

Vertrouwen in verzekeraar

BELANGRIJK VOOR ACCEPTATIE SELECTIEF CONTRACTEREN

Selectief contracteren is voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument. Het idee is dat zij daarmee kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het beheersen van de kosten hiervan. Dit instrument wordt echter door verzekerden vaak niet geaccepteerd. In dit artikel (eerder verschenen in het Engels¹⁾) wordt onderzocht welke rol het vertrouwen in de zorgverzekeraar speelt in de acceptatie van selectief contracteren.

R.E. Bes, E.C. Curfs, P.P. Groenewegen, J.D. de Jong

Binnen ons zorgstelsel is een belangrijke rol weggelegd voor de zorgverzekeraars. Het is namelijk de bedoeling dat zij voor hun verzekerden op een zorgvuldige manier zorg inkopen bij zorgaanbieders waarbij zij letten op de kwaliteit en de prijs van de zorg. Het idee is dat als zij dit goed doen, ze verzekerden kunnen aantrekken, want zij mogen ieder jaar van zorgverzekeraar wisselen. Zorgverzekeraars mogen selectief contracteren. Dit betekent dat zij niet alle zorgaanbieders contracteren en dat zij de zorgaanbieders waar ze geen contract mee hebben niet volledig hoeven te vergoeden. Als zorgverzekeraars selectief contracteren is het voor hen belangrijk dat zij hun verzekerden naar de gecontracteerde zorgaanbieders sturen [1, 2]. Dit zorgt voor concurrentie tussen zorgaanbieders. Deze concurrentie zou moeten leiden tot een betere prijs/kwaliteit verhouding in de zorg. Op dit moment wordt het sturen voornamelijk gedaan door middel van een financiële prikkel. Als een patiënt naar een zorgaanbieder gaat die niet gecontracteerd is moet de patiënt een deel van de kosten zelf betalen.

Selectief contracteren wordt steeds meer toegepast door zorgverzekeraars, maar naast polissen met selectief gecontracteerde zorg bieden zij ook zorgverzekeringen aan waarin (vrijwel) alle zorgaanbieders zijn gecontracteerd. De reden hiervoor is dat zorgverzekeraars bang zijn dat verzekerden selectief contracteren niet zullen accepteren en zullen wisselen van zorgverzekeraar. Ze verwachten dat verzekerden er niet op zullen vertrouwen dat hun zorgverzekeraar het beste met hen voor heeft bij het contracteren van zorg [3]. De rol van vertrouwen bij de acceptatie van selectief contracteren wordt ook in ander onder-

zoek genoemd [4]. Empirisch bewijs is er echter niet. Zo is bijvoorbeeld niet bekend of mensen die meer vertrouwen hebben in hun zorgverzekeraar selectief contracteren vaker accepteren. Of is, meer specifiek, het vertrouwen in het zorginkoopbeleid belangrijker bij deze acceptatie? En zijn er verschillen tussen groepen mensen? Onderzoek uit de VS laat zien dat jongere en gezondere mensen vaker kiezen voor een selectief gecontracteerde polis dan oudere en ongezondere mensen [5]. De reden hiervoor kan zijn dat jongere en gezondere mensen minder zorg gebruiken en zich daarom minder zorgen maken over hun keuzevrijheid. Daarnaast is het te verwachten dat mensen die regelmatig zorg gebruiken een band hebben opgebouwd met hun zorgaanbieder(s) en dat zij bang zijn te moeten wisselen van zorgaanbieder wanneer zij kiezen voor een selectief gecontracteerde zorgpolis. Verder is het mogelijk dat de relatie tussen vertrouwen en de acceptatie van selectief contracteren anders is voor verschillende groepen. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat ongezondere mensen en ouderen, die meer risico lopen om op korte termijn zorg nodig te hebben, meer vertrouwen in de zorgverzekeraar nodig hebben om selectief contracteren te accepteren.

Het doel van dit artikel is om te onderzoeken wat de rol van vertrouwen is in de acceptatie van selectief contracteren door verzekerden. Daarnaast wordt onderzocht in hoeverre persoonskenmerken (leeftijd, geslacht en ervaren gezondheid) van verzekerden hier een rol in spelen en of de relatie tussen vertrouwen en de acceptatie van selectief contracteren anders is voor verschillende groepen.

