



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel

Drs. M.P.J. van der Maat
Dr. J.D. de Jong

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-977-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Vraagstellingen	10
1.3 Opzet van het rapport	12
2 Methode	13
2.1 Dataverzameling	13
2.2 Operationalisering begrippen/ variabelen	15
2.2.1 Achtergrondkenmerken	15
2.2.2 De keuze voor een zorgverzekeraar	15
2.2.3 Het onderhandelingsproces met de zorgverzekeraar(s)	16
2.2.4 De uitkomsten van de onderhandelingen	17
2.3 Grootte en samenstelling respons	19
2.4 Analyse	20
3 De keuze voor een zorgverzekeraar	21
3.1 Contracten met zorgverzekeraars	21
3.2 Belangrijke redenen om een collectieve zorgverzekering aan te bieden	22
3.3 Belangrijkste aspecten in de keuze voor een zorgverzekeraar	24
3.4 Betrekken van de doelgroep bij de keuze voor een zorgverzekeraar	26
4 Het verloop van de onderhandelingen	27
4.1 Totstandkoming van het contact	27
4.2 Investering in de onderhandelingen	29
4.3 Totstandkoming van het contract	31
4.4 Aantal gecontracteerde zorgverzekeraars	32
5 Uitkomsten van de onderhandeling	33
5.1 Het aanbod en toegankelijkheid	33
5.2 Afsgesproken kortingen op basis- en aanvullende verzekering	33
5.3 Gemaakte afspraken	35
5.4 De instroom in de collectieve zorgverzekering	37
5.5 Tevredenheid met de gecontracteerde zorgverzekeraar in 2008	38
6 Collectieve contracten en risicoverevening	41
6.1 Achtergrond risicoverevening	41
6.2 Premiekorting bij patiëntenverenigingen	42

7 Samenvatting en beschouwing	47
7.1 De keuze voor een zorgverzekeraar	47
7.2 Het verloop van de onderhandelingen	48
7.3 De uitkomsten van de onderhandelingen	49
7.4 De tevredenheid over de zorgverzekeraar	49
7.5 De relatie met het vereveningssysteem	50
7.6 Beschouwing	50
Literatuur	53
Bijlage 1: Vragenlijst Werkgeverscollectiviteiten	55
Bijlage 2: Vragenlijst Patiëntenvereniging en overige collectiviteiten	67
Bijlage 3: Contractafspraken met zorgverzekeraars	79

Voorwoord

In dit rapport doen wij verslag van een onderzoek naar het onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten. Daarbij wordt gekeken vanuit het perspectief van de collectiviteiten, oftewel groepen die voor hun achterban een collectieve zorgverzekering hebben afgesloten bij een zorgverzekeraar. De gegevens zijn verzameld onder werkgevers, patiëntenverenigingen, ledenorganisaties en gelegenheidscollectiviteiten.

Aanleiding voor het onderzoek is de stijging in het aantal zorgverzekeringen dat via een collectiviteit wordt afgesloten en bij de invoering van de Zorgverzekeringswet verwachte werking van collectiviteiten. Het onderzoek vormt een vervolg op de verkenning van Van Ruth e.a. (2007) 'De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel'. Het onderzoek is uitgevoerd uit eigen middelen van het NVEL.

Met dit rapport geven wij informatie over het onderhandelingsproces, de te maken inhoudelijke pakketafspraken en de verkregen premiekortingen. Verder geeft het informatie over de werking van de collectiviteiten met betrekking tot het zorgstelsel. Verschillende partijen, zoals zorgverzekeraars en collectiviteiten, kunnen deze informatie gebruiken.

Wij willen alle respondenten hartelijk bedanken voor hun medewerking aan ons onderzoek.

Marjan van der Maat en Judith de Jong
Utrecht, augustus 2009

1 Inleiding

Het doel van dit rapport is inzicht geven in de rol van collectiviteiten in het onderhandelingsproces met zorgverzekeraars om tot een collectieve zorgverzekering te komen. Vanuit het perspectief van de collectiviteiten worden verschillende aspecten van het onderhandelingsproces in kaart gebracht. De te maken keuzes, het verloop van het onderhandelingsproces en de uitkomsten voor de collectieve zorgverzekering.

Aanleiding voor dit onderzoek is het groeiende aandeel collectief verzekerden in het zorgstelsel en de verwachting dat collectiviteiten, door het aantal verzekerden dat zij vertegenwoordigen, de concurrentie tussen zorgverzekeraars kunnen stimuleren. Immers, door het overstappen van een collectief naar een andere zorgverzekeraar zou deze in een keer een groot aantal verzekerden verliezen. Collectiviteiten zouden vraaggerichtheid kunnen afdwingen en afspraken over prijs en kwaliteit kunnen maken met zorgverzekeraars (CTZ, 2006; Hoogervorst, 2004a; Hoogervorst, 2004b; NZa, 2006). Dit zou kunnen leiden tot een hogere kwaliteit van zorg, één van de doelen van het zorgstelsel. De keuze om op dit moment een onderzoek uit te voeren is gemaakt, omdat veel collectiviteiten in het eerste jaar dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking trad (2006) een collectief contract hebben afgesloten met een looptijd van drie jaar. Daardoor hebben veel collectiviteiten voor het aanbod van 2009 opnieuw de mogelijkheid gehad om te onderhandelen met zorgverzekeraars.

Over 2006 en 2007 is een verkenning uitgevoerd (Van Ruth a.e., 2007). Hieruit bleek dat er nog op beperkte schaal gebruik gemaakt werd van de mogelijkheid om afspraken over kwaliteit te maken. Bij de keuze voor een zorgverzekeraar letten werkgevers vooral op prijs. Patiëntenverenigingen kiezen op basis van inhoudelijke aspecten zoals dekking van zorg, service en kwaliteit. In dit vervolgonderzoek zal worden gekeken wat er aan de rol van de collectiviteiten veranderd is.

1.1 Achtergrond

Het is inmiddels drie jaar geleden dat de Zorgverzekeringswet in werking trad. In het zorgstelsel wordt door middel van gereguleerde concurrentie een verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing beoogt. De overheid treedt terug en geeft daarmee de partijen in het veld (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden) meer ruimte om zelf invulling aan de zorg te geven. Het zorgstelsel kent drie systeemdoelen namelijk het waarborgen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarop aansluitend is het doel van de Zvw “te komen tot een doelmatig stelsel waarmee alle ingezetenen van Nederland, ongeacht leeftijd, gezondheidstoestand of inkomen, toegang krijgen tot noodzakelijke zorg van goede kwaliteit” (Memorie van Toelichting, Zvw 2003-2004).

Door de komst van deze wet is de scheiding tussen particulier en

ziekenfondsverzekerden verdwenen. Met ingang van januari 2006 is er één basisverzekering voor alle verzekeringsplichtigen waarbij verzekerden hun eigen zorgverzekeraar dienen te kiezen. Eén keer per jaar kunnen verzekerden overstappen van zorgverzekeraar. Door de mogelijkheid om te wisselen van zorgverzekeraar hebben mensen de kans gekregen om zorgverzekeraars een signaal te geven van onvrede ('exit'). Behalve uit onvrede kunnen mensen ook wisselen van zorgverzekeraar, omdat zij ergens anders een beter (passend) aanbod krijgen. Het idee is dat het overstappen of de dreiging tot overstappen van verzekerden naar een andere zorgverzekeraar de concurrentie tussen zorgverzekeraars zal stimuleren. De keuzevrijheid voor verzekerden zal dan kunnen leiden tot prikkels voor zorgverzekeraars om bij zorgaanbieders een gunstige prijs kwaliteitverhouding te bedingen. Naast de individuele keuze om een polis af te sluiten bij een zorgverzekeraar kunnen verzekerden ook als groep een contract afsluiten (een collectief contract). De collectieve verzekeringen zijn expliciet bedoeld om verzekerden meer 'voice' te geven. De keuze van een collectiviteit om een zorgverzekeraar te contracteren heeft door het grote aantal leden een sterkere invloed dan de keuze van een individueel verzekerde. Hierdoor zou de collectiviteit de marktwerking tussen zorgverzekeraars kunnen stimuleren. Tevens werd bij de invoering verwacht dat collectieve zorgverzekeringen niet alleen zouden leiden tot afspraken over premiekorting maar ook tot vraaggerichtheid van de zorgverzekeraar met maatwerkafspraken over zorgverzekeringen (CTZ, 2006; Hoogervorst, 2004a; Hoogervorst, 2004b; NZa, 2006). Dit zou de zorginkoop door zorgverzekeraars kunnen bevorderen (NZa 2008).

Sinds de invoering van de Zvw in 2006 is het aantal mensen dat zich via een collectieve zorgverzekering verzekert sterk gegroeid. In 2006 koos 44% van de Nederlanders voor een collectieve zorgpolis en in 2008 is dat percentage gestegen naar 65% (de Jong, 2008). Deze toegenomen rol van collectiviteiten heeft een aantal belangrijke potentiële voordelen (Roos en Schut 2008). Ten eerste kunnen collectiviteiten de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars stimuleren. Ten tweede kunnen verzekerden via een collectiviteit hun inkoopkracht bundelen. Doordat collectiviteiten een doelgroep vertegenwoordigen kunnen er gericht afspraken worden gemaakt over extra voordelen, de organisatie, vergoeding van bepaalde zorg of de te contracteren zorgverleners.

In de Zvw is vastgelegd dat een zorgverzekeraar aan werkgevers en andere rechtspersonen een maximale collectiviteitskorting mag geven van 10% op de premie van de basisverzekering. Wettelijk is bepaald dat de hoogte van de korting op de premie niet gebaseerd mag zijn op de kenmerken van de collectiviteit of kenmerken van de deelnemers aan de collectiviteit. De hoogte van de korting mag slechts afhangen van het aantal deelnemers aan de collectiviteit, voor vergelijkbare aantallen verzekerden moet een zelfde korting gegeven worden (artikel 18, Zvw).

Om risicoselectie minder aantrekkelijk te maken is er een risicovereveningssysteem. Dit moet zorgen voor spreiding van de risico's die zorgverzekeraars lopen bij het verzekeren van voorspelbaar verliesgevend verzekerden. Vlak na de invoering van de Zvw was er bij de zorgverzekeraars weinig bekend over het risicoprofiel van de afzonderlijke verzekerden of per collectiviteit. Inmiddels is er meer informatie over het risicoprofiel van verzekerden en de werking van het risicovereveningssysteem. Het blijkt dat zorgverzekeraars steeds nauwkeuriger kunnen bepalen welke collectiviteiten ten opzichte van het risicovereveningssysteem voorspelbaar winst- en verliesgevend zijn (Roos en

Schut, 2008; Roos en Schut, 2009). Ook onderzoek van Stam en Van de Ven (2007) toont aan dat bij het huidige risicovereveningssysteem bepaalde groepen verzekerden voor zorgverzekeraars voorspelbaar verliesgevend zijn. Hierdoor kan er voor zorgverzekeraars een prikkel ontstaan om ervoor zorgen dat er geen contracten worden afgesloten met bepaalde collectiviteiten. Dit omdat het voor zorgverzekeraars niet aantrekkelijk is om een grote toestroom van voorspelbaar verliesgevende verzekerden te krijgen die zij moeten accepteren. Een grote groep “dure” verzekerden heeft als gevolg dat de zorgverzekeraar de premie moet verhogen waardoor de concurrentiepositie verslechtert.

In dit onderzoek zijn verschillende typen collectiviteiten benaderd: werkgevers, patiëntenvereniging, ledenorganisaties en zogenaamde gelegenheidscollectiviteiten. Gelegenheidscollectiviteiten zijn bijvoorbeeld sportverenigingen, banken of loterijen. Deze collectiviteiten hebben diverse beweegredenen om een collectieve zorgverzekering aan te willen bieden. Wanneer collectiviteiten vanuit deze beweegredenen de onderhandelingen voeren kan worden verwacht dat door de verschillende typen collectiviteiten op andere punten nadruk wordt gelegd. Dit kan als gevolg hebben dat de uiteindelijk gemaakte afspraken tussen collectiviteiten verschillen. Uit de verkenning in 2007 (Van Ruth a.e., 2007) bleek dat de achterliggende redenen om een collectieve zorgverzekering te willen aanbieden per type collectiviteit verschilden. Dit leidde echter niet direct tot andere uitkomsten in de onderhandelingen. Er zaten weinig verschillen in de uiteindelijk gemaakte afspraken. Blijkbaar was het lastig om tot specifieke afspraken te komen.

Uit dat onderzoek bleek dat werkgevers een collectieve zorgverzekering aanbieden vanuit de reputatie van goed werkgeverschap en voor de binding en werving van medewerkers. Ongeveer een derde van de werkgevers dacht aan het ziekteverzuim en het feit dat de zorgverzekering onderdeel is van de CAO (Van Ruth e.a., 2007.) Dit wordt tevens ondersteund door de bevindingen uit een onderzoek van Van den Broek e.a. (2008)

Van patiëntenverenigingen en consumentenorganisaties wordt geacht dat zij een belangrijke rol spelen als ‘derde marktpartij’ in de zorg. Daarbij moeten zij in staat zijn om patiëntproblemen te vertalen naar goed beargumenteerde onderhandelingspunten. Een voorbeeld is het kunnen omzetten van kwaliteitscriteria van de achterban naar zorginkoop-criteria die hanteerbaar zijn voor andere partijen (Goudriaan en Goris, 2007). Uit onderzoek blijkt dat het tot nu toe alleen grotere patiëntenverenigingen lukt om deze nieuwe rol redelijk invulling te geven (Goudriaan en Goris, 2007). Een aantal grote organisaties heeft zelfstandig namens de achterban collectieve contracten met zorgverzekeraars afgesloten en daarbij afspraken gemaakt over de gewenste kwaliteit en toegankelijkheid van de zorgverlening. De kleinere patiëntenverenigingen lijken niet voldoende in staat hun ervaringsexpertise in te zetten om de belangen van hun achterban te behartigen (Vianen-de Mooij, 2006).

Gemeenten kunnen ervoor kiezen om een collectieve zorgverzekering aan te bieden voor sociale minima en daarmee bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid van kwetsbare burgers (Janssen, 2005). Daarbij is de collectieve zorgverzekering een onderdeel van het preventiebeleid dat gemeenten kunnen voeren (Nederland e.a., 2007; Nederland e.a., 2008). Een andere overweging voor het aanbieden van een collectief contract is dat er geen betalingsachterstanden zijn en inwoners niet onverzekerd raken. Dit wordt voorkomen doordat de premie door de sociale dienst wordt betaald aan de

zorgverzekeraar. De zorgtoeslag kan daarbij rechtstreeks worden overgemaakt naar de sociale dienst of naar de zorgverzekeraar. Dit om te voorkomen dat mensen hun toeslag voor andere zaken gebruiken. Mogelijk hangen de genomen maatregelen af van de grootte van de gemeente of van de armoede binnen een gemeenten. Het zou kunnen zijn dat de armste gemeenten door de maatschappelijke problematiek, specifieke maatregelen hebben genomen op het gebied van het minimabeleid. Deze gemeenten kunnen er meer belang bij hebben om een collectieve zorgverzekering voor sociale minima aan te bieden.

Bij patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten is de aanname geweest dat deze organisaties met name de belangen van de doelgroep proberen te behartigen en om deze reden een collectieve zorgverzekering willen aanbieden (Van Ruth a.e., 2007).

Er is weinig onderzoek gedaan naar de totstandkoming van collectieve contracten. Ondanks dat er wel enig onderzoek over de onderhandelingen van werkgevers met zorgverzekeraars is verricht (Van den Broek e.a., 2008; Aon Consulting, 2006; VNO-NCW, 2006), is er nog veel onbekend. Ook is er weinig kennis over de onderhandelingen van andere collectiviteiten, zoals patiëntenverenigingen, gelegenheidscollectiviteiten, ouderenbonden en zorginstellingen. Daarom is dit onderzoek een vervolg op de eerder uitgevoerde verkenning over 2006 en 2007. Wij richten het onderzoek op de onderhandelingen en onderscheiden daarin vijf onderdelen:

1. De factoren die bij collectiviteiten een rol spelen bij hun keuze voor een zorgverzekeraar
2. Het procesmatig verloop van de onderhandelingen
3. De uitkomst van de onderhandelingen
4. Overeenkomsten en verschillen tussen huidige rol die collectiviteiten spelen vergeleken met de rol in 2006/2007
5. Mogelijk verband tussen het ontbreken van een collectief contract bij patiëntenorganisaties en het risicovereveningssysteem

1.2 Vraagstellingen

De centrale vraagstelling luidt:

‘Wat is de rol van collectiviteiten in het zorgstelsel met betrekking tot invloed van verzekerden op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?’

Deze vraagstelling is uitgewerkt in vijf onderdelen. Bij elk onderdeel hoort één onderzoeksvraag met deelvragen, deze zijn hieronder uitgewerkt.

1. Welke factoren spelen voor de collectiviteiten een rol in de keuze voor een collectieve zorgverzekering van een zorgverzekeraar?
 - a. Wat zijn de belangrijkste redenen voor organisaties om collectieve zorgverzekeringen aan te bieden aan hun werknemers/leden?
 - b. Welke aspecten vinden collectiviteiten belangrijk en welke aspecten zijn doorslaggevend geweest in de keuze voor een zorgverzekeraar?
 - c. In hoeverre verzamelen de collectiviteiten vooraf informatie over de

wensen van de achterban/doelgroep ten aanzien van de zorgverzekering?

2. Hoe is het onderhandelingsproces tussen de collectiviteiten en zorgverzekeraars voor het collectieve aanbod verlopen?
 - a. Hoe zijn de contacten tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars tot stand gekomen?
 - b. Hoeveel tijd en medewerkers hebben de collectiviteiten geïnvesteerd in het zoeken naar en het onderhandelen over een collectieve zorgverzekering?
 - c. Welke stappen hebben zorgverzekeraars genomen in het onderhandelingsproces over een collectieve zorgverzekering?
 - d. In hoeverre hebben de collectiviteiten met de zorgverzekeraars onderhandeld bij de totstandkoming van het contract?
 - e. Hoeveel zorgverzekeraars hebben de collectiviteiten uiteindelijk gecontracteerd voor de collectieve zorgverzekering?

3. Wat waren de uitkomsten van de onderhandelingen tussen de collectiviteiten en zorgverzekeraars voor het aanbod in 2009?
 - a. Welke verzekeringen worden collectief aangeboden en voor wie zijn deze toegankelijk?
 - b. Welke premiekortingen zijn er afgesproken voor de collectieve zorgverzekeringen?
 - c. Wat doen organisaties met de verkregen premiekorting?
 - d. Welke afspraken zijn er verder gemaakt ten aanzien van de collectieve zorgverzekeringen?
 - e. In welke mate maken werknemers of leden gebruik van de collectieve zorgverzekering voor het aanbod van 2008?
 - f. In hoeverre ziet de organisatie toe op naleving van de contractafspraken door de zorgverzekeraar?

4. Wanneer de huidige rol van collectiviteiten in het onderhandelingsproces wordt vergeleken met de rol van collectiviteiten in 2006/2007 welke overeenkomsten en verschillen zijn er dan?
 - a. Zijn er verschillen en overeenkomsten wat betreft factoren die een rol spelen bij de keuze voor een zorgverzekeraar?
 - b. Zijn er verschillen en overeenkomsten wat betreft het onderhandelingsproces?
 - c. Zijn er verschillen en overeenkomsten wat betreft de uitkomsten van de onderhandelingen?

5. In hoeverre is er een verband tussen patiëntenverenigingen die (g)een collectieve zorgverzekering aanbieden en het huidige risicovereveningssysteem?
 - a. Wat is er in de literatuur bekend over de werking van het risicovereveningssysteem met betrekking tot het voorspelbare verlies voor zorgverzekeraars bij bepaalde ziekten?
 - b. Bieden voorspelbaar verliesgevende patiëntenverenigingen een

1.3 Opzet van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt de methode die in dit rapport gebruikt is voor de beantwoording van de verschillende onderzoeksvragen beschreven. Vervolgens behandelt ieder hoofdstuk de beantwoording van één onderzoeksvraag. In hoofdstuk 3 staan de aspecten die een rol hebben gespeeld bij collectiviteiten in de keuze voor een zorgverzekeraar centraal. Hoofdstuk 4 beschrijft de procesmatige aspecten van de onderhandelingen, zoals de wijze waarop contacten en contracten tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars tot stand gekomen zijn en welke stappen zijn ondernomen in het onderhandelingsproces. In hoofdstuk 5 staat de derde vraagstelling centraal namelijk welke afspraken er zijn gemaakt in de onderhandelingen tussen de collectiviteit en de zorgverzekeraar en in welke mate leden vorig jaar gebruik maakten van de aangeboden collectieve zorgverzekering. Hoofdstuk 6 gaat over het risicovereveningssysteem en de mate waarin voorspelbare risico's voor bepaalde ziekten invloed hebben op de mate waarin het voor organisatie mogelijk is om tot een afspraak met een zorgverzekeraar te komen. Tenslotte volgt in hoofdstuk 7 een samenvatting van en beschouwing op het onderzoek.

2 Methode

In dit hoofdstuk wordt aangegeven hoe het onderzoek is opgezet. Tevens biedt het een overzicht van de genoemde begrippen en de manier waarop deze zijn geoperationaliseerd. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de respons van het onderzoek en de strategie die is gekozen om de gevonden resultaten te analyseren.

2.1 Dataverzameling

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt digitale vragenlijsten. Aangezien dit onderzoek bestaat uit twee verschillende groepen respondenten, namelijk werkgevers en patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten, zijn er twee vragenlijsten opgesteld. De vragenlijst voor de werkgevers is te vinden in bijlage 1 en de vragenlijst voor patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten in bijlage 2.

De vragenlijsten zijn ontwikkeld op basis van het voorgaande onderzoek in 2007 en relevante Nederlandse en buitenlandse literatuur (Roos en Schut, 2008). Op basis van recente literatuur is de vragenlijst die gebruikt is in het voorgaande onderzoek up-to-date gemaakt. Daarnaast zijn relevante onderwerpen gevonden in een openbare vragenlijst voor partijen die een collectief contract willen afsluiten (vragenlijst collectieve ziektekostencontracten) en openbare aanbestedingen. Ook deze onderwerpen zijn toegevoegd.

