

# Keuzes van werknemers voor een zorgverzekering

*Joost van Genabeek, Rien Huiskamp, Daan Ooms en Romy Steenbeek*

*In dit artikel gaan we nader in op de keuzes die werknemers maken voor een zorgverzekering. Op grond van antwoorden van ruim 1100 werknemers hebben wij bepalende factoren achterhaald voor de keuze van een collectieve dan wel individuele zorgverzekering. Uit het onderzoek komt naar voren dat 34 procent van de werknemers niet actief gebruik maakt van de keuzevrijheid. Desondanks is slechts 7,4 procent van de werknemers slechter af dan nodig. De meeste van de werknemers die niet actief kiezen zijn aangesloten bij een collectieve verzekering via het werk die hen automatisch bepaalde premievoordelen en/of bepaalde voorzieningen biedt.*

## 1 Inleiding

In dit artikel analyseren we het keuzegedrag van werknemers bij het bepalen van een voorkeur voor een zorgverzekering. Waarvoor kiezen ze: een collectieve of een individuele zorgverzekering? En hoeveel werknemers zijn er actief mee bezig? Binnen de sociale zekerheid is dergelijk empirisch onderzoek nog in beperkte mate verricht. In eerder onderzoek naar keuzegedrag van Nederlandse zorgverzekerden wordt deze rol van collectieve contracten niet geanalyseerd (Kerssens en Groenewegen 2005). Lange tijd was hier ook geen reden voor, omdat de keuzemogelijkheden op dit terrein gering waren. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn de keuzemogelijkheden fors uitgebreid. Voor 2006 waren de Nederlanders met een inkomen onder de ziekenfondsgrens verplicht verzekerd bij een erkend ziekenfonds. Sinds 2006 zijn alle Nederlanders verplicht verzekerd voor zorg, maar kunnen voor het afsluiten van een polis kiezen uit alle beschikbare zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars op hun beurt moeten in een basispakket een minimumniveau aan zekerheid bieden

en hebben bovendien een acceptatieplicht: alle burgers die zich aanmelden moeten zij accepteren. Tegen deze achtergrond willen wij een bijdrage leveren aan de kennisontwikkeling van oordeelsvorming en keuzeprocessen in de sociale zekerheid.

De zorgverzekeraars hebben geprobeerd grote groepen burgers aan zich te binden door hen collectieve contracten aan te bieden met premiekortingen. Sinds 2005 is het percentage verzekerden dat deelneemt aan een collectief contract fors toegenomen (van 30 procent in 2005 naar 60 procent in 2009). Tegelijkertijd is het percentage verzekerden met een individueel contract gedaald van 70 procent in 2005 naar 40 procent in 2009 (NZa 2008, 2009). De meest voorkomende doelgroepen voor collectieve zorgverzekeringen zijn werknemers in een bedrijf c.q. een bedrijfstak of sector, waar de werkgever al dan niet samen met vakbonden (of in overleg met de OR) contracten afsluit met een verzekeraar. Andere collectieven niet via het werk zijn uitkeringsgerechtigden (UWV, sociale diensten gemeenten), belangenorganisaties (vakbonden, patiëntenverenigingen, ANWB, sportorganisaties, etc.) en gelegenheidscombinaties zoals klanten van verkooppunten als Albert Heijn, Hema en Kruidvat.

Collectieve zorgverzekeringen zijn over het algemeen voordeliger voor verzekerden dan individuele zorgverzekeringen. Zorgverzekeraars bieden voor deelname aan collectieve zorgverzekeringen kortingen op de premie, variërend van 4 tot 10% (NZa 2009; Roos e.a. 2009). Uit de monitor zorgverzekeringmarkt van NZa blijkt dat collectief verzekerden in 2009 door de premiekortingen gemiddeld 5,3 procent minder zorgverzekeringspremie hebben betaald dan individueel verzekerden (NZa 2009, 35). Deelnemers aan collectiviteiten via het werk profiteren van de hoogste premiekortingen, terwijl deelnemers aan collectiviteiten van patiëntenverenigingen de laagste kortingen krijgen (NZa 2009, 31). Bovendien bieden sommige zorgverzekeraars voor deelname aan collectieve zorgverzekeringen extra voorzieningen of een uitgebreidere dekking van zorgkosten.

