



Nederlandse
Zorgautoriteit

Visiedocument

Richting geven aan keuzes

Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?

Visiedocument

Richting geven aan keuzes

*Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren
naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te
gaan?*

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
Doel rapport	7
Belangrijkste bevindingen	8
Acties en aanbevelingen	9
1. Inleiding	13
1.1 Algemeen	13
1.2 Keuzeondersteuning	13
1.3 Effect op publieke belangen	14
1.4 Doel van dit onderzoek	16
1.5 Informatiebronnen	17
1.6 Leeswijzer	17
2. Keuzeondersteuning in de praktijk	19
2.1 Keuzeondersteuning in verschillende sectoren	19
2.1.1 Ziekenhuiszorg	19
2.1.1.1 Actieve keuzeondersteuning	19
2.1.1.2 Passieve keuzeondersteuning	21
2.1.2 Fysiotherapie	21
2.1.2.1 Actieve keuzeondersteuning	21
2.1.2.2 Passieve keuzeondersteuning	22
2.2 Collectieve contracten	22
2.3 Conclusie	23
3. Keuzebeïnvloedende factoren	25
3.1 Reistijd	25
3.2 Financiële impulsen	26
3.3 Kwaliteit	28
3.4 Wachtlijsten	29
3.5 Huisartsadvies	30
3.5.1 Consumentenonderzoek	30
3.5.2 Huisartsenenquête	31
3.6 Relatie met zorgaanbieder	33
3.7 Keuzeproces aanbieder	33
3.8 Afruil tussen verschillende factoren	34
3.8.1 Relatieve belang factoren	35
3.8.2 Afruil factoren	36
3.8.2.1 Reistijd versus eigen bijdrage	36
3.8.2.2 Reistijd versus patiënttevredenheid	39
3.8.2.3 Reistijd versus alle kwaliteitsaspecten tezamen	40
3.8.2.4 Afruil combinaties	40
3.9 Conclusie	41
4. Belemmeringen, acties en aanbevelingen	43
4.1 Onduidelijkheid over hoogte restitutievergoeding	43
4.1.1 Vervolgstappen	44
4.2 Onvoldoende zorgaanbod	45
4.2.1 Vervolgstappen	45
4.3 Gebrek aan transparantie	45
4.3.1 Vervolgstappen	46
4.4 Gebrek aan inkoopvoordelen	46
4.4.1 Vervolgstappen	48
4.5 Risico op imagoschade	49
4.5.1 Vervolgstappen	50

4.6	Invloed van de huisarts	50
4.6.1	Vervolgstappen	51
4.7	Conclusie	52
Bijlage 1: Gespreksverslagen		53

Vooraf

De consument speelt een belangrijke rol in het nieuwe zorgstelsel. Als de consument weloverwogen keuzes maakt op basis van prijs en kwaliteit, dan stimuleert dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders optimaal tot het leveren van kwalitatief goede en betaalbare zorg.

Verzekeraars hebben in het nieuwe zorgstelsel een belangrijke rol als kritische zorginkopers namens de consument. Daarvoor is het belangrijk dat zij consumenten kunnen stimuleren om naar de door hen geselecteerde aanbieders te gaan. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) definieert dit als keuzeondersteuning. Alleen dan worden aanbieders geprikkeld om goede en betaalbare zorg te leveren die aan de wensen van de consument voldoet.

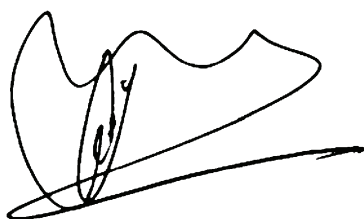
De NZa vindt keuzeondersteuning essentieel om de kwaliteits- en efficiëntieverbeteringen te kunnen behalen die het nieuwe zorgstelsel beoogt. Keuzeondersteuning is noodzakelijk om balans te kunnen brengen op de zorginkoopmarkt. Bovendien leidt keuzeondersteuning tot meer variatie op de zorgverzekeringsmarkt en daarmee tot meer keuzemogelijkheden voor de consument.

Op dit moment maken verzekeraars hun rol als kritische inkoper nog niet waar. Ze contracteren nu nog bijna alle zorgaanbieders. De door de verzekeraars aangeboden polissen verschillen daarom maar minimaal van elkaar. Hierdoor is er voor de consument op dit moment nog weinig te kiezen. Het rapport concludeert dat nog niet aan alle randvoorwaarden is voldaan voor een optimale invulling van het beleid voor keuzeondersteuning. De NZa heeft onderzocht hoe deze randvoorwaarden kunnen worden verbeterd. Dit is vertaald in concrete vervolgstappen die de NZa zelf gaat ondernemen en in aanbevelingen naar andere partijen. Een belangrijke rol is daarnaast weggelegd voor de zorgverzekeraars. Zij kunnen ook nu al een actievere rol gaan spelen op het gebied van keuzeondersteuning.

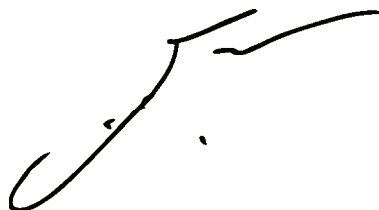
Voor dit rapport is intensief gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie afkomstig uit enquêtes onder huisartsen en consumenten, interviews met verzekeraars, brancheorganisaties, maatschappelijke organisaties en consumenten- en patiëntenorganisaties.

Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting. Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit



drs. A.L.M. Barendregt
portefeuillehouder aanbieders Cure



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

In het nieuwe zorgstelsel staat de keuze van de consument centraal. Door bewust te letten op de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg(verzekering) - en te kiezen voor die verzekeraar/aanbieder die de beste prijs-kwaliteitverhouding levert - stimuleert de consument zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot het leveren van kwalitatief goede en betaalbare zorg. Op die manier moet vraagsturing leiden tot een kwalitatief goed en betaalbaar zorgstelsel dat is toegesneden op de wensen van de consument.

In het nieuwe zorgstelsel heeft de zorgverzekeraar een belangrijke taak om als kritische inkoper op te treden namens zijn verzekerden. Hiervoor is gekozen omdat de verzekeraar vaak meer informatie heeft over het beschikbare zorgaanbod dan de verzekerde en omdat de verzekeraar over meer onderhandelingsmacht beschikt. De consument kiest voor de zorgverzekering die het beste bij hem past, en de verzekeraar koopt de benodigde zorg in voor zijn verzekerden (afhankelijk van de gekozen polis bij een beperkt of een breed scala van aanbieders). Om voordelen te kunnen bedingen bij zorgaanbieders, is het voor verzekeraars belangrijk dat zij consumenten kunnen stimuleren naar bepaalde gecontracteerde (voorkeurs)aanbieders¹ te gaan. Dit wordt door de NZa keuzeondersteuning genoemd.

Doel rapport

De NZa vindt keuzeondersteuning essentieel om de kwaliteits- en efficiëntieverbeteringen te kunnen behalen die het nieuwe zorgstelsel beoogt. Keuzeondersteuning is noodzakelijk om balans te kunnen brengen op de zorginkoopmarkt. Wanneer verzekeraars hun verzekerden niet kunnen geleiden richting bepaalde aanbieders, hebben zij vooral in onderhandelingen met grote zorgconcerns weinig onderhandelingsmacht. Het op gang komen van keuzeondersteuning is één van de factoren die in belangrijke mate bijdraagt aan het succes van de liberalisering van de ziekenhuiszorg.² Bovendien leidt keuzeondersteuning tot meer variatie op de zorgverzekeringsmarkt en daarmee tot meer keuzemogelijkheden voor de consument. De consument kan zelf kiezen tussen polissen: een polis met (beperkt) gecontracteerde zorg maar vaak met meer kwaliteit, kortere wachttijden en/of een lagere premie, óf een polis met volledig gecontracteerde zorg of volledige vergoeding en volledige keuzevrijheid tegen een hogere prijs.

Uit verschillende onderzoeken van de NZa is naar voren gekomen dat er momenteel nog nauwelijks keuzeondersteuning plaatsvindt. Omdat keuzeondersteuning van groot belang is in het nieuwe zorgstelsel heeft de NZa onderzocht welke knelpunten keuzeondersteuning momenteel nog in de weg staan en hoe deze knelpunten het beste kunnen worden opgelost. De NZa stelt concrete acties voor en geeft adviezen aan de Minister van VWS en de zorgverzekeraars. Daarnaast beschrijft het

¹ Wanneer een aanbieder als voorkeursaanbieder wordt aangemerkt krijgt hij vaak meer volume toegewezen dan andere aanbieders. In ruil hiervoor biedt de voorkeursaanbieder extra's zoals een kortere wachttijd of een hogere kwaliteit. Deze extra's vormen ook de stimulans voor consumenten om voor een voorkeursaanbieder te kiezen.

² Zie voor meer informatie hierover het rapport "De Zichtbare Hand" (CTG/ZAio, april 2006), de hoofdlijnennotitie "Hoofdlijnen deregulering ziekenhuiszorg" en de uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen" van de NZa.

rapport welke factoren de keuze van de consument voor een bepaalde zorgaanbieder beïnvloeden en hoe deze factoren zich tot elkaar verhouden. Deze informatie kan verzekeraars helpen bij het opzetten van een keuzeondersteuningsbeleid. Voor de NZa helpt deze informatie om prioriteiten te stellen in bijvoorbeeld het eigen transparantiebeleid.

Bij het onderzoek is intensief gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve informatie, afkomstig uit enquêtes onder huisartsen en onder consumenten, als van kwalitatieve informatie, afkomstig uit interviews met verzekeraars, brancheorganisaties, maatschappelijke organisaties en consumenten- en patiëntenorganisaties.

Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevindingen zijn:

1. **Er vindt momenteel nog weinig keuzeondersteuning plaats:**
 - a. Het overgrote deel van de consumenten maakt nauwelijks een vergelijking tussen verschillende zorgaanbieders. Wanneer zij dat wel doen ($\pm 26\%$ van de bevolking), letten zij vooral op de kwaliteit van de geleverde zorg, de aanwezigheid van een specialisme, de reputatie van de betreffende zorgaanbieder en de wachttijd van de instelling. Reistijd, ervaringen van andere patiënten en eigen bijdragen spelen in de bestaande situatie minder een rol.
 - b. Sommige zorgverzekeraars proberen consumenten met positieve impulsen - zoals een kortere wachttijd, een gratis preventieve gezondheidscheck of een betere service - te stimuleren naar bepaalde voorkeursaanbieders te gaan. Van selectieve contractering en eigen betalingen is nog nauwelijks sprake. Hoewel in veel polissen nu al een beperkte restitutievergoeding is opgenomen bij niet gecontracteerde zorg, contracteren verzekeraars nagenoeg alle aanbieders. Verzekerden ervaren daardoor nauwelijks financiële prikkels om van een bepaalde aanbieder gebruik te maken.
 - c. Uit onderzoek naar de voorkeuren van consumenten in fictieve situaties blijkt echter dat consumenten wel erg sterk reageren op financiële prikkels.³ Eigen betalingen - gecombineerd met selectieve contractering - kunnen de effectiviteit van een keuzeondersteuningsbeleid vergroten. Eerder genoemde positieve impulsen hebben een minder grote invloed.
2. **Waardoor komt keuzeondersteuning nog niet goed van de grond?**
 - a. **Onduidelijkheid over hoogte restitutievergoeding:** De Zorgverzekeringswet is onhelder over de minimale hoogte van de restitutievergoeding die verzekeraars moeten geven wanneer verzekerden naar niet gecontracteerde zorgaanbieders gaan. Verzekeraars weten daardoor niet hoever ze kunnen gaan bij het vaststellen van de hoogte van de minimale restitutievergoeding voor niet gecontracteerde zorgaanbieders.

³ Dit lijkt tegenstrijdig met de eerdere conclusie dat eigen bijdragen in de huidige situatie nog nauwelijks een rol spelen bij de keuze van de consument. Op dit moment worden verzekerden echter nog nauwelijks geconfronteerd met eigen bijdragen doordat verzekeraars alle aanbieders contracteren. Een eventuele eigen financiële bijdrage, speelt daarom geen rol bij de keuze van de consument voor een bepaalde zorgaanbieder. Wanneer de keuze voor een zorgaanbieder in de toekomst wel invloed heeft op de eigen bijbetaling van de consument, geven consumenten aan dat deze een grote invloed zou hebben op hun keuze voor een bepaalde zorgaanbieder.

- b. **Onvoldoende zorgaanbod:** Om keuzeondersteuning mogelijk te maken is het van belang dat er voldoende aanbod is om uit te kunnen kiezen, zowel voor de verzekerde als voor de verzekeraar. Op dit moment opereren er op een aantal deelmarkten in de zorg niet voldoende aanbieders. Daar is sprake van schaarste. In deze markten moeten verzekeraars alle aanbieders contracteren en kan er van selectieve contractering geen sprake zijn. Op andere markten kan dit wel.
- c. **Onvoldoende transparantie:** Consumenten moeten voordat ze een zorgpolis afsluiten voldoende informatie hebben om een weloverwogen keuze te kunnen maken tussen de verschillende polissen. Ze hebben daarvoor zowel informatie nodig over de gecontracteerde zorgaanbieders als over de kwaliteit en wachttijden van die betreffende zorgaanbieders. Zorgverzekeraars moeten op hun beurt over voldoende informatie kunnen beschikken om goede zorgaanbieders te kunnen selecteren en om hun contracteerbeleid uit te kunnen leggen richting de consument. Door gebrek aan informatie over kwaliteit en wachttijden is dat op dit moment moeilijk. Lastig is ook dat verzekeraars pas zorgaanbieders contracteren als ze verzekerden geworven hebben. Consumenten kunnen daardoor bij het afsluiten van hun polis nog niet zien bij welke aanbieders ze terecht kunnen.
- d. **Onvoldoende inkoopvoordelen:** Er is op dit moment weinig ruimte voor zorgverzekeraars om inkoopvoordelen te behalen. Een groot deel van de zorg kent vaste budgetten en de kwaliteit van de zorg is moeilijk te vergelijken. Daarnaast lopen verzekeraars vanwege het nog in ontwikkeling zijnde risicovereveningsmodel slechts beperkt risico over de zorg die zij inkopen en worden eventuele inkoopvoordelen nog grotendeels afgeroomd. Hierdoor leveren polissen met beperkt gecontracteerde zorg nog onvoldoende premie- en kwaliteitsvoordelen op voor de consument. Voor verzekeraars is het daardoor niet aantrekkelijk dergelijke polissen aan te bieden.
- e. **Huisarts houdt geen rekening met inkoopbeleid van de zorgverzekeraar:** De huisarts speelt vaak een belangrijke rol bij de keuze van de consument voor een bepaalde zorgaanbieder. De huisarts houdt bij het doorverwijzen echter vaak geen rekening met het inkoopbeleid van de verzekeraar en verwijst vooral door binnen zijn lokale netwerk. Dit maakt het voor de verzekeraar moeilijk om aan keuzeondersteuning te doen.

Acties en aanbevelingen

De NZa wil de randvoorwaarden voor keuzeondersteuning verbeteren om keuzeondersteuning door verzekeraars te ondersteunen. Daartoe doet zij onderstaande acties en aanbevelingen. Verzekeraars kunnen vervolgens zelf bepalen of, en in welke mate, zij polissen met (beperkt) gecontracteerde zorg aan willen bieden (afhankelijk van de vraag naar dergelijke producten).

In de praktijk zal moeten blijken hoe verzekeraars invulling geven aan hun keuzeondersteuningbeleid. De NZa zal over 1 jaar beoordelen in hoeverre de onder punt 2 genoemde problemen zijn opgelost. Waar nodig zal de NZa aanvullende acties nemen om de mogelijkheden om aan keuzeondersteuning te doen te verbeteren.

