

Effecten van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel voor consumenten

Een inventarisatie van het onderzoek

Judith D. de Jong
Tom Nuijen
Peter P. Groenewegen

Bibliothecaresse: Noor Breuning



ISBN 978-90-6905-870-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Management samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel van het onderzoek	8
1.3 Vraagstelling	9
1.4 Opbouw van het rapport	9
2 Kader	11
2.1 Problemen in het oude stelsel	11
2.2 Oplossingen in het nieuwe stelsel	12
2.3 Afbakening	13
3 Methode	15
3.1 Opzet van het onderzoek	15
3.2 Sneeuwbalmethode	15
3.3 Bronnenonderzoek	15
3.4 Brancheorganisaties, toezichthouders, onderzoeksinstituten, VWS	16
3.5 Rapportage	17
4 Overzicht van het onderzoek	19
4.1 Monitoring	19
4.1.1 Het aantal mensen dat jaarlijks van zorgverzekeraar wisselt	19
4.1.2 Het aantal mensen dat problemen ondervindt bij het afsluiten van een zorgverzekering	19
4.2 Verdieping	20
4.2.1 Kiezende burgers	20
4.2.2 Het gebruik van informatie door burgers	21
4.2.3 De werking van financiële prikkels	21
4.2.4 Efficiënte en klantgerichte zorgverleners	22
4.3 Onbedoelde gevolgen	22
4.3.1 Risicoselectie	22
4.3.2 Onverzekerden	23
5 Conclusie	25
6 Consequenties voor de Zorgbalans	29

Bijlagen:

Bijlage 1: Monitoring	31
Bijlage 2: Verdieping	45
Bijlage 3: Onbedoelde gevolgen	59
Bijlage 4: Dossiers	63

Management samenvatting

Dit rapport bevat een inventarisatie van onderzoek vanuit consumentenperspectief naar effecten van het nieuwe verzekeringsstelsel. Doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de informatievoorziening gericht op de evaluatie van de stelselwijziging en dan in het bijzonder de informatievoorziening gericht op de positie van de consument.

De inventarisatie laat wat betreft de inhoud van het onderzoek zien dat er veel onderzoek is naar het functioneren van de verzekeringsmarkt en dan vooral het wisselen van zorgverzekeraar. Er is minder onderzoek dat dieper ingaat op de achterliggende assumpties en het eventuele optreden van onbedoelde gevolgen van de stelselherziening. Het onderzoek is gefragmenteerd en onderzoekers lijken weinig op de hoogte te zijn van wat anderen doen.

Coördinatie van het onderzoek heeft op onderdelen plaats. Er zijn rapportages waarin verschillende onderzoeken samen worden gerapporteerd. De monitor verzekeringsmarkt van de NZa is hier een voorbeeld van. Ook een ZonMw programma zoals “Kiezen in de zorg” is een manier waarop onderzoek gecoördineerd wordt. Daarnaast heeft het Ministerie van VWS recent opdracht gegeven aan ZonMw om een kader voor de evaluatie van de zorgverzekeringswet op te stellen. Hiermee is coördinatie van het onderzoek rond de evaluatie geformaliseerd.

De inventarisatie laat zien dat een deel van het onderzoek dubbel wordt gedaan, zoals onderzoek naar het wisselen van zorgverzekeraar. Dit wijst erop dat er eigen initiatieven zijn om dergelijk onderzoek te doen en dat niet alles centraal wordt, of hoeft te worden, gecoördineerd. Voordelen van doublures zijn dat er vanuit verschillende invalshoeken onderzoek wordt gedaan en dat vergelijking mogelijk is. Daar waar doublures minder gewenst zijn zou samenwerking gestimuleerd kunnen worden.

Om te zijner tijd over een integrale evaluatie van de Zorgverzekeringswet te kunnen beschikken zouden relevante witte vlekken moeten worden opgevuld en is coördinatie op noodzakelijke onderdelen, waaronder onderzoek naar achterliggende assumpties en onbedoelde gevolgen, van een evaluatie wenselijk.

De inventarisatie maakt zichtbaar welke databronnen (kunnen) worden gebruikt voor een evaluatie van de stelselwijziging. Dit betreft een internet based panel van de universiteit van Tilburg (CentERdata), het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL en de gegevens van Vektis.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden; het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen is verdwenen. Ook de ziektekostenregelingen voor ambtenaren zijn verdwenen. Er is een wettelijk verplichte basisverzekering voor iedereen gekomen. Met de nieuwe Zorgverzekeringswet wil de overheid de zorg betaalbaar houden door meer verantwoordelijkheid te leggen bij consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze partijen krijgen meer ruimte om zelf te beslissen, maar worden tegelijkertijd meer geconfronteerd met de gevolgen van hun gedrag.

Het ministerie van VWS heeft toegezegd om 5 jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet een evaluatie voor te leggen. Dit is ook expliciet opgenomen in de wet. De invoering van de Zorgverzekeringswet maakt deel uit van de herziening van het zorgstelsel. De brede herziening van het zorgstelsel omvat een verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing, onder meer door verdere invoering van gereguleerde marktwerking.

De implementatie van het nieuwe zorgstelsel bestaat uit een verandering van het algemene sturingssysteem en specifieke invoering van elementen van het verzekeringsstelsel. Dit heeft gevolgen voor alle actoren (consumenten/verzekerden/patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders). Voor de evaluatie zullen de (on)bedoelde effecten van de stelselwijziging gemonitord moeten worden. Negatieve onbedoelde effecten kunnen optreden door onjuiste assumpties ten aanzien van de actoren, doordat niet is voldaan aan bepaalde voorwaarden en door interacties of onderlinge afhankelijkheid tussen de actoren. Om de gevolgen van de stelselwijziging te kunnen monitoren is informatie nodig.

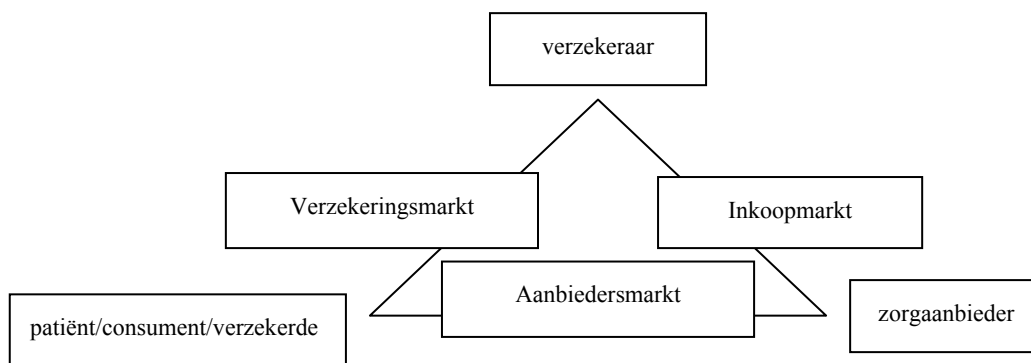
Een deel van de informatie die gebruikt kan worden voor de evaluatie van de zorgverzekeringswet en de stelselwijziging in bredere zin wordt al binnen diverse onderzoeken verzameld. Het is mogelijk dat er doublures zijn in het onderzoek dat gebruikt kan worden ten behoeve van de evaluatie, maar er kunnen tevens gebieden zijn waarop adequate informatievoorziening ontbreekt. Een van de voordelen van doublures in het onderzoek is dat eenzelfde onderwerp vanuit een andere invalshoek wordt bestudeerd, een ander voordeel is dat vergelijking mogelijk is. Op die gebieden waar voor een evaluatie relevante informatie niet beschikbaar is kan het Ministerie van VWS onderzoek laten doen. Het is daarom noodzakelijk om goed zicht te hebben op de lopende en geplande gegevensverzamelingen die gebruikt kunnen worden bij de evaluatie van de stelselwijziging en op welke gebieden adequate informatievoorziening nog ontbreekt.

Voor een evaluatie is een adequate informatievoorziening noodzakelijk. Hiertoe is ook informatie over de uitgangssituatie nodig, de zogenaamde nulmeting. Deze informatie

wordt niet zonder meer verzameld, met behulp van coördinatie kan voorkomen worden dat noodzakelijke informatie ontbreekt. Daarnaast is informatie nodig om te kunnen anticiperen. Bij het doorvoeren van een verandering, zoals de invoering van de Zorgverzekeringswet, kunnen onbedoelde gevolgen optreden. Onbedoelde gevolgen treden op door onjuiste assumpties van gedrag, interacties tussen actoren of doordat aan bepaalde voorwaarden niet is voldaan. Deze gevolgen kunnen door middel van onderzoek zichtbaar gemaakt worden. Als blijkt dat er onbedoelde gevolgen ontstaan kan eventueel worden bijgestuurd.

Bij de evaluatie van de stelselwijziging gaat het om effecten op de verzekeringsmarkt, de aanbiedersmarkt en de inkoopmarkt (figuur 1.1). Om de inventarisatie af te bakenen zal, op verzoek van het Ministerie van VWS, de focus liggen op de burgers in hun rollen van patiënt, zorggebruiker en verzekerde; consumenten staan dus centraal. In de rest van dit rapport zullen we spreken over consumenten, daaronder alle drie deze rollen verstaand. Er zal daarom vooral gezocht worden naar onderzoek met betrekking tot (on)bedoelde effecten op de verzekeringsmarkt en de aanbiedersmarkt. Daar vinden immers de interacties met consumenten plaats, terwijl het op de zorginkoopmarkt om interacties tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaat.

Figuur 1.1 Verzekeringsmarkt, inkoopmarkt en aanbiedersmarkt



1.2 Doel van het onderzoek

Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de informatievoorziening gericht op de evaluatie van de stelselwijziging en dan in het bijzonder de informatievoorziening die gericht is op de positie van de consument. Consumenten staan derhalve centraal. Allereerst wordt in kaart gebracht welke informatie reeds beschikbaar is en welk onderzoek gepland is. Vervolgens wordt gekeken naar gebieden waarop nog geen adequate informatievoorziening is gepland voor de evaluatie van de stelselwijziging. Tevens zal gekeken worden naar doublures en hoe de informatievoorziening waar nodig aangevuld kan worden. Het Ministerie van VWS heeft daarnaast gevraagd om consequenties voor de Zorgbalans te beschrijven. De Zorgbalans is een tweejaarlijks document dat samengesteld wordt door het RIVM en dat een beschrijving geeft van de

doelbereiking van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.¹ De volgende Zorgbalans zal ook aandacht besteden aan de effecten van de stelselwijziging. In dit rapport geven we aan welke gegevens daarvoor beschikbaar zijn naar inhoud en te gebruiken bronnen. Ook hierbij staan consumenten centraal.

1.3 Vraagstelling

De centrale vraagstelling luidt:

‘Wat is er aan lopende en geplande gegevensverzamelingen, gericht op de positie van de consument, om de (on)bedoelde effecten van de stelselwijziging te monitoren?’

Naast deze vraag zullen de volgende drie vragen beantwoord worden:

- 1 *‘Wat zijn de witte vlekken en hoe kunnen deze worden ingevuld?’*
- 2 *‘Welke doublures zijn er in de informatievoorziening?’*
- 3 *‘Wat zijn de consequenties voor de Zorgbalans, wat betreft de inhoud en de te gebruiken bronnen?’*

1.4 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt het kader waarbinnen dit onderzoek plaatsheeft geschetst. In hoofdstuk 3 wordt de methode van dit onderzoek beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 een beschrijving gegeven van de resultaten. In hoofdstuk 5 volgt een algehele conclusie en worden de witte vlekken en doublures aangegeven. In hoofdstuk 6 worden de consequenties voor de Zorgbalans beschreven.

¹ Westert GP, Verkleij H (redactie). Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. Bilthoven: RIVM, 2006

2 Kader

Deze inventarisatie richt zich op onderzoek dat verricht wordt in het kader van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Deze stelselwijziging is bedoeld om een aantal problemen in het oude stelsel op te lossen.

2.1 Problemen in het oude stelsel

In de memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet (2005) worden verschillende problemen in het oude stelsel beschreven.

Voor consumenten zijn dit:

- Onvoldoende invloed en keuzemogelijkheden zowel op het gebied van zorgverzekeraars als op het gebied van zorgaanbieders.
- Ongewenste inkomenseffecten bij de overgang tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering.
- Onvoldoende eigen verantwoordelijkheid bij consumenten.
- Bedreiging van de toekomstige betaalbaarheid van zorg door premiestijgingen.

Voor zorgverzekeraars zijn dit:

- Verbrokkelde markt met ongelijk speelveld door verschillende regulering van de ziekenfonds- en particuliere verzekering.
- Zorgverzekeraars treden ten opzichte van zorgaanbieders onvoldoende op als contractpartijen die doelmatige, kwalitatief hoogwaardige zorg afdwingen.
- Te hoge administratieve lasten.

Voor zorgaanbieders zijn dit:

- Zorgaanbieders zijn onvoldoende prestatie- en vraaggericht.

Deze problemen zouden voortkomen uit het feit dat de gezondheidszorg in het oude stelsel sterk vanuit het aanbod werd gestuurd, en uit het feit dat het verzekeringsstelsel verschillende compartimenten kende met binnen en tussen de compartimenten financiële, organisatorische en bestuurlijke schotten en verschillen in uitvoeringsstructuur. Daarbij moeten de gesignaleerde problemen worden gezien tegen de achtergrond van een aantal ontwikkelingen die bepaalde waarden in gevaar brengen of accentueren. Dit betreft een stijgende zorgvraag en stijgende kosten van de zorg die de bestendigheid van het systeem in gevaar brengen en individualisering en toegenomen welvaart die zouden maken dat mensen anders aankijken tegen solidariteit en meer waarde hechten aan keuzevrijheid in de gezondheidszorg.

2.2 Oplossingen in het nieuwe stelsel

Oplossingen die de stelselwijziging beoogt voor de genoemde problemen staan vermeld in Box 2.1.

Het nieuwe stelsel moet de problemen die gesignaleerd zijn in het oude stelsel oplossen, bestendigheid van het systeem garanderen, dus voorzienbare problemen in de toekomst oplossen, en aansluiten bij veranderingen in waardepatronen in gezondheidszorg en samenleving. “De eisen die aan het gezondheidszorgsysteem worden gesteld, zullen de komende jaren alleen maar toenemen. De Nederlandse bevolking vergrijsst en krijgt doordoor een steeds grotere zorgbehoefte. Die ontwikkeling zal zich, gezien de samenstelling van de bevolking, nog tientallen jaren voortzetten. Ook het profiel van de zorgvrager is aan verandering onderhevig. De burger heeft meer uitgesproken wensen ten aanzien van de aard en kwaliteit van de geboden zorg. Daarnaast is er de voortgaande ontwikkeling in de medische technologie, die maakt dat er steeds meer mogelijk wordt. Dit alles brengt echter ook aanzienlijke kosten met zich mee.”²

Met het nieuwe stelsel wordt geprobeerd tegemoet te komen aan de wens om mensen meer keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid te geven. Tevens wordt tegemoet gekomen aan de meer traditionele waarden van gelijkheid en solidariteit.

