

# 4

## De Wmg en de versterking van de positie van de consument door keuze-informatie

Mr drs R. Coppen, NIVEL  
Dr J.D. de Jong, NIVEL  
Prof dr ir R.D. Friele, NIVEL

### 4.1 Inleiding

Zoals aangekondigd in hoofdstuk 1 zal dit hoofdstuk zich richten op de derde operationele doelstelling van de Wmg: *zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars patiënten en verzekerden goede informatie geven zodat zij kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen, met welke verzekeraar zij in zee willen gaan en welke polis voor hen het meest geschikt is.*<sup>193</sup>

Deze operationele doelstelling is een nadere uitwerking van hetgeen in de considerans van de Wmg als doel is opgenomen “ ... dat het tevens wenselijk is in verband met de informatieachterstand van de consument en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, de positie van de consument te beschermen en bevorderen”.<sup>194</sup>

Het doel van dit hoofdstuk is om inzicht te geven in de invulling van deze doelstelling. Allereerst zal ingegaan worden op de beleidstheorie die ten grondslag ligt aan deze doelstelling, vervolgens gaan we in op de effecten die tot nu toe zichtbaar zijn geworden en de manier waarop deze effecten worden bereikt. Het gaat dan om keuze-informatie die van toepassing is voor alle zorg die onder Wmg valt.<sup>195</sup> Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de wettelijke instrumenten en de effecten daarvan, maar ook naar de rol en de effecten van het flankerend beleid. Aandacht voor flankerend beleid is noodzakelijk, omdat dit flankerend beleid in hoge mate de concrete invulling van deze doelstelling heeft bepaald. Daarom is aandacht voor flankerend beleid in dit geval noodzakelijk om inzicht te krijgen in de effecten van de wet op dit punt.

---

<sup>193</sup> Kamerstukken II 2004-2005, 30186, nr.3, p.4 (MvT).

<sup>194</sup> Dit doel is opgenomen n.a.v. een amendement van het lid Omtzigt, Kamerstukken II 2005-2006, 30 196, nr.42, p.1.

<sup>195</sup> Dit is zorg die verzekerd is via de Zvw, aanvullend verzekerde zorg, niet verzekerde zorg en AWBZ-zorg (art. 1 Wmg). Zie ook NZa 2007a, p.7.

Naast artikelen over het bieden van keuze informatie bevat de Wmg nog tal van instrumenten die de positie van consumenten waarborgt of versterkt. Denk daarbij aan art. 3 lid 4 waarmee de NZa de opdracht heeft om bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumenten belang voorop te stellen, of aan artikelen die betrekking hebben op verkoop op afstand, artt. 41-43 en het verbod op misleidende reclame wat specifiek in de Wmg wordt benoemd, artt. 39 lid 1 en 40 lid 3. Deze artikelen worden in dit hoofdstuk niet besproken, omdat dit hoofdstuk zich concentreert op de keuze-informatie.

De analyse van de thema uit de Wmg vindt plaats aan de hand van de in hoofdstuk 1 genoemde deelvragen:

- 1 Wat wordt beoogd met het beschermen en bevorderen van de positie van de consument met behulp van het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie?
- 2 Welke instrumenten bevat de wet voor het beschermen en bevorderen van de positie van de consument met behulp van het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie? Wat is de beoogde werking hiervan in relatie tot de doelen van de Wmg?
- 3 Hoe verhoudt de Wmg zich tot aanpalende wetgeving respectievelijk Europese regelgeving?
- 4 Is de Wmg consistent, zowel intern als in relatie tot de overige relevante (zorg)wetgeving?
- 5 Hoe zijn de bepalingen van de Wmg door de bij de wet betrokken partijen ingevoerd en hoe worden deze in de praktijk toegepast respectievelijk nageleefd?
- 6 Welke knelpunten en problemen doen zich bij de toepassing en naleving van de wettelijke bepalingen voor?
- 7 Wat valt er op grond van de ontwikkelingen binnen de deelmarkten en het bieden van keuze informatie te zeggen over de effectiviteit en de tekortkomingen van het instrumentarium van de Wmg?

#### 4.1.1 Leeswijzer bij dit hoofdstuk

##### **Analyse van de wet en de beleidstheorie**

Allereerst vindt in dit hoofdstuk een analyse van de wet en de beleidstheorie achter de wet plaats (4.2). Het gaat daarbij om het achterhalen van de redenen om (meer) keuze-informatie beschikbaar te stellen en hoe keuze-informatie zou moeten bijdragen aan het nieuwe sturingsconcept voor de zorg en de positie van de consument. Ook gaat het daarbij om de voorwaarden waar een systeem van keuze-informatie aan zou moeten voldoen. Dit deel van het hoofdstuk geeft antwoord op de eerste deelvraag. In paragraaf 4.2.3 wordt ook kort stilgestaan bij hoe de Wmg zich op dit thema verhoudt tot aanpalende wetgeving (deelvragen 3 en 4). Hoe de Wmg zich op dit thema ten opzichte van Europese regelgeving verhoudt valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.<sup>196</sup> Paragraaf 4.2 bespreekt tevens hoe het systeem van keuze-informatie uiteindelijk in de Wmg is uitgewerkt (paragraaf 4.2.4) en welke rol de wet aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa toebedeelt

---

196 In dit kader is het relevant om te vermelden dat het Europese parlement onlangs het voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (COM(2008) 414 definitief) heeft aangenomen. Ook hier speelt (keuze-)informatie een belangrijke rol.

(paragraaf 4.2.5). Dit geeft antwoord op de tweede deelvraag.

Voordat de Wmg in werking trad was er al informatie bekend over het gebruik van keuze-informatie en de invloed daarvan op de positie van de consument. Paragraaf 4.3 bespreekt daarom op basis van eerdere onderzoeken wat er al bekend was over het gebruik van keuze-informatie.

### **Analyse van de in- en uitvoering van de wettelijke instrumenten**

Vervolgens wordt in paragraaf 4.4 dieper ingegaan op de in- en uitvoering van de wettelijke instrumenten en het flankerend beleid die zijn ingezet voor het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie. Hoe heeft die in- en uitvoering van het beschikbaar maken van keuze-informatie vorm gekregen? Meer specifiek gaat deze paragraaf in op hoe de NZa haar rol heeft ingevuld (4.4.1), overheidsprogramma's hebben bijgedragen aan de ontsluiting van keuze-informatie (4.4.2), websites hebben bijgedragen aan de ontsluiting van keuze-informatie (4.4.3) en welke rol marktpartijen spelen bij de ontwikkeling en ontsluiting van keuze-informatie (4.4.4). Dit geeft een antwoord op deelvraag 5.

In paragraaf 4.5 worden vervolgens de effecten van de wet, voor zover mogelijk, besproken. Hiermee wordt ten eerste aandacht besteed aan de vraag of keuze-informatie inderdaad gebruikt wordt en hoe die informatie dan wordt gebruikt. Ten tweede geeft deze paragraaf ook inzicht in de invloed die het beschikbaar komen van keuze-informatie tot nu toe heeft gehad op de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt. In deze paragraaf wordt ook aandacht besteed aan de knelpunten en problemen die zich bij de toepassing en naleving van de wettelijke bepalingen voordoen (deelvraag 6).

### **Formuleren van conclusies**

En tenslotte vindt er een beschouwing plaats van de bevindingen uit dit hoofdstuk (4.6). Hierbij wordt teruggekeken op de beleidstheorie en in hoeverre de veronderstelde werking van de wet daadwerkelijk in de praktijk heeft plaatsgevonden. Ook wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan wat er op grond van de ontwikkelingen binnen de deelmarkten en het bieden van keuze informatie valt te zeggen over de effectiviteit en de tekortkomingen van het instrumentarium, gericht op het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie, van de Wmg (deelvraag 7).

## **4.2 De beleidstheorie achter het beschikbaar maken van keuze-informatie**

### **4.2.1 Achtergrond bij de beleidstheorie**

In de Memorie van Toelichting constateert de Minister dat de Nederlandse gezondheidszorg weliswaar internationaal goed presteert, maar dat er ook belangrijke verbeteringen mogelijk en nodig zijn. Hij wijst hierbij op *“een betere service en kwaliteit, meer innovatie, efficiëntere zorgprocessen, een betere relatie tussen prijs, prestatie en kwaliteit, meer transparantie en meer waar voor je geld”*.

Patiënten en verzekerden moeten meer te kiezen krijgen, terwijl tegelijkertijd de publieke belangen

van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg overeind moeten blijven. De overheid blijft er uiteindelijk verantwoordelijk voor dat deze publieke belangen worden bewaakt.<sup>197</sup>

In 2004 had de WRR geconstateerd dat de toename aan overheidsregulering en toezicht zich steeds meer lijkt te baseren op een gebrek aan vertrouwen in maatschappelijke actoren.<sup>198</sup> De toename van overheidsregulering wordt gezien als een belemmering van een kwalitatief goed en doelmatig functionerende zorgsector. Een teveel aan centrale regelgeving en het ontbreken van adequate marktprikkels staan in de weg van het realiseren van innovatief zorgaanbod met een goede prijs-prestatieverhouding. Het kabinet wil deze tendens keren. Dit is voor de zorg het uitgangspunt: meer ruimte aan marktpartijen. Hieronder wordt verstaan een grotere verantwoordelijkheid voor consumenten, aanbieders en verzekeraars.

Met de invoering van het nieuwe sturingsconcept, gereguleerde marktwerking, is het de bedoeling dat de aanbieders en ziektekostenverzekeraars zich niet meer tot de overheid richten voor aanwijzingen voor hun beleid, maar tot de consument. En consumenten krijgen meer verantwoordelijkheid om zelf te kiezen. Aanbieders en verzekeraars worden gestimuleerd om hun klanten zo goed mogelijk te bedienen; zij moeten als het ware achter de klanten aan.<sup>199</sup> Het moeten opereren op een markt biedt die stimulans. Het aanbrenge van meer marktprikkels zorgt er immers voor dat zowel aanbieders als verzekeraars zich meer op de consument richten, in plaats van op de overheid zoals in een systeem van centrale aanbodsturing gebeurt.<sup>200</sup> Gereguleerde marktwerking is dus niet het doel, maar een middel om tot betere prestaties te komen.

In de Memorie van Toelichting wordt aangegeven dat bij dit nieuwe sturingsconcept ook de positie van de consument (patiënt) versterkt dient te worden.<sup>201</sup> Een nieuw element in de Wmg dat hieraan moet bijdragen is **het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie**. Hoe dit element dient bij te dragen aan het doel van de wet wordt beschreven in de volgende paragraaf.

#### 4.2.2 Van aanbodsturing naar vraagsturing: een actievere rol voor de consument

De belangrijkste reden voor de overheid om het gezondheidszorgstelsel te herzien was om “partijen meer handelingsvrijheid te geven en waar mogelijk de «centrale aanbodsturing» te vervangen door een systeem dat meer ruimte geeft aan eigen initiatief en verantwoordelijkheid”.<sup>202</sup> Het aanbodgestuurde stelsel van weleer moest worden vervangen door een vraaggestuurd stelsel. De uitvoerders van het stelsel moesten niet langer hun aanbod aanpassen aan de eisen van de overheid, maar zich richten op de wensen van de zorgconsument. Hiervoor was het ook noodzakelijk dat de consument een andere, actievere rol ging spelen op de zorgverzekeringsmarkt en zorgverleningsmarkt. In de Memorie van Toelichting van de Wmg stelt de minister vast dat de consument vaker zal kunnen en

---

197 Kamerstukken II 2004-2005, 30186, nr.3, p.2 (MvT).

198 WRR 2004, p.12; zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30186, nr.3, p.2 (MvT).

199 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.2 (MvT).

200 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.D, p.1.

201 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.12 (MvT).

202 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.2 (MvT).

moeten kiezen wat hij wil, van wie hij dat wil krijgen en wat hij daarvoor wil betalen.<sup>203</sup>

De achterliggende gedachte van de overheid daarbij is dat de consument zelf beter een oordeel kan vormen over het aanbod van ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders dan de overheid.<sup>204</sup> De consument zou zijn oordeel kenbaar moeten kunnen maken door invloed uit te oefenen en/of keuzes voor bepaalde ziektekostenverzekeraars of zorgaanbieders te maken.<sup>205</sup> Dit mechanisme wordt onder andere omschreven in de Memorie van Antwoord van de Zorgverzekeringswet<sup>206</sup> en sluit aan bij de theorie van Hirschman over “exit” en “voice”.

### **De theorie van exit en voice in de gezondheidszorg**

Om de beleidstheorie achter het bieden van keuze-informatie nader te kunnen uitwerken is de theorie van Hirschman nuttig. Hirschman werkt twee strategieën uit die mensen hebben om invloed op organisaties te kunnen uitoefenen: “exit” of “voice”. Exit wordt in Nederland ook wel “stemmen met de voeten” genoemd. Het exit-mechanisme veronderstelt dat als een consument niet tevreden is, of denkt ergens anders een beter aanbod (prijs/kwaliteit) te kunnen krijgen, hij een bepaalde instelling verlaat. Als een klant wel tevreden is of verwacht tevreden te zijn, dan kiest hij juist voor een bepaalde instelling.<sup>207</sup> Door het exit-mechanisme wordt duidelijk dat een consument ontevreden over een instelling is of ergens anders een beter aanbod kan krijgen, maar het maakt niet duidelijk wat de instelling kan doen om klanten te binden.

