

Preferenties voor zorg en zorgverzekeraars

Bernard van den Berg,^{1,2} Paula van Dommelen,¹ Piet Stam,^{3,4} Trea Laske-Aldershof,⁴ Erik Schut⁴

In de nieuwe zorgverzekering onderhandelen zorgverzekeraars met zorgaanbieders over de kwaliteit en de prijs van de te leveren zorg. Het is de bedoeling dat zorgverzekeraars mede op basis van de gecontracteerde kwaliteit van zorg met elkaar gaan concurreren op de zorgverzekeringsmarkt. Inzicht in de preferenties van consumenten is daarbij cruciaal. Dit onderzoek presenteert de resultaten van een vignettenstudie waarmee de *stated preferences* van individuen voor de hoogte van de verzekeringspremie, de kwaliteit van dienstverlening en de kwaliteit van de door zorgverzekeraars gecontracteerde zorg worden gemeten. In het onderzoek wordt voorts empirisch getoetst of mensen met een chronische aandoening andere preferenties hebben ten aanzien van hun zorgverzekeraar dan mensen zonder chronische aandoening. De vignettenstudie laat zien dat zowel mensen met als zonder chronische aandoening bereid zijn een hogere premie te betalen als zorgverzekeraars objectief zouden kunnen aantonen dat dankzij hun zorginkoop/contracteerbeleid verzekerden bij bepaalde aandoeningen een grotere kans hebben op een verbetering van hun gezondheid. Het kan dus lonen voor een zorgverzekeraar om te investeren in de kwaliteit van zorg, mits hij de opbrengst van deze investeringen duidelijk kan maken en op dit terrein een reputatie kan verwerven. Meer procesmatige aspecten van zorgverlening en service aspecten van de zorgverzekeraar spelen een minder belangrijke rol.

Trefwoorden: vignettenstudie, kwaliteit van zorg, zorgverzekering

INLEIDING

De markt voor zorgverzekeringen is in 2006 fors in beweging gekomen. Ongeveer 18% van alle verzekerden (2,7 miljoen) is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.¹ Dit lijkt vooral een gevolg van de groei in collectieve contracten.¹ Verder blijkt uit een multivariate analyse op basis van enquêtegegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat ouderen (65+) statistisch significant minder vaak (8%) zijn overgestapt dan andere leeftijdsgroepen, terwijl het aandeel overstappers ook statistisch significant lager ligt bij mensen met een slechte of matige gezondheid (11%), een relatief laag opleidingsniveau (14%) en bij alleenstaanden zonder kinderen (13%).² Uit de analyse van de NZa blijkt voorts dat de premie de belangrijkste reden vormt om over te stappen (33%), gevolgd door de dekking van de aanvullende verzekeringen (23%), terwijl service (5%) en goede zorg (1%) bij overstappers een ondergeschikte rol speelden.² Daarentegen vormt een goede service voor 21% van de blijvers de belangrijkste reden voor hun keuze, waarmee het na reputatie (27%) de meest prominente reden

vormt. Goede zorg vormt echter ook slechts voor 3% van de blijvers een belangrijke reden voor hun keuze.

Het is niet verwonderlijk dat goede zorg in de praktijk nog nauwelijks een rol speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar omdat zorgverzekeraars zich op dit gebied nog nauwelijks onderscheiden. Zo blijkt uit de analyse van de NZa dat zorgverzekeraars met vrijwel alle zorgaanbieders contracten hebben afgesproken.² Van specifieke afspraken over de kwaliteit van zorg met preferente aanbieders is nog weinig sprake. Een belangrijke doelstelling van de stelselherziening is echter dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders gaan onderhandelen over het beste aanbod voor een zo scherp mogelijke prijs.³ Een cruciale voorwaarde hiervoor is dat verzekerden niet alleen geïnteresseerd zijn in de premie, maar ook in de kwaliteit van zorg.

In deze studie hebben wij onderzocht in hoeverre verzekerden geïnteresseerd zijn in de kwaliteit van zorg die een zorgverzekeraar regelt en of deze interesse verschilt tussen mensen met en zonder een chronische aandoening. Aangezien zorgverzekeraars zich nog nauwelijks onderscheiden op het terrein van *zorginkoop* kunnen we over de potentiële rol hiervan op het keuzegedrag op basis van de beschikbare gegevens geen uitspraken doen. Om vragen over de verhouding tussen prijs en kwaliteit van de zorginkoop door verzekeraars en tevredenheid van verzekerden te kunnen beantwoorden, is een *stated preference* benadering noodzakelijk. Dat is vragenlijst-

¹ TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

² Instituut voor Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam

³ Agis Zorgverzekeringen, Amersfoort

⁴ Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam

derzoek, waarbij met behulp van verschillende alternatieven of elkaar aanvullende methoden ervaringen en preferenties van mensen kunnen worden gemeten. Een manier is mensen te vragen naar het belang dat zij hechten aan en/of te vragen naar hun tevredenheid ten aanzien van een lijst aspecten (noot b).⁴ Belangrijk nadeel hiervan is dat mensen kunnen aangeven alles belangrijk te vinden of overal tevreden over te zijn, zonder daarbij enige nuance aan te brengen. Echter, in de huidige gezondheidszorg moeten vanwege de schaarste vrijwel altijd keuzen worden gemaakt. Soms moeten verzekerden zich bijvoorbeeld afvragen of zij extra willen betalen voor betere kwaliteit van de dienstverlening en welk bedrag men dan precies bereid is te betalen voor een bepaalde verbetering in kwaliteit. De vignettenmethode laat respondenten een (financiële) afweging maken tussen verschillende kwaliteitsaspecten.

