

# Een kwestie van kiezen...

De rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar



Bachelorscriptie Gezondheidswetenschappen

Naam: Karlijn Horst  
Studentnummer: 289791  
Adres: Oesterstraat 21  
4301 ZK Zierikzee  
Inleverdatum: 27 juni 2007  
Begeleider: Dr. T. Laske-Aldershof  
Meelezer: Dr. M. Strating



## Voorwoord

Deze bachelorscriptie zal u inzicht geven in het keuzegedrag van verzekerden. Er wordt ingegaan op het kwaliteitsaspect van zorgverzekeraars en de rol die dit speelt bij de keuze van verzekerden. Aan de hand van een kwantitatief onderzoek zal dieper op het keuzeprocess van verzekerden in worden gegaan.

Door het uitvoeren van dit onderzoek heb ik veel geleerd. Niet alleen over de zorgverzekering zelf, maar ook over de invloed van demografische factoren op het keuzegedrag van verzekerden.

Slechts één keer eerder in de opleiding heb ik een kwantitatief onderzoek uitgevoerd. In groepsverband heb ik vorig jaar kennis gemaakt met dit soort onderzoek. Nu het onderzoek alleen gedaan moest worden ben ik tegen een aantal problemen opgelopen die ik ditmaal zelf op moest lossen. In deze gevallen was ik erg blij met de opgedane kennis in de 'M&T' vakken uit eerdere jaren en de hulp van mijn scriptiebegeleiders Drs. D. De Bruijn en Dr. T. Laske-Aldershof. Ondanks de wisseling halverwege heb ik de samenwerking als zeer prettig ervaren. Ik wil hen graag bedanken voor hun inzet en goede begeleiding van mijn onderzoek.



# Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting	6
1 Inleiding	9
1.1 Doelstelling	10
1.2 Probleemstelling	11
1.3 Deelvragen	11
1.4 Scriptie opbouw	11
2 Theoretisch Kader	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Kwaliteit op de verschillende deelmarkten	12
2.2.1 Doelmatige zorginkoop	13
2.3 Rol van kwaliteit	14
2.3.1 Belang van informatie ten aanzien van kwaliteit	14
2.4 Kwaliteit in deze scriptie	15
2.4.1 Kwaliteit van de ingekochte zorg	15
2.4.2 Kwaliteit van de dienstverlening	16
2.4.3 Keuzevrijheid	16
2.5 Demografische kenmerken	17
2.5.1 Leeftijd	18
2.5.2 Opleidingsniveau	18
2.5.3 Verzekering 2005	19
2.5.4 Algemene gezondheid	20
2.6 Conclusie	21
3 Methoden	22
3.1 Inleiding	22
3.2 Methoden en technieken	22



3.3 Dataset	22
3.3.1 Karakteristieken van de dataset	23
3.4 Variabelen	24
3.4.1 Onafhankelijke variabelen	24
3.4.2 Afhankelijke variabelen	25
3.5 Statistische analyses	26
4 Deelvraag : Belang van informatie & Inzichten Amerika	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Belang van informatie	27
4.3 Rol van de consument	28
4.4 Hoe kiest een consument?	29
4.5 Informatieverspreiding in Amerika	31
4.6 Doel informatieverspreiding middels report cards	31
4.7 Hoe moeten consumenten worden geïnformeerd?	32
4.7.1 Vormgeving	32
4.7.2 Juiste hoeveelheid informatie	33
4.7.3 Aansluiting bij de behoeften van de consument	34
4.7.4 Mogelijkheden om de keuze te ondersteunen	34
4.8 Conclusie	34
5. Resultaten	35
5.1 Inleiding	35
5.2 Frequentietabellen	35
5.3 Service van de zorgverzekeraar	37
5.3.1 Leeftijd	37
5.3.2 Opleidingsniveau	38
5.3.3 Verzekering 2005	38
5.3.4 Algemene gezondheid	39
5.4 Inspanningen m.b.t. het regelen van zorg	49
5.4.1 Leeftijd	49
5.4.2 Opleidingsniveau	40



5.4.3 Verzekering 2005	40
5.4.4 Algemene gezondheid	40
5.5 Keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders	41
5.5.1 Leeftijd	41
5.5.2 Opleidingsniveau	42
5.5.3 Verzekering 2005	42
5.5.4 Algemene gezondheid	42
5.6 Regressieanalyse	43
5.6.1 Gezamenlijke invloed op de verschillende kwaliteitsaspecten	43
5.6.2 Gezamenlijke invloed op hoeveelheid kwaliteitsaspecten	47
6. Conclusie en Discussie	49
6.1 Inleiding	49
6.2 Deelvragen	49
6.2.1 Belang van informatie & inzichten Amerika	49
6.2.2 Overige deelvragen	50
6.3 Probleemstelling	51
6.4 Discussiepunten	52
6.5 Relevantie voor de praktijk	52
7. Literatuurlijst	54



## Samenvatting

Sinds januari 2006 is het zorgstelsel in Nederland veranderd. Het verschil tussen de ziekenfonds- en particulierenverzekering is opgeheven en er is plaats gemaakt voor één wettelijk basispakket voor iedereen. Voor alle behandelingen buiten dit pakket kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. De nieuwe Zorgverzekeringswet dient zoveel mogelijk bij te dragen aan een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. De centrale sturing van de overheid heeft plaats gemaakt voor gereguleerde concurrentie. Hierbij hebben burgers meer invloed en keuzevrijheid gekregen waar zorgverzekeraars op dienen te reageren. Ze zullen onderling moeten concurreren om voor hun verzekerden een gunstige prijs-kwaliteitverhouding bij zorgaanbieders te bedingen. Door de marktwerking worden zorgverzekeraars gestimuleerd om servicegericht te werken en hun polissen scherp te prijzen. De verwachting is dat de kosten van de gezondheidszorg zullen dalen, de klantgerichtheid zal toenemen en de zorg efficiënter zal worden verleend. De doelstelling van de Zorgverzekeringswet is dat zorgverzekeraars moeten zorgen voor een goede prijs-kwaliteitverhouding ten aanzien van de zorg. Uit voorgaande jaren blijkt echter dat verzekerden meer belang hechten aan de premie die ze betalen dan aan de kwaliteit van zorg. Er werd gering gewisseld en de reden was vaak premietechnisch. Indien de houding van de consument niet verandert door de komst van de nieuwe Zorgverzekering ontstaat een groot probleem. Zonder dreiging dat ontevreden verzekerden wegllopen, zullen zorgverzekeraars zich niet inspannen om de zorg goed en doelmatig te regelen. Consumenten zijn vaak niet goed geïnformeerd over de verschillen tussen zorgverzekeraars en zien op tegen de hoge transactiekosten van het inwinnen van informatie en het invullen van allerlei formulieren. Om ervoor te zorgen dat verzekerden wél letten op doelmatigheid en kwaliteit van zorg zal veel aandacht moeten worden besteed aan de informatievoorziening ten aanzien van dit onderwerp. Bij een systeem van gereguleerde concurrentie krijgen zorgverzekeraars een centrale rol als prijs- en kwaliteitsbewuste collectieve zorginkopers namens hun verzekerden. Hun omvang en financiële draagkracht zorgen ervoor dat ze de meest vanzelfsprekende onderhandelingspartners voor zorgaanbieders zullen zijn als het gaat over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Het is van groot belang dat zorgverzekeraars geprikkeld worden om doelmatige zorg in te kopen. De rol van verzekerden hierbij kan zijn dat zij kritisch zijn ten aanzien van de prijs en kwaliteit van de ingekochte zorg en dat ze regelmatig veranderen van zorgverzekeraar.



In deze scriptie is onderzoek gedaan naar de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Als verzekerden kwaliteit willen betrekken bij de keuze voor hun zorgverzekeraar, zullen zij daar informatie over moeten hebben. Om te onderzoeken hoe consumenten geïnformeerd dienen te worden over kwaliteit ten aanzien van zorgverzekeraars is een literatuurstudie gedaan naar onder meer de Amerikaanse situatie waarbij door middel van report cards getracht wordt consumenten te informeren. Report cards maken het consumenten mogelijk om een geïnformeerde keuze te maken ten aanzien van de producten en services die zij consumeren. Ze dienen te stimuleren dat consumenten de informatie gebruiken om te kiezen voor een zorgverzekering die zorg aanbiedt van hoge kwaliteit. Effectieve report cards werken de consumenteninformatie uit om tot een selectie te komen van verzekeringen waarvoor de consument een goede afweging kan maken tussen kosten en kwaliteit.

Bij het verstrekken van informatie in een report card over zorgverzekeraars is het belangrijk dat consumenten de informatie begrijpen. De vormgeving is hierop van invloed. Het is voor consumenten beter te begrijpen als er gelaagdheid wordt aangebracht in de informatie en niet alle informatie in één keer gepresenteerd wordt. Daarnaast is de manier waarop scores worden gepresenteerd van belang. Consumenten hebben liever dat de beoordeling in symbolen wordt gegeven dan dat er cijfers worden verbonden aan de prestaties.

Naast de literatuurstudie is kwantitatief onderzoek gedaan naar de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Onder kwaliteit wordt in deze scriptie verstaan: de kwaliteit van de ingekochte zorg, de kwaliteit van de dienstverlening en keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders. Er is onderzocht of deze kwaliteitsaspecten een rol spelen bij de keuze voor een zorgverzekeraar en of verschillende demografische kenmerken hierop van invloed zijn. Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt een vragenlijst die door ongeveer 2000 mensen is ingevuld in 2006. Met behulp van SPSS zijn statistische analyses uitgevoerd. Bij dit onderzoek is naar voren gekomen dat premie nog steeds de meest genoemde reden is om voor een zorgverzekeraars te kiezen. Het is echter niet meer de enige reden. Respondenten noemen bijna net zo vaak bekendheid met de zorgverzekeraar, service van de zorgverzekeraar en de dekking van de aanvullende verzekering(en) als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet is de mogelijkheid tot deelname aan collectiviteit ook een belangrijke reden geworden.

De analyse heeft verder uitgewezen dat laag opgeleiden service relatief vaker dan middelbaar en hoog opgeleiden als reden noemen om voor de zorgverzekeraar te kiezen. Voor het kwaliteitsaspect keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders blijkt juist dat hoog opgeleiden dit vaker als reden noemen dan laag opgeleiden.



Uit de beschrijvende analyses blijkt dat voormalig Ziekenfonds en Ambtenaar verzekerden relatief vaker dan Particulier verzekerden aangeven dat service een reden is geweest om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Ziekenfondsverzekerden noemen kwaliteit van de ingekochte zorg vaker als reden dan Particulier verzekerden. Ambtenaar verzekerden noemen relatief vaker dan Ziekenfonds en Particulier verzekerden keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieder als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen.

Mensen met een slecht/matige gezondheid noemen alle drie de kwaliteitsaspecten vaker als reden dan mensen met een goede of uitstekende gezondheid. Echter zijn deze verschillen niet altijd significant.

Wat betreft leeftijd is gebleken dat voor ouderen de rol van de onderzochte kwaliteitsaspecten groter is dan voor jongeren. Dit is het enige demografische kenmerk waarvoor een eenduidige conclusie getrokken kan worden. Mannen noemen service vaker dan vrouwen als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders wordt door mannen minder vaak als reden genoemd. Wat betreft regio blijken mensen die in het Noorden wonen kwaliteit van de ingekochte zorg vaker dan de andere regio's als reden te noemen en voor mensen die in één van de drie grote steden wonen geldt dit bij het kwaliteitsaspect keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders.





# 1

## Inleiding

Sinds 1 januari 2006 is het zorgstelsel veranderd in Nederland. Het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering is verdwenen. De overheid heeft één wettelijk standaardpakket vastgesteld. De dekking daarvan komt grotendeels overeen met het voormalig ziekenfondspakket. Voor behandelingen die buiten dit standaardpakket vallen kunnen mensen zich aanvullend verzekeren (Ministerie van VWS 2006). De zorgverzekeringswet dient zoveel mogelijk bij te dragen aan een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. Het systeem van centrale overheidssturing heeft met de komst van de zorgverzekeringswet plaats gemaakt voor een stelsel van gereguleerde concurrentie (Hermans 2005:19-20). Een systeem van gereguleerde concurrentie dient aan een aantal voorwaarden te voldoen, zoals bijvoorbeeld keuzevrijheid van verzekerden, de beschikbaarheid van consumenteninformatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders en adequaat toezicht op de kwaliteit van zorg (Laske-Aldershof 2007, persoonlijke communicatie). Burgers hebben daarom meer invloed en keuzevrijheid gekregen bij het bepalen van hun zorgverzekering. Hierdoor ontstaat voor zorgverzekeraars de situatie waarin zij onderling zullen moeten concurreren om voor hun verzekerden een gunstige prijs-kwaliteitverhouding bij zorgaanbieders te bedingen (Hermans 2005:19-20). Door de marktwerking worden zorgverzekeraars gestimuleerd om servicegericht te werken en hun polissen scherp te prijzen. Uiteindelijk moet dit leiden tot een meer doelmatige en meer vraaggestuurde gezondheidszorg. De verwachting is dat de kosten van de gezondheidszorg zullen dalen, de klantgerichtheid zal toenemen en de zorg efficiënter zal worden verleend (Hendriks e.a. 2005: 7). Hoewel uit de doelstelling van de zorgverzekeringswet naar voren komt dat zorgverzekeraars moeten zorgen voor een goede prijs-kwaliteitverhouding ten aanzien van de zorg, blijkt uit de volgende onderzoeken dat verzekerden meer belang hechten aan de hoogte van de premie die zij betalen aan hun zorgverzekeraar dan aan kwaliteit. Want ook vóór de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet was het voor verzekerden mogelijk vrij te wisselen van zorgverzekeraar. Particulier verzekerden konden altijd al vrij van zorgverzekeraar wisselen. Ziekenfondsverzekerden kregen die mogelijkheid vanaf 1992. Het percentage dat dit ook werkelijk deed was 11% in 2005 (Delnoij & van der Schee 2006).