Box 2.1 Knelpunten in het oude stelsel en oplossingen in het nieuwe stelsel¹

	knelpunten	oplossingen
<i>Consument</i>	Onvoldoende invloed en keuzemogelijkheden	Zorgverzekering met acceptatieplicht neemt belemmeringen weg voor keuze uit verzekeraars (zoals de inkomensgrens in de voormalige ziekenfondsverzekering, selectie op basis van gezondheidstoestand in de particuliere verzekering, verplichte deelname aan een collectief contract of publiekrechtelijke regeling)
		Keuze uit een divers aanbod: natura/restitutie/vrijwillige eigen risico's
		Grotere transparantie door publicatie van vergelijkende informatie over zorgverzekering en zorgaanbod
		Toename concurrentie stimuleert verzekeraars en aanbieders tot klantgericht handelen
	Ongewenste inkomenseffecten	Door de basisverzekering voor iedereen vervallen inkomenseffecten voor mensen die moeten overstappen van ziekenfonds naar particulier
		Inkomenscompensatie via zorgtoeslag

² Tweede Kamer der Staten-Generaal. Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet. 's-Gravenhage: Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2005

	knelpunten	oplossingen
	Onvoldoende eigen verantwoordelijkheid	Significante nominale premie
		No-claimteruggaveregeling en vrijwillig eigen risico
	Door premiestijgingen komt betaalbaarheid van zorg in het geding	Prikkels voor alle actoren om bij te dragen aan betaalbaarheid
<i>Zorgverzekeraars</i>	Verbrokkelde markt met ongelijk speelveld ziekenfonds/particulier	Een homogene, transparante markt met gelijke spelregels voor zorgverzekeraars
	Zorgverzekeraars treden ten opzichte van zorgaanbieders onvoldoende op als contractpartijen die doelmatige, kwalitatief hoogwaardige zorg afdwingen	Verbod op risicoselectie: sturen op doelmatigheid en kwaliteit aanbod
		Verzekerden kunnen stemmen met de voeten en hebben financieel belang
		Ruimte voor ondernemerschap: focus van zorgverzekeraars op doelmatigheid en kwaliteit maakt geleidelijke deregulering mogelijk
		Toestaan winstmotief aan zorgverzekeraars
	Te veel administratieve lasten	Vereenvoudiging regelgeving en wegvallen doelmatigheidstoezicht
<i>Zorgaanbieders</i>	Zorgaanbieders zijn onvoldoende prestatie- en vraaggericht	Versterkte positie zorgverzekeraar en consument stimuleert zorgaanbieders tot betere prestaties
		Geleidelijke deregulering vergroot ruimte voor ondernemerschap en mogelijkheid tot het leveren van maatwerk

2.3 Afbakening

De inventarisatie betreft afgerond, lopend of gepland onderzoek dat is gericht op de positie van consumenten. Een tweede punt van afbakening gaat over de vraag wanneer een activiteit onderzoek betreft en wanneer het dat niet is. We hebben ons hierbij gebaseerd op een eerdere afbakening, gehanteerd door de Raad voor Gezondheidsonderzoek.³ Algemeen kan gesteld worden dat onderzoek zich richt op het beschrijven en verklaren van verschijnselen die zich voordoen in de werkelijkheid. Bij onderzoek worden systematisch en controleerbaar antwoorden gezocht op gestelde vragen. Resultaten van onderzoek, de antwoorden op de gestelde vragen, worden openbaar gemaakt, zodat anderen er kennis van kunnen nemen en zich erover uit kunnen spreken. Er wordt gezocht naar generaliseerbare kennis: het betreft het zoeken naar kennis die specifieke situaties overschrijdt en ook op andere situaties toepasbaar is. Vragen die normatief van aard zijn vallen buiten de definitie van onderzoek, evenals pure beschouwingen. We hebben ons bij de inventarisatie daarom gericht op empirisch

³ Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Gezondheidszorgonderzoek. Advies nr. 11. 's-Gravenhage: RGO, 1994

onderbouwd onderzoek. Bij het includeren van onderzoek is een oordeel over de kwaliteit van het onderzoek niet meegenomen.

Als bleek dat de resultaten van onderzoek niet openbaar waren, of als er meer dan 500 euro voor een rapport moest worden betaald is dergelijk onderzoek niet meegenomen in deze inventarisatie.

3 Methode

3.1 Opzet van het onderzoek

De inventarisatie van lopende en geplande gegevensverzamelingen heeft plaats gehad via:

- bronnenonderzoek (publicaties en websites);
- brancheorganisaties (verzekeraars, ziekenhuizen, artsen etc.);
- toezichthouders;
- onderzoeksinstituten;
- VWS.

Daarbij is gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode waarbij aan de benaderde personen is gevraagd naar relevante anderen. De gegevensverzameling heeft plaats gehad via schriftelijke (email) raadpleging van contactpersonen. Daarnaast is via internet gezocht naar relevante onderzoeken.

Aan de hand van de inventarisatie zijn gebieden vastgesteld waarop adequate gegevensverzameling ontbreekt en zijn, op verzoek van het Ministerie van VWS, consequenties voor de Zorgbalans beschreven.

3.2 Sneeuwbal methode

Een aantal sleutelpersonen (26 in totaal) is via email benaderd met de vraag welk onderzoek zij, of hun medewerkers, uitvoeren. Aan dezelfde personen is gevraagd of zij voor deze inventarisatie relevante anderen kenden. Deze benadering leverde enkele rapporten op, maar heeft niet geleid tot een lijst van relevante anderen. Daarom is besloten over te gaan tot een uitgebreid bronnenonderzoek waarbij relevante publicaties zijn geselecteerd en opgenomen in een overzicht. Het valt echter niet uit te sluiten dat er publicaties in de inventarisatie ontbreken.

3.3 Bronnenonderzoek

Voor het bronnenonderzoek is gebruik gemaakt van Picarta, Google en Google Scholar. Daarnaast is een aantal bibliotheken benaderd. Er is gezocht tot 1 december 2006.

In Picarta is gezocht met verschillende woorden en beperkingen (tabel 3.1). Alle documenten zijn bekeken. In veel gevallen betrof het beschouwingen. In sommige gevallen betrof het een artikel waar ook een rapport over is verschenen. De zoekstrategie die gebruikt is bij het zoeken met Google en Google Scholar staat beschreven in tabel 3.2. Het aantal bekeken hits in Google is beperkt tot 600. De hits zijn bekeken en als er verwezen werd naar een relevant document is dit document opgenomen in de inventarisatie.

Tabel 3.1 Bronnenonderzoek uitgevoerd met Picarta. Zoekstrategie en resultaten

materiaalsoort	zoekstrategie	resultaat
Boeken	Woorden: Stelselwijziging en zorg	7 titels
	Woorden: Nieuwe en zorgstelsel	7 titels
	Woorden: Nieuwe en zorgverzekering	3 titels
	Woorden: Zorgverzekeringswet of zvw	22 titels
	Woorden: Basisverzekering of ziektekostenstelsel of zorgverzekeringstelsel	13 titels
	Combinatie van alle hierboven genoemde resultaten	44 titels
Artikelen	Woorden: Stelselwijziging en zorg	3 titels
	Woorden: Nieuwe en zorgstelsel	61 titels
	Woorden: Nieuwe en zorgverzekering	31 titels
	Woorden: Zorgverzekeringswet of zvw	79 titels
	Woorden: Basisverzekering of ziektekostenstelsel of zorgverzekeringstelsel	92 titels
	Woorden: Combinatie van alle hierboven genoemde resultaten	250 titels
Overige materiaalsoorten	Woorden: Stelselwijziging en zorg	1 titel
	Woorden: Nieuwe en zorgstelsel	2 titels
	Woorden: Nieuwe en zorgverzekering	0 titels
	Woorden: Zorgverzekeringswet of zvw	1 titel
	Woorden: Basisverzekering of ziektekostenstelsel of zorgverzekeringstelsel	0 titels
	Combinatie van alle hierboven genoemde resultaten	4 titels

Tabel 3.2 Bronnenonderzoek uitgevoerd met Google en Google Scholar. Zoekstrategie en resultaten

zoekmachine	zoekstrategie	resultaat
Google	Met de woorden: onderzoek	258000 hits
	Ten minste een van de woorden: zorgstelsel zorgverzekeringswet basisverzekering	
	Zonder de woorden: weblog krant	
Google Scholar	Met de woorden: onderzoek	171 hits
	Ten minste een van de woorden: zorgstelsel zorgverzekeringswet basisverzekering	

3.4 Brancheorganisaties, toezichthouders, onderzoeksinstituten, VWS

Sleutelpersonen zijn via email benaderd (zie 3.2). Daarnaast zijn de websites van de verschillende brancheorganisaties, toezichthouders, onderzoeksinstituten en VWS

bekeken en zijn relevante publicaties aangevraagd. Ook commerciële bureaus zijn benaderd als zij onderzoek op het gebied van de stelselwijziging deden. De benaderde organisaties zijn:

- patiënten- en consumentenorganisaties (CG-raad, NPCF, Consumentenbond);
- de brancheorganisatie van zorgverzekeraars (ZN);
- brancheorganisaties van zorgaanbieders (KNMG, LHV);
- toezichthouders (NZA, Inspectie voor de Gezondheid);
- organisaties op het gebied van onderzoek (CPB, iBMG, Nyfer, Universiteit van Maastricht, TNO, SCP, RIVM, Marketresponse, ZonMw, Vrije Universiteit);
- overheid (de Ministeries van SZW en VWS).

3.5 Rapportage

Om een leesbaar rapport te verkrijgen is ervoor gekozen om een hoofdrapport te maken waarin kort de resultaten van de inventarisatie worden beschreven. In dit stuk wordt door middel van nummers verwezen naar de verschillende documenten die deel uitmaken van de inventarisatie. In een appendix wordt van elk van deze documenten het jaar van verschijnen, het instituut dat het onderzoek heeft uitgevoerd, of nog gaat uitvoeren, en een beschrijving, meestal de samenvatting van een rapportage of onderzoeksvoorstel, gegeven.

4 Overzicht van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de inventarisatie besproken. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen monitoring (zie paragraaf 4.1), verdieping (paragraaf 4.2) en de analyse van onbedoelde gevolgen (paragraaf 4.3).

4.1 Monitoring

Dit betreft het monitoren van het proces, het invoeringstraject, en de effecten van de stelselwijziging. De parameters waar onderzoek naar wordt gedaan zijn:

- het aantal mensen dat jaarlijks van zorgverzekeraar wisselt;
- het aantal mensen dat jaarlijks wordt geweigerd door een zorgverzekeraar voor de aanvullende verzekering.

4.1.1 *Het aantal mensen dat jaarlijks van zorgverzekeraar wisselt*

In het oude stelsel wisselde ongeveer 4% van de ziekenfondsverzekerden en 10%-15% van de particulier verzekerden van zorgverzekeraar [1, 2]. In het eerste jaar van het nieuwe stelsel is het percentage wisselaars veel hoger, namelijk 18%-25% [1, 3- 8]. Er was voorspeld dat 22% van de mensen zou wisselen van zorgverzekeraar [9].

Het is niet altijd duidelijk of de verschillende organisaties die een percentage wisselaars rapporteren dit eenmalig doen, of dat de meting jaarlijks herhaald zal worden. Slechts enkele instituten houden het wisselen van zorgverzekeraar al van voor de stelselwijziging bij. Dit zijn iBMG, het NIVEL en Vektis. iBMG maakt daarvoor gebruik van een internet based panel van de universiteit van Tilburg (CentERdata), NIVEL maakt gebruik van zijn Consumentenpanel Gezondheidszorg en Vektis maakt gebruik van gegevens afkomstig van zorgverzekeraars. Gegevens over het wisselen van zorgverzekeraar worden onder meer gerapporteerd in de Monitor Zorgverzekeringmarkt van de NZa [10, 11]. Voor 2006 heeft de NZa zowel de gegevens van iBMG als NIVEL gebruikt. Ook de komende jaren zal het NIVEL dergelijk onderzoek blijven doen onder zowel de algemene bevolking als onder chronisch zieken en gehandicapten [12,13]. Een overzicht in de vorm van korte beschrijvingen van het onderzoek met betrekking tot het aantal mensen dat wisselt van zorgverzekeraar is te vinden in bijlage 1A.

4.1.2 *Het aantal mensen dat problemen ondervindt bij het afsluiten van een zorgverzekering*

De NPCF heeft een meldpunt over problemen met de acceptatie door zorgverzekeraars, maar daaruit kan niet worden afgeleid om hoeveel mensen het gaat. Behalve om directe

weigeringen voor de (aanvullende) zorgverzekering kunnen er ook indirecte vormen van weigering zijn, zoals problemen met het afsluiten van een aanvullende verzekering. Het iBMG heeft in opdracht van de NPCF een onderzoek uitgevoerd naar acceptatie voor de aanvullende verzekering en risicoselectie [14, 15]. Dit onderzoek richtte zich vooral op de (gezondheids)vragen die zorgverzekeraars potentieel verzekerden voorleggen. Dit onderzoek wordt in de toekomst voortgezet. Het NIVEL heeft onder de leden van zijn panels, het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten en het Consumentenpanel Gezondheidszorg, onderzocht of er problemen waren met het afsluiten van een aanvullende zorgverzekering. Het bleek dat 5% van de mensen problemen had ondervonden [4]. Dit onderzoek is ook opgenomen in de Monitor Zorgverzekeringsmarkt van de NZa en zal worden herhaald [11, 12, 13]. Een overzicht in de vorm van korte beschrijvingen van het onderzoek met betrekking tot het aantal mensen dat problemen ondervindt met het afsluiten van een zorgverzekering is te vinden in bijlage 1B.

4.2 Verdieping

Dit betreft de analyse van achterliggende assumpties van de stelselwijziging. Onderwerpen van onderzoek zijn:

- kiezende burgers;
- het gebruik van informatie door burgers;
- de werking van financiële prikkels;
- efficiënte en klantgerichte zorgverleners.

4.2.1 *Kiezende burgers*

Kiezende burgers zijn belangrijk voor de werking van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Door middel van hun keuzes zouden burgers invloed hebben op zowel de premie als de kwaliteit van de zorg. Burgers zouden een rationele afweging maken bij hun keuze voor een passende zorgverzekering. Het is vooralsnog onduidelijk hoe burgers keuzes maken. Achterliggende assumptie is dat burgers *willen* kiezen. Mensen blijken keuze op de aanbiedermarkt, dus keuze van een huisarts of ziekenhuis, belangrijk te vinden [16, 17]. Keuze op de verzekeringsmarkt, het kiezen van een zorgverzekering, vinden zij minder belangrijk [16].

Onderzoek met betrekking tot kiezende burgers wordt gedaan door verschillende partijen, zoals universiteiten en onderzoeksinstituten. Een deel van dit onderzoek vindt plaats met subsidie van ZonMw, binnen het programma “Kiezen in de zorg”. Het ZonMw programma heeft vier deelprogramma’s. Deze deelprogramma’s richten zich op verschillende elementen rond vraagsturing:

- het vergroten van transparantie in de zorg en de ontwikkeling van goede consumenteninformatie;
- onderzoek naar preferenties en competenties van patiënten;
- versterking van de positie van patiënten/consumenten en de mogelijkheden van sturing door zorggebruikers;

- het meten van patiëntenervaringen.

Dit onderzoek moet veelal nog worden uitgevoerd [18-23]. Daarnaast rapporteert een aantal instituten (iBMG, NIVEL en het Instituut voor Gezondheidswetenschappen aan de VU) niet alleen het aantal mensen dat van zorgverzekeraar wisselt (zie 4.1.1), maar gaan zij daarbij ook in op kenmerken van mensen die wisselen en de mechanismen die een rol kunnen spelen bij het al dan niet wisselen van zorgverzekeraar [2, 3, 4, 6]. Het blijkt dat mensen die wisselen van zorgverzekeraar vaker jong en hoog opgeleid zijn en beschikken over een (zeer) goede ervaren gezondheid. Ook blijken het vaak mensen te zijn die nog niet zo lang bij dezelfde zorgverzekeraar zitten [6]. Het blijkt dat voor het overstappen naar een andere zorgverzekeraar vooral de premie van de zorgverzekering en een collectief aanbod een rol hebben gespeeld [3, 4]. De kwaliteit van de zorg speelt een minder belangrijke rol. Chronisch zieken en gehandicapten blijken meer waarde te hechten aan de inhoud van het pakket dan mensen uit de algemene bevolking [4]. Een overzicht in de vorm van korte beschrijvingen van het onderzoek met betrekking tot kiezende burgers is te vinden in bijlage 2A.

4.2.2 *Het gebruik van informatie door burgers*

Onderzoek met betrekking tot het gebruik van informatie door burgers hangt sterk samen met het onderzoek naar kiezende burgers. Om een weloverwogen keuze te kunnen maken hebben burgers goede en begrijpelijke informatie nodig. Behalve dat deze informatie beschikbaar is zal de informatie ook gebruikt moeten worden. Het blijkt dat mensen voor het kiezen van een passende zorgverzekering gebruik hebben gemaakt van verschillende bronnen. Belangrijke informatiebronnen zijn het internet en familie/vrienden/kennissen [4]. Chronisch zieken en gehandicapten maken gebruik van meer verschillende informatiebronnen dan mensen uit de algemene bevolking [4]. De meest betrouwbare informatiebron voor het verschaffen van informatie over zorg vindt men de zorginstelling, gevolgd door familie/vrienden/bekenden [24]. Het ministerie en gemeenten worden slechts door 6% van de respondenten als de meest betrouwbare informatiebron benoemd [24]. Uit ander onderzoek komt naar voren dat voor het verkrijgen van informatie over het zorgstelsel mensen het meeste gebruik zullen maken van brochures van hun verzekeraar en via berichten in landelijke en regionale dagbladen [25]. Een procesevaluatie van de communicatie rondom het nieuwe zorgstelsel wordt door Berenschot en de Technische Universiteit van Delft uitgevoerd [26]. Een overzicht in de vorm van korte beschrijvingen van het onderzoek met betrekking het gebruik van informatie door burgers is te vinden in bijlage 2B.