Vervolgstappen NZa

1. De NZa hanteert bij de beoordeling van modelpolissen de stelregel dat elke restitutievergoeding acceptabel is, mits voor de verzekerden transparant is welke restitutievergoeding de verzekeraar hanteert als de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat. In haar "Richtsnoeren zorgverzekeringen" geeft de NZa aan wat zij wel en niet transparant vindt. Daarnaast controleert de NZa of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en voldoende, kwalitatief goede zorg met een aanvaardbare wachttijd hebben ingekocht. In alle polissen is de toegang tot verzekerde zorg voor de consument dus geborgd.
2. De NZa onderzoekt systematisch op welke markten meer onderhandelingsvrijheid aan partijen kan worden gegeven. Daarvoor zijn inmiddels onder andere een uitvoeringstoets ziekenhuisbekostiging (rapport "Op weg naar vrije prijzen"), een uitvoeringstoets over de bekostiging van de AWBZ-zorg (rapport "Care voor de Toekomst") en een theoretisch kader over de liberalisering van de vrije beroepen in de zorg verschenen.
3. De NZa zal onderzoeken of er sprake is van niet noodzakelijke toetredingsbelemmeringen op de opleidingsmarkt en of het mogelijk en/of wenselijk is (delen van) deze markt verder te liberaliseren. Hierover zal de NZa een advies uitbrengen aan de Minister van VWS.
4. Zoals reeds aangegeven in haar onlangs gepubliceerde consultatiedocument "(In) het belang van de consument", zal de NZa een normenkader opstellen over wanneer de consument over voldoende informatie beschikt om een goede keuze te kunnen maken op de verschillende zorgmarkten. Wanneer de transparantie in een specifieke zorgmarkt/sector onvoldoende blijkt, zal de NZa marktpartijen hierop aanspreken. Als de transparantie ook dan onvoldoende blijft, zal de NZa dwingende maatregelen nemen.
5. Zoals de NZa heeft aangegeven in haar monitor *Zorgverzekeringsmarkt 2006*, zal zij onderzoeken of de cycli van overstappen op de zorgverzekeringsmarkt en zorginkoop op de inkoopmarkt, beter op elkaar kunnen worden aangesloten.
6. De NZa onderzoekt of zij een experiment kan opstarten/faciliteren, waarin geprobeerd wordt het doorverwijsgedrag van een groep huisartsen te verbeteren. Een aantal huisartsen kan bijvoorbeeld experimenteren met het gebruik van betere informatiesystemen. De vormgeving van een dergelijk experiment zal nader uitgewerkt worden in overleg met de LHV, ZN, de Consumentenbond en de NPCF.

Aanbevelingen aan VWS

7. Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat verzekeraars en aanbieders meer vrijheid krijgen om met elkaar te onderhandelen en dat de overheidsregulering geleidelijk wordt verminderd. Met de brief "Ruimte voor betere zorg" geeft de Minister van VWS hiertoe al een aanzet voor de ziekenhuiszorg. De NZa adviseert de Minister van VWS, conform hetgeen hierover is opgenomen in het coalitieakkoord, door te gaan op de ingeslagen weg, en om te bekijken wat voor de andere zorgsectoren de mogelijkheden tot deregulering en liberalisering zijn. De NZa zal de Minister daarover adviseren (zie actie 1).
8. Zoals aangegeven in de uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen" adviseert de NZa de Minister van VWS de vereveningsmechanismen in het risicovereveningsmodel verder af te bouwen, zodat verzekeraars – vooral in vrijgegeven markten – meer risico gaan lopen en zo meer prikkels krijgen om goede zorg in te kopen.

Aanbevelingen aan zorgverzekeraars

9. Het is aan de verzekeraars om het keuzeondersteuningsbeleid nader vorm te geven. De verzekeraars zullen de consument ervan moeten overtuigen dat een polis met bijvoorbeeld (beperkt) gecontracteerde zorg belangrijke voordelen oplevert. Daarbij is het belangrijk dat verzekeraars hun verzekerden goed informeren over de inhoud van verschillende polissen, en de voor- en nadelen van elke variant. Het gebruik van objectieve en onafhankelijke informatie is daarbij belangrijk. Op die manier kan de verzekeraar het vertrouwen van de consumenten winnen. Daarnaast adviseert de NZa verzekeraars om samenwerking te zoeken met partijen die de verzekerde vertrouwt, zoals huisartsen en consumentenorganisaties en deze te betrekken bij het selecteren/contracteren van bepaalde (voorkeurs)aanbieders.
10. Consumenten blijken vooral negatief over polissen met (beperkt) gecontracteerde zorg wanneer zij deze polis opgedrongen krijgen. Uit internationale ervaringen komt naar voren dat als consumenten zelf kunnen kiezen, zij vaak wel voor de polis met (beperkt) gecontracteerde zorg kiezen. De NZa adviseert zorgverzekeraars daarom verschillende soorten polissen aan te bieden (qua hoeveelheid gecontracteerde zorg en premies) en de consument zelf te laten kiezen welke polis het beste bij hem past.

1. Inleiding

1.1 Algemeen

De laatste jaren is het Nederlandse zorgstelsel ingrijpend gewijzigd. De consument is daarbij steeds meer centraal komen staan. Concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de gunsten van de consument, moet leiden tot een innovatiever, kwalitatief beter en doelmatiger zorgstelsel, dat optimaal aansluit op de wensen van de consument.

In het nieuwe stelsel heeft de consument de vrijheid om te kiezen voor de zorgverzekering die het beste aansluit bij zijn voorkeuren. Hij kan kiezen voor een polis met gecontracteerde zorg of voor een polis waarin hij zijn kosten voor zorg vergoed krijgt.⁴ Wanneer een verzekerde kiest voor een polis met gecontracteerde zorg, is er een belangrijke rol weggelegd voor de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar dient als kritische inkoper zorg in te kopen namens zijn verzekerden. Hiervoor sluit hij contracten met zorgaanbieders over de prijs, de kwaliteit en het volume van de te leveren zorg. De verzekeraar kan dit vaak beter dan de individuele consument. Hij heeft vaak meer kennis van de zorg en meer onderhandelingsmacht dan de individuele consument en hij zal bovendien zowel op de prijs, als op de kwaliteit van de geleverde zorg letten. Bij het contracteren van zorg geldt dat hoe selectiever de zorgverzekeraar is in zijn contracteerbeleid, hoe meer voordelen hij kan bedingen bij de zorgaanbieders op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Polissen met (beperkt) gecontracteerde zorg of met voorkeursaanbieders, kunnen daardoor vaak een lagere premie hebben en/of bevatten kwalitatief betere aanbieders.

1.2 Keuzeondersteuning

Zorgaanbieders worden gestimuleerd kwalitatief goede zorg te leveren voor een scherpe prijs, als ze merken dat ze minder patiënten krijgen wanneer ze geen (voorkeurs)contract met de zorgverzekeraar hebben. Daarom is het belangrijk dat verzekerden die hebben gekozen voor een polis met beperkte gecontracteerde zorg of met voorkeursaanbieders ook werkelijk naar een gecontracteerde (voorkeurs)aanbieder gaan. De verzekeraar kan de verzekerde stimuleren te kiezen uit de gecontracteerde (voorkeurs)aanbieders. De NZa noemt dit het bieden van keuzeondersteuning.

Keuzeondersteuning kent verschillende varianten:

- **Passieve keuzeondersteuning:** De zorgverzekeraar bemiddelt als de consument zelf geen goede zorgaanbieder kan kiezen. Als de consument bij de aanbieder van zijn eerste voorkeur bijvoorbeeld op een wachtlijst stuit, kan de verzekeraar hem verwijzen naar (voorkeurs)aanbieders met kortere wachtlijsten.

⁴ In het algemeen wordt vaak gesproken van een natura-polis als men een polis met gecontracteerde zorg bedoelt, en van een restitutiepolis als men een polis zonder gecontracteerde zorg bedoelt. Het verschil tussen deze varianten is dat de verzekerde in geval van een natura-polis recht heeft op zorg in natura indien hij zorg nodig heeft. Bij een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op een vergoeding van de gemaakte kosten. Echter, beide polissen kunnen in praktijk gecontracteerde zorg bevatten. De NZa spreekt daarom van polissen met gecontracteerde zorg als de verzekeraar contracten sluit met zorgaanbieders, en polissen zonder gecontracteerde zorg wanneer de verzekeraar enkel de gemaakte kosten vergoed.

- **Actieve keuzeondersteuning via positieve impulsen:** De zorgverzekeraar contracteert alle zorgaanbieders, maar selecteert bepaalde zorgaanbieders als "voorkeursaanbieder". Wanneer de consument naar deze voorkeursaanbieders gaat kan hij bepaalde extra's verwachten, zoals een betere kwaliteit van zorg, of extra service.⁵ In ruil voor de geleverde extra's krijgt een voorkeursaanbieder meer volume toegewezen dan andere zorgaanbieders.
- **Actieve keuzeondersteuning via selectieve/bepaalde contractering:** De zorgverzekeraar sluit alleen een contract af met bepaalde voorkeursaanbieders. Indien een consument naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet hij vaak een bedrag bijbetalen. Bij selectieve contractering kan de verzekeraar in theorie de meeste inkoopvoordelen bedingen. De risico's op omzetverlies bij het niet sluiten van een contract met de verzekeraar zijn bij deze selectieve contractering immers het grootst.

In veel gevallen zullen verzekeraars combinaties van positieve en negatieve impulsen gebruiken om consumenten te stimuleren voor bepaalde (voorkeurs)aanbieders te kiezen. Extra's voor wie naar gecontracteerde aanbieders gaat, een eigen betaling voor wie dat niet doet.

Op dit moment bieden vrijwel alle verzekeraars passieve keuzeondersteuning aan hun verzekerden. Daarnaast experimenteren veel verzekeraars met het geven van positieve financiële impulsen.

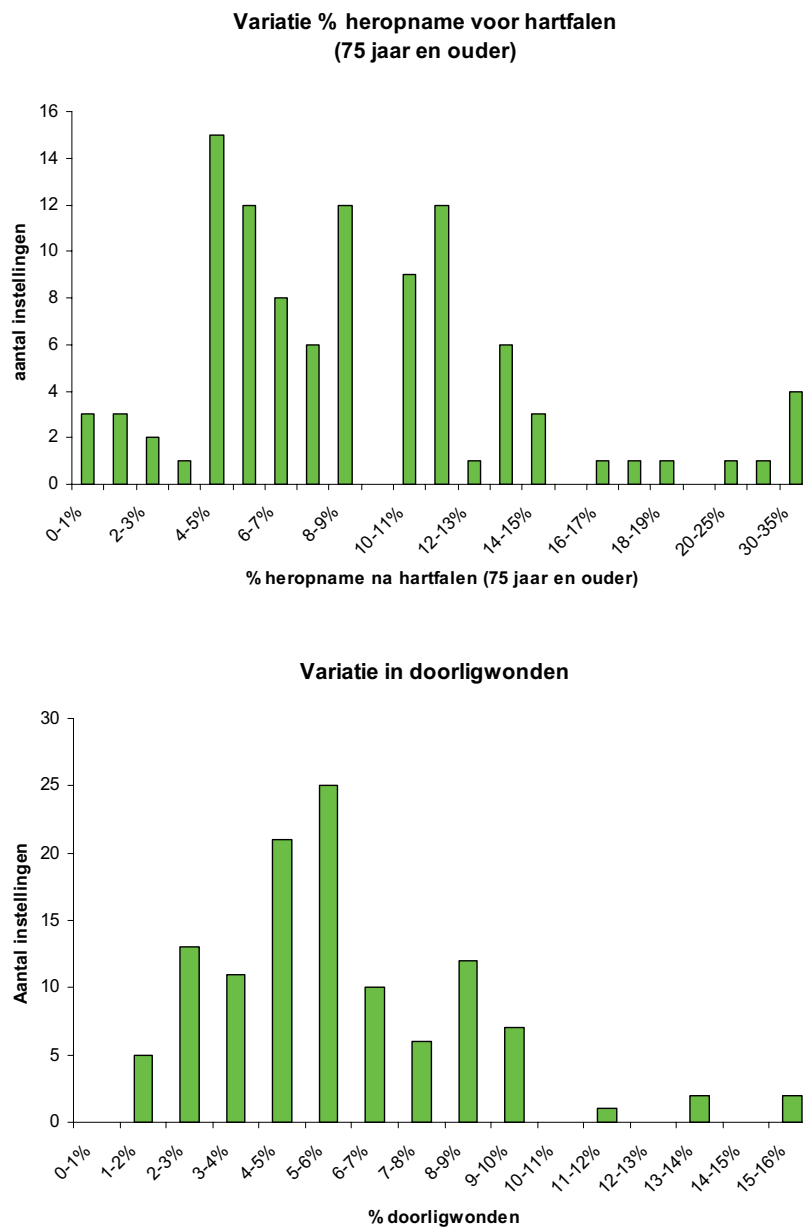
1.3 Effect op publieke belangen

De effecten van keuzeondersteuning op de publieke belangen – kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid – zijn divers:

Kwaliteit

Keuzeondersteuning kan leiden tot een sterke verbetering van de kwaliteit van zorg. Als zorgverzekeraars besluiten alleen die zorgaanbieders te contracteren die een hoge kwaliteit leveren, worden alle aanbieders gestimuleerd om te investeren in hun kwaliteit. Dat er op dit terrein nog veel verschillen bestaan tussen zorgaanbieders - en dat er dus nog veel kwaliteitswinst te behalen valt - blijkt wel uit onderstaande grafieken.

⁵ Overigens valt hierbij op te merken dat zorgaanbieders een aantal voordelen die zij met één bepaalde zorgverzekeraar afspreken, vaak ook aan verzekerden van andere verzekeraars zullen geven. Zo leiden afspraken over een korte wachttijd er veelal toe dat alle patiënten sneller geholpen worden en leiden kwaliteitsafspraken tot een algehele kwaliteitsverbetering. Het werken met voorkeursaanbieders heeft daardoor vaak positieve effecten voor alle zorgconsumenten.

Figuur 1: Kwaliteitsaspecten in de ziekenhuiszorg⁶

Betaalbaarheid

Ook aan de betaalbaarheid van de zorg kan keuzeondersteuning een positieve bijdrage leveren. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat betaalbaarheid van de zorg sterk verbetert wanneer consumenten kiezen voor een polis met beperkt gecontracteerde zorg. Wanneer verzekeraars hun verzekerden beter kunnen leiden naar bepaalde voorkeursaanbieders, hebben zij immers meer onderhandelingsmacht en kunnen zij betere prijzen bedingen.⁷

Toegankelijkheid

Ten slotte kan ook de toegankelijkheid van de zorg door keuzeondersteuning toenemen. De zorgplicht verplicht de verzekeraar om voldoende kwalitatief goede en toegankelijke zorg in te kopen, en

⁶ Deze informatie is afkomstig van de website Kiesbeter.nl. Het betreft informatie per ziekenhuislocatie. Hierbij geldt dat een laag percentage heropnames bij hartfalen een hogere kwaliteit impliceert. Dit geldt tevens voor het percentage doorligwonden.

⁷ Sorensen, A.T. (2003), *Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation*. Connecticut, *Journal of industrial economics*, vol. 51(4), p. 469-490.

garandeert daarmee dat de patiënt altijd geholpen wordt. De toegankelijkheid van specifieke (niet gecontracteerde) aanbieders kan door keuzeondersteuning weliswaar afnemen⁸, maar zorgaanbieders worden wel meer gestimuleerd om hun wachtlijsten weg te werken en zo in aanmerking te komen voor een (voorkeurs)contract. Bovendien worden de keuzemogelijkheden van de consument op de zorgverzekeringsmarkt groter doordat de consument kan kiezen uit verschillende typen polissen. Ook raakt de consument door keuzeondersteuning beter geïnformeerd over bijvoorbeeld de wachttijden. Daardoor kan hij beter zelf een keuze maken tussen verschillende zorgaanbieders.

Conclusie

Bij het afsluiten van een zorgverzekering heeft de consument de vrijheid om te kiezen voor een polis waarbij hij volledig vrij is in zijn zorgaanbiederkeuze of voor een polis met (beperkt) gecontracteerde zorg en keuzeondersteuning. In dat laatste geval kan de consument kiezen uit een beperkter aantal zorgaanbieders, in ruil voor een betere kwaliteit van zorg, kortere wachttijden en/of een lagere premie. Hoewel keuzeondersteuning – wanneer de consument zelf kiest voor een dergelijke polis – dus kan leiden tot een beperking van de toegang tot specifieke zorgaanbieders, levert het ook belangrijke voordelen op. De NZa is daarom van mening dat keuzeondersteuning essentieel is om de met het nieuwe zorgstelsel beoogde efficiëntie- en kwaliteitsvoordelen te kunnen behalen.

1.4 Doel van dit onderzoek

De NZa vindt keuzeondersteuning belangrijk om de met het nieuwe zorgstelsel beoogde kwaliteits- en efficiëntieverbeteringen te kunnen realiseren. Uit verschillende onderzoeken van de NZa is naar voren gekomen dat zorgverzekeraars vooralsnog weinig aan actieve keuzeondersteuning doen.⁹ Daarom doet de NZa onderzoek naar de mogelijke knelpunten die de zorgverzekeraars ondervinden bij het bieden van keuzeondersteuning. De NZa zal deze knelpunten waar mogelijk wegnemen of verminderen. Het doel van dit project is dan ook drieledig, namelijk:

1. Inzicht geven in hoe de verzekerde reageert op verschillende vormen van keuzeondersteuning en aangeven hoe deze vormen in verhouding tot elkaar staan.
2. Benoemen van factoren die keuzeondersteuning door zorgverzekeraars in de weg staan.
3. Formuleren van acties en aanbevelingen die de NZa en andere partijen kunnen ondernemen om keuzeondersteuning door zorgverzekeraars te bevorderen.

