

De zorgverzekeringsmarkt: gedrag, kennis en solidariteit

**Een verdiepend onderzoek naar verschillen
tussen groepen verzekerden**

Judith D. de Jong
Thamar E.M. van Esch
Anne E.M. Brabers

NIVEL
September 2017

ISBN 978-94-6122-458-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2017 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Voorwoord

Voor u ligt een kennissynthese waarin wordt gekeken naar verschillen tussen groepen verzekerden met betrekking tot het wisselen van zorgverzekeraar, kennis van het zorgstelsel en solidariteit. Er is gebruik gemaakt van reeds verzamelde data binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL uit 2015-2017.

De onderzoekers bedanken Ingeborg Been en Daniëlle Willemse-Duijmelinck van het ministerie van VWS voor hun kritische opmerkingen bij eerdere versies van dit rapport.

De auteurs

Utrecht, september 2017

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting, conclusie en beschouwing	5
1 Inleiding	10
1.1 Achtergrond	10
2 Wisselen van zorgverzekeraar: wie verwacht welke barrières?	13
2.1 Wisselen van zorgverzekeraar: een aanvullende verzekering	14
2.2 Wisselen van zorgverzekeraar: percepties	15
2.3 Blijven bij de huidige zorgverzekeraar	18
2.4 Wisselen van zorgverzekeraar, hoeveel tijd mag het kosten?	19
2.5 Tevreden met de basisverzekering en aanvullende verzekering?	22
2.6 Tot slot	24
3 Kennis: wie heeft welke kennis en vaardigheden met betrekking tot het zorgstelsel?	26
3.1 Kennis over contractering, vergoeding en acceptatie	27
3.2 Kennis in relatie tot wisselen van zorgverzekeraar	29
3.3 Vaardigheden	30
3.4 Tot slot	30
4 Solidariteit: wie is solidair met wie?	33
4.1 De bereidheid om te betalen voor anderen	33
4.2 Moet iedereen evenveel betalen of zijn er groepen die meer zouden moeten betalen?	34
4.3 Tot slot	35
Literatuur	38
Bijlage A Tabellen met resultaten	40
Bijlage B Methoden	70

Samenvatting, conclusie en beschouwing

In het Nederlandse zorgstelsel wordt van verzekerden verwacht dat zij bewuste keuzes maken. Op de zorgverzekeringsmarkt gaat het daarbij om de keuze voor een zorgverzekeraar en polis, wel of geen aanvullende verzekering en wel of geen vrijwillig eigen risico. Voor een bewuste keuze, een keuze die past bij de situatie van de verzekerde, is kennis nodig van het zorgstelsel. De mate waarin verzekerden goed op de hoogte zijn van het stelsel, hun kennis, zou kunnen verschillen tussen groepen verzekerden. Als kennis verschilt tussen groepen verzekerden, kan dit leiden tot ongelijkheid: verzekerden die meer kennis hebben zouden betere keuzes kunnen maken. Onbekend is echter of er groepen verzekerden te onderscheiden zijn die niet goed weten hoe het zorgstelsel werkt. Om eventuele ongelijkheid aan te kunnen pakken is het relevant om zicht te hebben op de kenmerken van verzekerden.

Keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid zijn belangrijke waarden in het zorgstelsel. Verzekerden worden geacht een verzekering te kiezen die het beste bij zijn of haar individuele situatie past. De zorgverzekering heeft een sociaal karakter. Iedereen van 18 jaar en ouder is verplicht een basisverzekering af te sluiten, waarbij de premie van dezelfde basisverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar voor iedereen gelijk is ongeacht persoonskenmerken zoals leeftijd en gezondheidstoestand. Op deze manier betaalt iedereen niet alleen voor de zorg die ze zelf gebruiken, maar draagt iedereen ook bij aan de betaling van zorgkosten van anderen. Er is dus sprake van risicosolidariteit. Daarnaast is er sprake van inkomenssolidariteit, doordat er naast een nominale premie ook een inkomensafhankelijke premie wordt betaald. Het sociale karakter van het zorgstelsel waarbij iedereen bijdraagt aan de kosten van anderen kan botsen met het individuele van keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid. Het roept in elk geval vragen op over het draagvlak van solidariteit in het zorgstelsel en wie solidair is met wie.

In deze kennissynthese stonden drie vragen centraal:

1. *“Wie wisselt (niet) van zorgverzekeraar en wie verwacht welke barrières?”*
2. *“Wie heeft welke kennis en vaardigheden met betrekking tot het zorgstelsel?”*
3. *“Wie is solidair met wie?”*

De aanvullende verzekering speelt een rol bij het (niet) wisselen van zorgverzekeraar

Er is een verband tussen het hebben van een aanvullende verzekering en het niet wisselen van zorgverzekeraar, dit verband blijkt tussen 2015 en 2017 toe te nemen. Onder verzekerden zonder een aanvullende verzekering is het percentage dat wisselt van zorgverzekeraar hoger dan onder verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering. Dit kan erop wijzen dat het hebben van een aanvullende verzekering een barrière vormt voor het wisselen van zorgverzekeraar. Een aanwijzing hiervoor is dat we zien dat verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering vaker aangeven niet te wisselen omdat zij bang zijn voor administratieve problemen. Het kan er echter ook op wijzen dat verzekerden tevreden zijn met de aanvullende verzekering die zij hebben. Het feit dat verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering meer tevreden zijn met hun aanvullende verzekering dan verzekerden met een minder uitgebreide aanvullende verzekering vormt hier een aanwijzing voor.

Verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid en verzekerden met een hoog zorggebruik geven vaker barrières aan als reden om niet te wisselen van zorgverzekeraar

Een klein deel van de verzekerden (4%) noemt als reden om niet te wisselen van zorgverzekeraar dat zij bang zijn niet geaccepteerd te worden. Voor deze groep zou er sprake kunnen zijn van 'lock in'. Het zijn vooral verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid en een hoger zorggebruik die deze barrière noemen als reden om niet te wisselen. Ook denken dat het niet mogelijk is om te wisselen, wordt vaker door verzekerden met deze kenmerken genoemd (7%) dan door verzekerden met een goede gezondheid en een laag zorggebruik (1%).

Tijd die het kost om te wisselen kan voor sommige groepen een barrière zijn

De tijd die verzekerden verwachten te moeten besteden aan het kiezen van een zorgverzekering kan een barrière zijn bij het wisselen van zorgverzekeraar. Net als bij de andere barrières zien we ook hier dat verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid verwachten dat het meer tijd kost om een zorgverzekering te kiezen, maar zij zijn ook bereid om hier meer tijd aan te besteden. Op basis hiervan kunnen we concluderen dat de tijd die het kost om te wisselen van zorgverzekeraar geen barrière lijkt te zijn voor deze groep. Er zijn echter wel verzekerden voor wie 'tijd' een barrière kan

zijn: 16% van de verzekerden denkt dat het meer tijd kost om te wisselen van zorgverzekeraar dan dat zij bereid zijn om hieraan te besteden. Dit zit vooral bij de jongeren waar zelfs bijna een kwart (24%) dit verwacht. Zij willen er ook minder tijd aan besteden dan bijvoorbeeld ouderen.

Ouderen, verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid en lager opgeleiden zijn kwetsbaar als het gaat om kennis en vaardigheden met betrekking tot het zorgstelsel

In het huidige zorgstelsel wordt veel van verzekerden verwacht. Er wordt veel nadruk gelegd op het maken van keuzes en eigen verantwoordelijkheid. Om deze rol goed te kunnen vervullen, moeten verzekerden beschikken over voldoende en juiste kennis en over vaardigheden om informatie te kunnen vinden, beoordelen en toepassen. Dit blijkt voor sommige groepen verzekerden lastig te zijn. Het zijn vooral ouderen, verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid en lager opgeleiden die minder goede vaardigheden hebben (Verleun e.a., 2016). Ook bij kennis met betrekking tot het zorgstelsel blijkt dat ouderen, lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen vaker aangeven dat ze ergens niet van op de hoogte zijn. Daarnaast is er een groep verzekerden die niet goed op de hoogte is, maar ook aangeeft geen kennisbehoefte te hebben. Het gaat daarbij om verzekerden met een lager inkomen en een lagere opleiding. Deze groepen zijn kwetsbaar, omdat zij een grotere kans hebben op het maken van een minder goede keuze.

Meeste verzekerden vinden dat iedereen even veel moet betalen, maar verzekerden zijn minder solidair als het gaat om beïnvloedbare risico's

Iets minder dan twee derde (63%) van de verzekerden is bereid om te betalen voor behandelingen waar zij zelf geen gebruik van maken. Solidariteit is het laagst onder lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen. Over het algemeen zijn de meeste verzekerden (>75%) van mening dat iedereen evenveel zou moeten betalen voor de basisverzekering. Verzekerden zijn echter minder solidair als risico's meer beïnvloedbaar zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval als het gaat om leefstijl, zoals roken en het drinken van alcohol. Ongeveer de helft van de verzekerden vindt dat mensen die roken of veel alcohol drinken meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Hier zou mee kunnen spelen dat verzekerden vinden dat aan leefstijl een eigen keuze vooraf gaat en dat het daarmee meer onder eigen verantwoordelijkheid valt.

Beschouwing

In het zorgstelsel wordt van verzekerden een actieve rol verwacht. Er wordt verwacht dat zij elk jaar als kritische consument een keuze maken tussen verschillende concurrerende zorgverzekeraars (RVZ, 2014). Voor de werking van het stelsel is het van groot belang dat verzekerden dit ook daadwerkelijk doen. Door steeds bewuste keuzes te maken geven verzekerden aan zorgverzekeraars prikkels met betrekking tot de premie en in het ideale geval ook met betrekking tot de kwaliteit van de ingekochte zorg. Daarnaast is er voor verzekerden een individueel belang, door een bewuste keuze te maken krijgen ze de verzekering die het beste past bij hun situatie en preferenties. Het maken van een bewuste keuze hoeft niet te betekenen dat een verzekerde wisselt; ook het blijven bij de huidige zorgverzekeraar kan een bewuste keuze zijn. Het zorgstelsel is complex, zeker ook als het gaat om de keuzemogelijkheden die verzekerden hebben. Een complex zorgstelsel waar veel van verzekerden wordt verwacht kan risico's met zich meebrengen voor verzekerden die niet over de kennis en vaardigheden beschikken die ze nodig hebben om hun rol te kunnen vervullen. Uit deze kennissynthese volgt dat vooral verzekerden met een laag inkomen en lage opleiding kwetsbaar zijn. Zij geven vaker aan over onvoldoende kennis te beschikken, hebben minder vaardigheden (dit rapport) en geven daarnaast aan geen informatiebehoefte te hebben (SamR, 2016). Deze groep is daardoor moeilijk te bereiken. Ook bij ouderen en verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid zijn kennis en vaardigheden een probleem. Echter, aangezien ouderen wel aangeven een informatiebehoefte te hebben kan deze groep wellicht wel ondersteund worden bij het maken van een keuze. Het beschikbaar stellen van informatie alleen zal overigens niet voldoende zijn. Hoewel verzekerden aangeven dat zij informatie over hun polis belangrijk vinden, zoeken ze hierover geen informatie op (Reitsma-Van Rooijen, Brabers en De Jong, 2014; De Jong e.a. 2015). Om het doel te bereiken dat verzekerden weloverwogen en geïnformeerde keuzes kunnen maken zal informatie zo eenvoudig mogelijk moeten zijn en naar verzekerden toe moeten komen (De Jong e.a. 2015). Ook het vergroten van vaardigheden zou bij ouderen een mogelijkheid kunnen zijn.

Er kan ook naar andere oplossingsrichtingen gekeken worden. In plaats van het vergroten van de vaardigheden van verzekerden kan de complexiteit in het stelsel verminderd worden, waardoor er minder van verzekerden wordt gevraagd. In een eerdere kennissynthese concludeerden we ook dat er verschillende oplossingsrichtingen zijn om de risico's voor verzekeren in het zorgstelsel te beperken (De Jong e.a., 2015). De twee oplossingsrichtingen die in die rapportage besproken zijn, zijn ook hier van toepassing. De eerste heeft betrekking op het geven van informatie zodat deze voor verzekerden helder is. Een van de ideeën die bijvoorbeeld in het actieplan van Zorgverzekeraars

Nederland (ZN) staan is dat zorgverzekeraars door middel van een ‘bijsluiter’ bijzondere of afwijkende voorwaarden onder de aandacht brengen (Zorgverzekeraars Nederland, 2015). Voor 2017 heeft ZN ingezet op het maken een Zorgverzekeringskaart voor de basisverzekering met vergelijkbare informatie voor verzekerden. Zo staat op de Zorgverzekeringskaart per polis onder meer wat er vergoed wordt en wat bijzonderheden zijn. In deze strategie wordt ingezet op meer en betere informatie voor verzekerden. Het hebben van een informatiebehoefte is dan wel essentieel. Uit de resultaten van deze kennissynthese blijkt dat niet iedereen een informatiebehoefte heeft, alleen het beschikbaar maken van informatie dus niet voldoende. Zoals hierboven ook al is geconcludeerd zal informatie eenvoudig moeten zijn en naar verzekerden toe moeten komen.

Een tweede strategie is om het aanbod te beperken (De Jong e.a., 2015), zodat er minder te kiezen is en de keuzes minder complex worden. Ook kan het aanbod versimpeld worden, waardoor het risico van een verkeerde keuze minder groot wordt. Het CPB gaf in 2015 een aantal aanknopingspunten voor beleid voor meer doelmatigheid in de curatieve zorg, waarvan “minder (complexe) zorgpolissen op de verzekeringsmarkt om te komen tot betere keuzes door verzekerden” er een was (Douven e.a., 2015). Inmiddels is het aantal verschillende polissen dat wordt aangeboden wel afgenomen, van 71 polissen in 2015 naar 58 in 2017 (NZa, 2017). Dat aantal maakt vergelijken nog steeds complex, zeker nu er steeds meer polissen beschikbaar zijn waarin niet alle zorgaanbieders gecontracteerd zijn. De strategie van het beperken van het aanbod lijkt op basis van de resultaten uit deze kennissynthese voor een aantal groepen verzekerden bijzonder relevant. Het gaat dan dus vooral om lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen, maar ook ouderen blijken een kwetsbare groep te zijn als het gaat om het hebben van informatie en vaardigheden met betrekking tot de zorgverzekeringsmarkt. Onbekend is echter nog of deze groepen verzekerden nu ongunstige keuzes maken.

De nadruk op eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid zoals die in het zorgstelsel wordt gelegd kan de solidariteit als basis voor het zorgstelsel ondermijnen. Toekomstige metingen zullen moeten uitwijzen of de daling in solidariteit die we tussen 2013 en 2015 zien zich doorzet. De resultaten maken in elk geval duidelijk dat verzekerden minder solidair zijn met verzekerden die er een ongezonere leefstijl op nahouden.

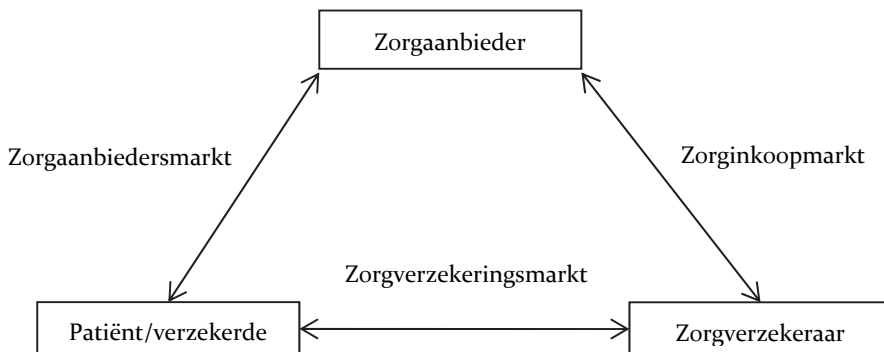
1 Inleiding

Deze kennissynthese heeft als doel om meer inzicht te krijgen in verschillende groepen verzekerden als het gaat om wisselen van zorgverzekeraar, kennis van het zorgstelsel en solidariteit. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van reeds verzamelde data uit 2015-2017 binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL (zie bijlage A voor de methoden).

1.1 Achtergrond

In het zorgstelsel in Nederland onderscheiden we drie markten: de zorginkoopmarkt, de zorgaanbiedersmarkt en de zorgverzekeringsmarkt (zie figuur 1.1). Op de zorginkoopmarkt contracteren zorgverzekeraars zorgaanbieders. Dit kunnen zij doen op basis van prijs, volume en kwaliteit van zorg. Het idee is dat hierdoor een stimulans wordt gegeven aan zorgaanbieders om goede kwaliteit van zorg te leveren tegen een goede prijs. Op de zorgaanbiedersmarkt treffen patiënten en zorgaanbieders elkaar. Hier is het idee dat patiënten een zorgaanbieder kiezen die bij hun wensen past. Op de zorgverzekeringsmarkt maken verzekerden een keuze voor een zorgverzekeraar en polis, wel of geen aanvullende verzekering en wel of geen vrijwillig eigen risico. In het ideale geval kiezen verzekerden hun polis op zowel de premie als de inhoud, zoals de ingekochte zorg, en letten zij erop dat de polis goed aansluit bij hun wensen. Op deze manier zouden zorgverzekeraars gestimuleerd worden om goede zorg tegen een scherpe prijs in te kopen. In deze kennissynthese richten we ons op de zorgverzekeringsmarkt.