Uit een vragenlijstonderzoek bij een representatieve steekproef van 2.000 verzekerden bleek dat het percentage dat in de overstapperiode van 3 maanden naar een (ander) ziekenfonds overstapte toe nam van circa 2,6% in de periode 2001-2004 tot 4,2% in 2005 (RIVM 2006).

Het wisselen van ziekenfonds werd voornamelijk gedaan om premietechnische redenen of vanwege de inhoud van de aanvullende pakketten en niet vanwege de kwaliteit van de gecontracteerde zorg. (Hendriks e.a. 2005: 6). Ook uit het rapport 'van patiënt tot klant' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003) blijkt dat verzekerden hun zorgverzekeraar voornamelijk kiezen op basis van de hoogte van de premie. Keuzemogelijkheden wat betreft zorgaanbieders en kwaliteit van zorg zijn van secundair belang (RVZ 2003:12). Indien deze houding van de consument niet verandert door de komst van de nieuwe zorgverzekering ontstaat een groot probleem. Zonder dreiging dat ontevreden verzekerden wegllopen, zullen zorgverzekeraars zich niet inspannen om de zorg goed en doelmatig te regelen. Er hangt dus veel af van de mobiliteit van de consument. Om de mobiliteit van consumenten te verbeteren dient de transparantie te worden verhoogd en zullen de transactiekosten moeten dalen. Consumenten zijn vaak niet goed geïnformeerd over de verschillen tussen zorgverzekeraars en zien op tegen de hoge transactiekosten van het inwinnen van informatie en het invullen van allerlei formulieren (Consumentenbond 2004: 6). Deze scriptie gaat in op het kwaliteitsaspect ten aanzien van het keuzegedrag van verzekerden. De afgelopen paar jaar heeft de informatievoorziening ten aanzien van verzekeraars zich enorm ontwikkeld. Voor de scriptie wordt gebruik gemaakt van data uit 2006. Er zal onderzocht worden of het kwaliteitsaspect belangrijker is geworden de afgelopen paar jaar.

## 1.1 Doelstelling

Inzicht krijgen in de rol die kwaliteit speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar en onderzoeken wat de invloed van demografische kenmerken hierop is.

Allereerst dient onderzocht te worden wat het belang is van goede consumenteninformatie ten aanzien van de kwaliteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Kwaliteit wordt opgesplitst in kwaliteit van de ingekochte zorg, kwaliteit van de dienstverlening en keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders. De resultaten van dit onderzoek zijn bedoeld voor zowel verzekerden als zorgverzekeraars. Zo kunnen beide partijen inzicht krijgen in het functioneren van gereguleerde concurrentie op dit moment. Het is de



vraag of verzekerden inderdaad de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars gebruiken om een keuze te maken wat betreft hun zorgverzekering en of zij kwaliteit bij hun keuze betrekken.

Aangezien er in Nederland weinig bekend is over mogelijke verklaringen van het keuzegedrag van verzekerden zullen Amerikaanse inzichten worden toegepast op de Nederlandse situatie. In Amerika is hier namelijk meer onderzoek naar gedaan.

## **1.2 Probleemstelling**

Welke rol speelt kwaliteit voor verzekerden bij de keuze voor een zorgverzekeraar?

## **1.3 Deelvragen**

1. Wat is het belang van informatie over kwaliteit bij de keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar?
2. Welke rol speelt de kwaliteit van de ingekochte zorg bij de keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar en wat is de invloed van demografische kenmerken hierop?
3. Welke rol speelt de kwaliteit van de dienstverlening bij de keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar en wat is de invloed van demografische kenmerken hierop?
4. Welke rol speelt keuzevrijheid voor zorgaanbieders bij de keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar en wat is de invloed van demografische kenmerken hierop?

## **1.4 Scriptie opbouw**

In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader besproken. Daarna volgt het hoofdstuk 'methoden' met daarin uitleg van de methoden en technieken die zullen worden toegepast in de analyse. In de eerste deelvraag wordt door middel van literatuuronderzoek beschreven wat het belang is van informatie ten aanzien van de kwaliteit van zorgverzekeraars en hoe daar in Amerika mee wordt gewerkt. Een beschrijving van de analyse zal in het hoofdstuk 'resultaten' gegeven worden. Vervolgens geeft het 'discussie' hoofdstuk eventuele discussiepunten weer.



## 2

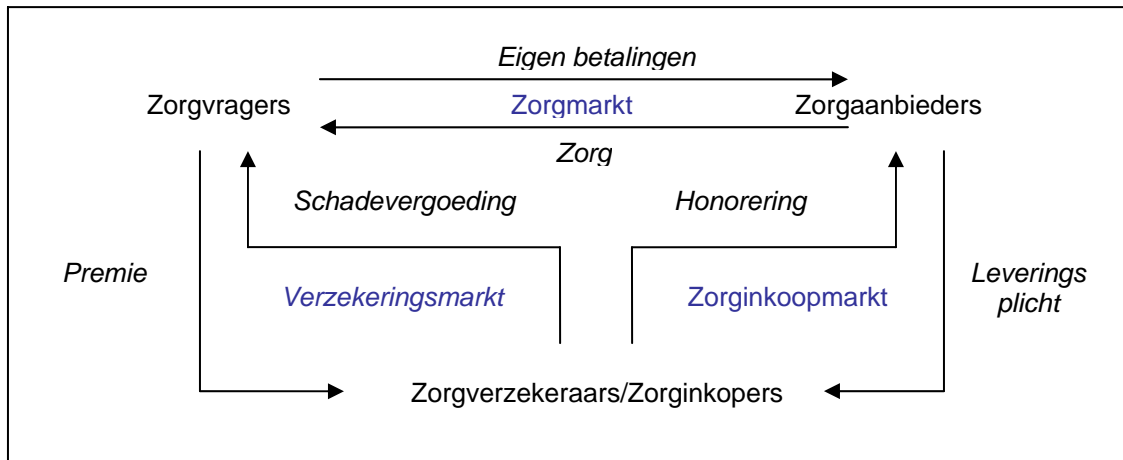
# Theoretisch kader

## 2.1 Inleiding

Dit theoretisch kader zal allereerst ingaan op de operationalisering van het begrip kwaliteit. Daarna zal apart worden ingegaan op de verschillende vormen van kwaliteit en zal op basis van de literatuur geschetst worden wat de mogelijke invloed is van demografische kenmerken op het oordeel van verzekerden op de verschillende kwaliteitsaspecten.

## 2.2 Kwaliteit op de verschillende deelmarkten

Er zijn in Nederland drie gereguleerde markten voor de gezondheidszorg: een zorginkoopmarkt, een zorgverzekeringsmarkt en een zorgaanbiedersmarkt (Zie figuur 1). De keuze van verzekerden voor een zorgverzekeraar speelt zich af op de zorgverzekeringsmarkt, ook de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars wordt op deze markt bepaald. Op de zorgaanbiedersmarkt kunnen verzekerden kiezen tussen verschillende zorgaanbieders, dit hangt af van de keuzevrijheid die verzekerden hebben ten aanzien van de zorgaanbieders. Op de zorginkoopmarkt onderhandelen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de prijs-kwaliteitverhouding van de te leveren zorg. Op deze markt zullen zorgverzekeraars zich willen profileren en mogelijk met slechts een deel van de zorgaanbieders contracten afsluiten. Dit zorgt ervoor dat verzekerden voor de keuzemogelijkheid van zorgaanbieders afhankelijk zijn van hun keuze voor een zorgverzekeraar. De vraagsturing binnen de zorg zal toenemen indien verzekerden bij hun keuze voor een zorgverzekeraar rekening houden met deze verschillen in aanbod (Hendriks e.a. 2005: 5).



Figuur 1, bron: Lapré e.a. 2001:181

### 2.2.1 Doelmatige zorginkoop

Bij een systeem van gereguleerde concurrentie krijgen zorgverzekeraars een centrale rol als prijs- en kwaliteitsbewuste collectieve zorginkopers namens hun verzekerden. Hun omvang en financiële draagkracht zorgen ervoor dat ze de meest vanzelfsprekende onderhandelingspartners voor zorgaanbieders zullen zijn als het gaat over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg (Schut 2003: 21). Daarbij is het belangrijk dat zorgverzekeraars geprikkeld worden en instrumenten krijgen om doelmatige zorg in te kopen. De rol van verzekerden hierbij kan zijn dat zij kritisch zijn ten aanzien van de prijs en kwaliteit van de ingekochte zorg en dat ze regelmatig veranderen van zorgverzekeraar.

Voor een effectieve onderhandeling over prijs, kwaliteit en het aanbod van zorgvoorzieningen is het van cruciaal belang dat zorgverzekeraars meer inzicht kunnen verwerven in de prijs en kwaliteit van het zorgaanbod. De ontwikkeling van een gestandaardiseerd systeem van productclassificatie en prestatie-indicatoren zijn hiervoor belangrijke randvoorwaarden (Ibid:22). Zorgverzekeraars hebben namelijk nog te weinig kennis van de verschillen in prestaties tussen zorgaanbieders (Ibid: 25).



## 2.3 Rol van kwaliteit

Het begrip kwaliteit vervult in deze scriptie een cruciale rol. Het is daarom belangrijk dit begrip te verduidelijken. Kwaliteit bestaat uit veel aspecten, zoals effectiviteit, tijdigheid, veiligheid, vraaggerichtheid, toegankelijkheid en efficiëntie (RVZ 2003: 34). De rol die kwaliteit speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar wordt in deze scriptie vertaald naar de kwaliteit van de ingekochte zorg, de kwaliteit van de dienstverlening en de keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders. Voor deze vormen van kwaliteit is gekozen omdat kwaliteit van de ingekochte zorg en kwaliteit van de dienstverlening ook in andere onderzoeken worden gebruikt (RIVM 2006). Het element keuzevrijheid wordt als kwaliteitsaspect gebruikt vanwege de mogelijke bijbetaling als mensen naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Daarnaast wordt de toegankelijkheid beperkt indien de zorg niet geheel vergoed wordt als consumenten naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders gaan. Het is afhankelijk van het bij te betalen bedrag in hoeverre er sprake is van beperkte toegankelijkheid (van de Ven, persoonlijke communicatie 2007).

### 2.3.1 Belang van informatie ten aanzien van kwaliteit

Als verzekerden kwaliteit willen betrekken bij de keuze voor hun zorgverzekeraar, zullen zij daar informatie over moeten hebben. Voordat aandacht wordt besteed aan de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar, zal eerst beschreven worden in hoeverre verzekerden informatie zoeken over kwaliteit en wat de rol is van de aanwezigheid van informatie hierover. De ontwikkeling van goede consumenteninformatie is belangrijk, zeker omdat een cruciale voorwaarde voor een goede werking van dit zorgstelsel is dat er voldoende kritisch kiezende consumenten zijn (Consumentenbond 2004: 5). Het NIVEL heeft in 2002 onderzoek gedaan naar de mening van Nederlanders ten aanzien van de gezondheidszorg en de zorgverzekering. Dit onderzoek geeft aan dat 19,8% van de respondenten in de afgelopen 12 maanden naar informatie heeft gezocht over hoe hun zorgverzekering in elkaar zit. Hiervan had 40,6% van de respondenten problemen met het vinden en/of begrijpen van de informatie (Delnoij e.a. 2006:4). Een Amerikaans onderzoek over het wisselen van verzekerden heeft uitgewezen dat de aanwezigheid van informatie over kwaliteit een kleine maar wel significante invloed heeft op het keuzegedrag van verzekerden (Beaulieu 2002).



Om de kwaliteit van de ingekochte zorg en dienstverlening, maar ook bijvoorbeeld de premie en dekking, van zorgverzekeraars onderling te vergelijken is op initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een speciale internetsite opgezet, [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) (Hendriks e.a. 2005:5). De service-informatie op deze website bevat gegevens over de informatieverstrekking en bereikbaarheid van de zorgverzekeraar, de keuzevrijheid, de verzekerdentevredenheid, de inspraak van verzekerden, het aanmelden en opzeggen van de verzekering en de kwaliteit van de klachtafhandeling. De verzameling van deze gegevens worden ieder jaar herhaald (RIVM 2006). Consumenten kunnen op deze manier verschillende zorgverzekeraars vergelijken en zo een goede keuze maken voor een zorgverzekeraar. Er is in Nederland echter weinig onderzoek gedaan naar het effect van beschikbare informatie ten aanzien van zorgverzekeraars. Voor de mogelijke effecten van consumenteninformatie wordt in deze scriptie gebruik gemaakt van inzichten uit de Amerikaanse situatie, waar op dit gebied meer onderzoek is verricht dan in Nederland. Het ontwikkelen van onafhankelijke, betrouwbare en begrijpelijke consumenteninformatie vormt een belangrijke publieke taak.

Wedig en Tai-Seale (2002) hebben aan de hand van hun onderzoek laten zien dat verzekerden in de Verenigde Staten sterk reageren op de informatie die is verstrekt over prijs en kwaliteit. De verzekerden in hun onderzoek hadden informatie ontvangen over o.a. de premie, verzekeringsdekking en de kwaliteit van de zorg (Wedig & Tai-Seale 2002). Om zorgverzekeraars onderling te vergelijken wordt in Amerika gebruik gemaakt van CAHPS (Consumer Assessment of Health Plan Surveys) vragenlijsten. Dit is in de Verenigde Staten de landelijk geaccepteerde standaardmethode voor het vergelijken van prestaties van verzekeraars (Hendriks e.a. 2005: 8). Om het belang dat verzekerden aan kwaliteit hechten te meten maakt het NIVEL, naast de CAHPS vragenlijsten, gebruik van de QUOTE systematiek (Quality Of care Through the Patient's Eyes). Hierdoor kunnen goede en slechte ervaringen gewogen worden naar belang (Ibid).