Het kiezen van een zorgverzekering kan door collectieve contracten vergemakkelijkt worden. Contractpartijen kunnen het aantal keuzemogelijkheden beperken door alleen keuzes op te nemen die betrekking hebben op eigenschappen of voorkeuren van de doelgroep. Keuzemogelijkheden die voor de doelgroep irrelevant of overbodig zijn, kunnen dan worden weggelaten. Daarnaast bieden collectieve contracten de mogelijkheid om de zorgverzekering toe te snijden op de specifieke behoeften van de doelgroep. Dergelijk maatwerk binnen collectieve contracten maakt het bijvoorbeeld mogelijk om bij bedrijfscollectiviteiten de verzekerde zorg te relateren aan preventie van ziekteverzuim, woon-werkvervoer tijdens revalidatie en zorgverlening in of dicht bij het bedrijf. Bij de andere collectieve verbanden zijn vergelijkbare voordelen te bedenken. Hoewel uit on-

derzoek van de NZa (2008, 2009) blijkt dat dergelijke maatwerkafspraken nog in beperkte mate voorkomen in collectieve contracten, kunnen verwachtingen over maatwerk het keuzegedrag van consumenten beïnvloeden.

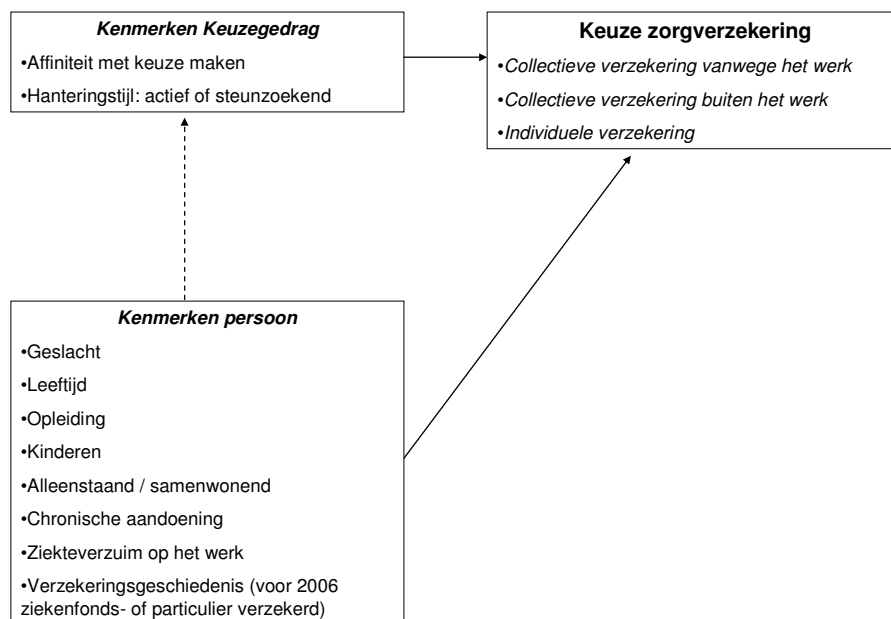
Uit de theoretische inzichten van Kahnemann en Tversky (1979, 1981, 2000) blijkt dat de oordeelsvorming van burgers in sterke mate wordt beïnvloed door de manier waarop de keuzes worden voorgelegd (framing-theorie) en dat mensen beter in staat zijn veranderingen binnen een pakket te beoordelen dan verschillen tussen pakketten (prospect-theorie). Empirisch onderzoek naar keuzes van verzekeringsproducten bevestigen deze inzichten (bijvoorbeeld Johnson e.a. 1993), al zijn deze uitkomsten niet universeel (Kuhberger 1998). Uit onderzoek blijkt dat per land of culturele achtergrond significante verschillen kunnen optreden in het keuzegedrag ten aanzien van een zorgverzekering (Wang en Fischbeck 2004). Nederlandse zorgverzekerden zouden derhalve een significant ander keuzegedrag ten aanzien van zorgverzekeringen kunnen hebben dan de Amerikaanse verzekeringspopulatie waarop de meeste van genoemde onderzoeken zijn gebaseerd.

De collectieve contractvorming in het Nederlandse stelsel is een vorm van 'framing' en biedt bij uitstek mogelijkheden om de oordeelsvorming en keuzegedrag van (groepen) werknemers te onderzoeken. Er bestaat echter ook twijfel over de mogelijkheden van mensen om risico's te beoordelen en op grond daarvan zelfstandig keuzes te maken. Een groeiend aantal studies toont aan dat er grenzen zijn aan het vermogen van mensen om weloverwogen met risico's om te gaan. Mensen laten zich opvallend vaak leiden door emotionele motieven, vooral als het complexere keuzes op de lange termijn betreft (Prast 2005). Onderzoekers spreken in dit verband ook wel van de power of default (Iyengar en Lepper 2000). Als de grens wordt bereikt van de opnamecapaciteit voor informatie en de gevolgen van keuzes niet meer worden overzien, kiezen individuen voor een standaardkeuze. Met de toename van keuzemogelijkheden neemt ook het risico toe een verkeerde keuze te maken. Mensen kiezen er dan voor om niet te kiezen. Wij zijn dan ook speciaal geïnteresseerd in de participatie van werknemers in het keuzeproces. Zijn ze er actief mee bezig en heroverwogen ze een eerder gemaakte keuze? Hebben ze juist geheel geen interesse? Of hebben ze zich er wel in verdiept, maar zijn ze er vervolgens toch niet uitgekomen?

