar (art. 18 lid 5 ZVW). Werkgevers, verenigingen en bonden zijn actief gaan onderhandelen met verzekeraars en dit heeft geleid tot een enorme stijging in collectief verzekerden in 2006 en 2007, respectievelijk 44% en 57% van de verzekerden heeft een collectieve polis gekozen (Vektis 2007).

De groei laat zien dat de collectiviteiten voor veel mensen erg aantrekkelijk zijn, maar wat is er dan zo aantrekkelijk? Allereerst is er natuurlijk de eerder genoemde premiekorting. Verder zijn verzekeraars coulanter, omdat ze bij ontevredenheid in één keer een grote groep verzekerden te verliezen hebben (RVZ 2004). Voor werkgevers is het aanbieden van een

collectiviteit aantrekkelijk, omdat ze geïntegreerde pakketten kunnen afnemen met regelingen voor ziekteverzuim en reïntegratie (Vektis 2007). Voor verzekeraars zijn de collectieve contracten aantrekkelijk omdat, ze (voor meerdere jaren) een grote groep verzekerden aan zich binden. De meeste collectief verzekerden zijn aangesloten bij de vijf grootste verzekeraars: Achmea, Agis, CZ, Menzis en VGZ (ibid.).

Bijna de helft van de Nederlanders is nog individueel verzekerd. Waarom hebben zij geen collectieve polis? Welke factoren beïnvloeden de keuze tussen collectief en individueel? Zijn er ook nadelen aan collectief verzekeren? Zo ja, waarom blijft het aantal collectief verzekerden dan stijgen? Naar aanleiding van deze vragen wil ik in deze scriptie gaan onderzoeken waarom de collectieve zorgverzekeringen zo populair zijn geworden.

### **1.2 Doelstelling en probleemstelling**

Als basis voor mijn onderzoek heb ik de volgende doelstelling geformuleerd:

*Het doel van dit onderzoek is om te beschrijven waarom meer mensen na de stelselwijziging meer hebben gekozen voor een collectieve zorgverzekering. De beschrijving zal leiden tot een toetsing van de gevonden factoren.*

Mijn probleemstelling bij deze doelstelling luidt als volgt:

*Welke factoren spelen een rol in de populariteit van de collectieve zorgverzekeringen?*

Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden heb ik de volgende deelvragen geformuleerd:

*Wat zijn de voor- en nadelen van een individuele zorgverzekering?*

*Wat zijn de voor- en nadelen van een collectieve zorgverzekering?*

*Waarop baseren mensen hun keuze voor een zorgverzekering? (vanuit hun persoonlijke kenmerken en eigen wensen of vanuit het aanbod aan polissen en verzekeraars)*

### **1.3 Onderzoeksopzet**

Dit onderzoek zal uit twee delen bestaan, het eerste is een literatuuronderzoek en het tweede een SPSS-analyse. In het literatuuronderzoek zal gezocht worden naar factoren die van invloed kunnen zijn op de keuze voor een verzekering. De verschillende factoren zullen

worden besproken en er zal uitgewerkt worden wat hun individuele invloed is. Deze scriptie gaat over de populariteit van collectieve zorgverzekeringen, dus de voor- en nadelen van zowel individuele als collectieve polissen kunnen niet ontbreken. In dit deel van het onderzoek zal veel gebruik gemaakt worden van literatuur uit de Verenigde Staten. Het Nederlandse stelsel kent enkele overeenkomsten met het stelsel in de Verenigde Staten. Het gaat dan vooral om de marktgerichte overeenkomsten. Er zijn echter ook belangrijke (grote) verschillen tussen beide stelsels. Het grootste verschil is het sterk sociale karakter van het Nederlandse stelsel. Een belangrijk verschil waar in deze context op gelet moet worden, is dat Nederlanders alle verzekeraars in hun keuze kunnen meenemen, terwijl Amerikanen gebonden zijn aan de verzekeraar(s) die de werkgever kiest (Schut et al 2002). De keuzevrijheid is in Nederland dus veel groter, ook in de keuze van een zorgverlener zijn Nederlanders vrijer. Met die verschillen in het achterhoofd zal het literatuuronderzoek uitgevoerd worden.

Het tweede deel van het onderzoek omvat zoals gezegd een SPSS-analyse. In deze analyse wordt nagegaan wat de invloed is geweest van de genoemde factoren op de keuze voor een individuele dan wel collectieve polis. De vragenlijsten voor de data zijn afgenomen in mei 2006 en komen dus uit het jaar van de eerste explosieve groei van het aantal collectief verzekerden (een groei van 29% naar 44% (Vektis 2007)).

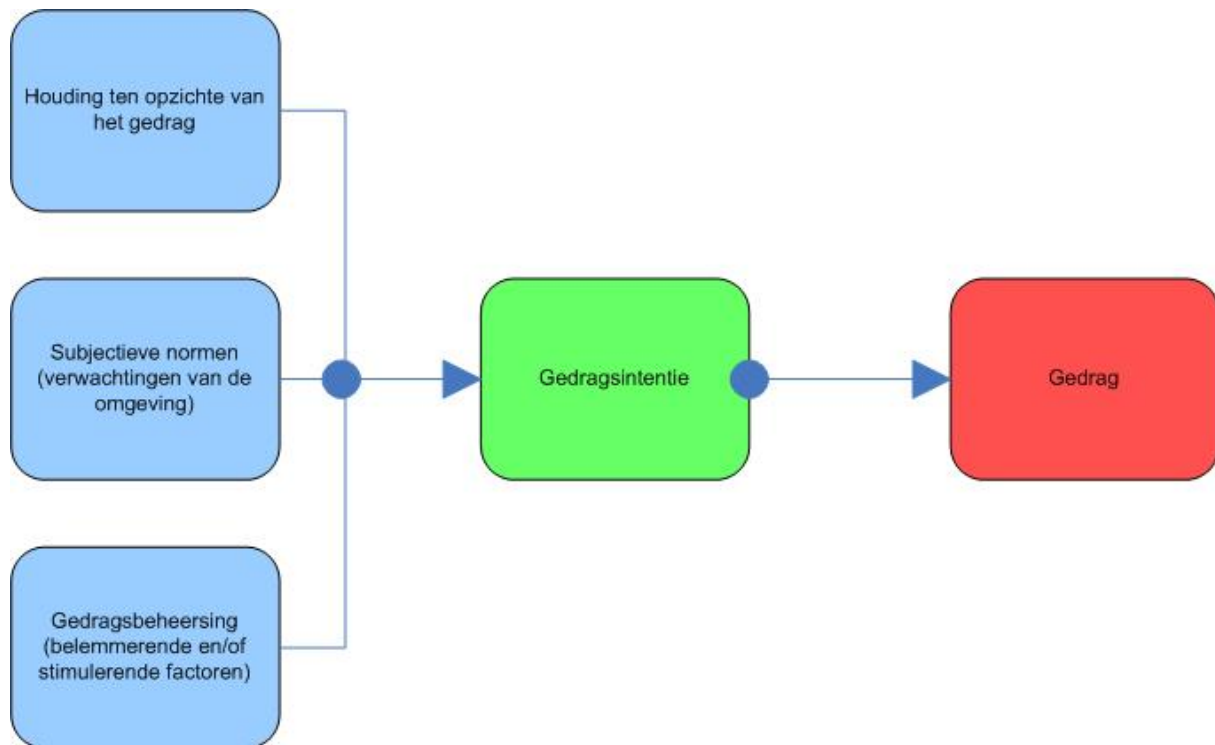
In het volgende hoofdstuk zal eerst een korte schets worden gemaakt van het Nederlandse stelsel en de stappen naar de stelselwijziging. In hoofdstuk 3 zullen de voor- en nadelen van zowel individueel als collectief verzekeren uiteengezet worden. Daaropvolgend worden de verschillende factoren behandeld, die van invloed zijn op de keuze voor een verzekering. Vanaf hoofdstuk 5 zal de SPSS-analyse uitgewerkt worden. Om te beginnen zal de data besproken worden en haar representativiteit. Daarna zijn in hoofdstuk 6 de resultaten van de analyse te vinden en tot slot in hoofdstuk 7 de conclusie, discussie en aanbevelingen voor verder onderzoek.

#### **1.4 Conceptueel model**

Eind jaren '70 van de vorige eeuw ontwikkelden Icek Aizen en Martin Fishbein de theory of reasoned action. De theorie gaat er vanuit dat gedrag niet 100% vrijwillig is, maar bepaald wordt door de gedragsintentie. Volgens de theory of reasoned action wordt de gedragsintentie bepaald door twee aspecten, namelijk iemands houding ten opzichte van het gedrag en de subjectieve normen (O'Keefe 2002). Mensen worden beïnvloed door persoonlijke overtuigingen over de gevolgen van bepaald gedrag, maar ook door de mening

van vrienden en familie. De verwachtingen van mensen in de omgeving vormen iemands subjectieve normen.

10 jaar later hebben de psychologen de theorie uitgebreid tot de theory of planned behavior, omdat er een derde aspect aan de gedragsintentie is toegevoegd. Dit derde aspect is die van gedragsbeheersing, belemmerende en stimulerende factoren spelen een rol in het wel of niet uiten van gedrag (Bordens 2002). Het complete model bij de theorie ziet er dan als volgt uit:



**Figuur 1: Theory of planned behavior (naar: [www.people.umass.edu/aizen](http://www.people.umass.edu/aizen))**

Dit model is ook toe te passen op de keuze voor een individuele of collectieve zorgverzekering. De houding ten opzichte van de keuze wordt bepaald door persoonlijke kenmerken (zoals leeftijd en geslacht). Er wordt van mensen verwacht dat ze een overwogen keuze maken op basis van de premie, de kwaliteit van de geleverde zorg en de dekking van de verzekering. Een belangrijke stimulerende factor in de keuze tussen individueel of collectief verzekeren, is dat er veel mogelijkheden zijn voor collectief verzekeren. O'Keefe geeft in zijn boek aan dat eerder vertoond gedrag ook van invloed is op huidig gedrag (O'Keefe 2002), dit betekent dat keuzes in het oude stelsel meewegen bij de intentie om wel of niet collectief te verzekeren.



## **2 De geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel**

In dit hoofdstuk zal de geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel aan bod komen. Allereerst zal de situatie voor 2006 en de weg naar de stelselwijziging uiteengezet worden. Hierna zullen de belangrijkste kenmerken van het nieuwe zorg- en verzekeringsstelsel besproken worden, waarbij vooral de verschillen aan bod komen. Er zal afgesloten worden met de verwachtingen die er zijn voor de komende jaren.

### **2.1 De situatie voor 2006**

De oorsprong van het huidige zorgstelsel in Nederland is terug te leiden tot de industrialisatie aan het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw. Door de groeiende technologische, organisatorische, logistieke en financiële mogelijkheden kregen de medische wetenschap en de organisatie van de zorg belangrijke impulsen (Van der Velden 1993). Door deze impulsen groeide de kosten van de zorg sneller dan de welvaart, hierdoor werd verzekeren noodzakelijk om de toegankelijkheid voor iedereen te waarborgen. De verzekering werd gebaseerd op subsidiërende solidariteit, waarbij de rijken meebetalen voor de armen en de gezonden voor de zieken (ibid). De verzekering heeft een basispakket dat voor iedere verzekerde gelijk is, onderscheid maken tussen verzekerden bij het verlenen van zorg kan alleen op medische basis.