Figuur 1.1 De drie markten in het Nederlandse zorgstelsel



In het zorgstelsel worden verzekerden aangemoedigd om verantwoorde keuzes te maken. De overheid is verantwoordelijk voor de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. De zorgverzekering heeft een sociaal karakter, er is sprake van risico- en inkomenssolidariteit. De risicosolidariteit is geborgd door de verplichting voor zorgverzekeraars om iedereen te accepteren voor een door de overheid vastgesteld basispakket (de basisverzekering). Hierbij geldt een verbod op premiedifferentiatie naar aan de persoon gerelateerde factoren en de verplichting voor verzekerden om een zorgverzekering af te sluiten. Het risicovereveningssysteem compenseert verzekeraars voor verschillen in risicoprofiel. Inkomenssolidariteit is vormgegeven doordat er naast de nominale premie die verzekerden betalen een inkomensafhankelijke bijdrage van verzekerden geldt. Ook is er een wettelijke zorgtoeslag, die verzekerden met een laag inkomen tegemoet komt in de kosten van hun zorgverzekering.

Verzekerden zijn dus verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. Ze mogen zelf kiezen bij welke zorgverzekeraar zij dat doen. Daarnaast kunnen zij kiezen tussen een restitutie en een naturapolis, of zij een aanvullende verzekering willen en of zij een vrijwillig eigen risico willen. Elk jaar kunnen zij opnieuw een keuze maken. Het idee is dat verzekerden invloed uit kunnen oefenen op het aanbod van zorgverzekeraars door middel van inspraak, via onder meer cliëntenraden, panels of patiëntenverenigingen, en door te wisselen van zorgverzekeraar. Deze manieren waarop verzekerden invloed kunnen uitoefenen worden in de literatuur 'voice' en 'exit' genoemd (Hirschmann, 1970). Als verzekerden dit niet doen of niet kunnen doen zouden zorgverzekeraars veel handelingsvrijheid hebben en bijvoorbeeld hoge premies kunnen vragen. In het stelsel wordt van verzekerden dus een actieve rol verwacht, maar niet iedereen zal die actieve rol op zich willen of kunnen nemen.

Doordat verzekerden kunnen wisselen van zorgverzekeraar is er een prikkel voor zorgverzekeraars om de premie niet te hoog te maken. Als verzekerden ook op de kwaliteit van zorg letten is er voor zorgverzekeraars een prikkel om aandacht te blijven besteden aan de kwaliteit van zorg. De dreiging van het verlies van verzekerden zou zorgverzekeraars dwingen tot een goede prijs van de polis en goede afspraken met zorgaanbieders. Ieder jaar moet een deel van de verzekerden wisselen van zorgverzekeraar, om zorgverzekeraars scherp te houden. Dit maakt mobiliteit van verzekerden tot een van de pijlers in het huidige zorgstelsel. Uit onderzoek blijkt dat de mobiliteit van verzekerden niet heel groot is: jaarlijks geeft ongeveer 8% van de verzekerden aan dat ze zijn gewisseld van zorgverzekeraar (Van der Schors e.a., 2017). In dat onderzoek is gekeken vanuit het perspectief van de verzekerde, dat betekent dat ook het wisselen van label bij dezelfde risicodragers is gezien als het wisselen van zorgverzekeraar. Vektis kijkt naar het wisselen tussen

risicodragers, dus vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar. Vanuit dat perspectief is het percentage wisselaars 6,4% in 2017 (Vektis, 2017). Het verschil in percentages laat onder meer zien dat een deel van de verzekerden wisselt binnen dezelfde risicodragers. Door verzekerden wordt dat ook ervaren als wisselen, aangezien de handelingen van het wisselen tussen en binnen risicodragers voor verzekerden hetzelfde zijn: ze stappen in beide gevallen over naar een andere zorgverzekering.

Bekend is dat het percentage jongeren dat wisselt hoger is dan het percentage ouderen (Van der Schors e.a., 2017). Ook is bekend dat vooral de premie voor verzekerden een reden is om te wisselen van zorgverzekeraar (Van der Schors e.a., 2017). Daarnaast weten we dat er verzekerden zijn die niet overstappen omdat ze barrières verwachten. Er zijn echter ook nog veel openstaande vragen, bijvoorbeeld met betrekking tot de kenmerken van verzekerden en over wat de rol van de aanvullende verzekering is bij de keuze om wel of niet te wisselen van zorgverzekeraar. Ook is er weinig bekend over de kenmerken van verzekerden die barrières verwachten bij het wisselen van zorgverzekeraar.

In het zorgstelsel wordt dus verwacht van verzekerden dat zij een bewuste keuze maken voor een zorgverzekeraar en polis. Om een goede keuze te kunnen maken is kennis nodig van het zorgstelsel. De kennis die verzekerden hebben zou kunnen verschillen tussen groepen verzekerden. Dit kan leiden tot ongelijkheid, als verzekerden die meer kennis hebben betere keuzes maken. Onbekend is echter wat kenmerken van verzekerden zijn die niet goed weten hoe het zorgstelsel werkt. Om eventuele ongelijkheid aan te kunnen pakken is het relevant om zicht te hebben op de kenmerken van deze verzekerden.

In het stelsel wordt sterk ingezet op keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid. Verzekerden worden geacht bewuste keuzes te maken en een verzekering te kiezen die het beste bij zijn of haar individuele situatie past. De zorgverzekering heeft een ook sociaal karakter. Er is sprake van risicosolidariteit en inkomenssolidariteit. Het sociale karakter van het zorgstelsel waarbij iedereen bijdraagt aan de kosten van anderen kan botsen met het individuele van keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid. Het roept in elk geval vragen op over het draagvlak van solidariteit in het zorgstelsel en wie solidair is met wie.

Onderzoeksvragen

In deze kennissynthese beantwoorden we drie vragen:

1. *Wie wisselt (niet) van zorgverzekeraar en wie verwacht welke barrières?*
2. *Wie heeft welke kennis en vaardigheden met betrekking tot het zorgstelsel?*
3. *Wie is solidair met wie?*

Elk van de vragen wordt in een apart hoofdstuk besproken.

2 Wisselen van zorgverzekeraar: wie verwacht welke barrières?

Op de zorgverzekeringsmarkt kunnen verschillende keuzes worden gemaakt. Verzekerden kiezen voor een bepaalde zorgverzekeraar en polis, voor wel of geen aanvullende verzekering en kunnen ervoor kiezen om hun eigen risico te verhogen. Het zorgverzekeringsstelsel is zo ingericht dat het voor iedereen, oud of jong, gezond of ziek, arm of rijk, mogelijk is om tegen dezelfde voorwaarden een basisverzekering af te sluiten. Elke verzekerde is vrij om te wisselen van zorgverzekeraar. Daartoe is een aantal instrumenten ingezet, zoals de acceptatieplicht voor de basisverzekering. Ook is het mogelijk om voor de basisverzekering te wisselen van zorgverzekeraar en de aanvullende verzekering bij de oude zorgverzekeraar te houden. De aanvullende verzekering kan namelijk als een belemmering voor het wisselen van zorgverzekeraar werken, omdat er voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht geldt. Als zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar zouden moeten worden afgesloten, bestaat het risico dat verzekerden voor de aanvullende verzekering geweigerd worden waardoor ze ook voor de basisverzekering niet zouden kunnen wisselen van zorgverzekeraar. Ondanks deze regelingen (acceptatieplicht en de mogelijkheid om de basisverzekering en aanvullende verzekering bij verschillende zorgverzekeraars af te sluiten) is er nog steeds een risico van 'lock in', wat zou betekenen dat verzekerden 'vastzitten' bij een zorgverzekeraar. Er is sprake van 'lock in' als verzekerden vanwege de aanvullende verzekering niet wisselen, bijvoorbeeld omdat ze een hogere premie voor de aanvullende verzekering moeten betalen als ze hun basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten. Het kan ook voorkomen dat zorgverzekeraars nieuwe verzekerden alleen accepteren voor de aanvullende verzekering als zij ook een basisverzekering afsluiten. Het is daarom relevant om naar het verband tussen het hebben van een aanvullende verzekering en het wisselen van zorgverzekeraar te kijken. Ook kan er sprake zijn van een 'lock in' door percepties van verzekerden: verzekerden kunnen *het idee* hebben dat het voor hen niet mogelijk is om te wisselen van zorgverzekeraar en daarom bij hun huidige zorgverzekeraar blijven.

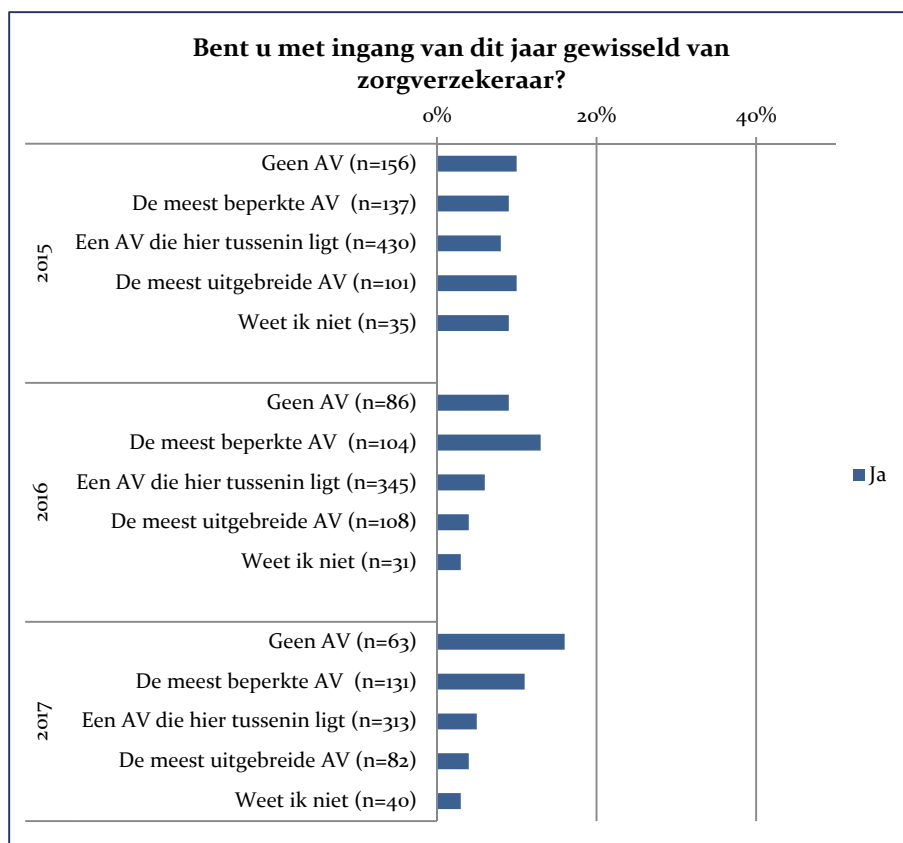
In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag: **“Wie wisselt (niet) van zorgverzekeraar en wie verwacht welke barrières?”**. We beschrijven onder meer de rol van de aanvullende verzekering bij het wisselen van zorgverzekeraar. Speciale aandacht besteden we aan gepercipieerde barrières bij het wisselen van zorgverzekeraar. Kenmerken waar naar gekeken wordt zijn leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid, zorggebruik en netto maandinkomen.

2.1 Wisselen van zorgverzekeraar: een aanvullende verzekering

Een groot deel van de verzekerden (81, 87 en 90% in respectievelijk 2015, 2016 en 2017) heeft een aanvullende verzekering afgesloten (Van der Schors e.a., 2017). Ook uit cijfers van Vektis blijkt dat ruim acht op de tien verzekerden een aanvullende verzekering heeft (Vektis, 2016). De basisverzekering en aanvullende verzekering worden door vrijwel iedereen (99,6% in 2017) bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten (Van der Schors e.a., 2017). Ook uit cijfers van de NZa blijkt dat vrijwel alle verzekerden dat doen, al komt zij op basis van registratiedata op een iets lager percentage verzekerden dat de basisverzekering en aanvullende verzekering bij verschillende verzekeraars afsluit (landelijk gaat het in 2015 en 2016 om respectievelijk 0,19% en 0,20% van de aanvullend verzekerden. (NZa, 2016)).

De aanvullende verzekering kan voor verzekerden een barrière vormen bij het wisselen van zorgverzekeraar. Dit zou betekenen dat vooral verzekerden zonder aanvullende verzekering van zorgverzekeraar wisselen. Uit figuur 2.1 blijkt dat het belang van de aanvullende verzekering door de tijd toegenomen is (zie ook tabel A.1 in bijlage A). Zagen we in 2015 nog geen verschil in het wisselen van zorgverzekeraar tussen verzekerden met en zonder aanvullende verzekering, in 2016 en 2017 zien we dat het percentage verzekerden dat wisselt van zorgverzekeraar lager is onder verzekerden met een aanvullende verzekering. We zien in 2016 en 2017 zelfs dat naarmate de aanvullende verzekering uitgebreider is, een lager percentage verzekerden wisselt. En hoewel het totale percentage wisselaars van 2015 tot 2017 vrijwel niet verandert ($p > 0,05$), wordt het verband tussen het hebben van een (uitgebreidere) aanvullende verzekering en het niet wisselen van zorgverzekeraar wel steeds sterker ($p < 0,05$). Dit zou betekenen dat de aanvullende verzekering steeds meer van invloed is op de keuze om niet te wisselen van zorgverzekeraar. Of dit komt doordat verzekerden ergens anders geen aanvullende verzekering kunnen afsluiten, doordat ze tevreden zijn, of doordat er gepercipieerde barrières zijn kunnen we op grond van deze data niet vaststellen. We zien wel dat verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering vaker tevreden zijn over de aanvullende verzekering (χ^2 , $p < 0,05$).

Figuur 2.1 *Percentage verzekerden dat in 2015, 2016 of 2017 wisselde van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar wat voor aanvullende verzekering zij hebben**

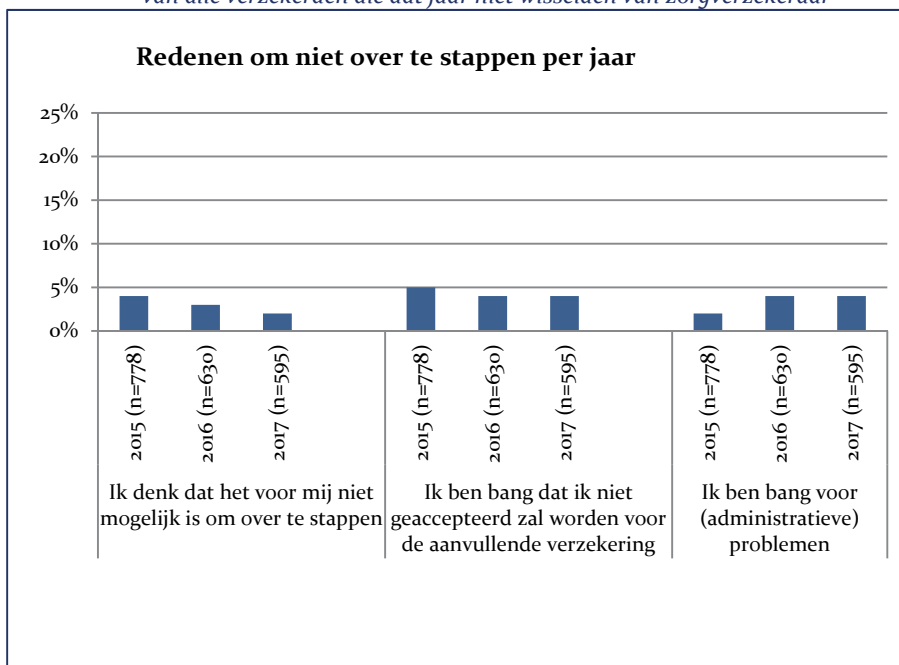


* Verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering wisselden significant minder vaak van zorgverzekeraar in 2016 en 2017 (chi2, respectievelijk $p < 0,05$ en $p < 0,01$).
Bron: vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

2.2 Wisselen van zorgverzekeraar: percepties

Verzekerden kunnen het idee hebben dat ze niet over kunnen stappen van zorgverzekeraar. Ze kunnen denken dat het voor hen niet mogelijk is om over te stappen, bang zijn dat ze niet geaccepteerd zullen worden voor de aanvullende verzekering of bang zijn voor administratieve problemen. Ongeacht of dit daadwerkelijk zo is, als verzekerden denken dat het zo is, vormen deze redenen een feitelijke barrière. Elk jaar zijn er verzekerden die vanwege deze redenen niet wisselen van zorgverzekeraar, zie figuur 2.2 (zie ook tabel A.2 in bijlage A). Het percentage verzekerden dat (een van) deze redenen aangeeft is constant laag in de periode 2015-2017 (chi2, $p > 0,05$).