## 2 Vraagstelling, onderzoeksmodel en hypothesen

De centrale vraag is: Welke rol spelen collectieve contracten bij de keuze van een zorgverzekering door werknemers? Het gaat dan om de invloed van gedragskenmerken en persoonskenmerken op de keuze voor een individuele zorgverzekering, een collectieve zorgverzekering buiten het werk of een collectieve zorgverzekering via het werk. De gedragskenmerken omvatten affiniteit met keuzes maken (al of niet bewust keuzes gemaakt), de actieve hanteringstijl (gaan werknemers zelf actief keuzes onderzoeken) en de steunzoekende hanteringstijl (zoeken zij steun door anderen advies te vragen). De persoonskenmerken betreffen: geslacht, leeftijd, opleiding, alleenstaand/samenwonend, thuiswonende kinderen, chronische aandoening, het verzuimpatroon en de verzekeringsgeschiedenis (voor 2006 ziekenfonds- of particulier verzekerd). De verschillende invloeden op de keuze voor een zorgverzekering zijn in onderstaand figuur modelmatig weergegeven.

**Figuur 1** Onderzoeksmodel keuze zorgverzekeringen



De hypothesen zijn toegespitst op de gedragskenmerken. In het onderzoeksmodel beïnvloeden de gedragskenmerken primair de keuze voor een zorgverzekering. De persoonskenmerken bieden achtergrondverklaringen voor zowel het keuzegedrag als voor de uiteindelijke keuzes.

*Hypothese 1: Werknemers die affiniteit hebben met keuzes maken, of een actieve hanteringstijl hebben, kiezen vaker voor een collectieve zorgverzekering buiten het werk.*

We verwachten dat werknemers met affiniteit met keuzes maken of met een actieve hanteringstijl niet direct ingaan op de collectieve zorgverzekering van de werkgever. Zij denken na en overwegen of een collectieve zorgverzekering buiten het werk niet meer voordelen biedt, bijvoorbeeld omdat deze is toegespitst op hun speciale behoeften, of omdat zij voor hun zorgverzekering niet afhankelijk willen zijn van hun werkgever. Deze werknemers kiezen ook minder vaak voor een individuele verzekering.

*Hypothese 2: Werknemers die geen affiniteit hebben met keuzes maken kiezen vaker voor een individuele zorgverzekering.*

Wij verwachten dat werknemers die geen affiniteit hebben met keuzes maken vaker kiezen voor een individuele zorgverzekering. Deze keuze is gemiddeld de minst voordelige omdat deze werknemers geen aanspraak maken op de kortingen op premies van collectieve verzekeringen. De veronderstelling is dat deze werknemers zich minder in de keuzes verdiepen of het kiezen opgeven als ze er niet uitkomen. Zij oriënteren zich minder op partijen die collectieve contracten voor hen hebben afgesloten. Deze werknemers kiezen voor de standaardoptie van de individuele verzekering.

*Hypothese 3: Werknemers met een steunzoekende hanteringstijl kiezen vaker voor een collectieve zorgverzekering via het werk.*

Deze werknemers zullen zich laten leiden door adviezen in hun (werk)omgeving. Bovendien kiezen zij vaker voor de collectieve zorgverzekering via het werk omdat deze optie over het algemeen veel vertrouwen geniet van werknemers.

### **3 Methode**

Begin 2008 hebben we een enquête uitgezet onder 2306 werknemers in Nederland. Deze 2306 werknemers maken sinds 2005 deel uit van een panel van werknemers die vragen beantwoorden over werk, verzuim en ge-

zondheidszorgconsumptie. Hierdoor zijn veel gegevens beschikbaar. De respons op deze enquête was 88,4%, waarvan 1746 personen in aanmerking kwamen voor de analyse van keuzes. In de enquête is gevraagd naar het soort zorgverzekering dat de respondent in 2008 heeft gehad. Hierbij maken we onderscheid tussen een collectieve verzekering via het eigen werk, een collectieve verzekering via het werk van de partner, een collectieve verzekering buiten het werk en een individueel afgesloten zorgverzekering. Bij de collectief verzekerden buiten het werk weten we ook bij welke collectiviteit de verzekering is afgesloten.