DOEL EN OPZET

Het doel van dit onderzoek is het analyseren van de preferenties voor de kwaliteit van dienstverlening door zorgverzekeraars, de kwaliteit van de door zorgverzekeraars gecontracteerde zorg en de polisprijs van verzekerden met of zonder een chronische aandoening. Centrale onderzoeksvragen zijn: (1) Wat zijn de preferenties van verzekerden ten aanzien van de kwaliteit van dienstverlening van zorgverzekeraars, de kwaliteit van zorg die een zorgverzekeraar contracteert en de hoogte van de verzekeringspremie? en: (2) in hoeverre zijn er preferentiever verschillen tussen mensen met en mensen zonder chronische aandoening?

De beschikbare literatuur richt zich voornamelijk op prijs en dienstverlening door verzekeraars.^{2,5,6} Een analyse van preferenties ten aanzien van kwaliteit van de zorg is vernieuwend. Eveneens vernieuwend is het gebruik van de vignettenmethode om deze preferenties te meten. Deze methode komt uit de marketing literatuur en wordt steeds vaker toegepast in de gezondheidseconomie.⁷ In dit onderzoek wordt de vignettenmethode gebruikt om de preferenties van verzekerden te meten ten aanzien van hypothetische zorgverzekeraars die variëren voor wat betreft hun prestaties (levels) van verschillende dimensies (attributen) van kwaliteit van dienstverlening, de kwaliteit van gecontracteerde zorg en de polisprijs. Een belangrijk voordeel van de vignettenmethode is dat daarmee preferenties kunnen worden onderzocht inzake (nog) niet bestaande situaties, zoals een situatie waarin zorgverzekeraars zich onderscheiden door kwalitatief goede zorginkoop. Een derde vernieuwende element van dit onderzoek is het onderscheid dat wordt gemaakt tussen verzekerden zonder en verzekerden met een chroni-

Kernpunten

- In de nieuwe zorgverzekering onderhandelen zorgverzekeraars met zorgaanbieders over de kwaliteit en de prijs van de te leveren zorg.
- Minieme preferentiever verschillen tussen mensen met en mensen zonder chronische aandoening.
- Zowel mensen met als zonder chronische aandoening zijn bereid een hogere premie te betalen als zorgverzekeraars objectief kunnen aantonen dat verzekerden bij bepaalde aandoeningen – dankzij hun zorginkoop/contracteerbeleid – een grotere kans hebben op een verbetering van hun gezondheid.

zien van het ondersteunen van verzekerden bij het maken van hun keuzen.

METHODE

Gegevensverzameling

Er is eind 2005/begin 2006 een schriftelijke vragenlijst uitgezet onder een steekproef van 2703 ziekenfondsverzekerden uit de populatie van Agis Zorgverzekeringen. De steekproeftrekking is beperkt tot ziekenfondsverzekerden, omdat op deze markt sinds 2002 in het kader van de risicoverevening gebruik wordt gemaakt van een gevalideerde classificatie van specifieke chronische aandoeningen op basis van medicijngebruik (over de periode 2004 tot en met de eerste helft van 2005). Voor dit onderzoek zijn verzekerden geïdentificeerd aan wie medicijnen tegen diabetes en astma/COPD op recept door de apotheker zijn afgeleverd (zie tabel 1 voor nadere details) (noot c).

Om voldoende waarnemingen over te houden ten aanzien van de groep verzekerden met een chronische aandoening, is de steekproef gestratificeerd naar mensen met diabetes en/of astma/COPD (zie voor definities tabel 1, evenals voor een samenvatting van de steekproef en de respons percentages). Om dezelfde reden is gekozen om te stratificeren naar instromers, blijvers en uitstromers, als ook om heterogeniteit te krijgen binnen de steekproef. Verwacht wordt namelijk dat de drie groepen heteroog zijn, bijvoorbeeld voor wat betreft achtergrondkenmerken of preferenties.

Aangezien er relatief weinig instromers met diabetes of astma bij Agis waren, zie tabel 1, is er voor gekozen om alle instromers binnen deze groep aan te schrijven (noot d). Dit maakt dat de categorie instromers (703 vragenlijsten) minder groot is dan de groepen blijvers (1000 vragenlijsten) en uitstromers (1000 vragenlijsten).

Tabel 1 laat zien dat de totale respons 23% is met blijvers als hoogste en uitstromers als laagste percentage. Dit responspercentage is vergelijkbaar met soortgelijk Nederlands onderzoek met de vignettenmethode,^{8,9} evenals met onderzoek met de vignettenmethode onder een andere populatie Agis verzekerden.¹⁰ De responden-

sche aandoening. Voor deze indeling maken we gebruik van farmaciegegevens die voor de respondenten in dit onderzoek in de administratie van een zorgverzekeraar zijn vastgelegd. Onze analyse maakt het mogelijk om na te gaan of de twee subgroepen verschillend kiezen of zouden willen kiezen.

Inzicht in de overwegingen en keuzepatronen van verzekerden is cruciaal voor het ontwikkelen van beleidsinstrumenten ten aan-

Tabel 1 Steekproefaantallen met responspercentages tussen haakjes

Subgroep	Instromers ^a	Blijvers ^b	Uitstromers ^c	Totaal
Astma/COPD-patiënten ^d	154	308	425	887 (21%)
Diabetes-patiënten ^e	40	160	62	262 (31%)
Astma/COPD en diabetes ^f	9	32	13	54 (35%)
Rest ^g	500	500	500	1500 (23%)
Totaal	703 (20%)	1000 (36%)	1000 (14%)	2703 (23%)

^a Instromers zijn personen die bij Agis Zorgverzekeringen werden ingeschreven tussen 1/1/2004 - 1/9/2005 en niet uitgeschreven werden.

