

Autoriteit  
Consument & Markt



# Polisverschillen en consumentenkeuzes in de zorgverzekeringsmarkt

Mei 2024

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Ontwikkelingen 2019-2023</b>	<b>6</b>
2.1	Marktontwikkelingen	6
2.1.1	Veranderingen in het aanbod van zorgverzekeraars	6
2.1.2	Overstappen om financiële redenen	7
2.2	Beleidsontwikkelingen	9
2.2.1	Afschaffing collectiviteitskorting	9
2.2.2	Informatieverstrekking	9
2.2.3	Tijdelijke bandbreedtemaatregel risicoverevening op polisniveau	9
<b>3</b>	<b>Onderzoek</b>	<b>10</b>
3.1	Onderzoeksmethode: clusteranalyse	10
3.2	Differentiatie tussen polissen weinig veranderd	12
3.3	Nog steeds flink aantal (bijna) gelijke polissen van zelfde concern	12
3.4	Significante premieverschillen binnen clusters	13
3.5	Potentiële besparing op premie voor 8,7 miljoen verzekerden	15
<b>4</b>	<b>Duiding resultaten</b>	<b>17</b>
4.1	Inleiding	17
4.2	Vraagtekens bij bestaande differentiatie	18
4.3	Beperkte toegang tot aanvullende verzekering verklaart deel consumentenkeuzes	20
4.4	Complexe polissenmerken maken kiezen moeilijker	21
<b>5</b>	<b>Suggesties voor beter keuzeproces consumenten</b>	<b>23</b>
5.1	Aanvullende maatregelen nodig	23
5.2	Minder (bijna) gelijke polissen binnen zelfde verzekeraar of concern	25
5.3	Geen beperkingen in toegang tot aanvullende pakketten	26
5.4	Vergoeding niet-gecontracteerde zorg vereenvoudigen	28
	<b>Bijlage 1: Toelichting methode clusteranalyse</b>	<b>30</b>
	<b>Bijlage 2: Gewichten</b>	<b>31</b>
	<b>Bijlage 3: Clustering 2023</b>	<b>32</b>
	<b>Bijlage 4: Overzicht polissen 2023</b>	<b>34</b>
	<b>Bijlage 5: Gower Distance minder geschikt als beleidsinstrument</b>	<b>36</b>

# 1 Inleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) hebben gezamenlijk onderzoek gedaan naar de verschillen tussen basiszorgverzekeringen en naar consumentenkeuzes in de zorgverzekeringsmarkt.<sup>1</sup> De aanleiding om deze studie te verrichten is dat er signalen zijn dat deze markt niet goed werkt.<sup>2,3</sup> Uit eerder gezamenlijk onderzoek<sup>4</sup> blijkt onder andere dat mensen obstakels ervaren in hun keuzeproces en dat zij door die obstakels mogelijk niet de polis hebben die voor hen het best passend is. Ook zijn er aanwijzingen dat de manier waarop sommige zorgverzekeraars hun aanbod ontwerpen – met name het aanbieden van meerdere (bijna) gelijke polissen tegen verschillende premies – het vergelijken en kiezen van een zorgverzekering moeilijker maakt, wat overstappen kan ontmoedigen en consumenteninertie in de hand kan werken. Dit beperkt de concurrentie en heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat aanbieders een verminderde prikkel hebben om het productaanbod te verbeteren.

Deze problemen zijn niet uniek voor de zorgverzekeringsmarkt. De reden om juist wel deze markt onder de loep te nemen, is tweeledig. Ten eerste is het afsluiten van een basiszorgverzekering verplicht. Belemmeringen in de marktwerking raken dus aan iedereen – en er zijn aanwijzingen dat belemmeringen in het keuzeproces sommige groepen verzekerden harder treffen dan andere.<sup>5</sup> Ten tweede speelt de zorgverzekeringsmarkt een essentiële rol in het dienen van de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Effectieve marktwerking is in deze markt dus extra belangrijk, en dit vergt (onder andere) een soepel en transparant keuzeproces voor consumenten.

**Een basisverzekering is voor inwoners van Nederland verplicht en de zorgverzekeringsmarkt speelt een essentiële rol in de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Een soepel en transparant keuzeproces voor consumenten is in deze markt daarom extra belangrijk.**

Kijkend naar het aanbod van zorgverzekeraars zien we dat sommige handelspraktijken en ontwerpkeuzes leiden tot aantasting van de risicosolidariteit. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het koppelen van uitgebreidere aanvullende pakketten aan specifieke (duurdere) basispolissen. Dit soort

---

<sup>1</sup> De NZa is toezichthouder in de zorgsector en ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de (publieke) taken en verplichtingen op grond van de Zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars en de Wet marktordening gezondheidszorg. De ACM houdt toezicht op naleving van de Mededingingswet en biedt consumenten informatie over het kiezen van een zorgverzekering via ACM Consuwijzer. Verder draagt de ACM via marktstudies als deze bij aan het maatschappelijk debat op basis van haar expertise op het gebied van marktwerking en consumentengedrag.

<sup>2</sup> In 2016 concludeerde de ACM dat de zorgverzekeringsmarkt 'niet evident effectief concurrerend was'. Zie ACM (2016). Concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen. Tussenrapportage. Een tweede aanleiding is de Motie van de leden Van den Berg en Bushoff, Nr. 1208, Kamerdossier 29689. Voorgesteld 5 juli 2023.

<sup>3</sup> De Nederlandsche Bank (DNB) concludeerde in 2021 dat concurrentie tussen zorgverzekeraars significant is toegenomen sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet, maar dat de markt nog altijd minder competitief is dan verschillende andere markten, waaronder de bancaire sector en de markt voor levensverzekeringen. DNB (2021). Market forces in healthcare insurance: the impact of healthcare reform on regulated competition revisited J. Bikker en J. Bekooij. DNB working paper no. 705.

<sup>4</sup> Op de tussenrapportage (zie voetnoot 2) van de ACM volgden drie onderzoeken naar verschillende aspecten die van invloed zijn op de concurrentie in de zorgverzekeringsmarkt: één over toetredings- en groeidrempels, één over ruimte voor differentiatie (met name op kwaliteitsinformatie), en één over het keuzeproces van consumenten. Zie respectievelijk ACM (2017). Toetredings- en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt. Rapport. NZa en ACM (2017). Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars. Rapport. NZa en ACM (2018). Beter kiezen op de polismarkt. Rapport. Het huidige onderzoek is een update van het rapport 'Beter kiezen op de polismarkt'.

<https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/2018-07/acm-nza-rapport-beter-kiezen-op-de-polismarkt.pdf>.

<sup>5</sup> In het ACM-consumentenonderzoek in de zorgverzekeringsmarkt in 2023 denken consumenten die veel zorg nodig hebben dat het significant meer tijd kost om zorgverzekeringen te vergelijken dan consumenten die geen zorg nodig hebben. Ook lijken consumenten die veel zorg nodig hebben meer moeite te hebben met de informatie over pakketten van zorgverzekeraars. ACM Consumentenonderzoekzorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivation. [Consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt 2023 \(acm.nl\)](https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/2023-07/acm-nza-consumentenonderzoekzorgverzekeringsmarkt-2023.pdf)

keuzerestricties voor consumenten maakt niet alleen het vergelijken en kiezen van zorgverzekeringen moeilijker, ze ondermijnen ook de risicosolidariteit doordat mensen met meer kans op ziekte eerder een ruim aanvullend pakket zullen kiezen en als gevolg daarvan meer (moeten) betalen voor de bijbehorende basispolis. Risicosolidariteit is een belangrijke pijler van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel: mensen met een grotere kans op ziekte hoeven niet méér te betalen voor hun zorgverzekering dan gezondere mensen.

Het voorliggende onderzoek is een update van het gezamenlijke onderzoek 'Beter kiezen op de polismarkt' in 2018. De NZa en de ACM hebben dezelfde onderzoeksmethode toegepast, maar nu op de recentere periode 2019-2023. Dit onderzoek is dus een peilstok, om in kaart te brengen hoe het keuzeproces voor consumenten er in deze markt nu voor staat. De methode bestaat kort gezegd uit twee stappen. Stap 1 is het indelen van basispolissen in clusters op basis van hun belangrijkste kenmerken, op zodanige wijze dat polissen binnen eenzelfde cluster meer op elkaar lijken dan op polissen uit andere clusters. De polissen die volgens deze clusteranalyse in hetzelfde cluster vallen, beschouwen we (bijna) gelijk aan elkaar. Stap 2 is het in kaart brengen van hoeveel mensen níet de goedkoopste polis in hun cluster hebben. Deze stap geeft een indicatie van het functioneren van de markt aan de vraagzijde: hoe meer mensen een basispolis hebben waarvoor een goedkoper (bijna) gelijk alternatief bestaat, hoe moeilijker het waarschijnlijk is om zorgverzekeringen te vergelijken en te kiezen. Ook het prijsverschil met de goedkoopste polis is relevant. Het valt namelijk te verwachten dat vergelijken en overstappen altijd wel enige moeite kost (in elke markt); bij een zeer lage potentiële besparing zou er geen sterke indicatie zijn voor een gebrekkig keuzeproces voor consumenten. Daarom hebben we ook het prijsverschil, de potentiële (onbenutte) premiebesparing in euro per jaar, geanalyseerd. Hoe hoger de potentiële premiebesparing, hoe meer moeite het waarschijnlijk kost om zorgverzekeringen te vergelijken en te kiezen.

Uit het onderzoek blijkt dat 61 procent van de premiebetalers in 2023 een basispolis heeft waarvoor een (bijna) gelijk, maar goedkoper alternatief bestaat binnen het totaalaanbod basispolissen. Gemiddeld betalen deze verzekerden EUR 103 per jaar meer dan wanneer zij voor een (bijna) gelijk, goedkoper alternatief zouden kiezen. In 2018 was dit percentage 72 procent en de gemiddelde onbenutte premiebesparing voor deze groep verzekerden was EUR 93 per jaar. We kunnen dus concluderen dat de peiling voor 2023 nauwelijks afwijkt van 2018.

**In 2023 had 61 procent van de premiebetalers gemiddeld EUR 103 kunnen besparen door te kiezen voor een goedkopere (bijna) gelijke basispolis. Dit duidt op belemmeringen in het keuzeproces.**

Natuurlijk kunnen we niet uitsluiten dat sommige mensen bewust méér betalen voor hun basispolis – ook al bestaat er op de onderzochte polissenmerken een goedkoper (bijna) gelijk alternatief – omdat ze menen dat die een hogere kwaliteit biedt (bijvoorbeeld op het gebied van wachtlijstbemiddeling of klantenservice), of omdat ze zich thuisvoelen bij een bepaalde verzekeraar. Hier houden we rekening mee bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Zorgverzekeraars maken strategische keuzes ten aanzien van marketing, zorginkoop en kwaliteitsaspecten zoals wachtlijstbemiddeling vaak op concernniveau. Ook wanneer we alleen kijken naar goedkopere (bijna) gelijke polissen binnen hetzelfde concern (waarvoor eventuele kwaliteitsoverwegingen van consumenten dus per definitie een kleinere rol spelen) zie we dat nog altijd bijna de helft (48 procent) van de premiebetalers goedkoper uit had kunnen zijn in 2023. Deze groep betaalt gemiddeld EUR 90 per jaar méér, vergeleken bij het goedkoopste (bijna) gelijke alternatief van hetzelfde concern. Dit wijst niet alleen op belemmeringen in het keuzeproces, maar suggereert ook dat veel van die keuzeproblemen hun oorzaak vinden in het productaanbod van concerns.

Deze uitkomsten zijn (net als in 2018) een reden om nader te kijken naar het aanbod van zorgverzekeraars en de mogelijke belemmeringen in het keuzeproces. Het doel hiervan is om beter te

begrijpen waarom een deel van de consumenten mogelijk belemmeringen ervaart en niet de weg lijkt te vinden naar de meest passende polis – en om op basis daarvan oplossingen voor te stellen voor toezicht, beleid en wetgever. Hierbij hebben we speciale aandacht voor belemmeringen die mogelijk in de weg staan van risicosolidariteit.<sup>6</sup> We identificeren drie mogelijke verklaringen voor de bevinding dat ten minste 48 procent van de mensen belemmeringen in het keuzeproces lijkt te ervaren: (1) het nog altijd grote aanbod van (bijna) gelijke polissen van hetzelfde concern, (2) dat niet alle basispolissen toegang tot alle aanvullende pakketten geven en (3) het feit dat zorgverzekeringen een complex product zijn, met name met betrekking tot de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Voor elk van deze problemen stellen we mogelijke oplossingen voor. Daarbij houden we rekening met het feit dat we in 2018 voor een deel soortgelijke aanbevelingen hebben gedaan en hoe de zorgverzekeringsmarkt zich daarna heeft ontwikkeld.

De eerste mogelijke verklaring is de combinatie van een hoog aantal basispolissen enerzijds met anderzijds juist een zeer beperkt of onduidelijk onderscheid tussen die basispolissen. Deze combinatie maakt kiezen moeilijk, waardoor mensen bij een onnodig dure polis kunnen uitkomen.<sup>7</sup> Sinds 2018 worden er meer polissen aangeboden door minder zorgverzekeraars. De onderlinge verschillen daartussen zijn wat toegenomen, maar sommige concerns (en verzekeraars) bieden nog steeds meerdere (bijna) gelijke polissen aan. Soms worden polissen door de zorgverzekeraar naast elkaar gepresenteerd, waarbij de presentatie een groter verschil suggereert dan er is.

### **Beperkte toegang tot de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen maakt kiezen lastiger en ondermijnt de risicosolidariteit.**

De tweede verklaring is dat sommige zorgverzekeraars de toegang tot de aanvullende verzekering afhankelijk maken van welke basisverzekering de verzekerde heeft. Mensen die graag een bepaalde aanvullende verzekering met een ruimer pakket willen hebben, moeten om die reden een relatief dure basisverzekering kiezen. De ACM en de NZa vinden dit om twee redenen onwenselijk. Ten eerste maken deze restricties het moeilijker om de basis- en aanvullende verzekering te kiezen, omdat in het keuzeproces ook met de koppeling rekening moet worden gehouden. Ten tweede is er een risico dat gezondere mensen die geen aanvullende verzekering willen afsluiten (of een beperkt aanvullend pakket) uiteindelijk minder betalen voor een verder (bijna) gelijke basisverzekering dan mensen met een hogere kans op ziekte die wel een ruimer aanvullend pakket willen afsluiten. Dit is een vorm van risicoselectie. De premie die iemand voor de basisverzekering betaalt zou niet mogen samenhangen met het verwachte gebruik van een aanvullende verzekering.

De derde verklaring is dat sommige verzekeraars meerdere naturapolissen naast elkaar aanbieden die nauwelijks verschillen, behalve op het vergoedingspercentage van niet-gecontracteerde zorg. Deze praktijk kan het vergelijken onnodig compliceren (zoals hierboven genoemd). Het is ook de vraag of deze differentiatie wenselijk is voor de doelstellingen van de zorgverzekeringsmarkt. Ten eerste is het (vaak kleine) verschil in vergoedingspercentage moeilijk bruikbaar in de praktische afweging die verzekerden maken wanneer zij een zorgverzekering kiezen en zijn er aanwijzingen dat consumenten dit verschil in vergoedingspercentage niet goed begrijpen.<sup>8</sup> Het percentage wordt alleen relevant wanneer men bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder terecht komt en wordt dan toegepast op een bedrag dat van tevoren niet is in te schatten. Soms wordt bij het percentage ook nog vermeld dat het

---

<sup>6</sup> Zie voor de definitie: 'Rapport Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt, Kwalitatief onderzoek 2016', NZa.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Centerdata (2022). Polisaanbod en betalingsbereidheid verzekerden Onderzoek (in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), 11 maart 2022. Dit lijkt bovendien meer impact te hebben op mensen die veel zorg nodig hebben; zij vinden het moeilijker dan anderen om te achterhalen wat er vergoed wordt en om vergoedingen te vergelijken. ACM Consumentenonderzoekzorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction.

om een 'maximale' vergoeding gaat, wat de bruikbaarheid nog verder vermindert. Het is dus niet duidelijk wat de keuze voor 'maximaal 80 procent vergoeding' versus 'maximaal 75 procent vergoeding' aan voordelen oplevert. Het risico is dat mensen in deze onzekere situatie dan toch voor de (iets) ruimere variant kiezen vanwege risicoaversie ('voor het geval dat'), zonder dat zij een goed beeld hebben van de additionele voordelen.