Het rapport schetst een algemeen beeld van de mogelijkheden tot keuzeondersteuning binnen de verzekerde curatieve zorg. Deze knelpunten zullen niet in iedere sector even sterk spelen. Als het in dit

⁸ Hierbij valt een onderscheid te maken tussen fysieke toegankelijkheid en financiële toegankelijkheid. Consumenten kunnen in principe altijd terecht bij de aanbieder van hun eerste voorkeur. Als zij hebben gekozen voor een polis met beperkt gecontracteerde zorg en een eigen betaling, kan de keuze voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder echter behoorlijke financiële consequenties hebben. De financiële toegankelijkheid tot niet gecontracteerde aanbieders kan door keuzeondersteuning dus worden beperkt.

⁹ Zie hiervoor onder andere de Monitor B-segment ziekenhuiszorg en de Monitor Fysiotherapie.

rapport gaat over het nemen van maatregelen dan ligt de focus over het algemeen op de sector waar de betreffende vorm van keuzeondersteuning het meeste oplevert.

Dit rapport gaat alleen in op de mogelijkheden tot keuzeondersteuning binnen de Zorgverzekeringswet. In de AWBZ spelen vaak andere afwegingen een rol omdat een zorgverzekeringsmarkt ontbreekt. In de uitvoeringstoets "Care voor de toekomst", kijkt de NZa naar de toekomstige vormgeving van de AWBZ. Daarin besteedt de NZa tevens aandacht aan de mogelijkheden tot keuzeondersteuning in de AWBZ.

1.5 Informatiebronnen

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie. Allereerst is er gebruik gemaakt van bestaande wetenschappelijke literatuur op het gebied van keuzeondersteuning. Daarnaast zijn er gesprekken gevoerd met verschillende stakeholders, zoals brancheorganisaties, maatschappelijke instanties, consumentenorganisaties en onderzoeksbureau's. Een kort verslag van deze gesprekken is in de bijlage opgenomen. Ook is gesproken met een aantal zorgverzekeraars. De belangrijkste punten uit de gevoerde gesprekken zijn in het rapport verwerkt.

Vervolgens zijn enkele kwantitatieve analyses uitgevoerd. Op de mogelijkheden voor keuzeondersteuning in het nieuwe zorgstelsel is vooral het keuzegedrag van de consument van invloed. Daarom heeft de NZa een enquête uitgezet onder 500 personen die het afgelopen jaar zorg hebben geconsumeerd binnen het B-segment van de ziekenhuiszorg. Zij kregen de vraag welke keuze-informatie zij daadwerkelijk gebruikt hebben. Deze consumenten zijn daarnaast bevraagd over het relatieve belang dat zij hechten aan een aantal fictieve situaties. Ten slotte heeft de NZa een enquête uitgezet onder een groep huisartsen, waarin zij werden gevraagd naar hun verwijsgedrag en hun mening over keuzeondersteuning. De conclusies zijn verwerkt in onderliggend rapport.

1.6 Leeswijzer

Dit rapport gaat allereerst in op de huidige praktijk van keuzeondersteuning. Doen de verzekeraars momenteel aan keuzeondersteuning? Zo ja, op welke manier? Hoofdstuk 2 besteedt uitgebreid aandacht aan deze onderwerpen. Voordat de verzekeraar keuzeondersteuning kan bieden aan de consument, is het van belang te weten waar de keuze van de consument van afhankelijk is. In hoofdstuk 3 zal daarom worden ingegaan op de factoren die invloed hebben op de keuze van de consument en wordt tevens bekeken hoe deze factoren zich tot elkaar verhouden. Hoofdstuk 4 behandelt de problemen die verzekeraars ervaren bij het bieden van keuzeondersteuning. Ook zijn in dit hoofdstuk acties en aanbevelingen te vinden waarmee de NZa en andere instanties keuzeondersteuning door zorgverzekeraars kunnen faciliteren.

2. Keuzeondersteuning in de praktijk

2.1 Keuzeondersteuning in verschillende sectoren

In de verschillende marktmonitors die de NZa in 2006 heeft uitgebracht, is onderzocht in welke mate zorgverzekeraars in de praktijk aan keuzeondersteuning doen. Dit hoofdstuk beschrijft kort de belangrijkste conclusies uit deze monitors en de ervaringen die verzekeraars sindsdien met keuzeondersteuning hebben opgedaan.

2.1.1 Ziekenhuiszorg

2.1.1.1 Actieve keuzeondersteuning

Selectief contracteren

Zoals uit de monitor ziekenhuiszorg¹⁰ blijkt, sluiten verzekeraars met vrijwel alle ziekenhuizen contracten af. Er wordt nog weinig selectief gecontracteerd. Het komt slechts een enkele keer voor dat een verzekeraar een of meerdere Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) bij een ziekenhuis niet contracteert. Wel variëren zorgverzekeraars het gecontracteerde volume tussen goed en slecht presterende zorgaanbieders. Verzekeraars contracteren ook vaker selectief als het gaat om nieuwe behandelmethodes. Vanuit kwaliteitsoogpunt is het dan soms beter als een beperkt aantal specialisten alle behandelingen uitvoert. Bij zelfstandige behandelcentra (ZBC's) komt selectieve contractering meer voor. Hierbij geldt dat verzekeraars vooral buiten hun kernwerkgebieden minder noodzaak zien tot het contracteren van alle ZBC's. Verzekeraars stellen daar ook meer randvoorwaarden bij de inkoop van zorg.

Vergoeding niet gecontracteerde zorg, restitutievergoeding

De meest directe vorm waarmee verzekeraars hun verzekerden kunnen stimuleren om naar gecontracteerde aanbieders te gaan is via de restitutievergoeding. De patiënt die een bezoek aflegt aan een niet gecontracteerde aanbieder, betaalt het tarief op de standaardprijslijst van het ziekenhuis. De verzekeraar restitueert vervolgens een bedrag. Dit bedrag is niet noodzakelijk gelijk aan de gemaakte kosten. Het verschil moet de patiënt zelf bijbetalen. Door de restitutievergoeding lager te stellen dan de gecontracteerde prijs kan een verzekeraar zijn verzekerden financieel stimuleren om naar gecontracteerde aanbieders te gaan.

Uit de polissen die door verzekeraars zijn aangeboden voor het jaar 2007 blijkt dat de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg varieert van 80% van het Wmg of marktconforme tarief met een eigen bijbetaling tot maximaal 500 euro per behandeling tot een volledige vergoeding van het Wmg of marktconforme tarief. Doordat verzekeraars met bijna alle zorgaanbieders contracten hebben afgesloten worden verzekerden echter nog nauwelijks met eigen bijdragen geconfronteerd.

Het ruime contracteerbeleid van verzekeraars is een van de redenen dat verzekerden op dit moment weinig prikkels hebben om voor een specifieke aanbieder te kiezen. Ook het gebrek aan kwaliteitsinformatie over de verschillende aanbieders en de geringe initiatieven die verzekeraars ondernemen om aan keuzeondersteuning te doen zorgen

¹⁰ De monitor ziekenhuiszorg 2006 is te vinden op www.nza.nl

ervoor dat er op dit moment weinig concurrentie is op de zorgaanbiedersmarkt. Hoofdstuk 4 gaat nader in op de beweegredenen van verzekeraars om niet selectief te contracteren.

Voorkeursaanbieders

Verzekeraars ondersteunen hun verzekerden in hun keuze voor een bepaalde aanbieder wel op andere manieren. Zoals in hoofdstuk 1 werd beschreven kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen actieve en passieve keuzeondersteuning. Verzekeraars maken vooral gebruik van deze laatste vorm van keuzeondersteuning

Enkele voorbeelden

Onderstaande voorbeelden van actieve keuzeondersteuning komen uit de monitor ziekenhuiszorg 2006 en uit interviews met verzekeraars voor dit project:

- Een verzekeraar maakt gebruik van zogenoemde "stuur DBC's". Als een verzekerde zorg nodig heeft binnen een stuur DBC dient hij eerst contact op te nemen met de verzekeraar. De verzekeraar kan deze verzekerden vervolgens adviseren om naar ziekenhuizen te gaan die zich bijvoorbeeld in de nabijheid van de woonplaats van de verzekerde bevinden en waarmee een goede prijs/kwaliteit verhouding is afgesproken.
- Enkele verzekeraars contracteren minder volume bij ziekenhuizen die bijvoorbeeld te hoge DBC-prijzen vragen of slechte kwaliteit leveren. Zij creëren hiermee kunstmatige wachtlijsten bij slecht presterende ziekenhuizen. Als cliënten die geconfronteerd worden met een wachtlijst hierover contact opnemen met de verzekeraar kan hij doorverwijzen naar voorkeursaanbieders waar wel genoeg zorg ingekocht is.
- Enkele verzekeraars experimenteren met positieve impulsen om verzekerden te stimuleren om naar bepaalde voorkeursaanbieders te gaan. Het krantenartikel in figuur 2.1 geeft hier een goede illustratie van. Naast de genoemde stimulansen in het krantenartikel maken verzekeraars gebruik van impulsen die variëren van het vergoeden van een taxirit naar een verder weggelegen voorkeursaanbieder tot een betere kamer in een voorkeursziekenhuis. De omvang en de aard van de impulsen is daarbij afhankelijk van de specifieke zorgsoort. Uit de interviews die met verzekeraars zijn gehouden komt naar voren dat verzekeraars zich vooral willen richten op positieve impulsen. De inzet van negatieve impulsen zal volgens de verzekeraars alleen maar tot imago schade leiden en daarmee tot een verlies aan verzekerden. Hoofdstuk 4 gaat hier verder op in.
- Een aantal verzekeraars probeert door het actief verstrekken van medische informatie aan verzekerden, verzekerden te overtuigen om contact op te nemen met de verzekeraar. Deze kan de verzekerde vervolgens adviseren om naar bepaalde voorkeursaanbieders te gaan.

Figuur 2: Voorbeeld van keuzeondersteuning door verzekeraar

Verzekeraar vergoedt stoppen met roken

NIJMEGEN, 19 AUG. Wie naar Duitsland reist voor een knie- of een heupoperatie, kan daar meteen onder begeleiding stoppen met roken. Gisteren maakte zorgverzekeraar VGZ bekend dat klanten die bereid zijn een operatie te ondergaan in een Duitse kliniek, daar gratis extraatjes bij krijgen. Ze kunnen in de kliniek dan ook meteen revalideren. Daarnaast kunnen ze kiezen voor gratis massages, warmtherapie en ontspanningssessies, met een diëtiste aan gewichtsbeheersing en gezonde voeding werken of een cursus stoppen met roken volgen.

Het ondergaan van planbare (dus niet spoedeisende) operaties aan ogen, knieën of heupen gebeurt wel vaker in het buitenland. Dat ontstond een paar jaar terug toen er nog grote wachttijsten waren

en rechtszaken jurisprudentie hadden opgeleverd die dat mogelijk maakte. Sindsdien zijn bussen vol oegpatiënten op weg naar een kliniek geen uitzondering. Tegenwoordig gebeurt het ook per vliegtuig. Zorgverzekeraars bieden de laatste tijd ook steeds vaker extraatjes die met 'life style' te maken hebben. Zo wierp een verzekeraar bij het laatste gevecht om de klant een gratis body *checkup* in Turkije in de strijd. Ook dieetadviezen worden vaker weggegeven. Maar cursussen stoppen met roken zijn, voor zover een woordvoerder van Zorgverzekeraars Nederland weet, nog niet eerder meegenomen in een aanbod uit de basisverzekering.

Volgens VGZ is dit mogelijk omdat de verzekeraar een goede

deal met de ziekenhuizen heeft kunnen sluiten. Patiënten worden voor de operatie twee weken opgenomen in het *Städtischen Klinikum* in Bielefeld en gaan daarna drie weken naar een nabijgelegen revalidatiecentrum. Iedere patiënt krijgt daar een privékamer en vol pension en mag iemand meenemen.

Dat alles uit de basisverzekering kan worden gefinancierd komt onder meer omdat revalidatietherapieën in groepsverband worden gegeven, stelt een woordvoerder van VGZ. In Nederland gebeurt dat op individueel niveau. Minister Hoogervorst (Volksgezondheid, VVD) wil liever niet dat extra's zoals een anti-rook-cursus worden opgenomen in het basispakket. (ANP)

2.1.1.2 Passieve keuzeondersteuning

Verzekerden informeren soms ook zelf bij de verzekeraar naar welke aanbieder ze het beste kunnen gaan. Verzekeraars kunnen dan gericht invloed uitoefenen op de keuze van een verzekerde. Zij kunnen dan wijzen op de aanbieders met wie de verzekeraar goede afspraken heeft over wachttijden, de kwaliteit of de prijs.

Enkele voorbeelden van passieve keuzeondersteuning zijn:

- Het geven van informatie over voorkeursaanbieders (kwaliteit, prijs, wachttijden) via websites, mailings, ledenbladen etc. zodat de consument zich beter kan informeren over de voorkeursaanbieders
- Het inzetten van bemiddelaars die zorg dragen voor wachttijstbemiddeling en verzekerden adviseren en/of ondersteunen bij hun keuze voor een zorgaanbieder als zij hierover contact opnemen met de verzekeraar.

2.1.2 Fysiotherapie

2.1.2.1 Actieve keuzeondersteuning

Selectief contracteren

Uit de monitor fysiotherapie 2006¹¹ blijkt dat verzekeraars vooralsnog weinig gebruik maken van keuzeondersteuning. Verzekeraars hebben met het grootste deel van de fysiotherapeuten contracten gesloten. Van alle zorg die fysiotherapeuten verlenen is ongeveer 90 procent gecontracteerd. Sommige fysiotherapeuten kiezen er zelf voor om geen contract met een verzekeraar af te sluiten

Hoogte restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg

Uit de polissen die voor het jaar 2007 zijn aangeboden blijkt dat verzekeraars vaak een vast bedrag per behandeling vergoeden als een verzekerde naar een niet gecontracteerde fysiotherapeut gaat of een percentage vergoeden van het Wmg of marktconforme tarief dat varieert van 80% tot 100%. Ook hier geldt echter dat verzekerden nauwelijks

¹¹ De monitor fysiotherapie 2006 is te vinden op www.nza.nl

met eigen bijdragen worden geconfronteerd omdat verzekeraars rond de 90% van de fysiotherapeuten heeft gecontracteerd.

Voorkeursaanbieders

Enkele verzekeraars zijn actief bezig met het formuleren van een beleid voor voorkeursaanbieders. Eén verzekeraar biedt zowel standaardcontracten als contracten voor voorkeursaanbieders aan. Verzekerden worden nu echter niet direct gestimuleerd om van deze aanbieders gebruik te maken. Verzekeraars geven aan dat zij dit in de toekomst wel meer zullen gaan doen. Zij zullen dan bijvoorbeeld informatie via de website gaan geven over kwaliteitsafspraken die met voorkeursaanbieders zijn gemaakt. Zo kunnen verzekeraars aan de consument uitleggen waarom zij voor bepaalde voorkeursaanbieders hebben gekozen.

2.1.2.2 Passieve keuzeondersteuning

Op een indirecte manier proberen verzekeraars verzekerden te stimuleren om de naar de door hen geselecteerde voorkeursaanbieders te gaan. Via de verschillende zorggidsen die op de websites van de verzekeraar staan, krijgen verzekerden bijvoorbeeld informatie over de door de verzekeraar gecontracteerde fysiotherapeuten. Op dit moment is dit nog niet heel relevant omdat de meeste aanbieders gewoon gecontracteerd zijn. Op de websites is ook informatie opgenomen over de maximale vergoeding waarvoor verzekerden in aanmerking komen als zij voor een niet gecontracteerde fysiotherapeut kiezen. Een verzekerde kan dan zelf berekenen hoeveel hij moet bijbetalen als hij een niet gecontracteerde fysiotherapeut bezoekt. De verzekeraar kan daarnaast verzekerden adviseren om naar een bepaalde fysiotherapeut te gaan als deze zelf contact opneemt met de verzekeraar voor advies.

2.2 Collectieve contracten

Binnen de curatieve zorg zijn er bij collectieve polissen meer mogelijkheden tot keuzeondersteuning volgens de verzekeraars. Het gaat hierbij vooral om collectiviteiten met werkgevers en patiëntenorganisaties.

Werkgevers

Met werkgevers is het mogelijk om aanvullende afspraken te maken over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van werknemers naast de reguliere zorg. Door een snelle behandeling te garanderen kunnen zorgverzekeraars de bij een collectief aangesloten verzekerden gemakkelijker richting een voorkeursaanbieder sturen. Doordat er meer contact is tussen de verzekeraar, de werkgever en de bedrijfsarts bestaan er bovendien meer mogelijkheden voor de verzekeraar om verzekerden te informeren over het voorkeursaanbod en de voordelen hiervan. Hierdoor is de kans dat een verzekerde daadwerkelijk naar een voorkeursaanbieder gaat groter.