Werkgeverscollectiviteiten

De groep respondenten van de werkgeverscollectiviteiten is aan de hand van het Consumentenpanel Gezondheidszorg¹ tot stand gekomen. Panelleden is gevraagd of ze een collectieve zorgverzekering hadden, en zo ja via welke organisatie. Vervolgens is toestemming gevraagd om deze organisaties te mogen benaderen. Deze methode van werving is afgeleid van onderzoek naar organisaties in Amerika (Kalleberg et. al. 1996). De werkgeverscollectiviteiten zijn in eerste instantie aangevuld met de vijf grootste gemeenten van Nederland² die voor hun werknemers een collectieve zorgverzekering afsloten. Hiervan zijn uiteindelijk twee gemeenten overgebleven namelijk Amsterdam en Den Haag. De gemeenten Utrecht en Eindhoven hebben besloten niet zelfstandig te onderhandelen met zorgverzekeraars maar gebruik te maken van de mogelijkheid om de onderhandelingen door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) te laten uitvoeren. De VNG heeft een openbare aanbesteding gedaan voor een collectieve

¹ Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een panel van het NIVEL dat bestaat uit ongeveer 2800 personen. Deze personen vormen qua leeftijd en geslacht een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Panelleden krijgen twee tot vier keer per jaar een vragenlijst voorgelegd over actuele en beleidsrelevante thema's in de gezondheidszorg.

² Tot de vijf grootste gemeenten van Nederland behoren: Utrecht, Eindhoven, Amsterdam, Den Haag en Rotterdam.

zorgverzekering namens alle gemeenten uitgezonderd Amsterdam en Den Haag. Naar aanleiding hiervan is besloten VNG op te nemen als respondent. De gemeente Rotterdam heeft aangegeven geen werkgeverscollectiviteit te hebben en viel daarmee als derde gemeente af als respondent.

Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten

De groep respondenten waarvoor deze versie van de vragenlijst is bedoeld bestaat uit vier verschillende soorten collectiviteiten namelijk patiëntenverenigingen, ledenorganisaties, gelegenheidscollectiviteiten en gemeenten met een collectief contract voor sociale minima.

De inventarisatie van patiëntenverenigingen en de ledenorganisaties heeft op dezelfde manier plaatsgevonden. Op basis van openbare bronnen is gekeken welke collectiviteiten worden aangeboden. Daarnaast is met gegevens van de Consumentenbond achterhaald welke organisaties een collectieve zorgverzekering aanbieden. Ten slotte is er ter aanvulling informatie via internetsites zoals KiesBeter en Independer gebruikt. Bij het benaderen van de collectiviteiten is getracht om alle mogelijke aanbieders te benaderen. Wellicht is het overzicht niet uitputtend.

Bij de gemeenten die deze versie van de vragenlijst kregen ging het specifiek om collectieve zorgverzekeringen voor sociale minima. De gemeenten zijn geselecteerd op basis van grootte en verdeling van inkomen onder de inwoners. Er is gekozen om zowel de vijf grootste gemeenten als de vijf armste gemeenten van Nederland te benaderen. Aan de hand van gegevens van het CBS zijn de vijf armste gemeenten achterhaald.³ De keuze voor de grootste gemeenten komt voort uit de gedachte dat zij mogelijk een uitgebreider minimabeleid voeren. De grootste gemeenten hebben mogelijk meer budget voor uitvoering van het beleid en hebben ook te maken met een grotere doelgroep. De keuze voor de vijf armste gemeenten is gebaseerd op de gedachte dat deze gemeenten mogelijk een actief armoedebelief zullen voeren. En daarbij tevens extra maatregelen nemen op het gebied van de zorgverzekering om deze groep inwoners te ondersteunen.

Bij het benaderen van de respondenten voor dit onderzoek is geleerd van de lage respons in het voorgaande onderzoek (26%). De methode voor het versturen van de vragenlijst is daarom nogmaals onder de loep genomen en aangepast. Met alle organisaties die in aanmerking kwamen voor deelname is vooraf telefonisch contact gezocht om contactgegevens te achterhalen. Hierbij is gericht gevraagd naar een contactpersoon die betrokken is geweest bij de collectieve onderhandelingen met zorgverzekeraars. Veelal is op deze manier een persoonlijk e-mailadres verkregen. Door de respondenten persoonlijk te benaderen is de kans op respons vergroot.

Bij het voeren van de telefoongesprekken zijn verschillende collectiviteiten afgevallen als mogelijke respondenten. Redenen voor het afvallen waren het niet willen deelnemen aan een onderzoek, het niet onderhandelen voor het aanbod van 2009 of omdat de collectieve zorgverzekering via een overkoepelende organisatie is geregeld. In dit laatste geval is de overkoepelende organisatie benaderd. Door deze aanpak zijn 174 potentiële respondenten verkregen; 88 werkgevers en 86 patiëntenverenigingen of overige collectiviteiten.

³ Tot de vijf armste gemeenten van Nederland behoren: Eemshoek, Vlagtwedde, Ferwerderadiel, Reiderland en Pekela.

2.2 Operationalisering begrippen/ variabelen

2.2.1 *Achtergrondkenmerken*

In beide vragenlijsten is naar een aantal achtergrondkenmerken gevraagd om de respondenten later in te kunnen delen in verschillende groepen.

Grootte collectief

De grootte van het collectief is gemeten door bij de versie van de werkgevers te vragen naar het aantal werknemers waar het aanbod van een collectieve zorgverzekering voor geldt (bijlage 1 vraag 6). Bij patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten is gevraagd naar het aantal leden (of mensen met een minimum inkomen) waar het aanbod van een collectieve zorgverzekering voor geldt (bijlage 2 vraag 8). Dit waren open vragen.

Sector

Aan de werkgevers is gevraagd naar de sector waarin het bedrijf werkzaam is, hierbij zijn gesloten antwoordcategorieën gebruikt. De indeling van deze antwoordcategorieën is afkomstig van het CBS (CBS, 2004) (bijlage 1 vraag 7).

Type collectiviteit

Voor de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten is gevraagd naar het type collectief, zoals patiëntenvereniging, vakbond, consumentenorganisatie, sportvereniging, ouderenbond, zorgvereniging, pensioenfonds, gemeente, open collectiviteit of bedrijf.⁴ Dit waren gesloten antwoordcategorieën, met de mogelijkheid om een antwoord te geven dat niet was voorgelegd (bijlage 2 vraag 5). In de vragenlijst is bij de antwoordcategorie open collectiviteit de volgende definitie toegevoegd: deze collectiviteit is vrij toegankelijk voor alle verzekeringsplichtigen.

Daarnaast is aan patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten gevraagd wie via de organisatie een collectieve zorgverzekering kan afsluiten (bijlage 2 vraag 6). Hierbij konden respondenten kiezen uit drie antwoordcategorieën namelijk leden, leden en gezinsleden of een open antwoordcategorie. Tot slot is aan patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten gevraagd of leden aan bepaalde toegangsvoorwaarden moeten voldoen. Hier kon de respondent ja of nee antwoorden (bijlage 2 vraag 7).

2.2.2 *De keuze voor een zorgverzekeraar*

De achterliggende factoren die een rol hebben gespeeld bij de keuze van een collectiviteit voor een zorgverzekeraar zijn achterhaald aan de hand van een aantal onderwerpen: huidige contracten met zorgverzekeraars, redenen van organisaties om een collectieve zorgverzekering aan te bieden en welke aspecten belangrijk werden geacht bij de keuze voor een zorgverzekeraar.

Huidige contracten

De invloed van huidige contracten met zorgverzekeraars is gemeten door te vragen met

⁴ Sommige bedrijven bieden voor klanten of leden van hun bedrijf (bijvoorbeeld leden van een bank) een collectieve zorgverzekering aan, het gaat hier expliciet niet om werknemers van het bedrijf.

welke zorgverzekeraars voor 2008 een contract is afgesloten (bijlage 1 vraag 9 en bijlage 2 vraag 11). Daarnaast zijn drie vragen gesteld over tevredenheid (bijlage 1 vraag 10 en bijlage 2 vraag 12). Bij de eerste vraag diende de respondent per gecontracteerde zorgverzekeraar een cijfer over tevredenheid te geven op de schaal van 0 tot 10. Hierbij geldt 0 als de slechtst mogelijke zorgverzekeraar en 10 als de best mogelijke zorgverzekeraar. Vervolgens is gevraagd of de collectiviteit de gecontracteerde zorgverzekeraar zou aanbevelen bij andere organisaties (bijlage 1 vraag 11 en bijlage 2 vraag 13). Hiervoor is een 4-puntsschaal gebruikt (zeker niet, waarschijnlijk niet, waarschijnlijk wel of zeker wel). De derde vraag gaat over of de collectiviteit klachten heeft gehad van de collectief verzekerden over de gecontracteerde zorgverzekeraar (bijlage 1 vraag 14 en bijlage 2 vraag 16).

Redenen om een collectieve zorgverzekering aan te bieden

Om te achterhalen waarom een organisatie ervoor kiest om een collectieve zorgverzekering aan te bieden is gevraagd: “Wat waren de belangrijkste redenen van uw organisatie om een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan de leden?” (bijlage 1 vraag 7 en bijlage 2 vraag 9).

Belangrijke aspecten bij de keuze voor een zorgverzekeraar

Om in kaart te brengen op basis van welke redenen collectiviteiten voor een bepaalde zorgverzekeraar kiezen is hen een lijst van aspecten voorgelegd (bijlage 1 vraag 15 t/m 17 en bijlage 2 vraag 17 t/m 19). Hierbij is de volgende vraag gesteld: “Hoe belangrijk waren onderstaande aspecten bij de keuze voor een aanbod van een zorgverzekeraar?”. Hierbij is een 5-puntsschaal gebruikt (erg onbelangrijk, onbelangrijk, niet belangrijk/niet onbelangrijk, belangrijk en erg belangrijk). Vervolgens is gevraagd over dezelfde lijst van aspecten: “Welke aspecten gaven de doorslag bij de keuze voor de zorgverzekeraar(s) voor het aanbod in 2009?”. Bij deze vraag werd gevraagd maximaal drie antwoordcategorieën aan te vinken. Respondenten moesten deze vraag per gecontracteerde zorgverzekeraar apart beantwoorden.

Verzamelen informatie over wensen bij de doelgroep/ achterban

In beide vragenlijsten is gevraagd of er voorafgaand aan de onderhandelingen informatie is verzameld over de wensen van de achterban ten aanzien van de zorgverzekering (bijlage 1 vraag 30 en bijlage 2 vraag 31). Wanneer dit het geval was, is gevraagd op welke manier deze informatie bij de achterban is verzameld (bijlage 1 vraag 31 en bijlage 2 vraag 32). Hierop kon de respondent kiezen voor de vaste antwoordcategorieën “er is een enquête gehouden onder leden” of “er zijn gesprekken gehouden met leden”. Daarnaast was er de mogelijkheid een antwoord te geven dat niet was voorgelegd.

2.2.3 *Het onderhandelingsproces met de zorgverzekeraar(s)*

Om het verloop van de onderhandelingen in kaart te brengen is gevraagd naar de manier waarop de contacten tussen de collectiviteit en zorgverzekeraars tot stand zijn gekomen, naar de investeringen vanuit de collectiviteit in het zoeken naar en het onderhandelen met zorgverzekeraars, met hoeveel verschillende zorgverzekeraars onderhandeld is, in hoeverre er is onderhandeld over het contract zelf en hoeveel zorgverzekeraars uiteindelijk zijn gecontracteerd.

Totstandkoming contacten

Collectiviteiten kunnen op verschillende manieren in contact komen met zorgverzekeraars (bijlage 1 vraag 19, bijlage 2 vraag 21). In beide vragenlijsten is gevraagd naar de wijze waarop dat voor het aanbod van 2009 is gebeurd. Hiervoor zijn verschillende gesloten antwoordcategorieën gegeven die in bijlage 1 en 2 zijn terug te vinden. Vervolgens is gevraagd naar het aantal zorgverzekeraars waarmee men op deze manier in contact is gekomen. Hierbij konden de respondenten kiezen uit vijf gesloten antwoordcategorieën (1, 2, 3, 4, “5 of meer zorgverzekeraars”) (bijlage 1 vraag 19 t/m 21 en bijlage 2 vraag 22 t/m 26).

Investeringen vanuit de collectiviteit

Aan de collectiviteit is gevraagd hoeveel maanden zij besteed hebben aan het zoeken naar en onderhandelen met zorgverzekeraars (bijlage 1 vraag 26 en bijlage 2 vraag 28). Vervolgens is gevraagd hoeveel medewerkers hierbij betrokken waren (bijlage 1 vraag 27 en bijlage 2 vraag 29). Beide vragen hadden gesloten antwoordcategorieën. Tot slot is gevraagd aan de collectiviteit hoeveel tijd het zoeken naar en het onderhandelen over een geschikte collectieve zorgverzekering heeft gekost (bijlage 1 vraag 28 en bijlage 2 vraag 30). Het ging hierbij om een subjectieve vraag waarbij de respondent uit vijf gesloten antwoordcategorieën kon kiezen (heel weinig tot heel veel).

Investeringen vanuit de zorgverzekeraar

Om in kaart te brengen welke stappen de zorgverzekeraars hebben genomen in het onderhandelingsproces is aan de collectiviteit gevraagd wat de zorgverzekeraar heeft gedaan op dit gebied (bijlage 1 en 2 vraag 34). Hierbij waren er vier gesloten antwoordcategorieën namelijk “afgevaardigden van de zorgverzekeraar zijn langs gekomen om een presentatie te geven over het aanbod”, “afgevaardigden van de zorgverzekeraar zijn langs gekomen voor een gesprek of onderhandeling(en)”, “de zorgverzekeraar heeft een relatiegeschenk toegestuurd” en “de zorgverzekeraar heeft schriftelijk informatie verstrekt, toegespitst op de organisatie”

Onderhandeling over totstandkoming van het contract

In beide vragenlijsten is gevraagd in hoeverre collectiviteiten daadwerkelijk onderhandelen bij de totstandkoming van de contracten (bijlage 1 vraag 24 en bijlage 2 vraag 26). Per gecontracteerde zorgverzekeraar kon de respondent aangeven aan de hand van gesloten antwoordcategorieën op welke manier het contract is ontstaan. Deze antwoordcategorieën zijn terug te vinden in bijlage 1 en 2 vraag 35.

Aantal zorgverzekeraars waarmee is onderhandeld en uiteindelijk gecontracteerd

In beide vragenlijsten is gevraagd met hoeveel zorgverzekeraars een contract is afgesloten. De antwoordcategorieën liepen hierbij ook van 1 zorgverzekeraar tot 5 of meer zorgverzekeraars (bijlage 1 vraag 25 en bijlage 2 vraag 27).

2.2.4 De uitkomsten van de onderhandelingen

Door middel van verschillende vragen is achterhaald wat er uit de onderhandelingen is gekomen. Daarbij kwamen aspecten als toegankelijkheid, premiekorting, gemaakte

contractafspraken en toezicht op naleving van de contractafspraken aan de orde.

Aanbod en toegankelijkheid

Collectiviteiten kunnen ervoor kiezen om een collectieve basisverzekering, een collectieve aanvullende verzekering of beide aan te bieden. Ook hebben werkgeverscollectiviteiten de keuze voor wie zij de verzekeringen toegankelijk willen maken. Voor de werknemers, gezinsleden van werknemers, gepensioneerden e.d., in het buitenland verblijvende werknemers en vanuit het buitenland in Nederland verblijvende werknemers. De patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten kunnen kiezen om deze verzekeringen toegankelijk te maken voor leden/ mensen met minimum inkomen (in geval van gemeenten) en wellicht voor hun gezinsleden. Deze opties zijn per gecontracteerde zorgverzekeraar voorgelegd aan de collectiviteiten.

Afgesproken premiekorting

In de vorm van een open vraag is aan de collectiviteiten gevraagd om per gecontracteerde zorgverzekeraar in te vullen welke premiekorting (in percentages) is afgesproken voor de basisverzekering en voor de aanvullende verzekering voor 2009 (bijlage 1 en 2 vraag 47). Vervolgens is gevraagd wat de collectiviteit doet met de verkregen premiekorting. Hierbij konden de respondenten kiezen uit vier gesloten antwoordcategorieën (bijlage 1 en 2 vraag 48).

Overige contractafspraken

Naast premiekortingen kunnen de collectiviteiten ook nog allerlei andere afspraken maken met zorgverzekeraars. Aan de hand van een aantal aspecten is achterhaald welke afspraken zijn gemaakt de aspecten worden hieronder kort toegelicht. Een volledig overzicht is terug te vinden in bijlage 1 en 2 vraag 41 t/m 44. Bij het eerste aspect 'premie' is bijvoorbeeld gevraagd of er meerjarige kortingspercentages zijn vastgelegd en of er een regeling is waarbij de collectiviteit de incasso van premies doet.

Bij het tweede aspect 'inhoud van zorg' is onder andere gevraagd of er afspraken zijn over de kwaliteit van gecontracteerde zorg, vergoedingen voor specifieke hulpmiddelen of medicijnen of een afspraak dat de zorgverzekering gecombineerd wordt met andere verzekeringen.

Het derde aspect omhelst 'keuze en acceptatie' waarbij de collectiviteit is gevraagd of zij afspraken hebben gemaakt over bijvoorbeeld beperking in de mogelijkheid tot royeren van verzekerden, inhoud van aanvullende zorgverzekeringen, type verzekering (natura of restitutie) en of er een vrijwillig eigen risico kan worden afgesloten.

Zorginkoop is het vierde aspect waarbij gevraagd is of er afspraken zijn gemaakt dat de zorgverzekeraar bepaalde (specialistische) zorg inkoop.

Het laatste aspect is meer een verzameling van overige afspraken die gemaakt kunnen worden. Zo is gevraagd of er afspraken zijn over service van de zorgverzekeraar, dat het aanbod alleen geldt bij een minimaal deelnemerspercentage aan de collectieve zorgverzekering, korting op andere verzekeringen en of de collectiviteit heeft afgesproken om geen andere zorgverzekeraar te contracteren. Tot slot is gevraagd in hoeverre de organisatie toeziet op naleving van de contractafspraken door zorgverzekeraars. Deze vraag is opgesplitst in afspraken over kwaliteit van dienstverlening en kwaliteit van zorg waarop de respondent ja en nee kon antwoorden. Wanneer de collectiviteit toeziet op

naleving wordt gevraagd op welke manier dit gebeurt. Dit was in een open vraag.

Gebruik van collectieve zorgverzekering

Om te meten hoeveel leden er binnen een collectiviteit gebruik maken van de mogelijkheid tot collectief verzekeren is in een open vraag per in 2008 gecontracteerde zorgverzekeraar gevraagd in te vullen hoeveel werknemers/leden/mensen met een minimum inkomen er in 2008 bij deze zorgverzekeraar collectief verzekerd waren via de eigen organisatie (bijlage 1 en 2 vraag 38 en 39). Hierbij kon men het aantal invullen, of het percentage van het aantal mensen voor wie het aanbod gold.

2.3 Grootte en samenstelling respons

In totaal hebben 64 organisaties deelgenomen aan het onderzoek, wat een respons oplevert van 37%.

Vanuit de werkgeverscollectiviteiten zijn er 27 ingevulde vragenlijsten teruggekomen (31%). Van de groep verenigingen en overige collectiviteiten zijn 37 vragenlijsten ingevuld (43%). De respons onder patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten was hoger dan onder de werkgevers (zie tabel 2.1).

De grootte van de bedrijven varieert van 15 tot en met 200.000 werknemers.

Bij de patiëntenverenigingen loopt de grootte van het ledenbestand uiteen van 72 tot 60.000 leden, bij de overige collectiviteiten is dat 5000 tot 350.000 leden. Hierbij zijn de gelegenheidscollectiviteiten oftewel collectiviteiten die vrij toegankelijk zijn voor alle verzekeringsplichtigen buiten beschouwing gelaten. De gelegenheidscollectieven hebben in principe de gehele bevolking als potentiële klant.

Tabel 2.1 Respons per collectiviteit

Soort collectief	Telefonisch benaderde organisaties	Verkregen aantal mogelijke respondenten	Respons (respons met niet-volledig ingevulde vragenlijsten)
Werkgevers	145	88	31% 27 (30)
Patiëntenverenigingen	44	20	45% 9 (10)
Overige collectiviteiten	103	66	42% 28 (32)
Totaal	292	174	37% 64 (72)

Tabel 2.2 Grootte van collectiviteiten

Soort collectief	Grootte organisatie		
	Minimum	Maximum	Gemiddelde
Werkgevers (n=27)	15	200.000	18.742
Patiëntenverenigingen (N=9)	72	60.000	22.679
Overige collectiviteiten (N=28)	5000	350.000*	66.694

* Zeven gelegenheidscollectiviteiten hebben de gehele bevolking als potentiële klant en zijn hier buiten beschouwing gelaten.

De werkgevers komen uit negen verschillende sectoren: zeven van de 27 werkgeverscollectiviteiten komen uit de gezondheids- en welzijnszorg, vier

collectiviteiten uit de verhuur van en handel in onroerend goed, vier zijn financiële instellingen, vier komen uit het openbaar bestuur en overheidsdiensten, drie uit de industrie, twee uit de sector onderwijs, één uit de handel en reparatie van consumentenartikelen en één zit in vervoer, opslag en communicatie. Aan het onderzoek hebben negen patiëntenverenigingen mee gewerkt. Zij vormen samen een diverse groep waarbij zowel de grotere als de kleinere patiëntenverenigingen zijn vertegenwoordigd. Naast de negen patiëntenverenigingen weten we van 26 van de 28 overige collectiviteiten dat er acht zorginstellingen, vijf gemeenten, drie ouderenbonden, twee bedrijven, zeven gelegenheidscollectiviteiten en tien andere verenigingen tussen zaten.

Tabel 2.3 Overzicht sectoren werkgeverscollectiviteiten

	Aantal (n)
Gezondheids- en welzijnszorg	7
Financiële instellingen	4
Verhuur van en handel in onroerend goed, verhuur van roerend goed en zakelijke dienstverlening	4
Industrie	3
Openbaar bestuur, overheidsdiensten en verplichte sociale verzekeringen	3
Bouwnijverheid	2
Onderwijs	2
Reparatie van consumentenartikelen en handel	1
Vervoer, opslag en communicatie	1

2.4 Analyse

De data zijn geanalyseerd op het niveau van de collectiviteiten, dat wil zeggen dat voor collectiviteiten die meerdere zorgverzekeraars gecontracteerd hadden de data geaggregeerd zijn. Hierbij zijn de antwoorden gemiddeld, of in sommige gevallen opgeteld. Bij enkele vragen naar de gemaakte afspraken is er gekeken naar het aantal collectiviteiten dat met één of meerdere zorgverzekeraars deze afspraak gemaakt had. Waar dit zo gedaan is wordt dit vermeld. Voor de analyse van de data is gebruik gemaakt van frequenties en kruistabellen. Vanwege het kleine aantal respondenten zijn er geen statistische toetsingen uitgevoerd. Daar waar verschillen tussen patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten optraden is er voor beide groepen apart gerapporteerd. Verschillen tussen de soorten collectiviteiten (werkgevers, patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten) zijn niet getoetst.