Hoofdstuk 2 schetst de relevante ontwikkelingen sinds 2018, in de markt en in het beleid gericht op het keuzeproces voor verzekerden. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderzoeksmethode en de resultaten. In hoofdstuk 4 gaan we dieper in op de duiding van deze resultaten. Hoofdstuk 5 bevat concrete suggesties voor een beter keuzeproces voor consumenten, met verzoeken aan beleidsmakers en de wetgever om de toezichthouders in staat te stellen effectiever te kunnen handhaven. Of consumenten overstappen of niet, is uiteindelijk hun eigen beslissing. De NZa en de ACM willen vooral dat zij in hun zoek- en keuzeproces niet gehinderd worden en dat een zorgverzekering kiezen makkelijker wordt.

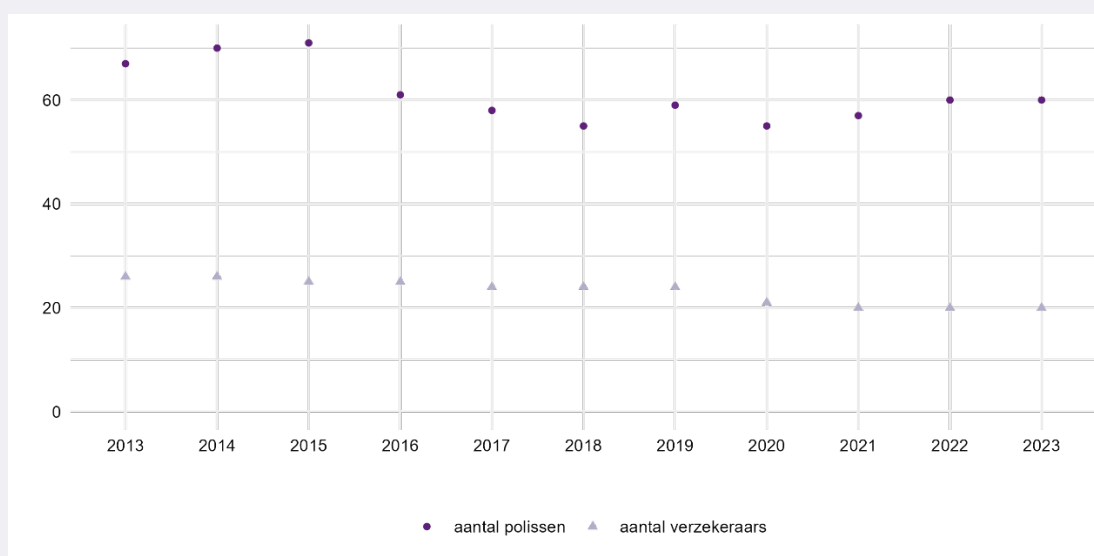
## 2 Ontwikkelingen 2019-2023

### 2.1 Marktontwikkelingen

#### 2.1.1 Veranderingen in het aanbod van zorgverzekeraars

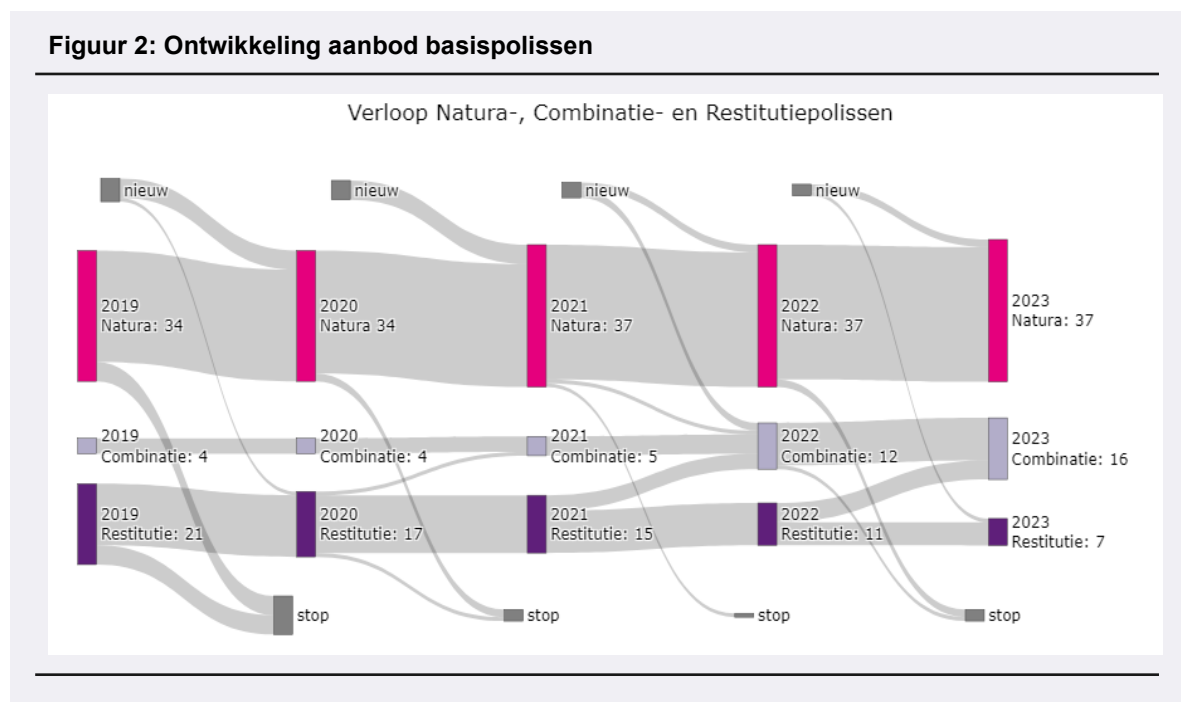
In 2018 rapporteerden we een afname in het aantal basispolissen in de voorafgaande jaren. Sindsdien is het aantal basispolissen echter weer gestegen, van 55 in 2018 naar 60 in 2023. Het aantal zorgverzekeraars is in dezelfde periode juist gedaald, van 24 naar 20. Dit betekent dat het gemiddelde aantal basispolissen per verzekeraar is toegenomen.

**Figuur 1: Ontwikkeling aantallen polissen en zorgverzekeraars**



Bron: Gebaseerd op Vektis Zorgthermometer 2023

Er is daarnaast een verschuiving in het type polissen dat wordt aangeboden: de afgelopen jaren zijn er minder restitutiepólissen en meer combinatiepólissen aangeboden. Sommige polissen worden beëindigd, nieuwe polissen worden geïntroduceerd. Zorgverzekeraars zetten ook restitutiepólissen om in combinatiepólissen. Figuur 2 illustreert deze ontwikkeling.



Verder signaleren we in 2022 een forse verschuiving richting polissen met beperkende voorwaarden.<sup>9</sup> Enerzijds biedt dit differentiatie en is er voor consumenten echt iets te kiezen. Anderzijds lijken die polissen vooral gericht te zijn op jonge en gezonde verzekerden en werken ze segmentatie in de hand. Hierbij kiezen gezonde (vaak jonge) verzekerden relatief laaggeprijsde polissen en ongezonde (vaak oudere) verzekerden (die niet zijn overgestapt naar een polis met beperkende voorwaarden) relatief steeds meer gaan betalen voor hun zorgverzekering. Hierdoor wordt de beoogde solidariteit in de markt ondermijnd. Om dit te voorkomen, zijn verschillende beleidsmaatregelen getroffen (zie paragraaf 2.2.3).

## 2.1.2 Overstappen om financiële redenen

Het percentage overstappers schommelt al jaren tussen de 6 en 7 procent. Voor verzekeringsjaar 2023 stapte 8,5 procent van de verzekerden over; het hoogste percentage sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 (zie Figuur 3).<sup>10</sup> Volgens het Nivel, kennisinstituut in de zorgsector, is een mogelijke verklaring de sterke premiestijging in 2023 (eveneens de hoogste sinds 2006), die weer verklaard kan worden door inflatie en hoge zorgkosten.<sup>11</sup> Ook uit de jaarlijkse monitor van de ACM komt

<sup>9</sup> NZa, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2022. [Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2022 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

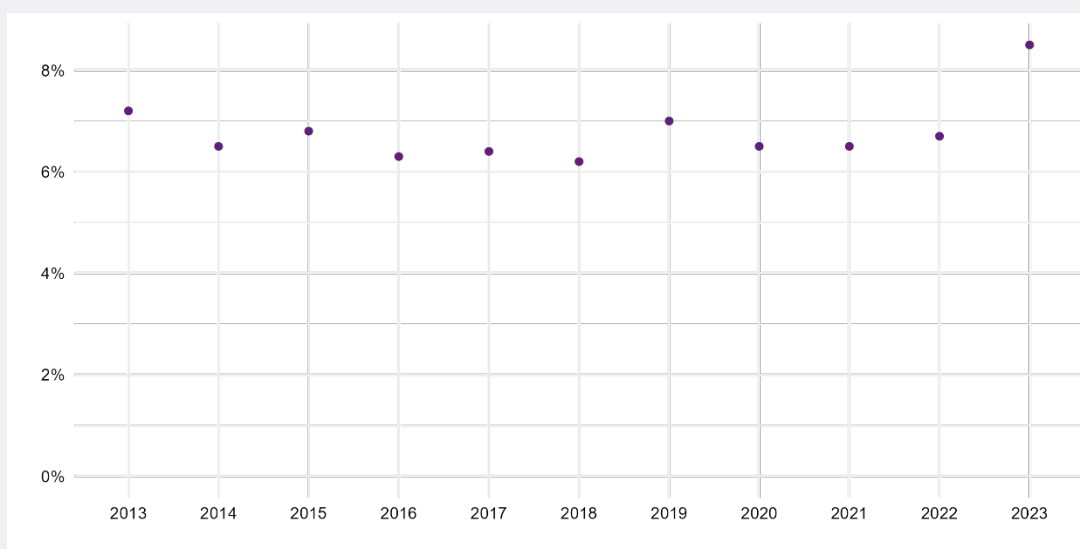
<sup>10</sup> Vektis Zorgthermometer 2023.

<sup>11</sup> Holst, L., Brabers, A.E.M., Jong, J.D. de. (2023). Overstapeseizoen 2022-2023: helft van de overstappers geeft aan te wisselen van zorgverzekeraar omdat ze ontevreden zijn over de hoogte van de premie. Utrecht: Nivel.

naar voren dat financiële redenen de belangrijkste drijfveer waren voor consumenten om zich te oriënteren op (en eventueel over te stappen naar) een andere zorgverzekering in 2023.<sup>12</sup>

Naast de hoogte van de premie heeft ook de afschaffing van de collectiviteitskorting sommige consumenten aangespoord om zich te oriënteren op een andere zorgverzekering. In het ACM-consumentenonderzoek in 2023 werd dit door 18 procent van de respondenten genoemd als aanleiding om in actie te komen.<sup>13</sup> Voor de periode 2019-2023 als geheel is premie de belangrijkste reden voor consumenten om over te stappen, evenals in de jaren daarvoor.

**Figuur 3: Ontwikkeling percentage overstappers**



Bron: Gebaseerd op Vektis Zorgthermometer 2023

Al jaren zijn de meest genoemde redenen om niet over te stappen tevredenheid over de eigen zorgverzekeraar, bijvoorbeeld vanwege de geboden service en de dekking van de polis. Dit is in de afgelopen jaren niet veranderd. Er blijft ook een grote groep consumenten die al lange tijd niet is overgestapt. Volgens Vektis veranderde 61,6 procent van alle verzekerden in Nederland in de periode 2014-2023 niet van zorgverzekering.<sup>14</sup> Van de consumenten die tien jaar of langer bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd zijn, geeft sinds 2018 een groeiend aandeel aan onder geen enkele omstandigheid te overwegen om over te stappen. De laatste jaren lijkt dit aandeel zich te hebben gestabiliseerd rond de 30 procent (vergeleken met 22 procent in 2018).<sup>15</sup>

<sup>12</sup> ACM, Consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction. Volgens dit onderzoek waren in 2023 de meestgenoemde aanleidingen voor consumenten om zorgverzekeringen te vergelijken en/of over te stappen: wens om te besparen vanwege toegenomen dagelijkse kosten (42 procent), premie van de zorgverzekeraar (22 procent) en het verdwijnen van de collectiviteitskorting (18 procent).

<sup>13</sup> ACM (2023). Consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction.

<sup>14</sup> Vektis Zorgthermometer 2023.

<sup>15</sup> ACM (2020). Consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt 2020. Uitgevoerd door Motivaction. ACM (2023). Consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction.



## 2.2 Beleidsontwikkelingen

### 2.2.1 Afschaffing collectiviteitskorting

Per verzekeringsjaar 2023 is de mogelijkheid om een korting op de premie te verstrekken aan deelnemers van een collectiviteit komen te vervallen. Zorgverzekeraars moeten voor dezelfde zorgverzekering dezelfde premie in rekening brengen. Het doel van de collectiviteitskorting was om voordelen te behalen zoals doelmatige zorginkoop, preventie van ziekte en verzuim, serviceverlening en beperking van administratielasten. Deze voordelen zouden kunnen leiden tot beperking van de schadelast voor de zorgverzekeraar.

Deze doelstelling is echter onvoldoende behaald.<sup>16</sup> Sinds 2016 is de situatie regelmatig in kaart gebracht en is er ingezet op verbetering. Het beeld is dat er veel collectiviteiten zijn maar dat het merendeel weinig deelnemers heeft. In 2020 waren er 47.000 collectiviteiten en 91 procent van de collectiviteiten had minder dan 250 verzekerden.<sup>17</sup> De collectiviteiten lijken niet bij te dragen aan een besparing op de schadelast en de wetgever heeft de zorg uitgesproken dat de korting wordt gefinancierd door verzekerden buiten de collectiviteit (kruissubsidiering) of door het verhogen van de premie voor korting. Een tweede reden voor de beëindiging van de collectiviteitskortingen is de onoverzichtelijkheid van het polisaanbod die ontstaat door het grote aantal collectiviteiten. Het grote aantal mogelijkheden dat in werkelijkheid weinig onderscheidend is maakt het vergelijken en het keuzeproces moeilijker.<sup>18</sup>

### 2.2.2 Informatieverstrekking

De Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten is na de publicatie van het NZa/ACM rapport 'Beter kiezen op de polismarkt' in 2018 volledig herzien. De nieuwe regeling trad op 1 april 2022 in werking. Eén van de wijzigingen ten opzichte van de regeling die daarvoor gold, is het vereiste van transparantie over gelijke polissen. De NZa noemt als obstakel in het keuzeproces van consumenten dat sommige polissen op eerste gezicht verschillend lijken, maar inhoudelijk gelijk zijn. De NZa vindt dat zorgverzekeraars transparant moeten zijn wanneer zij polissen aanbieden die op het oog anders lijken te zijn maar in feite gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Artikel 7.1 regelt dat de zorgverzekeraar een overzicht van deze (nagenoeg) gelijke polissen op zijn communicatiekanalen plaatst.<sup>19</sup> Vanaf 1 november 2023 moeten zij niet alleen (nagenoeg) gelijke polissen, maar ook polissen die erg op elkaar lijken in dit overzicht opnemen.

### 2.2.3 Tijdelijke bandbreedtemaatregel risicoverevening op polisniveau

Voor de basisverzekering geldt zowel een acceptatieplicht als een verbod op premiedifferentiatie.<sup>20</sup> Om prikkels voor risicoselectie te beperken, bestaat er in Nederland een risicovereveningssysteem, waarbij zorgverzekeraars worden gecompenseerd als zij relatief veel verzekerden met een ongunstig risicoprofiel hebben. Omdat de risicoverevening nog niet goed genoeg werkte, en omdat het afschaffen van de collectiviteitskorting in 2023 ertoe zou kunnen leiden dat zorgverzekeraars zich zouden richten op het aantrekken van gezonde verzekerden, heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor 2023 een eenmalige bandbreedte op polisniveau ingesteld die excessieve over- en

---

<sup>16</sup> Zie ook Memorie van Toelichting bij het Voorstel van wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het afschaffen van de collectiviteitskorting, 7 december 2020

<sup>17</sup> Equalis Monitor polisaanbod 2020.

<sup>18</sup> Memorie van Toelichting bij het Voorstel van wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het afschaffen van de collectiviteitskorting, 7 december 2020.

<sup>19</sup> Staatscourant, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, 15 november 2021.

