



# Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem

Effectieve zorginkoop door zorgverzekeraars wordt bemoeilijkt door een groeiend vertrouwensprobleem bij verzekerden. Dit probleem kan alleen effectief worden verminderd door een verbetering van publiek toegankelijke informatie over kwaliteit van zorg.

**S**inds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 hebben verzekeraars een belangrijke rol als zorginkoper gekregen. Zij worden geacht, in naam van hun verzekerden, te onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van de zorg. Een cruciale conditie voor verzekeraars om effectief te kunnen onderhandelen met zorgaanbieders is dat zij verzekerden naar geselecteerde zorgaanbieders kunnen sturen. Want alleen dan moet een zorgaanbieder er serieus rekening mee houden dat een verzekeraar en zijn verzekerden niet naar de concurrent overstappen (Varkevisser *et al.*, 2006).

Zorgverzekeraars kunnen verzekerden op verschillende manieren sturen naar voorkeursaanbieders. Ten eerste kunnen verzekeraars met negatieve prikkels verzekerden ontmoedigen van andere aanbieders gebruik te maken. Zo kunnen verzekeraars

bijvoorbeeld lagere vergoedingslimieten hanteren voor niet-gecontracteerde dan voor gecontracteerde aanbieders. De meest restrictieve vorm is het bieden van geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. In de praktijk hanteren zorgverzekeraars vaak een gedeeltelijke vergoeding, van tachtig tot negentig procent, voor niet-gecontracteerde zorg (Boonen, 2009; NZa, 2009b). Daarnaast kunnen verzekeraars ook met positieve kwalitatieve prikkels het gebruik van voorkeurszorg beïnvloeden, bijvoorbeeld door met de betreffende zorgverleners afspraken te maken over korte wachttijdgaranties, service (bijvoorbeeld ruimere openingstijden) en kwaliteit. Gedurende de eerste jaren na de invoering van de Zorgverzekeringswet is het merendeel van de verzekeraars terughoudend geweest om selectief te contracteren en om verzekerden te sturen naar voorkeursaanbieders.

In 2008 heeft één verzekeraar een polis geïntroduceerd met een beperkt netwerk van aanbieders. Dit is de ZEKUR-polis van Univé waarbij verzekerden kunnen kiezen uit een door de verzekeraar geselecteerd netwerk van twaalf ziekenhuizen en een internetapotheek. Verzekerden die naar niet-gecontracteerde ziekenhuizen gaan moeten, behalve

**LIEKE BOONEN EN ERIK SCHUT**

Consultant bij Strategies in Regulated Markets en hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

als het gaat om spoedeisende zorg, twintig procent van de rekening zelf betalen met een maximum van vijfhonderd euro per jaar. In 2009 hebben ook zorgverzekeraars Agis en CZ polissen geïntroduceerd waarbij sprake is van een selectie van zorgaanbieders. Volgens de NZa (2009b) hebben de drie polissen vooralsnog een gering marktaandeel van 0,2 procent.

Een belangrijk knelpunt voor verzekeraars om daadwerkelijk selectief te gaan contracteren is dat er nog weinig betrouwbare publiek toegankelijke informatie is over de kwaliteit van zorg. Hierdoor is het voor verzekeraars moeilijk om objectief aan hun verzekerden duidelijk te maken wat het voordeel is van de geselecteerde voorkeursaanbieders (Boonen, 2009; NZa, 2009b). Dit kan leiden tot een vertrouwensprobleem. Wanneer verzekeraars de kwaliteit van het netwerk van gecontracteerde aanbieders niet duidelijk kunnen maken aan hun verzekerden, zullen restrictieve netwerken lager worden gewaardeerd dan open netwerken (Miller, 2006). Verzekerden kunnen dan immers niet beoordelen of de verzekeraar niet alleen op prijs selecteert maar ook op kwaliteit. Uit angst voor imagoschade zijn verzekeraars daarom tot op heden zeer terughoudend geweest om bepaalde zorgaanbieders niet te contracteren (NZa, 2009b). Wegens de beduchtheid bij zorgverzekeraars om de keuze van zorgaanbieders via negatieve financiële prikkels te beïnvloeden, is sinds 2009 de wettelijke mogelijkheid gecreëerd om verzekerden ook via positieve financiële prikkels te stimuleren om van geselecteerde voorkeursaanbieders gebruik te maken. Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden regelen dat wanneer verzekerden gebruikmaken van voorkeursaanbieders de kosten van zorg niet ten laste worden gebracht van het eigen risico. Omdat op die manier verzekerden worden beloofd als ze een voorkeursaanbieder bezoeken en hun geen restricties in hun keuzevrijheid wordt opgelegd, werd verwacht dat dit verzekeraars minder huiverig zou maken om verzekerden naar voorkeursaanbieders te sturen. Inderdaad blijkt dat met ingang van 2009 ongeveer de helft van alle verzekeraars, die gezamenlijk een marktaandeel van 58 procent