4.2.3 *De werking van financiële prikkels*

Onderzoek naar de werking van financiële prikkels, of door financiële prikkels mensen anders met het gebruik van zorg omgaan is recent gedaan rond de werking van eigen betalingen waaronder ook de no-claimteruggaveregeling valt. Het is nog onduidelijk of de no-claimteruggaveregeling daadwerkelijk leidt tot een afname van het zorggebruik [27, 28]. De nominale premiecomponent is bedoeld als prikkel voor concurrentie tussen

zorgverzekeraars en zou het kostenbewustzijn bij de burgers vergroten. Hier wordt momenteel geen onderzoek naar gedaan. Er wordt ook geen onderzoek gedaan naar de effecten van een eigen risico en de relatie tussen zorggebruik en het hebben van een natura verzekering of een restitutie verzekering. Het SCP (werkprogramma 2006-2007) voorziet in onderzoek rond eigen bijdrage regelingen, pakketkeuzes e.d. [29]. Een overzicht in de vorm van korte beschrijvingen van het onderzoek met betrekking tot de werking van financiële prikkels is te vinden in bijlage 2C.

4.2.4 Efficiënte en klantgerichte zorgverleners

Onderzoek naar de mate waarin zorgverleners zich klantgerichter gaan gedragen wordt tot nu toe alleen gedaan voor huisartsen. In 2007 worden video-opnames gemaakt van huisartsconsulten die vergeleken zullen worden met vergelijkbare opnamen uit 2001 (NIVEL, databank communicatie in de zorg) [30]. Er is daarnaast onderzocht wat mensen zelf verwachten van het nieuwe stelsel. Het blijkt dat zij niet zoveel veranderingen verwachten op de aanbiedersmarkt [14]. Voor websites zoals www.kiesbeter.nl en www.independer.nl wordt informatie verzameld over zorgverleners [31, 32]. Mensen kunnen op basis van deze informatie een keuze maken. Daarnaast worden vragenlijsten ontwikkeld om de zorg en service van zorgverleners te kunnen beoordelen (CQ-index) www.nivel.nl/cqindex [33]. Deze vragenlijsten worden ingevuld door consumenten. Een overzicht in de vorm van korte beschrijvingen is te vinden in bijlage 2D.

4.3 Onbedoelde gevolgen

Dit betreft onderzoek naar effecten van de stelselwijziging die niet beoogd waren. Onbedoelde effecten kunnen optreden door onjuiste assumpties ten aanzien van de actoren, doordat niet is voldaan aan bepaalde voorwaarden en door interacties tussen de actoren.

Onderwerpen van onderzoek zijn:

- risicoselectie;
- onverzekerden.

4.3.1 Risicoselectie

In opdracht van de NPCF heeft iBMG een onderzoek gedaan naar het verbeteren van de risicoverevening in de zorgverzekering [34]. Het onderzoek is nog voor de invoering van de Zvw uitgevoerd en de conclusie is dat risicoselectie via een selectief acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering financieel voordeel oplevert. In het nieuwe stelsel zijn mogelijkheden voor risicoselectie via de aanvullende verzekering, omdat zorgverzekeraars geen acceptatieplicht hebben voor aanvullende verzekeringen. Consumenten kunnen hun basisverzekering en aanvullende verzekering bij verschillende zorgverzekeraars afsluiten, maar dat gebeurt in de praktijk nauwelijks, deels omdat consumenten het lastig vinden met verschillende zorgverzekeraars te maken te hebben en deels omdat

zorgverzekeraars in het geval van een afzonderlijke aanvullende verzekering een hogere premie kunnen vragen. De NPCF heeft een meldpunt ingesteld waar mensen onder meer problemen met het wisselen van zorgverzekeraar kunnen melden. In 2006 heeft iBMG wederom in opdracht van de NPCF een onderzoek gedaan naar de aanvullende verzekeringen in het nieuwe stelsel. Uit dit onderzoek blijkt dat er in 2006, conform de toezeggingen van zorgverzekeraars, niet of nauwelijks via de aanvullende verzekeringen is geselecteerd [12].

Een overzicht in de vorm van korte beschrijvingen van het onderzoek met betrekking tot risicoselectie is te vinden in bijlage 3A.

4.3.2 Onverzekerden

Het aantal onverzekerden wordt jaarlijks door het CBS berekend [35]. Op basis van deze cijfers kan vastgesteld worden of het aantal onverzekerden verandert in de loop van de tijd. Een vergelijking met voorgaande jaren is moeilijk door een verandering in methodiek. De Landelijke Vereniging van Thuislozen heeft een onderzoek onder dak- en thuislozen gedaan met betrekking tot het nieuwe zorgstelsel [36]. Er blijken verschillen tussen gemeenten te zijn in de maatregelen die worden genomen om deze groep mensen te verzekeren. De KNMG heeft aan een beperkt aantal artsen gevraagd naar de behandelbeslissing bij onverzekerden. In dit onderzoek zijn aanwijzingen gevonden dat onverzekerden andere zorg krijgen, op welke manier dat zou zijn is niet onderzocht [37]. Een overzicht in de vorm van korte beschrijvingen is te vinden in bijlage 3B.

5 Conclusie

Doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de informatievoorziening gericht op de evaluatie van de stelselwijziging en dan in het bijzonder de informatievoorziening gericht op de positie van de consument.

Er kan geconstateerd worden dat het meeste onderzoek zich richt op de zorgverzekeringsmarkt en dan vooral op het wisselen van zorgverzekeraar. Onderzoek naar de (juistheid van) achterliggende assumpties en het eventueel optreden van onbedoelde effecten van de stelselwijziging wordt veel minder gedaan.

Onze inventarisatie laat daarnaast zien dat het onderzoek fragmentarisch van aard is. Bovendien zijn onderzoekers vaak niet op de hoogte van het onderzoek dat door anderen wordt gedaan, of willen die informatie niet delen. De vraag welke anderen onderzoek op het gebied van de stelselwijziging doen is namelijk door bijna niemand beantwoord. Een andere bevinding is dat, hoewel er redelijk veel publicaties verschijnen over het zorgverzekeringsstelsel, dit veelal beschouwingen betreft en empirische onderbouwing ontbreekt. Deze beschouwingen zijn niet opgenomen in onze rapportage.

Coördinatie van het onderzoek heeft op onderdelen plaats. Er zijn rapportages waarin verschillende onderzoeken samen worden gerapporteerd. De monitor verzekeringsmarkt van de NZa is hier een voorbeeld van. Ook een ZonMw programma zoals “Kiezen in de zorg” is een manier waarop onderzoek gecoördineerd wordt. Daarnaast heeft het Ministerie van VWS recent opdracht gegeven aan ZonMw om een kader voor de evaluatie van de zorgverzekeringswet op te stellen. Hiermee is coördinatie van het onderzoek rond de evaluatie geformaliseerd. Het SCP en het NIVEL hebben de stelselwijziging opgenomen in hun werkplan. Het SCP heeft dit echter niet in uitvoering genomen. Binnen het NIVEL vinden verschillende projecten plaats met betrekking tot een evaluatie van de stelselwijziging.

Onze inventarisatie laat zien dat een deel van het onderzoek dubbel wordt gedaan, zoals onderzoek naar het wisselen van zorgverzekeraar. Dit wijst erop dat er eigen initiatieven zijn om dergelijk onderzoek te doen en dat niet alles centraal wordt gecoördineerd. Voordelen van doublures zijn dat er vanuit verschillende invalshoeken onderzoek wordt gedaan en dat vergelijking mogelijk is. Daar waar doublures minder gewenst zijn zou samenwerking gestimuleerd kunnen worden. Een aantal organisaties houdt een dossier met betrekking tot het zorgverzekeringsstelsel bij op internet (zie bijlage 4).

Beperkingen van het onderzoek zitten in het feit dat het niet mogelijk is om uit te sluiten dat er onderzoek is gemist. Het is mogelijk dat er onderzoek wordt gedaan dat relevant zou zijn voor deze inventarisatie, maar niet door ons is gevonden. Dit houdt overigens wel in dat er niet eenvoudig aan deze informatie te komen is. Het is denkbaar dat uit

strategische overwegingen niet alle informatie over vooral gepland onderzoek aan ons is doorgegeven. Deze mogelijke terughoudendheid in het delen van informatie staat een eventuele samenwerking in de weg. Het bleek niet eenvoudig om te achterhalen welk onderzoek is gedaan of wordt gepland. De informatie is vooral verkregen door zelf te zoeken en minder doordat benaderde sleutelpersonen informatie hebben gegeven. Het meeste zicht hebben we op het onderzoek dat door het NIVEL is gedaan en wordt gepland. Dit onderzoek is dan ook volledig opgenomen in dit rapport.

Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan heeft alleen betrekking op consumenten in hun rol van patiënten, zorggebruikers en verzekerden. Voor een algehele evaluatie is ook informatie die betrekking heeft op zorgaanbieders en zorgverzekeraars van belang.

De stelselwijziging is bedoeld om een aantal problemen die gesignaleerd werden in het oude stelsel op te lossen. In de memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet (2005) worden de verschillende problemen beschreven. In tabel 5.1 zijn deze problemen opgenomen (kolom 1) alsmede de oplossingen die de Zorgverzekeringswet voor deze problemen geeft (kolom 2), daarnaast wordt een overzicht gegeven van de te onderzoeken bedoelde en onbedoelde effecten.

Meer specifiek wordt op veel punten reeds informatie verzameld. Dit betreft:

- het wisselen van zorgverzekeraar;
- problemen bij het afsluiten van een aanvullende verzekering;
- kiezende burgers;
- het gebruik van informatie door burgers;
- de werking van financiële prikkels;
- efficiënte en klantgerichte zorgverleners;
- risicoselectie;
- onverzekerden.

Op sommige punten ontbreekt het nog aan informatie. Dit betreft vooral de verdieping, waarbij achterliggende assumpties van de stelselwijziging worden geanalyseerd, en de analyse van onbedoelde effecten. Vragen zoals wie er wisselen van zorgverzekeraar; of er een kleine groep wisselaars en een grote groep zittenblijvers is en wat hiervan de consequenties zijn worden niet beantwoord. Dergelijke vragen zijn wel van belang voor de evaluatie van de stelselwijziging omdat de implicatie van bijvoorbeeld een kleine groep gezonde wisselaars zou zijn dat verzekeraars zich vooral op deze groep, die alleen op de premie let, gaan richten. Andere punten waar onderzoek ontbreekt betreffen bijvoorbeeld (zie ook tabel 5.1):

- De invloed van consumenten op premie en kwaliteit.
- Onbedoelde effecten van het wisselen van zorgverzekeraar (toename van de premie als gevolg van hogere transactiekosten, afname van de kwaliteit als door het wisselen van zorgverzekeraar alleen signalen over de premie worden gegeven).
- Belemmeringen in het wisselen van zorgverzekeraar (de rol daarbij van de aanvullende verzekering, collectieve contracten).
- Afname van (niet-)noodzakelijk zorggebruik (als gevolg van no claim of eigen risico).
- Keuzevrijheid (door selectieve contractering voor de naturaverzekering; mensen willen vooral keuze op de aanbiedersmarkt, maar krijgen alleen keuze op de verzekeringsmarkt. Keuze willen betekent niet dat mensen willen kunnen wisselen, het kan ook betekenen dat mensen willen houden wat ze hebben).

Tabel 5.1 Problemen in het oude stelsel, oplossingen in het nieuwe stelsel en de te onderzoeken (on)bedoelde effecten

	problemen in het oude stelsel	oplossingen in het nieuwe stelsel	te onderzoeken bedoelde effecten	te onderzoeken onbedoelde effecten
<i>Consument</i>	Onvoldoende invloed en keuzemogelijkheden	Zorgverzekering met acceptatieplicht neemt belemmeringen weg voor keuze uit verzekeraars (zoals een inkomensgrens, selectie op basis van gezondheidstoestand, verplichte deelname aan een collectief contract of publiek-rechtelijke regeling)	Wisselen van zorgverzekeraar Geen selectie van verzekerden Consument als marktpartij	Wisselen gezonden en zieken Impliciete selectie van verzekerden Overstapbelemmeringen door collectieve contracten of aanvullende verzekering
		Keuze uit een divers aanbod: natura/restitutie/vrijwillige eigen risico's		Verhouding natura (beperking keuzevrijheid) en keuzevrijheid tav zorgaanbieders
		Grotere transparantie	Vergelijking mogelijk	Vergelijken te ingewikkeld voor bepaalde categorieën consumenten
	Ongewenste inkomenseffecten	Toename concurrentie stimuleert verzekeraars en aanbieders tot klantgericht handelen	Is er sprake van vraaggericht handelen	Welke consumenten hebben invloed? Kwaliteit
		Door de basisverzekering voor iedereen vervallen inkomenseffecten voor mensen die moeten overstappen tussen ziekenfonds en particulier		
	Onvoldoende eigen verantwoordelijkheid	Inkomenscompensatie via zorgtoeslag	Iedereen kan premie betalen	Hoge lasten voor bepaalde groepen
Significante nominale premie		Afname zorggebruik	Uitstel van noodzakelijke zorg onverzekerden	
Door premiestijgingen komt betaalbaarheid van zorg in het geding	No-claimteruggave-regeling	Afname zorggebruik	Uitstel van noodzakelijke zorg	
	Prakkels voor alle actoren om bij te dragen aan betaalbaarheid	Beperking van de macrokostenontwikkeling	Stijging van de macrokosten	

Onze inventarisatie maakt zichtbaar welke databronnen (kunnen) worden gebruikt voor een evaluatie van de stelselwijziging. We noemen: een internet based panel van de universiteit van Tilburg (CentERdata), het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL en de gegevens van Vektis. Aangemerkt dient te worden dat CentERdata alleen vragen rond het zorgverzekeringsstelsel opneemt als daar een opdracht voor gegeven wordt. In beide panels van het NIVEL worden structureel vragen rond het zorgverzekeringsstelsel gesteld. Vektis verzamelt structureel gegevens van zorgverzekeraars.

6 Consequenties voor de Zorgbalans

Naast het in kaart brengen van de informatievoorziening gericht op de evaluatie van de stelselwijziging en dan in het bijzonder de informatievoorziening die gericht is op de positie van consumenten, heeft het Ministerie van VWS gevraagd om consequenties voor de Zorgbalans, de inhoud en de te gebruiken bronnen, te beschrijven. Ook hierbij staan consumenten centraal.

In de Zorgbalans worden de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg gepresenteerd. De Zorgbalans schetst een beeld op basis van ongeveer 125 indicatoren en wordt in opdracht van het Ministerie van VWS iedere twee jaar uitgebracht.⁴ De eerste Zorgbalans is in 2006 verschenen, de komende Zorgbalans zal in 2008 verschijnen.

Een van de overstijgende thema's die in de komende Zorgbalans aan de orde zal komen betreft de stelselwijziging. In tabel 6.1 staan de systeemdoelen en indicator domeinen zoals deze in de Zorgbalans worden gebruikt vermeld (de eerste twee kolommen). Daaraan toegevoegd is een kolom met punten die in het kader van een evaluatie van de stelselwijziging kunnen worden meegenomen in de Zorgbalans. Het betreft niet alleen de punten die een directe relatie met de positie van de consument hebben. Daar waar in tabel 6.1 cursief wordt aangegeven welke onderwerpen opgenomen kunnen worden in de Zorgbalans wordt bedoeld dat dit punt niet direct in relatie staat met de positie van de consument. Punten die wel direct in relatie staan met de positie van de consument staan vet vermeld. Voor een afgewogen beeld in de Zorgbalans dienen ook indicatoren voor het aanbieders- en verzekeraarsperspectief ontwikkeld te worden.

Tabel 6.1 Systeemdoelen en indicator domeinen in de Zorgbalans en toe te voegen onderwerpen in het kader van een evaluatie van de stelselwijziging gericht op consumenten

stysteemdoelen	indicator domeinen	onderwerpen	bronnen
Kwaliteit	effectiviteit	<i>Investerings van zorgverzekeraars in zorg/preventie; inkoopbeleid</i>	<i>onbekend</i>
	veiligheid	geen relatie met stelselwijziging	
	vraaggerichtheid	Invloed van verzekerden Klantgerichtheid zorgaanbieders	NZa; NPCF; NIVEL

- vervolg tabel 6.1 -

⁴ Westert GP, Verkleij H (redactie). Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. Bilthoven: RIVM, 2006

- vervolg tabel 6.1 -

streefdoelen	indicatordomeinen	onderwerpen	bronnen
Toegankelijkheid	accreditatie	geen relatie met stelselwijziging	
	innovatie	Doelgroepenpolissen Speciale zorgarrangementen	Kiesbeter
	keuzevrijheid	Wisselen van zorgverzekeraar Weigeren voor de aanvullende verzekering Keuzevrijheid in relatie tot naturapolis Transparantie/Problemen met de zorgverzekeraar	NZa; iBMG; NIVEL
	tijdigheid	Beleid m.b.t. machtigingen	NIVEL; Centrum Klantervaring Zorg
	sociale belemmeringen	Kennis over verzekeringen en aanspraken	NIVEL
	financiële belemmeringen	Financiële prikkels (eigen risico en no-claimteruggaveregeling) Premie Onverzekerden Individueel/collectief verzekerden Solidariteit	CBS; Kiesbeter; NIVEL
	geografische belemmeringen	<i>Geografische spreiding gecontracteerde zorg</i>	<i>onbekend</i>
Betaalbaarheid	personeelsaanbod en -ontwikkelingen	<i>Functionele aanspraken</i>	<i>onbekend</i>
	macro kosten	reeds in de Zorgbalans opgenomen <i>Beheerskosten zorgverzekeraars</i>	<i>NIVEL</i>
	functioneren zorgmarkt	<i>Marktconcentraties zorgverzekeraars</i> <i>Marktconcentraties aanbieders</i> <i>Onderling vertrouwen zorgaanbieders</i>	<i>NZa; NIVEL</i>
	arbeidsproductiviteit	<i>Per sector, o.a. huisartsen, fysiotherapeuten</i>	<i>NIVEL</i>
	financiële positie zorgaanbieders	<i>Administratieve lasten/transactie-kosten</i> <i>Kosten van onverzekerden</i>	<i>onbekend</i>

Bijlage 1 Monitoring

A Het aantal mensen dat jaarlijks van zorgverzekeraar wisselt

1

Titel van de rapportage: Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag (2006)

Instituut: Vektis

Onderwerpen: Verzekerden mobiliteit, collectiviteit, polisdifferentiatie, premie hoogte

Methode: Schriftelijke Enquête onder zorgverzekeraars

Korte beschrijving van de publicatie:

De invoering van een nieuw stelsel is derhalve massaal aangegrepen om op zoek te gaan naar een andere zorgverzekeraar. In de periode 1 januari – 1 maart 2006 is 18% van de verzekerden (bijna 2,7 miljoen) overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. In 2005 bleek uit onderzoek dat het overstappercentage bij ziekenfondsverzekerden 4% en bij particulier verzekerden 10% bedroeg.