<sup>20</sup> Respectievelijk artikel 3 en artikel 17 Zorgverzekeringswet.

ondercompensatie in de risicoverevening beperkt.<sup>21</sup> Op basis van nacalculatie wordt het financieel resultaat op polisbasis dat buiten de bandbreedte valt gecorrigeerd. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars minder aantrekkelijk om in hun polisaanbod en premiestelling te segmenteren naar het risicoprofiel van verzekerden, terwijl de doelmatigheidsprikkels bij zorginkoop wel in stand blijven. De NZa en de ACM hebben positief geadviseerd over deze tijdelijke ex-post maatregel.<sup>22</sup> Vanaf 2024 is deze tijdelijke maatregel vervangen door meer structurele aanpassingen aan de risicoverevening die over- en ondercompensatie voor gezonde en chronisch zieke verzekerden verder moeten beperken.<sup>23</sup>

## 3 Onderzoek

### 3.1 Onderzoeksmethode: clusteranalyse

Hoewel basispolissen zorginhoudelijk gelijk zijn (de Rijksoverheid bepaalt welke zorg er in het basispakket zit), kunnen ze wel verschillen in met name het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en het vergoedingspercentage voor zorg afgenomen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast kunnen basispolissen verschillen als het aankomt op diverse servicekenmerken, zoals wachtlijstbemiddeling en de mogelijkheid om nota's online of via een app te declareren. Basispolissen verschillen doorgaans ook in de premie. Uit het onderzoek van de NZa en de ACM in 2018 bleek dat (bijna) gelijke basispolissen (die op 14 onderzochte productkenmerken niet of nauwelijks van elkaar verschilden) soms aanzienlijk verschilden in premie én dat consumenten in veel gevallen binnen zo'n groep (cluster) (bijna) gelijke polissen niet de goedkoopste polis hadden.

We hebben voor 2019-2023 een vergelijkbare dataset samengesteld met daarin relevante productkenmerken van de modelovereenkomsten, waaronder type polis, de contractering en vergoeding van de belangrijkste zorgsoorten<sup>24</sup> (naar omzet) en een aantal servicekenmerken die per polis kunnen verschillen. Hiervoor hebben we data afkomstig van de NZa, Zorgweb en Independer gebruikt (zie Tabel 1).<sup>25</sup> Met een clusteranalyse is vervolgens onderzocht welke polissen meer en minder op elkaar lijken met betrekking tot deze productkenmerken (voor de clusterindeling, zie bijlage 3). Daarbij meet een algoritme de 'afstand' (de mate van verschil) tussen de polissen op alle onderzochte productkenmerken en clustert de polissen vervolgens in groepjes. Polissen die volgens deze analyse in dezelfde groep vallen noemen we in dit rapport (bijna) gelijke polissen. Premie is daarbij bewust niet meegenomen; het doel van deze onderzoeksstap is juist om inzicht te krijgen in hoe zeer polissen op elkaar lijken – ook al hebben ze verschillende premies. Om de 'afstand' tussen de polissen te meten gebruiken we de Gower Distance, een afstandsmaat die vaker wordt gebruikt in clusteranalyses en die met name geschikt is wanneer er verschillende typen (product)kenmerken zijn (binaire variabelen en nominale variabelen). De Gower Distance vertaalt de afstanden tussen polissen ten aanzien van (in dit geval) een set polissenkenmerken naar een schaal van 0 tot 1 en berekent op basis daarvan een gewogen gemiddelde

---

<sup>21</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2021-2022, 29 689, nr. 1166, 13 september 2022.

<sup>22</sup> [Advies aan VWS over invoering maatregelen zorgverzekeringsmarkt 2023 | ACM.nl](#).

<sup>23</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2022-2023, 29 689, nr. 1204, 26 juni 2023.

<sup>24</sup> In 2023 zijn er vijf polissen die voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders tarieflijsten hanteren met een bedrag per prestatie in plaats van vergoedingspercentages. Voor de gehanteerde clustermethode moet de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders voor alle polissen op dezelfde manier berekend worden. Gegeven dat vergoedingspercentages over het algemeen redelijk constant blijven over de jaren hebben we voor deze vijf polissen in 2023 de vergoedingspercentages van 2022 gebruikt. Voor een aantal willekeurige polissen en zorgsoorten hebben we gecheckt het of dit een goede benadering was – dit bleek het geval.

<sup>25</sup> Ten opzichte van van 2018 is er in de huidige periode geen variatie in de kenmerken 'Digitaal contactformulier', 'Telefonisch contact enkel via betaald 0900-nummer' en 'Internetapotheek (verplicht voor herhaalrecepten)' van Independer.

afstandsmatrix. We kiezen ervoor om van '(bijna) gelijke' polissen te spreken als ze in hetzelfde cluster zitten bij een score van 0,05 op een schaal van 0 tot 1.<sup>26</sup>

Omdat niet alle productkenmerken even belangrijk zijn in de keuze van consumenten, krijgen sommige productkenmerken in de analyse meer gewicht dan andere. Daardoor worden polissen geclusterd die in de ogen van consumenten ook daadwerkelijk (bijna) gelijk zijn. Op basis van de uitkomsten van recent consumentenonderzoek voor de ACM<sup>27</sup> zijn we tot een geïnformeerde weging gekomen.<sup>28</sup> Hieruit blijkt dat consumenten relatief veel waarde hechten aan vrije zorgkeuze en dekking, en minder aan servicekenmerken. Bijlage 1 bevat een uitgebreidere uitleg van de onderzoeksmethode en de gebruikte gewichten staan in Bijlage 2.

**Tabel 1: Productkenmerken basispolissen in clusteranalyse**

Productkenmerken	Waarden	Bron
Type polis	Restitutie, Natura, Combinatie	NZa
Contracteergraad ziekenhuiszorg	Percentage	Zorgweb
Contracteergraad zbc's	Percentage	Zorgweb
Contracteergraad apotheken	Percentage	Zorgweb
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
Mogelijkheid tot online en/of via app declareren	Ja/nee	Independer
Online declareren verplicht	Ja/nee	Independer
Digitaal contactformulier	Ja/nee	Independer
Telefonisch contact enkel via betaald 0900-nummer	Ja/nee	Independer
Internetapotheek	Ja/nee	Independer

<sup>26</sup> Deze onderzoekskeuze is mede ingegeven door inhoudelijke argumenten van zorgverzekeraars in een consultatie van een eerdere versie van het rapport 'Beter kiezen op de polismarkt' in 2017.

<sup>27</sup> ACM (2024). Consumentenonderzoek in de zorgverzekeringsmarkt 2024. Uitgevoerd door Motivaction. Consumenten werden gevraagd om 100 punten te verdelen over tien verschillende polissenmerken, al naar gelang het belang dat zij eraan hechten.

<sup>28</sup> 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.

### 3.2 Differentiatie tussen polissen weinig veranderd

De verschillen tussen basispolissen lijken weinig veranderd ten opzichte van de periode 2016-2018. Het aantal clusters met (bijna) gelijke basispolissen is toegenomen van 12 in 2019 tot 19 in 2023, maar omdat het aantal polissen op de markt ook steeg, kan hieruit niet zonder meer worden geconcludeerd dat er meer differentiatie is. Wel zien we dat het gemiddeld aantal polissen per cluster enigszins is gedaald van 4,8 in 2019 naar 3,0 in 2023, wat kan duiden op toegenomen verschillen tussen polissen. De gemiddelde 'afstand' tussen polissen verschilt echter amper over de jaren heen.<sup>29</sup> Tabel 2 toont voor de periode 2019-2023 per jaar het aantal clusters met (bijna) gelijke polissen, het aantal clusters dat bestaat uit meer dan één basispolis (en daarachter het percentage ten opzichte van het totaal aantal clusters) en het aantal clusters dat meer dan één basispolis van hetzelfde concern bevat (eveneens als percentage ten opzichte van het totaal aantal clusters).<sup>30</sup> In 2023 werden er in totaal 38 basispolissen aangeboden waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestond (dat wil zeggen, in hetzelfde cluster).

Tabel 2: Aantal clusters per jaar

	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Aantal polissen</b>	58	52	54	57	57
<b>Aantal clusters</b>	12	14	13	21	19
<b>Gemiddeld aantal polissen per cluster</b>	4,8	3,7	4,2	2,7	3,0
<b>Aantal clusters &gt;1 polis</b>	7 (58%)	7 (50%)	7 (54%)	10 (48%)	9 (47%)
<b>Aantal clusters met &gt;1 polis van hetzelfde concern</b>	7 (58%)	7 (50%)	5 (38%)	8 (38%)	8 (42%)

### 3.3 Nog steeds flink aantal (bijna) gelijke polissen van zelfde concern

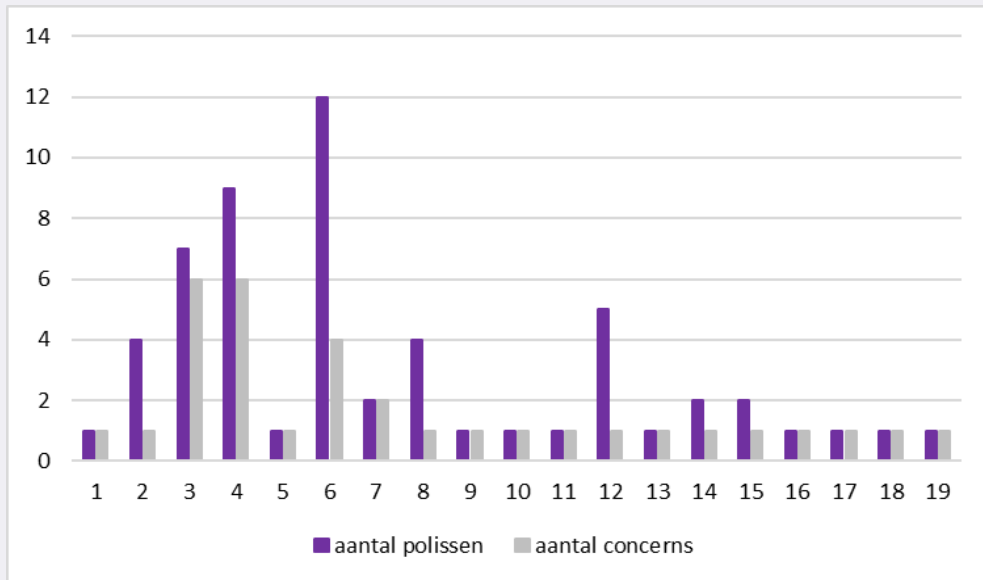
Het aantal clusters dat meerdere (bijna) gelijke basispolissen van hetzelfde concern bevat schommelt over de jaren heen. Sinds 2019 is het aantal in absolute zin iets toegenomen, maar procentueel (afgezet tegen het totaal aantal clusters) afgenomen.

Figuur 4 toont het aantal polissen en concerns per cluster voor 2023 (zie ook bijlage 3). Dit biedt inzicht in de mate van differentiatie tussen polissen in de markt. Clusters 2, 3, 4, 6, 8, 12, 14 en 15 bevatten meerdere polissen per concern. Figuur 5 toont per concern over hoeveel clusters de polissen van dat concern zijn verdeeld. Dit biedt inzicht in de mate van differentiatie binnen concerns.

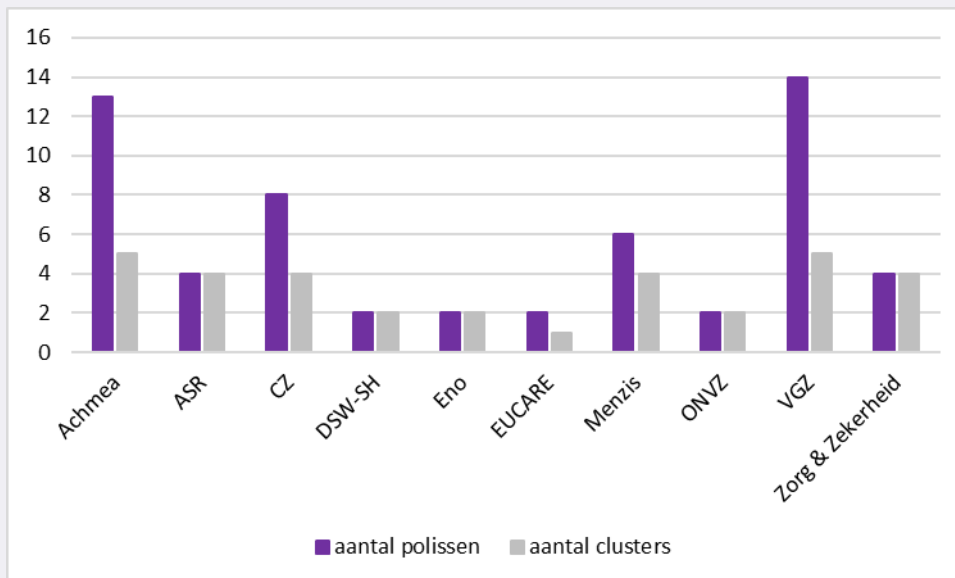
<sup>29</sup> Onze analyse en resultaten zijn gebaseerd op een clustering per jaar. Dit betekent dat per jaar de individuele polissenmerken geschaald worden en de polissen vergeleken worden met de andere polissen in datzelfde jaar (met andere woorden de verschillen, en wat we als '(bijna) gelijk' beschouwen, is relatief, niet absoluut). Om te controleren of de vergelijking over de jaren heen beïnvloed wordt door de schaling per jaar, hebben we ook een clustering gedaan waarbij we de polissen uit alle jaren samenvoegen. Resultaten uit beide benaderingen zijn vergelijkbaar, wat de conclusie sterkt dat er weinig is veranderd in de mate van differentiatie tussen polissen.

<sup>30</sup> Voor een klein aantal polissen hebben we geen volledige informatie. Hierdoor konden we ze niet meenemen in onze clusteranalyse. Het gaat om 3 polissen van EUCARE en 1 polis van iptiQ. De volledigheidsgraad van de uiteindelijke dataset voor de clusteranalyse is in 2019 98 procent en voor 2020-2023 95 procent.

**Figuur 4: Aantal polissen en concerns per cluster (2023)**



**Figuur 5: Aantal polissen en clusters per concern (2023)**



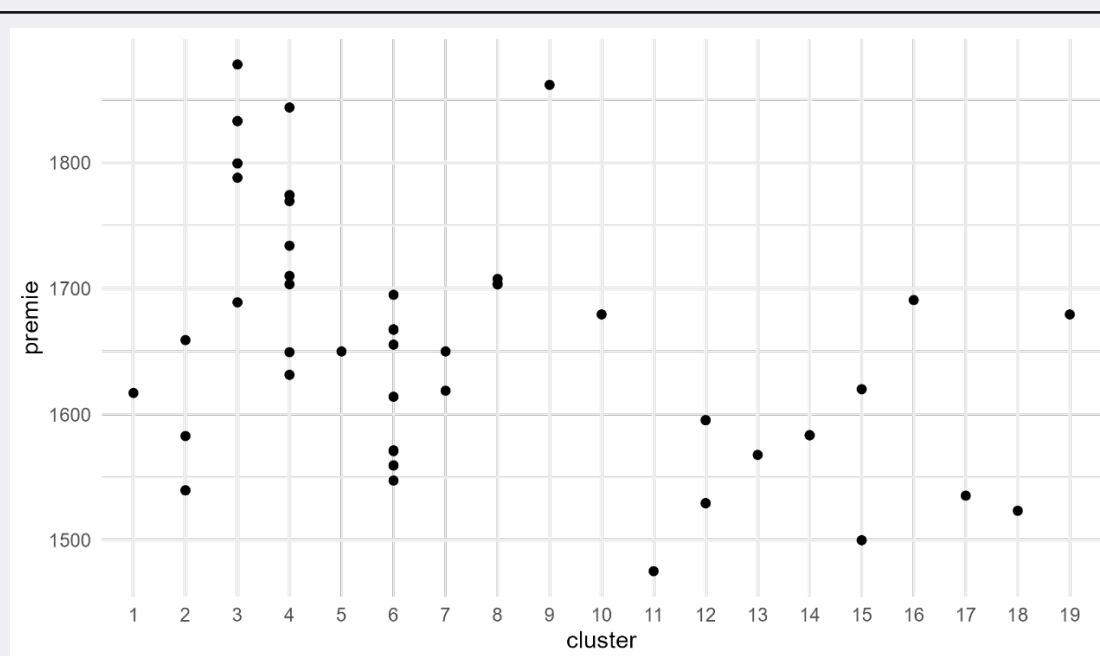
### 3.4 Significante premieverschillen binnen clusters

We hebben voor elk jaar in de periode 2019-2023 onderzocht wat de premiespreiding is binnen clusters van (bijna) gelijke polissen. Voor 2023 loopt het verschil tussen de goedkoopste en de duurste polis binnen een cluster op tot EUR 212 per jaar, zonder collectiviteitskorting en zonder korting voor een hoger vrijwillig eigen risico. Figuur 6 laat voor elk cluster (genummerd 1 tot en met 19) in 2023 zien wat

de premiespreiding – het verschil tussen de laagste en de hoogste premie – is tussen 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. De premiespreiding is in 2023 het grootst in cluster 4 en cluster 3, respectievelijk EUR 212 per jaar en EUR 189 per jaar. Cluster 4 bestaat uit 9 combinatiepolissen van 6 verschillende concerns. Cluster 3 bestaat uit 7 restitutiepolissen van 6 verschillende concerns.