Patiëntenorganisaties

Met patiëntenorganisaties kunnen verzekeraars afspraken maken over de kwaliteit van de zorg (bijvoorbeeld ketenzorg, aanvullende dekking specialistische zorg). Doordat de afspraken zich vooral richten op specifieke producten die door specifieke zorgaanbieders worden aangeboden, vindt er direct keuzeondersteuning plaats. De patiënten die bij een belangenorganisatie zijn aangesloten zullen ook sneller vertrouwen op de keuze voor bepaalde voorkeursaanbieders als de

patiëntenorganisatie die voorkeur steunt. Uit de praktijk blijkt dat patiëntenorganisaties steeds vaker betrokken zijn bij de inkoop van zorg.

2.3 Conclusie

Verzekeraars blijken momenteel in enige mate te experimenteren met keuzeondersteuning. Het gaat daarbij vooral om keuzeondersteuning met positieve prikkels, zoals via het geven van extra's aan consumenten die naar een voorkeursaanbieder gaan, of het geven van zorgbemiddeling. Keuzeondersteuning bieden gaat gemakkelijker via een collectiviteit, zoals een werkgeverscollectiviteit of een collectiviteit van een patiëntenorganisatie. Selectieve contractering speelt momenteel nauwelijks een rol.

3. Keuzebeïnvloedende factoren

Dit hoofdstuk bespreekt de meest relevante factoren die de keuze van consumenten voor een bepaalde aanbieder beïnvloeden¹².

Het hoofdstuk gaat in op de volgende factoren:

- reistijd;
- financiële impulsen;
- kwaliteit;
- wachtlijsten;
- huisartsadvies en;
- de relatie met een zorgaanbieder.

De mate waarin verzekeraars deze factoren kunnen benutten bij keuzeondersteuning, hangt af van hoe belangrijk consumenten deze factoren vinden. Als consumenten bijvoorbeeld veel waarde hechten aan de kwaliteit van een ziekenhuis en bereid zijn om hier verder voor te reizen, dan is dit een aspect waar verzekeraars zich op kunnen richten.

De NZa heeft een consumentenonderzoek gedaan om er achter te komen wat consumenten belangrijk vinden. Voor dat onderzoek zijn patiënten bevraagd die het afgelopen jaar een behandeling in het zogenaamde B-segment van de ziekenhuiszorg hebben ondergaan. Welke factoren waren doorslaggevend bij hun uiteindelijke keuze voor een aanbieder? En op welke aspecten hebben zij concreet gelet? Ook was er aandacht voor de vraag hoe zij deze informatie hebben gevonden en over welke informatie zij idealiter zouden willen beschikken om een goede keuze voor een aanbieder te kunnen maken. Bij het advies van de huisarts wordt dieper ingegaan op hoe de huisarts zijn patiënten betreft bij zijn keuze voor een aanbieder en hoe hij zelf tot de keuze voor een aanbieder komt. Deze informatie is afkomstig uit een onderzoek dat de NZa heeft uitgezet onder een groep van 100 huisartsen.

3.1 Reistijd

De reistijd naar een zorgaanbieder speelt een belangrijke rol in de keuze voor een zorgaanbieder. Consumenten kiezen vaak voor de dichtstbijzijnde zorgaanbieder. Veel consumenten in Nederland geven aan niet meer dan dertig minuten te willen reizen voor een behandeling in het ziekenhuis.¹³ Een lage reisbereidheid onder consumenten beperkt de mogelijkheden voor verzekeraars om hun verzekerden te stimuleren naar andere zorgaanbieders met een grotere reisafstand, maar bijvoorbeeld wel een betere prijs-kwaliteitverhouding te gaan. Uit onderzoek blijkt dat de bereidheid van consumenten om te reizen toeneemt, naarmate de ernst van de aandoening stijgt.¹⁴ De reisbereidheid van consumenten is ook afhankelijk van de frequentie dat een zorgaanbieder wordt bezocht. Chronische patiënten willen vaak niet te ver reizen voor hun behandeling.

¹² Deze zijn ontleend uit: Taylor, S.L., Calella, L.M. (1996) Hospital outshopping: determinant attributes and hospital choice, *health care management review*, 21:4, 33

¹³ Bas de, P., van der Lijn, N., Meijer, A. (2003) Vraagfactoren ziekenhuizen Eindrapport, Ecorys- Nei, Rotterdam.

¹⁴ Town, R., Vistnes, G. (2001) Hospital competition in HMO networks, *Journal of Health Economics*, 20: 733-753.

Uit een reistijdanalyse uit de monitor ziekenhuiszorg 2006 komt naar voren dat veel consumenten meestal uit verschillende ziekenhuizen in hun directe omgeving kunnen kiezen. Het grootste gedeelte van de Nederlandse bevolking (71 procent) woont binnen vijftien minuten van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Voor een bezoek naar het op een na dichtstbijzijnde ziekenhuis hoeft 65 procent van hen echter minder dan een kwartier extra te reizen. 42 procent van de bevolking hoeft zelfs minder dan vijf minuten verder te reizen.¹⁵ Deze resultaten laten zien dat er meestal voldoende ziekenhuizen aanwezig zijn. Keuzeondersteuning door verzekeraars hoeft daardoor niet direct te leiden tot een grote reistijdverlenging.

3.2 Financiële impulsen

Financiële impulsen kunnen een rol spelen in de keuze van consumenten voor een zorgaanbieder. Doordat veel mensen verzekerd zijn, spelen prijsverschillen vaak geen rol bij hun keuze voor een zorgaanbieder. Uit een aantal onderzoeken is gebleken dat zorgconsumenten nauwelijks gevoelig zijn voor prijsstijgingen als zij verzekerd zijn.¹⁶

Wanneer verzekerden kiezen voor een polis met beperkt gecontracteerde zorg, kunnen verzekeraars consumenten wel financiële impulsen geven om hen te stimuleren naar een bepaalde aanbieder te gaan. Bijvoorbeeld door de consument een eigen bijbetaling te laten doen wanneer hij naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Op deze manier wordt de consument gestimuleerd om naar een gecontracteerde aanbieder zonder eigen bijdrage te gaan. Ook kunnen verzekeraars werken met positieve impulsen zoals het geven van een financiële bonus als een verzekerde de voorkeur voor een aanbieder van de verzekeraar opvolgt. Uit de monitor fysiotherapie 2006 blijkt dat de verzekeraar voor elke hypothetische verlenging van de reistijd met vijf minuten de patiënt twee euro korting zou moeten geven om de patiënt hiertoe te bewegen. Recent onderzoek in de apothekersmarkt laat ook zien dat positieve impulsen invloed hebben op de apothekerskeuze van consumenten (zie box 1). Een positieve financiële impuls blijkt daarbij effectiever naarmate de grootte van de impuls toeneemt en naarmate de impuls meer permanent is.

Negatieve en positieve financiële impulsen

Verzekeraars kunnen gebruik maken van positieve (bonussen en kortingen) en negatieve financiële impulsen (bijbetalingen) om consumenten te stimuleren om naar een bepaalde voorkeursaanbieder te gaan. De 'prospect theory' van Kahneman en Tversky¹⁷ laat zien dat consumenten verschillend reageren op negatieve en positieve impulsen. Consumenten zijn over het algemeen gevoeliger voor een eigen bijbetaling (een negatieve impuls) dan voor bonussen (een positieve impuls) van een zelfde grootte. Zoals bovenstaande auteurs laten zien, zijn consumenten zelfs twee keer zo gevoelig voor negatieve impulsen als voor positieve impulsen. Simpel vertaald heeft het geven van een

¹⁵ De monitor ziekenhuiszorg 2006 is te vinden op www.nza.nl

¹⁶ Onder andere Newhouse, J.P. and The Insurance Experiment Group (1993) *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, Vliet van, R.C. (2004) Deductibles and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 4: 283-305 en Morrisey, M.A. (2005) Price sensitivity in health care: implications for the health care policy, NFIB Research Foundation, Washington. Uit het onderzoek van R.C. van Vliet bleek dat de prijselasticiteit van zorgconsumenten rond de 0,20 procent ligt.

¹⁷ Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263-291

bonus van 2000 euro door een verzekeraar om een consument te stimuleren om een bepaald ziekenhuis te bezoeken hetzelfde effect als een eigen bijbetaling van 1000 euro. De verklaring hiervoor ligt in het feit dat mensen risicomijdend zijn. Verliezen wegen zwaarder dan eventuele winsten. Negatieve impulsen hebben daardoor meer effect op het keuzegedrag van consumenten dan positieve impulsen.

Box 1: Financiële impulsen in de apothekersmarkt

Op de apothekersmarkt experimenteren zorgverzekeraars al enige jaren met impulsen om consumenten te stimuleren om van preferente/voorkeurs aanbieders gebruik te maken. Zorgverzekeraars maakten in deze markt zowel gebruik van financiële impulsen, zoals een bonus bij het bezoeken van de preferente apotheek, als van kwalitatieve impulsen zoals extra service en kwaliteit. Boonen en Schut hebben in 2006 onderzoek gedaan naar het effect van deze impulsen op het keuzegedrag van verzekerden ¹⁸.

In hun artikel kijken ze zowel naar de daadwerkelijke reacties van consumenten op impulsen van verzekeraars (gebleken voorkeuren) als naar de voorkeuren van consumenten als zij een fictieve situatie krijgen voorgelegd (fictieve preferenties). Voor de praktijksituatie is gekeken naar data van een verzekeraar die zijn klanten in 2003 en 2004 naar een preferente apotheek wilde sturen. Het betrof in het onderzoek een apotheek die van oorsprong tot een drogisterijketen behoort. In de analyse zijn twee periodes onderzocht waarbij de verzekeraar zijn consumenten probeert te stimuleren om van deze preferente apotheek gebruik te maken. In de eerste periode werkte de verzekeraar met financiële impulsen (cadeaubonnen van 10 en 5 euro) en in de tweede periode met kwalitatieve impulsen in de vorm van een gratis bodycheck als de consument de preferente apotheek bezoekt.

De resultaten geven aan dat zowel financiële als kwalitatieve impulsen invloed hebben op de apotheekkeuze. Het geven van een financiële impuls kan naar schatting tussen de 2.3 procent en 6.6 procent van de consumenten overhalen om naar een preferente apotheek over te stappen. Voor de kwalitatieve impulsen ligt dit effect tussen de 2.5 procent en 3.3 procent. Dit overstapperpercentage is groter naarmate de impuls groter is. Daarnaast is de conclusie dat eenmalige impulsen niet voldoende zijn om overstappers blijvend te motiveren om naar de preferente apotheek te gaan. Naarmate de reisafstand naar de preferente apotheek toeneemt neemt de bereidheid om de preferente apotheek te bezoeken af.

De onderzoekers hebben ook een aantal fictieve keuzesituaties voorgelegd aan een groep respondenten. Ze wilden er zo achter komen wat de bereidheid van consumenten is om van apotheek te wisselen als zij hier financieel voor worden gecompenseerd. Van de respondenten bleek 15 procent bereid van apotheek te wisselen tegen een premiekorting van 2,5 euro per maand. De onderzoekers merken hierbij wel op dat de respondenten dit financiële voordeel niet hoefden af te wegen tegen eventuele nadelen zoals bijvoorbeeld extra reistijd. Zoals de onderzoekers aangeven, vallen deze resultaten niet zomaar te vertalen naar andere beroepsgroepen. Bij andere beroepsgroepen zal de loyaliteit van patiënten aan hun huidige zorgverlener groter zijn. Vooral wanneer er sprake is van een vertrouwensrelatie, zal het effect van financiële impulsen waarschijnlijk kleiner zijn.

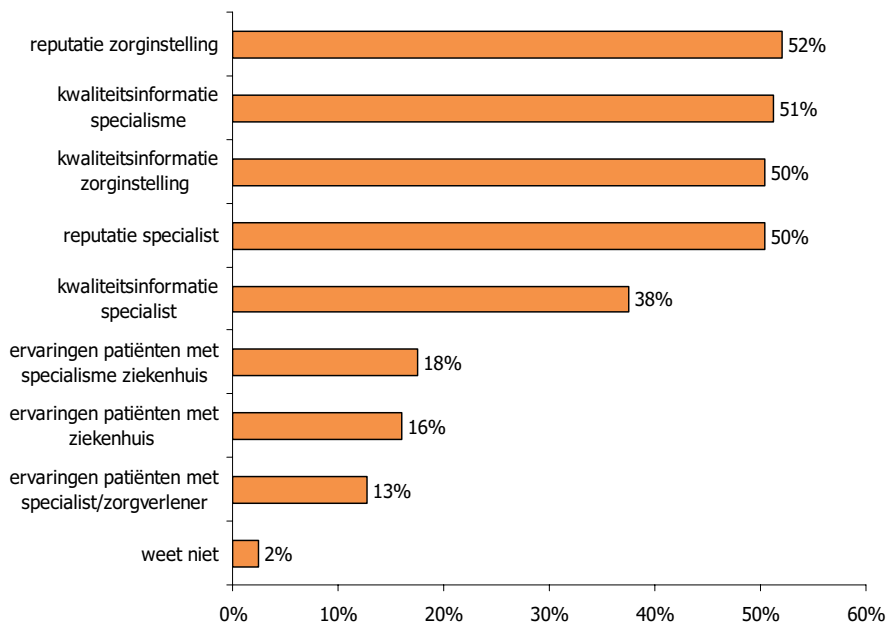
¹⁸ Zie Boonen, L.H.H.M. en Schut, F.T.(2006) Sturing op de zorgmarkt, *ESB*, 19 mei, 226-228 voor een uitgebreide beschrijving van het model dat zij gebruiken voor de schatting van hun resultaten

3.3 Kwaliteit

Kwaliteit speelt een belangrijke rol bij de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder.¹⁹ Consumenten kiezen graag voor de aanbieder die de beste kwaliteit levert. Het belang van kwaliteit wordt groter, naarmate de ernst van de aandoening toeneemt.

Kwaliteit bestaat uit veel aspecten. In het consumentenonderzoek van de NZa is daarom aan consumenten die hebben aangegeven dat zij kwaliteit een (zeer) belangrijke factor vinden, gevraagd op welke deelaspecten van kwaliteit zij letten bij het kiezen van een aanbieder. Onderstaande figuur geeft inzicht in deze aspecten²⁰.

Figuur 3: Belangrijke kwaliteitsaspecten (N=125)



Bron: onderzoek door Intomart GfK in opdracht van de NZa

Patiënten hebben vooral gelet op de reputatie van de zorginstelling en kwaliteitsinformatie over het specialisme en de zorginstelling. Ervaringen van andere patiënten spelen een minder grote rol.

Aan de consumenten is ook gevraagd hoe zij deze informatie hebben gevonden. De belangrijkste informatiebronnen waren in volgorde van belangrijkheid:

- huisarts/indicatiesteller (59%);
- brochures of website zorginstelling (38%);
- onafhankelijke website (36%);
- familie en vrienden (31%);
- informatie bij de verzekeraar (5%).

¹⁹ Zie ook Hanson, K., Yip, W.C., Hsiao, W. (2004) The impact of quality on the demand for outpatient services, *Health Economics*, 13: 1167-1180.

²⁰ De consumentenbond heeft voor een zevental aandoeningen onderzocht welke kwaliteitscriteria consumenten belangrijk vinden bij een zorgaanbieder: Consumentenbond, Zorg voor spataderen, Consumentengids, september 2006 en Consumentenbond, Goede diabeteszorg altijd dichtbij, Consumentengids, maart 2006. De resultaten zijn te vinden op www.consumentenbond.nl. Consumenten vinden het vooral belangrijk dat er kwaliteitsinformatie op aandoeningsniveau en per individuele arts beschikbaar komt.

De verzekeraar is dus nog geen belangrijke bron voor het achterhalen van kwaliteitsinformatie.

Het volgende kader geeft aan over welke informatie de consument graag nog meer zou willen beschikken op het gebied van kwaliteit.

Box 2: Aanvullende wensen van consumenten omtrent keuze-informatie

- Ervaringsinformatie van andere patiënten
- Informatie over de reputatie van de arts
- Kritische beoordeling door andere artsen
- Informatie over de kwaliteit van het eten / verzorging bijv. hoeveel verplegenden op 1 kamer
- Een eenvoudige manier om alles aan de weet te komen
- Informatie over de specialisten die werkzaam zijn
- Recente, betrouwbare en volledige informatie
- Informatie over wachttijden
- Informatie over de specifieke kwaliteiten van specialisten
- Echte informatie over de verpleging
- Informatie over de revalidatie
- Objectieve score (dus niet alleen patiënttevredenheid, maar ook een professioneel oordeel)
- Uitgebreide informatie over specifieke afdeling (bijv. KNO) en de specifieke arts die de ingreep zal uitvoeren

Bron: onderzoek door Intomart GFK in opdracht van de NZa

Verzekeraars kunnen kwaliteitsinformatie gebruiken bij het inkopen van zorg en zich op dit punt onderscheiden van elkaar. Door consumenten te informeren over de kwaliteitsafspraken die zij maken met aanbieders kunnen verzekeraars consumenten stimuleren om naar de door hen gekozen voorkeursaanbieders te gaan.