In 2005 was circa 31% verzekerd via een collectief contract en 69% via een individueel contract. Deze verhouding is in 2006 drastisch gewijzigd: het collectieve contract is veel belangrijker geworden. In 2006 is het aantal verzekerden met een collectief contract gestegen naar 44% en het aantal verzekerden met een individueel contract gedaald naar 56%.

De verschillen in nominale premie zijn dit jaar bijzonder klein. De nominale premie kan dan ook niet dé prikkel zijn geweest voor verzekerden om over te stappen.

Het merendeel van de verzekerden (95%) heeft gekozen voor een zorgverzekering met een eigen risico van €0. In 2005 had nog maar eenderde van de particulier verzekerden een eigen risico van €0 en nog eens eenderde een heel klein eigen risico (tot €125).

Ongeveer 93% van de verzekerden heeft gekozen voor één of meerdere aanvullende verzekeringen. Dit percentage was vorig jaar onder ziekenfondsverzekerden hoger toen nog door circa 91% een aanvullende verzekering werd gekozen.

De naturapolis is verreweg het meest populair: van alle verzekerden heeft tweederde gekozen voor een naturapolis, de polis waarin door de zorgverzekeraar afspraken zijn gemaakt met de zorgaanbieder over kosten en/of kwaliteit van de zorg.

Wanneer alle verzekerden een basisverzekering hadden gekozen zonder eigen risico, dan komt de gemiddelde premie uit op €1.060.

Ook rekeninghoudend met de kortingen die zijn gegeven op collectieve contracten, bedraagt de in Nederland gemiddelde betaalde premie €1.025 (deze premie is exclusief de premie voor aanvullende verzekeringen en eventuele kortingen bij jaar- of kwartaalbetalingen).

Voor dit jaar ligt de gemiddelde premie (€1.060) onder de verwachtingen die het

ministerie van VWS vooraf had. In eerdere berekeningen was uitgegaan van een premie van €1.106. Het verschil heeft voor dit jaar geen invloed op de al uitgekeerde bedragen in het kader van de zorgtoeslag.

2

Titel van de rapportage: Laske-Aldershof, T. en F.T. Schut. (2005). Monitor verzekerdemobiliteit. Een onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS.

Instituut: iBMG

Onderwerpen: Verzekerdemobiliteit

Methode: Enquêtes onder een internet-based panel

Bevindingen:

Verzekerdemobiliteit

De mobiliteit is in 2005 significant is gestegen ten opzichte van de voorafgaande jaren. Bij ziekenfondsverzekerden die van verzekeraar zijn veranderd vormt een lage premie van de hoofdverzekering steeds vaker een belangrijke reden voor hun ziekenfondskeuze. Van degenen die overwogen om van ziekenfonds te veranderen, geeft ruim 40% aan dat het verschil met andere ziekenfondsen niet voldoende was om te veranderen. Ongeveer 70% van de ziekenfondsverzekerden die niet hebben overwogen om van ziekenfonds te veranderen gaf hiervoor als belangrijkste reden dat zij tevreden zijn met hun huidige ziekenfonds. Voor hen vormde de dekking van de aanvullende verzekering (ooit) een belangrijke reden voor hun ziekenfondskeuze.

Ongeveer 50% van de particulier verzekerden die niet hebben overwogen om van verzekeraar te veranderen gaf hiervoor als belangrijkste reden dat zij tevreden zijn met hun huidige verzekeraar. Een verschil met de ziekenfondsverzekerden is dat een veel groter percentage respondenten aangeeft dat zij niet zijn veranderd van verzekeraar omdat zij zijn geweigerd of omdat zij vermoeden te worden geweigerd vanwege hun leeftijd en/of gezondheid. Particuliere verzekeraars zijn dan ook in tegenstelling tot de ziekenfondsen niet gebonden aan een acceptatieplicht (voor de hoofdverzekering).

Al met al lijken er op de particuliere markt veel minder veranderingen in de mobiliteit op te treden dan in de ziekenfondsmarkt. Voor een deel lijkt dit een gevolg van de voortdurende veranderingen in de ziekenfondsmarkt, zoals de forse wijzigingen in de nominale premies en de samenstelling van het verplichte en aanvullende verstrekkingspakket. Voor een ander deel lijkt het een gevolg van een leereffect: ziekenfondsverzekerden lijken zich geleidelijk steeds meer bewust van de mogelijkheden om van ziekenfonds te kunnen veranderen. De toenemende aandacht van de politiek, consumentenorganisaties en de media enerzijds en de toenemende marketinginspanningen van zorgverzekeraars anderzijds zullen daar ongetwijfeld een rol in hebben gespeeld.

3

Titel van de rapportage: Jong, J. de, Delnoij, D. en Groenewegen, P. (2006).

Verzekerdemobiliteit is hoog. Ook ouderen wisselen van zorgverzekeraar.

Instituut: NIVEL

Onderwerpen: Verzekerdenmobiliteit, collectiviteiten

Methode: Schriftelijke enquête Consumentenpanel Gezondheidszorg

Korte beschrijving van de publicatie:

In het nieuwe stelsel zijn veel meer mensen van zorgverzekeraar gewisseld dan in het oude stelsel, een vijfde (21%) is overgestapt. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen en opleidingsgroepen. Jongeren blijken in het nieuwe stelsel, net als in het oude stelsel, vaker te zijn overgestapt dan ouderen. Het verband tussen leeftijd en het percentage overstappers is vergelijkbaar tussen het oude en nieuwe stelsel. Als er naar het opleidingsniveau gekeken wordt is er een lichte verschuiving in het patroon. Waren het voorheen vaker hoog opgeleiden, nu zijn het meer middelbaar opgeleiden die wisselen van zorgverzekeraar. Toch is ook in de hogere leeftijdsgroepen en de lagere opleidingsgroepen een substantieel percentage van zorgverzekeraar gewisseld. De belangrijkste redenen om over te stappen zijn een aantrekkelijk collectief aanbod, dit wordt door 57% van de overstappers genoemd, en de hoogte van de premie van het aangeboden pakket, dit wordt door 39% van de overstappers genoemd. Een collectieve verzekering via de werkgever komt het meeste voor; 78% van de collectief verzekerden is via de werkgever verzekerd. Mobiliteit van verzekerden is een belangrijke pijler in het nieuwe stelsel. De toekomst zal uitwijzen of verzekerden mobiel blijven en wat de invloed van collectiviteiten hierop is.

4

Titel van de rapportage: Jong, J.D. de en Groenewegen P.P. (2006). Wisselen van zorgverzekeraar in het nieuwe stelsel. Een vergelijking van het zoek- en wisselgedrag van chronisch zieken en gehandicapten met dat van de algemene bevolking.

Instituut: NIVEL

Onderwerpen: Verzekerdenmobiliteit, chronische ziekten, regionale verschillen, problemen bij overstappen, zoekgedrag

Methode: Schriftelijke vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg en Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

Korte beschrijving van de publicatie:

Overstappers zijn vaker jong, vrouw, hoogopgeleid met een zeer goede of uitstekende ervaren gezondheid en wonen vaker in het oosten of westen van Nederland. Chronisch zieken en gehandicapten met een slechte of matige ervaren gezondheid stappen minder vaak over dan verzekerden uit de algemene bevolking met een slechte of matige ervaren gezondheid. Chronisch zieken en gehandicapten met een zeer goede of uitstekende ervaren gezondheid stappen vaker dan deze categorie verzekerden uit de algemene bevolking over van zorgverzekeraar. Het bezitten van hulpmiddelen lijkt een belemmering te vormen voor het overstappen van zorgverzekeraar. Het blijkt dat verzekerden die een hulpmiddel bezitten minder dan gemiddeld zijn overgestapt van zorgverzekeraar. Chronisch zieken en gehandicapten kijken bij hun keuze vaker naar de inhoud van de verzekering dan mensen uit de algemene bevolking. De keuzes van chronisch zieken en gehandicapten en de algemene bevolking blijken niet

van elkaar te verschillen. Veel verzekerden (95%) hebben gekozen voor een aanvullende verzekering. Ouderen en mannen hebben vaker alleen een basisverzekering. Daarnaast blijken er regionale verschillen te zijn; mensen in het noorden hebben vaker voor alleen een basisverzekering gekozen dan mensen in het zuiden van Nederland.

Van de chronisch zieken en gehandicapten is 47% collectief verzekerd. Van de algemene bevolking is 56% collectief verzekerd. Jongeren, mannen, hoger opgeleiden en mensen met een uitstekende ervaren gezondheid zeggen vaker dat zij collectief verzekerd zijn. Daarnaast zeggen mensen in het westen van Nederland vaker dat zij collectief verzekerd zijn dan mensen in het zuiden.

Hoger opgeleiden hebben vaker een eigen risico. Ook hier zijn regionale verschillen gevonden; mensen in het noorden hebben minder vaak voor een eigen risico gekozen dan mensen in het zuiden van Nederland.

Door 7% van de chronisch zieken en gehandicapten en door 5% van de algemene bevolking die niet ingegaan zijn op het aanbod van hun "oude" zorgverzekeraar worden problemen met het afsluiten van een aanvullende verzekering gerapporteerd. Ervaren problemen met het afsluiten van een aanvullende verzekering blijken in het algemeen niet gerelateerd te zijn aan de onderzochte kenmerken. Wel rapporteren jongeren in de algemene bevolking minder vaak problemen dan jongeren onder de chronisch zieken en gehandicapten. Daarnaast spelen chronische ziekten en het bezitten van hulpmiddelen mogelijk een rol.

Bij het zoeken naar een passende zorgverzekering hebben mensen gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Chronisch zieken en gehandicapten lijken daarbij meer verschillende bronnen te hebben gebruikt dan mensen uit de algemene bevolking. Over het algemeen vonden mensen dat de door hun gebruikte bronnen voldoende informatie gaven over de aspecten van de zorg waarin zij geïnteresseerd waren, dat er voldoende informatie beschikbaar was en dat de informatie over de aspecten van de zorg waarin zij geïnteresseerd waren begrijpelijk was. Ongeveer 10% van de chronisch zieken en gehandicapten en van de algemene bevolking vond dit echter niet. Het betreft dus een aanzienlijk aantal mensen voor wie de informatievoorziening niet toereikend was.

5

Titel van de rapportage: Twee keer zoveel Nederlanders wisselen van zorgverzekeraar. Zilveren Kruis Achmea voorlopige winnaar in slag om verzekerde. (2006).

Instituut: Marketresponse

Onderwerpen: zoekgedrag

Methode: Telefonische enquête onder Nederlandse bevolking

Korte beschrijving van de publicatie:

Uit dit onderzoek van MarketResponse blijkt dat de groep die zich niet gaat oriënteren op een nieuwe verzekering groter is dan de groep die dit wel gaat doen. Vooral lager opgeleiden en ouderen blijken minder vaak van plan verzekeraars te vergelijken. Van de groep die zegt zich te gaan oriënteren, verwacht de helft ook van verzekeraar te veranderen. De intentie tot switchen komt daarmee uit op 20%. Op basis van ervaringsgegevens van MarketResponse betekent dit dat de werkelijke switch in de markt zal uitkomen op 10 tot 14 procent. Dit is ongeveer 2 keer hoger dan in de afgelopen jaren. Bijna een kwart neemt het aanbod van deze verzekeraar mee in de overwegingen.

Titel van de rapportage: Diepeveen C.J. en Mosselman M. (2006). Het overstapgedrag van de Nederlandse bevolking binnen het nieuwe zorgstelsel en de achterliggende factoren die hierop van invloed zijn. –Eerste wetenschappelijk onderzoek naar de beweegredenen en karakteristieken van wel en niet-overstappers van verzekeraar binnen het nieuwe zorgstelsel-

Instituut: Vrije Universiteit Amsterdam

Onderwerpen: Verzekerdemobiliteit, kwetsbare groepen

Methode: Schriftelijke enquête onder Nederlandse bevolking

Korte beschrijving van de publicatie:

Om meer inzicht te geven in het overstapgedrag van de Nederlandse bevolking is een grootschalig onderzoek gedaan. In dit onderzoek is vooral uitgezocht welke achterliggende factoren verband houden met het overstapgedrag. Hieronder vallen een groot aantal demografische kenmerken en de kennis en de mening die mensen hebben aangaande het nieuwe zorgstelsel.

Uit het onderzoek bleek dat 25,2% van de populatie overgestapt is van verzekeraar. De belangrijkste reden die mensen zelf aangaven voor hun overstap was het afsluiten van een collectiviteitverzekering bij een andere verzekeraar (65,8%). Als duidelijke tweede reden werd de te hoge premie van de vorige verzekeraar genoemd (30,1%).

De belangrijkste reden om niet over te stappen was de tevredenheid met de service van de huidige verzekeraar (62,9%). Verder scoorden redenen als ‘een collectiviteitverzekering bij dezelfde verzekeraar’ en ‘dat was het makkelijkst’ erg hoog, respectievelijk 26,9% en 17,6%. Bij het overstappen lieten de meeste mensen (54,4%) zich beïnvloeden door offertes van verschillende verzekeraars, gevolgd door ‘advies van de werkgever’ (25,9%) en ‘vergelijkende websites’ (23,1%).

Alle achterliggende factoren die van invloed zouden kunnen zijn op het overstapgedrag zijn getoetst op een verband met het overstappen. Uiteindelijk bleven er 5 variabelen over die samen de belangrijkste voorspellers zijn voor of men wel of niet overstapt van verzekeraar.

Ouderen stappen minder vaak over dan jongeren. Een persoon die zeer veel weet van het nieuwe zorgstelsel heeft tussen de 4 en 5 keer zoveel kans om over te stappen als iemand die zeer weinig kennis heeft. Er blijkt ook een verband te zijn tussen de verzekeringsduur en het overstapgedrag. Hoe langer mensen reeds bij een bepaalde verzekeraar zitten, hoe kleiner de kans wordt dat men overstapt. Daarnaast blijken mensen met kinderen onder de 18 jaar, de jonge gezinnen, vaker over te stappen dan mensen zonder kinderen (onder de 18 jaar). Tenslotte stappen mensen die minder tevreden zijn met het nieuwe zorgstelsel ook minder vaak over.

Een kwetsbare groep als de ouderen blijkt dus veel minder over te stappen dan jongere bevolkingsgroepen. Voor beleidsmakers in de zorg kan dit betekenen dat zij ouderen moeten stimuleren om meer gebruik te gaan maken van de voordelen van het nieuwe zorgstelsel. Dit is immers een grote groep die veel zorg gebruikt en minder interessant is voor verzekeraars vanwege hun hoge gezondheidsrisico's. Een tweede uitkomst die erg relevant is voor de beleidsmakers binnen de zorg en die wellicht nog meer

aanknopingspunten voor interventie biedt, is het feit dat de hoeveelheid kennis die men heeft over het zorgstelsel erg bepalend is voor de kans op een overstap. Door een betere disseminatie van kennis zou een belangrijke stap gezet kunnen worden om de consument te prikkelen bewuster te kiezen voor de zorgverzekeraar die voor hem het beste is. Zo wordt de marktwerking gestimuleerd en worden zorgverzekeraars gedwongen de beste zorg tegen zo laag mogelijk kosten te bieden. Tenslotte is het imago van het nieuwe zorgstelsel ook erg belangrijk. De mate van tevredenheid van mensen over de invoering van het nieuwe zorgstelsel blijkt immers sterk samen te hangen met het overstapgedrag. Wanneer de overheid erin slaagt de bevolking te overtuigen van de noodzaak van het nieuwe stelsel, is men wellicht meer bereid moeite te doen om een goede en passende verzekeraar te vinden.