hebben, van deze nieuwe mogelijkheid gebruikmaakt om het keuzegedrag van verzekerden te beïnvloeden (NZa, 2009b).

## Tweezijdige markt

De zorgverzekeringsmarkt die door de invoering van de Zorgverzekeringswet is gecreëerd, kan worden getypeerd als een tweezijdige markt (Armstrong, 2006; Caillaud en Jullien, 2003). Voor dergelijke markten geldt dat de twee zijden, namelijk de vragers en aanbieders, door een intermediair bij elkaar worden gebracht. Een bekend probleem in dit soort markten is het zogenaamde kip-en-ei-probleem, dat betrekking heeft op situaties waarin het moeilijk te bepalen is wat de oorzaak en wat het gevolg is, of waar het beginpunt van een keten ligt. Dit probleem kan zich voordoen in de zorgverzekeringsmarkt, waar de zorgverzekeraar fungeert als intermediair tussen verzekerden en zorgaanbieders. Verzekeraars moeten namelijk aan de ene kant een aantrekkelijk netwerk van verzekerden aanbieden om te kunnen onderhandelen met zorgaanbieders maar hebben aan de andere kant een aantrekkelijk netwerk van aanbieders nodig om verzekerden aan te trekken. Voor zorgaanbieders is niet alleen de grootte van het netwerk van verzekerden van belang maar ook de mogelijkheid van de verzekeraar om verzekerden te sturen naar preferente aanbieders.

De aantrekkelijkheid van het netwerk van aanbieders hangt, behalve van de prijs en de locatie van de gecontracteerde aanbieders, in belangrijke mate af van de inschatting die consumenten maken van de kwaliteit van deze aanbieders (Capps *et al.*, 2003). Niet alleen zieke maar ook gezonde mensen blijken daar grote waarde aan te hechten (Van den Berg *et al.*, 2008). Omdat de waarde van het netwerk van gecontracteerde zorgaanbieders op voorhand echter moeilijk in te schatten is als objectieve betrouwbare kwaliteitsinformatie goeddeels ontbreekt, zoals in Nederland het geval is, zal de bereidheid van verzekerden om een beperking van hun keuzevrijheid te accepteren afhangen van de mate van vertrouwen die zij hebben in het contracteerbeleid van zorgverzekeraars. Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat verzekerden verzekeraars die selectief contracteren vaak wantrouwen omdat zij denken dat verzekeraars bij contracteren vooral zullen letten op de prijs en niet op de kwaliteit (Miller, 2006). Een belangrijke vraag is in hoeverre dit wantrouwen ook bestaat jegens Nederlandse zorgverzekeraars.

## Houding verzekerden

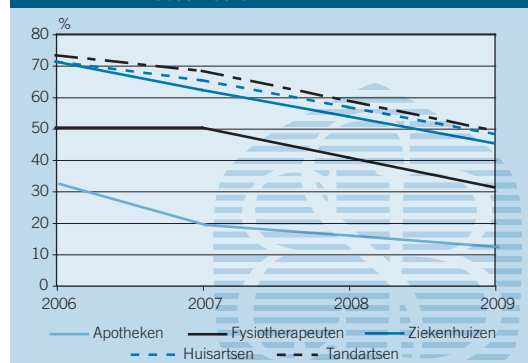
Hoe de houding van verzekerden ten opzichte van sturing door verzekeraars zich sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel heeft ontwikkeld, is onderzocht op basis van vragenlijsten onder een representatieve steekproef onder de volwassen Nederlandse bevolking. Voor de jaren 2005 en 2006 zijn gegevens van een tweetal onderzoeken beschikbaar die in opdracht van een zorgverzekeraar zijn uitgevoerd door marktonderzoeksbureau Intomart GFK, onder een eigen panel van circa tweeduizend respondenten en onder achthonderd willekeurig geselecteerde verzekerden van de betreffende verzekeraar. In de jaren 2007 en 2009 zijn in eigen onderzoek vergelijkbare vragen gesteld aan circa 2100 respondenten van het CentER-panel, met een responspercentage van ongeveer negentig procent. Van deze respondenten zijn ook diverse persoonskenmerken bekend, zoals leeftijd, geslacht, gezondheid en opleiding.