3.4 Wachttijsten

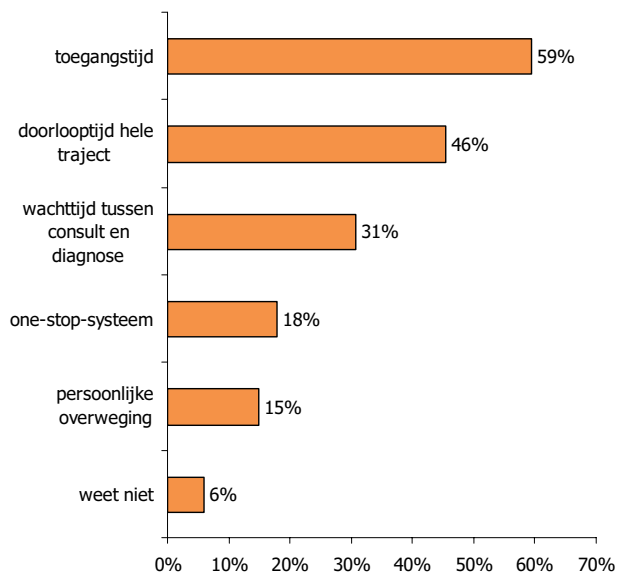
De wachttijd heeft invloed op de keuze van consumenten voor een zorgaanbieder. Consumenten wachten liever niet te lang op een behandeling. De aantrekkelijkheid van een zorgaanbieder neemt daardoor af wanneer deze lange wachttijsten heeft.²¹ In het Verenigd Koninkrijk worden wachttijsten door consumenten gebruikt als een prestatie-indicator voor ziekenhuizen. Ziekenhuizen met lange wachttijsten krijgen daar minder toeloop van patiënten. Zij worden daardoor gestimuleerd om de wachttijsten te verminderen bijvoorbeeld door de productie van de betreffende behandeling te verhogen.²² Wachttijsten betekenen echter niet altijd dat de betreffende zorgaanbieder slechte kwaliteit levert. Soms kan een kleine wachttijst juist een signaal afgeven dat er veel vraag is naar de producten van een bepaalde zorgaanbieder (een positief teken van kwaliteit).

De volgende figuur geeft aan op wat voor aspecten de consumenten letten met betrekking tot wachttijden. De informatie is afkomstig uit het consumentenonderzoek.

²¹ Hanson, K., Yip, W.C., Hsiao, W. (2004) The impact of quality on the demand for outpatient services, *Health Economics*, 13: 1167-1180.

²² Gravelle, H., Smith, P., Xavier, A. (2003) *Performance signals in the public sector: the case of health care*, Oxford Economic Press, 55: 81-103.

Figuur 4: Aspecten wachttijden (N=101)



Bron: onderzoek door Intomart GFK in opdracht van de NZa

De toegangstijd is de wachttijd voor een consult. Het one stop systeem geeft de mogelijkheid weer dat patiënten binnen één dag onderzocht worden en een diagnose en behandelvoorstel ontvangen.

Ook is gevraagd hoe de respondenten de informatie over wachttijden verkregen hebben. De informatie komt vooral van de website van de zorginstelling (45%) en via de huisarts/indicatiesteller (42%).

3.5 Huisartsadvies

De huisarts speelt een belangrijke rol bij de keuze van consumenten voor een zorgaanbieder. De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor consumenten nadat zij een diagnose hebben gehad en duidelijk is dat zij een andere zorgaanbieder moeten bezoeken.

3.5.1 Consumentenonderzoek

In het consumentenonderzoek geeft 67% van de ondervraagden aan dat de huisarts een (zeer) belangrijke rol heeft gespeeld bij hun keuze voor een aanbieder. Zij kregen de vraag hoe deze keuze tot stand is gekomen en of de huisarts hen meerdere aanbieders heeft voorgelegd. Daarnaast is gevraagd of de consument op basis van deze informatie een goede keuze kon maken voor een instelling en over welke aspecten hij/zij bij een volgende verwijzing graag meer informatie zou willen krijgen.

Keuze zorginstelling

Meer dan de helft van de patiënten (56%) gaf aan dat de keuze voor de zorginstelling plaatsvond in onderling overleg met de huisarts, 44% volgde het advies van de huisarts op zonder overleg hierover²³. Bij de

²³ Deze gegevens komen min of meer overeen met een onderzoek van Halkes, A.R.J., Raijmakers, M.M.J. (2006) *De zorgconsument in opkomst*, Van Spaendonck Management Consultants, Zaltbommel. Uit dit onderzoek blijkt dat de mate waarin consumenten het huisartsadvies opvolgen afhankelijk is van de ernst van de aandoening, de leeftijd en het opleidingsniveau van consumenten. Consumenten met een zware aandoening blijken minder snel het huisartsadvies op te volgen. Dit geldt ook

groep die een afgewogen keuze heeft gemaakt voor een aanbieder betrof dit 72%.

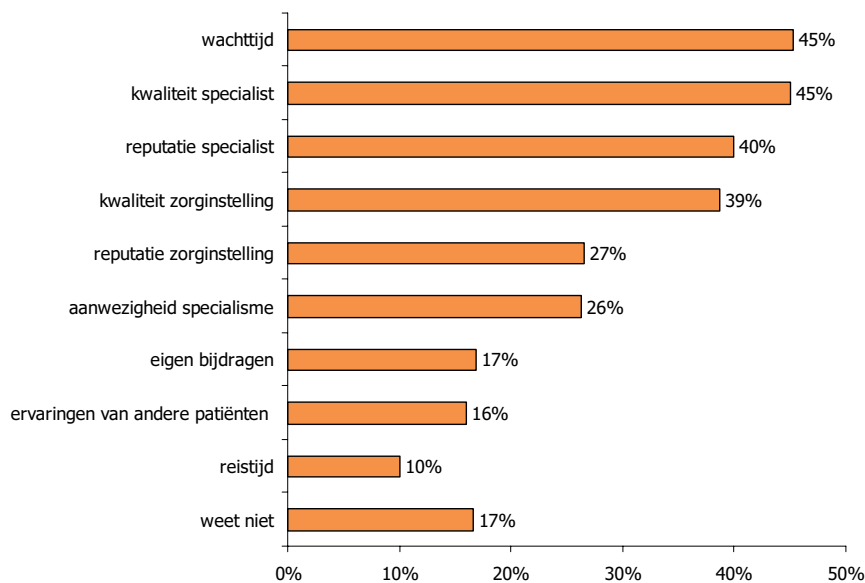
Meerdere zorginstellingen voorgelegd? Betrokken aspecten.

In 22% van de gevallen heeft de huisarts de patiënt meerdere zorgaanbieders voorgelegd. Bij zijn keuze voor een aanbieder ging de huisarts met name in op de reputatie van de specialist, de kwaliteit van de zorginstelling en de reistijd. Een mogelijke eigen bijdrage kwam zelden (3%) aan de orde. In veel gevallen hoeft de consument ook nog geen eigen bijdrage te betalen voor een zorginstelling door het ruime contracteerbeleid van de verzekeraar. Dit kan in de toekomst mogelijk veranderen.

Voelt de consument zich goed geïnformeerd?

Over het algemeen vinden patiënten dat zij een goede keuze voor een zorginstelling kunnen maken op basis van de door de huisarts verstrekte informatie. Een kleine groep (8%) vindt dat zij geen goede keuze kon maken. Hoewel het overgrote deel van de patiënten vond dat zij een goede keuze kon maken, zouden zij bij een volgende verwijzing op een aantal vlakken meer informatie willen krijgen. Deze aspecten zijn in onderstaande grafiek weergegeven.

Figuur 5: Extra gewenste informatie bij volgende verwijzing door huisarts (N=331)



Bron: onderzoek door Intomart GFK in opdracht van de NZa

3.5.2 Huisartsenenquête

Het belang van de huisarts in de keuze voor een zorgaanbieder komt ook naar voren uit een enquête die de NZa heeft gehouden onder huisartsen.²⁴ Ongeveer 40 procent van de huisartsen geeft aan dat 0 tot 25 procent van de patiënten direct advies vraagt aan een huisarts bij de keuze voor een zorgaanbieder en 31 procent van de huisartsen zegt dat 26 tot 50 procent van de patiënt direct om advies vraagt. Volgens

voor hoger opgeleide consumenten. Het huisartsadvies wordt wel vaker opgevolgd door consumenten onder de 25 jaar en consumenten boven de 55 jaar.

²⁴ De Nederlandse Zorgautoriteit heeft eind 2006 een enquête uitgezet onder een representatieve groep huisartsen, in totaal 93. Het doel van de enquête was om inzicht te krijgen in: (1) de manier waarop huisartsen patiënten doorverwijzen, (2) welke factoren een rol spelen bij het doorverwijzen van patiënten en (3) welk beeld huisartsen hebben van keuzeondersteuning door verzekeraars

huisartsen vragen patiënten met een zwaardere aandoening hen sneller om advies dan patiënten met een lichte aandoening. In bijgaand kader zijn de factoren te vinden die de huisarts in beschouwing neemt bij zijn keuze voor een aanbieder.

Box 3: Factoren van invloed bij het doorverwijzen van patiënten

Aantal aanbieders dat de huisarts meeneemt in zijn keuze

Uit de enquête die onder huisartsen is uitgezet blijkt dat 40 procent van de huisartsen geen zorgaanbieders met elkaar vergelijkt wanneer zij patiënten doorverwijzen. Huisartsen verwijzen hun patiënten vooral door naar aanbieders die binnen hun lokale netwerk of regio vallen. Deze bevindingen bevestigen eerder onderzoek. Huisartsen hebben betere contacten met zorgaanbieders in hun directe omgeving en richten zich vooral daarop bij het doorverwijzen van patiënten.²⁵ Dit hoeft dus niet altijd de aanbieder met de beste kwaliteit te zijn.

Factoren die de huisarts meeneemt bij zijn keuze voor een aanbieder

Een meerderheid van de huisartsen (77 procent) geeft aan dat ze géén concrete afspraken hebben met één of meer aanbieders over het doorverwijzen van patiënten met een bepaalde aandoening. Huisartsen hechten bij hun keuze voor een aanbieder veel belang aan eerdere ervaringen van patiënten met een bepaalde zorgaanbieder. Kwaliteit en de bijbehorende reputatie van een aanbieder zijn eveneens belangrijke factoren bij doorverwijzing voor huisartsen. Huisartsen nemen daarnaast ook aspecten zoals de wachttijden en de aanwezigheid van een bepaald specialisme bij een zorgaanbieder mee in hun keuze voor een aanbieder.

Gebruik van informatie

Bij het doorverwijzen van patiënten maken huisartsen gebruik van verschillende informatiebronnen. Eerdere ervaringen van patiënten met zorgaanbieders zijn daarbij de belangrijkste informatiebron voor huisartsen. Daarnaast is de informatie die door ziekenhuizen en andere zorgaanbieders wordt verstrekt en informatie verkregen uit eigen onderzoek en via persoonlijke contacten belangrijk. Ongeveer 44 procent van de huisartsen geeft aan over "voldoende" informatie te beschikken om een overwogen keuze te kunnen maken voor een aanbieder bij het doorverwijzen van patiënten. Van de overige huisartsen geeft 37 procent aan dat zij voor hun gevoel "soms" over voldoende informatie beschikken. Negentien procent geeft aan over "onvoldoende" informatie te beschikken om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een aanbieder.

Informatiebehoefte

Huisartsen hebben behoefte om over meer informatie te beschikken wanneer zij patiënten doorverwijzen naar een zorgaanbieder. De meeste huisartsen (85 procent) blijken vooral meer kwaliteitsinformatie over aanbieders te willen. Maar ook over de wachttijden van zorgaanbieders zouden huisartsen meer informatie willen. Een meerderheid (55 procent) van de huisartsen geeft aan dat wanneer kwaliteitsinformatie beschikbaar is, zij deze informatie "misschien" zullen gebruiken bij het doorverwijzen van patiënten. Huisartsen zullen kwaliteitsinformatie waarschijnlijk sneller gebruiken wanneer de informatie relevant is, op aandoeningsniveau is, betrouwbaar is en gecorrigeerd is voor de zwaarte van de patiëntenpopulatie. Kwaliteitsinformatie kan het beste verspreid worden via de brancheorganisaties, medische vakbladen en via het internet.

²⁵ Burns, L.R., Wholey, D.R. (1992) The impact of physicians characteristics in conditional choice models for hospital care, *Journal of Health Economics*, 11: 43-62.

3.6 Relatie met zorgaanbieder

De band die een consument heeft met een zorgaanbieder heeft invloed op zijn keuze voor een zorgaanbieder. Eerdere positieve ervaringen met zorgaanbieders wegen mee bij de keuze van de consument. Zorg is een ervaringsgoed en pas na consumptie van zorg kan de consument een oordeel vellen over de service en de klantgericht van een zorgaanbieder. Door het gebrek aan transparantie over de geleverde zorg van andere aanbieders zal de patiënt bij goede eerdere ervaringen dus sneller kiezen voor een behandelaar waar hij eerdere positieve ervaringen mee heeft gehad.²⁶ Er is dan sprake van een zogenaamde "status quo bias". Positieve ervaringen en aanbevelingen van anderen, zoals vrienden en familieleden, spelen eveneens een rol in de keuze van consumenten voor een zorgaanbieder.

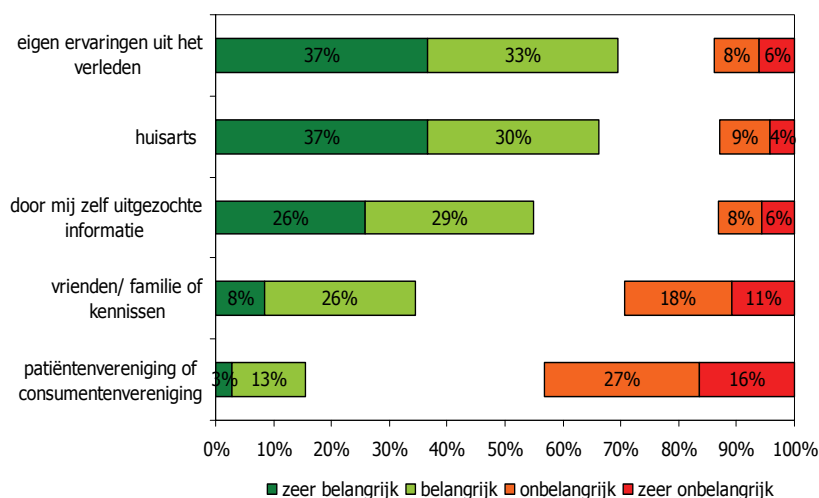
3.7 Keuzeprocess aanbieder

In de bovenstaande paragrafen is ingegaan op de factoren die de keuze voor een aanbieder kunnen bepalen. Welke van deze factoren is de belangrijkste? En maakt de consument daadwerkelijk een keuze tussen verschillende aanbieders? Deze paragraaf gaat in op deze aspecten die het keuzeprocess van consumenten voor een aanbieder inzichtelijker maken. De uitkomsten zijn wederom gebaseerd op het consumentenonderzoek dat de NZa heeft laten uitvoeren.

Keuze zorginstelling en belang van informatiebronnen

Uit het consumentonderzoek blijkt dat bijna zes van de tien patiënten uit het B- segment een afgewogen keuze voor een zorgaanbieder hebben gemaakt. Onderstaande grafiek geeft het belang van de informatiebronnen bij deze keuze weer. Zoals figuur 6 laat zien zijn de eigen ervaringen van consumenten uit het verleden en het advies van de huisarts de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de keuze van de consument. Voor consumenten die meerdere aanbieders hebben overwogen, is het belang van onderstaande informatie over het algemeen groter dan voor andere consumenten.

