

Het keuzegedrag van verzekerden

De invloed van selectief contracteren op de keuze voor een
zorgverzekeraar

Naam	Marjolein Wijnmalen
Studentnummer	334929
Adres	Dorpsstraat 92 2935AD Ouderkerk aan den IJssel
Datum	26 juli 2012
Studiejaar	2011/2012
Begeleider	Dr. T. Laske - Aldershof
Meelezer	Dr. E.A. Stolk

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie ‘het keuzegedrag van verzekerden’ met als subtitel ‘de invloed van selectief contracteren op de keuze voor een zorgverzekeraar’. Deze scriptie is geschreven in het kader van de afronding van mijn bacheloropleiding Beleid en Management van de Gezondheidszorg (BMG) aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Centraal in dit onderzoek staat selectief contracteren. In dit onderzoek vindt u antwoord op de vraag; Wat is de invloed van selectief contracteren waarbij gebruik gemaakt wordt van positieve prikkels op het keuzegedrag van verzekerden voor een zorgverzekeraar?

In het kader van deze scriptie wil ik een aantal mensen bedanken. Allereerst mijn scriptiebegeleidster, mevrouw Laske die ik wil bedanken voor haar hulp en tijd. Daarnaast ben ik Multizorg VRZ dankbaar voor de geboden stage. Ondanks dat mijn stage en scriptie afzonderlijk van elkaar staan, ben ik Multizorg VRZ dankbaar voor het mogen kijken in de ‘echte wereld’ van de zorginkoop. Hierdoor heb ik mij een beter beeld kunnen vormen van het proces van zorginkoop, wat bijgedragen heeft aan het theoretisch kader van deze scriptie.

Tot slot wil ik de meelezer van dit onderzoek bedanken, mevrouw Stolk, voor de aangeboden hulp.

Ouderkerk aan den IJssel, juli 2012

Samenvatting

Door de alsmat stijgende kosten voor de gezondheidszorg gaan verzekerden steeds meer betalen voor minder zorg. De nominale premie die verzekerden betalen voor hun zorgverzekering is van het jaar 2010 naar het jaar 2012 met bijna 12% toegenomen. Ook het eigen risico stijgt, waar men in 2011 de eerste € 170,- aan zorg zelf betaalde, is dit in 2012 € 220,-. Naar verluid zal het eigen risico in het jaar 2013 verder toenemen naar € 350,-. Met invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid gekregen om selectieve contracten af te sluiten met zorgaanbieders om de concurrentie te verhogen. Door de toepassing van selectief contracteren kunnen zorgverzekeraars de zorgaanbieders stimuleren doelmatiger te werken en kunnen bepaalde kwaliteit- en prijsafspraken gemaakt worden. Een soortgelijk systeem toegepast in Amerika zorgde al voor minder zorguitgaven.

Een voorwaarde voor het slagen van dit concept is dat verzekerden een kritische houding innemen tegenover zorgverzekeraars en kiezen voor de verzekeraar met de beste kwaliteit/prijsverhouding. Ook dienen zij de beperking in de keuze voor een zorgaanbieder te accepteren. Alleen wanneer verzekerden daadwerkelijk de keuze maken voor een geprefereerde zorgaanbieder, kan de zorgverzekeraar meer macht uitoefenen in de onderhandelingen en zorgaanbieders prikkelen om doelmatiger te werken. In Nederland wordt selectief contracteren door zorgverzekeraars wel toegepast, maar in geringe mate. Veelal wordt een groot gedeelte van de zorgaanbieders gecontracteerd en wordt niet-gecontracteerde zorg voor een groot gedeelte vergoed.

De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt; Wat is de invloed van selectief contracteren waarbij gebruik gemaakt wordt van positieve prikkels op het keuzegedrag van verzekerden voor een zorgverzekeraar? Uit eerder onderzoek is gebleken dat verzekerden vaak wantrouwend zijn tegenover een zorgverzekeraar die hen tracht te sturen naar een bepaalde geselecteerde zorgaanbieder. Eerder onderzoek toont aan dat verzekerden op zich niet negatief staan tegenover selectief contracteren, 61 procent vindt dit goed. Wel lijken verzekerden ontevreden over de mate waarin zij geïnformeerd worden over de gebruikte selectiecriteria. Daarnaast prefereren verzekerden een beperkt aanbod indien dit gepaard gaat met een sterke toename in kwaliteit van zorg.

Ook dit onderzoek heeft positieve uitkomsten ervan uitgaande dat een toename in de toepassing van selectief contracteren gewenst is. De keuze voor een zorgverzekeraar bleek voor 56,6% afhankelijk van het feit of de zorgverzekeraar wel of geen selectieve contracten had gesloten. Respondenten bleken bereid €163,00 per jaar meer te betalen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten heeft gesloten met ziekenhuizen op minimaal 15 minuten afstand, dan voor een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt. Indien verzekerden

kiezen voor een geprefereerd ziekenhuis hoeven zij het verplicht eigen risico van €220,00 niet te betalen. Wanneer de zorgverzekeraar ziekenhuizen contracteert waar verzekerden minimaal 45 minuten voor moeten reizen, zijn verzekerden bereid meer te betalen voor een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt. In dit geval betalen verzekerden ook het verplicht eigen risico wanneer zij zorg gebruiken. De reisafstand speelt dus een rol in de keuze tussen een zorgverzekeraar die wel en een zorgverzekeraar die geen selectieve contracten afsluit. Wel kunnen groepen onderscheiden worden die minder bereid zijn te betalen voor een zorgverzekeraar waarbij het kan voorkomen dat zij langer moeten reizen dan het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het betreft hier mannen, hoogopgeleiden, verzekerden met een hogere ervaren gezondheid en verzekerden die hun opnamekans op 0% inschatten.

Ook de kwaliteit van de zorgverzekeraar bleek voor een groot gedeelte (40,7%) bepalend in de keuze voor een zorgverzekeraar. Hierbij zijn verzekerden bereid minstens €133,00 per jaar meer te betalen voor een zorgverzekeraar waarvan de kwaliteit van de polisinformatie meer dan voldoende is, in vergelijking tot een zorgverzekeraar die hier een voldoende op scoort. Wel is een daling in betalingsbereidheid zichtbaar wanneer de kwaliteit van polis informatie toeneemt van zeer goed naar uitstekend. Verzekerden blijken dus tevreden met een zeer goede kwaliteit en hechten geen meerwaarde aan polis informatie van uitstekende kwaliteit. Deze bevindingen kunnen zorgverzekeraars doen besluiten hun kwaliteit van polis informatie te verhogen, aangezien verzekerden hier daadwerkelijk meer voor willen betalen!

Abstract

With the constantly rising healthcare costs, insured persons pay more for less healthcare. The premium for health insurance increased with almost 12% between 2010 and 2012. The amount insured pay for mandatory excess increased from €170,- in 2011 to €220,- in 2012. The mandatory excess is expected to rise to €350,- in 2013. With the introduction of the Health Insurance Act (HIA) in 2006, insurers have the opportunity to enter into contract with a number of rather than all health care providers. This phenomenon is also known as preferred providership. Its aim is to increase the competition among health insurers. Using selective contracting, insurers stimulate providers to work more efficiently and can conclude price and quality agreements. The application of a similar system in America resulted in less health care expenditures.

A condition for the success of this concept is that insured take a critical attitude towards insurers and choose the insurer with the best quality / price ratio. They also need to accept restrictions in the choice for a provider. Only when the insured actually choose a preferred provider, the insurers may have more bargaining power in negotiations and can encourage incentive providers to work more efficiently. In the Netherlands, selective contracting is applied only marginally. Often, a large portion of the providers is contracted and insurers compensate non-contracted care to a large extent.

The central question in this study is; What is the influence of selective contracting, using positive financial incentives, on the choice behaviour of insured for a health insurer? Previous research suggested that insured often are suspicious against an insurer who tries to send them to a preferred provider. Previous research suggests that insured persons are not disposed towards selective contracting, 61 percent believes this is good. However, insured seem dissatisfied with the extent to which they are informed of the selection criteria used by the insurers. In addition, insured preferred a limited supply of providers if this leads to a large increase in quality of healthcare.

This study has shown positive outcomes under the assumption that an increase in the use of selective contracting is required. The choice of a particular health insurance appears to be 56.6% dependent on the application of selective contracting by the insurer.

Respondents were willing to pay €163,00 per year more for a health insurer that has entered into selective contracts with hospitals at least 15 minutes away, compared to insurers offering a free choice of healthcare providers. In exchange, insured do not have to pay their mandatory excess if they choose a preferred hospital. If the insurer has entered into selective contracts with hospitals at least 45 minutes away, insured are willing to pay more for a health insurer excess offering free choice of healthcare providers. In this case the insured are also required to pay their mandatory excess. Accordingly, an insured's travelling distance towards

a preferred healthcare provider determines the choice between an insurer who selecting providers and one that offers free choice. However, groups can be distinguished that are less willing to pay for a health insurer whereby it is possible that they have to travel longer than the nearest hospital. These are men, highly educated, insured with a higher perceived health and insured persons who expected their change for hospitalization on 0%

In addition, the quality of the health insurer seems to play a important role (40,7%) in the choice for a health insurer as well. Insured are willing to pay at least €133,00 per year more for health insurers with a more than sufficient level of policy information, compared to insurers having only a sufficient score. However, this willingness to pay decreases when the quality of policy information increases from very good to excellent. Insured seem satisfied with a very good quality of policy information and do not attach more value to policy information with a excellent quality. These findings may help insurers decide to improve their quality of policy information, since insured are actually willing to pay more for a better quality!

Inhoud

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
ABSTRACT	5
INLEIDING	8
2. THEORETISCH KADER	10
2.1 AANBODFACTOREN	11
2.1.1 SELECTIEF CONTRACTEREN	11
2.1.2 PREMIE	17
2.1.3 EIGEN RISICO	18
2.1.4 AANBODFACTOREN EN OVERSTAPBEREIDHEID	18
2.2 VRAAGFACTOREN	20
2.3 OMGEVINGSFACTOREN	21
3. ONDERZOEKSOPZET	23
3.1 METHODEN	23
3.2 WERVEN VAN RESPONDENTEN	27
3.3 DATA-ANALYSE	27
4. RESULTATEN	30
4.1 ACHTERGRONDKENMERKEN RESPONDENTEN	30
4.2 VIGNETSTUDIE	31
6. CONCLUSIE	47
7. LITERATUURLIJST	50
8. BIJLAGEN	58
BIJLAGE 1	58

Inleiding

De zorguitgaven in Nederland zijn hoog en lijken snel en in sterke mate te stijgen. De stijging in zorguitgaven is voornamelijk te wijten aan de toenemende vergrijzing, dure nieuwe technologieën en geneesmiddelen, medicalisering en een stijging van welvaartsziekten (Verzekeringssite 2011a). Dit resulteert in een toename van de kosten van een zorgverzekering. Waar de gemiddelde nominale premie in het jaar 2010 onder de €1150,00 bleef, bedraagt de gemiddelde nominale premie voor het jaar 2012 €1287,00. Dit komt neer op een stijging van 11,9% in twee jaar. Wanneer deze trend voortzet, zouden verzekerden binnen 9 jaar het dubbele aan premie betalen in vergelijking tot het jaar 2010.

Daarnaast is het eigen risico met 50,00 euro toegenomen ten opzichte van het jaar 2011. Dit komt neer op een eigen risico van 220,00 euro. Naar verluid zal het eigen risico in het jaar 2013 nog verder toenemen naar €350,00 (Rijksoverheid 2012). Daarbij komt dat het basispakket afgeslankt wordt. Zorg uit het basispakket wordt deels overgeheveld naar de aanvullende verzekering (AD 2011), waardoor men meer moet betalen voor minder zorg. Verzekerden gaan ieder jaar rond december weer nadenken over het overstappen van zorgverzekeraar. De premies voor het jaar 2012 verschillen erg per zorgverzekeraar. Zo is het premieverschil tussen de goedkoopste en duurste zorgverzekeraar voor de basisverzekering dit jaar 240,00 euro (Verzekeringssite 2011b, Vektis 2012:15). Door dit verschil kan het voor verzekerden lonend zijn om de keuze te maken voor een andere zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar speelt een belangrijke rol in het zorgstelsel, namelijk die van zorginkoper en wordt geacht zorg in te kopen met een goede prijs/kwaliteit verhouding. Deze goede prijs/kwaliteit verhouding moeten zij zien te behalen door de juiste zorgaanbieders te selecteren en hiermee contracten te sluiten, ook wel selectief contracteren genoemd. Wanneer zorgverzekeraars in staat zijn hun verzekerden daadwerkelijk te sturen naar deze geprefereerde zorgaanbieders, kunnen zij zorgaanbieders prikkelen om doelmatiger te werken. Zo kunnen zij zorgaanbieders met een mindere kwaliteit of een te hoge prijs uitsluiten. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs. Er kan dan vooraf een budget afgesproken worden, welke afgeleid is uit de cijfers van het voorgaande jaar en waarbij de eis wordt gesteld dat de zorgaanbieder minimaal hetzelfde aantal patiënten behandelt.

Uiteindelijk zal dit er toe leiden dat de zorgkosten, en daarmee de premie, minder hard stijgen. Een voorwaarde hiervoor is wel dat verzekerden een kritische houding innemen tegenover hun zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Alleen wanneer zij ook de keuze maken voor de aanbieder met de juiste prijs/kwaliteit verhouding, en dus kiezen voor een geprefereerde aanbieder, zal het principe van selectief contracteren lonend zijn. In dit

onderzoek zal dan ook onderzocht worden of selectief contracteren van de zorgverzekeraar van invloed kan zijn op het keuzegedrag van verzekerden. Meer specifiek worden de doelstelling, probleemstelling en deelvragen onderstaand weergegeven.

De **DOELSTELLING** van dit onderzoek is het identificeren van de effecten van selectief contracteren en de daarmee samenhangende eventuele korting op de premie en/of het verplicht eigen risico op het keuzegedrag van verzekerden. Hierbij zal er een indeling in groepen gemaakt worden, waarmee onderzocht zal worden of bepaalde groepen ongevoelig zijn voor deze effecten.

PROBLEEMSTELLING: Wat is de invloed van selectief contracteren waarbij gebruik gemaakt wordt van positieve prikkels op het keuzegedrag van verzekerden voor een zorgverzekeraar?

DEELVRAGEN

1. Wat wordt verstaan onder selectief contracteren?
2. In hoeverre wordt selectief contracteren toegepast in Nederland?
3. Welke factoren spelen een rol in de keuze voor een zorgverzekeraar met of zonder selectieve contracten?
4. Welke groepen zijn ongevoelig voor positieve prikkels als gevolg van selectief contracteren van zorgaanbieders?

De opbouw van dit onderzoek ziet er als volgt uit; In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader beschreven aan de hand van de reeds bekende literatuur omtrent de geformuleerde probleemstelling en deelvragen. De eerste twee deelvragen worden beantwoord met behulp van een literatuurstudie, deze zullen in hoofdstuk 2.1 van het theoretisch kader aan bod komen. Ook de tot nu toe vergaarde kennis over leerdoel drie zal besproken worden in hoofdstuk 2.1. Nadere informatie dat in verband gebracht kan worden met de laatste twee deelvragen zal voortkomen uit het onderzoek. In hoofdstuk 3 komt de onderzoeksopzet aan bod, waarin het empirisch model over de verwachte relaties van de te onderzoeken variabelen met het keuzegedrag van verzekerden en de wijze waarop dit onderzoek uitgevoerd is besproken wordt. De resultaten en discussie komen respectievelijk in hoofdstuk 4 en 5 aan de orde. Achtereenvolgens wordt in hoofdstuk 6 de conclusie van dit onderzoek beschreven en is de literatuurlijst opgenomen in hoofdstuk 7. Tot slot zijn bijlage opgenomen in hoofdstuk 8.

2. Theoretisch kader

Om de gezondheidszorg zo betaalbaar mogelijk te houden heeft zich in 2006 een verandering van het zorgstelsel voltrokken. Tot het jaar 2006 was de Wet op de zorgtoeslag (WTZ) in Nederland van kracht, waarbij de financiële toegankelijkheid centraal stond. In het jaar 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) in Nederland ingevoerd, dit heeft tot doel het verhogen van de doelmatigheid, minder centrale sturing en een goede toegankelijkheid (Eerste kamer 2011). Centraal in de stelselwijziging staat de concurrentie tussen zorgverzekeraars, dit moet helpen de kosten in de hand te houden. Er bestaat meer ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars, doordat zorgverzekeraars in het huidige stelsel de mogelijkheid krijgen om selectieve contracten te sluiten met bepaalde zorgaanbieders (Eerste kamer 2011).

Met de invoering van de zorgverzekeringswet zijn zowel de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar als die van de verzekerden toegenomen. Zoals reeds vermeld in de inleiding wordt de zorgverzekeraar geacht zorg in te kopen met een goede prijs/kwaliteit verhouding. Ook voor verzekerden is een belangrijke rol weggelegd binnen het nieuwe zorgstelsel. Van verzekerden wordt verwacht dat zij voldoende kritisch zijn om een overwogen keuze te maken voor een zorgverzekeraar met de beste prijs/kwaliteit verhouding. Verzekerden moeten de zorgverzekeraars als het ware prikkelen door een kritische keuze te maken voor een zorgverzekeraar. De efficiëntie van het systeem is mede afhankelijk van de voorkeuren van verzekerden en hun bereidheid om afwegingen te maken tussen de prijs en verschillende aspecten van kwaliteit van de zorgverzekeraar (Van den Berg e.a. 2008:2454).