Op een concurrerende markt kan exit een krachtig mechanisme zijn. Een goed werkend exit-mechanisme zal er uiteindelijk toe leiden dat instellingen waar consumenten niet tevreden over zijn ofwel zichzelf verbeteren, ofwel van de markt verdwijnen. Voor de werking van het exit-mechanisme zijn de volgende aspecten essentieel: (1) de consument moet ook daadwerkelijk iets te kiezen hebben, (2) de consument moet over goede keuze-informatie kunnen beschikken, (3) het gedrag van de consument moet consequenties hebben voor de financiering van de instelling.<sup>208</sup> Exit is nodig om een signaal te krijgen dat er iets niet goed is, of dat iets beter kan. Mensen die blijven verstrekken de financiële middelen om te kunnen verbeteren.

Het voice-mechanisme veronderstelt dat als een consument niet tevreden is, hij zijn mening over het functioneren van de instelling kenbaar zal maken. Voice is met name een belangrijk instrument op markten waar weinig te kiezen valt. Voice kost namelijk meer moeite dan exit. Als er exit mogelijkheden zijn zullen mensen daarom eerder voor exit kiezen dan voor voice. Een goed werkend voice-mechanisme zal er uiteindelijk toe leiden dat instellingen helder krijgen waar hun verbeterpunten liggen. Voor de werking van het voice-mechanisme zijn de volgende aspecten essentieel: (1) de medezeggenschap van de consumenten is (wettelijk) geregeld, (2) de instelling

---

203 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.40 (MVT).

204 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001a, p.16-17; zie ook WRR, p.72-73.

205 De keuze voor het ondersteunen van een actievere rol van de consument sluit ook aan bij de in hoofdstuk 2 geconstateerde noodzaak om bij het maken en bewaken van markten niet alleen oog te hebben voor de aanbods-kant, maar ook voor de vraagkant.

206 Kamerstukken I 2004-2005, 29 763, nr.E, p.44 (MvA).

207 Algemene Rekenkamer 2008a, p.11.

208 Algemene Rekenkamer 2008a, p.11.

investeert daadwerkelijk in een dialoog met betrokkenen.<sup>209</sup> Daarnaast is het zo dat voice gemakkelijk moet worden gemaakt als er ook exit mogelijkheden zijn, anders zullen mensen geen gebruik maken van voice.

Om dit systeem in de gezondheidszorg te kunnen realiseren moest in ieder geval aan twee voorwaarden worden voldaan. Een eerste voorwaarde is dat de informatievoersprong van zorgaanbieders en verzekeraars ten opzichte van consumenten verkleind moest worden, zodat consumenten zelf afwegingen over prijs en kwaliteit kunnen maken.<sup>210</sup> Ten tweede wilde de wetgever de keuzevrijheid voor zorgconsumenten door middel van keuze-informatie vergroten, zodat consumenten niet (langer) beperkt werden in hun keuzes.<sup>211</sup> De transparantie van markten en de betwistbaarheid van marktposities moest voor een evenwichtige onderhandelingsituatie tussen vraag- en aanbodzijde zorgen.<sup>212</sup>

*Voorwaarde 1: Verkleinen informatievoersprong van zorgaanbieders en verzekeraars ten opzichte van consumenten*

De informatievoersprong die aanbieders en verzekeraars op patiënten en verzekerden hebben zorgt voor een ongelijke verhouding. Patiënten hebben een informatieachterstand ten opzichte van zorgaanbieders wat betreft de medische noodzaak en kwaliteit van medisch handelen.<sup>213</sup> Verzekerden hebben een informatieachterstand ten opzicht van verzekeraars wat betreft de inhoud en de samenstelling van verzekeringsproducten en de kosten van zorg. Dit noodzaakt ertoe om toezicht te houden op de transparantie van markten voor consumenten. De RVZ concludeerde dat voor het kunnen maken van keuzes de consument informatie moet hebben over welke producten, met welke kwaliteit, tegen welke prijs ze kunnen inkopen en wat de alternatieven zijn.<sup>214</sup> Daarnaast hebben consumenten vergelijkbare en begrijpelijke informatie nodig over de mogelijkheden op de verzekeringsmarkt én de zorgverleningsmarkt. De toegankelijkheid van de zorg zou immers in het gedrang komen als bijvoorbeeld aanbieders en verzekeraars als gevolg van de gewenste concurrentie, mensen op het verkeerde been zetten door het aanbod ondoorzichtig te presenteren.<sup>215</sup> Verder stelde de minister vast dat de ervaringen in het buitenland lieten zien dat marktwerking op gang komt als vergelijkbare informatie over ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders voor consumenten beschikbaar komt. Daarnaast hebben zorggebruikers er recht op om van te voren te weten wat ze zullen krijgen als ze ergens voor moeten betalen.<sup>216</sup> Daarom achtte de minister het noodzakelijk om de inzet van volgende instrumenten te bevorderen:<sup>217</sup>

---

209 Algemene Rekenkamer 2008a, p.12.

210 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.12 (MvT).

211 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001a, p.5, 14, 23-24.

212 CPB 2002, p.13.

213 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.9 (MvT).

214 RVZ 2003, p.55.

215 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.12 (MvT).

216 Kamerstukken II 2003-2004, 27 807, nr.22, p.1.

217 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.8 (MvT); zie ook CPB 2003, p.13.

- prestatie meting
- heldere verantwoording over de geleverde zorg en inzichtelijke consumenten informatie
- verhinderen van gedrag dat de mededinging beperkt.<sup>218</sup>

#### *Voorwaarde 2: Vergroten van keuzevrijheid voor zorgconsumenten*

De betwistbaarheid van marktposities zal pas ontstaan als zorgconsumenten geen drempels ervaren bij het wisselen van ziektekostenverzekeraar of zorgaanbieder. Wanneer zorgconsumenten zich vrij op de markt kunnen begeven en kunnen kiezen bij welke verzekeraar ze een verzekering afsluiten en naar welke zorgaanbieder ze gaan als ze zorg nodig hebben hebben ze invloed op die markt. Zorgaanbieders en verzekeraars zullen zich immers op de consument moeten richten om geen klanten te verliezen. Om dit proces te ondersteunen hebben zorgconsumenten de vrijheid en de mogelijkheden nodig om keuzes te kunnen maken. Hierbij zullen zorggebruikers toegerust moeten worden of ondersteund moeten worden. Die toerusting moet ertoe leiden dat zorggebruikers hun vragen en behoeften zo kunnen formuleren dat zorgaanbieders en verzekeraars hier (nog) meer rekening mee houden.<sup>219</sup> In de context van de omvorming van een aanbodgerichte zorg naar een meer vraaggestuurde zorg worden in de nota "Met zorg Kiezen" verschillende manieren beschreven waarop de toerusting van zorggebruikers voor zowel het exit- als het voice-mechanisme kan plaatsvinden:<sup>220</sup>

- 1 versterken van de rechtspositie
- 2 informatievoorziening
- 3 advies en begeleiding
- 4 inkoopmacht
- 5 onderhandelingsmacht

Door deze toerusting bij het maken van keuzes beoogde de overheid de positie van de consument te versterken. De consument zou dan niet (langer) afhankelijk zijn van één zorgaanbieder.

Het bestrijden van de informatieachterstand en het bieden van keuzemogelijkheden van consumenten kan bijdragen aan het versterken van de positie van de consument,<sup>221</sup> het zij doordat de consument beter kan kiezen (de exit strategie) hetzij doordat consumenten beter kunnen onderhandelen (de voice strategie). Op het niveau van het individu (micro-niveau) wordt met de keuze-informatie (en -vrijheid) beoogd dat consumenten kunnen kiezen tussen zorgaanbieders en tussen ziektekostenverzekeraars. Op het niveau van de verschillende marktpartijen (meso-niveau) wordt met het kunnen maken van keuzes op basis van keuze-informatie vervolgens beoogd om marktwerking op gang te brengen. Wanneer veel verzekerden overstappen naar een andere verzekeraar (exit) moet dat ook een signaal voor de verzekeraar zijn dat hij zijn aanbod en/ of premie moet aanpassen. De veronderstelling was dat ook de collectiviteiten daar een belangrijke rol zouden

---

218 Het CPB constateerde dat de NMa dit soort gedrag tot op zekere hoogte zou kunnen verhinderen, maar dat dit voor de zorgsector waarschijnlijk niet toereikend zou zijn.

219 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001b, p.14.

220 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001b, p.13.

221 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.4 (MvT).

gaan spelen. Collectiviteiten zouden bijvoorbeeld in staat moeten zijn om hun achterban te mobiliseren en te sturen naar die verzekeraar(s) die bij de zorginkoop aan hun wensen voldoen en een scherpe premie bieden (de voice strategie). De dreiging dat een grote groep verzekerden weggaat bij een verzekeraar is voor een verzekeraar een prikkel om in te gaan op de wensen van die groep verzekerden. Voor een individueel verzekerde is de prikkel voor een verzekeraar veel kleiner. Een groep verzekerden heeft meer countervailing power ten opzichte van een verzekeraar dan een individuele verzekerde. Door de dreiging van exit kunnen collectiviteiten het voice-mechanisme effectueren.

#### 4.2.3 *Consistentie met andere regelgeving*

Het doel van artt. 38 en 40 Wmg, dat consumenten keuzes kunnen maken, komt ook in de Zvw naar voren. Zo regelen artt. 3 en 7 bijvoorbeeld de acceptatieplicht en de mogelijkheid om jaarlijks van zorgverzekeraar te wisselen. Tegelijkertijd heeft het kunnen maken van keuzes in de gezondheidszorg ook een normatieve functie in het kader van de emancipatie van patiënten en burgers.<sup>222</sup> De ontwikkeling naar meer keuzevrijheid in de gezondheidszorg komt mede naar voren in andere wetgeving zoals het recht op informatie en het recht om te participeren in de besluitvorming in de WGBO, zodat de patiënt invloed kan uitoefenen op het zorgproces. Andere voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld orgaandonatie bij leven, deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek of deelname aan bevolkingsonderzoek.<sup>223</sup>

#### 4.2.4 *De uitwerking van de versterking van de positie van de consument door middel van keuze-informatie in de Wmg*

Enkele toerustingsinstrumenten die in de Nota “met zorg kiezen” worden beschreven komen terug in de Wmg. De Wmg legt zich in dat kader met name toe op het versterken van de positie van de consument door het beschikbaar maken van keuze-informatie en draagt in die zin ook bij aan de inkoop- en onderhandelingsmacht van consumenten. De Wmg besteedt geen aandacht aan het advies en de begeleiding van consumenten bij het maken van keuzes.

Wel legt de Wmg regels vast ten aanzien van het ontstaan van markten, waardoor marktposities betwistbaar worden (zie hoofdstuk 2), en ten aanzien van de verkoop op afstand (artt. 41-43). Dat consumenten jaarlijks van verzekeraar kunnen wisselen is geregeld in de Zorgverzekeringswet.

#### **De zorgverzekeringsmarkt: Hoe moeten verzekeraars volgens de wet bijdragen aan transparantie?**

Art. 40 Wmg verplicht ziektekostenverzekeraars om informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten openbaar te maken. Het gaat dan om informatie over premies, kwaliteit en andere eigenschappen van hun dienstverlening.<sup>224</sup> Hieronder valt bijvoorbeeld ook hun invulling van de zorgplicht en de serviceverlening.

De Wmg regelt in art. 40 lid 2 dat ziektekostenverzekeraars ook informatie openbaar moeten maken

---

222 Zie Delnoij 2009, p.21-23.

223 Zie Legemaate 2006, p.28

224 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.63 (MVT).



over de inhoud van de modelovereenkomsten. Het kunnen kiezen voor en wisselen van zorgverzekeraar draagt immers in belangrijke mate bij aan de met de Zvw beoogde resultaten.<sup>225</sup> Die mogelijkheid van wisselen is geregeld in art. 7 Zvw. Van de mogelijkheid tot wisselen zal echter weinig gebruik worden gemaakt indien een verzekeringsplichtige niet over juiste en voldoende informatie beschikt. Op grond van juiste en voldoende informatie kan een verzekerde immers de prijs-kwaliteitverhouding van zijn eigen verzekeraar af zetten tegen die van andere verzekeraars. Van de mogelijkheid tot wisselen zal echter ook weinig gebruik worden gemaakt als er geen (gepercipeerde) verschillen tussen verzekeraars zijn

### **De zorgverleningsmarkt: Hoe moeten zorgaanbieders volgens de wet bijdragen aan transparantie?**

Art. 38 Wmg verplicht zorgaanbieders om informatie over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken. Het gaat dan om informatie over hun tarieven, kwaliteit en andere eigenschappen van de zorgverlening. Hieronder wordt de zorg verstaan die verzekerd is via de Zvw, aanvullend verzekerde zorg, niet verzekerde zorg en AWBZ-zorg.

Er wordt verondersteld dat juist in zorgmarkten, waar consumenten niet gewend zijn om aan prijs- en kwaliteitsvergelijking te doen en zelf zorgaanbieders te kiezen, dergelijke vergelijkende informatie marktgedrag van vragers en aanbieders stimuleert. De Memorie van Toelichting stelt dat kwaliteitsinformatie noodzakelijk is om prijzen te kunnen beoordelen en om als consument uiteindelijk tot een weloverwogen keuze te komen. Daarnaast is een goede voorlichting over tarieven ook onontbeerlijk bij het voorkomen van vergissingen, misverstanden en onregelmatige declaraties.