## **2.4 Kwaliteit in deze scriptie**

### **2.4.1 Kwaliteit van de ingekochte zorg**

Een algemene definitie van kwaliteit van zorg is “de mate waarin gezondheidszorg zowel voor het individu als voor de bevolking de kans vergroot op gewenste uitkomsten en waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten“ (Harteloh & Casparie 1998:11). Kwaliteit van zorg heeft ook te maken met vakbekwaamheid en veiligheid. Patiënten moeten er vanuit



kunnen gaan dat in alle gevallen aan een vaktechnische basiskwaliteit wordt voldaan. Om te voldoen aan deze basiskwaliteit werken professionals volgens ‘evidence based’ protocollen en richtlijnen en dienen zij verantwoording af te leggen aan het management, aan de inspectie, aan zorgverzekeraars en aan het publiek, over de mate waarin zij de protocollen en richtlijnen daadwerkelijk toepassen (RVZ 2003: 36). Verzekerden zullen behalve over de premie ook geïnformeerd moeten worden over het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars, zorgverzekeraars gaan namelijk een belangrijke rol vervullen in het regelen van goede en doelmatige zorg voor hun verzekerden (Schut 2003: 24). Als verzekerden op de hoogte zijn van de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg die zorgverzekeraars hen aanbieden kunnen zij een betere keuze maken voor hun zorgverzekering dan wanneer alleen de premie bij hen bekend is. Het gaat hierbij om de prijs die verzekerden betalen voor hun zorgverzekering en de kwaliteit van zorg die zij daarvoor zullen ontvangen. Volgens Hendriks e.a. (2005) ontbreekt de informatie over de kwaliteit van zorg in Nederland. Hierdoor maken verzekerden hun beslissing voor een zorgverzekeraar op basis van premieverschillen in plaats van de kwaliteit van de ingekochte zorg (Hendriks e.a. 2005: 6).

#### 2.4.2 Kwaliteit van de dienstverlening

Het begrip kwaliteit van de dienstverlening van de zorgverzekeraar kan op verschillende manieren worden geïnterpreteerd. In deze scriptie wordt hiermee de bereikbaarheid, service en klantvriendelijkheid van de zorgverzekeraar bedoeld. Bereikbaarheid is een ruim begrip, er valt te denken aan bijvoorbeeld telefonische bereikbaarheid, maar ook aan de afstand tot de zorgverzekeraar. Service wordt vertaald naar de moeite die gedaan wordt door de zorgverzekeraar om aan de wensen van de verzekerden te voldoen en het verloop van klachtafhandeling. Klantvriendelijkheid heeft te maken met de manier waarop verzekerden aangesproken worden in bijvoorbeeld een brief of per telefoon (RIVM 2006).

#### 2.4.3 Keuzevrijheid

De keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders wordt meegenomen in dit onderzoek omdat dit sterk samenhangt met de toegankelijkheid van zorg. De toegankelijkheid van zorg wordt door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg gezien als een kwaliteitsaspect (RVZ 2003: 34). Als verzekerden een beperkte keuzevrijheid hebben ten aanzien van zorgaanbieders, wordt voor hen de toegankelijkheid van de zorg belemmerd. Zoals eerder is vermeld, is dit afhankelijk van de hoogte van de bijbetaling.





De keuzevrijheid van verzekerden ten aanzien van zorgaanbieders is afhankelijk van de soort polis die de verzekerden afsluiten bij hun zorgverzekeraar. Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten systemen, namelijk: het naturasysteem en het restitutiesysteem. Bij het naturasysteem heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. Om aan deze zorgplicht te kunnen voldoen moet de verzekeraar contractuele afspraken met zorgaanbieders maken (Lapré e.a. 2001: 181). Dit betekent dat de verzekerde voor alle dekkingen te maken heeft met gecontracteerde zorg. De verzekerde dient de geneeskundige zorg in principe af te nemen van een zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar is gecontracteerd. De rekening van de geconsumeerde zorg wordt direct van de zorgaanbieder naar de zorgverzekeraar gestuurd. (RIVM 2006). Bij het restitutiesysteem heeft de verzekeraar alleen een betalingsplicht. Of de verzekerde de benodigde zorg kan verkrijgen is niet de zorg van de verzekeraar. Afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn bij het restitutiesysteem wel mogelijk, maar niet noodzakelijk (Lapré e.a. 2001: 181). De verzekerde mag voor geneeskundige zorg in principe naar alle zorgverleners gaan. De rekening van de geconsumeerde zorg wordt door de zorgaanbieder naar de patiënt gestuurd, deze kan op zijn beurt de rekening indienen bij zijn zorgverzekeraar. De verzekeraar vergoedt de verzekerde de door hem gemaakte zorgkosten, behalve als deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten (RIVM 2006).

Iets dat nauw samenhangt met het naturasysteem is de term “*preferred provider*”. Doordat tot de komst van de nieuwe zorgverzekering weinig consumenten van zorgverzekeraar wisselden hebben grote zorgverzekeraars in bepaalde regio’s een dominante positie. Hierdoor zijn zij in staat afspraken te maken met betrekking tot de inkoop van zorg (van Rijn e.a. 2005: 13). Een preferred provider polis is een polis waarin is vastgelegd dat de zorgverzekeraar alleen de zorg vergoedt van de voorkeursleverancier (preferred provider) van de betreffende zorgverzekeraar (ONVZ zorgverzekeraar 2006). Dit zal de keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders voor de verzekerden verkleinen. Met de keuze voor de zorgverzekeraar wordt de verzekerde beperkt in de keuze voor bepaalde zorgverleners (van Rijn e.a. 2005: 13).

## 2.5 Demografische kenmerken

De hiervoor besproken vormen van kwaliteit zullen in deze paragraaf worden gekoppeld aan verschillende demografische kenmerken. Er zullen hypothesen worden geformuleerd ten aanzien van de relatie tussen de demografische factoren en de rol die kwaliteit speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar.



### 2.5.1 Leeftijd

Om te kunnen 'shoppen' tussen zorgverzekeraars is het van belang dat verzekerden beschikken over voldoende informatie over prijs en kwaliteit van de zorg. Dit vraagt veel van verzekerden, zeker als zij oud en ziek zijn (van der Ploeg 2004). Kennis over gezondheid en gezondheidszorg wordt tegenwoordig makkelijk verkregen via de media en het internet (Cardol e.a. 2004:29). Zoals eerder al vermeld is, kan informatie over onder andere de prijs en kwaliteit van zorg gevonden worden op de website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Er zijn echter veel situaties in te beelden waarin mensen geen gebruik kunnen of willen maken van voorzieningen als het internet (Ibid:30). Verzekerden die oud en/of ziek zijn, zijn vaak beperkt in hun mogelijkheden en het is dus goed in te beelden dat zij niet via internet informatie over de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van de dienstverlening en de keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders zullen gaan zoeken, hoewel deze aspecten misschien toch een hoge prioriteit hebben bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Er zou gedacht kunnen worden aan de noodzaak van kwalitatief goede zorg vanwege de beperkingen van ouderen, waardoor zij sneller in aanraking kunnen komen met de gezondheidszorg dan jongeren, aan de noodzaak van een goed bereikbare zorgverzekeraar en de noodzaak van (geografisch) toegankelijke zorgaanbieders. Het NIVEL zegt hierover het volgende: "uit eerder onderzoek is gebleken dat ouderen, lager opgeleiden en mensen met een goede gezondheid over het algemeen positiever oordelen over verzekeraars" (Hendriks 2005: 32). Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat kwaliteit minder belangrijk is voor deze groepen verzekerden, maar het is ook mogelijk dat de kwaliteit van de zorg en dienstverlening en de keuzevrijheid ten aanzien van zorgverleners bij de onderzochte groepen verzekerden goed geregeld is en dat zij dus een goede reden hebben om positief te oordelen over hun zorgverzekeraar. Kortom, het kan verschillende kanten op met de relatie tussen leeftijd en de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar. De theorie geeft geen eenduidige relatie tussen leeftijd en de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar, er kan dus geen hypothese over worden gevormd.

### 2.5.2 Opleidingsniveau

Er heeft de laatste jaren een sociaal-cultureel veranderingsproces van emancipatie en mondigheid plaatsgevonden. De patiënten zijn tegenwoordig gemiddeld steeds hoger opgeleid en daarmee beter geïnformeerd en mondiger dan voorheen. Mondigheid vertaalt zich in een toenemend rechtenbewustzijn



en aansprakelijkheidsdenken, kennis over gezondheid en gezondheidszorg en zelf initiatief nemen als het om eigen gezondheid gaat (Cardol e.a. 2004:29). Op basis hiervan valt te verwachten dat hoger opgeleiden meer eisen stellen aan het begrip kwaliteit dan lager opgeleiden.

Iets wat voorgaande informatie tegenspreekt, maar zeker niet onbelangrijk is, is dat mogelijk het tijdsaspect een rol speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Verondersteld kan worden dat hoger opgeleiden een drukkere baan hebben dan lager opgeleiden en dus minder tijd willen of kunnen steken in het uitkiezen van een zorgverzekeraar. Aan de andere kant zou alle informatie over zorgverzekeraars verwarrend kunnen zijn voor lager opgeleiden, waardoor zij door gebrek aan kennis een minder goede keuze kunnen maken (Hibbard 1997).

Ook voor dit demografische kenmerk is in de theorie geen eenduidig verband te vinden met de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Er zijn voor zowel hoger als lager opgeleide consumenten redenen te bedenken waardoor zij belang hechten aan goede kwaliteit ten aanzien van hun zorgverzekering

### 2.5.3 Type verzekering 2005

Door de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet is het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering komen te vervallen (Ministerie van VWS 2006). Voor 2006 waren burgers in loondienst verzekerd volgens de ziekenfondswet indien hun inkomen niet meer bedroeg dan €2.600,- per jaar (Straetmans 2004: 70). Burgers met een inkomen boven deze loongrens konden zich particulier verzekeren. Daarnaast bestond de zogenaamde ambtenarenverzekering (Delnoij e.a.:5).

Aangezien er nu één basisverzekering geldt voor iedereen is de loongrens verdwenen en is iedereen vrij zich aanvullend te verzekeren (Ministerie van VWS 2006). Vanwege de loongrens kan geconcludeerd worden dat de voorheen particulier verzekerde burgers een hoger inkomen genoten dan de voormalig ziekenfondsverzekerden. Dit zou kunnen betekenen dat voormalig particulier verzekerden een hogere opleiding hebben gevolgd dan voormalig ziekenfondsverzekerden. Zoals eerder is beschreven kan de relatie tussen opleidingsniveau en de rol van kwaliteit in het keuzeproces twee kanten op

Iets wat bij deze conclusie niet naar voren komt is de rol die kwaliteit speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar bij verzekerden die in 2005 via een ambtenarenverzekering waren verzekerd. Delnoij e.a. zeggen hierover: “Respondenten met een ambtenarenverzekering geven hun zorgverzekeraar een significant hoger cijfer (gemiddeld 7,95) dan respondenten met een ziekenfonds- of particuliere



verzekering (gemiddeld respectievelijk 7,41 en 7,47). Het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden is niet statistisch significant” (Delnoij e.a. : 5)

Als bij het verschil tussen de verzekeringen in 2005 niet gekeken wordt naar de hoogte van het inkomen, maar slechts naar de verschillende verzekeringsvormen kan dus niet gezegd worden dat kwaliteit voor voormalig particulier verzekerden een grotere rol speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar dan voor voormalig ziekenfondsverzekerden. Alleen dat mensen die voorheen een ambtenarenverzekering hadden meer tevreden zijn dan de anderen (Ibid). Maar ook dit hoeft niet te betekenen dat kwaliteit voor consumenten met voorheen een ambtenarenverzekering een minder grotere rol speelt dan voor anderen.

Als opnieuw niet gekeken wordt naar de hoogte van het inkomen, maar naar de verzekeringssituatie voor 2006 kan opgemerkt worden dat ziekenfondsverzekerden altijd te maken hebben gehad met naturapolissen en particulier verzekerden met restitutiepólissen. Wat dat betreft zijn voormalig ziekenfondsverzekerden niet gewend zich bezig te houden met kwaliteit van de ingekochte zorg, ze gingen immers naar gecontracteerde zorgaanbieders. Voormalig particulier verzekerden zochten altijd zelf hun zorgaanbieders uit en zijn mogelijk meer bedreven in het onderling vergelijken van de ingekochte zorg van zorgverzekeraars (Lapré e.a. 2005).

Net als in de voorgaande vergelijkingen tussen demografische kenmerken en de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar kan de relatie tussen de verzekering in 2005 en de rol van kwaliteit verschillende kanten op. Er kan niet geconcludeerd worden dat één van de verzekeringsvormen een grotere aanleiding geeft tot het meenemen van kwaliteit in de keuze voor een zorgverzekeraar dan de anderen.

#### 2.5.4 Algemene gezondheid

De relatie tussen iemands algemene gezondheid en de rol die kwaliteit speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar kan twee kanten op. Een goede gezondheid kan er toe leiden dat iemand zich niet verdiept in de kwaliteit van de zorgverzekeraar vanwege het feit dat hij/zij weinig gebruik maakt van zorg. Het kan er echter ook toe leiden dat iemand zich wel verdiept in de kwaliteit van de zorgverzekeraar omdat de algemene gezondheid hem/haar in staat stelt zich te verdiepen in dit onderwerp.

Voor mensen met een slechte algemene gezondheid zou verwacht kunnen worden dat men zich verdiept in de kwaliteit van de zorgverzekeraar vanwege het feit dat deze mensen veel gebruik maken van de gezondheidszorg en dat zij kwaliteit dus erg van belang zullen vinden. Aan de andere kant kan ook



worden verondersteld dat mensen met een slechte gezondheid zich niet verdiepen in de kwaliteit van de zorgverzekeraar omdat hun gezondheidstoestand een belemmerende factor is hierbij.

Omdat niet voor iedereen toegankelijkheid gegarandeerd kan worden ten aanzien van aanvullende verzekeringen, hebben mensen met een slechte gezondheid kans geweigerd te worden voor een aanvullende verzekering (Schut 2006). Het kan een probleem zijn voor mensen met een slechte gezondheid om van zorgverzekeraar te wisselen. Dit kan ertoe leiden dat men zich minder zal verdiepen in de kwaliteit van zorgverzekeraars.

Er valt niet één conclusie te trekken ten aanzien van de relatie tussen algemene gezondheid en de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar. De relatie kan twee kanten op.