^b Blijvers zijn personen die bij Agis Zorgverzekeringen tussen 1/1/2004 - 1/9/2005 ingeschreven stonden en in- noch uitgeschreven werden.

^c Uitstromers zijn personen die bij Agis Zorgverzekeringen tussen 1/1/2004 - 1/9/2005 uitgeschreven en niet ingeschreven werden.

^d Mensen met astma/COPD zijn personen waarvoor Agis Zorgverzekeringen tussen 1/1/2004 en 1/9/2005 tenminste 30 DDD astma/COPD-medicatie vergoedde.

^e Mensen met diabetes zijn personen waarvoor Agis Zorgverzekeringen tussen 1/1/2004 en 1/9/2005 tenminste 30 DDD diabetesmedicatie (zowel insulines of orale middelen) vergoedde.

^f Mensen met astma én diabetes zijn personen waarvoor Agis Zorgverzekeringen tussen 1/1/2004 en 1/9/2005 tenminste 30 DDD astma/COPD- én tenminste 30 DDD diabetesmedicatie vergoedde.

^g Rest categorie bevat alle andere verzekerde personen.

ten werden niet financieel geprikkeld tot participatie in het onderzoek.

Responsanalyse laat zien dat de groep met diabetes een significant hogere respons (31%) heeft dan de groep met astma/COPD (21%) ($\chi^2(1) = 11,5, p = 0,001$) en de restgroep (23%) ($\chi^2(1) = 8,2, p = 0,004$). De groep met instromers heeft een significant hogere respons (20%) dan de groep die uitstroomt (14%) ($\chi^2(1) = 10,9, p = 0,001$) en een significant lagere respons dan de groep met blijvers (36%) ($\chi^2(1) = 49,2, p < 0,001$). Verzekerden van 55 jaar en ouder hebben relatief vaker de vragenlijst teruggestuurd. Zo is de respons in deze groep 52%, tegen 33% in de aangeschreven groep ($\chi^2(1) = 80,8, p < 0,001$). Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden doordat de groep met diabetes een hogere respons heeft en in deze groep ligt de gemiddelde leeftijd hoger dan in de overige groepen. Van de totaal aangeschreven groep is 37% man en 63% vrouw. Dit komt overeen met de respons groep waarbij 36% man is en 64% vrouw.

In het vervolg van dit artikel presenteren we de resultaten voor twee subgroepen: mensen met en mensen zonder chronische aandoening. De groepen zijn ingedeeld aan de hand van de beschreven farmaceutische kostengroepen. Respondenten uit de subgroepen astma/COPD en/of diabetes zitten in de groep mensen met chronische aandoening evenals de mensen met een chronische aandoening uit de subgroep 'rest' in tabel 1 (40%). Uiteindelijk zijn er 635 respondenten waarvan

428 met en 207 zonder chronische aandoening. Presentatie van de resultaten op deze manier heeft geen invloed op het resultaat. Afzonderlijke subgroepanalyse voor bijvoorbeeld de groepen mensen met astma/COPD en met diabetes leidt niet tot andere resultaten.

Vignettenmethode

Bij de vignettenmethode worden mensen gedwongen om afwegingen tussen aspecten van een zorgverzekering te maken door te kiezen uit hypothetische zorgverzekeraars. Respondenten wordt gevraagd een verzameling aspecten (attributen), een zogenaamd vignet, als geheel te beoordelen. Belangscores worden niet expliciet per prestatiescore (de waarde van een attribuut) gevraagd, maar indirect afgeleid uit de ordening van de vignetten (lees: specifieke combinaties van prestatiescores op alle relevante verzekeringsaspecten tezamen).

In de vignetten worden drie soorten attributen onderscheiden: (1) attributen ten aanzien van de kwaliteit van de door de zorgverzekeraar ingekochte zorg; (2) attributen ten aanzien van de kwaliteit van de dienstverlening door de zorgverzekeraar; en (3) de hoogte van de nominale premie. Als zodanig kan ieder vignet worden beschouwd als zijnde een zorgverzekeraar met een uniek aanbod op het gebied van dienstverlening, gecontracteerde zorg en premiestelling. Tabel 1 presenteert de vignetattributen en waarderingsniveaus (levels).

Ter illustratie worden in kader 1 twee vignetten

Tabel 1 Vignetattributen en levels

Attributen	Levels (codering)		
Kwaliteit van zorg			
Na de behandeling door uw zorgverlener is uw gezondheid	Slecht (0) Zeer goed (3)	Matig (1) Uitstekend (4)	Goed (2)
Uw zorgverzekeraar vergoedt preventie activiteiten	Wel (1)	Niet (0)	
Uw zorgverzekeraar vergoedt ziekte- of aandoeningspecifieke activiteiten	Wel (1)	Niet (0)	
Uw zorgverlener laat u meebeslissen bij de behandeling	Wel (1)	Niet (0)	
Kwaliteit van dienstverlening			
De afhandeling van vragen en klachten door uw zorgverzekeraar	Goed (1)	Slecht (0)	
De snelheid van reageren door uw zorgverzekeraar	Goed (1)	Slecht (0)	
De bereikbaarheid van uw zorgverzekeraar	Goed (1)	Slecht (0)	
De informatievoorziening door uw zorgverzekeraar	Goed (1)	Slecht (0)	
Hoogte van de nominale premie per jaar	950	1075	1200