Bij het verlenen van zorg mocht dan geen onderscheid gemaakt worden tussen rijk en arm, bij verzekeringen was dit onderscheid wel aanwezig. Tot een bepaalde inkomensgrens moesten mensen zich verplicht bij een ziekenfonds verzekeren, boven deze grens kon alleen verzekerd worden bij een particuliere schadeverzekeraar (Schut et al. 2003). Dit onderscheid wordt voor het eerst geformuleerd in het Ziekenfondsbesluit van 1941, dit was de eerste landelijke regeling voor zorgverzekeringen in Nederland (Van der Velden 1993). Voor 1941 waren de verzekeringen en premies op regionaal niveau georganiseerd, bij de verschuiving naar een nationale organisatie werden de verschillen tussen de regio's weggenomen.

In de jaren '60 van de vorige eeuw trok de overheid zich terug en bemoeide zich nog nauwelijks met de zorg. Er was een 'blanco cheque' gegeven voor de kosten en de zorg kon ongeremd groeien. Vanaf de jaren '70 worden de hoge en nog steeds stijgende uitgaven een punt van zorg. Vanaf de jaren '80 worden maatregelen getroffen om verdere kostenstijging tegen te gaan, de grootste maatregel was de budgettering (Van der Velden 1993). De maatregelen die genomen werden konden niet eeuwig standhouden, dus moesten er alternatieven voor de organisatie van het zorg- en verzekeringsstelsel komen. In 1987

verscheen het rapport van de Commissie Dekker (Boot et al. 2001). De overgang naar marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg was met dit rapport een feit. Het zou echter nog bijna 20 jaar duren voordat de ideeën van Dekker in de praktijk terug te zien zijn.

In de jaren '90 zijn wel veranderingen doorgevoerd die voortkomen uit het rapport van de Commissie Dekker. Belangrijke wijzigingen waren de mogelijkheid om van verzekeraar te wisselen, het opheffen van regionale monopolies en een nominale premie om concurrentie mogelijk te maken (Boot et al. 2001). De resultaten van deze wijzigingen vielen echter tegen, omdat verzekerden minder gevoelig bleken voor de prijsverschillen en keuzevrijheid. Dit is toe te schrijven aan de lasten die mensen ervoeren bij de overstap naar een andere verzekeraar (Schut et al. 2003). Mensen vonden dat de tijd en het administratieve werk dat gepaard ging met een overstap niet opwoog tegen het kleine prijs- of dekkingverschil (Kerssens et al. 2002). Ondanks deze tegenvallende resultaten van kleine wijzigingen werd doorgegaan met de ontwikkeling van een nieuw zorg- en verzekeringsstelsel.

## **2.2 De situatie vanaf 2006**

Het rapport van de Commissie Dekker is de belangrijkste aanzet geweest naar het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking. Veel van de aspecten uit het rapport zijn overgenomen in de Zorgverzekeringswet (ZVW), al dan niet in aangepaste vorm. De marktwerking in de gezondheidszorg is bedoeld ter bevordering van de doelmatigheid, samenhang en kostenbeheersing (Boot et al. 2001). Door het terugtrekken van de overheid krijgen aanbieders en verzekeraars een grotere uitvoerende rol, zij worden zelf verantwoordelijk voor het zorgaanbod en dragen een groter financieel risico. Beide partijen zullen in hun handelen rekening moeten houden met de zorgvragers, omdat deze meer keuzemogelijkheden en zeggenschap hebben gekregen. Ondanks het terugtrekken van de overheid blijft zij wel verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg (Ministerie van VWS 2006).

Naast het terugtrekken van de overheid zijn er nog enkele andere grote wijzigingen ten opzichte van het stelsel voor 1 januari 2006. In de huidige zorgverzekering is het onderscheid tussen particulier en ziekenfondsverzekerden opgeheven, in overeenstemming met Plan-Dekker is er één basisverzekering voor iedereen (Boot et al. 2001). Om solidariteit te waarborgen wordt iedere Nederlander verplicht tot het afsluiten van een verzekering (art 2 ZVW) en zijn de verzekeraars verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering (art 3 ZVW).

Een tweede verschil met het oude stelsel is de manier waarop mensen zijn verzekerd. Het aantal mogelijkheden om collectief verzekerd te zijn, is fors toegenomen onder de Zorgverzekeringswet. Werkgevers zijn niet langer de enige rechtspersonen die collectieve afspraken kunnen maken met zorgverzekeraars. Ieder rechtspersoon die de belangen van een groep behartigt kan een collectiviteit aangaan (art 18 ZVW). Mensen blijven te alle tijden vrij om deel te nemen aan een collectiviteit, doen zij dit niet dan moeten ze een individuele verzekering afsluiten.

Tot 2006 was de werkgeversbijdrage voor de ziekenfondsverzekerden verplicht, maar voor de particulier verzekerden vrijwillig. Deze bijdrage werd in de CAO's vastgelegd. Vanaf 1 januari 2006 is de werkgeversbijdrage opgenomen in de ZVW en verdwenen uit de CAO's (Memorie van toelichting ZVW 2003). De inkomensafhankelijke premie en werkgeversbijdrage zijn tot een wettelijk maximum aan elkaar gelijk, 6,5% van het inkomen. De bijdrage is verplicht gesteld om ongewenste inkomenseffecten te beperken en compensatieregelingen vanuit de overheid zo laag mogelijk te houden (ibid.). Toch hebben werkgevers nog een mogelijkheid voor een vrijwillige bijdrage, bovenop de verplichte 6,5%. Bij een collectief contract kunnen zij besluiten een deel van de premie voor hun rekening te nemen. Voor werknemers voelt dit als een 'extra korting'.

Een laatste verschil hier te noemen, is de komst van de Wet op de Zorgtoeslag (WZT). De zorgtoeslag is bedoeld voor mensen voor wie de zorgpremie een te zware last is in verhouding tot het inkomen (Memorie van Toelichting op de WZT 2003). De toeslag moet er voor zorgen dat mensen betalen naar draagkracht. De premie voor de zorgverzekering is voor iedereen gelijk, de hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van het inkomen. Het wordt bepaald door het verschil tussen de normpremie (percentage van het inkomen) en de standaardpremie (wettelijk bedrag)<sup>1</sup>. Het uitkeren van de toeslag en de controle komt voor rekening van de Belastingdienst, verzekeraars hebben hier niets mee te maken (ibid.). Artikel 5 van EEG Verordening 1408/71 maakt de WZT tot een socialeverzekeringswet. Hierdoor heeft iedereen die onder de Nederlandse wetgeving valt in beginsel recht op zorgtoeslag, ook als zij in het buitenland wonen (ibid.).

### **2.3 Toekomstverwachtingen**

De overgang naar het huidige stelsel heeft gezorgd voor grote verschuivingen tussen en binnen verzekeraars. De verschuivingen in 2007 waren veel minder groot dan in 2006 en voor de komende jaren wordt een stabilisatie van het aantal overstappers verwacht tussen

---

<sup>1</sup> Voor voorbeeld zie bijlage II

de 4% en 5% (Vektis 2007). Met name het grote aantal collectief verzekerden is opvallend, inmiddels is meer dan de helft van de Nederlanders aangesloten bij een collectiviteit.

Verzekeraars zullen meer moeten gaan aanbieden dan alleen een aantrekkelijke premiekorting. Als het aantal collectief verzekerden blijft stijgen zal de korting een minder onderscheidende factor worden voor verzekeraars (Vektis 2006). Zij kunnen zich wel gaan onderscheiden op het gebied van bijvoorbeeld preventie, ketenzorg en specialistische behandelingen voor bepaalde ziektebeelden (Vektis 2007). Op deze manier zal er meer aandacht komen voor de kwaliteit van zorg en minder voor alleen het prijskaartje.

Als mensen weten dat ze een goede prijs-kwaliteit verhouding krijgen bij een verzekeraar zal er minder reden zijn om over te stappen. Met dit gegeven in het achterhoofd zullen verzekeraars servicegericht gaan werken, goede zorg inkopen en zich minder richten op het winnen van nieuwe verzekerden. Het behouden van verzekerden zal belangrijker worden dan een groeiend marktaandeel (Vektis 2007). Het marktaandeel van verzekeraars zal nog wel groeien door een toename in het aantal samenwerkingsverbanden en fusies. Deze samenwerking komt voort uit het feit dat zorgaanbieders zich meer en meer gaan concentreren. Verzekeraars willen een tegenwicht bieden aan deze concentraties van zorgaanbieders (ibid.) en zo voldoen aan de verwachtingen die gesteld zijn aan marktwerking.

De afgelopen 2 jaar hebben verzekeraars premies aangeboden onder de kostprijs, dit kan niet eeuwig voortduren dus zullen de premies gaan stijgen. Om de premies kostendekkend te krijgen moesten de reserves aangesproken worden (Elsevier 2005), terwijl deze zijn bedoeld voor onverwacht grote of veel declaraties. Om deze reserves weer aan te vullen zal er een flinke stijging van de premie nodig zijn, toch wordt dit nog uitgesteld. In 2007 is er wel een gemiddelde premiestijging geweest van 8,2%, maar de premieverschillen tussen verzekeraars zijn afgenomen (75% van alle premies ligt binnen een bandbreedte van € 66,-, variërend van € 1128,- tot € 1194,-) (Vektis 2007). Deze kleine bandbreedte laat zien dat dat verzekeraars zich heel erg door elkaar laten beïnvloeden. Toch zullen de premies langzaam kostendekkend moeten worden, omdat verzekeraars anders geen reserves overhouden en failliet gaan. De verwachting is dan ook dat de premieverschillen vanaf 2008 meer van elkaar gaan verschillen, omdat verzekeraars meer kostendekkend gaan redeneren en minder af gaan stemmen op de prijzen van de concurrentie (ibid.).

### 3 Individueel of collectief verzekeren?

Het Nederlandse stelsel van zorgverzekeringen gaat uit van individuele overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en consumenten. Artikel 18 van de Zorgverzekeringswet voorziet in een mogelijkheid voor collectiviteiten, veel werkgevers en verenigingen zijn hiermee aan de slag gegaan. Maar wat is er dan zo aantrekkelijk aan een collectieve verzekering? In dit hoofdstuk zal er dieper worden ingegaan op de verschillen tussen beide manieren van verzekeren.

Zoals al eerder gezegd heeft het huidige Nederlandse stelsel enkele overeenkomsten met het verzekeringsstelsel in de Verenigde Staten. Het is daar heel normaal om collectief verzekerd te zijn, dit te zien aan het grote aantal HMO's<sup>2</sup> en het kleine aantal individueel verzekerden (Pauly et al 1999). In Nederland wordt het aandeel individueel verzekerden ook kleiner en krijgen de collectiviteiten een steeds grotere rol bij de verzekeringskeuze en onderhandelingen van verzekeraars (Deloitte 2006; Vektis 2007). Een belangrijk punt van kritiek op de Amerikaanse collectiviteiten is het niet waar kunnen maken van een brede basisdekking die sociaal aanvaardbaar is (Pauly et al. 2000). In Nederland is geprobeerd deze kritiek tegen te gaan door een wettelijk verplicht basispakket (art 11 ZVW), er is echter wel altijd kritiek op de inhoud van dit pakket.

Individueel een verzekering afsluiten heeft als voordeel dat de keuze groter en gevarieerder is, de eigen wensen kunnen nagestreefd worden (Pauly et al. 1999). Hier tegenover staat echter dat de administratieve kosten hoger zijn voor een verzekeraar en daarmee de premie hoger is dan die voor collectief verzekerden (ibid.). Voor collectieve contracten kan de verzekeraar zich richten op werkgevers en andere belangenbehartigers om verzekerden aan te trekken, dit is een stuk goedkoper dan verzekerden individueel aanschrijven. Naast de lagere administratieve lasten is de risicospreiding in een collectief ook voorspelbaarder voor de verzekeraar (Pauly et al. 2000). In de Verenigde Staten mogen verzekeraars differentiëren naar risico om de financiële risico's tegen te gaan (ibid.), in Nederland is het niet toegestaan te differentiëren naar risico, leeftijd, ras of geslacht (Memorie van toelichting ZVW 2003). Om verzekeraars niet te motiveren andere wegen voor differentiatie te zoeken, ontvangen ze een vereveningstoeslag op basis van het risicoprofiel van de verzekerden (ibid.).