Voor het verklaren van een keuze is het van belang dat de groep die onderzocht wordt de verschillende keuzes daadwerkelijk heeft kunnen maken. We selecteerden 1127 respondenten die de mogelijkheid hadden om een collectieve zorgverzekering via het werk, een collectieve zorgverzekering buiten het werk of een individuele verzekering af te sluiten. Niet iedereen kan een verzekering via het werk van de partner afsluiten. We nemen aan dat de keuze voor het afsluiten van een zorgverzekering via het werk van de partner een gezinskeuze is voor het afsluiten van een collectieve zorgverzekering via het werk. Om deze reden voegen we de groepen collectieve verzekering via het werk en collectieve verzekering via het werk van de partner samen.

Werknemers sluiten naast een basisverzekering vaak ook nog een aanvullende polis af waarin extra voorzieningen en vergoedingen zijn opgenomen. Meestal doen zij dat bij dezelfde zorgverzekeraar. Veel zorgverzekeraars presenteren beide onderdelen vaak als één aanbieding. In de vragenlijst zijn geen vragen opgenomen over specifieke keuzes voor een basis- dan wel aanvullende zorgverzekering. In het onderzoek wordt op dit onderscheid dan ook niet nader ingegaan.

We hebben persoonsgegevens verzameld over geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, samenwonen en het hebben van kinderen. Het opleidingsniveau reflecteert de hoogste afgeronde opleiding. Het opleidingsniveau is ingedeeld in drie categorieën: laag (geen opleiding, basisonderwijs, lbo, vbo, vmbo en leerlingwezen), midden (havo, vwo, mbo) en hoog (hbo, wo). Leeftijd is gecategoriseerd in vier klassen: 18-34 jaar, 35-44 jaar en 45-54 jaar en 55-64 jaar. Onder samenwonen scharen we zowel het getrouwd als ongetrouwd samenwonen. Het hebben van kinderen geeft aan of er kinderen zijn onder de 18 jaar die nog thuis wonen. Verder weten we of de respondenten voor de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel verzekerd waren bij een ziekenfonds, of ze een (zelfgerapporteerde) chronische aandoening hadden en wat de duur van hun verzuim was over de periode 2006-2008.

Aan het einde van de enquête beoordeelden de respondenten hun affiniteit tot keuzes maken aan de hand van de volgende vraag: Als u kijkt naar

het maken van een keuze voor een zorgverzekering, hoe kunt u uzelf dan het beste omschrijven? De vraag is een aangepaste versie van affiniteit tot keuzes maken in arbeidsvoorwaarden (Huiskamp e.a. 2010).

De respondenten kregen de volgende antwoordcategorieën voorgelegd:

1. "Ik heb me nooit (erg) in de keuze voor een zorgverzekering verdiept."
2. "Ik heb me wel verdiept in de keuze voor een zorgverzekering, maar ik ben er niet uitgekomen en heb geen specifieke keuze gemaakt."
3. "Ik heb ooit een overwogen keuze gemaakt en me er vervolgens niet meer in verdiept."
4. "Ik heb ooit een keuze gemaakt en houd goed bij of ik mijn keuzes wil veranderen."

De veronderstelling is dat bij uitspraak 1 de minst actieve keuze wordt gemaakt en bij uitspraak 4 de meest actieve. Uitspraak 1 zijn respondenten die zich aan het keuzeproces onttrekken. Uitspraak 2 weerspiegelt een mislukt keuzeproces: de respondent heeft zich er in verdiept, maar geeft het op. Deze antwoordcategorie gebruiken we in de analyse als referentie categorie.

Uit eerder onderzoek onder de respondenten gebruiken we informatie over hun hanteringstijl op basis van een verkorte versie van de Utrecht Coping List (Schreurs e.a. 1993). We gebruiken twee hanteringstijlen: actief (3 items) en steunzoekend (3 items).<sup>1</sup>

In dit onderzoek verklaren we het soort zorgverzekering dat werknemers hebben. Het hebben van een zorgverzekering is exclusief. Dat wil zeggen dat iedere respondent één van de zorgverzekeringsoorten heeft en daarmee automatisch niet één van de andere soorten. We analyseren dit met multinominale logistische regressie (SPSS 17). Met deze methode analyseren we het hebben van twee soorten zorgverzekering ten opzichte van een derde soort. Daarbij wordt rekening gehouden met het feit dat een werknemer maximaal één soort zorgverzekering heeft. In dit onderzoek verklaren we het hebben van een collectieve verzekering die niet via het werk is afgesloten en het hebben van een individueel afgesloten zorgverzekering ten opzichte van het hebben van een collectieve zorgverzekering via het werk. De gegevens zijn gewogen zodat ze representatief zijn voor de Nederlandse bevolking. Wel blijkt het aandeel van de respondenten dat per 1 januari 2008 is overstapt naar een andere verzekeraar, ruim twee keer zo hoog te liggen als het landelijke gemiddelde (7,8 versus 3,6 %). Hierdoor moeten we er rekening mee houden dat de groep respondenten gemiddeld een ac-