Zorgverzekeraar A:

- Na de behandeling door uw zorgverlener is uw gezondheid slecht
- Deze zorgverzekeraar vergoedt geen preventie activiteiten (bijv. hulp bij afvallen of stoppen met roken of hardloop cursus)
- Deze zorgverzekeraar vergoedt geen ziekte- of aandoeningspecifieke activiteiten
- Uw zorgverlener laat u wel meebeslissen bij de behandeling
- De afhandeling van vragen en klachten door deze zorgverzekeraar is goed
- De snelheid van reageren door deze zorgverzekeraar is slecht
- Deze zorgverzekeraar is slecht bereikbaar
- De informatievoorziening door deze zorgverzekeraar is goed
- U betaalt 950 euro nominale premie per jaar (kies voor uzelf en houdt daarbij s.v.p. geen rekening met uw eventuele partner of gezin)

Zorgverzekeraar B:

- Na de behandeling door uw zorgverlener is uw gezondheid uitstekend
- Deze zorgverzekeraar vergoedt wel preventie activiteiten (bijv. hulp bij afvallen of stoppen met roken)
- Deze zorgverzekeraar vergoedt wel ziekte- of aandoeningspecifieke activiteiten
- Uw zorgverlener laat u niet meebeslissen bij de behandeling
- De afhandeling van vragen en klachten door deze zorgverzekeraar is slecht
- De snelheid van reageren door deze zorgverzekeraar is slecht
- Deze zorgverzekeraar is slecht bereikbaar
- De informatievoorziening door deze zorgverzekeraar is goed
- U betaalt 1075 euro nominale premie per jaar (kies voor uzelf en houdt daarbij s.v.p. geen rekening met uw eventuele partner of gezin)

Wilt u de zorgverzekeraars nu een rapportcijfer geven van 1 tot en met 10, waarbij 10 de best denkbare zorgverzekeraar is en 1 de slechtst denkbare zorgverzekeraar?

(zorgverzekeraars) beschreven waarin respondenten uit onze studie zich hebben moeten inleven.

Elke respondent kreeg vier vignetten voorgelegd waarbij één vignet voor iedereen hetzelfde was, het zogenaamde referentievignet. Voor de overige drie vignetten geldt dat de respondenten in een aantal subgroepen werden verdeeld met elk een andere set vignetten, zodat we het belang kunnen meten van alle negen vignetattributen, zoals gepresenteerd in tabel 1. De samenstelling van de vignetten is gebaseerd op een orthogonaal design.¹¹ In totaal zijn 11 verschillende sets van vignetten geconstrueerd. Om mogelijke ordeningseffecten te minimaliseren hebben we zowel de positie van vignetten binnen iedere set van vier gevarieerd als wel de positie van de attributen binnen een vignet (noot e). De premie is wel altijd het laatste attribuut binnen een vignet. Dit is de meest natuurlijke plek, immers de premie wordt over het totale pakket (alle andere attributen) geheven.¹²

In dit onderzoek wordt de hoogte van de waardering voor elk vignet door de respondent aangebracht door het geven van rapportcijfers (noot f), zie voor Nederlandse voorbeelden van deze methodiek in de milieu-economie⁸ en in de gezondheidseconomie.^{9,10} Omdat respondenten aan ieder vignet een rapportcijfer toekennen, kunnen we deze rapportcijfers analyseren met lineaire regressietechnieken (noot g). Als verklarende variabelen worden de afzonderlijke vignetattributen gebruikt. Om te corrigeren voor het gegeven dat iedere respondent meerdere rapportcijfers geeft, wordt bij de lineaire regressie clustering

toegepast.¹⁵ Op basis van de geschatte coëfficiënten is het vervolgens mogelijk om de betalingsbereidheid per attribuut te berekenen door de coëfficiënt van het betreffende attribuut te delen door de coëfficiënt van de hoogte van de nominale premie per jaar.^{16,17}

Achtergrondkenmerken

Om respondenten in te kunnen delen in de groep met een chronische aandoening of in de groep zonder chronische aandoening is via administratieve gegevens gekken naar het medicijngebruik (gedurende 0,5-1,5 jaar over 2004 en de eerste helft van 2005) voor een lijst met chronische aandoeningen. Voor deze verzekerden krijgen zorgverzekeraars een hogere vereveningsbijdrage. Deze lijst vormt de basis voor de farmaceutische kostengroepen zoals die in het risicovereveningsmodel 2004 worden onderscheiden (noot h).

Tabel 2 presenteert de achtergrondkenmerken van de respondenten. Deze zijn gemeten conform de methodiek van de Nederlandse versies van de CAHPS vragenlijsten.¹⁸ Aan deze set vragen is een vraag naar het netto gezinsinkomen per maand toegevoegd. In de derde kolom staan de kenmerken van de hele steekproef, in de kolommen vier en vijf worden de kenmerken gegeven voor de groep verzekerden zonder en met chronische aandoening. De laatste kolom geeft aan of er een statistisch significant verschil is tussen de subgroepen mensen zonder en met chronische aandoening (noot i).