Wanneer verzekeraars en consumenten hun zorgaanbieder niet op basis van kwaliteit kunnen kiezen, bestaat het risico dat zorgaanbieders zich vooral profileren op lage prijzen, aldus de Memorie van Toelichting. Artikel 38 beoogt mede te voorkomen dat een te sterke focus op prijsconcurrentie ten koste gaat van kwaliteit.<sup>226</sup>

### **De wettelijke eisen aan de informatievoorziening**

Voor zowel zorgaanbieders als ziektekostenverzekeraars geldt dat de informatie in ieder geval inzicht moet geven in de tarieven/premies en de kwaliteit van de aangeboden producten of diensten (art. 38 lid 4 Wmg en art. 40 lid 1 Wmg).<sup>227</sup> Daarnaast moet deze informatie zo worden aangeboden dat ze voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar is met informatie van anderen.<sup>228</sup> Tenslotte moeten zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars ervoor zorgen dat de door of namens hen verstrekte of beschikbaar gestelde informatie over een product of dienst, waaronder reclame-uitingen, geen afbreuk doet aan het bepaalde bij of krachtens deze wet, de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en niet misleidend is (art. 39 lid 1 Wmg en art. 40 lid 3 Wmg).<sup>229</sup>

---

225 Kamerstukken II 2003–2004, 29 763, nr.3, p.36 (MvT).

226 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.62 (MvT).

227 Zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.62 (MvT).

228 Zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.24 (MvT).

229 Zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.40 (MvT).

#### 4.2.5 De rol die de wet aan de NZa toebedeelt bij het openbaar maken van keuze-informatie

Een belangrijke taak voor de NZa is het toezien op de naleving van de informatie verplichting voor ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders (artt. 38 & 40). De artt. 38 en 40 geven de NZa de bevoegdheid om zelf keuze-informatie openbaar te maken, als aanbieders of verzekeraars het laten liggen.<sup>230</sup> Met het consumentenprogramma heeft de NZa uitgewerkt welke acties ze kan ondernemen om de positie van de consument op de zorgmarkt te kunnen verbeteren en het aanbod van keuze-informatie te verbeteren (zie verder paragraaf 4.4.1).

#### 4.2.6 Flankerend beleid ter ondersteuning van keuze-informatie

Om de instrumentele functie van de Wmg op het gebied van keuze-informatie te ondersteunen heeft de overheid tevens flankerend beleid ingezet. Bij een evaluatie van de wettelijke instrumenten gericht op keuze-informatie zal daarom ook het flankerend beleid moeten worden betrokken. De effecten van de wettelijke instrumenten en het flankerend beleid gericht op keuze-informatie liggen immers in elkaars verlengde. De overheid heeft dit flankerend beleid vormgegeven door het opzetten en ondersteunen van enkele programma's en websites die zich bezig houden met het ontwikkelen en ontsluiten van keuze-informatie. Paragraaf 4.4 gaat hier nader op in.

### 4.3 Reflectie op de uitgangspunten van het systeem: Wat was er reeds bekend over keuze-informatie op basis van bestaande onderzoeken?

Voordat het nieuwe stelsel, waarin keuze-informatie een belangrijke rol kreeg toebedeeld, werd geïntroduceerd was al in verschillende onderzoeken naar voren gekomen dat het niet vanzelfsprekend is dat consumenten in de zorg keuzes maken aan de hand van prijs- kwaliteitsverhoudingen.<sup>231</sup> Uit het rapport "preferenties en competenties van consumenten"<sup>232</sup> bleek bijvoorbeeld dat op basis van literatuur onderzoek mag worden aangenomen dat wanneer consumenten keuzes in de gezondheidszorg moeten maken zij zich met name laten leiden door traditie en merktrouw, de geografische ligging van een zorgaanbieder en mond op mond reclame.<sup>233</sup> Dit is echter niet uniek voor de gezondheidszorg. Dat mensen hun keuzes niet (alleen) op kwaliteitsinformatie baseren roept de vraag op of meer transparantie in de gezondheidszorg door keuze-informatie wel leidt tot keuzes op basis van een juiste prijs- kwaliteitsverhouding. Het rapport concludeert dat noch vanuit het beleid, noch bij het opzetten van initiatieven te snel veronderstellingen mogen worden gemaakt met betrekking tot de competenties van de individuele zorgconsument. De auteurs van dat rapport stellen dat beleidsmakers en initiatiefnemers van programma's die meer en meer uitgaan van de competente burger die meer verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld, weleens van een "koude kermis kunnen terugkeren". Daarom zullen consumenten op de gezondheidszorgmarkt altijd begeleid moeten worden in het maken van keuzes en het uiten van preferenties, aldus de auteurs van dat rapport.

---

230 Zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.7 (MvT).

231 Zie bijvoorbeeld Kerssens et al. 2002, p.41; Gress et al. 2002, p.52-53.

232 Leys 2003, p.78.

233 Zie ook Trappenburg en Groenewoud 2005, p.77-96.

Naast dat het niet duidelijk was of consumenten überhaupt keuzes zouden gaan maken op basis van prijs-kwaliteitsverhoudingen, was ook nog weinig bekend over hoe keuze-informatie het best gepresenteerd zou kunnen worden. Zo was bijvoorbeeld onbekend hoeveel informatie consumenten nodig hebben om te kunnen kiezen, hoe de informatie het best gepresenteerd kan worden (symbolen, percentages, negatief/positief geformuleerd) en welke selectiestrategieën men hanteert bij een teveel aan informatie. Maar ook hoe mensen verschillende beslissingsstrategieën toepassen wanneer zij geconfronteerd worden met keuze-informatie over de zorg. Zo vonden Hibbard & Peters bijvoorbeeld dat de één doelgericht en systematisch (langzaam) zoekt, terwijl de ander associatief (snel) zoekt.<sup>234</sup> In verschillende onderzoeken<sup>235</sup> werd daarom al aangeraden dat een website verschillende navigatiehulpmiddelen zou moeten aanbieden voor deze verschillende zoekstrategieën.

Kortom, het was evident dat er veel inspanning nodig zou zijn om de invoering en uitvoering van keuze-informatie te laten slagen. In deze observatie ligt de directe legitimering van het intensieve flankerend beleid wat op dit onderwerp is gevoerd.

## **4.4 Invoering van de bepalingen van de Wmg die betrekking hebben op keuze-informatie**

Deze paragraaf bespreekt de invoering van keuze-informatie in de Nederlandse gezondheidszorg. Deze invoering is met behulp van verschillende beleidsinstrumenten vormgegeven. Allereerst heeft de NZa in een aantal documenten haar beleid ten aanzien van de ontsluiting van keuze-informatie uitgewerkt. Daarnaast heeft de daadwerkelijke ontsluiting via onderzoeksprogramma's en websites vorm gekregen.

### *4.4.1 De NZa en keuze-informatie*

De NZa heeft in het visiedocument "(In) het belang van de consument" het algemeen consumentenbelang geconcretiseerd met de consumentenwaarden<sup>236</sup> transparantie, keuzevrijheid, rechtspositie. Volgens de NZa moeten deze waarden de consument in staat stellen om zichzelf te redden op de zorgmarkten. De consument moet van te voren weten wat hij krijgt/kan verwachten en zijn recht kunnen halen als dat niet zo is. Daarnaast heeft de NZa in het visiedocument de eisen die de Wmg aan de informatievoorziening stelt<sup>237</sup> geconcretiseerd. Hiermee wil de NZa bereiken dat voldoende duidelijk is welke keuze-informatie er minimaal voor consumenten moet zijn, dat zorgaanbieders en verzekeraars die informatie ook daadwerkelijk verstrekken en de keuze-informatie wordt gepresenteerd op een manier dat consumenten die kunnen gebruiken bij hun keuze binnen het zorgaanbod.<sup>238</sup> Het gaat dan om informatie over product, prijs, kwaliteit en toegankelijkheid.

---

234 Hibbard 2003, p.413-433.

235 Smith et al. 1997, p.67-95; Hong et al. 2005, p.151-188.

236 NZa 2007b, p.17-18.

237 Zie artt. 38 lid 4, 39 lid 1, 40 lid 1 en 40 lid 3.

238 NZa 2008h, p.12.

De NZa heeft daarnaast de bevoegdheid om de informatievoorziening van zorgaanbieders en ziekte-kostenverzekeraars aan bepaalde eisen te toetsen en deze eisen verder uit te werken (art. 38 lid 7 Wmg). Box 4.1 geeft een overzicht van hoe de NZa deze eisen heeft uitgewerkt in het toetsingskader voor transparantie.

**Box 4.1 – Uitwerking van de eisen die de NZa aan de informatievoorziening stelt**

<i>WVG-eis</i>	<i>Uitwerking door NZa</i>
<b>Doeltreffend</b>	De informatie moet aansluiten bij de behoefte aan keuze-informatie van consumenten De informatie moet tijdig beschikbaar zijn voor de te maken keuzes De informatie moet voldoende toegankelijk zijn voor consumenten
<b>Juist</b>	De beschikbare informatie moet kloppen, valide en betrouwbaar zijn De beschikbare informatie moet voldoende actueel zijn De beschikbare informatie moet een goed beeld geven van de keuzemogelijkheden, geen afbreuk doen aan de Wmg, Zvw en AWBZ, en niet misleidend zijn
<b>Inzichtelijk</b>	Consumenten moeten de beschikbare informatie kunnen begrijpen
<b>Vergelijkbaar</b>	Consumenten moeten op basis van de beschikbare informatie een vergelijking kunnen maken op voor hen relevante aspecten

Bron: NZa, Visiedocument Transparantie, 2009.

Voor de verzekeraars heeft de NZa de informatieverstrekking die ze moeten toepassen uitgewerkt in een richtsnoer.<sup>239</sup> De meest recente versie van dit document (juli 2008) bevat een checklist die bestaat uit 16 hoofdpunten. Deze hoofdpunten zijn uitgewerkt in een aantal concrete invullingen. Hierbij is ook aangegeven via welk informatiekanaal - op de website, in het prolongatiepakket, in het offertepakket of in de afwijzingsbrief – de betreffende informatie beschikbaar moet zijn.

In het visiedocument heeft de NZa ook uitgewerkt hoe haar beleid er ten aanzien van het transparant maken van de zorg uitziet. Als de transparantie op een zorgmarkt tekortschiet gaat de NZa in eerste instantie na of er ontwikkelingen zijn die dat knelpunt oplossen. Als die ontwikkelingen er zijn dan steunt de NZa die waar mogelijk en nodig. Als die ontwikkelingen er niet zijn dan zet de NZa zich ervoor in dat er indicatoren ontwikkeld worden. Als het moet dan neemt de NZa hier het voortouw in.<sup>240</sup>

Bij het eerste experiment met vrije tarieven, de fysiotherapie, had de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geen capaciteit om indicatoren te ontwikkelen en heeft de NZa die ontwikkeling naar zich toetrokken. De NZa is overigens van mening dat het ontwikkelen van indicatoren bij de IGZ taken past.<sup>241</sup> De NZa heeft daarom met de IGZ afspraken gemaakt over de ontwikkeling van een adequate informatievoorziening voor de zorgaanbieders.<sup>242</sup> De IGZ ondersteunt de ontwikkeling van kwaliteits-

239 NZa 2008i.

240 NZa 2007b, p.25.

241 NZa 2008h, p.7; Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

242 Protocol tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit inzake samenwerking en coördinatie op het gebied van beleid, regelgeving, toezicht & informatieverstrekking en andere taken van gemeenschappelijk belang, 14 november 2006.

indicatoren door de veldpartijen voor diverse zorgsectoren. Deze kwaliteitsindicatoren moet de consumenten voorzien in hun belangrijke behoefte aan vergelijkbare kwaliteitsinformatie over het zorgaanbod.<sup>243</sup>

#### 4.4.2 Ontsluiting van keuze-informatie via overheidsprogramma's: Kiezen in Zorg, Zichtbare Zorg, Zekere Zorg

##### **Kiezen in Zorg**

Het programma 'Kiezen in Zorg' van ZonMw bevat een uitwerking van (onderzoek naar) de consumenteninformatie in de praktijk.<sup>244</sup> Daarmee draagt dit programma bij aan de doelen van artt. 38 en 40 Wmg, de totstandkoming van keuze-informatie.

Dit programma is in 2004 van start gegaan en afgerond in 2008. De doelstelling van het programma was om *“een bijdrage aan de omvorming van een aanbodgericht naar een vraaggericht gezondheidszorgstelsel te leveren. De vragen en behoeften van zorggebruikers staan daarbij centraal. Het programma wil zorggebruikers op allerlei manieren toerusten om aan deze nieuwe rol een goede invulling te geven. De ontwikkeling van keuze-informatie voor patiënten neemt daarbij een centrale rol in.”* In vijf voorhoedeprojecten is consumenteninformatie ontwikkeld over ziekenhuizen, de verpleging&verzorging/thuiszorg, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, zorgverzekeringen en een aantal aandoeningsspecifieke zorgproducten.<sup>245</sup> Met deze voorhoede projecten werden “bouwstenen” aangeleverd voor “de kwaliteitskaart(en)” van kiesBeter.nl.<sup>246</sup> Het doel van deze kwaliteitskaarten is om de kwaliteitsaspecten van zowel de zorg die vanuit de Zvw als de zorg die vanuit de AWBZ wordt geleverd inzichtelijk te maken.