## Premieverschillen binnen clusters variëren van EUR 0 tot EUR 212 per jaar

**Figuur 6: Premieverschillen binnen clusters lopen op tot EUR 212 in 2023**



\*Elke stip is een polis. De stippen van polissen binnen hetzelfde cluster met dezelfde premie overlappen.

De premiespreiding binnen clusters van (bijna) gelijke polissen is in de afgelopen jaren enigszins afgenomen (zie tabel 3). Naast een vergelijking van de laagste en de hoogste premie binnen clusters, biedt de zogenoemde variatiecoëfficiënt een maatstaf van de premiespreiding. Deze coëfficiënt is gedefinieerd als de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde en geeft inzicht in de mate van spreiding van premies rondom de gemiddelde premie in een cluster. Als de premies dicht bij elkaar zitten (en dus rondom het gemiddelde), is de spreiding klein en de variatiecoëfficiënt dicht bij nul procent. Voor 2023 varieert de variatiecoëfficiënt van 0 procent in clusters 8 en 14 tot 5 procent in cluster 15. Dit is minder dan voorgaande jaren; de premiespreiding was in 2023 dus minder dan in de jaren daarvoor. Prijsverschillen voor (bijna) gelijke producten komen ook in andere markten voor en kunnen meerdere redenen hebben (zie hoofdstuk 4). In ons rapport 'Beter kiezen op de polismarkt' concludeerden we in 2018 dat deze premieverschillen onder andere wezen op obstakels in het keuzeproces van consumenten.

**Tabel 3: Premiespreiding binnen clusters 2019-2023 (EUR)**

	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Cluster met grootste verschil</b>	286	273	244	239	212
<b>Cluster met één na grootste verschil</b>	253	211	242	231	189
<b>Variatiecoëfficiënt</b>	2%-9%	2%-9%	1%-8%	0%-8%	0%-5%

### 3.5 Potentiële besparing op premie voor 8,7 miljoen verzekerden

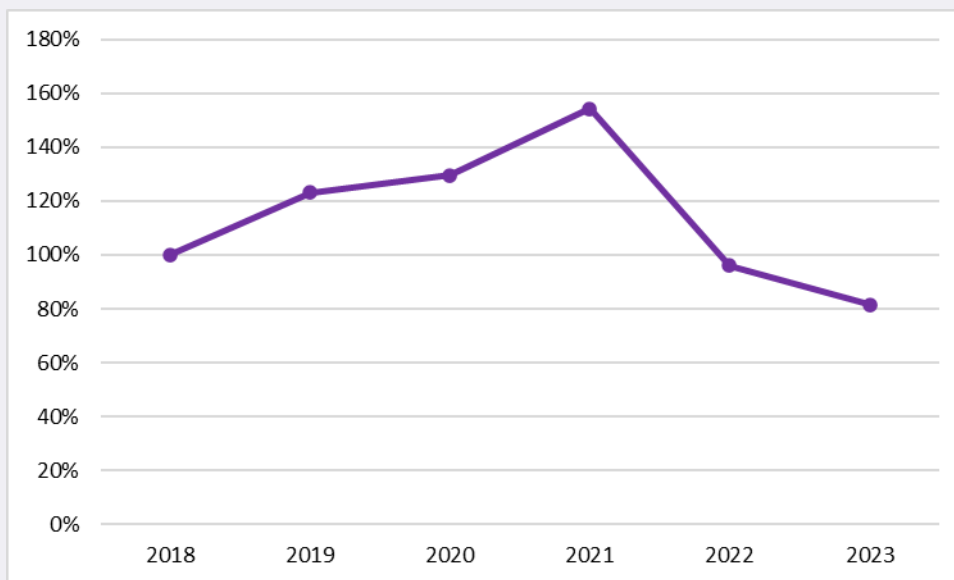
Niet alleen premiespreiding doet ertoe, ook (of vooral) in welke mate consumenten de duurdere polissen daadwerkelijk kiezen (en waarom) en hoeveel ze potentieel zouden kunnen besparen door over te stappen naar een goedkopere, (bijna) gelijke basispolis. Om hier inzicht in te krijgen hebben we voor elke 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').<sup>31</sup> We hebben dit gedaan voor elk niveau van vrijwillig eigen risico (EUR 385 – EUR 885). Het premieverschil hebben we vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per polis. Zo berekenen we de potentiële premiebesparing voor alle verzekerden in 2023 (een potentiële besparing die niet is benut). Niet omdat het te verwachten is dat dit bedrag in zijn geheel kan worden gerealiseerd<sup>32</sup>, 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.

---

<sup>31</sup> Uiteraard is dit verschil niet relevant vanaf 2023, toen de collectiviteitskorting op de basispolis werd afgeschaft.

<sup>32</sup> In het rapport 'Beter kiezen op de polismarkt' (2018) leggen we uit dat als consumenten massaal zouden overstappen naar de lagereprijsde basispolissen, dit niet alleen voor financiële problemen voor zorgverzekeraars zou kunnen zorgen (in verband met solvabiliteits-eisen), maar ook dat de polissen die momenteel relatief laag geprijsd zijn (onder de zogenaamde 'spilpremie' van verzekeraars), dan naar alle waarschijnlijkheid in prijs zouden stijgen.

**Figuur 7: Potentiële premiebesparing\* neemt af**



\*: Uitgedrukt als percentage van de potentiële premiebesparing in 2018 (toen EUR 905 miljoen), gecorrigeerd voor inflatie.

In 2023 hebben ruim 8,7 miljoen premiebetalers (ruim 61 procent van alle premiebetalers<sup>33</sup>) een basispolis waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestaat. Gemiddeld betalen mensen in deze groep EUR 103 per jaar méér dan wanneer zij de goedkoopste polis in het cluster hadden gekozen.<sup>34</sup> In totaal komt dit neer op ruim EUR 900 miljoen. Wanneer we corrigeren voor inflatie<sup>35</sup> en de potentiële premiebesparing uitdrukken als percentage van de potentiële premiebesparing in 2018 (destijds EUR 905 miljoen), zien we dat consumenten ogenschijnlijk nog veel konden besparen op hun premie<sup>36</sup>, maar ook dat de totale potentiële premiebesparing de laatste twee jaren is afgenomen en met name in 2023 lager lag dan in eerdere jaren (zie Figuur 7). Dit heeft mogelijk te maken met het hogere overstappercentage dat jaar (zie paragraaf 2.1.2) en met de maatregel die voor 2023 het financieel resultaat in de risicoverevening beperkt op polisniveau (zie paragraaf 2.2.3). Voor een uitgebreidere duiding, zie hoofdstuk 4.

**In 2023 was de potentiële premiebesparing lager dan eerdere jaren, maar hadden consumenten nog vaak niet het goedkoopste (bijna) gelijke alternatief.**

De gemiddelde besparing voor premiebetalers die niet de goedkoopste polis in 'hun' cluster hebben vertoont een soortgelijk verloop (zie Figuur 8). Ook het percentage premiebetalers dat met een overstap naar een (bijna) gelijke, goedkopere polis zou kunnen besparen is afgenomen. Toch zien we dat in 2023 nog bijna 60 procent van de consumenten niet voor het goedkoopste (bijna) gelijke alternatief koos. Dit

<sup>33</sup> Met uitzondering van de premiebetalers van de enkele polissen die niet konden worden meegenomen in het onderzoek. Zie voetnoot 30.

<sup>34</sup> Dit bedrag is gebaseerd op 'berekening 1'. Dit is een voorzichtige berekening omdat het voor sommigen een onderschatting van de betaalde opslag oplevert.

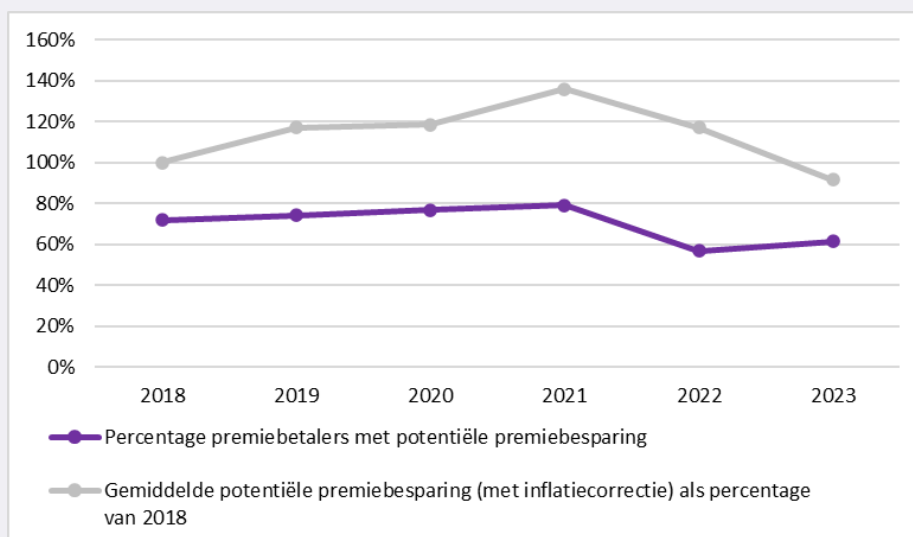
<sup>35</sup> Inflatiecorrectie toegepast op basis van de consumentenprijsindex (CPI) van het Centraal Bureau voor de Statistiek, waarbij 2015 het basisjaar is (2015 = 100). <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83131ned/table?dl=A344B>.

<sup>36</sup> Wederom met de aantekening dat dit niet betekent dat er EUR 900 miljoen voor het oprapen ligt, omdat als iedereen massaal zou gaan overstappen, de premies van de goedkopere polissen zouden stijgen. Zie voetnoot 32.



kan verschillende redenen hebben, die we in het volgende hoofdstuk bespreken. We hebben ook gekeken naar de potentiële premiebesparing binnen hetzelfde concern. We kijken dus hoeveel premiebetalers binnen hetzelfde cluster een goedkopere verzekering zouden kunnen afsluiten bij een verzekeraar die bij hetzelfde concern hoort als de huidige verzekeraar. Dit is dus een gedeelte van de hierboven beschreven groep. Het gaat in 2023 om 6,8 miljoen premiebetalers (48 procent). De potentiële premiebesparing voor deze premiebetalers varieert van EUR 56 tot EUR 102 per jaar en is gemiddeld EUR 90.

**Figuur 8: Percentage premiebetalers met potentiële overstapwinst schommelt**



## 4 Duiding resultaten

### 4.1 Inleiding

Op hoofdlijnen zijn de mate van polisdifferentiatie, de premiespreiding en consumentenkeuzes niet wezenlijk veranderd sinds 2018. De premieverschillen tussen (bijna) gelijke polissen blijven fors, hoewel ze in de loop der jaren wat zijn afgenomen, en sommige concerns bieden nog steeds een aanzienlijk aantal (bijna) gelijke polissen aan. Het percentage overstappers schommelt ook al jaren tussen de 6 procent en 7 procent. Het jaar 2023 valt op in de reeks en is gekenmerkt door het hoogste overstapperpercentage (8,5 procent) sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Dit is vermoedelijk gestimuleerd door afschaffing van de collectiviteitskorting in 2023 en de wens om te besparen vanwege relatief hoge kosten van levensonderhoud als gevolg van inflatie. Ook zien we in 2023 minder potentiële premiebesparing dan in voorgaande jaren; dit hangt vermoedelijk samen met het hogere overstapperpercentage en met de tijdelijke bandbreedtebeperking van het financieel resultaat in de risicoverevening op polisniveau, waardoor de premiespreiding lager was.

In 2023 hebben nog echter nog steeds veel consumenten (61 procent van de premiebetalers) een basispolis waarvoor een (bijna) gelijk, goedkoper alternatief bestaat. Kwaliteit waar consumenten bewust voor willen betalen speelt hierin mogelijk een rol. Zo kunnen consumenten er bewust voor kiezen wat meer te betalen omdat ze tevreden zijn met de kwaliteit die de zorgverzekeraar biedt (bijvoorbeeld

op het gebied van wachtlijstbemiddeling), omdat ze merktrouw zijn, of omdat hun favoriete wijkzorgaanbieder wordt gecontracteerd door hun zorgverzekeraar. De rol van kwaliteit is echter beperkt in het verklaren van de geobserveerde uitkomsten uit hoofdstuk 3. De clusteranalyse laat zien dat een groot deel van de consumenten (48 procent van de premiebetalers) een basispolis heeft waarvoor een goedkoper, (bijna) gelijk alternatief bestaat binnen hetzelfde concern. Veel kwaliteitskenmerken variëren niet binnen een concern, dus voor deze groep is het minder waarschijnlijk dat de keuze wordt verklaard door kwaliteit.

### **V**anuit toezicht aandacht voor de impact van het polisaanbod op het keuzeproces van consumenten.

De update met gegevens over de periode 2019-2023 laat dus zien dat de belemmeringen in het keuzeproces van verzekerden niet wezenlijk zijn verbeterd sinds 2018. Deze uitkomst is (net als in 2018) een reden om nader te kijken naar de mogelijke oorzaken achter die belemmeringen. Daarbij kunnen we de analyse uit 2018 als startpunt gebruiken. In 2018 concludeerden we dat de keuze voor een basispolis die binnen een cluster van (bijna) gelijke basispolissen niet de goedkoopste is ten minste deels te verklaren was door verschillende obstakels in het keuzeproces van consumenten, waaronder schijndifferentiatie, zoekkosten en overstapdrempels, moeilijk vindbare en verwarrende informatie, en grenzen aan hoeveel informatie die consumenten kunnen en willen verwerken. Ook spelen gedragsvalkuilen of angst om niet dezelfde zorg vergoed te krijgen een rol. Deze oorzaken spelen nu vermoedelijk ook weer een rol. Dit onderzoek is echter niet geschikt om alle oorzaken van fricties uitvoerig te onderzoeken.<sup>37</sup> Vanuit het perspectief van het toezicht hebben we ervoor gekozen om te kijken naar mogelijke oorzaken die samenhangen met het productaanbod van zorgverzekeraars. Hierbij hebben we speciale aandacht voor belemmeringen die mogelijk in de weg staan van risicosolidariteit. Het doel om naar deze mogelijke oorzaken te kijken, is om in hoofdstuk 5 oplossingsrichtingen te formuleren die bijdragen aan de uitkomsten van de zorgverzekeringmarkt.

We identificeren drie mogelijke verklaringen voor de bevinding dat ten minste 48 procent van de mensen belemmeringen in het keuzeproces lijkt te ervaren: (1) het nog altijd grote aanbod van (bijna) gelijke polissen van hetzelfde concern, (2) dat niet alle basispolissen toegang tot alle aanvullende pakketten geven en (3) het feit dat zorgverzekeringen een complex product zijn, met name met betrekking tot de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

## **4.2 Vraagtekens bij bestaande differentiatie**

Er worden meer polissen aangeboden door minder verzekeraars dan in 2018. Sommige concerns bieden nog steeds een aanzienlijk aantal (bijna) gelijke basispolissen aan. Het is de vraag of de kleine verschillen in presentatie of vergoedingspercentage voldoende toegevoegde waarde bieden voor consumenten. Bij dergelijke 'tweelingpolissen' is er vaak een goedkopere en duurdere variant en de zorg van de NZa en de ACM is dat consumenten vanwege de presentatie van de twee varianten de duurdere variant kiezen, zonder dat zij goed kunnen nagaan of de duurdere variant werkelijk voldoende extra voordelen oplevert. Een andere zorg is dat dergelijk aanbod binnen dezelfde verzekeraar of concern het aanbod intransparant maakt en het keuzeproces van consumenten belemmert.