In de volgende hoofdstukken wordt aandacht besteed aan de reeds onderzochte factoren die een rol spelen bij het keuzegedrag van verzekerden. Deze factoren worden geordend aan de hand van het conceptueel model van Anderson en Bartkus. Deze auteurs stellen dat de factoren die een rol spelen bij het keuzegedrag onderverdeeld kunnen worden in drie categorieën; aanbodfactoren, vraagfactoren en omgevingsfactoren (Anderson e.a. 1973). Aangezien selectief contracteren centraal staat in dit onderzoek, is het van belang dat dit begrip eerst verhelderd wordt. Dit begrip valt onder de aanbodfactoren, welke als eerst besproken zullen worden.

2.1 Aanbodfactoren

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de kenmerken van een zorgverzekeraar, de aanbodfactoren, een rol kunnen spelen in de keuze voor een zorgverzekering. Aangezien selectief contracteren centraal staat in dit onderzoek en geschaard kan worden onder de kenmerken van een zorgverzekeraar, zal dit onder meer in dit hoofdstuk ter sprake komen. Om de deelvragen en uiteindelijk de probleemstelling te kunnen beantwoorden, zullen eerst deelvragen 1 en 2 beantwoord worden; wat wordt verstaan onder selectief contracteren en in hoeverre wordt selectief contracteren in Nederland toegepast (2.1.1). Ook zal in dit hoofdstuk het belang van selectief contracteren omschreven worden. Daarnaast komen de volgende onderwerpen aan bod; premie (2.1.2), het eigen risico (2.1.3) en aanbodfactoren in relatie tot overstapbereidheid (2.1.4).

2.1.1 Selectief contracteren

Zoals reeds vermeld, is één van de doelstellingen van de Zorgverzekeringswet het verhogen van de concurrentie, door zorgverzekeraars de mogelijkheid te bieden om selectieve contracten af te sluiten met voorkeursaanbieders. Economische concurrentie wordt gedefinieerd als de marktcondities gebaseerd op het aantal leveranciers dat aanwezig is om aan de vraag van de consumenten te kunnen voldoen, en het gemak waarmee nieuwe organisaties de markt kunnen betreden of kunnen verlaten. In de gezondheidszorg vindt concurrentie plaats onder en tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, farmaceutische bedrijven en bedrijven die gezondheidsproducten en diensten aan patiënten verlenen, waarbij dit onderzoek zich primair richt op concurrentie tussen zorgverzekeraars (Song e.a. 2008).

De kenmerken van de gezondheidszorg zorgen ervoor dat concurrentie moeilijker verloopt dan op andere markten. Zo is een noodzakelijke voorwaarde voor een goed functionerende vrije markt dat de vragers en aanbieders geïnformeerd zijn over de kwaliteitprijsverhouding van de verhandelde producten of diensten. Binnen de markten van de gezondheidszorg bestaan drie partijen; zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierbinnen heerst vaak informatieasymmetrie, de informatie is ongelijk verdeeld over de verschillende partijen (Schut en Rutten 2009:249).

Specifiek gericht op de zorgverzekeringsmarkt beschikken zorgverzekeraars niet over de medisch inhoudelijke kennis die een zorgaanbieder bezit. Om hier toch intern meer kennis over te bezitten worden vaak medisch adviseurs ingeschakeld. Naast het probleem van informatieasymmetrie geldt dat door een groot aantal fusies en overnamen het aantal zorgverzekeraars drastisch is afgenomen (Schut en Rutten 2009:249). Als gevolg van deze fusies en overnamen zijn er in 2012 nog negen zorgverzekeringsconcerns over met in totaal

26 risicodragers. In 2012 zijn vijf kleine zorgverzekeraars actief, ONVZ, Zorg en Zekerheid, DSW, ASR en Eno. De grote zorgverzekeraars zijn Achmea, VGZ, CZ en Menzis. De grote vier concerns bezitten gezamenlijk 90,1% van het marktaandeel (NZa 2012a:28).

De verdeling van het marktaandeel bemoeilijkt het toetreden van nieuwe zorgverzekeraars tot deze markt. Ook de kleinere zorgverzekeraars hebben moeite zich staande te houden tussen deze grote concerns. Het is voor hen lastiger om goede afspraken te maken met zorgaanbieders, omdat zij gezien hun kleiner marktaandeel minder macht bezitten in de onderhandelingen. Om meer concurrentie te kunnen bieden aan de grotere zorgverzekeraars hebben de kleinere verzekeraars gezamenlijk het initiatief genomen om een zorginkoopcombinatie te ontwikkelen, Multizorg VRZ. In de regio waarin een bij Multizorg VRZ aangesloten verzekeraar marktleider is, geschiedt de zorginkoop door deze verzekeraar zelf. Vervolgens kunnen de overige, bij Multizorg VRZ aangesloten, verzekeraars zich hier bij aansluiten. De zorg in de overgebleven regio's, waar geen van de aangesloten verzekeraars marktleider is, wordt door Multizorg VRZ ingekocht. Desondanks blijft het voor deze kleinere zorgverzekeraars moeilijk zich staande te houden tussen de grote concerns. Ook in de onderhandelingen ondervinden zij dikwijls moeilijkheden door de, in vergelijking tot de grote concerns, kleine inkoopmacht (Multizorg VRZ 2012).

Daarnaast verhoogt de wet- en regelgeving die van toepassing is op de zorgverzekeringsmarkt de toetredingsdrempel voor nieuwe zorgverzekeraars en het voortbestaan van kleinere zorgverzekeraars. Zo is de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet op het financieel toezicht (Wft) van toepassing. In deze laatste wet is vastgelegd dat een vergunning van de Nederlandse Bank noodzakelijk is voor toetreding. De grootste belemmering hierbij is de hoge kapitaaleisen die gesteld worden (Pels Rijcken & Droogleeffer Fortuijn 2012). Daarnaast bezitten bestaande partijen een bepaalde inkoopmacht, waarmee zij bij het contracteren van zorgaanbieders gunstige voorwaarden en/of lagere prijzen bedingen. Voor een nieuwe toetredster die deze macht niet bezit, kan dit moeilijk zijn (NZa 2012a:28).

Belang, definitie en toepassing van selectief contracteren

In het uitgavenbeheer van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ), dat in 2008 is gepubliceerd, wordt de noodzaak van selectief contracteren aangeduid. Er wordt vermeld dat zorgverzekeraars doelmatiger gaan handelen, wanneer zij een hoger risico lopen, dit wordt ondersteund door bevindingen van een overeenkomstig systeem toegepast in Amerika (Kralewski e.a. 2000, Miller en Luft 1991, Liu e.a. :209, Ministerie van VWS 2012:11). De RVZ geeft het advies om selectieve contracten met zorgaanbieders te sluiten, om zo het risico voor zorgverzekeraars te verhogen (RVZ 2008:10). Ook in het hoofdlijnenakkoord van

2012 wordt aangegeven dat de selectieve inkoop door zorgverzekeraars sterk uitgebreid dient te worden (Ministerie van VWS 2011:4).

In de Nota vraag aan bod van de tweede kamer wordt een voorkeursaanbieder, ook wel preferred provider arrangement genoemd, omschreven als een door de zorgverzekeraar getroffen selectieve regeling met aanbieders van zorg (2001:47). Ofwel zorgverzekeraars contracteren niet alle zorgaanbieders, maar een selectie hiervan. De criteria waarop zorgverzekeraars deze zorgaanbieders selecteren is door de verzekeraars zelf te bepalen. Zo kunnen zij bepaalde kwaliteit- en prijscriteria opgesteld hebben waarmee zij bepalen welke zorgaanbieders de beste zorg kunnen leveren. De overige zorgaanbieders zullen niet door de verzekeraar gecontracteerd worden, hiermee worden dus ook geen prijs- en kwaliteitsafspraken gemaakt. Wanneer meerdere verzekerden daadwerkelijk de keuze maken voor een gecontracteerde aanbieder, heeft de zorgverzekeraar in de toekomst meer macht om de zorgaanbieder te motiveren om doelmatiger te werken, dit zal uiteindelijk resulteren in korting op de premie.

Zorgverzekeraars kunnen het selectief contracteren op verschillende wijzen vormgeven. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve prikkels. Verzekeraars zijn in 2009 gestart met het afgeven van 'positieve prikkels' door informatie en advies te geven voor de keuze van zorgaanbieders en er zo voor te zorgen dat verzekerden werkelijk de keuze maken voor een preferente aanbieder, bijvoorbeeld door kortere wachtlijsten en hogere kwaliteit. De helft van de verzekeraars is in 2009 gestart met het afgeven van deze positieve 'prikkels' (Boonen 2009:24).

Een andere manier waarop verzekeraars hun verzekerden naar een voorkeursaanbieder kunnen sturen (door middel van positieve prikkels), is door een korting te geven op het eigen risico (Boonen 2009:24). Zo hoeven verzekerden verzekerd bij bepaalde concerns van Achmea, Salland en Zekur hun verplicht eigen risico niet te betalen bij bepaalde behandelingen. De Friesland (concern van Achmea) stelt zijn verzekerden vrij van het betalen van zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico voor bepaalde psychische behandelingen genoten bij een geprefereerde aanbieder (Kiesbeter 2012). Daarnaast zijn er ook zorgverzekeraars die tegen selectief contracteren zijn en de keuzevrijheid van hun verzekerden voorop stellen. Zo geeft zorgverzekeraar ONVZ aan dat de keuze van de verzekerden voorop staat en dat verzekerden hierin dan ook optimale vrijheid krijgen (ONVZ 2012)

Naast bovengenoemde manieren van selectief contracteren, waarbij positieve prikkels worden afgegeven, kunnen zorgverzekeraars ook kiezen voor het afgeven van negatieve prikkels. Zorgverzekeraars kunnen hierbij bepalen dat zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder niet vergoed of slechts voor een gedeelte vergoed wordt. Hierbij worden verzekerden niet beloond voor het kiezen van de voorkeursaanbieder, maar gestraft

voor het kiezen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (NZa 2009b:36). Uit onderzoek is echter gebleken dat verzekerden minder gevoelig zijn voor positieve financiële prikkels, dan voor negatieve. Een positieve prikkel moet daardoor sterker zijn in verhouding tot een negatieve, om hetzelfde effect te bewerkstelligen (Boonen e.a. 2009:680).

Uit het in Amerika toegepaste managed care system, dat overeenkomsten vertoont met het selectief contracteren van zorgaanbieders, blijkt dat het selectief contracteren van zorgaanbieders voordelen kan bieden. Zo heeft dit systeem in Amerika gezorgd voor een toename in kwaliteit en een afname in kosten voor ziekenhuiszorg. In het eerste jaar na invoering van dit systeem is gemiddeld 1030 dollar per verzekerde bespaard op ziekenhuiszorg (Batata 2004:961). Onderzoek van Shen e.a. (2004) vond een verlaging van de kosten van 18% voor ziekenhuizen in hoge HMO¹ gebieden in verhouding tot ziekenhuizen in lage HMO gebieden. Shin e.a. (2007) ondersteunt dit door aan te tonen dat individuen minder geneigd zijn zorg te gebruiken wanneer het systeem van HMO toegepast wordt.

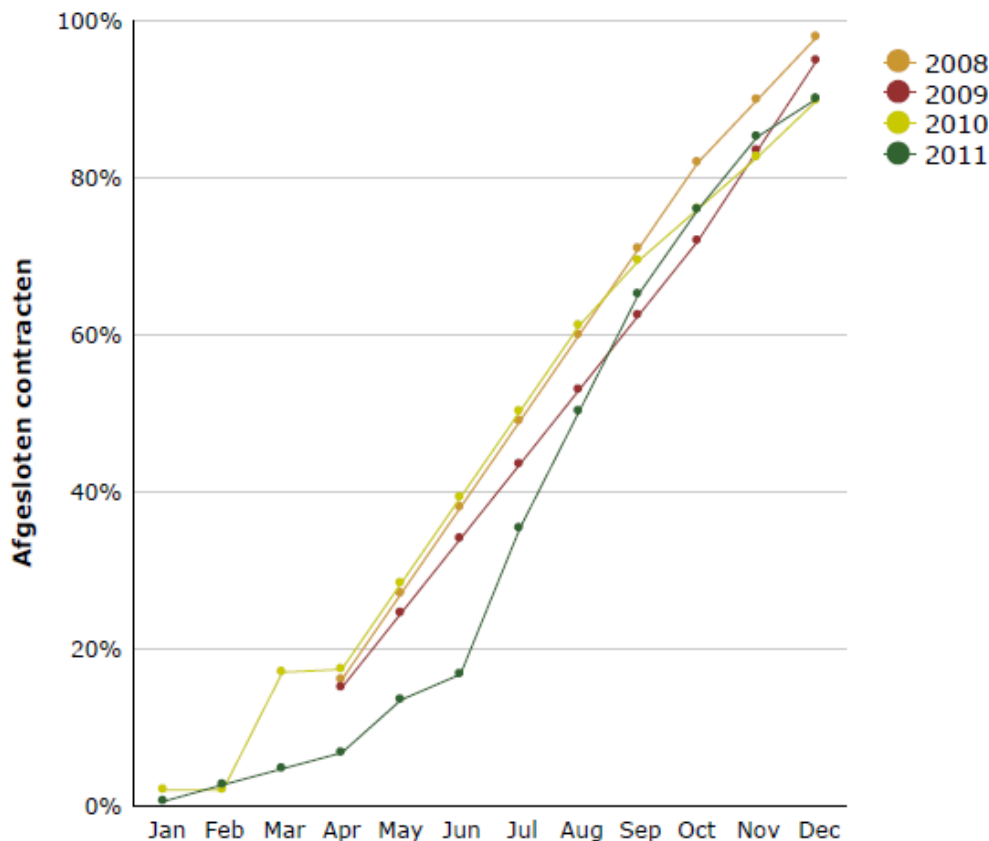
Daarnaast wordt verwacht dat de toegang tot gezondheidszorg toeneemt, wanneer de productie van gezondheidszorg meer efficiënt verloopt als gevolg van selectief contracteren (Liu e.a. 2007:200). Wanneer er minder over- en onderbehandelingen plaatsvinden en de zorg zo doelmatig mogelijk is, wordt geld bespaard. Hierdoor zullen de zorgkosten in mindere mate toenemen, wat resulteert in een lagere stijging van de nominale premie voor een zorgverzekering. Ook kan de toepassing van selectief contracteren de kwaliteit van de gezondheidszorg verhogen. Met de invoering van selectief contracteren worden zorgaanbieders die niet kunnen aantonen dat zij voldoen aan de door de zorgverzekeraar gestelde kwaliteitseisen, niet gecontracteerd. Daarnaast kan een specificatie van gezondheidszorg in het contract, aan de hand van standaarden opgesteld door beroepsgroepen, de kwaliteit van zorg verbeteren. Tot slot kunnen zorgverzekeraars uitkomsttargets in het contract vaststellen en zorgaanbieders stimuleren door vergoedingen te bieden op basis van prestaties (Liu e.a. 2007:208).

Contracteergraad

In Nederland hadden in het jaar 2009 18 van de 30 zorgverzekeraars in hun modelovereenkomst opgenomen dat zij gebruik zouden kunnen maken van geprefereerde zorgaanbieders. In dat jaar hadden 15 zorgverzekeraars ziekenhuizen gecontracteerd die niet ten laste komen van het verplicht eigen risico. In totaal heeft dit betrekking op 58% van de verzekerden (NZa 2009b:25). In 2011 heeft inmiddels 70% van de verzekerden een

¹ Health Maintenance Organizations (HMO's) zijn organisaties in de VS waarbij verzekerden voor een vast bedrag per jaar gebruik kunnen maken van gezondheidszorg. HMO-verzekerden betalen een vaste periodieke premie inruil hiervoor kunnen zij bepaalde behandelingen ondergaan. Alleen als de HMO de benodigde hulp niet zelf kan verlenen, worden de kosten van de door niet-HMO-medewerkers verleende zorg vergoed (Schut & Rutten 2009:163).

zorgverzekering met gecontracteerde zorg (NZa 2011a:8). Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn echter nog voorzichtig in hun onderhandelingen. In figuur 1 is te zien dat in het jaar 2011 90% van de zorgaanbieders nog gecontracteerd is (NZa 2012b:28). Wel is een vooruitgang vanaf het jaar 2010 zichtbaar in de onderhandelingen voor de vergoeding van ziekenhuiszorg (NZa 2011b:71, NZa 2012b:28)



Figuur 1: Ontwikkelingen percentage afgesloten contracten

De negatieve prikkels die zorgverzekeraars afgeven met betrekking tot selectief contracteren zijn de afgelopen jaren toegenomen. In het jaar 2007 ontving 50% van de verzekerden een totale vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, in het jaar 2009 bedroeg dit 28%. Daarnaast wordt het percentage vergoeding dat de verzekerden ontvangen voor niet-gecontracteerde zorg lager. In het jaar 2007 kreeg slechts 0,5% van de verzekerden minder dan 80% vergoeding, in het jaar 2009 was dit 32% (NZa 2009b:37).

Hiermee werden echter geen grote positieve financiële effecten bereikt, omdat het verschil in vergoeding voor niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorgaanbieders laag was. Daarnaast hadden de meeste zorgverzekeraars een overeenkomst met bijna alle zorgaanbieders, waardoor het financiële effect van deze beperkte selectieve contracten gering is (NZa 2009b:37). Voor het jaar 2011 geldt dat zes miljoen verzekerden 80% van de zorgkosten vergoed krijgen wanneer zij gebruik maken van een niet-gecontracteerde

zorgaanbieder. Voor nog ruim vijf miljoen verzekerden is deze vergoeding beperkt tot 75% (NZa 2011a:8).