## **2.6 Conclusie**

In de literatuur is geen eenduidige relatie te vinden tussen demografische kenmerken en de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar. In deze scriptie wordt onderzocht of door de komst van de zorgverzekeringswet kwaliteit een grotere invloed heeft gekregen op het keuzegedrag van verzekerden en of er samenhang is tussen de rol van kwaliteit en de hiervoor besproken demografische kenmerken.



## 3

# Methoden

## 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk volgt een operationalisering van de vraagstelling die geformuleerd is in het theoretisch kader. Eerst worden de methoden en technieken van dit onderzoek beschreven. Dan zal de dataset die gebruikt wordt in dit onderzoek worden toegelicht. Daarna wordt een beschrijving gegeven van de variabelen waartussen de relaties worden getoetst en worden deze gekoppeld aan een meetniveau. Op basis van de meetniveaus kan bij elke hypothese de juiste analyse worden gekozen. Tenslotte zal de validiteit en betrouwbaarheid aan bod komen.

## 3.2 Methoden en technieken

Dit onderzoek is deels een kwantitatief onderzoek en deels een literatuurstudie. De eerste twee deelvragen zullen beantwoord worden aan de hand van een literatuurstudie. Deze vragen zijn bedoeld als inleiding. De overige vragen zijn kwantitatief van aard. Kwantitatief onderzoek is de verzameling, analyse en interpretatie van de resultaten van een bepaalde studie (Creswell 2003: xxiv). De gevormde hypothesen zullen met behulp van het software programma SPSS getoetst worden.

## 3.3 Dataset

Dit onderzoek is gebaseerd op een bestaande dataset. De vragenlijst is via het internet afgenomen door een extern onderzoeksbureau en ingevuld door 2152 mensen, die regelmatig dit soort vragenlijsten invullen. De vragenlijst is ontwikkeld door het iBMG en uitgezet door CentERdata uit Tilburg onder de deelnemers van een zogenaamd 'inter-based' panel. Hiermee wordt bedoeld dat de panelleden thuis via de computer de vragenlijst hebben ingevuld. De vragenlijst bestaat uit gesloten vragen. Bij enkele vragen heeft de respondent de mogelijkheid gehad om naast de bestaande antwoordcategorieën een eigen antwoord te formuleren. De vragen gaan over het overstapgedrag en voorkeuren van verzekerden. De respondenten



moesten tevens een aantal achtergrondkenmerken invullen. De vragenlijst is afgenomen in 2006 en geeft informatie over het keuzegedrag van verzekerden.

### 3.3.1 Karakteristieken van de dataset

<b>Leeftijd</b>	<b>Frequentie</b>	<b>% van het totaal</b>	<b>Verdeling in 2006</b>
18 – 40	706	32.8%	35.5%
41 – 60	905	42.1%	45.6%
61- 90	541	25.1%	18.9%
<b>Totaal</b>	2152	100%	100%
<b>Opleidingsniveau</b>	<b>Frequentie</b>	<b>% van het totaal</b>	<b>Verdeling in 2006</b>
Lager onderwijs	647	30.1%	32.6%
Middelbaar onderwijs	719	33.4%	51.6%
Hoger Onderwijs	763	35.5%	15.8%
<b>Totaal</b>	2129	100%	99%
<b>Verzekering 2005</b>	<b>Frequentie</b>	<b>% van het totaal</b>	<b>Verdeling in 2005</b>
Ziekenfonds	1187	55.2%	62.1%
Particulier	812	37.7%	30.3%
Ambtenarenverzekering	148	6.9%	5.4%
<b>Totaal</b>	2147	100%	97.8%
<b>Algemene gezondheid</b>	<b>Frequentie</b>	<b>% van het totaal</b>	<b>Verdeling in 2000</b>
Slecht/matig	301	14.0%	17.8%
Goed	1244	57.8%	53.7%
Zeer goed/Uitstekend	596	27.7%	25.9%
<b>Totaal</b>	2152	100%	97.4%

Tabel 1: frequentietabel karakteristieken dataset

De verdeling van de groepen in de dataset zijn vergeleken met de verdeling van de Nederlandse bevolking zoals het CBS die heeft gepresenteerd op de website. De verdeling van de steekproef komt niet in alle



gevallen overeen met de verdeling zoals die op de website van het CBS is gepresenteerd. Zo zijn de respondenten in de steekproef gemiddeld iets ouder dan de algemene populatie. Het opleidingsniveau van de respondenten ligt iets hoger dan dat van de Nederlandse bevolking. De verdeling van de verzekeringsvorm in 2005 komt enigszins overeen met de verdeling zoals het CBS heeft gepresenteerd. De respondenten uit dit onderzoek ervaren hun gezondheid gemiddeld iets beter dan de Nederlandse bevolking in het algemeen (CBS 2007).

## 3.4 Variabelen

### 3.4.1 Onafhankelijke variabelen

#### *Leeftijd*

De respondenten zullen in het onderzoek worden onderverdeeld in drie leeftijdscategorieën. Door de respondenten te categoriseren wordt het inzicht in de verdeling van de leeftijden vergroot.

De leeftijdscategorieën zijn als volgt gemaakt:

1. *Jongeren*: 18 tot 40 jaar
2. *Jongere ouderen*: 41 tot 60 jaar
3. *Ouderen*: 61 tot 91 jaar.

#### *Opleidingsniveau*

Onder opleidingsniveau wordt de hoogst afgeronde opleiding met diploma verstaan.

Bepaalde categorieën bevatten te weinig waarden. Zo zijn er slechts zeven mensen die (voortgezet) speciaal onderwijs als hoogst afgeronde opleiding hebben ingevuld. Daarom worden de negen antwoordcategorieën zoals die in de vragenlijst worden onderscheiden terug gebracht naar 3 antwoordcategorieën, namelijk:

1. *Lager onderwijs*, dit bevat (voortgezet) speciaal onderwijs en kleuter-, lager- of basisonderwijs en voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo, mavo, vbo, lbo, mulo, ulo, lavo en vglo),
2. *Middelbaar onderwijs*, dit houdt in havo/vwo (ook hbs en mms) en middelbaar beroepsonderwijs (mbo en het leerlingwezen)
3. *Hoger onderwijs*, bestaande uit hoger beroepsonderwijs (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> fase) en wetenschappelijk onderwijs





De categorie 'anders' en (nog) geen onderwijs (afgerond) zijn hierbij weggelaten, omdat voor de eerste categorie niet is aangegeven wat onder 'anders' wordt verstaan en niemand de tweede categorie heeft ingevuld.

### *Verzekering 2005*

Onder verzekering 2005 wordt de verzekeringsvorm verstaan die de respondent in 2005 in gebruik had.

Hierbij worden de volgende categorieën vergeleken:

1. Ziekenfonds
2. Particulier
3. IZA/IZR/DGVP
4. Niet verzekerd

Omdat slechts vijf respondenten tot 31 december 2005 onverzekerd waren zal deze categorie weggelaten worden bij de analyse.

### *Algemene gezondheid*

Algemene gezondheid wordt in deze scriptie verdeeld in drie categorieën:

1. Slecht/Matig
2. Goed
3. Zeer Goed/Uitstekend

### 3.4.2 Afhankelijke variabelen

De afhankelijke variabelen in deze scriptie zijn kwaliteit van de ingekochte zorg, service van de zorgverzekeraar en keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders. In de vragenlijst is de eerste vorm van kwaliteit anders benoemd, namelijk: inspanningen die de zorgverzekeraar verricht met betrekking tot het regelen van zorg.



### 3.5 Statistische analyses

Om te onderzoeken wat de invloed van demografische factoren op de rol van kwaliteit is bij de keuze voor een zorgverzekeraar zijn hypothesen gevormd. In de vragenlijst is de vraag echter anders gesteld dan in de deelvragen van deze scriptie. De vraag in de vragenlijst is: “Wat waren de belangrijkste redenen om voor uw huidige zorgverzekeraar te kiezen? (maximaal drie redenen invullen)”. Er kan gekozen worden uit acht antwoorden, welke allemaal uit meerdere subantwoorden bestaan. Hierbij kan dus niet specifiek de vraag worden gesteld wat het belang is van kwaliteit, maar alleen of kwaliteit een rol heeft gespeeld bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Voor dit onderzoek zijn alleen de drie vragen relevant die gaan over de hiervoor benoemde afhankelijke variabelen.

Elk van de antwoorden zullen in SPSS in een kruistabel gezet worden met de demografische kenmerken. Zo ontstaan er kruistabellen waarin te zien is wat de relatie is tussen demografische kenmerken is en het wel of niet van belang vinden van dat specifieke antwoord. Een kruistabel geeft inzicht in het verband tussen twee variabelen. Kruistabellen zijn zeer eenvoudig en leveren veel informatie. Ze worden vooral gebruikt voor variabelen die in klassen zijn ingedeeld, nominale en ordinale variabelen (Huizingh 2004:239). Het is dus een geschikte methode om toe te passen op de demografische kenmerken in dit onderzoek.

De Chi-kwadraattoets wordt uitgevoerd om te toetsen of er een verband bestaat tussen de rijvariabele en de kolomvariabele. De onafhankelijke variabele wordt doorgaans als rijvariabele geplaatst en de afhankelijke variabele als kolomvariabele. Er kan met de Chi-kwadraattoets getoetst worden of er samenhang is tussen deze variabelen en of dit statistisch significant is (Kirkwood & Sterne 2003:165).

De nulhypothese luidt altijd dat de variabelen onafhankelijk van elkaar zijn. De Chi-kwadraattoets die uitgevoerd wordt voor de kruistabellen zegt echter niks over de richting van het verband, vandaar dat voor alle onafhankelijke variabele middels de Chi-kwadraattoets getoetst wordt of de categorieën significant van elkaar verschillen.

Verder wordt een regressieanalyse toegepast om te toetsen welke variabelen gezamenlijk de rol van de verschillende kwaliteitsaspecten verklaren. Vanwege het dichotome karakter van de afhankelijke variabelen is gekozen voor een logistische regressie analyse (Kirkwood & Sterne 2003:189). De vragen kunnen immers alleen met ja of nee worden beantwoord. Om rekening te houden met het ordinale karakter van de afhankelijke variabele is gekozen voor een ordinale regressie.



## 4

# Deelvraag 1: Wat is het belang van informatie over de kwaliteit bij de keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar?

## 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op het belang van consumenteninformatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Hierbij gaat het erom dat consumenten op basis van deze informatie een goede keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar. In Amerika is er veel meer onderzoek gedaan naar de effecten van consumenteninformatie op het keuzegedrag van verzekerden dan in Nederland. Daarom zal dit hoofdstuk ook aandacht besteden aan de Amerikaanse 'report cards' die gebruikt worden om consumenten te voorzien van informatie over kwaliteit van zorgverzekeraars.

## 4.2 Belang van informatie

In 2003 gaf professor Schut in zijn rede aan dat de belangrijkste slag die toen nog grotendeels gemaakt moest worden, een goede informatievoorziening over prijs-prestatieverhouding van zorgverzekeraars en zorgaanbieders was. “ De basis voor de effectiviteit van de beoogde concurrentie is dat voldoende verzekerden een kritische en weloverwogen keuze maken voor een zorgverzekeraar ” (Schut 2003:22). Omdat zorgverzekeraars een cruciale rol moeten vervullen in het regelen van goede en doelmatige zorg voor hun verzekerden, dienen verzekerden niet alleen over premie maar vooral ook over het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars te worden geïnformeerd. Het ontwikkelen van een onafhankelijke, betrouwbare en begrijpelijke consumenteninformatie vormt een belangrijke publieke taak (Ibid:24). Inmiddels zijn we vier jaar verder en is er op het gebied van consumenteninformatie veel veranderd. Zo heeft de overheid de website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) laten ontwikkelen. Op deze site kunnen consumenten niet alleen zorgverzekeraars met elkaar vergelijken, maar ook veel informatie over zorgaanbieders vinden.



Ook andere organisaties, bijvoorbeeld de Consumentenbond en Independer.nl geven consumenten informatie over de kwaliteit van verzekeraars en zorg (RIVM 2006; Consumentenbond 2007; Independer).

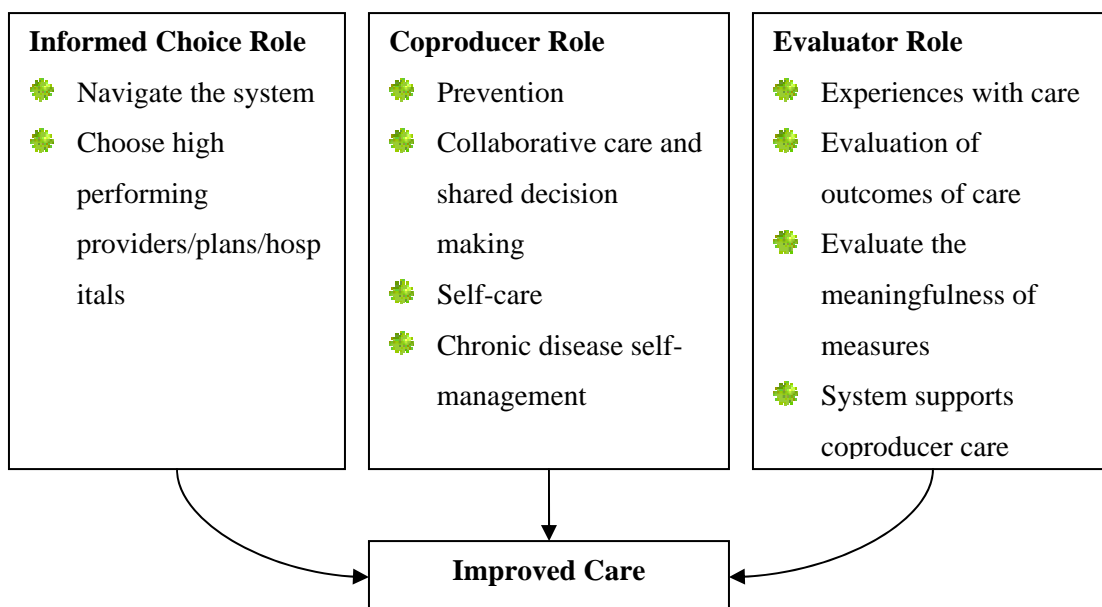
Naast de ontwikkeling van de informatievoorziening is ook de rol van de consument veranderd van passief naar actief kiezende consumenten.