Het uiteindelijke programma bestond uit vier deelprogramma's:

- preferenties en competenties van zorggebruikers
- consumenteninformatie en transparantie
- sturing door zorggebruikers
- meten patiëntervaringen

In het kader van deze vier deelprogramma's zijn uiteindelijk 123 projecten uitgevoerd die zorgconsumenten en zorgorganisaties helpen voorbereiden op hun nieuwe rol. Dit programma is inmiddels geëvalueerd. Paragraaf 4.5.1 gaat verder in op de bevindingen en conclusies uit die evaluatie.

---

243 NZA 2007b, p.22.

244 <http://www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/kiezen-in-zorg/> (geraadpleegd op 14-10-2008)

245 <http://www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/kiezen-in-zorg/consumenteninformatie-en-transparantie/resultaten> (geraadpleegd op 27-04-2009).

246 Zie Gras et al. 2005; Groenewoud et al. 2005; Kreuger et al. 2006.

## Zichtbare Zorg

Het doel van het programma Zichtbare Zorg is om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en te meten<sup>247</sup> en draagt daarmee ook bij aan de doelen van artt. 38 en 40 Wmg. Deze indicatoren geven onder andere inzicht in de veiligheid, effectiviteit en klantgerichtheid van zorgaanbieders. In elke sector werken verzekeraars, zorgaanbieders, PGO-organisaties en de IGZ daarom samen om dit doel te bereiken. Deze partijen stellen gezamenlijk vast over welk aanbod de kwaliteit zichtbaar moet worden en zij zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Uiteindelijk moet er voor iedere sector een breed gedragen set openbaar gepubliceerde informatie over kwaliteit van de geleverde zorg worden vastgesteld.<sup>248</sup>

## Zekere Zorg

Het programma 'Zekere Zorg', met als doel om de positie van patiënten en consumenten in het (nieuwe) zorgstelsel te versterken, werd uitgevoerd door Fonds PGO en NPCF. Het programma moest voor patiënten en consumenten mogelijkheden bieden om zich als derde partij naast ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders te positioneren. Hiermee kregen patiëntenorganisaties een sterkere rol toebedeelt in het zorgstelsel. Dit programma draagt daarmee bij aan de algemene doelstelling van de Wmg, het versterken van de positie van de consument. Het programma is via vier zogenaamde programmalijnen ontwikkeld.<sup>249</sup>

- kwaliteitszorg en –toetsing;
- inkoop en onderhandelingsmacht;
- informatie en advies;
- monitoring.

De evaluatie van het programma<sup>250</sup> geeft een korte beschrijving van de 25 projecten die het programma heeft opgeleverd, waaronder de drie projecten die specifiek tot de programmalijn "informatie en advies" behoren. De begeleidingscommissie van Zekere Zorg stelde vast dat het programma tot veel succesvolle maar ook heel verschillende resultaten heeft geleid. Het programma heeft er wel voor gezorgd dat verzekeraars, aanbieders en PGO-organisaties met elkaar hebben leren samenwerken en het nut van die samenwerking zijn gaan inzien. De begeleidingscommissie constateert dat de centrale doelstelling van het programma dermate complex en omvangrijk was dat het programma nog niet tot een eenduidig antwoord heeft geleid op de vraag hoe deze rol het best vervuld kan worden. Hieruit trekt de commissie de conclusie dat (achteraf gezien) de gekozen bottom-up aanpak tot weinig "focus" heeft geleid en dat het programma te kort heeft gelopen om in een aantal gevallen tot meetbare en overdraagbare resultaten te komen. Volgens de commissie gaat het programma pas echt rendement opleveren als er een vorm van continuïteit aan wordt gegeven.

---

247 Zichtbare Zorg 2009, p.5.

248 <http://www.zichtbarezorg.nl> (geraadpleegd op 29-04-2009).

249 Advies Begeleidingscommissie Zekere Zorg, 29 september 2008.

250 Zie Rossum van en Janse 2008.

De commissie is dan ook van mening dat het programma als eerste stap in een doorlopend proces moet worden gezien.<sup>251</sup>

#### 4.4.3 Keuze-informatie op internet: kiesBeter.nl en andere websites

Een belangrijk instrument dat door de overheid is ingezet om keuze-informatie te verzamelen en te presenteren is de website [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Daarnaast zijn er ook andere partijen die keuze-informatie op websites aanbieden zoals [Independer.nl](http://www.independer.nl) ([www.independer.nl](http://www.independer.nl)), NPCF ([www.consumentenzorg.nl](http://www.consumentenzorg.nl)), de Consumentenbond ([www.consumentenbond.nl](http://www.consumentenbond.nl)) en verschillende ziektekostenverzekeraars. De informatie van deze websites is veelal afkomstig van [kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Maar websites verzamelen ook zelf informatie buiten [kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) om. Er worden op de websites verschillende typen keuze-informatie aangeboden:<sup>252</sup> etalage-informatie, kwaliteitsinformatie en ervaringsinformatie (zie box 4.2).

##### Box 4.2 – Verschillende soorten keuze-informatie

**Etalage-informatie** is feitelijke informatie van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Bij zorgaanbieders gaat het dan bijvoorbeeld om de locatie, de grootte en voorzieningen zoals de aanwezige specialismen of het aanwezig zijn van bijvoorbeeld een mamapoli. Etalage-informatie van zorgverzekeraar is bijvoorbeeld de dekking van de producten en een overzicht van de gecontracteerde zorg. Deze informatie leveren zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraars zelf aan.

**Kwaliteitsinformatie** geeft inzicht in medisch-inhoudelijke en zorginhoudelijke prestaties van zorgaanbieders op basis van feitelijke informatie. Prestatieindicators worden gebruikt om kwaliteitsinformatie inzichtelijk te maken. Deze prestatieindicators kunnen inzicht geven in structurele factoren, het proces of de uitkomsten van een bepaald aspect van zorg. Voorbeelden van kwaliteitsinformatie zijn het percentage afgezegde operatie of het percentage mensen met een gebroken heup dat binnen een dag wordt geopereerd.

**Ervaringsinformatie** is informatie over hoe consumenten (aspecten) van zorg hebben ervaren. Eind 2006 werd het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) opgericht. Het CKZ zorgt ervoor dat de ervaringen van de consument met de gezondheidszorg systematisch in kaart worden gebracht en op een betrouwbare wijze worden gemeten en openbaar gemaakt. Om ervaringen van consumenten te meten is een landelijke meetstandaard ontwikkeld, de Consumer Quality Index (CQ-index). De ontwikkeling van een CQ-index vindt plaats aan de hand van de richtlijnen uit het Handboek CQI Meetinstrumenten. Op dit moment wordt een omvangrijke familie van vragenlijsten ontwikkeld.<sup>253</sup> Wanneer een organisatie met behulp van een CQ-index de ervaring van consumenten wil meten, dan geldt daar een vastgestelde procedure voor.<sup>254</sup>

251 Brief van de Begeleidingscommissie Zekere Zorg aan de besturen van Stichting Fonds PGO en de NPCF, 29 september 2008.

252 Damman en Rademakers 2008, p.11.

253 Zie ook <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/> (geraadpleegd op 26-02-2009).

254 <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/procedures/aanmelding-van-een-cqi-meting.html> (geraadpleegd op 26-02-2009).

#### 4.4.4 De rol van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties bij het ontwikkelen van keuze-informatie

In de programma's die door de overheid rondom keuze-informatie zijn ingezet spelen de drie marktpartijen een belangrijke rol. Bij de ontwikkeling van keuze-informatie brengen de marktpartijen naar voren over welke aspecten keuze-informatie moet worden ontwikkeld. Bij de ontsluiting van keuze-informatie zorgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervoor dat de juiste informatie aan bijvoorbeeld kiesBeter.nl wordt aangeleverd.

Buiten de overheidsprogramma's om zien we dat er organisaties zoals Stichting Miletus en Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) in het leven worden geroepen (zie box 4.3). Het doel van deze organisaties is om de zorg transparant(er) te maken.

#### **Box 4.3 – Voorbeelden van organisaties die buiten de overheid om een bijdrage leveren aan het transparant maken van de zorg**

##### **Stichting Miletus**

In 2005 is door een viertal zorgverzekeraar de Stichting Miletus opgericht. Dit waren de initiatiefnemer AGis, en VGZ, Menzis en Ohra/Delta Lloyd. Later hebben ook Achmea, CZ en Univé zich bij de stichting aangesloten. Dit samenwerkingsverband is opgericht voor het meten van de ervaringen van de patiënt in de zorg met als doel om, ten behoeve van verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten-/consumentenorganisaties, sturingsinformatie te verkrijgen om de kwaliteit van de zorgverlening te bevorderen. De Consumer Quality Index speelt binnen de Stichting Miletus een centrale rol.<sup>255</sup>

##### **Kenniscentrum Zorg Nederland**

Een recente ontwikkeling is de oprichting van Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) begin 2009. KZN is een onafhankelijk kenniscentrum dat voor GGZ-instellingen en vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen behandelresultaten in kaart brengt van veelvoorkomende stoornissen.<sup>256</sup> Het doel van KZN is om een beter inzicht in de behandelresultaten van zorgaanbieders te verschaffen. Op dit moment richt KZN zich op het in kaart brengen van de behandelresultaten in GGZ instellingen en bij vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen.

255 Zie ook <http://www.stichtingmiletus.nl/> (geraadpleegd op 13-05-2009).

256 <http://www.kenniscentrumzorgnederland.nl> (geraadpleegd op 25-05-2009).



### **Verantwoorde Zorg**

Met het programma “verantwoorde zorg” is door Actiz, samen met andere stakeholders, voor de sector verzorging, verpleging en thuiszorg met behulp van normen uitgewerkt wat zorgondernemingen, cliëntenorganisaties en beroepsorganisaties onder verantwoorde zorg<sup>257</sup> verstaan.<sup>258</sup>

Om te bepalen in welke mate een instelling aan de gestelde normen voldoet is het kwaliteitskader verantwoorde zorg ontwikkeld.<sup>259</sup> In dit document zijn indicatoren opgenomen om de prestaties in de verzorging, verpleging en thuiszorg transparant te maken.<sup>260</sup> Deze indicatoren richten zich op zowel zorginhoudelijke aspecten van zorg als ervaringen van cliënten.

Verder zorgen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders er ook zelf voor dat ze aan hun wettelijke verplichting uit artt. 38 en 40 kunnen voldoen, door op hun eigen websites keuze-informatie te plaatsen. Uit de Monitor Zorgverzekeringmarkt 2008<sup>261</sup> komt naar voren dat zorgverzekeraars informatie op hun websites hebben opgenomen over de contracten die ze met zorgaanbieders hebben, maar dat deze informatie in een aantal gevallen niet eenvoudig te vinden is. Daarnaast is het meestal ook niet duidelijk op welk jaar deze contracten betrekking hebben. Het is dus niet bekend of de informatie nog up-to-date is. Uit de monitor komt ook naar voren dat verzekeraars de informatieverstrekking over de vergoedingsbeperkingen bij niet-gecontracteerde zorg moeten verbeteren. Verder stelde de NZa vast dat elf zorgverzekeraars zich in 2008 niet aan belangrijke aanwijzingen in het Richtsnoer informatieverstrekking hielden. Volgens de NZa hadden zij op hun website onvoldoende informatie staan over de klachtenregeling en de opzeggingsmogelijkheden.

In hoeverre zorgaanbieders hun verplichting tot het openbaar maken van informatie nakomen is over het algemeen niet bekend. Wel heeft de NZa in 2006 een enquête onder fysiotherapiepatiënten gehouden en gevraagd of de respondenten wisten of de fysiotherapeut een standaardprijslijst (een verplichting) op een in het oog springende plek in de praktijk had hangen. Uit de enquête kwam naar voren dat slechts 20% van de patiënten met zekerheid kon zeggen dat er een prijslijst hing. 40% wist met zekerheid te zeggen dat die prijslijst er niet hing.<sup>262</sup> De NZa heeft vervolgens fysiotherapeuten op hun verplichting gewezen. In 2007 bleek tijdens controles dat in alle praktijken een prijslijst hing.

## **4.5 De resultaten van het beschikbaar maken van keuze-informatie**

In de afgelopen jaren is er door verschillende partijen veel inspanning geleverd om (meer) keuze-informatie beschikbaar te krijgen. Deze paragraaf beschrijft de resultaten van die inspanningen en

---

257 Het begrip “verantwoorde zorg” is afkomstig uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

258 <http://www.actiz.nl/opinies-en-beleid/kwaliteit/30-achtergronden-en-cijfers/147-verantwoorde-zorg> (geraadpleegd op 25-05-2009); zie ook <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Verpleging-verzorging-en-thuiszorg> (geraadpleegd op 25-05-2009).

259 ActiZ et al. 2007.

260 zie ook <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Verpleging-verzorging-en-thuiszorg> (geraadpleegd op 25-05-2009).

