



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007. De gegevens mogen met bronvermelding (Lotti M. van Ruth, Judith D. de Jong, Peter P. Groenewegen, *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel*, NIVEL 2007) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.
Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel

Keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007

Lotti M. van Ruth
Judith D. de Jong
Peter P. Groenewegen



ISBN 978-90-6905-839-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden 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

1 Inleiding	5
1.1 Achtergrond	5
1.2 Doel van het onderzoek	7
1.3 Vraagstellingen	7
1.4 Opbouw van het rapport	8
2 Methode	11
2.1 Pilot	11
2.2 Vragenlijst	11
2.3 Variabelen	11
2.3.1 Achtergrondkenmerken	12
2.3.2 De keuze voor een zorgverzekeraar	12
2.3.3 Het verloop van de onderhandelingen	13
2.3.4 De uitkomsten van de onderhandelingen	14
2.3.5 De tevredenheid over de gecontracteerde zorgverzekeraars	16
2.4 Werving van de respondenten	16
2.5 Kenmerken van de respondenten	17
2.6 Non-respons	18
2.7 Analyses	19
3 De keuze voor een zorgverzekeraar	21
3.1 Contracten met zorgverzekeraars vóór de stelselwijziging	21
3.2 Belangrijkste redenen om een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan werknemers	22
3.3 Belangrijke aspecten in de keuze voor een zorgverzekeraar	22
3.4 Betrekken van de doelgroep bij de keuze voor een zorgverzekeraar	25
4 Het verloop van de onderhandelingen	27
4.1 Totstandkoming van het contact	27
4.2 Investing in de onderhandelingen	29
4.3 Totstandkoming van het contract	31
4.4 Aantal zorgverzekeraars waarmee gesproken en/of onderhandeld is.	32
4.5 Aantal gecontracteerde zorgverzekeraars	33
5 Uitkomsten van de onderhandelingen	35
5.1 Het aanbod en de toegankelijkheid	35
5.2 Afsgesproken kortingen op basis- en aanvullende verzekering	35
5.3 Gemaakte afspraken	36
5.4 De instroom in de collectieve zorgverzekering	41

6 De tevredenheid over de gecontracteerde zorgverzekeraars	43
7 Samenvatting en beschouwing	45
7.1 De keuze voor een zorgverzekeraar	45
7.2 Het verloop van de onderhandelingen	46
7.3 De uitkomsten van de onderhandelingen	47
7.4 De tevredenheid over de gecontracteerde zorgverzekeraars	48
7.5 Beschouwing	48
Literatuur	53
Bijlage 1 Afspraken met zorgverzekeraars	55

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden. Eén van de doelen van deze wet is om door middel van gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden. In dit nieuwe stelsel zijn zorgverzekeraars verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering en verzekerden kunnen één keer per jaar overstappen van zorgverzekeraar. Door de verzekerde de mogelijkheid te geven over te stappen als de zorgverzekeraar niet bevalt ('het stemmen met de voeten'), wordt de zorgverzekeraar gestimuleerd zijn verzekerden tevreden te houden. 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 de zorgverzekeraars om bij zorgaanbieders een gunstige prijs/prestatieverhouding te bedingen. Naast de individuele keuze om een polis af te sluiten bij een zorgverzekeraar kan een groep verzekerden ook collectief een contract afsluiten. In de nieuwe wet is het mogelijk gemaakt voor allerlei groepen verzekerden (collectiviteiten) om collectieve zorgverzekeringen af te sluiten waarbij zij een maximale korting van 10% kunnen bedingen voor de basisverzekering. Wettelijk is bepaald dat de hoogte van de korting op de basisverzekering niet gebaseerd mag zijn op de kenmerken van de collectiviteit of de deelnemers daaraan. 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). Collectiviteiten zoals werkgevers, maar ook patiëntenverenigingen, ouderenbonden, gemeenten en andere organisaties kunnen voor hun werknemers of leden een collectieve zorgverzekering afspreken. Omdat de keuze van een collectiviteit door het grote aantal verzekerden een sterkere invloed heeft dan de keuze van een individueel verzekerde wordt verwacht dat collectiviteiten de marktwerking tussen zorgverzekeraars kunnen stimuleren. Bij overstappen van een collectief zou de zorgverzekeraar in een keer een grote hoeveelheid verzekerden kunnen verliezen. Door de dreiging tot overstappen zou het collectief naast korting ook vraaggerichtheid van de zorgverzekeraar kunnen afdwingen (CTZ, 2006; Hoogervorst, 2004b; Hoogervorst, 2004a; NZA, 2006). In het eerste jaar van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is de mobiliteit van verzekerden veel hoger geweest dan in de jaren daarvoor. Het is waarschijnlijk dat deze verhoogde mobiliteit eenmalig was (De Jong et al., 2006a). Voor 2006 is 20% van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar ten opzichte van 3% en 8% van respectievelijk de ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden in de voorgaande jaren (De Jong et al., 2006b; NZA, 2006). De belangrijkste reden om over te stappen is een collectief aanbod, 57% van de overstappers noemt dit als belangrijkste reden (De Jong et al., 2006b; Delnoij et al., 2006; Deloitte, 2006). In 2006 was meer dan de helft

van de populatie verzekerd voor zorg via een collectief aanbod (De Jong et al., 2006b; NZA, 2006). Op basis van een onderzoek naar collectiviteiten in 2006 wordt voorspeld dat de collectivisering van de zorgverzekeringsmarkt zal doorzetten en dat in 2007/2008 naar schatting bijna 60% van de verzekerden zullen deelnemen aan een collectief contract (Deloitte, 2006). Het merendeel van de collectief verzekerden is verzekerd via de werkgever (78%), een kleiner deel via de vakbond (8%) of een patiëntenvereniging (2%). Twaalf procent heeft gebruik gemaakt van een ander collectief aanbod (De Jong et al., 2006b).

Individueel kunnen verzekerden met name invloed uitoefenen op de prijs en kwaliteit van de zorgverzekering en de geleverde zorg door te wisselen van zorgverzekeraar. Uit onderzoek blijkt echter dat de motivatie om over te stappen bij individueel verzekerden vooral ingegeven wordt door financiële overwegingen en niet door kwaliteitsverschillen (Delnoij et al., 2006; De Jong et al., 2006b). Dit kan tot gevolg hebben dat zorgverzekeraars voornamelijk gaan concurreren op de prijs en dat de beoogde kwaliteitsverbetering achterwege blijft. Een kwaliteitsverbetering kan wel behaald worden als bij de onderhandelingen over de collectieve contracten kwaliteitsafspraken worden gemaakt. Collectiviteiten zouden door het aantal verzekerden dat zij vertegenwoordigen wellicht vraaggerichtheid af kunnen dwingen van de zorgverzekeraars. Door te onderhandelen met zorgverzekeraars zouden collectiviteiten afspraken over kwaliteit en prijs kunnen maken met de zorgverzekeraars. Dit zou kunnen leiden tot een hogere kwaliteit van de zorg, één van de doelen van het nieuwe zorgstelsel.

In het oude zorgstelsel konden werkgevers al een collectieve particuliere ziektekostenverzekering afsluiten. Tevens was het mogelijk voor bijvoorbeeld gemeenten om voor mensen met een ziekenfondsverzekering een collectieve aanvullende zorgverzekering af te sluiten in aanvulling op de verplichte ziekenfondsverzekering (Schut, 2000). Er is weinig onderzoek gedaan naar deze collectieve contracten. Een onderzoek in het oude zorgstelsel naar particuliere collectieve zorgverzekeringen voor werknemers laat zien dat er afspraken gemaakt werden over vrije acceptatie van werknemers voor de collectieve zorgverzekering en vergoedingen vanuit de werkgever voor de premie van werknemers (Schut, 2000). Bij 60% van de werkgevers was deze vergoeding gekoppeld aan deelname aan het collectief contract (Kok et al., 2002). Geen van de werkgevers had de collectieve zorgverzekering gekoppeld aan of gecombineerd met de ziekteverzuimverzekeringen (Schut, 2000).

Alhoewel er wel enkele onderzoeken zijn uitgekomen naar de onderhandelingen van werkgevers met zorgverzekeraars voor de collectieve zorgverzekering van 2006, is er nog veel onbekend (Aon Consulting, 2006; VNO-NCW, 2006). Ook over de onderhandelingen in het nieuwe stelsel van andere collectiviteiten, zoals patiëntenverenigingen, overige verenigingen, ouderenbonden, vakbonden en dergelijke, is weinig bekend. Daarom hebben wij een onderzoek opgezet naar de rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel. We richten de aandacht op de onderhandelingen en onderscheiden daarin vier onderwerpen:

- 1 De aspecten waarop de collectiviteiten hun keuze voor een zorgverzekeraar baseren.
- 2 Het procesmatig verloop van de onderhandelingen.
- 3 De uitkomsten van de onderhandelingen.
- 4 De tevredenheid van de collectiviteiten over de zorgverzekeraars.

Onbekend is op welke aspecten de verschillende soorten collectiviteiten, zowel werkgevers als andere collectiviteiten, hun keuze voor een zorgverzekeraar baseren; hieronder vallen aspecten zoals eerdere contracten met de zorgverzekeraar, inhoudelijke aspecten, premiekortingen, of de wensen van de doelgroep. Ook onbekend is hoe het onderhandelingsproces heeft plaatsgevonden (initiatief en totstandkoming van contact, investering in het proces, de mate van onderhandelen), en in hoeverre collectiviteiten tevreden zijn over de in 2006 gecontracteerde zorgverzekeraars. Onder uitkomsten van de onderhandelingen valt de mogelijkheid van collectiviteiten om bij de contractering van zorgverzekeraars onder andere met hen te onderhandelen over de premie en de kwaliteit van de zorg. Als er onderhandeld wordt is het zeer waarschijnlijk dat er over de kortingen op de premie van de zorgverzekering wordt onderhandeld, maar of er ook kwaliteitsafspraken worden gemaakt is onduidelijk. Onbekend is ook in hoeverre andere afspraken worden gemaakt zoals afspraken over de inning van de nominale premie (incassoregeling door het collectief), over de inhoud van aanvullende verzekeringen, over acceptatie van verzekerden voor de aanvullende verzekering of financiële bijdragen van zorgverzekeraars voor het collectief zoals een vergoeding voor elke aangemelde verzekerde. Voor werkgevers is het misschien voordelig om de collectieve zorgverzekering te combineren met andere bedrijfsverzekeringen of om de collectieve zorgverzekering te combineren met het verzuimbeleid. Ook kunnen collectiviteiten wellicht de instroom van verzekerden in hun collectief bevorderen en/of hier afspraken over maken met zorgverzekeraars, bijvoorbeeld dat het collectief een financiële bijdrage levert aan mensen die zich collectief verzekeren via het collectief. In hoeverre de soorten collectiviteiten, zoals werkgevers en verenigingen, verschillen op bovenstaande aspecten is onbekend.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de rol van de collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel door de keuzes, processen en uitkomsten van de collectieve onderhandelingen voor de zorgverzekering voor 2006 en 2007 en de tevredenheid over de zorgverzekeraars in kaart te brengen. Omdat de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 in werking is getreden, is er veel nog onbekend over de collectieve onderhandelingen voor de zorgverzekering. Voor de werkgeverscollectiviteiten zijn er al aanwijzingen dat inhoudelijke aspecten een rol spelen, over de andere collectiviteiten is nog weinig bekend. Dit onderzoek is dan ook bedoeld als een verkennend onderzoek.

1.3 Vraagstellingen

De centrale vraagstelling luidt:

‘Wat is de rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgverzekeringstelsel?’

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

- 1 Welke factoren spelen voor de collectiviteiten een rol in de keuze voor een collectieve zorgverzekering van een zorgverzekeraar?
 - a Worden zorgverzekeraars die al eerder gecontracteerd zijn (vóór de stelselwijziging) voor 2006 opnieuw gecontracteerd?
 - b Wat zijn de belangrijkste redenen van werkgevers om collectieve zorgverzekeringen aan te bieden aan hun werknemers?
 - c Wat vinden collectiviteiten belangrijk in de keuze voor een zorgverzekeraar?
 - d Betrekken collectiviteiten de doelgroep bij de keuze voor een zorgverzekeraar?

- 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 hebben de collectiviteiten en zorgverzekeraars geïnvesteerd in het onderhandelingsproces?
 - c In hoeverre hebben de collectiviteiten met de zorgverzekeraars onderhandeld bij het tot stand komen van het contract?
 - d Met hoeveel zorgverzekeraars hebben de collectiviteiten onderhandeld voor de collectieve zorgverzekering?
 - 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 2006 en 2007?
 - a Welke verzekeringen worden collectief aangeboden en voor wie zijn deze toegankelijk?
 - b Welke kortingen zijn er afgesproken voor de collectieve zorgverzekeringen?
 - c Welke afspraken zijn er verder gemaakt ten aanzien van de collectieve zorgverzekeringen?
 - d Wat was de instroom in de collectieve zorgverzekering voor het aanbod van 2006?

- 4 Hoe tevreden zijn de collectiviteiten over de gecontracteerde zorgverzekeraars van 2006?

1.4 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 zal de methode die in dit rapport gebruikt is voor het beantwoorden van de verschillende vraagstellingen worden beschreven. Vervolgens wordt per hoofdstuk één vraagstelling behandeld. In hoofdstuk 3 zal worden ingegaan op de aspecten die een rol hebben gespeeld in de keuze van de collectiviteiten voor een zorgverzekeraar. In

hoofdstuk 4 wordt gekeken naar de procesmatige aspecten van de onderhandelingen, zoals hoe de contacten en contracten tussen de zorgverzekeraars en collectiviteiten tot stand gekomen zijn, in hoeverre er onderhandeld is en dergelijke. In hoofdstuk 5 wordt besproken wat er in de onderhandelingen van collectiviteiten met zorgverzekeraars is afgesproken en wat de instroom in de collectieve zorgverzekering was. Hoofdstuk 6 gaat over de tevredenheid van de collectiviteiten over de gecontracteerde zorgverzekeraars. Tot slot zal in hoofdstuk 7 een samenvatting van en beschouwing op het onderzoek worden gegeven.

2 Methode

2.1 Pilot

Voorafgaand aan het onderzoek is er met vier collectiviteiten, twee bedrijven, één gemeente en één patiëntenvereniging, een interview gehouden over de collectieve zorgverzekering voor respectievelijk werknemers, mensen met een minimum inkomen en leden van de vereniging. De interviews duurden ongeveer één tot anderhalf uur. Van de interviews is een verslag gemaakt dat ter goedkeuring aan de geïnterviewden is voorgelegd. De informatie afkomstig uit de interviews is vervolgens gebruikt voor het ontwikkelen van de vragenlijst.

2.2 Vragenlijst

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een digitale vragenlijst, die ontwikkeld is op basis van de pilot. Daarnaast zijn vragen afgeleid van de vragenlijst van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (april 2006), beschikbare Nederlandse en buitenlandse literatuur (met name uit de Verenigde Staten) over collectieve zorgverzekeringen, alsmede een rapport van de Algemene Werkgevers Vereniging Nederland gebaseerd op workshops onder werkgevers over de collectieve zorgverzekering (AWVN, 2006; Christianson, 1998; Christianson et al., 2003; Dalsey et al., 1988; Kok et al., 2002; Marquis et al., 2000; Robinson, 1995; Schut, 2000; Temin et al., 2003).

Er zijn twee vragenlijsten verstuurd, één voor werkgevers en één voor verenigingen en overige collectiviteiten. In deze vragenlijsten zijn vragen opgenomen over kenmerken van de collectiviteiten, de aspecten die een rol spelen in de keuze van de collectiviteiten voor zorgverzekeraar(s), over het verloop van de onderhandelingen, over de uitkomsten van de onderhandelingen en over de tevredenheid met de gecontracteerde zorgverzekeraars. In paragraaf 2.3 worden per concept de variabelen en de gebruikte vragen om deze te meten besproken.

2.3 Variabelen

In dit onderdeel wordt kort toegelicht hoe de achtergrondkenmerken en de vier verschillende concepten gemeten zijn.