De mogelijkheid van zorgverzekeraars om zorgaanbieders selectief te contracteren is mede afhankelijk van de verzekerden. Om het systeem van selectief contracteren goed te laten functioneren, moeten verzekerden de beperking in de keuze voor een zorgaanbieder accepteren (Boonen 2009:20). Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat verzekerden de selectieve contracten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder wantrouwen. Voor verzekerden is het moeilijk vooraf de kwaliteit van de zorg van de preferente zorgaanbieder te bepalen. Een andere mogelijke verklaring voor de angst van zorgverzekeraars om het systeem toe te passen kan zijn dat verzekerden een bepaalde vertrouwensband hebben opgebouwd met een zorgaanbieder. Deze vertrouwensband is over het algemeen het hoogst bij tandartsen en huisartsen. Andere motieven voor een hoge contracteringsgraad van een zorgverzekeraar kunnen de hoge administratieve lasten en de inspanning die het opstellen van selectiecriteria vergt zijn. (NZa 2009b:25).

Het is voor de beheersing van de zorguitgaven van belang dat zorgverzekeraars selectieve contracten afsluiten met geprefereerde zorgaanbieders en dat verzekerden hier ook werkelijk voor kiezen. Wanneer verzekerden niet kiezen voor een geprefereerde aanbieder, wordt het voor zorgverzekeraars lastig om zorgaanbieders te motiveren om efficiënter te werken (Schut e.a. 2011:119). Al met al dienen verzekerden op basis van een kritische reflectie hun keuze voor een zorgverzekeraar te maken en de beperking in hun keuzevrijheid te accepteren om het idee van selectief contracteren werkzaam te maken. Uit onderzoek van Lako e.a. (2011) blijkt dat verzekerden echter vaak helemaal niet in staat zijn als kritische koper te fungeren en niet van zorgverzekeraar wisselen op basis van een kritische reflectie en beoordeling van prijs, kwaliteit en tevredenheid. .

Toch is het van belang dat verzekerden kritisch zijn om te zorgen voor efficiënte zorg. Er zullen dan ook krachtige factoren gevonden moeten worden die de verzekerden wel motiveert. Het onderzoek van Reitsma-van Rooijen e.a. (2011:1481) geeft aan dat de motivatie van verzekerden niet veranderd is na invoering van het nieuwe zorgstelsel. "Overstappen naar een andere zorgverzekeraar is niet gebaseerd op kwaliteit van zorg en het is dus de vraag of het leidt tot een betere balans tussen prijs en kwaliteit", aldus Reitsma-van Rooijen e.a. (2011:1482). Een mogelijke verklaring is dat het selectief contracteren van zorgverzekeraars nog onvoldoende van de grond is gekomen en nog onvoldoende effect heeft. Hierdoor behalen zorgverzekeraars te weinig effectiviteitswinsten met als gevolg een geringe uiting in de premie.

2.1.2 Premie

Iedere verzekerde vanaf een leeftijd van 18 jaar betaalt maandelijks een vast bedrag per maand voor het basispakket van de zorgverzekering, de nominale premie. Deze premie kan per zorgverzekeraar verschillen. Wanneer zorgverzekeraars gebruik maken van selectief contracteren van zorgaanbieders, kunnen de zorgverzekeraars de zorg doelmatiger inkopen bij de zorgaanbieder. Ook kunnen zij door selectief contracteren korting afdingen bij de zorgaanbieder. Dit kan tot resultaat komen in de nominale premie van de verzekerden. Dit betekent dat de nominale premie hierdoor af kan nemen (Rijksoverheid 2011).

Gebleken is dat de hoogte van de premie van de totale zorgverzekering de belangrijkste reden is om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar (Van den Berg e.a. 2008:2455 en Lacker e.a. 2007:22). Het gevaar hierbij is echter wel dat wanneer verzekerden de keuze voor een andere zorgverzekeraar alleen baseren op de premie, de zorgverzekeraars alleen gaan concurreren op basis van de premie. Dit zou tot gevolg hebben dat verzekeraars minder aandacht besteden aan kwaliteitsverbeteringen (Vos e.a. 2009:4).

Verder is gebleken dat meer verzekerden gezocht hebben naar een andere zorgverzekering, dan dat er daadwerkelijk de keuze gemaakt hebben om over te stappen. Dit onderzoek, dat uitgevoerd is in 2009, geeft aan dat respondenten te kennen hebben gegeven dat zij uiteindelijk niet overgestapt zijn, omdat dit hen te weinig opleverde. Het verschil tussen de duurste en goedkoopste zorgverzekeraar bedroeg in het jaar 2009 €165,00. Dit bedrag bleek dus te weinig om de verzekerden daadwerkelijk de keuze te laten maken voor een andere zorgverzekeraar (Vos e.a. 2009:3). Zoals in de inleiding beschreven bedraagt het maximale verschil in premie voor het jaar 2012 €240,00. Het percentage overstappers in het jaar 2012 is 6,0%. Het percentage overstappers is dus in vergelijking tot het jaar 2009 toegenomen (6,0% tegenover 3,5%). Dit kan erop duiden dat het mogelijke verschil in premie van €240,00 voor meer verzekerden voldoende reden kan zijn om over te stappen van zorgverzekeraar.

Daarnaast is gebleken dat de voornaamste reden om na overweging voor een andere zorgverzekeraar toch bij de huidige zorgverzekeraar te blijven, de mogelijkheid om deel te nemen aan een collectiviteit is. Ook voor de verzekerden die niet overwogen hebben te veranderen, maar vasthouden aan hun huidige zorgverzekeraar, is de voornaamste reden de mogelijkheid om deel te nemen aan een collectiviteit (Boonen e.a. 2009:21). Een deelname aan een collectiviteit hangt ook samen met de premie. De verzekeraar mag in geval van een collectiviteit namelijk een korting geven op de premie. Deze korting bedraagt maximaal 10% van de premie (Art. 18 Zvw).

2.1.3 Eigen risico

In Nederland geldt vanaf het jaar 2008 een verplicht eigen risico. Voor het jaar 2012 geldt een eigen risico van €220,00. Naast het verplicht eigen risico hebben verzekerden de mogelijkheid om te kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hierbij wordt verzekerden de mogelijkheid gegeven om te kiezen voor één van de volgende vrijwillige eigen risico's; € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- (Smit e.a. 2008:13).

Voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg is het belangrijk dat verzekerden de keuze maken voor een vrijwillig eigen risico, omdat dit een remmend effect heeft op het zorggebruik. Verwacht wordt dat een eigen bijdrage als 'remgeld' wordt gezien en zal bijdrage aan een groter kostenbewustzijn, omdat de verzekerden het eerste gedeelte van genoten zorg zelf moet betalen (Mackenbach e.a. 2008:457).

Uit de evaluatie van de zorgverzekeringswet blijkt dat slechts weinig verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico (Van de Ven e.a. 2009:18). In het jaar 2006 en 2008 koos 5.2% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico, in 2007 bedroeg dit 4% (Smit e.a. 2008:13). In het jaar 2009 kiest 8% van de overstappers voor een vrijwillig eigen risico (Vektis 2010:8). In het jaar 2010 is er een lichte stijging in de keuze voor een vrijwillig eigen risico zichtbaar, waarbij ook steeds meer verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico van €500,- (Hewitt 2010:5). Tot slot heeft in het jaar 2011 5,9% en in het jaar 2012 7,0% van de verzekerden gekozen voor een vrijwillig eigen risico (NZa 2011a:33, Vektis 2012:17).

Desondanks blijft het aantal verzekerden dat de keuze maakt voor een vrijwillig eigen risico laag. Dit zorgt nauwelijks voor een remmende werking op het zorggebruik. In 2008 heeft NZa (2009a:32) een onderzoek uitgevoerd naar de redenen voor de keuze van geen vrijwillig eigen risico. 51% van de respondenten geeft te kennen geen eigen risico te willen. De tweede belangrijkste reden, waar 27% van de respondenten voor kozen, is een te lage premiekorting (NZa 2009a:32).

2.1.4 Aanbodfactoren en overstapbereidheid

Zoals eerder vermeld dienen verzekerden een kritische keuze te maken voor een zorgverzekeraar, dit kunnen zij doen door te stemmen met de voeten. Met de komst van de Zorgverzekeringswet zijn consumenten actief geattendeerd op de mogelijkheid om te wisselen van verzekeraar en gestimuleerd een bewuste keuze te maken. Dit heeft er toe geleid dat 19% van de bevolking in de eerste maand na de invoering de keuze gemaakt heeft om van zorgverzekeraar te veranderen (Vektis 2009).

De verzekerdenmobiliteit is na het jaar 2006 afgenomen. Waar in het jaar 2006 19% procent van de verzekerden besloot over te stappen, was dit in het jaar 2007 4,5%. Hierna stabiliseert het percentage overstappers per jaar naar 3,5% voor de jaren 2008 en 2009 (Vektis 2009). Vervolgens wordt in het jaar 2010 weer een lichte stijging in mobiliteit

weergenomen, toen betrof het 4,1% van de verzekerden die besloten hun zorgverzekering bij een andere verzekeraar onder te brengen (Vektis 2009). De lichte stijging zet voort in de jaren 2011 en 2012, waarin respectievelijk 5,5% en 6,0% van de verzekerden overstapte (NZA 2011a:7, Vektis 2012:1).

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de kosten de meest voorkomende drijfveer voor het overstappen van zorgverzekeraar is (Schut e.a. 2003:131, Van den Berg e.a. 2008:2455 en Lacker e.a. 2007:22). Hierna was de meest voorkomende reden een aanvullende verzekering (Van den Berg e.a. 2008:2455). Boonen e.a. (2009:680) beschrijft het belang van kwaliteit en financiële prikkels in het keuzegedrag van verzekerden. De kwaliteitsaspecten die hierbij het meest significant bleken, zijn tevredenheidbeoordelingen, openingstijden en de kwaliteitscertificaten van de verzekeraar.

Over het algemeen zijn verzekerden tevreden over hun zorgverzekeraar en geven deze gemiddeld een 7,8 als cijfer. Driekwart van de verzekerden geeft aan geen moeite te hebben met het vinden en begrijpen van informatie over de zorgverzekeraar, slechts 4,1 procent van de verzekerden vindt dit een groot probleem. 29 procent van de verzekerden blijkt geen weet te hebben van de polisinformatie en of deze zijn veranderd. Van de verzekerden die wel weten dat de polisinformatie is veranderd, heeft driekwart geen moeite schriftelijke informatie hierover te begrijpen (Nivel 2008:31)

Wel lijken verzekerden ontevreden over de mate waarin zij door de zorgverzekeraar worden geïnformeerd over de redenen om wel of geen contract met een bepaalde zorgaanbieder af te sluiten. 84 procent van de respondenten geeft te kennen graag te willen weten welke selectiecriteria door de zorgverzekeraar gehanteerd worden om te bepalen of een zorgaanbieder wel of niet gecontracteerd wordt. Het blijkt dat verzekerden op zich niet negatief zijn tegenover selectief contracteren, 61 procent vindt dit goed. Wanneer de keuzemogelijkheden voor aanbieders afneemt, daalt dit percentage tot minder dan 50. Wanneer de keuzeruimte beperkt wordt op basis van betaalbaarheid vindt nog maar 25 procent van de respondenten het een goed idee (NPCF 2011).

In een eerder onderzoek is de bereidheid van verzekerden om te betalen voor vrije keuze voor verschillende soorten aanbieders onderzocht. Het onderzoek laat zien dat de betalingsbereidheid voor vrije keuze voor alle soorten zorgaanbieders in de jaren 2007 t/m 2009 gedaald is. 25% van de respondenten is in 2009 bereid te betalen voor de vrije keuze van huisartsen en tandartsen. Voor apotheken, fysiotherapeuten en ziekenhuizen ligt deze betalingsbereidheid in het jaar 2009 lager, respectievelijk is 22%, 17% en 9% van de respondenten bereid de eigen bijdrage te betalen in ruil voor keuzevrijheid (Boonen & Schut 2009:680).

Hoopgevende uitkomsten kwamen voort uit onderzoek naar de invloed van kwaliteit op het accepteren van een beperkte keuzevrijheid. Verzekerden prefereerde een beperkt

aanbod, indien duidelijk was dat dit gepaard ging met een hogere kwaliteit van zorg. Het moest hier echter wel gaan om een sterke toename in kwaliteit. Hierbij hechten de respondenten veel waarde aan waardeoordelen die andere mensen toegekend hebben aan een bepaalde zorgaanbieder (Harris 2002:17)

Uit onderzoek naar de verschillen tussen zorgverzekeraars, bleek dat op vrijwel alle onderzochte aspecten significante verschillen aangetoond werden. Enige uitzondering hierop is de informatievoorziening van zorgverzekeraars, waarbij het verschil minimaal is. Hieruit blijkt dat er wel degelijk verschillen ervaren worden over de zorgverzekeraar zelf. Het is dan ook vreemd dat er voor alsnog zo weinig verzekerden de keuze maken om daadwerkelijk over te stappen naar een andere zorgverzekeraar (Nivel 2008:35).

2.2 Vraagfactoren

Naast de aanbodfactoren spelen de kenmerken van verzekerden een rol in het keuzegedrag voor een zorgverzekeraar. De belangrijkste persoonlijke determinanten van verandering van zorgverzekeraar zijn reeds bekend. Oudere, ongezondere en mensen met een lager opleidingsniveau zijn minder geneigd over te stappen van zorgverzekeraar. Dit berust op de gedachte dat mensen met een hoger opleidingsniveau meer kennis hebben van de veranderingen die plaatsvinden binnen de gezondheidszorg. Ook is gebleken dat mensen met een hoger inkomen meer geneigd zijn te kiezen voor een andere zorgverzekeraar (Mosca e.a. 2008:262, de Jong e.a. 2008:4, Reitsma-van Rooijen e.a. 2011:1480, Vektis 2012:10).

Personen met een partner en meer dan één kind (onder de 18) zijn meer geneigd een keuze te maken voor een andere zorgverzekeraar. Daarnaast veranderen verzekerden die in één van de drie grote steden, Amsterdam, Rotterdam of Den Haag, wonen gemiddeld meer van verzekeraar. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door de aanwezigheid van verschillende zorgverzekeraars die concurreren om dezelfde lokale markt. Ook hieruit blijkt het belang van concurrentie voor de mobiliteit van verzekerden. Tot slot zijn verzekerden die de afgelopen 12 maanden geen contact hebben gehad met de zorgverzekeraar minder geneigd over te stappen (Mosca e.a. 2008:262, Vektis 2012:10).

Uit onderzoek van Boonen en Schut (2009:680) bleek dat hoogopgeleide en respondenten met een slechte gezondheid vaker kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars ervaren. Wanneer zorgverzekeraars advies geven over een zorgaanbieder, leken hoogopgeleide respondenten minder geneigd te luisteren naar dit advies. Ook bleken hoogopgeleide respondenten eerder bereid geld te betalen in ruil voor keuzevrijheid. Tot slot bleken de respondenten die kwaliteitsverschillen ervaren tussen

zorgverzekeraars vaker bereid te zijn om voor de keuzevrijheid te betalen (Boonen & Schut 2009:680).

2.3 Omgevingsfactoren

Tot slot beschrijft het conceptueel model de omgevingsfactoren. Selectief contracteren zorgt ervoor dat verzekerden beperkt worden in de keuze voor een zorgaanbieder. Dit kan ervoor zorgen dat verzekerden verder moeten reizen voor een zorgaanbieder dan zij normaal doen. Het meest bepalend in de keuze voor een ziekenhuis is de reisafstand (M&M 2009:43). Verzekerden kiezen vaak voor de dichtstbijzijnde zorgaanbieder en veel willen niet verder dan 30 minuten reizen voor een behandeling in het ziekenhuis (NZa 2007:25, Kuenen e.a. 2011:45). Het ideale ziekenhuis ligt voor verzekerden op 15 minuten afstand van hun huis (Nivel 2011:37). Wel bleek de kwaliteit van een zorgaanbieder ervoor te kunnen zorgen dat verzekerden bereid zijn langer te reizen (NZa 2007:39).

Na de reisafstand bleek de expertise van het ziekenhuis en eerdere ervaringen met een bepaald ziekenhuis de meest bepalende factoren in de keuze voor een ziekenhuis. Ook de wachttijd is een factor die de reisbereidheid van patiënten doet vergroten. Ook slaan verzekerden liever een ziekenhuis over die fungeert als opleidingsziekenhuis (Varkevisser & Van der Geest 2006:1). Op dit moment hebben nog weinig verzekerden ervaring met het niet bezoeken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, van de verzekerden die hier wel ervaring mee hebben geeft iets minder dan de helft te kennen hier moeilijkheden van te ondervinden (Nivel 2008:9).

Daarnaast kan de mogelijkheid om van zorgverzekeraar te veranderen afhankelijk zijn van de keuzevrijheid die de verzekerden hebben. Verzekerden hebben ieder jaar de mogelijkheid om per 1 januari over te stappen naar een andere zorgverzekeraar voor hun basisverzekering (Art. 7 lid 1 Zvw). Daarnaast is wettelijk vastgesteld dat verzekeraars een acceptatieplicht hebben voor de basisverzekering. Dit betekent dat iedere zorgverzekeraar verplicht is met iedere verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied woont een zorgverzekering af te sluiten (Art. 3 lid 1 Zvw). Door deze wetgeving wordt de keuzevrijheid van de verzekerden vergroot. Wel is het zo dat de voorwaarden voor een aanvullende verzekering door de zorgverzekeraar zelf bepaald worden. Voor de aanvullende verzekering geldt ook geen acceptatieplicht (ZN 2011).