261 NZa 2008i, p.58.

262 NZa 2007a, p.24.

wat er op dit moment bekend is wat betreft het gebruik van keuze-informatie. Hiertoe worden op hoofdlijnen de bevindingen van de evaluatiecommissie van het programma Kiezen in Zorg besproken. Daarnaast wordt besproken wat er bekend is over het gebruik van keuze-informatie op websites. Verder worden in deze paragraaf de veranderingen in de positie van de consument besproken die op de zorgverzekeringsmarkt en op de zorgverleningsmarkt te zien zijn.

#### 4.5.1 *Gebruik van keuze-informatie: Evaluatie Kiezen in Zorg*

Kiezen in zorg is eerst door een eigen evaluatiecommissie geëvalueerd en later door een externe evaluatiecommissie.<sup>263</sup> Het rapport van de externe evaluatiecommissie Kiezen in Zorg bevat een uitgebreid overzicht van de 123 uitgevoerde projecten. Het overzicht laat zien dat er veel onderzoek is verricht naar het aanbieden van keuze-informatie en dat er verschillende manieren zijn ontwikkeld om keuze-informatie daadwerkelijk aan te bieden en consumenten te ondersteunen bij het maken van keuzes. Volgens de zelfevaluatie is een belangrijke opbrengst van Kiezen in Zorg dat er een proces van ontwikkeling, verzameling, uniformering en presentatie van keuze-informatie in gang is gezet. De noodzakelijke randvoorwaarden om keuze-informatie beschikbaar te krijgen zijn geschapen. Daarnaast heeft ook transparantie in de zorg een impuls gekregen. Verder concludeert de zelf-evaluatie ook dat het programma ervoor heeft gezorgd dat de attitude van zorgaanbieders en professionals ten opzichte van transparantie is veranderd. Beide partijen zijn bereid mee te werken aan transparantie van de eigen prestaties.

De externe evaluatiecommissie onderschrijft de door de eigen evaluatiecommissie genoemde resultaten, maar maakt ook enkele kanttekeningen. Zo constateert de externe evaluatiecommissie dat er nog weinig echte keuze-informatie beschikbaar is. Dit komt onder andere doordat de daadwerkelijke uitvraag bij organisaties nog moet plaatsvinden en omdat de uitgevraagde informatie nog niet openbaar is. Daarnaast is de gegenereerde (kwaliteits)informatie nog vaak te omvangrijk en/of te complex om als keuze-informatie gebruikt te worden. Ook geven de door de evaluatiecommissie geïnterviewden aan dat van toerusting van burgers in een vraaggestuurd zorgstelsel nog geen sprake is. De oorzaak hiervoor zijn de te ambitieuze doelstellingen, de relatief korte looptijd van het programma en het feit dat mensen hulp nodig blijken te hebben bij het maken van keuzes. Naast dat er te weinig aandacht is geweest voor het feit dat mensen hulp nodig hebben voor het maken van keuzes is er ook te weinig aandacht geweest voor de diversiteit van de kiezende consument. Omdat er veel verschillen zijn tussen zorggebruikers is dit wel nodig.

Tenslotte constateert de evaluatiecommissie dat er onvoldoende aansluiting is gezocht bij de beleving van de zorggebruiker zelf. Een standpunt van de zorggebruikers zelf is bijvoorbeeld dat ze vinden dat ze erop moeten kunnen vertrouwen dat de kwaliteit van zorg overal in Nederland goed is. Volgens de evaluatiecommissie moet de aandacht uitgaan naar werken vanuit patiëntenperspectief.

#### 4.5.2 *Gebruik van keuze-informatie: vergelijkingswebsites*

In Nederland zijn verschillende websites beschikbaar die keuze-informatie aanbieden. Voorbeelden van dit soort websites zijn: [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl), [www.consumentenbond.nl](http://www.consumentenbond.nl), [www.independ.nl](http://www.independ.nl),

---

<sup>263</sup> Zie Externe evaluatiecommissie Kiezen in Zorg 2008.

www.fx.nl, www.mistermoney.nl, www.tcfzorg.nl, www.verzekeringssite.nl, www.zorgkiezer.nl, www.zorgplanet.nl.<sup>264</sup> In 2008 zijn er twee rapporten<sup>265</sup> gepubliceerd die inzicht geven in hoe keuze-informatie het best op websites gepresenteerd kan worden. De algemene conclusie is dat er nog weinig bekend is over wat de effecten zijn van de manier van presenteren van vergelijkende keuze-informatie op het kiezen door consumenten. De rapporten concluderen tevens dat de resultaten van de onderzoeken (zowel binnen onderzoeken, als tussen onderzoeken) die op dit domein worden uitgevoerd regelmatig tegenstrijdig zijn.<sup>266</sup> We zullen ons in dit hoofdstuk daarom beperken tot wat aan de hand van cijfers van twee websites, kiesBeter.nl en Independer.nl (zie box 4.4), af te leiden valt over het gebruik van keuze-informatie.

#### **Box 4.4 – Achtergrondinformatie bij kiesBeter.nl en Independer.nl**

Kiesbeter.nl wordt gefinancierd door ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staat onder beheer van het RIVM. KiesBeter.nl geeft naast medische informatie ook vergelijkingsinformatie over ziektekostenverzekeraars, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg etc.<sup>267</sup> Independer.nl is een commerciële organisatie en biedt online advies over financiën en gezondheidszorg. Zo biedt Independer.nl verschillende soorten verzekeringen, zoals autoverzekeringen en woonverzekeringen, aan. Op het gebied van de gezondheidszorg biedt Independer.nl met name vergelijkingsinformatie over zorgverzekeringen, ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg en fysiotherapeuten aan. Daarnaast biedt Independer.nl ook medische informatie aan de hand van patiëntenbrieven en –folders op haar website aan. In de regio Haaglanden is Independer.nl ook actief in de geneesmiddelenverstrekking en als aanbieder van huisartsen- en fysiotherapeutische zorg. Op KiesBeter.nl is etalage-informatie beschikbaar, maar ook veel kwaliteitsinformatie, zowel op basis van prestatie-indicatoren als op basis van patiëntenervaringen. Ook op Independer.nl is veel etalage-informatie beschikbaar, maar ook kwaliteitsinformatie. De kwaliteitsinformatie bestaat zowel uit informatie gebaseerd op bestaande registraties (zoals prestatie-indicatoren) als informatie op basis van ervaringen van patiënten en huisartsen.<sup>268</sup> Daarnaast bieden beide websites ook informatie over de premies van de verschillende verzekeringspolissen.

#### **Bezoekersaantallen**

KiesBeter.nl trekt dagelijks zo'n 14.000 bezoekers.<sup>269</sup> Independer.nl trekt dagelijks zo'n 22.000 bezoekers.<sup>270</sup> Wanneer we die getallen extrapoleren dan zijn dat op jaarbasis respectievelijk 5,1 en 8

264 NZa 2008j, p.11.

265 Damman en Rademakers 2008; Damman et al. 2008.

266 Tegenstrijdigheden in resultaten van onderzoek naar keuze-informatie houden volgens Hibbard niet in dat consumenten geen invloed (kunnen) hebben op kwaliteitsverbetering in de zorg. Ze worden door Hibbard verklaard door het feit dat er nog een hoop verbeterd dient te worden aan de manier waarop informatie wordt gepresenteerd. Daarom is er verbetering en evaluatie nodig van de manier waarop de informatie gepresenteerd wordt.

267 Voor een uitgebreid overzicht van zorgverleners waar kiesBeter.nl informatie over heeft, zie <http://www.kiesbeter.nl/algemeen/zorgverleners> (geraadpleegd 27-04-2009).

268 Damman en Rademakers 2008, p.15-26.

269 Colijn en Graaf van der 2009, p.17.

270 Colijn en Graaf van der 2009, p.17.

miljoen bezoekers. De bezoekcijfers van kiesBeter.nl laten zien dat een groot deel van de mensen dat kiesBeter.nl bezoekt op zoek is naar medische informatie.<sup>271</sup> Wanneer bezoekers van kiesBeter.nl op zoek zijn naar vergelijkingsinformatie dan zoeken ze met name naar informatie over zorgverzekeringen, gevolgd door informatie over ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij Independer-Gezondheidszorg wordt het onderdeel zorgverzekeringen het meest bezocht, gevolgd door de “zoek en vergelijk”-sites voor ziekenhuizen en huisartsen (in 2008: 308.000 vs. 258.000 respectievelijk 282.000).

De bezoekersaantallen van kiesBeter.nl en Independer.nl laten zien dat de bezoekersaantallen voor het onderdeel verzekeringen in de maanden november en december een stuk hoger zijn dan in de andere maanden.<sup>272</sup> In deze maanden krijgen verzekerden de kans om van zorgverzekeraar te wisselen.

Met name eind 2005, vlak voor de introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is een duidelijke piek te zien. Het aantal bezoekers eind 2005 is vele malen groter dan in de daarop volgende jaren. Dat er eind 2005 voor particulier verzekerden voor het eerste een mogelijkheid<sup>273</sup> was om makkelijk over te stappen in combinatie met de nodige publiciteit rond de stelselwijziging in diezelfde periode zal aan dit fenomeen hebben bijgedragen. Independer.nl geeft aan dat slechts een deel van de bezoekers na de vergelijking van de zorgverzekeringen ook daadwerkelijk een verzekering online afsluit.<sup>274</sup> Ook wisselen mensen volgens Independer.nl bij andere vormen van verzekeringen sneller van verzekeraar dan bij ziektekostenverzekeringen. Volgens Independer.nl speelt daar mee dat de producten waarover men een verzekering afsluit van een ander karakter zijn.<sup>275</sup>

### **Ervaringen van de bezoekers**

Uit het rapport “Gebruik en waardering van kiesBeter.nl in 2008” komt naar voren dat in de eerste helft van 2008 de bezoekers van kiesBeter.nl positiever antwoordde op de vraag of ze de informatie waar ze naar op zoek waren ook gevonden hadden dan in de tweede helft van 2008 (60% vs. 40%). Ook op de vraag of de website de bezoekers heeft ondersteund bij het maken van een keuze is in de loop van 2008 gedaald. De auteurs van het rapport geven als mogelijke verklaring voor deze dalende trend dat steeds meer bezoekers van kiesBeter.nl via Google op de website binnenkomen en daardoor misschien andere verwachtingen hebben van mensen die de url direct intypen.<sup>276</sup>

Uit datzelfde rapport komt naar voren dat Independer.nl op de aspecten betrouwbaarheid, bruikbaarheid, informatie, neutraliteit beter scoort dan kiesBeter.nl. Op het aspect onafhankelijkheid scoren

---

271 Colijn en Graaf van der 2009, p.8.

272 Interview Independer.nl (11-03-2009); zie ook Colijn en van der Graaf 2009, p.9; Voor kiesBeter.nl geldt dat in de maanden november en december het onderdeel zorgverzekeringen respectievelijk 85.000 en 55.000 bezoekers trekt. De overige maanden wordt dit onderdeel door gemiddeld minder dan 10.000 mensen bezocht.

273 Voor ziekenfonds verzekerden bestond die mogelijkheid al langer.

274 Interview Independer.nl (11 maart 2009).

275 Interview Independer.nl (11 maart 2009).

276 Colijn en van der Graaf 2009, p.28-29.

kiesBeter.nl en Independer.nl hetzelfde.<sup>277</sup> Mensen maken wat betreft onafhankelijkheid blijkbaar geen onderscheid tussen een commerciële website en een website die door de overheid is ontwikkeld.

#### **Beoordeling van de NZa van websites die verzekeringen aanbieden**

Zowel in 2007 als in 2008 heeft de NZa websites die verzekeringen vergelijken beoordeeld. In 2007 kwam uit het onderzoek van de NZa naar voren dat er verschillen in de kwaliteit van de presentatie van de informatie tussen websites zijn.<sup>278</sup> Uit het vervolg onderzoek blijkt dat die verschillen anno 2008 voor het merendeel zijn weggewerkt.<sup>279</sup>

De beheerders zorgen er dus voor dat hun websites aansluiten bij de laatste kennis die voorhanden is wat betreft presentatiewijze van informatie. De beheerders van websites onderzoeken het kiesgedrag van hun bezoekers aan de hand van usability tests. Daarnaast voeren ze ook enquêtes uit over de bruikbaarheid van hun bezoekers met de aangeboden informatie.

#### *4.5.3 De invloed van de consument op zorgverzekeringsmarkt*

Consumenten kunnen op twee manieren (exit of voice) invloed uitoefenen op het aanbod van ziektekostenverzekeraars. Deze invloed die consumenten op de zorgverzekeringsmarkt onder andere door de ontsluiting van keuze-informatie kregen moest bijdragen aan de versterking van hun positie. Deze paragraaf bespreekt de invloed van de verzekerdenmobiliteit en de collectiviteiten op de zorgverzekeringsmarkt.