Indien consumenten geïnformeerd zijn over de kosten en de kwaliteit van zorgverzekeringen, wordt verondersteld dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen concurreren met elkaar ten aanzien van deze punten (Hibbard 1997:395). Consumenten dienen dan wel te ‘stemmen met de voeten’. Dit houdt in dat als consumenten ontevreden zijn over hun zorgverzekeraar ze moeten dreigen over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Dit stimuleert zorgverzekeraars om de premie zo laag mogelijk te houden, meer verzekerden aan te trekken en een goede kwaliteit te bieden (RVZ 1998:3).

Indien er geen openbare informatie beschikbaar is ten aanzien van kwaliteit, zullen zorgverzekeraars alleen concurreren ten aanzien van de prijs. Het geeft hen een prikkel om te bezuinigen op de zorg die ze aanbieden aan hun verzekerden (Hibbard 1997:395).

### 4.3 Rol van de consument

De consument kan op verschillende manieren een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van kwaliteitszorg. De consument kan de rol aannemen van een verzekerde die geïnformeerd kiest, de rol van medeproducent of de rol van evaluator.



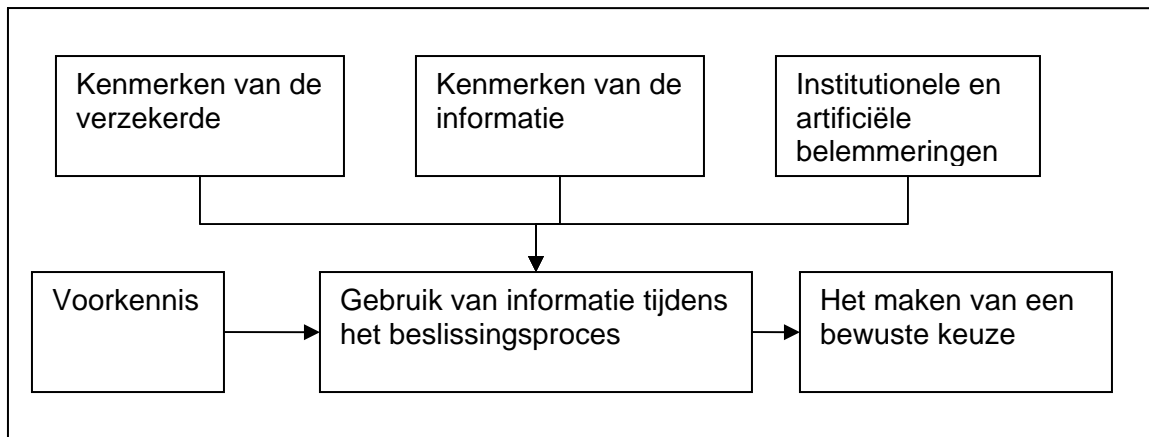


Figuur 2, Rol van de consument. bron: Hibbard 2003

Indien consumenten kwaliteit van zorg gebruiken als belangrijkste criterium voor de selectie ten aanzien van zorgaanbieders, zorgverzekeringen en ziekenhuizen, begeven zij zich in de rol van de consument met een geïnformeerde keuze. Consumenten kunnen ook optreden als medeproducenten. Zij zijn degenen die dagelijks beslissingen maken over hun eigen gezondheid en de gezondheidszorg waarvan zij gebruik maken. Deze patiënten spelen een actieve en onmisbare rol in de diagnose en behandeling. Deze houding van patiënten is vooral goed toepasbaar voor chronisch zieke patiënten. Tenslotte is er de rol van evaluator. Deze rol heeft betrekking op de insluiting van het patiëntenperspectief bij het meten van prestaties binnen de gezondheidszorg. Consumenten zijn hierbij een bron van informatie voor het meten van de kwaliteit van zorg. Consumenten evalueren hun ervaringen met de gezondheidszorg (Hibbard 2003, 621-626).

#### **4.4 Hoe kiest een consument?**

Het proces tot aankoop is een sequentieel proces. Het kan de eerste aankoop zijn, of een aankoop naar aanleiding van eerdere ontevredenheid over een product of dienst. Consumenten kunnen wel of niet gemotiveerd zijn om een geïnformeerde keuze te maken. Bij een geïnformeerde keuze kan onderscheid gemaakt worden tussen bewust en onbewust geïnformeerd kiezen. Het verschil heeft te maken met het feit of iemand bewust of onbewust gevoelig is voor signalen uit de omgeving. Vervolgens kan er informatie gezocht worden om de keuze te maken. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen intern en extern informatie zoeken. Eerst gaat iemand intern informatie zoeken, dit zijn bijvoorbeeld ervaringen uit het verleden. Als dit niet voldoende is wordt extern naar informatie gezocht (Bettman 1979). Bij het kiezen voor een zorgverzekeraar kan dit bijvoorbeeld betekenen dat de consument via internet op zoek gaat naar een goede zorgverzekeraar. In figuur 3 wordt het keuzeproces schematisch weergegeven.



Figuur 3: Keuzeproces van verzekerden, bron: De Bruijn 2004.

Verondersteld wordt dat verschillende factoren van invloed zijn op het gebruik van informatie bij het maken van een bewuste keuze. Als eerste factor kunnen kenmerken van de verzekerden zowel positief als negatief bijdragen aan het gebruik van informatie. Daarnaast is de presentatie en andere eigenschappen van informatie van invloed op het gebruik ervan. Een andere factor is dat een institutionele belemmering kan zijn dat verzekerden slechts in één periode per jaar kunnen wisselen van verzekeraar. Deze periode valt in de maand januari en heeft als gevolg dat verzekerden tijdens de kerstdrukte moeten bepalen of ze wel of niet willen veranderen van verzekeraar. De combinatie van voorkennis, bijvoorbeeld eerdere ervaring met overstappen en gebruik van informatie tijdens het beslissingsproces bepaalt of consumenten een bewuste keuze maken.

In de optimale situatie gebruiken consumenten informatie over zowel de kosten als de kwaliteit om zo de meeste waarde voor hun geld te krijgen. In complexe keuzesituaties besteden mensen meer aandacht aan de concrete en duidelijke variabelen en veel minder aandacht aan variabelen waarvan de waarde moeilijker te bepalen is. In dit geval wordt de premie als een concrete en duidelijke variabele gezien en kwaliteit als een vage en onbegrijpelijke variabele (Hibbard 1997:399).

De keuze van consumenten voor een verzekeraar hangt ook af van bepaalde voorkeuren. Hibbard (1997) heeft aangetoond dat deze voorkeuren niet bestaan voorafgaand aan het keuzeproces. De voorkeuren ten aanzien van zorgverzekeraars schijnen te ontstaan tijdens het keuzeproces en worden beïnvloed door contextgebonden factoren. Dit betekent dat consumenten gevoelig kunnen zijn voor reclame.

Vooraf degenen die het moeilijk vinden hun keuze te maken zijn het mikpunt van marketing-strategieën (Hibbard 1997:402-403).



## 4.5 Informatieverspreiding in Amerika

Vanaf het begin van de jaren negentig vonden Amerikaanse werkgevers het steeds meer van belang om inzicht te krijgen in de prestaties van health plans van hun werknemers en deze te evalueren. The National Committee for Quality Assurance (NCQA) kwam aan de behoefte aan vergelijkbare informatie over de prestaties van health plans tegemoet (Consumentenbond 2004: 28). Sinds de jaren '90 is de non-profit organisatie NCQA, actief voor het ontwikkelen van kwalitatief goede gezondheidszorg. De organisatie is sinds haar bestaan een belangrijk figuur bij het proces om de kwaliteit van de gezondheidszorg bovenaan de agenda te brengen (NCQA 2007). Om de kwaliteit van de gezondheidszorg inzichtelijk te maken voor consumenten heeft de NCQA indicatoren ontwikkeld om de prestaties van zorgverzekeraars te beoordelen. De metingen hebben betrekking op de toegankelijkheid & service, de kwalificatie van zorgverleners, gezond blijven, beter worden en leven met ziekte (Consumentenbond 2004: 29).

De informatie in report cards is grotendeels gebaseerd op gestandaardiseerde datasystemen, zoals "The Health Plan Employer Data and Information Set" (HEDIS) en "The Consumer Assessment of Health Plan Survey" (CAHPS). Het gaat hierbij om informatie over verschillende dimensies ten aanzien van zorg en service (Scanlon e.a. 2000). Omdat de metingen heel specifiek gedefinieerd zijn maakt HEDIS het mogelijk om de prestaties van zorgverzekeringen zeer nauwkeurig te vergelijken. Zorgverzekeraars kunnen de HEDIS resultaten gebruiken om te bepalen op welke prestaties zij zich dienen te richten en welke zij verder moeten ontwikkelen (NCQA 2007).

Het CAHPS project (Agency for Healthcare Research and Quality ) is een initiatief om de tevredenheid van consumenten te meten. Er worden vragenlijsten afgenomen over de ervaringen van verzekerden met hun health plan en de gezondheidszorg (Consumentenbond 2004: 29). Vertalingen van deze vragenlijsten worden gebruikt voor de Nederlandse website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

## 4.6 Doel informatieverspreiding middels report cards

Report cards maken het consumenten mogelijk om een geïnformeerde keuze te maken ten aanzien van de producten en services die zij consumeren (Wedig & Tai-Seale 2002:1031-1032). Ze dienen te stimuleren dat consumenten de informatie gebruiken om te kiezen voor een zorgverzekering die zorg aanbiedt van hoge kwaliteit (Hibbard e.a. 2000). Effectieve report cards werken de consumenteninformatie uit om tot een selectie te komen van verzekeringen waarvoor de consument een goede afweging kan maken tussen



kosten en kwaliteit. Het effect van report cards op de beslissing van de consument is afhankelijk van de informatie die consumenten hebben over zorgverzekeringen in de afwezigheid van report cards en van report cards die de consumenten belangrijke aanvullende informatie aanbieden (Wedig & Tai-Seale 2002:1031-1032). Patiënten kunnen publieke report cards gebruiken als hulp bij het selecteren van zorgaanbieders die kwaliteitszorg leveren. Zorgaanbieders kunnen reageren op de report cards door de kwaliteit van zorg die zij leveren te verbeteren (Werner e.a. 2005). Geen enkele organisatie wil onderaan het lijstje staan. Zonder publieke informatie kiest men op basis van kosten, mond op mond reclame of andere informele praktijken (Werner e.a. 2005).

Geïnformeerde consumenten zullen kiezen voor een zorgverzekeraar die diensten levert van hoge kwaliteit, Zorgverzekeraars en –aanbieders zijn hierdoor gemotiveerd diensten te leveren van hoge kwaliteit omdat ze weten dat consumenten hier alert op zijn (Harris-Kojetin e.a.2001:449).

## **4.7 Hoe moeten consumenten worden geïnformeerd?**

Als er gesproken wordt over ‘goede informatie voor verzekerden ten aanzien van de kwaliteit van zorgverzekeraars’ moet allereerst vastgesteld worden wat goede informatie inhoudt. Informatie heeft de volgende kenmerken: informatiebron, inhoud en vormgeving. Informatie ten aanzien van zorgverzekeraars kan worden gevonden op internet of via de zorgverzekeraar zelf. Daarnaast kunnen consumenten hun informatie verkrijgen via patiëntenorganisaties, familie of hun werkgever. Het is belangrijk om te weten wie de informatie verspreid om te zien wiens belang voorop gesteld wordt.

### **4.7.1 Vormgeving**

Wat betreft de vormgeving is het van belang dat niet alle informatie in één keer gepresenteerd wordt, maar in lagen zodat het overzichtelijk blijft. Verder spelen kleuren en lettertypes een grote rol bij de vormgeving. Bij het presenteren van scores in tabellen dient er rekening gehouden te worden met de manier waarop de scores worden weergegeven. De verschillen in prestaties kunnen bijvoorbeeld duidelijk gemaakt worden met bepaalde symbolen. De administratieve last van informatie vergaren kan verminderd worden door het bundelen van informatie, zo wordt de informatie overzichtelijker voor de consument, ook de vermindering van de hoeveelheid informatie draagt bij aan de overzichtelijkheid. Door het keuzep proces in stappen te knippen begrijpen consumenten de informatie over het algemeen beter (Hibbard e.a. 1997).





Report cards trachten complexe data over verzekeringen en behandelingen te vertalen naar een klein aantal dimensies die begrijpelijk en bruikbaar zijn voor de consument (Wedig & Tai-Seale 2002:1031-1032).

In figuur 4 is een voorbeeld van een vergelijkingstabel te zien. Er worden sterretjes gebruikt om de verschillen in prestaties aan te duiden.

Excellent ★★★★★	Providing Quality Care How HMOs scored on meeting national standards of care	Members Rate HMO How HMOs scored on a member survey of care and service
Good ★★★	★★★	★★★
Fair ★★	★★★	★★★
Poor ★	★★★	★★★
Health plan 1	★★	★
Health plan 2	★★	★★
Health plan 3	★★	★★
Health plan 4	★★	★
Health plan 5	★★★★	★★

Figuur 4: Voorbeeld Vergelijkingstabel in een Report Card

#### 4.7.2 Juiste hoeveelheid informatie

De veronderstelling dat consumenten zo veel mogelijk informatie moet worden toegespeeld is niet juist. Een kritisch element van beslissingen maken is de mogelijkheid om de informatie te verklaren en te integreren. Het integreren van veel informatie wordt als moeilijk ervaren door consumenten. Zij kunnen slechts een beperkt aantal variabelen tegelijk verwerken. Het geven van de maximale hoeveelheid informatie is dus niet de meest effectieve manier om het keuzegedrag van consumenten te verbeteren (Hibbard 1997:397).

Hibbard en Jewett (1997) geven aan dat er begripsproblemen bestaan bij consumenten. Consumenten begrijpen niet goed wanneer hoge of lage waarden van een indicator de betekenis hebben van goede prestaties en wat indicatoren proberen te vertellen over kwaliteit van zorg. Om te begrijpen dat zorgverzekeringen een mechanisme bevatten om de kwaliteit van de te leveren zorg door zorgaanbieders te beïnvloeden is een eerste vereiste dat consumenten de betekenis van indicatoren begrijpen en in staat zijn een geïnformeerde keuze te maken omtrent een zorgverzekering. Zonder dit begrip zijn consumenten niet in staat te snappen wat de relevantie is van een goede keuze ten aanzien van zorgverzekeringen en welke gevolgen dit kan hebben voor de zorg die zij ontvangen (Hibbard & Jewett 1997).