## Ervaren kwaliteitsverschillen

Allereerst is respondenten gevraagd of zij kwaliteitsverschillen ervaren tussen verschillende typen zorgaanbieders. Naar verwachting zullen verzekerden namelijk minder geneigd zijn om advies van hun verzekeraar op te volgen als zij kwaliteitsverschillen ervaren en de zorgverzekeraar deze niet inzichtelijk kan maken. De in figuur 1 weergegeven resultaten laten zien dat de meerderheid van de respondenten kwaliteitsverschillen ziet tussen huisartsen, tandartsen en ziekenhuizen. Ongeveer de helft van de respondenten ervaart kwaliteitsverschillen tussen fysiotherapeuten en een kleine minderheid tussen apotheken. Op grond hiervan is de verwachting dat de keuze voor een apotheek voor een verzekeraar het eenvoudigst en de keuze voor een huisarts of tandarts het minst eenvoudig te beïnvloeden zal zijn. Opvallend is dat het percentage respondenten dat kwaliteitsverschillen ervaart geleidelijk afneemt, terwijl de informatie over kwaliteits-

Figuur 1

Percentage van de respondenten dat een kwaliteitsverschil tussen zorgaanbieders observeert.



Bron: Boonen, 2009

SINDS 1916

verschillen tussen aanbieders in de afgelopen jaren juist is toegenomen. Dit kan erop wijzen dat de belangstelling voor kwaliteitsinformatie na invoering van het nieuwe zorgstelsel geleidelijk is gedaald of dat de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders op grond van de beschikbaar gekomen informatie minder groot zijn dan men aanvankelijk dacht.

### Gevoeligheid voor keuzeadvies zorgverzekeraar

Vervolgens is de respondenten de vraag voorgelegd of zij bereid zouden zijn advies van hun verzekeraar over de keuze voor een zorgaanbieder op te volgen. Figuur 2 laat zien dat verzekerden het meest geneigd zijn om het advies van de verzekeraar te volgen als het gaat om de keuze voor een ziekenhuis of een apotheek. Slechts een kleine minderheid blijkt echter bereid om zijn keuze voor een huis- of tandarts af te laten hangen van het advies van een zorgverzekeraar. Een plausibele verklaring hiervoor is dat verzekerden met een huisarts en tandarts vaak een langdurige persoonlijke relatie hebben terwijl de relatie met apothekers en ziekenhuizen doorgaans zakelijker en minder frequent is. Ook uit onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van keuze-experimenten blijkt dat mensen veel sterker gehecht zijn aan een eigen huisarts dan aan een eigen apotheek (Boonen, 2009). Opmerkelijk is dat de bereidheid om het keuzeadvies van zorgverzekeraars op te volgen in de eerste jaren na invoering van het nieuwe zorgstelsel fors is afgenomen. Het percentage respondenten dat bijvoorbeeld bereid was advies op te volgen over hun ziekenhuiskeuze is gedaald van vijftig procent in 2005 naar 25 procent in 2009. Verder is in 2009 nog maar ongeveer zes procent bereid om een advies over de te bezoeken huisarts op te volgen. Zorgverzekeraars lijken dus te kampen met een toenemend vertrouwensprobleem. Mogelijk heeft dit te maken met de negatieve publiciteit waarmee zorgverzekeraars sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel zijn geconfronteerd. Zo is door zowel de landelijke huisartsen- als apothekersvereniging in achtereenvolgende publiciteitscampagnes gewezen op het toenemende gevaar dat verzekeraars zich met de inhoud van de zorg gaan bemoeien, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de campagne van de apothekersvereniging eind 2007 met als motto: Slikt u alles van uw zorgverzekeraar?