De verzekerden worden ook op andere manieren gestimuleerd een rationele keuze te maken voor een zorgverzekeraar. Zo bestaan er vergelijkingssites voor zorgverzekeraars, zoals de site 'kiesbeter'. Kiesbeter is een site gemaakt door het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS. De site is bedoeld om vragen te beantwoorden omtrent

zorgverzekeringen en verzekerden te helpen bij hun keuze voor een zorgverzekeraar (Kiesbeter 2011).

Bovendien wordt er rond de periode waarin verzekerden kunnen overstappen in de media aandacht besteed aan de keuze voor een zorgverzekeraar. Zo werd in verschillende kranten eind november 2011 vermeld dat de nieuwe premies van de zorgverzekeraars bekend waren en dat de premies zouden stijgen (AD 2011, Telegraaf 2011). Dit kan ervoor zorgen dat verzekerden geprikkeld worden om naar hun zorgverzekering te kijken.

3. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is. Om deze opzet overzichtelijk weer te geven is ervoor gekozen om zowel het empirisch model, welke de verwachte relaties tussen het keuzegedrag van verzekerden en de te onderzoeken variabelen weergeeft, als de wijze waarop het onderzoek uitgevoerd is in dit hoofdstuk te behandelen. Hiertoe zullen de methoden en het empirisch model in hoofdstuk 3.1 beschreven worden. De manier waarop respondenten verworven zijn komt aan bod in hoofdstuk 3.2. Tot slot wordt in hoofdstuk 3.3 beschreven hoe de verzamelde data geanalyseerd is.

3.1 Methodes

Deze scriptie omvat een kwantitatief onderzoek. Voor dit onderzoek zijn twee vragenlijsten uitgezet, een algemene vragenlijst en hypothetische vignetten. De vignettenmethode is een methode waarmee getracht wordt een antwoord te vinden op deelvraag drie en vier en uiteindelijk de probleemstelling. De algemene vragenlijst dient ervoor bepaalde groepen te identificeren, zodat geanalyseerd kan worden of bepaalde groepen aangewezen kunnen worden als zijnde ongevoeliger in de keuze voor een zorgverzekeraar. Daarnaast kan deze meer algemene vragenlijst helpen bij het verklaren van bevindingen die voortkomen uit de analyse van de vignetten. Onderstaand worden de twee vragenlijsten toegelicht. Voor beide vragenlijsten geldt dat eerst de invulling van de vragenlijst besproken wordt, achtereenvolgens worden de verwachte relaties met de te onderzoeken variabelen weergegeven.

Algemene vragenlijst

Alvorens respondenten de vignetten voorgelegd krijgen, zal een aantal persoonlijke vragen gesteld worden. Zoals beschreven in hoofdstuk 2.2 is uit eerder onderzoek gebleken dat bepaalde groepen verzekerden gevoeliger zijn in de keuze voor een zorgverzekeraar dan andere groepen verzekerden. In dit onderzoek zal gevraagd worden naar het geslacht, de leeftijd en de ervaren gezondheidstoestand. Bij dit laatste wordt van de respondent gevraagd een cijfer variërend van 1 tot en met 10 toe te kennen aan zijn of haar eigen gezondheidstoestand. Daarnaast zal naar het hoogst afgeronde opleidingsniveau gevraagd worden. Tot slot wordt aan respondenten gevraagd hoe groot zij de kans in percentages achten dat zij in het jaar 2012 opgenomen zullen worden in een ziekenhuis, inclusief dagopnamen. Gekozen is om de ervaren gezondheid en de kans op ziekenhuisopname op

te nemen in de algemene vragenlijst, omdat dit een mogelijke verklaring kan bieden voor de mindere waarde die respondenten hechten aan bepaalde aanbodfactoren.

Voorspeld wordt dat jongere, mensen met een hogere ervaren gezondheid, mensen met een lage geschatte opnamekans en hoogopgeleide mensen minder gevoelig zijn voor prikkels waarmee een zorgverzekeraar hen naar een geprefereerde aanbieder tracht te sturen. Dit omdat het een relatief gezonde groep verzekerden betreft. Verwacht wordt dat zij er vanuit gaan geen zorg te hoeven gebruiken en geen verplicht eigen risico dienen te betalen. De hiervoor genoemde groepen worden in het vervolg 'on gevoeligere groepen' genoemd. In de bestaande literatuur is geen effect van geslacht gevonden. Voorspeld wordt dat het geslacht geen significante invloed heeft op het keuzegedrag voor een zorgverzekeraar. De variabelen die onderzocht zullen worden, worden bij de vignettenmethode ook wel attributen genoemd. Onderstaand wordt beschreven hoe deze attributen vorm gegeven zullen worden op de vignetten en welke verwachte effecten bestaan tussen de hierboven genoemde vraagfactoren en onderstaande aanbodfactoren.

Vignetonderzoek

Vignetonderzoek ook wel 'conjoint analysis' genoemd, is een techniek om de waarde van verschillende relatieve voorkeuren van verzekerden te achterhalen. Een vignet is een korte omschrijving van een situatie. Respondenten worden steeds gevraagd een keuze te maken tussen twee voorgelegde vignetten (Dobney 2011). Dit onderzoek zal zich richten op selectief contracteren tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Naar verwachting zullen selectieve contracten met ziekenhuizen de meeste financiële baten opleveren, omdat hier het meeste geld in omgaat (Kuenen e.a. 2011:5, Heemskerk e.a. 2010:48). Daarnaast hebben de meeste verzekerden niet zo'n intensieve relatie met het ziekenhuis, als met bijvoorbeeld een huisarts. Hierdoor wordt verwacht dat het eenvoudiger is om selectief contracteren toe te spitsen op ziekenhuizen.

In hoofdstuk 2.1 is vermeld dat zorgverzekeraars selectief contracteren op verschillende wijzen vorm kunnen geven waarbij positieve en negatieve prikkels onderscheiden worden. Het gebruik van de vignettenmethode vereist dat respondenten een goede keuze kunnen maken tussen de voorgelegde vignetten. Hierbij moeten de vignetten voor alle respondenten duidelijk zijn en om te komen tot valide uitkomsten mag het onderzoek niet te belastend zijn voor de respondenten. Wanneer er teveel attributen op de vignetten weergegeven worden kan het voor respondenten te moeilijk zijn om een goede afweging te maken. Daarnaast zal de aandacht bij een te lang onderzoek verslappen. Daarom moeten er keuzes gemaakt worden voor de attributen die meegenomen worden in het onderzoek. Gekozen is voor een positieve financiële prikkel, een totale vergoeding van het verplicht eigen risico bij de keuze voor een zorgverzekeraar met selectieve contracten,

omdat de angst voor imagoschade ervoor kan zorgen dat zorgverzekeraars terughoudend zijn tegenover negatieve prikkels.

In hoofdstuk 2.1 is aangegeven dat het selectief contracteren van ziekenhuiszorg in 2010 op gang is gekomen. Verwacht wordt dat het toepassen van selectief contracteren zal toenemen om de zorguitgaven te drukken. Deze methode bleek in Amerika al voor positieve uitkomsten te zorgen. Vignetten geven de mogelijkheid om fictieve situaties te schetsen, waardoor onderzocht kan worden hoe de verschillende attributen het keuzegedrag van verzekerden kunnen beïnvloeden wanneer het selectief contracteren van ziekenhuiszorg in de toekomst daadwerkelijk meer zal plaatsvinden.

De attributen die beschreven worden op de vignetten zijn; de premie, de keuze voor een zorgverzekeraar die wel of geen ziekenhuizen contracteert, een vrijwillig eigen risico en de kwaliteit van de polisinformatie van de zorgverzekeraar. Allereerst zullen er verschillende premies onderscheiden worden op de vignetten, een premie van 80,00 euro, 90,00 euro, 100,00 euro en 110,00 euro. Deze bedragen zijn bepaald aan de hand van de gemiddelde premie van het jaar 2011. Daarnaast staat op het vignet vermeld of de zorgverzekeraar ziekenhuizen selectief contracteert. Indien dit het geval is, staat op het vignet de afstand tot dit ziekenhuis in minuten uitgaande van vervoer met de auto aangegeven en hoeft de verzekerde het verplicht eigen risico van €220,00 niet te betalen. Indien het een zorgverzekeraar betreft die geen selectieve contracten heeft gesloten met ziekenhuizen heeft de verzekerde vrije keuze en dient hij of zij het verplicht eigen risico van €220,00 te betalen.

De afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis in geval van selectief contracteren is bepaald aan de hand van het theoretisch kader, waaruit bleek dat de ideale afstand tot een ziekenhuis op 15 minuten ligt en dat verzekerden niet verder dan 30 minuten willen reizen. Vervolgens is ervoor gekozen een grotere reisafstand van 45 minuten mee te nemen om te kunnen onderzoeken hoeveel waarde verzekerden hechten aan de afstand tot een ziekenhuis.

Achtereenvolgens wordt het vrijwillig eigen risico op het vignet vermeld. Het vrijwillig eigen risico kan twee waarden aannemen, € 0,00 of € 200,00. Dit attribuut wordt meegenomen in dit onderzoek, omdat gebleken is dat een eigen bijdrage kan zorgen voor minder zorguitgaven. Dit wordt veroorzaakt door het zogenaamde remgeldeffect, verzekerden betalen een groter gedeelte van zorg zelf. Dit effect is nader besproken in hoofdstuk 2.1.3 Door dit attribuut op te nemen in het onderzoek kan onderzocht worden onder welke omstandigheden verzekerden bereid zijn een keuze te maken voor een vrijwillig eigen risico en welke groepen het meest geneigd zijn voor deze optie te kiezen. Gekozen is voor een vrijwillig eigen risico van €200,00, omdat dit qua hoogte die het vrijwillig eigen risico aan kan nemen ongeveer in het midden ligt (tussen de €0,00 en €500,00). Verwacht wordt

dat dit bedrag werkelijk een remmend effect kan hebben op verzekerden, maar dat dit bedrag ook niet dermate hoog is dat het voor een groot aantal mensen financieel niet haalbaar is.

Tot slot zal de kwaliteit van de polisinformatie van een zorgverzekeraar op het aan de respondenten voorgelegde vignet vermeld staan. De kwaliteit van de polisinformatie is opgedeeld in vier gradaties, variërend van 'voldoende' tot 'uitstekend'. Een voorbeeld van een keuze die voorgelegd is aan respondenten is onderstaand weergegeven.

Keuze A	Keuze B
- Premie per maand: € 100.00	- Premie per maand: € 110.00
- Ziekenhuis bij opname: Gecontracteerd met dichtstbijzijnde op 45 min	- Ziekenhuis bij opname: Vrije keuze
- Verplicht eigen risico: € 0.00	- Verplicht eigen risico: € 220.00
- Vrijwillig eigen risico: € 200.00	- Vrijwillig eigen risico: € 0.00
- Polisinformatie: Voldoende	- Polisinformatie: Goed

Figuur 2: Voorbeeld voorgelegde keuze

Nu de attributen beschreven zijn, worden onderstaand de verwachte effecten tussen de vraagfactoren en deze aanbodfactoren beschreven. Alvorens verzekerden de keuze zullen maken voor een zorgverzekeraar, zal deze verzekeraar er voor moeten zorgen dat deze verzekerden hier de behoefte toe krijgen. Wanneer de zorgverzekeraar positieve financiële prikkels afgeeft zal dit gepaard gaan met een totale vergoeding van het verplicht eigen risico. Verwacht wordt dat deze positieve financiële prikkel een positief effect heeft op het keuzegedrag voor een zorgverzekeraar. De als ongevoeligere groep gedefinieerde verzekerden zullen naar verwachting minder gevoelig zijn voor deze prikkel en meer waarde hechten aan een lagere premie dan aan een vergoeding van het verplicht eigen risico.

In dit onderzoek wordt ook het vrijwillig eigen risico meegenomen en wordt de keuzebereidheid voor dit eigen risico onderzocht. Verwacht wordt dat de ongevoeligere groep eerder bereid zal zijn voor zo'n vrijwillig eigen risico te kiezen, aangezien zij zoals eerder vermeld relatief gezond zijn. Hierbij wordt verwacht dat vooral de kijk op de gezondheid en de geschatte opname kans van een respondent een grote rol spelen in de keuze voor wel of geen vrijwillig eigen risico.

Naast het belang van de kosten bij het keuzegedrag van verzekerden is ook het belang van de kwaliteit in hoofdstuk 2.2 aan bod gekomen. Hierbij bleek ook de kwaliteit van de zorgverzekeraar bepalend in de keuze voor een zorgverzekeraar, maar kwaliteit bleek

minder stimulerend dan de premie. Verwacht wordt dan ook dat de kwaliteit van de polisinformatie een positief effect heeft op het keuzegedrag voor een bepaalde verzekeraar, maar dat dit effect lager is dan de premie. Hierbij zullen groepen die gevoeliger zijn eerder geneigd zijn te kiezen voor een zorgverzekeraar bij een kleiner verschil in kwaliteit van de polisinformatie.

Tot slot wordt bij de vignettenmethode een omgevingsfactor onderzocht. De omgevingsfactor die in dit onderzoek wordt meegenomen is de afstand tot een ziekenhuis. Wanneer zorgverzekeraars bepaalde zorgaanbieders selectief contracteren kan dit betekenen dat bepaalde verzekerden verder dan de dichtstbijzijnde zorgaanbieder moeten reizen. Verwacht wordt dat de reisafstand een negatief effect heeft op het keuzegedrag van verzekerden, maar dat een hogere kwaliteit en/of een lagere prijs de reisbereidheid vergroot.

3.2 Werven van respondenten

Voor het werven van respondenten is gebruik gemaakt worden van de kenniskring, social media en collega's. Hierbij is het van belang dat er veel verschillende respondenten geworven worden. Aangezien er geen hoge externe validiteit behaald zal worden met dit onderzoek, door de verwachte kleine steekproef en een kort tijdsbestek, zal er toch rekening gehouden worden met een variëteit in respondenten. Er zal getracht worden zoveel mogelijk respondenten met verschillende leeftijden, opleidingsniveaus en gezondheidstoestanden te verwerven.

De vragenlijst zal op internet geplaatst worden. Hiermee hopen dat het voor de meeste respondenten toegankelijk, eenvoudig en het minst tijdrovend is. Hiervoor is de site www.thesisools.com gebruikt. Op deze site wordt de mogelijkheid geboden om de vragenlijst op te stellen en deze op internet te plaatsen. Het meetinstrument is stabiel, dat wil zeggen dat de vragenlijst en vignetten voor alle respondenten gelijk is, dit verhoogt de betrouwbaarheid.

3.3 Data-analyse

Kwaliteitsonderzoek van zorg houdt geen rekening met schaarste. Dit betekent dat zorgconsumenten geen keuze hoeven te maken, terwijl zij dit wel moeten doen bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Bij de vignetmethoden, die in dit onderzoek gebruikt is, wordt aan verzekerden wel gevraagd een keuze te maken. Verzekerden maken keuzes door het afwegen van kenmerken en voorkeuren (Leys 2003). Respondenten zullen het gehele product beoordelen, waardoor het relatieve belang per attribuut in de uiteindelijke keuze

onderzocht kan worden, wat bijdraagt aan de interne validiteit en het mogelijk maakt om de probleemstelling te beantwoorden.

Daarnaast zal het onderzoek voor alle respondenten rond hetzelfde tijdstip plaatsvinden, waardoor er zo min mogelijk externe effecten invloed kunnen hebben op de keuze. Ook zorgen de onderzoeksmethoden ervoor dat er geen betere of slechtere antwoorden zijn. Wanneer de tekst op de vignetten zorgvuldig geformuleerd is bestaat er geen sociaal wenselijk of logisch antwoord. De twee vignetten die de respondenten voorgelegd krijgen zullen beide voor – en nadelen bevatten. De respondenten zullen een keuze moeten maken tussen de twee vignetten, door een afweging te maken tussen de daarop beschreven kenmerken. Door deze afweging van kenmerken en voorkeuren kan onderzocht worden in welke mate de variabelen het keuzegedrag van verzekerden beïnvloeden.

Het is de bedoeling dat de respondent steeds een gedwongen keuze maakt tussen deze vignetten, er is geen mogelijkheid om geen antwoord in te vullen. Dit betekent wel dat dit gevolgen heeft voor de interne validiteit van het onderzoek. Een nadeel is dan ook dat respondenten worden gedwongen een bepaalde keuze te maken, het kan echter zijn dat zij voor beide situaties niet zouden kiezen. Wanneer dit het geval is wordt het antwoord wel meegenomen in de uitkomsten, terwijl dit geen werkelijke afspiegeling van de keuze van de respondent is.

Om de validiteit van dit onderzoek te verhogen heeft naast dat iedere respondent dezelfde vragenlijst krijgt een pilot onderzoek plaatsgevonden. Dit houdt in dat na het opstellen van de vignetten 10 mensen gevraagd zijn om deze te beoordelen. Hierbij is gekeken of de tekst op de vignetten duidelijk en begrijpelijk is, ook voor de mensen die geen of weinig verstand hebben van zorgverzekeringen. De feedback die hieruit verkregen is, is gebruikt om de vignetten definitief vorm te geven.