---

<sup>2</sup> HMO = Health Maintenance Organization: organisaties die hun verzekerden tegen een vast bedrag per jaar uitgebreide medische hulp verlenen. Het verlenen van medische hulp gaat samen met de financiële verantwoordelijkheid voor het 'gezonderhouden' van de verzekerden. HMO-polissen zijn collectieve zorgpolissen met voorkeursaanbieders (Van de Ven 2001)

Een belangrijk voordeel van een collectieve zorgverzekering is het premievoordeel (RVZ 2004), de korting ten opzichte van een individuele polis kan oplopen tot 10% (art 18 ZVW). In Nederland biedt een werkgever veelal maar één verzekering aan haar werknemers aan, de keuze van een werknemer wordt hierdoor erg ingeperkt. Ook al doet een werkgever nog zo zijn best hij zal nooit kunnen voldoen aan de wensen van al de werknemers in het bedrijf als hij kiest voor een bepaalde verzekeraar (Pauly et al. 2000).

Een ander belangrijk verschil tussen individuele en collectieve polissen is de gevolgen van een overstap. Als je bent aangesloten bij een werkgeverscollectief en je verandert van werkgever ben je ook je premiekorting kwijt. Om weer in aanmerking te komen voor de korting moet overgestapt worden naar de collectiviteit van de nieuwe werkgever (als hij deze aanbiedt). Individueel verzekerden hebben geen last van deze 'gedwongen' overstap, omdat hun verzekering en werk los van elkaar staan. Toch is het aantal collectief verzekerden in de afgelopen jaren verdubbeld (Vektis 2007). Voor deze mensen wegen de voordelen van een collectiviteit zwaarder dan de voordelen van een individuele verzekering. Maar welke motieven hebben mensen voor hun keuze? Is het vooral de premie of wordt er verder gekeken dan alleen financiële aspect? In het volgende hoofdstuk zullen de verschillende motieven voor een verzekeringskeuze nader toegelicht worden.

## **4 Motieven om te verzekeren**

De overheid heeft besloten de zorgverzekering voor iedereen verplicht te stellen, de motieven hiervoor zullen in het eerste deel van dit hoofdstuk naar voren komen. In het tweede deel wordt gekeken naar de motieven van mensen bij de keuze voor een verzekering. Wat motiveert mensen om over te stappen?

### **4.1 Overheidsmotieven voor een verplichte verzekering**

Mensen kunnen allerlei redenen hebben om een verzekering af te sluiten. In de meeste gevallen gaat het om schadeverzekeringen waarbij het risico wordt overgedragen aan de verzekeraar. Deze verzekeringen worden op vrijwillige basis afgesloten. De overheid heeft in het geval van de zorgverzekering een verzekeringsplicht opgelegd (art 2 ZVW), maar waarom? Mensen kunnen toch zelf het beste hun gezondheid inschatten? Bij verzekeren nemen moral hazard en de zorgkosten toch juist toe? Ondanks deze en andere argumenten zijn er enkele belangrijke motieven te vinden voor een verplichte zorgverzekering voor alle Nederlandse ingezetenen.

Al sinds 1986 is het voor mensen onder de wettelijke inkomensgrens verplicht om zich aan te melden bij een ziekenfonds. De overheid stelde deze verplichting in om te voorkomen dat het vrijwillige ziekenfonds een verzameling van alleen slechte risico's<sup>3</sup> werd, omdat de goede risico's hun verzekering beëindigden vanwege de hoge premies (Memorie van toelichting ZVW 2003). In de Zorgverzekeringswet is ervoor gekozen deze verplichting tot verzekeren uit te breiden naar de gehele Nederlandse bevolking (art. 2 ZVW), voor deze verplichting zijn enkele belangrijke redenen. Ten eerste is er het paternalistische motief, hierbij gaat de regering er vanuit dat de bevolking haar eigen gezondheidsrisico's onvoldoende kan schatten. Zeker waar het gaat om toekomstige risico's heeft de overheid een beter overzicht dan de bevolking en kan zij dus de verwachte kosten op een beter niveau inschatten (Van de Ven 2001). Ten tweede is er het externe-kostenmotief, hierbij gaat het om zorg waar ook de omgeving van de patiënt van profiteert (bijv. preventie van besmettelijke ziekten, verslaafdenzorg en psychiatrische zorg). Alle verzekerden hebben baat bij deze zorg en worden daarom bereid geacht hieraan mee te betalen uit oogpunt van solidariteit (ibid.). De verzekering verplicht stellen waarborgt ook het sociale karakter van de zorgverzekering, omdat risico- en inkomenssolidariteit nationaal geregeld zijn (Memorie van toelichting ZVW 2003). De risicosolidariteit is geregeld in artikel 3 van de Zorgverzekeringswet, hier worden

---

<sup>3</sup> Slechte risico's zijn mensen met een groot risico op het gebruik van veel en/of dure zorg, goede risico's zijn mensen met een goede gezondheid en dus weinig zorggebruik.

verzekeraars verplicht iedereen te accepteren voor het basispakket. De inkomenssolidariteit is geregeld in de Wet op de Zorgtoeslag, hier is geregeld dat mensen met een inkomen onder een bepaalde grens een tegemoetkoming krijgen. Tot slot vond de overheid een verplichte verzekering noodzakelijk in het licht van de gewenste concurrentie tussen verzekeraars (ibid.). Door de inkooprol van verzekeraars worden zij meer en meer zelf verantwoordelijk voor hun ondernemersgedrag, zij zullen niet zonder meer gecompenseerd worden door de overheid voor slechte zorginkoop.

Door het instellen van een verplichte verzekering wordt op bevolkingsniveau een welvaartswinst geboekt en is de toegang tot zorg gewaarborgd. Een nadeel van zo'n verzekering is moral hazard, omdat mensen de prijs van het zorggebruik niet of minder voelen en dus niet geprikkeld worden onnodig zorggebruik tegen te gaan (Van de Ven 2001). Bij moral hazard is er sprake van uitschakeling van het prijsmechanisme. Door de tussenkomst van een zorgverzekeraar krijgen mensen geen rekening meer voor hun artsbezoeken en medicijngebruik. Bij het gebruik van zorg zullen ze dan ook geen rekening houden met de kosten, omdat deze via de verzekeraar aan de zorgaanbieder betaald worden en niet uit eigen zak. Mensen handelen anders als ze geen prijs ervaren. Dit is ook bij zorg het geval, want mensen gaan vaak meer en duurdere zorg gebruiken dan eigenlijk nodig is (Lapr   et al 2001). Door het invoeren van de no-claim, een vrijwillig eigen risico en eigen betalingen wordt geprobeerd mensen prijsbewuster te maken.

#### ***4.2 Individuele motieven voor een zorgverzekering***

In een markt van gereguleerde concurrentie is het belangrijk dat mensen bewust bezig zijn met hun keuze voor een verzekering en bereid zijn om over te stappen, anders werkt de markt niet (Buchmueller et al. 1997). Voor consumenten moet de markt inzichtelijk zijn, omdat mensen anders niet gemotiveerd zijn te zoeken naar alternatieven voor hun verzekering. Als ze niet reageren op veranderende premies, de service en de kwaliteit van de dienstverlening zullen zorgverzekeraars ook niet geneigd zijn zich aan te passen aan de wensen van de consument (Deloitte 2005).

Voor zorgverzekeraars is het belangrijk om te weten waarop mensen hun keuze voor een verzekering baseren, opdat zij hierop kunnen inspelen om klanten aan te trekken.

Verzekerden kunnen allerlei motieven hebben voor hun keuze: de hoogte van de premie, de mogelijkheden van een collectiviteit, de dekking van de polis. De verschillende gronden voor een keuze zullen nader worden toegelicht en ook zal worden uitgelegd welke invloed ze hebben op de keuze.



#### **4.2.1 De premie, overstapkosten en prijsgevoeligheid**

Verzekeraars mogen voor de basisverzekering geen onderscheid maken op basis van gezondheidsrisico's, leeftijd, geslacht of ras. Het enige onderscheid dat er mag zijn, is op basis van de gekozen verzekeringspolis (art 17 ZVW). De premie kan verschillen door een vrijwillig gekozen eigen risico, door deelname aan een collectiviteit, door termijnbetaling in plaats van maandelijkse afschrijving of door het verschil tussen natura- en restitutiepolissen (Vektis 2007). De afgelopen jaren zijn mensen bewuster geworden van de keuzemogelijkheden voor hun zorgverzekering. Naast de dekking van de aanvullende verzekering nemen ze steeds meer ook de premie in overweging, voordat een besluit wordt genomen (Laske et al. 2005). Toch is de prijs niet het meest bepalend gebleken. In maart 2006 werd duidelijk dat verzekeraars met een hoge premie verzekerden hadden aangetrokken en degenen met de laagste premie mensen hadden zien vertrekken (Deloitte 2006).

Dat mensen meer aandacht besteden aan de premie dan enkele jaren geleden laat zien, dat ze wel degelijk gevoelig zijn voor premieveranderingen. Als dit niet zo zou zijn, zou het hele marktdece instorten omdat bewustheid ten aanzien van de prijs-kwaliteit verhouding de hoeksteen vormt van marktwerking (Strombom et al. 2002). Vooral in de Verenigde Staten is al veel onderzoek gedaan naar de prijsgevoeligheid met betrekking tot zorgverzekeringen. Zowel uit Amerikaans als uit Nederlands onderzoek blijkt dat jongeren het meest en ouderen het minst prijsgevoelig zijn (Buchmueller 2006; Schut et al. 2003; Strombom et al. 2002), daarentegen zijn ouderen wel meer gericht op de kwaliteit van de dienstverlening (Buchmueller 2006).

Of mensen besluiten over te stappen, wordt ook bepaald door de (ervaren) overstapkosten. Overstappen naar een andere verzekeraar gaat niet zonder moeite, het uitzoeken van een nieuwe verzekering kost tijd en administratief werk (Strombom et al. 2002). Als deze kosten hoger zijn dan het voordeel van de nieuwe verzekering zullen minder mensen geneigd zijn over te stappen (Buchmueller et al. 1997). In de Verenigde Staten gaat een overstap gepaard met nieuwe hulpverleners, chronisch zieken ervaren hierdoor hogere overstapkosten (Strombom et al. 2002). Als verzekeraars in Nederland selectiever gaan contracteren, kan een dergelijke situatie hier ook gaan gelden. Nederlanders blijven echter altijd vrij om ongecontracteerde zorg te gebruiken tegen bijbetaling (Memorie van toelichting ZVW 2003).

Ook bij collectieve verzekeringen ervaren mensen overstapkosten. Als er gekozen wordt voor een collectief is er sprake van weinig zoekkosten (Schut et al. 2002). In Nederland wordt bij een collectief slechts één verzekeraar aangeboden, verzekerden hoeven zelf alleen te kijken naar de best passende aanvullende verzekering. Overstapkosten voor deze groep zijn te vinden in het verlies van de premiekorting (Laske et al. 2005) en een minder coulante verzekeraar (RVZ 2004) als wordt besloten uit het collectief te stappen.