2.3.1 *Achtergrondkenmerken*

Grootte collectief

De grootte van het collectief is gemeten door bij werkgevers te vragen naar het aantal werknemers waar het aanbod van een collectieve zorgverzekering voor geldt. Bij verenigingen en overige collectiviteiten is gevraagd naar het aantal leden (of mensen met een minimum inkomen) waar het aanbod van een collectieve verzekering via de organisatie voor geldt. Dit waren open vragen.

Sector

Aan de werkgevers is gevraagd naar de sector waarin het bedrijf werkzaam is, hierbij zijn gesloten antwoordcategorieën gebruikt. Hierbij is de indeling van het CBS gebruikt met 17 sectoren (CBS, 2004).

Type collectief

Voor de verenigingen en overige collectiviteiten is gevraagd naar het type collectief, zoals patiëntenvereniging, vakbond, consumentenvereniging, sportvereniging, ouderenbond, zorgverzekering, pensioenfonds, gemeente of bedrijf.¹ Dit waren gesloten antwoordcategorieën, met de mogelijkheid om een antwoord te geven dat niet was voorgelegd.

2.3.2 *De keuze voor een zorgverzekeraar*

Om de keuze van de collectiviteiten voor de zorgverzekeraars in kaart te brengen is gevraagd naar eerdere contracten met zorgverzekeraars, naar redenen die werkgevers hebben om een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan hun werknemers en naar belangrijke aspecten in de keuze voor een zorgverzekeraar. Ook is nagegaan in hoeverre het collectief de doelgroep betrokken heeft bij de onderhandelingen.

Eerder contract

De invloed van eerdere contracten met de zorgverzekeraars vóór de stelselwijziging is gemeten door de vraag: “Was het voor de stelselwijziging, in 2005 en/of in de jaren daarvoor, mogelijk via uw organisatie een collectieve zorgverzekering af te sluiten?” Zo ja, dan is er vervolgens gevraagd: “is de zorgverzekeraar die voor de stelselwijziging, in 2005 en/of in de jaren daarvoor, gecontracteerd was in 2006 opnieuw gecontracteerd?”

Redenen om een collectieve zorgverzekering aan te bieden

Om inzicht te krijgen in de redenen van werkgevers om collectieve zorgverzekeringen aan te bieden aan hun werknemers is gevraagd: “Wat waren de belangrijkste redenen van uw organisatie om een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan de werknemers?” De antwoordcategorieën zijn te vinden in hoofdstuk 3 (paragraaf 3.2). Deze vraag is niet gesteld aan verenigingen en overige collectiviteiten omdat deze zich in principe bezig houden met belangenbehartiging van hun doelgroep.

¹ Sommige bedrijven bieden voor klanten of leden van hun bedrijf (bijvoorbeeld leden van een bank) een collectieve zorgverzekering aan, het gaat hier niet om werknemers van het bedrijf.

Belangrijke aspecten in de keuze voor een zorgverzekeraar

Om inzicht te krijgen in wat collectiviteiten belangrijk vinden in de keuze voor een zorgverzekeraar is hen een lijst van aspecten voorgelegd. 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 (meerdere antwoorden mogelijk): “Welke factoren waren van doorslaggevend belang in de keuze voor de zorgverzekeraar(s) voor het aanbod in 2006”. Deze vraag is herhaald voor 2007. Respondenten konden aspecten aanklikken als dit een doorslaggevend aspect was. De aspecten die hierbij voorgelegd zijn staan in hoofdstuk 3 (paragraaf 3.3). Er zijn gesloten antwoordcategorieën gebruikt met de mogelijkheid om een antwoord te geven dat niet was voorgelegd.

Betrekken van de doelgroep bij de keuze voor een zorgverzekeraar

Om te meten in hoeverre collectiviteiten informatie over de wensen van de doelgroep ten aanzien van de zorgverzekering verzamelen, is gevraagd: “Is er voorafgaand aan de onderhandelingen van vorig jaar informatie verzameld over de wensen van de werknemers/leden/mensen met een minimum inkomen ten aanzien van de zorgverzekering voor het aanbod van 2006?” en “Is er voorafgaand aan de onderhandelingen van dit jaar informatie verzameld over de wensen van de werknemers/leden/mensen met een minimum inkomen ten aanzien van de zorgverzekering voor het aanbod van 2007?”. Hierbij waren gesloten antwoordmogelijkheden, “ja” of “nee”.

Aan de werkgevers is gevraagd of zij tijdens het onderhandelingsproces de werknemers betrokken hebben bij de beslissing over de collectieve zorgverzekering (ja/nee). De ondernemingsraad kan in meer of mindere mate betrokken zijn bij de beslissing over de collectieve zorgverzekering. In sommige gevallen kan zij helemaal niet betrokken zijn, in andere gevallen zou zij geïnformeerd kunnen worden, advies geven of betrokken zijn bij de beslissing. Deze opties zijn aan de werkgevers voorgelegd in een vraag met gesloten antwoordcategorieën.

2.3.3 *Het verloop van de onderhandelingen*

Om het verloop van de onderhandelingen in kaart te brengen is gevraagd naar hoe de contacten tussen de collectiviteiten en zorgverzekeraars tot stand zijn gekomen, naar de investeringen van collectiviteiten en zorgverzekeraars in het proces, in hoeverre er onderhandeld is, met hoeveel zorgverzekeraars en hoeveel zorgverzekeraars er uiteindelijk gecontracteerd zijn voor de collectieve zorgverzekering.

Totstandkoming contacten

Contacten tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars kunnen op verschillende manieren tot stand komen. Er konden al contacten zijn voor de onderhandelingen, collectiviteiten kunnen aanbesteden, zij kunnen tussenpersonen inschakelen, zich aansluiten bij andere organisaties of op eigen initiatief zorgverzekeraars benaderen. Zorgverzekeraars kunnen ook collectiviteiten op eigen initiatief benaderen. Deze opties zijn in verschillende vragen aan de collectiviteiten voorgelegd. Er is tevens gevraagd naar het aantal zorgverzekeraars

dat men zelf als collectief benaderd heeft of het aantal zorgverzekeraars waardoor men benaderd is.

Investering

Aan de collectiviteiten is niet alleen gevraagd hoeveel zorgverzekeraars zij benaderd hebben maar ook hoeveel maanden zij besteed hebben aan het zoeken naar en onderhandelen over een collectieve zorgverzekering. Daarnaast is gevraagd naar het aantal medewerkers dat zij hiervoor hebben ingezet. Beide vragen hadden gesloten antwoordcategorieën.

Om een beeld te krijgen van de bereidheid van zorgverzekeraars om te investeren in de onderhandelingen met de collectiviteiten is aan de collectiviteiten per gecontracteerde zorgverzekeraar gevraagd of deze langs is gekomen om het aanbod te presenteren (ja/nee), of deze langs is gekomen voor een gesprek of onderhandelingen hierover (ja/nee) en of er relatiegeschenken gestuurd zijn (ja/nee).

Totstandkoming van contracten

Om te meten in hoeverre er daadwerkelijk onderhandeld is bij de totstandkoming van de contracten is per gecontracteerde zorgverzekeraar de volgende vraag gesteld: “Welke omschrijving past het beste bij de manier waarop het collectieve contract met de zorgverzekeraar(s) tot stand is gekomen?” Hierbij liepen de antwoordopties op qua onderhandelingsmogelijkheid; van “vaststaand aanbod zonder inhoudelijke onderhandelingsmogelijkheden” naar “aanbod is geheel ontwikkeld in samenwerking met uw organisatie”. Er was ook nog een optie: “aanbod is hetzelfde als vorig jaar.” (zie paragraaf 4.3)

Aantal zorgverzekeraars waarmee is onderhandeld

Om het aantal zorgverzekeraars waarmee de collectiviteiten onderhandeld hebben te meten is gevraagd: “Met hoeveel zorgverzekeraars is gesproken en/of onderhandeld over de collectieve zorgverzekering?” De antwoordcategorieën liepen hierbij op van 1 zorgverzekeraar tot 5 of meer zorgverzekeraars.

Aantal zorgverzekeraars dat is gecontracteerd

Dit is gemeten door de volgende vraag: “Met hoeveel zorgverzekeraars is er een collectief contract voor de zorgverzekering afgesloten?” De antwoordcategorieën liepen hierbij op van 1 zorgverzekeraar tot 5 of meer zorgverzekeraars.

2.3.4 De uitkomsten van de onderhandelingen

Om de uitkomsten van de onderhandelingen in kaart te brengen is gekeken naar welke verzekeringen collectief worden aangeboden en voor wie deze toegankelijk zijn, naar de afgesproken kortingen, overige afspraken die gemaakt zijn en de instroom in de collectieve zorgverzekering met bijbehorende afspraken.

Aanbod en toegankelijkheid

De collectiviteiten kunnen een collectieve basisverzekering, een collectieve aanvullende verzekering of beide aanbieden. Deze verzekeringen kunnen bij werkgevers toegankelijk zijn voor de werknemers, gezinsleden van werknemers, gepensioneerden e.d., in het buitenland verblijvende werknemers en vanuit het buitenland in Nederland verblijvende werknemers. Voor verenigingen en overige collectiviteiten kunnen deze verzekeringen toegankelijk zijn voor de leden/mensen met minimum inkomen (in geval van gemeenten) en wellicht voor hun gezinsleden. Deze opties zijn per soort verzekering (basis of aanvullend) voorgelegd aan de collectiviteiten.

Afgesproken kortingen

In een open vraag is de collectiviteiten gevraagd per gecontracteerde zorgverzekeraar in te vullen welke korting (in percentages) er is afgesproken voor de basisverzekering en voor de aanvullende verzekering voor 2006 en 2007.

Overige afspraken

Naast kortingen kunnen de collectiviteiten ook nog allerlei andere afspraken maken met de zorgverzekeraars. Men kan hierbij denken aan afspraken over de dekking van de aanvullende verzekering, omdat deze niet vastligt zoals bij de basisverzekering, of andere inhoudelijke afspraken. Deels zijn dit dezelfde aspecten die eerder gevraagd zijn bij wat de collectiviteiten belangrijk vinden in de keuze voor een zorgverzekeraar. Deze aspecten zijn aangevuld met andere aspecten waarover afspraken gemaakt zouden kunnen worden, zoals kortingen op andere verzekeringen, de premiestijging van de basis zorgverzekering en meerjarige kortingspercentages. Het zou ook kunnen dat de zorgverzekering gecombineerd wordt met andere verzekeringen. Verder kunnen collectiviteiten een regeling afspreken waarbij zij de incasso doen, bijvoorbeeld door de nominale premie in te houden op loon van werknemers, of afspreken dat voor de aanvullende verzekeringen vrije acceptatie geldt. Er is ook gevraagd naar afspraken over een minimaal deelnemerspercentage, over het stimuleren van deelname aan de collectieve zorgverzekering door het collectief, over de duur van het collectieve contract, de mogelijkheid om het contract te ontbinden als de premie van de basisverzekering te sterk stijgt, of een afspraak dat er geen andere zorgverzekeraars worden gecontracteerd. Het collectief kan ook afspreken dat het een financiële bijdrage levert aan de zorgverzekering van de doelgroep. Voor werkgevers wordt hier bedoeld een extra financiële bijdrage voor de werknemers bovenop de wettelijke bijdrage.

Het kan ook zo zijn dat de zorgverzekeraar een financiële bijdrage levert aan het collectief of aan de collectief verzekerde om zo de deelname aan de collectieve zorgverzekering te stimuleren. Verder kan er afgesproken worden dat de collectieve aanvullende verzekering alleen kan worden afgesloten als er ook een collectieve basisverzekering wordt afgesloten bij dezelfde verzekeraar of dat alle collectief verzekerden in hetzelfde gezin dezelfde polis afsluiten. Gemeenten zouden voor hun doelgroep de risico's kunnen verminderen door af te spreken dat er geen eigen risico wordt geboden of dat verzekerden niet geroyeerd kunnen worden als zij een premieachterstand hebben. Alle bovenstaande afspraken zijn aan de respondenten voorgelegd waarbij ze telkens konden aangeven of deze afspraak met de gecontracteerde zorgverzekeraar gemaakt was of niet.

Instream in collectieve zorgverzekering

Om te meten wat precies de instroom in de collectieve zorgverzekering was is in een open vraag per gecontracteerde zorgverzekeraar gevraagd in te vullen hoeveel werknemers/ leden/mensen met een minimum inkomen er in 2006 bij deze zorgverzekeraar collectief verzekerd waren via de eigen organisatie. Hierbij kon men het aantal invullen, of het percentage van het aantal mensen voor wie het aanbod gold.

2.3.5 De tevredenheid over de gecontracteerde zorgverzekeraars

De tevredenheid van de collectiviteiten is gemeten door per gecontracteerde zorgverzekeraar te vragen naar het cijfer dat zij deze geven, waarbij een schaal gebruikt is van 0, de slechtst mogelijke zorgverzekeraar tot 10, de best mogelijke zorgverzekeraar. Verder is gevraagd of het collectief de gecontracteerde zorgverzekeraar zou aanbevelen bij andere organisaties, hierbij is een 4-puntsschaal gebruikt (zeker niet, waarschijnlijk niet, waarschijnlijk wel of zeker wel). Tot slot is gevraagd of het collectief klachten heeft gehad van de collectief verzekerden over de gecontracteerde zorgverzekeraar.

2.4 Werving van de respondenten

Mogelijke respondenten voor het onderzoek zijn verkregen via het Consumentenpanel van het NIVEL. Panelleden is gevraagd of ze een collectieve zorgverzekering hadden, en zo ja via welke organisatie en of er met deze organisatie contact opgenomen mocht worden. Deze methode van werving is afgeleid van onderzoek naar organisaties in Amerika (Kalleberg et al., 1996). De steekproef van de werkgeverscollectiviteiten is geheel hieruit afkomstig. Voor verenigingen en overige collectiviteiten is het aantal respondenten uitgebreid met gegevens van de Consumentenbond over organisaties die collectieve zorgverzekeringen aanbieden en informatie over collectieve zorgverzekeringen op de website www.kiesBeter.nl en het internet. Het aantal gemeenten is aangevuld met vijf grote gemeenten.

Op deze manier zijn 209 organisaties met een collectief contract gevonden (tabel 2.1). Deze organisaties zijn telefonisch benaderd en gevraagd naar een contactpersoon die betrokken is geweest bij de collectieve onderhandelingen voor de zorgverzekering. Hierbij zijn de gegevens van deze contactpersoon en het persoonlijke emailadres gevraagd. Verschillende collectiviteiten zijn in dit proces afgevallen als mogelijke respondenten omdat ze niet wilde meedoen aan een onderzoek, of omdat de collectieve zorgverzekering niet door hen zelf maar door een overkoepelende organisatie is geregeld. In dit laatste geval is de overkoepelende organisatie benaderd. In totaal zijn op deze manier 159 potentiële respondenten verkregen; 100 werkgevers en 59 verenigingen of overige collectiviteiten.

Deze respondenten zijn bevraagd door middel van een digitale vragenlijst verstuurd naar hun emailadres. De data zijn verzameld in de periode eind november tot en met half december. Er zijn twee reminders verstuurd. Van de werkgevers heeft één respondent een interview gegeven over de collectieve zorgverzekering voor de werknemers, omdat dit

bedrijf voor 2006 tien en voor 2007 twaalf zorgverzekeraars gecontracteerd had en de vragenlijst niet goed kon invullen. Ook voor een vereniging die meerdere zorgverzekeraars gecontracteerd had voor 2006 en 2007, zijn in een telefonisch overleg de gegevens aangepast. De gegevens van deze twee respondenten zijn toegevoegd aan het databestand. De rest van de respondenten hebben de digitale vragenlijst ingevuld. In de vragenlijst is ook gevraagd of de collectiviteiten contracten en polissen wilden opsturen. In totaal zijn er 14 polissen en/of contracten ontvangen. Informatie hieruit is gebruikt als illustratie bij de data uit de vragenlijsten. Dit geldt ook voor extra informatie uit het gegeven interview.