3 De keuze voor een zorgverzekeraar

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de aspecten die bij collectiviteiten een rol hebben gespeeld in de keuze voor een zorgverzekeraar. Achtereenvolgens wordt besproken: hoeveel contracten er zijn gesloten met zorgverzekeraars (3.1), om welke redenen collectiviteiten een collectief contract afsluiten (3.2), wat de belangrijkste aspecten zijn in de keuze voor een zorgverzekeraar (3.3) en op welke manier de doelgroep bij de keuze voor een zorgverzekeraar is betrokken (3.4).

3.1 Contracten met zorgverzekeraars

Op één na hadden alle werkgevers die aan het onderzoek deelnamen in 2008 al een collectief contract met een of meerdere zorgverzekeraars. Deze 26 werkgevers geven aan in 2008 in totaal 40 contracten met zorgverzekeraars te hebben afgesloten. In 2009 hebben 27 deelnemende werkgevers in totaal 44 contracten afgesloten. Werkgevers hebben voor 2009 grotendeels dezelfde zorgverzekeraars gecontracteerd als in 2008 (tabel 3.1). Daarbij hebben de meeste werkgevers een contract gesloten met één zorgverzekeraar (tabel 3.2).

Voor de 37 patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten geldt dat er in 2008 60 contracten zijn afgesloten en in 2009 61 contracten. Ook patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten hebben voornamelijk dezelfde zorgverzekeraars gecontracteerd als in 2008. In het aantal gecontracteerde zorgverzekeraars is een lichte verschuiving te zien: patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten zijn meer zorgverzekeraars gaan contracteren (tabel 3.2). In 2008 had minder dan de helft (43%) van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten een contract met meer dan één zorgverzekeraar. In 2009 was dit het geval voor 46% van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten.

Tabel 3.1 Aantal werkgevers en patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten dat voorgeand aan 2009 dezelfde zorgverzekeraar gecontracteerd had en het aantal dat een nieuwe zorgverzekeraar gecontracteerd heeft voor 2009

	Werkgever (n=40 contracten in 2008) (n=44 contracten in 2009)	Patiëntenvereniging en overige collectiviteiten (n=60 contracten in 2008) (n=61 contracten in 2009)
Contracten die in 2009 bij dezelfde zorgverzekeraar opnieuw zijn afgesloten	37	59
Contracten die in 2009 niet bij dezelfde zorgverzekeraar opnieuw zijn afgesloten	3	1
Contracten die in 2009 met nieuwe zorgverzekeraars zijn afgesloten	6	2
Organisaties die in 2008 nog geen contract had	1	-

Resultaten in de tabel zijn per contract.

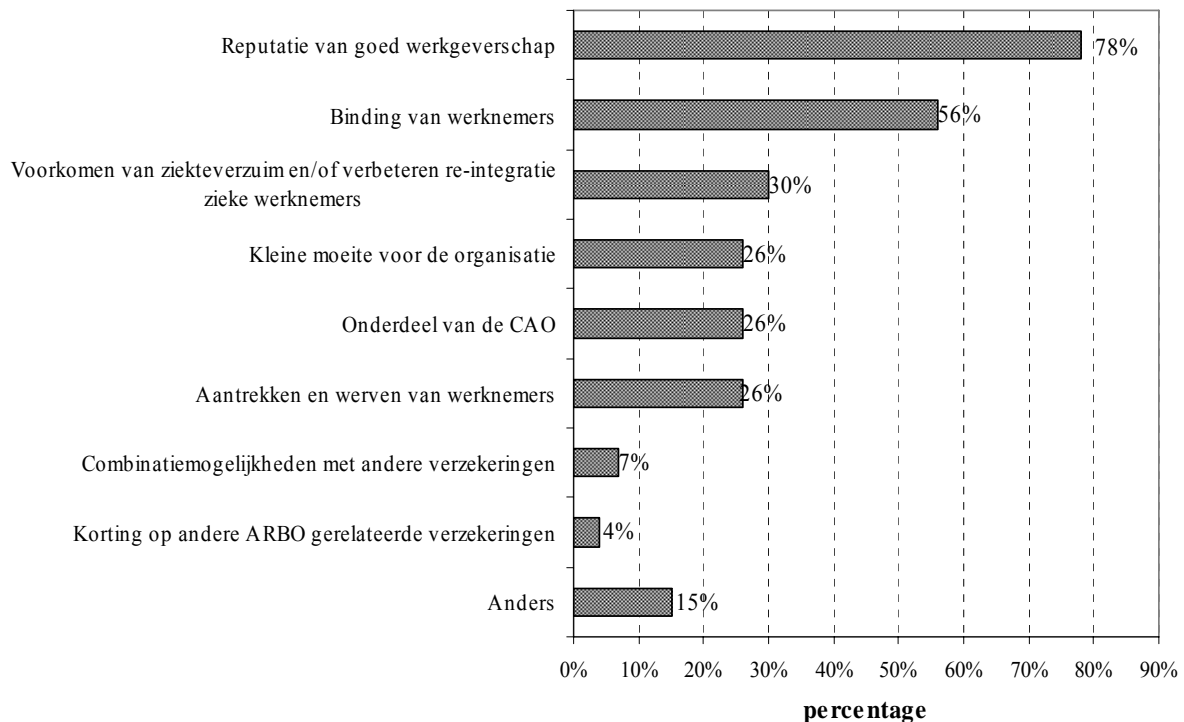
Tabel 3.2 Aantal contracten per werkgever en patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten in 2008 en 2009

Aantal contracten	Werkgever (n=26 in 2008 en n=27 in 2009)		Patiëntenverenigingen en overig collectiviteiten (n=37 in 2008 en 2009)	
	Percentage	N	Percentage	N
2008				
Eén zorgverzekeraar	58%	15	57%	21
Twee zorgverzekeraars	31%	8	24%	9
Drie zorgverzekeraars	12%	3	19%	7
2009				
Eén zorgverzekeraar	59%	16	54%	20
Twee zorgverzekeraars	19%	5	27%	10
Drie zorgverzekeraars	22%	6	19%	7

3.2 Belangrijke redenen om een collectieve zorgverzekering aan te bieden

In de Memorie van Toelichting bij de Zvw staat dat aangenomen wordt dat werkgevers om verschillende redenen kunnen overwegen een collectieve zorgverzekering aan hun werknemers aan te bieden. De collectieve zorgverzekering zou volgens de Memorie van Toelichting een belangrijke secundaire arbeidsvoorwaarde kunnen worden. Een werkgever zou zich voor zijn bestaande en toekomstige personeel kunnen profileren met een collectief contract. Voordeel van collectieve contracten voor werkgevers is de mogelijkheid van bundeling van verzekeringen met samenhangende risico's, zoals loondoorbetaling en reïntegratiemaatregelen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. De werkgever kan bij de keuze voor een verzekeraar selecteren op adequate dienstverlening bij ziekteverzuim, bijvoorbeeld in geval van arbeidsrelevante aandoeningen (Memorie van Toelichting, Zvw 2003-2004). In dit onderzoek is aan werkgevers gevraagd waarom zij besloten hebben om een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan hun werknemers. De drie belangrijkste redenen die zij aangeven zijn de reputatie van goed werkgeverschap (78%), binding van de werknemers (56%) en het voorkomen van ziekteverzuim/ en of verbeteren re-integratie van zieke werknemers (30%) (figuur 3.1).

Figuur 3.1 Redenen voor werkgevers om een collectief contract af te sluiten



Ook aan de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten is gevraagd waarom zij besloten hebben om een collectieve zorgverzekering aan te bieden (tabel 3.3). De drie belangrijkste redenen zijn de binding met leden (81%), het aantrekken en werven van leden (68%) en het contracteren was een kleine moeite voor de organisatie (30%). Een directe vergelijking met de werkgevers is niet te maken aangezien de mogelijke redenen per vragenlijst verschilden.

Voor de gemeenten die een collectieve zorgverzekering aanbieden voor de sociale minima zaten er specifieke antwoordcategorieën in de vragenlijst. Geen van de gemeenten gaf een algemenere reden uit tabel 3.3 op. Zij gaven uiteenlopende redenen aan namelijk minder betalingsachterstand bij mensen met een minimum inkomen (100%), voorkomen dat mensen met een minimum inkomen onverzekerd zijn (100%), extra zorg voor mensen met een minimum inkomen tegen een lagere prijs (100%) en vermindering van aanvragen bijzondere bijstand vanwege medische kosten (100%).

Tabel 3.3 Reden voor patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten om een collectief af te sluiten

	Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten	n=37
Binding van leden	81%	30
Het aantrekken en werven van leden	68%	25
Het was een kleine moeite voor de organisatie	30%	11
Combinatiemogelijkheden met andere verzekeringen	14%	5
Anders, namelijk...	11%	4

3.3 Belangrijkste aspecten in de keuze voor een zorgverzekeraar

Aan alle respondenten is op twee manieren gevraagd welke aspecten een rol speelden in de keuze voor een zorgverzekeraar. Ten eerste is gevraagd in hoeverre bepaalde aspecten van belang waren bij de keuze (op een vijf-puntsschaal). Ten tweede is gevraagd welke aspecten doorslaggevend waren bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Hierbij was het mogelijk om meerdere antwoorden te geven.

Voor het aspect premie vinden zowel werkgevers als patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten de premie, premiekorting, dekking van de aanvullende verzekering en premiekorting op de basisverzekering belangrijk in de keuze voor een zorgverzekeraar (tabel 3.4).

Een verschil is te zien in de mate waarin korting op overige verzekeringen een belangrijk aspect is bij de keuze voor een verzekeraar. Dit vinden werkgevers belangrijker dan patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (tabel 3.4). Overigens is deze interesse te verklaren uit het feit dat werkgevers direct voordeel kunnen hebben van korting op overige verzekeringen en verenigingen en overige collectiviteiten in mindere mate. Werkgevers kunnen bijvoorbeeld onderhandelen over een korting op bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheidsverzekeringen of pensioenverzekeringen. Daar profiteren zij zelf van. Voor patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten zal het eerder gaan om korting op verzekeringen waar hun leden van profiteren, zoals reisverzekeringen of autoverzekeringen.

Opvallend is dat voor zowel de werkgevers als voor de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten aspecten die betrekking hebben op de premie belangrijk zijn en vaak ook de doorslag hebben gegeven bij de keuze van een zorgverzekeraar. De inhoud van de zorgverzekering wordt minder belangrijk gevonden. Daarmee rijst de vraag of collectiviteiten wel invloed uitoefenen op kwaliteit, of dat het alleen om de premiekorting gaat. Op dit punt wordt verder ingegaan in hoofdstuk 5, waar het over de gemaakte afspraken gaat.

Tabel 3.4 Percentage collectiviteiten dat een aspect (erg) belangrijk vond en een aspect doorslaggevend vond in de keuze voor een zorgverzekeraar

	Werkgevers		Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten		
	(erg) belangrijk (n=27)	Doorslaggevend (n=27)	(erg) belangrijk (n=37)	Doorslaggevend (n=37)	
Premie					
premiëkorting op de basisverzekeringen	93%	10 37%	95%	18	49%
premiëkorting op de aanvullende verzekeringen	93%	9 33%	92%	16	43%
premië voor de aanvullende verzekeringen	89%	12 44%	84%	9	24%

tabel 3.4 wordt vervolgd

vervolg tabel 3.4

	Werkgevers			Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten		
	(erg) belangrijk (n=27)	Doorslaggevend (n=27)		(erg) belangrijk (n=37)	Doorslaggevend (n=37)	
premie voor de basisverzekeringen eigen risico en bijbehorende premiekorting	X	9	33%	X	14	38%
korting op overige verzekeringen	26%	1	4%	35%	1	3%
Zorgaanbod	19%	2	7%	8%	1	3%
Landelijke dekking van zorgverzekeraar	85%	5	19%	62%	5	14%
dekking van de aanvullende verzekering	78%	9	33%	81%	14	38%
Kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders	X	7	26%	X	4	11%
Vrije keuze van de zorgaanbieder	70%	5	19%	73%	8	22%
bedrijfszorg	63%	4	15%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen	52%	1	4%	57%	8	22%
Innovatieve ideeën	48%	6	22%	46%	3	8%
Regionale dekking van zorgverzekeraar	44%	2	7%	30%	3	8%
Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's	37%	2	7%	49%	4	11%
Contractering van voorkeurszorgaanbieders	22%	2	7%	16%	1	3%
Overig						
Service van de zorgverzekeraar	89%	5	19%	X	8	22%
Reputatie van de zorgverzekeraar	89%	3	11%	78%	5	14%
Eerdere ervaring met de zorgverzekeraar	82%	9	33%	84%	6	16%
Implementatie en communicatie van het collectieve aanbod	70%	4	15%	62%	5	14%
Type verzekering (natura/restitutiepolis)	67%	2	7%	46%	2	5%
Aantal leden dat al verzekerd was bij de zorgverzekeraar	41%	5	19%	38%	10	27%
De zorgverzekeraar speelt een belangrijke rol in de regio	33%	3	11%	35%	8	22%
Contract(en) die zorgverzekeraar heeft met andere organisaties in het netwerk van uw organisatie	22%	1	4%	35%	4	11%
Er zijn nog andere (bedrijfs)verzekeringen met deze zorgverzekeraar	11%	1	4%	35%	2	5%
Aansluiten bij andere organisaties die deze zorgverzekeraar reeds hebben gecontracteerd	7%	0	0	14%	2	5%

X deze antwoordcategorieën zijn door een fout in de internetvragenlijst niet gesteld.

3.4 Betrekken van de doelgroep bij de keuze voor een zorgverzekeraar

Bij de werkgevers hebben 9 van de 27 organisaties (33%) voorafgaand aan de onderhandelingen informatie verzameld over de wensen van de werknemers. Enkele voorbeelden van de manier waarop dit is gedaan zijn het houden van een enquête (2), gesprekken voeren met medewerkers (2) en informatie verzamelen via de ondernemingsraad (2).

Aan de werkgevers is ook gevraagd naar de betrokkenheid van de werknemers en de ondernemingsraad in de beslissing ten aanzien van een collectieve zorgverzekering. In totaal hebben 8 werkgevers (30%) de werknemers betrokken bij de onderhandelingen.

Nog een mogelijkheid om de doelgroep te betrekken bij de keuze voor een zorgverzekeraar is door de ondernemingsraad te betrekken bij het onderhandelingsproces. Een minderheid van de werkgevers (37%) geeft aan dat de ondernemingsraad betrokken is geweest bij de onderhandelingen voor het aanbod van 2009. Waar aangegeven werd dat de ondernemingsraad een rol heeft gespeeld werd bij 22% van de werkgevers de ondernemingsraad geïnformeerd over de beslissing tot contracteren. Bij 11% van de werkgevers heeft de ondernemingsraad een advies uitgebracht. Bij slechts 4% van de werkgevers is de ondernemingsraad direct betrokken geweest bij de beslissing.

Van de negen patiëntenverenigingen hebben drie (33%) informatie verzameld over de wensen van de leden. Van de overige collectiviteiten hebben 11 van de 28 (39%) dit gedaan. Deze informatie is door patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten op verschillende manieren verzameld. Voorbeelden zijn het houden een enquête onder de leden (3), gesprekken voeren met leden (2), input vragen door middel van een email (1) en een ledenpanel raadplegen (1).

4 Het verloop van de onderhandelingen

Dit hoofdstuk beschrijft de procesmatige aspecten van de onderhandelingen tussen de collectiviteiten en zorgverzekeraars. Achtereenvolgens wordt besproken: de wijze waarop contacten met zorgverzekeraars tot stand zijn gekomen (4.1), de investeringen in de onderhandelingen (4.2), de wijze waarop contracten zijn vormgegeven (4.3) en het aantal zorgverzekeraars waarbij uiteindelijk een collectief contract is afgesloten (4.4).

4.1 Totstandkoming van het contact

De contacten tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten zijn op verschillende manieren tot stand gekomen (tabel 4.1). Veelal bestonden de contacten tussen de partijen al. Iets meer dan de helft van de werkgevers (56%) en een ruime meerderheid van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (84%) hadden in het voorgaande jaar reeds contact met de zorgverzekeraar. Het gaat hierbij slechts om het hebben van contract dus niet te verwarren met het daadwerkelijk hebben van een contract.

De twee groepen collectiviteiten verschillen in de manieren waarop zij geprobeerd hebben om contacten te leggen met zorgverzekeraars. Een opvallend verschil is dat meer dan een kwart van de werkgevers (33%) een tussenpersoon heeft ingeschakeld om de onderhandelingen te starten terwijl slechts 5% van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten dit heeft gedaan. Daarnaast hebben werkgevers vaker initiatief genomen bij het leggen van contacten met zorgverzekeraars dan patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten. Van de werkgevers zegt 19% op eigen initiatief contact te hebben gezocht met zorgverzekeraars. Van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten heeft respectievelijk 11% en 15% dit gedaan. Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten zeggen daarentegen vaker (22% en 21%) te zijn benaderd door de zorgverzekeraars. Dit is bij 15% van de werkgevers het geval.

Beide groepen collectiviteiten noemen het aansluiten bij andere organisaties, door een tussenpersoon benaderd worden en het doen van een openbare aanbesteding het minst bij de vraag hoe de contacten tot stand zijn gekomen. Wel lijken patiëntenverenigingen (44%) en overige collectiviteiten (14%) vaker dan werkgevers (4%) te kiezen voor het doen van een openbare aanbesteding.

Tabel 4.1 Overzicht totstandkoming van contact met zorgverzekeraars (*meerdere antwoorden mogelijk*)

	Werkgevers (n=27)	Patiëntenverenigingen (n=9)	Overige collectiviteiten (n=28)
Contact bestond al	56%	78%	86%
Tussenpersoon ingeschakeld	33%	11%	4%
Organisatie heeft op eigen initiatief zorgverzekeraar(s) benaderd	19%	11%	15%
Door zorgverzekeraar(s) benaderd	15%	22%	21%
Aangesloten bij andere organisatie	7%	11%	4%
Door tussenpersoon benaderd	4%	0%	0%
Openbare aanbesteding	4%	44%	14%

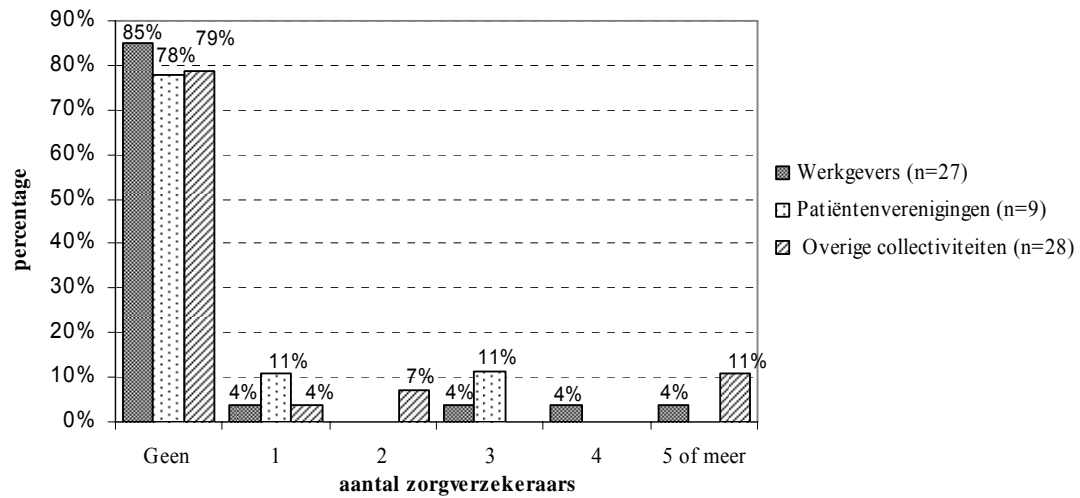
Niet alleen blijkt dat werkgevers vaker een zorgverzekeraar op eigen initiatief benaderen, ze benaderen ook meer zorgverzekeraars in vergelijking met patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (tabel 4.2). De gegevens laten zien dat de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten die contact hebben gezocht met zorgverzekeraars dit bij maximaal 3 zorgverzekeraars hebben gedaan. Terwijl werkgevers die initiatief hebben genomen minimaal drie zorgverzekeraars hebben benaderd.

Tabel 4.2 Aantal zorgverzekeraars dat door de collectiviteiten op eigen initiatief benaderd zijn

	Werkgevers (n=27)		Patiëntenverenigingen (n=9)		Overige collectiviteiten (n=28)	
	%	N	%	N	%	N
Geen zorgverzekeraar	81%	22	88%	8	86%	24
Eén zorgverzekeraar					4%	1
Twee zorgverzekeraars					7%	2
Drie zorgverzekeraars	7%	2	11%	1	4%	1
Vier zorgverzekeraars	4%	1				
Vijf of meer zorgverzekeraars	7%	2				

Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten zijn vaker door een zorgverzekeraar benaderd voor een collectief contract (figuur 4.1). In totaal zijn 3 overige collectiviteiten (11%) benaderd door vijf of meer zorgverzekeraars.

Figuur 4.1 Aantal zorgverzekeraars waar collectiviteiten door benaderd zijn

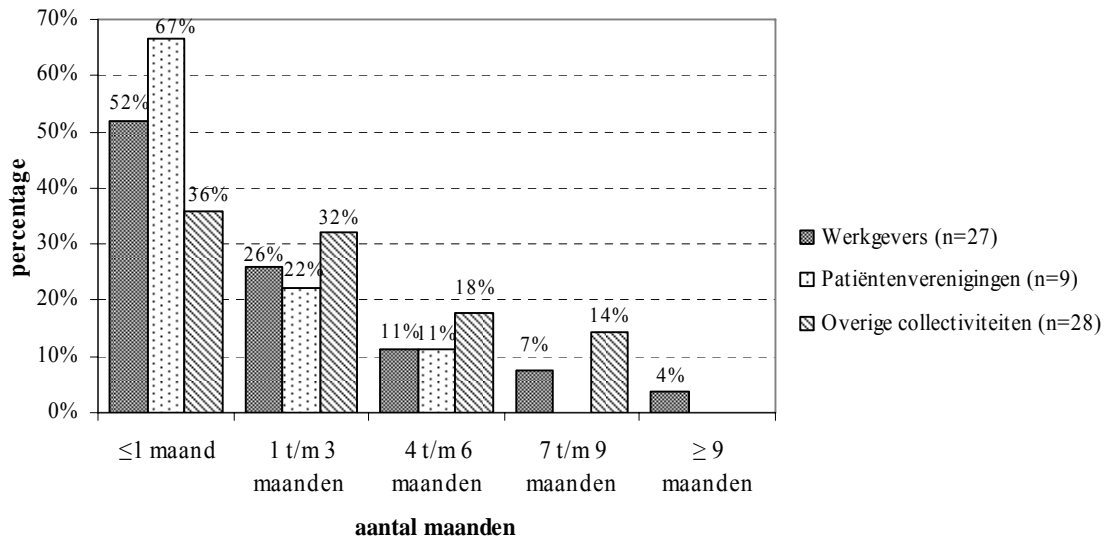


4.2 Investering in de onderhandelingen

Patiëntenverenigingen hebben van de verschillende collectiviteiten gemiddeld genomen de minste energie gestoken in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Dit kan geconcludeerd worden aan de hand van drie elementen, namelijk: het aantal maanden dat gezocht en onderhandeld is, het aantal ingezette medewerkers bij het zoeken en onderhandelen en de ervaren tijd die het zoeken en onderhandelen heeft gekost.

