

# Selective contracting by health insurers

Citation for published version (APA):

Bes, R. E. (2018). *Selective contracting by health insurers: the perspective of enrolees*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20180118rb>

## Document status and date:

Published: 01/01/2018

## DOI:

[10.26481/dis.20180118rb](https://doi.org/10.26481/dis.20180118rb)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# Samenvatting

In een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie spelen zorgverzekeraars een belangrijke rol. Van hen wordt verwacht dat zij contracten afsluiten met een selectie van zorgaanbieders, die zij kiezen op basis van prijs en kwaliteit. Het selectief contracteren van zorgaanbieders is een prikkel voor zorgaanbieders om met elkaar te concurreren en zou dus moeten leiden tot meer betaalbare en betere kwaliteit van zorg. Hiervoor is het belangrijk dat zorgverzekeraars in staat zijn om hun verzekerden te sturen naar gecontracteerde zorgaanbieders. Op deze manier verbeteren zij hun onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgaanbieders [1, 2]. Verzekerden zijn echter heel negatief over restricties in hun keuzevrijheid. Daarom zijn zorgverzekeraars in Nederland terughoudend in het implementeren van selectief contracteren. Het doel van dit proefschrift is het identificeren van mechanismen die de acceptatie van selectief contracteren en het sturen van verzekerden naar gecontracteerde zorgaanbieders kan verklaren. De centrale onderzoeksvraag die we wilden beantwoorden is:

*Hoe kunnen we de acceptatie van selectief contracteren en het sturen van verzekerden naar gecontracteerde zorgaanbieders verklaren?*

### **Antwoorden op de onderzoeksvragen**

Er zijn verschillende onderzoeksvragen geformuleerd en beantwoord. Als eerste is een scoping review uitgevoerd om deze vraag te beantwoorden:

*Onderzoeksvraag 1:*

*Wat is bekend over selectief contracteren vanuit het perspectief van de verzekerde; wordt het gedaan en wat vinden verzekerden van de rol van de zorgverzekeraar in hun keuze voor een zorgaanbieder?*

We hebben gevonden dat selectief contracteren en het sturen van verzekerden naar gecontracteerde zorgaanbieders met name in de Verenigde Staten wordt gedaan, maar ook in andere landen, zoals Zwitserland en Israël. Er zijn verschillende manieren om verzekerden naar geprefereerde of gecontracteerde zorgaanbieders te sturen. De meest effectieve manier is met negatieve financiële prikkels, zoals eigen bijdragen of het helemaal niet vergoeden van niet gecontracteerde zorgaanbieders. Verder hebben we gevonden dat er een sterke status quo bias bestaat, dit betekent dat verzekerden heel graag bij hun huidige zorgaanbieder willen blijven, zelfs als er een beter alternatief beschikbaar is. Daarnaast hebben het type zorgaanbieder, de ernst van de aandoening en aanbevelingen van anderen

invloed op in hoeverre verzekerden gestuurd kunnen worden naar een specifieke zorgaanbieder. Verder laat de literatuur zien dat verzekerden erg negatief staan tegenover selectief contracteren en dat het toepassen hiervan kan leiden tot verminderde tevredenheid en verminderd vertrouwen in zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het is ook gebleken dat verzekerden meer tevreden zijn over hun zorgverzekering als ze deze zelf hebben gekozen. Dit leidt tot de vraag onder welke omstandigheden verzekerden zouden kiezen voor een selectief gecontracteerde zorgverzekering. Het is waarschijnlijk dat specifieke groepen meer geneigd zullen zijn om te kiezen voor een selectief gecontracteerde polis dan anderen. Bijvoorbeeld jongeren gebruiken maar weinig zorg, daardoor zouden ze meer gefocust kunnen zijn op het kiezen van de goedkoopste zorgverzekering. Omdat zorgverzekeringen met selectief gecontracteerde zorgaanbieders meestal het goedkoopst zijn, zouden jongeren dus vaker voor een dergelijke polis kiezen. De scoping review liet ook zien dat vertrouwen in de zorgverzekeraar een belangrijke rol zou kunnen spelen in de acceptatie van selectief contracteren. Vertrouwen zou negatief beïnvloed kunnen worden door selectief contracteren, maar het zou ook een voorwaarde kunnen zijn voor de acceptatie ervan. Omdat de scoping review laat zien dat verzekerden negatief staan tegenover selectief contracteren en negatieve financiële prikkels, zou het interessant kunnen zijn om te kijken naar zachte sturingsmethoden om verzekerden te sturen naar gecontracteerde of geprefereerde zorgaanbieders. De resultaten van de scoping review wijzen dus op een aantal kennis hiaten die wij zullen adresseren in dit proefschrift. Als eerste is onderzocht welke kenmerken mensen hebben die bereid zijn een restrictieve zorgverzekering te kiezen.

