

Effect van prikkels op keuze voor zorgaanbieders

Uit een keuze-experiment blijkt dat verzekerden gevoeliger zijn voor negatieve dan positieve prikkels om gebruik te maken van preferente apotheken. De mogelijkheden om verzekerden te sturen worden echter beperkt door een sterke voorkeur voor de status-quo.

In het nieuwe zorgstelsel hebben verzekeraars mogelijkheden om verschillende polissen aan te bieden aan verzekerden. Deze polissen kunnen verschillen in de mate van keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders. Verzekeraars kunnen voordelige contracten afsluiten met zorgaanbieders en ervoor kiezen hun verzekerden te stimuleren om van deze aanbieders gebruik te maken. Het blijkt uit empirisch onderzoek uit de Verenigde Staten dat het sturen van verzekerden naar preferente aanbieders kan leiden tot hogere kortingen voor de zorgverzekeraar (Sorensen, 2003). Ook in Nederland lijkt sturing een belangrijke voorwaarde voor effectieve onderhandelingen (Varkevisser et al., 2006). Sturing van verzekerden kan op verschillende manieren plaatsvinden. In de meest stringente variant wordt de keuze van verzekerden op voorhand beperkt tot een gecontracteerd netwerk van zorgaanbieders. Zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders wordt, behalve in gevallen van spoedeisende zorg, niet vergoed. Ervaringen in de VS wijzen uit dat deze vorm van sturing bij veel verzekerden op weerstand stuit (Miller, 2006). In plaats van het op voorhand beperken van de keuzevrijheid tot een afgebakende groep zorgverleners, kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden ook op het moment dat zij zorg nodig hebben via prikkels motiveren om van preferente aanbieders gebruik te maken (ex post sturing). In dit artikel wordt gekeken naar de effectiviteit van dergelijke ex post sturingsmechanismen. Hoewel het sturen van consumenten een cruciale voorwaarde is voor succesvolle onderhandelingen in het nieuwe zorgstelsel is nog maar weinig bekend over mogelijke sturingsmechanismen en de effecten hiervan.

Huidige sturingsmogelijkheden

In een recent rapport heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangegeven dat de inkoopmarkt nog onvoldoende functioneert (NZa, 2007). Zorgverzekeraars maken hun rol als kritische zorginkoper nog niet waar en contracteren bijna alle zorgaanbieders. De NZa identificeert hiervoor een aantal redenen, zoals onduidelijkheid over de vergoeding die verzekeraars moeten geven wanneer verzekerden van niet-gecontracteerde zorgverleners

gebruikmaken, de geringe onderhandelingsruimte en inkoopvoordelen voor zorgverzekeraars als gevolg van het nog grotendeels gereguleerde zorgaanbod, het gebrek aan informatie over kwaliteit van de zorgaanbieders en het feit dat de huisarts geen rekening houdt met het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Om de onduidelijkheid over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorgaanbieders weg te nemen, stelt de NZa dat zij bij de beoordeling van de polissen van de zorgverzekeraars elke vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg acceptabel acht, mits dat voor de verzekerden bij het afsluiten van de polis maar voldoende helder is (NZa, 2007). Indien verzekeraars in hun polis opnemen dat zij de zorg van niet-gecontracteerde zorgaanbieders in het geheel niet vergoeden, is dat in beginsel toegestaan. Zorgverzekeraars kunnen derhalve via negatieve financiële prikkels hun verzekerden sturen naar gecontracteerde, preferente zorgaanbieders. Een potentieel nadeel van deze negatieve financiële prikkels is echter dat het voor zorgverzekeraars kan leiden tot een ongunstig imago en dat verzekerden een dergelijke polis (of zorgverzekeraar) zullen mijden. Daarnaast is het mogelijk dat een verzekerde een lage vergoeding wellicht met succes kan aanvechten bij de rechter op grond van de uitspraak van het Europees Hof van Justitie (2003) dat de vergoeding niet zodanig laag mag zijn dat hierdoor een feitelijke hinderpaal ontstaat om van deze zorgverlener gebruik te maken. Met de invoering in 2008 van een verplicht eigen risico van honderdvijftig euro per volwassen verzekerde ontstaat in de toekomst echter ook de mogelijkheid om verzekerden via een positieve financiële prikkel te stimuleren om van preferente zorgaanbieders gebruik te maken. In het in oktober 2007 door de Tweede Kamer aangenomen wetsvoorstel is namelijk bepaald dat de overheid bepaalde zorgvormen kan aanwijzen waarvoor de zorgverzekeraar, onder nader te bepalen voorwaarden, mag beslissen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen (Minister van VWS, 2007a). Het nadrukkelijke oogmerk van deze bepaling is om zorgverzekeraars zo de mogelijkheid te geven om hun verzekerden te stimuleren om van preferente zorgaanbieders gebruik te maken door de kosten van die zorgverleners niet (geheel) ten laste van het eigen risico te brengen. In feite betekent dit een soort beloning voor gewenst gedrag. In tegenstelling tot het op grond van de polis niet (volledig) vergoeden van niet-gecontracteerde zorgaanbieders, geldt het eigen risico ongeacht de poliskeuze, maar kan daar bij preferent zorggebruik een uitzondering op