#### **4.2.2 Ervaren kwaliteit van service en dienstverlening**

Voor verzekeraars is het van belang goede kwaliteit af te leveren, want slechte kwaliteit leidt tot klantverlies. Niet alleen de eigen kwaliteit van service en dienstverlening is belangrijk, ook de kwaliteit van de ingekochte zorg moet goed zijn. Inzicht in deze kwaliteit is noodzakelijk om een goede keuze te kunnen maken (Delnoij et al. 2005). Onderzoek in de Verenigde Staten heeft aangetoond dat kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders belangrijk is bij de keuze van een zorgverzekering (Jin et al. 2006). In Nederland contracteren verzekeraars nog steeds veel zorgaanbieders. Zodra zij selectiever gaan worden zal de kwaliteitsinformatie ook voor Nederlandse verzekerden steeds belangrijker worden. Bij de beoordelingen moet een teveel aan details worden vermeden, omdat dit juist onbegrip opwekt en dus averechts werkt (Glazer et al. 2006). Als een zorgaanbieder beoordeeld wordt, mogen meningen en ervaringen van patiënten niet ontbreken want hier wordt veel waarde aan gehecht (Wedig et al. 2002). Consumenten vinden statistische gegevens zoals zorguitkomsten minder belangrijk, omdat ze zich beter kunnen inleven in ervaringen dan in tabellen en grafieken.

Kwaliteit van service en dienstverlening is moeilijk te meten en daarom moeilijk onderhandelbaar (Chernew et al. 2004). Kwaliteit is een multi-dimensionaal begrip en dus niet met één instrument meetbaar (ibid.). Door middel van bijvoorbeeld enquêtes over consumentenervaringen en het opvragen van de statistische gegevens bij een zorgaanbieder wordt een goede start gemaakt. Bij ziekenhuizen moet er altijd wel rekening worden gehouden met het type patiënt, want naarmate de zorg specialistischer wordt zijn de uitkomsten vaak ook slechter omdat patiënten zieker zijn. Ondanks de moeilijkheid van het meten, blijft kwaliteitsinformatie van belang voor een goede verzekeringskeuze en goede zorginkoop door verzekeraars (Delnoij et al. 2005).

Verzekeraars zijn voor hun verzekerden ook afhankelijk van de service en dienstverlening die zij zelf bieden. Goede afhandeling van nota's, wachttijstbemiddeling en het snel oplossen van klachten zorgen voor positieve ervaringen en zo goede mond tot mond reclame. Net als bij de zorgaanbieders tellen ervaringen met verzekeraars ook mee in de keuze voor een

verzekering. Als een verzekeraar slecht beoordeeld wordt door mensen uit je omgeving, dan zal je ook minder snel geneigd zijn hier een verzekering uit te zoeken.

#### **4.2.3 Dekking van de verzekering**

Bij het zoeken naar een verzekering kan men gesteund worden door meningen van vrienden en bekenden, maar de persoonlijke voorkeuren voor dekking en vergoedingen zijn het belangrijkste. De inhoud van het basispakket is voor iedereen gelijk, ongeacht welke verzekeraar wordt gekozen. De inhoud en de omvang van de vergoedingen van dit pakket zijn geregeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet. Vergoedingen kunnen onvolledig zijn door verplichte eigen bijdragen en het vrijwillig eigen risico, beperkingen zijn opgelegd voor fysiotherapie en tandartszorg voor volwassenen (Memorie van toelichting ZVW 2003). De beperkingen in het basispakket kunnen wel voor vergoeding in aanmerking komen via een aanvullende verzekering. De aanvullende verzekering omvat voorzieningen die volgens de overheid voor eigen rekening en verantwoording kunnen komen en is daarom niet ingevuld door de wetgever. De pakketomschrijving, polisvoorwaarden, acceptatiebeleid en premiestelling hiervan zijn in handen van de verzekeraar (ibid.) en kunnen daarom per verzekeraar verschillen.

Langdurige fysiotherapie, tandartszorg, visuele hulpmiddelen en langdurige zorg zijn volgens Amerikaans onderzoek belangrijke aandachtspunten als mensen een verzekering kiezen (Royalty et al. 2005). In Nederland valt deze zorg onder de aanvullende verzekeringen en in de AWBZ. Er wordt hier dan ook de meeste aandacht aan besteed aan het aanvullende pakket (Kerssens et al 2002). Als het gaat om de basisverzekering zijn er alleen prijsverschillen, omdat de inhoud wettelijk is vastgelegd. Op langere termijn zouden er wel kwaliteitsverschillen kunnen komen, als verzekeraars selectiever gaan contracteren (Memorie van toelichting ZVW 2003).

Als mensen voor een verzekeraar en een verzekering hebben gekozen, hebben ze recht op zorg of vergoeding van gemaakte zorgkosten (art. 11 ZVW). De zorgverzekeraar sluit met zorgaanbieders contracten af over prijzen en volume van zorg, maar het kan gebeuren dat een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder wil. Bij niet-gecontracteerde zorg hebben verzekeraars extra (administratieve) kosten, daarom mogen zij een lagere vergoeding geven dan voor gecontracteerde zorg (Memorie van toelichting ZVW 2003). De verzekeraar dient in zijn modelovereenkomst op te nemen hoe de vergoeding verloopt voor niet-gecontracteerde zorg. Deze vergoeding mag niet zo laag zijn dat het mensen onmogelijk wordt gemaakt elders zorg te gebruiken (ibid.). Ditzelfde geldt voor zorg in het buitenland,

want op basis van de Europese socialezekerheidsverordening nr. 1408/71 heeft een verzekerde altijd recht op noodzakelijke zorg tijdens verblijf in een andere lidstaat van de Europese Unie. Als er geen sprake is van noodzaak, dan is het aan de verzekeraar om voorwaarden te scheppen ten aanzien van het vragen van toestemming voor de buitenlandse zorgverlening (ibid.). De wetgever houdt zich hier niet mee bezig wegens het vrije verkeer van diensten binnen de Europese Unie (art. 59 EG-Verdrag)

#### **4.2.4 Groei van het aantal collectiviteiten**

Met de komst van de Zorgverzekeringswet zijn de mogelijkheden voor collectieve contracten toegenomen. In de wet staat dat ieder rechtspersoon een collectief contract mag afsluiten zolang er sprake is van belangenbehartiging van de aangesloten verzekerden (art. 18 lid 5 ZVW). Het is te alle tijden de keuze van de verzekeraar om in zee te gaan met deze rechtspersoon. De Nederlandse Zorgautoriteit erkent drie soorten collectiviteiten: werkgeverscollectieven, collectieve contracten via patiëntenverenigingen en als laatste de zogenaamde gelegenheidscollectieven, collectiviteiten op basis van één of meer gemeenschappelijke kenmerken (zoals lidmaatschap bij een sportclub of vakbond) (Vektis 2007). Verzekeraars zijn terughoudend met de laatste categorie, omdat ze angstig zijn voor onbekende schadeprofielen (Deloitte 2006). Collectieve contracten met patiëntenverenigingen zijn weer heel voorspelbaar voor verzekeraars, voor een dergelijke groep verzekerden kan een verzekeraar complete zorgarrangementen inkopen. De verzekeraar ontvangt daarnaast voor hen ook nog een compensatie uit het vereveningsfonds (ibid.), dus het financiële risico is klein bij goede zorginkoop.

Als werkgevers de mogelijkheid bieden om deel te nemen aan een collectief contract heeft dit niet alleen voordeel voor de werknemers, werkgevers hebben er zelf ook baat bij. Voor de werknemers is er het gemak en de zekerheid van acceptatie door de verzekeraar (RVZ 2004). Als werknemer ga je er vanuit dat je werkgever het beste met je voorheeft en dus geen slechte verzekeraar uitzoekt. Voor werkgevers kan het collectieve contract geïntegreerd worden met regelingen met betrekking tot ziekteverzuim, preventie en herintreding (Vektis 2007). Deze regelingen zijn vooral financieel voordelig voor werkgevers. De werkgeverscollectiviteiten vormen nog steeds de grootste groep collectieve contracten, in 2007 is 44% van alle verzekerden aangesloten bij een werkgeverscollectief (ibid.).

Voor verzekeraars zijn collectieve contracten in het nieuwe stelsel veel belangrijker geworden. De verschuivingen in het eerste kwartaal van 2006 zijn vooral toe te schrijven aan

het grote aantal collectief verzekerden (Deloitte 2006). Door de stijgende premie kiezen mensen eerder voor een collectiviteit, omdat ze korting krijgen op zowel de basisverzekering als de aanvullende pakketten. Het gevoel van korting krijgen is voor mensen vaak al voldoende om deel te nemen, ook al kunnen ze ergens anders een goedkopere verzekering krijgen zonder korting (Vektis 2007). Voor een verzekeraar is winst en verlies mede afhankelijke geworden van het aantal collectief verzekerden in het bestand (Deloitte 2006).

#### **4.2.5 Persoonskenmerken**

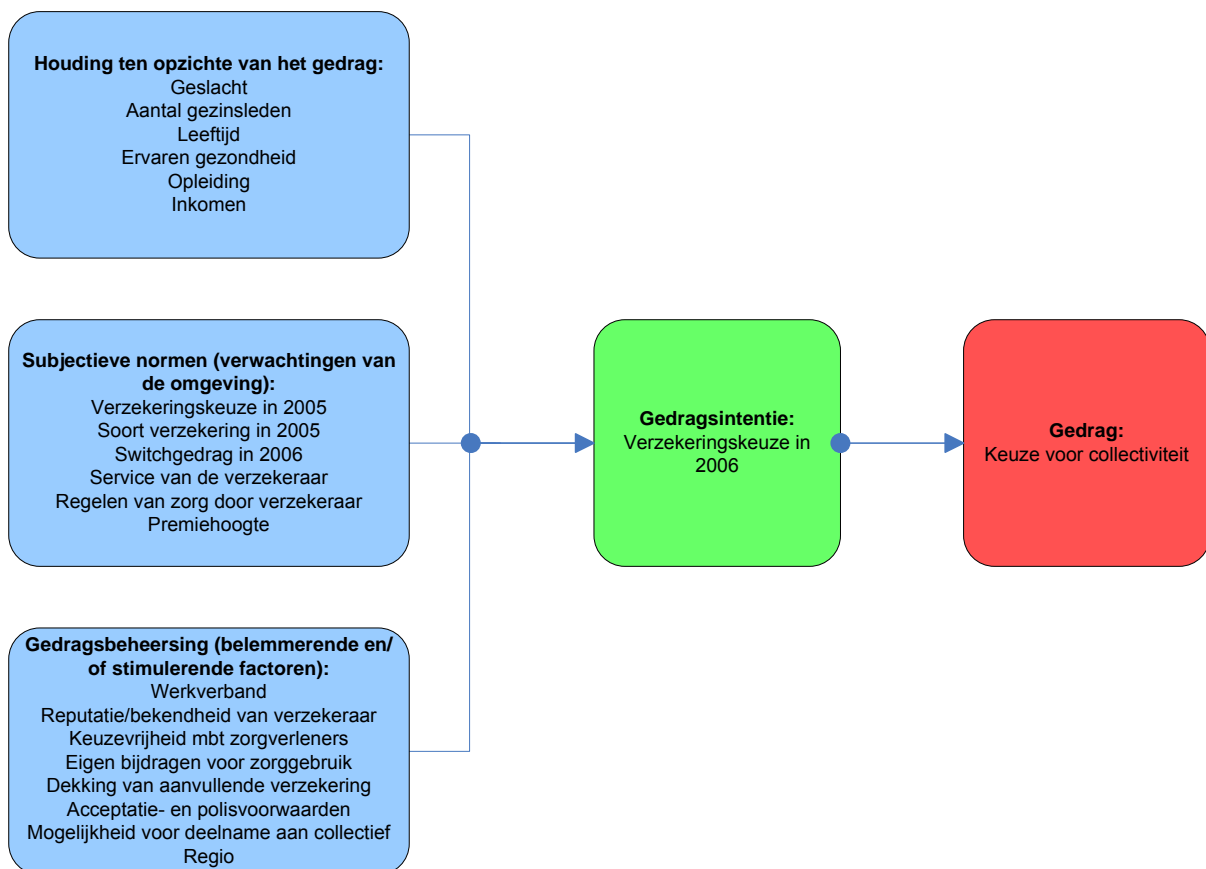
Hoe mensen reageren op het bovengenoemde is nooit met zekerheid te zeggen, toch zijn er vanuit onderzoek veel algemene uitspraken te doen over de persoonskenmerken. Leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen, gezondheidstoestand en gezinssituatie zijn kenmerken die een belangrijke rol spelen bij de keuze voor een verzekering. In de leeftijdsgroep 18-45 jaar komen de meeste overstappers voor (Vektis 2007), het is voor verzekeraars dan ook het meest interessant zich te richten op deze groep (Kerssens et al 2002). Naast jong zijn de overstappers veelal ook goed opgeleid (Laske et al. 2005). De groep vanaf 40 jaar wisselt minder snel van verzekeraar uit angst geweigerd te worden voor de aanvullende polissen, maar blijft ook bij hun verzekeraar uit loyaliteitsgevoel (Deloitte 2005). Ook mensen met een minder goede gezondheid wisselen niet snel van verzekeraar, omdat zij bang zijn niet voor alles geaccepteerd te worden. Gemiddeld genomen zijn er geen verschillen tussen mannen en vrouwen (Vektis 2007). Alleen bij collectieve verzekeringen zijn duidelijke verschillen te vinden, vrouwen onder de 45 jaar kiezen vaker voor een collectief evenals de mannen boven de 65 (ibid.).