7

Titel van de rapportage: Mobiliteit in de zorgverzekering neemt sterk af. Onderzoek naar de mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt 2006/2007. (2006).

Instituut: Atos Consulting

Onderwerpen: Verzekerdenmobiliteit, prognose, collectiviteiten

Methode: Bronnenonderzoek

Korte beschrijving van de publicatie:

In 2006 is bijna een kwart van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, komend jaar zal ‘slechts’ een tiende (10%) van de Nederlanders voor een andere zorgverzekeraar kiezen, een flinke afname van de mobiliteit op de verzekerdenmarkt. Redenen hiervoor zijn de korte overstapperiode van 2 maanden, de relatief korte ervaringstijd van nieuwkomers bij de huidige zorgverzekeraar en de verwachting dat de premies niet omlaag zullen gaan.

Er wordt verwacht dat de collectiviteitsgraad in 2007 toeneemt van 47% tot 57%, door marketingacties en het premievoordeel.

8

Titel van de rapportage: Collectieve afhankelijkheid. Onderzoek naar de mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt. (2006).

Instituut: Deloitte

Methode: Analyse gegevens zorgverzekeraars

Korte beschrijving van de publicatie:

Zo'n 25% van de verzekerden is na invoering van het nieuwe zorgstelsel overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Collectivisering van de zorgverzekeringsmarkt is hiervoor de voornaamste oorzaak. Andere oorzaken zijn prijsgevoeligheid, servicegevoeligheid en publiciteitsgevoeligheid.

Winst en verlies voor een zorgverzekeraar wordt vooral bepaald door de collectiviteitsgraad van de verzekerdenportefeuille. Voor het binnenhalen van een collectiviteit is naast de gegeven korting, een goede ervaren kwaliteit/service van de dienstverlening van de zorgverzekeraar bepalend.

Naar verwachting zal de collectivisering van de zorgverzekeringsmarkt doorzetten. De huidige collectiviteitsgraad van de zorgverzekeringsmarkt zal doorgroeien van 50% in 2006 naar bijna 60% de komende jaren. Verwachte premieverhoging en de toegenomen macht van de werkgeverscollectiviteiten veroorzaken deze stijging.

9

Titel van de rapportage: Mobiliteit van zorgverzekerden neemt toe. Onderzoek naar de verwachte mobiliteit in het nieuwe zorgstelsel. (2005).

Instituut: Deloitte

Korte beschrijving van de publicatie:

Mobiliteit vooral op de korte termijn groot. Over de veranderingen waar de zorgverzekeringsmarkt volgend jaar mee te maken krijgt wordt al langer gespeculeerd. Maar hoe drastisch die veranderingen uitpakken was tot dusver eigenlijk nog niet bekend. Dit onderzoek wijst erop dat zorgverzekeraars de komende tijd grote schommelingen kunnen verwachten in hun ledenbestand. Vooral de toegenomen mogelijkheid om collectieve ziektekostenverzekeringen af te sluiten via de werkgever zal de zorgverzekeringsmarkt komend jaar behoorlijk opschudden. Naar verwachting zal maar liefst 40% van de huidig collectief verzekerden volgend jaar een andere zorgverzekeraar hebben. Zorgverzekeraars die van de hausse willen profiteren moeten er echter snel bij zijn, want de mobiliteit is waarschijnlijk maar van korte duur. Op de lange termijn (2006-2010) is de verwachting dat de mobiliteit flink terugsinkt en gemiddeld 5% zal zijn. Dit betekent nog wel een toename van 1% ten opzichte van de mobiliteit (4%) in het huidige ziektekostenverzekeringsstelsel.

10

Titel van de rapportage: De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor Zorgverzekeringsmarkt juni 2006. (2006).

Instituut: Nederlandse Zorgautoriteit

Onderwerpen: Verzekerdenmobiliteit, prognose, dynamiek, collectiviteiten, risicoselectie, knelpunten, zoekgedrag

Methode: Documentanalyse, data van derden en enquêtes van iBMG

Korte beschrijving van de publicatie:

De Nederlandse Zorgautoriteit is door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gevraagd een monitor voor de zorgverzekeringsmarkt te ontwikkelen. Deze eerste monitor heeft als doelstelling de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt na de invoering van het nieuwe zorgstelsel in kaart te brengen. Centraal staat de werking van de zorgverzekeringsmarkt en de effecten voor de consument in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorgverzekeringen. Niet alles komt aan de orde, het is een tussenstand. Later dit jaar volgt een verdere uitdieping van een aantal onderwerpen. Uitgangspunt is een risicoanalyse van de nieuwe zorgverzekeringsmarkt.

De invoering van de zorgverzekeringswet (Zvw) heeft geleid tot een grote toename van de verzekerdenmobiliteit. Ongeveer 18% van de verzekerden is overgestapt naar een andere verzekeraar, ten opzichte van circa 3% en 8% van respectievelijk de ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden in de voorgaande jaren. Bovendien schat de NZa i.o. dat tussen 5 en 10% van de verzekerden binnen dezelfde verzekeraar van pakket is veranderd na het aanbod in december 2005. Daarmee constateert de NZa i.o. een positieve impuls voor de concurrentiedruk in de markt. Ook in vergelijking met andere geliberaliseerde markten is het aantal overstappers hoog. Opvallend is dat oudere mensen en mensen met een slechte gezondheid minder vaak overstappen dan mensen met een betere gezondheid. De NZa i.o. zal gaan uitzoeken wat de oorzaak hiervan is, en wat de effecten zijn op toegankelijkheid en werking van de markt.

Verdere concentratie in 2006

In 2006 is sprake van verdere concentratie in de landelijke zorgverzekeringsmarkt. Niet alleen hebben de grootste zorgverzekeraars hun marktaandelen vergroot, ook zijn enkele fusies aangekondigd waarbij de grote spelers zijn betrokken. Op provinciaal niveau is de concentratie over het algemeen verminderd maar her en der nog steeds hoog. Wel is waar te nemen dat verschillende verzekeraars het meest verloren in de regio waarin ze van oudsher sterk waren.

Marktdynamiek

De markt wordt in 2006 gekenmerkt door een grote dynamiek. Zorgverzekeraars hebben te maken met een veel grotere in- en uitstroom van verzekerden dan in voorgaande jaren. De administratieve problemen die het overstappen volgens een deel van de verzekerden opleverde weerhield mensen er niet van de stap naar een andere verzekeraar te zetten. Afgelopen jaar kreeg de verandering in het zorgstelsel zeer veel aandacht in de media waardoor het voor de consument duidelijk was op welke manier hij, in welke periode, kon overstappen. Voor de komende overstapronde gelden andere regels en zal de openbare informatievoorziening aan verzekerden minder omvangrijk zijn. Tevens wil de NZa i.o. dat zorgverzekeraars bewerkstelligen dat overgestapte verzekerden vanaf het moment van inschrijving de premie betalen die voor hen vanaf dat moment geldt. Verschillende verzekerden moesten in de eerste maanden van 2006 dubbele premies betalen omdat in- en uitschrijving niet aansloten. Verzekerden hadden veel klachten over deze situatie. De zorgverzekeraars moeten klachten voorkomen door hun nieuwe verzekerden op het juiste moment de nieuwe premie te laten betalen.

Collectieve contracten

Zo'n 46% van de verzekerden heeft gekozen voor een collectief contract. De collectieve contracten zijn aantrekkelijk vanwege de premiekorting. De gemiddelde korting in collectieve contracten is 6,6%. Van de collectief verzekerden was 67% via de werkgever verzekerd en 32% via een pseudo-collectief zoals een werknemersorganisatie of sportvereniging. Het aantal collectief verzekerden via een patiëntenvereniging is in 2006 ongeveer 1%. Door de lage prijsstelling lijkt de markt voor collectieve polissen competitiever dan de individuele markt. Of er sprake is van kruissubsidiëring tussen beide markten doordat de inkomsten uit individuele premies worden gebruikt om collectieve kortingen te financieren, is vooralsnog niet aangetoond. De NZa i.o. neemt

zich voor in 2006 nader te bestuderen waarom zorgverzekeraars kortingen geven en hoe zij gefinancierd worden.

Toegankelijkheid

Verzekerden kunnen kiezen uit een ruim en gevarieerd aanbod aan polissen, er is geen differentiatie per provincie.

Verzekeraars zelf geven aan dat zij ook voor de aanvullende verzekeringen ruim accepteren. Dit is in lijn met het beperkte aantal klachten over weigering of situaties waarin werd gevraagd om een gezondheidsverklaring. De NZa i.o. heeft in 2006 in dit opzicht geen overstapbelemmeringen door risicoselectie geconstateerd. Vanuit haar wettelijke taak zal NZa i.o. dit in de toekomst scherp blijven monitoren. Voor 2006 waren er immers bestuurlijke afspraken over een non-selectief aanbod die voor 2007 niet meer gelden.

Oog voor mogelijke beperking van de toegankelijkheid

Over het algemeen is er dus een positief beeld van de toegankelijkheid. De NZa i.o. heeft de afgelopen maanden wel bij enkele zorgverzekeraars ingegrepen toen zij in hun informatie aan verzekerden suggereerden dat hun basisverzekering alleen voor specifieke groepen verzekerden toegankelijk zou zijn. Er is door de NZa i.o. inmiddels een richtsnoer voor informatieverstrekking door zorgverzekeraars gepubliceerd. De NZa i.o. let momenteel tevens scherp op de problematiek omtrent de voorwaarden van de aanvullende verzekering bij het opzeggen van de basisverzekering en de gebundelde verkoop van basisverzekering en aanvullende verzekering voor de kwaliteit van de keuze van de consument bekijken. Deze keuze kan suboptimaal zijn als het voor de consument in feite onmogelijk wordt per product een afzonderlijke afweging te maken.

Machtigingen

Voor de toegankelijkheid van de zorg via de zorgverzekering is van belang dat verschillende zorgverzekeraars in 2006 hun machtigingsbeleid tegen het licht hebben gehouden. In de loop van 2006 is zichtbaar dat verzekeraars de machtiging vooraf vervangen door een systeem van vrije toegang met controle achteraf. De NZa i.o. ziet dit als een positieve ontwikkeling: niet alleen worden administratieve lasten verkleind maar ook ondervindt de consument minder hinder bij zijn toegang tot de zorg.

Eigen betalingen

Daarnaast verdienen de eigen betalingen voor niet-gecontracteerde zorg aandacht. Meer dan 40% van de verzekerden heeft gekozen voor natura polis. Dit heeft in 2006 nog nauwelijks consequenties vanwege de ruime contractering door zorgverzekeraars. In de komende jaren kan het contracteerbeleid van zorgverzekeraars selectiever worden. Selectieve inkoop kan de doelmatigheid van het stelsel vergroten.

Toegankelijkheid van informatie

Toegankelijkheid is ook afhankelijk van de informatie over zorgverzekeringen. Consumenten beoordelen de informatie over de premie en dekking van de basisverzekering en aanvullende verzekeringen als het meest begrijpelijk. De informatie

over zorggaranties en servicegaranties is het minst begrijpelijk. NZa i.o. zal stimuleren dat deze keuze-informatie in de toekomst verbeterd wordt.

Betaalbaarheid

De gemiddelde premie die is betaald voor de basisverzekering ligt met €1.028 onder de premie die VWS had begroot (€1.106). Van alle verzekerden betaalt 98% een premie die onder de €1.100 ligt, met een ondergrens van €950. Het is voor de NZa i.o. nog onduidelijk hoe gevoelig de consumenten exact zijn voor de verschillen in premies. De voornaamste reden voor verzekerden om over te stappen is het premieverschil. Het is echter niet zo dat polissen met de laagste premies het meest worden afgenomen. De NZa i.o. doet nader onderzoek naar de mate waarin prijsverschillen de consument aanzetten tot overstappen. De NZa i.o. heeft geen relatie kunnen vaststellen tussen premiestelling en het eigen vermogen van verzekeraars in het verleden. De NZa i.o. kan nu dus ook niet concluderen dat de verschillende uitgangspunten tussen zorgverzekeraars hebben geleid tot verschillen in premiestelling.

Algemeen gunstig beeld vanuit consument

Vanuit de consument gereedeneerd is de situatie in 2006 over het algemeen gunstig te noemen. Mensen met een slechtere gezondheid hebben duurdere basisverzekeringen dan mensen met een betere gezondheid. Dit kan niet worden verklaard uit premiedifferentiatie. Waarschijnlijk is dat mensen met een minder goede gezondheid meer geïnteresseerd zijn in de dekking door de verzekering dan in de prijs van de verzekering omdat zij willen weten welke zorg zij kunnen gebruiken.

Premiestelling in 2007

Gezien de huidige stand van zaken in de zorgverzekeringsmarkt ligt het in de lijn der verwachting dat zorgverzekeraars het niveau van de huidige premiestelling doortrekken naar 2007. Op de langere termijn kunnen zorgverzekeraars een lage premiestelling alleen volhouden als zij een besparing op hun kosten realiseren.

Kwaliteit

Het overgrote deel van de verzekerden heeft polissen met gecontracteerde zorg gekocht. Echter, het is voor verzekerden nog moeilijk kiezen op basis van de kwaliteit van de verzekeraar of van de gecontracteerde zorg. Kwaliteitsinformatie was beperkt aanwezig en daardoor niet goed vergelijkbaar. De NZa i.o. vindt de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en het toegankelijk maken van deze informatie voor het brede publiek van groot belang. Dit stelt verzekeraars in staat om (potentiële) verzekerden beter te informeren over de kwaliteit van de zorg waarvoor zij zich verzekeren.

11

Titel van de rapportage: Monitor Zorgverzekeringsmarkt deelrapportage. Het overstapgedrag van chronisch zieken (2006).

Instituut: Nederlandse Zorgautoriteit

Onderwerpen: Verzekerdemobiliteit, chronisch zieken, keuzegedrag, collectiviteiten

Methode: Schriftelijke enquête Consumentenpanel Gezondheidszorg en Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

Korte beschrijving van de publicatie:

In samenwerking met de NZa heeft het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) onderzoek gedaan naar het overstapgedrag van chronisch zieken en gehandicapten (hierna: chronisch zieken) in vergelijking met het gedrag van de algemene bevolking in 2006. Mensen met een chronische ziekte hebben langdurige gezondheidsproblemen in de vorm van bijvoorbeeld astma, diabetes of reuma. Voor het onderzoek zijn enquêtes uitgevoerd bij een panel van chronisch zieken en een panel dat de algemene bevolking afspiegelt. De belangrijkste bevindingen zijn:

Chronisch zieken wijken in hun overstapgedrag weinig af van de algemene bevolking. Het aantal overstappers onder chronisch zieken is vergelijkbaar met de algemene bevolking. Waarschijnlijk hebben veel chronisch zieken gebruik gemaakt van het ruime acceptatiebeleid van de verzekeraars voor de aanvullende verzekeringen in het eerste jaar. Daarnaast blijkt uit het keuzegedrag van chronisch zieken dat zij niet waren aangewezen op collectieve verzekeringen van patiëntenverenigingen om soepel over te kunnen, maar dat ook ander collectiviteiten voor hen openstonden. De keuzeopties voor chronisch zieken liepen in 2006 niet achter bij die van de algemene bevolking.

Ook het keuzegedrag van chronisch zieken en de algemene bevolking vertoont een grote gelijkenis. Chronisch zieken hebben evenals de algemene bevolking voor het overgrote deel een aanvullende verzekering en in zeer geringe mate een eigen risico gekozen. In vergelijking met de algemene bevolking kijken chronisch zieken bij hun keuze wel beter naar de inhoudelijke aspecten van de zorgverzekering dan de algemene bevolking. Zij letten in het algemeen meer op kwaliteit en service. Zij weten immers beter dan niet-zorggebruikers welke zorg zij nodig zullen hebben. Daarbij raadplegen chronisch zieken een grotere diversiteit aan informatiebronnen dan de algemene bevolking.

Chronisch zieken die hun gezondheidstoestand als slecht of matig ervaren, zijn minder vaak van zorgverzekeraar gewisseld dan verzekerden uit de algemene bevolking die hun gezondheidstoestand als slecht of matig ervaren. Het gaat daarbij om ongeveer 11% van de chronisch zieken. Daartegenover staat dat chronisch zieken die hun gezondheid als goed of uitstekend ervaren, veel vaker zijn overgestapt dan dezelfde categorie in de algemene bevolking.