Met dit vignetonderzoek zal achterhaald worden aan welke van de gekozen attributen de meeste waarde gehecht wordt bij het maken van een keuze voor een zorgverzekering, dit zal gedaan worden door middel van een conditional logit waarbij gecorrigeerd wordt voor meerdere waarnemingen per persoon (Veenma e.a. 2004). Ook zal, zoals eerder aangegeven, op de vignetten een premie vermeld staan. Doordat de premie opgenomen is op het vignet, kan met behulp van de coëfficiënten voortgekomen uit de conditional logit een schatting gemaakt worden van de prijs die een verzekerde wil betalen voor een bepaald attribuut van het vignet. Dit wordt ook wel de 'willingness to pay' genoemd (Baarsma e.a. 2004:39). De betalingsbereidheid wordt voor de verschillende subgroepen berekend.

De coëfficiënten voortkomend uit de conditional logit maken het ook mogelijk het relatieve belang van ieder attribuut in de keuze voor een zorgverzekeraar te berekenen. Tot slot wordt gedurende het gehele onderzoek een logboek bijgehouden, zo blijft bekend

waarom en wanneer bepaalde keuzes in het onderzoek gemaakt zijn. Dit zorgt ervoor dat het onderzoek achteraf goed geëvalueerd kan worden. Ook zal de methoden van het onderzoek uitgebreid beschreven worden, de berekeningen duidelijk uitgelegd worden en zullen de uitkomsten achteraf vergeleken worden met de reeds bekende literatuur, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd wordt.

4.Resultaten

4.1 Achtergrondkenmerken respondenten

In totaal zijn er 64 respondenten verworven. In eerste instantie bleek dit aantal hoger. Er zaten echter data tussen waarin alleen de algemene vragenlijst beantwoord was, waardoor het aantal respondenten uiteindelijk lager uitgekomen is. In tabel 1 is de frequentietabel met de achtergrondkenmerken van de respondenten opgenomen.

Variabelen	Levels	Percentage	Frequentie	Totaal
Geslacht	Man	46 %	23	64
	Vrouw	64 %	41	
Leeftijd (in jaren)	≤ 25	50%	32	64
	26 t/m 49	30 %	19	
	≥ 50	20 %	13	
Opleidingsniveau	Laag	13 %	8	64
	Middelbaar	59 %	38	
	Hoog	28 %	18	
Ervaren gezondheid	≤ 7	39 %	25	64
	≥ 8	61 %	39	
Opnamekans (in percentages)	0	34 %	22	64
	10	34 %	22	
	20 t/m 100	32 %	20	

Tabel 1: Frequentietabel achtergrondkenmerken respondenten

Uit tabel 1 is af te leiden dat het vrouwelijke geslacht onder de respondenten in de meerderheid is, 64 procent van de respondenten is een vrouw. De leeftijd is onderverdeeld in drie categorieën. Het grootste gedeelte van de respondenten, 59 procent, heeft een opleiding van middelbare hoogte als hoogst opleidingsniveau genoten. Iedere respondent heeft aan zijn gezondheidstoestand een rapportcijfer toegekend. Veelal kozen respondenten voor een '7', '8', of '9'. Om de categorieën binnen deze variabelen zo gelijk mogelijk te verdelen is deze uiteindelijk samengenomen tot twee categorieën, hierbinnen typeert het gros van de mensen zijn of haar gezondheid als een '8' of hoger op een schaal van 1 tot en met 10.

Tot slot schatten 22 respondenten hun kans op opname in het ziekenhuis voor het jaar 2012 in op 0 procent, ook 22 respondenten schatten de kans in op 10 procent. Ondanks dat 20 procent van de respondenten 50 jaar of ouder is, kan dus gesproken worden van een relatief gezonde steekproef uitgaande van hun eigen ervaringen wat betreft hun gezondheid en opnamekans. De steekproef zal dan ook niet in sterke mate overeenkomen met de populatie.

4.2 Vignetstudie

De 64 respondenten hebben 16 maal een keuze gemaakt tussen twee vignetten. Onderstaand zijn de vier attributen weergegeven met daarbij de levels die zij aan konden nemen.

Attributen	Levels
Premie	€80,00; €90,00; €100,00; €110,00
Wel/niet gecontracteerd ziekenhuis	Vrije keuze van ziekenhuis; geprefereerd ziekenhuis met dichtstbijzijnde op 15 minuten met de auto en geen verplicht eigen risico; geprefereerd ziekenhuis met dichtstbijzijnde op 30 minuten met de auto en geen verplicht eigen risico; geprefereerd ziekenhuis met dichtstbijzijnde op 45 minuten met de auto en geen verplicht eigen risico
Kwaliteit polisinformatie verzekeraar	Voldoende; goed; zeer goed; uitstekend
Vrijwillig eigen risico	€0,00; €200,00
Verplicht eigen risico	€0,00; €220,00*

Tabel 2: Attributen en waarden vignetten

* Waarde is afhankelijk van het wel of niet toepassen van selectief contracteren door een zorgverzekeraar. Wanneer een zorgverzekeraar selectieve contracten heeft gesloten, hoeft de verzekerde geen verplicht eigen risico te betalen.

Door middel van een conditional logit zijn de effecten van de verschillende attributen op het keuzegedrag van verzekerden onderzocht. Onderstaand worden de uitkomsten van de conditional logit weergegeven.

Attribuut	Coëfficiënt	P-waarde
Premie	-0.035***	0.00
Wel/niet gecontracteerd ziekenhuis		
Vrije keuze		
Gecontracteerd ziekenhuis minimaal 15 min	0.481**	0.01
Gecontracteerd ziekenhuis minimaal 30 min	0.241	0.16
Gecontracteerd ziekenhuis minimaal 45 min	-0.371*	0.09
Kwaliteit polis informatie zorgverzekeraar		
Voldoende		
Goed	0.393***	0.00
Zeer goed	0.613***	0.00
Uitstekend	0.563***	0.00
Vrijwillig eigen risico	-0.004***	0.00

Tabel 3: Resultaten van de regressievergelijking verkregen volgens de vignetten methode

* p < 0.10

** p < 0.05

*** p < 0.01

Voor de categorische variabelen, de mate waarin de zorgverzekeraar selectieve contracten sluit met een ziekenhuis en de kwaliteit van de polis informatie, is de eerste categorie als referentie gebruikt. Voor de variabele wel/niet gecontracteerd ziekenhuis geldt dus de categorie 'vrije keuze' als referentie. Voor de variabele 'kwaliteit polis informatie zorgverzekeraar' geldt een kwaliteit van polis informatie 'voldoende' als referentie. Uit de resultaten opgenomen in tabel 3 blijkt dat het effect van selectieve contracten met het dichtstbijzijnde ziekenhuis op 30 minuten ten opzichte van vrije keuze niet significant is in de kans om wel/niet voor een bepaalde zorgverzekeraar te kiezen.

Beide attributen die een monetaire waarde bevatten blijken een negatief effect te hebben op de kans voor keuze voor een zorgverzekeraar. Dit is consistent met de verwachting dat de kans dat een verzekerde kiest voor een bepaalde zorgverzekeraar afneemt naarmate de prijs van deze zorgverzekeraar stijgt. Hieruit blijkt ook dat verzekerden terughoudend zijn tegenover het nemen van een vrijwillig eigen risico. Ook dit is consistent

met de verwachtingen.

Belang attributen

Met de coëfficiënten voortgekomen uit de conditional logit kan berekend worden welke invloed elk afzonderlijk attribuut heeft op de afhankelijke variabele (Cotteleer e.a. 2003:142, ABF research 2010:26). Met andere woorden; het belang van ieder attribuut in de keuze voor een zorgverzekeraar kan bepaald worden. Formule 1 geeft aan hoe het belang van ieder attribuut berekend kan worden.

$$\text{Formule 1: } W_i = R_i / \sum_{i=1}^m R_i$$

Hierbij is W_i het belang dat toegekend wordt aan een attribuut i . R_i is de range van attribuut i . Het tweede deel van de formule geeft aan dat de range van attribuut i gedeeld dient te worden door de som van de range van alle attributen. De range voor attribuut i is vervolgens het nut van het hoogst gewaardeerde attribuut min het nut van het laagst gewaardeerde attribuut (Cotteleer e.a. 2003:142, ABF research 2010:26). Formule 2 geeft aan hoe deze range berekend kan worden.

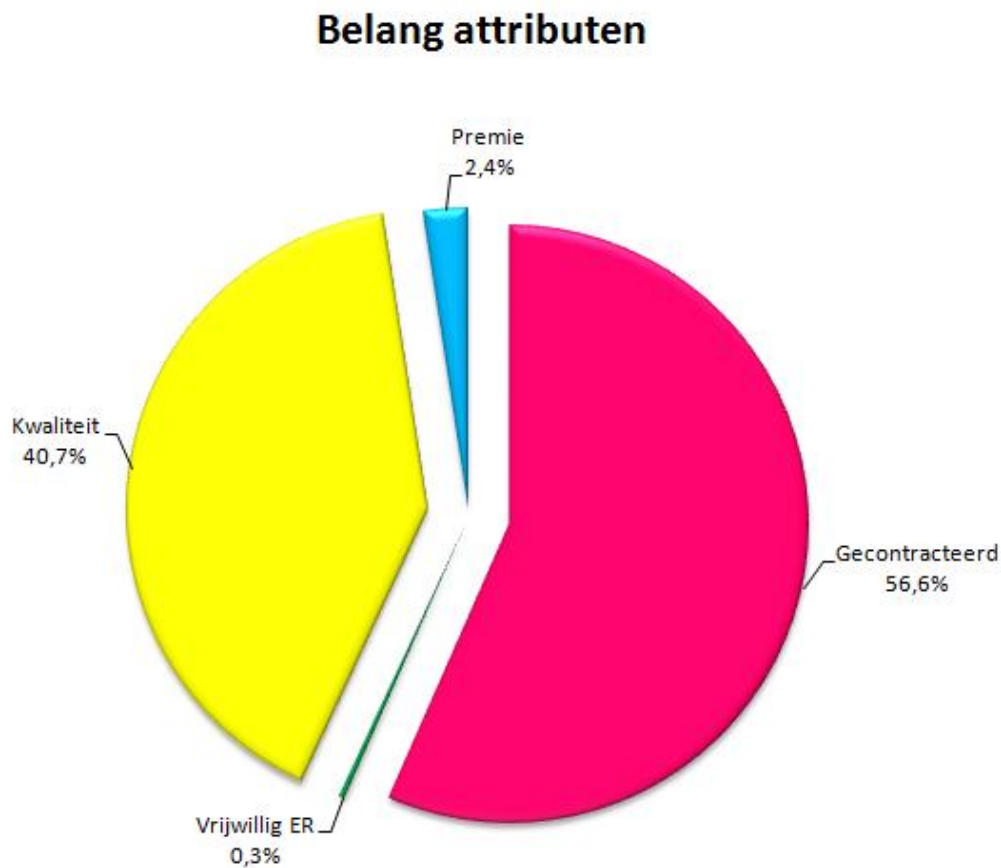
$$\text{Formule 2: } R_i = \{ \text{Max} (\alpha_{ij}) - \text{Min} (\alpha_{ij}) \}$$

Zoals eerder aangegeven zijn twee categorische variabelen opgenomen in dit onderzoek, het wel of niet selectief contracteren van ziekenhuizen en de kwaliteit van de polis informatie van een zorgverzekeraar. Om deze variabelen op te nemen in de conditional logit zijn dummyvariabelen aangemaakt, waarbij één categorie als referentie is gebruikt. Omdat het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' en 'kwaliteit polis informatie' gecodeerd is met drie dummy's, moeten de drie dummyvariabelen omgerekend worden tot de vier afzonderlijke deelnutten. Deze berekening is opgenomen in bijlage 1. Voor het attribuut premie en het attribuut vrijwillig eigen risico geldt dat dit geen categorische variabelen zijn. Hier zijn dus geen dummy's voor berekend en geldt maar één coëfficiënt. De range van deze twee variabelen is dan ook gelijk aan de absolute waarde van de coëfficiënt van deze variabelen. In tabel 4 zijn de coëfficiënten van ieder level in geval van een categorische variabele weergegeven. Ook is de range van ieder attribuut vermeld.

Attribuut	Coëfficiënt	Range
Premie	-0.035	0.035
Wel/niet gecontracteerd ziekenhuis		
Vrije keuze	-0.088	0.852
Gecontracteerd ziekenhuis minimaal 15 min	0.393	
Gecontracteerd ziekenhuis minimaal 30 min	0.154	
Gecontracteerd ziekenhuis minimaal 45 min	-0.459	
Kwaliteit polisinformatie zorgverzekeraar		
Voldoende	-0.392	0.613
Goed	0.008	
Zeer goed	0.221	
Uitstekend	0.032	
Vrijwillig eigen risico	-0.004	0.004

Tabel 4: Coëfficiënten en ranges attributen

Door vervolgens de range van ieder attribuut te delen door de som van alle ranges is het belang per attribuut berekend. De uitkomsten zijn in figuur 3 weergegeven.



Figuur 3: Cirkeldiagram belang attributen bij de keuze voor een zorgverzekeraar

Uit figuur 3 blijkt dat het wel of niet selectief contracteren van ziekenhuizen het meest van belang is in de keuze voor een zorgverzekeraar. Achtereenvolgens hechten respondenten de meeste waarde aan de kwaliteit van de polisinformatie van de zorgverzekeraar.

Bovengenoemde attributen zijn het meest bepalend in de keuze voor een zorgverzekeraar. De premie en het vrijwillig eigen risico hebben een belang van respectievelijk 2,4 en 0,3 procent in de keuze voor een zorgverzekeraar.

Betalingsbereidheid

Bovenstaande berekening, waaruit het belang van ieder attribuut in de keuze voor een zorgverzekeraar is gebleken, geeft niet aan hoeveel financiële waarde respondenten hechten aan de verschillende levels van een attribuut. Naast het belang dat ieder attribuut speelt in de keuze voor een zorgverzekeraar, is dan ook de betalingsbereidheid of willingness to pay berekend. Dit is mogelijk doordat er een prijsattribuut, ofwel een attribuut met monetaire waarde opgenomen is in de vignetten. Vanaf dit punt zal het Nederlandse woord 'betalingsbereidheid' gebruikt worden.

De formule (3) voor het berekenen van de betalingsbereidheid voor ieder attribuutlevel luidt als volgt;

$$\text{Formule 3: } (\beta_x - \beta_0)/(-\delta)$$

Hierin is β_x het attribuutlevel waarin men geïnteresseerd, β_0 de referentie van het attribuut en δ het prijsattribuut (Philips e.a. 2002:1695). De betalingsbereidheid bij de categorische variabelen kan berekend worden door de coëfficiënt bij een bepaald attribuutlevel te delen door de negatieve waarde van de coëfficiënt bij het prijsattribuut² (Ryan & Hughes 1997:264). Voor het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' is gekozen om zowel de betalingsbereidheid per jaar als de hoogte van de mogelijke besparing in geval van ziekenhuisopname te berekenen. De hoogte van het bedrag geeft aan bij welk bedrag aan mogelijke besparing verzekerden een zorgverzekeraar die selectieve contracten sluit met ziekenhuizen verkiest boven een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt.

Bij dit attribuut is het onvoldoende slechts de betalingsbereidheid per attribuutlevel te berekenen, aangezien het verplicht eigen risico ter hoogte van €220,00 ook meegenomen is in dit attribuut. De hoogte van de mogelijke besparing voor verzekerden indien zij kiezen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten heeft gesloten met ziekenhuizen, is als volgt berekend. Eerst is de betalingsbereidheid aan de hand van formule 3 berekend en omgerekend naar een betalingsbereidheid per jaar. Aangezien verzekerden die kiezen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten sluit in dit onderzoek in geval van een ziekenhuisopname het verplicht eigen risico niet hoeven te betalen, is de betalingsbereidheid per jaar op het verplicht eigen risico in mindering gebracht. Dit bedrag kan door verzekerden gezien worden als een beloning voor het kiezen voor een geprefereerd ziekenhuis.

² Aangezien de prijscoëfficiënt een negatief getal betreft, wordt er een positief getal meegenomen in de berekening van de betalingsbereidheid (twee maal een minteken wordt positief).

Attribuut	Betalingsbereidheid (in euro's per jaar)	Mogelijke besparing bij ziekenhuisopname
Wel/niet gecontracteerd ziekenhuis		
Vrije keuze		
Gecontracteerd ziekenhuis minimaal 15 min	163.08**	56.92**
Gecontracteerd ziekenhuis minimaal 30 min	133.32	86.68
Gecontracteerd ziekenhuis minimaal 45 min	-125.88*	345.88*
Kwaliteit polisinformatie zorgverzekeraar		
Voldoende		
Goed	133.20***	
Zeer goed	207.72***	
Uitstekend	190.80***	

Tabel 5: Betalingsbereidheid en mogelijke besparing bij ziekenhuisopname^a

^a De statistische significantie is bepaald op basis van de p-waarden verkregen uit de conditional logit.

* p < 0.10

** p < 0.05

*** p < 0.01

Op basis van de resultaten in tabel 5 kunnen de volgende conclusies getrokken worden. Verzekerden blijken bereid €163,08 per jaar meer te betalen voor een zorgverzekeraar die ziekenhuizen heeft gecontracteerd waarvan de dichtstbijzijnde zich op 15 minuten afstand bevindt en waarvoor geen verplicht eigen risico betaald hoeft te worden in vergelijking tot een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt, maar waarbij verzekerden wel hun verplicht eigen risico ter hoogte van €220,00 dienen te betalen. In geval van ziekenhuisopname besparen zij €56,92 in een jaar.