Tabel 2.1 Werving van respondenten en verkregen respons per soort collectief

collectief	pilot	telefonisch benaderde organisaties	verkregen aantal mogelijke respondenten	respons
werkgevers	2	143	100	19 [19%]
patiëntenverenigingen	1	24	24	10 [42%]
overige collectiviteiten	1	42	35	13 [37%]
totaal	3	209	159	42 [26%]

2.5 Kenmerken van de respondenten

In totaal hebben 42 organisaties mee gedaan aan het onderzoek, dit is een respons van 26%. Er hebben 19 werkgevers en 23 verenigingen en overige collectiviteiten meegedaan aan dit onderzoek (tabel 2.1). Onder de verenigingen en overige collectiviteiten was de respons hoger dan onder de werkgevers. Van de 24 patiëntenverenigingen die een vragenlijst hebben gekregen, hebben er tien een ingevulde vragenlijst teruggestuurd (42%). Vanwege deze lage respons kunnen de resultaten van dit onderzoek enkel opgevat worden als indicaties van de manier waarop de onderhandelingen plaats hebben gevonden en de afspraken die gemaakt zijn voor werkgevers en verenigingen. Van de overige collectiviteiten waren er drie ouderenbonden, vijf gemeenten, één internet collectief, en vier andere verenigingen (namelijk één studentenvereniging, twee ledenorganisaties van thuiszorginstellingen en een vereniging van oud-medewerkers). De grootte van de bedrijven varieert van 190 tot en met 180.000 medewerkers (tabel 2.2). De grootte van het ledenbestand of het aantal mensen dat aanspraak kan maken op de collectieve zorgverzekering van de verenigingen en overige collectiviteiten varieert van 650 tot 800.000. De patiëntenverenigingen hebben gemiddeld genomen minder leden dan de overige collectiviteiten. Voor twee van de overige collectiviteiten, namelijk de studentenvereniging en een internet collectief, is dit aantal onbekend omdat in principe iedereen, die valt onder de doelgroep, gebruik kan maken van het collectieve aanbod. Het collectieve aanbod van de studentenvereniging geldt voor alle studenten die ingeschreven staan bij één van de Nederlandse universiteiten of hogescholen; ze hoeven hiervoor niet lid te worden van de vereniging. Voor het internet collectief is het potentiële aantal leden de gehele bevolking; bij aanmelding voor de collectieve zorgverzekering via het internet wordt men tevens lid van het collectief.

Tabel 2.2 Aantal potentieel collectief verzekerden per soort collectief

soort collectief	grootte organisatie			
	minimum	maximum	gemiddelde	mediaan
werkgevers (n=19)	190	180.000	21.243	4.750
patiëntenverenigingen (n=10)	650	30.000	8415	6600
overige collectiviteiten (n=11)	1150	800.000	119.286	43000

De werkgevers komen uit zeven verschillende sectoren: vijf van de negentien organisaties komen uit de gezondheids- en welzijnszorg, vier organisaties uit het onderwijs, drie organisaties komen uit het openbaar bestuur en overheidsdiensten, drie organisaties uit de industrie, twee uit de sector vervoer, opslag en communicatie, één organisatie zit in de horeca en er zat één financiële instelling tussen de respondenten.

2.6 Non-respons

Van de werkgevers weten we dat in het oorspronkelijke bestand van werkgevers die telefonisch benaderd zijn de meerderheid van de werkgevers meer dan 500 werknemers in dienst had. In de uiteindelijke responsgroep hebben de meeste respondenten meer dan 500 werknemers in dienst (tabel 2.3).

Tabel 2.3 Vergelijking van het percentage werkgevers dat telefonisch benaderd is en de werkgevers in de uiteindelijke respons groep op organisatieomvang en sector

kenmerken	werkgevers	
	telefonische benaderd (n=143)	respons (n=19)
Grootte organisatie:		
10 tot 200 personen	13%	5%
200 tot 500 personen	15%	5%
meer dan 500 personen	71%	89%
<i>missing</i>	1%	0%
Sector:		
gezondheids- en welzijnszorg	20%	26%
industrie	18%	16%
openbaar bestuur	15%	16%
onderwijs	8%	21%
financiële instellingen	6%	5%
vervoer, opslag en communicatie	5%	11%
horeca	1%	5%
overige sectoren	16%	0%
<i>missing</i>	10%	0%

Qua sectoren is de verdeling in het oorspronkelijke bestand van werkgevers ongeveer gelijk aan de verdeling in de uiteindelijke responsgroep, alleen het aantal werkgevers in de sector onderwijs is groter en er zijn minder sectoren vertegenwoordigd (tabel 2.3). Van de 24 patiëntenverenigingen uit het oorspronkelijke bestand zijn de gegevens over het aantal leden onbekend, van de 42 overige collectiviteiten weten we dat 18 collectiviteiten meer dan 500 leden hadden, voor de andere collectiviteiten is dit onbekend. Bij navraag bij enkele respondenten bleek tijdsgebrek de belangrijkste reden om de vragenlijst niet in te vullen.

2.7 Analyses

De data zijn geanalyseerd op het niveau van de collectiviteiten om deze met elkaar te kunnen vergelijken. Dat wil zeggen dat voor collectiviteiten die meerdere zorgverzekeraars gecontracteerd hadden de data geaggregeerd zijn. Hierbij zijn de antwoorden gemiddeld. Voor elk collectief dat meerdere zorgverzekeraars gecontracteerd had, is de instroom per gecontracteerde zorgverzekeraar niet gemiddeld maar opgeteld om zo op het niveau van het collectief de totale instroom in de collectieve verzekering te verkrijgen. 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 op de gevonden resultaten. Daar waar verschillen tussen patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten leken te bestaan is er voor beide groepen apart gerapporteerd. Mogelijke verschillen tussen de soorten collectiviteiten (werkgevers, patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten) zijn niet getoetst. Tussendoor in de tekst zijn illustraties gegeven afkomstig uit een interview met een werkgever en uit de verzamelde contracten, deze staan telkens apart in een box weergegeven.

3 De keuze voor een zorgverzekeraar

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op aspecten die een rol hebben gespeeld in de keuze van de collectiviteiten voor een zorgverzekeraar: zoals de contracten die al liepen vóór de stelselwijziging (3.1), de reden van werkgevers om een collectief contract af te sluiten (3.2), aspecten die een rol spelen in de keuze voor een zorgverzekeraar (3.3) en of de collectiviteiten de doelgroep betrekken bij de keuze voor een zorgverzekeraar (3.4).

3.1 Contracten met zorgverzekeraars vóór de stelselwijziging

Bij 17 werkgevers (89%) en bij zes verenigingen en overige collectiviteiten (26%) was het vóór de stelselwijziging ook al mogelijk voor werknemers of leden/mensen met een minimum inkomen om via de organisatie een collectieve zorgverzekering af te sluiten². Bij de laatste groep gaat dit om de overige collectiviteiten, zoals de gemeenten en de ledenverenigingen in de gezondheidszorg en een vereniging voor oud-medewerkers. Uit het interview met een werkgever bleek dat zorgverzekeraars in voorbereiding op de stelselwijziging al vóór 2005 collectieve contracten begonnen te sluiten met de werkgever, soms ook pas in 2005 met terugwerkende kracht voor dat jaar. Bij alle overige collectiviteiten en bij 13 werkgevers (76%) is de zorgverzekeraar die in 2005 of daarvoor gecontracteerd was in 2006 opnieuw gecontracteerd, bij vier werkgevers is dit niet zo geweest (24%) (tabel 3.1). Eén collectief (uit de categorie overig) had voor 2006 nog geen collectief contract voor de zorgverzekering, pas voor 2007 hebben zij een collectief contract gesloten.

Tabel 3.1 Aantal werkgevers en verenigingen/overige collectiviteiten dat voor 2005 of de jaren daarvoor al een zorgverzekeraar gecontracteerd had en het aantal dat deze zorgverzekeraar opnieuw gecontracteerd heeft voor 2006

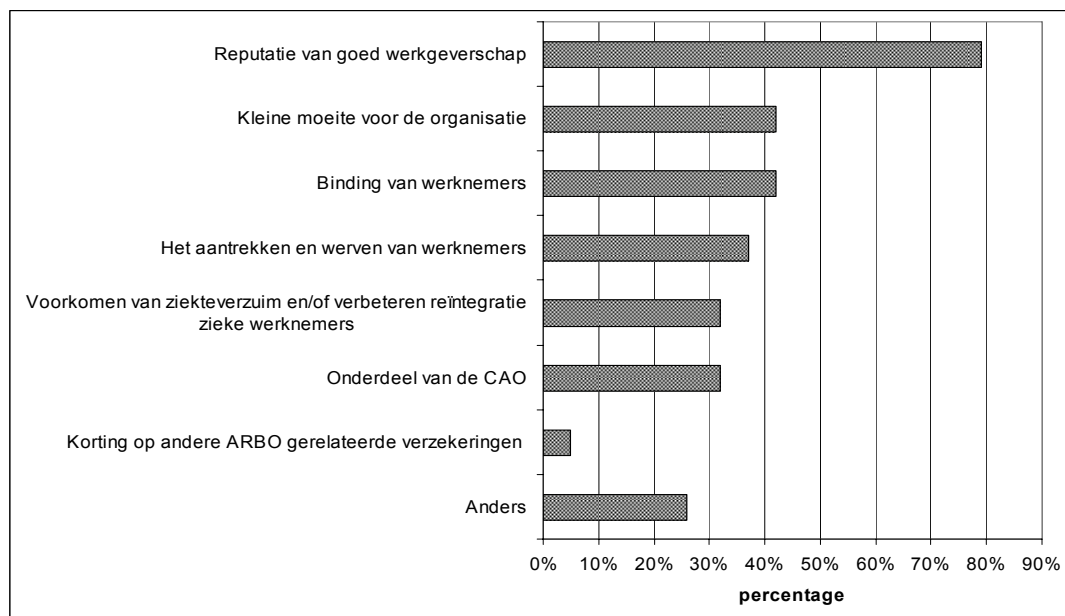
	werkgever (n=19)	vereniging/overig (n =23)	totaal
aantal organisaties dat vóór 2006 al een zorgverzekeraar gecontracteerd had	17 (89%)	6 (26%)	23
aantal organisaties dat in 2006 dezelfde zorgverzekeraar opnieuw gecontracteerd heeft	13 (76%)	6 (100%)	19

² In het oude zorgstelsel was het mogelijk voor gemeenten en verenigingen om in aanvulling op de ziekenfondsverzekering collectieve aanvullende zorgverzekeringen af te sluiten.

3.2 Belangrijkste redenen om een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan werknemers

Aan de werkgevers is gevraagd waarom zij besloten hebben een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan hun werknemers. Als belangrijkste reden om een collectieve zorgverzekering aan te bieden noemen zij: de reputatie van goed werkgeverschap (15 bedrijven, 79%), de binding van de werknemers (acht bedrijven, 42%), het aantrekken en werven van werknemers (zeven bedrijven, 37%). Daarnaast vinden acht bedrijven (42%) het een kleine moeite om een collectieve zorgverzekering aan te bieden aan de werknemers (figuur 3.1). Voor zes werkgevers (32%) is de collectieve zorgverzekering onderdeel van de CAO. Het voorkomen van ziekteverzuim en/of verbeteren van de reïntegratie van zieke werknemers wordt door zes bedrijven genoemd (32%). Als andere redenen worden nog genoemd door twee werkgevers de voortzetting van al bestaande collectieve zorgverzekering, een enkele werkgever noemt de zorgplicht van de werkgever, de koppeling aan het verzuimbeleid en het verkrijgen van voordeel voor het personeel.

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



3.3 Belangrijke aspecten in de keuze voor een zorgverzekeraar

Er is op twee manieren gekeken naar hoe de collectiviteiten een keuze maken voor een zorgverzekeraar. Er is gevraagd naar hoe belangrijk zij een aantal aspecten vonden in de keuze voor een zorgverzekeraar (op een 5-puntsschaal), vervolgens is gevraagd welke aspecten zij doorslaggevend vonden in de keuze, hierbij waren meerdere antwoorden mogelijk.

Belangrijk in de keuze voor een zorgverzekeraar vonden zowel werkgevers als verenigingen en overige collectiviteiten de premie en premiekorting voor de basisverzekering, de premie, korting en dekking van de aanvullende verzekering, de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders, de service en de reputatie van de zorgverzekeraar (tabel 3.2).

Tabel 3.2 Percentage collectiviteiten dat een aspect (erg) belangrijk vond en een aspect doorslaggevend vond in de keuze voor een zorgverzekeraar voor 2006 en 2007

aspect	werkgevers (n=19)			verenigingen en overige collectiviteiten (n=23)*		
	(erg) belang- rijk	doorslaggevend		(erg) belang- rijk	doorslaggevend	
		2006	2007		2006	2007
premie						
premierekorting op de aanvullende verzekering	95%	68%	63%	83%	59%	52%
premierekorting op de basisverzekering	89%	74%	58%	87%	55%	61%
premie voor de aanvullende verzekering	89%	63%	47%	78%	46%	39%
premie voor de basisverzekering	84%	74%	47%	70%	46%	39%
eigen risico en bijbehorende premiekorting	21%	16%	11%	35%	14%	17%
inhoudelijke aspecten						
dekking van de aanvullende verzekering	89%	63%	53%	100%	64%	57%
kwaliteit van gecontracteerde zorgaanbieders	79%	42%	32%	96%	50%	39%
dekking van specifieke hulpmiddelen/medicijnen	63%	11%	11%	78%	55%	44%
inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's	37%	11%	5%	65%	32%	30%
kwaliteit van de zorgverzekeraar						
service van de zorgverzekeraar	84%	58%	47%	100%	73%	57%
reputatie van de zorgverzekeraar	79%	47%	26%	78%	36%	26%
geografische aspecten						
landelijke dekking van de zorgverzekeraar	68%	37%	21%	78%	55%	39%
regionale dekking van de zorgverzekeraar	37%	16%	11%	52%	27%	9%
connecties met zorgverzekeraar						
eerder contract met de zorgverzekeraar	74%	58%	42%	22%	32%	30%
aantal werknemers/leden al verzekerd bij zorgverzekeraar	47%	32%	42%	22%	23%	22%
contract(en) die zorgverzekeraar heeft met andere organisaties in het netwerk van de organisatie	26%	5%	5%	30%	23%	22%
aansluiting bij andere organisaties (bv. brancheorganisatie)	16%	0%	0%	17%	0%	0%
andere afgesloten (bedrijfs-)verzekeringen met zorgverzekeraar	5%	0%	0%	9%	9%	9%
overige aspecten						
vrije keuze van zorgaanbieder	68%	37%	21%	65%	36%	39%
type verzekering (naturapolis/restitutiepolis)	47%	26%	11%	48%	27%	17%
contractering van voorkeur-zorgaanbieders	11%	0%	0%	39%	14%	13%

* één organisatie had in 2006 geen contract met een zorgverzekeraar

Verenigingen en overige collectiviteiten lijken in de keuze voor een aanbod van een zorgverzekeraar meer nadruk te leggen op de dekking van de aanvullende verzekering, de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders, de service van de zorgverzekeraar, de dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen en inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's. Ook landelijke dekking wordt door verenigingen en overige collectiviteiten vaker belangrijk gevonden. Van de 19 werkgevers vinden 14 (74%) een eerder contract met de zorgverzekeraar een belangrijk aspect in keuze, bij de verenigingen en overige collectiviteiten speelde dit minder een rol, omdat een groot deel van deze collectiviteiten vóór 2006 geen contracten had gesloten met zorgverzekeraars voor de zorgverzekering (tabel 3.2).

Van doorslaggevend belang in de keuze voor een zorgverzekeraar voor 2006 is voor het merendeel van de werkgevers de premie en premiekorting op de basis- en aanvullende verzekering en de dekking van de aanvullende verzekering. Het merendeel van de verenigingen en overige collectiviteiten vindt de service van de zorgverzekeraar, de dekking van de aanvullende verzekering en de premiekorting op de aanvullende verzekering doorslaggevend in de keuze voor een zorgverzekeraar. Ongeveer de helft vindt tevens de premiekorting op de basisverzekering, de dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen en de landelijke dekking van de zorgverzekeraar doorslaggevend (tabel 3.2).