Chronisch zieken met een hulpmiddel stappen significant minder vaak over dan chronisch zieken zonder hulpmiddel. Het NIVEL vermoedt dat verzekerden met een hulpmiddel opzien tegen de administratieve rompslomp die gepaard gaat met het overnemen van hulpmiddelen door een andere zorgverzekeraar. Een aandachtspunt daarbij is dat chronisch zieken met hulpmiddelen vaker dan chronisch zieken zonder hulpmiddelen een aanvullende verzekering hebben.

12

Titel van het onderzoek: Evaluatie stelselwijziging in Consumentenpanel

Instituut: NIVEL

Begin- einde onderzoek: September 2005- onbekend

Korte beschrijving van het onderzoek:

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg biedt unieke mogelijkheden voor het monitoren van de effecten van de stelselwijziging. De peiling van oktober 2005 kan worden gezien als een laatste voormeting voordat de nieuwe Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 daadwerkelijk is ingevoerd. Het Ministerie van VWS, opdrachtgever van het NIVEL voor het Consumentenpanel Gezondheidszorg, heeft gevraagd om de peilingen van het panel in april en oktober 2006 te wijden aan de gevolgen van de nieuwe wet. De peiling in april 2006 ging vooral over de eerste ervaringen met de wet en de feitelijk gemaakte keuzen door consumenten. De peiling in oktober 2006 bevatte een herhaling van de vragen over zorggebruik gesteld in de voormeting van oktober 2005, in combinatie met het meetinstrument vertrouwen in de gezondheidszorg. De vraagstellingen in het Consumentenpanel worden afgestemd op vragen die in peilingen van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten worden gesteld en vice versa. Daardoor is het mogelijk om de effecten van de stelselwijziging bij 'gewone' consumenten en bij chronisch zieken en gehandicapten met elkaar te vergelijken.

13

Titel van het onderzoek: Evaluatie stelselwijziging in Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

Instituut: NIVEL

Begin - einde onderzoek: September 2005- onbekend

Korte beschrijving van het onderzoek:

Het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) biedt unieke mogelijkheden voor het monitoren van de effecten van de stelselwijziging. In nauwe afstemming met activiteiten rond het Consumentenpanel Gezondheidszorg, worden ook bij het NPCG metingen gedaan om de gevolgen van de invoering van de Zorgverzekeringswet in kaart te brengen. Zo wordt door middel van vragen aan het NPCG zicht verkregen op het zoek- en wisselgedrag van deze specifieke groepen. Dit wordt vergeleken met de algemene bevolking. Er kunnen bijvoorbeeld barrières zijn voor bepaalde consumenten om te wisselen, bijvoorbeeld het hebben van hulpmiddelen. Bovendien kan het zo zijn dat specifieke groepen consumenten op een andere manier zoeken naar een geschikte zorgverzekeraar of redenen hebben waardoor zij minder geneigd zijn om te wisselen. In de peilingen van oktober 2005 en april 2006 zijn vragen met betrekking tot de stelselwijziging in het NPCG gesteld.

B Het aantal mensen dat problemen ondervindt bij het afsluiten van een zorgverzekering

Zie ook nummer 4, 11, 12 en 13 uit bijlage 1A.

14

Titel van de rapportage: Bruijn D. de, Schut FT. (2006). Evaluatie aanvullende verzekeringen 2006. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Instituut: iBMG

Onderwerpen: Risicoselectie, verzekerdenmobiliteit

Methode: Analyse van informatie van zorgverzekeraars

Korte beschrijving van de publicatie:

Op grond van de inventarisatie van de aanvullende verzekeringen kan worden geconcludeerd dat de aanvullende verzekeringen – in lijn met de toezeggingen van de zorgverzekeraars – in 2006 niet of nauwelijks zijn gebruikt voor risicoselectie in de basisverzekering. Hierbij zijn de tandartsverzekeringen buiten beschouwing gelaten. Vooral het gebruik van gezondheidsverklaringen is ten opzichte van voorafgaande jaren sterk afgenomen. Met betrekking tot mobiliteit en keuzevrijheid is een belangrijk aandachtspunt de koppeling tussen basisverzekering en aanvullende verzekering, die veel verzekeraars ook in 2006 hanteren. Voor 2007 gelden de toezeggingen over non-selecte acceptatie voor de aanvullende verzekering niet meer. Bovendien staan zorgverzekeraars door de in 2006 sterk toegenomen premieconcurrentie onder toenemende druk om de kosten te beheersen. De aanvullende verzekering wordt dan een potentieel krachtig instrument voor risicoselectie.

15

Titel van de rapportage: Bruijn D de; Prinze FJ; Schut FT; Ven WPMM van de. (2005). Monitor risicoselectie met bijzondere aandacht voor de aanvullende verzekeringen. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Instituut: iBMG

Methode: Analyse van bestaande data

Korte beschrijving van de publicatie:

Het doel van dit onderzoek is om, gegeven de mogelijkheden tot risicoselectie die de Zorgverzekeringswet biedt, de NPCF in staat te stellen de komende jaren op verantwoorde wijze risicoselectie in de zorgverzekering te kunnen signaleren. Ondanks de risicoverevening bestaan er voor zorgverzekeraars gemakkelijk aanwijsbare subgroepen verzekerden die binnen de basisverzekering voorspelbaar winstgevend of verliesgevend zijn. Met name aanvullende verzekeringen, in het bijzonder de hierbij gebruikte gezondheidsverklaringen, vormen een zeer effectief instrument voor risicoselectie.

De invoering van de Zorgverzekeringswet, die zowel meer prikkels als meer instrumenten voor risicoselectie biedt dan de Ziekenfondswet, geeft derhalve aanleiding tot beleidsmatige alertheid in de komende jaren. Hoewel de zorgverzekeraars voor de overgang naar het nieuwe stelsel op 1 januari 2006 toezeggingen hebben gedaan over non-selectie acceptatie en beperking van risicoselectie, bestaan voor latere jaren hierover geen toezeggingen en kan de risicoselectie sterk toenemen.

Om de NPCF in staat te kunnen stellen om de risicoselectie in de zorgverzekering te signaleren is nodig:

1. te weten welke subgroepen bij de geldende risicoverevening voorspelbaar winstgevend en verliesgevend zijn;
2. een inventarisatie te hebben van vormen van risicoselectie die binnen de Zorgverzekeringswet mogelijk zijn;
3. te beschikken over een set meetbare indicatoren om risicoselectie die optreedt, te kunnen signaleren.

De conclusie is dat de gezondheidsverklaringen-2005 voor aanvullende verzekeringen verzekeraars in staat stellen een goede inschatting te maken van het actuariële risico dat een aspirant verzekerde vormt voor de basisverzekering.

Een Monitor Risicoselectie kan hierbij een nuttige functie vervullen, omdat risicoselectie in de komende jaren niet op voorhand moet worden uitgesloten. Een belangrijk onderdeel van een Monitor Risicoselectie is een jaarlijkse evaluatie van de aanmeldingsformulieren en gezondheidsverklaringen die verzekeraars hanteren bij de aanvraag van aanvullende verzekeringen.

Een essentieel onderdeel van een Monitor Risicoselectie is een jaarlijkse update van de tabel met “voorspelbaar verliesgevend subgroepen” (zie bijlage 1). Idealiter is hiervoor een voldoende groot gegevensbestand beschikbaar met per individu informatie over enerzijds gezondheid, aandoeningen en zorggebruik in het verleden en anderzijds alle benodigde informatie uit de administratie van de zorgverzekeraar om de vereveningsbijdrage op individueel niveau te kunnen berekenen. Wij adviseren om de mogelijkheden voor een dergelijk gegevensbestand te exploreren.

Teneinde risicoselectie via aanvullende verzekeringen beter te kunnen monitoren, kan aan de zorgverzekeraars worden gevraagd de voorwaarden waaronder verzekerden wel/niet worden geaccepteerd voor aanvullende verzekeringen, van te voren openbaar te maken. Zolang dit nog niet het geval is, kunnen aspirant verzekerden die geweigerd worden, de verzekeraar vragen hen te melden wat de reden van de weigering is. De aspirant verzekerde kan dit vervolgens doorgeven aan het NPCF-Meldpunt, dat de resultaten van deze inventarisatie publiceert.

Bijlage 2 Verdieping

A Kiezende burgers

In aantal van de publicaties die in Bijlage 1 genoemd zijn wordt ook een verdieping op de resultaten uitgevoerd. Dit betreft de nummers: 2, 3, 4, 6.

16

Titel van de rapportage: Jong J. de, Groenewegen P.P, Schee E. van der. (2006).

Consumenten en de stelselwijziging. TSG: Tijdschrift voor
Gezondheidswetenschappen, jrg: 84, nr. 5, p. 288-291

Instituut: NIVEL

Korte beschrijving van de publicatie:

In het nieuwe stelsel moeten consumenten meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en meer kunnen kiezen. Het idee is dat meer keuzemogelijkheden van consumenten zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanzet om goede zorg tegen een scherpe prijs aan te bieden. Door keuzes te maken zouden consumenten invloed hebben op de kwaliteit van zorg die zorgverzekeraars inkopen en de prijzen die zij afspreken. Consumenten zouden bij het kiezen van een zorgverzekeraar letten op de kwaliteit van de zorg die daarbij geboden wordt en de premie die zij daarvoor moeten betalen.

Dit artikel laat zien dat consumenten nog niet zoveel verwachten op de aanbiedersmarkt en de inkoopmarkt. Met de stelselwijziging worden echter wel effecten ten gevolge van interacties op die markten beoogd, zoals een toename van de kwaliteit van de zorg en service van zorgaanbieders. Het is mogelijk dat consumenten zich hier, voorafgaand aan de stelselwijziging, nog geen voorstelling van konden maken. Zij verwachten wel veranderingen op de verzekeringsmarkt en dan vooral waar het de inhoud en de premie van de aanvullende pakketten betreft. Dit maakt onderzoek naar de werking van de aanvullende verzekering erg interessant.

Alle zorgverzekeraars bieden het wettelijk verplichte basispakket aan. Naast prijs en kwaliteit kunnen zij concurreren op basis van de aanvullende verzekering. Aangezien de inkoopmarkt nu nog voornamelijk werkt met wettelijk vastgestelde prijzen kunnen er geen grote verschillen zijn in de premie van de basisverzekering bij verschillende zorgverzekeraars, de kwaliteit is moeilijk te beoordelen en daarom zal een belangrijk concurrentiemiddel in de aanvullende verzekering zitten. Dat maakt het aantrekkelijk om een aanvullende verzekering aan te bieden die afwijkt van de aanvullende verzekeringen die door de concurrenten worden aangeboden. Voor consumenten is het moeilijk om de aanvullende verzekeringen die aangeboden worden door de zorgverzekeraars te vergelijken. De grote hoeveelheid verschillende aanvullende pakketten die momenteel wordt aangeboden bevestigt deze strategie.

Een andere bevinding was dat consumenten ondanks dat zij aanvankelijk weinig

voordelen zagen in het wisselen van zorgverzekeraar toch bereid blijken te zijn om over te stappen. In het verleden wisselde zo'n 3% van de mensen van zorgverzekeraar, dat percentage ligt nu aanmerkelijk hoger. Op grond van onze bevindingen kon verwacht worden dat een kleine 2 miljoen mensen (14%) van zorgverzekeraar zouden wisselen. Deze voorspelling lijkt nu zelfs te zijn overtroffen.

Het is de vraag of deze ontwikkeling zich zal doorzetten. Er is veel aandacht geweest voor het wisselen van zorgverzekeraar. Mogelijk was dit een extra prikkel om de mogelijkheden te bekijken. Daarnaast was het in het verleden voor veel particulier verzekerden nauwelijks mogelijk om te wisselen, bijvoorbeeld vanwege hun leeftijd en gezondheidstoestand.

Belangrijkste redenen om over te stappen blijken een collectief aanbod en een te hoge premie te zijn, twee redenen die samen lijken te hangen. Idee van de stelselwijziging en de keuze voor consumenten is dat consumenten kiezen op basis van prijs en kwaliteit. Als zij hierover ontevreden zijn wisselen ze van zorgverzekeraar en op die manier worden zorgverzekeraars gestimuleerd om voor hun verzekerden een goede prijs en kwaliteit bij de zorgaanbieders af te dwingen. Uit dit onderzoek komt echter niet naar voren dat consumenten kiezen op basis van de kwaliteit van de zorg. Zij lijken op verschillende manieren de keuze te vereenvoudigen; premies zijn gemakkelijk te vergelijken en een collectief aanbod zorgt voor een beperking van de keuzemogelijkheden. Dit kan tot gevolg hebben dat zorgverzekeraars voornamelijk gaan concurreren op de prijs en dat de beoogde kwaliteitsverbetering achterwege blijft. Een kwaliteitsverbetering kan wel behaald worden als bij de onderhandelingen over de collectieve contracten kwaliteitsafspraken worden gemaakt. De rol van collectiviteiten is dus interessant zowel in hoe dit het overstapgedrag van verzekerden beïnvloedt als in de manier waarop dit mogelijk tot veranderingen op de aanbiedersmarkt, zoals een verbetering van de kwaliteit van de zorg, leidt.

17

Titel van de rapportage: Kiezen in de gezondheidszorg. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg (2003).

Instituut: TNS NIPO en RVZ

Korte beschrijving van de publicatie:

Zowel patiënten als niet-patiënten vinden het zelf kunnen kiezen in de gezondheidszorg van groot belang. De keuze van de eigen huisarts heeft hierbij de eerste prioriteit, gevolgd door respectievelijk de behandelmethodes en de specialist. Als er wordt gekeken naar het soort aandoening (chronisch, electief of wens) dan blijkt men vooral bij chronische en electieve aandoeningen veel waarde te hechten aan keuzemogelijkheden. Juist bij deze aandoeningen is er een grote discrepantie tussen behoefte aan keuzemogelijkheden en feitelijke keuzemogelijkheden. Een andere reden waarom keuzemogelijkheden zeer gewenst zijn, is dat de mening over de kwaliteit van verschillende specialisten en verschillende ziekenhuizen nogal verschillend wordt ervaren. Het oordeel over de kwaliteit van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen is weliswaar behoorlijk goed, maar het feit dat veel mensen de kwaliteit als variërend ervaren, plaatst deze gegevens in een

ander daglicht. De huidige ontwikkeling in Nederlandse ziekenhuizen (fusies en vermindering van het aantal) lijkt een belangrijke rol te spelen. Men heeft de indruk dat hierdoor keuzemogelijkheden sterk worden beperkt.

In de meerderheid van de gevallen blijken patiënten echter *geen* informatie te hebben ingewonnen over deze belangrijke aspecten. Hoewel patiënten enerzijds willen kiezen en weten wat ze belangrijk vinden, lijkt het ze anderzijds erg moeilijk om de benodigde informatie te verkrijgen, juist op die aspecten die er toe doen. De huisarts is de belangrijkste bron van informatie over het ziekenhuis. Het vertrouwen in de huisarts is zelfs zo groot dat de meerderheid van de respondenten het eens is met de volgende stelling: ‘ik zou naar het ziekenhuis gaan dat door de huisarts geadviseerd wordt’. Naast de huisarts spelen ook kennissen met een medische achtergrond een belangrijke rol bij de informatieverstrekking.

Meer dan de helft van de patiënten wil in een ideale situatie kunnen kiezen uit maximaal drie aanbieders (ziekenhuizen). Opmerkelijk is dat zij bereid zijn hiervoor te reizen, maar toch ontevreden zijn over het aantal keuzemogelijkheden in de gezondheidszorg. Dit gegeven, gecombineerd met het feit dat fusies in de regio als beperking worden ervaren, laat zien dat patiënten, wat keuzemogelijkheden betreft, toch vooral naar hun eigen regio kijken. Ook hier ligt een reden om aan te nemen dat meer keuzemogelijkheden binnen de eigen regio gewenst zijn.

Uit de resultaten van de conjunct meting (het simultaan aanbieden van keuzepakketten) komt de bejegening door de arts als belangrijkste aspect van keuze naar voren. Eveneens blijkt hieruit dat er onder de respondenten een bereidheid bestaat om te reizen en zelfs extra premie te betalen op voorwaarde dat men duidelijk ziet wat men voor deze extra premie terugkrijgt.

18

Titel van het onderzoek: Informatie over complicaties als keuze-ondersteunende informatie voor patiënten.

Uitgevoerd binnen het ZonMW programma “Kiezen in de zorg”.