*Onderzoeksvraag 2:*

*Wat zijn de demografische kenmerken van mensen die bereid zijn een restrictieve zorgverzekering te kiezen en waarom zijn verschillende groepen bereid om een restrictieve zorgverzekering te kiezen of niet?*

Er zijn grofweg drie verschillende typen zorgverzekeringen te onderhouden in Nederland, een waar alle zorgaanbieders worden vergoed, een waar alleen gecontracteerde zorgaanbieders worden vergoed, maar waar de meeste zorgaanbieders gecontracteerd zijn (minimale restricties) en een waar alleen gecontracteerde zorgaanbieders worden vergoed, maar waar minder zorgaanbieders zijn gecontracteerd (aanzienlijke restricties). Wanneer verzekerden worden gevraagd te kiezen tussen deze verschillende typen zorgverzekeringen, vonden we dat gezondere en jongere verzekerden meer geneigd zijn te kiezen voor

een restrictieve zorgverzekering. Dit bevestigt de hypothese die stelt dat jongeren meer prijs sensitief zijn en daarom waarschijnlijk vaker voor een restrictieve zorgverzekering zullen kiezen. Daarnaast ondersteunen de resultaten de voorspelde mechanismen dat ouderen en ongezondere mensen minder vaak zullen kiezen voor een restrictieve zorgverzekering omdat zij meer problemen hebben met hun mobiliteit en vaker al een relatie hebben met een zorgaanbieder. Het effect van gezondheid op de bereidheid een restrictieve zorgverzekering te kiezen is afhankelijk van het inkomen. Verzekerden met een hoger inkomen kunnen zich vrije keuze veroorloven en lijken daardoor hun keuze te baseren op hun vermogen om te reizen. Verzekerden met een lager inkomen hebben deze luxe niet. De resultaten laten zien dat verzekerden die meer zorg nodig hebben minder vaak kiezen voor een restrictieve zorgverzekering. Echter, in de theorie van gereguleerde concurrentie is het heel belangrijk dat ook mensen die zorg gebruiken een restrictieve zorgverzekering kiezen, omdat het de bedoeling is dat selectief contracteren leidt tot een groter marktaandeel voor de gecontracteerde zorgaanbieders en dus een betere onderhandelingspositie voor verzekerden in onderhandelingen met zorgaanbieders. Als alleen mensen die amper zorg gebruiken kiezen voor een restrictieve polis is deze prikkel voor zorgaanbieders om met elkaar te concurreren afwezig. Concurrentie tussen zorgaanbieders is echter juist belangrijk om de doelen van het zorgstelsel, namelijk verbeteren van de kwaliteit van zorg en het beheersen van de kosten van zorg, te behalen. Om deze reden is het belangrijk dat ook de mensen die veel zorg gebruiken selectief contracteren accepteren.

*Onderzoeksvraag 3:*

*Welke rol speelt het vertrouwen van verzekerden in de zorgverzekeraar in hun acceptatie van selectief contracteren?*

Omdat uit het scoping review naar voren kwam dat vertrouwen in de zorgverzekeraar wel eens een belangrijke rol zou kunnen spelen in de acceptatie van selectief contracteren, hebben we de invloed van vertrouwen in de zorgverzekeraar op acceptatie van selectief contracteren onderzocht. De resultaten van ons vragenlijstonderzoek bevestigden het verwachte mechanisme dat vertrouwen in de zorgverzekeraar, en met name vertrouwen in de inkoop strategie van de zorgverzekeraar, een belangrijke rol speelt in de acceptatie van selectief contracteren. Deze associatie is sterker voor oudere mensen vergeleken met jongere mensen. Echter, zelfs als het vertrouwen hoog is, is de acceptatie van selectief contracteren vrij laag. Dit betekent dat ook andere factoren hierin een rol

zullen spelen, zoals het belang van autonomie. De zelfbeschikkingstheorie geeft aan dat een gevoel van autonomie is geassocieerd met een sterker gevoel van welbevinden. Wanneer zorgverzekeraars de vrijheid van keuze voor een zorgaanbieder beperken, kunnen gevoelens van autonomie worden aangetast. Ook status quo bias zou hier een rol in kunnen spelen, aangezien verzekerden in Nederland gewend zijn om keuzevrijheid te hebben.

*Onderzoeksvraag 4:*

*Hoe worden bronnen van kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen gerangschikt door verzekerden?*

In een zorgstelsel dat is gebaseerd op gereuleerde concurrentie is het belangrijk dat zorgverzekeraars in staat zijn om verzekerden te sturen naar geprefereerde of gecontracteerde zorgaanbieders. Informatie over kwaliteit van zorg is daarom cruciaal. Zorgverzekeraars hebben dit nodig om kritisch zorg in te kopen voor hun verzekerden en verzekerden hebben dit nodig om een zorgaanbieder en zorgverzekering te kiezen [3, 4]. Zorgverzekeraars in Nederland zijn begonnen met het publiceren van kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders op hun websites om hun verzekerden te informeren over kwaliteit van zorgaanbieders. We hebben een vragenlijst onderzoek gedaan om te kijken of zorgverzekeraars worden gezien als een belangrijke bron van kwaliteitsinformatie vergeleken met andere informatiebronnen, zoals websites die door de overheid zijn opgezet, informatie van zorgaanbieders zelf, advies van de huisarts en advies van vrienden of familie. We hebben gevonden dat kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders die wordt aangeboden door de zorgverzekeraar niet als belangrijk wordt gezien door verzekerden wanneer ze een zorgaanbieder moeten kiezen. De reden hiervoor kan zijn dat zorgverzekeraars last hebben van een vertrouwensprobleem [5]. Dit betekent dat zorgverzekeraars in het algemeen niet erg worden vertrouwd door verzekerden. Daarnaast zijn in Nederland de verzekerden er niet aan gewend bij hun zorgverzekeraar naar dit soort informatie te zoeken. Omdat huisartsen fungeren als poortwachters naar de tweedelijnszorg, worden zij vaak als belangrijke bron van informatie over kwaliteit van zorg gezien.