Voor een zorgverzekeraar die zijn verzekerden in geval van opname met behulp van een positieve prikkel wil sturen naar een geprefereerd ziekenhuis waarvan de dichtstbijzijnde zich op 30 minuten afstand bevindt, blijken verzekerden €133,32 meer te willen betalen dan voor een zorgverzekeraar met vrije keuze. Hierbij geldt ook dat verzekerden in geval van ziekte bij vrije keuze hun eigen risico van €220,00 moeten betalen. Bovengenoemd effect, waarbij een betalingsbereidheid van €133,32 werd gevonden, blijkt echter niet significant. Tot slot bleken verzekerden €125,88 minder te willen betalen voor een zorgverzekering die aangeboden wordt door een zorgverzekeraar die selectieve contracten sluit met ziekenhuizen waarvan het dichtstbijzijnde ziekenhuis op 45 minuten afstand ligt in vergelijking tot een zorgverzekering waarbij de verzekerde vrije keuze heeft. Met andere

woorden, verzekerden zijn bereid te kiezen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten heeft gesloten met ziekenhuizen op minimaal 45 minuten afstand indien zij hiermee €125,88 per jaar besparen. Wanneer zij opgenomen worden in een ziekenhuis kan de besparing oplopen tot €345,88 per jaar.

Al met al wijzen de significante effecten met betrekking tot het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' erop dat verzekerden bereid zijn een beperking in hun keuzevrijheid te accepteren, wanneer het dichtstbijzijnde gecontracteerde ziekenhuis zich op 15 minuten afstand bevindt. Dit levert verzekerden, door de vergoeding van het verplicht eigen risico, in geval van ziekenhuisopname een financieel voordeel van €56,92 op. Indien het dichtstbijzijnde gecontracteerde ziekenhuis op een grotere reisafstand ligt, namelijk op 45 minuten uitgaande van vervoer per auto, is de betalingsbereidheid voor het behouden van vrije keuze €125,88 per jaar en €220,00 verplicht eigen risico in geval van ziekenhuisopname.

Voor het effect van het attribuut 'kwaliteit van de polisinformatie' op de keuze voor een zorgverzekeraar zijn de volgende resultaten gevonden. Verzekerden zijn bereid €133,20 per jaar te betalen voor een zorgverzekeraar met een goede kwaliteit aan polisinformatie in verhouding tot een zorgverzekeraar die op de kwaliteit van zijn polisinformatie een voldoende scoort. De betalingsbereidheid neemt verder toe wanneer een verzekerden kan kiezen tussen een polisinformatie van voldoende en één van zeer goede kwaliteit. Verzekerden zijn dan bereid €207,72 per jaar meer te betalen voor een polis waarvan de kwaliteit zeer goed is. De betalingsbereidheid neemt vervolgens af wanneer de kwaliteit van de polis toeneemt naar uitstekend, hiervoor willen verzekerden €190,80 meer betalen dan voor een polisinformatie die van voldoende kwaliteit is. Al met al ligt de betalingsbereidheid voor een zorgverzekeraar die hoger dan voldoende scoort op de kwaliteit van de polisinformatie op meer dan €133,00 per jaar.

Om deelvraag vier van dit onderzoek, welke groepen zijn gevoelig voor positieve prikkels als gevolg van selectief contracteren van zorgaanbieders, te kunnen beantwoorden zijn verschillende regressieanalyses uitgevoerd op subgroepen. In totaal zijn 13 conditional logits geschat. De betalingsbereidheid is berekend voor mannen en vrouwen, drie leeftijdscategorieën, drie opleidingscategorieën, voor mensen die hun gezondheid een 7 of lager geven, voor mensen die hun gezondheid een 8 of hoger geven en voor drie opnamekansen. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 6.

Attribuut		Wel/niet gecontracteerd ziekenhuis			Kwaliteit polisinformatie zorgverzekeraar			
		Vrije keuze	contract 15min	contract 30min	contract 45min	Voldoende	goed	zeer goed
Achtergrondkenmerk	Geslacht	Man	18,00*	5,89	-23,93*	-4,45	-0,60	0,17
		Vrouw	11,30*	7,24	-4,89	16,59*	23,69*	21,30*
	Leeftijd (in jaren)	≤ 25	14,38*	10,76*	-2,32	11,54*	15,33*	15,76*
	26 t/m 49	11,72	-1,88	-21,20*	12,83*	16,70*	16,10*	
	≥ 50	13,96	6,95	-20,06	9,13	25,39*	18,00	
Opleidingsniveau	Laag	21,42*	10,28	11,00	2,88	15,62*	14,87	
	Middelbaar	11,10*	10,31	-7,18	17,51*	24,48*	20,29*	
	Hoog	10,60	-8,01	-33,73*	4,20	4,72	9,65	
Ervaren gezondheid	≤ 7	16,36*	15,43*	-5,78	7,09*	18,05*	15,49*	
	≥ 8	12,16*	1,98	-13,28*	13,46*	16,96*	16,27*	
Opnamekans (in percentages)	0	0,38	-3,48	-18,65*	7,51	9,30	11,89	
	10	30,08*	12,82*	-8,22	15,55*	20,48*	19,58*	
	≥ 20	11,72	12,49	-2,26	9,74	24,05*	16,81*	
Totaal			13.59*	11.11	-10.49*	11.10*	17.31*	15.90*

Tabel 6: Betalingsbereidheid in euro's per maand naar achtergrondkenmerken

* P < 0.10

Uit tabel 6 blijkt dat mannen bijna €24,00 minder willen betalen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten heeft gesloten waarbij het dichtstbijzijnde ziekenhuis zich op 45 minuten afstand bevindt in vergelijking tot een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt. Met andere woorden willen mannen meer dan €10,00 extra ontvangen, in vergelijking tot de totale steekproef, alvorens zij kiezen voor een zorgverzekeraar waarvoor zij minimaal 45 minuten dienen te reizen naar een ziekenhuis in vergelijking tot een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt. Vrouwen willen €4,89 minder betalen wanneer zij minimaal 45 minuten moeten reizen in vergelijking tot een zorgverzekeraar waar hen vrije keuze geboden wordt. Mannen zijn niet bereid te betalen voor een hogere kwaliteit van polisinformatie. Vrouwen zijn daarentegen wel bereid meer te betalen voor een zorgverzekeraar die meer dan voldoende scoort op de kwaliteit van polisinformatie.

Verzekerden jonger dan 26 jaar zijn bereid meer te betalen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten sluit met ziekenhuizen op minimaal 30 minuten afstand dan verzekerden in de leeftijdscategorie 26 tot en met 49. Verzekerden binnen deze laatstgenoemde leeftijdscategorie zijn al vanaf een reisafstand van 30 minuten niet meer

bereid een extra bedrag te betalen in ruil voor een korting op het verplicht eigen risico. Vanaf een leeftijd van 50 jaar is de betalingsbereidheid groter voor polisinformatie van een zeer goede kwaliteit. Wel is de trend dat de betalingsbereidheid voor polisinformatie van uitstekende kwaliteit afneemt ten opzichte van een zeer goede kwaliteit bij alle leeftijdscategorieën zichtbaar.

Daarnaast blijken verzekerden met een laag opleidingsniveau bereid €21,42 per maand meer te betalen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten heeft gesloten met ziekenhuizen waarbij de dichtstbijzijnde zich op 15 minuten bevindt in vergelijking tot een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt. De betalingsbereidheid van hoogopgeleiden voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten heeft gesloten met ziekenhuizen op minimaal 45 minuten afstand ligt met -€33,73 onder het totaal van -€10,49. Met andere woorden, hoogopgeleiden zijn in vergelijking tot de gehele steekproef bereid €20,00 per maand en in geval van ziekte het verplicht eigen risico meer te betalen voor het behouden van vrije keuze in vergelijking tot een zorgverzekeraar waarbij zij minimaal 45 minuten moeten reizen naar een gecontracteerd ziekenhuis.

Verzekerden met een laag opleidingsniveau willen nog geen €3,00 per maand extra betalen voor een zorgverzekeraar met een goede kwaliteit aan polisinformatie in vergelijking tot een zorgverzekeraar die op de kwaliteit van polisinformatie een voldoende scoort. Mogelijk vinden zij een polisinformatie die minimaal van zeer goede kwaliteit is pas toereikend. Daarnaast blijken hoogopgeleiden weinig extra te willen betalen voor een kwaliteit van polisinformatie van meer dan voldoende.

Ook blijkt uit tabel 6 dat verzekerden met een hogere ervaren gezondheid (8 of hoger) en een geschatte opnamekans van 0% niet bereid zijn extra te betalen voor een zorgverzekeraar wanneer de reisafstand tot een gecontracteerd ziekenhuis toeneemt. Gezien de betalingsbereidheid van de totale steekproef, zijn verzekerden met een zelfgeschatte opnamekans van 10% bereid meer te betalen (€30,08 t.o.v. €13,59) voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten heeft gesloten met ziekenhuizen op minimaal 15 minuten afstand in vergelijking tot een zorgverzekeraar die hen vrije keuze biedt.

5. Discussie

Uit figuur 3 waarin het belang van ieder attribuut in de keuze voor een zorgverzekeraar weergegeven is, blijkt dat de premie en het vrijwillig eigen risico weinig belang hebben. Uit dit onderzoek is gebleken dat het vrijwillig eigen risico voor 0,3 procent bepalend is in de keuze voor een zorgverzekeraar. De resultaten van dit onderzoek omtrent het vrijwillig eigen risico zijn consistent met eerdere onderzoeken die aangeven dat slechts weinig verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico (Van de Ven e.a. 2009:18, NZa 2011a:33, Vektis 2012:17). Er dient echter wel een kanttekening gemaakt te worden bij de resultaten omtrent het vrijwillig eigen risico voortkomend uit dit onderzoek. Deze zijn namelijk niet realistisch, aangezien een vrijwillig eigen risico in de praktijk direct in verbinding staat met een korting op de premie. In dit onderzoek staat het vrijwillig eigen risico echter los van de premie. Uit de uitkomsten van dit onderzoek is naar voren gekomen dat de premie voor 2,4 procent bepalend is in de keuze voor een zorgverzekeraar. Deze bevinding lijkt inconsistent met bevindingen voortgekomen uit eerder onderzoek, waarin de premie juist de belangrijkste reden bleek voor verzekerden om de keuze te maken om over te stappen van zorgverzekeraar (Van den Berg e.a. 2008:2455 en Lacker e.a. 2007:22).

Bovenstaand betekent echter niet dat deze resultaten geheel in strijd zijn met eerdere bevindingen die stellen dat de prijs van een zorgverzekering de meest bepalende factor is in het veranderen van zorgverzekeraar (Schut e.a. 2003:131). Het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' is voor 56,6 procent van invloed en is hiermee, van de onderzochte attributen, het meest bepalend in de keuze voor een zorgverzekeraar en bevat ook een prijscomponent. Verzekerden betalen in het jaar 2012 €220,00 verplicht eigen risico wanneer zij zorg genieten. In dit onderzoek geldt dat verzekeraars die selectief contracteren toepassen hun verzekerden trachten te sturen naar een geprefereerd ziekenhuis met behulp van een positieve financiële prikkel. Dit betekent dat een verzekerde het eigen risico niet hoeft te betalen wanneer hij of zij zorg afneemt van een ziekenhuis die door de zorgverzekeraar is geselecteerd. Al met al betekent dit dat er een prijscomponent van €220,00 in dit attribuut verwerkt zit.

Ook is uit dit onderzoek naar voren gekomen dat de kwaliteit van de polisinformatie van een zorgverzekeraar van groot belang is in de afweging om wel of niet voor een bepaalde zorgverzekeraar te kiezen. Deze kwaliteit blijkt voor 40,7% bepalend te zijn in de keuze voor een zorgverzekeraar. Voor zorgverzekeraars kan dit een positieve bevinding zijn, aangezien verwacht wordt dat de polisinformatie voor zorgverzekeraars relatief makkelijk te verbeteren of aan te passen is. Gedacht kan worden aan de toegankelijkheid van de polisinformatie, door deze inzichtelijk op de website te presenteren. Ook zouden zorgverzekeraars de kwaliteit van hun polisinformatie kunnen verbeteren door in het geval zij

selectieve contracten gesloten hebben met zorgaanbieders, duidelijkheid te verschaffen over welke aanbieders wel, en welke niet gecontracteerd zijn.

Bovengenoemde percentages geven echter niet aan welk level van een bepaald attribuut door verzekerden geprefereerd wordt. Om hieromtrent nadere conclusies te kunnen trekken is de betalingsbereidheid per level berekend. Van het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' bleken twee van de drie uit de conditional logit voortgekomen coëfficiënten significant te zijn. De significante effecten met betrekking tot dit attribuut wijzen erop dat verzekerden bereid zijn meer te betalen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten afsluit, waarbij het dichtstbijzijnde gecontracteerde ziekenhuis zich op 15 minuten afstand bevindt. Verzekerden willen voor deze zorgverzekering €163,08 per jaar meer betalen in vergelijking tot een zorgverzekering waarbij de verzekerde keuzevrijheid behoudt. Bij deze constatering dient wel vergoeding van het verplicht eigen risico die een verzekerde ontvangt voor het kiezen van een geprefereerd ziekenhuis in oogschouw genomen te worden. Verzekerden besparen met deze keuze in geval van ziekenhuisopname €56,90. Dit kan door de verzekerde als 'beloning' gezien worden voor het kiezen voor een door de zorgverzekeraar geprefereerd ziekenhuis.

Het andere significante effect dat werd gevonden tussen het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' en de keuze voor een zorgverzekeraar toont aan dat verzekerden niet bereid zijn hun keuzevrijheid op te geven wanneer het dichtstbijzijnde ziekenhuis zich op een grotere afstand bevindt. Zo bleken verzekerden €125,88 per jaar minder te willen betalen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten had gesloten met ziekenhuizen die zich op minimaal 45 minuten afstand bevonden. Met andere woorden, verzekerden zijn bereid €125,88 meer te betalen voor het behouden van hun keuzevrijheid en daarbovenop het verplicht eigen risico van €220,00 te betalen in geval van ziekte. Verzekerden zullen dus pas bij een mogelijke besparing van minimaal €345,88 per jaar een zorgverzekeraar met selectieve contracten op minimaal 45 minuten afstand prefereren boven een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt.

Het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' bevat drie samenhangende componenten die verklarend kunnen zijn voor de keuze voor een zorgverzekeraar; het feit of een zorgverzekeraar selectieve contracten afsluit met een ziekenhuis, de afstand tot dit ziekenhuis en de hoogte van het verplicht eigen risico. Bovengenoemde bevindingen voortkomend uit dit onderzoek zijn consistent met eerder onderzoek dat suggereert dat de meest ideale afstand tot een ziekenhuis 15 minuten bedraagt en dat patiënten niet verder dan 30 minuten willen reizen naar een ziekenhuis (Nivel 2011:37, Kueanen e.a. 2011:45). Dit is op te maken uit de betalingsbereidheid van verzekerden wanneer het ziekenhuis zich op minimaal 15 of 30 minuten reisafstand bevindt. Wanneer deze reisafstand toeneemt naar minimaal 45 minuten, blijken verzekerden niet bereid te zijn extra geld te betalen voor een

zorgverzekeraar. Al met al kan geconstateerd worden dat verzekerden niet negatief zijn over selectief contracteren wanneer het dichtstbijzijnde gecontracteerde ziekenhuis zich op maximaal 30 minuten reisafstand bevindt. Wanneer deze reisafstand 45 minuten bedraagt weegt de korting op het verplicht eigen risico niet op tegen de reistijd en de beperking in de keuzevrijheid.

In het theoretisch kader is de noodzaak van selectief contracteren aangeduid. De bevindingen van dit onderzoek, die suggereren dat verzekerden positief staan tegenover selectief contracteren wanneer de zorgverzekeraar hen door middel van een positieve financiële prikkel tracht te sturen naar een gecontracteerde zorgaanbieder, zijn dan ook hoopgevend. Daarnaast blijkt de kwaliteit van de polisinformatie van groot belang in de keuze voor een zorgverzekeraar. De betalingsbereidheid voor een hogere kwaliteit aan polisinformatie neemt toe tot en met de categorie 'zeer goed'. Verzekerden zijn bereid €17,31 per maand te betalen voor een zorgverzekeraar die deze kwaliteit aan informatie biedt in vergelijking tot een zorgverzekeraar die hier een voldoende voor scoort. Op jaarbasis gaat dit om een bedrag van €207,72 per verzekerde. Voor zorgverzekeraars kan het dus winstgevend zijn om de kwaliteit van hun polisinformatie te verbeteren.

Er dient wel een kanttekening gemaakt te worden bij de resultaten betreffende de betalingsbereidheid van verzekerden voor de kwaliteit van polisinformatie van een zorgverzekeraar. Zo is een betalingsbereidheid van minimaal €133,00 per jaar voor een zorgverzekeraar die op de kwaliteit van polisinformatie meer dan voldoende scoort erg hoog. Zeker gezien de bevindingen verkregen uit eerder onderzoek die aangeven dat driekwart van de verzekerden geen moeite heeft met het vinden en begrijpen van polisinformatie van zijn of haar zorgverzekeraar (Nivel 2008:31). Daarnaast argumenteert het Nivel (2008:31) dat 29 procent van de verzekerden geen weet heeft van de polisinformatie en of deze veranderd is. Een verklaring voor de gevonden grote betalingsbereidheid kan zijn dat de kwaliteit van polisinformatie van een zorgverzekeraar in dit onderzoek als laatst op het vignet vermeld is, waardoor respondenten minder aandacht gehad kunnen hebben voor dit attribuut.