## 5 Methoden

Dit onderzoek is gebaseerd op een bestaande dataset van het instuut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG). In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de onderzoekspopulatie, de gekozen variabelen en de methoden van het onderzoek.

### 5.1 Onderzoeksmodel

In paragraaf 1.4 is het conceptueel model geïntroduceerd. In figuur 2 is het model nogmaals weergegeven, maar nu ingevuld met de verschillende variabelen uit het onderzoek. De houding ten opzichte van gedrag wordt bepaald door persoonskenmerken. Subjectieve normen zijn de verwachtingspatronen van de omgeving. Er wordt van mensen verwacht dat ze gaan letten op een goede prijs-kwaliteit verhouding en dat ze hier hun verzekeringskeuze op baseren. Belemmerende en stimulerende factoren voor gedrag is een heel breed begrip. Veel variabelen kunnen hieronder gerekend worden, ook variabelen uit de eerste twee blokken. De variabelen zijn geplaatst in de blokken waar ze naar verwachting de meeste invloed hebben.



Figuur 2: Het model van de theory of planned behaviour ingevuld

## 5.2 De populatie en variabelen

De steekproef uit dit onderzoek bestaat uit een panel, dat in zijn volledigheid representatief is voor de Nederlandse bevolking. Het panel is samengesteld door CentERdata<sup>4</sup>. In mei 2006 heeft zij in opdracht van het iBMG vragenlijsten verstuurd. De vragenlijst is ontwikkeld door het iBMG. 78% van de panelleden heeft respons gegeven op het verzoek de vragenlijst in te vullen. Om te kijken of er geen selectieve uitval is zal er nu wat dieper worden ingegaan op de verdelingsgegevens van de respondenten. Er wordt een vergelijking gemaakt tussen de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de gegevens uit de dataset van het iBMG. De gegevens van het CBS komen voort uit cijfers van het jaar 2006. De cijfers met betrekking tot de verzekeringskeuzen en het soort verzekering komen niet van het CBS, maar van Vektis<sup>5</sup>.

		Vektis (%)	CBS(%)	iBMG(%)
verzekeringskeuze in 2006	individueel	56		44,3
	collectief	44		55,7
verzekeringskeuze in 2005	individueel	71		63,1
	collectief	29		36,9
soort verzekering in 2005	ziekenfonds	63,5		59,5
	particulier	36,5		40,5
switchgedrag in 2006	niet geswitcht	81		73,8
	wel geswitcht	19		26,2
gezondheidswaardering	minder dan goed		19,1	14,0
	goed		54,8	58,1
	beter dan goed		26,1	27,9
geslacht	man		49,5	51,9
	vrouw		50,5	48,1
regio	grote steden		11,0	16,5
	rest west		35,7	27,5
	noord		10,4	11,8
	oost		21,2	19,9
	zuid		21,7	24,3
aantal gezinsleden	een persoon		35,0	19,7
	twee personen		32,6	40,4
	drie personen		12,6	10,9
	vier en meer personen		19,8	29,1
hoogste afgeronde opleiding	lager onderwijs		23,7	30,3
	middelbaar onderwijs		44,6	33,7
	hoger onderwijs		31,7	36,0
leeftijd	20-40 jaar		35,5	31,5
	40-65 jaar		45,6	50,3
	65-80 jaar		18,9	18,2
werkverband	loondienst		42,8	50,3
	uitkering of pensioen		28,7	23,9
	anders		28,5	25,8
bruto maandinkomen	onder modaal			56,1
	rond modaal			9,6
	boven modaal			34,3

Tabel 1: Vergelijking CBS-, en iBMG-gegevens

<sup>4</sup> CentERdata is een instituut voor dataverzameling en toegepast onderzoek. Het maakt deel uit van de Universiteit van Tilburg.

<sup>5</sup> Vektis is een informatiecentrum, dat gegevens verzamelt met betrekking tot de zorgverzekeraars in Nederland.

De variabele 'verzekeringskeuze in 2006' toont een significant verschil tussen de officiële cijfers van Vektis en de verdeling in het databestand. Ook de variabele 'aantal gezinsleden' vertoont significant verschillen, vooral het verschil in eenpersoonshuishoudens is een punt van aandacht.

In hoofdstuk 4.2.4 is beschreven dat verzekeraars terughoudend zijn ten opzichte van de zogenaamde gelegenheidscollectiviteiten. Uit de data blijkt dat 24,3% van de respondenten aangesloten is bij een dergelijk collectief. Slechts 1,3% heeft een collectieve polis via zijn patiëntenvereniging. De overige 74,4% heeft gekozen voor een werkgeverscollectief. Deze ruime meerderheid is niet verrassend, omdat werkgevers heel actief aan de slag zijn gegaan met het maken van afspraken met verzekeraars. Dergelijke cijfers zijn nog niet gepubliceerd door het CBS of Vektis en kunnen dan ook niet vergeleken worden. Toch is de verdeling interessant, omdat het niet overeenstemt met de voorspelde terughoudendheid van verzekeraars.

Er zullen in dit onderzoek meerdere onafhankelijke variabelen zijn en één afhankelijke variabele. Het onderwerp van dit onderzoek is de stijgende populariteit van de collectieve zorgverzekeringen in het nieuwe zorgstelsel. De afhankelijke variabele in de analyses is daarom 'verzekeringskeuze in 2006'. In tabel 1 (met uitzondering van 'verzekeringskeuze in 2006') zijn de onafhankelijke variabelen te vinden die in dit onderzoek gebruikt zullen worden. De variabelen hebben verschillende antwoordmogelijkheden, deze codering is te vinden in bijlage I. In dit onderzoek is bij enkele variabelen gekozen voor het samenvoegen van antwoorden, dit zal in de volgende paragraaf worden toegelicht.

### **5.3 De analysemethoden**

Voordat er uitspraken gedaan kunnen worden over de verzekeringskeuze in 2006 moeten er verschillende onderzoeksstappen gezet worden. Deze stappen zullen in deze paragraaf uiteengezet worden en onderbouwd. De resultaten zijn te vinden in hoofdstuk 6. Er zullen drie soorten analyses worden uitgevoerd: univariaat, bivariaat en multivariaat.

Allereerst zal er een univariate analyse worden uitgevoerd betreffend de keuze voor een verzekeraar. In de vragenlijst zijn acht redenen geformuleerd om de keuze voor een verzekeraar te motiveren:

- Service van de zorgverzekeraar
- Inspanningen van de verzekeraar mbt regelen van zorg
- Bekendheid met of reputatie van de zorgverzekeraar



- Premie en eigen bijdrage
- Mate van keuzevrijheid bij het kiezen van een zorgverlener
- Dekking van de aanvullende verzekering(en)
- Acceptatie- en polisvoorwaarden
- Mogelijkheid om aan de collectiviteit deel te nemen

Respondenten konden maximaal drie van deze acht redenen aankruisen of zelf een reden toevoegen. Deze zelf in te vullen reden is niet meegenomen omdat het vaak om een toelichting ging op andere keuzes. Er zal gekeken worden naar verschillen in de verdeling tussen collectief en individueel verzekerden. Elke reden hierboven is weer onderverdeeld in verschillende subredenen, deze zullen uitgelicht worden waar dit van belang is.

Nu bekend is wat de verschillen zijn betreft de keuze voor een verzekeraar, zal er gekeken worden naar de verdeling tussen de verzekeringskeuze en de verschillende persoonskenmerken (bivariate analyse). Om een overzicht te krijgen van de data en de verdeling, zijn er frequentietabellen gemaakt van de variabelen. Op deze manier ontstaat een overzichtelijk geheel van de vragen en antwoordcategorieën. Variabelen met veel antwoordmogelijkheden vallen gelijk op en voor deze moet gekeken worden of hercodering nodig is. Bij het gebruik van hercodering wordt het aantal antwoordcategorieën verkleind door het samenvoegen van antwoorden. Het is wel belangrijk dat er geen verlies optreedt van belangrijke kenmerken, als dit dreigt te gebeuren kan het aantal antwoorden beter wat groter zijn. Vanuit het overzicht van de frequentietabellen is besloten de volgende variabelen te hercoderen: soort verzekering in 2005, gezondheidswaardering, aantal gezinsleden, werkverband, leeftijd en bruto maandinkomen.

De variabele 'soort verzekering in 2005' bestond oorspronkelijk uit drie categorieën. Besloten is om die categorie 'IZA/IZR' te verwijderen, omdat deze niet relevant is voor het onderzoek. De groep verzekerd via IZA/IZR is maar heel klein en vertegenwoordigt minder dan 7% van de data. 'Gezondheidswaardering' had in de vragenlijst vijf antwoordmogelijkheden, dit is teruggebracht naar drie. Een verdeling op een vijf puntsschaal levert twee vage grenzen op, die tussen 'slecht' en 'matig' en die tussen 'zeer goed' en 'uitstekend'. In beide gevallen is de grens weggenomen en zo zijn er drie categorieën ontstaan: 'minder dan goed', 'goed' en 'beter dan goed'. Een volgende variabele is 'aantal gezinsleden', de antwoorden liepen hier uiteen van 'één persoon' tot en met 'negen en meer personen'. Naarmate de gezinsgrootte toeneemt, daalt het aantal mensen in de antwoordcategorieën. Besloten is om de laatste zes antwoorden samen te voegen en verder te gaan met vier antwoordmogelijkheden: 'één persoon', 'twee personen', 'drie personen' en 'vier en meer personen'.