*Onderzoeksvraag 5:*

*Hoe beïnvloedt het geven van informatie over de selectie van zorgaanbieders de acceptatie van selectief contracteren, wanneer verzekerden worden geïnformeerd over de specifieke consequenties van selectief contracteren?*

In literatuur over rechtvaardigheid is gevonden dat informatie over het proces waarmee een bepaalde situatie is ontstaan belangrijk kan zijn bij de acceptatie van die situatie [6, 7]. In de context van selectief contracteren kan dit betekenen dat wanneer aan verzekerden wordt uitgelegd waarom bepaalde zorgaanbieders niet zijn gecontracteerd, hun acceptatie van selectief contracteren hoger kan zijn. We hebben een vignetstudie uitgevoerd met een 2x2 design en we hebben gevonden dat in de groep waar informatie was gegeven over hoe zorgaanbieders zijn geselecteerd, de mening van verzekerden over selectief contracteren minder negatief was dan in de groep waar geen informatie was gegeven. Dit effect is met name te zien wanneer de consequenties van selectief contracteren voor de verzekerden het meest ernstig is (dus wanneer niet alle zorgaanbieders in de regio zijn gecontracteerd en ze verder moeten reizen voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis). Dus wanneer verzekerden geen concrete nadelen ondervinden van selectief contracteren, beïnvloedt het wel of niet geven van informatie de mening van verzekerden over selectief contracteren niet significant. Het geven van informatie over het selecteren van zorgaanbieders kan echter het negatieve gevoel over selectief contracteren niet geheel wegnemen bij de groep die negatieve gevolgen ervaart. Dus verzekerden zover krijgen dat ze selectief contracteren accepteren blijft een lastige opgave.

*Onderzoeksvraag 6:*

*Is het mogelijk om verzekerden naar geprefereerde zorgaanbieders te sturen door ze vrijblijvend advies aan te bieden bij het kiezen van een zorgaanbieder wanneer ze bellen met de klantenservice en wat is het effect hiervan op hun tevredenheid met de klantenservice?*

De scoping review heeft laten zien dat, hoewel niet zo effectief als negatieve financiële prikkels, het ook mogelijk is verzekerden te sturen met zachte prikkels. Dit zijn bijvoorbeeld kwaliteitsprikkels zoals het aanbieden van verlengde openingstijden of een gratis gezondheidscheck bij geprefereerde zorgaanbieders. Als kwaliteitsprikkels geaccepteerd zijn door verzekerden zou het belangrijk kunnen zijn dit verder te onderzoeken. De Nederlandse zorgverzekeraar coöperatie VGZ heeft een nieuwe zachte sturingsmethode uitgetest waarbij verzekerden die de klantenservice belden gratis advies werd aangeboden bij het kiezen van een zorgaanbieder. Bijvoorbeeld wanneer verzekerden de klantenservice belden over vergoeding van fysiotherapie. De medewerkers waren geïnstrueerd om aan de verzekerde te vragen of zij advies zouden willen bij het kiezen van een

fysiotherapeut. We hebben de effectiviteit van deze sturingsmethode onderzocht. Onze studie liet zien dat deze methode effectief is, omdat 45% van de verzekerden die op deze manier een advies kreeg en ook echt een fysiotherapeut heeft bezocht na het gesprek, naar de geadviseerde fysiotherapeut is gegaan. Daarnaast hebben we verzekerden gevraagd wat zij vonden van deze methode. Verzekerden waren positief over het aanbieden van advies door de medewerker van de klantenservice en de cijfers voor de dienstverlening van de klantenservice was hoger voor het team dat deze sturingsmethode heeft toegepast ten opzichte van andere vergelijkbare teams die dit niet deden. Dit lijkt de resultaten van onderzoeksvraag 4 tegen te spreken, waar wordt gevonden dat zorgverzekeraars niet worden gezien als belangrijke bron van informatie over kwaliteit van zorg. Echter, het is mogelijk dat verzekerden niet geneigd zijn deze informatie te zoeken bij hun zorgverzekeraar, maar wanneer een medewerker van hun zorgverzekeraar deze informatie aanbiedt, zij hier wel voor open staan. Dit laat zien dat de manier waarop informatie wordt aangeboden ook belangrijk is voor de acceptatie ervan.

### **Methodologische reflectie**

De sterke en zwakke punten van elke studie zijn al besproken. In dit deel worden alleen de belangrijkste punten genoemd.

- In drie studies hebben we een vragenlijst verstuurd naar leden van het Verzekerdenpanel. Het gebruik van een panel zorgt meestal voor een hoge respons, onder een selectie van de populatie. Leden van het Verzekerdenpanel zijn 18 jaar of ouder en verzekerd bij een van de zorgverzekeringlabels die vallen onder coöperatie VGZ. De leden van het panel zijn gemiddeld ouder dan de gemiddelde Nederlandse populatie van 18 jaar en ouder. De leden zijn in eerste instantie geworven door een uitnodiging die zij kregen via hun zorgverzekeraar. Inmiddels is de wervingsmethode veranderd en worden verzekerden uitgenodigd via een vragenlijst die zij krijgen van hun zorgverzekeraar nadat zij contact hebben gehad met de klantenservice. Het is waarschijnlijk dat verzekerden die weinig te maken hebben met hun zorgverzekeraar, bijvoorbeeld omdat zij bijna nooit zorg gebruiken, minder kans hebben om uitgenodigd te worden voor deelname aan het Verzekerdenpanel. Als zij wel uitgenodigd worden is de kans waarschijnlijk ook kleiner dat zij deelnemen, omdat zij minder affiniteit hebben met het onderwerp. Aan de andere kant zouden mensen die in heel slechte gezondheid verkeren zich waarschijnlijk ook niet willen committeren aan een panel. Hierdoor is het Verzekerdenpanel niet representatief voor de Nederlandse verzekerden-



populatie. In de drie studies waar we leden van het Verzekerdenpanel hebben bevraagd hebben wij echter associaties onderzocht. Hierdoor verwachten wij dat de representativiteit de onderzoeksresultaten niet heeft beïnvloed.