Voor 2007 valt op dat de meeste aspecten door minder collectiviteiten doorslaggevend gevonden worden. Voor de werkgevers wordt het aantal werknemers dat al verzekerd is bij de zorgverzekeraar vaker doorslaggevend gevonden dan in 2006. De verenigingen en overige collectiviteiten vinden de premiekorting op de basisverzekering meer doorslaggevend in 2007 dan in 2006. In de tabel valt op dat aspecten zoals de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders en de dekking van specifieke hulpmiddelen en/of medicijnen wel belangrijk gevonden worden door een groot aantal collectiviteiten maar minder een doorslaggevende rol spelen in de uiteindelijke keuze voor een zorgverzekeraar. Wellicht omdat deze aspecten wel belangrijk gevonden worden, maar niet goed te vergelijken zijn tussen de verschillende zorgverzekeraars waardoor de uiteindelijke keuze voor een zorgverzekeraar niet op deze aspecten gebaseerd wordt. Drie werkgevers gaven ook nog andere redenen op die doorslaggevend waren in de keuze voor een zorgverzekeraar, namelijk: de aansluiting bij een samenwerkingspartner, de prijs/kwaliteit verhouding en opgenomen regelingen in de CAO ten aanzien van de collectieve zorgverzekering. Ook wordt de prestatie over 2006 genoemd als doorslaggevende reden voor de keuze van 2007. Acht verenigingen of overige collectiviteiten (36%) noemen andere redenen zoals de bereidheid van de zorgverzekeraar om te werken aan zorgverbetering voor de doelgroep en geboden voordelen voor de doelgroep, een exclusief contract voor drie jaar, een goede prijs/kwaliteit verhouding, regionale gemeentelijke samenwerking en sponsoring van het lustrum. Eén organisatie noemt ruime keuzemogelijkheden voor de leden als reden om meerdere zorgverzekeraars te contracteren. Door een andere organisatie wordt juist genoemd dat er niets te kiezen viel omdat er van de negen benaderde zorgverzekeraars maar één zorgverzekeraar bereid was een collectief contract met hen te sluiten. Voor 2007 worden goede ervaringen in het voorgaande jaar, premieverlaging en betere dekking, maar ook vrees voor zware administratieve last bij overstappen naar een andere zorgverzekeraar genoemd als doorslaggevende aspecten in de keuze voor een zorgverzekeraar.

3.4 Betrekken van de doelgroep bij de keuze voor een zorgverzekeraar

Van de tien patiëntenverenigingen hebben er negen (90%) informatie verzameld over de wensen van de leden ten aanzien van de collectieve zorgverzekering voor 2006, ten opzichte van zes (50%) van de overige collectiviteiten en acht (42%) van de werkgevers. Het aantal patiëntenverenigingen dat informatie verzameld heeft over de wensen van de doelgroep is voor het aanbod van 2007 afgenomen tot vijf (50%). Voor het collectieve aanbod van 2007 hebben vijf werkgevers (26%) informatie verzameld over de wensen van de doelgroep. Voor de overige collectiviteiten is dit aantal gestegen van zes (50%) naar acht (62%). Twee collectiviteiten die in 2006 geen informatie hebben verzameld over de wensen van de doelgroep, geven aan dit voor 2007 wel te doen.

Aan werkgevers is ook gevraagd naar de betrokkenheid van de werknemers en de ondernemingsraad in de beslissing ten aanzien van de collectieve zorgverzekering. In totaal tien werkgevers (53%) hebben de werknemers van de organisatie betrokken bij de onderhandelingen voor het aanbod van de collectieve zorgverzekering voor 2006, voor het aanbod in 2007 waren dit vijf werkgevers (26%), zeven werkgevers (37%) gaven aan dat de werknemers niet betrokken zijn bij de onderhandelingen, en zeven werkgevers (37%) gaven aan dat dit niet van toepassing was omdat er waarschijnlijk niet opnieuw onderhandeld werd.

Acht werkgevers (42%) geven aan dat de ondernemingsraad niet betrokken is geweest bij de onderhandelingen voor het aanbod van 2006, vijf werkgevers (26%) geven aan dat de ondernemingsraad betrokken is geweest bij de beslissing en vijf werkgevers (32%) geven aan dat de ondernemingsraad geïnformeerd is over de beslissing over het aanbod. Voor het aanbod van 2007, verandert er weinig, bij twee werkgevers was de ondernemingsraad voor 2006 betrokken bij de beslissing terwijl zij in 2007 enkel nog advies geeft, voor één werkgever was de ondernemingsraad betrokken bij de beslissing voor 2006, maar niet meer voor het aanbod van 2007.

4 Het verloop van de onderhandelingen

In dit hoofdstuk wordt gerapporteerd over verschillende aspecten van de onderhandelingen tussen de collectiviteiten en zorgverzekeraars. Achtereenvolgens wordt besproken: de totstandkoming van het contact (4.1), de investering in de onderhandelingen (4.2), de totstandkoming van het contract (4.3), het aantal zorgverzekeraars waarmee onderhandeld is (4.4) en het aantal dat uiteindelijk gecontracteerd is (4.5).

4.1 Totstandkoming van het contact

Contacten tussen de zorgverzekeraars en collectiviteiten zijn op allerlei verschillende manieren tot stand gekomen. In totaal 14 werkgevers (74%) en zeven verenigingen en overige collectiviteiten (32%) hadden vóór de onderhandelingen voor het aanbod van 2006 al contact met de zorgverzekeraar (tabel 4.1). Geen van de verenigingen en overige collectiviteiten en maar twee van de 19 werkgevers (11%) doen voor 2006 een aanbesteding voor de collectieve zorgverzekering. Tussenpersonen worden door minder dan de helft van de werkgevers en verenigingen/overige collectiviteiten ingeschakeld. Een klein deel van de collectiviteiten is via een brancheorganisatie (in het geval van een werkgever) of andere organisaties in contact gekomen met de zorgverzekeraar.

Tabel 4.1 Verschillende vormen van totstandkoming van contact tussen collectiviteiten (in percentages) en zorgverzekeraars voor 2006 en 2007

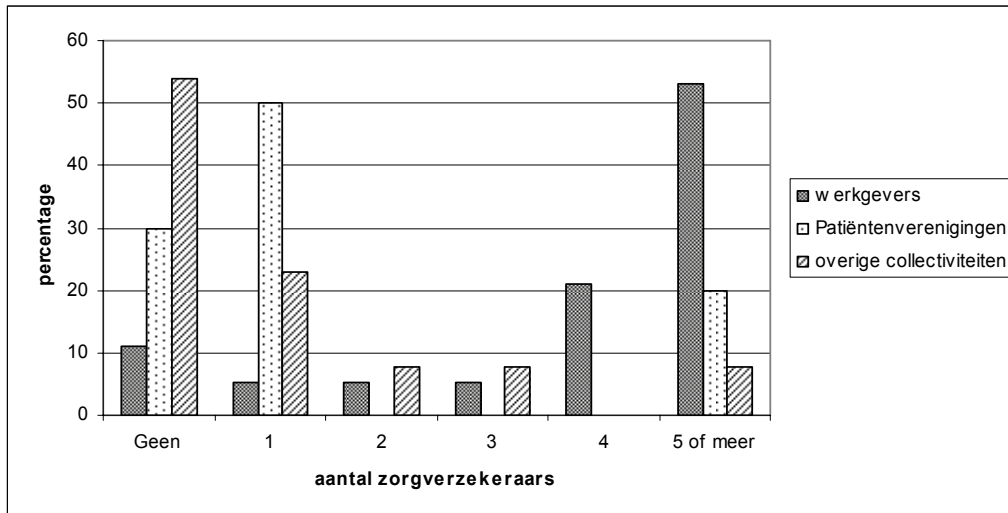
vormen van contact	werkgevers (n=19)		verenigingen en overige collectiviteiten	
	2006	2007	2006 (n=22)*	2007 (n=23)
contact bestond al	74%	100%	32%	100%
tussenpersoon ingeschakeld	37%	26%	23%	26%
aangesloten bij andere organisatie	16%	11%	18%	22%
openbare aanbesteding	11%	5%	0%	0%

* één organisatie had in 2006 geen contract met een zorgverzekeraar

In totaal 14 werkgevers (74%) zijn voor het aanbod van 2006 benaderd door vier of meer zorgverzekeraars. Bij de verenigingen en overige collectiviteiten zijn 18 organisaties (78%) maar door één zorgverzekeraar (8 organisaties) of geen zorgverzekeraar (10

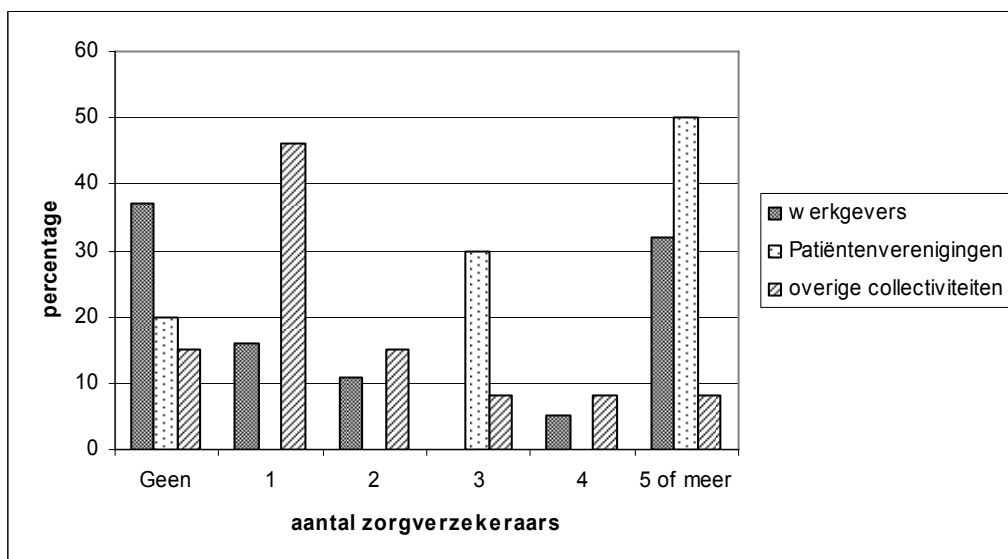
organisaties) benaderd (figuur 4.1). Verenigingen en overige collectiviteiten zijn door veel minder zorgverzekeraars benaderd dan werkgevers.

Figuur 4.1 Aantal zorgverzekeraars waardoor de collectiviteiten benaderd zijn



Van de werkgevers heeft voor het aanbod in 2006 ongeveer de helft zelf geen of één zorgverzekeraar benaderd, de andere helft heeft twee, vier, vijf of meer zorgverzekeraars benaderd. Bij de patiëntenverenigingen heeft de helft vijf of meer zorgverzekeraars benaderd. Overige collectiviteiten hebben met name één zorgverzekeraar benaderd (figuur 4.2).

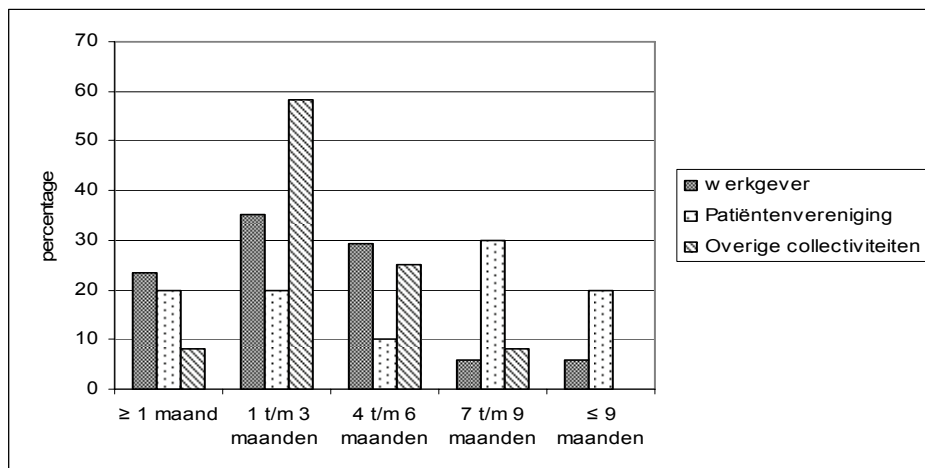
Figuur 4.2 Aantal zorgverzekeraars dat door de collectiviteiten op eigen initiatief benaderd is



4.2 Investering in de onderhandelingen

Patiëntenverenigingen zijn gemiddeld genomen meer maanden bezig geweest met het zoeken naar en onderhandelen over de collectieve zorgverzekering dan werkgevers en overige collectiviteiten (figuur 4.3). In totaal zes patiëntenverenigingen (60%) hebben hier vier of meer maanden aan besteed ten opzichte van zeven van de 17 werkgevers³ (41%), en vier van de 12 overige collectiviteiten (33%). De meeste werkgevers, zes van de 17 (35%) en de meeste overige collectiviteiten, zeven van de 12 (58%) hebben zich één tot drie maanden beziggehouden met zoeken naar en onderhandelen over de collectieve zorgverzekering voor 2006.

Figuur 4.3 Aantal maanden besteed aan het zoeken naar en onderhandelen over het collectieve contract van 2006 per soort collectief

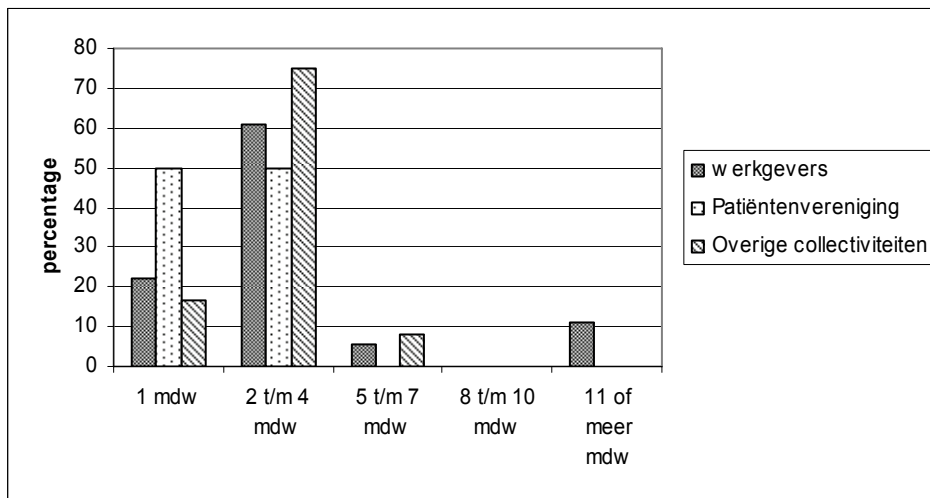


De meerderheid van de collectiviteiten heeft vier of minder medewerkers ingezet voor het zoeken naar en onderhandelen over het collectieve aanbod van 2006 (figuur 4.4). Bij de werkgevers hebben er elf (60%)⁴ twee tot vier medewerkers ingezet, bij de overige collectiviteiten zijn dit er negen (75%). Door de patiëntenverenigingen zijn de minste medewerkers ingezet, vier verenigingen (50%) hebben er twee tot en met vier ingezet, de andere vijf (50%) hebben één medewerker hiervoor ingezet.

³ Voor twee werkgevers ontbreekt informatie voor deze vraag, omdat de respondenten dit moeilijk konden inschatten.

⁴ Voor één van de werkgevers ontbreekt informatie voor deze vraag, omdat de respondent dit niet wist.