Verzekerden met een chronische aandoening zijn statistisch significant vaker man, ouder, lager opgeleid, Ne-

Tabel 2 Achtergrondkenmerken

		Totaal	Geen chronische aandoening	Chronische aandoening	P-waarde ^a
Geslacht	% man	36	27	41	0,001
Leeftijd	gemid. (SD)	53,1 (17,0)	42,5 (16,4)	58,2 (14,7)	<0,001
Opleiding	% hoog	16	35	10	<0,001
	% midden	33	38	30	
	% laag	52	27	60	
Etniciteit ^b	% NL	81	72	86	<0,001
Werk	% (gedeeltelijk) afgekeurd	12	6	15	0,014
	% betaald werk	66	71	63	
Burgerlijke staat	% getrouwd	68	63	70	0,096
Kinderen	% ja	76	63	82	<0,001 ^c
Netto gezinsinkomen ^d	gemid. (SD) per maand in euro's	1529 (656)	1612 (715)	1488 (622)	0,034 ^c

^a Chi-kwadraat toets als percentage en t-toets wanneer gemiddelde is weergegeven.

^b Etniciteit is conform de standaard van het CBS gedefinieerd als Nederlands als zowel moeder als vader in Nederland is geboren.

^c Dit verschil verdwijnt als er wordt gecorrigeerd voor leeftijd (afhankelijk van de uitkomstmaat is hier logistische regressie analyse of variantie analyse gebruikt).

^d De vraag bevatte de volgende antwoordcategorieën <800, 800-1200, 1200-1600, 1600-2000, 2000-2400, 2400-2800, 2800-3500, meer dan 3500. Deze categorieën zijn gehercodeerd naar 800, 1000, 1400, 1800, 2200, 2600, 3150 en 3500.

derlands, (gedeeltelijk) in de WAO, hebben vaker kinderen en hebben een lager inkomen dan verzekerden zonder chronische aandoening.

RESULTATEN

Tabel 3 geeft de resultaten van de vignettenmethode voor mensen met en mensen zonder chronische aandoening afzonderlijk, de groepen zijn gestratificeerd.

De schattingsresultaten in tabel 3 duiden erop dat betere gezondheid na behandeling voor zowel mensen met als mensen zonder chronische aandoening belangrijker is dan de kwaliteit van de dienstverlening van een zorgverzekeraar. De preferenties van respondenten met en zonder chronische aandoening komen sterk overeen, al zijn ten aanzien van enkele attributen significante verschillen. Zo blijken respondenten met een chronische aandoening

Tabel 3 Vignetresultaten gestratificeerd tussen mensen met en mensen zonder chronische aandoening*

Vignetattributen	Geen chronische aandoening		Wel chronische aandoening	
	Coefficient	t-waarde	Coefficient	t-waarde
Kwaliteit van zorg				
Gezondheid na behandeling (uitstekende t.o.v. goede gezondheid)	-0,219	-0,730	0,012	0,060
Gezondheid na behandeling (zeer goede t.o.v. goede gezondheid)	-0,015	-0,070	0,407	2,610
Gezondheid na behandeling (matige t.o.v. goede gezondheid)	-1,100	-5,300	-0,751	-4,520
Gezondheid na behandeling (slechte t.o.v. goede gezondheid)	-1,843	-6,700	-1,776	-10,430
Uw zorgverzekeraar vergoedt preventie activiteiten (wel t.o.v. niet)	0,423	2,490	0,149	1,310
Uw zorgverzekeraar vergoedt ziekte- of aandoeningspecifieke activiteiten (wel t.o.v. niet)	0,697	4,660	0,577	4,720
Uw zorgverlener laat u meebeslissen bij de behandeling (wel t.o.v. niet)	0,605	3,810	0,652	5,500
Kwaliteit van dienstverlening				
De afhandeling van vragen en klachten door uw zorgverzekeraar (goed t.o.v. slecht)	0,557	3,240	0,692	5,740
De snelheid van reageren door uw zorgverzekeraar (goed t.o.v. slecht)	0,598	3,580	0,363	3,010
De bereikbaarheid van uw zorgverzekeraar (goed t.o.v. slecht)	0,630	3,970	0,676	6,100
De informatievoorziening door uw zorgverzekeraar (goed t.o.v. slecht)	0,063	0,400	0,370	2,800
De hoogte van de nominale premie	-0,001	-1,550	-0,002	-4,090
Covariaten				
Log netto maand inkomen (in euro's)	0,049	0,210	-0,025	-0,120
Dummy opleiding laag	0,372	1,210	0,319	1,630
Dummy opleiding midden	0,422	1,820	-0,030	-0,160
Dummy ethniciteit (1=Nederlands)	-0,467	-2,290	-0,259	-1,610
Leeftijd (in leeftijd)	0,002	0,260	-0,007	-1,190
Dummy Kinderen (1=ja)	-0,087	-0,340	0,361	2,160
Dummy Burgerlijke staat (1=getrouwd)	-0,037	-0,150	-0,260	-1,340
Dummy Geslacht (1=man)	0,352	1,540	-0,043	-0,320
Dummy Betaald werk (1=ja)	-0,057	-0,210	-0,213	-1,070
Dummy Arbeidsongeschikt (1=ja)	-0,218	-0,680	-0,383	-2,350
Constante	9,029	5,570	10,673	6,740
R ²	0,368		0,313	
N observaties	547		997	
N respondenten	140		253	

*) OLS regressie met correctie voor clustering; afhankelijke variabele rapportcijfer zorgverzekeraar (10 = best denkbare zorgverzekeraar en 1 = slechts denkbare zorgverzekeraar)

Tabel 4 Betalingsbereidheid vignetattributen in euro nominale premie per jaar op basis van de resultaten uit tabel 3 (rangorde van attributen op basis van de betalingsbereidheid tussen haakjes)