Figuur 2.2 *Percentage verzekerden per jaar dat de genoemde reden aankruiste, als deel van alle verzekerden die dat jaar niet wisselden van zorgverzekeraar**

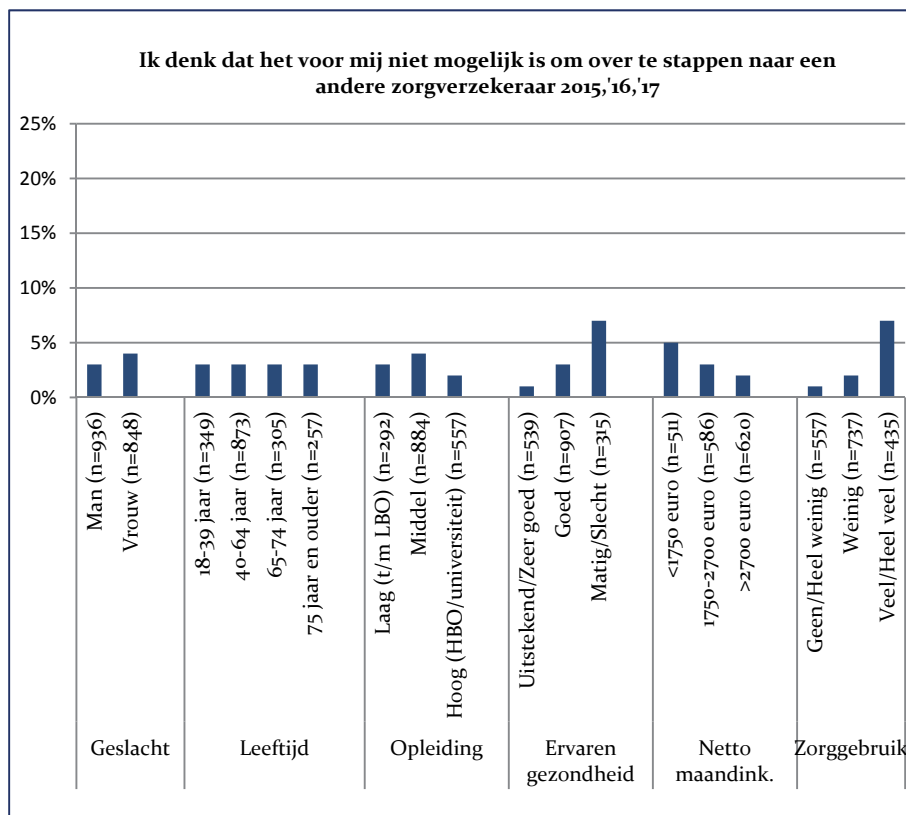


* Verschillen tussen jaren zijn niet significant (chi2, p>0,05).

Bron: vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Het zijn vooral de gezondheidsstatus van verzekerden en de hoeveelheid zorg die zij gebruiken die gerelateerd zijn aan het idee dat het voor hen niet mogelijk is om te wisselen van zorgverzekeraar (zie figuur 2.3 en tabel A.3 in bijlage A). Verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid en verzekerden die meer zorg gebruiken, denken vaker dat het voor hen niet mogelijk is om over te stappen dan andere verzekerden.

Figuur 2.3 Percentage verzekerden dat aangeeft te denken niet over te kunnen stappen, als deel van alle verzekerden die dat jaar niet wisselden van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken*



* Deze percentages verschillen significant voor de kenmerken ervaren gezondheid en zorggebruik ($p < 0,05$).

Bron: vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Datzelfde geldt voor de reden dat verzekerden bang zijn om niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering ($p < 0,01$ voor ervaren gezondheid en zorggebruik, zie tabel A.4 in bijlage A). Hoewel het zorgverzekeringstelsel er op gericht is om het wisselen van zorgverzekeraar voor iedereen in gelijke mate mogelijk te maken, lijken er dus toch barrières te zijn die te maken hebben met de gezondheid van verzekerden.

Het verwachten van administratieve problemen als reden om niet te wisselen van zorgverzekeraar speelt vooral bij verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering en bij verzekerden die wel overwogen hebben over te stappen (beide χ^2 , $p < 0,01$, zie tabel A.5 en A.6 in bijlage A). Ook verzekerden met lagere inkomens verwachten vaker administratieve problemen ($p < 0,01$, zie tabel A.4 en A.6 in bijlage A). Wellicht speelt hierbij

mee dat verzekerden met een lager inkomen ook vaker een lagere opleiding hebben.

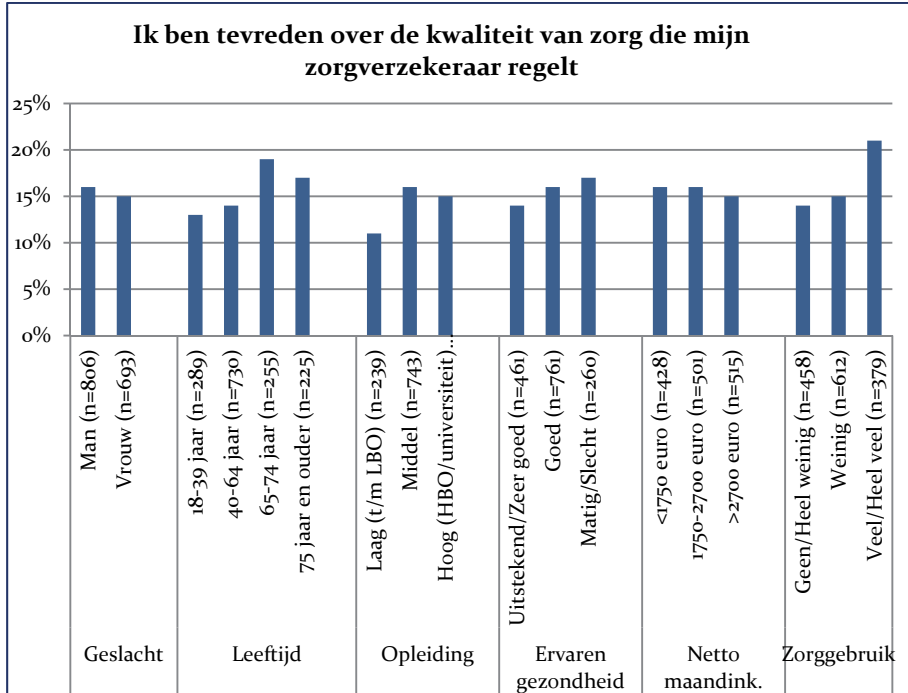
2.3 Blijven bij de huidige zorgverzekeraar

Behalve aan het *wisselen* van zorgverzekeraar, kan ook aan het *blijven* bij de huidige zorgverzekeraar een bewuste keuze ten grondslag liggen. Verzekerden kunnen bijvoorbeeld tevreden zijn over de kwaliteit van zorg die door hun zorgverzekeraar wordt geregeld of tevreden zijn over de service van hun zorgverzekeraar. Tussen 2015 en 2017 is het percentage verzekerden dat bij hun huidige zorgverzekeraar blijft vanwege hun tevredenheid over de kwaliteit van zorg vrijwel constant op ongeveer 15%. Ook blijft het percentage verzekerden dat blijft vanwege hun tevredenheid over de service ongeveer gelijk rond de 20% (zie tabel A.8 in bijlage A).

Al sinds de invoering van het huidige zorgstelsel in 2006 zien we dat zorgverzekeraars zich positief ontwikkelen op het gebied van de service (De Boer e.a., 2007; Hendriks e.a. 2009). Dit is iets dat voor elke verzekerde die contact heeft met een zorgverzekeraar zichtbaar is. Alle groepen verzekerden geven tevredenheid met de service ongeveer even vaak aan als reden om te blijven ($p > 0,05$, zie tabel A.09 in bijlage A).

Kwaliteit van zorg is alleen zichtbaar voor verzekerden die gebruik maken van zorg en dan nog is dit voor verzekerden moeilijk te beoordelen. Niet verwonderlijk zien we dan ook dat verzekerden die (heel) veel zorg gebruiken dit vaker als reden om te blijven aangeven dan verzekerden die geen of (heel) weinig zorg gebruiken (zie figuur 2.4 en tabel A.10 in bijlage A).

Figuur 2.4 *Percentage verzekerden dat tevredenheid over kwaliteit van zorg aangeeft als reden om te blijven bij de huidige zorgverzekeraar, als deel van alle verzekerden die dat jaar niet wisselden van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken^{*#}*



* Deze percentages verschillen significant met zorggebruik ($p < 0,01$).

Alleen voor verzekerden die blijven, verzekerden die wisselden hebben de vraag niet gekregen.

Bron: vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

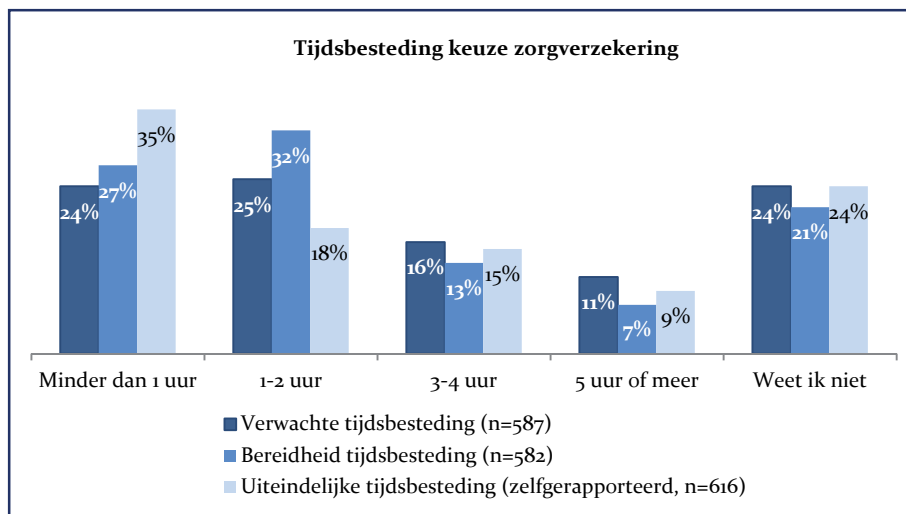
2.4 Wisselen van zorgverzekeraar, hoeveel tijd mag het kosten?

Het zoeken naar een nieuwe passende zorgverzekering kost tijd. Het kan zo zijn dat verzekerden helemaal geen tijd willen besteden aan het zoeken naar een zorgverzekering, of dat ze denken dat het heel veel tijd kost en daarom niet gaan zoeken naar een nieuwe zorgverzekering. In dat geval zouden dat barrières zijn voor het wisselen van zorgverzekeraar. Uit figuur 2.5 blijkt dat ongeveer een kwart van alle verzekerden (24%) van tevoren verwachtte minder dan een uur te gaan besteden aan de keuze van een zorgverzekering (zie ook Van der Schors e.a., 2017b). Die groep bestaat ook uit verzekerden die helemaal geen tijd hebben besteed aan de keuze van een zorgverzekering. Eveneens een kwart (25%) verwachtte er 1-2 uur aan te besteden. Ze waren ook bereid om deze tijd te besteden. Ongeveer een tiende (11%) verwachtte 5 uur of meer te besteden, terwijl maar 7% hiertoe bereid was. Achteraf geeft

35% aan minder dan een uur besteed te hebben en 18% geeft aan dat ze 1-2 uur besteed hebben. Ongeveer een tiende (9%) geeft aan 5 uur of meer te hebben besteed. Hoewel dus ruim de helft van de verzekerden minder dan 2 uur besteed aan het zoeken van een zorgverzekering is er een groep die er vrij veel tijd mee bezig is. Met name jongere verzekerden en verzekerden die gewisseld zijn (of dat overwogen hebben) geven aan 5 uur of meer te hebben besteed (zie figuur 2.6 en tabel A.11 in bijlage A).

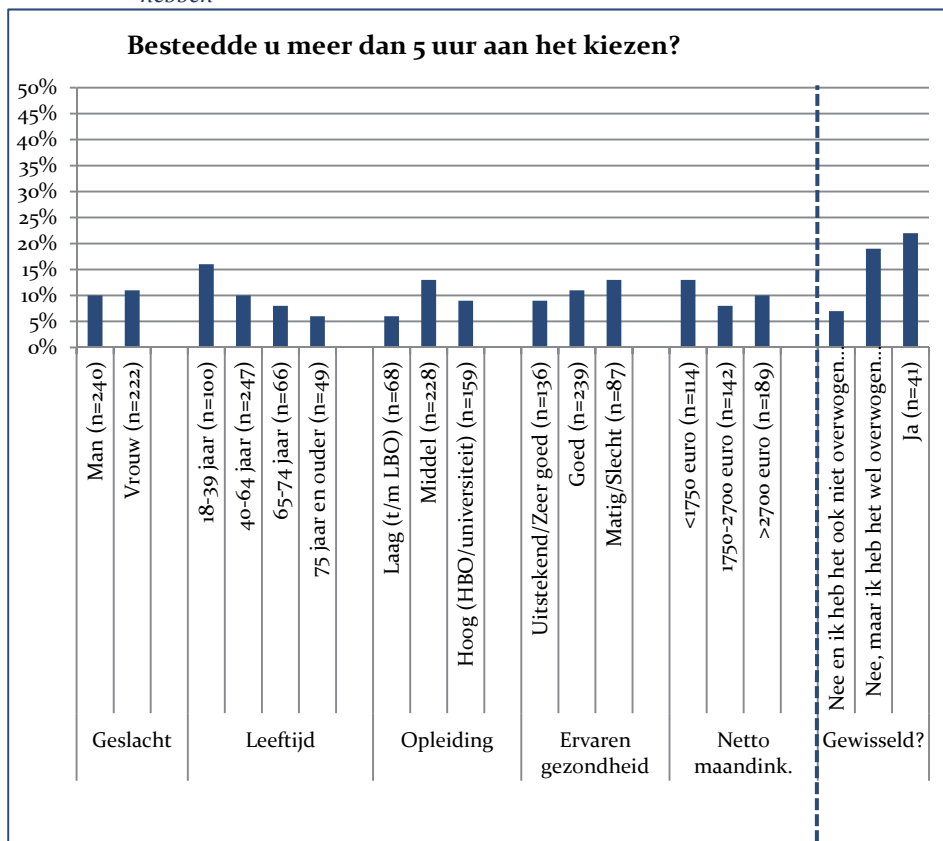
Verzekerden met een slechtere gezondheid verwachten dat het kiezen meer tijd kost en zijn bereid hier meer tijd aan te besteden. Hetzelfde geldt voor ouderen en verzekerden met een lagere opleiding (allen: $p < 0,05$). Van alle verzekerden verwacht 16% dat het kiezen van een zorgverzekering meer tijd kost dan zij bereid zijn te besteden. Dit zijn vooral jongeren ($p < 0,01$): van hen verwacht 24% dat het meer tijd kost dan dat zij bereid zijn te besteden. Mogelijk vormt voor deze groep de tijd die zij verwachten te moeten besteden aan het kiezen een barrière voor het wisselen van zorgverzekeraar.

Figuur 2.5 De hoeveelheid tijd die verzekerden verwachten te besteden, bereid zijn te besteden en uiteindelijk hebben besteed aan het kiezen van een zorgverzekering



Bron: vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2016 en februari 2017, Van der Schors e.a., 2017b.

Figuur 2.6 Percentages verzekerden die aangeven meer dan vijf uur te hebben besteed aan het kiezen van een zorgverzekering, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken en of verzekerden gewisseld zijn of dat overwogen hebben*#



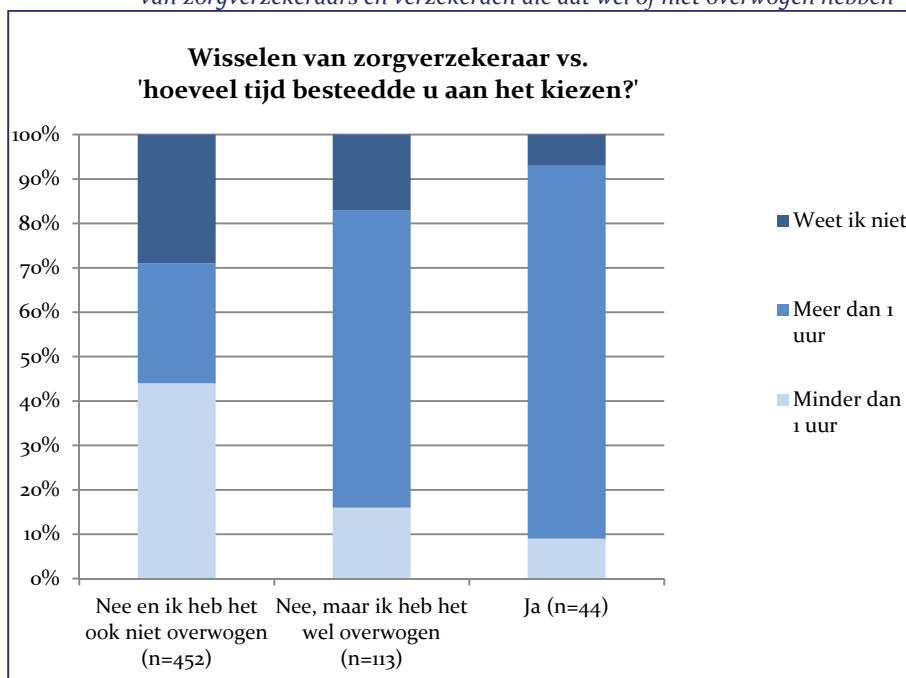
* De besteedde tijd verschilt significant met leeftijd ($p < 0,05$) en wisselen (χ^2 , $p < 0,01$).

Verzekerden die aangeven niet te weten hoeveel tijd zij besteed hebben aan het kiezen, zijn niet meegenomen in de analyses.

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2017

Verzekerden die gewisseld zijn van zorgverzekeraar hebben hier vaker meer dan één uur aan besteed dan verzekerden die niet gewisseld zijn van zorgverzekeraar, zie figuur 2.7. Ook de groep die overwogen heeft om te wisselen, maar dit uiteindelijk niet heeft gedaan was hier vaak meer dan één uur mee bezig. Opvallend is dat ook van de verzekerden die aangeven niet overwogen hebben te wisselen een deel aangeeft meer dan 1 uur besteed te hebben. Waarschijnlijk besteden deze verzekerden wel tijd, maar beschouwen ze dat niet als 'overwegen te wisselen'. Uit onderzoek naar het wisselen van zorgverzekeraar dat in opdracht van ACM in 2017 is uitgevoerd, blijkt dat verzekerden die wisselen van zorgverzekeraar bereid zijn meer tijd te besteden dan degenen die niet gewisseld zijn (Marketresponse, 2017).