Figuur 4.4 Aantal ingezette medewerkers voor het zoeken naar en onderhandelen over het collectieve contract van 2006 per soort collectief



Tabel 4.2 Percentage collectiviteiten waarbij zorgverzekeraars presentaties hebben gegeven, langsgesproken zijn voor een gesprek of onderhandelingen en relatiegeschenken gestuurd hebben voor het contract van 2006 en 2007*

zorgverzekeraars hebben:	werkgevers		verenigingen en overige collectiviteiten	
	2006 (n=18) ⁵	2007 (n=18)	2006 (n=22)	2007 (n=23)
een presentatie gegeven over het aanbod	89%	28%	82%	74%
zijn langsgesproken voor gesprek en/of onderhandelingen	89%	56%	95%	74%
hebben relatie geschenken gestuurd	6%	0%	9%	13%

* soms verschilde dit per gecontracteerde zorgverzekeraar; alle collectiviteiten die aangeven dat één of meerdere van de gecontracteerde zorgverzekeraars deze acties hebben ondernomen zijn meegenomen in het percentage

Er is ook gekeken naar de geneigdheid van zorgverzekeraars om in de onderhandelingen te investeren. Uit de resultaten blijkt dat zorgverzekeraars in 2006 bij een meerderheid van de collectiviteiten zijn langs gekomen om het aanbod te presenteren en hierover te praten of onderhandelen. Voor 2007 is dit met name bij de werkgevers afgenomen, bij de verenigingen en overige collectiviteiten zijn er voor 2007 bij 17 van de organisaties (74%) nog presentaties en gesprekken/onderhandelingen gevoerd met de zorgverzekeraars. Over het algemeen zijn er voor 2006 en 2007 bijna geen relatiegeschenken

⁵ Aantal respondenten is hier 18 omdat voor één van de werkgevers dit onderdeel niet van toepassing is, vanwege een aparte onderhandelings situatie

gestuurd volgens de collectiviteiten (tabel 4.2). Eén werkgever die met tien zorgverzekeraars contracten heeft gesloten, heeft enkel met de gefuseerde partijen onderhandeld om zo het aantal onderhandelingen te beperken. Vanwege fusies tussen de verschillende zorgverzekeraars (labels) was het mogelijk om voor verschillende labels met één gefuseerde partij te onderhandelen. Wel werd met elk achterliggende zorgverzekeraar (label) een eigen contract gesloten.

4.3 Totstandkoming van het contract

Voor het aanbod van 2006 hebben de meeste collectiviteiten met de zorgverzekeraars onderhandeld over de inhoud van de contracten, maar bij vier werkgevers (21%) en bij twee verenigingen of overige collectiviteiten (9%) is er een vaststaand aanbod gedaan door de zorgverzekeraar dat is aangenomen zonder hierover te onderhandelen (tabel 4.3).

Tabel 4.3 Totstandkoming van het contract voor 2006 per soort collectief

mate van onderhandelen	werkgevers (n=19)	verenigingen/overige collectiviteiten (n=22)
Er is een vaststaand aanbod gedaan door de zorgverzekeraar aan de organisatie (zonder inhoudelijke onderhandelingsmogelijkheden) dat is aangenomen	21%	9%
Het eerste aanbod van de zorgverzekeraar is op verzoek van de organisatie gewijzigd op één of meerdere punten	37%	36%
Er is voorafgaand aan het eerste aanbod van de zorgverzekeraar onderhandeld met de organisatie, waarna het aanbod tot stand is gekomen	11%	41%
Het aanbod van de zorgverzekeraar is geheel ontwikkeld in samenwerking met de organisatie	32%	14%

Bij zeven werkgevers (37%) en acht verenigingen/overige collectiviteiten (36%) is het eerste aanbod van de zorgverzekeraar op verzoek van het collectief op één of meerdere punten aangepast waarna het contract tot stand is gekomen. Bij twee werkgevers (11%) en negen verenigingen/overige collectiviteiten (41%) is voorafgaand aan het aanbod van de zorgverzekeraar al onderhandeld waarna het aanbod tot stand gekomen is. Bij zes werkgevers (32%) en drie gemeenten (14%) is het aanbod van de zorgverzekeraar geheel ontwikkeld in samenwerking met het collectief. Bij één werkgever verschilde de mate van onderhandelen per zorgverzekeraar, bij twee gecontracteerde zorgverzekeraars was sprake van een vaststaand aanbod, terwijl met één zorgverzekeraar onderhandeld is over het aanbod wat hierna op meerdere punten is aangepast.

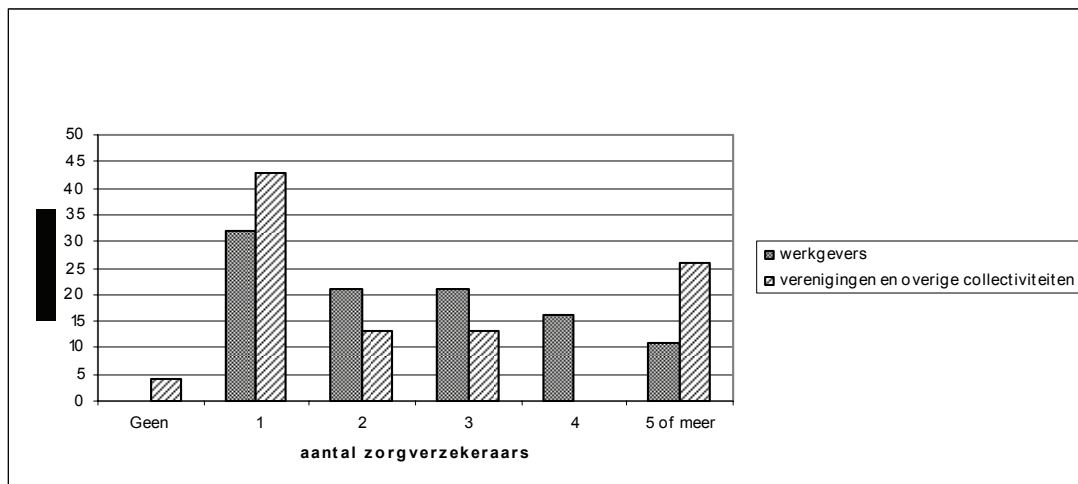
Voor het aanbod van 2007 is over het algemeen minder onderhandeld, elf werkgevers (58%) en zeven verenigingen/overige collectiviteiten (30%) geven aan dat ze niet meer onderhandeld hebben. Een groot deel van de verenigingen/overige collectiviteiten geven echter aan wel onderhandeld te hebben over het aanbod voor 2007; zes organisaties

(26%) hebben het aanbod op één of meerdere punten aangepast, zeven organisaties (30%) hebben voorafgaand aan het aanbod onderhandeld, en drie organisaties (13%) hebben het aanbod in samenwerking met de zorgverzekeraar ontwikkeld. Bovenstaande cijfers zijn per organisatie in het algemeen: sommige werkgevers en verenigingen vertonen per gecontracteerde zorgverzekeraar verschillen in de mate van onderhandelingen.

4.4 Aantal zorgverzekeraars waarmee gesproken en/of onderhandeld is

Voor 2006 heeft minder dan de helft van de collectiviteiten onderhandeld met één zorgverzekeraar, dit geldt voor zes werkgevers (32%) en tien verenigingen en overige collectiviteiten (43%) (figuur 4.5). Eén van de overige collectiviteiten had voor 2006 geen collectief contract gesloten en heeft niet gesproken of onderhandeld met zorgverzekeraars. De meerderheid heeft met twee, of meer zorgverzekeraars onderhandeld. Werknemers of leden kunnen vervolgens kiezen van welk collectief aanbod ze gebruik willen maken (zie ook Box 1).

Figuur 4.5 Aantal zorgverzekeraars waarmee gesproken of onderhandeld is voor het contract van 2006 per soort collectief



BOX 1. Meer dan tien zorgverzekeraars contracteren?

Een werkgever die meer dan tien zorgverzekeraars gecontracteerd heeft geeft hiervoor als reden dat men zelf de werknemers een keuze willen laten maken, en niet als werkgever het collectieve aanbod beperken. Om te bewerkstelligen dat de zorgverzekeraars binnen het collectieve aanbod de concurrentiestrijd aangaan, wordt het collectieve aanbod van de zorgverzekeraar overzichtelijk naast elkaar gezet. Op deze manier kunnen werknemers de zorgverzekeraars met elkaar vergelijken.

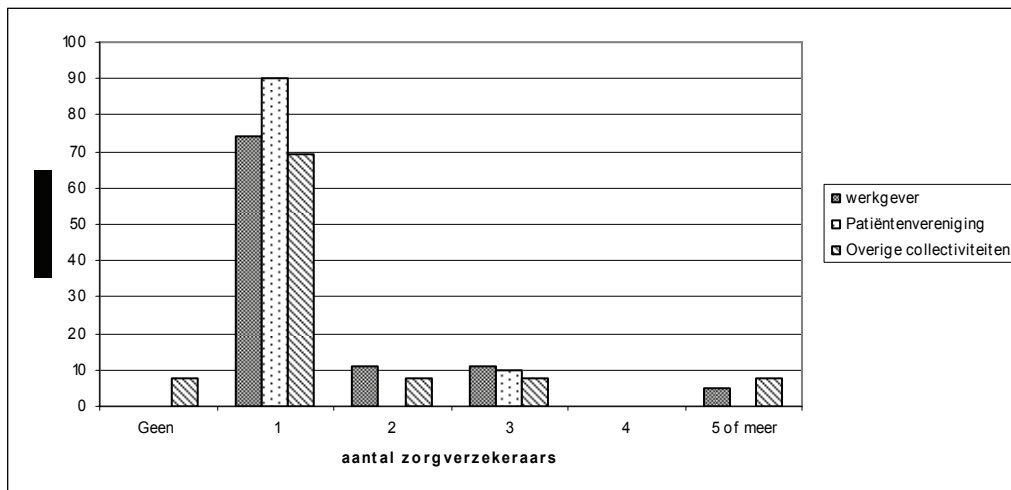
Bron: interview werkgever

Voor het aanbod van 2007 hebben de collectiviteiten met minder zorgverzekeraars onderhandeld: elf werkgevers (58%) en elf verenigingen en overige collectiviteiten (48%) hebben maar met één zorgverzekeraar onderhandeld.

4.5 Aantal gecontracteerde zorgverzekeraars

Voor het aanbod van 2006 heeft de meerderheid van de collectiviteiten met één zorgverzekeraar een contract gesloten (figuur 4.6). Eén collectiviteit had in 2006 nog geen contract. Eén van de overige collectiviteiten had voor het aanbod van 2006 met meer dan vijf collectiviteiten een contract gesloten.

Figuur 4.6 Aantal gecontracteerde zorgverzekeraars voor 2006 per soort collectief



Opnieuw contracteren in 2007

Alle werkgevers hebben in 2007 dezelfde zorgverzekeraars gecontracteerd als in 2006. Eén werkgever heeft voor 2007 twee extra labels gecontracteerd vanwege de fusie van deze zorgverzekeraars met een in 2006 al gecontracteerde zorgverzekeraar. Het merendeel van de verenigingen en overige collectiviteiten heeft ook dezelfde zorgverzekeraars gecontracteerd in 2007 als in 2006. Het collectief dat voor 2006 geen zorgverzekeraar had gecontracteerd, heeft er voor 2007 twee gecontracteerd. Twee organisaties die ieder één zorgverzekeraar gecontracteerd hadden in 2006 hebben in 2007 een tweede zorgverzekeraar gecontracteerd. Eén organisatie die meerdere zorgverzekeraars gecontracteerd had in 2006, heeft in 2007 één zorgverzekeraar niet meer gecontracteerd en een contract gesloten met een andere zorgverzekeraar voor 2007. De reden om deze zorgverzekeraar niet meer te contracteren is dat er door een andere gecontracteerde zorgverzekeraar eisen werden gesteld aan het aantal te contracteren zorgverzekeraars, waardoor een keuze gemaakt moest worden tussen twee verzekeraars.

5 Uitkomsten van de onderhandelingen

In dit hoofdstuk wordt besproken wat er in de onderhandelingen van collectiviteiten met zorgverzekeraars is afgesproken en wat de instroom in de collectieve zorgverzekering was. Achtereenvolgens wordt besproken voor welke verzekeringen collectief een contract is gesloten en voor wie deze toegankelijk zijn (5.1), welke kortingen zijn afgesproken (5.2), aspecten waarover afspraken zijn gemaakt (5.3) en de instroom in de collectieve zorgverzekering (5.4).

5.1 Het aanbod en de toegankelijkheid

Alle werkgevers (n=19) en alle verenigingen en overige collectiviteiten (n=23) bieden zowel de collectieve basis verzekering als de collectieve aanvullende verzekering aan. Voor de werkgevers is zowel de collectieve basisverzekering als de collectieve aanvullende verzekering toegankelijk voor alle werknemers en gezinsleden van werknemers. Gepensioneerden en VUT-ers kunnen ook bij alle werkgevers gebruik maken van de collectieve zorgverzekeringen, behalve bij één organisatie waar dit niet geldt voor alle gecontracteerde zorgverzekeraars. Bij acht werkgevers (42%) zijn de collectieve zorgverzekeringen ook toegankelijk voor in het buitenland verblijvende werknemers, bij vijf werkgevers (26%) ook voor werknemers uit het buitenland die in Nederland verblijven.

Bij de verenigingen en overige collectiviteiten zijn de collectieve basisverzekering en collectieve aanvullende verzekering toegankelijk voor alle leden. Bij de meeste verenigingen en overige collectiviteiten zijn deze ook toegankelijk voor gezinsleden, bij drie organisaties was dit niet zo. Bij de gemeenten zijn deze verzekeringen toegankelijk voor mensen met een minimum inkomen en voor hun gezinsleden, bij één gemeente waren de verzekeringen niet toegankelijk voor gezinsleden.

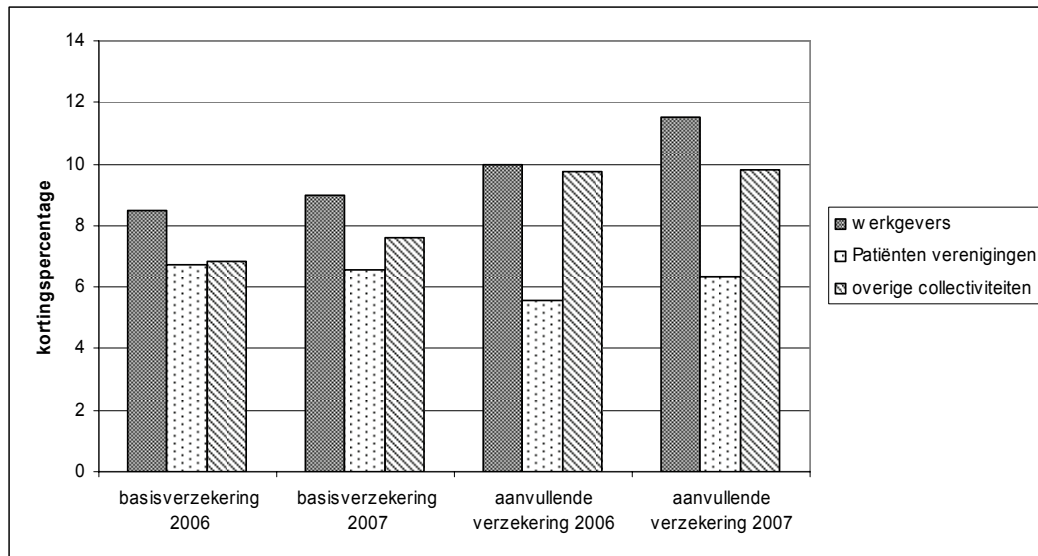
5.2 Afgesproken kortingen op basis- en aanvullende verzekering

Door sommige collectiviteiten is de afgesproken korting niet ingevuld, het precieze aantal collectiviteiten (n) waarop de gegevens gebaseerd zijn staat telkens tussen haakjes aangegeven bij het genoemde kortingsgetal.