- We hebben vragenlijsten gebruikt om data te verzamelen. Dit betekent dat respondenten met name zijn bevraagd over hypothetische situaties. Bijvoorbeeld in hoofdstuk 3 hebben we respondenten laten kiezen tussen 2 of 3 verschillende zorgverzekeringen. In werkelijkheid zijn er veel meer mogelijkheden om uit te kiezen. Ook in hoofdstuk 6 worden respondenten geconfronteerd met een hypothetische situatie. Hier worden de respondenten verdeeld in 4 groepen en aan iedere groep werd een andere situatie beschreven. Deze methoden zijn zeer geschikt om onze hypothesen te testen, maar het is onbekend hoe verzekeren zich gedragen in een echte situatie, met meer keuzemogelijkheden, meer en onduidelijke informatie en een status quo bias. Om dit probleem op te lossen, zouden natuurlijke keuze situaties moeten worden bestudeerd. Bijvoorbeeld wanneer verzekeren die een collectieve zorgverzekering hebben via hun werkgever van baan wisselen. Zij moeten dan een nieuwe zorgverzekering kiezen. Dit soort situaties zouden kunnen worden bestudeerd om te ontdekken hoe deze keuzes echt worden gemaakt en of verschillende groepen op een verschillende manier kiezen.

### **Beleidsimplicaties**

De bevindingen in dit proefschrift leiden tot verschillende implicaties voor beleid en de praktijk. Bevindingen tonen aan dat beperkingen in de vrijheid om te kiezen voor een zorgaanbieder door negatieve financiële prikkels niet wordt geaccepteerd door verzekeren. Dit bevestigt ervaringen in de Verenigde Staten, waar een *managed care backlash*, een collectieve boosheid tegen het zorgstelsel, ontstond [8]. Niet veel verzekeren kiezen restrictieve zorgverzekeringen en we hebben gevonden dat met name oudere mensen en mensen in slechtere gezondheid minder geneigd zijn te kiezen voor een restrictieve zorgverzekering. We vonden dat vertrouwen in de zorgverzekeraar een belangrijke rol speelt bij de acceptatie van selectief contracteren. Echter, vertrouwen in zorgverzekeraars is vrij laag. Daarom is het belangrijk dat verzekeraars investeren in het verbeteren van hun relatie met hun verzekeren. Het is bekend dat vertrouwen langzaam groeit, maar dat het positief beïnvloed kan worden door het verbeteren van elementen van functionele en technische kwaliteit [9]. Functionele kwaliteit is de manier waarop een service wordt verleend, bijvoorbeeld de vriendelijkheid van de medewerkers. Technische kwaliteit gaat meer over de uitkomst, zoals het op tijd betalen van nota's. Deze aspecten zijn

relatief gemakkelijk te verbeteren door zorgverzekeraars. Om vertrouwen verder te verbeteren is het belangrijk dat de verzekerde weet wat de zorgverzekeraar gaat doen [10]. Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden overtuigen van hun motieven om goede kwaliteit zorg in te kopen voor hen. Daarnaast zou het gebrek aan vertrouwen kunnen worden opgelost door het beschikbaar maken van objectieve kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders [5]. Met deze informatie zouden zorgverzekeraars zorgaanbieders kunnen contracteren gebaseerd op kwaliteit van zorg en zouden ze hun verzekerden objectieve informatie over kwaliteit van zorg kunnen geven, wat hun geloofwaardigheid vergroot.

Verzekerden in slechte gezondheid of ouderen nemen een groter risico wanneer zij kiezen voor een restrictieve zorgverzekering, omdat zij meer kans hebben om zorg nodig te hebben in de nabije toekomst. Zij hebben daarom meer kans dat zij zouden moeten wisselen van zorgaanbieder, een langere reistijd krijgen of geconfronteerd worden met extra kosten wanneer zij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bezoeken. Echter, afhankelijk van waar zij precies wonen, zal de reistijd niet altijd toenemen en hun vertrouwde zorgaanbieder zou een van de gecontracteerde zorgaanbieders kunnen zijn. Daarom is het heel belangrijk dat verzekerden precies weten wat selectief contracteren inhoudt en wat de precieze consequenties voor hen zijn. Daarnaast vonden we dat als selectief contracteren negatieve gevolgen heeft voor hen, namelijk het moeten wisselen van zorgaanbieder en een langere reistijd, kan het geven van informatie over het selectieproces van zorgaanbieders de negatieve mening van verzekerden ten opzichte van selectief contracteren verminderen.

Echter, zelfs wanneer het vertrouwen in de zorgverzekeraar hoog is, is de acceptatie van selectief contracteren nog steeds relatief laag. Ook het geven van informatie over het selectieproces kan de negatieve houding van verzekerden niet tenietdoen. De vraag is dan, zouden zorgverzekeraars selectief moeten contracteren of zijn er andere manieren om concurrentie tussen zorgaanbieders te bevorderen? We hebben gevonden dat het aanwijzen van geprefereerde zorgaanbieders en het sturen van verzekerden naar deze zorgaanbieders door ze advies aan te bieden wanneer ze de klantenservice bellen effectief kan zijn. Daarnaast kan het bijdragen aan een positieve beoordeling van de klantenservice. Dit is een belangrijk resultaat omdat dit wijst op de potentie van sturingsmethoden die meer positief worden ervaren. Daarnaast wordt de keuzevrijheid van verzekerden behouden. Dit sluit aan bij het overheidsbeleid, omdat de Eerste Kamer de wijziging van artikel 13 van de

Zorgverzekeringswet heeft tegengehouden. Deze wijziging moest ervoor zorgen dat zorgverzekeraars zelf kunnen bepalen hoeveel ze vergoeden wanneer verzekerden naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De Eerste Kamer vond dat dit de keuzevrijheid van verzekerden te veel zou beperken.