---

<sup>37</sup> De kern van dit onderzoek is het peilen van de mate van belemmeringen aan de vraagkant en dat doen we door te analyseren hoeveel mensen binnen een cluster niet de best passende polis lijken te hebben. Voor het analyseren waarom mensen deze keuzes maken zou een andere onderzoeksopzet benodigd zijn. Toch denken we dat we aan de hand van onze sectorspecifieke kennis van de markt en de resultaten uit andere onderzoeken en monitors een beeld kunnen schetsen van de mogelijke verklaringen.

## Het is de vraag of kleine verschillen in presentatie of vergoedingspercentage het bestaan van (bijna) gelijke polissen en bijbehorende premieverschillen rechtvaardigen en opwegen tegen extra intransparantie in het polisaanbod.

We noemen een aantal voorbeelden ter illustratie van deze zorg. Enkele verzekeraars bieden op hun website meerdere naturapolissen aan die vijf of tien procentpunt verschillen in het vergoedingspercentage van niet-gecontracteerde zorg, en die verder niet of nauwelijks verschillen. Het gaat om polissen van hetzelfde merk of label, die naast elkaar worden aangeboden. De contractering van zorgaanbieders verschilt niet of nauwelijks, maar in de presentatie van de polissen wordt gesuggereerd dat de duurdere polis meer voordelen biedt dan de goedkopere. Bijvoorbeeld door in de naam van de goedkopere polis woorden als 'bewust', 'select', 'zelf bewust', 'basis' en 'goed' voor de goedkopere te gebruiken en woorden zoals 'zekerheid', 'alles verzorgd' en 'ruim' te gebruiken in de naam van de duurdere variant. Daarmee wordt de indruk gewekt dat ze significant verschillen ten aanzien van de verzekerde zorg, terwijl dit in werkelijkheid niet of nauwelijks het geval is. Dit soort schijndifferentiatie draagt niet bij aan de transparantie van het polisaanbod en kan het vergelijken van zorgverzekeringen onnodig compliceren voor consumenten.<sup>38</sup> Door de tekst 'meest gekozen' te plaatsen boven de duurdere naturapolis en/of die als middelste optie te presenteren tussen de goedkopere naturapolis en de duurdere restitutiepolis, worden consumenten die gevoelig zijn voor 'wisdom of the crowd'-argumenten en/of de natuurlijke neiging hebben om uitersten te vermijden<sup>39</sup>, naar de duurdere optie geleid. Het komt ook voor dat concerns (bijna) gelijke polissen aanbieden onder verschillende merknamen, die bijvoorbeeld qua uitstraling en webpagina wel herkenbaar zijn als behorend tot hetzelfde concern. Op de websites van verzekeraars worden vaak wel beter dan in 2018 de verschillen tussen deze polissen aangeduid.

In het ACM-consumentenonderzoek geeft in 2023 bijna een kwart van de respondenten die niet zijn overgestapt als één van de redenen aan dat er niet of nauwelijks verschil tussen zorgverzekeraars zit.<sup>40</sup> Dit percentage is al jaren min of meer gelijk. Het geeft een indicatie van de mate waarin consumenten differentiatie tussen zorgverzekeringen ervaren. Voor de subgroep die niet is overgestapt, maar zich wel op een overstap heeft georiënteerd, geeft een derde van de respondenten deze reden aan. Tegelijkertijd geeft 18 procent van de respondenten aan juist te willen dat hun verzekeraar 'veel verschillende polissen aanbiedt, zodat klanten kunnen kiezen voor een polis die bij hun past'.<sup>41</sup> Hieruit valt af te leiden dat tenminste een deel van de consumenten (echte) verschillen tussen zorgverzekeringen positief waardeert, maar dat de bestaande verschillen tussen polissen beperkt zijn.<sup>42</sup>

Sinds 2024 toont een aantal zorgvergelijkers bij hun overzicht van de verschillende zorgverzekeringen ook duurzaamheidsscores en scores op het gebied van hulpmiddelen (apps en dergelijke) ter bevordering van een gezonde levensstijl. Dit soort informatie kan bijdragen aan daadwerkelijke differentiatie tussen polissen (hoewel duurzaamheidsscores doorgaans op de verzekeraar van toepassing zijn en niet verschillen tussen polissen van dezelfde verzekeraar). Maar als dit voor

---

<sup>38</sup> ACM en NZa (2018). Beter kiezen op de polismarkt. Rapport. Zie voor een wetenschappelijke onderbouwing bijvoorbeeld R. Spiegler (2011). Behavioral Industrial Organization. Oxford University Press.

<sup>39</sup> In de gedragseconomie wordt de natuurlijke neiging van mensen om de middelste optie te kiezen en uitersten te vermijden ook wel het Goldilocks-effect genoemd.

<sup>40</sup> ACM (2023). Consumentenonderzoek in de zorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction. De vraag was "Wat waren voor jou redenen om niet over te stappen naar een andere zorgverzekeraar?" Er werden 13 redenen plus de keuzeropties 'anders' en 'weet niet' voorgelegd en respondenten mochten meerdere antwoorden aankruisen.

<sup>41</sup> ACM (2023). Consumentenonderzoek in de zorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction. De vraag was "Waar moet jouw zorgverzekeraar vooral aandacht aan besteden?". Er werden 11 antwoordopties getoond en respondenten konden er maximaal drie aankruisen. De antwoordopties 'onderhandelen met zorgverleners om de premie zo laag mogelijk te houden' en 'het bieden van keuzevrijheid zodat ik zelf kan bepalen naar welke zorgaanbieder ik ga' scoorden het hoogst; beide werden door 34 procent van de respondenten aangekruist.

<sup>42</sup> Bij deze vragen werd geen onderscheid gemaakt tussen basispolissen en aanvullende verzekeringen.

consumenten eigenlijk geen of slechts beperkt relevante keuzefactoren zijn<sup>43</sup> kan het de vergelijking tussen polissen juist ook vertroebelen. Uit onderzoek blijkt dat het toevoegen van extra productkenmerken die weinig tot niets toevoegen aan de functie van het product ertoe kan leiden dat consumenten meer fouten maken, of minder goed zoeken en vergelijken, waardoor uiteindelijk de concurrentie wordt verzacht en de prijzen stijgen.<sup>44 45</sup> Cruciaal is dus, dat er differentiatie plaatsvindt op voor consumenten relevante keuzefactoren.

### 4.3 Beperkte toegang tot aanvullende verzekering verklaart deel consumentenkeuzes

Hoewel dit onderzoek focust op de basisverzekering, omdat daarvoor meer beleidskaders bestaan en omdat die voor alle inwoners van Nederland verplicht is, kan het aanbod basispolissen niet los worden gezien van het aanbod aanvullende verzekeringen. Ondanks dat het aandeel consumenten met een aanvullende verzekering door de jaren heen licht afneemt, is in 2023 nog altijd ruim 80 procent van de consumenten aanvullend verzekerd.<sup>46</sup>

De meeste mensen nemen hun basispolis en hun aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar af. Op het moment dat consumenten hun zorgverzekering afsluiten, kan dat ook niet anders.<sup>47</sup> En dat consumenten op zoek gaan naar de beste combinatie van basis- en aanvullende polis<sup>48</sup> is ook niet gek, gegeven dat niet alle aanvullende pakketten kunnen worden gekozen in combinatie met elke basispolis. Sommige zorgverzekeraars bieden bepaalde aanvullende verzekeringen namelijk alleen aan in combinatie met een specifieke basispolis. Vaak gaat het dan om de combinatie van een laaggeprijsde basispolis (met bijvoorbeeld een lager vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg) met een beperkte dekking in de aanvullende verzekering. Of juist om een duurdere basisverzekering in combinatie met een uitgebreider (en dus ook duurder) aanvullende pakket. Op de website van één van de zorgverzekeraars staat dit zo uitgelegd: “[Deze] polis is een naturapolis waarbij alles voor je wordt geregeld. De premie is hoger, maar hiervoor krijg je meer mogelijkheden voor aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen, met uitgebreidere vergoedingen.”

In dit soort gevallen reflecteert een hogere premie dus geen extra kwaliteit van de basisverzekering als zodanig, maar gaat het om een meerprijs die consumenten betalen puur om toegang te krijgen tot

---

<sup>43</sup> Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat het feit of zorgverzekeraars wel of geen oog voor duurzaamheid hebben vooralsnog een te verwaarlozen rol speelt in de beslissing van consumenten om al dan niet over te stappen. Holst, L., Brabers, A.E.M., Jong, J.D. de. (2023). Overstapseizoen 2022-2023: helft van de overstappers geeft aan te wisselen van zorgverzekeraar omdat ze ontevreden zijn over de hoogte van de premie. Utrecht: Nivel.

<sup>44</sup> Kalayçi, K. en Potters, J. (2011). Buyer confusion and market prices. *International Journal of Industrial Organization*. Vol. 29, pp. 14-22.

<sup>45</sup> Zie ook Spiegler, R. (2011). *Bounded rationality and industrial organization*. Oxford University Press. “Even when the product traded in a market is inherently homogeneous, firms facing boundedly rational consumers may have an incentive to create apparent differentiation, in order to ease competitive pressures. If consumers were rational, they would be able to see through the spurious differentiation tactics and continue to regard the product as homogeneous. Boundedly rational consumers can be misled by the spurious differentiation.”

<sup>46</sup> Vektis Zorgthermometer 2023.

<sup>47</sup> Op basis van artikel 120 Zorgverzekeringswet mag een zorgverzekeraar niet automatisch de aanvullende verzekering opzeggen van verzekerden die voor hun basispolis overstappen naar een andere zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar mag in dat geval wel de premie aanpassen. De zorgverzekeraar hoeft geen nieuwe verzekerden te accepteren enkel en alleen voor de aanvullende verzekering.

<sup>48</sup> Volgens het ACM-consumentenonderzoek in de zorgverzekeringsmarkt in 2023 heeft 42 procent van de mensen met een aanvullende verzekering alleen naar aanvullende verzekeringen van de eigen verzekeraar gekeken. Anderen zochten de beste combinatie van basispolis en aanvullende polis (26 procent), zochten eerst een basispolis uit en zochten daar vervolgens een aanvullende polis bij (16 procent) of andersom (4 procent). De subgroep die is overgestapt en de subgroep die zich heeft georiënteerd op een overstap geven daarbij significant vaker aan te hebben gekeken naar de beste combinatie van basis- en aanvullende polis (respectievelijk 44 procent en 41 procent). ACM (2023). Consumentenonderzoek in de zorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction. Van de respondenten met een aanvullende verzekering antwoordde 12 procent ‘weet niet’ op de vraag ‘Bij het afsluiten van de aanvullende verzekering, hoe ben je toen te werk gegaan?’.

uitgebreidere (en daarom duurdere) aanvullende verzekeringen. Variatie in toegang tot aanvullende pakketten kan een verklaring zijn voor de keuzes die we observeren en de premieverschillen binnen clusters van (verder) (bijna) gelijke basispolissen. Deze toegangsrestricties zijn om meerdere redenen onwenselijk.

**In sommige gevallen betalen consumenten een meerprijs voor hun basispolis puur om toegang te krijgen tot uitgebreidere aanvullende verzekeringen. Dit soort keuzerestricties ondermijnt de risicosolidariteit en maakt zorgverzekeringen vergelijken onnodig moeilijk.**

Ten eerste zou in een goedwerkende markt de premie voor basispolissen de waarde van het product zelf moeten vertegenwoordigen; niet in welke mate het toegang verschaft tot een ander, aanvullend product. Voor zover de premies van polissen van hetzelfde concern of dezelfde verzekeraar verschillen vanwege variatie in toegang tot aanvullende pakketten, is het voor consumenten onnodig moeilijk om zorgverzekeringen met elkaar te vergelijken – ook met die van andere verzekeraars. Door deze intransparantie wordt de concurrentie tussen zorgverzekeraars beperkt, ten nadele van verzekerden.

Ten tweede kunnen aanvullende verzekeringen op deze manier oneigenlijk worden gebruikt om risicoselectie te introduceren ten aanzien van basispolissen, waardoor zowel het verbod op premiedifferentiatie als de acceptatieplicht kan worden ondermijnd.<sup>49</sup> De uitgebreidere aanvullende pakketten zijn namelijk aantrekkelijker voor mensen die relatief veel zorg nodig hebben. Als zij alleen toegang tot die pakketten hebben door het afsluiten van een duurdere basispolis (waarvoor een (bijna) gelijk, goedkoper alternatief bestaat dat echter geen toegang tot uitgebreide aanvullende pakketten biedt), onthullen zij als het ware door hun keuze voor de duurdere basispolis (met een uitgebreider aanvullende pakket) hun risicoprofiel. Feitelijk betalen mensen die meer zorg nodig hebben dan meer voor een basispolis dan gezonde mensen betalen voor een (bijna) gelijke maar goedkopere polis van hetzelfde concern of dezelfde verzekeraar. Een mogelijke reden hiervoor is dat zorgverzekeraars hiermee hun financieel resultaat compenseren voor de overcompensatie van gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronisch zieken in de risicoverevening. Maar dit laat onverlet dat dit het verbod op premiedifferentiatie en ook de acceptatieplicht ondermijnt, zonder dat per se sprake is van een overtreding van de Zorgverzekeringswet.<sup>50</sup>

#### 4.4 Complexe polissenmerken maken kiezen moeilijker

Een derde verklaring voor de uitkomsten van de clusteranalyse is dat zorgverzekeringen nog altijd relatief complexe producten zijn, net als veel andere financiële producten. Ze zijn abstract, bevatten veel informatie en kennen een complexere prijsopbouw dan de meeste producten in de winkel. 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. Ook in de wetenschappelijke literatuur worden zorgverzekeringen doorgaans als complexe producten

---

<sup>49</sup> Artikel 17 Zorgverzekeringswet en artikel 3 Zorgverzekeringswet.

<sup>50</sup> Van de Ven et al. signaleerden tien jaar geleden al dat aanvullende verzekering op meerdere manieren kon worden gebruikt voor risicoselectie op basispolissen, en dat daardoor de acceptatieplicht voor basiszorgverzekeringen kan worden ondergraven. Van de Ven, W.P.M.M., Van Kleef, R.C. en Van Vliet, R.C.J.A. (2013). Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten? Erasmus Universiteit, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

bestempeld<sup>51</sup> en er zijn aanwijzingen dat sommige groepen verzekerden daardoor voor hen nadelige keuzes maken.<sup>52</sup> Dat dit sociaal-economische ongelijkheid vergroot is een extra reden om zorgverzekeringen vergelijken en kiezen makkelijker te maken.

In het rapport 'Beter kiezen in de polismarkt' in 2018 raadden we zorgverzekeraars en beleidsmakers aan om zorgverzekeringen waar mogelijk minder complex te maken, met name met betrekking tot de collectiviteitskorting en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Sindsdien is de collectiviteitskorting afgeschaft (zie paragraaf 2.2.1). In 2023 was dit voor gemiddeld 18 procent van de respondenten in het ACM-consumentenonderzoek een aanleiding om zorgverzekeringen te vergelijken en/of over te stappen. Dit was significant vaker het geval voor mensen die naar eigen zeggen veel zorg nodig hebben (31 procent) dan voor mensen die geen zorg nodig hebben (10 procent). Dit is opvallend, omdat respondenten die veel zorg nodig hebben doorgaans minder geneigd zijn om zorgverzekeringen te vergelijken en over te stappen. Mogelijk was dit effect eenmalig, omdat het afschaffen van de collectiviteitskorting een eenmalige financiële prikkel gaf. Maar het is ook mogelijk dat afschaffing van de collectiviteitskorting een langduriger impact heeft omdat basispolissen hierdoor minder complex en dus beter te vergelijken zijn. Of basispolissen door afschaffing van de collectiviteitskorting daadwerkelijk minder complex zijn geworden is een open vraag, gezien het feit dat het aantal collectiviteiten niet sterk is gedaald.<sup>53</sup> Of er een blijvend effect is op het keuzegedrag van consumenten moet de toekomst uitwijzen.

Ten aanzien van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg: die is nog steeds complex. In het ACM-consumentenonderzoek van 2023 geven respondenten aan dat ze behoefte hebben aan duidelijkere informatie over de vergoeding voor zorg van niet-gecontracteerde zorgaanbieders<sup>54</sup>, wat signaleert dat ze het moeilijk te begrijpen vinden. Tegelijkertijd is dit kenmerk ook een van de punten waarop het aanbod van zorgverzekeraars die meer dan één naturapolis aanbieden is gedifferentieerd. Het kenmerk speelt dus een grote rol voor consumenten die bij een zorgverzekeraar twee of meer basispolissen naast elkaar gepresenteerd zien en een keuze willen maken.