Figuur 2.7 De hoeveelheid tijd die verzekerden zeggen te hebben besteed aan het kiezen van een zorgverzekering, uitgesplitst naar verzekerden die gewisseld zijn van zorgverzekeraars en verzekerden die dat wel of niet overwogen hebben*



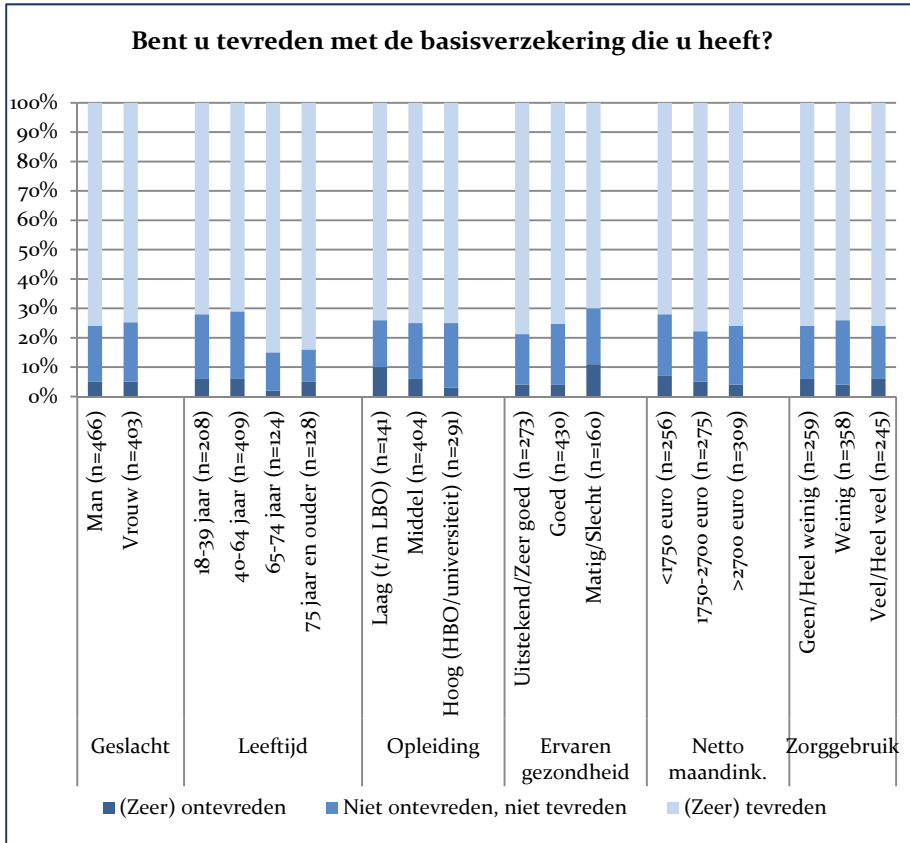
* Verzekerden die wisselden of dat overwogen hebben, besteden meer tijd aan het kiezen (chiz, $p < 0,01$).

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2017

2.5 Tevreden met de basisverzekering en aanvullende verzekering?

Uiteindelijk gaat het erom of verzekerden tevreden zijn met de verzekering die zij hebben. Ongeveer driekwart (74%) is (zeer) tevreden met de basisverzekering die ze nu hebben. Het meest tevreden zijn ouderen en verzekerden met een uitstekende of zeer goede gezondheid. Het meest ontevreden zijn verzekerden met een matige of slechte gezondheid, zie figuur 2.8 en tabel A.12 in bijlage A. Een soortgelijk beeld zien we bij de aanvullende verzekering. Van de verzekerden die een aanvullende verzekering hebben (81% van het totaal) is 77% (zeer) tevreden met de aanvullende verzekering die ze nu hebben. Verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering, zijn vaker tevreden met de aanvullende verzekering dan verzekerden met een beperktere aanvullende verzekering (chiz, $p < 0,05$). Ook hier zijn ouderen en verzekerden met een uitstekende of zeer goede gezondheid het meest tevreden ($p < 0,05$).

Figuur 2.8 *Tevredenheid van verzekerden over de basisverzekering, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

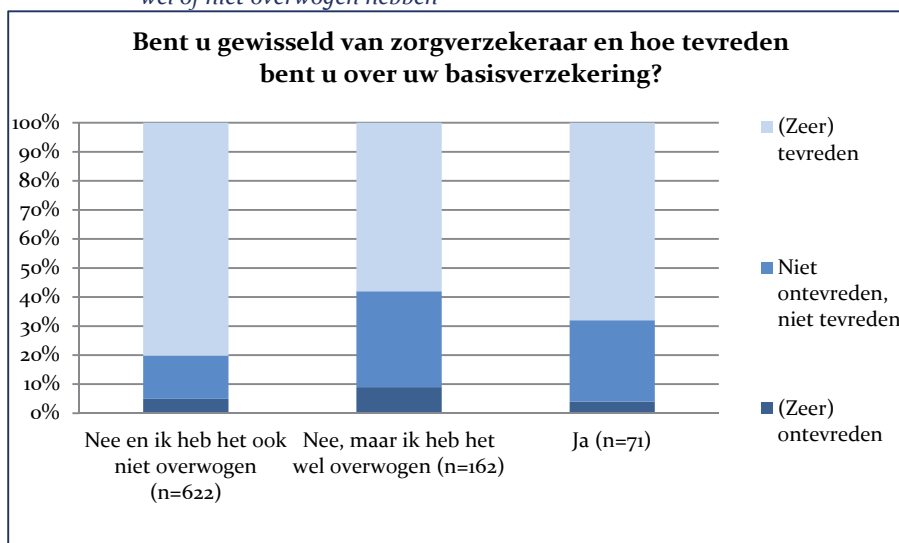


* Tevredenheid met de basisverzekering verschilt significant met leeftijd en ervaren gezondheid (beiden $p < 0,05$).

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015

Uit figuur 2.9 blijkt dat verzekerden die niet overwogen hebben om te wisselen (en niet gewisseld zijn) het meest tevreden zijn. Opvallend is dat de groep ontevreden verzekerden relatief het grootst is onder de verzekerden die wel overwogen hebben te wisselen, maar uiteindelijk niet gewisseld zijn. Hoewel de grootste groep tevreden is, lijkt er dus ook een groep te zijn die niet tevreden is, maar ook niet wisselt van zorgverzekeraar. Deze groep bevat relatief veel verzekerden met een slechte gezondheid ($p < 0,05$, $n=15$). De belangrijkste reden die verzekerden die niet tevreden zijn aangeven om niet te wisselen is “Ik zie te weinig onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars” (23%, $n=68$).

Figuur 2.9 *Tevredenheid van verzekerden over de basisverzekering, uitgesplitst naar verzekerden die gewisseld zijn van zorgverzekeraars en verzekerden die dat wel of niet overwogen hebben**



* Verzekerden die niet overwogen hebben te wisselen zijn het meest tevreden, verzekerden die wel overwogen hebben te wisselen (maar niet gewisseld zijn) het meest ontevreden (chiz, $p < 0,01$).

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015

2.6 Tot slot

In dit hoofdstuk zijn we ingegaan op de vraag wie (niet) wisselt van zorgverzekeraar en welke barrières er zijn. Het bleek dat er een verband is tussen het hebben van een aanvullende verzekering en het niet wisselen van zorgverzekeraar. Onder verzekerden zonder een aanvullende verzekering is het percentage dat wisselt van zorgverzekeraar hoger dan onder verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering. Dit kan erop wijzen dat het hebben van een aanvullende verzekering een barrière vormt voor het wisselen van zorgverzekeraar. Een aanwijzing hiervoor is dat we zien dat verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering vaker aangeven niet te wisselen omdat zij bang zijn voor administratieve problemen. Het kan er echter ook op wijzen dat verzekerden tevreden zijn met de aanvullende verzekering die zij hebben. De meest recente cijfers over de mate van tevredenheid komen uit 2015; toen lag het percentage verzekerden dat (zeer) ontevreden is over zijn aanvullende verzekering, op 5% (De Jong e.a., 2015). Een laag percentage verzekerden (4% in 2017 en een vergelijkbaar percentage in 2015 en 2016) noemt als reden om niet te wisselen van zorgverzekeraar dat zij bang zijn niet geaccepteerd te worden. Voor deze groep zou er sprake kunnen zijn van 'lock in'. Het zijn vooral de verzekerden met een slechtere

ervaren gezondheid en een hoog zorggebruik die deze barrière noemen als reden om niet te wisselen. Ook denken dat het niet mogelijk is om te wisselen, wordt vaker door verzekerden met deze kenmerken genoemd. In 2015 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een actieplan opgesteld 'Kern gezond' waarin bijvoorbeeld is opgenomen dat zorgverzekeraars het uitgangspunt gaan hanteren dat een verzekerde toegang heeft tot de aanvullende verzekering, als deze verzekerde bij de oude zorgverzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering heeft afgesloten (Zorgverzekeraars Nederland, 2015). Dit punt was expliciet bedoeld om het voor verzekerden met een aanvullende verzekering gemakkelijker te maken om over te stappen. Ook de tijd die verzekerden verwachten te moeten besteden aan het kiezen van een zorgverzekering kan een barrière zijn bij het wisselen van zorgverzekeraar. Net als bij de andere barrières zien we ook hier dat verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid verwachten dat het meer tijd kost om een zorgverzekering te kiezen, maar zij zijn ook bereid om meer tijd te besteden. Op basis hiervan kunnen we concluderen dat de tijd die het kost om te wisselen van zorgverzekeraar geen barrière lijkt te zijn voor deze groep. Er zijn echter wel verzekerden voor wie 'tijd' een barrière kan zijn: 16% van de verzekerden denkt dat het meer tijd kost om te wisselen van zorgverzekeraar dan dat zij bereid zijn om te besteden. Dit zit vooral bij de jongeren waar bijna een kwart (24%) dit verwacht. Zij willen er ook minder tijd aan besteden dan bijvoorbeeld ouderen.

Het maken van bewuste keuzes op de zorgverzekeringsmarkt zou ertoe moeten leiden dat elke verzekerde een polis heeft waarvan hij of zij verwacht dat die bij hem of haar past. Als dat het geval is zouden verzekerden tevreden zijn met de basisverzekering en aanvullende verzekering die zij hebben. Dit lijkt zo te zijn, aangezien het overgrote merendeel van de verzekerden tevreden is met zijn of haar verzekering. Het hoogste percentage ontevreden verzekerden bevindt zich onder verzekerden die wel hebben overwogen om te wisselen, maar dit niet hebben gedaan. Zij geven als belangrijkste reden om niet te wisselen aan dat ze te weinig onderlinge verschillen zien tussen zorgverzekeraars. Onbekend is waar deze groep precies naar kijkt. Er zijn zeker wel verschillen tussen zorgverzekeraar, vooral als het gaat om de prijs (NZa, 2016). De onderlinge vergelijkbaarheid van zorgverzekeringen is wat prijs betreft in de afgelopen jaren sterk verbeterd, maar als het gaat om kwaliteit van zorg is de vergelijkbaarheid nog steeds complex (Maarse, 2011; Van Kleef, Schut en Van de Ven, 2014). Het is mogelijk dat de groep die ontevreden is meer naar de kwaliteit van zorg dan naar de prijs heeft gekeken. Door gebrek aan transparantie met betrekking tot kwaliteit is het voor hen wellicht moeilijk om onderlinge verschillen te zien. Zij geven in elk geval minder vaak als reden aan om te blijven dat ze tevreden zijn over de kwaliteit van zorg die de zorgverzekeraar regelt dan verzekerden die niet overwogen om te wisselen (Van der Schors e.a., 2017c).

3 Kennis: wie heeft welke kennis en vaardigheden met betrekking tot het zorgstelsel?

Het huidige zorgstelsel kent een ontwikkeling van een meer paternalistisch stelsel naar een stelsel waarin verzekerden meer ruimte hebben gekregen om zelf keuzes te maken (De Jong e.a. 2015). Het stelsel van vóór 2006 was vooral aanbod gestuurd. Voor verzekerden was er een onderscheid tussen het ziekenfonds en een particuliere verzekering op basis van inkomen. Het stelsel kende een aantal problemen voor verzekerden: er waren onvoldoende keuzemogelijkheden, ongewenste inkomenseffecten, er was onvoldoende eigen verantwoordelijkheid en een stijging van de premie waardoor de betaalbaarheid van zorg in het geding kwam (Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet, 2004). In Box 3.1 staat vermeld hoe aan deze problemen die er in het oude stelsel waren, in het nieuwe stelsel tegemoet is gekomen.

In het huidige stelsel hebben verzekerden meer verantwoordelijkheid gekregen. Ze moeten ook meer keuzes maken. Voor het maken van verantwoorde keuzes is kennis een voorwaarde. Verzekerden die meer kennis hebben zijn waarschijnlijk beter in staat tot het maken van goede keuzes dan verzekerden die minder kennis hebben. Verschillen in kennis kunnen zo leiden tot ongelijkheid, bijvoorbeeld doordat verzekerden door gebrek aan kennis niet de meest gunstige keuze maken. Naast kennis gaat het ook om vaardigheden zoals het kunnen opzoeken van informatie, die informatie kunnen begrijpen, kunnen beoordelen en er keuzes op te kunnen baseren.

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag “**Wie heeft welke kennis en vaardigheden met betrekking tot het zorgstelsel?**”. Het gaat hier om kennis met betrekking tot het contracteren door zorgverzekeraars, gevolgen daarvan, kennis met betrekking tot wettelijke regels over acceptatie voor de basisverzekering en over onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraars over acceptatie voor de aanvullende verzekering. We beschrijven eventuele verschillen in kennis tussen groepen verzekerden met verschillende leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid, netto maandinkomen en zorggebruik.

Box 3.1 *Knelpunten voor verzekerden in het oude zorgstelsel (vóór 2006) en oplossingen in het huidige stelsel (Memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet, 2004)*

Knelpunten voor verzekerden in het oude stelsel	Oplossingen in het huidige stelsel
Onvoldoende invloed en keuzemogelijkheden	Zorgverzekering met acceptatieplicht neemt belemmeringen weg voor keuze uit verzekeraars (zoals de inkomensgrens, selectie op basis van ervaren gezondheid, verplichte deelname aan een collectief contract of publiekrechtelijke regeling)
	Keuze uit een divers aanbod: natura/restitutie/vrijwillige eigen risico's
	Grotere transparantie door een verplichte basisverzekering met een door de overheid vastgesteld pakket
	Toename concurrentie stimuleert verzekeraars en aanbieders tot klantgericht handelen
Ongewenste inkomenseffecten voor mensen die moeten overstappen van ziekenfonds en particulier	Door de basisverzekering voor iedereen vervallen inkomenseffecten
	Inkomenscompensatie via zorgtoeslag
Onvoldoende eigen verantwoordelijkheid	Significante nominale premie (niet te laag)
	No-claimteruggaveregeling, in 2008 vervangen door het eigen risico.
Door premiestijgingen komt betaalbaarheid van zorg in het geding	Prikkels voor alle actoren om bij te dragen aan betaalbaarheid

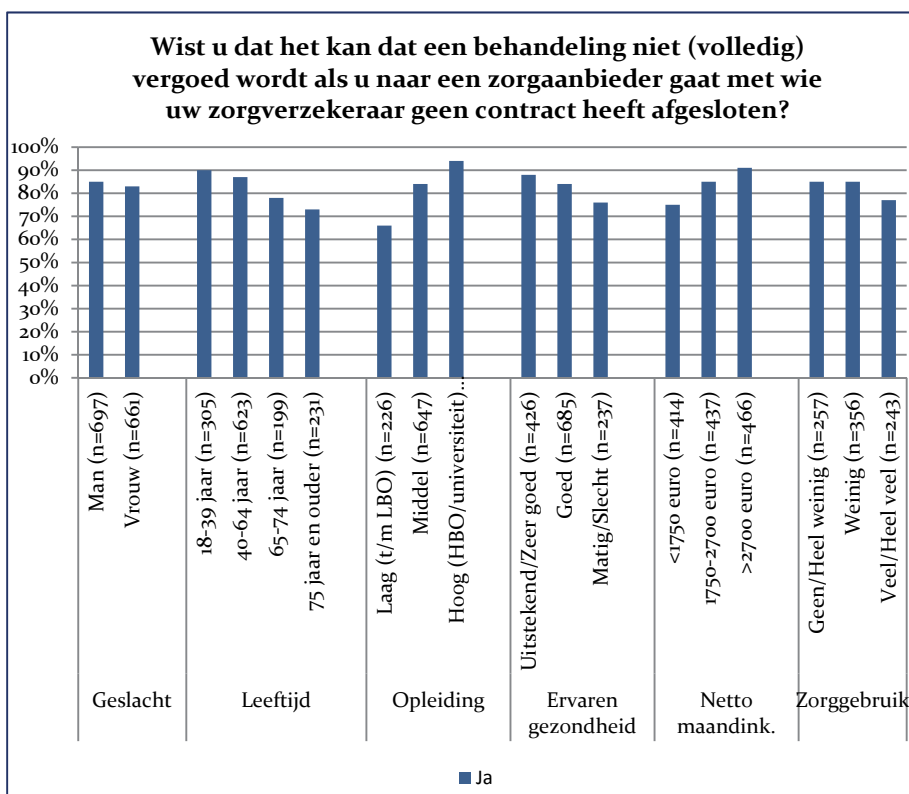
3.1 Kennis over contractering, vergoeding en acceptatie

Zorgverzekeraars hoeven niet met iedere zorgaanbieder een contract af te sluiten. Als verzekerden kiezen voor een naturapolis met een selectie van gecontracteerde zorgaanbieders en niet op de hoogte zijn van het feit dat niet elke zorgaanbieder gecontracteerd is, kunnen ze voor onverwachte financiële verrassingen komen te staan. Van zorgkosten gemaakt bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt namelijk meestal niet het hele bedrag vergoed, maar een percentage van de kosten. De meeste verzekerden (>80%) zeggen dat ze hiervan op de hoogte zijn (zie tabel A.13 in bijlage A). Een kanttekening hierbij is dat we niet weten in hoeverre verzekerden wat dit

betreft daadwerkelijk de juiste kennis hebben. Er zijn echter wel verschillen naar kenmerken van verzekerden (zie tabel A.14 en A.15 in bijlage A). Ouderen, lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen geven vaker aan dat ze hiervan niet op de hoogte zijn, zie figuur 3.1.

Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht. Ruim vier op de vijf (83%) verzekerden zijn hiervan op de hoogte. Zorgverzekeraars hebben onderling afgesproken om iedereen te accepteren voor een aanvullende verzekering, als verzekerden bij hun vorige zorgverzekeraar een soortgelijke aanvullende verzekering hadden. Hiervan is een kleiner deel, namelijk één op de vijf verzekerden (21%), op de hoogte, zie ook tabel A.16 in bijlage A.

Figuur 3.1 Percentage verzekerden dat weet dat behandelingen door niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet volledig vergoed worden, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken*



* Kennis verschilt significant met de kenmerken opleiding ($p < 0,01$), leeftijd en netto maandinkomen (beide $p < 0,05$).

Bron: vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari en november 2015

Het zijn dus de verzekerden die een grotere kans hebben op zorggebruik die slechter op de hoogte zijn. Deze resultaten laten een vergelijkbaar beeld zien

als de resultaten uit een onderzoek van SamR (SamR, 2016). In dat onderzoek is ook gekeken naar welke groepen een informatiebehoefte hebben. Het bleek dat vooral ouderen, hoger opgeleiden, verzekerden met een hoger inkomen, verzekerden met een hoog zorggebruik en verzekerden die overgestapt zijn van zorgverzekeraar of dat overwogen hebben een informatiebehoefte hebben. Onder jongeren, verzekerden met een middel of lagere opleiding, een modaal of beneden modaal inkomen, een laag zorggebruik en verzekerden die niet zijn overgestapt bleek geen informatiebehoefte te zijn. De uitkomsten van het onderzoek door SamR in combinatie met de uitkomsten uit ons onderzoek wijzen er op dat er een groep verzekerden is, verzekerden met een lager inkomen en een lagere opleiding, die slecht op de hoogte is, maar ook aangeeft geen informatiebehoefte te hebben. Het zal daarom lastig zijn om het kennisniveau in deze groep te verhogen. Voor ouderen geldt dat ze aangeven onvoldoende kennis te hebben en dat ze wel een informatiebehoefte hebben. Deze groep kan wellicht wel met informatie bereikt worden om zo hun kennisniveau te verhogen.

3.2 Kennis in relatie tot wisselen van zorgverzekeraar

Gebrek aan kennis kan van invloed zijn op het wisselen van zorgverzekeraar. Het kan zijn dat als verzekerden niet weten hoe het zit, zij het niet aandurven om te wisselen van zorgverzekeraar. Dit zou extra kunnen spelen bij verzekerden die wel zorg gebruiken. Zij zullen immers moeten kunnen inschatten of de zorg die zij nu gebruiken ook bij een andere zorgverzekeraar vergoed wordt en of zij wel geaccepteerd worden bij een nieuwe zorgverzekeraar.

De resultaten laten echter zien dat verzekerden die niet goed weten hoe het zit met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg (en zorg gebruiken) even vaak wisselen als verzekerden die wel goed weten hoe het zit (en zorg gebruiken, χ^2 , $p > 0,05$, zie tabel A.17 in bijlage A). Kennis over contractering, of gebrek daaraan, lijkt dus niet direct een relatie te hebben met het al dan niet wisselen van zorgverzekeraar.

Of verzekerden wel of niet weten dat zorgverzekeraars iedereen moeten accepteren voor de basisverzekering, heeft geen invloed op het wisselen van zorgverzekeraar (χ^2 , $p > 0,05$, zie tabel A.18 in bijlage A). Kennis over de afgesproken acceptatie van verzekerden voor een aanvullende verzekering als zij al een vergelijkbare aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar hadden, heeft ook geen invloed op het wisselen van zorgverzekeraar (χ^2 , $p > 0,05$, zie tabel A.18 in bijlage A).

3.3 Vaardigheden

Het zoeken van algemene informatie over zorgverzekeringen wordt door bijna driekwart (74%) van de verzekerden gemakkelijk gevonden (Verleun e.a., 2016). Bijna de helft (49%) vindt het moeilijk om informatie te vinden over vergoedingen van verschillende zorgverzekeringen. Ook vindt de helft (50%) van de verzekerden het moeilijk om te achterhalen welke zorgaanbieders vergoed worden. Het begrijpen van informatie over zorgverzekeringen wordt door ongeveer een derde (32%) van de verzekerden moeilijk gevonden. Zowel het zoeken van informatie als het begrijpen van informatie met betrekking tot zorgverzekeringen wordt vaker moeilijk gevonden door lager opgeleiden, ouderen en verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid. Ditzelfde geldt voor het beoordelen van informatie op betrouwbaarheid en voor het maken van keuzes op de zorgverzekeringsmarkt. Gevolg kan zijn dat deze groepen verzekerden minder goede keuzes maken op de zorgverzekeringsmarkt, waardoor zij mogelijk een verzekering hebben die minder goed bij hun situatie past of zij een ergens anders een betere premie hadden kunnen krijgen. Ouderen, verzekerden met een lagere opleiding en verzekerden die hun gezondheid als matig of slecht beoordelen geven vaker aan aspecten moeilijk te vinden.

Vaardigheden in relatie tot wisselen van zorgverzekeraar

Tekort schietende vaardigheden kunnen ervoor zorgen dat verzekerden niet wisselen van zorgverzekeraar. Het is echter niet zo dat verzekerden die wisselen van zorgverzekeraar meer vaardigheden hebben dan verzekerden die niet wisselen van zorgverzekeraar (Verleun e.a., 2016).

3.4 Tot slot

In het huidige zorgstelsel wordt veel van verzekerden verwacht. Er wordt veel nadruk gelegd op het maken van keuzes en eigen verantwoordelijkheid. Om deze rol goed te kunnen vervullen moeten verzekerden beschikken over voldoende en de juiste kennis en over vaardigheden om informatie te kunnen vinden, beoordelen en toepassen. Dit blijkt voor sommige groepen verzekerden lastig te zijn. Het betreft vooral ouderen, verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid en lager opgeleiden. Bij de resultaten met betrekking tot het hebben van bepaalde kennis zagen we dat ouderen, lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen vaker aangaven dat ze ergens niet van op de hoogte waren. Opvallend is dat verzekerden die een grotere kans hebben op zorggebruik zowel minder kennis over de zorgverzekeringsmarkt hebben als minder vaardigheden hebben om informatie te kunnen vinden, beoordelen en toepassen. De meest kwetsbare groep bestaat uit de verzekerden die daarnaast geen informatiebehoefte

hebben: lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen. Het zal heel lastig zijn om het kennisniveau van deze groep te verbeteren. Bij ouderen vonden we dat ze minder vaardigheden hebben, maar zij hebben wel een informatiebehoefte. Deze groep staat dus wel open voor informatie, maar er zal ingezet moeten worden op het vergroten van hun vaardigheden. Voor verzekerden met een slechtere ervaren gezondheid zagen we dat ook zij ondersteund kunnen worden om hun vaardigheden te vergroten.

Er kan ook naar andere oplossingsrichtingen gekeken worden. In plaats van het vergroten van de vaardigheden van verzekerden kan de complexiteit in het stelsel verminderd worden, waardoor er minder van verzekerden wordt gevraagd. In een eerdere kennissynthese concludeerde we ook dat er verschillende oplossingsrichtingen zijn om de risico's voor verzekeren in het zorgstelsel te beperken (De Jong e.a., 2015). De twee oplossingsrichtingen die in die rapportage besproken zijn, zijn ook hier van toepassing. De eerste heeft betrekking op het geven van informatie zodat deze voor verzekerden helder is. Een van de ideeën die bijvoorbeeld in het actieplan van ZN staan is dat zorgverzekeraars door middel van een 'bijsluiters' bijzondere of afwijkende voorwaarden onder de aandacht brengen (Zorgverzekeraars Nederland, 2015). Voor 2017 heeft ZN ingezet op het maken een Zorgverzekeringskaart voor de basisverzekering met vergelijkbare informatie voor verzekerden. Zo staat op de Zorgverzekeringskaart per polis onder meer wat er vergoed wordt en wat bijzonderheden zijn. In deze strategie wordt ingezet op meer en betere informatie voor verzekerden. Het hebben van een informatiebehoefte is dan wel essentieel. Uit de resultaten van deze kennissynthese blijkt dat niet iedereen een informatiebehoefte heeft. Uit eerder onderzoek bleek dat verzekerden wel aangeven dat ze informatie over bijvoorbeeld hun polis erg belangrijk vinden, maar dat ze hier geen informatie over opzoeken (Reitsma-Van Rooijen e.a., 2014; De Jong e.a., 2015). Om het doel te bereiken dat verzekerden geïnformeerd raken en weloverwogen keuzes maken is alleen het beschikbaar maken van informatie dus niet voldoende. Informatie zal heel eenvoudig moeten zijn en naar verzekerden toe moeten komen.

Een tweede strategie is om het aanbod te beperken (De Jong e.a., 2015), zodat er minder te kiezen is en de keuzes minder complex worden. Ook kan het aanbod versimpeld worden, waardoor het risico van een verkeerde keuze minder groot wordt. Het CPB gaf in 2015 een aantal aanknopingspunten voor beleid voor meer doelmatigheid in de curatieve zorg, waarvan "minder (complexe) zorgpolissen op de verzekeringsmarkt om te komen tot betere keuzes door verzekerden" er een was (Douven e.a., 2015). Inmiddels is het aantal verschillende polissen dat wordt aangeboden wel afgenomen. De NZa constateert een daling van 71 polissen in 2015 naar 58 in 2017 (NZa, 2017). Dat is echter nog steeds vrij veel om te vergelijken, zeker nu er steeds meer polissen beschikbaar zijn waarin niet alle zorgaanbieders gecontracteerd zijn.

Bovendien lijkt het aantal polissen voor verzekerden groter dan 58 doordat het voorkomt dat zorgverzekeraars dezelfde polis aanbieden onder verschillende namen (NZa, 2017). De strategie van het beperken van het aanbod lijkt op basis van de resultaten uit deze kennissynthese voor een aantal groepen verzekerden bijzonder relevant. Het gaat dan vooral om lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen, maar ook ouderen blijken een kwetsbare groep te zijn als het gaat om het hebben van informatie en vaardigheden met betrekking tot de zorgverzekeringsmarkt. Onbekend is echter nog of deze groepen verzekerden nu ongunstige keuzes maken.

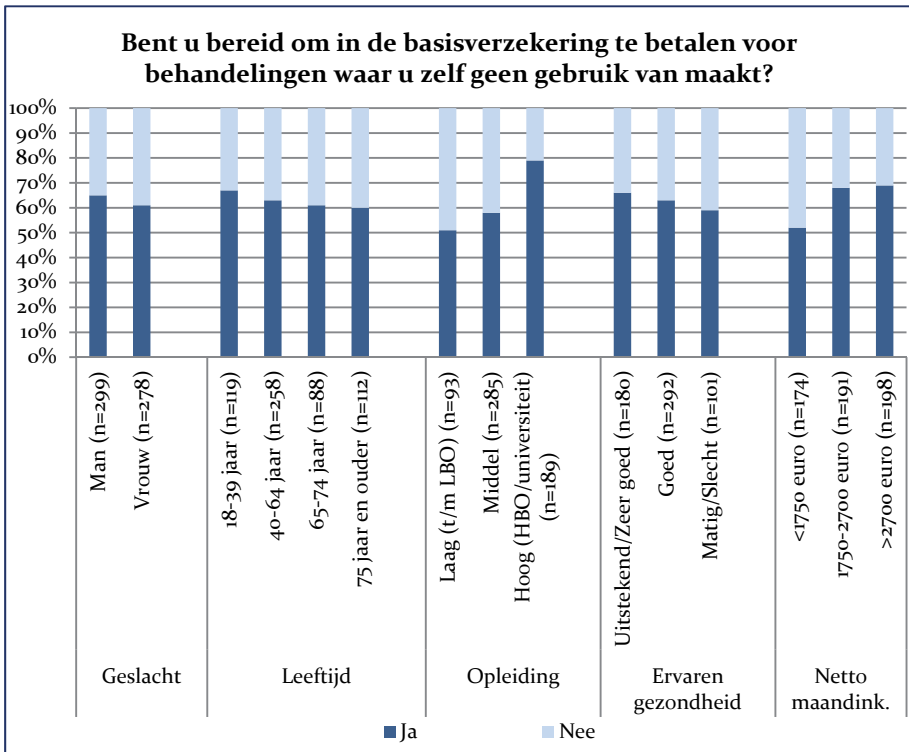
4 Solidariteit: wie is solidair met wie?

Het Nederlandse zorgstelsel is voor een groot deel gebaseerd op solidariteit. Het gaat daarbij om risico- en inkomenssolidariteit. Iedereen is verplicht om een basisverzekering af te sluiten waarmee een groot deel van de zorgkosten worden gedekt. De premie die verzekerden betalen is voor iedereen die bij dezelfde zorgverzekeraar dezelfde polis afsluit gelijk, onafhankelijk van de kenmerken van de verzekerden, zoals leeftijd en ervaren gezondheid. De kosten voor zorg worden dus opgebracht door iedereen, en de mate waarin men bijdraagt is niet afhankelijk van individueel zorggebruik. Voor dit systeem is het van belang dat verzekerden bereid zijn om te betalen voor een ander. Deze bereidheid kan afhankelijk zijn van de reden waarom andere verzekerden zorg gebruiken. In dit hoofdstuk beantwoorden we de vraag: **“Wie is solidair met wie?”** Het gaat hier om het inzichtelijk maken in hoeverre en welke verzekerden bereid zijn om voor behandelingen te betalen waar zij zelf geen gebruik van maken en wie vindt dat welke groepen meer zouden moeten betalen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar onder andere leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid en netto maandinkomen.

4.1 De bereidheid om te betalen voor anderen

In 2015 gaf 63% van de verzekerden aan dat ze bereid zijn om te betalen voor behandelingen waar zij zelf geen gebruik van maken. Dit is een daling ten opzichte van 2013 toen het percentage op 73% lag (Van der Schors e.a., 2017d). Ook over of anderen bereid zijn om te betalen voor behandelingen waar zij geen gebruik van maken is men minder positief geworden: nog iets meer dan de helft (54%) denkt dat in 2015. In 2013 was dat 60%. Er zijn grote verschillen tussen groepen in de mate van solidariteit, zie figuur 4.1 en tabel A.19 in bijlage A. Onder hoger opgeleiden en verzekerden met een hoger inkomen is het percentage dat bereid is om voor anderen te betalen hoger dan onder lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen. Ook denken hoger opgeleiden vaker dat anderen bereid zijn te betalen voor behandelingen waar zij zelf geen gebruik van maken ($p < 0,01$). Jongeren denken vaker dan ouderen dat anderen hiertoe bereid zijn ($p < 0,05$, zie tabel A.20 in bijlage A).

Figuur 4.1 Percentages verzekerden die bereid zijn te betalen voor behandelingen waar zij zelf geen gebruik van maken, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken*



* Percentages verschillen significant met de kenmerken opleiding ($p < 0,01$) en netto inkomen ($p < 0,05$).

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

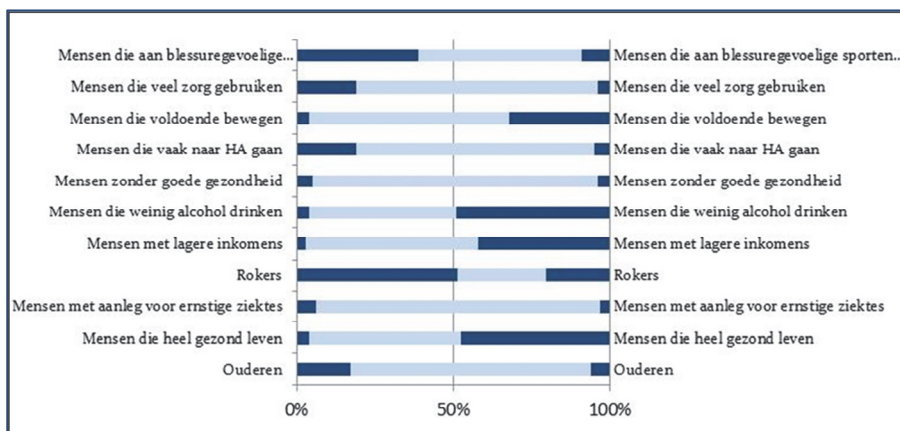
4.2 Moet iedereen evenveel betalen of zijn er groepen die meer zouden moeten betalen?