De onderzochte manier van zachte zorgsturing bereikt niet alle verzekerden, omdat verzekerden eerst zelf contact moeten opnemen met de klantenservice. Daarnaast volgen niet alle verzekerden die een advies kregen dit advies op. Daarom is het belangrijk dat andere ideeën voor zachte zorgsturing worden ontwikkeld en onderzocht. Bijvoorbeeld, het is nu onderzocht voor het telefonisch aanbieden van informatie, misschien zou het ook kunnen werken om actief mensen informatie over kwaliteit van zorgaanbieders aan te bieden wanneer zij de website bezoeken of in persoonlijke nieuwsbrieven. Misschien zou dat alleen al helpen om verzekerden te laten weten dat hun zorgverzekeraar gezien kan worden als een belangrijke informatiebron over kwaliteit van zorg. Ook zou de huidige methode van aanbieden van advies over de keuze van een fysiotherapeut wanneer verzekerden de klantenservice bellen, kunnen worden uitgebreid naar meer typen zorgaanbieders. Omdat status quo bias een belangrijk obstakel is bij het sturen van verzekerden naar geprefereerde zorgaanbieders [11], is het te verwachten dat dit het best zal werken voor ziekenhuizen en het minst goed voor huisartsen en tandartsen, omdat bijna alle Nederlanders een vaste huisarts en tandarts hebben. Ook zouden chronisch zieken moeilijk te sturen kunnen zijn, omdat zij vaak ook al een vaste arts hebben bij een ziekenhuis. Dit laat zien dat de timing van zorgsturing ook erg belangrijk is voor het succes ervan.

De resultaten van dit proefschrift laten zien dat het moeilijk is om selectief contracteren te implementeren, omdat verzekerden erg negatief zijn over beperkingen in hun keuzevrijheid. Een alternatief voor zorgverzekeraars is het aanwijzen van geprefereerde zorgaanbieders en het gebruiken van zachte zorgsturingsmethoden, zoals het aanbieden van advies bij het kiezen van een zorgaanbieder. Dit soort sturingsmethoden zijn minder effectief vergeleken met negatieve financiële prikkels, bijvoorbeeld omdat niet alle verzekerden worden bereikt en omdat verzekerden vrij zijn om het advies wel of niet op te volgen. De methode die wij hebben geëvalueerd was echter wel succesvol, aangezien 45% van de mensen die een advies kregen en daarna naar een fysiotherapeut zijn gegaan, het advies hebben opgevolgd. Hierdoor is het waarschijnlijk dat zorgaanbieders nog steeds een prikkel krijgen om met elkaar te concurreren om geprefereerde, en dus

geadviseerde, zorgaanbieder te worden, omdat dit hen meer patiënten kan opleveren. Dit zou echter nog onderzocht moeten worden.

### **Wetenschappelijke implicaties**

Naast de beleidsimplicaties draagt dit proefschrift ook bij aan de wetenschappelijke kennis. Dit proefschrift heeft kennis gegenereerd over de implementatie van selectief contracteren in een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie. We hebben specifiek gefocust op de acceptatie van selectief contracteren door verzekerden. We hebben gevonden dat specifieke groepen meer geneigd zijn een restrictieve zorgverzekering te kiezen, namelijk gezondere en jongere verzekerden. Deze bevinding is bevestigd door een onderzoek van Determan et al. die een keuze experiment hebben uitgevoerd om de keuze van verzekerden voor zorgverzekeringen te onderzoeken [12]. Onze bevinding dat vertrouwen in de zorgverzekeraar een belangrijke rol speelt in de acceptatie van selectief contracteren bevestigt suggesties uit eerder onderzoek, waar deze relatie was gesuggereerd, maar niet eerder getoetst [8, 13-15]. We hebben laten zien dat het geven van informatie over waarom bepaalde zorgaanbieders niet gecontracteerd zijn de acceptatie van selectief contracteren verbetert. Dit bevestigt dat de theorie vanuit de rechtvaardigheidsliteratuur, die zegt dat procedurele rechtvaardigheid (het geven van informatie over procedures die hebben geleid tot een situatie) belangrijk is voor de acceptatie van een situatie, met name wanneer deze situatie ongunstig is [6, 16], ook toegepast kan worden in gezondheidswetenschappen. Verder heeft onze studie naar een nieuwe zachte zorgstuuringsmethode, namelijk het aanbieden van advies aan verzekerden die de klantenservice bellen, een bijdrage geleverd aan de literatuur op dit gebied. Er zijn niet veel zachte zorgstuuringsmethoden geëvalueerd in de literatuur. Boonen et al. hebben stuuringsmethoden onderzocht en vonden dat negatieve financiële prikkels meer effectief zijn vergeleken met positieve financiële prikkels [11]. Ook vonden zij dat kwaliteitsprikkel effectief kunnen zijn om mensen naar geprefereerde zorgaanbieders te sturen. Kwaliteitsprikkel die zij onderzochten waren extra openingstijden, internet service en de aanwezigheid van een kwaliteitscertificaat [11]. Donelan et al. onderzochten een vergelijkbare methode. Een werkgever bood een telefonische service aan om mensen te helpen bij het kiezen van een zorgaanbieder [17]. Dit is echter anders dan onze stuuringsmethode, omdat hier de verzekerde zelf moet bellen om te vragen om advies en bij onze methode advies vrijblijvend werd aangeboden wanneer verzekerden voor een andere vraag de klantenservice belden. Ook werd het door de werkgever aangeboden, terwijl bij onze methode de

zorgverzekeraar deze service aanbiedt. Aangezien zorgverzekeraars last hebben van een vertrouwensprobleem, was het verrassend dat deze sturingsmethode werkte. De reden hiervoor kan zijn dat de medewerker, die eerst de vraag van de verzekerde heeft beantwoord en daarna advies aanbiedt, meer wordt vertrouwd dan de zorgverzekeraar zelf. Dit is waarschijnlijk omdat vertrouwen in een organisatie heel anders en meestal lager is dan vertrouwen in een persoon [18].