### Bereidheid om te betalen voor keuzevrijheid

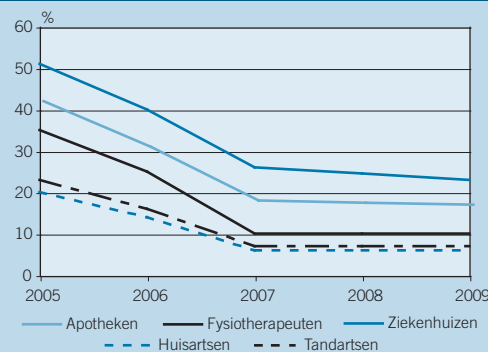
Ten slotte is respondenten gevraagd of zij bereid zouden zijn om te betalen voor vrije keuze van zorgverlener. Figuur 3 laat zien dat slechts een kleine minderheid van de respondenten, ongeveer tien tot vijftien procent, bereid is om een eigen bijdrage te betalen voor vrije apotheekkeuze. Ongeveer twintig procent van de respondenten wil betalen voor een vrije keuze voor een fysiotherapeut, terwijl maximaal een derde geld over heeft voor een vrije keuze voor een huisarts, tandarts of ziekenhuis. Opvallend is dat hoewel maar bijvoorbeeld zes procent van de respondenten bereid is om bij de keuze van een huisarts het advies van de verzekeraar te volgen, circa zeventig procent niet bereid is om voor een vrije huisartsenkeuze een financieel offer te brengen. Keuze-experimenten wijzen echter uit dat de betalingsbereid in werkelijkheid waarschijnlijk aanzienlijk groter zal zijn als een beperking van de keuzevrijheid impliceert dat zij hun eigen zorgverlener moeten opgeven (Boonen, 2009).

### Effect persoonskenmerken

Met een logistische regressie is geanalyseerd of de resultaten afhangen van persoonskenmerken zoals leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid. Hieruit blijkt dat hogeropgeleiden vaker kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders ervaren, minder geneigd zijn adviezen van verzekeraars op te volgen en meer bereid zijn om te betalen voor keuzevrijheid dan lageropgeleiden. Respondenten met een slechte gezondheid ervaren vaker kwaliteitsverschillen dan respondenten met een goede gezondheid. Zij blijken echter niet significant gevoeliger voor advies van een verzekeraar of bereidwilliger om een eigen bijdrage te betalen voor een vrije keuze voor zorgaanbieders. Ten slotte blijkt dat respondenten die kwaliteitsverschillen tussen aanbieders ervaren vaker bereid zijn om voor keuzevrijheid te betalen (Boonen, 2009).

Figuur 2

Percentage respondenten dat bereid is om een keuzeadvies van zijn zorgverzekeraar op te volgen.



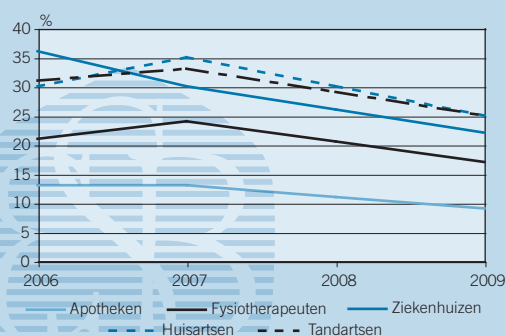
Bron: Boonen, 2009

### Effect van positieve financiële prikkels

Zorgverzekeraars kampen dus met een groeiend vertrouwensprobleem. Hierdoor dreigt hun beoogde rol op de tweezijdige zorgverzekeringmarkt niet goed tot zijn recht te komen. Wanneer verzekeraars hun verzekerden namelijk niet kunnen motiveren om van bepaalde zorgverleners gebruik te maken, kunnen zij die zorgaanbieders moeilijk motiveren om efficiënter te werken: de klanten komen immers toch wel. Een reductie van het vertrouwensprobleem is daarom van maatschappelijk belang. Om verschillende redenen valt te betwijfelen of de introductie van een positieve financiële prikkel daartoe voldoende soelaas biedt. Hoewel een positieve financiële prikkel sympathieker overkomt dan een negatieve, blijkt uit onderzoek dat mensen er ook veel minder gevoelig voor zijn (Boonen en Schut, 2007; Boonen, 2009). Om hetzelfde effect te bereiken moet een positieve prikkel daarom veel sterker zijn dan een negatieve. De omvang van de positieve financiële prikkel die verzekeraars kunnen bieden is echter tamelijk gering. Voor de meeste verzekerden bedraagt de prikkel maximaal de hoogte van het verplicht eigen risico, 155 euro per jaar, aangezien minder dan vijf procent van de verzekerden naast het verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico met een maximum van vijfhonderd euro per jaar heeft.