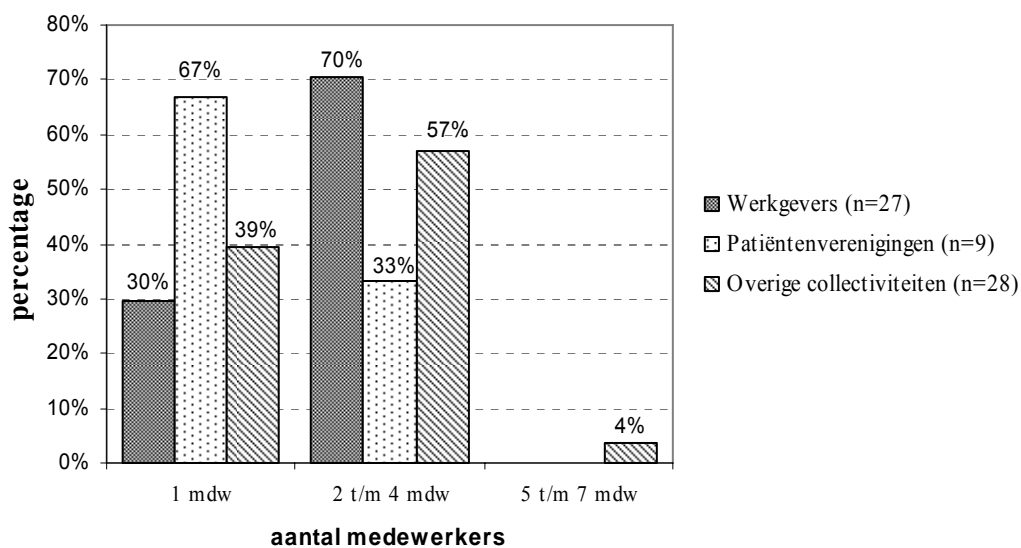
Allereerst heeft meer dan de helft van de patiëntenverenigingen (67%) minder dan een maand besteed aan het zoeken naar en onderhandelen over het collectieve contract (figuur 4.2). Voor 52% van de werkgevers en 36% van de overige collectiviteiten geldt dat zij minder dan een maand hebben besteed.

Figuur 4.2 Aantal maanden beteed aan het zoeken naar en onderhandelen over het collectieve contract van 2009 per soort collectief



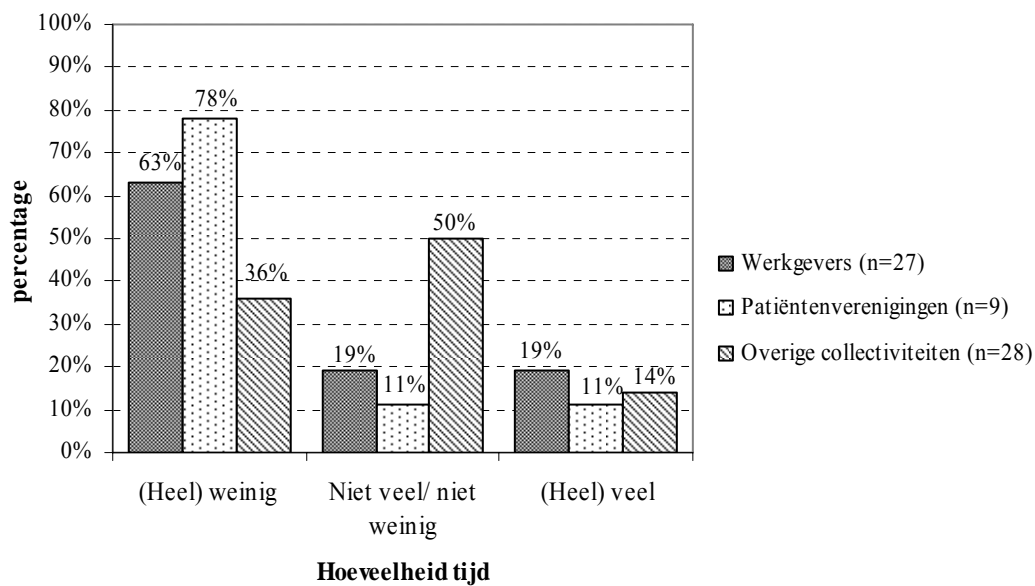
Een ruime meerderheid van de collectiviteiten heeft minder dan 5 medewerkers ingezet voor het zoeken naar en onderhandelen over een collectief contract. Er zijn wel verschillen tussen de typen collectiviteiten. Twee derde van de patiëntenverenigingen (67%) heeft 1 medewerker ingezet (figuur 4.3). Een meerderheid van de werkgevers (70%) en overige collectiviteiten (57%) zetten twee tot vier medewerkers in. Aangezien de gevraagd gesteld is met antwoordcategorieën kan er geen preciezere uitspraak gedaan worden over het aantal medewerkers die zijn ingezet.

Figuur 4.3 Aantal ingezette medewerkers voor het zoeken naar en onderhandelen over het collectieve contract voor 2009 per soort collectief.



Ook is gevraagd naar de ervaren hoeveelheid tijd die de collectiviteiten denken te hebben besteed aan het zoeken naar en onderhandelen over een collectief contract. Ruim drie kwart van de patiëntenverenigingen (78%) beantwoordt de vraag over de hoeveelheid tijd met (heel) weinig tegenover 63% van de werkgevers en 36% van de overige collectiviteiten (figuur 4.4). Ook hieruit blijkt dat patiëntenverenigingen vinden dat zij weinig tijd hebben besteed aan het zoeken naar en onderhandelen over een collectief contract.

Figuur 4.4 Hoeveel tijd het zoeken naar en onderhandelen over het collectieve contract de collectiviteit heeft gekost aangegeven per soort collectiviteit.



Er is ook gekeken naar de geneigdheid van zorgverzekeraars om in de onderhandelingen te investeren. Uit de resultaten blijkt dat zorgverzekeraars bij een meerderheid van de werkgevers en de overige collectiviteiten is langsgekomen om over het aanbod te praten (tabel 4.3). Bij patiëntenverenigingen was dit minder het geval. In ongeveer 40% van de gevallen zijn zorgverzekeraars langs gekomen om een presentatie te geven. Bij patiëntenverenigingen is dit iets vaker het geval geweest dan bij de werkgevers (41%) en overige collectiviteiten (39%). Relatiegeschenken worden veelal niet gegeven volgens de collectiviteiten.

4.3 Totstandkoming van het contract

Ongeveer een derde van de collectiviteiten geeft aan dat het aanbod voor 2009 hetzelfde is als vorig jaar (tabel 4.4). Ook is er een groep collectiviteiten die zegt dat het aanbod grotendeels hetzelfde is maar dat er een aantal kleine aanpassingen zijn gedaan. Dit geldt voor 44% van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten en voor 32% van de werkgevers.

Tabel 4.3 Collectiviteiten waarbij zorgverzekeraars stappen hebben ondernomen bij de onderhandeling per afgesloten contract

	Werkgevers (n=26)*		Patiëntenverenigingen (n=9)		Overige collectiviteiten (n=28)	
	%	N	%	N	%	N
Presentatie geven over het aanbod	41%	11	44%	4	39%	11
Langskomen voor gesprek en/of onderhandelingen	59%	16	33%	3	82%	23
Geven van een relatiegeschenk	4%	1	0%	0	4%	1
Geven van schriftelijke toelichting	63%	17	67%	6	57%	16

* één werkgever heeft geen antwoord gegeven op deze vraag

Tabel 4.4 Totstandkoming van het contract (*meerdere antwoorden mogelijk*)

	Werkgevers (N=25)		Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (N=36)	
	%	N	%	N
Er is een openbare aanbesteding geweest waarbij de zorgverzekeraar in moest gaan op een aantal punten die door de organisatie waren opgesteld	12%	3	8%	3
Er is een vaststaand aanbod gedaan door de zorgverzekeraar aan uw organisatie (zonder inhoudelijke onderhandelingsmogelijkheden) dat is aangenomen	4%	1	11%	4
Het eerste aanbod van de zorgverzekeraar is op verzoek van uw organisatie gewijzigd op een of twee punten en toen aangenomen	0%	0	0%	0
Het eerste aanbod is door onderhandelingen van de zorgverzekeraar met uw organisatie op meerdere punten aangepast	12%	3	6%	2
Er is voorafgaand aan het eerste aanbod van de zorgverzekeraar onderhandeld met uw organisatie, waarna het aanbod van de zorgverzekeraar tot stand is gekomen	4%	1	17%	6
Het aanbod van de zorgverzekeraar is geheel ontwikkeld in samenwerking met uw organisatie	16%	4	0%	0
Het aanbod is grotendeels hetzelfde als vorig jaar maar er zijn een paar kleine aanpassingen gedaan door zorgverzekeraar of door uw organisatie	32%	8	44%	16
Het aanbod is hetzelfde als vorig jaar	32%	8	33%	12

4.4 Aantal gecontracteerde zorgverzekeraars

Zoals al eerder in hoofdstuk 3 vermeld blijkt uit het onderzoek dat de meerderheid van de collectiviteiten met één zorgverzekeraar een contract gesloten (tabel 3.2).

5 Uitkomsten van de onderhandeling

In dit hoofdstuk worden de gemaakte afspraken tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars besproken. Achtereenvolgens wordt ingegaan op wat voor verzekeringen een collectiviteit heeft afgesloten en voor wie deze toegankelijk zijn (5.1), welke kortingen zijn afgesproken (5.2), aspecten waarover afspraken zijn gemaakt (5.3), de instroom in de collectieve zorgverzekering (5.4) en tevredenheid over de in 2008 gecontracteerde zorgverzekeraar.

5.1 Het aanbod en toegankelijkheid

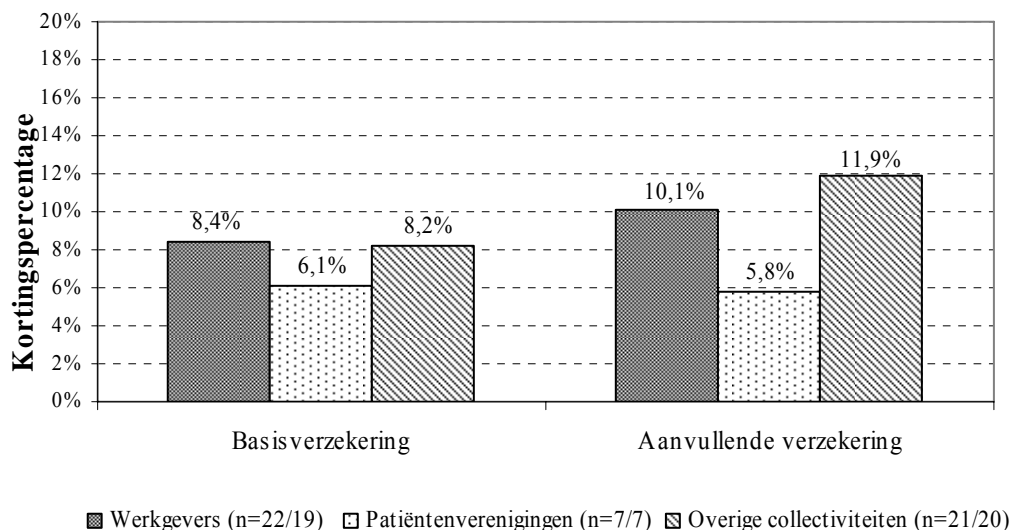
Alle werkgevers (n=27) en bijna alle patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (n=35) bieden zowel een collectieve basisverzekering als een collectieve aanvullende verzekering aan. Er is één vereniging die alleen een collectieve basisverzekering aanbiedt en één vereniging die alleen een collectieve aanvullende verzekering aanbiedt. Bij de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten zijn de collectieve verzekeringen toegankelijk voor alle leden. In de meeste gevallen (54%) zijn deze ook toegankelijk voor gezinsleden, wat betreft de werkgevers zijn hierover geen gegevens bekend. Bij 30% van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (n=34) moeten mensen aan bepaalde toelatingsvoorwaarden voldoen om lid te worden. Er is echter niet bekend om welke toelatingsvoorwaarden het hier gaat.

5.2 Afgesproken kortingen op basis- en aanvullende verzekering

Bij de invoering van de Zvw is verondersteld dat consumenten via collectieve contracten hun inkoopmacht bundelen en op die manier gunstige voorwaarden bij zorgverzekeraars kunnen bedingen. Dit voordeel kan op verschillende manieren worden vormgegeven. De meest bekende vorm is de premiekorting op de basis- en aanvullende verzekering. Doordat de premie voor de basisverzekering hoger is dan de premie voor de aanvullende verzekering is het financiële voordeel van een collectieve zorgverzekering op de basisverzekering groter (Roos en Schut, 2008; Roos en Schut, 2009). Figuur 5.1 laat zien dat de kortingspercentages die door verschillende collectiviteiten worden afgesproken voor de basis en de aanvullende verzekering verschillen. Een aantal collectiviteiten heeft de afgesproken korting niet ingevuld, het precieze aantal collectiviteiten (n) en de standaarddeviatie (sd) waarop de gegevens zijn gebaseerd staat telkens tussen haakjes aangegeven. Voor de basisverzekering krijgen de werkgeverscollectiviteiten de hoogste gemiddelde korting (8,4%, sd=0,4 n=22) gevolgd door de overige collectiviteiten (8,2%, sd 0,5 n=21). De patiëntencollectiviteiten hebben de laagste gemiddelde korting, namelijk 6,1% (sd= 1,1 n=7).

Voor de aanvullende zorgverzekering ligt de gemiddelde premiekorting meestal hoger dan bij de basisverzekering. De werkgeverscollectiviteiten krijgen gemiddeld 10,1% (sd=0,8 n=19) korting en de overige collectiviteiten 11,9% (sd=0,8 n=20). Alleen de patiëntencollectiviteiten hebben gemiddeld minder korting bedongen bij de aanvullende verzekering (5,8% sd 0,9 n=7) in vergelijking met de basisverzekering. De hoogte van de korting lijkt enigszins verband te houden met de hoogte van het risico. De patiëntenverenigingen hebben op zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekeringen de minste korting gekregen. Dit zou echter ook te maken kunnen hebben met het feit dat het aantal verzekerden dat een collectieve verzekering via een patiëntenvereniging afsluit klein is. Daarnaast lijken premiekortingen ook samen te hangen met de inkoopmacht (omvang) van de collectiviteit. Zo lijken grote werkgeverscollectiviteiten een hogere premiekorting te bedingen dan de relatief kleinere ledenorganisaties.

Figuur 5.1 Afgesproken kortingspercentage voor basisverzekering en aanvullende verzekering per soort collectief



Naast de afgesproken premiekorting is aan de collectiviteiten gevraagd wat de organisatie doet met de verkregen korting. Alle patiëntenverenigingen en een grote meerderheid van werkgevers (96%) en overige collectiviteiten (93%) hebben afgesproken om de gehele premiekorting door te berekenen in de prijs voor de leden/werknemers. Twee van de overige collectiviteiten (7%) ontvangen een deel van de korting zelf en laten een deel van de korting doorberekenen in de prijs van de standaardverzekering voor de leden. Eén werkgever (4%) heeft met de zorgverzekeraars afgesproken om de premiekorting op de standaardverzekering in te zetten voor een aantrekkelijk aanvullend pakket.

5.3 Gemaakte afspraken

Tijdens de contractonderhandelingen kunnen collectiviteiten diverse afspraken maken met zorgverzekeraars, de besproken premiekorting is daar een voorbeeld van. De afspraken beperken zich niet tot de premie maar kunnen betrekking hebben op verschillende aspecten van de (zorg)verzekering zoals op inhoud van zorg, keuzemogelijkheden en acceptatie voor en van leden en zorginkoop. Bijna alle collectiviteiten hebben afspraken gemaakt over de korting op zowel de premie van de basis als de aanvullende verzekering (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Percentage collectiviteiten dat afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars voor het collectieve contract over premie, inhoud van zorg en keuze en acceptatie¹

		Werkgevers	Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (n=34)	
Premie		n=25		
Premiekorting op de aanvullende verzekeringen	96%	24	97%	33
Premiekorting op de basisverzekeringen	88%	22	100%	34
Meerjarige kortingspercentages	32%	8	18%	6
De premie via automatische incasso bij de leden wordt afgeschreven	32%	8	6%	2
Uw organisatie de premie inhoudt bij de verzekerden	28%	7	24%	8
Inhoud van zorg		n=24		
Kwaliteit van gecontracteerde zorg	58%	14	76%	26
Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen	29%	7	41%	14
Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's	17%	4	26%	9
Contracteren van voorkeursaanbieders	17%	4	18%	6
Keuze en acceptatie		n=24		
Keuze uit verschillende aanvullende verzekeringen	58%	14	38%	13
Vrije keuze van zorgaanbieder	46%	11	32%	11
Inhoud van de aanvullende verzekering	33%	8	41%	14
Type verzekering (natura/restitutiepolis)	33%	8	38%	13
Verzekerden niet geroyeerd worden	33%	8	12%	4
Voor de gewone (niet-collectieve) aanvullende zorgverzekering vrije acceptatie voor alle leden	29%	7	41%	14
Voor de collectieve aanvullende zorgverzekering vrije acceptatie van alle leden	25%	6	71%	24
Een collectieve aanvullende zorgverzekering alleen kan worden afgesloten als er ook een collectieve basisverzekering wordt afgesloten bij dezelfde zorgverzekeraar	25%	6	32%	11

¹ De gegevens in de tabel zijn een selectie uit de bevraagde afspraken. In bijlage 3 is een volledige tabel toegevoegd.

Wat opvalt is dat patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten vaker afspraken maken over aspecten die te maken hebben met de inhoud van de zorg dan werkgevers. Het aspect keuze lijkt belangrijker gevonden te worden door werkgevers. Zij hebben vaker dan de andere collectiviteiten afspraken gemaakt over keuze uit verschillende aanvullende verzekeringen (58%) en de vrije keuze voor een zorgaanbieder (46%). Afspraken over vrije acceptatie voor de aanvullende verzekering zijn juist vaker door patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten gemaakt. Een ruime meerderheid (71%) van hen heeft vrije acceptatie vastgelegd bij de collectieve aanvullende zorgverzekering.

Wat betreft de zorginkoop blijkt dat werkgevers het belangrijk vinden dat de organisatie keuze heeft in de hulpverleners die de zorgverzekeraar contracteert (58%) (tabel 5.2). De patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten hebben vaker afspraken gemaakt over de provinciale/ regionale accenten van ingekochte zorg (38%).

Bij de overige afspraken heeft een meerderheid van de werkgevers afspraken gemaakt over de kwaliteit van administratieve afhandeling van de zorgverzekeraar (58%) en het stimuleren van deelname aan de collectieve zorgverzekering door werknemers (54%). Over het stimuleren van werknemers om aan de collectieve zorgverzekering deel te nemen zijn ook door een meerderheid (62%) van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten afspraken gemaakt. Dit betreft overigens vooral de gemeenten met hun collectieve contract voor sociale minima.

Werkgevers hebben vaker een afspraak gemaakt over de duur van het collectieve contract (46%) dan de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (21%). Ook willen meer werkgevers inzicht krijgen in de gedeclareerde kosten van verstrekkingen (42%) dan patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (12%). En hebben werkgevers vaker afgesproken dat het contract ontbonden kan worden als de premie van de basisverzekering te sterk stijgt (29%). Slechts 9% van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten heeft hier een afspraak over gemaakt.

De patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (35%) hebben vaker afgesproken om inzicht in de klachtenprocedure van de zorgverzekeraar te krijgen dan werkgevers (29%). Ook hebben zij vaker afgesproken dat de zorgverzekeraar een extra financiële bijdrage levert aan de organisatie of direct aan de verzekerden (26%). Slechts 17% van de werkgevers hebben dit ook afgesproken.

Ook is er gevraagd of collectiviteiten naast de collectieve zorgverzekering ook andere contracten hebben lopen bij de zorgverzekeraar. Bij 22 van de 29 werkgevers (76%) en 48 van de 56 patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (86%) is dit niet het geval. Zeven werkgevers en acht patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten hebben naast de collectieve zorgverzekering een ander contract lopen naast de collectieve zorgverzekering.

Tabel 5.2 Percentage collectiviteiten dat afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars voor het collectieve contract over zorginkoop en overige aspecten²

		Werkgevers	Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (n=34)	
Zorginkoop		n=24		
Dat uw organisatie keuze heeft in de hulpverleners die de zorgverzekeraar contracteert	58%	14	44%	15
Dat uw organisatie verlangt van de zorgverzekeraar dat er bepaalde provinciale/ regionale accenten bij de ingekochte zorg worden geplaatst	29%	7	38%	13
Dat voor uw organisatie bepaalde (specialistische) zorg wordt ingekocht door de zorgverzekeraar	29%	7	29%	10
Overige afspraken		n=24		
Kwaliteit van de administratieve afhandeling van de zorgverzekeraar	58%	14	29%	10
Uw organisatie deelname van werknemers/leden aan collectieve zorgverzekering zal stimuleren	54%	13	62%	21
De duur van het collectieve contract 2 jaar of langer is Service van zorgverzekeraar (Service Level Agreements)	46%	11	21%	7
Dat uw organisatie inzicht in de gedeclareerde kosten van of gedane verstrekkingen voor de werknemers/leden krijgen	42%	10	32%	11
Dat uw organisatie inzicht in de klachtenprocedure van de zorgverzekeraar krijgt	42%	10	12%	4
Uw organisatie de mogelijkheid heeft om het contract te ontbinden als de premie van de basisverzekering te sterk stijgt	29%	7	35%	12
Uw organisatie een extra financiële bijdrage levert aan de zorgverzekering van werknemers	29%	7	9%	3
Dat informatie van de zorgverzekeraar in verschillende talen wordt aangeboden	25%	6	15%	5
De verzekeraar een extra financiële bijdrage (per collectief verzekerde) levert voor uw organisatie of voor de verzekerde zelf	25%	6	6%	2
	17%	4	26%	9

5.4 De instroom in de collectieve zorgverzekering

Collectiviteiten kunnen op verschillende manieren hun leden of potentiële doelgroep stimuleren om voor een collectieve zorgverzekering te kiezen. De veronderstelling waar bij de invoering van de Zvw vanuit is gegaan is dat de grootte van een collectief van invloed is op de mate waarin druk uitgeoefend kan worden op de zorgverzekeraars.