Wanneer onderzocht wordt of er groepen te onderscheiden zijn in de invloed die de verschillende attributen hebben op de keuze voor een zorgverzekeraar kan het volgende geconcludeerd worden. In de onderzoeksopzet, waarin tevens het verwachte empirische model beschreven is, werden sommige groepen als 'on gevoeliger' aangeduid; jongere, gezondere, hoger opgeleide en mensen met een lagere geschatte opnamekans. Voorspeld werd dat deze on gevoeligere groep minder gevoelig is voor prikkels waarmee een zorgverzekeraar hen naar een geprefereerd ziekenhuis tracht te sturen. Aangezien dit een relatief gezonde groep verzekerden is, werd verwacht dat zij een korting op het verplicht eigen risico niet als voordeel zien. Met andere woorden werd verwacht dat zij een lagere betalingsbereidheid hebben voor zorgverzekeraars die selectieve contracten sluiten met

ziekenhuizen. Daarnaast werd verwacht dat het geslacht geen invloed zou hebben op het keuzegedrag van verzekerden.

Uit dit onderzoek is gebleken dat geslacht wel invloed heeft op het keuzegedrag van verzekerden. Mannen zijn minder bereid te betalen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten sluit met ziekenhuizen wanneer zij hiervoor minimaal 45 minuten moeten reizen. Ook voor een hogere kwaliteit van polisinformatie van een zorgverzekeraar zijn mannen niet bereid extra te betalen. Verzekerden jonger dan 26 jaar zijn bereid meer te betalen voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten sluit met ziekenhuizen op minimaal 30 minuten afstand dan verzekerden in de leeftijdscategorie 26 tot en met 49. Verzekerden binnen deze laatstgenoemde leeftijdscategorie zijn al vanaf een reisafstand van 30 minuten niet meer bereid een extra bedrag te betalen in ruil voor een korting op het verplicht eigen risico.

Beide bevindingen zijn niet consistent met eerdere voorspellingen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verzekerden vanaf een bepaalde leeftijd minder bereid zijn langer te reizen voor een bezoek aan een ziekenhuis. Ook is het lastig om met een relatief kleine steekproef een goede verdeling tussen 'jong' en 'oud' te maken. Wanneer dit onderzoek uitgevoerd wordt met een grotere steekproef, kunnen meer valide uitkomsten verkregen worden. Daarnaast is gebleken dat verzekerden vanaf een leeftijd van 50 jaar een grotere betalingsbereidheid hebben voor een zeer goede kwaliteit aan polisinformatie. Deze bevinding is consistent met eerdere verwachtingen, een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat de polisinformatie van zorgverzekeraars voor oudere mensen moeilijker te begrijpen kan zijn.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat hoogopgeleiden verzekerden eerder bereid zijn geld te betalen voor keuzevrijheid (Boonen & Schut 2009:680). Consistent met de verwachtingen is de bevinding dat hoog opgeleide verzekerden minder bereid zijn te betalen voor de reisafstand tot een gecontracteerd ziekenhuis, deze lagere betalingsbereidheid is zichtbaar vanaf een minimale reisafstand van 30 minuten. Met andere woorden, dit onderzoek toont ook aan dat hoogopgeleiden bereid zijn meer te betalen indien zij daarmee hun keuzevrijheid voor een ziekenhuis behouden. Hoogopgeleiden willen ook weinig extra betalen voor een kwaliteit van polisinformatie van meer dan voldoende. Verzekerden die een opleidingsniveau van middelbaar niveau genoten hebben lijken een hogere betalingsbereidheid te hebben voor de kwaliteit van polisinformatie.

Tot slot toont dit onderzoek aan dat verzekerden met een hogere ervaren gezondheid en een geschatte opnamekans van 0% niet bereid zijn extra te betalen voor een zorgverzekeraar wanneer de reisafstand tot een gecontracteerd ziekenhuis toeneemt. Deze bevindingen zijn consistent met de eerdere verwachtingen. Wel zijn verzekerden met een geschatte opnamekans van 10% bereid veel extra te betalen (€30,08 per maand) voor een zorgverzekeraar die selectieve contracten sluit met ziekenhuizen op minimaal 15 minuten

afstand in vergelijking tot een zorgverzekeraar die keuzevrijheid biedt. Deze bevinding heeft nader onderzoek, aangezien dit zou betekenen dat deze groep verzekerden ook in geval van een ziekenhuisopname met de korting op het verplicht eigen risico geen financieel voordeel zou behalen.

Aanbevelingen

In dit onderzoek bleken twee van de drie levels van het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' significant van invloed op de keuze voor een zorgverzekeraar. Eerder is aangegeven dat het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' bestaat uit drie componenten. Op basis van dit onderzoek blijkt binnen dit attribuut vooral de reisafstand bepalend voor de betalingsbereidheid voor verzekerden. Om de exacte redenen achter de keuze voor het wel of niet kiezen voor een zorgverzekeraar met selectieve contracten te kunnen achterhalen, is naast kwantitatief onderzoek ook kwalitatief onderzoek van belang. Met dit type onderzoek kunnen de meningen van respondenten beter getoetst worden.

Daarnaast dient nader onderzoek onder de verzekerdenpopulatie van ONVZ plaats te vinden. Eerder is vermeld dat ONVZ een zorgverzekeraar is die vrije keuze aan zijn verzekerden garandeert en hen dan ook geen keuzebeperking oplegt door niet selectief te contracteren. Binnen deze populatie kan onderzocht worden wat de redenen zijn geweest om de keuze te maken voor deze zorgverzekeraar. Is dit echt door de garantie die zij bieden op keuzevrijheid? Hierbij is het van belang dat dit in verband gebracht wordt met het totaal aantal verzekerden die aangesloten is bij deze zorgverzekeraar.

Dit onderzoek is gericht op selectief, dan wel vrije keuze voor een ziekenhuis. In de onderzoeksopzet is vermeld dat gekozen is om dit onderzoek toe te spitsen op wel/niet gecontracteerde ziekenhuizen, omdat verwacht wordt dat verzekerden de beperking in hun keuzevrijheid voor deze categorie zorgaanbieder eerder zullen accepteren. Dit in vergelijking tot huisartsen en tandartsen, waarmee verzekerden veelal meer contact hebben waardoor de vertrouwensband bij deze categorieën aanbieders hoger is dan bij het ziekenhuis (NZa 2009b:25). Hoewel de bevindingen voortkomend uit dit onderzoek positief zijn, is nader onderzoek naar het keuzegedrag van verzekerden bij selectieve contracten tussen zorgverzekeraars en andere categorieën van zorgaanbieders noodzakelijk.

Waar dit onderzoek zich toespitst op de kwaliteit van de polisinformatie van de zorgverzekeraar, is het ook van belang dat de kwaliteit van gecontracteerde zorgaanbieders meegenomen wordt om het keuzegedrag van verzekerden te onderzoeken. Het is van belang dat deze twee kwaliteitsaspecten gezamenlijk onderzocht worden. Op basis van resultaten uit een dergelijk onderzoek kunnen uitspraken gedaan worden over de mate waarin verzekerden als kritische kopers fungeren. Eerder onderzoek van Reitsma-van Rooijen e.a. (2011:1482) argumenteert dat verzekerden niet als kritische kopers fungeren.

Aangezien uit dit onderzoek het belang en de betalingsbereidheid voor een hogere kwaliteit aan polisinformatie groot was, is het interessant hier nader onderzoek aan te wijden.

Tot slot is in dit onderzoek ook het effect van het vrijwillig eigen risico meegenomen op de keuze voor een zorgverzekeraar. Zoals eerder aangegeven bepaald dit in geringe mate (0,3%) de keuze voor een zorgverzekeraar. Op dezelfde wijze waarop de betalingsbereidheid voor de verschillende attribuutlevels is berekend, kan ook berekend worden welke korting men wil ontvangen in ruil voor het kiezen voor een vrijwillig eigen risico van €200,00. De bedragen die hieruit voortkwamen waren erg laag en bereikte in geen van de groepen de €2,00 op jaarbasis. Er wordt dan ook aanbevolen nader onderzoek te verrichten naar het vrijwillig eigen risico en de premiekorting die een verzekerde wil ontvangen om daadwerkelijk bereid te zijn de keuze voor een vrijwillig eigen risico te maken. Tot slot zou onderzocht kunnen worden welke prikkels verzekerden motiveren een vrijwillig eigen risico te kiezen.

6. Conclusie

De conclusie van dit onderzoek is gestructureerd aan de hand van de opgestelde deelvragen, zodat uiteindelijk de probleemstelling beantwoord kan worden. De eerste deelvraag luidt als volgt; Wat wordt verstaan onder selectief contracteren. Deze deelvraag is middels een literatuurstudie beantwoord en wordt onderstaand besproken. Selectief contracteren houdt in dat een zorgverzekeraar een selectieve regeling heeft getroffen met zorgaanbieders. Met andere woorden, de zorgverzekeraar heeft op basis van bepaalde criteria zorgaanbieders geselecteerd om mee te onderhandelen over prijs en kwaliteit en uiteindelijk een contract aan te gaan.

De tweede deelvraag, in hoeverre selectief contracteren in Nederland wordt toegepast, is ook met behulp van een literatuurstudie beantwoord. Selectief contracteren wordt op dit moment in geringe mate toegepast in Nederland. De helft van de zorgverzekeraars is in het jaar 2009 gestart met het afgeven van positieve prikkels door het geven van informatie over zorgaanbieders, zoals de wachttijd en kwaliteit van zorg. Op dit moment passen enkele zorgverzekeraars positieve financiële prikkels toe om hun verzekerde voor geselecteerde aandoeningen naar geprefereerde zorgaanbieders te sturen. Deze verzekerden krijgen een korting op hun eigen risico wanneer zij de keuze maken voor een geprefereerde zorgaanbieder. 2011 is het meest recente jaar waarover cijfers van de mate van contracteren bekend zijn, voor het jaar 2012 is de zorginkoop namelijk nog niet afgerond. In het jaar 2011 heeft inmiddels 70% van de verzekerden een zorgverzekering met selectieve contracten. Desondanks zorgt dit nog voor weinig positieve financiële gevolgen, omdat het grootste gedeelte (minimaal 75%) van de niet-gecontracteerde zorg door de zorgverzekeraar vergoed wordt.

De derde deelvraag, welke factoren een rol spelen in de keuze voor een zorgverzekeraar met of zonder selectieve contracten, is beantwoord door middel van literatuurstudie en de resultaten van dit onderzoek. Uit eerder onderzoek is gebleken dat verzekerden een beperkt aanbod prefereerde, indien dit gekoppeld was aan een hogere kwaliteit van zorg. Hierbij hebben respondenten te kennen gegeven dat het wel moet gaan om een sterke toename in kwaliteit, waarbij zij veel waarde hechten aan de oordelen van andere mensen over een zorgaanbieder. Daarnaast is uit de literatuurstudie naar voren gekomen dat de reisafstand het meest bepalend is in de keuze voor een zorgaanbieder, verzekerden willen veelal niet verder reizen dan 30 minuten waarbij de meest ideale reistijd 15 minuten bedraagt. Wel heeft eerder onderzoek aangetoond dat de kwaliteit van een zorgaanbieder de reisbereidheid kan vergroten.

Ook uit dit onderzoek blijkt de reisafstand te bepalen of verzekerden de beperking in keuzevrijheid accepteren. Wanneer een zorgverzekeraar selectieve contracten heeft gesloten met ziekenhuizen, waarbij het dichtstbijzijnde ziekenhuis zich op 15 minuten afstand bevindt, zijn verzekerden bereid €163,08 per jaar extra te betalen dan voor een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt. Dit levert hen in geval van ziekenhuisopname, waarbij zij het verplicht eigen risico niet hoeven te betalen, een besparing van bijna €60,00 op. Wanneer de reisafstand toeneemt naar minimaal 45 minuten zijn verzekerden bereid €125,88 per jaar en het verplicht eigen risico (€220,00) in geval van ziekte te betalen om hun keuzevrijheid te behouden. Daarnaast heeft dit onderzoek aangetoond dat de kwaliteit van de polisinformatie voor een groot gedeelte (40,7%) de keuze voor een zorgverzekeraar bepaald. Hierbij zijn verzekerden bereid minstens €133,00 per jaar te betalen voor een zorgverzekeraar waarvan de kwaliteit van de polisinformatie meer dan voldoende is, dan voor een zorgverzekeraar die hier een voldoende op scoort. Wel is een daling in betalingsbereidheid te zien wanneer de kwaliteit van polisinformatie toeneemt van zeer goed naar uitstekend. Verzekerden blijken dus al tevreden met een kwaliteit van zeer goed en hechten geen meerwaarde aan polisinformatie van uitstekende kwaliteit.

Tot slot is de vierde deelvraag, welke groepen zijn ongevoelig voor positieve prikkels als gevolg van selectief contracteren van zorgaanbieders, beantwoord. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat mannen, hoger opgeleide, verzekerden met een hogere ervaren gezondheid en verzekerden met een lagere geschatte opnamekans minder gevoelig zijn voor positieve financiële prikkels. Verzekerden binnen de leeftijdscategorie 26 tot 50 jaar zijn minder bereid te betalen voor een zorgverzekeraar die ziekenhuizen selectief contracteert naarmate de reisafstand toeneemt, deze groep wil al vanaf een minimale reisafstand van 30 minuten tot een gecontracteerd ziekenhuis niet extra betalen. Wanneer gekeken wordt naar de betalingsbereidheid voor de kwaliteit van polisinformatie kan geconcludeerd worden dat mannen en hoogopgeleiden minder willen betalen voor een zorgverzekeraar met een meer dan voldoende kwaliteit aan polisinformatie in vergelijking tot een zorgverzekeraar die hier een voldoende op scoort.

De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt; Wat is de invloed van selectief contracteren waarbij gebruik gemaakt wordt van positieve prikkels op het keuzegedrag van verzekerden voor een zorgverzekeraar? Hierbij is in het theoretisch kader het belang van selectief contracteren, en daarmee de keuzebeperking die verzekerden hiervoor moeten accepteren, aangeduid. Bevindingen voortgekomen uit eerder onderzoek zijn enigszins hoopgevend. Zij stellen dat verzekerden een beperkt aanbod prefereren, wanneer dit zorgde voor een sterke toename in kwaliteit. Ook de bevindingen uit dit onderzoek zijn hoopgevend

en geven aan dat de keuze voor een zorgverzekeraar voor 56,6% afhankelijk is van het feit of de zorgverzekeraar wel of geen selectieve contracten heeft gesloten met zorgaanbieders. Daarnaast toont dit onderzoek aan dat respondenten bereid zijn meer te betalen voor een zorgverzekeraar die selectief contracteren van ziekenhuizen toepast indien deze ziekenhuizen zich op minimaal 15 minuten bevinden. Indien de reisafstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis toeneemt naar 45 minuten, prefereren verzekerden een zorgverzekeraar die vrije keuze biedt. Er kunnen groepen onderscheiden worden die minder bereid zijn te betalen voor een zorgverzekeraar waarbij het kan voorkomen dat zij langer moeten reizen dan het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het betreft hier mannen, hoogopgeleiden, verzekerden met een hogere ervaren gezondheid en verzekerden die hun opnamekans op 0% inschatten.

Tot slot bleek de kwaliteit van de zorgverzekeraar voor een groot gedeelte (40,7%) bepalend in de keuze voor een zorgverzekeraar. Hierbij zijn verzekerden bereid te betalen voor een zorgverzekeraar die meer dan voldoende scoort op de kwaliteit van polisinformatie. Wel is een daling in betalingsbereidheid zichtbaar wanneer de kwaliteit van polisinformatie toeneemt van zeer goed naar uitstekend. Verzekerden blijken dus al tevreden met een zeer goede kwaliteit en hechten geen meerwaarde aan polisinformatie van uitstekende kwaliteit. Mannen en hoogopgeleiden zijn niet bereid te betalen voor de kwaliteit van polisinformatie.

7. Literatuurlijst

- (ABF research) 2010. *Voorbeeldrapport conjunct meten: De bonte vaart in beeld* [Internet]. ABF research, 14-09-2010 [aangehaald op 10-05-2012]. Bereikbaar op <http://www.abfresearch.nl/media/635926/rapportage%20cm%20standaard.pdf>
- Anderson, J.G. & D.E. Bartkus. 1973. 'Choice of Medical Care: A Behavioral Model of Health and Illness Behavior'. *J Health Soc Behavior* 1973 (14):348-62.
- (AD) 2011. *Premies grote zorgverzekeraars bekend: basispremie wordt 108,25 euro* [Internet]. Algemeen Dagblad, 08-11-2011 [aangehaald op 23-11-2011]. Bereikbaar op <http://www.ad.nl/ad/nl/3262/Zorgverzekering/article/detail/3022041/2011/11/08/Premies-grote-zorgverzekeraars-bekend-basispremie-wordt-108-25-euro.dhtml>
- Baarsma, B & P. Berkhout. 2004. *Op prijs gesteld, maar ook op kwaliteit* [Internet] Stichting voor Economisch Onderzoek, 28-04-2011 [aangehaald op 08-10-2011]. Bereikbaar op http://www.nma.nl/images/SEO_rapport22-157316.pdf
- Batata, A. 2004. 'The effect of HMOs on fee-for-service health care expenditures: evidence from medicare revisited'. *Journal of Health Economics* 2004 (23):951-963.
- Van den Berg, B & P. van Dommelen. 2008. 'Preferences and choices for care and health insurance' *Social science & medicine* 66 (12):2448-2459.
- Boonen, L.H.H.M. 2009. *Consumer channeling in health care: (im)possible?* [Internet]. ZonMw, 31-08-2009 [aangehaald op 03-10-2011]. Bereikbaar op http://repub.eur.nl/res/pub/17242/091117_Boonen,%20Lieke%20Henriette%20Hubert%20Marie.pdf
- Boonen, L.H.H.M. & T. Laske-Aldershof. 2009. *Het effect van CQ-informatie op de keuze voor een zorgverzekeraar* [Internet]. ZonMw programma Meten Patiënt Ervaring, 11-03-2010 [aangehaald op 30-09-2011]. Bereikbaar op <http://repub.eur.nl/res/pub/20171/Het%20effect%20van%20CQ%20informatie%20op%20de%20keuze%20voor%20een%20zorgverzekeraar..pdf>

Boonen, L.H.H.M. & E. Schut. 2009. 'Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensproblemen'. *ESB* 94(4572):678-681.