Figuur 3

Percentage respondenten dat bereid is om een eigen bijdrage te betalen voor een vrije keuze van zorgaanbieder.



Bron: Boonen, 2009 16

(NZa 2009b). Omdat het verplichte eigen risico betrekking heeft op alle zorgkosten, zal de maximale financiële bonus vaak nog veel lager uitvallen dan 155 euro. De kans is namelijk groot dat een verzekerde op het moment dat hij voor de keuze staat om al dan niet een voorkeursaanbieder te bezoeken het eigen risico al uitgegeven heeft aan andere zorgkosten. Bij de meeste verzekeraars kunnen de kosten van de voorkeursaanbieder dan niet meer in mindering worden gebracht van het eigen risico en is de financiële prikkel gelijk aan nul. Maar ook als het eigen risico nog niet is betaald en de kosten van een voorkeursaanbieder wel in mindering van het eigen risico kunnen worden gebracht, kan de uiteindelijke financiële bonus uitkomen op nul. Immers, wanneer de verzekerde gedurende de rest van het jaar zorgkosten maakt die onder het eigen risico vallen, moet hij alsnog dit eigen risico betalen. Volgens de NZa (2009a) was dit voor sommige zorgverzekeraars een reden om van de regeling geen gebruik te maken. Zij verwachten dat verzekerden het als negatief zullen ervaren als de belofte van een financiële bonus uiteindelijk niets blijkt voor te stellen, waardoor het imago van verzekeraars zal verslechteren. Sommige verzekeraars, zoals Univé en Achmea, hebben hier een oplossing voor gevonden door bij het gebruik van een voorkeursziekenhuis het bedrag van het eigen risico volledig te restitueren, waardoor verzekerden er zeker van zijn dat zij het financiële voordeel opstrijken. In veel gevallen biedt de huidige regeling verzekerden echter geen substantieel voordeel. Bovendien is de regeling voor verzekerden vaak moeilijk te doorgronden, temeer omdat verschillende verzekeraars ook nog eens verschillende spelregels hanteren. Uit een eigen inventarisatie van de gehanteerde spelregels blijkt dat deze zelfs bij de klantenservice van zorgverzekeraars zelf niet altijd bekend zijn.

Ten slotte zijn er ook verschillende verzekeraars die afzien van het gebruik van het eigen risico als sturingsinstrument omdat zij bang zijn dat dit het vertrouwensprobleem juist zal vergroten. Zo gaf zorgverzekeraar CZ eind april 2009 in een nieuwsbericht aan voorlopig af te zien van het belonen van verzekerden als zij naar bepaalde voorkeursziekenhuizen gaan omdat uit eigen onderzoek zou blijken dat “een financiële prikkel verzekerden achterdochtig maakt over de criteria waarop de voorkeur is gebaseerd” (CZ, 2009). Zorgverzekeraar De Friesland liet eind september via een persbericht weten het experiment met het eigen risico “in 2010 voorlopig in de ijskast te zetten en eerst onderzoek te laten doen naar de effecten.” (De Friesland, 2009). De Friesland wil voorkeursziekenhuizen selecteren op basis van kwaliteit maar vindt de beschikbare kwaliteitsinformatie nog onvoldoende om excellente zorgaanbieders aan te wijzen. Bovendien bleek volgens De Friesland uit reacties van een Friese patiëntenvereniging dat patiënten het niet in rekening brengen van het eigen risico bij gebruik van voorkeursziekenhuizen niet beschouwen als positieve

prikkel, maar eerder als een straf, waardoor het vertrouwen in de zorgverzekeraar negatief wordt beïnvloed.