De meeste collectiviteiten geven aan dat de doelgroep in ieder geval geïnformeerd wordt over de collectieve zorgverzekering (tabel 5.3). Een kleiner deel geeft aan de doelgroep

² De gegevens in de tabel zijn een selectie uit de bevraagde afspraken. In bijlage 3 is een volledige tabel toegevoegd.

een collectieve zorgverzekering via het collectief aan te bevelen. Van de werkgevers geeft ongeveer een derde (31%) aan een extra financiële bijdrage te geven voor de zorgverzekering. Bij de overige collectiviteiten gebeurt dit in 18% van de gevallen. Vier van deze collectiviteiten zijn gemeenten die een extra financiële bijdrage voor de zorgverzekering aanbieden aan mensen met een minimum inkomen. De vijfde respondent die een financiële bijdrage aanbiedt is een collectiviteit voor jongeren (onderwijscollectiviteit).

Tabel 5.3 Mate waarin collectiviteiten hun doelgroep stimuleren om te kiezen voor een collectieve zorgverzekering (meerdere antwoorden mogelijk).

	Werkgevers (n=26)		Patiëntenverenigingen (n=9)		Overige collectiviteiten (n=28)	
	Percentage	N	Percentage	N	Percentage	N
Ja, doelgroep wordt geïnformeerd over de collectieve zorgverzekering	85%	22	67%	6	75%	21
Ja, doelgroep wordt een collectieve zorgverzekering aanbevolen	23%	6	11%	1	39%	11
Ja, doelgroep wordt een extra financiële bijdrage van de organisatie voor de zorgverzekering aangeboden	31%	8	0%	0	18%	5
Nee, doelgroep wordt niet gestimuleerd om te kiezen voor een collectieve zorgverzekering	4%	1	33%	3	4%	1

Op basis van het gerapporteerde aantal leden/werknemers waarop het aanbod van een collectief contract van toepassing is en het aantal leden dat in 2008 collectief verzekerd was valt de instroom te berekenen. Het gemiddelde percentage werknemers dat gebruik maakt van de collectieve zorgverzekering via hun werkgevers is 65% (n=15). Bij de overige collectiviteiten is het gemiddelde percentage van de doelgroep dat gebruik maakt van de collectieve zorgverzekering 33% (n=10). Bij de patiëntenverenigingen heeft maar 7% (n=5) van de leden gebruik gemaakt van de collectieve zorgverzekering via de vereniging.³

5.5 Tevredenheid met de gecontracteerde zorgverzekeraar in 2008

Ondanks het feit dat 35% van de werkgevers en ongeveer de helft van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (49%) klachten heeft gehad over de zorgverzekeraar geven ze toch een hoog rapportcijfer aan de in 2008 gecontracteerde zorgverzekeraar (tabel 5.4). Als rapportcijfer geven alle collectiviteiten alleen negens en tiens, gemiddeld komt dat neer op een dikke 9. Bijna alle werkgevers (96%), patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (93%) geven aan dat zij de gecontracteerde zorgverzekeraar waarschijnlijk of zeker zouden aanbevelen bij andere organisaties.

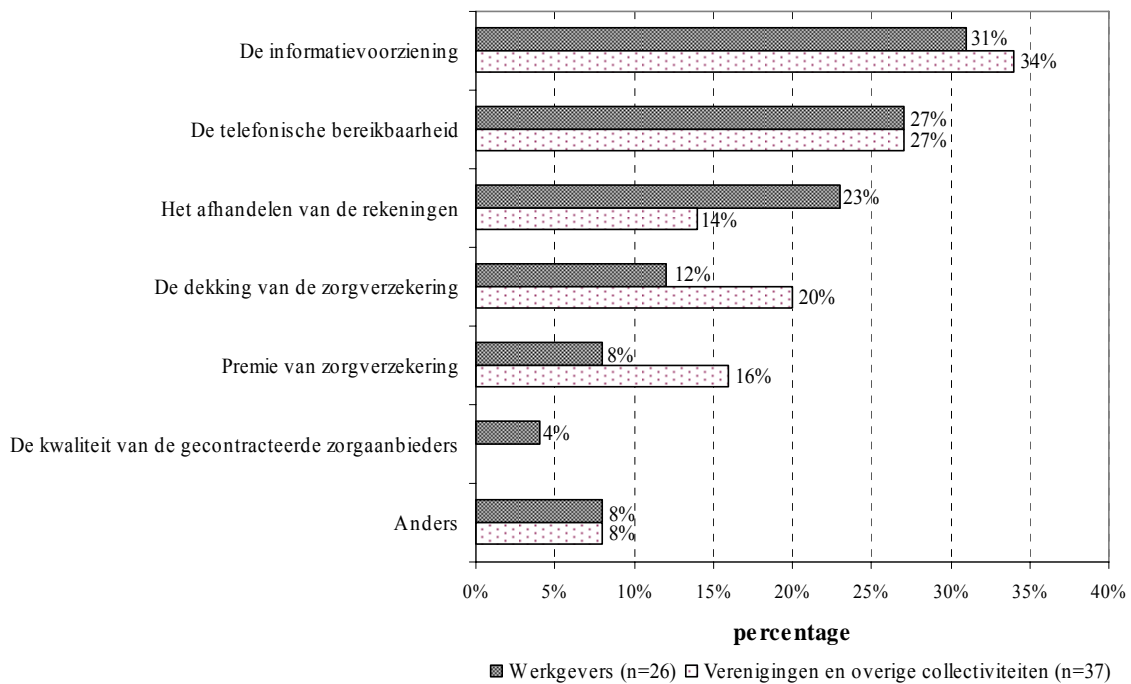
³ Van 15 werkgevers, 17 overige collectiviteiten en 4 patiëntenverenigingen waren deze gegevens niet beschikbaar.

Tabel 5.4 Het gemiddelde oordeel over de zorgverzekeraars, het percentage collectiviteiten dat de gecontracteerde zorgverzekeraar van 2008 zou aanbevelen bij andere organisaties en het percentage collectiviteiten dat klachten heeft gehad over de gecontracteerde zorgverzekeraar.

	Werkgevers (n=26)	Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (n=37)
Gemiddeld cijfer	9,1	9
Waarschijnlijk of zeker wel aanbevelen bij andere organisaties	96% (25)	97% (36)
Klachten gehad	35% (9)	49% (18)

Klachten over de zorgverzekeraar gingen in 2008 vooral over de informatievoorziening van de zorgverzekeraar, de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en het afhandelen van de rekeningen (figuur 5.2).

Figuur 5.2 Onderwerp van klachten van collectiviteiten



6 Collectieve contracten en risicoverevening

In dit hoofdstuk worden de collectieve contracten bekeken in het licht van de risicoverevening. Daarbij wordt de vraag gesteld of een mogelijk imperfecte risicoverevening effect heeft op de mogelijkheden voor collectiviteiten om contracten met zorgverzekeraars af te sluiten.

In dit hoofdstuk zal allereerst een beschrijving gegeven worden van de risicoverevening (6.1). Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de collectieve contracten van patiëntenverenigingen en de daarbij horende premiekortingen (6.2).

6.1 Achtergrond risicoverevening

De Zvw legt de zorgverzekeraars behalve een acceptatieplicht ook het verbod op om in premie te differentiëren naar kenmerken van verzekerden. Zonder aanvullende mechanismen zijn zorgverzekeraars met een ongezonde verzekerdenpopulatie in het nadeel ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde populatie.⁴ Een voorwaarde voor een goed functionerend zorgstelsel is dan ook een werkende risicoverevening. De risicoverevening in de Zvw beoogt de zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbaar hogere kosten dan gemiddeld, uitsluitend voor zover veroorzaakt door leeftijd, geslacht en gezondheid.⁵ Op die manier kan een gelijke situatie gecreëerd worden waarbinnen concurrentie tussen zorgverzekeraars kan afspelen. Hierdoor is niet de samenstelling van het verzekerdenbestand, maar de doelmatigheid van zorginkoop en de efficiency van uitvoering van de zorgverzekering bepalend voor het uiteindelijke financiële resultaat van de zorgverzekeraar. Bij een goed werkend risicoverevenings-systeem krijgen doelmatig opererende zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden met slechte gezondheidsrisico's een betere marktpositie dan ondoelmatige zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden met goede gezondheidsrisico's (VWS, 2007). Des te beter de risicoverevening des te kleiner de prikkels zijn voor zorgverzekeraars om risicoselectie toe te passen. De voorwaarde dat er geen financiële prikkels tot risicoselectie voor de zorgverzekeraars mag bestaan impliceert dat zorgverzekeraars geen subgroepen van verzekerden kunnen onderscheiden die, gegeven het verbod op premiedifferentiatie, voorspelbaar winstgevend of verliesgevend zijn.⁶ Op basis van de publicaties van Stam en van de Ven (2007, 2008) kan geconcludeerd worden dat aan de voorwaarde voor een goed werkende risicoverevening niet is voldaan. Uit deze publicaties blijkt dat voor specifieke groepen verzekerden met een substantiële omvang toch sprake is van voorspelbare verliezen. Het is voor zorgverzekeraar gemakkelijk om deze groepen te onderscheiden. Met als gevolg dat zorgverzekeraars die

⁴ Nota van Toelichting van het Besluit Zorgverzekering. Staatsblad 2005; 389

⁵ Nota van Toelichting van het Besluit Zorgverzekering. Staatsblad 2005; 389

⁶ Memorie van Toelichting Zvw pag. 9-10

zich aantrekkelijk maken voor mensen die het meest van de zorg gebruik moeten maken onvoldoende compensatie ontvangen. Bij een dergelijke imperfecte ex-ante risicoverevening kunnen zorgverzekeraars met een qua risico verschillend verzekerdenbestand niet op gelijke voet concurreren.

Zorgverzekeraars zouden dan prikkels kunnen ervaren om hoogrisico personen te weigeren of alleen te accepteren met bepaalde uitsluitingen. Het bestaan van deze prikkels voor risicoselectie hoeft niet direct te betekenen dat risicoselectie ook daadwerkelijk optreedt. Risicoselectie kan plaatsvinden via bijvoorbeeld selectieve acceptatie voor aanvullende verzekeringen. Onderzoek van De Bruijn en Schut (2007) laat zien deze selectieve acceptatie niet heeft plaatsgevonden en dat er weinig gevraagd is naar gezondheidsverklaringen of het zorgverleden door zorgverzekeraars. Daarnaast kan een zorgverzekeraar ook een gunstig collectief een hoge premiekorting en een uitgebreide dekking voor de aanvullende zorgverzekering geven (Schut, 2007). Nog een mogelijkheid is selectie door in de basisverzekering zoveel mogelijk uitsluitend generieke geneesmiddelen te vergoeden die niet populair zijn bij de verliesgevende groep van veelal chronisch zieke verzekerden.

De NZa concludeert in 2007 dat risicoselectie via misbruik van de acceptatieplicht en/of het verbod op premiedifferentiatie op dat moment niet voorkomt. Vooralsnog is er weinig empirisch bewijs dat risicoselectie door zorgverzekeraars op wezenlijke schaal wordt toegepast (NZa, 2008).

Het risicovereveningssysteem is primair een ex ante vereveningssysteem dat jaarlijks wordt geactualiseerd. Ex ante houdt in dat de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars voorafgaande aan het kalenderjaar wordt vastgesteld. De vereveningsbijdrage is gebaseerd op een schatting van de zorgkosten. Deze schatting wordt gemaakt aan de hand van het risicoprofiel van de verzekerden. De risicovereveningsbijdrage is ingedeeld in bepaalde achtergrondkenmerken van de verzekerden: leeftijd, geslacht, woonplaats, aard van het inkomen, sociaal-economische status gezondheidscriteria gebaseerd op geneesmiddelengebruik (FKG) en ziekenhuisconsumptie in het verleden (DKG) (VWS, 2007). Het idee achter de FKG's is dat verzekerden met een bepaalde chronische aandoening herkenbaar zijn aan de hand van declaraties van medicijnen waarvan bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven (VWS, 2007).

6.2 Premiekorting bij patiëntenverenigingen

Uit tabel 6.1 blijkt dat alle collectiviteiten die er in geslaagd zijn een collectief contract af te sluiten ongeveer dezelfde premiekorting hebben bedongen. Op het eerste gezicht lijkt de mate waarin de aandoening in de risicoverevening zit niet van invloed op de hoogte van de premiekorting. Opgemerkt moet worden dat in deze tabel alleen patiëntenverenigingen met een collectief contract zijn opgenomen. Er is niet gekeken naar collectiviteiten die geen collectief contract hebben. Zij zijn buiten beschouwing gelaten in het onderzoek. Het is mogelijk dat er patiëntenverenigingen zijn die geen collectief contract kunnen afsluiten vanwege voorspelbare verliezen die zorgverzekeraars op hen zouden lopen. Bijvoorbeeld doordat een aandoening niet goed in het vereveningssysteem zit.

Tabel 6.1 Overzicht premiekortingen op basis en aanvullende verzekering voor patiëntenverenigingen*

Patiëntenvereniging	Basis-verzekering	Aanvullende verzekering	Zorgverzekeraar
Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie (ANGO)	3%	5%	Agis
	10%	12%	Delta Lloyd (via Zorg6)
Alveeskiervereniging	3%	5%	Agis
Antroposana (Patiëntenvereniging voor antroposofische gezondheidszorg)	10%		Amersfoortse
Astmafonds	3%	5%	Agis
	5%		CZ
Astma Patiënten Vereniging Vbba/LCP	10%	10%	Fortis ASR
Belangenvereniging Longfibrosepatiënten Nederland	10%	10%	Fortis ASR
BOSK (Vereniging voor motorisch gehandicapten en hun ouders)	10%	12%	Delta Lloyd (via Zorg6)
Caleidoscoop (Landelijke vereniging voor mensen met een dissociatieve stoornis)	10%	10%	Fortis ASR
Cerebraal (Stichting voor mensen met hersenletsel)	3%	5%	Agis
Crohn & Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN)	3%	5%	Agis
	10%	12%	Delta Lloyd (via Zorg6)
Diabetesvereniging Nederland (DVN)	3%	5%	Agis
	5%	5%	CZ
	3%	3%	De Friesland
	10%	10%	OHRA
	5%		Univé
	7%	7%	Zorg en Zekerheid
Dwarslaesie Organisatie Nederland	3%	5%	Agis
	10%	10%	Fortis ASR
Epilepsie Vereniging Nederland	10%	12%	Delta Lloyd (via Zorg6)
	10%	10%	Fortis ASR
Hartsstichting		10%	Azivo
	5%		VGZ
HIV Vereniging Nederland	3%	5%	Agis
Impuls patiëntenvereniging (vereniging voor mensen met AD(H)D en aanverwante stoornissen)	3%	5%	Agis
KWK kankerbestrijding		10%	Azivo
ME-CVS Stichting Nederland	3%	5%	Agis
	10%	12%	Delta Lloyd (via Zorg6)
Nationaal MS fonds	3%	5%	Agis
	5%		CZ
Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten (FES)	3%	5%	Agis
Nationale Vereniging voor L.E. Patiënten (NVLE)	3%	5%	Agis
Nationale Vereniging Sjögrenpatiënten	10%	12%	Delta Lloyd (via Zorg6)
Nederlandse Coeliakie Vereniging	3%	5%	Agis
	8%	10%	Trias
	5%	10%	Zilveren Kruis Achmea
Nederlandse Hyperventilatie Stichting	3%	5%	Agis
Nederlandse Klinefelter Vereniging (NKV)	10%	10%	Fortis ASR

Tabel 6.1 wordt vervolgd

Vervolg tabel 6.1

Patiëntenvereniging	Basis-verzekering	Aanvullende verzekering	Zorgverzekeraar
Nederlandse Leverpatiënten Vereniging	10%	10%	Fortis ASR
Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV)	7,5%	10%	DVZ Achmea
	5%	8%	Pro Life
Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA)	3%	5%	Agis
Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS)	8%	10%	OHRA
Nierstichting		10%	Azivo
Osteoporose Vereniging	3%	5%	Agis
Parkinson Patiënten Vereniging (PPV)	3%	5%	Agis
Per saldo (mensen met PGB)	3%	5%	Agis
	10%	12%	Delta Lloyd (via Zorg6)
Psoriasis Vereniging Nederland (PVN)	10%	8%	Delta Lloyd
Reumapatiëntenbond	3%	5%	Agis
	10%	12%	Delta Lloyd (via Zorg6)
	7%	7%	Zorg en Zekerheid
RSI Patiëntenvereniging	3%	5%	Agis
Schildklierstichting Nederland	10%	10%	Fortis ASR
Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie (SPO)	10%	10%	Fortis ASR
Stichting Blinden en Slechtzienden	3%	5%	Agis
Turner Contact Nederland (TCN)	10%	10%	Fortis ASR
Vereniging Balans (voor ouders van kinderen met ontwikkelingsstoornissen bij leren/ en of gedrag)	3%	5%	Agis
Vereniging van Ehlers- Danlos patiënten (VED)	10%	10%	Fortis ASR
Vereniging Scoliosepatiënten	10%	10%	Fortis ASR
Vereniging Ziekte van Hirschsprung	10%	10%	Fortis ASR

* De gegevens uit deze tabel zijn afkomstig van meerdere bronnen: de ingevulde digitale vragenlijsten, KiesBeter en de officiële website van de betreffende patiëntenverenigingen

Een aantal patiëntenorganisaties hebben gezamenlijk onderhandeld, een voorbeeld hiervan ‘Het Patiëntencollectief’. Het Patiëntencollectief is een initiatief van Het Ondersteuningsburo (HOB) voor patiëntenorganisaties. Deze onderhandelingen hebben geresulteerd in een collectieve zorgverzekering bij Fortis ASR. Alle aangesloten verenigingen krijgen een vaste premiekorting van 10% op zowel de basis- als de aanvullende zorgverzekering. Een ander initiatief is de inkooporganisatie Zorg6 waarbij een aantal kleine patiëntenverenigingen gezamenlijk optreden. Zorg6 heeft een collectieve zorgverzekering afgesloten bij Delta Lloyd en heeft een korting bedongen van 10% op de basisverzekering en 12% op de aanvullende zorgverzekering.

Gezien de premiekortingen lijkt het lucratief om als patiëntenvereniging de krachten te bundelen voor een sterkere onderhandelingspositie. Een bundeling van krachten lijkt te resulteren in een hogere premiekorting. De premiekorting mag volgens de wet gebaseerd zijn op de omvang van de collectiviteit. Dit lijkt dus ook bij patiëntenverenigingen het geval te zijn.

De hoogste premiekorting die buiten één van de twee genoemde initiatieven om is verkregen is de 10% op basis- en aanvullende zorgverzekering van OHRA van de Diabetesvereniging Nederland. De Psoriasis Vereniging Nederland heeft 10% op de basisverzekering en 8% op de aanvullende verzekering gekregen.

De verschillen tussen de premiekortingen in tabel 6.1 lijken voort te komen uit het verschil in gecontracteerde zorgverzekeraar en niet zo zeer van de betreffende aandoening. Agis en Fortis hebben veel patiëntenverenigingen gecontracteerd en lijken de premiekorting onafhankelijk van de aandoening vast te stellen. De door Agis gecontracteerde collectiviteiten krijgen namelijk allemaal dezelfde premiekorting (3% op de basisverzekering en 5% op de aanvullende verzekering). Daarnaast levert Agis ieder verzekerd lid een bijdrage aan de contributie van 20 euro. Ook Fortis heeft veel een groot aandeel aangezien zij een afspraak hebben gemaakt met Het Patiëntencollectief.

7 Samenvatting en beschouwing

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting van en een beschouwing op de resultaten van het onderzoek gegeven. Doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de rol die collectiviteiten spelen in het zorgstelsel. Collectiviteiten vertegenwoordigen groepen verzekerden en kunnen door keuzes, processen en onderhandelingen invloed uitoefenen op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Met behulp van een digitale vragenlijst zijn aan verschillende soorten collectiviteiten vragen gesteld over de onderhandelingen voor de zorgverzekering. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen werkgevers, die een collectieve zorgverzekering aanbieden aan hun werknemers en andere typen collectiviteiten. Onder andere typen collectiviteiten vallen patiëntenverenigingen, die een collectieve zorgverzekering aanbieden aan hun leden, en overige collectiviteiten, zoals andere verenigingen, vakbonden, ouderenbonden, maar ook gemeenten die voor mensen met een minimum inkomen collectieve afspraken maken over een zorgverzekering.

De centrale vraagstelling luidde:

‘Wat is de rol van collectiviteiten in het zorgstelsel met betrekking tot de invloed van verzekerden op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?’

Deze centrale vraagstelling is uitgewerkt in vijf onderdelen: de keuze voor een zorgverzekeraar (7.1), het verloop van de onderhandelingen (7.2), de uitkomsten van de onderhandelingen (7.3), de tevredenheid over de zorgverzekeraar (7.4) en de relatie met het vereveningssysteem (7.5). Hieronder volgt eerst een samenvatting van de resultaten per onderdeel. Daarna volgt een beschouwing (7.6).

7.1 De keuze voor een zorgverzekeraar

De keuze voor een zorgverzekeraar kan samenhangen met de redenen die collectiviteiten hebben voor het aanbieden van een collectieve zorgverzekering. Collectiviteiten hebben verschillende redenen om een collectieve zorgverzekering aan te bieden. Voor werkgevers gaat het vooral om de reputatie van goed werkgeverschap en binding en werving van de werknemers. Hierin is ten opzichte van het vorige onderzoek in 2006 geen verandering opgetreden (Van Ruth e.a., 2007). Daarnaast wordt het voorkomen van ziekteverzuim en/of het verbeteren van de re-integratie van zieke werknemers door een derde van de werkgevers genoemd als reden voor het aanbieden van een collectieve zorgverzekering. Ook het feit dat een collectieve zorgverzekering onderdeel is van de CAO wordt genoemd. Veel minder vaak wordt als reden gegeven dat er combinatiemogelijkheden zijn met andere verzekeringen. Voor patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten is het aanbieden van een collectieve zorgverzekering een middel

om leden aan te trekken en te binden. Bij gemeenten gaat het bij het aanbieden van een collectieve zorgverzekering om het voorkomen van een betalingsachterstand bij mensen met een minimum inkomen, voorkomen dat mensen onverzekerd zijn, het aanbieden van extra zorg tegen een lage prijs en het verminderen van aanvragen voor bijzondere bijstand vanwege medische kosten. Alle gemeenten noemen deze redenen voor het aanbieden van een collectieve zorgverzekering.