Instituut: LUMC

Begin - einde onderzoek: 01-12-2006 tot 01-06-2008

Korte beschrijving van het onderzoek:

Het onderzoek sluit aan bij het ZonMw deelprogramma naar de effecten van keuzeondersteunende informatie. Enerzijds wordt antwoord gegeven op de vraag of de complicatiegegevens van een ziekenhuis betrouwbare informatie kunnen bieden voor patiënten, en anderzijds of patiënten deze gegevens belangrijk vinden en ook gebruiken bij hun keuze om zich in een ziekenhuis te laten behandelen. Concreet levert het project op welke informatie op betrouwbare wijze verkregen kan worden, op welke manier en wat mogelijke problemen daarbij zijn. Daarnaast wordt een concreet format van het presenteren van dergelijke gegevens getoetst bij patiënten, ten aanzien van begrijpelijkheid, het belang bij het maken van een keuze, en mogelijke problemen daarbij. Dit zal resulteren in aanbevelingen voor eventuele toekomstige implementatie. Het is

belangrijk dit onderzoek nu uit te voeren, vóórdát er wellicht lijstjes van complicatiecijfers per ziekenhuis gaan ontstaan. Van dergelijke lijstjes is namelijk bekend dat zij ongewenste neveneffecten kunnen hebben die de kwaliteit van zorg alleen maar verminderen. Naast deze specifieke opbrengst kan het project mogelijk aanbevelingen opleveren ten aanzien van de mogelijkheden om bestaande registraties te gebruiken om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg. Alhoewel in dit project de complicatieregistratie wordt gebruikt als voorbeeld, is de vraag even relevant voor andere registraties, zoals bijvoorbeeld de kankerregistratie. Steeds staat de vraag centraal: wat wil men weten, waarom en wat doet men daarmee? Het huidige project kan een belangrijke eerste stap betekenen in het gebruiken van complicatiegegevens als keuzeondersteunende informatie voor patiënten (experimenteel in 3 ziekenhuizen). Afhankelijk van de bevindingen in dit project, kunnen de uitkomstmaten en de manier van presenteren op langere termijn eventueel ook worden geïmplementeerd in andere ziekenhuizen, al dan niet via de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). Dit is echter afhankelijk van besluitvorming binnen betreffende ziekenhuizen en de NVvH, en valt daarom buiten het bestek van dit project.

19

Titel van het onderzoek: Het effect en vormgeving van keuzeondersteunende informatie en ondersteuning van keuzeprocessen op keuze processen van cliënten en/of hun vertegenwoordigers in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Uitgevoerd binnen het ZonMW programma “Kiezen in de zorg”.

Instituut: Erasmus MC

Begin- einde onderzoek: 01-12-2006 tot 01-06-2008

Korte beschrijving van het onderzoek:

Doel van dit onderzoek is vast te stellen wat het effect is van verschillende soorten informatie (cliëntenervaringen-, feitelijke- en kwaliteitsinformatie) en verschillende vormen van ondersteuning (hulpvraagverduidelijking, netwerk en lotgenoten contact) op het keuze(proces) van cliënten (tot 24 jaar) en/of hun vertegenwoordigers. Steeds meer wordt echter duidelijk dat er weinig bekend is over de werkelijke keuzeprocessen die mensen met een verstandelijke beperking en/of hun vertegenwoordigers doormaken voordat zij kiezen voor een zorgaanbieder, de effecten van keuzeondersteunende informatie hierin en de wijze waarop (groepen) cliënten ondersteund moeten worden om de beschikbare informatie te benutten en tot betere keuzen te komen. Als keuzeondersteunende informatie moet leiden tot een betere afstemming tussen vraag en aanbod, zullen cliënten zodanige informatie en ondersteuning moeten krijgen dat zij daadwerkelijk in staat zijn keuzen te maken die beter bij hun behoeften aansluiten. In de probleemanalyse werd aangetoond dat niet eerder de effecten van keuzeondersteunende informatie op het werkelijke keuzeproces van cliënten en/of hun vertegenwoordigers in de verstandelijk gehandicaptenzorg is onderzocht. In dit onderzoek gaat het nu niet om gesimuleerde keuzen over hypothetische situaties, maar om ‘real-life’ beslissingen. Het toetsen van het effect van consumenteninformatie en verschillende vormen van ondersteuning op keuzeprocessen van cliënten die op dat moment voor de concrete keuze staan. Dit onderzoek maakt de effecten inzichtelijk van keuzeondersteunende informatie,

hulpvraagverduidelijking en cliëntennetwerken op de keuze(processen) van cliënten met een verstandelijke beperking en/of hun vertegenwoordigers. Hieruit volgen (beleids)aanbevelingen over de gewenste vormgeving en ondersteuning van keuzeondersteunende informatie. De resultaten worden gepresenteerd in één onderzoeksrapport en in één of meer wetenschappelijke publicaties. De resultaten van dit onderzoek worden besproken met en toegelicht aan de betrokken cliëntenverenigingen, zodat zij bestaande werkmethoden en structuren kunnen verbeteren. De resultaten van dit onderzoek worden vervolgens ook via de kanalen (bijvoorbeeld via websites en nieuwsbrieven) van cliëntenorganisaties verspreid. Aanvullend is dat inzicht wordt verkregen in het effect van lotgenotencontact vanuit de ouderverenigingen/cliëntenverenigingen.

20

Titel van het onderzoek: Kiezen in het zorgaanbod bij dementie: Hoe kunnen patiënt en mantelzorger worden geholpen?

Uitgevoerd binnen het ZonMW programma “Kiezen in de zorg”.

Instituut: Universiteit Maastricht

Begin- einde onderzoek: 01-12-2006 tot 01-06-2008

Korte beschrijving van het onderzoek:

Het onderzoek richt zich op de vraag in hoeverre en op welke wijze dementie patiënten en hun mantelzorgers gebruik maken van het beschikbare zorgaanbod en welke factoren een rol spelen bij het al dan niet maken van een weloverwogen keuze uit dit aanbod. Het onderzoek bestaat uit de volgende drie onderdelen:

1. een inventarisatie welke keuzes op welke momenten dementiepatiënten en/of hun mantelzorgers maken;
2. het in kaart brengen van de factoren die een rol spelen bij het al dan niet komen tot een keuze uit het beschikbare zorgaanbod;
3. op basis van de resultaten van de vorige twee vraagstellingen komen tot een concreet voorstel aangaande oplossingen die het keuzeproces van dementiepatiënten en mantelzorgers ondersteunen.

21

Titel van het onderzoek: Kiezen voor een zorgverzekering; Een afgewogen keuze?

Uitgevoerd binnen het ZonMW programma “Kiezen in de zorg”.

Instituut: VU Medisch Centrum

Begin - einde onderzoek: 01-12-2006 tot 01-06-2008

Korte beschrijving van het onderzoek:

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in het informatiegebruik en het al of niet rationele keuzeproces van burgers die een keuze hebben gemaakt voor een zorgverzekeraar en een zorgpakket/verzekeringspakket. Op basis van deze kennis kunnen specifieke richtlijnen gemaakt worden voor de informatievoorziening aan verzekerden over ziektekostenverzekeraars en zorgpakketten en kan bepaald worden hoe zij beter

ondersteund kunnen worden bij het maken van hun keuze voor een verzekeraar of een ziektekostenpakket. Tevens zal duidelijk worden welke factoren een rationeel keuzeproces in de weg staan en zullen mogelijke maatregelen om het keuzeproces bij te sturen worden voorgesteld. Voor dit onderzoek zullen twee verschillende groepen worden benaderd: (a) chronisch zieke patiënten en (b) gezonde verzekerden. Binnen beide groepen zullen verzekerden vertegenwoordigd zijn met verschillende opleidingsniveaus. Tweetal onderzoeksmethoden die een dieper inzicht geven in de informatiebehoefte, het informatiegebruik en het keuzeproces van verzekerden, namelijk: focusgroep-interviews en een gebruikersonderzoek.

Met behulp van de focusgroep-interviews zal nader worden ingegaan op de problemen die verzekerden tijdens de invoering van het nieuwe zorgstelsel hebben gehad bij hun keuze voor een zorgverzekeraar en zorgpakket, en ook meer recent de problemen bij het begin van het nieuwe jaar als men weer kan overstappen naar een andere verzekeraar. Tevens zal worden gevraagd naar hun (toekomstige) behoefte aan meer of andere informatie en de manier waarop zij deze informatie willen krijgen. Onderzoek via focusgroepen is een goede manier om inzicht te krijgen in de ideeën van de doelgroep. Daarnaast is het een onderzoeksmethode die zich uitstekend leent voor het interpreteren van resultaten van kwantitatief onderzoek, zoals recent gepubliceerd door o.a. NIVEL, Consumentenbond. Vervolgens zal in een gebruikersonderzoek nader onderzocht worden hoe verzekerden de aangeboden informatie over ziektekostenverzekeraars en zorgpakketten beoordelen en daadwerkelijk gebruiken bij hun keuze. Hierbij gaat het in de eerste plaats over de informatie over verschillende aspecten van een verzekering of zorgverzekeringspakket (en niet de aspecten zelf) die wordt aangeboden en die verzekerden kunnen gebruiken om te beoordelen of een ziektekostenverzekeraar of een zorgverzekeringspakket aan hun eisen voldoet. Het gaat dus niet om voorkeuren of preferenties van verzekerden voor bepaalde aspecten (bijv. goede service, wachtlijstbemiddeling), maar hoe mensen de informatie gebruiken. Vervolgens wordt het keuzeproces nader geanalyseerd opdat duidelijk wordt hoe dit proces ondersteund kan worden. In het voorgestelde onderzoek zal kennis vergaard worden over de wijze waarop verzekerden een keuze maken voor een bepaalde verzekeraar en verzekeringspakket met of zonder aanvullende verzekering en/of eigen risico. Zowel gezonde mensen als chronisch zieke patiënten zullen gevraagd worden mee te doen met het onderzoek. Daarnaast zal aandacht besteed worden aan mensen met een lagere opleiding.

22

Titel van het onderzoek: Wat zijn de effecten van transparantie op zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Uitgevoerd binnen het ZonMW programma “Kiezen in de zorg”.

Instituut: Stichting Humanitas

Begin- einde onderzoek: 01-12-2006 tot 01-12-2007

Korte beschrijving van het onderzoek:

Doelstellingen van het onderzoek zijn:

1. Inventariseren van best practices
2. Ontwikkelen en uitwerken van de onderzoeksopzet

3. Introduceren van het onderzoek bij de instituten

De volgende vraagstellingen zullen worden beantwoord: Wat zijn de rationele en irrationele factoren die een rol spelen bij keuzeprocessen van zorgconsumenten? Wat is de bijdrage van de irrationele factoren in vergelijking tot de rationele factoren en wat is hun karakter? Hoe groot is de kloof tussen de logica van de zorgaanbieders (de rationele factoren) en die van de zorgconsumenten (irrationele factoren)? Gekoppeld aan de centrale onderzoeksvraag toetsen worden de volgende hypothesen getoetst in het onderzoek:

- hypothese 1: Irrationele factoren zijn vanuit het oogpunt van de zorgconsument rationeel;
- hypothese 2: Zorgconsumenten laten zich in hun keuzeprocessen in belangrijke mate leiden door zogenaamde irrationele factoren;
- hypothese 3: Het keuzeproces van zorgconsumenten leidt tot het herdefiniëren van hun identiteit;
- hypothese 4: Een expliciet ‘open source’-beleid vergroot de transparantie en openheid van zorgaanbieders.

23

Titel van het onderzoek: De kunst van het kiezen.

Uitgevoerd binnen het ZonMW programma “Kiezen in de zorg”.

Instituut: Trimbos Instituut

Begin - einde onderzoek: 01-12-2006 tot 01-10-2007

Korte beschrijving van het onderzoek:

De algemene doelstelling van het project ‘De Kunst van het kiezen’ is het verbeteren van de informatieverstrekking voor en de ondersteuning van (potentiële) cliënten van de geestelijke gezondheidszorg.

Cliënten worden meer en meer kritische zorgconsumenten en worden geacht zelf keuzes te maken in de zorg. Dit brengt met zich mee dat de individuele cliënt wil weten waar hij aan toe is opdat hij zelf de verantwoordelijkheid kan nemen voor de te nemen keuzes in de zorg.

Momenteel wordt de zorg voor ggz-cliënten vooral onder de noemer van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verstrekt. Per 2008 zullen de verstrekkingen plaats vinden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) én de AWBZ. Ggz-cliënten hebben onder elk van deze wetten een andere status en de wetten hanteren allen andere regels. Daarbij komt dat de toegang tot de zorg per wet anders wordt geregeld, vergelijk het verkrijgen van een persoonsgebonden budget. Voor ggz-cliënten wordt het dus steeds ingewikkelder. Daarom wordt met dit project getracht zicht te krijgen op het keuzeproces van (potentiële) ggz-cliënten: op basis van welke informatie maken ggz-cliënten keuzes, aan welke ondersteuning hebben ggz-cliënten behoefte als zij voor een keuze staan. In hoeverre sluit de beschikbare informatie en ondersteuning aan bij hun behoeften? De uitkomsten worden teruggekoppeld naar de organisaties die informatie en ondersteuning aan ggz-cliënten bieden. Cliënten van de gezondheidszorg worden zich meer en meer bewust van de cliëntrol die zij als zorgconsument hebben. In lijn hiermee worden cliënten in

toenemende mate in de gelegenheid gesteld om keuzes te maken in de zorg. Op verschillende niveaus wordt informatie aangeboden. Instellingen worden geacht hun cliënten goed te informeren over het beschikbare zorgaanbod en doen dat onder andere via eigen websites. De overheid biedt de burgers keuzeondersteunende informatie bijvoorbeeld door middel van een site als kiesBeter.nl. Steunpunten cliëntondersteuning ggz, ouderenadviseurs en MEE-organisaties bieden lokaal laagdrempelige informatie en ondersteuning. In de Wmo is het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning opgenomen als prestatieveld.

De primaire doelgroep van het project 'De kunst van het kiezen' zijn de (potentiële) cliënten van de ggz die keuzes maken in het zorgproces. Naar verwachting geven de uitkomsten echter ook enig inzicht in de keuzeprocessen van cliënten uit de andere sectoren. Cliënten uit de andere sectoren kunnen immers voor dezelfde type keuzes staan op het terrein van wonen, zorg en welzijn.

De betrokken steunpunten krijgen bij de evaluatie die volgt op de simulatie in de praktijk concrete 'ervaringsinformatie' over hun dienstverlening. De ggz-clieënten die participeren in dit project kunnen immers direct de bevindingen, de sterke punten en de verbeterpunten bespreken met de betrokkenen van het steunpunt. De afzonderlijke steunpunten kunnen hiermee hun dienstverlening verbeteren en meer adequaat maken.

B Het gebruik van informatie door burgers

24

Titel van de rapportage: Zorg dat je kiest. (2005).

Instituut: Motivaction

Korte beschrijving van de publicatie:

Dit onderzoek laat zien dat mensen meer willen kiezen en meer informatie willen. Vooral als het gaat om electieve ingrepen.

25

Titel van de rapportage: Zorg om het nieuwe zorgstelsel? Wat consumenten weten, vinden en gaan doen. (2005).

Instituut: ISS Interfoon

Korte beschrijving van de publicatie:

De meerderheid (80%) van de respondenten verwacht dat met de invoering van het nieuwe zorgstelsel erop achteruit te gaan en meer premie te gaan betalen voor dezelfde dekking. Vooral mensen met een AOW uitkering verwachten er op achteruit te gaan. Slechts 25% van de Nederlandse verzekerden denkt dat de premie voor iedereen een redelijk deel van het inkomen zal bedragen. 45% denkt dat het nieuwe stelsel niet tot een voor iedereen redelijke premie zal leiden, 29% weet het niet. 70% van de Nederlandse verzekerden vindt dat men op dit moment onvoldoende weet over de komende veranderingen.

De grote meerderheid (95%) van de Nederlandse verzekerden weet dat het nieuwe stelsel per 1 januari 2006 ingaat. Voor 45% is de inhoud van het nieuwe zorgstelsel nog onbekend. De meeste mensen zijn onbekend met de hoogte van de zorgtoeslag, procedures rondom het wisselen van zorgverzekeraar, en de handhaving van de no-claim teruggaaf.

Iets minder onbekend is men met (onbekendheidspercentages van 30-40%) de rol van de belastingdienst (het bepalen van de eventuele zorgtoeslag en het toesturen van een aanvraagformulier), de vergelijkbaarheid van de dekking van de huidige ziekenfondsverzekering met de basisverzekering, het gratis meeverzekeren van kinderen tot 18 jaar in de basisverzekering, de vermoedelijke premie van 100 Euro per maand voor de basis verzekering, het komende aanbod van de huidige verzekeraar voor 16 december en het automatisch verzekerd blijven na 1 januari 2006.

Het meest bekend is men met de ingangsdatum, de acceptatieplicht en de mogelijkheid om een aanvullende verzekering af te sluiten.

Van alle respondenten heeft 19% voldoende informatie om een beslissing te kunnen nemen, of laat het maar op zich afkomen. Ongeveer 80%, 4 op de 5 Nederlandse verzekerden, gaat de komende maanden wel actief op onderzoek uit. 1 op de 4 Nederlandse verzekerden gaat zich zo snel mogelijk informeren om straks een goede

beslissing te kunnen nemen. De verwachting is dat 60% zich de komende drie maanden actief met het nieuwe stelsel bezig houdt.