#### **Verzekerdenmobiliteit**

Bij de introductie van de Zvw in 2006 is een groot deel van de bevolking (19%) van verzekering veranderd.<sup>280</sup> Dit hield in dat 16% van de ziekenfondsverzekerden overstapte en 22% van de particulierverzekerden.<sup>281</sup> Meer dan de helft van de overstappers gaf aan dat een aantrekkelijk collectief de hoofdreden was om over te stappen.<sup>282</sup> Na 2006 is de verzekerdenmobiliteit echter teruggevallen tot bijna het niveau van voor de stelselherziening (zie figuur 4.1).<sup>283</sup> De belangrijkste redenen in de afgelopen jaren om over te stappen waren: de hoogte van de premie voor de totale zorgverzekering, de dekking van de aanvullende verzekering en deelname aan een collectief contract. De hoogte van de premie voor de totale zorgverzekering was in 2008 de belangrijkste reden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Het belang van de dekking van de aanvullende verzekering lijkt in de overweging om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar in de

---

277 Colijn en van der Graaf 2009, p.18.

278 NZa 2007c, p.15.

279 NZa 2008j, p.15.

280 Vektis 2009, p.3.

281 Vektis 2008b, p.29.

282 Jong de et al. 2006.

283 Voor de stelselherziening stapte jaarlijks ongeveer 3% tot 3,5% van de ziekenfondsverzekerden over naar een andere verzekeraar, zie Van der Schee et al. 2005, p.1.

afgelopen jaren toe te nemen.<sup>284</sup>

Omdat er nauwelijks polissen zijn die gebaseerd zijn op selectieve inkoop van zorg is er op dit moment voor consumenten geen reden om van zorgverzekeraar te wisselen op basis van (de kwaliteit van) het zorgaanbod. Kwaliteit van de zorg die zorgverzekeraars inkopen lijkt nog nauwelijks een rol te spelen.<sup>285</sup> Hierdoor heeft het exit-mechanisme nog nauwelijks invloed op de kwaliteit en het aanbod van de zorg die ziektekostenverzekeraars inkopen. Faber et al. constateren zelfs in een systematische review van Amerikaanse studies dat de vrijheid om zelf een zorgaanbieder te kunnen kiezen bij de keuze van een zorgverzekering zwaarder weegt dan de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders.<sup>286</sup> Hiermee rijst de vraag hoe de selectieve zorginkoop zich in Nederland verder zal ontwikkelen.

Uit het programma Kiezen in Zorg komt naar voren dat chronisch zieken op dezelfde gronden voor een verzekeraar kiezen als mensen die niet chronisch ziek zijn. De premie is voor allebei het belangrijkste,<sup>287</sup> en beide groepen zeggen bereid te zijn extra te betalen voor gecontracteerde zorgaanbieders met goede resultaten.<sup>288</sup>

Voor de zorg die vanuit de AWBZ wordt vergoed kunnen consumenten nog geen verzekeraar kiezen. Verzekerdemobiliteit is daarom voor de AWBZ niet van toepassing.

In de evaluatie van de Zorgverzekeringswet<sup>289</sup> wordt uitgebreid stilgestaan bij de invloed van verzekerdens op de zorgverzekeringsmarkt.

---

284 Vos en Jong de 2009, p.3.

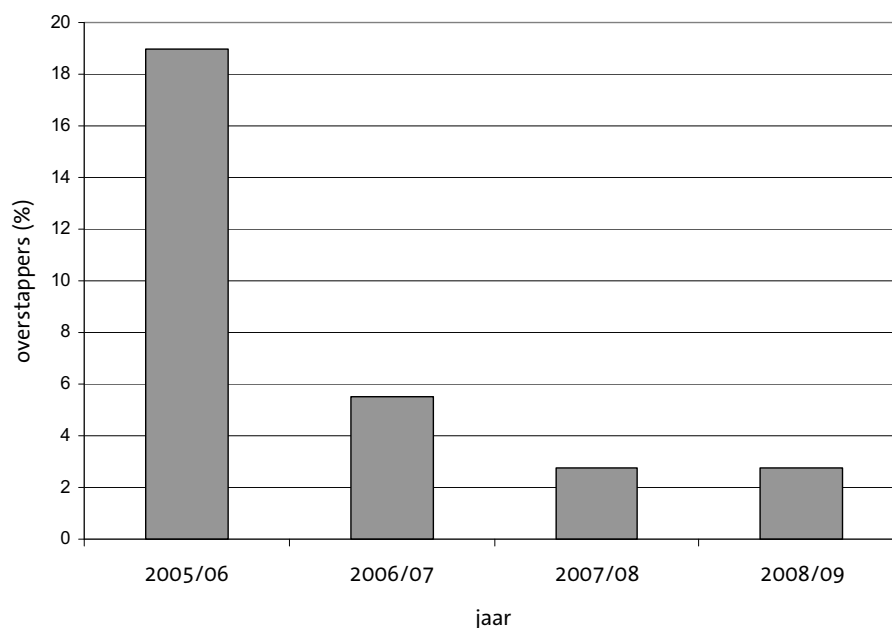
285 Jong de 2008.

286 Faber et al. 2009, p.14.

287 Jong de et al 2008, p.7.

288 ZonMw 2009; Zie ook RVZ 2008, p.90 en Bijl et al. 2007.

289 Ven van de et al. 2009.



Figuur 4.1 – Het percentage verzekerden dat van verzekeraar is veranderd in 2005-2009

Bron: Vektis 2009.

### Collectiviteiten en de invloed van patiënten-/consumentenorganisaties

Op dit moment wordt met de collectiviteiten nog met name premiekorting bedongen. De meeste collectiviteiten zijn werkgeverscollectiviteiten (65%) of collectiviteiten die zijn opgericht door groepen die weinig met de gezondheidszorg van doen hebben (20%).<sup>290</sup> Het blijkt dat de werkgeverscollectiviteiten weinig aandacht besteden aan de kwaliteitsaspecten van zorg bij het afsluiten van hun contracten, maar zich vooral richten op de premie.<sup>291</sup> Collectiviteiten oefenen op dit moment (nog) nauwelijks invloed uit op het inkoopbeleid van ziektekostenverzekeraars.

Slechts 3% van de collectief verzekerden hebben zich aangesloten bij een patiëntencollectief. Uit interviews met patiënten-/consumentenorganisaties<sup>292</sup> komt naar voren dat zij vermoeden dat bij de keuze voor een collectief blijkbaar andere motivaties leidend zijn en dat mensen zich niet als chronisch zieke willen laten kennen. Dat een groot deel van de mensen (65%)<sup>293</sup> een collectieve verzekering heeft en dat de meeste collectieven werkgebonden zijn kan een verklaring voor de lage verzekerdenmobiliteit zijn. Mensen wisselen immers niet ieder jaar van werkgever.<sup>294</sup> Werkgevers

<sup>290</sup> Jong de 2008, p.5.

<sup>291</sup> Ruth van et al 2007.

<sup>292</sup> Interviews met NPCF (16 februari 2009), CG-Raad (4 maart 2009), NVHP (30 maart 2009), DVN (13 maart 2009).

<sup>293</sup> Jong de 2008, p.5.

<sup>294</sup> Borghouts-van de Pas et al. 2009, p.37.

kunnen wel elk jaar bij een andere verzekeraar een collectief contract afsluiten, maar doen dat kennelijk niet.

De patiënten-/consumentenorganisaties geven aan dat het bij het aangaan van een collectief contract voor verzekeraars van belang is dat een patiëntengroep in het risicovereveningsmodel is opgenomen.<sup>295</sup> Mensen met diabetes zijn bijvoorbeeld goed in dat model opgenomen en de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) had al vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken over collectieve contracten (zie box 4.5).

#### **Box 4.5 – Casus: De invloed van de Diabetes Vereniging Nederland door middel van collectieve contracten en op de zorg(inkoop)**

##### **Invloed door middel van collectieve contracten**

Kort na de invoering van de Zvw heeft de DVN met verzekeraars onderhandeld over collectieve contracten. Naar aanleiding van die onderhandelingen is er met verschillende verzekeraars een collectief contract afgesloten. Daarnaast werd ook een speciale zorgverzekering voor diabetespatiënten ontwikkeld onder de naam DiaVitaal. In dit diabetes zorgconcept werkte de verzekeraar nauw samen met diverse zorgverleners, extramurale zorgcentra, leveranciers van diabeteshulpmiddelen en de DVN. Per 1 januari 2008 is de DiaVitaal polis echter opgeheven, wegens een gebrek aan belangstelling onder verzekerden. De andere collectieve contracten bestaan nog wel. Het is de DVN in de afgelopen jaren echter niet gelukt om een belangrijk deel van haar 60.000 leden te mobiliseren en daarmee druk uit te oefenen op de ziektekostenverzekeraars. Ook hebben deze collectieve contracten weinig discriminerend vermogen. Ze bieden met name korting op de premie en/of extra vergoedingen voor hulpmiddelen, cursussen, voetzorg of lidmaatschap van de DVN. Volgens de DVN zou het onderscheidend vermogen echter in de echte verbetering van zorg moeten zitten. Wat dat betreft hebben de collectieve contracten niet zo veel succes gehad.

Doordat de DVN als vertegenwoordiger van verschillende collectieve polissen optreedt zijn er wel betere contacten tussen de DVN en verzekeraars.

##### **Invloed op de zorg(inkoop)**

De DVN wil zowel op het gebied van kennis, als vanuit financieel oogpunt een sterkere positie krijgen in de driehoeksverhouding met ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders. Hiermee wil de DVN meer op de kwaliteit van de zorginkoop sturen.

De DVN vindt het belangrijk dat diabetespatiënten zich op het gebied van kennis profileren. Daarom zet de DVN een Masterclass Zorginkoop voor patiënten op. Daarnaast heeft de DVN zelf ook een onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de geleverde zorg aan diabetespatiënten. Met deze twee elementen wil de DVN de gesprekken met verzekeraars en zorgaanbieders over de zorginkoop aangaan.

Om financieel een sterke positie te krijgen heeft de DVN een hulpmiddelenwinkel geopend. Op dit moment zit er

295 Interviews met NVHP (30 maart 2009), CG-Raad (04 maart 2009), NPCF (16 februari 2009).



immers een hoge winstmarge op hulpmiddelen. Met haar hulpmiddelenwinkel wil de DVN de prijs van die hulpmiddelen verlagen. Richting de ziektekostenverzekeraars is dit dan een signaal dat er geld bespaard is en dat dat geld ergens anders in kan worden geïnvesteerd. Daarnaast kan het geld dat eventueel met de hulpmiddelenwinkel wordt gegenereerd aan de DVN ruimte geven om te innoveren, bijvoorbeeld door de implementatie van de zorgwijzer te ondersteunen.

Bron: interview Diabetesvereniging Nederland (13 maart 2009)

Een voorbeeld van een patiëntengroep die niet in de risicoverevening is opgenomen zijn de hoofdpijnpatiënten. Het lukte de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten (NVHP) dan ook niet om een collectieve verzekering af te sluiten (zie box 4.6).

#### **Box 4.6 – Casus: De invloed van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten door middel van collectieve contracten en op de zorg(inkoop)**

##### **Invloed door middel van collectieve contracten**

Begin 2006 bleek dat het voor een aantal patiëntenverenigingen niet mogelijk was om een collectief contract af te sluiten, waaronder de NVHP. De patiënten die bij deze verenigingen zijn aangesloten hebben aandoeningen die gemiddeld extra kosten met zich mee brengen, maar die niet zijn opgenomen in het vereveningsfonds. Begin 2006 heeft de Telegraaf over deze gang van zaken bericht. Daarnaast heeft Het Patiëntencollectief, een initiatief van Het Ondersteuningsburo voor patiëntenorganisaties, met een brief de minister van dit probleem op de hoogte gesteld en zijn er door Kamerleden vragen hierover in het parlement gesteld.

In haar onderhandelingen om tot een collectieve verzekering te komen zette de NVHP vooral in op punten die in de aanvullende verzekering geregeld zouden moeten worden. In oktober 2006 heeft de NVHP een brief aan de minister gestuurd met het dringende verzoek om de verevening voor migrainepatiënten alsnog te realiseren zodat het voor de NVHP mogelijk zou worden om collectieve contracten af te sluiten. De minister heeft daarop in zijn brief van 20 oktober 2006 geantwoord dat de NVHP ten onrechte een verband legt tussen collectiviteiten en de risicoverevening. En vermeldt dat het voor iedere patiëntenvereniging mogelijk is om een collectief contract af te sluiten. De minister noemt twee redenen om migrainepatiënten niet in de risicoverevening op te nemen. Ten eerste is de risicoverevening bedoeld om verzekeraars op een adequate manier te compenseren voor verschillen in risico's. Dat betekent niet dat voor elke individuele verzekerde de vereveningsbijdrage exact spooft met de kosten van de verzekerde. Daarnaast is het technisch gezien niet altijd mogelijk om een bepaalde aandoening op te nemen in de systematiek omdat een aandoening bijvoorbeeld geen specifieke medicamenteuze behandeling kent, wat opname in de FKG-systematiek bemoeilijkt of omdat het om te geringe aantallen gaat. De minister concludeert dat het daarom niet haalbaar is om de verzekeraars voor elke mogelijke aandoening in het verzekerdenbestand een aparte bijdrage te verstrekken vanuit het vereveningsfonds.

In maart 2007 heeft de NVHP tenslotte nog een gesprek met een verzekeraar over een collectief contract gevoerd. Tijdens dat gesprek kreeg de NVHP te horen dat het voor de directie van de verzekeraar onmogelijk was om tegenover haar aandeelhouder te verantwoorden dat zij een collectief contract afsluit voor een zorgverzekering van een groep patiënten waarvan het bewezen is dat zij een voorspelbaar verlies opleveren van gemiddeld zo'n 320 euro

per persoon per jaar. De collectiviteit voor de NVHP is er daarom nooit gekomen.