De gemiddelde collectieve kortingen afgesproken voor de *basisverzekering* van 2006 varieerden van 8% voor de werkgevers (sd=1.4, n=19), 7% voor de patiëntenverenigingen (sd=3.9, n=8) tot 7% voor de overige collectiviteiten (sd=1.7, n=11). Voor 2007 waren de gemiddelde collectieve kortingen op de basisverzekering 9% (sd= 1, n=18) voor de werkgevers, 7% (sd=3.2, n=10) voor de patiëntenverenigingen en 8% (sd=2, n=12) voor de overige collectiviteiten (figuur 5.1). De gemiddelde kortingen afgesproken voor de

aanvullende verzekering van 2006 en 2007 lagen over het algemeen hoger bij zowel de werkgevers als de overige collectiviteiten, voor de patiëntenverenigingen was dit niet zo. Waarop de kortingen gebaseerd zijn komt niet duidelijk naar voren. In sommige contracten staat: “de korting is gebaseerd op het aantal verzekerden binnen de collectiviteit”.

Figuur 5.1 Afgesproken kortingspercentages voor basisverzekering en aanvullende verzekering in 2006 en 2007 per soort collectief



5.3 Gemaakte afspraken

De meerderheid van de collectiviteiten hebben voor het aanbod van 2006 en 2007 afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars over de korting op de premie van de basis- en de aanvullende verzekering en de dekking van de aanvullende verzekering (tabel 5.1). Verder valt op dat de verenigingen en overige collectiviteiten vaker afspraken gemaakt hebben over inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's en dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen. Het gaat hierbij vooral om de patiëntenverenigingen; van de negen organisaties die voor het aanbod van 2006 afspraken gemaakt hebben over inhoudelijke zorgaspecten zijn er acht patiëntenverenigingen, van de elf organisaties die afspraken hebben gemaakt over de dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen zijn er acht patiëntenverenigingen. In totaal vier werkgevers voor 2006 (21%) (en vijf voor 2007, 26%) hebben speciale werkgeverspakketten voor arbeidsgerelateerde zorg afgesproken (zie ook Box 2).

Tabel 5.1 Percentage collectiviteiten dat voor het collectieve contract van 2006 en 2007 over onderstaande aspecten afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars*

aspect	werkgevers (n=19)		verenigingen en overige collectiviteiten	
	2006	2007	2006 (n=22)	2007 (n=23)
premie				
premie korting op basisverzekering	100%	100%	95%	100%
premie korting op aanvullende verzekering	95%	95%	95%	100%
meerjarige kortingspercentages	16%	32%	18%	17%
korting op andere verzekeringen	11%	11%	0%	9%
de premiestijging van de basisverzekering	5%	5%	18%	13%
inhoudelijke aspecten				
dekking van de aanvullende verzekering	74%	74%	59%	74%
dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen	26%	21%	45%	61%
kwaliteit van gecontracteerde zorg	16%	16%	27%	35%
inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of behandelprogramma's	11%	11%	36%	48%
kwaliteit van zorgverzekeraar				
kwaliteit van administratieve afhandeling van zorgverzekeraar	37%	37%	36%	35%
service van zorgverzekeraar	32%	32%	36%	39%
overige aspecten				
type verzekering (natura/restitutie)	53%	42%	59%	57%
speciale werkgeverspakketten voor arbeidsgelateerde zorg	21%	26%	nvt	nvt
speciale afspraken voor in het buitenland verblijvende werknemers	16%	11%	nvt	nvt
speciale afspraken voor vanuit het buitenland in Nederland verblijvende werknemers	16%	16%	nvt	nvt
contractering van voorkeurs-zorgaanbieders	5%	5%	14%	22%

* alle collectiviteiten die aangeven dat een afspraak met één of meerdere van de gecontracteerde zorgverzekeraars zijn gemaakt zijn meegenomen in het percentage

BOX 2. Werkgeverspakketten voor arbeidsgelateerde zorg?

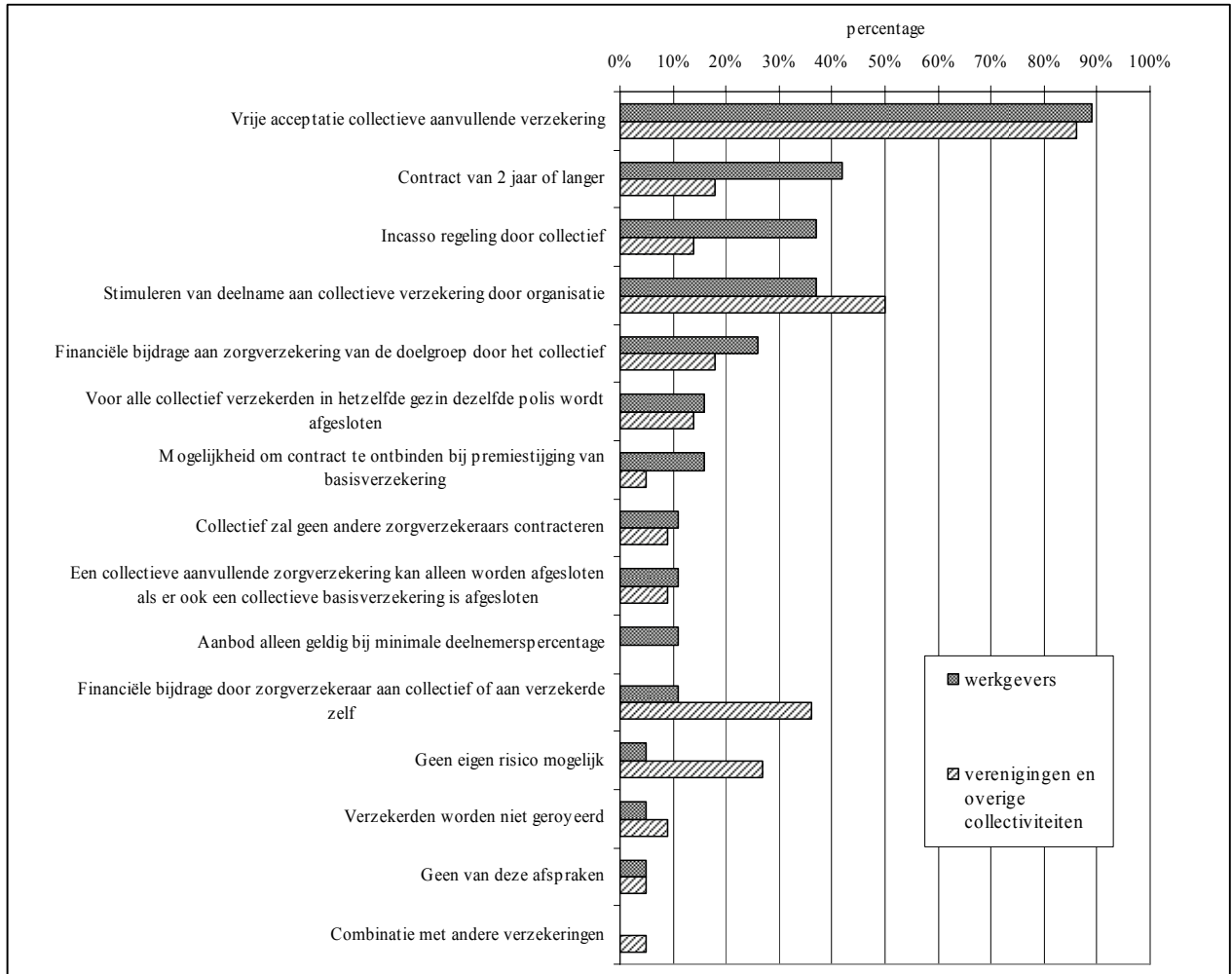
Alhoewel de geïnterviewde werkgever nog geen apart werkgeverspakket voor arbeidsgelateerde zorg heeft afgesloten, omdat het aanbod nog niet goed aansluit op de specifieke problematiek waar de werknemers van het bedrijf mee te maken hebben, zijn er wel al afspraken die de richting opgaan van verzuimaanpak: geld dat beschikbaar is in de aanvullende verzekering van de medewerker voor fysiotherapie en psychotherapie kan gebruikt worden voor zorginterventies voor werknemers. De werkgever kan deze kosten dan declareren bij de zorgverzekeraar waar de werknemer een collectieve aanvullende verzekering heeft. Er zijn stimuleringsbudgetten toegekend door de zorgverzekeraars aan de werkgever, die te besteden zijn aan interventies gericht op het voorkomen en verkorten van verzuim en zorgconsumptie. Soms is dit een vast bedrag, soms is dit een bedrag dat per collectief verzekerde die instroomt wordt toegekend. Een derde voorbeeld zijn projecten die gesponsord en uitgevoerd worden door zorgverzekeraars. Men kan hierbij denken aan gezondheidschecks of diagnosecentra waar projecten opgezet worden. Aan deze projecten kunnen dan medewerkers die collectief verzekerd zijn bij de betrokken zorgverzekeraar meedoen, de werkgever kan hier de kosten voor declareren.

Bron: Interview met werkgever

De meest voorkomende overige afspraken die voor het aanbod van 2006 gemaakt zijn door de collectiviteiten met de zorgverzekeraars zijn de vrije acceptatie van de doelgroep voor de collectieve aanvullende verzekering en het stimuleren van deelname aan de collectieve zorgverzekering door het collectief (figuur 5.2). Een contract van twee jaar of langer komt vaker voor bij werkgevers dan bij verenigingen en overige collectiviteiten. Verder hebben alleen werkgevers en gemeenten de mogelijkheid tot een incassoregeling, waardoor dit in verhouding vaker voorkomt bij werkgevers en bij verenigingen en overige collectiviteiten enkel onder de gemeenten. Box 3 geeft enkele voorbeelden van afspraken die gemaakt worden in de contracten tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars. Ook een financiële bijdrage door het collectief aan de zorgverzekering komt voor de groep van verenigingen en overige collectiviteiten enkel voor bij een aantal gemeenten. Een financiële bijdrage door de zorgverzekeraar aan het collectief of de verzekerde zelf komt vaker voor bij de verenigingen en overige collectiviteiten dan bij werkgevers (zie ook Box 4). In 2007 zijn er vergeleken met 2006 geen grote verschillen in de aspecten waar afspraken over gemaakt zijn (zie tabel B1.1 in bijlage 1).

In totaal 17 werkgevers (89%) en 21 verenigingen of overige collectiviteiten (96% voor 2006 en 91% voor 2007) hebben geen andere contracten lopen met de zorgverzekeraars naast de collectieve zorgverzekering. Twee werkgevers hebben voor 2006 en 2007 naast de collectieve zorgverzekering een ander contract lopen met een gecontracteerde zorgverzekeraar. Eén van de verenigingen of overige collectiviteiten had in 2006 met de gecontracteerde zorgverzekeraar ook nog een ander contract lopen naast de collectieve zorgverzekering, voor 2007 hebben twee organisaties dit. Het gaat hierbij niet om patiëntenverenigingen maar om de overige collectiviteiten.

Figuur 5.2 Percentage collectiviteiten dat voor het collectieve contract van 2006 onderstaande afspraken hebben gemaakt met één of meerdere gecontracteerde zorgverzekeraars



BOX 3. Voorbeelden van afspraken zoals die in contracten staan:*Inhoudelijke samenwerking:*

“Er vindt jaarlijks overleg tussen partijen plaats over: de inhoud van de zorg aan [...]patiënten, de samenhang van de verschillende ketens van Zorg waar [...]patiënten mee te maken hebben, betere afstemming van de dekking van de aanvullende verzekering op behoeften van [...] patiënten” enz.

Service afspraken:

“polismutaties worden binnen 5 werkdagen verwerkt en de declaraties van de nota’s worden binnen 10 werkdagen verwerkt.” Een contract kan ook een SLA bevatten (een Service Level Agreement) waarin bijvoorbeeld afspraken staan over de adviesvoorziening (telefonische bereikbaarheid), het verwerken van verzekeringsaanvragen, mutaties en schadeafhandelingen (binnen 10 werkdagen).

Exclusiviteit:

“de contractant verplicht zich gedurende de looptijd van deze overeenkomst geen soortgelijke overeenkomst aan te gaan en/of soortgelijke afspraken te maken met andere zorgverzekeraars.”

Bron: diverse contracten van collectiviteiten met zorgverzekeraars

BOX 4. Stimuleren deelname aan collectief: Voorbeelden van afspraken in contracten*Bevorderen van deelname*

“de contractant zal zich, ..., actief inspannen om te bevorderen dat haar leden daadwerkelijk deelnemen aan onderhavige overeenkomst.”

Financiële bijdrage door zorgverzekeraar

“Leden die gebruik maken van de collectieve overeenkomst hebben recht op vergoeding van maximaal 1x het lidmaatschap voor ten hoogste [...] euro per jaar per gezin”

Of

“[zorgverzekeraar X] beloont eenmalig de inspanningen van [collectief x] om meer deelnemers te laten participeren in de zorgverzekeringsovereenkomst d.m.v. een BedrijfsGezondheidsBudget. In het BedrijfsGezondheidsBudget storten we een éénmalige bonus van ...euro per nieuwe betalende deelnemer die gaat participeren in de collectiviteit en voorheen niet (collectief of individueel) verzekerd was bij [zorgverzekeraar X].”

Financiële bijdrage door collectief:

“collectief [X] levert een bijdrage van [...] euro per premiebetalende verzekerde per maand aan de premie van de [...] basisverzekering.”

Bron: diverse contracten van collectiviteiten met zorgverzekeraars

5.4 De instroom in de collectieve zorgverzekering

De meeste collectiviteiten geven aan dat de doelgroep geïnformeerd wordt over de collectieve zorgverzekering, een kleiner deel geeft aan dat zij de doelgroep een collectieve zorgverzekering via het collectief aanbevelen. In totaal zeven werkgevers (37%) en vier verenigingen en overige collectiviteiten (18%) geven aan dat ze een extra financiële bijdrage geven voor de zorgverzekering (tabel 5.2).

Van de verenigingen en overige collectiviteiten zijn het enkel de gemeenten die een extra financiële bijdrage voor de zorgverzekering aanbieden aan de mensen met een minimum inkomen. Hierbij wordt een financiële bijdrage bij de meeste gemeenten geboden aan mensen met een minimum inkomen die zowel een collectieve basis als een collectieve aanvullende verzekering afsluiten, bij één organisatie geldt de bijdrage alleen voor mensen die ook een collectieve aanvullende zorgverzekering afsluiten. Bij vijf van de zeven werkgevers die een extra financiële bijdrage voor de zorgverzekering aanbieden is deze gekoppeld aan het afsluiten van een collectieve (basis of aanvullende) zorgverzekering. Bij twee werkgevers ontvangen alle werknemers de extra financiële bijdrage ongeacht of ze een collectieve zorgverzekering via de werkgever hebben.

Het gemiddeld percentage werknemers dat gebruik maakt van de collectieve zorgverzekering via hun werkgever is 67% (sd=19, mediaan=67%, n=19). Bij de overige collectiviteiten is het gemiddelde percentage van de doelgroep dat gebruik maakt van de collectieve zorgverzekering 47% (sd=36, mediaan=40%, n=9). Bij de patiëntenverenigingen heeft maar 4% (sd=2, mediaan=3%, n=9) van de leden gebruik gemaakt van de collectieve zorgverzekering via de vereniging.⁶

Tabel 5.2 Mate waarin de collectiviteiten de doelgroep stimuleren om te kiezen voor een collectieve zorgverzekering

Wordt de doelgroep door uw organisatie gestimuleerd om te kiezen voor een collectieve zorgverzekering?	werkgevers		verenigingen en overige collectiviteiten	
	2006 (n=19)	2007 (n=19)	2006 (n=22)	2007 (n=23)
Nee, doelgroep wordt niet gestimuleerd om te kiezen voor een collectieve zorgverzekering	5%	5%	0%	4%
Ja, doelgroep wordt geïnformeerd over de collectieve zorgverzekering	79%	74%	82%	78%
Ja, doelgroep wordt een collectieve zorgverzekering aanbevolen	16%	16%	23%	26%
Ja, doelgroep wordt een extra financiële bijdrage van de organisatie voor de zorgverzekering aangeboden	37%	37%	18%*	22%*

* het gaat hier enkel om de gemeenten

⁶ Voor drie overige collectiviteiten en één van patiëntenverenigingen waren deze gegevens niet beschikbaar.