Al met al is het niet waarschijnlijk dat de huidige regeling over het inzetten van het eigen risico als sturingsinstrument een substantieel effect zal hebben op de keuzebeslissing van de consument. Hiervoor is het tenminste noodzakelijk dat de vormgeving eenduidiger en transparanter wordt, dat de bonus substantieel van omvang is en dat deze gegarandeerd wordt uitgekeerd.

## Sleutelrol voor kwaliteitsinformatie

De conclusie is dat in de afgelopen jaren het wantrouwen van verzekerden jegens verzekeraars die hun keuze voor zorgverleners proberen te beïnvloeden, is toegenomen. Verzekerden blijken minder bereid om advies van hun zorgverzekeraar met betrekking tot de keuze voor een zorgaanbieder op te volgen. Het inzetten van positieve financiële prikkels die het vertrouwensprobleem zouden moeten verminderen, lijkt nog onvoldoende en volgens sommige verzekeraars zelfs averechts te werken. De kern van het probleem lijkt te liggen in het feit dat verzekerden onvoldoende objectieve en betrouwbare informatie hebben om de kwaliteit van geselecteerde voorkeursaanbieders te kunnen beoordelen.

Het belang van kwaliteitsinformatie is onderzocht door respondenten te confronteren met de vraag of zij bereid zijn een door de zorgverzekeraar geselecteerd voorkeursziekenhuis te bezoeken als dit gecontracteerd is op basis van kwaliteitsindicatoren. Hierbij hadden respondenten de keuze uit twee ziekenhuizen op gelijke afstand waarvoor de huisarts geen specifieke voorkeur had. Respondenten kregen het verplichte eigen risico terug als ze dit voorkeursziekenhuis bezochten. In dit geval, wanneer objectieve kwaliteitsinformatie aanwezig is, bleek meer dan 75 procent van de respondenten bereid om het voorkeursziekenhuis te bezoeken. Dit geeft aan dat de aanwezigheid van betrouwbare kwaliteitsinformatie voor verzekeraars van doorslaggevend belang is om de ziekenhuiskeuze van verzekerden te kunnen beïnvloeden.

De ontwikkeling van betrouwbare en begrijpelijke consumenteninformatie over de kwaliteit van de zorg, die sinds enkele jaren serieus is ingezet, lijkt dus cruciaal om het vertrouwensprobleem op te lossen en zo een effectieve zorginkoop te bevorderen.

## LITERATUUR

- Armstrong, M. (2006) *Competition in two-sided markets*. *RAND journal of economics*, 37(3), 668–691.
- Berg, B. van den, P. van Dommelen, P. Stam, T. Laske-Aldershof, T. Buchmueller en F. Schut (2008) *Preferences and choices for care and health insurance*. *Social science and medicine*, 66(12), 2448–2459.
- Boonen, L. (2009) *Consumer channeling in health care: (im)possible?* Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Boonen, L. en F. Schut (2007) *Effect van prikkels op keuze voor zorgaanbieders*. *ESB*, 91(4521), 651–653.
- Caillaud, B. en B. Jullien (2003) *Chicken and egg: competition among intermediation service providers*. *RAND journal of economics*, 34(2), 309–328.
- Capps, C., D. Dranove en M. Satterthwaite (2003) *Competition and market power in option demand markets*. *RAND journal of economics*, 34(4), 737–763.
- CZ (2009) *CZ wijst voorlopig geen voorkeursziekenhuizen aan*. [www.cz.nl/wijst-voorlopig-geen-voorkeursziekenhuizen-aan](http://www.cz.nl/wijst-voorlopig-geen-voorkeursziekenhuizen-aan).
- De Friesland (2009) *De Friesland stopt met experiment eigen risico*. [www.defriesland.nl/consumenten/over+de+friesland/DeFrieslandinhetnieuws](http://www.defriesland.nl/consumenten/over+de+friesland/DeFrieslandinhetnieuws).
- Miller, N. (2006) *Insurer-provider integration, credible commitment, and managed-care backlash*. *Journal of health economics*, 25(5), 861–76.
- NZa (2009a) *Monitor eigen risico 2008*. Utrecht: NZa.
- NZa (2009b) *Monitor zorgverzekeringmarkt 2009*. Utrecht: NZa.
- Varkevisser, M., N. Polman en S. van der Geest (2006) *Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen 'sturen'*. *ESB*, 91(4478), 38–40.