Uit de resultaten blijkt dat eerdere contracten met zorgverzekeraars belangrijk zijn: bijna alle collectiviteiten hebben de contracten voor 2009 bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten als in 2008. Ruim 90% van de collectiviteiten vond de korting op de premie van de basis en de aanvullende verzekering belangrijk in de keuze voor een zorgverzekeraar. Zorginhoudelijke aspecten worden minder belangrijk gevonden. Hierin is een belangrijke verschuiving te zien ten opzichte van het vorige onderzoek. Toen kwam naar voren dat verenigingen en overige collectiviteiten meer nadruk gaven aan inhoudelijke aspecten, zoals dekking van zorg, service en kwaliteit (Van Ruth e.a., 2007). De keuze voor een zorgverzekeraar kan ook gebaseerd worden op informatie over de wensen van de doelgroep. Negen van de 27 werkgevers, drie van de negen patiëntenverenigingen en elf van de 28 overige organisaties hebben informatie verzameld onder de doelgroep.

7.2 Het verloop van de onderhandelingen

Om te kunnen onderhandelen, moet er contact zijn tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten. Voor de contracten voor 2009 bestonden vaak al contacten. Iets meer dan de helft van de werkgevers en ruim 80% van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten heeft onderhandeld met een zorgverzekeraar met wie het contact al bestond. Opvallend is dat een derde van de werkgevers een tussenpersoon heeft ingeschakeld voor de onderhandelingen, terwijl slechts 11% van de patiëntenverenigingen en 4% van de overige collectiviteiten dat heeft gedaan. Daarnaast zeggen werkgevers vaker op eigen initiatief een zorgverzekeraar benaderd te hebben terwijl patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten vaker op het initiatief van de zorgverzekeraar benaderd zijn. Ook blijkt dat werkgevers meer verschillende zorgverzekeraars benaderen. Het lijkt er dus op dat werkgevers meer moeite doen voor de totstandkoming van een collectieve zorgverzekering dan patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten. Dit beeld wordt bevestigd door de tijd die de verschillende collectiviteiten besteden aan het zoeken naar en onderhandelen over een collectieve zorgverzekering. Interessant is dat uit het vorige onderzoek een ander beeld naar voren kwam. Toen kwam naar voren dat patiëntenverenigingen meer initiatief toonden en dat zij meer maanden bezig waren met het zoeken naar en onderhandelen over een collectief contract dan werkgevers (Van Ruth e.a., 2007). De oorzaak van deze verandering is niet bekend. Het is echter mogelijk dat door het kleine aantal mensen dat gebruik maakt van een collectieve verzekering via een patiëntenvereniging, de patiëntenverenigingen minder bereid zijn om hier extra energie in te steken.

Patiëntenverenigingen blijken, net als in voorgaand onderzoek, het kleinste aantal medewerkers in te zetten voor de onderhandelingen: 67% zet 1 medewerker in terwijl 70% van de werkgevers en 57% van de overige collectiviteiten twee tot vier medewerkers inzet.

7.3 De uitkomsten van de onderhandelingen

Alle werkgevers en bijna alle verenigingen en overige collectiviteiten bieden zowel een basis als een aanvullende verzekering aan. In de meeste gevallen zijn deze verzekeringen toegankelijk voor de doelgroep en hun gezinsleden. Vrijwel alle collectiviteiten hebben afspraken gemaakt over de premiekorting voor de basis en de aanvullende verzekering. Werkgevers hebben gemiddeld de hoogste kortingen afgesproken: 8,4% voor de basisverzekering en 10,1% voor de aanvullende verzekering. Patiëntenverenigingen krijgen gemiddeld de laagste korting: 6,1% voor de basisverzekering en 5,8% voor de aanvullende verzekering. De overige collectiviteiten krijgen gemiddeld 8,2% korting op de basisverzekering en 11,9% korting op de aanvullende verzekering. In vergelijking met het vorige onderzoek zijn de kortingspercentages voor patiëntenverenigingen naar beneden gegaan (Van Ruth e.a., 2007). De lagere premiekorting en de daling van de korting ten opzichte van 2007 doet vermoeden dat er een verband is met het risico op kosten dat zorgverzekeraars lopen. Dit hoeft echter niet zo te zijn. Het aantal verzekerden dat een collectieve zorgverzekering via een patiëntenvereniging heeft afgesloten is erg laag. Het kortingspercentage kan hieraan gerelateerd zijn.

Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten hebben vaker dan werkgevers afspraken gemaakt over zorginhoudelijke aspecten, zoals kwaliteit van zorg en vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen. Zij hebben ook vaker afspraken gemaakt over vrije acceptatie van de leden voor de aanvullende verzekering. Werkgevers hebben vaker afspraken gemaakt over aspecten die met vrije keuze te maken hebben, zoals keuze uit verschillende aanvullende verzekeringen en vrije keuze van zorgaanbieder.

Een meerderheid van de collectiviteiten informeert hun doelgroep over de collectieve zorgverzekering. Een financiële bijdrage om deelname aan een collectieve zorgverzekering te stimuleren wordt door een derde van de werkgevers, door enkele gemeenten en een onderwijscollectiviteit gegeven. Hier lijken door werkgevers niet altijd afspraken over te zijn gemaakt, omdat het aantal werkgevers dat aangeeft hier afspraken over te hebben gemaakt lager ligt dan het aantal werkgevers dat zegt een extra financiële bijdrage aan te bieden.

7.4 De tevredenheid over de zorgverzekeraar

Collectiviteiten zijn zeer tevreden over de zorgverzekeraars die zij hebben gecontracteerd. Er worden door alle collectiviteiten alleen negens en tienen gegeven. Vrijwel alle collectiviteiten zouden de zorgverzekeraar aanraden aan andere organisaties.

Merkwaardig is dat de deelnemers aan de verzekering wel klachten hebben. Van de werkgevers heeft 35% klachten gehad, van de verenigingen en overige collectiviteiten kreeg bijna de helft (49%) klachten over de zorgverzekeraar. Het ging dan meestal over de informatievoorziening van de zorgverzekeraar, de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en het afhandelen van rekeningen. Het is mogelijk dat in de contracten voor 2009 afspraken zijn gemaakt om deze klachten te voorkomen.

Vergelijken we de resultaten met het voorgaande onderzoek dan zien we dat collectiviteiten in 2008 meer tevreden waren over hun zorgverzekeraar dan in 2006 (Van Ruth e.a., 2007). Zowel werkgevers als patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten

gaven over 2006 een gemiddeld rapportcijfer van 7,7 en over 2008 een 9. Het percentage collectiviteiten dat klachten heeft gehad over de gecontracteerde zorgverzekeraar is ten opzichte van 2006 gedaald. Over 2006 had iets meer dan de helft (56%) van de werkgevers klachten en over 2008 was dat een derde (35%). Meer dan de helft (64%) van de patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten had over 2006 klachten en over 2008 was dit 49%. De aard van de klachten is gelijk gebleven. Wel is het percentage werkgevers dat klachten over de telefonische bereikbaarheid gedaald. Meer dan de helft (67%) van de klachten die werkgevers in 2006 hadden ging hierover en in 2008 was dit gedaald naar een kwart (27%). Het is mogelijk dat ervaringen over de afgelopen jaren en/of nieuwe afspraken in de contracten tot verbeteringen hebben geleid.

7.5 De relatie met het vereveningssysteem

We hebben geen verband gevonden tussen de hoogte van de premiekorting en het risicovereveningssysteem. De premiekorting lijkt vooral samen te hangen met de zorgverzekeraar. Daarnaast lijkt het erop dat de omvang van de patiëntenverenigingen van invloed is op de premiekorting. Wanneer patiëntenverenigingen de krachten bundelen en gezamenlijk onderhandelen kan er meer premiekorting bedongen worden dan wanneer patiëntenverenigingen afzonderlijk onderhandelen. Opgemerkt moet worden dat we alleen hebben gekeken naar de patiëntenverenigingen met een collectief contract. Het is mogelijk dat patiëntenvereniging van patiënten met een aandoening die niet goed in het vereveningssysteem zit helemaal geen collectief contract krijgen.

7.6 Beschouwing

In 2006 is met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), geregleerde concurrentie ingevoerd in het zorgstelsel. Het idee is dat door middel van geregleerde concurrentie de kwaliteit van de zorg verbeterd kan worden en de zorg toegankelijk en betaalbaar blijft. Door keuzevrijheid van consumenten en de mogelijkheid om jaarlijks van zorgverzekeraar te wisselen, zouden zorgverzekeraars geprikkeld worden een goede kwaliteit van zorg tegen een scherpe prijs aan te bieden.

Verzekerden hebben de keuze om zich individueel of via een collectief te verzekeren.

Verzekerden die gebruik maken van een collectief contract krijgen korting op de verzekeringspremie. Meer dan de helft van de mensen kiest ervoor om zich via een collectiviteit te verzekeren.

In tegenstelling tot individuele verzekerden kunnen collectiviteiten onderhandelen met zorgverzekeraars over allerlei aspecten rond de zorgverzekering, zoals premie en kwaliteit. Doordat collectiviteiten een groep verzekerden vertegenwoordigen kunnen ze meer invloed op zorgverzekeraars uitoefenen dan individueel verzekerden en zo vraaggerichtheid bij zorgverzekeraars stimuleren (Memorie van Toelichting Zvw 2003-2004). Op deze manier zouden ze invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat collectiviteiten over allerlei aspecten van de zorgverzekering afspraken maken met zorgverzekeraars. Er worden niet alleen

afspraken gemaakt over de korting op de premie van de basis en de aanvullende verzekering, maar ook over de kwaliteit van de gecontracteerde zorg en de vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen. Het lijkt er wel op dat patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten vaker afspraken maken over inhoudelijke aspecten dan werkgevers. Werkgevers leggen meer nadruk op aspecten die te maken hebben met het bieden van keuze aan verzekerden, zoals het kunnen kiezen tussen aanvullende verzekeringen en vrije keuze van zorgaanbieder.

Dat patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten vaker inhoudelijke afspraken maken is niet verwonderlijk. Zij vertegenwoordigen immers vaak een groep mensen waarvoor de risico's en het zorggebruik over het algemeen hoger zullen zijn dan bij de werkgevers. Deze groepen kunnen specifieke eisen hebben met betrekking tot de dekking van de verzekerde zorg. Bijvoorbeeld voor mensen met een bepaalde aandoening is het van tevoren al duidelijk welke zorg zij in elk geval nodig hebben.

Aangezien we in dit onderzoek geen inzicht hebben gehad in de collectieve contracten is het onduidelijk of er sprake is van maatwerk. Hebben collectiviteiten werkelijk uiteenlopende contracten afgesloten zoals zij beweren of lijken de contracten in de praktijk veelal erg op elkaar?

Wat we in dit onderzoek ook hebben gezien is dat de inspanningen van patiëntenverenigingen voor het zoeken naar en het onderhandelen over een nieuw collectief contract lager zijn dan de inspanningen die werkgevers leveren. We weten echter niet wat hiervan de consequenties zijn. Het is mogelijk dat de kwaliteit van de afspraken lager is als er minder moeite is gedaan, maar dat hoeft niet zo te zijn. Het zou interessant zijn om bij vervolgonderzoek de daadwerkelijk gemaakte contractafspraken diepgaander te bestuderen.

Het is overigens wel de vraag of collectiviteiten voldoende informatie hebben met betrekking tot zorginhoudelijke aspecten zodat zij hierover kunnen onderhandelen en hierover afspraken kunnen maken. Informatie zou via de verzekerden bij het collectief terecht kunnen komen, bijvoorbeeld doordat zij klagen of middels een klanttevredenheidsonderzoek. Klachten die verzekerden bij het collectief melden betreffen vooral de zorgverzekeraar. Het gaat dan bijvoorbeeld over de informatievoorzieningen en de telefonische bereikbaarheid. Of collectiviteiten de informatie die zij op deze manier krijgen in de onderhandelingen met een zorgverzekeraar gebruiken is niet duidelijk. Wel is bekend dat de klachten in de loop der jaren zijn afgenomen. Dit zou kunnen komen door de afspraken die collectiviteiten met zorgverzekeraars hebben gemaakt, maar het is ook mogelijk dat zorgverzekeraars zich onafhankelijk van de afspraken met collectiviteiten op deze punten zijn gaan verbeteren. Serviceaspecten worden, bijvoorbeeld via KiesBeter, openbaar gemaakt en zijn daarmee onderdeel van de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Uit het feit dat collectiviteiten, ondanks de klachten, hele hoge rapportcijfers geven aan de gecontracteerde zorgverzekeraars lijkt de laatste verklaring de meest aannemelijke.

Nog een mogelijke factor die de onderhandelingen door collectiviteiten kan beïnvloeden is de keuze van hun achterban. Bij de invoering van de Zvw werd verondersteld dat consumenten een passende zorgverzekering kiezen op basis van zowel prijs als kwaliteit. Uit recent onderzoek (De Jong, 2008; Vos en De Jong, 2009) blijkt dat het wisselen van zorgverzekering voornamelijk wordt ingegeven door de hoogte van de premie en de

dekking van de aanvullende verzekering. De manier waarop verzekerden hun verzekering kiezen, kan invloed hebben op de insteek van de onderhandelingen door collectiviteiten. Collectiviteiten zouden mogelijk minder energie besteden aan onderhandelen over aangepaste pakketten als zij daarna extra inspanningen moeten leveren om deze pakketten aan hun achterban aan de man te brengen. Als collectiviteiten een dergelijke insteek hanteren zullen zorgverzekeraars op de premie concurreren en minder geprikkeld worden om te kijken naar de kwaliteit van zorg. Het is dan minder aannemelijk dat er kwaliteitsverbeteringen zullen komen.

In dit onderzoek kwam, net als in 2006, naar voren dat bestaande contracten van grote invloed zijn op de keuze van een zorgverzekeraar voor een collectief contract in 2009. Vrijwel alle collectiviteiten hebben dezelfde zorgverzekeraars opnieuw gecontracteerd. In veel gevallen is het aanbod ook hetzelfde als vorig jaar. Voor een aantal collectiviteiten geldt dat het aanbod grotendeels hetzelfde is, maar dat er wel enkele kleine aanpassingen zijn gedaan. Voor de werking van het systeem is het van belang dat collectiviteiten blijven onderhandelen over de inhoud van het contract. Als contracten verlengd worden zonder onderhandelingen vervalt een belangrijk aspect van de stimulerende werking van collectiviteiten op de concurrentie tussen zorgverzekeraars.

Het is niet noodzakelijk dat collectiviteiten regelmatig wisselen van zorgverzekeraar. De dreiging van het verlies van een groot aantal verzekerden blijft namelijk ook zonder daadwerkelijk te wisselen bestaan. Deze dreiging kan er toe leiden dat zorgverzekeraars collectiviteiten tevreden willen houden en daarom concurreren op de premie van de verzekering en de kwaliteit van zorg. Uit ons onderzoek blijkt dat het vooral de patiëntenverenigingen zijn die zorginhoudelijke afspraken maken. Een kwaliteitsverbetering zou dus door de invloed van deze verenigingen tot stand kunnen komen. Het is vooralsnog onduidelijk of zij voldoende "marktmacht" hebben om deze invloed daadwerkelijk te kunnen uitoefenen. Daarbij speelt een rol dat op dit moment weinig mensen een collectief contract via een patiëntenvereniging afsluiten. Meer algemeen kunnen we concluderen dat de invloed van collectiviteiten nog beperkt is. Het voordeel voor de consument lijkt nu nog vooral dat een collectief aanbod zorgt voor keuzevereenvoudiging en dat er een korting op de premie wordt verkregen.

Literatuur

- Aon Consulting. *Tussen zorg en zekerheid. De hervorming van het zorg-, verzuim- en pensioenstelsel door de ogen van de werkgever*. Rotterdam: Aon Consulting, 2006
- Broek van den P, Streng R, Linden M van der. *Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid*. Den Haag: Atos Consulting, 2008
- Bruijn D de, Schut FT. *Evaluatie aanvullende verzekeringen 2007*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2007
- CTZ. *Visie zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht: CTZ; CTG/ZAio, 2006
- Goudriaan G, Goris A. *Naar een volwaardige marktpositie van patiëntenorganisaties : Visiedocument project Positionering patiëntenzorg als marktpartij*. Leiden: STG/Health Management Forum, 2007
- Hoogervorst H. *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet): memorie van toelichting*. Den Haag: SDU, 2004a
- Hoogervorst H. *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet): Voorstel van Wet*. Den Haag: SDU, 2004b
- Janssen R. *Zorgverzekering en gemeentelijk minimabeleid. De mogelijkheden van een collectieve zorgverzekering voor huishoudens met een laag inkomen*. Utrecht, Stichting CliP in samenwerking met de Sociale Alliantie, 2005
- Jong JD de. *Wisselen van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Kalleberg AL, Knoke D, Marsden PV, Spaeth JL. *Organizations in America: analyzing their structures and human resource practices*. Sage: Thousand Oaks, 1996
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet (Kamerstukken II, 2003-2004, 29763) [internet]*.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet*. Den Haag: VWS, 2007.
- Nederland T, Oudenampsen D, Woerds S ter. *Effectief beïnvloeden van zorgverzekeraars. Verkennende analyse van de rol van PGO-organisaties in een zorgstelsel met marktwerking*. Utrecht, Verwey Jonker Instituut 2007
- Nederland T, Stavenuiter M, Kraal E, Zuidhof D. *De gezondheid van kwetsbare burgers. Innovatief preventiebeleid door lokale overheden en zorgverzekeraars, een verkenning van het speelveld*. Utrecht, Verwey Jonker Instituut en Bureau BS&F 2008
- Nota van Toelichting van het Besluit Zorgverzekering. Staatsblad 2005; 389

- NZA Nederlandse Zorgautoriteit. *De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt, juni 2006*. Utrecht: NZa, 2006
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. *Samenvattend rapport Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007*. Utrecht: NZa, 2008
- NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008: ontwikkelingen beoordeeld door de NZa*. Utrecht: NZa, 2008
- Ruth van LM, Jong JD de, Groenewegen PP. *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel: keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007*. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Roos AF, Schut FT. *Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008
- Roos AF, Schut FT. *Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2009*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2009
- Schut FT. *Collectieve Zorgverzekeringen: opkomst, kenmerken en betekenis*. *Zorg & Financiering*, 6, 10-21 2007.
- Stam PJA, Ven WPMM van de. *Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie? Een evaluatie van het vereveningsmodel 2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2007
- Stam PJA, Ven WPMM van de. *Evaluatie risicoverevening tussen zorgverzekeraars: prikkels tot risicoselectie?* *TSG*, 2008; 86(2): p.92-100
- Tweede Kamer (2009), *Regeling van een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, brief staatssecretaris over de ministeriële regeling in zake de hulpmiddelen die worden aangewezen voor afbakening van de doelgroep*. vergaderjaar 2008-2009, 31 706, nr. 19.
- Vianen-Mooij de GJ, *Met de juiste ziekte beter af*. *Health Management Forum*, 2006; 12(2):p. 6-9
- VNO-NCW. *Van Hangmat naar Vangnet. De zorgverzekering als arbeidsvoorwaarde*. Den Haag: VNO-NCW, 2006
- Vos L, Jong JD de. *Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2009.

Bijlage 1: Vragenlijst Werkgeverscollectiviteiten

Het gaat hier om een papieren variant van de op internetvragenlijst. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld door het programmeren van de vragenlijst er kleine verschillen zitten in de werkelijke internetvragenlijst.

Vragenlijst Collectieve zorgverzekeringen: voor werkgevers

1. Kunnen werknemers via uw organisatie een collectieve zorgverzekering afsluiten?
 - Ja
 - Nee **Beëindig vragenlijst**

2. Konden (oud) werknemers in 2008 via uw organisatie een collectieve zorgverzekering afsluiten?
 - Ja
 - Nee

3. In welke sector is uw organisatie werkzaam?
 - Landbouw, jacht en bosbouw
 - Visserij
 - Winning van Delfstoffen
 - Industrie
 - Productie en distributie van en handel in elektriciteit, aardgas, stoom en water
 - Bouwnijverheid
 - Reparatie van consumentenartikelen en handel
 - Horeca
 - Vervoer, opslag en communicatie
 - Financiële instellingen
 - Verhuur van en handel in onroerend goed, verhuur van roerende goederen en zakelijke dienstverlening
 - Openbaar bestuur, overheidsdiensten en verplichte sociale verzekeringen
 - Onderwijs
 - Gezondheids- en Welzijnszorg
 - Milieudienstverlening, cultuur, recreatie en overige diensten
 - Particuliere huishoudens met personeel in loondienst
 - Extra-territoriale lichamen en organisaties

4. Voor welke termijn sluit uw organisatie contracten af met een zorgverzekeraar(s)?
 - Voor 1 jaar
 - Voor 2 jaar
 - Voor 3 jaar
 - Voor 5 jaar
 - Anders, nl.....

5. Vertegenwoordigt u meerdere organisaties?
 - Ja, namelijk voor _____ organisaties
 - Nee

6. Voor hoeveel werknemers geldt het aanbod van een collectieve zorgverzekering via uw organisatie voor 2009?
----- werknemers

7. Wat zijn de belangrijkste redenen van uw organisatie om een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan de werknemers? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Het aantrekken en werven van werknemers
- Binding van werknemers
- Voorkomen van ziekteverzuim en/of verbeteren re-integratie zieke werknemers
- Combinatiemogelijkheden met andere verzekeringen
- Korting op andere ARBO gerelateerde verzekeringen
- Reputatie van goed werkgeverschap
- Het was een kleine moeite voor de organisatie
- Een collectieve zorgverzekering is onderdeel van de CAO
- Anders, nl.