Vignetattributen	Betalingsbereidheid	
	Geen chronische aandoening ^a	Chronische aandoening
Kwaliteit van zorg		
Gezondheid na behandeling (uitstekende t.o.v. goede gezondheid)	176 (9) ^b	6 (11) ^b
Gezondheid na behandeling (zeer goede t.o.v. goede gezondheid)	12 (11) ^b	193 (7)
Gezondheid na behandeling (goede t.o.v. matige gezondheid)	885 (2)	357 (2)
Gezondheid na behandeling (goede t.o.v. slechte gezondheid)	1482 (1)	844 (1)
Uw zorgverzekeraar vergoedt preventie activiteiten (wel t.o.v. niet)	340 (8)	71 (10) ^b
Uw zorgverzekeraar vergoedt ziekte- of aandoeningspecifieke activiteiten (wel t.o.v. niet)	560 (3)	274 (6)
Uw zorgverlener laat u meebeslissen bij de behandeling (wel t.o.v. niet)	486 (5)	310 (5)
Kwaliteit van dienstverlening		
De afhandeling van vragen en klachten door uw zorgverzekeraar (goed t.o.v. slecht)	448 (7)	329 (3)
De snelheid van reageren door uw zorgverzekeraar (goed t.o.v. slecht)	481 (6)	172 (9)
De bereikbaarheid van uw zorgverzekeraar (goed t.o.v. slecht)	507 (4)	321 (4)
De informatievoorziening door uw zorgverzekeraar (goed t.o.v. slecht)	50 (10) ^b	176 (8)

^a De coefficient premie is voor de groep mensen zonder chronische aandoening niet statistisch significant op het gebruikelijke vijfprocentniveau. Dit zou echter het gevolg kunnen zijn van de relatief kleine steekproefomvang. Het is dus voor de hand liggend dat er sprake is van een fout van de tweede soort.

^b Bedrag is niet statistisch significant.

minder waarde te hechten aan preventie. In de vragenlijst werden bij het vignetattribuut preventie als voorbeelden hulp bij afvallen, of stoppen met roken en een hardloopcursus gegeven. Dat chronische patiënten minder waarde hechten aan dergelijke vormen van primaire preventie is voor de hand liggend omdat dit voor hen minder zinvol is. Daarentegen hechten respondenten met chronische aandoening meer belang aan een goede informatievoorziening door hun zorgverzekeraar. Gegeven dat zij naar verwachting veel meer een beroep op hun zorgverzekeraar moeten doen, is het begrijpelijk dat zij aan dit attribuut veel meer belang hechten.

Om een vergelijking in belangsscores tussen de vignetattributen mogelijk te maken, worden de uitkomsten afgezet tegen het vignetattribuut nominale premie. Aldus presenteren we de betalingsbereidheid per attribuut in tabel 4. Hierbij maken we onderscheid tussen de groep mensen met een chronische aandoening en de groep mensen zonder een chronische aandoening.

Evenals tabel 3 liet zien, is het belangrijkste resultaat van tabel 4 dat de betalingsbereidheid bij beide groepen voor de verschillende attributen van goede gezondheid na behandeling hoger is dan de andere vignetattributen. Dit illustreert het relatieve belang van dit aspect. Verder lijken de groepen nauwelijks te verschillen, alhoewel opmerkelijk is dat chronisch zieken veel meer over hebben voor een goede informatievoorziening door hun zorgverzekeraar. Daarentegen hebben mensen zonder chronische aandoening een veel hogere betalingsbereidheid voor vergoeding van primaire preventieactiviteiten door hun verzekeraar.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Een belangrijke bevinding van onze vignettenstudie is dat zowel respondenten met als zonder chronische aandoening bereid zijn een hogere premie te betalen voor een zorgverzekeraar die objectief zou kunnen aantonen dat dankzij zijn zorginkoop/contracteerbeleid verzekerden bij bepaalde aandoeningen een grotere kans hebben op een verbetering van hun gezondheid (*ceteris paribus*).

Hierbij gaat het op een grotere kans op een beter resultaat dankzij bijvoorbeeld selectieve contractering van goede zorgverleners en de organisatie van goede ketenzorg. Indien verzekerden gevoelig zijn voor een betere gezondheidsuitkomst zal dit dus ook kunnen leiden tot een andere keuze voor een zorgverzekeraar. Het kan dus lonen voor een zorgverzekeraar om te investeren in de kwaliteit van zorg, mits hij de opbrengst van deze investeringen duidelijk kan maken en op dit terrein een reputatie kan verwerven. Meer procesmatige aspecten van zorgverlening en service aspecten van de zorgverzekeraar spelen ook een significante, zij het een minder belangrijke rol.

Hoewel ons onderzoek meer inzicht verschaft in de preferenties van verschillende typen verzekerden ten aanzien van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars kent het verschillende beperkingen. Ten eerste heeft onze steekproef betrekking op verzekerden (instromers, uitromers en blijvers) van één zorgverzekeraar. Ten tweede hebben de respondenten nog nauwelijks ervaring met zorgverzekeraars die zich onderscheiden op het terrein van de zorginkoop. Ons onderzoek anticipeert met behulp van de vignettenmethode als het ware op deze nieuwe rol van de zorgverzekeraars als zorginkoper. Maar indien verzekerden nog onvoldoende kennis en ervaring bezitten om een goede afweging te kunnen maken, kan dit ten koste gaan van de robuustheid van de door ons gemeten *stated preferences*. Wanneer verzekeraars de komende jaren zich actief gaan richten op het organiseren en contracteren van goede zorgverlening, kan via onderzoek naar *revealed preferences* worden nagegaan in hoeverre (groepen) verzekerden inderdaad gevoelig zijn voor de kwaliteit van de door zorgverzekeraars gecontracteerde zorg en welke rol informatie en reputatie hierbij speelt. Wat dat betreft kan dit onderzoek worden gezien als een nulmeting, waartegen toekomstige studies kunnen worden afgezet.