Methode

In 2010 is via e-mail een vragenlijst verstuurd naar leden van het Verzekerdenpanel. Het Verzekerdenpanel is een accesspanel dat in 2006 is opgezet door NIVEL en zorgverzekeraar coöperatie VGZ (cVGZ). De leden van het panel zijn allen 18 jaar en ouder en verzekerd bij labels die vallen onder cVGZ, namelijk Univé, VGZ, IZA, IZZ, ZEKUR en Bewuzt. De vragenlijst is naar 6732 panelleden verstuurd. In totaal hebben 4422 respondenten de vragenlijst ingevuld (66%).

Meetinstrumenten

De afhankelijke variabele is acceptatie van selectief contracteren. De respondenten kregen eerst een uitleg te lezen over wat selectief contracteren is en wat voor gevolgen dit heeft voor hen, zoals het zelf moeten betalen van een deel van de kosten wanneer zij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bezoeken. Hier werd ook bij vermeld dat zorgverzekeraars de zorgaanbieders selecteren op basis van prijs en kwaliteit². Daarna werden respondenten in vijf stellingen gevraagd in hoeverre zij het ermee eens zijn dat hun zorgverzekeraar alleen bepaalde ziekenhuizen, huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen en apotheken zal contracteren. De antwoorden zijn samengevoegd tot één variabele door het gemiddelde over de stellingen te berekenen³.

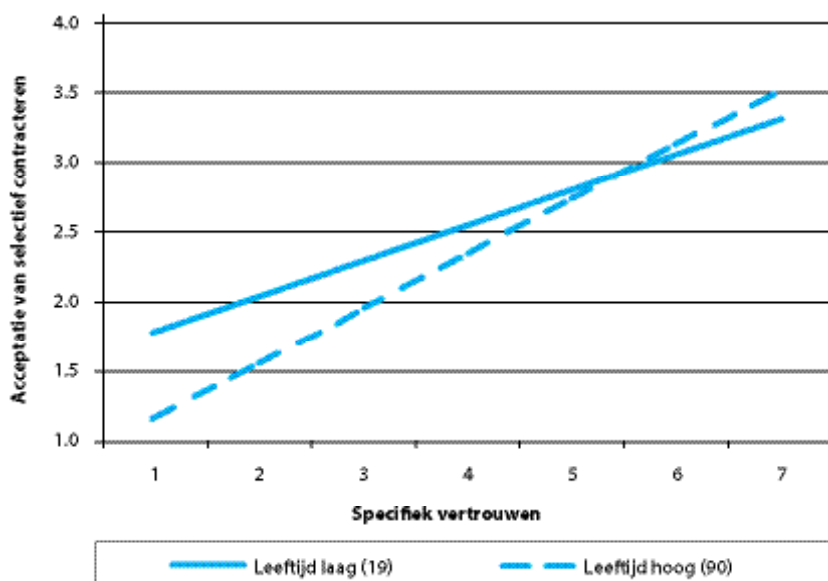
De onafhankelijke variabelen zijn vertrouwen in de zorgverzekeraar in het algemeen, vertrouwen in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar (specifiek vertrouwen) en de persoonskenmerken leeftijd, geslacht en ervaren gezondheid. Algemeen vertrouwen in de zorgverzekeraar is gemeten met een gevalideerde schaal [6]. Om specifiek vertrouwen te meten zijn de respondenten gevraagd om aan te geven in hoeverre ze het eens waren met drie stellingen³. Voor beide schalen is het gemiddelde over de verschillende stellingen berekend om er één variabele van te maken. De achtergrondvariabelen van de panelleden zoals leeftijd, geslacht en ervaren gezondheid zijn al bekend.

Analyse

De resultaten zijn geanalyseerd met een regressie analyse. Omdat er ook is gekeken naar interactie effecten zijn de variabelen eerst gecentreerd alvorens ze in het regressiemodel werden opgenomen. Dit maakt de interpretatie gemakkelijker en voorkomt multicollineariteit. De variabele leeftijd is gecentreerd rond het gemiddelde (56) en de variabelen algemeen vertrouwen, specifiek vertrouwen en acceptatie van selectief contracteren zijn gecentreerd rond de score voor neutraal (4). Interactie effecten die niet significant ($p > 0,05$) waren, zijn uit het model verwijderd om interpretatie van de overige effecten te vereenvoudigen.