---

<sup>1</sup> Alle items hebben vier antwoordcategorieën. Cronbach's alfa is 0,71 voor de actieve hanteringstijl en 0,74 voor de steunzoekende hanteringstijl.

tiever keuzegedrag vertoont dan het landelijke gemiddelde. Details over de wijze van steekproeftrekking zijn elders beschreven (Steenbeek e.a. 2007; Kremer e.a. 2009).

## 4 Resultaten

Een beschrijving van de variabelen in dit onderzoek wordt gegeven in Tabel 1.

**Tabel 1** Beschrijving van variabelen in de dataset (n=1127)

Variabele		% werknemers
Soort verzekering 2008	Collectief via werk	73,3
	Eigen werk	65,9
	Werk partner	7,4
	Collectief niet via werk	8,3
	Individueel	18,3
Soort verzekering 2007	Collectief via werk	71,0
	Collectief niet via werk	8,4
	Individueel	20,6
Geslacht	Man	59,8
Leeftijd	18-34 jaar	21,8
	35-44 jaar	33,3
	45-54 jaar	30,2
	55-64 jaar	14,7
	Opleiding	Laag
	Midden	40,3
	Hoog	46,1
Samenwonend	Ja	75,0
Kinderen	Ja	40,7
Keuze verzekering	Niet verdiept in keuze	23,9
	Wel verdiept, geen keuze gemaakt	10,0
	Ooit overwogen keuze gemaakt	36,8
	Houdt veranderingen bij en kiest bewust	29,3
Actieve hanteringstijl	Ja	46,2
Steunzoekende hanteringstijl	Ja	41,2
Ziekfonds	2005	51,6
Chronische aandoening	ja	36,1
Verzuim	Geen	37,8
	Alle episodes <15 dagen	44,4
	Minimaal 1 episode >15 dagen	17,8



Van de werknemers kiezen de meeste een collectieve zorgverzekering via het werk (73,3%), gevolgd door een individueel afgesloten contract (18,3%) en een collectief contract, niet via het werk (8,3%).

**Tabel 2** Schattingsresultaten voor het hebben van een bepaalde soort verzekering ten opzichte van een collectieve verzekering via het werk

Variabele	Categorie	Soort verzekering ten opzichte van een collectieve verzekering via de werkgever (n=826)	
		Collectief niet via werkgever (n=94) Relatief risico <sup>a</sup> (95% interval)	Individueel (n=207) Relatief risico (95% interval)
Intercept		0,01 <sup>***</sup>	0,61
Geslacht (ref=vrouw)			
- Man		3,63 <sup>*</sup> (1,73; - 7,58)	1,22 (0,79; - 1,87)
Opleiding (ref=midden)			
- Laag		1,02 (0,45; - 2,30)	1,10 (0,60; - 1,84)
- Hoog		1,80 <sup>*</sup> (1,06; - 3,03)	1,01 (0,70; - 1,47)
Leeftijd (ref=35-44)			
- 15-34 jaar		1,38 (0,77; - 2,46)	1,70 <sup>**</sup> (1,15; - 2,64)
- 45-54 jaar		0,67 (0,38; - 1,21)	0,60 <sup>*</sup> (0,38; - 0,92)
- 55-64 jaar		0,60 (0,28; - 1,28)	0,58 <sup>†</sup> (0,34; - 1,01)
Samenwonend (ref=nee)			
- Ja		0,86 (0,51; - 1,40)	0,58 <sup>**</sup> (0,41; - 0,83)
Ziekteverzekering 2005 (ref=nee)			
- Ja		1,48 (0,90; - 2,43)	1,81 <sup>**</sup> (1,25; - 2,62)
Keuze voor verzekering (ref=wel verdiept, geen keuze)			
- Niet in verdiept		1,07 (0,08; 0,39)	0,49 <sup>*</sup> (0,49; 1,20)
- Ooit keuze gemaakt		4,70 <sup>*</sup> (0,04; 0,60)	0,49 <sup>**</sup> (0,93; 2,63)
- Kiest bewust, houdt veranderingen bij		6,19 <sup>**</sup> (0,47; 1,23)	0,64 <sup>†</sup> (0,50; 1,15)
Actieve hanteringsstijl (ref=nee)			
- Ja		3,14 <sup>**</sup> (1,48; - 6,64)	0,92 (0,56; - 1,51)
Steunzoekende hanteringsstijl (ref=nee)			
- Ja		1,47 (0,93; - 2,32)	0,60 <sup>**</sup> (0,42; - 0,85)
Interactie tussen geslacht en actieve hanteringsstijl (ref=overig)			
- Man en actieve hanteringsstijl		0,16 <sup>***</sup> (0,06; - 0,42)	0,59 (0,30; - 1,14)

ref = referentie categorie.