Over het algemeen draag dit proefschrift bij aan de kennis over het implementeren van selectief contracteren in een zorgstelsel dat is gebaseerd op gereguleerde concurrentie. Dit is relevant voor alle landen waar een zorgstelsel dat is gebaseerd op gereguleerde concurrentie is ingevoerd of zal worden ingevoerd in de toekomst.

### **Suggesties voor vervolgonderzoek**

Ondanks dat dit proefschrift heeft bijgedragen aan de literatuur over het sturen van verzekerden naar gecontracteerde of geprefereerde zorgaanbieders in een zorgstelsel dat is gebaseerd op gereguleerde concurrentie, heeft ons onderzoek ook een aantal verdere vragen opgeleverd en daarmee een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek:

- Omdat we hebben gevonden dat vertrouwen in de zorgverzekeraar een belangrijke rol speelt in de acceptatie van selectief contracteren, ontstond de vraag hoe zorgverzekeraars aan hun imago kunnen werken zodat verzekerden hen meer vertrouwen. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op hoe vertrouwen in zorgverzekeraars kan worden opgebouwd.
- Vervolgonderzoek zou ook moeten kijken naar de relatie tussen vertrouwen in de zorgverzekeraar en bereidheid om advies van de zorgverzekeraar op te volgen. Als deze relatie sterk is, zou dit bijdragen aan het bewijs voor het belang van het opbouwen van vertrouwen in de zorgverzekeraar.
- We hebben gevonden dat jongere en gezondere verzekerden vaker een restrictieve zorgverzekering kiezen dan ouderen en ongezondere verzekerden. Ondanks dat dit onze onderzoeksvraag heeft beantwoord, zou het daarnaast interessant zijn om te weten hoe veel goedkoper een restrictieve zorgverzekering zou moeten zijn om verzekerden die regelmatig zorg gebruiken een dergelijke zorgverzekering te laten kiezen. Of misschien zouden zorgverzekeringen met vrije keuze duurder moeten zijn. Determan et al. hebben een experiment uitgevoerd om dit te onderzoeken [12]. Zij vonden dat voor de helft van hun populatie het heel onwaarschijnlijk was dat ze een restrictieve zorgverzekering zouden kiezen, maar de jongere, gezondere en rijkere

verzekerden zouden meer geneigd zijn een dergelijk zorgverzekering te kiezen voor een maandelijkse premiekorting van 15 Euro. Echter, in hun experiment hebben ze reistijd naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder niet meegenomen. Ook kwaliteit van zorg was niet opgenomen in het experiment. Dit zou heel belangrijk kunnen zijn, met name voor ouderen en ongezondere verzekerden, omdat zij meer zorg gebruiken. Daarnaast is het idee van het zorgstelsel ook dat restrictieve zorgverzekeringen betere kwaliteit van zorg leveren, omdat de zorgaanbieders zijn geselecteerd op basis van prijs en kwaliteit.

- Uit ons onderzoek over wat de acceptatie van selectief contracteren beïnvloedt bleek dat naast vertrouwen en het geven van informatie, er meer aspecten moeten zijn die dit beïnvloeden. We hebben besproken dat autonomie een rol zou kunnen spelen in de afkeer van verzekerden ten opzichte van selectief contracteren. Dit paste niet binnen het doel van ons onderzoek, omdat wij ons hebben gericht op factoren die relevant zijn voor de praktijk en autonomie is iets dat haast niet te beïnvloeden is. Het zou echter wel interessant zijn om deze hypothese te onderzoeken en om te zien in hoeverre dit de negatieve houding bepaald die verzekerden hebben ten opzichte van selectief contracteren.
- We lieten zien dat informatie over waarom bepaalde zorgaanbieders niet zijn gecontracteerd het negatieve gevoel van verzekerden over selectief contracteren deels kan wegnemen. We verwachten echter dat de hoeveelheid informatie en de inhoud van de informatie dit resultaat zouden kunnen beïnvloeden. Om maatregelen te implementeren gebaseerd op dit resultaat is het belangrijk om verder te onderzoeken wat er gebeurt met de resultaten wanneer de informatie uitgebreider is, andere informatie wordt gegeven of wanneer de informatie anders is gepresenteerd. Hoeveel informatie is genoeg en welke informatie is het meest belangrijk voor verzekerden?
- We hebben gevonden dat het sturen van verzekerden naar geprefereerde zorgaanbieders door ze advies aan te bieden wanneer ze bellen naar de klantenservice effectief is voor het sturen van verzekerden naar geprefereerde fysiotherapeuten. De vraag is of deze methode ook zal werken voor het sturen naar andere typen zorgaanbieders. Boonen et al. hebben gevonden dat de mate waarin verzekerden gestuurd kunnen worden afhangt van het type zorgaanbieder [11]. Daarom zou deze sturingsmethode ook getest moeten worden voor andere typen zorgaanbieders. We verwachten dat deze methode goed zou kunnen werken voor ziekenhuiszorg, maar het zou heel lastig kunnen zijn voor huisartsen en tandartsen, omdat de meeste verzekerden al een vaste huisarts of tandarts hebben.