Boonen, L.H.H.M. & F.T. Schut. 2011. 'Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system'. *Health Economics, Policy and Law* 2011(6): 219–235.

Cotteleer, G & K. Gardebroek & H.C.J. Vrolijk & W. Dol. 2003. *Opfriscursus statistiek*. Den Haag: LEI.

(Dobney) 2011. *What is conjoint analysis?* [Internet]. Dobney, 23-11-2011 [aangehaald op 24-11-2011]. Bereikbaar op <http://www.dobney.com>

(Eerst Kamer der Staten-Generaal) 2011. 29.763 *Zorgverzekeringswet* [Internet]. Eerste Kamer der Staten-Generaal, 25-11-2011 [aangehaald op 25-11-2011]. Bereikbaar op http://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/29763_zorgverzekeringswet

Heemskerk, E. & T. Hendriks & M. Wats. 2010. 'Vormen de 'old boys' een gevaar voor marktwerking in de zorg?' *Goed bestuur* 2010 (5): 48-55.

Harris, K. 2002. 'Can high quality overcome consumer resistance to restricted provider access?: Evidence from a health plan choice experiment.' *HSR: Health Service Research* 37 (3):1-21.

Hewitt, A. 2010. *Ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt* [Internet]. AON Nederland, 10-11-2010 [aangehaald op 30-09-2011]. Bereikbaar op <http://www.balieplus.nl/documenten/Ontwikkelingen%20zorgverzekeringsmarkt%202011.pdf>

De Jong, J.D. & A. van den Brink-Muinen & P.P. Groenewegen. 2008. 'The Dutch health Insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled.' *BMC Health Services Research* 2008 (8): 58-65.

(Kiesbeter) 2011. *Wat is kiesbeter.nl* [Internet]. Kiesbeter, 25-11-2011 [aangehaald op 25-11-2011]. Bereikbaar op <http://www.kiesbeter.nl/algemeen/overkiesbeter/>

- (Kiesbeter) 2012. *Vrijstelling wettelijk eigen risico-overzicht verzekeraars* [Internet]. Kiesbeter, 30-05-2012 [aangehaald op 30-05-2012]. Bereikbaar op <http://www.kiesbeter.nl/zorgverzekeringen/vrijstelling-wettelijk-eigen-risico/>
- Kralewski, J.E. & E.C. Rich. 2000. 'The effects of medical group practice and physician payment methods on costs of care'. *Health Services Research* 2000 (35):591-613.
- Kuenen, J.W. & R. Mohr & S. Larsson & W. van Leeuwen. 2011. *Zorg voor waarde meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden* [Internet]. BCG, 10-10-2011 [aangehaald op 08-05-2012]. Bereikbaar op http://www.skivr.nl/wosmedia/564/zorg_voor_waarde_bcg.pdf
- Lacker, I & M. Petri. 2007. *Keuzegedrag op de zorgverzekeringsmarkt* [Internet]. ESB, 12-04-2007 [aangehaald op 25-11-2011]. Bereikbaar op http://esbonline.sdu.nl/esb/images/ESB_4508S_Schram_tcm445-318645.pdf
- Lako, C.J. & P. Rosenau & C. Daw. 2010. 'Switching health Insurance plans: Results from a health survey.' *Health care anal* 2011 (19):312-328.
- Leys M. 2003. *Kiezen in zorg: preferentie en competenties van consumenten: een 'quick scan' van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*. Den Haag: ZonMw, 2003
- Liu, X & D.R. Hotchkiss & S. Bose. 2007. 'The impact of contracting-out on health system performance: A conceptual framework'. *Health policy* 2007 (82): 200-211.
- Mackenbach, J.P. & P.J. van der Maas. 2008. *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Miller, R.H. & H.S. Luft. 1994. 'Managed care plan performance since 1980: A literature analysis'. *Journal of the American Medical Association* 1994 (18): 1512-1519.

- (Ministerie van VWS). 2011. *Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair medisch Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport* [Internet]. Rijksoverheid, 04-07-2011 [aangehaald op 13-06-12]. Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/07/05/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord-2012-2015.html>
- (Ministerie van VWS). 2012. *Besluit van houdende wijziging van onder meer het Besluit zorgverzekering, en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met maatregelen 2013 in het zorgpakket* [Internet]. Rijksoverheid, 13-06-12 [aangehaald op 13-06-12]. Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2012/06/13/ontwerpbesluit-tot-wijziging-besluit-zorgverzekering-en-besluit-zorgaanspraken-awbz.html>
- (M&M). 2009. 'special issue: Marktwerking in de zorg'. *Markt en Mededinging* 12 (2):1-60.
- Mosca, I & A. Schut-Welkzijn. 2008. 'Choice determinants of the mobility in the Dutch health Insurance market'. *Journal of Health Economics* 9 (3):261-264.
- (Multizorg VRZ). 2012. *Deelnemers Multizorg VRZ* [Internet]. Multizorg VRZ, 14-06-2012 [aangehaald op 14-06-2012]. Bereikbaar op <http://www.multizorg.nl/deelnemers-multizorg-vrz/deelnemers2012/participatie-2012.html>
- (Nivel). 2008. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2008* [Internet]. Nivel, 04-11-2010 [aangehaald op 17-04-2012]. Bereikbaar op: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-CQ-index-Zorg-Zorgverzekering.pdf>
- (Nivel). 2011. *Consumentenpanel Gezondheidszorg: Basisrapport met informatie over het panel (2011)* [Internet]. Nivel, 06-06-2011 [aangehaald op 07-12-2011]. Bereikbaar op <http://www.nivel.nl/pdf/Rapport-Consumentenpanel-2011.pdf>
- (NPCF). 2011. *NPCF: verzekerde onvoldoende geïnformeerd over zorginkoop* [Internet]. NPCF, 21-07-2011 [aangehaald op 18-04-2012]. Bereikbaar op: http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=387:npcf-verzekerde-onvoldoende-geinformeerd-over-zorginkoop&catid=2:nieuws&Itemid=26

- (NZa). 2007. *Richting Geven aan Keuzes. Kunnen Verzekeraars Consumenten Stimuleren naar Gecontracteerde Voorkeursaanbieders te Gaan?* [Internet]. NZa, 17-05-2007 [aangehaald op 07-11-2011]. Bereikbaar op http://www.nza.nl/104107/138040/Richting_geven_aan_keuzes.pdf
- (NZa). 2009a. *Monitor: Eigen risico 2008* [Internet] NZa, 17-04-2009 [aangehaald op 05-10-2011]. Bereikbaar op http://www.nza.nl/104107/105773/354536/Mon_EigenRisico.pdf
- (NZa). 2009b. *Monitor: Zorgverzekeringsmarkt 2009* [Internet]. NZa, 23-07-2009 [aangehaald op 25-11-2011]. Bereikbaar op http://www.nza.nl/104107/105773/354529/Monitor_Zorgverzekeringsmarkt_2009.pdf
- (NZa). 2011a. *Marktscan: Zorgverzekeringsmarkt weergave van de markt 2007-2011* [Internet]. NZa, 19-07-2011 [aangehaald op 25-11-2011]. Bereikbaar op http://www.nza.nl/104107/105773/354532/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt.pdf
- (NZa). 2011b. *Het verschil maken: stand van zaken 2011* [Internet]. NZa, 10-10-2011 [aangehaald op 07-12-2011]. Bereikbaar op http://www.nza.nl/104107/141620/Stand_van_de_zorgmarkten_2011.pdf
- (NZa). 2012a. *Monitor toetredingsdrempels zorgverzekeringsmarkt: Onderzoek naar belemmeringen voor toetreding en de positie van kleine zorgverzekeraar* [Internet]. NZa, 08-05-2012 [aangehaald op 14-06-2012]. Bereikbaar op http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Monitor_Toetredingsdrempels_zorgverzekeringmarkt.pdf
- (NZa). 2012b. *Marktscan Medisch specialistische zorg: Weergave van de markt 2006-2011* [Internet]. NZa, 23-03-2012 [aangehaald op 14-06-12]. Bereikbaar op <http://www.nza.nl/publicaties/Monitordocumenten/2012/>
- (ONVZ). 2012. *Een zorgverzekering met optimale keuzevrijheid* [Internet]. ONVZ, 19-06-2012 [aangehaald op 20-06-2012]. Bereikbaar op <http://www.onvz.nl/zorg.htm?ch=def&id=vrije-keuze>

- (Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn advocaten en notarissen). 2011. *Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg: contractvormen onder DOT* [Internet]. NZa, 01-01-2011 [aangehaald op 31-05-2012]. Bereikbaar op [http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport%20Innovatieve%20inkoop%20medisch%20specialistische%20zorg.pdf)
- Philips, K.A. & T. Maddala & F.R. Johnson. 2002. 'Measuring preferences for health care interventions using conjoint analysis: an application to HIV testing'. *Health Services Research* 2002 (6):1681- 1705.
- (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). 2008. *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg* [Internet]. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 26-11-2008 [aangehaald op 30-09-2011]. Bereikbaar op <http://www.ggzbeleid.nl/2008/1715.pdf>
- Reitsma- van Rooijen, M & J.D. de Jong & M. Rijken. 2011. 'Regulated competition in health care: Switching and barriers to switching in the Dutch health Insurance system.' *BMC Health Services Research* 2011 (11) 95-105.
- (Rijksoverheid) 2011. *Welke premies betaal ik voor de zorgverzekering en wie bepaalt de hoogte?* [Internet]. Rijksoverheid, 09-11-2011 [aangehaald op 09-11-2011]. Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-premies-betaal-ik-voor-de-zorgverzekering-en-wie-bepaalt-de-hoogte.html>
- (Rijksoverheid). 2012. *Wat is het eigen risico in de zorgverzekering?* [Internet]. Rijksoverheid, 20-06-2012 [aangehaald op 20-06-2012]. Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-is-het-eigen-risico-in-de-zorgverzekering.html>
- Ryan, M. & J. Hughes. 1997. 'Using conjoint analysis to assess woman's preferences for miscarriage management'. *Health economics* 1997 (6):261-273.
- Schut, F.T. & S. Greb & J. Wasem. 2003. 'Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands'. *International journal of health care finance and economics* 2003 (3): 117-138.

- Schut, E & F. Rutten. 2009. *Economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Schut, F.T. & W.P.M.M. van de Ven. 2011. 'Debate: Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty?'. *Health Economics, Policy and Law* 2011(6):109-123.
- Shen, J & G. Melnick. 2004. 'The effects of HMO ownership on hospital costs and revenues: Is there a difference between for-profit and nonprofit plans?'. *Inquiry* 2004 (3): 255-267.
- Shin, J & S. Moon. 2007. 'HMO plans, self-selection and utilization of health care services'. *Applied Economics* 2007 (39): 2769-2784.
- Smit, M & P. Mokveld. 2008. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag: begin of eind van de rust?* [Internet]. Vektis informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars, 10-04-2008 [aangehaald op 03-10-2011]. Bereikbaar op <http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2008/Verzekerdenmobiliteit%20en%20keuzegedrag.pdf>
- Song, P.H. & J.D. Barlow. 2008. *International Encyclopedia of Public Health: Competition in Health Care*. Oxford: Academic Press.
- (Tweede Kamer der Staten-Generaal) 2001. *Vernieuwing van het zorgstelsel: Nota Vraag aan bod* [Internet]. Overheid, 16-07-2001 [aangehaald op 05-11-2011]. Bereikbaar op <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-27855-2.html>
- Van de Ven, W.P.M.M. & F.T. Schut. 2009. *Evaluatie: Zorgverzekeringswet en Wet op zorgtoeslag* [Internet]. ZonMw, 24-11-2009 [aangehaald op 30-09-2011]. Bereikbaar op http://repub.eur.nl/res/pub/23508/zvw-wzt_webversie_a4.pdf
- Varkevisser, M & S. van der Geest. 2007. 'Why do patients bypass the nearest hospital? An empirical analysis for orthopedic care and neurosurgery in the Netherlands.' *Eur J Health Econ* 2007 (8):287-295.
- Veenma K, Batenburg R & E. Breedveld. 2004. *De vignetmethode, een praktische handreiking bij beleidsonderzoek*. Tilburg: IVA, 2004

- (Vektis) 2009. *3,5% verzekerden begin 2009 overgestapt* [Internet]. Vektis, 21-04-2009 [aangehaald op 05-11-2011]. Bereikbaar op http://www.vektis.nl/downloads/Nieuws/Algemeen%20nieuws/2009/Mobiliteit_en_keuzegedrag_2009_rapport_Vektis_273.pdf
- (Vektis) 2010. *Zorgthermometer 2010 Verzekerden in beweging* [Internet]. Vektis, 27-04-2010 [aangehaald op 05-11-2011]. Bereikbaar op http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2010/vektis_zorgthermometer_2010_mobiliteit.pdf
- (Vektis) 2012. *Zorgthermometer (jaargang 17 april 2012)* [Internet]. Vektis, 17-04-2012 [aangehaald op 20-04-2012]. Bereikbaar op <http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2012/Zorgthermometer%20-%20Verzekerden%20in%20beweging/index.html#/32/zoomed>
- (Verzekeringssite) 2011a. *5 redenen waarom de zorgpremie stijgt* [Internet]. Verzekeringssite, 09-11-2011 [aangehaald op 23-11-2011]. Bereikbaar op <http://blog.verzekeringssite.nl/5-redenen-waarom-de-zorgpremie-stijgt/>
- (Verzekeringssite) 2011b. *Zorgverzekeraars rekenen voor zelfde dekking 240 euro meer* [Internet]. Verzekeringssite, 14-11-2011 [aangehaald op 23-11-2011]. Bereikbaar op <http://blog.verzekeringssite.nl/zorgverzekeraars-rekenen-voor-zelfde-dekking-240-euro-meer/>
- (Verzekeringssite) 2011c. *11 procent van de Nederlanders wil switchen van zorgverzekering* [Internet]. Verzekeringssite, 16-11-2011 [aangehaald op 23-11-2011]. Bereikbaar op <http://blog.verzekeringssite.nl/11-procent-van-de-nederlanders-wil-switchen-van-zorgverzekering/>
- Vos, L & J. de Jong. 2009. *Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar* [Internet]. Nivel, 24-04-2009 [aangehaald op 25-11-2011]. Bereikbaar op <http://www.nivel.nl/pdf/factsheet-wisselen-van-zorgverzekeraar.pdf>
- (ZN) 2011. *Zorgverzekeringswet* [Internet]. Zorgverzekeraars Nederland, 25-11-2011 [aangehaald op 25-11-2011]. Bereikbaar op <https://www.zn.nl/consumenteninfo/zorgverzekering/#section=tabs-1>

8. Bijlagen

Bijlage 1

In deze bijlage wordt de berekening van de afzonderlijke coëfficiënten van het attribuut 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis' geïllustreerd. Uitgaande van het feit dat de dummyvariabelen het verschil weergeven ten opzichte van de referentiecategorie, wordt in kader 1 toegelicht op welke wijzen de afzonderlijke deelnutten verkregen zijn.

$$B1 = A12 - A11$$

$$B2 = A13 - A11$$

$$B3 = A14 - A11.$$

Hierbij staat de B met nummer 1 t/m 3 voor de coëfficiënten voortgekomen uit de conditional logit die het nut van de drie levels weergeven ten opzichte van de referentiecategorie, zoals weergegeven in tabel 3. Omdat de absolute waarde van de deelnutten geen betekenis hebben, kan de volgende aanvullende eis gesteld worden; $A11 + A12 + A13 + A14 = 0$. (Cotteleer e.a. 2003:142). Er kan dus gesteld worden dat de som van de afzonderlijke deelnutten gelijk is aan nul. Met bovenstaande gegevens kunnen vervolgens de waarden van de afzonderlijke levels bepaald worden. De coëfficiënten van de afzonderlijke levels van 'wel/niet gecontracteerd' zijn als volgt

berekend;

$$B1 = 0,4810671 = A12 - A11$$

$$B2 = 0,2413279 = A13 - A11$$

$$B3 = -0,3712632 = A14 - A11$$

$$A11 + A12 + A13 + A14 = 0$$

$$A11 + (0,4810671 + A11) + (0,2413279 + A11) + (-0,3712632 + A11) = 0$$

$$4A11 = -0,4810671 - 0,2413279 + 0,3712632$$

$$4A11 = -0,3511318$$

$$\mathbf{A11 = -0,08778295}$$

$$0,4810671 = A12 - (-0,08778295)$$

$$\mathbf{A12 = 0,39328415}$$

$$0,2413279 = A13 - (-0,08778295)$$

$$\mathbf{A13 = 0,15354495}$$

$$-0,3712632 = A14 - (-0,08778295)$$

$$\mathbf{A14 = -0,45904615}$$

Kader 1: Illustratie berekening coëfficiënten afzonderlijke levels 'wel/niet gecontracteerd ziekenhuis'