LIEKE BOONEN EN ERIK SCHUT

Wetenschappelijk onderzoeker en hoogleraar bij het Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam

worden gemaakt. Uiteraard werkt deze prikkel slechts zolang het eigen risico niet is overschreden. Voor zorgverzekeraars betekent dit dat zij een expliciete afweging moeten maken tussen de doelmatigheidswinst van preferent zorggebruik en de extra kosten als gevolg van het vrijwaren van het eigen risico.

Op de apothekersmarkt wordt door zorgverzekeraars al enkele jaren geëxperimenteerd met diverse soorten bonussen om verzekerden te motiveren om van bepaalde apotheken gebruik te maken (Boonen en Schut, 2006; Boonen et al., 2007). Zo geeft zorgverzekeraar CZ thans bijvoorbeeld vier euro korting op alle receptgeneesmiddelen bij gebruik van een bepaalde internetapothek (Nationale-Apotheek.nl). De minister van VWS (2007b) heeft in antwoord op kamervragen zijn expliciete steun betuigd aan dit initiatief.

Experiment

Om te onderzoeken of consumenten gevoelig zijn voor ex post sturingsmechanismen en of zij bereid zijn te switchen naar een preferente aanbieder kan worden geanalyseerd hoe verzekerden feitelijk reageren op bepaalde prikkels. Aangezien er door verzekeraars nog nauwelijks sturing plaatsvindt, is het vergelijken van verschillende sturingsinstrumenten op basis van feitelijk gedrag maar beperkt mogelijk (Boonen en Schut, 2006; Boonen et al., 2007). Een alternatieve manier om inzicht te verwerven in het keuzegedrag van consumenten is door te onderzoeken hoe zij kiezen tussen hypothetische situaties waarin sprake is van verschillende sturingsinstrumenten. Het voordeel van deze methode is dat de relatieve invloed van uiteenlopende sturingsinstrumenten kan worden vergeleken. Een geavanceerde methode om preferenties in hypothetische keuzesituaties te meten is het uitvoeren van een *Discrete Choice Experiment* (DCE) (Louviere et al., 2000). Bij een DCE wordt een respondent geconfronteerd met een reeks scenario's, waarbij hij telkens moet aangeven welk scenario zijn voorkeur heeft. In dit artikel worden de resultaten gerapporteerd van een experiment waarbij de respondent telkens een keuze maakt tussen twee hypothetische apotheken. Hierbij zijn de apotheken beschreven aan de hand van een aantal kenmerken, zogeheten attributen. Door het niveau van deze attributen te variëren kan het relatieve belang van verschillende attributen worden afgeleid. Het experiment is in 2006 uitgevoerd door het uitzetten van een vragenlijst onder achthonderd verzekerden van een zorgverzekeraar. Het responspercentage lag rond de dertig procent. In de vragenlijsten is ook gevraagd naar diverse relevante achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, geslacht, gezondheidstoestand, medicijngebruik, inkomen, opleiding en het hebben van een baan.