- We hebben gevonden dat de nieuwe sturingsmethode succesvol was. Echter, niet alle verzekerden worden bereikt met deze methode. Veel verzekerden kiezen zelf een zorgaanbieder zonder eerst contact op te nemen met hun zorgverzekeraar. Daarom zouden er meer zachte zorgsturingsmethoden moeten worden ontwikkeld en bestudeerd. Er zijn ook andere vragen die beantwoord zouden moeten worden. Bijvoorbeeld, zijn bepaalde zachte sturingsmethoden meer effectief in specifieke groepen? Het aanbieden van advies wanneer verzekerden bellen naar de klantenservice is wellicht meer effectief voor ouderen die meer zorg gebruiken en daardoor meer contact hebben met hun zorgverzekeraar, terwijl jongere verzekerden misschien meer geïnteresseerd zijn in kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders wanneer zij dit ontvangen via e-mail of in een App. Het zou interessant zijn om dit soort ideeën met verzekerden zelf te bespreken, bijvoorbeeld in een focus groep en te toetsen in een vragenlijstonderzoek.
- De effecten van zachte zorgsturing zouden op grotere schaal moeten worden onderzocht om uit te zoeken of deze methoden bijdragen aan de doelen van het zorgstelsel. Is de zorgverzekeraar in staat om grotere kortingen te bedingen bij geprefereerde zorgaanbieders door het succesvol sturen van verzekerden naar deze aanbieders? Dit is alleen mogelijk wanneer deze sturingsmethoden zijn geïmplementeerd op grote schaal en wanneer zorgaanbieder zich hiervan bewust zijn.

Er is ook een aantal hypotheses die wij niet optimaal hebben kunnen toetsen. Vervolgonderzoek zou deze opnieuw moeten onderzoeken met geoptimaliseerde methoden:

- Van de nieuwe zachte zorgsturingsmethode waar verzekerden advies werd aangeboden wanneer ze belden met de klantenservice was ook verwacht dat het een positief effect zou hebben op de beoordeling van de kwaliteit van de klantenservice. We waren niet in staat om dit op een optimale manier te testen. In een ideale situatie zou een RCT (gerandomiseerd onderzoek met controlegroep) gedaan moeten worden, waar tenminste twee klantenservice teams, zo gelijk aan elkaar als mogelijk, dezelfde hoeveelheid aandacht en training krijgen terwijl de helft van hen de zorgsturingsmethode uitvoert en de andere helft niet. Gedegen voor- en nametingen van de kwaliteit van de service moeten worden gedaan en geen andere veranderingen moeten worden doorgevoerd tijdens de studieperiode.

- Bij de meeste studies is gebruik gemaakt van een vragenlijst. Zoals eerder is benoemd in de methodologische reflectie, is deze methode goed om onze hypothesen te toetsen. Het is echter onduidelijk hoe verzekerden zich zouden gedragen in echte keuze situaties. Voor vervolgonderzoek zouden we daarom voorstellen om keuze situaties in het echte leven te bestuderen. Dit is moeilijk om te doen, maar zou bijvoorbeeld mogelijk zijn wanneer een werkgever het collectieve contract met een zorgverzekeraar opzegt.

## Conclusie

De onderzoeksvraag in dit proefschrift was: *Hoe kunnen we de acceptatie van selectief contracteren en het sturen van verzekerden naar gecontracteerde zorgaanbieders verklaren?*

Er zijn verschillende aspecten die de acceptatie (of het niet accepteren) van selectief contracteren door verzekerden zouden kunnen verklaren. Selectief contracteren is een negatieve ontwikkeling in de ogen van verzekerden, omdat het hun keuzevrijheid voor zorgaanbieders beperkt. Beperkingen in keuzevrijheid voor zorgaanbieders zouden kunnen leiden tot een langere reistijd naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder en als verzekerden naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan kan dit leiden tot extra kosten. Een voordeel voor verzekerden is dat restrictieve zorgverzekeringen goedkoper zijn vergeleken met zorgverzekeringen die vrije keuze bieden. Daarnaast is het ook de bedoeling dat zorgverzekeraars zorgaanbieders selecteren op basis van prijs en kwaliteit. Daarom zou kwaliteit van zorg beter moeten zijn bij de restrictieve zorgverzekeringen. Eigenschappen van verzekerden, zoals leeftijd en gezondheid spelen een rol in de acceptatie van selectief contracteren, aangezien jongeren meer gevoelig zijn voor prijs en gezondere mensen niet verwachten zorg nodig te hebben in de nabije toekomst, wat betekent dat zij een kleiner risico nemen wanneer zij een restrictieve zorgverzekering kiezen vergeleken met verzekerden die vaker zorg nodig hebben. Daarnaast lieten de resultaten zien dat vertrouwen in de zorgverzekeraar een belangrijke rol speelt bij de acceptatie van selectief contracteren. Vertrouwen in zorgverzekeraars is in het algemeen redelijk laag. Dit zou kunnen verklaren waarom verzekerden zo negatief zijn over selectief contracteren. Verzekerden vertrouwen er niet op dat hun zorgverzekeraar het beste met hen voor heeft en goede kwaliteit zorg voor hen zal inkopen. Het geven van informatie aan verzekerden over waarom