Voor consumenten kan het echter moeilijk zijn om vergoedingspercentages te vergelijken, niet in de laatste plaats omdat de grondslag voor dat percentage per polis kan verschillen en consumenten weinig zicht hebben op bijvoorbeeld de grondslag het 'gemiddeld gecontracteerd tarief'. Een vastgesteld bedrag per prestatie, zoals gehanteerd door enkele zorgverzekeraars, kan helpen maar afhankelijk van hoe dit precies wordt bepaald (per behandeling, per ziekenhuisbezoek, per behandelcode) kan het ook moeilijk zijn om te beoordelen bij het kiezen van een polis. Zeker als een consument vergoedingspercentages met vaste tarieven per prestatie moet gaan vergelijken. Verder is er nog de vraag of consumenten goed kunnen inschatten wat het belang is van een lagere of hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. In een rapport voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar de betaalbaarheid van consumenten voor verschillende polissenmerken, stelt onderzoeksinstituut Centerdata dat verzekerden in het onderzoek irrationeel keuzegedrag vertonen met betrekking tot de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in relatie tot contracteergraad. Dit roept bij

---

<sup>51</sup> Zie bijvoorbeeld B. R. Handel en J.T. Kolstad, "Health insurance for humans", *American Economic Review* 2015, 105(8): 2449–2500.

<sup>52</sup> Zo vinden Handel et al (2023) dat mensen met een lager opleidingsniveau, minder analytische achtergrond of beroepen, slechtere keuzes maken in de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. B.R. Handel, J.T. Kolstad, T. Minten en J. Spinnewijn, (2023). The socio-economic distribution of choice quality: evidence from health insurance in the Netherlands. *American Economic Review: Insights*. Zie ook B.R. Handel, J.T. Kolstad, T. Minten en J. Spinnewijn (2021). Slechte eigenrisicokeuzes maken de zorgverzekering duurder voor laagopgeleiden. *Economisch Statistische Berichten* 106(4797), p.240-243.

<sup>53</sup> NZa Monitor zorgverzekeringsmarkt 2023. [Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2023 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://www.nza.nl/monitor-zorgverzekeringsmarkt-2023)

<sup>54</sup> ACM (2023). Consumentenonderzoek in de zorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction. De meerkeuzevraag luidde "Welke informatie is nog niet duidelijk om zorgverzekeraars goed te kunnen vergelijken?". Respondenten konden maximaal drie antwoordopties aankruisen. Antwoordoptie "vergoedingen in de aanvullende verzekering" werd het vaakst aangekruist (44 procent), "vergoeding voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder" werd daarna het vaakst aangekruist (33 procent).



de onderzoekers de vraag op of verzekerden wel goed begrijpen wat de verschillen tussen polissen betekenen.<sup>55</sup>

Het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg wordt alleen relevant wanneer de verzekerde bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder terecht komt en wordt dan toegepast op een bedrag dat van te voren niet is in te schatten. Soms wordt bij het percentage ook nog vermeld dat het om een 'maximale' vergoeding gaat, wat de bruikbaarheid nog verder vermindert. Het is dus niet duidelijk wat de keuze voor 'maximaal 80 procent vergoeding' versus 'maximaal 75 procent vergoeding' aan voordelen oplevert en of dit opweegt tegen een x-aantal euro premieverschil tussen de polissen. Het risico is dat mensen in deze onzekere situatie dan toch voor de (iets) ruimere variant kiezen vanwege risicoaversie ('voor het geval dat'), zonder dat zij een goed beeld hebben van de additionele voordelen of die op waarde kunnen schatten.

## 5 Suggesties voor beter keuzeproces consumenten

### 5.1 Aanvullende maatregelen nodig

In 2018 schetsten we in het rapport 'Beter kiezen op de polismarkt' een aantal oplossingsrichtingen voor met name zorgverzekeraars, toezicht en beleid om het keuzeproces in de zorgverzekeringsmarkt te verbeteren. We raadden bijvoorbeeld aan om de informatievoorziening aan consumenten verder te verbeteren en om zorgverzekeringen minder complex te maken – bijvoorbeeld door het vereenvoudigen van de collectiviteitskorting en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Ook riepen we zorgverzekeraars op om minder (bijna) gelijke polissen aan te bieden en daadwerkelijke verschillen tussen polissen te verduidelijken. Een oproep die ook de Minister van VWS al eerder heeft gedaan.<sup>56</sup> We bespreken hieronder kort de ontwikkelingen sindsdien.

Sinds de publicatie van het rapport in 2018 zijn de informatie-eisen aan zorgverzekeraars aangescherpt. Zo heeft de NZa onlangs de 'Regeling transparantie zorginkoopproces' aangepast. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten zich nu aan bepaalde termijnen houden bij het contracteren van zorg. Het idee is dat contracten daardoor eerder in het jaar worden gesloten, zodat verzekerden tijdens het overstapeseizoen beter weten waar zij aan toe zijn.<sup>57</sup> Ook is de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten aangepast (zie paragraaf 2.2.2). Hoewel de naleving hiervan door zorgverzekeraars goed is, is de informatievoorziening aan consumenten in de perceptie van consumenten slechts beperkt verbeterd. Uit het ACM-consumentenonderzoek in de

---

<sup>55</sup> Centerdata (2022). Polisaanbod en betalingsbereidheid verzekerden Onderzoek (in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), 11 maart 2022. "Het is echter de vraag of verzekerden de kenmerken van verzekeringen goed genoeg begrijpen om een weloverwogen keuze te kunnen maken. In het onderzoek bleken verzekerden bereid relatief veel extra premie te betalen voor kenmerken die in de praktijk mogelijk maar weinig verschil maken, en zagen we ook irrationeel keuzegedrag. Zo bleken verzekerden het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg bijvoorbeeld belangrijker te vinden naarmate de contracteergraad hoger was, terwijl de kans dat je bij een niet-gecontracteerde zorgverlener in behandeling komt juist kleiner wordt bij een ruimere contractering van zorgverleners. Verzekerden lijken over het algemeen op zoek te gaan naar polissen die goed scoren op alle kenmerken, en lijken daarbij het belang van de verschillen die er tussen polissen bestaan te overschatten. Mogelijk komt dat doordat het bestaan (en de presentatie) van dergelijke verschillen suggereert dat ze ook daadwerkelijk belangrijk zijn. Dat kan het gevolg zijn van de complexiteit van het polisaanbod. Met andere woorden: het is niet duidelijk of verzekerden de verschillen die er tussen polissen bestaan écht belangrijk vinden of dat zij denken dat het belangrijke verschillen zijn vanwege de manier waarop het aanbod gepresenteerd wordt."

<sup>56</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2021-2022, nr. 2335. Aanhangsel van de Handelingen.

<sup>57</sup> Vaak weten consumenten op het moment dat zij kunnen kiezen voor een zorgverzekering niet goed genoeg of er een contract zal zijn tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, omdat de onderhandelingen nog gaande zijn. Met de nieuwe aanpassing beoogt de NZa een soepeler en sneller contracteerproces, waardoor consumenten bij het kiezen van een zorgverzekering tijdens het overstapeseizoen goed geïnformeerd zijn.

zorgverzekeringsmarkt in 2023 blijkt een “licht dalende trend in de mate waarop consumenten die kozen voor een andere zorgverzekering aangeven dat informatie van verschillende zorgverzekeraars moeilijk te vergelijken is”.<sup>58</sup> De onderzoekers merken op dat de mate waarin respondenten de informatie makkelijk te vergelijken vinden, echter niet stijgt.<sup>59 60</sup> Het aandeel consumenten dat het lastig vindt om de eigen polis te vergelijken met die van andere verzekeringen is ook nog altijd hoog en het afgelopen jaar zelfs licht gestegen (54 procent van alle respondenten) en nog altijd een meerderheid van de respondenten (56 procent) vindt dat zorgverzekeringen met elkaar vergelijken te veel tijd kost. Hoewel er op het terrein van informatieverstrekking aan consumenten dus nog ruimte voor verbetering is, zit er ook een grens aan de (indirecte) impact van informatiemaatregelen op het polisaanbod.

### **Er zit een grens aan de impact van informatiemaatregelen en vrijblijvende oproepen aan zorgverzekeraars. Daarom zijn aanvullende maatregelen nodig.**

Ten aanzien van het verminderen van de complexiteit van zorgverzekeringen merken we op dat de collectiviteitskorting op de basispolis is afgeschaft in 2023 (zie paragraaf 2.2.1) en dat het hogere overstapcijfer en de lagere (onbenutte) potentiële premiebesparing in 2023 er mogelijk op duiden dat een zorgverzekering kiezen hierdoor makkelijker is geworden (zie paragraaf 4.4). Anderzijds kunnen deze uitkomsten ook betekenen dat consumenten vooral hebben gereageerd op financiële prikkels (premie, inflatie). Ook zijn er nog steeds veel collectiviteiten.<sup>61</sup> Ten slotte is de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg nog altijd voor veel verzekerden moeilijk te begrijpen (zie paragraaf 4.4). Ten aanzien van de complexiteit van zorgverzekeringen is dus nog het nodige te winnen.

Wat betreft de oproepen aan zorgverzekeraars om het aantal (bijna) gelijke polissen terug te dringen: die lijken ineffectief. Hoewel sommige zorgverzekeraars naar aanleiding van het rapport in 2018 aanpassingen hebben gemaakt in hun polisaanbod<sup>62</sup> of in de presentatie daarvan, zien we over de hele linie dat er in 2019-2023 meer basispolissen worden aangeboden door minder verzekeraars dan in 2018 (zie paragraaf 3.2) en laten de onderzoeksresultaten zien dat er op hoofdlijnen slechts beperkte veranderingen zijn in de mate van differentiatie, de premiespreiding tussen (bijna) gelijke polissen en de potentiële premiebesparing voor consumenten (zie paragraaf 4.1). Ook de wijziging van artikel 7 in de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten<sup>63</sup> in 2023 heeft nog niet geleid tot een daling van het aantal (bijna) gelijke polissen. Het terugdringen van het aantal (bijna) gelijke polissen van hetzelfde concern, om het aanbod voor consumenten transparanter te maken en hun zoek- en keuzeproces te vereenvoudigen, vergt dus andere maatregelen.

Het bestaande instrumentarium van de NZa en de ACM is beperkt geschikt om de in dit rapport geschetste problemen aan te pakken. Om effectiever toezicht te kunnen houden, zijn aanvullende

---

<sup>58</sup> ACM (2023). Consumentenonderzoek in de zorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction. Van de respondenten die waren overgestapt naar een andere zorgverzekering geeft in 2023 39 procent aan dat de informatie van verschillende zorgverzekeraars naar hun mening (zeer) moeilijk te vergelijken is. In 2020 was dit 44 procent.

<sup>59</sup> Dit aandeel schommelt rond de 18 procent.

<sup>60</sup> Uit hetzelfde onderzoek blijkt ook dat een kleine meerderheid van de respondenten een vergelijkingswebsite gebruikt bij het oriënteren. Een vergelijkingswebsite zou het in theorie makkelijker moeten maken voor mensen om hun weg te vinden naar de best passende polis. Echter, slechts de helft van de respondenten in het onderzoek vindt de informatie op de vergelijkingsites betrouwbaar.

<sup>61</sup> NZa Monitor zorgverzekeringsmarkt 2023.

<sup>62</sup> In een enkel geval zagen we dat een zorgverzekeraar naar aanleiding van het rapport in 2018 het aantal door hem aangeboden naturapolissen terugbracht vanwege beperkte verschillen. Sindsdien is het aanbod van deze verzekeraar echter weer uitgebreid. De betreffende polissen hebben nu een iets groter verschil in vergoedingspercentage dan destijds, namelijk tien procentpunt in plaats van vijf procentpunt (waardoor ze in 2023 bij een Gower Distance van 0,05 niet meer in hetzelfde cluster vallen) maar lijken verder niet te verschillen. Gelet op de moeilijkheden voor consumenten om, zeg, tien procentpunt verschil in vergoedingspercentage af te zetten tegen bijvoorbeeld EUR 7 premieverschil per maand (zie paragraaf 4.4), is het de vraag in hoeverre de extra polis daadwerkelijk tegemoetkomt aan verschillen in consumentenvoorkeuren en in hoeverre dit opweegt tegen de intransparantie in het polisaanbod die hierdoor wordt versterkt

<sup>63</sup> Per 1 november 2023 is de verplichting voor zorgverzekeraars om nagenoeg gelijke polissen binnen een concern in een overzicht te publiceren uitgebreid naar gelijke of erg op elkaar lijkende polissen. Zie paragraaf 2.2.2.



maatregelen van de beleidsmaker en de wetgever nodig. In dit hoofdstuk gaan we daar nader op in. Tabel 4 biedt een samenvattend overzicht van wat de toezichthouders al kunnen doen, wat er nodig is om effectiever toezicht te houden en wat mogelijke andere oplossingen zijn.

## 5.2 Minder (bijna) gelijke polissen binnen zelfde verzekeraar of concern

Ten aanzien van het aanbod van (bijna) gelijke polissen van hetzelfde concern kunnen de toezichthouders in de huidige situatie voornamelijk toezien op de naleving van informatie-eisen aan zorgverzekeraars (en onderzoeken of die verruimd moeten worden) en zelf informatie aan consumenten aanbieden, bijvoorbeeld in de vorm van stappenplannen en aandachtspunten op ACM Consuwijzer. Concreet houdt de NZa toezicht op de naleving van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, die zorgverzekeraars onder andere verplicht om een overzicht van gelijke en erg op elkaar lijkende polissen te plaatsen op alle relevante openbare communicatiekanalen. Toevoeging van de Gower Distance aan deze regeling, zoals voorgesteld in de motie van voormalig Tweede Kamer-lid Van den Berg en Tweede Kamer-lid Bushoff<sup>64</sup> lijkt, hoewel intuïtief, om meerdere redenen minder opportuun (zie Bijlage 5).

Wel gaat de NZa verdere uitbreiding van deze regeling verkennen, bijvoorbeeld ten aanzien van het actief informeren door zorgverzekeraars van hun verzekerden over gelijke en erg op elkaar lijkende polissen en de premieverschillen.<sup>65</sup> Juist consumenten die al langer dezelfde polis hebben en zich niet oriënteren op een overstap vanwege gepercipieerde overstapbelemmeringen, weten per definitie niet welke andere polissen er op de markt worden aangeboden, ook niet door de eigen verzekeraar. Het actief verschaffen van een overzicht van (bijna) gelijke polissen binnen het concern aan de eigen verzekerden op het moment van premiebekendmaking of bij het prolongatieaanbod, naast publicatie van een dergelijk overzicht op de openbare communicatiekanalen van zorgverzekeraars, zou kunnen helpen om consumenteninertie te verminderen<sup>66</sup> en vermindert mogelijk ook de prikkel van concerns om veel (bijna) gelijke polissen aan te bieden. Dit draagt naar verwachting bij aan de transparantie, daadwerkelijke differentiatie en concurrentie in de markt – met betere uitkomsten voor verzekerden als gevolg. Ook gaat de NZa verkennen of het mogelijk en wenselijk is om zelf regulier (openbare) data op toegankelijke wijze te ontsluiten voor consumenten en of zorgverzekeringen wellicht verplicht ingedeeld kunnen worden in gestandaardiseerde categorieën of labels, zodat een consument snel een idee krijgt of er grote verschillen zijn in termen van contracteergraad en vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.<sup>67</sup>

**Uitbreiding van het verbod op premiedifferentiatie zou de prikkel om (bijna) gelijke polissen aan te bieden verminderen, maar vergt een afweging tussen de vrije uitoefening van het verzekeringsbedrijf en de bescherming van consumenten.**

Deze informatiemaatregelen zien niet op het terugdringen van het aantal (bijna) gelijke polissen, maar op het informeren van consumenten hierover. Een directere maatregel is handhaving van het verbod op premiedifferentiatie, dat kort gezegd verbiedt dat zorgverzekeraars gelijke polissen aanbieden tegen

---

<sup>64</sup> Motie van de leden Van den Berg en Bushoff, Nr. 1208, Kamerdossier 29689. Voorgesteld 5 juli 2023.