De hercodering van de variabele 'hoogst afgeronde opleiding' is mede tot stand gekomen door de scheiding die wordt aangehouden door het CBS. In de vragenlijst kan gekozen worden uit zeven onderwijsniveaus, van speciaal onderwijs tot en met wetenschappelijk onderwijs. Aan de hand van de beschrijving van het CBS<sup>6</sup> zijn hier drie categorieën van gemaakt: 'lager onderwijs' (= (speciaal) basisonderwijs, vmbo, mavo), 'middelbaar onderwijs' (= havo/vwo, mbo) en 'hoger onderwijs' (= hbo en wo). Ook 'werkverband' is een variabele waarvan het aantal antwoorden sterk gereduceerd is, van dertien naar drie. Allereerst is er de groep 'loondienst', zij hebben de mogelijkheid om via de werkgever een collectieve polis af te sluiten. Mensen met een uitkering en/of pensioen hebben eveneens een vast inkomen en via de uitkeringsinstanties, de pensioenfondsen of de verzekeraar de mogelijkheid om gebruik te maken van het derde type collectiviteiten (zie hoofdstuk 4.2.4). Als derde zijn er nog de mensen met een ander werkverband, zoals zelfstandig ondernemers, werkzoekenden, studenten en huismannen/-vrouwen. Deze laatste groep moet zelf actief op zoek naar een collectiviteit, als ze hieraan willen deelnemen.

Tot slot zijn er nog 'leeftijd' en 'bruto maandinkomen', beide zijn continue variabelen maar kunnen niet als zodanig gebruikt worden in een kruistabel. 'Leeftijd' is verdeeld in vier categorieën. De eerste groep is de groep van 18-30 jaar, hierin zitten veel studenten en starters. De tweede groep bestaat uit 31-45-jarigen, hier zijn veel (jonge) gezinnen te vinden. De derde groep is die met 46-65-jarigen, zij hebben vaak een vaste baan en al oudere kinderen. Wisselen van werkgever zie je in deze groep niet veel, omdat oudere werknemers vaak minder aantrekkelijk zijn voor bedrijven dan starters. De laatste groep omvat de 65-plussers, zij zijn gepensioneerd. De laatste gehercodeerde variabele is 'bruto maandinkomen'. Hiervoor zijn drie antwoordcategorieën gevormd op basis van het modale bruto inkomen<sup>7</sup>. In plaats van een exact inkomen te gebruiken als grens tussen wel en niet modaal, is er gekozen voor een 'grensgebied' rond het modale inkomen. De spreiding van dit gebied loopt van €2.101,- tot en met €2.400,- en is daarmee antwoordcategorie twee. De eerste categorie wordt gevormd door de inkomens lager dan €2.100,- ('onder modaal') en de derde categorie door de inkomens boven €2.400,- ('boven modaal').

Nu de variabelen gehercodeerd zijn kan de analyse verdergaan. Aan de hand van kruistabellen met de onafhankelijke en afhankelijke variabelen kan de significante associatie per variabele worden bepaald. Deze significantie wordt berekend met de Chikwadraattoets ( $\chi^2$ -toets). Deze toets laat zien of er sprake is van een statistisch significant verband tussen

---

<sup>6</sup> [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) (In Statline kan een tweede scherm geopend worden door op het onderwijsniveau te klikken, waarna de genoemde beschrijving volgt.)

<sup>7</sup> Het modale bruto inkomen in 2006 lag op €29.500,- op jaarbasis, dit is €2.269,23 per maand ([www.cpb.nl/nl/prognoses/nlinfo.html](http://www.cpb.nl/nl/prognoses/nlinfo.html))

twee variabelen. In dit onderzoek is gekozen voor een significantieniveau van 5% ( $\alpha = 0,05$ ). De overschrijdingskans mag dus niet hoger zijn dan 5%, is deze wel hoger dan is er geen sprake van een statistisch significant verband.

De associaties tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen zouden nu duidelijk moeten zijn. Om de gezamenlijke invloed van de onafhankelijke variabelen te onderzoeken, wordt er een multivariate analyse uitgevoerd. De afhankelijke variabele is een binaire variabele, er zijn slechts twee antwoordcategorieën. Bij zo'n variabele wordt gewerkt met de logistische regressie in plaats van de lineaire regressie, omdat de punten van de afhankelijke variabele niet op één lijn liggen (De Vocht 2006-2007). Bij een logistische regressie wordt er een kansberekening gedaan om te kijken of een bepaalde eigenschap wel of niet aanwezig is ( $P/1-P$ ). In de analyse zullen alle variabelen opgenomen worden als categorale variabelen (dummies). Dummies zijn binaire variabelen met de waarden 0 en 1. Het aantal dummies bij een variabele is gelijk aan het aantal categorieën min 1, bij 'geslacht' zal er dus één dummy zijn en bij 'regio' vier. De categorie die niet is opgenomen als dummy is de referentiecategorie, de uitkomsten moeten altijd ten opzichte van deze categorie geïnterpreteerd worden (ibid.). Bij dit onderzoek is ervoor gekozen om bij alle variabelen de eerste categorie als referentiecategorie te gebruiken, dit om verwarring en fouten bij de interpretatie van de analyse te voorkomen. In tegenstelling tot de  $\chi^2$ -toets zal gewerkt worden met een significantieniveau van 10% ( $\alpha = 0,10$ ).

## 6 Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de analyses worden besproken. In het vorige hoofdstuk is weergegeven dat bij de kruistabellen een significantieniveau van 5% geldt en bij de logistische regressie 10%.

### 6.1 Univariate analyse

Mensen kunnen om uiteenlopende redenen kiezen voor een collectiviteit. In de vragenlijst stond een achttal redenen, zoals aangegeven in hoofdstuk 5, die betrekking hebben op de verzekeraars en het polisaanbod. Respondenten moesten aangeven welke redenen voor hen belangrijk waren bij hun besluit. Als de respondenten gefilterd worden op basis van hun keuze voor een verzekering (tabel 2), blijkt dat de meest genoemde reden (55%) voor een collectiviteit 'de mogelijkheid om deel te nemen aan een collectiviteit' is. Bij 15% van de collectief verzekerden was dit zelfs de enige reden om collectief verzekerd te zijn. Individueel verzekerden kozen het meest op basis van de 'service door de zorgverzekeraar' en 'de bekendheid met of reputatie van de zorgverzekeraar'. Bij de verleende service was vooral de correcte afhandeling van nota's erg belangrijk, 69% van de individueel verzekerden koos voor deze subreden. Voor de bekendheid/reputatie ging het vooral om de ervaring die mensen al hadden met de verzekeraar (57%).

	collectief verzekerd in 2006 (n= 1194)	individueel verzekerd in 2006 (n=953)	totaal (n=2147)
	% ja	% ja	% ja
service van de zorgverzekeraar	24.2	46.0	33.9
inspanningen van de verzekeraar mbt regelen van zorg	4.4	7.7	5.8
bekendheid met of reputatie van de zorgverzekeraar	30.7	46.4	37.7
premie en eigen bijdrage	41.1	34.4	38.1
mate van keuzevrijheid bij het kiezen van een zorgverlener	11.0	15.0	12.8
dekking van de aanvullende verzekering(en)	31.7	32.2	31.9
acceptatie- en polisvoorwaarden	7.8	8.3	8.0
mogelijkheid om aan de collectiviteit deel te nemen	55.1	1.6	31.3

Tabel 2: redenen om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen (max 3)

Zoals gezegd koos 55% van de collectief verzekerden voor het collectief, omdat ze hier de mogelijkheid toe hadden. Daarbij is voor maar liefst 81% de premie het meest doorslaggevend geweest (zie tabel 3), van deze 81% koos 40% de korting als enige subreden. Dit suggereert dat mensen snel kiezen op basis van aangeboden korting dan werkelijk laagste prijs, want een collectiviteitskorting betekent niet automatisch dat de laagste prijs wordt betaald voor de premie. Naast de gegeven korting werd een collectief afgesloten, omdat het weinig rompslomp met zich meebracht.

<b>collectief verzekerden (n=658) die 'de mogelijkheid om aan een collectief deel te nemen' kozen, kozen hierbij de volgende subredenen</b>	<b>% ja</b>
collectieitskorting op de premie	81.4
werkgever betaalt een deel van de premie bij gebruik van zijn collectiviteit	15.8
afspraken van collectief mbt kwaliteit van zorg	22.8
afspraken van collectief mbt dekking van aanvullende verzekering(en)	19.5
afsluiten collectieve verzekering geeft weinig rompslomp	34.2
kortingen op andere verzekering/producten via de collectiviteit	5.9

Tabel 3: subredenen voor 'de mogelijkheid om aan een collectiviteit deel te nemen' (max 3)

Mensen konden maximaal drie redenen geven voor hun keuze voor een verzekeraar. 85% van de mensen die 'de mogelijkheid om aan een collectiviteit deel te nemen' had gekozen, had nog één of twee andere redenen aangekruist. De keuzen van de mensen zijn weergegeven in tabel 4. Voor hen speelde de 'premie en eigen bijdrage' een belangrijke rol, vooral de hoogte van de premie voor de basisverzekering.

<b>anderen redenen die collectief verzekerden (n=658) kozen voor de keuze van hun verzekeraar</b>	<b>% ja</b>
service van de zorgverzekeraar	16.3
inspanningen van de verzekeraar mbt regelen van zorg	3.0
bekendheid met of reputatie van de zorgverzekeraar	28.4
premie en eigen bijdrage	35.3
mate van keuzevrijheid bij het kiezen van een zorgverlener	6.5
dekking van de aanvullende verzekering(en)	24.8
acceptatie- en polisvoorwaarden	7.6

Tabel 4: redenen om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen naast 'de mogelijkheid om aan een collectiviteit deel te nemen'

## 6.2 Bivariate analyse

Met de  $\chi^2$ -toets kan, zoals gezegd in hoofdstuk 5, worden bepaald of het verband tussen twee variabelen statistisch significant is. Bij het uitvoeren van de toets wordt gekeken naar het verband tussen de verzekeringskeuze in 2006 (collectief of individueel) en de elf onafhankelijke variabelen. Van deze elf blijkt dat 'regio' geen significant verband heeft met de keuze ( $0,129 > \alpha$ ). Ongeacht waar mensen wonen in Nederland kiest het merendeel voor een collectieve polis.

Om te beginnen kijken we naar hoe mensen in 2005 verzekerd waren. 65% van de individueel verzekerden in 2005 kiest in 2006 opnieuw voor een individuele polis. Bij de collectief verzekerden is hetzelfde verschijnsel te zien, maar liefst 91% kiest ook in 2006 voor een collectieve polis. Het verschil tussen particulier en ziekenfondsverzekerden bestaat nu niet meer, maar heeft wel gevolgen gehad voor de verzekeringskeuze in 2006. 66% van de particulier verzekerden in 2005 heeft in 2006 gekozen voor een collectieve polis, bij de voormalig ziekenfondsverzekerden lag dit percentage op 46%. Bij de zoektocht naar een passende verzekering is voor de keuze bepalend geweest of mensen besloten over te

stappen. 74% van de switchers koos voor een collectieve polis tegen 49% van de niet-switchers. Als mensen overstapte naar een andere zorgverzekeraar was de kans dus groot dat dit gepaard ging met deelname aan een collectiviteit.