Over het algemeen vinden de meeste verzekerden (>75%) dat alle verzekerden evenveel zouden moeten betalen voor de basisverzekering (zie tabel A.21 in bijlage A). Er zijn echter uitzonderingen en die hebben te maken met leefstijl: meer dan de helft (51%) van de verzekerden vindt dat rokers meer moeten betalen dan niet rokers, ongeveer de helft (49%) vindt dat verzekerden die veel alcohol drinken meer zouden moeten betalen. Verder vindt 47% dat mensen die ongezond leven meer zouden moeten betalen, 32% vindt dat mensen die onvoldoende bewegen meer zouden moeten betalen en 39% vindt dat mensen die aan blessuregevoelige sporten doen meer zouden moeten betalen. Naast leefstijl speelt ook inkomen een rol, zo vindt 42% dat mensen met een hoger inkomen meer zouden moeten betalen. Zowel verzekerden met

een hoger als lager inkomen vinden dit, al vindt nog steeds ruim de helft (55%) dat iedereen ongeacht het inkomen hetzelfde zou moeten betalen.

Niet alle verzekerden denken hetzelfde over wie meer en wie minder zou moeten betalen, zie tabellen A.22 tot en met A.32 in bijlage A. Zo vindt 60% van de verzekerden die nooit gerookt hebben dat rokers meer zouden moeten betalen, terwijl van de verzekerden die elke dag roken 22% dit vindt. Voor het drinken van alcohol en onvoldoende bewegen zien we zo'n verschil in mindere mate terug. Nog steeds vindt 38% van de verzekerden die vrijwel dagelijks drinkt dat mensen die veel alcohol drinken meer zouden moeten betalen. Ook vinden verzekerden zonder overgewicht en verzekerden die regelmatig sporten vaker dan verzekerden met ernstig overgewicht en verzekerden die zelf niet sporten dat mensen die onvoldoende bewegen meer moeten betalen (38% en 36% versus 20% en 22%). Jongeren en verzekerden met een goede gezondheid vinden vaker dat mensen die niet gezond leven meer moeten betalen: 54% en 53% van deze groepen vindt dat, tegenover 33% van de ouderen 37% van de verzekerden met een matige of slechte gezondheid. Opvallend is ten slotte dat 18% van de ouderen vindt dat mensen met een aanleg voor ernstige ziektes meer zouden moeten betalen; van de jongeren vindt slechts 4% dat.

Figuur 4.2 Percentages verzekerden die vinden dat de genoemde groepen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering (donkerblauw) of iedereen evenveel (lichtblauw). N=566 tot 574 per regel



Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

4.3 Tot slot

Iets minder dan twee derde (63%) van de verzekerden is bereid om te betalen voor behandelingen waar zij zelf geen gebruik van maken. Solidariteit is het

laagst onder lager opgeleiden en verzekerden met een lager inkomen. De meeste verzekerden (>75%) zijn van mening dat iedereen evenveel zou moeten betalen voor de basisverzekering. Verzekerden zijn minder solidair als risico's meer beïnvloedbaar zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval als het gaat om leefstijl, zoals roken en het drinken van alcohol. Hier zou mee kunnen spelen dat verzekerden vinden dat aan leefstijl een eigen keuze vooraf gaat en dat het daarmee meer onder eigen verantwoordelijkheid valt. Daarmee komen we op het punt van spanning tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid, die in het huidige zorgstelsel zit.

Eigenlijk laten de resultaten twee benaderingen van solidariteit zien: de communale en de liberale (Maarse, 2011). In de communale benadering gaat het om solidariteit in termen van wederzijdse afhankelijkheid en betrokkenheid. Verzekerden dragen een bepaalde verantwoordelijkheid voor elkaar en verzekerden in een kwetsbare positie verdienen steun van andere verzekerden. We zien dit in de resultaten terug als het gaat om verzekerden met een slechtere gezondheid en verzekerden die aanleg hebben voor een genetische ziekte: verzekerden vinden dat deze groepen niet meer hoeven te betalen dan anderen.

In de liberale benadering gaat het niet om wederzijdse betrokkenheid, maar om rechten en plichten. Het gaat meer om rechtvaardigheid en om individueel belang. Waar de communale benadering uitgaat van een altruïstische houding, gaat het bij de liberale benadering om een berekende houding: de verzekerde verzekert zich voor iets dat hem of haar ook zou kunnen overkomen. Daarbij past dat verzekerden minder solidair zijn met verzekerden die een ongezondere leefstijl hebben. En ook dat er binnen groepen meer solidariteit is, zoals bijvoorbeeld rokers met rokers. Mensen zouden eerder solidair zijn met mensen die op hen lijken dan met mensen die niet op hen lijken (De Beer, 2012).

Solidariteit in de zorgverzekering is in Nederland zowel gebaseerd op de communale als de liberale benadering (Maarse, 2011). Door de nadruk in het stelsel op keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid zou er echter een verschuiving plaats kunnen vinden naar een meer liberale benadering. De keuzes die verzekerden moeten maken zijn allemaal vanuit eigen belang geredeneerd. Het gaat steeds om de vraag wat het beste bij de situatie van een individuele verzekerde past. Nadruk op het individuele hoeft overigens niet per definitie te botsen met solidariteit, aan solidariteit kan eigenbelang ten grondslag liggen (De Beer, 2012). Er kan echter wel een spanningsveld ontstaan tussen keuzevrijheid en solidariteit. Bijvoorbeeld de keuze voor een vrijwillig eigen risico is gunstig voor een verzekerde die weinig zorg gebruikt. In ruil voor een vrijwillig eigen risico krijgen verzekerden namelijk een korting op de premie. Dat betekent dat verzekerden die weinig zorg (verwachten te) gebruiken en kiezen voor een vrijwillig eigen risico, minder

bijdragen aan het opbrengen van de collectieve zorgkosten. Feitelijk zijn zij dus minder solidair zijn met verzekerden die veel zorg gebruiken; daar tegenover staat dat zij zelf meer risico lopen. Hier zou je kunnen zeggen dat keuzevrijheid botst met risicosolidariteit. Overigens blijkt uit onderzoek van het CPB dat de risicosolidariteit niet wordt aangetast door het vrijwillige eigen risico, omdat de verzekerden zonder vrijwillig eigen risico niet meer zijn gaan betalen (CPB, 2016). Voor de houdbaarheid van het zorgstelsel dat solidariteit als belangrijke waarde heeft is het van belang om zicht te blijven houden op het spanningsveld tussen keuzevrijheid en solidariteit.

Literatuur

- Boer D de, Hendriks M, Damman OC, Spreeuwenberg P, Rademakers J e.a.. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2007. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Beer P de. Solidariteit onder druk. *Sociologie & Democratie*, 2012; 7/8.
- CPB. Keuzegedrag verzekerden en risicosolidariteit bij vrijwillig eigen risico. Den Haag: CPB, 2016.
- Douven R, Zoutenbier R, Bijlsma M. Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg. *CPB Policy Brief*, 2015; 12.
- Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DMJ. Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC Health Services Research*, 2009; 9.
- Hirschmann AO. *Exit, voice and loyalty*. Cambridge: Harvard University Press, 1970
- Jong JD de, Brabers AEM, Bouwhuis S, Bomhoff M, Friele R. Het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt: een kennissynthese. Utrecht: NIVEL, 2015.
- Kleef R van, Schut E, Ven W van de. *Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2014.
- Maarse H. *Markthervorming in de zorg*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2011.
- Marketresponse. *Rapport consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt*. Leusden: Marketresponse Nederland BV, 2017.
- Memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet. Tweede Kamer der Staten Generaal, 2004. Geraadpleegd op 14 augustus 2017
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29763-3.html>
- NZa. *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016*. Utrecht: NZa, 2016.
- NZa. *Zorgverzekering Cijfers en feiten*. NZa, 2017. Geraadpleegd op 14 augustus 2017
<https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering/Cijfers-en-feiten>
- Reitsma-van Rooijen M, Brabers AEM, Jong JD de. Veel verzekerden zeggen bekend te zijn met de polisvoorwaarden. Wel zegt bijna een derde soms onverwacht te moeten bijbetalen voor zorg. Utrecht: NIVEL, 2014.

RVZ. De stem van Verzekerden. Den Haag: RVZ, 2014.

SamR. Rollen in de zorg. Leusden: SamR, 2016.

Schors W van der, Brabers AEM, Jong JD de. 8% wisselt van zorgverzekeraar. Deel verzekerden lijkt steeds vaker inhoudelijke overwegingen mee te nemen bij keuze zorgverzekering. Utrecht: NIVEL, 2017.

Schors W van der, Brabers A, Jong J de. Zorgverzekering kiezen: hoeveel tijd zijn verzekerden bereid te besteden en hoeveel tijd besteden ze eraan? Utrecht: NIVEL, 2017b.

Schors W van der, Brabers A, Jong J de. Een vijfde van de verzekerden overwoog om te wisselen van zorgverzekeraar, maar zag hier vanaf. Utrecht: NIVEL, 2017c.

Schors W van der, Brabers A, Jong J de. Solidariteit in het Nederlandse Zorgstelsel: een onderzoek naar de bereidheid om voor anderen te betalen onder de algemene bevolking. Utrecht: NIVEL, 2017d.

Vektis. Zorgthermometer 2016. Zeist: Vektis, 2016.

Vektis. Verzekerden in beeld 2017. Zeist: Vektis, 2017.

Verleun A, Hoefman RJ, Brabers AEM, Jong JD de. De zorgverzekeringsmarkt vraagt om vaardigheden van verzekerden waar niet iedereen in dezelfde mate over beschikt. Utrecht: NIVEL, 2016.

Zorgverzekeraars Nederland. Kern-gezond. Actieplan Zorgverzekeraars Nederland. Zeist: ZN, 2015.

Bijlage A Tabellen met resultaten

Tabellen bij hoofdstuk 2

Vraag: Bent u met ingang van [JAAR] gewisseld van zorgverzekeraar?

Tabel A.1 Percentage verzekerden dat in 2015, 2016 of 2017 niet of wel wisselde van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar wat voor aanvullende verzekering zij hebben*

	Niet gewisseld	Gewisseld
2015		
Geen AV (n=156)	90%	10%
De meest beperkte AV (n=137)	91%	9%
Een AV die hier tussenin ligt (n=430)	92%	8%
De meest uitgebreide AV (n=101)	90%	10%
Weet ik niet (n=35)	91%	9%
2016		
Geen AV (n=86)	91%	9%
De meest beperkte AV (n=104)	87%	13%
Een AV die hier tussenin ligt (n=345)	94%	6%
De meest uitgebreide AV (n=108)	96%	4%
Weet ik niet (n=31)	97%	3%
2017		
Geen AV (n=63)	84%	16%
De meest beperkte AV (n=131)	89%	11%
Een AV die hier tussenin ligt (n=313)	95%	5%
De meest uitgebreide AV (n=82)	96%	4%
Weet ik niet (n=40)	98%	3%

* Verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering wisselden significant minder vaak van zorgverzekeraar in 2016 en 2017 (chi2, respectievelijk $p < 0,05$ en $p < 0,01$).

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vraag: Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Antwoordmogelijkheden (februari 2017):

- Ik ben tevreden over de dekking van de totale polis
- Ik ben tevreden over de dekking van de basisverzekering
- Ik ben tevreden over de dekking van de aanvullende verzekering
- Ik ben tevreden over de dekking van het collectieve contract
- Ik ben tevreden over de hoogte van de totale premie
- Ik ben tevreden over de hoogte van de premie van de basisverzekering
- Ik ben tevreden over de hoogte van de premie van de aanvullende verzekering
- Ik ben tevreden over de collectiviteitskorting

- Ik ben tevreden over het vrijwillig eigen risico en de daarbij behorende premiekorting
- Ik ben tevreden over de kwaliteit van zorg die mijn zorgverzekeraar regelt
- Ik ben tevreden over de service van mijn zorgverzekeraar
- Het was voor mij teveel moeite om te zoeken naar een eventuele andere, betere en/of goedkopere zorgverzekeraar
- Ik zit al heel lang bij deze zorgverzekeraar
- Ik denk dat het voor mij niet mogelijk is om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar
- Ik ben bang dat ik niet geaccepteerd zal worden voor de aanvullende verzekering
- Ik ben bang dat ik een hogere premie moet betalen voor de aanvullende verzekering vanwege mijn leeftijd
- Ik ben bang voor (administratieve) problemen indien ik overstap naar een andere zorgverzekeraar
- Ik ben bang dat ik vragen moet beantwoorden over mijn gezondheid of zorggebruik als ik overstap
- Ik weet wat ik kan verwachten van mijn huidige zorgverzekeraar
- Ik denk niet dat ik een andere, betere en/of goedkopere zorgverzekeraar kan vinden
- Mijn zorgverzekeraar heeft een goed imago
- Ik zie te weinig onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars
- Ik had te weinig informatie om te kunnen kiezen
- De informatie die ik had om te kiezen was onduidelijk
- Anders, namelijk:

Tabel A.2 *Percentage verzekerden per jaar dat de genoemde reden aankruiste, als deel van alle verzekerden die dat jaar niet wisselen van zorgverzekeraar**

	Wel aangekruist	Niet aangekruist
Ik denk dat het voor mij niet mogelijk is om over te stappen		
2015 (n=778)	4%	96%
2016 (n=630)	3%	97%
2017 (n=595)	2%	98%
Ik ben bang dat ik niet geaccepteerd zal worden voor de aanvullende verzekering		
2015 (n=778)	5%	95%
2016 (n=630)	4%	96%
2017 (n=595)	4%	96%
Ik ben bang voor (administratieve) problemen		
2015 (n=778)	2%	98%
2016 (n=630)	4%	96%
2017 (n=595)	4%	96%

* Verschillen tussen jaren zijn niet significant (chi2, p<0,05).

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vraag: Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Tabel A.3 *Percentage verzekerden dat de reden 'Ik denk dat het voor mij niet mogelijk is om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar' aankruiste, als deel van alle verzekerden die niet wisselen van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Niet aangekruist	Wel aangekruist
Geslacht		
Man (n=936)	97%	3%
Vrouw (n=848)	96%	4%
Leeftijd		
18-39 jaar (n=349)	97%	3%
40-64 jaar (n=873)	97%	3%
65-74 jaar (n=305)	97%	3%
75 jaar en ouder (n=257)	97%	3%
Opleiding		
Laag (t/m LBO) (n=292)	97%	3%
Middel (n=884)	96%	4%
Hoog (HBO/universiteit) (n=557)	98%	2%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/Zeer goed (n=539)	99%	1%
Goed (n=907)	97%	3%
Matig/Slecht (n=315)	93%	7%
Netto maandinkomen		
<1750 euro (n=511)	95%	5%
1750-2700 euro (n=586)	97%	3%
>2700 euro (n=620)	98%	2%
Zorggebruik		
Geen/Heel weinig (n=557)	99%	1%
Weinig (n=737)	98%	2%
Veel/Heel veel (n=435)	93%	7%

* Deze percentages verschillen significant voor de kenmerken ervaren gezondheid en zorggebruik ($p < 0,05$).

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vraag: Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Tabel A.4 *Percentage verzekerden dat de reden 'Ik ben bang dat ik niet geaccepteerd zal worden voor de aanvullende verzekering' aankruiste, als deel van alle verzekerden die niet wisselen van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Niet aangekruist	Wel aangekruist
Geslacht		
Man (n=936)	95%	5%
Vrouw (n=848)	96%	4%
Leeftijd		
18-39 jaar (n=349)	97%	3%
40-64 jaar (n=873)	96%	4%
65-74 jaar (n=305)	94%	6%
75 jaar en ouder (n=257)	95%	5%
Opleiding		
Laag (t/m LBO) (n=292)	96%	4%
Middel (n=884)	95%	5%
Hoog (HBO/universiteit) (n=557)	96%	4%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/Zeer goed (n=539)	99%	1%
Goed (n=907)	96%	4%
Matig/Slecht (n=315)	89%	11%
Netto maandinkomen		
<1750 euro (n=511)	95%	5%
1750-2700 euro (n=586)	95%	5%
>2700 euro (n=620)	96%	4%
Zorggebruik		
Geen/Heel weinig (n=557)	98%	2%
Weinig (n=737)	97%	3%
Veel/Heel veel (n=435)	89%	11%

* Deze percentages verschillen significant voor de kenmerken ervaren gezondheid en zorggebruik ($p < 0,01$).

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vraag: Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Tabel A.5 Percentage verzekerden dat de reden 'Ik ben bang voor (administratieve) problemen indien ik overstap naar een andere zorgverzekeraar' aankruiste, als deel van alle verzekerden die niet wisselen van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken *

	Niet aangekruist	Wel aangekruist
Geslacht		
Man (n=936)	97%	3%
Vrouw (n=848)	96%	4%
Leeftijd		
18-39 jaar (n=349)	96%	4%
40-64 jaar (n=873)	97%	3%
65-74 jaar (n=305)	96%	4%
75 jaar en ouder (n=257)	97%	3%
Opleiding		
Laag (t/m LBO) (n=292)	96%	4%
Middel (n=884)	96%	4%
Hoog (HBO/universiteit) (n=557)	98%	2%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/Zeer goed (n=539)	97%	3%
Goed (n=907)	97%	3%
Matig/Slecht (n=315)	96%	4%
Netto maandinkomen		
<1750 euro (n=511)	95%	5%
1750-2700 euro (n=586)	97%	3%
>2700 euro (n=620)	99%	1%
Zorggebruik		
Geen/Heel weinig (n=557)	98%	2%
Weinig (n=737)	96%	4%
Veel/Heel veel (n=435)	96%	4%

* Deze percentages verschillen significant met netto maandinkomen ($p < 0,01$).

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vragen: Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Wat voor aanvullende verzekering heeft u dit jaar?