8. Hoe belangrijk waren onderstaande aspecten bij de keuze voor een aanbod van een zorgverzekeraar?

	Erg onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet belangrijk, niet onbelangrijk	Belangrijk	Erg belangrijk
Premie					
Premie voor de basisverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premiekorting op de basisverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premie voor de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekking van de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premiekorting op de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigen risico en bijbehorende premiekorting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korting op overige verzekeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgaanbod					
Kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrije keuze van de zorgaanbieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regionale dekking van zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landelijke dekking van zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contractering van voorkeurszorgaanbieders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innovatieve ideeën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrijfszorg (fysiotherapie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overig					
Service van de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reputatie van de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eerdere ervaring met de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type verzekering (natura/restitutiepolis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aantal werknemers dat al verzekerd was bij de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er zijn andere (bedrijfs-)verzekeringen met zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contract(en) die zorgverzekeraar heeft met andere organisaties in het netwerk van uw organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implementatie en communicatie van het collectieve aanbod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De zorgverzekeraar speelt een belangrijke rol in de regio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aansluiten bij andere organisaties die deze zorgverzekeraar reeds hebben gecontracteerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Met welke zorgverzekeraar(s) is er een collectief contract afgesloten voor 2009?
 Heeft u met meer dan 3 zorgverzekeraars contracten afgesloten vul dan de 3 belangrijkste in.
 (meerdere antwoorden mogelijk)

	Gecontracteerd voor 2008	Gecontracteerd voor 2009		Gecontracteerd voor 2008	Gecontracteerd voor 2009
Aegon/ONVZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IZZ		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menzis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AnderZorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lancyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avéro Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OHRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OZF Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PNO Ziektekosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pro life (onderdeel Agis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De Amersfoortse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWZ Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De Friesland Zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De Goudse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stad Hollander Verzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DSW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DVZ Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Univé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DBTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VGZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortis ASR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VVAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groene Land Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zilveren Kruis Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpolis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zorg en Zekerheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IZA/AZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk
IZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

10. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke zorgverzekeraar is en 10 de best mogelijke zorgverzekeraar, zou u geven aan deze zorgverzekeraar?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

11. Zou u deze zorgverzekeraar bij andere organisaties aanbevelen?

- Zeker niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Zeker wel

12. Is in de afgelopen contractperiode de klanttevredenheid van werknemers over de zorgverzekeraar gemeten?

- Ja
- Nee

13. Wordt over de komende contractperiode de klanttevredenheid van werknemers over de zorgverzekeraar gemeten?

- Ja
- Nee

14. Als u klachten heeft gehad over de in 2008 gecontracteerde zorgverzekeraar, waarover gingen deze klachten?

- NVT geen klachten over zorgverzekeraar**
- De informatievoorziening van de zorgverzekeraar
- De telefonische bereikbaarheid van de klantenservice van de zorgverzekeraar
- Het afhandelen van rekeningen
- Premie van zorgverzekering
- De dekking van de zorgverzekering
- De kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders van de zorgverzekeraar
- Anders

15. Om welke van de onderstaande aspecten is de zorgverzekeraar die in 2008 gecontracteerd was in 2009 niet opnieuw gecontracteerd? (meerdere antwoorden mogelijk).

Premie

- Premie voor de basisverzekering
- Premiekorting op de basisverzekering
- Premie voor de aanvullende verzekering
- Dekking van de aanvullende verzekering
- Premiekorting op de aanvullende verzekering

- Eigen risico en bijbehorende premiekorting
- Korting op overige verzekeringen

Zorgaanbod

- Kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders
- Vrije keuze van de zorgaanbieder
- Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen
- Regionale dekking van zorgverzekeraar
- Landelijke dekking van zorgverzekeraar
- Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's
- Contractering van voorkeurszorgaanbieders
- Innovatieve ideeën
- Bedrijfszorg (fysiotherapie, etc)

Overig

- Service van de zorgverzekeraar
- Reputatie van de zorgverzekeraar
- Eerdere ervaring met de zorgverzekeraar
- Type verzekering (natura/restitutiepolis)
- Aantal leden dat al verzekerd was bij de zorgverzekeraar
- Er zijn andere (bedrijfs-)verzekeringen met zorgverzekeraar
- Contract(en) die zorgverzekeraar heeft met andere organisaties in het netwerk van uw organisatie
- Implementatie en communicatie van het collectieve aanbod
- De zorgverzekeraar speelt een belangrijke rol in de regio
- Aansluiten bij andere organisaties die deze zorgverzekeraar reeds hebben gecontracteerd

16. Bij de overeenkomst met de zorgverzekeraar worden bepaalde contractafspraken gemaakt. Wordt er gedurende de looptijd van het contract door middel van een rapportage of terugkoppeling gekeken of de zorgverzekeraar, deze afspraken zijn nagekomen
- Ja
- Nee

17. Welke aspecten gaven de doorslag bij de keuze voor de zorgverzekeraar(s) voor het aanbod in 2009? (U kunt maximaal 3 antwoorden geven)

Premie

- Premie voor de basisverzekering
- Premiekorting op de basisverzekering
- Premie voor de aanvullende verzekering
- Dekking van de aanvullende verzekering
- Premiekorting op de aanvullende verzekering
- Eigen risico en bijbehorende premiekorting
- Korting op overige verzekeringen

Zorgaanbod

- Kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders
- Vrije keuze van de zorgaanbieder
- Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen
- Regionale dekking van zorgverzekeraar
- Landelijke dekking van zorgverzekeraar
- Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's
- Contractering van voorkeurs-zorgaanbieders
- Innovatieve ideeën
- Bedrijfszorg (fysiotherapie, etc)

Overig

- Service van de zorgverzekeraar
- Reputatie van de zorgverzekeraar
- Eerdere ervaring met de zorgverzekeraar
- Type verzekering (natura/restitutiepolis)
- Aantal leden dat al verzekerd was bij de zorgverzekeraar
- Er zijn andere (bedrijfs-)verzekeringen met zorgverzekeraar
- Contract(en) die zorgverzekeraar heeft met andere organisaties in het netwerk van uw organisatie
- Implementatie en communicatie van het collectieve aanbod
- De zorgverzekeraar speelt een belangrijke rol in de regio
- Aansluiten bij andere organisaties die deze zorgverzekeraar reeds hebben gecontracteerd

18. Wat is de verhouding tussen prijs, kwaliteit en overige aspecten bij de keuze voor een zorgverzekeraar?

- Prijs %
- Kwaliteit (van zorg en zorgverzekeraar) %
- Overige aspecten %
- (samen 100%)

19. Hoe is het contact met zorgverzekeraars over een collectieve zorgverzekering tot stand gekomen voor het aanbod van 2009? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Er is een openbare aanbesteding gedaan --> vraag 20
 - Zorgverzekeraars hebben ons op hun initiatief benaderd --> vraag 21
 - Wij hebben zorgverzekeraars op ons eigen initiatief benaderd --> vraag 22
 - Er was in een voorgaand jaar al contact met de zorgverzekeraar --> vraag 24
 - Er is een tussenpersoon ingeschakeld --> vraag 24
 - Een tussenpersoon heeft ons benaderd --> vraag **23**
 - Er is aangesloten bij een branche organisatie --> vraag 24
 - Er is aangesloten bij het bedrijventerrein --> vraag 23
20. Hoeveel zorgverzekeraars hebben ingeschreven op de openbare aanbesteding voor het aanbod in 2009?
- 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars
21. Door hoeveel zorgverzekeraars is uw organisatie, op initiatief van de zorgverzekeraar, benaderd voor het aanbod in 2009?
- 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars
22. Hoeveel zorgverzekeraars heeft uw organisatie op eigen initiatief benaderd voor het aanbod in 2009?
- 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars
23. Door hoeveel tussenpersonen bent u benaderd met de vraag of zij het aanbod in 2009 voor u mochten regelen?
- 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars

24. Met hoeveel zorgverzekeraars is in totaal gesproken en/of onderhandeld over de collectieve zorgverzekering voor het aanbod in 2009?
- Geen zorgverzekeraars
 - 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars
25. Met hoeveel zorgverzekeraars is er een collectief contract voor de zorgverzekering afgesloten voor het aanbod van 2009?
- Geen zorgverzekeraars
 - 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars
26. Hoeveel maanden is uw organisatie bezig geweest met het zoeken naar en onderhandelen over een collectieve zorgverzekering voor het aanbod van 2009?
- Minder dan 1 maand
 - 1 tot en met 3 maanden
 - 4 tot en met 6 maanden
 - 7 tot en met 9 maanden
 - Meer dan 9 maanden
27. Hoeveel medewerkers van uw organisatie hebben gewerkt aan het zoeken naar en het onderhandelen over een collectieve zorgverzekering voor het aanbod van 2009?
- 1 medewerker
 - 2 tot en met 4 medewerkers
 - 5 tot en met 7 medewerkers
 - 8 tot en met 10 medewerkers
 - 11 of meer medewerkers
28. Hoeveel tijd heeft het zoeken naar en het onderhandelen over een geschikte collectieve zorgverzekering uw organisatie volgens u gekost voor het aanbod in 2009?
- Heel weinig
 - Weinig
 - Niet veel/niet weinig
 - Veel
 - Heel veel
29. Zijn werknemers betrokken bij de onderhandelingen voor het aanbod van 2009?
- Ja
 - Nee
30. Is er voorafgaand aan de onderhandelingen van vorig jaar informatie verzameld over de wensen van de werknemers ten aanzien van de zorgverzekering voor het aanbod van 2009?
- Ja
 - Nee --> vraag 32

31. Hoe is deze informatie verzameld?
- Er is een enquête gehouden onder de werknemers
 - Er zijn gesprekken gehouden met werknemers
 - Anders namelijk,
32. Is de ondernemingsraad betrekking bij de onderhandelingen voor het aanbod van 2009?
- Ja, zijn geïnformeerd
 - Ja, ze hebben advies gegeven
 - Ja, zij zijn betrekken bij de beslissing
 - Nee
33. Worden werknemers gestimuleerd door uw organisatie om te kiezen voor een collectieve zorgverzekering **voor het aanbod van 2009?**
- Nee, werknemers worden niet gestimuleerd
 - Ja, werknemers worden geïnformeerd over de aangeboden collectieve zorgverzekeringen
 - Ja, werknemers wordt een collectieve zorgverzekering aanbevolen
 - Ja, werknemers wordt een extra financiële bijdrage van de organisatie aangeboden voor de zorgverzekering
34. Welke stappen heeft de zorgverzekeraar ondernomen in het onderhandelingsproces? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Afgevaardigden van de zorgverzekeraar zijn langs gekomen om een presentatie te geven over het aanbod
 - Afgevaardigden van de zorgverzekeraar zijn langs gekomen voor een gesprek of onderhandeling(en)
 - De zorgverzekeraar heeft een relatiegeschenk toegestuurd (dit kan zowel voor/tijdens of na afloop van de onderhandelingen zijn)
 - De zorgverzekeraar heeft schriftelijk informatie verstrekt, toegespitst op de organisatie
35. Welke omschrijving past het beste bij de manier waarop het collectieve contract met de zorgverzekeraar(s) tot stand is gekomen voor het aanbod van 2009?
- Er is een openbare aanbesteding geweest waarbij de zorgverzekeraar in moest gaan op een aantal punten die door de organisatie waren opgesteld
 - Er is een vaststaand aanbod gedaan door de zorgverzekeraar aan uw organisatie (zonder inhoudelijke onderhandelingsmogelijkheden) dat is aangenomen
 - Het eerste aanbod van de zorgverzekeraar is op verzoek van uw organisatie gewijzigd op een of twee punten en toen aangenomen
 - Het eerste aanbod is door onderhandelingen van de zorgverzekeraar met uw organisatie op meerdere punten aangepast
 - Er is voorafgaand aan het eerste aanbod van de zorgverzekeraar onderhandeld met uw organisatie, waarna het aanbod van de zorgverzekeraar tot stand is gekomen
 - Het aanbod van de zorgverzekeraar is geheel ontwikkeld in samenwerking met uw organisatie
 - Het aanbod is grotendeels hetzelfde als vorig jaar maar er zijn een paar kleine aanpassingen gedaan door zorgverzekeraar of door uw organisatie
 - Het aanbod is hetzelfde als vorig jaar

36. Bij wie kunnen werknemers in geval van een klacht terecht?
- Binnen onze organisatie is er een intern aanspreekpunt voor klachten die dit terugkoppelt naar de zorgverzekeraar
 - Bij de zorgverzekeraar is er een speciaal aanspreekpunt voor klachten waar onze werknemers terecht kunnen
 - Zowel binnen onze organisatie is er een intern aanspreekpunt voor klachten die vervolgens bij een speciaal aanspreekpunt van de zorgverzekeraar terecht kan
 - Er is geen intermediair oftewel de werknemers dienen contact op te nemen met de zorgverzekeraar waar zij bij wisselende personen terecht kunnen
37. Welke van de onderstaande collectieve zorgverzekeringen worden er aangeboden via uw organisatie?
- Alleen collectieve basisverzekering
 - Alleen collectieve aanvullende verzekering
 - Zowel collectieve basisverzekering als collectieve aanvullende verzekering
38. Hoeveel werknemers waren er **in 2008** collectief verzekerd bij onderstaande zorgverzekeraars?
- werknemers
39. Hoeveel medeverzekerden van collectief verzekerde werknemers **in 2008** bij onderstaande verzekeraar?
- medeverzekerden
40. Welke contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar over het aspect **premie** voor het aanbod **in 2009?** (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Premie korting op basisverzekering
 - Premie korting op aanvullende verzekering
 - Prijsbeheersingsafspraken
 - Meerjarige kortingspercentages
 - Uw organisatie de premie inhoudt bij de verzekerden
 - De premie via automatische incasso bij de verzekerden wordt afgeschreven
 - Premiekorting bij het inhouden van de premie op het salaris
41. Welke contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar over het aspect **inhoud** voor het aanbod **in 2009?** (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Kwaliteit van gecontracteerde zorg
 - Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's
 - Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen
 - Contractering van voorkeursaanbieders
 - De zorgverzekering gecombineerd wordt met andere (bedrijfs-)verzekeringen (zoals preventie, arbo, en re-integratie)
 - Dat de bedrijfsarts ook huisartsenzorg gaat leveren
 - Dat uw medewerkers zonder tussenkomst van de zorgverzekeraar door de bedrijfsarts naar bepaalde zorginstellingen gestuurd kunnen worden
 - Dat bij de collectieve verzekering altijd een beperkt aanvullend pakket zit met arbeidsgelateerde zorg

42. Welke contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar over het aspect **keuze en acceptatie** voor het aanbod **in 2009?** *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Verzekerden niet geroyeerd worden
 - Overname van toezeggingen met betrekking tot behandelingen en medicijnen van huidige zorgverzekeraar
 - Voor de collectieve aanvullende zorgverzekering vrije acceptatie van alle werknemers geldt
 - Voor de gewone (niet-collectieve) aanvullende zorgverzekering vrije acceptatie voor alle werknemers geldt
 - Inhoud van de aanvullende verzekering
 - Keuze uit verschillende aanvullende verzekeringen
 - Type verzekering (natura/ restitutiepolis)
 - Vrije keuze van zorgaanbieder
 - Een collectieve aanvullende zorgverzekering alleen kan worden afgesloten als er ook een collectieve basisverzekering wordt afgesloten bij dezelfde zorgverzekeraar
 - Er geen vrijwillig eigen risico kan worden afgesloten
 - Voor alle collectief verzekerden in hetzelfde gezin dezelfde polis wordt afgesloten
43. Welke contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar over het aspect **zorginkoop** voor het aanbod **in 2009?** *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Dat uw organisatie verlangt van de zorgverzekeraar dat er bepaalde provinciale/ regionale accenten bij de ingekochte zorg worden geplaatst
 - Dat uw organisatie keuze heeft in de hulpverleners die de zorgverzekeraar contracteert
 - Dat er bepaalde differentiatie in de klasse van zorg binnen de basisverzekering wordt aangebracht
 - Dat voor uw organisatie bepaalde (specialistische) zorg wordt ingekocht door de zorgverzekeraar
44. Welke **overige** contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar voor het aanbod **in 2009?** *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Dat uw organisatie inzicht in de gedeclareerde kosten van of gedane verstrekkingen voor de werknemers krijgen
 - Dat uw organisatie inzicht in de klachtenprocedure van de zorgverzekeraar krijgt
 - Dat de zorgverzekeraar een klanttevredenheidsonderzoek houdt
 - Dat informatie van de zorgverzekeraar in verschillende talen wordt aangeboden
 - Afspraken met betrekking tot "return on investment"
 - Service van zorgverzekeraar (Service Level Agreements)
 - Kwaliteit van de administratieve afhandeling van de zorgverzekeraar
 - Het aanbod alleen geldt bij een minimaal deelnemerspercentage aan de collectieve zorgverzekering
 - Uw organisatie deelname van werknemers aan collectieve zorgverzekering zal stimuleren
 - Uw organisatie een extra financiële bijdrage levert aan de zorgverzekering van werknemers
 - De verzekeraar een extra financiële bijdrage (per collectief verzekerde) levert voor uw organisatie of voor de verzekerde zelf
 - Uw organisatie over een bepaalde module in het aanvullend pakket het eigen risico draagt (in de vormgeving van een bedrijfspakket)
 - De duur van het collectief contract 2 jaar of langer is
 - Uw organisatie de mogelijkheid heeft om het contract te ontbinden als de premie van de basisverzekering te sterk stijgt
 - Uw organisatie geen andere zorgverzekeraars zal contracteren voor een collectieve zorgverzekering

- Korting op andere verzekeringen
 - Speciale afspraken voor in het buitenland verblijvende werknemers
 - Speciale afspraken voor vanuit het buitenland in Nederland verblijvende werknemers
45. a. Let uw organisatie op naleving van de gemaakte contractafspraken met de zorgverzekeraar over de kwaliteit van dienstverlening?
- Ja --> vraag 45 b
 - Nee --> vraag 46
 - Niet van toepassing
- b. Kunt u aangeven op welke manier dit gebeurt?
46. a. Let uw organisatie op naleving van de gemaakte contractafspraken met de zorgverzekeraar over de kwaliteit van zorg?
- Ja --> vraag 46b
 - Nee --> vraag 47
 - Niet van toepassing
- b. Kunt u aangeven op welke manier dit gebeurt?
47. Welke kortingen zijn afgesproken voor het aanbod van 2009?
- Premiekorting op basisverzekering **in percentages**
- Premie korting op aanvullende verzekering **in percentages**
48. Wat doet uw organisatie met de verkregen premiekorting van aangeboden polis(sen)?
- Uw organisatie laat de gehele korting doorberekenen in de prijs voor de verzekering voor uw werknemers
 - Uw organisatie ontvangt een deel van de korting en laat een deel doorberekenen in de prijs van de standaardverzekering voor uw werknemers
 - Uw organisaties ontvangt de korting en neemt daarmee de rol als verzekeringnemer op zich
 - U zet de premiekorting op de standaardverzekering in voor een aantrekkelijk aanvullend pakket.
49. Heeft u met deze zorgverzekeraar naast een collectieve zorgverzekering andere contracten lopen (bv. voor andere verzekeringen)?
- Ja
 - Nee
50. Heeft u nog overige opmerkingen over de gecontracteerde zorgverzekeraar(s)?
- Nee
 - Ja namelijk.....

Bijlage 2: Vragenlijst Patiëntenvereniging en overige collectiviteiten

Vragenlijst Collectieve zorgverzekeringen: voor verenigingen en diensten

1. Kunnen mensen via uw organisatie een collectieve zorgverzekering afsluiten?
 - Ja
 - Nee **Beëindig vragenlijst**

2. Was het in 2008 mogelijk om via uw organisatie een collectieve zorgverzekering af te sluiten?
 - Ja
 - Nee

3. Voor welke termijn sluit uw organisatie contracten af met een zorgverzekeraar(s)?
 - Voor 1 jaar
 - Voor 2 jaar
 - Voor 3 jaar
 - Voor 5 jaar
 - Anders, nl.....

4. Vertegenwoordigt u meerdere organisaties? Oftewel heeft u voor meerdere organisaties de onderhandelingen met zorgverzekeraars gevoerd?
 - Ja, namelijk voor _____ organisaties
 - Nee

5. Wat voor soort organisatie vertegenwoordigt u? (meerdere antwoorden mogelijk)
 - Patiëntenvereniging
 - Vakbond
 - Consumentenvereniging
 - Sportvereniging
 - Ouderenbond
 - Zorgvereniging
 - Pensioenfonds
 - Gemeente
 - Bedrijf
 - Open collectiviteit
 - Anders, namelijk.....

6. Wie kunnen via uw organisatie een collectieve zorgverzekering afsluiten?
 - leden
 - leden en gezinsleden
 - Anders, namelijk.....

7. Moeten leden (of mensen met een minimum inkomen) aan bepaalde toegangsvoorwaarden (bv. Student, 50-plusser, inkomensniveau) voldoen?
 - Ja
 - Nee

8. Voor hoeveel leden (of mensen met een minimum inkomen), geldt het aanbod van een collectieve zorgverzekering via uw organisatie voor 2009?
 - _____ leden/of mensen met een minimum inkomen
 - NVT

9. Wat zijn de belangrijkste redenen van uw organisatie om een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan uw leden (of mensen met een minimum inkomen)? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Het aantrekken en werven van leden
- Binding van leden
- Combinatiemogelijkheden met andere verzekeringen
- Het was een kleine moeite voor de organisatie
- minder betalingsachterstanden bij mensen met een minimum inkomen
- voorkomen dat mensen met een minimum inkomen onverzekerd zijn
- extra zorg voor mensen met minimum inkomen tegen een lagere prijs
- vermindering van aanvragen bijzondere bijstand ten behoeve van medische kosten
- creëren overzichtelijke situatie doordat mensen met een minimum inkomen dezelfde polis hebben
- Anders, namelijk.....

10. Hoe belangrijk waren onderstaande aspecten bij de keuze voor een aanbod van een zorgverzekeraar?

	Erg onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet belangrijk, niet onbelangrijk	Belangrijk	Erg belangrijk
Premie					
Premie voor de basisverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premiekorting op de basisverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premie voor de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekking van de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premiekorting op de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigen risico en bijbehorende premiekorting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korting op overige verzekeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgaanbod					
Kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrije keuze van de zorgaanbieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regionale dekking van zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landelijke dekking van zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contractering van voorkeurs-zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innovatieve ideeën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overig					
Service van de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reputatie van de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eerdere ervaring met de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type verzekering (natura/restitutiepolis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aantal leden dat al verzekerd was bij de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er zijn nog andere contacten met deze zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contract(en) die zorgverzekeraar heeft met andere organisaties in het netwerk van uw organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implementatie en communicatie van het collectieve aanbod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De zorgverzekeraar speelt een belangrijke rol in de regio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aansluiten bij andere organisaties die deze zorgverzekeraar reeds hebben gecontracteerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Met welke zorgverzekeraar(s) is er een collectief contract afgesloten voor 2009?
 Heeft u met meer dan 3 zorgverzekeraars contracten afgesloten vul dan de 3 belangrijkste in.
 (meerdere antwoorden mogelijk)

	Gecontracteerd voor 2008	Gecontracteerd voor 2009		Gecontracteerd voor 2008	Gecontracteerd voor 2009
Aegon/ONVZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IZZ Zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menzis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AnderZorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lancyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avéro Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OHRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OZF Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PNO Ziektekosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pro life (onderdeel Agis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De Amersfoortse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PWZ Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De Friesland Zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De Goudse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stad Hollander Verzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DSW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DVZ Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Univé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DBTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VGZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortis ASR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VVAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groene Land Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zilveren Kruis Achmea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpolis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zorg en Zekerheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IZA/AZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk
IZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

12. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke zorgverzekeraar is en 10 de best mogelijke zorgverzekeraar, zou u geven aan deze zorgverzekeraar?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

13. Zou u deze zorgverzekeraar bij andere organisaties aanbevelen?

- Zeker niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Zeker wel

14. Is in de afgelopen contractperiode de klanttevredenheid van de leden (of mensen met een minimum inkomen) over de zorgverzekeraar gemeten?