De ruime meerderheid van de verzekerden (80%) laat zich actief informeren over de nieuwe zorgverzekering. Hierbij worden vooral berichten in landelijke en regionale dagbladen magazines, mailings van verzekeraars en informatie vanuit het Ministerie genoemd.

Van de ca. 5.4 miljoen verzekerden die zich actief gaan informeren gaat:

15%, 800.000 verzekerden zich om allerlei redenen niet bij hun huidige verzekeraar of tussenpersoon oriënteren, maar geven de voorkeur aan een verzekering bij een nader te bepalen andere aanbieder;

30%, 1.6 miljoen verzekerden zich bij de huidige aanbieder oriënteren, en ook bij concurrenten;

55%, 3 miljoen verzekerden zich uitsluitend bij de huidige aanbieder oriënteren met de bedoeling om daar verzekerd te blijven.

In totaal zijn er de komende maanden ca. 2.4 miljoen ‘zwevende verzekerden’, dat wil zeggen ca. 35% van de in totaal ca. 6.7 miljoen huishoudens in Nederland.

Een realistisch scenario is uitgewerkt, op basis van de volgende veronderstellingen: verzekerden die zich actief gaan informeren, zullen gemiddeld per oriëntatie drie maal interacties aangaan met een aanbieder, bijvoorbeeld: eerst informatie aanvragen, dan bellen n.a.v. de informatie, en vervolgens een vervolg contact in de vorm van afsluiten polis, nadere informatie, een persoonlijk gesprek e.d.; verzekerden die aangeven bij meerdere aanbieders te informeren, doen dat niet allemaal, gemiddeld worden 1,5 aanbieders door hen benaderd.

Ten minste 50% van de extra interacties zullen in oktober, november en december plaatsvinden. Verwacht mag worden dat de tijd vordert de nadruk zal liggen op telefoon en persoonlijke gesprekken.

De peiling:

Diepgaand telefonisch onderzoek onder 162 consumenten. De telefonische interviews zijn uitgevoerd in de periode van 25 augustus t/m 31 augustus. De respondenten zijn uitgebreid en diepgaand bevraagd, met gesprekstijden variërend van 20 tot 40 minuten.

26

Titel van het onderzoek: Procesevaluatie communicatie rondom het nieuwe zorgstelsel

Instituut: Berenschot, TUD

Begin- einde onderzoek: Eind 2006, looptijd 8 weken

Korte beschrijving van het onderzoek:

Het onderzoek betreft een procesevaluatie van de communicatie rondom het nieuwe zorgstelsel. Doel van het onderzoek is het achterhalen welke lessen geleerd kunnen worden van de voorbereiding en de uitvoering van de zorgcampagne.

C De werking van financiële prikkels

27

Titel van de rapportage: Jong, J. de; Verheij, R.A.; Groenewegen, P.P. No-claimregeling werkt niet: vooral anderen zouden onnodige zorg gebruiken. Medisch Contact, jrg: 61, (2006), nr. 29/30, p. 1204-1205
Instituut: NIVEL

Korte beschrijving van de publicatie:

In dit onderzoek is geen overtuigend bewijs voor de werking van de no-claimteruggaveregeling gevonden.

Mensen verwachten door de no-claimteruggaveregeling minder zorggebruik door anderen. Ze verwachten geen verandering in hun eigen zorggebruik.

3% van de voormalig ziekenfondsverzekerden zegt ten gevolge van de no-claimteruggaveregeling minder gebruik te hebben gemaakt van zorg. Mensen geven aan minder naar de huisarts en de medisch specialist te zijn gegaan.

Cijfers over feitelijk zorggebruik laten een daling in het aantal nieuwe verwijzigen zien voor mensen waarvoor de no-claimteruggaveregeling geldt. Deze daling wijkt niet af van gebruikelijke fluctuaties door de jaren heen.

Beleid gericht op het bewustzijn van mensen om zo een gedragsverandering te bewerkstelligen zal niet effectief zijn zolang mensen denken dat het beleid alleen op anderen van toepassing is.

28

Titel van de rapportage: Goudriaan R., Bartelings H., Thio V., Snijders R.W.D.J. Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I. Kernrapport van de eerste fase. (2006) APE. Den Haag.
Instituut: APE

Korte beschrijving van de publicatie:

De meeste verzekerden zijn op de hoogte van het bestaan van de no-claimteruggaveregeling. De uitvoering van de no-claimteruggaveregeling is soepel verlopen door de inspanningen van de zorgverzekeraars. Overeenkomstig de inschattingen van het ministerie van VWS heeft de no-claimteruggaveregeling een bescheiden invloed uitgeoefend op het zorggebruik concluderen de onderzoekers. Voor zover de onderzoekers hebben nagegaan, zijn er geen onbedoelde drempels voor het zorggebruik opgeworpen. De met de no-claimteruggaveregeling beoogde financieringsverschuiving wordt naar verwachting gehaald.

Korte beschrijving van het onderzoek:

De huidige ontwikkelingen in het beleid gaan steeds meer richting marktwerking (stelsels) en keuzevrijheid (consumenten). Een regelmatig terugkerend thema bij keuzevrijheid vanuit de consument bezien is de transparantie van de markt en de belasting van de consument die nu zelf keuzes moet maken.

Belangrijke ontwikkelingen spelen zich momenteel af bij de kinderopvang, zorgvoorzieningen en de zorgverzekeringen. Bij de kinderopvang kunnen de metingen bij gebruikers in 2004 en 2005 aanwijzingen geven over de verschillen die het gevolg zijn van de overgang van een strikt gereguleerde markt naar een meer geliberaliseerde markt. Wat betreft de ontwikkelingen in de zorg kan nagegaan worden wat de gevolgen zijn voor de consument van een persoonsgebonden budget ten opzichte van een benadering gericht op zorg in natura. Op het gebied van de zorgverzekeringen kan onderzoek worden gedaan naar pakketkeuzes (in de aanvullende sfeer) en de keuze van eigen risico's. Onderzoek naar de invloed van eigen bijdragen op het gebruik van voorzieningen is eveneens voorzien.

D Efficiënte en klantgerichte zorgverleners

30

Titel van het onderzoek: Databank Communicatie in de Zorg

Korte beschrijving van het onderzoek:

De Databank Communicatie in de Zorg bevat ruim 16.000 video-opnames van contacten tussen patiënten en verpleegkundigen, medisch specialisten en huisartsen in binnen- en buitenland. De databank weerspiegelt de veranderingen die zich de afgelopen 25 jaar in de gezondheidszorg hebben voltrokken. Op Europees niveau vervult de databank een modelfunctie voor internationaal vergelijkend onderzoek naar communicatie arts-patiënt. Het NIVEL is begonnen met het digitaliseren van het volledige videobestand. De resultaten van projecten die door de Databank Communicatie in de Zorg mogelijk zijn gemaakt, worden enerzijds als spiegelinformatie voor de betreffende beroepsgroepen gebruikt, anderzijds in wetenschappelijke artikelen beschreven en op internationale congressen gepresenteerd. Het onderzoek heeft onder meer betrekking op de stelselwijziging: Voor onderzoek naar de wijze waarop de stelselwijziging doorwerkt in de contacten tussen arts en patiënt wordt de databank aangevuld met nieuwe video-opnames van alledaagse contacten. Daarmee kan bijvoorbeeld worden onderzocht hoe het verzekeringspakket van de patiënt meespeelt bij de keuze voor een bepaalde prescriptie of verwijzing door de arts en in welke mate de duur van contacten veranderd is.

31

Titel van de rapportage: www.kiesbeter.nl

Korte beschrijving van het onderzoek:

Voor kiesBeter.nl werkt het RIVM nauw samen met diverse andere organisaties in de zorg. Voor elk onderwerp wordt bekeken welke partij de beste, meest betrouwbare en onafhankelijke gegevens kan leveren.

Feitelijke gegevens komen van de zorgaanbieders en verzekeraars zelf. Rechtstreeks of via een centrale organisatie. Ziekenhuizen bijvoorbeeld onderhouden zelf hun 'etalagegegevens' op kiesBeter.nl. Hun tarieven komen van het College Tarieven Gezondheidszorg /Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio). Medicijnkosten komen van het College voor zorgverzekeringen, CVZ).

Kwaliteitsgegevens komen uit onafhankelijk onderzoek. Bijvoorbeeld: de oordelen van verzekerden over hun verzekeraar komen uit het wetenschappelijk gevalideerde CAHPS dat is uitgevoerd door het NIVEL.

Korte beschrijving van het onderzoek:

Independer zet zich in om consumenten te voorzien van betrouwbare vergelijkende informatie. Op het gebied van financieel advies is Independer inmiddels aardig op weg. Op het gebied van Gezondheidszorg ontbreekt de hiervoor benodigde basisinformatie nog regelmatig.

Gezien het grote belang voor de consument heeft Independer besloten de reeds beschikbare informatie, hoewel soms nog incompleet en voor verbetering vatbaar, toch alvast toegankelijk te maken voor haar bezoekers. De ervaring leert dat dit het proces naar transparantie sterk zal versnellen. In verband met de invoering van het nieuwe zorgstelsel per 1 januari 2006 is haast immers geboden.

Gegevens worden door zorgaanbieders zelf aangeleverd.

Met betrekking tot gezondheidszorg hanteert Independer de volgende specifieke principes:

Independer laat zich bij het geven van medische adviezen alleen maar leiden door het belang van de patiënt.

Independer loopt voorop bij de ontwikkeling van de huisartsenzorg door administratieve taken weg te nemen en processen te verbeteren, zodat de arts meer tijd en aandacht heeft voor de patiënt.

Independer geeft een vergelijking van ziekenhuizen en klinieken gebaseerd op meningen van mensen, te weten huisartsen en patiënten.

Korte beschrijving van het onderzoek:

De CQ Index (Consumer Quality Index) is een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. De systematiek is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, in opdracht van Agis, de Stichting Miletus (een samenwerkingsverband van verzekeraars) en ZonMw.

Met de CQ Index wordt op gestandaardiseerde wijze de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg.

Bijlage 3 Onbedoelde gevolgen

A Risicoselectie

Zie ook 12 uit bijlage 1B.

34

Titel van de rapportage: Prinsze FJ, Ven WPMM van de, Bruijn D de, Schut FT. Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering. Van groot belang voor chronisch zieken. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). (2005)
Instituut: iBMG

Korte beschrijving van de publicatie:

In dit onderzoek worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord: Welke gemakkelijk identificeerbare groepen verzekerden zijn bij het huidige risicovereveningsysteem voorspelbaar verliesgevend voor de basisverzekering? In hoeverre kunnen zorgverzekeraars via hun aanmeld- en acceptatieformulieren voor de aanvullende verzekeringen bepaalde groepen consumenten/patiënten eenvoudig identificeren die gegeven het huidige risicovereveningsysteem voorspelbaar verliesgevend zijn voor de basisverzekering?

Hoewel het huidige risicovereveningsysteem het beste ter wereld is, is het nog niet voldoende. Globaal gesproken is circa een derde van de bevolking voorspelbaar verliesgevend. Bij het huidige risicovereveningsysteem zijn onder andere de volgende groepen voorspelbaar verliesgevend: (1) personen met een aandoening waarmee in het huidige risicovereveningsysteem niet expliciet rekening wordt gehouden, (2) personen met meerdere aandoeningen (co-morbiditeit), (3) personen met een psychose, depressie of angststoornissen, (4) personen met functionele beperkingen in het dagelijks leven en (5) personen die hun eigen gezondheid als matig/slecht beoordelen.

Op basis van een inventarisatie van aanmeldingsformulieren is geconcludeerd dat in het acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering een zeer grote variatie bestaat tussen de verzekeraars (najaar 2004). De regionale zorgverzekeraars werken nauwelijks met een gezondheidsverklaring, terwijl met name concernverzekeraars vaak met uitgebreide gezondheidsverklaringen werken bij de aanmelding voor aanvullende verzekeringen. De informatie die gevraagd wordt, kan globaal in de volgende rubrieken worden ingedeeld: (1) vragen over 'de eigen gezondheid in het algemeen', (2) aandoeningen waar men aan lijdt, (3) medicijngebruik, (4) zorggebruik, nu en in het verleden.

De conclusie is dat verzekeraars zeer goed in staat zijn om een inschatting te maken van het actuariële risico dat de aspirant verzekerde vormt voor de basisverzekering.

B Onverzekerden

35

Titel van de rapportage: Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten 2004-2006. (2006).
Instituut: CBS

Korte beschrijving van de publicatie:

Het aantal onverzekerden op 1 mei 2006 wordt geschat op 182 duizend. Dat is iets meer dan 1 procent van de bevolking. Het cijfer van 1 mei 2006 is exclusief (eventuele) onverzekerde onder illegalen, grensarbeiders en Nederlanders die in het buitenland wonen (bijvoorbeeld de zogenaamde pensionado's).

Het aantal onverzekerden is geschat door het aantal personen in de Gemeentelijke BasisAdministratie (GBA) te vergelijken met het aantal verzekerden, rekening houdend met een aantal bijzondere categorieën dat niet verzekeringsplichtig is dan wel op een bijzondere wijze verzekerd is. De omvang van enkele van deze categorieën op 1 mei is op dit moment moeilijk te schatten. Daarnaast is er, als gevolg van de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet, gewerkt met nieuwe verzekerdenbestanden. Deze bestanden zijn geschoond voor dubbeltellingen. Het is echter niet mogelijk te controleren of er verzekerden ontbreken in de bestanden. Mogelijk wordt het aantal verzekerden dus onderschat, en daarmee het aantal onverzekerden overschat. Het nu gepubliceerde cijfer heeft daarom een voorlopig karakter. Het definitieve cijfer wordt dit najaar vastgesteld. Voor 1 juli 2004 wordt het aantal onverzekerden geschat op 225 duizend, voor 1 juli 2005 op 242 duizend. Als gevolg van verschillen in methodiek en gebruikte databestanden zijn de cijfers van 2004 en 2005 niet vergelijkbaar met die van 2006. Het cijfer over 2004 betreft een zeer geringe aanpassing van het eerder gepubliceerde voorlopige cijfer (223 duizend). De kans dat het berekende cijfer een overschatting is van het werkelijke aantal onverzekerden, is waarschijnlijk bij de oude cijfers (t/m 2005) groter dan in het cijfer voor 2006.

36

Titel van de rapportage: Onderzoeks- en voorlichtingscampagne Nieuwe Zorgstelsel. (2006)

Instituut: Landelijke Vereniging van Thuislozen

Korte beschrijving van de publicatie:

In dit onderzoek is gekeken naar wat gemeenten die met dak- en thuislozen te maken hebben gedaan hebben om de zorgverzekering toegankelijk te maken voor dak- en thuislozen. Daarbij was aandacht voor beleidsmatige aspecten en randvoorwaarden, dienstverlening door laagdrempelige opvanginstellingen en ervaringen en ideeën van dak- en thuislozen. Het bleek dat alle bezochte gemeenten een collectieve zorgverzekering voor minima hadden afgesloten of daarmee bezig waren. In de voorwaarden zitten verschillen tussen gemeenten. Er blijkt voor de groep dak- en thuislozen veel onduidelijk met betrekking tot de zorgverzekering.

37

Titel van de rapportage: Wijlick, E. van. (2006). Onverzekerden krijgen andere zorg. Medisch Contact. 61 (39): 1535.

*Instituut:*KNMG

Korte beschrijving van de publicatie:

In deze publicatie wordt beschreven dat 40% van de artsen die deelnamen aan het onderzoek te maken hebben met onverzekerden. Meer dan de helft van de artsen die te maken heeft met onverzekerden gaf aan dat het feit dat iemand onverzekerd is van invloed is op de aard en de omvang van de zorg die wordt verleend. Op welke manier onverzekerd zijn precies de verleende zorg beïnvloed is niet onderzocht.

Bijlage 4 Dossiers

Er is een aantal organisaties met dossiers over de Zorgverzekeringswet.

Dossier Zorgverzekeringswet Chronisch zieken en Gehandicapten-raad (CG-raad)
<http://www.cgraad.nl/volksgezondheid/zorgverzekeringswet.html>

KNMG-monitor Zorgverzekeringswet
<http://knmg.artsennet.nl/react/monzvw>

Dossier Stelselwijziging van het NIVEL
<http://www.nivel.nl/stelselwijziging>

Dossier Zorgstelsel van de NPCF
<http://www.npcf.nl/?id=66>

De NVZ, vereniging van ziekenhuizen heeft een kenniscentrum stelsel
<http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=18228>

Dossier Zorgverzekering van VWS
<http://www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/default.asp>

College voor Zorgverzekeringen heeft een site Voor consumenten, over zorgverzekeringen
<http://www.consumenten.cvz.nl/>

Dossier Zorgverzekeringswet van Zorgverzekeraars Nederland
<http://www.zn.nl/Dossiers/Zorgverzekeringswet/index.asp>