Resultaten

In Tabel 1 zijn de gegevens van de respondenten weergegeven. De groep bevat relatief veel mannen en is gemiddeld iets ouder vergeleken met de gemiddelde Nederlandse bevolking. Vertrouwen in het algemeen en specifiek ver-



Figuur 1: Associatie tussen specifiek vertrouwen en acceptatie van selectief contracteren voor mensen met de laagste leeftijd (19) en voor mensen met de hoogste leeftijd (90)^a

^a Wanneer algemeen vertrouwen neutraal is, geslacht is man en ervaren gezondheid is goed.

trouwen in de zorgverzekeraar zijn beide gemiddeld 4,7 op een schaal van 1 tot 7. De acceptatie van selectief contracteren ligt vrij laag, met 2,7 op een schaal van 1 tot 7.

In Tabel 2 is het regressiemodel weergegeven. Hier is te zien dat algemeen vertrouwen en specifiek vertrouwen in het zorginkoopbeleid beide een rol spelen in de acceptatie van selectief contracteren. Hoe hoger het vertrouwen van verzekerden, hoe meer zij selectief contrac-

Alleen het verhogen van het vertrouwen in de zorgverzekeraar is niet voldoende

teren accepteren. Het effect van specifiek vertrouwen in het zorginkoopbeleid is sterker dan het effect van algemeen vertrouwen. Verder is te zien dat mensen met een betere ervaren gezondheid selectief contracteren vaker accepteren. Mannen accepteren selectief contracteren vaker dan vrouwen. Leeftijd heeft geen direct effect op de acceptatie van selectief contracteren.

Alleen de interactie tussen specifiek vertrouwen in het zorginkoopbeleid en leeftijd is significant en daarom is deze in het model gebleven. De resultaten laten zien dat het effect van specifiek vertrouwen op de acceptatie van selectief contracteren anders is voor jongeren dan voor ouderen. In Figuur 1 (hierboven) is dit verschil zichtbaar gemaakt. Hier is te zien dat in alle gevallen een hoger vertrouwen zorgt voor meer acceptatie, maar dat de lijn steiler

Variabelen	Percentage / gemiddelde	N
Vrouw	44,4%	4422
Leeftijd (SD)	55,6 (14,6)	4421
Ervaren gezondheid ^a	3,31	4396
Algemeen vertrouwen (SD) ^b	4,71 (0,87)	4422
Specifiek vertrouwen in zorginkoopbeleid (SD) ^b	4,72 (1,48)	4422
Acceptatie van selectief contracteren (SD) ^b	2,69 (1,43)	4422

^a Gemeten op een 5-puntsschaal van slecht (1) tot uitstekend (5)

^b Stellingen zijn gemeten op een 7-puntsschaal van helemaal oneens (1) tot helemaal eens (7).

Tabel 1: Achtergrondgegevens van de respondenten (N=4422)

loopt voor oudere mensen vergeleken met jongere mensen. Dit betekent dat de associatie tussen specifiek vertrouwen en acceptatie sterker is voor ouderen dan voor jongeren. De associatie tussen specifiek vertrouwen en acceptatie is significant voor alle leeftijden ($p < 0,001$).

Het significante interactie effect betekent ook dat de relatie tussen leeftijd en acceptatie van selectief contracteren anders is voor verschillende waarden van specifiek vertrouwen. De relatie tussen leeftijd en acceptatie is niet significant bij de hoogste score van vertrouwen maar bij de laagste score van vertrouwen wel ($p < 0,05$; coef. = -0,009). Dit betekent dat bij laag vertrouwen jongeren selectief contracteren vaker accepteren dan ouderen.

Discussie

Dit onderzoek laat zien dat vertrouwen in de zorgverzekeraar en vooral vertrouwen in het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar een belangrijke rol spelen in de acceptatie van selectief contracteren. Daarnaast spelen geslacht, leeftijd en ervaren gezondheid ook een rol in de acceptatie van selectief contracteren, waarbij mannen, jongeren (wanneer vertrouwen laag is) en gezondere mensen selectief contracteren vaker accepteren.