De manier waarop mensen over hun gezondheid denken, speelt ook mee in de keuze tussen collectief en individueel verzekeren. Uit tabel 5 is af te lezen dat collectief verzekerden positiever zijn over hun gezondheid dan individueel verzekerden.

		verzekeringskeuze in 2006		totaal
		individueel	collectief	
gezondheids- waardering	minder dan goed	53%	47%	100%
	goed	43%	57%	100%
	beter dan goed	43%	57%	100%
totaal		44%	56%	100%

Tabel 5: gezondheidswaardering \* verzekeringskeuze in 2006

Ook geslacht is van invloed op de keuze tussen individueel en collectief. 55% van de mannen kiest eerder voor een collectieve dan een individuele polis, bij vrouwen ligt dit percentage op 46%. Tabel 6 laat zien dat leeftijd eveneens een statistisch significante variabele is, met een grens bij 30 jaar. Tot deze leeftijdsgrens kiest 41% voor een collectiviteit, erboven is dat 58%. Wel moet gezegd worden dat het verschil bij 65-plussers niet significant is.

		verzekeringskeuze in 2006		totaal
		individueel	collectief	
leeftijdsklassen	18-30 jaar	59%	41%	100%
	31-45 jaar	40%	60%	100%
	46-65 jaar	40%	60%	100%
	65-plussers	49%	51%	100%
totaal		44%	56%	100%

Tabel 6: leeftijd \* verzekeringskeuze in 2006

Alleen wonen of een gezin hebben, beïnvloedt ook de keuze zoals blijkt uit tabel 7. Als mensen alleen zijn kiest 47% voor een collectieve polis, maar als er nog één of meer andere gezinsleden zijn dan stijgt dit percentage naar 58%. Tabel 1 heeft laten zien dat er bij deze variabele een hele scheve verdeling is tussen de populatie en de steekproef, dit betekent dat de gegevens van de éénpersoonshuishoudens in tabel 7 een onderschatting zijn van de werkelijkheid. De tweede en laatste categorie zijn iets overschat.

		verzekeringskeuze in 2006		totaal
		individueel	collectief	
aantal gezinsleden	1	53%	47%	100%
	2	42%	58%	100%
	3	43%	57%	100%
	4 of meer	42%	58%	100%
totaal		44%	56%	100%

Tabel 7: aantal gezinsleden \* verzekeringskeuze in 2006

Het inkomen is veelal gerelateerd aan het opleidingsniveau. Hoe hoger de opleiding, hoe hoger vaak het inkomen. Dit is ook terug te zien in de keuze voor een individuele of collectieve polis. Naarmate het inkomen en het opleidingsniveau stijgen, kiezen meer mensen voor een collectieve polis (zie tabel 8). Mensen met een salaris onder modaal kiezen minder voor een collectieve polis (48%), dan zij die een inkomen erboven hebben (68%). 58% van de verzekerden met een inkomen rond modaal hebben een collectieve verzekering. Ditzelfde zien we bij het opleidingsniveau. 41% van de lager geschoolden, 54% van de middelbaar geschoolden en 60% van de hoger geschoolden heeft gekozen voor een collectieve polis. In de onderstaande tabel is te zien hoe de relatie ligt tussen opleidingsniveau en inkomen ten opzichte van de verzekeringskeuze. Naarmate het opleidingsniveau stijgt, daalt het aantal mensen met een inkomen onder modaal dat een individuele verzekering kiest.

		verzekeringskeuze in 2006		totaal
		individueel	collectief	
laag opleidings-niveau	onder modaal	62%	38%	100%
	modaal	33%	67%	100%
	boven modaal	38%	62%	100%
totaal		59%	41%	100%
middelbaar opleidings-niveau	onder modaal	52%	48%	100%
	modaal	39%	61%	100%
	boven modaal	29%	71%	100%
totaal		46%	54%	100%
hoog opleidings-niveau	onder modaal	50%	50%	100%
	modaal	47%	53%	100%
	boven modaal	33%	67%	100%
totaal		40%	60%	100%

Tabel 8: bruto maandinkomen \* verzekeringskeuze in 2006 \* hoogste afgeronde opleiding

Het werkverband van verzekerden heeft ook een significante invloed, zoals te zien in tabel 9. Mensen in loondienst of met een uitkering of pensioen zijn vaker aangesloten bij een collectiviteit, respectievelijk 62% en 52%, dan mensen in een ander soort werkverband. In deze groep heeft een minderheid van 46% een collectieve polis. De mensen in deze derde groep kunnen geen aanspraak maken op de werkgeverscollectiviteiten en de polissen die worden aangeboden voor uitkeringsgerechtigden, ze moeten dus zelf op zoek naar een gelegenhedscollectief.

		verzekeringskeuze in 2006		totaal
		individueel	collectief	
werkverband	loondienst	38%	62%	100%
	uitkering/pensioen	48%	52%	100%
	anders	54%	46%	100%
totaal		44%	56%	100%

Tabel 9: werkverband \* verzekeringskeuze in 2006

### 6.3 Multivariate analyse

De laatste analyse in dit onderzoek is de multivariate analyse, waarbij alle variabelen worden samengevoegd in één analyse: de logistische regressie. In paragraaf 5.3 is het meetniveau van de onafhankelijke variabelen al toegelicht. Er is echter nog een andere voorwaarde, namelijk dat er een theoretisch causaal verband is tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen. Hiervoor kijken we terug naar de bivariate analyse. We zien dat er geen significant verband is tussen de afhankelijke variabele 'verzekeringskeuze in 2006' en de onafhankelijke variabele 'regio'. De laatste hoort dus niet thuis in de logistische regressie, de overige tien onafhankelijke variabelen zullen wel opgenomen worden in de analyse.

De resultaten van de logistische regressie zijn te zien in tabel 10. Vijf van de tien onafhankelijke variabelen hebben binnen de multivariate analyse een significante invloed: verzekeringskeuze in 2005, switchgedrag in 2006, aantal gezinsleden, leeftijd en werkverband. Deze vijf variabelen hebben dus de meeste invloed op de afhankelijke variabele 'verzekeringskeuze in 2006'.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)
constante	-1,988	,324	37,608	1	,000	,137
collectief in 2005	3,482	,181	370,647	1	,000	32,536
particulier in 2005	-,139	,162	,735	1	,391	,870
geswitcht in 2006	1,771	,138	164,722	1	,000	5,878
<i>gezondheidswaardering</i>			,651	2	,722	
goede gezondheid	,132	,187	,502	1	,479	1,142
beter dan goede gezondheid	,059	,211	,079	1	,779	1,061
vrouw	,114	,137	,695	1	,404	1,121
<i>aantal gezinsleden</i>			13,097	3	,004	
2 personen	,569	,169	11,321	1	,001	1,767
3 personen	,601	,232	6,731	1	,009	1,824
4 of meer personen	,320	,189	2,873	1	,090	1,378
<i>bruto maandinkomen * opleidingsniveau</i>			2,332	4	,675	
modaal * middelbaar onderwijs	-,478	,498	,923	1	,337	,620
modaal * hoger onderwijs	-,173	,517	,112	1	,738	,841
boven modaal * middelbaar onderwijs	-,081	,408	,039	1	,843	,922
boven modaal * hoger onderwijs	-,372	,382	,948	1	,330	,690
<i>bruto maandinkomen</i>			2,271	2	,321	
modaal	,305	,361	,713	1	,398	1,357
boven modaal	,454	,325	1,954	1	,162	1,575
<i>opleidingsniveau</i>			,376	2	,829	
middelbaar onderwijs	,092	,176	,276	1	,600	1,097
hoger onderwijs	-,011	,214	,003	1	,958	,989
<i>leeftijd</i>			6,794	3	,079	
31-45 jaar	,505	,199	6,409	1	,011	1,656
46-65 jaar	,432	,203	4,524	1	,033	1,540
65-plussers	,455	,279	2,657	1	,103	1,576
<i>werkverband</i>			7,616	2	,022	
uitkering of pensioen	-,288	,209	1,900	1	,168	,750
anders	-,442	,162	7,440	1	,006	,643

Tabel 10: Logistische regressie. De referentiecategorieën zijn: individueel verzekerd in 2005; ziektefonds verzekerd in 2005; niet geswitcht in 2006; minder dan goede gezondheid; man; eenpersoonshuishouden; inkomen onder modaal; lager onderwijs; 18-30 jaar; werkzaam in loondienst.



In een logistische regressie wordt, zoals gezegd in paragraaf 5.3, gewerkt met binaire variabelen. Deze moeten worden geïnterpreteerd op basis van odds. De odds wordt bepaald door de kans dat iets gebeurt te delen door de kans dat ditzelfde niet gebeurt ( $P/1-P$ ) (Kirkwood et al. 2004). De indeling in categorale variabelen maakt het mogelijk om de invloed van de verschillende categorieën te bepalen. De laatste kolom in tabel 10 (Exp. (B)) laat alle odds-ratio's zien. 'Collectief in 2005' en 'geswitcht in 2006' hebben de hoogste odds-ratio's. Voor 'verzekeringskeuze in 2006' betekent dit, dat mensen die in 2005 collectief verzekerd waren 32,5 keer zoveel kans hebben collectief verzekerd te zijn in 2006 dan zij die individueel verzekerd waren in 2005. Eveneens geldt dat mensen die overgestapt zijn bijna zes keer zoveel kans hadden zich collectief te verzekeren, dan zij die bij hun verzekeraar bleven.

De andere drie significante variabelen hebben meer dan twee antwoordcategorieën. Voor de variabele 'aantal gezinsleden' zijn op basis van tabel 10 de volgende uitspraken te doen. Gezinnen bestaande uit twee of meer kiezen significant anders dan eenpersoons-huishoudens. Uit de odds-ratio's is af te leiden, dat gezinnen bestaande uit twee of drie personen bijna twee keer zoveel kans hebben op het kiezen van een collectieve polis dan de referentiecategorie (1 persoon). Gezinnen vanaf vier personen hebben 1,4 keer zoveel kans op een collectieven polis. Bij de variabele 'werkverband' is loondienst de referentiecategorie. Zoals te verwachten is op basis van de bivariate analyse is er geen significant verschil tussen 'loondienst' en 'uitkering of pensioen'. Mensen met een ander soort werkverband (laatste categorie) verschillen wel significant van de referentiegroep. De odds-ratio's van 'uitkering of pensioen' en 'anders' liggen echter niet ver uit elkaar, respectievelijk 0,75 en 0,64, en suggereren dat de kans op een collectieve polis voor hen kleiner is dan voor degenen die in loondienst werken. Dit laatste is tegenstrijdig met de gegevens uit de bivariate analyse en de significantiewaarden. Ook bij leeftijd komen de significantiewaarden overeen met de resultaten uit de bivariate analyse. Mensen tussen de 31 en 65 jaar kiezen significant anders dan zij die jonger zijn. Voor de odds-ratio's geldt dat iedereen ouder dan 30 jaar 1,5 tot 1,6 keer zoveel kans heeft te kiezen voor een collectieve polis.

De tien onafhankelijke variabelen samen leveren een Nagelkerke  $R^2$  van 0,497<sup>8</sup> op, dit betekent dat er een redelijk sterke samenhang is tussen de variabelen. 'Verzekeringskeuze in 2005' en 'switchtgedrag in 2006' zijn de belangrijkste voorspellers, zij hebben de hoogste odds-ratio's. Als deze twee variabelen uit de analyse worden gehaald daalt de  $R^2$  naar 0,116. Deze sterke daling bevestigt het belang van de twee genoemde variabelen.

---

<sup>8</sup> De Nagelkerke  $R^2$  is niet een maat voor de verklaarde variantie zoals de Multiple  $R^2$  bij de lineaire regressie. Het geeft een indicatie voor de sterkte van het verband tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen.

## **7 Conclusie, discussie en aanbevelingen**

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de vraag: *Welke factoren spelen een rol in de populariteit van de collectieve zorgverzekeringen?* Verder zullen belangrijke discussiepunten benoemd worden evenals aanbevelingen voor verder onderzoek.

### **7.1 Conclusie**

De laatste stap in dit onderzoek is het beantwoorden van de onderzoeksvraag *‘Welke factoren spelen een rol in de populariteit van de collectieve zorgverzekeringen?’*. De deelvragen zijn al in de voorafgaande hoofdstukken beantwoord en zullen hier niet verder besproken worden.