### **Invloed op de zorg**

Op dit moment is de NVHP aangesloten bij een Europees samenwerkingsverband (Eurolight) dat uitzoekt wat de impact van hoofdpijn op de maatschappij is. Met dit project hoopt de NVHP inzicht te krijgen in hoeveel mensen last hebben van hoofdpijn, hoe vaak die mensen daar last van hebben, hoe erg dat is en wat voor belasting dat is voor de maatschappij.

Bron: interview NVHP (30 maart 2009)

De beperkte schaal waarop patiënten zich via een patiëntencollectief verzekerd hebben en de inhoud van die collectieven leidt ertoe dat patiëntenorganisaties met collectieven weinig druk kunnen zetten door middel van het exit-mechanisme. Patiëntencollectieven kunnen op die manier nauwelijks invloed uitoefenen op de kwaliteit en het aanbod van de zorg dat ziektekostenverzekeraars inkopen.<sup>296</sup>

Patiëntenorganisaties geven wel aan dat sinds de invoering van het nieuwe stelsel de contacten met verzekeraars verbeterd zijn.<sup>297</sup> Verzekeraars willen, omwille van hun reputatie (en de daarmee gepaarde dreiging dat grote groepen consumenten van exit gebruik kunnen gaan maken), immers graag kunnen zeggen dat ze patiënten hebben betrokken bij de totstandkoming van hun inkoopbeleid. De patiëntenorganisaties vinden dit een goede ontwikkeling maar maken daarbij wel de kanttekening dat ze na een contact met een verzekeraar er vaak niet van op de hoogte worden gesteld hoe de verzekeraar het standpunt van de patiëntenorganisatie in zijn inkoopbeleid heeft vormgegeven.<sup>298</sup>

Het blijkt voor consumenten lastig om erachter te komen welke kwaliteitsafspraken zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling zijn overeengekomen,<sup>299</sup> deze zijn vaak nog niet helder op het moment dat de polissen worden vastgesteld en ze zijn vaak ook lastig te vergelijken.<sup>300</sup>

Uit de interviews met de DVN en de NVHP (zie ook casusbeschrijvingen) en een interview met Het Ondersteuningsburo<sup>301</sup> komt naar voren dat de patiëntenverenigingen een nieuwe weg zijn ingeslagen, namelijk het vergroten van kennis over de aandoening en de impact daarvan op mens en maatschappij. Zij streven ernaar om met die verkregen kennis een sterkere positie te krijgen in de driehoeksverhouding met zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en daarmee invloed uit te oefenen op de zorg(inkoop). Op die manier zouden consumenten op de zorgverzekeringmarkt met specifieke kennis wel invloed via het voice-mechanisme kunnen uitoefenen. Aangezien uit de

---

296 Rossum van en Janse 2008, p.21-22.

297 Interviews met DVN (13 maart 2009), NPCF (16 februari 2009), CG-Raad (4 maart 2009), HOB (30 maart 2009); Zie ook Bos et al. 2008, p.25.

298 Interview met DVN (13 maart 2009), zie ook Bos et al. 2008, p.33.

299 Bos et al. 2008, p.33-34.

300 Interviews met NPCF (16 februari 2009), DVN (13 maart 2009), CG-Raad (4 maart 2009), HOB (30 maart 2009).

301 Interviews met DVN (13 maart 2009), NVHP (30 maart 2009) en HOB (30 maart 2009).

interviews naar voren komt dat patiëntenorganisaties keuzevrijheid erg belangrijk vinden valt te verwachten dat hun invloed zich meer zal richten op de verstrekkingen van verzekeraars voor de specifieke patiëntengroep en het verbeteren van de zorg zelf dan op de selectieve inkoop.

#### 4.5.4 De invloed van de consument op de zorgverleningsmarkt

Ook op de zorgverleningsmarkt kunnen consumenten op twee manieren (exit en voice) invloed uitoefenen. Deze paragraaf bespreekt de mobiliteit op de zorgverleningsmarkt en de invloed van patiënten-/consumenten(organisaties) op het aanbod van die zorgverleningsmarkt.

##### **Keuzes van patiënten en hun mobiliteit op de zorgverleningsmarkt**

Er is nog weinig bekend over het gebruik van keuze-informatie op de zorgverleningsmarkt. Wel is bekend dat de informatie waar consumenten naar op zoek zijn per situatie verschilt. Patiënten die bijvoorbeeld op verdenking van borstkanker naar het ziekenhuis worden verwezen zijn in heel andere aspecten van zorg geïnteresseerd dan mensen die een staaroperatie moeten ondergaan. De eerste groep patiënten wil namelijk snel een afspraak in het ziekenhuis kunnen krijgen, de tweede groep wil goede uitleg krijgen over de risico's van de operatie.<sup>302</sup> En mensen die een keuze voor een verpleeghuis moeten maken willen weer hele andere informatie. Daarnaast komt uit de evaluatie van het programma Kiezen in Zorg naar voren dat chronisch zieken de zorgaanbieder vooral op zijn patiëntgerichtheid selecteren. Mensen met een lichte aandoening verkiezen juist een zo kort mogelijke reistijd.<sup>303</sup> Om mensen keuzes te laten maken op basis van keuze-informatie is maatwerk dus gewenst.<sup>304</sup>

De NVZ heeft in het interview<sup>305</sup> vermeld dat de mobiliteit van consumenten in het B-segment in 2007 is toegenomen ten opzichte van 2005 en verwijst hierbij naar het rapport "B-segment: Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen" van Gupta Strategists.<sup>306</sup> Hieruit zou men kunnen opmaken dat mensen voor de electieve zorg wel keuzes op basis van informatie over de kwaliteit maken en bereid zijn verder te reizen. Het is niet bekend in hoeverre mensen in het A-segment bereid zijn om verder te reizen of ander mobiel gedrag vertonen.

##### **De invloed van patiënten-/consumenten(organisaties) op het aanbod van die zorgverleningsmarkt.**

Uit de verschillende interviews<sup>307</sup> komt naar voren dat de ontsluiting van informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod ervoor gezorgd heeft dat zorgaanbieders meer aan benchmarking zijn gaan doen.

---

302 Centrum Klantervaring Zorg 2008, p.18-19; zie ook Delnoij 2009, p.16.

303 ZonMw 2009.

304 Delnoij 2009, p.17.

305 Interview met NVZ (19 februari 2009)

306 Interview met NVZ (19 februari 2009), zie ook Gupta Strategists 2008, p.41.

307 Interviews met IGZ (25 februari 2009), dhr. van Rijn (27 februari 2009), dhr. Hoogervorst (11 februari 2009) en Consumentenbond (14 april 2009).

Daarnaast zorgt de Inspectie voor de Gezondheidszorg ervoor dat kwaliteit van zorg en de kwaliteitsverschillen zichtbaar gemaakt worden. Hierdoor hebben mensen de keus om voor de beste zorgaanbieder te kiezen en wordt ook helder waar het verbeterpotentieel bij zorgaanbieders zit. De CG-raad merkt hierbij in een interview<sup>308</sup> wel op dat ook mensen die geen keuze willen maken er vanuit moeten kunnen gaan dat een zorgaanbieder aan de minimumeisen voldoet.

In verschillende zorgsectoren werkt men inmiddels al met indicatoren, in sommige sectoren is men nog druk bezig met de ontwikkeling van indicatorensets.<sup>309</sup> Uit de interviews komt dan ook naar voren dat de ontwikkeling van transparantie op de goede weg is, maar dat die ontwikkeling ook nog wel enige tijd zal gaan vergen.

Doordat de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders inzichtelijk voor de buitenwereld aan het worden zijn anticiperen zorgaanbieders op die verschillen. Uit de systematische review van Fung<sup>310</sup> komt naar voren dat het publiceren van informatie over de kwaliteit effect op het aantal verbeterprojecten dat met name ziekenhuizen starten naar aanleiding van de uitkomsten. Delnoij concludeert dan ook dat het transparant maken van de kwaliteit een extra prikkel voor zorgaanbieders vormt om aan hun kwaliteit te werken.<sup>311</sup>

Dit wordt bevestigd door de interviews die in het kader van deze evaluatie zijn gehouden. Tijdens deze interviews komt naar voren dat het gevaar op reputatieschade blijkbaar een belangrijke stimulans is om kwaliteitsinformatie naar buiten te brengen en ervoor te zorgen dat de kwaliteit niet onderdoet voor die van de concurrent.<sup>312</sup> Niet iedereen hoeft dus te kiezen om toch te kunnen profiteren van betere kwaliteit.

Om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren richten naast de ziektekostenverzekeraars ook de zorgverleners zich meer op de patiënten-/consumenten(organisaties). Patiënten-/consumentenorganisaties geven zelf ook aan dat in de afgelopen jaren kwaliteit van zorg steeds hoger op hun agenda is komen te staan.<sup>313</sup> Doordat kwaliteit een steeds belangrijker rol bij zorgverleners en ziektekostenverzekeraars is gaan spelen hebben patiënten-/consumentenorganisaties meer invloed gekregen op de kwaliteit van het aanbod op de zorgverleningsmarkt, bijvoorbeeld door hun bijdrage aan de ontwikkeling van zorgstandaarden. Daarbij is het wel de vraag of de driehoek van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/verzekerden in alle hoeken even sterk is.<sup>314</sup> Patiënten/verzekerden worden weliswaar geconsulteerd wanneer verzekeraars hun inkoopbeleid opzetten, maar op de zorginkoop zelf hebben ze geen directe invloed.

---

308 Interview met CG-Raad (4 maart 2009).

309 Zie [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl) (geraadpleegd op 26-02-2009)

310 Fung et al. 2008, p.111-123.

311 Zie ook Delnoij 2009, p.36.

312 Interviews met IGZ (25 februari 2009), Uvit (6 maart 2009), van Rijn (27 februari 2009).

313 Interviews met HOB (30 maart 2009) en DVN (13 maart 2009), zie ook Bos et al. 2008.

314 Interview met HOB (30 maart 2009); zie ook Grit et al. 2008, p. 115.

## 4.6 Conclusies inzake de effectiviteit en tekortkomingen van het beschikbaar maken van keuze-informatie en suggesties voor verbeteringen

Een nieuw element in de Wmg is de verplichting voor ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders tot het openbaar maken van keuze-informatie, vastgelegd in artt. 38 en 40 Wmg. De Wmg geeft daarbij de NZa de opdracht om toe te zien op de naleving van de informatieverplichting voor de ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders. We moeten allereerst constateren dat voor de invoering van de WMG al veel beleid op dit gebied is ontwikkeld en ingezet. Dat is een belangrijke constatering omdat met dat beleid een flinke start is gemaakt met het openbaar maken van keuze-informatie. Er is echter nog weinig bekend over hoe mensen keuzes maken in de gezondheidszorg en welke informatie ze daarbij nodig hebben. Het is daarom lastig om harde uitspraken te doen over de effecten van keuze-informatie op de zorgverzekeringmarkt en de zorgverleningsmarkt.<sup>315</sup> Toch zien we in de afgelopen jaren flinke ontwikkelingen.

We zien bijvoorbeeld dat de ontsluiting en het gebruik van keuze-informatie langzaam op gang komt. Er wordt veel onderzoek gedaan naar welke keuze-informatie aangeboden moet worden en er wordt door de marktpartijen veel inspanning geleverd om de keuze-informatie te ontsluiten. Hierin speelt de IGZ een belangrijke rol. Bij het ontsluiten van keuze-informatie speelt het flankerend beleid van de overheid een belangrijke rol.

De NZa houdt toezicht op de totstandkoming van keuze-informatie door middel van monitoring en houdt in de gaten dat de markt niet in gebreke blijft in de ontsluiting van keuze-informatie. Tenslotte heeft de NZa zelf de bevoegdheid om transparantie-informatie openbaar te maken, als aanbieders of verzekeraars het laten liggen. Om het toezicht vorm te geven heeft de NZa het toetsingskader transparantie opgesteld. Tot nu toe zien we dat de NZa zich op het gebied van transparantie-ontwikkeling terughoudend opstelt, slechts éénmaal (bij de fysiotherapie) heeft de NZa de ontsluiting van keuze-informatie naar zich toegetrokken. De NZa heeft dan ook aangegeven dat het transparant maken van de kwaliteit op de zorgverleningsmarkt bij de taken van de IGZ past.<sup>316</sup> Dit ontslaat de NZa niet van de verantwoordelijkheid om op het transparant maken van de kwaliteit toe te zien.

Dat er meer keuze-informatie beschikbaar komt leidt er op de zorgverzekeringmarkt toe dat verzekerden zich langzaam ook als kiezende consumenten gaan gedragen, er is sprake van een wat sterkere positie van de verzekerde. Op de zorgverleningsmarkt zien we dat patiënten zich nog niet als kiezende consumenten gedragen, daar rijst de vraag of de positie van de consument daadwerkelijk sterker is geworden als gevolg van de totstandkoming van keuze-informatie. We zien daar wel dat de transparantieontwikkeling bij zorgaanbieders zorgt voor een kwaliteitsimpuls in de zorg.