In de praktijk betekenen de resultaten van dit onderzoek dat het belangrijk is dat verzekerden hun zorgverzekeraar vertrouwen wanneer zij selectief contracteren willen implementeren. Het is bekend dat zorgverzekeraars lager scoren op vertrouwen vergeleken met bijvoorbeeld zorgaanbieders [7]. Er zijn verschillende manieren waarop het vertrouwen in zorgverzekeraars kan toenemen, bijvoorbeeld door de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren [8]. Dit gaat echter vooral over algemeen vertrouwen en niet specifiek over het vertrouwen in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Onderzoek uit de VS laat zien dat verzekerden de motieven

van een zorgverzekeraar die selectief contracteert niet vertrouwen. Ze denken dat zorgverzekeraars meer geïnteresseerd zijn in geld verdienen dan in het selecteren van zorgaanbieders van goede kwaliteit. Daarnaast is het ook heel belangrijk dat de verzekerden kennis hebben over wat de zorgverzekeraar doet en waarom [9]. Het zou kunnen dat verzekerden meer vertrouwen krijgen in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar, als zorgverzekeraars hen overtuigen van hun goede bedoelingen bij het inkopen van zorg. Boonen en Schut schrijven dat het gebrek aan vertrouwen in zorgverzekeraars opgelost kan worden door het beschikbaar maken van objectieve informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders [3]. Deze informatie kan zorgverzekeraars helpen bij het inkopen van zorg op basis van kwaliteit. Daarnaast is het een objectieve bron van informatie voor verzekerden. Echter, uit dit onderzoek blijkt dat zelfs als vertrouwen hoog is, de acceptatie van selectief contracteren nog steeds laag is. Daarom zal alleen het verhogen van vertrouwen in zorgverzekeraars niet genoeg zijn om de acceptatie van selectief contracteren te verhogen. Er is meer onderzoek nodig om te achterhalen welke factoren de acceptatie van selectief contracteren verder beïnvloeden. Eén van deze factoren zou de prijs kunnen zijn. Selectief gecontracteerde zorgverzekeringen zijn vaak goedkoper. Dit kan de acceptatie ervan positief beïnvloeden. Recent hebben wij de keuze voor een type zorgverzekering onderzocht en daaruit bleek dat 37% van de mensen bereid is om een selectief gecontracteerde polis te kiezen als deze 20 euro goedkoper is dan de niet selectief gecontracteerde polis (en als de reistijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gelijk is) [10]. Dit is een prijsverschil dat op dit moment realistisch is. Het is waarschijnlijk dat meer mensen kiezen voor een selectief gecontracteerde polis als het verschil in prijs groter is. Het is ook waarschijnlijk dat er altijd een groep zal zijn die bereid is om meer te betalen voor keuzevrijheid. Het is belangrijk om goed te monitoren of er geen ongelijkheid ontstaat op basis van inkomen. Ons onderzoek liet ook zien dat mensen met een hoger inkomen vaker voor een duurdere zorgverzekering kiezen in ruil voor een kortere reistijd [10].

Mannen, gezondere en (afhankelijk van het vertrouwen) jongere mensen accepteren selectief contracteren vaker, daarom is het waarschijnlijk dat zij ook eerder voor een dergelijke polis zullen kiezen. Dit is een probleem, omdat het voor de bedoelde werking van het zorgstelsel juist belangrijk is dat ook mensen die zorg

gebruiken een selectief gecontracteerde polis kiezen. Als alle mensen die zorg gebruiken een zorgpolis met vrije keuze hebben, zullen zorgaanbieders geen verschil merken wanneer zij wel of niet gecontracteerd zijn. Hierdoor krijgen de zorgaanbieders geen prikkel om de kwaliteit te verbeteren en de kosten laag te houden. Op deze manier worden de doelen van het zorgstelsel dat ervan uit gaat dat de kwaliteit en prijs van de zorg in Nederland verbetert door concurrentie, niet behaald.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste zijn de respondenten verzekerd bij zorgverzekeringslabels die onder één organisatie vallen. Het betreft een van de grootste zorgverzekeraars met veel verzekerden verspreid over stedelijke en landelijke gebieden. Toch is het mogelijk dat de waarden van vertrouwen in de zorgverzekeraar of mate van acceptatie van selectief contracteren verschilt van de gehele Nederlandse populatie. Dit hoeft de resultaten echter niet te beïnvloeden, omdat alle subgroepen van voldoende grootte zijn om associaties tussen de variabelen te kunnen analyseren. Ten tweede is de vragenlijst alleen online afgenomen. Dit zou bias kunnen veroorzaken, omdat mensen die geen computer of internet hebben niet mee konden doen. Dit zijn meestal ouderen [11]. In de respondentengroep zitten echter voldoende ouderen en omdat er naar associaties is gekeken verwachten we niet dat dit een significante invloed heeft op onze resultaten. Tenslotte zijn er geen gestandaardiseerde instrumenten om de acceptatie van selectief contracteren en het vertrouwen in het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar te meten. Dit onderzoek zou wel een goed beginpunt kunnen zijn voor het ontwikkelen van dergelijke instrumenten.