6 De tevredenheid over de gecontracteerde zorgverzekeraars

Dit hoofdstuk gaat over de tevredenheid van de collectiviteiten over de gecontracteerde zorgverzekeraars voor 2006, hierbij komt achtereenvolgens aan bod: het gemiddelde cijfer dat ze zorgverzekeraars geven, of ze zorgverzekeraars aan andere organisaties zouden aanbevelen en in hoeverre de collectiviteiten klachten van de doelgroep hebben ontvangen over de zorgverzekeraars.

Over het algemeen waren de collectiviteiten tevreden over de gecontracteerde zorgverzekeraars voor 2006 (tabel 6.1). Het gemiddelde cijfer dat verenigingen en overige collectiviteiten de zorgverzekeraars geven is 7,5. De werkgevers geven gemiddeld een cijfer van 7,6. In totaal 13 van de 12 verenigingen en overige collectiviteiten (59%) en 10 van de 18 werkgevers (56%)⁷ geven de zorgverzekeraars die ze gecontracteerd hebben een 8 of hoger. De meerderheid van de collectiviteiten (88%), 35 in totaal, geeft aan dat ze de gecontracteerde zorgverzekeraars waarschijnlijk of zeker wel zouden aanbevelen bij andere organisaties. In totaal 14 verenigingen en overige collectiviteiten (64%) en 10 werkgevers (56%) geven aan dat ze klachten gehad hebben over één of meerdere van de gecontracteerde zorgverzekeraars.

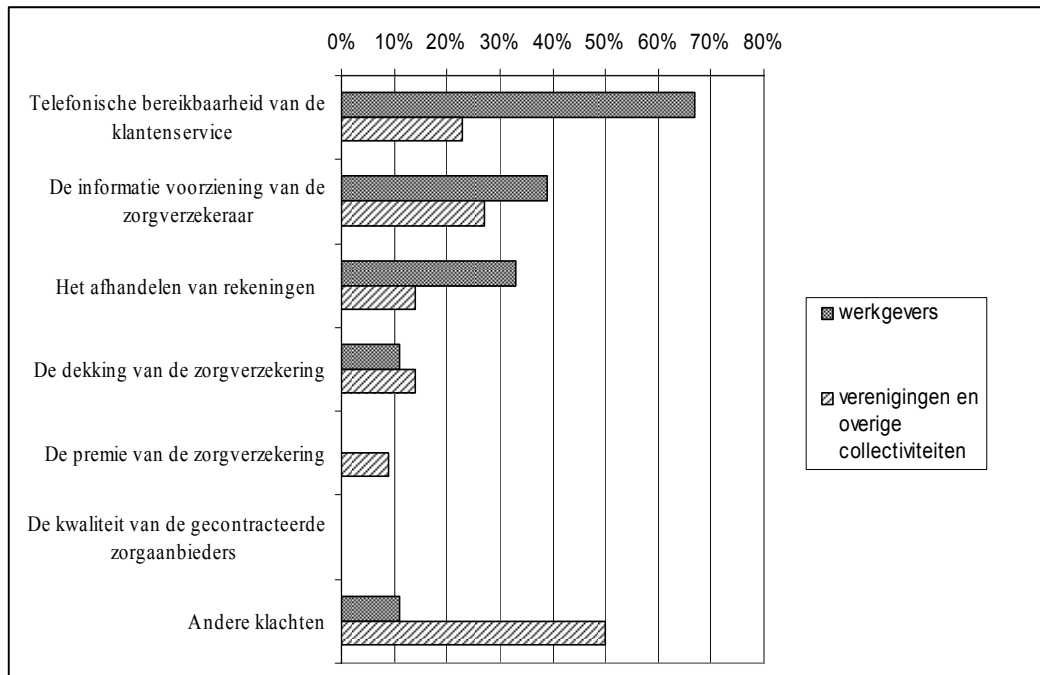
Tabel 6.1 Het gemiddelde oordeel over de zorgverzekeraars, het percentage collectiviteiten dat de gecontracteerde zorgverzekeraar van 2006 zou aanbevelen bij andere organisaties en het percentage collectiviteiten dat klachten heeft gehad over de gecontracteerde zorgverzekeraars

	werkgevers (n=18)	verenigingen/overige collectiviteiten (n=22)	totaal (n=40)
gemiddelde cijfer	7,6 [sd=0.99]	7,5 [sd=1,14]	7,5 [sd=1,1]
waarschijnlijk of zeker wel aanbevelen bij andere organisaties	94%	82%	88%
klachten gehad	56%	64%	60%

De klachten gingen met name over de informatievoorziening van de zorgverzekeraar en de bereikbaarheid van de klantenservice (Figuur 10). Ongeveer de helft van de verenigingen en overige collectiviteiten geeft aan andere klachten gehad te hebben over de zorgverzekeraars, onbekend is wat voor klachten dit zijn.

⁷ Voor één werkgever ontbreken hiervan de gegevens.

Figuur 6.1 Percentage collectiviteiten dat in 2006 onderstaande klachten ontvangen heeft over de gecontracteerde zorgverzekeraars (n=40)*



* Aantal respondenten in deze figuur is 40: 22 verenigingen en overige collectiviteiten en 18 werkgevers. Van één werkgever waren geen gegevens beschikbaar.

7 Samenvatting en beschouwing

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting van en beschouwing op de resultaten van dit onderzoek gegeven. Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met de lage respons van dit onderzoek (26%). Dit betekent dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn. Vanwege de lage respons moet men voorzichtig zijn met de conclusies; de resultaten geven enkel indicaties van belangrijke factoren in de onderhandelingen.

Het doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in de rol van de collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel door de keuzes, processen en uitkomsten van de collectieve onderhandelingen voor de zorgverzekering voor 2006 en 2007 en tevredenheid over de zorgverzekeraars in kaart te brengen. Een digitale vragenlijst is gebruikt om verschillende typen collectiviteiten te bevragen over de collectieve onderhandelingen voor de zorgverzekering. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen werkgevers, die een collectieve zorgverzekering afsluiten voor hun werknemers en andere typen collectiviteiten. Onder andere typen collectiviteiten vallen patiëntenverenigingen, die een collectieve zorgverzekering afsluiten voor hun leden, en overige collectiviteiten, zoals andere verenigingen, vakbonden, ouderenbonden, maar ook gemeenten die voor mensen met een minimum inkomen collectieve afspraken maken voor de zorgverzekering.

De centrale vraagstelling luidde:

‘Wat is de rol van de collectiviteiten in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel?’

Deze centrale vraagstelling is uitgewerkt in vier onderdelen: de keuze voor een zorgverzekeraar, het verloop van de onderhandelingen, de uitkomsten van de onderhandelingen en de tevredenheid over de zorgverzekeraar. Hieronder worden eerst voor elk onderdeel de resultaten van dit onderzoek samengevat, gevolgd door een beschouwing.

7.1 De keuze voor een zorgverzekeraar

De keuze om überhaupt een collectieve zorgverzekering af te sluiten lijkt bij werkgevers te maken te hebben met de reputatie van goed werkgeverschap en met binding en werving van medewerkers. Ook speelt in dit onderzoek voor ongeveer een derde van de werkgevers het ziekteverzuimbeleid en het feit dat de zorgverzekering onderdeel is van de CAO een rol. In ander onderzoek wordt het aanbieden van goede secundaire arbeidsvoorwaarden als belangrijkste reden genoemd (Aon Consulting, 2006). Een veel kleiner deel noemt het krijgen en houden van grip op verzuimgerelateerde kosten als reden om een collectieve zorgverzekering af te sluiten. Bij verenigingen en overige

collectiviteiten is de aanname geweest dat deze met name de belangen van de doelgroep proberen te behartigen en om deze redenen een collectieve zorgverzekering willen sluiten.

Uit de resultaten blijkt dat eerdere contracten met zorgverzekeraars waarschijnlijk een rol gespeeld hebben in de keuze voor een specifieke zorgverzekeraar; collectiviteiten (werkgevers, gemeenten en enkele overige collectiviteiten) die vóór de stelselwijziging al contracten hadden met zorgverzekeraars hebben deze zorgverzekeraars over het algemeen opnieuw gecontracteerd voor 2006. Bijna alle in 2006 gecontracteerde zorgverzekeraars zijn tevens voor 2007 gecontracteerd. Deze bevinding staat in contrast met de switch intentie gemeten in een ander onderzoek, waar 23% van de werkgevers plannen had om van verzekeraar te veranderen voor 2007 (Aon Consulting, 2006). Naast eerdere contracten lijken andere aspecten een rol te spelen in de keuze voor een zorgverzekeraar. Collectiviteiten vonden vooral de premie en premiekorting voor de basisverzekering, de premie, premiekorting en dekking van de aanvullende verzekering, de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders, de service en de reputatie van de zorgverzekeraar belangrijk. Verenigingen en overige collectiviteiten lijken meer de nadruk te leggen op inhoudelijke zorgaspecten, zoals dekking van zorg, service en kwaliteit. Hierbij valt op dat inhoudelijke aspecten wel belangrijk gevonden worden door een groot aantal collectiviteiten, maar dat deze minder vaak een doorslaggevende rol spelen in de keuze voor een zorgverzekeraar. Aspecten die uiteindelijk doorslaggevend gevonden worden door werkgevers zijn de premie en premiekorting op de basisverzekering en de aanvullende verzekering en de dekking van de aanvullende verzekering. Het merendeel van de verenigingen en overige collectiviteiten vindt de service van de zorgverzekeraar, de dekking van de aanvullende verzekering en de premiekorting op de aanvullende verzekering doorslaggevend in de keuze voor een zorgverzekeraar. Verder wordt de keuze voor de zorgverzekeraars wellicht ook gebaseerd op verzamelde informatie over de wensen van de doelgroep, met name patiëntenverenigingen lijken hier informatie over te verzamelen. Voor de werkgevers geldt dat ongeveer de helft de werknemers betreft bij de onderhandelingen. Maar een klein deel (vijf werkgevers) betreft de ondernemingsraad bij deze beslissing.

7.2 Het verloop van de onderhandelingen

Om te kunnen onderhandelen moeten er contacten gelegd worden tussen de collectiviteiten en zorgverzekeraars. In veel gevallen bestonden deze contacten al in voorgaande jaren. Ongeveer een vierde van de verenigingen en overige collectiviteiten en een derde van de werkgevers heeft hiervoor een tussenpersoon ingeschakeld. Dit is een lager percentage dan gevonden is in onderzoek in het oude stelsel dat laat zien dat ongeveer de helft van de collectieve contracten van werkgevers (52%) via tussenpersonen werd afgesloten (Schut, 2000). Aanbestedingen worden bijna niet gedaan. Andere contacten zijn op initiatief van de zorgverzekeraars of collectiviteiten gelegd. Werkgevers lijken over het algemeen door meer zorgverzekeraars te zijn benaderd dan verenigingen en overige collectiviteiten. Om collectieve zorgverzekeringen af te sluiten lijken met name de patiëntenverenigingen (meerdere) zorgverzekeraars op eigen initiatief te benaderen. Ook wordt door patiëntenverenigingen aangegeven dat ze gemiddeld

genomen meer maanden bezig zijn geweest met het zoeken naar en onderhandelen over de collectieve zorgverzekering dan werkgevers en overige collectiviteiten. Het aantal medewerkers dat hiervoor is ingezet ligt bij de meeste collectiviteiten tussen de twee tot en met vier medewerkers, patiëntenverenigingen zetten vaker één medewerker in. Voor het aanbod van 2006 lijken zorgverzekeraars bij de meeste collectiviteiten te zijn langs gekomen om het aanbod te presenteren en hierover te praten of onderhandelen. Relatiegeschenken worden nauwelijks verstuurd. Voor het aanbod van 2007 lijken verenigingen en overige collectiviteiten meer bezocht te worden voor presentaties en/of onderhandelingen dan werkgevers.

Verreweg de meerderheid van de collectiviteiten heeft met de zorgverzekeraars in meer of mindere mate onderhandeld over het collectieve contract. Meer dan de helft van de collectiviteiten hebben voor het aanbod van 2006 met twee of meerdere zorgverzekeraars onderhandeld. Uiteindelijk sluiten de meeste collectiviteiten met één zorgverzekeraar een contract.

Voor 2007 is er waarschijnlijk over het algemeen minder onderhandeld, dit lijkt met name te gelden voor de werkgevers. Dit sluit aan bij resultaten uit een onderzoek door middel van workshops onder werkgevers waaruit blijkt dat een groot aantal bedrijven voor 2007 streven naar continuïteit en rust. Een aantal wil wel bestaande afspraken aanscherpen of bijstellen, en dan met name gericht op het gezondheidsmanagement (AWVN, 2006). Wel zijn er in totaal voor 2007 door de collectiviteiten in dit onderzoek absoluut gezien meer zorgverzekeraars gecontracteerd dan voor 2006.

7.3 De uitkomsten van de onderhandelingen

Alle collectiviteiten hebben voor zowel de basis- als de aanvullende verzekering collectieve afspraken gemaakt. Over het algemeen zijn deze collectieve verzekeringen toegankelijk voor de doelgroep en hun gezinsleden en voor gepensioneerden (in geval van werkgevers). Het grootste deel van de collectiviteiten heeft voor deze groepen afspraken gemaakt over de kortingen op de premies en de dekking van de aanvullende verzekering. Voor de basisverzekering ligt deze korting zo tussen de 7% en de 9%, de korting op de aanvullende verzekering lijkt over het algemeen hoger, behalve bij de patiëntenverenigingen. Patiëntenverenigingen lijken vaker afspraken te hebben gemaakt over inhoudelijke zorgaspecten (zoals ketenzorg of dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen). De meeste collectiviteiten hebben afspraken gemaakt over vrije acceptatie van de doelgroep voor de collectieve aanvullende verzekering en het stimuleren van deelname aan de collectieve zorgverzekering door het collectief en ook, zij het in mindere mate, over een financiële bijdrage aan de zorgverzekering door het collectief. Verder valt op dat er afspraken zijn gemaakt over een financiële bijdrage door de zorgverzekeraar aan het collectief (bijvoorbeeld budget te besteden aan bijvoorbeeld het verzuimbeleid) of aan de verzekerde (bijvoorbeeld vergoeding van het lidmaatschap van de patiëntenvereniging).

De meerderheid van de collectiviteiten informeert de doelgroep over het collectieve aanbod. Een extra financiële bijdrage van het collectief voor de zorgverzekering wordt door minder dan de helft van de werkgevers en enkele gemeenten gegeven. Hier zijn blijkbaar door de werkgevers niet altijd afspraken over gemaakt met de zorgverzekeraars,

omdat het percentage werkgevers dat aangeeft dat hier afspraken over gemaakt zijn met de zorgverzekeraar lager is. Ook is het zo dat bij de meerderheid van de werkgevers en gemeenten deze financiële bijdrage gebonden is aan deelname aan de collectieve zorgverzekering, slechts bij twee werkgevers is deze ongebonden. Uit onderzoek vóór de stelselwijziging bleek dat bij ongeveer 78% van de bedrijven de toenmalige werkgeversbijdrage gekoppeld was aan de collectieve zorgverzekering. Bovendien werd de hoogte van de werkgeversbijdrage vaak vastgelegd in de CAO's (Schut, 2000). Het aantal werkgevers dat een extra financiële bijdrage levert is in dit onderzoek lager dan in ander onderzoek waarin werd gevonden dat 53% van de werkgevers bijdraagt aan de premie van de zorgverzekering, grotere werkgevers betalen relatief vaker mee. Dit verschilt wel per sector, met name in transport/bouw/horeca, industrie en handel is dit minder dan de helft, voor de gezondheidszorg is dit juist hoger (Aon Consulting, 2006).

De instroom in de collectieve zorgverzekering is het hoogst voor de werkgevers (67%), gevolgd door de overige collectiviteiten (47%). De patiëntenverenigingen hebben de laagste instroom in de collectieve zorgverzekeringen (4%). Voor werkgevers komt dit percentage overeen met andere onderzoek dat een deelnamegraad van 64% vond, dit percentage neemt toe naarmate het bedrijf meer werknemers in dienst heeft (Aon Consulting, 2006).