Tabel A.6 Percentage verzekerden dat de reden '**Ik ben bang voor (administratieve) problemen indien ik overstap naar een andere zorgverzekeraar**' aankruiste, als deel van alle verzekerden die niet wisselen van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar wat voor aanvullende verzekering (AV) zij hebben*

	Niet aangekruist	Wel aangekruist
Geen AV (n=240)	99%	1%
De meest beperkte AV (n=285)	97%	3%
Een AV die hier tussenin ligt (n=897)	95%	5%
De meest uitgebreide AV (n=233)	91%	9%

* Deze percentages verschillen significant (chi2, p<0,01).

Bron: vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vragen: Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Bent u met ingang van [JAAR] gewisseld van zorgverzekeraar?

Tabel A.7 Percentage verzekerden dat de reden '**Ik ben bang voor (administratieve) problemen indien ik overstap naar een andere zorgverzekeraar**' aankruiste, als deel van alle verzekerden die niet wisselen van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar of zij overwogen hebben te wisselen*

	Niet aangekruist	Wel aangekruist
Nee, maar ik heb het wel overwogen (n=365)	94%	6%
Nee, en ik heb ook niet overwogen (n=1419)	97%	3%

* Deze percentages verschillen significant (chi2, p<0,01).

Bron: vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vraag: Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Tabel A.8 Percentage verzekerden per jaar dat de genoemde reden aankruiste, als deel van alle verzekerden die dat jaar niet wisselen van zorgverzekeraar*

	Wel aangekruist	Niet aangekruist
Ik ben tevreden over de kwaliteit van zorg die mijn zorgverzekeraar regelt		
2015 (n=736)	16%	84%
2016 (n=582)	14%	86%
2017 (n=314)	17%	83%
Ik ben tevreden over de service van mijn zorgverzekeraar		
2015 (n=736)	20%	80%
2016 (n=582)	20%	80%
2017 (n=314)	23%	77%

* Verschillen tussen jaren zijn niet significant (chi2, p.o,05).

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vraag: Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Tabel A.09 *Percentage verzekerden dat de reden 'Ik ben tevreden over de service van mijn zorgverzekeraar' aankruiste, als deel van alle verzekerden die niet wisselen van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Niet aangekruist	Wel aangekruist
Geslacht		
Man (n=806)	81%	19%
Vrouw (n=693)	78%	22%
Leeftijd		
18-39 jaar (n=289)	77%	23%
40-64 jaar (n=730)	81%	19%
65-74 jaar (n=255)	77%	23%
75 jaar en ouder (n=225)	80%	20%
Opleiding		
Laag (t/m LBO) (n=239)	84%	16%
Middel (n=743)	79%	21%
Hoog (HBO/universiteit) (n=472)	78%	22%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/Zeer goed (n=461)	80%	20%
Goed (n=761)	79%	21%
Matig/Slecht (n=260)	79%	21%
Netto maandinkomen		
<1750 euro (n=428)	82%	18%
1750-2700 euro (n=501)	78%	22%
>2700 euro (n=515)	78%	22%
Zorggebruik		
Geen/Heel weinig (n=458)	79%	21%
Weinig (n=612)	81%	19%
Veel/Heel veel (n=379)	75%	25%

* Deze percentages verschillen niet significant met achtergrondkenmerken ($p > 0,05$).

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vraag: Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven? (meerdere antwoorden mogelijk)

Tabel A.10 Percentage verzekerden dat de reden 'Ik ben tevreden over de kwaliteit van zorg die mijn zorgverzekeraar regelt' aankruiste, als deel van alle verzekerden die niet wisselen van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken*

	Niet aangekruist	Wel aangekruist
Geslacht		
Man (n=806)	84%	16%
Vrouw (n=693)	85%	15%
Leeftijd		
18-39 jaar (n=289)	87%	13%
40-64 jaar (n=730)	86%	14%
65-74 jaar (n=255)	81%	19%
75 jaar en ouder (n=225)	83%	17%
Opleiding		
Laag (t/m LBO) (n=239)	89%	11%
Middel (n=743)	84%	16%
Hoog (HBO/universiteit) (n=472)	85%	15%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/Zeer goed (n=461)	86%	14%
Goed (n=761)	84%	16%
Matig/Slecht (n=260)	83%	17%
Netto maandinkomen		
<1750 euro (n=428)	84%	16%
1750-2700 euro (n=501)	84%	16%
>2700 euro (n=515)	85%	15%
Zorggebruik		
Geen/Heel weinig (n=458)	86%	14%
Weinig (n=612)	85%	15%
Veel/Heel veel (n=379)	79%	21%

* Deze percentages verschillen significant met zorggebruik ($p < 0,01$).

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015, 2016 en 2017

Vragen: Hoeveel tijd besteedde u aan het kiezen van een (nieuwe) zorgverzekering?

Bent u met ingang van 2017 gewisseld van zorgverzekeraar?

Tabel A.11 *Percentage verzekerden dat de genoemde antwoordoptie aankruiste, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken en naar of men gewisseld is van zorgverzekeraar**

	< 1 uur	1-2 uur	3-4 uur	5-8 uur	> 8 uur	Weet ik niet
Geslacht						
Man (n=298)	41%	19%	12%	4%	4%	19%
Vrouw (n=318)	31%	15%	15%	4%	4%	30%
Leeftijd						
18-39 jaar (n=126)	27%	21%	19%	6%	6%	21%
40-64 jaar (n=319)	36%	17%	16%	5%	3%	23%
65-74 jaar (n=91)	46%	10%	11%	3%	2%	27%
75 jaar en ouder (n=80)	39%	19%	0%	0%	4%	39%
Opleiding						
Laag (t/m LBO) (n=108)	33%	17%	9%	2%	2%	37%
Middel (n=297)	36%	17%	14%	5%	4%	23%
Hoog (HBO/universiteit) (n=200)	38%	17%	18%	4%	4%	21%
Ervaren gezondheid						
Uitstekend/Zeer goed (n=173)	35%	18%	19%	3%	4%	21%
Goed (n=309)	36%	19%	14%	5%	3%	23%
Matig/Slecht (n=132)	40%	10%	8%	4%	5%	34%
Netto maandinkomen						
<1750 euro (n=166)	32%	16%	12%	4%	5%	31%
1750-2700 euro (n=191)	39%	16%	13%	5%	2%	26%
>2700 euro (n=237)	37%	19%	16%	4%	4%	20%
Gewisseld van zorgverzekeraar?						
Nee en ik heb het ook niet overwogen (n=452)	44%	13%	9%	3%	2%	29%
Nee, maar ik heb het wel overwogen (n=113)	16%	25%	27%	10%	6%	17%
Ja (n=44)	9%	32%	32%	5%	16%	7%

* Deze percentages verschillen significant met leeftijd ($p < 0,05$) en wisselen ($p < 0,01$)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2017

Vragen: Bent u tevreden met de basisverzekering die u heeft?
Bent u met ingang van 2015 gewisseld van zorgverzekeraar?

Tabel A.12 *Percentage verzekerden dat de genoemde antwoordoptie aankruiste, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken en naar of men gewisseld is van zorgverzekeraar**

	(Zeer) ontevreden	Niet ontevreden, niet tevreden	(Zeer) tevreden
Geslacht			
Man (n=466)	5%	19%	76%
Vrouw (n=403)	5%	20%	74%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=208)	6%	22%	72%
40-64 jaar (n=409)	6%	23%	71%
65-74 jaar (n=124)	2%	13%	85%
75 jaar en ouder (n=128)	5%	11%	84%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=141)	10%	16%	74%
Middel (n=404)	6%	19%	75%
Hoog (HBO/universiteit) (n=291)	3%	22%	75%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=273)	4%	17%	78%
Goed (n=430)	4%	21%	76%
Matig/Slecht (n=160)	11%	19%	70%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=256)	7%	21%	72%
1750-2700 euro (n=275)	5%	17%	77%
>2700 euro (n=309)	4%	20%	76%
Zorgebruik			
Geen/Heel weinig (n=259)	6%	18%	76%
Weinig (n=358)	4%	22%	74%
Veel/Heel veel (n=245)	6%	18%	76%
Gewisseld van zorgverzekeraar?			
Nee en ik heb het ook niet overwogen (n=622)	5%	15%	81%
Nee, maar ik heb het wel overwogen (n=162)	9%	33%	58%
Ja (n=71)	4%	28%	68%

* Deze percentages verschillen significant met leeftijd, ervaren gezondheid (beide $p < 0,05$) en wisselen (χ^2 , $p < 0,01$)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015

Tabellen bij hoofdstuk 3

Vragen: Wist u dat het mogelijk is dat zorgverzekeraars niet met alle zorgaanbieders contracten afsluiten?

Wist u dat het kan dat een behandeling niet (volledig) vergoed wordt als u naar een zorgaanbieder gaat met wie uw zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten?

Tabel A.13 *Percentage verzekerden dat de genoemde vraag met nee of ja (correct) beantwoordde, per vragenlijst*

	Nee	Ja
Wist u dat het mogelijk is dat zorgverzekeraars niet met alle zorgaanbieders contracten afsluiten?		
Feb (n=867)	17%	83%
Nov (n=586)	11%	89%
Wist u dat het kan dat een behandeling niet (volledig) vergoed wordt als u naar een zorgaanbieder gaat met wie uw zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten?		
Feb (n=866)	17%	83%
Nov (n=589)	12%	88%

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari en november 2015

Vraag: Wist u dat het mogelijk is dat zorgverzekeraars niet met alle zorgaanbieders contracten afsluiten?

Tabel A.14 *Percentage verzekerden dat wel of niet wist dat het mogelijk is dat zorgverzekeraars niet met alle zorgaanbieders contracten afsluiten, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Nee	Ja
Geslacht		
Man (n=696)	14%	86%
Vrouw (n=661)	18%	82%
Leeftijd		
18-39 jaar (n=304)	10%	90%
40-64 jaar (n=620)	12%	88%
65-74 jaar (n=202)	21%	79%
75 jaar en ouder (n=231)	28%	72%
Opleiding		
Laag (t/m LBO) (n=226)	33%	67%
Middel (n=647)	16%	84%
Hoog (HBO/universiteit) (n=443)	5%	95%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/Zeer goed (n=424)	12%	88%
Goed (n=684)	15%	85%
Matig/Slecht (n=239)	23%	77%
Netto maandinkomen		
<1750 euro (n=418)	25%	75%
1750-2700 euro (n=435)	15%	85%
>2700 euro (n=463)	7%	93%
Gewisseld van zorgverzekeraar?		
Geen/Heel weinig (n=258)	16%	84%
Weinig (n=358)	15%	85%
Veel/Heel veel (n=243)	19%	81%

* Percentages verschillen significant met leeftijd ($p < 0,05$), opleiding en netto maandinkomen (beide $p < 0,01$)

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari en november 2015

Vraag: Wist u dat het kan dat een behandeling niet (volledig) vergoed wordt als u naar een zorgaanbieder gaat met wie uw zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten?

Tabel A.15 *Percentage verzekerden dat wel of niet wist dat het kan dat een behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet (volledig) vergoed wordt, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Nee	Ja
Geslacht		
Man (n=697)	15%	85%
Vrouw (n=661)	17%	83%
Leeftijd		
18-39 jaar (n=305)	10%	90%
40-64 jaar (n=623)	13%	87%
65-74 jaar (n=199)	22%	78%
75 jaar en ouder (n=231)	27%	73%
Opleiding		
Laag (t/m LBO) (n=226)	34%	66%
Middel (n=647)	16%	84%
Hoog (HBO/universiteit) (n=444)	6%	94%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/Zeer goed (n=426)	12%	88%
Goed (n=685)	16%	84%
Matig/Slecht (n=237)	24%	76%
Netto maandinkomen		
<1750 euro (n=414)	25%	75%
1750-2700 euro (n=437)	15%	85%
>2700 euro (n=466)	9%	91%
Zorggebruik		
Geen/Heel weinig (n=257)	15%	85%
Weinig (n=356)	15%	85%
Veel/Heel veel (n=243)	23%	77%

* Percentages verschillen significant met leeftijd ($p < 0,05$), opleiding en netto maandinkomen (beide $p < 0,01$)

Bron: Vragenlijsten Consumentenpanel Gezondheidszorg februari en november 2015

Vraag: Kunt u aangeven in hoeverre de volgende stellingen waar of niet waar zijn:

Tabel A.16 *Percentage verzekerden dat aangaf dat de genoemde stelling wel of niet waar was*

	Waar	Niet waar
Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor de BV		
Alle respondenten (n=658)	83%	17%
Zorgverzekeraars hebben onderling afgesproken om iedereen te accepteren voor een AV als verzekerden bij hun vorige zorgverzekeraar een soortgelijke AV hadden		
Alle respondenten (n=658)	21%	79%

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2016

Vragen: Bent u met ingang van 2015 gewisseld van zorgverzekeraar?
Wist u dat het mogelijk is dat zorgverzekeraars niet met alle zorgaanbieders contracten afsluiten?
Wist u dat het kan dat een behandeling niet (volledig) vergoed wordt als u naar een zorgaanbieder gaat met wie uw zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten?

Tabel A.17 *Percentage verzekerden dat wisselde van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar kennis over contractering en vergoeding**

	Nee en ik heb het ook niet overwogen	Nee, maar ik heb het wel overwogen	Ja
Respondenten die beide kennisvragen goed hadden en zorg gebruikten (n=326)	69%	22%	9%
Respondenten die één van de kennisvragen fout hadden en zorg gebruikten (n=49)	69%	20%	10%

* Percentages verschillen niet significant tussen de groepen (chi2, p> 0,05)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2015

Vragen: Bent u met ingang van 2016 gewisseld van zorgverzekeraar? Kunt u aangeven in hoeverre de volgende stellingen waar of niet waar zijn: Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor de basisverzekering. Zorgverzekeraars hebben onderling afgesproken om iedereen te accepteren voor een aanvullende verzekering als verzekerden bij hun vorige zorgverzekeraar een soortgelijke aanvullende verzekering hadden

Tabel A.18 *Percentage verzekerden dat wisselde van zorgverzekeraar, uitgesplitst naar of zij wisten dat de genoemde stellingen waar zijn**

	Nee en ik heb het ook niet overwogen	Nee, maar ik heb het wel overwogen	Ja
Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor de BV			
Respondenten die dit weten (n=550)	73%	20%	6%
Respondenten die dit niet weten (n=107)	81%	12%	7%
Zorgverzekeraars hebben onderling afgesproken om iedereen te accepteren voor een AV als verzekerden bij hun vorige zorgverzekeraar een soortgelijke AV hadden			
Respondenten die dit weten (n=142)	78%	15%	6%
Respondenten die dit niet weten (n=514)	73%	20%	7%

* Percentages verschillen niet significant tussen de groepen (chi2, p> 0,05)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg februari 2016

Tabellen bij hoofdstuk 4

Vraag: Voor de basisverzekering betaalt u premie. In de basisverzekering kunnen zorgbehandelingen zitten waar u zelf geen of nog geen gebruik van maakt, maar anderen wel. Bent u bereid om toch in de basisverzekering voor deze zorgbehandelingen te betalen?

Tabel A.19 *Percentage verzekerden dat wel/niet bereid is te betalen voor behandelingen waar zij zelf geen gebruik van maken, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken*

	Ja	Nee
Geslacht		
Man (n=299)	65%	35%
Vrouw (n=278)	61%	39%
Leeftijd		
18-39 jaar (n=119)	67%	33%
40-64 jaar (n=258)	63%	37%
65-74 jaar (n=88)	61%	39%
75 jaar en ouder (n=112)	60%	40%
Opleiding		
Laag (t/m LBO) (n=93)	51%	49%
Middel (n=285)	58%	42%
Hoog (HBO/universiteit) (n=189)	79%	21%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/Zeer goed (n=180)	66%	34%
Goed (n=292)	63%	37%
Matig/Slecht (n=101)	59%	41%
Netto maandinkomen		
<1750 euro (n=174)	52%	48%
1750-2700 euro (n=191)	68%	32%
>2700 euro (n=198)	69%	31%

* Percentages verschillen significant met opleiding ($p < 0,01$) en netto maandinkomen ($p > 0,05$)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Denkt u dat anderen bereid zijn om toch in de basisverzekering voor deze zorgbehandelingen te betalen?

Tabel A.20 *Percentage verzekerden dat wel/niet denkt dat anderen bereid zijn te betalen voor behandelingen waar zij zelf geen gebruik van maken, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken*

	Ja	Nee
Geslacht		
Man (n=297)	57%	43%
Vrouw (n=276)	49%	51%
Leeftijd		
18-39 jaar (n=119)	64%	36%
40-64 jaar (n=259)	49%	51%
65-74 jaar (n=86)	56%	44%
75 jaar en ouder (n=109)	46%	54%
Opleiding		
Laag (t/m LBO) (n=94)	39%	61%
Middel (n=282)	45%	55%
Hoog (HBO/universiteit) (n=187)	73%	27%
Ervaren gezondheid		
Uitstekend/Zeer goed (n=178)	55%	45%
Goed (n=290)	55%	45%
Matig/Slecht (n=101)	44%	56%
Netto maandinkomen		
<1750 euro (n=173)	41%	59%
1750-2700 euro (n=190)	54%	46%
>2700 euro (n=196)	62%	38%

* Percentages verschillen significant met opleiding ($p < 0,01$) en leeftijd ($p > 0,05$)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Tabel A.21. Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom). N=566 tot 574 per regel

Deze groep moet meer betalen	Iedereen evenveel	Deze groep moet meer betalen	
Ouderen	17%	77%	6% Jongeren
Mensen die heel gezond leven	4%	48%	47% Mensen die niet gezond leven
Mensen met aanleg voor ernstige ziektes	6%	90%	3% Mensen zonder aanleg voor ernstige ziektes
Rokers	51%	28%	20% Niet-rokers
Mensen met lagere inkomens	3%	55%	42% Mensen met hogere inkomens
Mensen die weinig alcohol drinken	4%	47%	49% Mensen die veel alcohol drinken
Mensen met minder goede gezondheid	5%	91%	4% Mensen met goede gezondheid
Mensen die vaak naar HA gaan	19%	76%	5% Mensen die niet vaak naar HA gaan
Mensen die voldoende bewegen	4%	64%	32% Mensen die onvoldoende bewegen
Mensen die veel zorg gebruiken	19%	77%	4% Mensen die weinig zorg gebruiken
Mensen die aan blessuregevoelige sporten doen	39%	52%	9% Mensen die niet aan blessuregevoelige sporten doen

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?
Ouderen, jongeren of beiden evenveel.