#### 4.7.3 Aansluiting bij de behoeften van de consument

Er zijn prestatie-indicatoren ontwikkeld die aansluiten bij de behoeften van consumenten om hen te helpen bij het kiezen van een zorgverzekeraar en zorgaanbieders. Dit betekent dat consumenten in staat moeten zijn hun individuele gezondheidszorgbehoeften te kennen. Ze moeten kunnen voorspellen of ze ziek worden, hoe vaak, etc. Mensen geven echter juist aan dat ze het moeilijk vinden om hun zorgbehoeften kenbaar te maken. Ze weten niet hoe ze in bepaalde situaties zullen reageren en wat hun zorgbehoeften zijn bij een bepaald voorval. Ze kunnen dit alleen kenbaar maken als ze zo'n moment ervaren (Hibbard 1997:400).

#### 4.7.4 Mogelijkheden om de keuze te ondersteunen

Tenslotte helpt het verstrekken van keurmerken door experts consumenten om een weloverwogen keuze te maken. Deze keurmerken ontstaan doordat externe organisaties zorgverzekeraars en zorgaanbieders beoordelen en de resultaten presenteren aan de consument. De consumentenkeuze voor een zorgverzekering kan ondersteund worden door de gevolgen van de keuze uit te leggen (Hibbard e.a. 1997).

### 4.8 Conclusie

De afgelopen jaren is veel gedaan aan de ontwikkeling van informatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het is van belang dat consumenten op de hoogte zijn van de kwaliteit van zorg om een geïnformeerde keuze te kunnen maken ten aanzien van zorg. Om consumenten gebruik te laten maken van informatie over kwaliteit dient echter wel rekening te worden gehouden met de presentatie van de informatie, dit is van invloed op de begrijpelijkheid van de informatie. Of de respondenten uit dit onderzoek informatie gebruikt hebben bij de keuze voor hun zorgverzekeraar is niet bekend, wel wordt in het volgende hoofdstuk getoetst of ze verschillende kwaliteitsaspecten hebben meegenomen in de keuze.



# 5

## Resultaten

### 5.1 Inleiding

De vorige deelvraag gaf een beeld van de rol die informatie kan spelen bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Informatie die verstrekt wordt over zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven zicht op de kwaliteit die geleverd wordt. In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het kwantitatieve onderzoek dat gedaan is naar de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar.

### 5.2 Frequentietabellen

In de de vragenlijst is voor verschillende (kwaliteits)aspecten de vraag gesteld of ze wel of geen reden zijn geweest om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. In onderstaand de frequentietabel is zichtbaar hoe de verdeling van de antwoorden eruit ziet.

	Frequentie 'Ja'	% van het totaal
Premie en eigen bijdrage	823	38.2%
Bekendheid met zorgverzekeraar/reputatie	809	37.6%
Service van de zorgverzekeraar	728	33.8%
Dekking van de aanvullende verzekering(en)	687	31.9%
Mogelijkheid deelname collectiviteit	674	31.3%
Keuzevrijheid t.a.v. zorgaanbieders	274	12.7%
Anders	204	9.5%
Acceptatie- en polisvoorwaarden	172	8.0%
Inspanningen m.b.t. tot het regelen van zorg	126	5.9%

Tabel 2: frequentietabel redenen om voor de zorgverzekeraar te kiezen



In de inleiding is aangegeven dat kwaliteit in de afgelopen jaren een belangrijkere rol is gaan spelen, maar dat toch veel mensen het niet als reden gebruiken om van zorgverzekeraar te veranderen. Premie daarentegen wordt wel als een belangrijke reden gezien om te wisselen van zorgverzekeraar.

Dat is ook te zien in bovenstaande frequentietabel. In de dataset van dit onderzoek geeft meer dan eenderde van de respondenten aan dat de premie en de eigen bijdrage redenen waren om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Dit aspect is vaakst benoemd als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Het is echter niet meer de enige reden. Tabel 2 laat zien dat mensen bijna net zo vaak bekendheid met de zorgverzekeraar, service van de zorgverzekeraar en de dekking van de aanvullende verzekering(en) als reden noemen om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet is de mogelijkheid tot deelname aan collectiviteit ook een belangrijke reden geworden. De resultaten van de de kwaliteitsaspecten keuzevrijheid en inspanningen van de verzekeraar met betrekking tot het leveren van zorg zijn niet verbazingwekkend. In de inleiding is aangegeven dat verzekerden dit niet als hoogste prioriteit zien bij het kiezen voor een zorgverzekeraar.

In tabel 3 is weergegeven hoeveel respondenten de onderzochte drie redenen hebben beantwoord met 'ja'. Meer dan de helft van de respondenten heeft geen van de antwoorden benoemd als reden om voor de huidige zorgverzekeraar. Het percentage respondenten dat één, twee of alledrie de redenen heeft genoemd is dan 43.2%.

	<b>Frequentie</b>	<b>% van het totaal</b>
Niets met 'ja' beantwoord	1222	56.8%
1 van de redenen met 'ja' beantwoord	740	34.4%
2 van de redenen met 'ja' beantwoord	182	8.5%
3 van de redenen met 'ja' beantwoord	8	0.4%

Tabel 3: Frequentietabel aantal redenen met 'ja' beantwoord.



## 5.3 Service van de zorgverzekeraar

Er is getoetst of er een relatie bestaat tussen het kwaliteitsaspect service van de zorgverzekeraar en verschillende demografische kenmerken. Het resultaat hiervan is te zien in onderstaande kruistabel.

<b>Leeftijd</b>	<b>Jongeren</b>	<b>Jongere Ouderen</b>	<b>Ouderen</b>
Frequentie 'Ja'	188	283	257
% van het totaal	26.6%	32.3%	47.5%
<b>Opleidingsniveau</b>	<b>Lager onderwijs</b>	<b>Middelbaar onderwijs</b>	<b>Hoger onderwijs</b>
Frequentie 'Ja'	283	230	207
% van het totaal	43.7%	32.0%	27.1%
<b>Verzekering 2005</b>	<b>Ziekenfonds</b>	<b>Particulier</b>	<b>Ambtenarenverzekering</b>
Frequentie 'Ja'	429	240	58
% van het totaal	36.1%	29.6%	39.2%
<b>Algemene gezondheid</b>	<b>Slecht/Matig</b>	<b>Goed</b>	<b>Zeer goed/uitstekend</b>
Frequentie 'Ja'	119	448	157
% van het totaal	39.5%	36.0%	26.3%

Tabel 4: Kruistabel demografische kenmerken & service van de zorgverzekeraar

### 5.3.1 Leeftijd

In de kruistabel van 'leeftijd' en 'service van de zorgverzekeraar' is te zien dat de percentages van de verschillende leeftijdscategorieën van elkaar verschillen. Of de relatie tussen leeftijd en service van de zorgverzekeraar significant is, is getoetst met de Chi-kwadraattoets. Deze toets gaf aan dat de relatie significant is (p-waarde 0,00). Dit betekent dat dezelfde uitspraak gedaan kan worden over de gehele populatie.

Om te toetsen of leeftijdscategorieën onderling significant van elkaar verschillen dient de Chi-kwadraattoets nog een keer toegepast te worden, maar dan op de twee categorieën die je wilt toetsen. Het resultaat van de Chi-kwadraattoets is dat de categorieën onderling ook significant van elkaar verschillen. (Jongeren-Jongere ouderen: p-waarde: 0,042/Jongeren-Ouderen: p-waarde: 0,00/Jongere ouderen-Ouderen: p-waarde: 0,00). Ouderen noemen relatief vaker dan jongeren de service als reden om een zorgverzekeraar te kiezen.



### 5.3.2 Opleidingsniveau

Ook de percentages van de opleidingscategorieën verschillen van elkaar. De Chi-kwadraattoets heeft uitgewezen dat de relatie tussen opleidingsniveau en service van de zorgverzekeraar significant is (p-waarde 0,00).

De verschillen onderling tussen de opleidingscategorieën zijn allemaal significant. (Lager onderwijs-Middelbaar onderwijs: p-waarde: 0,00/Lager onderwijs-Hoger onderwijs: p-waarde: 0,00/Middelbaar onderwijs-Hoger onderwijs: p-waarde: 0,04). Lager opgeleiden geven relatief vaker dan hoger opgeleiden aan dat service een reden is om voor een zorgverzekeraar te kiezen.

### 5.3.3 Verzekering 2005

De Chi-kwadraattoets heeft uitgewezen dat ook het verband tussen verzekering 2005 en de service van de zorgverzekeraar significant is (p-waarde: 0,003). De verschillen onderling tussen de verzekeringsvormen zijn niet allemaal significant. Het verschil tussen ziekenfonds en ambtenarenverzekering is niet significant (p-waarde: 0,468). De verschillen tussen ziekenfonds en particulier en tussen particulier en ambtenarenverzekering zijn wel significant (p-waarde: 0,002 resp. 0,02). Ziekenfonds en ambtenaar verzekerden geven relatief vaker dan particulier verzekerden aan dat service een reden is om voor een zorgverzekeraar te kiezen.

### 5.3.4 Algemene gezondheid

De relatie tussen de algemene gezondheid van de respondenten en de rol van service bij de keuze voor een zorgverzekeraar is significant (p-waarde: 0,00). De verschillen tussen de gezondheidsniveau's onderling zijn niet allemaal significant. Het verschil tussen slecht/matig en goed is niet significant (p-waarde: 0,255). De overige verschillen zijn wel significant. Mensen met een zeer goede/uitstekende gezondheid noemen de service van de zorgverzekeraar minder vaak als reden om voor een zorgverzekeraar te kiezen dan mensen met een goede of matige/slechte gezondheid.



## 5.4 Kwaliteit van de ingekochte zorg

In de vragenlijst is kwaliteit van de ingekochte zorg meegenomen als ‘inspanningen die de zorgverzekeraar verricht met betrekking tot het regelen van zorg’. Onderstaande kruistabel geeft het verband weer tussen de diverse demografische kenmerken en dit kwaliteitsaspect.

<b>Leeftijd</b>	<b>Jongeren</b>	<b>Jongere Ouderen</b>	<b>Ouderen</b>
Frequentie ‘Ja’	25	47	54
% van het totaal	3.5%	5.2%	10.0%
<b>Opleidingsniveau</b>	<b>Lager onderwijs</b>	<b>Middelbaar onderwijs</b>	<b>Hoger onderwijs</b>
Frequentie ‘Ja’	47	36	42
% van het totaal	7.3%	5.0%	5.5%
<b>Verzekering 2005</b>	<b>Ziekenfonds</b>	<b>Particulier</b>	<b>Ambtenarenverzekering</b>
Frequentie ‘Ja’	80	37	8
% van het totaal	6.7%	4.6%	5.4%
<b>Algemene gezondheid</b>	<b>Slecht/Matig</b>	<b>Goed</b>	<b>Zeer goed/Uitstekend</b>
Frequentie ‘Ja’	27	77	22
% van het totaal	9.0%	6.2%	3.7%

Tabel 5: kruistabel demografische kenmerken & kwaliteit van de ingekochte zorg

### 5.4.1 Leeftijd

Vergeleken met de verschillen tussen de leeftijdscategorieën in paragraaf 6.2 zijn de verschillen tussen de leeftijdscategorieën in deze paragraaf heel klein. Het verband tussen leeftijd en de rol van kwaliteit van de ingekochte zorg is bij een significantieniveau van 10% significant (p-waarde: 0,093). Dit betekent dat er een zwak verband bestaat tussen de twee variabelen.

De verschillen tussen de leeftijdscategorieën onderling zijn echter in twee gevallen wel significant. De verschillen tussen Jongeren en Ouderen en tussen Jongere ouderen en Ouderen zijn significant (p-waarde: 0,00 resp. 0,001). Het verschil tussen Jongeren en Jongere ouderen is niet significant (p-waarde: 0,111).



Ouderen zeggen relatief vaker dan jongeren en jongere ouderen dat inspanningen met betrekking tot het regelen van zorg een reden is om voor een zorgverzekeraar te kiezen. Deze uitspraak kan niet gedaan worden tussen de categorieën jongere ouderen en jongeren.

#### 5.4.2 Opleidingsniveau

De Chi-kwadraattoets heeft als resultaat dat het verband tussen opleidingsniveau en kwaliteit van de ingekochte zorg niet significant is (p-waarde: 0,180).

De onderlinge verschillen tussen de opleidingsniveau's zijn slechts in één geval significant. Dat is tussen lager en middelbaar onderwijs (p-waarde: 0.081). De verschillen tussen lager en hoger en middelbaar en hoger onderwijs zijn niet significant (p-waarde: 0.176 resp. 0.668). Mensen met een diploma van middelbaar onderwijs zeggen relatief minder vaak dan mensen met een diploma van lager onderwijs dat inspanningen met betrekking tot het regelen van zorg een reden is om voor een zorgverzekeraar te kiezen.

#### 5.4.3 Verzekering 2005

Het verband tussen de verzekering in 2005 en de rol van kwaliteit van de ingekochte zorg is volgens de Chi-kwadraattoets niet significant (p-waarde: 0,120). Zelfs bij een significantieniveau van 10% is het verband niet significant.

De verschillen onderling tussen de verzekeringsvormen zijn in twee gevallen niet significant. Het gaat hierbij om het verschil tussen Ziekenfonds en Ambtenarenverzekering en tussen Particulier en Ambtenarenverzekering (p-waarde: 0,537 resp. 0,653). Het verschil tussen Ziekenfonds en Particulier is wel significant (p-waarde: 0,041). Ziekenfondsverzekerden noemen relatief vaker dan particulier verzekerden service als reden om voor een zorgverzekeraar te kiezen.

#### 5.4.4 Algemene gezondheid

Er bestaat een significante relatie tussen algemene gezondheid en de rol van de kwaliteit van de ingekochte zorg bij de keuze voor een zorgverzekeraar (p-waarde: 0.005).