<sup>65</sup> Zie ook de motie van de leden Van den Berg en Bushoff, Nr. 1208, Kamerdossier 29689. Voorgesteld 5 juli 2023.

<sup>66</sup> Naast informatievoorziening zijn er andere interventies denkbaar om consumenteninertie te verminderen. De toezichthouder op de retailenergiemarkt in het Verenigd Koninkrijk heeft met behulp van de energieaanbieders verschillende mogelijke interventies onderzocht. Hieruit blijkt dat verschillende consumenten baat hebben bij verschillende interventies. Zo hebben de meest inerte consumenten baat bij intensieve ondersteuning in het keuzeprocess en hebben consumenten die zich wel eens oriënteren op een overstap meer baat bij praktische handvatten of een persoonlijke aanbieding. Ofgem (2019). Insights from Ofgem's consumer engagement trials – What works in increasing engagement in energy tariff choices?

<sup>67</sup> Naar Amerikaans voorbeeld. Zie [Health Plan Categories - Glossary | HealthCare.gov](#).

verschillende premies.<sup>68</sup> De NZa constateert dat de naleving van dit strikte verbod goed is. Het punt is dat bijna gelijke polissen van dezelfde verzekeraar (die bijvoorbeeld net vijf procentpunt verschillen in het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg) niet in strijd zijn met dit verbod. Hetzelfde geldt voor gelijke polissen die binnen hetzelfde concern door verschillende verzekeraars worden aangeboden – iets wat nog altijd geregeld voorkomt (zie hoofdstuk 3). Met de huidige formulering van artikel 17 Zvw blijven er dus mogelijkheden bestaan voor zorgverzekeraars (concerns) om (bijna) gelijke polissen aan te bieden en zorgverzekeraars benutten die mogelijkheden ook. Uitbreiding van het verbod op premiedifferentiatie zodat (i) ook (bijna) gelijke polissen hieronder vallen en (ii) ook (bijna) gelijke polissen binnen hetzelfde concern hieronder vallen, zou de NZa in staat stellen om effectiever op te treden tegen (bijna) gelijke polissen. Natuurlijk moet relevante (Europees-rechterlijke) regelgeving daarbij in acht worden genomen en moet ingrijpen noodzakelijk en proportioneel zijn.<sup>69</sup> Uiteindelijk vergt dit een afweging tussen het belang van vrije uitoefening van het verzekeringsbedrijf en het niveau van consumentenbescherming in een maatschappelijk gezien belangrijke markt. Bij die afweging kan de gebleken beperkte effectiviteit van andere maatregelen niet buiten beschouwing worden gelaten.

Ten slotte kunnen ook maatregelen die niet direct van toepassing zijn op de handhavingsbevoegdheden van toezichthouders er mogelijk aan bijdragen dat er minder (bijna) gelijke polissen worden aangeboden. Imperfecties in de risicoverevening lijken een prikkel te vormen voor zorgverzekeraars om hun productaanbod zodanig te ontwerpen dat mensen met een lager vereveningsresultaat vaker voor polissen met een hogere premie kiezen.<sup>70</sup> Op die manier kunnen zorgverzekeraars compenseren voor imperfectheden in de risicoverevening en tegelijk competitief zijn ten aanzien van mensen met een hoger vereveningsresultaat (typisch gezondere mensen, die vaker overstappen).<sup>71</sup> Beoogde verbeteringen in de risicoverevening – in 2024 wordt de bandbreedteregeling (zie paragraaf 2.2.3) vervangen door de ‘constrained regression’-methode<sup>72</sup> – zouden deze prikkel kunnen verminderen. De mogelijkheid om (bijna) gelijke polissen aan te bieden verandert daarmee echter niet. De NZa is voornemens om na twee à drie jaar (wanneer er voldoende data beschikbaar is) te onderzoeken wat de impact van deze veranderingen in de risicoverevening is geweest.

### 5.3 Geen beperkingen in toegang tot aanvullende pakketten

Beperkingen in basispolissen ten aanzien van de toegang tot bepaalde aanvullende pakketten zijn niet verboden. Ze zijn wel onwenselijk, omdat hiermee de risicosolidariteit wordt ondermijnd en het zoeken en vergelijken van zorgverzekeringen er door wordt bemoeilijkt (zie paragraaf 4.3). In artikel 120 Zvw is, kort gezegd, bepaald dat een aanvullende verzekering bij een zorgverzekeraar niet automatisch eindigt als consumenten hun basisverzekering bij die zorgverzekeraar opzeggen.<sup>73</sup> Dit artikel gaat echter niet expliciet in op keuzerestricties ten tijde van het afsluiten van een nieuwe verzekering. En vanuit de aanvullende verzekering gezien zijn zorgaanbieders vrij om voorwaarden te verbinden aan aanvullende

---

<sup>68</sup> Art. 17 lid 2 Zvw: “De grondslag van de premie is gelijk 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.”

<sup>69</sup> In 2018 achtte de Minister voor Medische Zorg dat nog niet het geval. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2017-2018, 29 689, nr. 917, 27 juni 2018.

<sup>70</sup> Equalis (2022). Restriscio's 2: Vereveningsresultaat van verzekeraars en polissen. WOR 1074, p.46. “Concluderend kan gesteld worden dat polissen en risicodragers een specifieke portefeuillesamenstelling hebben, met een oververtegenwoordiging van gunstige risico's bij gezonde verzekerden en met een oververtegenwoordiging van ongunstige risico's bij ongezonde verzekerden. Deze samenstelling wordt het sterkst verklaard door de polissenmerken.”

<sup>71</sup> Ibid, p.42: “De cijfers bevestigen het beeld dat relatief gezonde verzekerden overstappen.”

<sup>72</sup> Erasmus Universiteit Rotterdam (2023). Constrained regression als schattingsmethode voor de risicoverevening: mogelijkheden, effecten en afwegingen. Onderzoek voor het Ministerie van VWS. Erasmus School of Health Policy & Management.

<sup>73</sup> Art. 120 Zvw: “Een beding van een verzekeraar die een ziektekostenverzekering ter aanvulling van de zorgverzekering aanbiedt, inhoudende dat de ziektekostenverzekering eindigt of door de verzekeraar mag worden opgezegd indien met of ten behoeve van de verzekerde een zorgverzekering met een andere zorgverzekeraar wordt gesloten, is nietig.”

verzekeringen. Wettelijk gezien hebben zorgverzekeraars dus de mogelijkheid om dergelijke keuzerestricties aan te brengen en zij benutten deze mogelijkheid ook.

Om de ondermijning van risicosolidariteit en de intransparantie als gevolg van keuzerestricties in basispolissen tegen te gaan, roepen de NZa en de ACM zorgverzekeraars op om een einde te maken aan de koppeling van aanvullende pakketten aan specifieke basispolissen. Om effectief toezicht te kunnen houden, zijn verschillende maatregelen nodig.<sup>74</sup> Polissen die enkel verschillen op het punt van de toegang tot aanvullende pakketten (en dus als (bijna) gelijk kunnen worden beschouwd) zouden met een uitbreiding van het verbod op premiedifferentiatie in art. 17 Zvw waarschijnlijk minder voorkomen, omdat er bij gelijke premie vermoedelijk minder prikkel is voor zorgverzekeraars om dergelijke polissen aan te bieden (zie paragraaf 5.2).<sup>75</sup> Als die lagere prikkel effectief zou zijn, dan zou dit ondermijning van de risicosolidariteit naar verwachting tegengaan, omdat mensen met een grotere kans op het gebruik van aanvullende zorg in dat scenario niet méér betalen voor hun basispolis dan gezondere mensen. Wel kan dit ertoe leiden dat de premies voor aanvullende verzekeringen hierdoor stijgen, voor zover er in de huidige situatie sprake is van kruissubsidiëring tussen aanvullende- en basisverzekeringen. Maar dan zijn de premies voor elk van die twee typen verzekering in elk geval een correcte representatie van de onderliggende polissen, wat het voor consumenten makkelijker maakt om ze te beoordelen en vergelijken.

Een uitbreiding van het verbod op premiedifferentiatie lost echter niet alles op, het ziet alleen op de prikkels en alleen op basispolissen die (bijna) gelijk zijn aan elkaar. Ook bij basispolissen van hetzelfde concern die wel significant van elkaar verschillen, bijvoorbeeld ten aanzien van gecontracteerde zorgaanbieders, zijn keuzerestricties ten aanzien van de toegang tot aanvullende pakketten onwenselijk, omdat dit nog altijd de keuze van consumenten bemoeilijkt en tot intransparantie in het polisaanbod leidt. Een aanvullend verbod op dergelijke keuzerestricties ten aanzien van de toegang tot aanvullende pakketten in basispolissen is daarom wenselijk. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van een aanvulling van artikel 120 Zvw. Hiermee wordt de mogelijkheid om dergelijke keuzerestricties te verbinden aan basispolissen weggenomen – dit is daarmee de meest directe oplossingsrichting.

**Verbeterde risicoverevening en een verruimd verbod op premiedifferentiatie verminderen de prikkel om basispolissen aan te bieden met keuzerestricties voor aanvullende pakketten. Een verbod op deze keuzerestricties neemt de mogelijkheid hiertoe weg.**

Ten slotte kunnen ook maatregelen die niet direct van toepassing zijn op de handhavingsbevoegdheden van toezichthouders er mogelijk aan bijdragen dat zorgverzekeraars niet langer de toegang tot aanvullende pakketten beperken in basispolissen. Zoals aangegeven in paragraaf 5.2 lijken imperfectheden in de risicoverevening een prikkel te vormen voor zorgverzekeraars om hun productaanbod zodanig te ontwerpen dat mensen met een lager vereveningsresultaat vaker voor polissen met een hogere premie kiezen.<sup>76</sup> Keuzerestricties ten aanzien van aanvullende pakketten kunnen daar een voorbeeld van zijn. Beoogde verbeteringen in de risicoverevening zouden deze prikkel kunnen verminderen.

---

<sup>74</sup> Bij het zoeken naar oplossingen die ingrijpen in het aanbod van zorgverzekeraars moet, zoals aangegeven in paragraaf 5.2, een afweging worden gemaakt tussen enerzijds de ondernemingsvrijheid en anderzijds het beschermen van de belangen van de zorgverzekeringsmarkt. Wij belichten hier alleen de voordelen voor de consument en de werking van de zorgverzekeringsmarkt.

<sup>75</sup> Premies tussen (bijna) gelijke polissen zouden immers niet mogen verschillen op grond van verschillen in toegang tot aanvullende pakketten.

<sup>76</sup> Equalis (2022). Restrisico's 2: Vereveningsresultaat van verzekeraars en polissen. WOR 1074, p.46. "Concluderend kan gesteld worden dat polissen en risicodragers een specifieke portefeuillesamenstelling hebben, met een oververtegenwoordiging van gunstige risico's bij gezonde verzekerden en met een oververtegenwoordiging van ongunstige risico's bij ongezonde verzekerden. Deze samenstelling wordt het sterkst verklaard door de polissenmerken."

## 5.4 Vergoeding niet-gecontracteerde zorg vereenvoudigen

Ten aanzien van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg – een productkenmerk dat voor consumenten moeilijk te beoordelen is – ziet de NZa toe op een goede informatievoorziening door zorgverzekeraars. De Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten bevat bijvoorbeeld bepalingen over de bruikbaarheid van de informatie en over het gebruik van de term ‘marktconform tarief’. Bruikbare informatie door zorgverzekeraars is belangrijk: in het ACM-consumentenonderzoek van 2023 geeft een derde van de respondenten aan behoefte te hebben aan duidelijkere informatie over de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.<sup>77</sup> En gegeven de daling van het aantal restitutiepolissen (zie paragraaf 2.1.1) neemt dit belang eerder toe dan af. In aanvulling op de informatievoorziening door zorgverzekeraars, kunnen de toezichthouders zelf informatie verschaffen aan consumenten, bijvoorbeeld door uitleg te geven over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg op ACM Consuwijzer.

Maar net zoals bij (bijna) gelijke polissen zitten er grenzen aan de impact van informatie op een beter keuzeproces voor consumenten. Ook hier zijn aanvullende maatregelen nodig. De NZa en de ACM vinden het raadzaam dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt vereenvoudigd. Het recente wetsvoorstel over artikel 13 Zorgverzekeringswet<sup>78</sup> biedt hier mogelijk ruimte voor. Het voorgenumen wetsvoorstel biedt het ministerie de mogelijkheid om regels te stellen ten aanzien van de berekening van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. De Minister van VWS zou deze regels kunnen inzetten om de complexiteit van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te beperken. Als in de rekenregels voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg expliciet rekening wordt gehouden met de impact op het keuzeproces van consumenten, kan de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg mogelijk voor échte differentiatie zorgen (met inachtneming van het hinderpaalcriterium), zonder complexiteit te creëren. Hierdoor kunnen polissen beter vergelijkbaar worden en wordt het makkelijker voor consumenten om weloverwogen een zorgverzekering te kiezen. Bijvoorbeeld, een concrete optie is een vaste eigen bijdrage voor zorg die wordt afgenomen bij niet-gecontracteerde aanbieders.

---

<sup>77</sup> ACM (2023). Consumentenonderzoek in de zorgverzekeringsmarkt 2023. Uitgevoerd door Motivaction. De meerkeuzevraag luidde “Welke informatie is nog niet duidelijk om zorgverzekeraars goed te kunnen vergelijken?”. Respondenten konden maximaal drie antwoordopties aankruisen. Antwoordoptie “vergoedingen in de aanvullende verzekering” werd het vaakst aangekruist (44 procent), “vergoeding voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder” werd daarna het vaakst aangekruist (33 procent).

<sup>78</sup> Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering. [Wijziging Zorgverzekeringswet ivm bevorderen van zorgcontractering | Overheid.nl | Wetgevingskalender](#)

Tabel 4: Suggesties voor beter keuzeproces voor consumenten

	Wat kunnen de toezichthouders al?	Wat is er nodig om effectiever toezicht te houden?	Welke andere mogelijke oplossingen zijn er?
<b>Veel (bijna) gelijke polissen van hetzelfde concern</b>	<p>Informatie aan consumenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handhaving informatie-eisen aan zorgverzekeraars (NZa)</li> <li>- Verkenning uitbreiding informatie-eisen aan zorgverzekeraars (NZa)</li> <li>- Zelf informatie verschaffen aan consumenten (ACM en mogelijk NZa)</li> </ul>	<p>Uitbreiding verbod op premiedifferentiatie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Zodat ook (bijna) gelijke polissen hieronder vallen</li> <li>(ii) Zodat het ook van toepassing wordt op concerns</li> </ul>	<p>Verbeterde risicoverevening maakt het mogelijk minder aantrekkelijk voor zorgverzekeraars om (bijna) gelijke polissen aan te bieden</p>
<b>Keuzerestricties basispolis t.a.v. toegang aanvullende verzekering</b>		<p>Uitbreiding verbod op premiedifferentiatie zou ondermijning risicosolidariteit via verschillen in toegang tot aanvullende pakketten tegengaan in geval van verder (bijna) gelijke basispolissen, maar zou keuzerestricties (en daaruitvolgende intransparantie) als zodanig niet voorkomen</p> <p>Aanvullend verbod op keuzerestricties basispolissen t.a.v. toegang tot aanvullende verzekering</p>	<p>Verbeterde risicoverevening maakt het mogelijk minder aantrekkelijk voor zorgverzekeraars om basispolissen aan te bieden met verschillende toegang tot aanvullende pakketten</p>
<b>Complexe vergoeding niet-gecontracteerde zorg</b>	<p>Informatie aan consumenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handhaving informatie-eisen aan zorgverzekeraars (NZa)</li> <li>- Zelf informatie verschaffen aan consumenten (ACM)</li> </ul>	<p>Wetsvoorstel aanpassing art. 13 Zvw; eenvoud voor verzekerden meenemen in opstellen rekenregels vergoeding niet-gecontracteerde zorg in lagere regelgeving (bijv. eigen bijdrage)</p>	

## Bijlage 1: Toelichting methode 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 afstand tussen hen (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 in 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 afstand tussen hen 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. In het onderzoek van de NZa en de ACM in 2018 hebben we als robuustheidscheck ook de PAM-methode toegepast; de resultaten waren vergelijkbaar met de hiërarchische clustering.

### Het aantal clusters

Bij hiërarchische clustering kunnen we de mate van abstractie zelf bepalen. In dit onderzoek focussen we op clusters gekenmerkt door een maximale Gower Distance van 0,05 op een schaal van 0 tot 1. Polissen die bij dergelijke kleine 'toegestane' verschillen in hetzelfde cluster zitten, zijn (bijna) gelijk op de onderzochte productkenmerken.