<sup>a</sup> Het relatieve risico (Odds Ratio) is een weergave van de kans op een soort verzekering ten opzichte van 'een collectieve verzekering via het werk' voor een categorie ten opzichte van de referentiecategorie. Een getal groter dan 1 geeft een grotere kans weer en een getal kleiner dan 1 een kleinere kans. Bijvoorbeeld 1,20 is 20 procent meer kans en 0,80 is 20 procent minder kans.

† = p<0,10; \* = p<0,05; \*\* = p<0,01; \*\*\* = p<0,001

Tabel 2 geeft een overzicht van de schattingsresultaten van de multinominale logistische regressie ( $R^2 = 16,4\%$ ). De variabelen thuiswonende kinderen, chronische aandoening en verzuim bleken geen toegevoegde waarde te hebben voor het model en zijn daarom niet meegenomen.

**Persoonskenmerken.** Op de eerste plaats zijn wij nagegaan of de persoonskenmerken geslacht, leeftijd, opleiding en samenwonen een effect hebben op de keuze voor een zorgverzekering. Uit deze analyse komt naar voren dat mannen vaker dan vrouwen een verzekering afsluiten bij een collectieve zorgverzekering buiten het werk. Kijken we naar de leeftijdscategorieën van de werknemers, dan valt op dat de 18-34 jarigen bijna twee keer zo vaak kiezen voor een individuele zorgverzekering dan de 35-44 jarigen. De oudere leeftijdscategorieën (45-54 en 55-65 jarigen) sluiten minder vaak een individuele zorgverzekering af dan de 35-44 jarigen. Bovendien blijkt dat naarmate werknemers ouder zijn, zij vaker kiezen voor een collectieve verzekering via het werk.

Bij de resultaten voor opleidingsniveau blijkt dat hoogopgeleiden bijna twee keer zo vaak een collectieve verzekering buiten het werk kiezen dan werknemers uit de midden en lage opleidingsgroep. Werkenden die samenwonen blijken minder vaak voor een individuele zorgverzekering te kiezen dan alleenstaanden.

**Keuzegedrag.** Werknemers met affiniteit tot keuzes maken, kiezen relatief vaak voor een collectieve zorgverzekering buiten het werk. Het gaat dan zowel om de werknemers die na een overwogen keuze zich er niet meer in verdiepen als om degenen die de keuzemogelijkheden goed bijhouden (de laatste kiezen deze optie het vaakst). Deze groep van bewuste kiezers kiest minder vaak voor een individuele zorgverzekering dan de groep die zich er wel in heeft verdiept maar geen keuze heeft gemaakt (de opgevers). Ook de groep die niet over een keuze nadenkt (zich er aan onttrekt) sluit minder vaak een individuele zorgverzekering af.

Vrouwen met een actieve hanteringstijl kiezen relatief vaak voor een collectieve zorgverzekering buiten het werk. Mannen met een actieve hanteringstijl kiezen relatief vaak voor een collectieve zorgverzekering via het werk. Werknemers met een steunzoekende hanteringstijl kiezen relatief minder vaak voor een individuele zorgverzekering.

## 5 Discussie

Hoe kunnen we de werknemers typeren die voor de drie soorten zorgverzekeringen kiezen?

Werknemers die een collectieve verzekering buiten het werk kiezen zijn relatief vaak man en hoger opgeleid. Het gaat om een groep werknemers met duidelijke wensen en voorkeuren. De onderzoeksresultaten bevestigen de eerste hypothese dat werknemers die affiniteit hebben met keuzes maken, of een actieve hanteringstijl hebben, vaker kiezen voor een collectieve zorgverzekering buiten het werk. Deze groep werknemers kunnen we typeren als bewuste kiezers.