- Ja
- Nee

15. Wordt over de komende contractperiode de klanttevredenheid van de leden (of mensen met een minimum inkomen) over de zorgverzekeraar gemeten?

- Ja
- Nee

16. Als u klachten heeft gehad over de in 2008 gecontracteerde zorgverzekeraar, waarover gingen deze klachten?

- NVT geen klachten over zorgverzekeraar**
- De informatievoorziening van de zorgverzekeraar
- De telefonische bereikbaarheid van de klantenservice van de zorgverzekeraar
- Het afhandelen van rekeningen
- Premie van zorgverzekering
- De dekking van de zorgverzekering
- De kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders van de zorgverzekeraar
- Anders

17. Om welke van de onderstaande aspecten is de zorgverzekeraar die in 2008 gecontracteerd was in 2009 niet opnieuw gecontracteerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

Premie

- Premie voor de basisverzekering
- Premiekorting op de basisverzekering
- Premie voor de aanvullende verzekering
- Dekking van de aanvullende verzekering
- Premiekorting op de aanvullende verzekering
- Eigen risico en bijbehorende premiekorting
- Korting op overige verzekeringen

Zorgaanbod	<input type="checkbox"/>
Kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>
Vrije keuze van de zorgaanbieder	<input type="checkbox"/>
Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen	<input type="checkbox"/>
Regionale dekking van zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>
Landelijke dekking van zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>
Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's	<input type="checkbox"/>
Contractering van voorkeurszorgaanbieders	<input type="checkbox"/>
Innovatieve ideeën	<input type="checkbox"/>
Overig	<input type="checkbox"/>
Service van de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>
Reputatie van de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>
Eerdere ervaring met de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>
Type verzekering (natura/restitutiepolis)	<input type="checkbox"/>
Aantal leden dat al verzekerd was bij de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>
Andere afgesloten verzekeringen met zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>
Contract(en) die zorgverzekeraar heeft met andere organisaties in het netwerk van uw organisatie	<input type="checkbox"/>
Implementatie en communicatie van het collectieve aanbod	<input type="checkbox"/>
De zorgverzekeraar speelt een belangrijke rol in de regio	<input type="checkbox"/>
Aansluiten bij andere organisaties die deze zorgverzekeraar reeds hebben gecontracteerd	<input type="checkbox"/>
Anders

18. Bij de overeenkomst met de zorgverzekeraar worden bepaalde contractafspraken gemaakt. Wordt er gedurende de looptijd van het contract door middel van een rapportage of terugkoppeling gekeken of de zorgverzekeraar, deze afspraken zijn nagekomen

- Ja
 Nee

19. Welke aspecten gaven de doorslag bij de keuze voor de zorgverzekeraar(s) voor het aanbod in 2009? (U kunt maximaal 3 antwoorden geven)

Premie	
Premie voor de basisverzekering	<input type="checkbox"/>
Premiekorting op de basisverzekering	<input type="checkbox"/>
Premie voor de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>
Dekking van de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>
Premiekorting op de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>
Eigen risico en bijbehorende premiekorting	<input type="checkbox"/>

- Korting op overige verzekeringen
- Zorgaanbod**
- Kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders
- Vrije keuze van de zorgaanbieder
- Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen
- Regionale dekking van zorgverzekeraar
- Landelijke dekking van zorgverzekeraar
- Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's
- Contractering van voorkeurszorgaanbieders
- Innovatieve ideeën
- Overig**
- Service van de zorgverzekeraar
- Reputatie van de zorgverzekeraar
- Eerdere ervaring met de zorgverzekeraar
- Type verzekering (natura/restitutiepolis)
- Aantal leden dat al verzekerd was bij de zorgverzekeraar
- Andere afgesloten verzekeringen met zorgverzekeraar
- Contract(en) die zorgverzekeraar heeft met andere organisaties in het netwerk van uw organisatie
- Implementatie en communicatie van het collectieve aanbod
- De zorgverzekeraar speelt een belangrijke rol in de regio
- Aansluiten bij andere organisaties die deze zorgverzekeraar reeds hebben gecontracteerd
- Anders

20. Wat is de verhouding tussen prijs, kwaliteit en overige aspecten bij de keuze voor een zorgverzekeraar?

Prijs %
 Kwaliteit (van zorg en zorgverzekeraar) %
 Overige aspecten %
 (samen 100%)

21. Hoe is het contact met zorgverzekeraars over een collectieve zorgverzekering tot stand gekomen voor het aanbod van 2009? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Er is een openbare aanbesteding gedaan --> vraag 22
 - Zorgverzekeraars hebben ons op hun initiatief benaderd --> vraag 23
 - Wij hebben zorgverzekeraars op ons eigen initiatief benaderd --> vraag 24
 - Er was in een voorgaand jaar al contact met de zorgverzekeraar --> vraag 26
 - Er is een tussenpersoon ingeschakeld --> vraag 26
 - Een tussenpersoon heeft ons benaderd --> vraag **25**
 - Via aansluiting bij andere organisaties --> vraag 26
22. Hoeveel zorgverzekeraars hebben ingeschreven op de openbare aanbesteding voor het aanbod in 2009?
- 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars
23. Door hoeveel zorgverzekeraars is uw organisatie, op initiatief van de zorgverzekeraar, benaderd voor het aanbod in 2009?
- 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars
24. Hoeveel zorgverzekeraars heeft uw organisatie op eigen initiatief benaderd voor het aanbod in 2009?
- 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars
25. Door hoeveel tussenpersonen bent u benaderd met de vraag of zij het aanbod in 2009 voor u mochten regelen?
- 1 tussenpersoon
 - 2 tussenpersonen
 - 3 tussenpersonen
 - 4 tussenpersonen
 - 5 of meer tussenpersonen
26. Met hoeveel zorgverzekeraars is in totaal gesproken en/of onderhandeld over de collectieve zorgverzekering voor het aanbod in 2009?
- Geen zorgverzekeraars
 - 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars

27. Met hoeveel zorgverzekeraars is er een collectief contract voor de zorgverzekering afgesloten voor het aanbod van 2009?
- Geen zorgverzekeraars
 - 1 zorgverzekeraar
 - 2 zorgverzekeraars
 - 3 zorgverzekeraars
 - 4 zorgverzekeraars
 - 5 of meer zorgverzekeraars
28. Hoeveel maanden is uw organisatie bezig geweest met het zoeken naar en onderhandelen over een collectieve zorgverzekering voor het aanbod van 2009?
- Minder dan 1 maand
 - 1 tot en met 3 maanden
 - 4 tot en met 6 maanden
 - 7 tot en met 9 maanden
 - Meer dan 9 maanden
29. Hoeveel medewerkers van uw organisatie hebben gewerkt aan het zoeken naar en het onderhandelen over een collectieve zorgverzekering voor het aanbod van 2009?
- 1 medewerker
 - 2 tot en met 4 medewerkers
 - 5 tot en met 7 medewerkers
 - 8 tot en met 10 medewerkers
 - 11 of meer medewerkers
30. Hoeveel tijd heeft het zoeken naar en het onderhandelen over een geschikte collectieve zorgverzekering uw organisatie volgens u gekost voor het aanbod in 2009?
- Heel weinig
 - Weinig
 - Niet veel/niet weinig
 - Veel
 - Heel veel
31. Is er voorafgaand aan de onderhandelingen informatie verzameld over de wensen van de leden (of mensen met een minimum inkomen) ten aanzien van de zorgverzekering voor het aanbod van 2009?
- Ja
 - Nee --> vraag 33
32. Hoe is deze informatie verzameld?
- Er is een enquête gehouden onder de leden
 - Er zijn gesprekken gehouden met leden
 - Anders namelijk,
33. Worden leden (of mensen met een minimum inkomen) gestimuleerd door uw organisatie om te kiezen voor een collectieve zorgverzekering voor het aanbod van 2009?
- Nee, leden (of mensen met een minimum inkomen) worden niet gestimuleerd
 - Ja, leden (of mensen met een minimum inkomen) worden geïnformeerd over de aangeboden collectieve zorgverzekeringen
 - Ja, leden (of mensen met een minimum inkomen) wordt een collectieve zorgverzekering aanbevolen
 - Ja, leden (of mensen met een minimum inkomen) wordt een extra financiële bijdrage van de organisatie aangeboden voor de zorgverzekering

34. Welke stappen heeft de zorgverzekeraar ondernomen in het onderhandelingsproces? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Afgevaardigden van de zorgverzekeraar zijn langs gekomen om een presentatie te geven over het aanbod
 - Afgevaardigden van de zorgverzekeraar zijn langs gekomen voor een gesprek of onderhandeling(en)
 - De zorgverzekeraar heeft een relatiegeschenk toegestuurd (dit kan zowel voor/tijdens of na afloop van de onderhandelingen zijn)
 - De zorgverzekeraar heeft schriftelijk informatie verstrekt, toegespitst op de organisatie
35. Welke omschrijving past het beste bij de manier waarop het collectieve contract met de zorgverzekeraar(s) tot stand is gekomen voor het aanbod van 2009?
- Er is een openbare aanbesteding geweest waarbij de zorgverzekeraar in moest gaan op een aantal punten die door de organisatie waren opgesteld
 - Er is een vaststaand aanbod gedaan door de zorgverzekeraar aan uw organisatie (zonder inhoudelijke onderhandelingsmogelijkheden) dat is aangenomen
 - Het eerste aanbod van de zorgverzekeraar is op verzoek van uw organisatie gewijzigd op een of twee punten en toen aangenomen
 - Het eerste aanbod is door onderhandelingen van de zorgverzekeraar met uw organisatie op meerdere punten aangepast
 - Er is voorafgaand aan het eerste aanbod van de zorgverzekeraar onderhandeld met uw organisatie, waarna het aanbod van de zorgverzekeraar tot stand is gekomen
 - Het aanbod van de zorgverzekeraar is geheel ontwikkeld in samenwerking met uw organisatie
 - Het aanbod is grotendeels hetzelfde als vorig jaar maar er zijn een paar kleine aanpassingen gedaan door zorgverzekeraar of door uw organisatie
 - Het aanbod is hetzelfde als vorig jaar
36. Bij wie kunnen leden/ sociale minima in geval van een klacht terecht?
- Binnen onze organisatie is er een intern aanspreekpunt voor klachten die dit terugkoppelt naar de zorgverzekeraar
 - Bij de zorgverzekeraar is er een speciaal aanspreekpunt voor klachten waar leden/sociale minima van onze organisatie terecht kunnen
 - Zowel binnen onze organisatie is er een intern aanspreekpunt voor klachten die vervolgens bij een speciaal aanspreekpunt van de zorgverzekeraar terecht kan
 - Er is geen intermediair oftewel de leden/ sociale minima dienen contact op te nemen met de zorgverzekeraar waar zij bij wisselende personen terecht kunnen
37. Welke van de onderstaande collectieve zorgverzekeringen worden er aangeboden via uw organisatie?
- Alleen collectieve basisverzekering
 - Alleen collectieve aanvullende verzekering
 - Zowel collectieve basisverzekering als collectieve aanvullende verzekering
38. Hoeveel leden waren er **in 2008** collectief verzekerd bij onderstaande zorgverzekeraar?
- leden
39. Hoeveel medeverzekerden van collectief verzekerde leden **in 2008** bij onderstaande verzekeraar?
- medeverzekerden

40. Welke contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar over het aspect **premie** voor het aanbod **in 2009?** *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Premiekorting op basisverzekering
 - Premiekorting op aanvullende verzekering
 - Prijsbeheersingsafspraken
 - Meerjarige kortingspercentages
 - Uw organisatie de premie inhoudt bij de verzekerden
 - De premie via automatische incasso bij de leden wordt afgeschreven
 - Premiekorting bij het inhouden van de premie door de organisatie
41. Welke contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar over het aspect **inhoud** voor het aanbod **in 2009?** *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Kwaliteit van gecontracteerde zorg
 - Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's
 - Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen
 - Contractering van voorkeursaanbieders
 - De zorgverzekering gecombineerd wordt met andere verzekeringen
42. Welke contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar over het aspect **keuze en acceptatie** voor het aanbod **in 2009?** *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Verzekerden niet geroyeerd worden
 - Overname van toezeggingen met betrekking tot behandelingen en medicijnen van huidige zorgverzekeraar
 - Voor de collectieve aanvullende zorgverzekering vrije acceptatie van alle leden geldt
 - Voor de gewone (niet-collectieve) aanvullende zorgverzekering vrije acceptatie voor alle leden geldt
 - Inhoud van de aanvullende verzekering
 - Keuze uit verschillende aanvullende verzekeringen
 - Type verzekering (natura/ restitutiepolis)
 - Vrije keuze van zorgaanbieder
 - Een collectieve aanvullende zorgverzekering alleen kan worden afgesloten als er ook een collectieve basisverzekering wordt afgesloten bij dezelfde zorgverzekeraar
 - Er geen vrijwillig eigen risico kan worden afgesloten
 - Voor alle collectief verzekerden in hetzelfde gezin dezelfde polis wordt afgesloten
43. Welke contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar over het aspect **zorginkoop** voor het aanbod **in 2009?** *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Dat uw organisatie verlangt van de zorgverzekeraar dat er bepaalde provinciale/ regionale accenten bij de ingekochte zorg worden geplaatst
 - Dat uw organisatie keuze heeft in de hulpverleners die de zorgverzekeraar contracteert
 - Dat er bepaalde differentiatie in de klasse van zorg binnen de basisverzekering wordt aangebracht
 - Dat voor uw organisatie bepaalde (specialistische) zorg wordt ingekocht door de zorgverzekeraar

44. Welke overige contractafspraken zijn er gemaakt met de zorgverzekeraar voor het aanbod **in 2009?** (meerdere antwoorden mogelijk)
- Dat uw organisatie inzicht in de gedeclareerde kosten van of gedane verstrekkingen voor de leden krijgen
 - Dat uw organisatie inzicht in de klachtenprocedure van de zorgverzekeraar krijgt
 - Dat de zorgverzekeraar een klanttevredenheidsonderzoek houdt
 - Dat informatie van de zorgverzekeraar in verschillende talen wordt aangeboden
 - Afspraken met betrekking tot "return on investment"
 - Service van zorgverzekeraar (Service Level Agreements)
 - Kwaliteit van de administratieve afhandeling van de zorgverzekeraar
 - Het aanbod alleen geldt bij een minimaal deelnemerspercentage aan de collectieve zorgverzekering
 - Uw organisatie deelname van leden aan collectieve zorgverzekering zal stimuleren
 - Uw organisatie een extra financiële bijdrage levert aan de zorgverzekering van leden
 - De verzekeraar een extra financiële bijdrage (per collectief verzekerde) levert voor uw organisatie of voor de verzekerde zelf
 - Uw organisatie over een bepaalde module in het aanvullend pakket het eigen risico draagt
 - De duur van het collectief contract 2 jaar of langer is
 - Uw organisatie de mogelijkheid heeft om het contract te ontbinden als de premie van de basisverzekering te sterk stijgt
 - Uw organisatie geen andere zorgverzekeraars zal contracteren voor een collectieve zorgverzekering
 - Korting op andere verzekeringen
45. a. Let uw organisatie op naleving van de gemaakte contractafspraken met de zorgverzekeraar over de kwaliteit van dienstverlening?
- Ja --> vraag 45 b
 - Nee --> vraag 46
 - Niet van toepassing
- b. Kunt u aangeven op welke manier dit gebeurt?
46. a. Let uw organisatie op naleving van de gemaakte contractafspraken met de zorgverzekeraar over de kwaliteit van zorg?
- Ja --> vraag 46b
 - Nee --> vraag 47
 - Niet van toepassing
- b. Kunt u aangeven op welke manier dit gebeurt?
47. Welke kortingen zijn afgesproken voor het aanbod van 2009?
 Premiekorting op basisverzekering (**in percentages**)
 Premie korting op aanvullende verzekering (**in percentages**).....

48. Wat doet uw organisatie met de verkregen premiekorting van aangeboden polis(sen)?
- Uw organisatie laat de gehele korting doorberekenen in de prijs voor de verzekering voor uw leden
 - Uw organisatie ontvangt een deel van de korting en laat een deel doorberekenen in de prijs van de standaardverzekering voor uw leden
 - Uw organisaties ontvangt de korting en neemt daarmee de rol als verzekeringnemer op zich
 - U zet de premiekorting op de standaardverzekering in voor een aantrekkelijk aanvullend pakket.
49. Heeft u met deze zorgverzekeraar naast een collectieve zorgverzekering andere contracten lopen (bv. voor andere verzekeringen)?
- Ja
 - Nee
50. Heeft u nog overige opmerkingen over de gecontracteerde zorgverzekeraar(s)?
- Nee
 - Ja namelijk.....

Bijlage: 3 Contractafspraken met zorgverzekeraars

Tabel B3.1. percentage collectiviteiten dat voor het collectieve contract over onderstaande aspecten afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars

Gemaakte afspraak	Werkgevers		Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (n=34)	
		n=25		
Premie		n=25		
Premiekorting op de aanvullende verzekeringen	96%	24	97%	33
Premiekorting op de basisverzekeringen	88%	22	100%	34
Meerjarige kortingspercentages	32%	8	18%	6
De premie via automatische incasso bij de leden wordt afgeschreven	32%	8	6%	2
Uw organisatie de premie inhoudt bij de verzekerden	28%	7	24%	8
Prijs beheersingsafspraken	16%	4	18%	6
Premiekorting bij het inhouden van de premie door de organisatie	12%	3	n.v.t.	n.v.t.
Inhoud van zorg		n=24		
Kwaliteit van gecontracteerde zorg	58%	14	76%	26
Vergoeding van specifieke hulpmiddelen of medicijnen	29%	7	41%	14
Dat medewerkers zonder tussenkomst van de zorgverzekeraar door de bedrijfsarts naar bepaalde zorginstellingen gestuurd worden	25%	6	n.v.t.	n.v.t.
De zorgverzekering gecombineerd wordt met andere verzekeringen	21%	5	24%	8
Dat bij de collectieve verzekering altijd een beperkt aanvullende pakket zit met arbeidsgerelateerde zorg	21%	5	n.v.t.	n.v.t.
Inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's	17%	4	26%	9
Contracteren van voorkeursaanbieders	17%	4	18%	6
Dat de bedrijfsarts ook huisartsenzorg kan leveren	0	0	n.v.t.	n.v.t.
Keuze en acceptatie		n=24		
Keuze uit verschillende aanvullende verzekeringen	58%	14	38%	13
Vrije keuze van zorgaanbieder	46%	11	32%	11
Inhoud van de aanvullende verzekering	33%	8	41%	14
Type verzekering (natura/restitutiepolis)	33%	8	38%	13
Verzekerden niet geroyeerd worden	33%	8	12%	4
Voor de gewone (niet-collectieve) aanvullende zorgverzekering vrije acceptatie voor alle leden	29%	7	41%	14
Voor de collectieve aanvullende zorgverzekering vrije acceptatie van alle leden	25%	6	71%	24
Een collectieve aanvullende zorgverzekering alleen kan worden afgesloten als er ook een collectieve basisverzekering wordt afgesloten bij dezelfde zorgverzekeraar	25%	6	32%	11
Voor alle collectief verzekerden in hetzelfde gezin dezelfde polis wordt afgesloten	13%	3	21%	7
Overname van toezeggingen m.b.t. behandelingen en medicijnen van huidige zorgverzekeraar	13%	3	15%	5
Er geen vrijwillig eigen risico kan worden afgesloten	4%	1	12%	4
Zorginkoop		n=24		
Dat uw organisatie keuze heeft in de hulpverleners die de zorgverzekeraar contracteert	58%	14	44%	15
Dat uw organisatie verlangt van de zorgverzekeraar dat er bepaalde provinciale/ regionale accenten bij de ingekochte zorg worden geplaatst	29%	7	38%	13

Gemaakte afspraak	Werkgevers		Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten (n=34)	
Dat voor uw organisatie bepaalde (specialistische) zorg wordt ingekocht door de zorgverzekeraar	29%	7	29%	10
Dat er bepaalde differentiatie in de klasse van zorg binnen de basisverzekering wordt aangebracht	8%	2	12%	4
Overige afspraken		n=24		
Kwaliteit van de administratieve afhandeling van de zorgverzekeraar	58%	14	29%	10
Uw organisatie deelname van werknemers aan collectieve zorgverzekering zal stimuleren	54%	13	62%	21
De duur van het collectief contract 2 jaar of langer is	46%	11	21%	7
Service van zorgverzekeraar (Service Level Agreements)	42%	10	32%	11
Dat uw organisatie inzicht in de gedeclareerde kosten van of gedane verstrekkingen voor de werknemers krijgen	42%	10	12%	4
Uw organisatie geen andere zorgverzekeraars zal contracteren voor een collectieve zorgverzekering	33%	8	21%	7
Speciale afspraken voor in het buitenland verblijvende werknemers	33%	8	n.v.t.	n.v.t.
Dat uw organisatie inzicht in de klachtenprocedure van de zorgverzekeraar krijgt	29%	7	35%	12
Uw organisatie de mogelijkheid heeft om het contract te ontbinden als de premie van de basisverzekering te sterk stijgt	29%	7	9%	3
Uw organisatie een extra financiële bijdrage levert aan de zorgverzekering van werknemers	25%	6	15%	5
Dat informatie van de zorgverzekeraar in verschillende talen wordt aangeboden	25%	6	6%	2
De verzekeraar een extra financiële bijdrage (per collectief verzekerde) levert voor uw organisatie of voor de verzekerde zelf	17%	4	26%	9
Dat de zorgverzekeraar een klanttevredenheidsonderzoek houdt	17%	4	21%	7
Speciale afspraken voor vanuit het buitenland in Nederland verblijvende werknemers	17%	4	n.v.t.	n.v.t.
Korting op andere verzekeringen	13%	3	9%	3
Het aanbod alleen geldt bij een minimaal deelnemerspercentage aan de collectieve zorgverzekering	4%	1	0%	0
Afspraken met betrekking tot "return on investment"	0%	0	6%	2
Uw organisatie over een bepaalde module in het aanvullend pakket het eigen risico draagt (in de vormgeving van een bedrijfspakket)	0%	0	0%	0