Conclusie

Selectief contracteren is voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument. Het idee is dat zij daarmee kunnen bijdragen aan het behalen van de doelen van het zorgstelsel, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het beheersen van de kosten hiervan. Dit onderzoek laat zien dat vertrouwen in de zorgverzekeraar een belangrijke rol speelt in de acceptatie van selectief contracteren. Daarnaast blijkt ook dat alleen het verhogen van het vertrouwen in de zorgverzekeraar niet voldoende is. Mogelijke andere factoren die een rol kunnen spelen in de acceptatie van selectief contracteren, zoals prijs of de beschikbaarheid van objectieve kwaliteitsinformatie zouden verder onderzocht moeten worden.

	Coef.	Beta
Algemeen vertrouwen	0,125	0,076**
Specifiek vertrouwen	0,324	0,335**
Ervaren gezondheid	0,048	0,029*
Leeftijd	-0,003	-0,029
Vrouw	-0,231	-0,080**
Leeftijd*specifiek vertrouwen	0,002	0,032*
Constante	2,443	
R2	0,15	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Coef.= Coëfficiënt

Beta= Gestandaardiseerde regressie coëfficiënt

Tabel 2: Regressie analyse van algemeen vertrouwen, specifiek vertrouwen, ervaren gezondheid, leeftijd en geslacht op de afhankelijke variabele acceptatie van selectief contracteren (N=4396)

Noten

1 Dit onderzoek is al eerder gepubliceerd in het Engels [12].

2 Voor de precieze tekst zie [12]

3 Voor de exacte vraagstelling en de scores op de afzonderlijke stellingen, zie [12].

Literatuur

1. **Sorensen, A.T.**, Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut. *Journal of Industrial Economics*, 2003. 51(4): p. 469-490.
2. **Varkevisser, M., N. Polman, and S.A. Van der Geest**, Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen. *Economisch Statistische Berichten*, 2006. 91(4478): p. 38-40.
3. **Boonen, L.H.H.M. and F.T. Schut**, Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Economics, Policy and Law*, 2011. 6: p. 219-235.
4. **Miller, N.H.**, Insurer-provider integration, credible commitment, and managed-care backlash. *Journal of Health Economics*, 2006. 25: p. 861-876.
5. **Hellinger, F.J. and H.S. Wong**, Selection bias in HMOs: A review of the evidence. *Medical Care Research and Review*, 2000. 57(4): p. 405-439.
6. **Hendriks, M., D.M.J. Delnoij, and P.P. Groenewegen**, Het meten van vertrouwen in de zorgverzekeraar: psychometrische eigenschappen van een Nederlandse vragenlijst. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2007. 85(5): p. 280-286.
7. **Brabers, A.E.M., M. Reitsma-van Rooijen, and J.D. de Jong**, *Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg*. 2013.
8. **Kang, G.D. and J. James**, Service quality dimensions: an examination of Grönroos's service quality model. *Managing Service Quality*, 2004. 14(4): p. 266-277.
9. **Goold, S.D.**, Trust and the ethics of health care institutions. *The Hastings Center Report*, 2001. 31(6): p. 26-33.
10. **Bes, R.E., et al.**, *Health plan choice in the Netherlands: restrictive health plans preferred by young and healthy individuals*. *Health Economics Policy and Law* (under review), 2015.
11. **Sengpiel, M. and D. Dittbener**, The Computer Literacy Scale (CLS) for older adults - development and validation. *Mensch & Computer*, 2008: p. 7-16.
12. **Bes, R.E., et al.**, Acceptance of selective contracting: the role of trust in the health insurer. *BMC Health Services Research*, 2013. 13(375): p. doi:10.1186/1472-6963-13-375.