NOTEN

- a Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMW. De auteurs bedanken Aldien Poll, Paul Schmidt, Barbara Vriens en Lydia Vunderink van Agis Zorgverzekeringen voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van de vragenlijsten en het verzorgen van het uitzetten van de vragenlijsten en Anja Velders van Mailstreet voor de aanlevering van de gedigitaliseerde enquêteantwoorden en het uitzetten van de vragenlijsten. Ook bedanken we Karin van der Pal van TNO Kwaliteit van Leven voor haar bijdrage aan het management van dit project.
- b Strict genomen, valt deze methode niet onder de *stated preference* benadering. Het nutsconcept van deze methode, *experienced utility*, wijkt namelijk af van het nutsconcept in *revealed* en *stated preference* benaderingen, *decision utility*. Cruciaal punt voor deze studie is echter dat deze methode net als de *stated preference* benadering meer informatie oplevert dan de *revealed preference* benadering die alleen feitelijk gedrag achteraf observeert, zoals het wel of niet switchen van verzekeraar A naar B of van pakket 1 naar 2.
- c De lijst met ATC-codes vormt de basis voor de farmaceutische kostengroepen zoals die in het risicovereveningsmodel 2004 worden onderscheiden. Voor deze verzekerden krijgen zorgverzekeraars een hogere vereveningsbijdrage. Zie de website van het CVZ: <http://www.cvz.nl>.
- d Mensen die ooit hebben aangegeven niet mee te willen werken aan onderzoek zijn niet aangeschreven evenals mensen die reeds in ander door Agis Zorgverzekeringen geëntameerd onderzoek participeren. Dit om non-respons en overbelasting bij de verzekerden zoveel mogelijk te voorkomen.
- e Er blijkt geen statistisch significant verschil te zijn in de waardering van vignetten tussen de groepen waarin de ordening van de vignetten en/of attributen gelijk is gebleven of is gewijzigd. Wanneer de volgorde van het vignet is gewijzigd verschil=0,4 ($p=0,083$), bij wijziging volgorde attributen verschil=0,4 ($p=0,092$) en wanneer beiden zijn gewijzigd verschil=0,3 ($p=0,234$).

- f Het geven van een rapportcijfer is niet strikt noodzakelijk voor de ordening van de vignetten. Een alternatieve manier is om de respondent alleen te vragen de vignetten te ordenen, bijvoorbeeld door ze op volgorde van beste keuze naar slechtste keuze te leggen. Zie voor een Nederlands voorbeeld van dergelijke ordeningsmethoden en de schattingsmethoden om in die situatie de belangsscores af te leiden.¹³
- g Zie voor een gedetailleerde discussie van de analyse van welzijnsvragen met behulp van rapportcijfers.¹⁴
- h In appendix A wordt de validiteit van de gehanteerde indeling op basis van de farmaceutische kostengroepen bevestigd door deze af te zetten tegen de scores op de EQ-5D en SF-36 gezondheidsschalen.
- i Appendix B geeft de item respons per achtergrondkenmerk.

APPENDIX A

In de vragenlijst is aandacht besteed aan de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Dit is gemeten met de EQ-5D¹⁹ en de SF-36.²⁰ De EQ-5D onderscheidt vijf dimensies van gezondheid en de SF-36 onderscheidt acht dimensies van gezondheid. De EQ-5D wordt samengevat in één gezondheidsschaal (de maximale score van 1 staat voor volledig gezond en score 0 is gelijk verondersteld aan overlijden). De dimensies van de SF-36 worden samengevat in een lichamelijke (PCS) en een psychische (MCS) hoofddimensie (score van 0 t/m 100 met 100 optimaal).

Onderstaande tabel presenteert de EQ-5D en SF-36 scores van de totale groep, de groep zonder een chronische aandoening en de groep met een chronische aandoening. Met uitzondering van de psychische hoofddimensie van de SF-36 rapporteren mensen met een chronische aandoening lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven scores dan de mensen zonder chronische aandoening. Dit ondersteunt de validiteit van de gehanteerde indeling op basis van de farmaceutische kostengroepen.

Tabel Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven per subgroep

	EQ-5D ^a Gem. (SD)	EQ-5D optimaal ^b %	PCS ^c Gem. (SD)	MCS ^d Gem. (SD)
Chronische aandoening	0,73 (0,26) ^e	28% ^f	42,7 (10,6) ^g	50,1 (10,9)
Geen chronische aandoening	0,82 (0,24)	46%	49,2 (10,2)	49,8 (10,7)
Totaal	0,76 (0,26)	34%	44,9 (11,6)	50,0 (10,8)

^a EQ-5D (dimensies mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/klachten, stemming): score van 0-1, waarbij 1 is optimaal.

^b Percentage dat een maximale score (=1) heeft op de EQ-5D.

^c SF-36 dimensies samengevat in een lichamelijke hoofddimensie (PCS): score van 0 – 100, waarbij 100 is optimaal.

^d SF-36 dimensies samengevat in een psychische hoofddimensie (MCS): score van 0 – 100, waarbij 100 is optimaal.

^e Sub-groep met chronische aandoening heeft een significant lagere EQ-5D dan de groep zonder chronische aandoeningen ($F = 14,6$, $df = 1$, $p < 0,001$).