Figuur 6: Belang van informatiebronnen bij keuze (N=500)



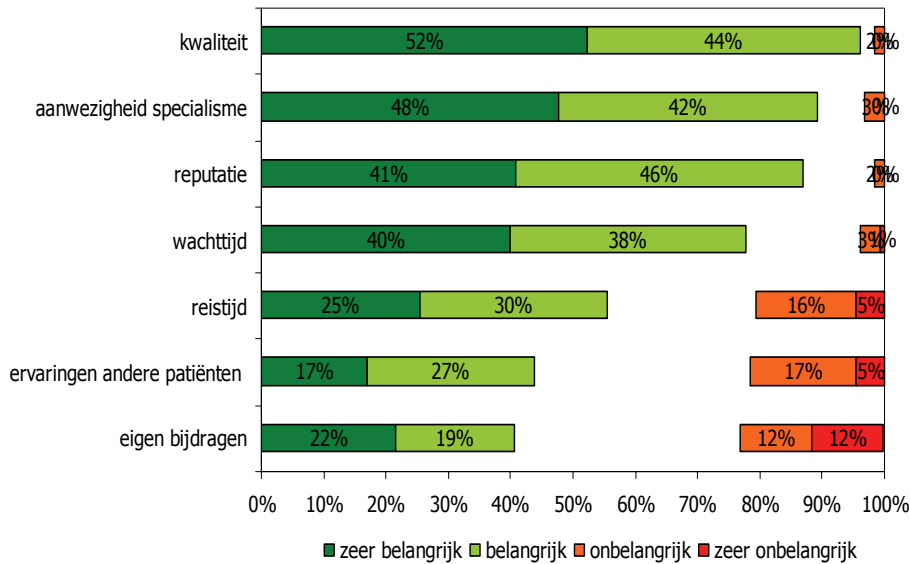
Bron: onderzoek door Intomart GfK in opdracht van de NZa

²⁶ Bolton, R.N., Kannan, P.K., Bramlett, M.D. (2000) Implication of Loyalty Program Membership and Service Experience for Customer Retention and Value, *Academy of Marketing Science Journal*, 28:1, 95-108.

Meerdere instellingen vergeleken?

Van de patiënten die hebben meegewerkt aan het consumenten-onderzoek heeft 26% meerdere instellingen met elkaar vergeleken bij zijn keuze voor een zorginstelling. De overige 73% heeft dit niet gedaan. Van de groep die meerdere instellingen met elkaar heeft vergeleken, geeft de volgende grafiek aan op welke aspecten zij hebben gelet.

Figuur 7: Belang onderwerp bij keuze instelling (N=130)



Bron: onderzoek door Intomart GfK in opdracht van de NZa

Bij het vergelijken van instellingen speelden voornamelijk de kwaliteit, de aanwezigheid van een specialisme, de reputatie van de betreffende instelling en de wachttijd een belangrijke rol. Reistijd speelde vooral een belangrijke rol voor gezinnen met kinderen. In de voorgaande paragrafen is al dieper ingegaan op de specifieke aspecten die consumenten belangrijk vinden bij kwaliteit en wachttijd.

3.8 Afruil tussen verschillende factoren

Bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder wegen consumenten meestal verschillende factoren tegen elkaar af. Dit hoofdstuk besteedt daarom ook aandacht aan deze afruil en de wederzijdse beïnvloeding tussen de verschillende factoren die de consument bij zijn keuze voor een aanbieder betreft. Dit is onderzocht aan de hand van een zogenaamde "conjunct analyse".^{27, 28} Daarbij wordt de respondent gevraagd om een keuze te maken tussen verschillende zorginstellingen die qua reistijd, eigen bijdrage, kwaliteit (verschillende

²⁷ Conjunct meten is een instrument om een keuzeprocess in kaart te brengen. De respondenten kregen via de computer een aantal fictieve situaties voorgelegd, in dit geval toegespitst op de keuze voor een aanbieder in de ziekenhuiszorg. Vervolgens wordt aan de respondent gevraagd om deze fictieve situaties te waarderen. De respondent maakt dan een integrale afweging op basis van de kenmerken die in de situaties zijn opgenomen. Door de kenmerken voldoende te variëren, kan in de analyse van ieder afzonderlijk kenmerk de invloed worden bepaald.

²⁸ Het is goed om te benadrukken dat het hier om stated preferences gaat en niet om het daadwerkelijke gedrag dat consumenten vertonen. Omdat de respondenten het afgelopen jaar ook daadwerkelijk een keuze hebben moeten maken voor een ziekenhuis, is het wel de verwachting dat de fictieve keuze een goede weergave geeft van het daadwerkelijke gedrag.

dimensies) en een set van extra's met elkaar kunnen verschillen. Hiermee kan bijvoorbeeld worden geanalyseerd hoe de patiënt eigen betalingen afweegt tegen reistijd. Hoe verandert de voorkeur van een patiënt voor een ziekenhuis als hij voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis een eigen bijdrage van 250 euro moet betalen? In welke mate is hij dan bereid om naar een verder gelegen ziekenhuis te reizen waar hij geen eigen bijdrage hoeft te betalen? Omdat consumenten hier een afruil moeten maken tussen verschillende factoren – en dus niet alleen hoeven aangeven of zij een bepaalde factor wel of niet belangrijk vinden – kunnen de uitkomsten van de conjunctmeting afwijken van de resultaten van de consumentenenquête die hiervoor werd besproken. Daarin moesten ze aangeven of ze een bepaalde factor wel of niet belangrijk vinden bij hun keuze. De resultaten van dit conjunctonderzoek geven inzicht in:

- Op wat voor impulsen de consument het sterkst reageert bij zijn keuze voor een aanbieder.
- De afruil tussen de verschillende impulsen die de keuze voor een aanbieder beïnvloeden. Het kan hier ook om een combinatie van impulsen gaan.

Hiermee is beter inzicht te krijgen in het gedrag van consumenten bij hun keuze voor een aanbieder. Deze resultaten zal de NZa ook gebruiken bij de vormgeving van haar beleid. Als bijvoorbeeld blijkt dat consumenten de kwaliteit van de zorg een van de belangrijkste factoren vinden bij hun keuze voor een aanbieder, dan is het noodzakelijk dat deze kwaliteit zo snel mogelijk transparant wordt.

De uitkomsten zijn gebaseerd op het consumentenonderzoek dat is uitgevoerd. In het onderzoek zijn niet alle factoren die in dit hoofdstuk zijn besproken meegenomen. Zo zijn wachttijden niet als keuzeattribuut beschouwd, omdat uit andere onderzoeken²⁹ is gebleken dat consumenten wachttijden als een zeer dominante keuzevariabele zien. Wanneer de wachttijd in de analyse zou worden meegenomen, zou dit voor de andere variabelen een vertekend beeld geven.

3.8.1 Relatieve belang factoren

In het onderzoek zijn de reistijd tot een zorginstelling, verschillende kwaliteitsaspecten, de eigen bijdrage (als proxy voor negatieve financiële impulsen) en een aantal extra's meegenomen.³⁰

Zoals te zien is in figuur 8 is het relatieve belang³¹ van de "eigen bijdrage" het grootst. Dit betekent dat consumenten bij de keuze voor

²⁹ Zie ook voetnoot 22

³⁰ Het gaat hierbij om de volgende specifieke keuzeattributen en attribuutniveaus

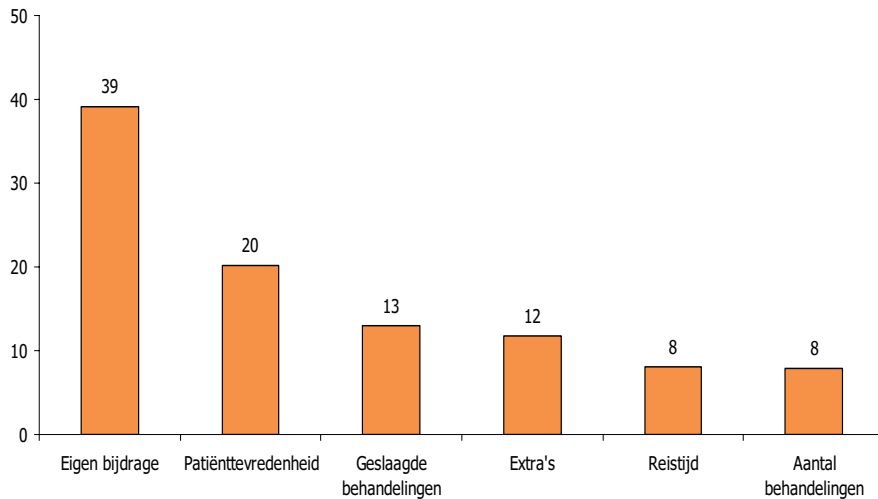
- Reistijd tot zorginstelling (10, 20, 30, 60 minuten)
- Eigen bijdrage per behandeling (geen eigen bijdrage, 250 euro, 500 euro, 1000 euro)
- Patiënttevredenheid (rapportcijfer 5, 7 of 9)
- Aantal keren per jaar dat arts behandeling uitvoert (50, 150 of 300 keer per jaar)
- Aantal geslaagde behandelingen (90%, 93%, 96%)
- Extra's (extra algehele gezondheidscheck, vriendelijke bejegening van de zorgverlener, vergoeding van reiskosten ziekenhuisbezoek, extra service tijdens ziekenhuisverblijf, vergoeding van reiskosten familieleden, hulp in de huishouding tijdens ziekenhuisverblijf)

De patiënttevredenheid, het aantal uitgevoerde behandelingen en het aantal geslaagde behandelingen zijn indicatoren die een kwaliteitsaspect weergeven. Het aantal uitgevoerde behandelingen geeft bijvoorbeeld de specialisatie van een ziekenhuis aan. In het algemeen is het zo dat hoe vaker een arts een operatie uitvoert hoe hoger de kwaliteit van de behandeling is.

³¹ Het relatief belang geeft de waarde aan die een consument hecht aan een bepaald attribuut. Hoe hoger de waarde van een bepaald attribuut, hoe belangrijker dit is voor de consument. De relatieve belangen tellen samen op tot 100%.

een aanbieder er vooral op letten of zij een eigen bijbetaling moeten doen of niet. De eigen betaling weegt daarbij voor de consument veel zwaarder dan de kwaliteit van een ziekenhuis of de reistijd naar een ziekenhuis. Het belang van de factor extra's is 12%. Hieronder vallen bijvoorbeeld extra's als een vergoeding van de taxikosten of een gratis gezondheidscheck.

Figuur 8 : Het relatieve belang van de attributen



Bron: onderzoek door Intomart GFK in opdracht van de NZa

3.8.2 Afruil factoren

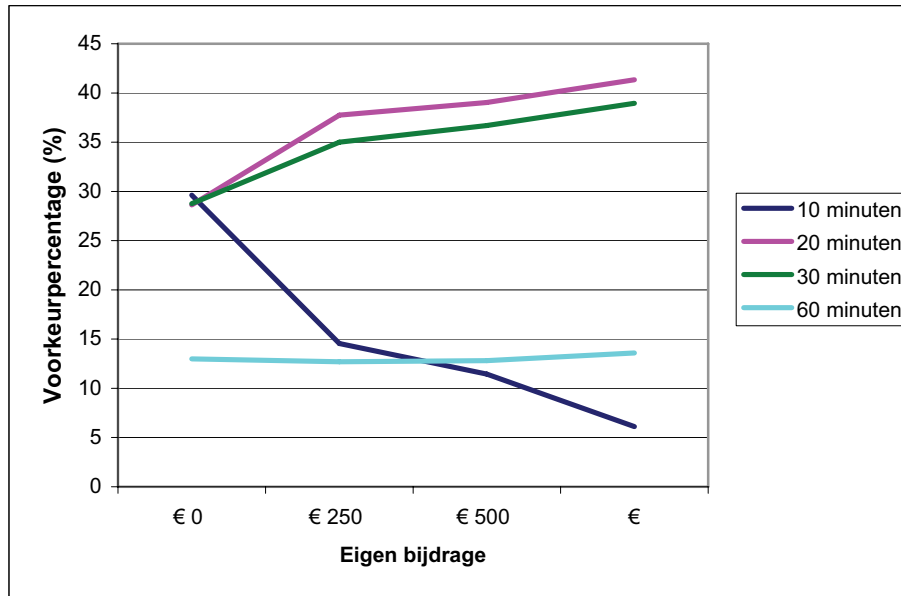
In het consumentenonderzoek is nader ingegaan op de afruil tussen de verschillende factoren. Hierbij staat de afruil met de factor reistijd centraal.³² Tijdens het onderzoek moesten consumenten telkens een keuze maken tussen drie verschillende fictieve aanbieders die op een of meer aspecten van elkaar verschillen. Bij de presentatie van de resultaten is de meest gunstige uitgangssituatie het startpunt. Dit betreft de volgende situatie:

- reistijd tot zorginstelling 10 minuten;
- geen eigen bijdrage;
- patiënttevredenheid (rapportcijfer 9);
- aantal uitgevoerde behandelingen (300);
- aantal geslaagde behandelingen (96%);
- als extra een algehele gezondheidscheck.

3.8.2.1 Reistijd versus eigen bijdrage

Figuur 9 laat het voorkeurspercentage zien voor vier verschillende zorginstellingen die qua reistijd verschillen. Vervolgens varieert de eigen bijdrage voor de zorginstelling met tien minuten reistijd.. De figuur laat zien hoe de voorkeur voor de vier verschillende instellingen nu verandert. De eigen bijdrage van de instellingen met 20, 30 en 60 minuten blijft onveranderd.

³² Het is ook mogelijk om de afruil tussen bijvoorbeeld kwaliteit en eigen bijdrage weer te geven. Uitkomsten zouden dan bijvoorbeeld zijn dat een patiënt extra moet bijbetalen om naar een ziekenhuis met een betere kwaliteit te gaan of juist moet bijbetalen om naar een ziekenhuis met mindere kwaliteit te gaan. Dit zou echter uitgaan van de situatie dat twee ziekenhuizen op dezelfde locatie zouden zijn gevestigd en dit is een niet echt realistisch scenario. Deze analyses zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

Figuur 9: Reistijd variëren met de eigen bijdrage

Bron: onderzoek door Intomart GFK in opdracht van de NZa

In de uitgangssituatie heeft de zorginstelling zonder eigen bijdrage én een reistijd van 10 minuten de voorkeur van 30% van de consumenten. Dit percentage ligt niet veel hoger dan de instellingen zonder eigen bijdrage en een reistijd van 20 of 30 minuten³³. Als nu de eigen bijdrage verandert, bijvoorbeeld van geen eigen bijdrage naar een eigen bijdrage van € 250,- daalt de preferentie voor de zorginstelling voor de dichtstbijzijnde instelling van 30% naar 15%. De voorkeur voor een instelling zonder eigen bijdrage maar met een grotere reistijd neemt dus toe. De voorkeur voor het ziekenhuis waarvoor de consument 20 minuten moet reizen, neemt met 9% toe, de voorkeur voor het ziekenhuis waarvoor de consument dertig minuten moet reizen neemt met 7% toe. Bij een eigen bijdrage van 1000 euro kiest 5% voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het grootste gedeelte van de consumenten geeft de voorkeur aan een iets langere reistijd om zo een hogere eigen bijdrage te kunnen ontlopen.

Uitsplitsing naar aandoening

Tabel 1 geeft de uitsplitsing naar ernst van de aandoening aan. De zwaarte van de aandoeningen zijn hierbij onderverdeeld in licht, matig en zwaar.³⁴ Zoals in de tabel te zien is, verschilt het voorkeurspercentage niet echt per aandoening. Een uitsplitsing naar leeftijd of opleiding leidt ook niet tot wezenlijk andere resultaten.

³³ De weergegeven voorkeurspercentages geven het relatieve belang van iedere zorginstelling aan. Het is daarbij vreemd dat patiënten onder gelijke omstandigheden (dus gelijke kwaliteit, eigen bijdrage etc.) een even grote voorkeur uitspreken voor zorginstellingen die tien of twintig minuten verder liggen. Dit ligt echter aan de onderzoeksmethodiek. Consumenten krijgen steeds drie keuzes voorgelegd die niet alle variaties in reistijden omvatten. Zij hoeven dus niet altijd de afweging tussen een reistijd van tien minuten of twintig minuten te maken. De figuur geeft deze afruil daarom in de uitgangssituatie ook niet goed weer. Bij de interpretatie van de voorkeurspercentages is het daarom vooral relevant om op ontwikkeling in de voorkeurspercentages te letten bij een verandering in bijvoorbeeld de eigen bijdrage.

³⁴ Een lichte aandoening is een aandoening die routinematig kan worden verholpen. Een matige aandoening is een aandoening die niet geheel routinematig kan worden verholpen met weinig risico's. En een zware aandoening is een ernstige aandoening waarvan de behandeling grote risico's met zich mee kan brengen.