Werknemers die een individuele zorgverzekering kiezen, zijn relatief vaak jong en alleenstaand en waren voor 2006 vaak ziekenfondsverzekerd. De kans is groot dat zij zich hebben verdiept in de keuzemogelijkheden, maar daar niet zijn uitgekomen. Deze typering bevestigt de tweede hypothese, die een verband legt tussen de keuze voor een individuele verzekering en het ontbreken van affiniteit met keuzes maken. Maar gebrek aan affiniteit met keuzes maken is niet de enige verklaring. Er zijn namelijk aanwijzingen dat het keuzegedrag van deze groep ook samenhangt met hun persoonlijke levenssituatie die het maken van keuzes lastig maakt. Zo staan veel jongeren nog aan het begin van hun loopbaan (zijn vaak nog gedeeltelijk schoolgaand of studerend) en hebben om die reden nog geen langdurige band met hun werkgever. Voor hen ligt de keuze voor een collectieve zorgverzekering minder voor de hand. Advies vragen aan anderen is lastig omdat zij vaak alleenstaand zijn en omdat hun relatie met collega's op het werk kortstondig is. Zij komen vaak terecht bij de zorgverzekeraar die voor 2006 hun ziekenfonds was, omdat deze optie het dichtste bij hun oude situatie lijkt te staan. Deze groep werknemers kunnen we typeren als de opgevers.

Werknemers die een collectieve verzekering via het werk kiezen hebben relatief vaker een hogere leeftijd en een samenwonende partner. Door de gemiddeld hogere leeftijd zijn veel van deze werknemers waarschijnlijk al geruime tijd werkzaam. Bij twijfel kunnen zij gemakkelijker advies vragen aan collega's of hun partner thuis. Deze bevinding ondersteunt de derde hypothese die ervan uitgaat dat werknemers met een steunzoekende hanteringstijl vaak kiezen voor een collectieve zorgverzekering via het werk. De kans is groot dat deze groep gemakkelijk tot hun keuze is gekomen. Sommigen hebben zich er nauwelijks in verdiept, anderen (vooral mannen) kiezen actief voor deze optie. Deze groep kunnen we typeren als de gemakkelijke kiezers.

Uit de onderzoeksdata blijkt dat 34 procent van de werknemers niet actief gebruikt maakt van de keuzevrijheid (betreft de categorieën "niet verdiept in keuze" en "wel verdiept, geen keuze gemaakt", zie tabel 1). Desondanks is slechts 7,4 procent van de werknemers die niet actief gebruik maken van de keuzevrijheid, individueel verzekerd en daarmee slechter af dan nodig. Het niet actief gebruik maken van de keuzevrijheid heeft dus

negatieve gevolgen, maar lang niet voor iedereen. Vooral de inactieve kiezers die een collectieve zorgverzekering via het werk afsluiten lijken geluk te hebben. Zij doen weinig moeite om een keuze te maken, maar profiteren wel van vaak aanmerkelijke voordelen. Deze “gemakkelijke kiezers” hebben veel baat bij de ‘framing’ van het keuzeproces door het bedrijf waar zij werken.

De onderzoeksresultaten maken het derhalve aannemelijk dat collectieve contracten een cruciale functie hebben in de framing van keuzemogelijkheden. Bij collectieve contracten buiten het werk zal de framing vooral helderheid moeten verschaffen over vergoedingen, premies en specifieke voordelen, zodat werknemers met een actieve gedragsstijl hun keuzes goed kunnen bijhouden en vergelijkingen kunnen maken met alternatieve aanbiedingen. De framing van de collectieve zorgverzekeringen via het werk zal eerder gericht moeten zijn op het bieden van een goede keus zonder dat de werknemer zich in het keuzeproces hoeft te verdiepen. Op deze wijze krijgen werknemers het idee dat een keuze voor een collectieve verzekering via het werk een voordelige en veilige keuze is.

## 6 Conclusie

Welke rol spelen collectieve contracten bij de keuze van een zorgverzekering door werknemers?

De invloed van keuzegedrag op het kiezen van een collectieve of individuele zorgverzekering hebben wij getoetst aan drie hypothesen. In hoeverre bevestigen de onderzoeksresultaten deze drie hypothesen?

*Hypothese 1: Werknemers die affiniteit hebben met keuzes maken, of een actieve hanteringsstijl hebben, kiezen vaker voor een collectieve zorgverzekering buiten het werk.*

Werknemers die affiniteit hebben met keuzes maken, of een actieve hanteringsstijl hebben, hebben inderdaad een grotere kans om te kiezen voor een collectieve zorgverzekering buiten het werk.

*Hypothese 2: Werknemers die geen affiniteit hebben met keuzes maken kiezen vaker voor een individuele zorgverzekering.*

Deze hypothese behoeft nuancering. Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat werknemers die geen affiniteit hebben met keuzes maken vaker uitkomen bij een individuele verzekering. In dit opzicht wordt deze hypothese bevestigd. Maar het gebrek aan affiniteit hangt vaak ook samen

met de persoonlijke levenssituatie van deze groep, die het kiezen voor een zorgverzekering bemoeilijkt. Als het moeilijk is om een keuze te maken, geef je het kiezen eerder op.