De selectie van attributen van de apotheek die voor consumenten relevant kunnen zijn, is gebaseerd op literatuuronderzoek, op vragenlijsten die uitgezet zijn onder verzekerden en op een consultatie met betrokkenen (apotheken en zorgverzekeraars). De gekozen attributen zijn: een eigen bijdrage of een bonus, de aanwezigheid van een uitgebreide internetservice om medicijnen te bestellen, openingstijden (ruim of beperkt), afstand van het woonadres tot de apotheek, afstand van de huisarts tot de apotheek en de aanwezigheid van extra service-elementen, zoals extra spreekuren, gratis informatiebijeenkomsten en thuisbezorging. Bij de financiële prikkel is in de ene helft van het experiment gekozen voor een eigen bijdrage (negatieve stimulans) en in de andere helft voor een bonus (positieve stimulans). Het onderscheid in negatieve en positieve prikkels is niet alleen van belang omdat zorgverzekeraars beide soorten prikkels in de praktijk kunnen toepassen, maar ook omdat uit onderzoek blijkt dat consumenten anders reageren op winst dan op verlies (Tversky en Kahneman, 1991).

De keuze van een respondent tussen twee hypothetische apotheken geeft inzicht in zijn relatieve voorkeuren voor bepaalde apotheekkenmerken. Op grond van dit inzicht kan echter nog geen betrouwbare uitspraak worden gedaan of de respondent ook daadwerkelijk zal overstappen naar een apotheek met geprefereerde kenmerken. In de praktijk zal immers vaak niet alle informatie over alle relevante kenmerken eenvoudig beschikbaar of bekend zijn. Naarmate minder informatie beschikbaar is of de zoekkosten voor de consument hoger zijn, zullen consumenten minder snel bereid zijn om van apotheek te veranderen. Maar zelfs als consumenten perfect op de hoogte zijn van alle relevante verschillen, blijkt uit onderzoek dat consumenten vaak de voorkeur geven om vast te houden aan een eenmaal gemaakte keuze, ook als betere alternatieven beschikbaar zijn. Deze voorkeur om te blijven zitten waar je zit, wordt aangeduid als status-quo bias (Neipp en Zeckhauser, 1985; Samuelson en Zeckhauser, 1988). In dit experiment is de invloed van deze status-quo bias gemeten door respondenten na iedere keuze tussen twee hypothetische apotheken te vragen of zij de gekozen apotheek ook prefereerden boven de eigen apotheek. Daarbij was aan elke respondent eerst gevraagd om de eigen apotheek te beschrijven aan de hand van de geselecteerde apotheekkenmerken (attributen). Op grond van de gemaakte keuzen tussen eigen apotheek en hypothetische apotheek kon vervolgens worden afgeleid welke waarde respondenten toekennen aan de eigen apotheek (status-quo) in relatie tot de objectieve apotheekkenmerken.

Resultaten

Bij de hypothetische keuzesituaties moeten respondenten een afweging maken tussen verschillende apotheken. Met een conditioneel logit model met keuzespecifieke effecten, waarbij gecorrigeerd is voor de mogelijke correlatie tussen de antwoorden van een respondent, is geschat welk effect elk attribuut heeft op de apo-

tabel 1

Schattingsresultaten

Onafhankelijke variabelen	Betalingsbereidheid bij bonus ¹	Kans ²	Betalingsbereidheid bij eigen bijdrage ¹	Kans ²
Internetservice	1,10* (0,15 – 3,11)	0,046	0,1 (-0,12 – 0,31)	-0,018
Ruimere openingstijden	2,61* (1,26 – 6,86)	0,102	-0,41* (-0,69 – -0,15)	0,069
Extra service	1,92* (0,76 – 5,24)	0,077	-0,249* (-0,50 – -0,02)	0,043
Afstand van het thuisadres naar de apotheek (loopafstand in minuten)	0,216* (0,129 – 0,479)	0,092	-0,041* (-0,059 – -0,026)	0,072
Afstand van de huisarts naar de apotheek (loopafstand in minuten)	0,203* (0,119 – 0,463)	0,087	-0,042* (-0,062 – -0,025)	0,075

* statistisch significant

¹ Betalingsbereidheid in euro's; 95 procent betrouwbaarheidsinterval tussen haakjes; deze intervallen zijn berekend op basis van de bootstrap methode (Hole, 2007).