Bij een significantieniveau van 10% zijn de gezondheidsniveau's matig/slecht en goed significant verschillend van elkaar (p-waarde: 0.084). De gezondheidsniveaus slecht/matig en zeer goed/uitstekend





zijn ook bij een significantieniveau van 5% significant verschillend van elkaar (p-waarde: 0.001). Ditzelfde geldt voor het verschil tussen goed en zeer goed/uitstekend (p-waarde: 0.026). Mensen met een slechte gezondheid noemen vaker dan mensen met een goede, zeer goede of uitstekende gezondheid service als reden om voor een zorgverzekeraar te kiezen.

## 5.5 Keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders

Onderstaande kruistabel geeft het verband weer tussen de verschillende demografische kenmerken en de keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders.

<b>Leeftijd</b>	<b>Jongeren</b>	<b>Jongere Ouderen</b>	<b>Ouderen</b>
Frequentie 'Ja'	76	119	79
% van het totaal	10.8%	13.1%	14.6%
<b>Opleidingsniveau</b>	<b>Lager onderwijs</b>	<b>Middelbaar onderwijs</b>	<b>Hoger onderwijs</b>
Frequentie 'Ja'	68	88	114
% van het totaal	10.5%	12.2%	14.9%
<b>Verzekering 2005</b>	<b>Ziekenfonds</b>	<b>Particulier</b>	<b>Ambtenarenverzekering</b>
Frequentie 'Ja'	141	103	30
% van het totaal	11.9%	12.7%	20.3%
<b>Algemene gezondheid</b>	<b>Slecht/Matig</b>	<b>Goed</b>	<b>Zeer goed/Uitstekend</b>
Frequentie 'Ja'	40	165	69
% van het totaal	13.3%	13.3%	11.6%

Tabel 6: Kruistabel demografische kenmerken & keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders.

### 5.5.1 Leeftijd

Het verband tussen leeftijd en keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders is zelfs bij een significantieniveau van 10% niet significant (p-waarde: 0,116). De verschillen tussen de leeftijdscategorieën onderling zijn in twee gevallen niet significant. Dit geldt voor Jongeren en Jongere ouderen en voor Jongere ouderen en Ouderen (p-waarde: 0,145 resp. 0,437). Het verschil tussen Jongeren



en Ouderen is wel significant (p-waarde: 0,042). Ouderen noemen relatief vaker dan jongeren keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders als reden om voor een zorgverzekeraar te kiezen.

### 5.5.2 Opleidingsniveau

Het verband tussen opleidingsniveau en keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders is getoetst op significantie. De p-waarde van 0,041 laat zien dat het verband significant is. De onderlinge verschillen tussen de opleidingsniveau's zijn niet allemaal significant.

Het verschil tussen Lager en Hoger onderwijs is significant (p-waarde: 0,013). Het verschil tussen Middelbaar onderwijs en Hoger onderwijs en tussen Lager en Middelbaar onderwijs is niet significant (p-waarde: 0,130 resp. 0,316). Lager opgeleiden geven relatief minder vaak dan hoger opgeleiden aan dat keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders een reden is om voor een zorgverzekeraar te kiezen.

### 5.5.3 Verzekering 2005

De Chi-kwadraattoets heeft uitgewezen dat het verband tussen verzekering 2005 en keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders significant is (p-waarde: 0,016). De verschillen onderling zijn echter niet allemaal significant. Er is geen significant verschil tussen Ziekenfonds en Particulier verzekerden (p-waarde: 0,589). Het verschil tussen Ziekenfonds en Ambtenarenverzekering en tussen Particulier en Ambtenarenverzekering is wel significant (p-waarde: 0,004 resp. 0,014). Ambtenaarverzekerden zeggen relatief vaker dan Ziekenfonds en Particulier verzekerden dat keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders een reden is om voor een zorgverzekeraar te kiezen.

### 5.5.4 Algemene gezondheid

Er kan geen significant verband aangetoond worden tussen de algemene gezondheid van de respondenten en de rol die keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar (p-waarde: 0,576). De verschillen tussen de gezondheidsniveau's onderling zijn in geen enkel geval significant.



## 5.6 Logistische Regressie Analyses

### 5.6.1 Invloed onafhankelijke variabelen op de verschillende kwaliteitsaspecten.

Aan de hand van een regressieanalyse wordt getoetst welke variabelen gezamenlijk van invloed zijn op de rol van de verschillende kwaliteitsaspecten bij de keuze voor een zorgverzekeraar. De regressieanalyse wordt uitgevoerd om te toetsen of de uitkomsten van de chi-kwadraattoets gelijk blijven als alle onafhankelijke variabelen tegelijk worden meegenomen in de analyse. Behalve de onafhankelijke variabelen die eerder in dit onderzoek zijn meegenomen komen in deze analyse ook de variabelen geslacht en regio aan bod.

Tabel 7 geeft de logistische regressie analyse weer met als afhankelijke variabele de service van de zorgverzekeraar. Tabel 8 en 9 geven de regressie analyse weer met als afhankelijke variabelen de kwaliteit van de ingekochte zorg respectievelijk de keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders.



	Regressiecoëfficiënt	Standaardfout
Constante	-2.190	0.281
Man	0.253***	0.098
Woont in één van de drie grote steden	-0.087	0.152
Woont in het Westen	-0.068	0.132
Woont in het Noorden	0.052	0.167
Woont in het Oosten	0.047	0.143
Woont in het Zuiden		
Slechte gezondheid	0.260	0.161
Goede gezondheid	0.307***	0.115
Zeer goede gezondheid		
Laag opgeleid	0.530***	0.124
Middelbaar opgeleid	0.208*	0.122
Hoog opgeleid		
Ziekenfonds verzekerd	-0.015	0.190
Particulier verzekerd	-0.367*	0.192
Ambtenarenverzekering		
Leeftijd	0.022***	0.003
R <sup>2</sup> van Nagelkerke	0.077	

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01

Tabel 7: Regressieanalyse met service als afhankelijke variabele

Uit tabel 7 valt af te leiden dat er een grotere kans is dat mannen, mensen met een goede gezondheid, laag en middelbaar opgeleiden en ouderen service meenemen bij hun keuze voor een zorgverzekeraar. Deze kans is juist kleiner voor voormalig particulier verzekerden.



	Regressiecoëfficiënt	Standaardfout
Constante	-4.925	0.597
Man	0.230	0.194
Woont in één van de drie grote steden	0.183	0.303
Woont in het Westen	0.214	0.267
Woont in het Noorden	0.623**	0.303
Woont in het Oosten	-0.706	0.310
Woont in het Zuiden		
Slechte gezondheid	0.571*	0.314
Goede gezondheid	0.388	0.254
Zeer goede gezondheid		
Laag opgeleid	-0.128	0.243
Middelbaar opgeleid	-0.209	0.247
Hoog opgeleid		
Ziektenfonds verzekerd	0.482	0.394
Particulier verzekerd	-0.146	0.406
Ambtenarenverzekering		
Leeftijd	0.027***	0.007
R <sup>2</sup> van Nagelkerke	0.052	

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01

Tabel 8: Regressieanalyse met kwaliteit van de ingekochte zorg als afhankelijke variabele

In tabel 8 is te zien dat de kans groter is dat mensen woonachtig in het Noorden, mensen met een slechte gezondheid en ouderen kwaliteit van de ingekochte zorg een reden vinden om voor een bepaalde zorgverzekeraar te kiezen.



	Regressiecoëfficiënt	Standaardfout
Constante	-1.846	0.363
Man	-0.420***	0.138
Woont in één van de drie grote steden	0.394**	0.197
Woont in het Westen	-0.120	0.187
Woont in het Noorden	-0.416	0.266
Woont in het Oosten	0.096	0.198
Woont in het Zuiden		
Slechte gezondheid	0.023	0.225
Goede gezondheid	0.053	0.159
Zeer goede gezondheid		
Laag opgeleid	-0.544***	0.178
Middelbaar opgeleid	-0.208	0.162
Hoog opgeleid		
Ziekenfonds verzekerd	-0.488**	0.236
Particulier verzekerd	-0.583**	0.237
Ambtenarenverzekering		
Leeftijd	0.016***	0.005
R <sup>2</sup> van Nagelkerke	0.038	

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01

Tabel 9: Regressieanalyse met keuzevrijheid als afhankelijke variabele

Tabel 9 geeft weer dat vrouwen, mensen woonachtig in één van de drie grote steden en ouderen een grotere kans hebben dat zij keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders een reden vinden om voor een zorgverzekeraar te kiezen. Deze kans is juist kleiner voor laag opgeleiden en voormalig ziekenfonds en particulier verzekerden.



### 5.6.2 Invloed onafhankelijke variabelen op aantal kwaliteitsaspecten.

In de hiervoor beschreven regressieanalyse werd getoetst welke onafhankelijke variabelen gezamenlijk van invloed zijn op het noemen van de verschillende kwaliteitsaspecten als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen.

Omdat in deze scriptie centraal staat wat de rol is van kwaliteit bij de keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar worden in deze regressieanalyse de kwaliteitsaspecten samengevoegd tot één variabele om te toetsen wat de invloed is van de verschillende demografische kenmerken op het noemen van één of meerdere kwaliteitsaspecten als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Er is gekozen voor een ordinale regressieanalyse vanwege het ordinale karakter van de onafhankelijke variabele.

	Regressiecoëfficiënt	Standaardfout
Constante	-1.537	0.265
Man	0.106	0.093
Woont in één van de drie grote steden	0.143	0.144
Woont in het Westen	-0.125	0.126
Woont in het Noorden	-0.145	0.161
Woont in het Oosten	0.066	0.136
Woont in het Zuiden		
Slechte gezondheid	0.323**	0.154
Goede gezondheid	0.342***	0.108
Zeer goede gezondheid		
Laag opgeleid	0.325***	0.119
Middelbaar opgeleid	0.174	0.114
Hoog opgeleid		
Ziekenfonds verzekerd	-0.067	0.184
Particulier verzekerd	-0.442**	0.186
Ambtenarenverzekering		
Leeftijd	0.021***	0.003
R <sup>2</sup> van Nagelkerke	0.067	

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01

Tabel 10: Regressieanalyse met alledrie de kwaliteitsaspecten als afhankelijke variabelen.



In tabel 10 is te zien dat mensen met een slechte of goede gezondheid, laag opgeleiden en ouderen een grotere kans hebben om één of meer kwaliteitsaspecten als reden te noemen om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Deze kans is juist kleiner voor voormalig particulier verzekerden.





## 6

# Conclusie en Discussie

## 6.1 Inleiding

In de twee voorgaande hoofdstukken zijn de onderzoeksvragen van deze scriptie aan de orde gekomen. In dit hoofdstuk zal een terugkoppeling gemaakt worden naar deze vragen om vervolgens de probleemstelling te kunnen beantwoorden. Verder wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de rol van deze scriptie voor toekomstig onderzoek en worden eventuele discussiepunten besproken.

## 6.2 Deelvragen

6.2.1 Wat is het belang van informatie over kwaliteit bij de keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar?

Met de komst van de nieuwe Zorgverzekeringswet is het de bedoeling dat consumenten een geïnformeerde keuze maken ten aanzien van hun zorgverzekeraar. In het verleden werd weinig van zorgverzekeraar gewisseld en als er gewisseld werd had de reden vaak met de hoogte van de premie te maken. Om consumenten een geïnformeerde keuze te kunnen laten maken is het van belang dat zij informatie krijgen aangereikt over de kwaliteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zonder deze informatie is het voor consumenten niet mogelijk verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar te vergelijken.

In Amerika worden consumenten geïnformeerd door middel van report cards. Hierin worden zorgverzekeraars met elkaar vergeleken op verschillende punten en worden de prestaties door middel van cijfers of symbolen gepresenteerd. Consumenten kunnen op basis van de informatie die wordt weergegeven in de report cards een weloverwogen keuze maken ten aanzien van zorgverzekeraars.

In Nederland is men nog niet zo ver als in Amerika, maar toch komt het idee van report cards al wel op gang. Consumenten kunnen op de website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) veel informatie vinden over



zorgverzekeraars in Nederland. Ook de consumentenbond draagt bij aan de informatievoorziening ten aanzien van zorgverzekeraars.

### 6.2.2 welke rol spelen de kwaliteitsaspecten bij de keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar en wat is de invloed van de demografische kenmerken op die keuze.

De overige deelvragen zijn door middel van statistische analyses getoetst. De uitkomsten kunnen als volgt worden samengevat:

De Chi-kwadraattoets heeft uitgewezen dat er tussen de demografische factoren en de kwaliteitsaspecten niet altijd een significant verband is. Er zijn echter wel een aantal significante verbanden gevonden tussen de demografische kenmerken en de kwaliteitsaspecten:

Zo is zowel bij de Chi-kwadraat toets als in Regressieanalyse gebleken dat ouderen relatief vaker dan jongeren en jongere ouderen de drie kwaliteitsaspecten noemen als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen.

Laag opgeleiden noemen service relatief vaker dan middelbaar en hoog opgeleiden als reden om voor de zorgverzekeraar te kiezen. Voor het kwaliteitsaspect keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders blijkt juist dat hoog opgeleiden dit vaker als reden noemen dan laag opgeleiden.

Op basis van de beschrijvende analyse blijkt dat voormalig Ziekenfonds en Ambtenaar verzekerden relatief vaker dan Particulier verzekerden aangeven dat service een reden is geweest om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Ook op basis van de regressieanalyse kan geconcludeerd worden dat voormalig Particulier verzekerden service minder vaak als reden noemen dan voormalig Ziekenfonds en Ambtenaar verzekerden.

Ziekenfondsverzekerden noemen volgens beide methoden kwaliteit van de ingekochte zorg vaker als reden dan Particulier verzekerden. Ambtenaar verzekerden noemen relatief vaker dan Ziekenfonds en Particulier verzekerden keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieder als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen.

Mensen met een slecht/matige gezondheid noemen alle drie de kwaliteitsaspecten vaker als reden dan mensen met een goede of uitstekende gezondheid. Echter zijn deze verschillen niet altijd significant. In de Regressieanalyse zijn ook geslacht en regio meegenomen. Mannen noemen service vaker dan vrouwen als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders wordt door mannen minder vaak als reden genoemd.