Tabel 1: Voorkeurspositie reistijd variëren met eigen bijdrage naar zwaarte aandoening

	Eigen bijdrage											
	Lichte aandoening				Matige aandoening				Zware aandoening			
Reistijd	€ 0	€ 250	€ 500	€ 1.000	€ 0	€ 250	€ 500	€ 1.000	€ 0	€ 250	€ 500	€ 1.000
10 minuten	30%	15%	10%	6%	29%	15%	12%	6%	30%	13%	13%	7%
20 minuten	29%	39%	41%	43%	28%	36%	37%	39%	29%	41%	41%	44%
30 minuten	28%	34%	37%	39%	30%	37%	38%	41%	26%	31%	32%	34%
60 minuten	12%	12%	12%	13%	13%	13%	13%	14%	15%	15%	14%	15%

Bron: onderzoek door Intomart GFK in opdracht van de NZa³⁵

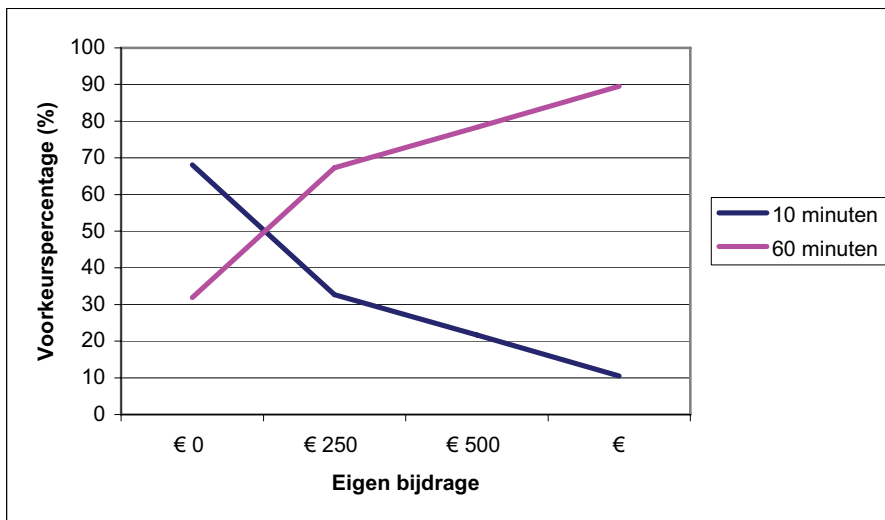
Figuur 10 laat de voorkeur van consumenten zien als twee zorginstellingen met elkaar vergeleken worden. In dit geval een zorginstelling waarbij de reistijd 10 minuten is en een zorginstelling waarbij de reistijd 60 minuten is.

In de uitgangssituatie hebben consumenten een grotere voorkeur voor de zorginstelling zonder eigen bijdrage én een reistijd van 10 minuten (70% ten opzichte van 30% van de consumenten die voor geen eigen bijdrage en 60 minuten reizen kiest). Bij een eigen bijdrage van €250,- daalt het voorkeurspercentage voor de zorginstelling waarvoor consumenten 10 minuten moeten reizen met 35% ten opzichte van de situatie dat consumenten een uur moeten reizen maar geen eigen bijdrage hoeven te betalen. Zelfs om een relatief geringe eigen bijdrage te voorkomen zijn consumenten dus bereid om vijftig minuten verder te reizen. Bij hogere eigen bijdragen, daalt de voorkeur voor de instelling met een reistijd van 10 minuten lineair.

Consumenten met een lager opleidingsniveau zijn sneller dan hoog opgeleide consumenten geneigd over te stappen naar de verder weg gelegen instelling om een eigen bijdrage te vermijden.

³⁵ De eigen bijdrage van de zorginstelling varieert bij een reistijd van 10 minuten, terwijl de rest vaststaat. De eigen bijdragen van de andere instelling blijft dus op 0 euro staan.

Figuur 10: Reistijd (10 en 60 minuten) variëren met de eigen bijdrage

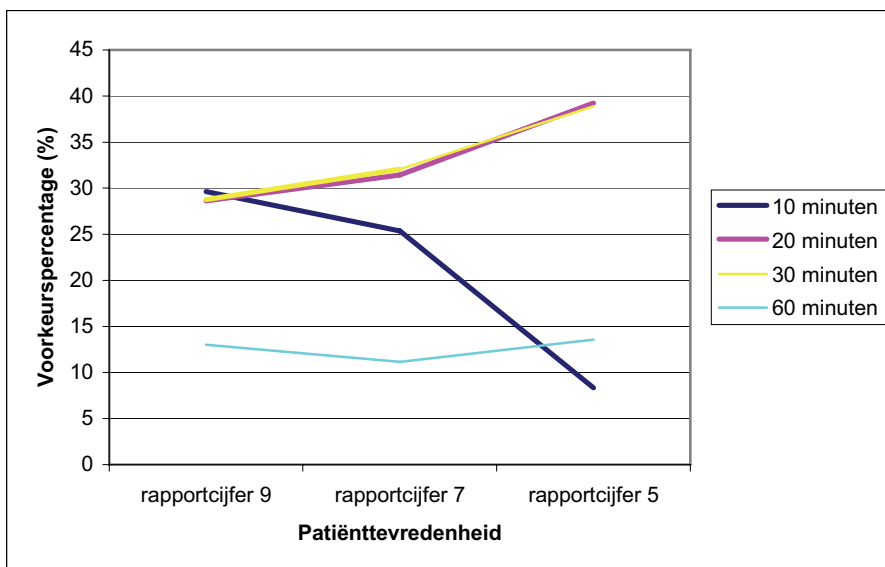


Bron: onderzoek door Intomart GFK in opdracht van de NZa

3.8.2.2 Reistijd versus patiënttevredenheid

Figuur 11 laat de afweging van consumenten tussen de reistijd naar een specifieke zorginstelling en de patiënttevredenheid van de betreffende aanbieder zien.

Figuur 11: Reistijd variëren met de patiënttevredenheid



Bron: onderzoek door Intomart GFK in opdracht van de NZa

In de uitgangssituatie heeft de zorginstelling met een rapportcijfer 9 én een reistijd van 10 minuten de voorkeur van 30% van de consumenten. Deze voorkeur is niet veel hoger dan bij de zorginstellingen met een rapportcijfer 9 en een reistijd van 20 of 30 minuten. Bij een daling van het rapportcijfer van 9 naar 7 (en gelijkblijvende rapportcijfers voor de instellingen die op 20 en 30 minuten afstand liggen) daalt de voorkeur voor de dichtstbijzijnde zorginstelling, waarvoor de consument dus 10 minuten moet reizen, licht. Bij een daling van de patiënttevredenheid met een rapportcijfer van 7 naar 5 daalt de voorkeur voor de instelling

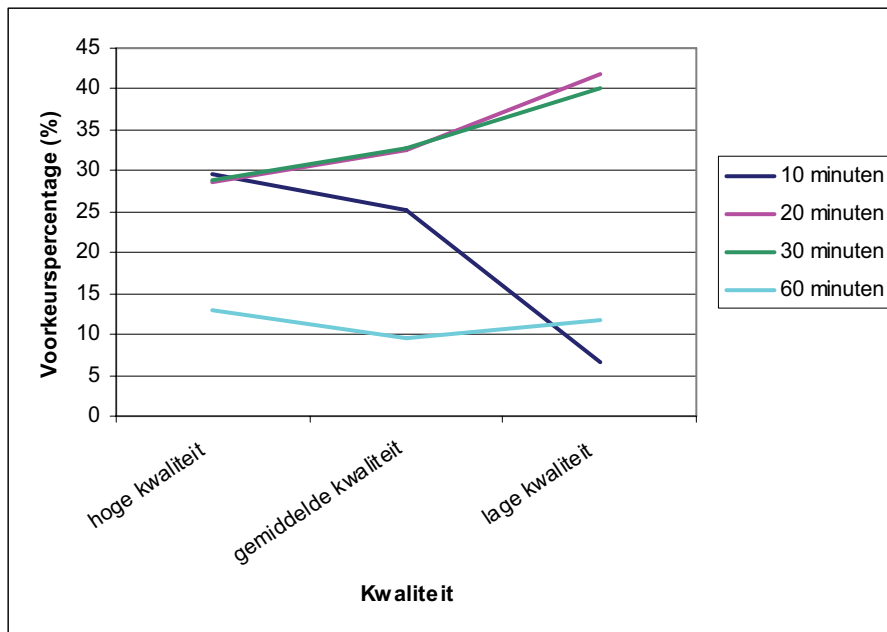
met de reistijd van 10 minuten sterk. De voorkeur voor iets verder gelegen zorginstellingen met een hoger patiënttevredenheidscijfer stijgt en ligt voor de instellingen met 20 en 30 minuten reistijd tezamen dan op ongeveer 75%.

Een uitsplitsing naar aandoening laat geen grote verschillen zien.

3.8.2.3 Reistijd versus alle kwaliteitsaspecten tezamen

Figuur 12 laat de afweging van consumenten zien tussen reistijd en kwaliteit.³⁶ De patiënttevredenheid, het slagingspercentage en het aantal behandelingen dat een zorginstelling uitvoert (gezamenlijk gezien als maatstaf voor de kwaliteit van de zorginstelling) varieert bij de instelling met een reistijd van 10 minuten, terwijl deze kwaliteitsaspecten voor de andere instellingen gelijk blijven op het hoogste niveau (hoge kwaliteit).

Figuur 12: Reistijd variëren met de patiënttevredenheid, slagingspercentages en frequentie behandelingen ()



Bron: onderzoek door Intomart GfK in opdracht van de NZa

Bij figuur 12 is dezelfde trend te zien als in figuur 11 waarbij alleen de patiënttevredenheid varieert bij een reistijd van 10 minuten. Dit is een te verwachten uitkomst omdat het relatieve belang van de patiënttevredenheid groter is dan de attributen slagingspercentage en aantal behandelingen. Zie ook figuur 8.

3.8.2.4 Afruil combinaties

Het is ook mogelijk om de verandering in de voorkeuren van consumenten voor een bepaalde instelling te meten als er meerdere variabelen per instelling verschillen. Tabel 3 laat drie verschillende

³⁶ Daarbij heeft een zorginstelling met hoge kwaliteit cijfer 9 voor de patiënttevredenheid, een slagingspercentage van 96% en een frequentie van 300 keer per jaar. Een zorginstelling met gemiddelde kwaliteit heeft cijfer 7 voor de patiënttevredenheid, een slagingspercentage van 93% en een frequentie van 150 keer per jaar. Tot slot heeft een zorginstelling met lage kwaliteit cijfer 5 voor de patiënttevredenheid, een slagingspercentage van 90% en een frequentie van 50 keer per jaar.

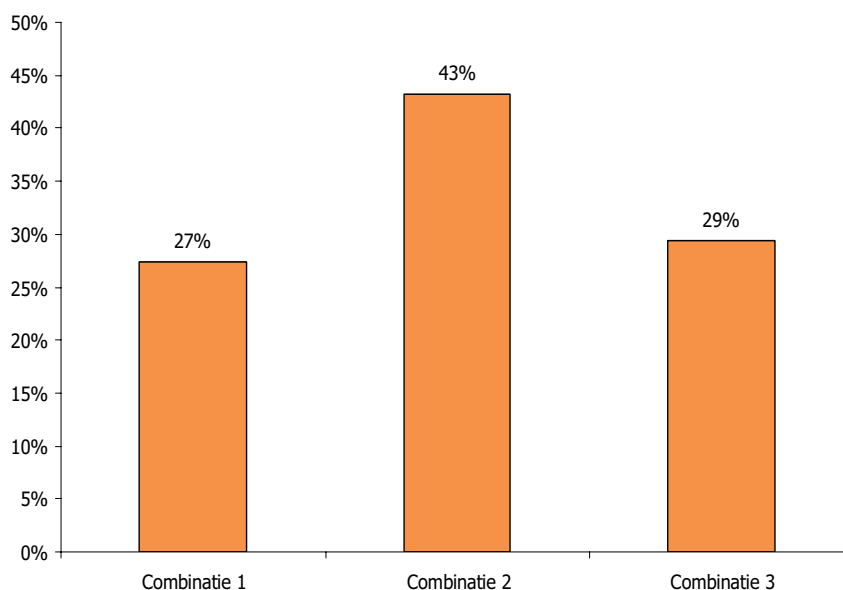
combinaties zien. Figuur 13 geeft aan naar welke combinatie de voorkeur van de consument uitgaat. In dit geval verschillen de reistijd, de eigen bijdrage en de patiënttevredenheid per instelling.

Tabel 3: Verschillende combinaties variëren met eigen bijdrage, reistijd en patiënttevredenheid

	Reistijd	Eigen Bijdrage	Patiënt- tevredenheid	Aantal Behandelingen	Geslaagde behandelingen	Extra's
Combinatie 1	10 min	€500,-	9	50	90%	gezondheidscheck
Combinatie 2	20 min	€250,-	7	50	90%	gezondheidscheck
Combinatie 3	30 min	€0,-	5	50	90%	gezondheidscheck

Bron: onderzoek door Intromart GFK in opdracht van de NZa

Figuur 13: De voorkeuren per combinatie



Bron: onderzoek door Intomart GFK in opdracht van de NZa

Uit figuur 13 blijkt dat de meeste consumenten de voorkeur hebben voor combinatie 2. Zij zijn bereid om tien minuten verder te reizen om 250 euro te besparen op hun eigen bijdrage in vergelijking met combinatie 1. Ook al daalt de patiënttevredenheid van negen naar zeven. Combinatie 2 wordt ook aantrekkelijker gevonden dan combinatie 3. Consumenten betalen dus liever een eigen bijdrage van 250 euro als zij hiervoor betere zorg ontvangen: een patiënttevredenheid van 7 in plaats van 5. Dit lijkt erop te wijzen dat consumenten vooral minimumeisen stellen aan de kwaliteit van een ziekenhuis, maar dat daarna ook de prijs gaat tellen.

3.9 Conclusie

In dit hoofdstuk is gekeken welke factoren invloed hebben op de keuze van de consument voor een bepaalde zorgaanbieder. Deze informatie is relevant voor verzekeraars, wanneer zij een keuzeondersteuningsbeleid willen ontwikkelen. Maar het is ook nuttige informatie voor zorgaanbieders die zich strategisch willen positioneren op de markt en consumenten/patiëntenorganisaties die patiënten willen ondersteunen bij hun keuze voor een aanbieder. De NZa gebruikt deze informatie zelf om beter te kunnen bepalen op welke aspecten zij gericht beleid moet

voeren om de markt te laten werken. Zo kan de NZa bijvoorbeeld beter inschatten op welke gebieden transparantie erg belangrijk is voor de consument en waar minder. Ook voor consumentenorganisaties kan deze informatie van belang zijn.

Afgelopen jaar heeft slechts een beperkte groep consumenten (26%) meerdere zorgaanbieders met elkaar vergeleken alvorens een keuze te maken. Zij gebruikten daarbij vooral eigen informatie van eerdere ervaringen en informatie die zij hebben verkregen via het internet of van de huisarts. De verzekeraar speelt daarbij geen grote rol.

Bij de uiteindelijke keuze van de consumenten voor een zorgaanbieder bleken vooral kwaliteitsaspecten een grote rol te spelen. Consumenten bleken vooral gevoelig voor de aanwezigheid van een bepaald specialisme, de reputatie van een zorgaanbieder, de wachttijd, de reistijd, ervaringen van andere patiënten en eigen betalingen. Ze bleken bovendien vaak te kiezen voor een verder weggelegen ziekenhuis als de kwaliteit daar als beter werd ervaren.

Als je consumenten een aantal fictieve situaties voorlegt, geven ze aan dat eigen betalingen een sterke invloed hebben op hun keuze voor een bepaalde zorgaanbieder. Een eigen betaling heeft bijna twee keer zoveel invloed op de keuze van de consument voor een bepaalde aanbieder dan bijvoorbeeld de kwaliteit. Dat is opmerkelijk. Eigen bijdragen spelen in de huidige situatie nog nauwelijks een rol bij de keuze van de consument. Verzekeraars werken nog nauwelijks met eigen betalingen en verzekerden hoeven er dus ook nog niet op te letten. Na eigen betalingen speelt vooral de kwaliteit van een bepaalde zorgaanbieder een rol in de keuze van de consument voor bepaalde zorgaanbieders. Aspecten als een langere reistijd, of specifieke extra's zoals een gezondheidscheck blijken nauwelijks invloed te hebben op de keuze van de verzekerde. Verzekeraars die effectief beleid willen ontwikkelen voor keuzeondersteuning kunnen zich dus het beste richten op eigen betalingen wanneer de consument niet naar gecontracteerde (voorkeurs)aanbieders gaat.

4. Belemmeringen, acties en aanbevelingen

In hoofdstuk 2 werd duidelijk dat verzekeraars momenteel slechts in beperkte mate keuzeondersteuning bieden. Hiervoor zijn een aantal redenen aan te dragen. Dit hoofdstuk gaat in op de verschillende factoren die keuzeondersteuning door verzekeraars momenteel in de weg staan. Deze factoren komen voort uit interviews met verschillende organisaties in de zorg en uit eigen onderzoek.

De NZa wil de randvoorwaarden verbeteren om keuzeondersteuning door verzekeraars te ondersteunen. Wanneer nodig formuleert de NZa daarom per knelpunt acties die zij zal ondernemen, en/of doet zij aanbevelingen aan andere partijen. Het is aan de markt vervolgens zelf bepalen of, en zo ja in welke mate, er polissen met (beperkt) gecontracteerde zorg en keuzeondersteuning worden aangeboden. Dit zal uiteraard afhangen van de voorkeuren van de consument op dat gebied.