## Bijlage 2: Gewichten

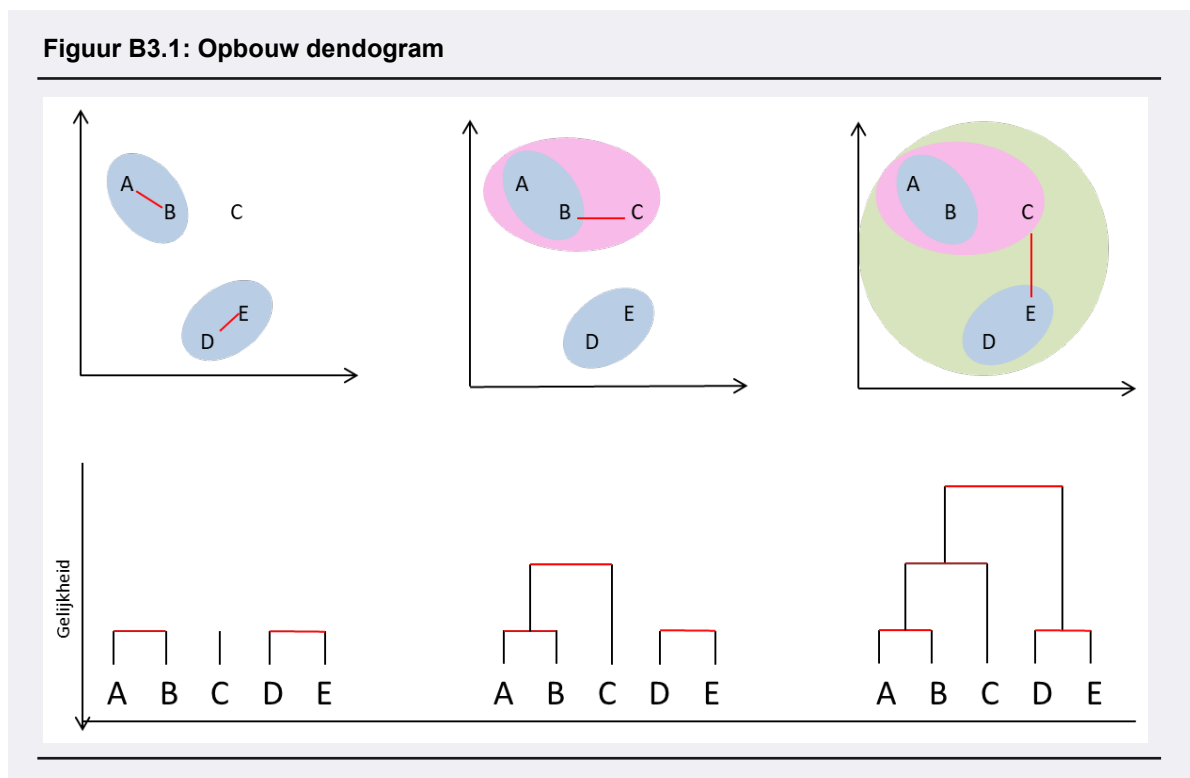
De gewichten zijn bepaald op basis van consumentenonderzoek. De gebruikte gewichten staan hieronder weergegeven in Tabel B2.1.

**Tabel B2.1: Gewichten voor productkenmerken in clusteranalyse**

Productkenmerk	Gewicht
Type polis	3 %
Contracteergraad ziekenhuiszorg	32 %
Contracteergraad ZBC's	10 %
Contracteergraad apotheken	11 %
Contracteergraad fysiotherapie	5 %
Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg	12 %
Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde apotheken	2 %
Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde fysiotherapeuten	1 %
Vergoedingspercentage niet-gecontracteerde GGZ	3 %
Mogelijkheid tot online en/of via app declareren	4 %
Online declareren verplicht	4 %
Digitaal contactformulier	4 %
Telefonisch contact enkel via betaald 0900-nummer	4 %
Internetapotheek	4 %

## Bijlage 3: Clustering 2023

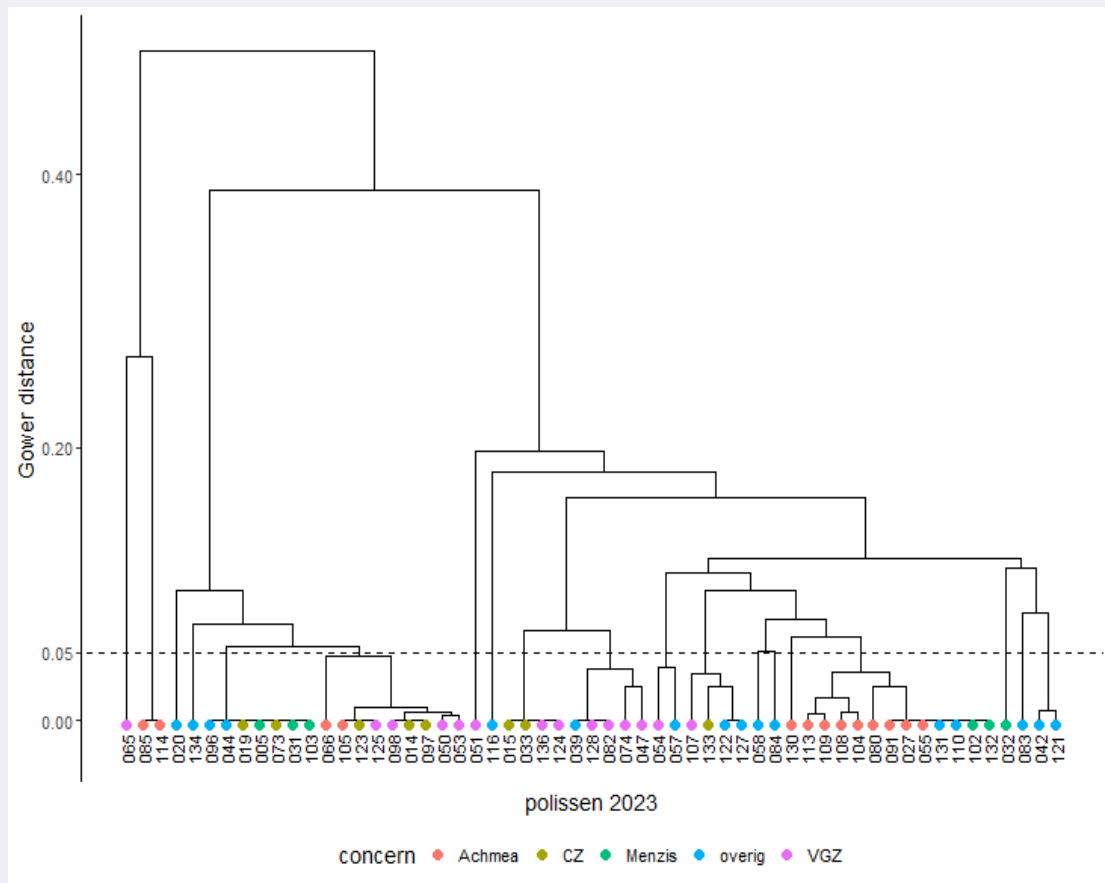
De resultaten van een clusteranalyse kunnen worden weergegeven in een dendrogram. Figuur B3.1 maakt inzichtelijk hoe zo'n dendrogram is opgebouwd. Bij hiërarchische clustering worden eerst de waarnemingen die het dichtst bij elkaar liggen (met andere woorden, het meest op elkaar lijken) gegroepeerd. In Figuur 4 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 ovals en in de onderste rij door de horizontale rode verbindingsstreepjes. Polis C vormt zijn eigen 'cluster'. Vervolgens (als we meer verschillen tussen polissen toestaan in onze definitie van '(bijna) gelijk') wordt bekeken welke waarneming daarna het dichtstbij ligt. In Figuur 4 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 4; het dendrogram. 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.



Figuur B3.2 illustreert de clustering van nagenoeg gelijke basispolissen voor het jaar 2023 in een dendrogram. Op de horizontale as staan de polissen (omwille van de leesbaarheid van de figuur gebruiken we polisnummers; zie Bijlage 4 voor een lijst met polisnummers en de bijbehorende polisnamen), op de verticale as staat de Gower Distance. Net als in Figuur 4 representeren de horizontale verbindingsstreepjes tussen twee of meer polissen de clusters van (bijna) gelijke polissen bij verschillende 'afstanden' (toegestane verschillen) tussen polissen. Hoe dichterbij de nullijn, hoe kleiner de verschillen tussen polissen mogen zijn voordat we over (bijna) gelijke polissen spreken. Op de nullijn (Gower Distance van 0,0) zijn de polissen in een cluster identiek op de onderzochte productkenmerken. Bij een Gower Distance van 0,05 (de horizontale gestreepte lijn) tellen we 16 clusters van (bijna) gelijke polissen. Sommige 'clusters' bestaan bij die 'afstand' maar uit één polis.



Figuur B3.2: Clusterindeling 2023\*



\*: Voor de leesbaarheid zijn de polissen genummerd. De lijst met polisnummers en -namen staat in Bijlage 4.

## Bijlage 4: Overzicht polissen 2023

polisnr	Naammodelovereenkomst	concern	cluster
5	Anderzorg Basis	Menzis	1
14	CZ Zorg op maatpolis (Natura)	CZ	2
15	CZ Zorgkeuzepolis (Restitutie)	CZ	3
19	NN Zorgverzekering Combinatie	CZ	4
20	DSW polisvoorwaarden	DSW-SH	5
27	Interpolis ZorgActief	Achmea	6
31	Menzis Basis	Menzis	6
32	Menzis Basis Vrij	Menzis	3
33	OHRA Zorgverzekering Combinatie	CZ	4
39	ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering	ONVZ	4
42	Salland Basisverzekering	Eno	7
44	Stad Holland polisvoorwaarden	DSW-SH	3
47	UMC Eigen Keuze	VGZ	4
50	Univé Zorg Geregeld polis	VGZ	8
51	Univé Zorg Vrij polis	VGZ	9
53	VGZ Ruime Keuze	VGZ	8
54	VGZ Eigen Keuze	VGZ	4
55	Zilveren Kruis Basis Zeker	Achmea	6
57	Zorg en Zekerheid Zorg Vrij Polis	Zorg&Zekerheid	4
58	Zorg en Zekerheid Zorg Zeker Polis	Zorg&Zekerheid	10
65	Univé Gewoon ZEKUR Zorg	VGZ	11
66	Zilveren Kruis Basis Exclusief	Achmea	3
73	CZdirect (Natura)	CZ	2
74	IZA Eigen Keuze	VGZ	4
80	De Friesland Alles Verzorgd Polis	Achmea	6
82	VGZ Bewuzt Basis	VGZ	12
83	ik kies zelf van A.S.R. Vrije Keuze combinatie	ASR	4
84	Zorg en Zekerheid Zorg Gemak Polis	Zorg&Zekerheid	13
85	Zilveren Kruis Basis Budget	Achmea	14
91	Pro Life Principe Polis (natura)	Achmea	6
96	a.s.r. Eigen Keuze	ASR	3
97	CZ Zorgbewustpolis (Natura)	CZ	2
98	IZA Ruime Keuze	VGZ	8
102	Hema Basisverzekering	Menzis	15
103	Menzis Basis Voordelig	Menzis	6
104	FBTO Zorgverzekering Basis Plus	Achmea	6
105	FBTO Zorgverzekering Basis Vrij	Achmea	4
107	Univé Zorg Select Polis	VGZ	12
108	ZieZo Basis	Achmea	6
109	De Friesland Zelf Bewust Polis	Achmea	6
110	HollandZorg Basisverzekering	Eno	16
113	Interpolis ZorgCompact	Achmea	6
114	Pro Life Principe Polis Budget	Achmea	14
116	Basisverzekering Restitutie	EUCARE	3
121	a.s.r. Ruime Keuze	ASR	7
122	ik kies zelf van A.S.R. Goede Keuze natura	ASR	6
123	CZ Just Basic (Natura Just)	CZ	17

124	VGZ Basis Keuze	VGZ	12
125	UMC Ruime Keuze	VGZ	8
127	Jaaah basis	ONVZ	6
128	IZA Basis Keuze	VGZ	12
130	FBTO Zorgverzekering Basis	Achmea	18
131	ZEM Polis	Zorg&Zekerheid	19
132	VinkVink Basisverzekering	Menzis	15
133	NN Zorgverzekering Natura (Zorg Voordelig)	CZ	2
134	Basisverzekering Bewust Verzekerd Restitutie	EUCARE	3
136	Univé Zorg Basis Natura	VGZ	12

## Bijlage 5: Gower Distance minder geschikt als beleidsinstrument

Door voormalig Tweede Kamer-lid Van den Berg en Tweede Kamer-lid Bushoff is per motie opgeworpen dat het toevoegen van de Gower Distance aan de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten een meerwaarde kan hebben.<sup>79</sup>

De Gower Distance is een afstandsmaat die de verschillen tussen polissen samenvat. De Gower Distance vertaalt de afstanden tussen polissen ten aanzien van (in dit geval) een set polissenmerken naar een schaal van 0 tot 1 en berekent op basis daarvan een gewogen gemiddelde afstandsmatrix. Dus de Gower Distance wordt volledig bepaald door (i) de set van kenmerken die meegenomen wordt en (ii) de gekozen weging van deze kenmerken<sup>80</sup>. Het uiteindelijke aantal clusters van (bijna) gelijke polissen wordt vervolgens bepaald door bij een gekozen Gower Distance te tellen hoeveel clusters er zijn. In het rapport 'Beter kiezen op de polismarkt' in 2018 laten we zien dat als we een Gower Distance van 0,1 'toestaan', er minder clusters (en dus meer polissen per cluster) zijn dan als we fijnmaziger kijken en minder verschil tussen polissen (bijvoorbeeld een Gower Distance van 0,05) toestaan voordat we spreken van (bijna) gelijke polissen.

Of polissen (bijna) gelijk zijn volgens zo'n clusteranalyse hangt ook af van de productkenmerken op basis waarvan basispolissen worden vergeleken. We hebben voor dit rapport een selectie gemaakt van polissenmerken die consumenten volgens consumentenonderzoek het belangrijkste vinden (contracteergraad, vergoeding niet-gecontracteerde zorg, servicekenmerken), voor de zorgsoorten die samen 72 procent van de zorgomzet uitmaken<sup>81</sup>, die meetbaar zijn én waarover data beschikbaar is. Er zijn ook elementen die consumenten als belangrijk beschouwen maar waarvoor we geen data hebben, zoals de (gepercipieerde) kwaliteit van wachtlijstbemiddeling.

Daarnaast baseren we de weging van de productkenmerken in de clusteranalyse op consumentenonderzoek in opdracht van de ACM, om aan te sluiten bij wat voor consumenten relatief meer en minder belangrijk is in hun keuze. Deze informatie geeft een beeld van hoe een (representatieve) groep consumenten denkt over het kiezen van zorgverzekering. De preferenties van verzekerden kunnen echter veranderen over de tijd.

### **Gower Distance nuttig voor onderzoek, startpunt voor analyse over polis- en premieverschillen, minder geschikt als beleidsinstrument**

Gegeven de redelijke graden van vrijheid ten aanzien van de ingrediënten van de Gower Distance en de clusteranalyse als zodanig, zijn de uitkomsten van de clusteranalyse niet absoluut en is de Gower Distance naar het oordeel van de NZa en de ACM minder geschikt als beleidsinstrument om op te kunnen sturen in de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars. De uitkomsten van de clusteranalyse kunnen het beste worden gezien als indicatie van de mate van differentiatie tussen polissen en als startpunt voor een analyse over polis- en premieverschillen in de zorgverzekeringsmarkt, en wat dit betekent voor consumenten.

---

<sup>79</sup> Motie van de leden Van den Berg en Bushoff, Nr. 1208, Kamerdossier 29689. Voorgesteld 5 juli 2023.

<sup>80</sup> Zie bijlage 3 van het ACM-NZa rapport "Beter kiezen op de polismarkt" 2018 en het artikel "A General Coefficient of Similarity and Some of Its Properties", J. C. Gower, *Biometrics*, Vol. 27, No. 4. (Dec., 1971), pp. 857-871.

<sup>81</sup> Zorginstituut, [zorgcijfersdatabank.nl](https://zorgcijfersdatabank.nl) 2023.