*Tabel A.22 Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Ouderen	Evenveel	Jongeren
Geslacht			
Man (n=299)	18%	76%	6%
Vrouw (n=279)	11%	80%	8%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=119)	25%	71%	3%
40-64 jaar (n=258)	13%	81%	6%
65-74 jaar (n=88)	7%	86%	7%
75 jaar en ouder (n=113)	15%	71%	14%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=94)	17%	72%	11%
Middel (n=286)	13%	79%	8%
Hoog (HBO/universiteit) (n=188)	18%	79%	3%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=181)	17%	80%	3%
Goed (n=294)	15%	77%	8%
Matig/Slecht (n=99)	9%	78%	13%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=175)	13%	75%	12%
1750-2700 euro (n=189)	16%	77%	7%
>2700 euro (n=199)	16%	80%	4%

* Percentages verschillen significant met geslacht ($p < 0,05$), leeftijd ($p < 0,01$) en ervaren gezondheid ($p < 0,05$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Mensen die heel gezond leven, bijvoorbeeld door te letten op hun voeding, mensen die niet gezond leven, bijvoorbeeld door niet te letten op hun voeding, of beiden evenveel.

Tabel A.23 *Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Mensen die heel gezond leven	Evenveel	Mensen die niet gezond leven
Geslacht			
Man (n=299)	4%	48%	47%
Vrouw (n=275)	5%	51%	44%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=119)	3%	43%	54%
40-64 jaar (n=259)	3%	48%	49%
65-74 jaar (n=86)	7%	51%	42%
75 jaar en ouder (n=110)	6%	61%	33%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=93)	9%	57%	34%
Middel (n=282)	4%	51%	45%
Hoog (HBO/universiteit) (n=188)	3%	45%	52%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=181)	3%	44%	53%
Goed (n=292)	5%	51%	43%
Matig/Slecht (n=97)	6%	57%	37%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=171)	8%	54%	37%
1750-2700 euro (n=189)	4%	49%	47%
>2700 euro (n=199)	2%	45%	53%

* Percentages verschillen significant met leeftijd ($p < 0,01$) en ervaren gezondheid ($p < 0,05$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Mensen met genetische aanleg om in de toekomst een ernstige ziekte te krijgen, mensen zonder genetische aanleg om in de toekomst een ernstige ziekte te krijgen, of beiden evenveel.

Tabel A.24 *Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Mensen met aanleg voor ernstige ziektes	Evenveel	Mensen zonder aanleg voor ernstige ziektes
Geslacht			
Man (n=298)	9%	88%	4%
Vrouw (n=271)	6%	90%	4%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=118)	4%	94%	2%
40-64 jaar (n=257)	5%	93%	3%
65-74 jaar (n=86)	6%	85%	9%
75 jaar en ouder (n=108)	18%	77%	6%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=90)	9%	81%	10%
Middel (n=280)	9%	87%	4%
Hoog (HBO/universiteit) (n=188)	3%	96%	1%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=180)	6%	90%	4%
Goed (n=287)	6%	90%	4%
Matig/Slecht (n=98)	11%	84%	5%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=169)	8%	85%	7%
1750-2700 euro (n=186)	9%	87%	4%
>2700 euro (n=199)	6%	93%	2%

* Percentages verschillen significant met leeftijd en opleiding ($p < 0,05$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Mensen met lagere inkomens, mensen met hogere inkomens, of beiden evenveel.

Tabel A.25 *Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Mensen met lagere inkomens	Evenveel	Mensen met hogere inkomens
Geslacht			
Man (n=300)	5%	55%	40%
Vrouw (n=275)	3%	59%	39%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=119)	2%	50%	48%
40-64 jaar (n=258)	3%	55%	42%
65-74 jaar (n=88)	5%	67%	28%
75 jaar en ouder (n=110)	7%	59%	34%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=92)	10%	58%	33%
Middel (n=284)	4%	54%	42%
Hoog (HBO/universiteit) (n=188)	1%	60%	39%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=181)	3%	59%	39%
Goed (n=291)	2%	57%	40%
Matig/Slecht (n=99)	10%	52%	38%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=173)	5%	53%	42%
1750-2700 euro (n=188)	5%	56%	39%
>2700 euro (n=199)	2%	59%	40%

* Percentages verschillen significant met leeftijd ($p < 0,01$) en opleiding ($p < 0,05$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Mensen die een minder goede gezondheid hebben, mensen die een goede gezondheid hebben, of beiden evenveel.

Tabel A.26 Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken*

	Mensen met minder goede gezondheid	Evenveel	Mensen met goede gezondheid
Geslacht			
Man (n=298)	5%	92%	4%
Vrouw (n=277)	6%	89%	5%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=119)	6%	92%	3%
40-64 jaar (n=258)	5%	91%	3%
65-74 jaar (n=86)	5%	92%	3%
75 jaar en ouder (n=112)	6%	85%	9%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=93)	8%	86%	6%
Middel (n=284)	6%	88%	5%
Hoog (HBO/universiteit) (n=188)	3%	95%	2%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=178)	4%	91%	5%
Goed (n=293)	6%	90%	3%
Matig/Slecht (n=100)	5%	89%	6%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=174)	6%	88%	6%
1750-2700 euro (n=187)	4%	91%	5%
>2700 euro (n=199)	7%	91%	3%

* Percentages verschillen significant met opleiding ($p < 0,05$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere? Mensen die veel zorg gebruiken, mensen die weinig zorg gebruiken, of beiden evenveel.

Tabel A.27 *Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Mensen die veel zorg gebruiken	Evenveel	Mensen die weinig zorg gebruiken
Geslacht			
Man (n=297)	19%	78%	3%
Vrouw (n=278)	17%	78%	4%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=119)	26%	71%	3%
40-64 jaar (n=258)	14%	83%	3%
65-74 jaar (n=87)	21%	75%	5%
75 jaar en ouder (n=111)	16%	77%	7%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=95)	21%	69%	9%
Middel (n=283)	19%	77%	4%
Hoog (HBO/universiteit) (n=187)	14%	84%	2%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=175)	19%	76%	5%
Goed (n=294)	19%	79%	3%
Matig/Slecht (n=102)	14%	80%	6%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=177)	21%	74%	5%
1750-2700 euro (n=187)	14%	80%	5%
>2700 euro (n=196)	19%	79%	2%

* Percentages verschillen significant met leeftijd en opleiding (beide $p < 0,01$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Mensen die roken, mensen die niet roken, of beiden evenveel.

Tabel A.28 *Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Rokers	Evenveel	Niet-rokers
Geslacht			
Man (n=297)	53%	28%	20%
Vrouw (n=274)	49%	28%	22%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=119)	54%	24%	22%
40-64 jaar (n=257)	50%	32%	18%
65-74 jaar (n=86)	50%	26%	24%
75 jaar en ouder (n=109)	50%	25%	25%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=93)	40%	39%	22%
Middel (n=279)	54%	26%	20%
Hoog (HBO/universiteit) (n=188)	53%	26%	22%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=179)	54%	25%	22%
Goed (n=291)	50%	31%	19%
Matig/Slecht (n=97)	48%	28%	24%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=170)	51%	28%	21%
1750-2700 euro (n=187)	48%	28%	25%
>2700 euro (n=199)	56%	26%	18%
Roken			
Ja, elke dag (n=59)	22%	71%	7%
Ja, af en toe (n=27)	48%	26%	26%
Nee, vroeger elke dag (n=166)	46%	30%	23%
Nee, vroeger af en toe (n=96)	60%	16%	24%
Nee, nooit gerookt (n=216)	60%	20%	20%

* Percentages verschillen significant met opleiding en roken (beide $p < 0,01$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Mensen die weinig alcohol drinken, mensen die veel alcohol drinken, of beiden evenveel.

Tabel A.29 *Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Mensen die weinig alcohol drinken	Evenveel	Mensen die veel alcohol drinken
Geslacht			
Man (n=297)	5%	51%	44%
Vrouw (n=272)	3%	44%	53%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=118)	3%	42%	55%
40-64 jaar (n=258)	4%	52%	44%
65-74 jaar (n=86)	3%	44%	52%
75 jaar en ouder (n=107)	5%	47%	49%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=92)	9%	39%	52%
Middel (n=279)	3%	50%	47%
Hoog (HBO/universiteit) (n=188)	3%	49%	48%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=176)	3%	45%	52%
Goed (n=289)	4%	48%	48%
Matig/Slecht (n=100)	6%	49%	45%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=172)	5%	41%	54%
1750-2700 euro (n=185)	4%	49%	47%
>2700 euro (n=197)	4%	50%	46%
Alcohol drinken			
Nee, nooit (n=101)	4%	38%	58%
Ja, minder dan 1 dag per week (n=212)	5%	48%	48%
Ja, 1 tot 3 dagen per week (n=156)	3%	47%	49%
Ja, 4 tot 7 dagen per week (n=95)	3%	59%	38%

* Percentages verschillen significant met alcohol drinken ($p < 0,05$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Mensen die vaak naar de huisarts gaan, mensen die niet vaak naar de huisarts gaan, of beiden evenveel.

Tabel A.30 *Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Mensen die vaak naar HA gaan	Evenveel	Mensen die niet vaak naar HA gaan
Geslacht			
Man (n=298)	22%	74%	4%
Vrouw (n=276)	18%	76%	6%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=119)	18%	76%	5%
40-64 jaar (n=258)	17%	79%	4%
65-74 jaar (n=86)	22%	72%	6%
75 jaar en ouder (n=111)	25%	68%	7%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=92)	15%	75%	10%
Middel (n=283)	23%	73%	5%
Hoog (HBO/universiteit) (n=188)	18%	79%	3%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=178)	23%	72%	5%
Goed (n=291)	20%	75%	5%
Matig/Slecht (n=101)	14%	81%	5%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=175)	19%	74%	7%
1750-2700 euro (n=186)	19%	75%	6%
>2700 euro (n=198)	23%	74%	3%
Aantal huisartsbezoeken per jaar			
0 keer (n=95)	23%	74%	3%
1 keer (n=123)	21%	75%	4%
2 keer (n=115)	28%	67%	5%
3 of 4 keer (n=146)	18%	79%	3%
5 keer of vaker (n=86)	9%	80%	10%

* Percentages verschillen significant met huisartsbezoek ($p < 0,05$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Mensen die voldoende bewegen, mensen die onvoldoende bewegen, of beiden evenveel.

Tabel A.31 *Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Mensen die voldoende bewegen	Evenveel	Mensen die onvoldoende bewegen
Geslacht			
Man (n=297)	3%	65%	32%
Vrouw (n=276)	5%	67%	28%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=119)	4%	55%	40%
40-64 jaar (n=258)	3%	68%	29%
65-74 jaar (n=86)	6%	66%	28%
75 jaar en ouder (n=110)	4%	73%	24%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=91)	7%	76%	18%
Middel (n=284)	4%	66%	30%
Hoog (HBO/universiteit) (n=188)	2%	61%	37%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=178)	3%	58%	39%
Goed (n=291)	2%	70%	28%
Matig/Slecht (n=100)	9%	68%	23%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=174)	5%	71%	24%
1750-2700 euro (n=186)	3%	63%	34%
>2700 euro (n=198)	4%	63%	34%
Regelmatig sporten			
Nee (n=246)	3%	74%	22%
Ja (n=316)	4%	59%	36%
BMI			
geen overgewicht (n=249)	4%	58%	38%
overgewicht (n=200)	4%	70%	27%
obees (n=112)	4%	76%	20%

* Percentages verschillen significant met regelmatig sporten en BMI (beide $p < 0,05$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Vraag: Hieronder worden verschillende groepen met elkaar vergeleken. In hoeverre bent u het ermee eens dat de ene groep meer voor de basisverzekering moet betalen dan de andere?

Mensen die aan blessuregevoelige sporten doen, mensen die niet aan blessuregevoelige sporten doen, of beiden evenveel.

Tabel A.32 *Percentage verzekerden dat vindt dat een bepaalde groep meer moet betalen voor de basisverzekering (linker of rechter kolom), of dat iedereen evenveel moet betalen (middelste kolom), uitgesplitst naar achtergrondkenmerken**

	Mensen die aan blessuregevoelig e sporten doen	Evenveel	Mensen die niet aan blessuregevoelige sporten doen
Geslacht			
Man (n=295)	43%	47%	10%
Vrouw (n=276)	39%	51%	10%
Leeftijd			
18-39 jaar (n=119)	34%	60%	6%
40-64 jaar (n=259)	39%	54%	7%
65-74 jaar (n=83)	51%	34%	16%
75 jaar en ouder (n=110)	45%	37%	18%
Opleiding			
Laag (t/m LBO) (n=92)	41%	41%	17%
Middel (n=281)	45%	45%	10%
Hoog (HBO/universiteit) (n=187)	35%	58%	7%
Ervaren gezondheid			
Uitstekend/Zeer goed (n=176)	42%	49%	9%
Goed (n=290)	39%	51%	11%
Matig/Slecht (n=101)	45%	45%	11%
Netto maandinkomen			
<1750 euro (n=173)	43%	45%	13%
1750-2700 euro (n=185)	45%	44%	11%
>2700 euro (n=198)	38%	56%	7%
Regelmatig sporten			
Nee (n=245)	44%	47%	9%
Ja (n=314)	39%	51%	11%
BMI			
Geen overgewicht (n=250)	37%	55%	8%
Overgewicht (n=199)	42%	46%	12%
Obees (n=111)	47%	42%	11%

* Percentages verschillen niet significant tussen groepen ($p > 0,05$).

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg november 2015

Bijlage B Methoden

De resultaten in deze kennissynthese zijn gebaseerd op reeds verzamelde data binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Er is gebruik gemaakt van vragenlijsten uit de periode 2015-2017.

B.1 Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is opgericht in 1992 en bestaat momenteel uit bijna 12.000 panelleden van 18 jaar en ouder die zich bereid verklaard hebben om op regelmatige basis vragenlijsten in te vullen over gezondheidsgerelateerde onderwerpen (Brabers e.a., 2015). Het doel van het panel is om onder de algemene bevolking in Nederland meningen en kennis over de gezondheidszorg en de verwachtingen en ervaringen hiermee te meten. Al naar gelang hun eigen voorkeur kunnen panelleden de vragenlijst schriftelijk of via internet invullen.

B.2 Vragenlijsten

We gebruikten resultaten van vijf vragenlijsten uit de periode februari 2015 tot en met februari 2017. Tabel B2.1 geeft het aantal respondenten per vragenlijst weer. Het grootste deel van de respondenten (78%) vulde één van deze vragenlijsten in. Bijna één op de vijf (18%) vulde twee van de vijf vragenlijsten in. Een klein deel van de respondenten vulde 3 vragenlijsten (3%) of 4 of 5 vragenlijsten (samen 1%) in. Als respondenten een vraag in meerdere vragenlijsten hebben beantwoord, is in de analyses het meest recente antwoord van die respondent meegenomen.

Tabel B.1 Aantal respondenten per vragenlijst

Vragenlijst	Aantal respondenten
Februari 2015	896
November 2015	633
Februari 2016	703
November 2016	616
Februari 2017	659

De februaripeiling 2017 bestond uit twee vragenlijsten (versie 1 en versie 2). In vragenlijst versie 1 was de volgorde van de antwoordcategorieën behorende bij de vraag ‘Waarom bent u bij uw huidige zorgverzekeraar gebleven?’ gelijk aan die van 2015 en 2016. In versie 2 stonden de antwoordcategorieën in een andere volgorde. De volgorde bleek van invloed op hoe vaak respondenten de reden ‘tevredenheid over de kwaliteit van zorg’ aankruisten. Bij de andere redenen was er geen verschil in hoe vaak de reden werd aangekruist tussen versie 1 en versie 2. Bij het analyseren van de reden ‘tevredenheid over de kwaliteit van zorg’ is daarom versie 2 niet meegenomen. Bij het analyseren van alle andere redenen zijn beide versies meegenomen.

B.3 Statistische analyses

De data verzameld binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn geanalyseerd met behulp van STATA, versie 14.0. Daarbij zijn beschrijvende analyses uitgevoerd (frequentieverdelingen en kruistabellen). De groepen respondenten zijn qua leeftijd en geslacht niet geheel representatief voor de Nederlandse bevolking. Voor percentages over de totale groep verzekerden is daarom een weging toegepast.

Om relaties tussen variabelen te onderzoeken is gebruik gemaakt van multiple (logistische) regressieanalyses en de chi-2 toets. Multiple (logistische) regressieanalyses zijn gebruikt om relaties tussen vragenlijstuitkomsten en verschillende achtergrondkenmerken in samenhang te toetsen. Relaties tussen verschillende vragenlijstuitkomsten zijn apart getoetst middels chi-2 toetsen. Weergegeven significantieniveaus zijn afkomstig uit regressieanalyses, tenzij is aangegeven dat het een chi-2 toets betrof.