bepaalde zorgaanbieders niet gecontracteerd zijn is ook belangrijk voor de acceptatie van selectief contracteren. Echter, zelfs wanneer verzekerden vertrouwen hebben in hun zorgverzekeraar en wanneer informatie over het contracteren van zorgaanbieders is gegeven, zijn verzekerden nog steeds negatief over financiële prikkels en beperkingen in hun keuzevrijheid. Het is mogelijk dat factoren zoals aversie tegen verlies en vermindering van de autonomie een rol spelen hierin. Aversie tegen verlies, omdat in het zorgstelsel van voor 2006 verzekerden keuzevrijheid hadden. Het implementeren van selectief contracteren neemt die keuzevrijheid weg. Autonomie is een belangrijke waarde voor mensen. Wanneer de zorgverzekeraar zich gaat bemoeien met de keuzen voor een zorgaanbieder zouden verzekerden zich beperkt kunnen voelen in hun autonomie. Deze psychologische aspecten zijn echter moeilijk te beïnvloeden in de praktijk. Daarnaast zijn beperkingen in keuzevrijheid ook niet gewenst door de overheid, aangezien de Eerste Kamer de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet heeft geblokkeerd die inhield dat zorgverzekeraars zelf mogen bepalen hoeveel ze vergoeden wanneer verzekerden naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan, omdat dit de keuzevrijheid te veel zou beperken.

Daarom is het een logische stap om andere methoden te onderzoeken om verzekerden naar geprefereerde zorgaanbieders te sturen, zonder dat de keuzevrijheid van verzekerden wordt beperkt. Hoofdstuk 7 van dit proefschrift laat zien dat het mogelijk is om verzekerden naar geprefereerde zorgaanbieders te sturen door hen advies aan te bieden bij het kiezen van een zorgaanbieder. Hierbij werd ook uitgelegd waarom sommige zorgaanbieders beter werden gevonden dan anderen. Op deze manier is de keuzevrijheid niet beperkt, aangezien verzekerden zelf kunnen kiezen of ze het advies opvolgen of niet. Als ze kiezen het advies niet op te volgen zit daar geen negatieve financiële consequentie aan vast. Als dit type zorgsturing effectief is zullen zorgaanbieders waarschijnlijk nog steeds een prikkel krijgen om met elkaar te concurreren om een geprefereerde, en dus geadviseerde, zorgaanbieder te zijn, aangezien dit leidt tot een hoger inkomen. Op deze manier zouden alsnog de doelen van het huidige zorgstelsel, namelijk verbeteren van kwaliteit van zorg terwijl de kosten worden beheerst, kunnen worden behaald. Dit zou echter moeten worden geëvalueerd in de toekomst. Deze manier van sturen bereikt echter niet alle verzekerden. Veel verzekerden kiezen een zorgaanbieder zonder dat ze eerst contact opnemen met hun zorgverzekeraar. Daarom is het, in het kader van een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie, belangrijk dat meer van dit soort zachte sturingsmethoden worden ontwikkeld en bestudeerd.

## Referenties

1. Sorensen AT: Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut. *Journal of Industrial Economics* 2003, 51(4):469-490.
2. Wu VY: Managed care's price bargaining with hospitals. *Journal of Health Economics* 2009, 28:350-360. Fig. 1: Questionnaire scheme.
3. Schut FT, Van de Ven WPMM: Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full of half empty? *Health Economics, Policy and Law* 2011, 6:109-123.
4. Van de Ven WPMM, Schut FT: Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. *Health Economics* 2009, 18:253-255.
5. Boonen LHHM, Schut FT: Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Economics, Policy and Law* 2011, 6:219-235.
6. Greenberg J: Employee theft as a reaction to underpayment inequity: the hidden cost of pay cuts. *Journal of Applied Psychology* 1990, 75(5):561-568.
7. Lind EA, Tyler T: The social psychology of procedural justice. New York: Plenum Press; 1988.
8. Miller NH: Insurer-provider integration, credible commitment, and managed-care backlash. *Journal of Health Economics* 2006, 25:861-876.
9. Wendel S, de Jong JD, Curfs EC: Consumer evaluation of complaint handling in the Dutch health insurance market. *BMC Health Services Research* 2011, 11(doi:10.1186/1472-6963-11-310).
10. Goold SD: Trust and the ethics of health care institutions. *The Hastings Center Report* 2001, 31(6):26-33.
11. Boonen LHHM, Donkers B, Schut FT: Channeling consumers to preferred providers and the impact of status quo bias: does type of provider matter? *Health Services Research* 2011.
12. Determan D, Lambouij MS, de Bekker-Grob EW, Hayen AP, Varkevisser M, Schut FT, de Wit GA: What health plans do people prefer? The trade off between premium and provider choice. *Social Science & Medicine* 2016, 165:10-18.
13. Boonen LHHM, Schut FT: Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem (Health insurers face problems with trust). *Economisch Statistische Berichten* 2009, 94(4572):678-681.
14. Gawande AA, Blendon RJ, Brodie M, Benson JM, Levitt L, Hugick L: Does dissatisfaction with health plans stem from having no choices? *Health Affairs* 1998, 17(5):184-194.

15. Heinemann S, Leiber S, Gress S: Managed competition in the Netherlands - A qualitative study. *Health Policy* 2013, 109:113-121.
16. Folger R, Bies RJ: Managerial responsibilities and procedural justice. *Employee Responsibilities and Rights Journal* 1989, 2(2):79-90.
17. Donelan K, Rao SR, Rogers RS, Mailhot JR, Galvin R: Experience with health coach-mediated physician referral in an employed insured population. *Journal of General Internal Medicine* 2010, 25(10):1071-1077.
18. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK: Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly* 2001, 79(4):613-639.