Wat betreft regio blijken mensen die in het Noorden wonen kwaliteit van de ingekochte zorg vaker dan de andere regio's als reden te noemen en voor mensen die in één van de drie grote steden wonen geldt dit bij het kwaliteitsaspect keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders.

### **6.3 Probleemstelling**

De volgende probleemstelling stond centraal in dit onderzoek:

Welke rol speelt kwaliteit voor verzekerden bij de keuze voor een zorgverzekeraar?

In het verleden is gebleken dat consumenten vooral vanwege premietechnische redenen voor een bepaalde zorgverzekeraar kozen. Door een gebrek aan informatie over kwaliteit waren consumenten niet in staat om zorgverzekeraars te vergelijken op verschillende kwaliteitsaspecten.

De afgelopen jaren is er veel gedaan aan de ontwikkeling van consumenteninformatie over kwaliteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders omdat met de komst van de nieuwe Zorgverzekeringswet wordt beoogd dat consumenten een geïnformeerde keuze gaan maken ten aanzien van zorgverzekeraars en dat zij zorgverzekeraars beoordelen op kwaliteit en doelmatigheid.

Uit de statistische analyses is gebleken dat premie nog steeds de belangrijkste reden is voor consumenten om voor een zorgverzekeraar te kiezen. Het is echter niet meer de enige reden tegenwoordig. Ook bekendheid met de zorgverzekeraar, service van de zorgverzekeraar en de dekking van de aanvullende verzekering(en) worden veelvuldig genoemd als reden om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet is de mogelijkheid tot deelname aan collectiviteit ook een belangrijke reden geworden. Het percentage respondenten dat keuzevrijheid en inspanningen van de verzekeraar met betrekking tot het leveren van zorg als reden heeft genoemd is echter een stuk lager dan de hiervoor genoemde aspecten.



## 6.4 Discussie

In het Theoretisch Kader is naar voren gekomen dat in de literatuur nauwelijks iets te vinden is over de relatie tussen demografische kenmerken en de rol die kwaliteit speelt bij verschillende keuzeprocessen van consumenten. Voor verschillende demografische kenmerken kon het verband twee kanten op gaan.

Uit de resultaten van de statistische analyses is gebleken dat alleen voor de demografische kenmerken leeftijd en gezondheid een eenduidig verband is aangetoond. Voor leeftijd geldt dat de rol van kwaliteit bij de keuze voor een zorgverzekeraar is voor ouderen relatief groter dan voor jongeren. Verzekerden met een slechtere gezondheid hebben relatief vaker dan zeer gezonde verzekerden kwaliteitsaspecten genoemd. Alleen de relatie tussen gezondheid en keuzevrijheid is niet significant.

Voor de overige demografische kenmerken kan deze conclusie niet getrokken worden. Je zou kunnen verwachten dat de invloed van demografische kenmerken op alledrie de kwaliteitsaspecten hetzelfde is. Het verband tussen opleidingsniveau en de rol van kwaliteit is echter niet eenduidig. Er is aangetoond dat laag opgeleiden service relatief vaker als reden hebben genoemd om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen dan middelbaar en hoog opgeleiden. Wat betreft keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders is het verband juist omgedraaid: Hoog opgeleiden geven vaker dan laag en middelbaar opgeleiden aan dat keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieder een reden was om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat informatie ten aanzien van de kwaliteit van zorgaanbieders moeilijker te begrijpen is dan informatie met betrekking tot service van zorgverzekeraars.

Ook wat betreft de voormalige verzekeringsvorm is de relatie met de rol van kwaliteit niet eenduidig. Voormalig ziekenfondsverzekerden geven vaker dan particulier verzekerden aan dat service en inspanningen van de zorgverzekeraar met betrekking tot het regelen van zorg een reden is geweest om voor de huidige zorgverzekeraar te kiezen. Het kwaliteitsaspect keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders wordt juist vaker genoemd door voormalig particulier verzekerden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ziekenfondsverzekerden voorheen door hun ziekenfondsen werden gestuurd naar zorgaanbieders en dat particulier verzekerden altijd al vrij waren in het kiezen van zorgaanbieders.

## 6.4 Relevantie voor de praktijk

De doelstelling van deze scriptie was inzicht krijgen in de rol die kwaliteit speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar en onderzoeken wat de invloed van demografische kenmerken hierop is.



Met deze scriptie is inzichtelijk gemaakt welke rol kwaliteit speelt bij consumenten en ook of demografische kenmerken hierop van invloed zijn.

Bepaalde kwaliteitsaspecten, zoals keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders en de inspanningen van de zorgverzekeraar met betrekking tot het regelen van zorg, zijn nog niet voldoende van belang voor consumenten naar mijn idee. Door de informatievoorziening verder te ontwikkelen zullen ook deze twee kwaliteitsaspecten een grote rol kunnen gaan spelen voor consumenten bij de keuze voor een zorgverzekeraars.

Deze scriptie kan gebruikt worden om te zien op welke aspecten meer aandacht moet worden gericht zodat consumenten in de toekomst een goede geïnformeerde keuze kunnen maken ten aanzien van zorgverzekeraars.



## 7

### Literatuurlijst

Beaulieu, N.D. 2002. *Quality information and consumer health plan choices*. (Samenvatting) [Internet] NCBI, 21-01-2002 [aangehaald 16-11-2006]. bereikbaar op [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=11845925&dopt=Citation](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11845925&dopt=Citation)

Bettman. 1979. *An information processing theory of consumer choice*. Addison-Wesley: Reading, Mass.

Bruijn, de, D. 2004. *Met kennis kiezen: een onderzoek naar het gebruik van informatie over zorgverzekeraars*. Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Cardol, M.,L. van Dijk, J.D. de Jong. 2004. *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM.

(CBS) 2007. *Gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking*. [Internet] CBS [aangehaald 06-06-2007] bereikbaar op [http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=7068gi&D1=a&D2=\(1-11\)-1&DM=SLNL&LA=nl&TT=2](http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=7068gi&D1=a&D2=(1-11)-1&DM=SLNL&LA=nl&TT=2)

(CBS) 2007. *Onverzekerden tegen ziektekosten; 1995-2005*. [Internet] CBS [aangehaald 16-05-2007]. bereikbaar op <http://statline.cbs.nl/statweb/table.asp?pa=7407&D1=0-4&TT=2>

(CBS) 2007. *Beroepsbevolking; naar geslacht*. [Internet] CBS [aangehaald 16-05-2007]. bereikbaar op <http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?PA=37940&D1=0&D2=16-25&D3=0&D4=10&DM=SLNL&LA=nl&TT=2&HDR=T,G2&STB=G1,G3&LYR=>

(CBS) 2007. *Bevolking; kerncijfers*. [Internet] CBS [aangehaald op 12-05-2007] bereikbaar op: [http://statline.cbs.nl/StatWeb/Table.asp?STB=T&LA=nl&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,\(1-1\)-1&HDR=G1](http://statline.cbs.nl/StatWeb/Table.asp?STB=T&LA=nl&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,(1-1)-1&HDR=G1)



(Consumentenbond) 2007. *Zorgverzekering*. [Internet] Consumentenbond [aangehaald 18-05-2007] bereikbaar op [http://www.consumentenbond.nl/test/geld\\_verzekering/verzekeringen/zorgverzekering/onze\\_test/wat\\_is\\_e\\_en\\_zorgverzekering/](http://www.consumentenbond.nl/test/geld_verzekering/verzekeringen/zorgverzekering/onze_test/wat_is_e_en_zorgverzekering/)

Delnoij, D., G. ten Asbroek, A. Onyebuchi. 2006. *Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en de zorgverzekering? Eerste landelijke resultaten van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire* [Internet] AMC & Nivel [aangehaald 16-11-2006] bereikbaar op <http://www.nivel.nl/pdf/Wat%20vinden%20Nederlanders%20van%20de%20gezondheidszorg%20en%20de%20zorgverzekering.pdf>

Delnoij, D & E. van der Schee. 2006. *Collectief aanbod nodigt uit tot wisselen van zorgverzekeraar*. [Internet] Nivel [aangehaald 20-06-2007] bereikbaar op <http://www.nivel.nl/pdf/copa-factsheet-collectieven-juni2006.pdf>

Goudriaan, G. 2006. *De verzorging van morgen*. Utrecht: AVVV.

Harris-Kojetin, L.D., L.A. McCormack, E.F. Jaël, e.a. 2001. 'Development and Testing of Consumer/Purchaser Reports'. *Health Services Research* 36:3 (July 2001): 447-476

Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie. 1998. *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom. Hoofdstuk 1: 15-35

Hendriks, M., D. Delnoij, S. van der Meulen-Arts. 2005. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: Consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl*. Nivel.

Hermans, H.E.G.M. 2005. *Tekst en toelichting Zorgverzekeringswet editie 2005/2006*. Den Haag: Sdu uitgevers.

Hibbard, J.H. & J.J. Jewett. 1997. 'Will Quality Report Cards Help Consumers?' *Health Affairs* Volume 16, number 3: 218-228



Hibbard, J.H., P. Slovic & J.J. Jewett. 1997. 'Informing Consumer Decisions in Health Care: Implications from Decision-Making Research'. *The Milkbank Quarterly* Vol. 75 No. 3: 395-414

Hibbard, J.H., L. Harris-Kojetin, P. Mullin, e.a. 2000. Increasing The Impact Of Health Plan Report Cards By Addressing Consumers' Concerns. *Health Affairs* Volume 19, number 5: 138-143

Hibbard, J.H., P. Slovic, E. Peters, e.a. 2002. Strategies for Reporting Health Plan Performance Information to Consumers: Evidence from Controlled Studies. *Health Services Research*. 37(2): 291-313.

Hibbard, J.H. 2003. Engaging Health Care Consumers to improve the Quality of Care. *Medical Care*. Volume 41, number 1. Lippincot williams & Wilkins, Inc: 61-70.

(Hogeschool van Amsterdam) *Kwantitatief onderzoek*. [Internet] Hogeschool van Amsterdam [aangehaald 7-11-2006] bereikbaar op <http://www.onderzoek.hva.nl/article-1018.114.html>

Huijzinger, E. 2004. *SPSS 12.0 voor Windows en Data Entry*. Den Haag: Academic Service.

(Independer) *Zorgverzekeringen*. [Internet] Independer [aangehaald 18-05-2007] bereikbaar op <http://www.independer.nl/gezondheidszorg/VVZorgverzekeringen.aspx>

Janssen, R. 2005. *Zorgverzekering en gemeentelijk minimabeleid: De mogelijkheden van een collectieve zorgverzekering voor huishoudens met een laag inkomen*. Utrecht: Stichting CliP.

Kirkwood, B.R. & J.A.C. Sterne. 2003. *Medical Statistics*. Oxford: Blackwell Science Ltd. [1988]

Lapr e, R., F. Rutten, E. Schut. 2001. *Algemene Economie van de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg Maarssen.

Laske-Aldershof, T. 2007. *College Zorgverzekeringen & Zorgstelsel: Keuzegedrag & consumenteninformatie in het zorgstelsel*. Rotterdam 01-03-2007.





(Ministerie van VWS) 2005. *Bent u ziekenfonds of particulier?* [Internet] Ministerie van VWS [aangehaald 20-10-2006] bereikbaar op <http://www.denieuwezorgverzekering.nl/NR/rdonlyres/0C163430-D1C3-4C01-AAFB-2456E26DC419/0/hahbrochuregrooterratum3verwerkt.pdf>

(Ministerie van VWS) 2006. *Zorgverzekering*. [Internet] Ministerie van VWS. [aangehaald 26-10-2006] bereikbaar op: <http://www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/>

(NCQA) 2007. *About NCQA*. [Internet] NCQA [aangehaald 21-05-2007] bereikbaar op <http://web.ncqa.org/tabid/65/Default.aspx>

(Office of the Patient Advocate) 2006. *Healthcare Quality Report Card. Ratings California's HMO's and Medical Groups*. [Internet] Office of the Patient Advocate [aangehaald 21-05-2007] bereikbaar op [http://www.opa.ca.gov/report\\_card/index.aspx](http://www.opa.ca.gov/report_card/index.aspx)

(ONVZ Zorgverzekeraar) 2006. *Begrippenlijst*. [Internet] ONVZ Zorgverzekeraar [aangehaald 27-10-2006] bereikbaar op <http://www.onvz.nl/zorg.htm?id=1585>

Ploeg, van der F. 2004. 'Nieuw zorgstelsel veroorzaakt explosie premies en ondermijnt solidariteit'. *ESB* 26-11-2004.

(RIVM) 2006. *Overzicht zorgverzekeraars*. [Internet] RIVM [aangehaald 26-10-2006] bereikbaar op <http://www.kiesbeter.nl/Zorgverzekeringen/Page/General/InsurerDetail.aspx>

(RIVM) 2006. *Hoe staat het met de keuzevrijheid in de toegang tot de zorg? Stand van zaken .Keuze voor persoonsgebonden budget en ziektekostenverzekering* [Internet] RIVM, 24-05-2006 [aangehaald 20-04-2006] bereikbaar op [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o5051n26742.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5051n26742.html)

RVZ. 1998. *Prikkels tot doelmatigheid*. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer, april 1998.

RVZ. 2003. *Van patiënt tot klant*. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer 2003.



Scanlon, D.P., M. Chernew, C. McLaughlin e.a. 2000. *The Impact of Health Plan Report Cards on Managed Care Enrollment*. The University of Michigan

Schut, E. 2003. *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de Gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam. Rede, in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgbeleid en economie van de gezondheidszorg aan de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam, vanwege de Vereniging Trustfonds EUR, op vrijdag 9 mei 2003

Schut, F.T. 2006. *Indicatoren functioneren zorgmarkt: Onderzoeksrapport voor het RIVM in het kader van het project Zorgbalans*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Straetmans, G. 2004. *Teksten financiering en planning gezondheidszorg editie 2004/2005*. Sdu uitgevers Den Haag.

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

Werner, M. & D.A. Asch. 2005. 'The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information'. *JAMA* 2005, 293: 1239-1244