In het vorige hoofdstuk zijn drie verschillende analyses beschreven. Uit de univariate analyse bleek dat ‘de mogelijkheid voor deelname aan een collectiviteit’ het meest doorslaggevend is voor een collectieve verzekering. Daarnaast speelden ‘premie en eigen bijdragen’ een grote rol. De bivariate analyse vormde een inleiding op de multivariate analyse en gaf als resultaat dat ‘regio’ een variabele is die geen significante associatie heeft met de ‘verzekeringskeuze in 2006’. Uit de laatst uitgevoerde analyse bleek dat ‘verzekeringskeuze in 2005’ en ‘switchgedrag in 2006’ de grootste invloed hadden op de uiteindelijke verzekeringskeuze in 2006. Naast deze vijf genoemde variabelen zijn er nog drie, die meespelen bij de verzekeringskeuze: leeftijd, aantal gezinsleden, werkverband en reputatie/bekendheid van de verzekeraar.

### **7.2 Discussie en aanbevelingen**

Als gevolg van de uitgevoerde analyses zijn er belangrijke discussiepunten betreffende de variabelen ‘aantal gezinsleden’ en ‘bruto maandinkomen’. De verdeling in de onderzoekspopulatie voor ‘aantal gezinsleden’ wijkt heel erg af van de verdeling in de Nederlandse bevolking. Bij de analyses is niet gecorrigeerd voor deze scheve verdeling en een correctie zou misschien kunnen leiden tot andere resultaten. De variabele ‘bruto maandinkomen’ is discutabel, omdat van deze variabele geen gegevens zijn gevonden bij het CBS. Het is dus niet bekend of de verdeling klopt met de Nederlandse bevolking of dat deze heel scheef is zoals bij ‘aantal gezinsleden’. (Deze twee variabelen uit de multivariate analyse halen levert een Nagelkerke  $R^2$  op van 0,488. Dit is een verschil van 0,008 met de huidige analyse. Het verklarende model zou dalen in verklarende waarde met nog niet eens 1%, dit is eigenlijk te verwaarlozen.)

Bij de variabele 'switchgedrag in 2006' kan de vraag gesteld worden of de variabele wel echt onafhankelijk is. Door 'de verzekeringskeuze in 2006' te verklaren op basis van deze variabele kan een cirkelredening ontstaan: mensen stappen in 2006 over naar collectief omdat dit goedkoper is / omdat collectief verzekeren goedkoper is stappen mensen over. Door deze variabele uit de logistische regressie te halen daalt de Nagelkerke  $R^2$  naar 0,414. De samenhang tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen daalt iets, maar is nog steeds aanwezig.

Bij verder onderzoek naar dit onderwerp moet gekeken worden of de eerdere discussiepunten weggenomen kunnen worden. Zeker voor de variabele 'bruto maandinkomen' moet de verdeling in de populatie bekend zijn, omdat fouten in de analyses zoveel mogelijk weggenomen moeten worden. Onderzoek met gegevens uit 2007 of 2008 zou ook interessant zijn, omdat dan gekeken kan worden of er veel veranderd in het keuzegedrag van mensen op korte termijn.

## Literatuur

- Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen. 2001. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. Het Spectrum (10<sup>e</sup> druk).
- Bordens, K.S. en I.A. Horowitz. 2002. *Social psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, Londen.
- Buchmueller, T.C. 2006. *Price and the health plan choices of retirees*. Journal of health economics, 25, 2006, pp 81-101.
- Buchmueller, T.C. en P.J. Feldstein. 1997. *The effect of price on switching among health plans*. Journal of health economics, 16, 1997, pp. 231-247.
- Cameron, A.C. en P.K. Trivedi. 1991. *The role of income and health risk in the choice of health insurance*. Journal of public economics, 45, 1991, pp 1-28.
- Chernew, M., G. Gowrisankaran, C. MacLaughlin en T. Gibson. 2004. *Quality and employers choice of health plans*. Journal of health economics, 23, 2004, pp 471-492.
- Delnoij, D., G. ten Asbroek, O. Arah, J. de Koning, N. Klazinga, P. Stam, A. Poll en E. van der Schee. 2005. *Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en de zorgverzekering? Eerste landelijke resultaten van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire*. Nivel, Utrecht.
- Deloitte. 2005. *Mobiliteit van zorgverzekerden neemt toe: onderzoek naar de verwachte mobiliteit in het nieuwe stelsel*. Deloitte Consultancy B.V., Amstelveen.
- Deloitte. 2006. *Collectieve afhankelijkheid: onderzoek naar de mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt*. Deloitte Consultancy B.V., Amstelveen.
- EG-Verdrag
- Elsevier. 2006. *Collectief of individueel verzekeren?* [internet]. Te bereiken op: [http://www.elsevier.nl/persoonlijk/gezondheid\\_en\\_gezin/nieuwsbericht/asp/artnr/76240/index.html](http://www.elsevier.nl/persoonlijk/gezondheid_en_gezin/nieuwsbericht/asp/artnr/76240/index.html). Publicatiedatum: 2 december 2005. Voor het laatst aangehaald op 1 juni 2007.
- Glazer, J. en T.G. McGuire. 2006. *Optimal quality reporting in markets for health plans*. Journal of health economics, 25, 2006, pp 295-310.
- Jin, G.Z. en A.T. Sorensen. 2006. *Information and consumer choice: the value of publicized health plan ratings*. Journal of health economics, 25, 2006, pp 248-275.
- Kerssens, J.J., D.M.J. Delnoij, J.A. Verweij en E. van der Schee. 2002. *De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een verzekeraar*. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, jaargang 80/2002, nummer 1, pp 35-42.
- Kirkwood, B.T. and J.A.C. Sterne. 2004. *Essential Medical statistics*. Blackwell Science Ltd., Oxford.
- Lapr e, R.M., F.F.M. Rutten en F.T. Schut. 2001. *De relevantie van de economie van de gezondheidszorg*. In: Lapr e, R.M., F.F.M. Rutten en F.T. Schut. 2001. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Elsevier, Maarssen.
- Laske-Aldershof, T. en F.T. Schut. 2005. *Monitor verzekerenmobiliteit: onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Rotterdam.
- Ministerie van VWS. 2003. *Memorie van toelichting Zorgverzekeringwet (Kamerstukken II, 2003-2004, 29763)* [internet]. Te bereiken op: [www.st-ab.nl/wetzvwmvt.htm](http://www.st-ab.nl/wetzvwmvt.htm). Voor het laatst aangehaald op 31 oktober 2007.

Ministerie van VWS. 2003. *Memorie van toelichting Wet op de Zorgtoeslag (Kamerstukken II, 2003-2004, 29762)* [internet]. Te bereiken op: [www.st-ab.nl/wetwzmtvt.htm](http://www.st-ab.nl/wetwzmtvt.htm). Voor het laatst aangehaald op 31 oktober 2007.

Ministerie van VWS. 2005. *Dossier Zorgverzekering* [internet]. Te bereiken op [www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/](http://www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/). Voor het laatst aangehaald op 27 maart 2007.

O'Keefe, D.J. 2002. *Persuasion: theory and research*. Sage Publications Inc., Londen.

Pauly, M.V. en A.M. Percy. 2000. *Cost and performance: a comparison of the individual and group health insurance markets*. Journal of health politics, policy and law, vol. 25, no 1, pp 9-26.

Pauly, M.V., A.M. Percy en B. Herring. 1999. *Individual versus job-based health insurance : weighing the pros and cons*. Health affairs, volume 18, number 6, pp 28-44

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. 2004. *De toekomst van de collectiviteit of de collectiviteit van de toekomst* [internet]. Te bereiken op: [http://www.rvz.net/cgi-bin/nieuws.pl?nieuw\\_srcID=41](http://www.rvz.net/cgi-bin/nieuws.pl?nieuw_srcID=41), gepubliceerd op 24 november 2004.

Royalty, A.B, en J. Hagens. 2005. *The effect of premiums on the decision to participate in health insurance and other fringe benefits offered by the employer: evidence from a real-world experiment*. Journal of health economics, 24, 2005, pp. 95-112.

Schut, F.T. en W.H.J. Hassink. 2002. *Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance*. Journal of health economics, 21, 2002, pp 1009-1029.

Schut, F.T., S. Greß en J. Wasem. 2003. *Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands*. International journal of health care finance and economics, 3, pp 117-138.

Strombom, B.A., T.C. Buchmueller en P.J. Feldstein. 2002. *Switching costs, price sensitivity and health plan choice*. Journal of health economics, 21, 2002, pp. 89-116.

Tonkens, E. 2001. *Weglopen of je stem verheffen*. Tijdschrift voor de sociale sector, nummer 9, pp 35-37.

Vektis. 2006. *Verzekerdemobiliteit en keuzegedrag. Dé feiten over de marktontwikkelingen na invoering van de basisverzekering*. Vektis, Zeist.

Vektis. 2007. *Verzekerdemobiliteit en keuzegedrag. Hoe staat het ervoor in 2007?* Vektis, Zeist.

Velden, H. van der. 1993. *Collectivisering en solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg: een historisch perspectief*. Gezondheid, 1, 1993, pp 264-281.

Ven, W.P.M.M. van de. 2001. *De rol van ziektekostenverzekering*. In: Lapré, R.M., F.F.M. Rutten en F.T. Schut. 2001. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Elsevier, Maarssen.

Vocht, A. de. 2005. *Basishandboek SPSS 13 voor Windows*. Bijleveld Press, Utrecht

Vocht, A. de. 2006-2007. *Basishandboek SPSS 14 voor Windows*. Bijleveld Press, Utrecht

Wedig, G.J. en M. Tai-Seale. 2002. *The effect of report cards on consumer choice in the health insurance market*. Journal of health economics, 21, 2002, pp 1031-1048.

Wetstekst Zorgverzekeringswet

## Bijlage I: Codering variabelen

variabele	categorieën
verzekeringskeuze in 2006	1. individueel 2. collectief
verzekeringskeuze in 2005	1. individueel 2. collectief
soort verzekering in 2005	1. ziekenfonds 2. particulier
switchgedrag in 2006	1. niet geswitcht 2. wel geswitcht
gezondheidswaardering	1. minder dan goed 2. goed 3. beter dan goed
geslacht	1. man 2. vrouw
regio	1. drie grote steden (Amsterdam, Den Haag en Rotterdam) 2. rest west 3. noord 4. oost 5. zuid
aantal gezinsleden	1. één persoon 2. twee personen 3. drie personen 4. vier en meer personen
hoogste afgeronde opleiding	1. lager onderwijs 2. middelbaar onderwijs 3. hoger onderwijs
bruto maandinkomen	1. onder modaal ( $\leq$ €2100,-) 2. rond modaal (€2101,- t/m €2400,-) 3. boven modaal ( $\geq$ €2401,-)
leeftijd	1. 18 t/m 30 jaar 2. 31 t/m 45 jaar 3. 46 t/m 65 jaar 4. 65-plussers
werkverband	1. loondienst 2. uitkering of pensioen 3. anders

## **Bijlage II: Voorbeeldberekening zorgtoeslag**

(overgenomen uit de Memorie van toelichting WZT)

- Stel:
- drempelinkomen: € 17 500,-
  - standaardpremie per verzekerde: € 1000,-
  - toetsingsinkomen per huishouden: € 22 000,-

Verzekerde zonder partner:

- normpremie: € 880,- (4% van € 17 500,- plus 4% van (€ 22 000,- minus € 17 500,-))
- standaardpremie: € 1000,-
- zorgtoeslag: € 120,- (standaardpremie minus normpremie)

Verzekerde met partner/verzekerde:

- normpremie: €1318,- (6,5% van €17 500,- plus 4% van (€22 000,- minus €17 500,-))
- standaardpremie: €2000,- (€1000,- per partner)
- zorgtoeslag: €682,- (standaardpremie minus normpremie)

Verzekerde met partner/niet-verzekerde:

- normpremie: €1318,- (6,5% van €17 500,- plus 4% van (€22 000,- minus €17 500,-))
- standaardpremie: €1000,-
- zorgtoeslag: €0,- (standaardpremie minus normpremie)