² Geeft de stijging in de kans aan waarmee een alternatief gekozen wordt als gevolg van een verandering in attributen. Een alternatief met ruime openingstijden heeft bijvoorbeeld in de bonus versie tien procent hogere kans om gekozen te worden dan het alternatief zonder ruime openingstijden.

theekkeuze. Daarnaast is de betalingsbereidheid voor de verschillende attributen geschat op basis van de *compensating variation* methode. Deze methode houdt rekening met de mogelijkheid dat een verandering in een van de attributen kan leiden tot de keuze voor een ander alternatief, in tegenstelling tot de traditioneel gehanteerde methoden die daardoor meestal leiden tot een overschatting van betalingsbereidheid (Lancsar en Savage, 2004). In tabel 1 is de betalingsbereidheid voor de verschillende attributen weergegeven.

De resultaten laten zien dat de aanwezigheid van extra service elementen, ruime openingstijden, een geringere reisafstand en de aanwezigheid van internet-service (alleen in de bonusvariant) een significant positief effect hebben op de keuze voor een apotheek. De betalingsbereidheid geeft aan hoeveel respondenten willen inleveren van de bonus respectievelijk hoeveel ze aan eigen bijdrage willen betalen om een apotheek te bezoeken met bepaalde gunstige kenmerken. Uit de resultaten blijkt dat negatieve financiële prikkels een sterker effect hebben dan positieve, aangezien respondenten voor dezelfde attributen minder bereid zijn te betalen dan dat zij bereid zijn op te geven van hun bonus. Uit de tabel blijkt bijvoorbeeld dat respondenten bereid zijn om in ruil voor ruimere openingstijden 2,61 euro bonus in te leveren, terwijl zij daarvoor maar 41 eurocent willen betalen. En voor een minuut minder loopafstand van huisadres naar apotheek zijn respondenten bereid om genoeg te nemen met een twintig eurocent lagere bonus, terwijl zij daar maar vier eurocent voor willen betalen. Uit de empirische analyse blijkt voorts dat het effect eigen bijdragen zo overheersend is dat geen van de achtergrondkenmerken van de respondenten een significant effect heeft op apotheekkeuze. In keuzesituaties waarin sprake is van een bonus blijkt daarentegen dat sommige achtergrondvariabelen wel een rol spelen. Zo blijkt dat respondenten die medicijnen hebben gebruikt minder gevoelig zijn voor een bonus, gezonde respondenten minder gevoelig zijn voor openingstijden en dat respondenten met een baan gevoeliger zijn voor ruime openingstijden en juist minder gevoelig voor extra service aspecten.

Tenslotte blijkt uit de keuze van respondenten tussen de eigen apotheek en een hypothetische apotheek dat er sprake is van een aanzienlijke status-quo bias. Respondenten blijken bereid om 4,5 euro te betalen danwel vijf euro van hun bonus op te geven om bij de eigen apotheek te kunnen blijven. De voorkeur voor de status-quo is zo sterk dat in de experimenten met een eigen bijdrage, behalve de eigen bijdrage geen van de andere attributen van statistisch significante invloed op de keuze is. In de experimenten met een bonus hebben naast de bonus ook service en de reisafstand vanaf het thuisadres een significant effect op de keuze. Een andere indicatie voor het belang van de status-quo bias is dat wanneer respondenten kunnen kiezen tussen hun eigen apotheek en een beter alternatief, tussen de twintig procent en dertig procent van de respondenten bij de eigen apotheek blijft.