7.4 De tevredenheid over de gecontracteerde zorgverzekeraars

Om te kijken in hoeverre de ervaring met de zorgverzekeraars over 2006 mee speelt in de keuze om een zorgverzekeraar opnieuw te contracteren in 2007 is gevraagd naar de tevredenheid over de gecontracteerde zorgverzekeraars.

Uit de resultaten blijkt dat de collectiviteiten in dit onderzoek over het algemeen tevreden zijn over de gecontracteerde zorgverzekeraars en deze ook bij andere organisaties zouden aanbevelen. Meer dan de helft van de collectiviteiten heeft klachten gehad over de zorgverzekeraars, met name over de informatie voorziening en de bereikbaarheid van de klantenservice. Veel van deze klachten lijken te maken te hebben met de problemen van de overgang naar de nieuwe zorgverzekeringwet en het grote aantal verzekerden dat is overgestapt. Ander onderzoek toont aan dat een deel van de ontevredenheid van werkgevers over deze overgang gelegen is in het feit dat zorgverzekeraars te laat met voorstellen zijn gekomen (65% van de werkgevers geeft dit aan) (Aon Consulting, 2006).

7.5 Beschouwing

Eén van de doelen van de zorgverzekeringwet is om door middel van gereguleerde concurrentie tussen verzekeraars de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Door consumenten keuzevrijheid te geven zouden zorgverzekeraars geprikkeld worden om te concurreren op een goede kwaliteit van zorg voor een scherpe prijs. In het nieuwe stelsel kunnen verzekerden zich individueel verzekeren, maar zij kunnen ook gebruik maken van een collectief contract. Een groot deel van de bevolking heeft in 2006 ervoor gekozen om zich collectief te verzekeren.

Collectiviteiten kunnen, in tegenstelling tot individuele verzekerden, onderhandelen met zorgverzekeraars over de prijs en kwaliteit van een zorgverzekering. Doordat collectiviteiten namens een groep verzekerden een contract sluiten, zouden ze meer invloed kunnen uitoefenen op zorgverzekeraars dan individuele verzekerden en zo vraaggerichtheid bij zorgverzekeraars stimuleren. Dit zou van invloed kunnen zijn op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat alle typen collectiviteiten met zorgverzekeraars onderhandelen over het collectieve aanbod. Door de collectiviteiten worden in dit onderzoek niet alleen afspraken gemaakt over de kortingen op de premies, maar bijvoorbeeld ook over de dekking van de aanvullende verzekering, of over inhoudelijke zorgaspecten, zoals dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen en acceptatie voor de aanvullende verzekering.

Het lijkt erop dat verenigingen en overige collectiviteiten vaker afspraken maken over inhoudelijke zorgaspecten dan de werkgevers. Dit verschil tussen werkgevers en verenigingen en overige collectiviteiten lijkt ook terug te komen in de aspecten die belangrijk gevonden worden in de keuze voor een zorgverzekeraar. Dit sluit aan bij onderzoek onder consumenten waarin werd gevonden dat chronisch zieken en gehandicapten meer belang hechtten aan inhoudelijk aspecten van verzekerde zorg zoals de kwaliteit van de zorg, de vrije keuze van zorgaanbieders en de dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen dan de algemene bevolking (de Jong et al., 2006c).

Patiëntenverenigingen en ook een groot deel van de overige collectiviteiten vertegenwoordigen een groep verzekerden waarin de risico's en het zorggebruik over het algemeen hoger zullen zijn dan bij werkgevers. Deze groepen hebben waarschijnlijk ook specifieke eisen ten aanzien van bijvoorbeeld de dekking van de verzekerde zorg, zoals bepaalde medicatie of het soort verzekerde zorg; ouderen zullen bijvoorbeeld geen kraamzorg willen verzekeren en voor mensen met een bepaalde ziekte is het van tevoren al duidelijk welke zorg zij nodig hebben. Patiëntenverenigingen lijken vaker informatie te hebben verzameld onder de leden over de wensen ten aanzien van de zorgverzekering dan werkgevers of overige collectiviteiten.

Men kan zich afvragen of collectiviteiten genoeg inzicht hebben om de kwaliteit van de zorg te beoordelen. Hiervoor zullen ze informatie moeten verzamelen. Het lijkt erop dat collectief verzekerden het collectief gebruiken om klachten over de zorgverzekeraars te uitten. Onduidelijk is in hoeverre de collectiviteiten bovenstaande informatie over wensen en klachten ook daadwerkelijk laten mee spelen in de keuze voor een zorgverzekeraar of in de onderhandelingen. Uit het feit dat er wel veel collectiviteiten aangeven dat ze klachten hebben gekregen, terwijl er toch maar weinig in 2007 naar een ander contract zijn overgestapt, lijken deze klachten niet veel invloed te hebben.

In dit onderzoek speelde in de keuze voor de zorgverzekeraar ook eerdere contracten met de zorgverzekeraar een belangrijke rol. Vrijwel alle zorgverzekeraars die voor 2006 gecontracteerd waren zijn voor 2007 opnieuw gecontracteerd. Het is van belang dat er ook in de toekomst door de collectiviteiten over de inhoud van het collectieve contract onderhandeld wordt met de zorgverzekeraars. Wanneer eenmaal gemaakte contracten voortgezet worden zonder onderhandelingen valt een belangrijk aspect van de stimulerende werking van de collectiviteiten op de concurrentie tussen zorgverzekeraars weg. Al blijft de dreiging van het verlies van een groot aantal verzekerden wel bestaan en

kan dit ertoe leiden dat zorgverzekeraars collectiviteiten tevreden houden en daarom concurreren op de premie van de verzekering en de kwaliteit van de zorg.

Wanneer collectiviteiten inderdaad onderhandelen over inhoudelijke zorgaspecten en over kwaliteit zouden ze van de kant van de zorgverzekeraars voor een scherpe prijs meer vraaggerichtheid en aansluiting van de zorgverzekering op hun doelgroep (leden of werknemers) kunnen bewerkstelligen. Om als collectief gunstige afspraken te kunnen maken en vraaggerichtheid te kunnen afdwingen van zorgverzekeraars zal het collectief echter wel een bepaalde onderhandelingsmacht moeten hebben. Zorgverzekeraars hebben er belang bij om zo gunstig mogelijke risico's binnen te halen. Het zou kunnen dat bepaalde type collectiviteiten waarvan de doelgroep meer risico's vertoont, zoals patiëntenverenigingen, om deze reden minder makkelijk collectieve afspraken zou kunnen maken dan bijvoorbeeld bedrijven. De nieuwe zorgverzekeringswet moet (o.a. door risico-vereveningssysteem) garanderen dat de basisverzekering voor iedereen toegankelijk is en dat risicoselectie door zorgverzekeraars wordt voorkomen. Daarnaast speelt de geografische concentratie van de doelgroep een rol bij het maken van inhoudelijke afspraken over kwaliteit van de zorg; voor een regionale doelgroep zijn afspraken met specifieke zorgaanbieders makkelijker te realiseren dan voor een landelijke doelgroep, omdat voor deze laatste groep met veel meer zorgaanbieders afspraken gemaakt zouden moeten worden.

In de resultaten van dit onderzoek lijken verschillen te bestaan in de kortingen die worden afgesproken voor de basis en de aanvullende verzekering tussen de typen collectiviteiten. Wettelijk is vastgelegd dat voor de basisverzekering de gegeven korting enkel gebaseerd mag zijn op het aantal (via het collectief) verzekerden. Dit geldt niet voor de korting op de premie van de aanvullende verzekering. De resultaten van dit onderzoek geven aanwijzingen dat het wellicht voor patiëntenverenigingen moeilijker is om voordelige collectieve contracten te sluiten dan voor werkgevers. Patiëntenverenigingen lijken minder benaderd te worden door zorgverzekeraars en zelf hiervoor meer initiatief te moeten tonen dan andere typen collectiviteiten. Ook de kortingen die patiëntenverenigingen hebben gekregen lijken lager te zijn dan die voor werkgevers. Naast verschillen in korting tussen de collectiviteiten, lijken er ook verschillen te zijn tussen collectiviteiten in de instroompercentages in de collectieve zorgverzekering. De instroom en de omvang van de patiëntenverenigingen is eveneens minder dan bij de werkgevers of overige collectiviteiten. Het zou kunnen dat deze verschillen in instroom (het aantal collectief verzekerden) een verklaring vormen voor de verschillen in kortingen. Een andere verklaring is dat er verschillen zijn in gegeven korting tussen de zorgverzekeraars. Tevens zouden de zorgverzekeraars, naast de premiekorting, kunnen verschillen wat betreft ander geboden voordeel. De korting op de premie ligt dan lager, maar de zorgverzekeraar stelt hier wellicht een andere financiële vergoeding tegenover zoals een vergoeding van het lidmaatschap van een vereniging.

Wanneer deze kortingen echter samenhangen met het type collectief zou dit aanwijzingen geven dat er verschillen zijn in kosten van de zorgverzekering in het nieuwe zorgstelsel tussen groepen verzekerden. Dit zou kunnen betekenen dat groepen met hogere risico's, die over het algemeen hogere kosten voor zorg hebben, minder gebruik kunnen maken van een collectief voordeel dan groepen met lagere risico's. Risicoselectie is een van de mogelijke ongewenste effecten van de nieuwe zorgverzekeringswet.

Op basis van dit onderzoek kunnen geen uitspraken gedaan worden over verschillen in onderhandelingsmacht tussen collectiviteiten of de totstandkoming van de kortingen. In dit opzicht is dit onderzoek beperkt tot een verkenning van de mogelijke rol van de collectiviteiten in het zorgverzekeringsstelsel. Met name vanwege de lage respons op dit onderzoek geven de gevonden resultaten enkel indicaties van hoe de onderhandelingen hebben plaatsgevonden en de uitkomsten hiervan. Omdat de representativiteit van de steekproef onduidelijk is, kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden. Ook zijn gevonden verschillen niet statistisch getoetst en kunnen op toeval berusten.

Vanwege de invloed die collectiviteiten zouden kunnen hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, is het belangrijk om in de gaten te houden hoe de rol van de collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel zich zal gaan ontwikkelen en welke gevolgen dit gaat hebben voor de consument. De zorgverzekeringswet is nu één jaar in werking en voor een groot deel van de collectiviteiten was het collectief onderhandelen voor een zorgverzekering nieuw. Daarnaast kost het onderhandelen en ontwikkelen van inhoudelijke afspraken over kwaliteit van zorg of op speciale groepen gerichte zorg (speciale pakketten) tijd en wellicht zal dit in de toekomst verder ontwikkeld gaan worden. Patiëntenverenigingen en overige collectiviteiten zullen zich daarbij waarschijnlijk richten op de inhoudelijke zorgaspecten die specifiek voor hun doelgroep van belang zijn. Werkgevers zullen zich daarbij wellicht vaker richten op het voorkomen en terugdringen van het verzuim en verbeteren van reïntegratie van werknemers. Het lijkt er echter op dat in 2006 voor de werkgevers de redenen voor het sluiten van een collectief contract met name lagen in factoren als goed werkgeverschap en arbeidsvoorwaarden en niet in het verzuimbeleid. In hoeverre de collectiviteiten de mogelijkheden hebben om vraaggerichtheid af te dwingen bij zorgverzekeraars, en wat dit voor gevolgen zal hebben voor de consument zal de komende jaren moeten blijken.

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
- AWVN. Het nieuwe ziektekostenstelsel: De tweede ronde. Opnieuw onderhandelen over uw collectieve contract? *Werk Geven*, 2006; 7:12-5
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Standaard Bedrijfsindeling (SBI '93), versie 2004. Voorburg: CBS, 2004
- Christianson JB. The Role Of Employers In Community Health Care Systems. *Health Affairs*, 1998; 17(4):158-64
- Christianson JB, Trude S. Managing Costs, Managing Benefits: Employer Decisions in Local Health Care Markets. *Health Serv Res*, 2003; 38(1)357-73
- CTZ. *Visie zorgverzekeringsmarkt jan. 2006*. Utrecht: CTZ; CTG/ZAio, 2006
- Dalsey HL, Steiner J. Contracting with Unionized Employers. *Health Executive*, 1988; 3(4):26-7
- Delnoij DMJ, Schee E van der. *Collectief aanbod nodig uit tot wisselen van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Deloitte. *Collectieve afhankelijkheid, onderzoek naar de mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt*. Amstelveen: Deloitte, 2006
- 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
- Jong J de, Hendriks M, Delnoij D, Groenewegen P. *Massale overstap van zorgverzekeraar in 2006 lijkt eenmalig. Dit jaar wisselt 5% van de bevolking*. Utrecht: NIVEL, 2006a
- Jong JD de, Delnoij DMJ, Groenewegen PP. *Verzekerdemobiliteit is hoog. Ook ouderen zijn overgestapt*. Utrecht: NIVEL, 2006b
- Jong JD de, Groenewegen PP. *Wisselen van zorgverzekeraar in het nieuwe stelsel: Een vergelijking van het zoek- en wisselgedrag van chronisch zieken en gehandicapten met dat van de algemene bevolking*. Utrecht: NIVEL, 2006c
- Kalleberg AL, Knoke D, Marsden PV, Spaeth JL. *Organizations in America: analyzing their structures and human resource practices*. Sage: Thousand Oaks, 1996
- Kok L, Kok ML, Groot I. *Werkgeversbijdrage particuliere ziektekostenverzekering*. Amsterdam: SEO Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, 2002

- Marquis MS, Long SH. Who Helps Employers Design Their Health Insurance Benefits? *Health Affairs*, 2000; 19(1):133-8
- NZA. *De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt, juni 2006*. NZA io, 2006
- Robinson JC. Health care purchasing and market changes in California. *Health Affairs*, 1995; 14(4):117-30
- Schut FT. *Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers: een onderzoek in opdracht van de FNV*. Rotterdam/Amsterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg/FNV Vakcentrale, 2000
- Temin P, Maxwell J. Corporate contracting for health care. *J Econ Behav Organ*, 2003; 52:403-20
- VNO-NCW. *Van Hangmat naar Vangnet. De zorgverzekering als arbeidsvoorwaarde*. Den Haag: VNO-NCW, 2006

Bijlage 1 Afspraken met zorgverzekeraars

Tabel B1.1 Percentage collectiviteiten dat voor het collectieve contract van 2006 en 2007 onderstaande afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars*

gemaakte afspraak	werkgevers (n=19)		verenigingen en overige collectiviteiten	
	2006	2007	2006 (n=22)	2007 (n=23)
Vrije acceptatie voor collectieve aanvullende verzekering	89%	84%	86%	78%
Contract van 2 jaar of langer	42%	42%	18%	17%
Incasso regeling door collectief	37%	32%	14%	13%
Stimuleren van deelname aan collectieve verzekering door organisatie	37%	26%	50%	52%
Financiële bijdrage aan zorgverzekering van de doelgroep door het collectief	26%	21%	18%	22%
Voor alle collectief verzekerden in hetzelfde gezin dezelfde polis wordt afgesloten	16%	11%	14%	22%
Mogelijkheid om contract te ontbinden als de premie van de basisverzekering te sterk stijgt	16%	21%	5%	4%
Exclusiviteit: collectief zal geen andere zorgverzekeraars contracteren	11%	11%	9%	17%
Een collectieve aanvullende zorgverzekering kan alleen worden afgesloten als er ook een collectieve basisverzekering is afgesloten	11%	5%	9%	13%
Aanbod alleen geldig bij minimale deelnemerspercentage	11%	5%	0%	0%
Financiële bijdrage door zorgverzekeraar aan collectief of aan verzekerde zelf	11%	16%	36%	35%
Geen eigen risico mogelijk	5%	0%	27%	22%
Verzekerden worden niet geroyeerd	5%	5%	9%	9%
Geen van deze afspraken	5%	5%	5%	4%
Combinatie met andere verzekeringen	0%	0%	5%	9%

* tabel toont aantal organisaties dat met één of meerdere gecontracteerde zorgverzekeraars over bepaalde aspecten afspraken gemaakt heeft