### 4.6.1 Er is al wel keuzegedrag van consumenten op de zorgverzekeringmarkt

Om verzekeraars met elkaar te kunnen vergelijken en om uiteindelijk een keuze voor een bepaalde verzekeraar en een bepaald verzekeringsproduct te kunnen maken hebben consumenten informatie

<sup>315</sup> Damman en Rademakers 2008, Damman et al. 2008

<sup>316</sup> NZA 2008h, p. 7; Zie ook interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

nodig. Op de zorgverzekeringsmarkt beschikken consumenten in ieder geval over prijsinformatie. Zowel van de basisverzekering als van aanvullende verzekeringen kunnen consumenten eenvoudig achterhalen wat ziektekostenverzekeraars daarvoor berekenen. Ook over de kwaliteit van de verzekeraar, met name de serviceverlening, is via websites als kiesbeter.nl en independer.nl informatie voorhanden. Tenslotte geven verzekeraars via hun eigen websites ook aan welke zorg via hun producten vergoed wordt en met welke zorgaanbieders ze contracten hebben. Het is voor consumenten echter lastig om erachter te komen welke kwaliteitsafspraken zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling zijn overeengekomen<sup>317</sup>, deze zijn vaak nog niet helder op het moment dat de polissen worden vastgesteld en vaak ook lastig te vergelijken<sup>318</sup>. Er is voor consumenten dus informatie beschikbaar om keuzes te kunnen maken. Het is echter de vraag of consumenten nu ook gebruik maken van die keuze-informatie.

Van de websites kiesbeter.nl en independer.nl is bekend dat er rond de stelselherziening een piek in het aantal bezoekers is geweest die informatie raadpleegden over ziektekostenverzekeraars. Tijdens de jaarlijkse periode dat mensen van zorgverzekering kunnen wisselen loopt het aantal gebruikers van keuze-informatie telkens op. Het aantal bezoekers van de keuzesite verzekeraars van Kies Beter ligt op 140.000, bijna 2% van het aantal huishoudens in Nederland. Van Independer zijn deze cijfers niet beschikbaar. Het aantal mensen dat deze keuze informatie raadpleegt ligt daarmee in dezelfde orde van grootte als de verzekerdenmobiliteit.

Rond de introductie van de Zvw zagen we een sterk verhoogde verzekerdenmobiliteit. Een groot deel van de verzekerden (19%) heeft toen gekozen voor een andere verzekering. In de jaren erna is de verzekerden mobiliteit weer teruggelopen tot de situatie zoals voor de stelselherziening, rond de 4%. De keuze voor een zorgverzekeraar lijken consumenten niet te zien als een proces dat ze jaarlijks moeten herhalen. Dit komt overeen met andere verzekeringsproducten. Dat de mobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt in de afgelopen jaren lager is geweest dan op andere verzekeringsmarkten<sup>319</sup> kan verklaard worden doordat 19% van de verzekerden net gewisseld is. Een andere verklaring voor de lage mobiliteit is dat veel mensen een collectieve verzekering via hun werkgever hebben afgesloten. Werknemers wisselen niet ieder jaar van werkgever en werkgevers sluiten niet ieder jaar bij een andere verzekeraar een nieuw collectief contract af, wat de mobiliteit beperkt.

Kortom, op de zorgverzekeringsmarkt is er informatie over de premie en de servicekwaliteit. Wel is het voor consumenten lastig om de kwaliteit van de door de zorgverzekeraar ingekochte zorg vast te stellen. Daardoor is vooral de informatie over de prijs en de servicekwaliteit bruikbaar voor het maken van keuzes. Daarnaast is het wisselen van zorgverzekeraar niet iets wat consumenten jaarlijks doen en lijken te willen doen. Dit kan erop duiden dat mensen gewoon tevreden zijn over hun verzekering. Het kan er echter ook op duiden dat er drempels zijn om over te stappen. Dit roept de vraag op of er een ondergrens is voor het aantal mensen dat moet overstappen om concurrentie tussen verzekeraars te bewerkstelligen. Hier is geen evidence over beschikbaar. Tevens zou de dreiging dat mensen kunnen overstappen al voldoende effect kunnen sorteren voor concurrentie tussen verzekeraars.

---

317 Bos et al. 2008, p. 33-34.

318 Interviews met NPCF (16 februari 2009), DVN (13 maart 2009), CG-Raad (4 maart 2009), HOB (30 maart 2009).

319 Interview met Independer.nl (11 maart 2009).

Consumenten beperken hun keuze voor een verzekeraar in hoge mate door te kiezen tussen een beperkt aantal beschikbare collectieven. De overgrote meerderheid van deze collectieven onderhandelt vooral over de premie en niet over de kwaliteit van de te contracteren zorg. Daarmee beïnvloeden deze collectieven niet de kwaliteit van de zorg die een verzekeraar hen aanbiedt. In de afgelopen jaren zien we wel dat verzekeraars zich naast het premiebeleid ook hebben willen profileren met hun dienstverlening. Nu de verzekeraars op die gebieden naar elkaar toe zijn gegroeid is het de vraag of ze zich in de toekomst zullen gaan onderscheiden met hun inkoopbeleid. Of dit zal plaatsvinden zal mede afhangen van de vraag of het keuzegedrag van consumenten gevoelig is voor dat inkoopbeleid en of consumenten bereid zijn om een deel van hun keuzevrijheid in te leveren voor hogere kwaliteit. Aangezien patiëntenorganisaties wel hebben aangegeven dat hun contacten met verzekeraars verbeterd zijn en dat ze vaker in gesprek zijn met verzekeraars bestaat de mogelijkheid dat ze in de toekomst via het voice-mechanisme invloed hebben op het inkoopbeleid en de kwaliteit van de ingekochte zorg.

#### *4.6.2 Er is nog nauwelijks keuzegedrag van consumenten op de zorgverleningsmarkt*

Bij de totstandkoming van de Wmg werd verondersteld dat consumenten door middel van informatie keuzes zouden kunnen maken en daarmee voor het aanbod dat het best bij hun vraag aansluit zouden kunnen kiezen .

Om inzicht te geven in de kwaliteit van het zorgaanbod worden vanuit het veld indicatoren ontwikkeld. Deze ontwikkeling vindt veelal tripartiet plaats. Dat betekent dat zowel zorgaanbieders, als ziektekostenverzekeraars en consumenten bij deze ontwikkeling zijn betrokken. Toch wordt er door zowel verzekeraars als door consumenten gesignaleerd dat het op basis van de informatie die nu beschikbaar is lastig is om keuzes op de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt te maken.

Consumenten hebben op dit moment nog vrijwel geen inzicht in de prijs van het zorgaanbod. Een groot deel van de bevolking heeft een natura-polis of een polis die een combinatie is van een natura-polis en een restitutiepolis. Op basis van deze –polissen hebben ziektekostenverzekeraars contracten met zorgaanbieders afgesloten. De facturering en betaling van deze gecontracteerde zorg vindt in het geval van een naturapolis plaats tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Pas bij de verrekening van het eigen risico krijgt de verzekerde een overzicht van zijn zorgkosten (voor zover dat relevant is voor zijn eigen risico). Daarnaast is de informatie over de zorginkoop veelal niet beschikbaar op het moment dat consumenten hun keuzes voor een polis maken, dus elk jaar vanaf oktober. Sterker nog, in hoofdstuk 3 wordt geconstateerd dat de contracten voor 2009 tussen ziekenhuizen en verzekeraars op veel plekken anno juni 2009 nog moeten worden gesloten. Deze kunnen per definitie geen rol hebben gespeeld bij de keuze van consumenten voor een verzekeraar.

Kortom, ondanks dat er in de afgelopen jaren veel inspanning is verricht om kwaliteitsinformatie over de zorgverleningsmarkt te ontsluiten hebben consumenten nog maar in beperkte mate de beschikbaarheid over kwaliteitsinformatie en vrijwel geen inzicht in de prijs. Daarmee staat vast dat consumenten op dit moment niet kunnen vaststellen wat de prijs- kwaliteitsverhoudingen van de aangeboden zorg is. Hierbij rijst de vraag of consumenten op de zorgverleningsmarkt wel prijs-kwaliteitsafwegingen gaan maken als ze die informatie wel zouden hebben maar de zorg door hun verzekering wordt vergoed en zij dus geen prijs hoeven te betalen.

Zowel zorgaanbieders, als ziektekostenverzekeraars en consumentenorganisaties hebben aangegeven dat ze op dit moment niet zien dat de zorgverleningsmarkt onderhevig is aan consumenten die bewuste keuzes maken op basis van kwaliteitsinformatie. Zij scheppen het beeld dat consumenten er vanuit gaan/willen gaan dat alle zorgaanbieders in Nederland dezelfde hoge kwaliteit van zorg leveren.<sup>320</sup> Het besef dat er variatie in de kwaliteit van zorgaanbieders is begint wel op te komen, maar dat is een omslag in het denken over gezondheidszorg. Dat de huisarts hier nauw bij betrokken kan zijn zien we bij de IJsselmeer casus waar de adherentie van het ziekenhuis tot 60% was teruggelopen omdat huisartsen patiënten naar aanpalende ziekenhuizen stuurden.<sup>321</sup> Ondanks dat er op de zorgverleningsmarkt geen dreiging van het exit-mechanisme uitgaat worden consumenten toch bij de ontwikkeling van nieuw zorgaanbod betrokken. Dit was echter ook al het geval voor de introductie van de Wmg en is waarschijnlijk onderdeel van de al langer bestaande tendens om consumenten centraal te stellen.

#### *4.6.3 De transparantieontwikkeling lijkt wel invloed te hebben op de kwaliteit van zorg*

Het systeem waarbij consumenten keuzes maken en de kwaliteit van de zorg beïnvloeden door middel van exit en voice lijkt dus (nog) niet zo te werken zoals bedacht. Op de zorgverzekeringsmarkt maken consumenten met name keuzes op basis van de hoogte van de verzekeringspremie. Op de zorgverleningsmarkt is er nog weinig bekend over het gebruik van keuze-informatie en het kiesgedrag van consumenten. Wel is bekend dat de informatievoorziening daar nog niet optimaal is. Uit onderzoek dat in de Verenigde Staten is gedaan komt naar voren dat we van de kiezende consument voorsnog niet teveel invloed op de marktaandelen van zorgaanbieders moeten verwachten.<sup>322</sup> Niettemin signaleren verschillende geïnterviewde stakeholders dat er in de afgelopen jaren wel sprake is geweest van een kwaliteitsverbetering op de zorgverleningsmarkt en dat dit voor een groot deel wordt bepaald door de ontwikkeling van meer transparantie.<sup>323</sup> Zorgaanbieders laten zich hierbij echter niet leiden door de keuzes die consumenten maken, exit en voice vinden nauwelijks plaats, maar door het gevaar op reputatieschade als ze hun behaalde resultaten niet openbaar maken. Dit wijst erop dat zorgaanbieders er wel op beducht zijn dat ze op termijn klanten kunnen kwijtraken, de potentiële dreiging van exit werkt dus wel en niet iedere individuele consument hoeft een weloverwogen keuze te maken om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

#### *4.6.4 Suggesties voor verbeteringen*

We constateren dat er keuzegedrag is op de zorgverzekeringsmarkt, maar dat deze vooral gebaseerd is op informatie over de prijs van de premie en de servicekwaliteit van de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast constateren we dat het keuzegedrag nauwelijks doorwerkt op de kwaliteit van de zorginkoop door zorgverzekeraars. Tenslotte constateren we dat op de zorgverleningsmarkt nauwelijks sprake is van keuzegedrag op basis van keuzeinformatie.

---

320 Zie ook Hibbard 2008, p.160-161.

321 Interview met dhr. Boereboom, Ministerie van VWS (19 maart 2009).

322 Fung et al. 2008, p.121 ; Delnoij 2009, p.36.

323 Zie ook: ZonMw 2009.



Dat het ontsluiten van goede keuze-informatie een lange adem vergt pleit ervoor dat de overheid dit proces blijft ondersteunen waar zij kan. Het valt daarom te overwegen om voor de ontwikkeling van keuze-informatie een structurele voorziening te treffen. Daarbij is ook beter inzicht nodig in het mechanisme van transparantieontwikkeling, keuzegedrag en kwaliteitsverbetering en daarbij ook na te gaan wat de consequenties zijn van de constatering dat transparantieinformatie weliswaar invloed heeft op het gedrag van verzekeraars, maar vooral vanwege de zorg voor hun reputatie.

Om de prijs- kwaliteitsverhouding van een natura-polis te kunnen vaststellen is het noodzakelijk om tijdig informatie over de zorginkoop te hebben en die te kunnen vergelijken. Anders zullen consumenten hun afweging alleen baseren op de hoogte van de premie. Zorgverzekeraars zullen er daarom zorg voor moeten dragen dat er duidelijkheid is over hun zorginkoop voordat verzekerden een nieuwe polis kiezen en verzekeraars moeten nadenken hoe ze informatie over de kwaliteit van de ingekochte zorg het best kunnen presenteren.

Dat het voor consumenten lastig is om op basis van keuze-informatie keuzes te maken leidt ertoe dat ze met hun huidige keuzegedrag weinig invloed op verzekeraars en zorgaanbieders uitoefenen. Het samenspel van druk van individuele patiënten op micro-niveau en druk van patiënten/consumentenorganisaties op meso- en macroniveau kan leiden tot een substantiële versterking van de positie van consumenten en patiënten. Om patiënten-/consumentenorganisaties beter in staat te stellen deze rol op zich te nemen is ondersteuning van deze organisaties nodig.