^f Sub-groep met chronische aandoening heeft significant minder vaker een optimale EQ-5D score dan de subgroep zonder chronische aandoening ($\chi^2 (1) = 19,1$, $p < 0,001$).

^g Groep met chronische aandoening heeft een significant lagere PCS dan de groep zonder chronische aandoeningen ($F = 41,0$, $df = 1$, $p < 0,001$).

APPENDIX B

Tabel Aantal respondenten per achtergrondvariabele

Aantal	Totaal	Geen chronische aandoening	Chronische aandoening
Geslacht	635	207	428
Leeftijd	627	204	423
Opleiding	600	202	398
Etniciteit	599	200	399
Werk	537	175	362
Burgerlijke staat	603	201	402
Kinderen	606	202	404
Netto inkomen	568	188	380

ABSTRACT

Preferences health and health insurers

Managed competition implies that health insurers negotiate with care suppliers about price and quality of purchased care. An important precondition for workable competition is that consumers are sensitive to both differences in price and quality. Little is known, however, about consumer preferences with respect to medical care purchased by health insurers. This paper aims to provide more insight into consumer preferences for the different aspects of health insurance. Anticipating insurers' new role as prudent buyers of health services, clients' stated preferences regarding quality of care are measured by means of conjoint analysis. Conjoint analysis enables us to compare preferences regarding quality of care with preferences regarding quality of insurers' service providing and premium. We also test for differences in preferences between clients with and without a chronic condition. Empirical results show that clients with and without a chronic condition are willing to pay the highest premiums for care with favourable health outcomes. Insurer's investments in quality of purchased care could, therefore, pay off under the condition that they are able to build a reputation of providing for high quality care. Clients are less inclined to pay for process oriented aspects of care and service aspects of insurers.

Keywords: conjoint analysis, quality of care, health insurance

LITERATUUR

1. Smit M, Mokveld PhJ. Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag: Dé feiten over de marktontwikkelingen na invoering van de basisverzekering. Zeist: Vektis, 2006.
2. NZa. De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt juni 2006. Nederlandse Zorgautoriteit i.o.: Diemen/Utrecht: Nza, 2006.
3. Schut FT. De zorg is toch geen markt? Laveren tussen markt-falen en overheidsfalen in de gezondheidszorg. Rotterdam: iBMG, 2003.
4. Louviere JJ, Islam T. A Comparison of Importance Weights/ Measures Derived from Choice-Based Conjoint, Constant Sum Scales and Best-Worst Scaling. CenSoC Working Paper No. 04-003. September 30, 2004.
5. Delnoij D, Schee E van der. Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003: Een peiling van het consumentenpanel gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2003.
6. Laske-Aldershof T, Schut FT. Monitor verzekerdemobiliteit, onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS. Maastricht: iBMG, 2005.
7. Ryan M, Gerard K. Using choice experiments to value health care programs: current practice and future research reflections. *Appl Health Econom Health Policy* 2003;2:55-64.
8. Baarsma BE. The Valuation of the IJmeer Nature Reserve using Conjoint Analysis. *Environ Res Econom* 2003;25:343-56.
9. Van den Berg B, Al M, Brouwer WBF, Exel JAJ van, Koopmanschap MA. Economic valuation of informal care: The conjoint measurement method applied to informal caregiving. *Soc Sc Med* 2005;61:1342-55.
10. Berg B van den, Stam PJA, Laske-Aldershof T. Kwaliteit van zorg gemeten met de vignettenmethode. *Tijdschr Gezondheidswet* 2007;85:345-53.
11. Viney R, Savage E, Louviere J. Empirical investigation of experimental design properties of discrete choice experiments in health care. *Health Econom* 2005;14:349-62.
12. Kjær T, Bech M, Gyrd-Hansen D, Hart-Hansen K. Ordering effect and price sensitivity in discrete choice experiments: Need we worry? *Health Econom* 2006;15:1217-28.
13. Ophem H van, Stam PJA, Praag BMS van. Multichoice Logit: Modeling Incomplete Preference Rankings of Classical Concerts. *J Business Econom Stat* 1999;17:117-28.
14. Ferrer-i-Carbonell A, Frijters P. How important is methodology for the estimates of the determinants of happiness? *Econom J* 2004;114:641-59.
15. Wooldridge JM. *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge, MA: MIT Press 2002.
16. Beggs S, Cardell S, Hausman J. Assessing the Potential Demand for Electric Cars. *J Econometrics* 1981;16:1-19.
17. Hensher DA, Rose JM, Greene WH. *Applied Choice Analysis: A Primer*. Cambridge University Press: Cambridge 2005.
18. Onyebuchi AOA, Asbroek AHA ten, Delnoij DMJ et al. Psychometric Properties of the Dutch Version of the Hospital-Level Consumer Assessment of Health Plans Survey[®] Instrument. *Health Services Res* 2006;41:284-301.
19. Dolan P. Modeling Valuations for EuroQol Health Status. *Med Care* 1997;35:1095-1108.
20. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36[®]): I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.

CORRESPONDENTIEADRES

Bernard van den Berg, Vrije Universiteit, Faculteit der Aard en Levenswetenschappen, Instituut voor Gezondheidswetenschappen, Afdeling Gezondheidseconomie en Doelmatigheidsonderzoek, De Boelelaan 1085, 1081 HV Amsterdam, tel. 020-598 2545, e-mail: bernard.van.den.berg@falw.vu.nl.

Voor publicatie aanvaard in december 2007.