Conclusie

De resultaten van het keuze-experiment laten zien dat de voorkeuren voor bepaalde apotheken afhangen van verschillende apothekenmerken, zoals de locatie, openingstijden en extra (internet)service. Daarnaast blijken respondenten gevoelig voor financiële prikkels, waarbij de gevoeligheid voor negatieve prikkels aanzienlijk groter is dan voor positieve. Dit duidt erop dat het deels niet vergoeden van niet-gecontracteerde zorgaanbieders waarschijnlijk een effectiever sturingsinstrument is dan het geven van een bonus of het kwijtschelden van een deel van het eigen risico. Aan de andere kant zullen polissen met beperkte vergoedingen voor een substantieel aantal niet-gecontracteerde zorgverleners wellicht weinig klanten trekken. Een andere belangrijke bevinding van ons experiment is de sterke voorkeur voor de status-quo. Zelfs al zijn respondenten volledig geïnformeerd over de relevante kenmerken van alle alternatieven, dan nog verkiezen zij vaak de eigen apotheek boven een – naar eigen oordeel – betere apotheek. In de praktijk zal de voorkeur voor de eigen aanbieder nog sterker zijn, omdat overstappen gepaard gaat met zoek- en overstapkosten. De sterke voorkeur voor de status-quo beperkt de effectiviteit van sturing via financiële en niet-financiële prikkels. Het status-quo effect speelt echter vooral op de korte termijn, omdat er nieuwe verzekerden en nieuwe medicijngebruikers bijkomen die niet gehecht zijn aan een bepaalde apotheek. Dus kan het voor zorgverzekeraars op de langere termijn wel degelijk effectief zijn om, aansluitend bij de preferenties van verzekerden, via de juiste prikkels het gebruik van preferente aanbieders te bevorderen.

LITERATUUR

- Boonen, L.H.H.M. en F.T. Schut (2006) Sturen op de zorgmarkt. *ESB* 91(4486), 226–228.
- Boonen, L.H.H.M., F.T. Schut en X. Koolman (2007) Consumer channelling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market. *Health Economics* (te verschijnen).
- Europese Hof van Justitie (2003) Uitspraak in zaak Muller Fauré, nr. C-385/99, 13 mei.
- Hole, A.R. (2007) A comparison of approaches to estimating confidence intervals for willingness to pay measures. *Health Economics* 16(8), 827–840.
- Lancsar, E. en E. Savage (2004) Deriving welfare measures from discrete choice experiments: inconsistency between current methods and random utility and welfare theory. *Health Economics* 13(9), 901–7.
- Louvière, J.J., D.A. Hensher en J.D. Swait (2000) *Stated choice methods analysis and application*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, N.H. (2006) Insurer-provider integration, credible commitment, and managed-care backlash. *Journal of Health Economics* 25(5), 861–76.
- Minister van VWS (2007a) *Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimeteruggave door een verplicht eigen risico*. Eerste Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 094 A.
- Minister van VWS (2007b) *Nationale Apotheek*, Brief aan de Tweede Kamer, GMT-CB-U-2772684, 24 mei, 2007.
- Neipp, J. en R. Zeckhauser (1985) Persistence in the choice of health plans. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 6(3), 47–72.
- NZa (2007) *Visiedocument Richting geven aan keuzes. Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?* Utrecht: NZa.
- Samuelson, W. en R. Zeckhauser (1988) Status quo bias in decision making. *Journal of Risk and Uncertainty* 1(1), 7–59.
- Sorensen, A.T. (2003) Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut. *The Journal of Industrial Economics* 51(4), 469–490.
- Tversky, A. en D. Kahneman (1991) Loss Aversion in Riskless Choice: A Reference-Dependent Model. *Quarterly Journal of Economics* 106(4), 1039–1061.
- Varkevisser, M., N. Polman en S.A. Van der Geest (2006) *Zorgverzekeraars moeten patienten kunnen 'sturen'*. *ESB* 91(4478), 38–40.