*Hypothese 3: Werknemers met een steunzoekende hanteringstijl kiezen vaker voor een collectieve zorgverzekering via het werk.*

Deze hypothese wordt bevestigd door de onderzoeksresultaten. Werknemers met een steunzoekende hanteringstijl kiezen namelijk vaker voor een collectieve zorgverzekering via het werk dan voor een individuele verzekering.

Uit de onderzoeksresultaten leiden wij af dat 7,4 procent van de werknemers slechter af zijn dan nodig omdat zij hebben gekozen voor een individuele zorgverzekering zonder actief gebruikt te maken van de keuzevrijheid. Deze 7,4 procent is aanzienlijk minder dan de 34 procent die niet actief gebruik maakt van de keuzevrijheid. Het niet actief gebruik maken van de keuzevrijheid heeft dus negatieve gevolgen, maar niet voor iedereen. Vooral de inactieve kiezers die een collectieve zorgverzekering via het werk afsluiten doen weinig moeite om een keuze te maken, maar profiteren wel van de voordelen. Framing van het keuzeproses door het bedrijf of de sector, heeft een gunstig effect voor deze “gemakkelijke kiezers”.

#### **Auteurs**

Joost van Genabeek ([joost.vangenabeek@tno.nl](mailto:joost.vangenabeek@tno.nl)), Rien Huiskamp ([rien.huiskamp@tno.nl](mailto:rien.huiskamp@tno.nl)), Daan Ooms en Romy Steenbeek ([romy.steenbeek@tno.nl](mailto:romy.steenbeek@tno.nl)) zijn allen werkzaam bij TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp

## Literatuur

- Bernstein, P., 1996, *Against the gods – the remarkable story of risk*, John Wiley and Sons, New York.
- Huiskamp, R., D. Ooms en T. de Jong, 2010, Keuzegedrag en arbeidsvoorwaarden: investeren in employability. *Tijdschrift voor HRM*, vol. 13(1).
- Iyengar, S.S en M.R. Lepper, 2000, When choice is demotivating: can one desire too much of a good thing?, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 79(6): 995-1006.
- Johnson, E.J., J.C. Hershey, J. Meszaros en H. Kunreuther, 1993, Framing, Probability Distortions, and Insurance Decisions, *The Journal of Risk and Uncertainty*, vol. 7(1): 35-51.
- Kahneman, D. en A. Tversky, 1979, Prospect theory: An analysis of decision under risk, *Econometrica*, vol. 47(2): 263-91.
- Kahneman, D. en A. Tversky, 2000, *Choices, values and frames*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kerssens, J.J. en P.P. Groenewegen, 2005, Consumer preferences in social health insurance, *European Journal of Health Economy*, vol. 50: 8-15.
- Kremer, A.M. en R. Steenbeek, 2009, Avoidable sickness absence in a Dutch working population, *Journal Occupational Rehabilitation*, vol. 20(1): 81-89.
- Kuhberger, A., 1998. The Influence of Framing on Risky Decisions: A Meta-Analysis, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 75(1): 23-55.
- NZa, 2008, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa, 2009, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- Prast, H., 2005, Emotie-economie: de mythe van de persoonlijke financiële planning, *Tijdschrift voor Politieke Economie*, vol. 27(2): 4-25.
- Roos A.F. en F.T. Schut, 2009, Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen, Onderzoek in opdracht van de NPCF. Instituut Beleid en Management (Erasmus MC), Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schreurs, P.J.G., G. van de Willige, J.F. Brosschot, B. Tellegen en G.M.H. Graus, 1993, Utrechtse coping lijst: omgaan met problemen (UCL), Lisse: Swets Test Services (STS).
- Steenbeek R., A.M. Kremer en F.M.M. van den Heuvel, 2007, Patiëntenperspectief: eerste resultaten van twee metingen. Een onderzoek naar de relatie tussen de ontwikkelingen van arbeidsrelevante klachten, contacten met zorgverleners en verzuim, TNO-rapport, Hoofddorp.
- Tversky, A. en D. Kahneman, 1981, The framing of decisions and the psychology of choice, *Science*, vol. 211(4481): 453-58.
- Wang, M. en P. Fischbeck, 2004, Incorporating Framing into Prospect Theory Modeling: A Mixture-Model Approach, *The Journal of Risk and Uncertainty*, vol. 29(2): 181-97.