4.1 Onduidelijkheid over hoogte restitutievergoeding

Verzekeraars kunnen op verschillende manieren keuzeondersteuning bieden aan hun verzekerden. Zij kunnen ervoor kiezen alle zorgaanbieders te contracteren en de verzekerde via positieve impulsen zoals bonussen, kortingen en informatie over het gecontracteerde zorgaanbod te stimuleren om te kiezen voor bepaalde voorkeursaanbieders. Daarnaast kunnen verzekeraars er voor kiezen om selectief zorgaanbieders te contracteren en te werken met eigen bijdragen wanneer verzekerden naar niet gecontracteerde zorgaanbieders gaan. De zogenaamde restitutievergoeding is dan niet 100% van de gemaakte kosten.³⁷

Zoals uit hoofdstuk 2 bleek maken verzekeraars van beide mogelijkheden gebruik. Doordat verzekeraars alle aanbieders contracteren worden verzekerden echter nog niet via de hoogte van de restitutievergoeding gestimuleerd om van bepaalde aanbieders gebruik te maken. In die zin zijn de financiële prikkels in de huidige setting nog zeer beperkt. Hoofdstuk 3 gaf echter aan dat verzekerden hier wel zeer gevoelig voor zijn. Zelfs bij relatief kleine bijbetalingen zijn verzekerden bereid om verder te reizen om naar een wel door de verzekeraar gecontracteerde aanbieder te gaan en een financiële eigen bijbetaling te vermijden.

In principe mogen zorgverzekeraars zelf bepalen hoe hoog de restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg zal zijn. In de Zorgverzekeringswet is daarover de volgende passage opgenomen:

"Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of een andere dienst desalniettemin betreft van een andere

³⁷ De zorgverzekeraar is hierbij overigens wel verplicht in zijn polis duidelijk te vermelden welke restitutievergoeding hij hanteert als verzekerden naar niet gecontracteerde zorgaanbieders gaan.

aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de kosten." (Art. 13, lid 1, Zorgverzekeringswet)

In de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet is echter opgenomen dat:

"De precieze vormgeving van die korting wordt overgelaten aan de zorgverzekeraar. De omvang ervan mag op grond van de overwegingen van het Europese Hof van Justitie in de zaak Muller/Faure niet zodanig groot zijn dat die een feitelijke hinderpaal vormt voor het inroepen van zorg bij een niet in loondienst zijnde of niet gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieder."³⁸

Het is hierdoor op dit moment onduidelijk hoever verzekeraars precies kunnen gaan met het vragen van eigen bijdragen wanneer verzekerden naar niet gecontracteerde zorgaanbieders gaan. Een overzicht van de hoogte van de restitutievergoedingen in de polissen voor 2007 laat zien dat verzekeraars hun vergoeding niet lager zetten dan 80% van het Wmg- of marktconforme tarief voor ziekenhuiszorg.³⁹ Enkele verzekeraars hebben aangegeven dat zij een lager percentage willen hanteren, maar niet weten of dit ook is toegestaan.⁴⁰

Ook het Centraal Plan Bureau (CPB) geeft aan dat over de hoogte van de restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg momenteel onduidelijkheid bestaat. In haar recent uitgebrachte Centraal Economisch Plan 2007⁴¹ stelt het CPB dat het op dit moment onduidelijk is welke vergoeding de verzekeraar moet betalen als de verzekerde een polis heeft afgesloten waarbij niet alle aanbieders zijn gecontracteerd en de verzekerde gebruik maakt van een niet- gecontracteerde aanbieder.

4.1.1 Vervolgstappen

De Zvw geeft geen eenduidige uitleg over de minimale hoogte van de restitutievergoeding. Onduidelijke wetgeving draagt niet bij aan de rechtszekerheid van marktpartijen. De NZa is bij wet aangewezen om te toetsen of polissen die zorgverzekeraars op de markt willen brengen (zogenaamde modelpolissen) aan alle wettelijke eisen voldoen.⁴² De NZa ziet het als haar taak als toezichthouder en maker van de markt om deze open norm te codificeren. Bij de beoordeling van modelpolissen zal de NZa de stelregel hanteren dat elke restitutievergoeding acceptabel is, mits voor de verzekerden transparant is welke restitutievergoeding de verzekeraar hanteert wanneer de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Op deze transparantie zal de NZa streng toezien. In het "Richtsnoer zorgverzekeringen" beschrijft de NZa wat zij wel en niet transparant acht. Het is vervolgens aan de verzekerde/consument om die polis te kiezen die het beste bij hem past. Door hun keuzegedrag maken zij aan de verzekeraar kenbaar welke restitutievergoeding acceptabel is. Natuurlijk blijft de verzekeraar er door

³⁸ Tweede Kamer der Staten Generaal, "Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet), Memorie van Toelichting", kamerstuk 29763 nr. 3, pagina 31.

³⁹ In 2006 koos 40% van de consumenten voor een polis met beperkte restitutievergoeding (zie de "Monitor zorgverzekeringsmarkt 2006" van de NZa).

⁴⁰ Behalve een lage restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorgaanbieders zoeken verzekeraars ook andere manieren om de consument financiële prikkels te geven. Zie bijvoorbeeld de Telegraaf van 8 februari 2007: "Zorgverzekeraar ruikt kans op sterk regisserende rol". In dit artikel suggereert CZ topman Mike Leers dat verzekeraars de mogelijkheid zouden moeten krijgen om het eigen risico van een patiënt kwijt te schelden wanneer deze naar gecontracteerde (voorkeurs)aanbieders gaat.

⁴¹ Het Centraal economisch plan 2007 is te vinden op www.cpb.nl

⁴² Zorgverzekeringswet, art. 25.

zijn zorgplicht wel aan gehouden om voldoende, kwalitatief goede zorg in te kopen met een acceptabele wachttijd, zodat verzekerden altijd toegang hebben tot de benodigde zorg zonder daarvoor te hoeven bijbetalen. De NZa ziet hierop toe.

4.2 Onvoldoende zorgaanbod

Om keuzeondersteuning mogelijk te maken is het noodzakelijk dat er voldoende aanbod en voldoende aanbieders zijn om aan de vraag te voldoen. Alleen dan valt er voor zowel de consument als voor de verzekeraar iets te kiezen. Op dit moment is dat nog niet voor alle vormen van zorg het geval. In een aantal sectoren bestaan nog steeds wachtlijsten. Op deze markten kan keuzeondersteuning dus minder goed werken.

4.2.1 Vervolgstappen

Acties NZa:

- Om daadwerkelijk te kunnen kiezen is het belangrijk dat er voldoende medische specialisten zijn. Zoals in een recent rapport van ECRi te lezen is, is de gewenste instroom van aio's voor verschillende opleidingen niet gelijk aan de gerealiseerde instroom. Daardoor zijn er minder specialisten in opleiding dan gewenst is.⁴³ Het is belangrijk dat er meer opleidingsplaatsen komen. Dit is een eerste stap in de uitbreiding van het aantal aanbieders op termijn. De NZa zal onderzoeken of er sprake is van niet noodzakelijke toetredingsbelemmeringen op de opleidingsmarkt, en of het mogelijk en/of wenselijk is (delen van) deze markt vrij te geven. Hierover zal zij advies uitbrengen aan de Minister van VWS.
- De NZa monitort zorgmarkten. Daarbij heeft zij steeds oog voor mogelijke toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders op de markt. Als deze drempels niet zijn te rechtvaardigen uit bijvoorbeeld kwaliteitsoverwegingen, dan zal de NZa adviseren deze drempels weg te nemen.

4.3 Gebrek aan transparantie

Zorgverzekeringsmarkt

In het nieuwe zorgstelsel heeft de consument meer vrijheid om te kiezen voor de zorg(verzekering) die het beste aan zijn wensen voldoet. Om er voor te zorgen dat de consument ook daadwerkelijk een weloverwogen keuze kan maken, moet voor de consument helder zijn:

- Wat de prijs/premie is van de verschillende polissen.
- Wat de dekking is van de verschillende polissen.
- Welke aanbieders er gecontracteerd zijn.
- Wat de kwaliteit en de wachttijden van de gecontracteerde aanbieders zijn.⁴⁴

Op dit moment is de transparantie op de zorgverzekeringsmarkt niet op alle vlakken voldoende. Informatie over de prijs van de verschillende polissen en de dekking daarvan lijkt in principe wel voldoende

⁴³ Naar een meer transparante opleidingsmarkt, marktprikkels in het opleidingsfonds, Marco Varkevisser, Stephanie van der Geest, Emiel Maasland, Erik Schut, ECRi (2007)

⁴⁴ In hun boek "Redefining health care: Creating value based competition on results" geven Porter en Teisberg aan dat het beste model voor de gezondheidszorg het value based competition model is. In dit model kiezen consumenten voor de aanbieders die de beste zorg leveren. Concurrentie om de consument stimuleert zorgaanbieders om de zorg continu te verbeteren. Dit is tevens het idee achter het Nederlandse stelsel. Om een dergelijk model te laten slagen is transparantie over de geleverde zorg essentieel.

beschikbaar.⁴⁵ Doordat zorgverzekeraars momenteel eerst verzekerden werven en daarna pas zorg inkopen, is er onvoldoende helderheid over de gecontracteerde zorgaanbieders. Ook de informatie over de geleverde kwaliteit en de wachttijden bij de verschillende zorgaanbieders is momenteel nog onvoldoende.

Zorginkoopmarkt

Ook voor de verzekeraar is het belangrijk om voldoende inzicht te hebben in de kwaliteit en de wachttijden van verschillende zorgaanbieders. Dit is belangrijke informatie bij het contracteren van aanbieders. Daarnaast kunnen verzekeraars zich met deze informatie beter profileren richting verzekerden. Er lopen verschillende initiatieven om meer inzicht in de kwaliteit en de wachttijden te krijgen, maar deze informatie is nog niet altijd voldoende beschikbaar.

4.3.1 Vervolgstappen

Acties NZa

- Voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt is het van belang dat consumenten al op het moment dat zij een zorgverzekering afsluiten, weten welke zorgaanbieders er gecontracteerd zijn. Dat is nu in veel gevallen moeilijk omdat de zorgverzekeraars eerst polissen verkopen en daarna pas verzekerden werven. De NZa heeft in haar "Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2006", al aangekondigd te gaan onderzoeken of het mogelijk is deze cycli beter op elkaar te laten aansluiten. Daarbij zal zij bijvoorbeeld kijken of het mogelijk en wenselijk is dat verzekeraar pas met een polis op de markt mogen komen als het inkoopproces afgerond is. De NZa zal hierover overleggen met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, consumenten- en patiëntenorganisaties en het Ministerie van VWS.
- Op dit moment lijkt de transparantie op de zorgmarkt nog niet in alle sectoren voldoende. De NZa wil voor elke zorgmarkt gaan bepalen welke informatie consumenten nodig hebben om een goede keuze te kunnen maken. In het consultatiedocument "(In) het belang van de consument" heeft de NZa al aangekondigd zo'n normenkader op te gaan stellen. Op die markten waarop de transparantie nog onvoldoende is, zal de NZa marktpartijen aanspreken op hun verantwoordelijkheid om hierop actie te ondernemen. Als ook dat niet leidt tot voldoende transparantie, dan zal de NZa in samenwerking met de IGZ (in geval van kwaliteitstransparantie) dwingende maatregelen nemen, zoals het opleggen van transparantie-eisen.

4.4 Gebrek aan inkoopvoordelen

Veel zorgverzekeraars geven aan dat het werven van verzekerden hun belangrijkste activiteit is. Een polis met (beperkt) gecontracteerde zorg kan de verzekeraar helpen extra verzekerden te trekken. Dan moet hij de consument daarmee wel voldoende voordelen kunnen bieden ten opzichte van een polis zonder gecontracteerde zorg/volledige contractering. Het is daarom voor de verzekeraar belangrijk dat hij voldoende inkoopvoordelen kan behalen, om die vervolgens te kunnen vertalen in een lagere premie en/of een hogere kwaliteit en service voor de verzekerde.

Op dit moment zijn de inkoopvoordelen die de zorgverzekeraars kunnen behalen door te werken met voorkeursaanbieders nog beperkt:

⁴⁵ Zie onder andere "Tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt", NZa, juni 2006.

- Een groot deel van de curatieve zorg kent vaste/punt tarieven en macrobudgetten waarover de verzekeraars nauwelijks kunnen onderhandelen. Voor het B-segment van de ziekenhuiszorg en de vrije beroepsgroepen zijn wel onderhandelingen over de tarieven mogelijk. De inkoopvoordelen die daar te behalen zijn, wegen echter vaak niet op tegen de transactiekosten die de verzekeraar moet maken om met alle zorgaanbieders te onderhandelen over een contract. Bovendien sluiten verzekeraars in gebieden waar zij niet zo groot zijn vaak gezamenlijk met andere zorgverzekeraars contracten af met zorgaanbieders. De inkoopvoordelen die zo'n collectief haalt, zijn voor alle zorgverzekeraars binnen het collectief gelijk. Daardoor zullen er ook geen inkoopverschillen optreden tussen de verschillende polissen.
- Door gebrek aan transparantie op het gebied van kwaliteit, is het voor verzekeraars moeilijk zich op kwaliteitsgebied te onderscheiden van andere verzekeraars.
- Om zorgverzekeraars te compenseren voor de te verwachte verschillen in schadelast voortvloeiend uit verschillen in de risicoprofielen van hun populaties is een risicovereveningsmodel ingevoerd. Als gevolg van de wijzigingen in de Zvw en de invoering van de DBC's, kan het risicovereveningsmodel de kosten van bepaalde groepen cliënten nog niet goed inschatten. Om er voor te zorgen dat verzekeraars geen risico lopen op kosten die zij niet kunnen beïnvloeden, heeft de Minister van VWS er voor gekozen een groot deel van de gemaakte kosten achteraf te verevenen. Dit verkleint de prikkel voor zorgverzekeraars om goede zorg in te kopen: eventuele inkoopvoordelen worden voor een groot deel afgeroomd en als de inkoopkosten erg hoog zijn door ondoelmatige zorginkoop, worden ze gecompenseerd. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor nauwelijks inkoopvoordelen behalen door selectief zorg in te kopen. Langzaam komt er meer informatie beschikbaar om het risicovereveningsmodel te verbeteren. Verevening achteraf is daardoor minder nodig. VWS wil deze vereveningsmechanismen dan ook gaan afbouwen.

De hierboven genoemde factoren dragen er aan bij dat de door verzekeraars aangeboden polissen op dit moment qua inhoud nauwelijks van elkaar verschillen. Verzekerden hebben daardoor nog niet de mogelijkheid om te kiezen voor de polis die zij graag willen hebben. Zorgverzekeraars kunnen op hun beurt polissen met (beperkt) gecontracteerde zorg nog nauwelijks inzetten als instrument om extra verzekerden binnen te halen. De in het coalitieakkoord genoemde stappen om de zorg verder vrij te geven, geven de verzekeraars meer mogelijkheden om goed invulling te geven aan hun inkoopbeleid.

Het vergroten van het aantal deelmarkten waarop prijsonderhandelingen mogelijk zijn, heeft tot doel prijsconcurrentie mogelijk te maken. Wanneer zorgaanbieders alleen op kwaliteit kunnen concurreren bestaat er een risico dat alleen daarin wordt geïnvesteerd en niet in de effectiviteit en de kosten van die investering (zogenaamde "medical arms race"). De kosten van de zorg zullen dan snel toenemen. Dat zal leiden tot hogere zorgpremies of pakkettingrepen. Wanneer de zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg kunnen onderhandelen over zowel de prijs als de kwaliteit van de geleverde zorg, ontstaat er voor de zorgaanbieders een veel scherpere prikkel om ook te letten op de prijs-kwaliteitverhouding.

Box 4: Tweedeling in de zorg?

Bij sommigen bestaat de vrees dat keuzeondersteuning door verzekeraars tot een tweedeling in de zorg kan leiden. Op dit moment hangen de prijs en de kwaliteit van verschillende zorgaanbieders nog nauwelijks samen. Het komt vaak voor dat goedkope zorgaanbieders ook kwalitatief de beste zorg leveren. Bij sommigen bestaat echter de vrees dat een lage prijs in de toekomst ook een lage kwaliteit zal betekenen. Mensen met een krappe beurs, die vaak noodgedwongen kiezen voor een goedkopere zorgpolis, zouden dan minder goede zorg krijgen dan consumenten die wel een dure polis kunnen betalen. Er zou dan een tweedeling ontstaan.

Tweedeling in de zorg kan een mogelijk risico vormen. Echter, het algemene kwaliteitsniveau van de zorg zal naar verwachting stijgen door keuzeondersteuning. Deze stijging komt ten goede aan alle consumenten, dus ook degenen met een krappe beurs. Bovendien kan de kwaliteit, ook voor consumenten met een krappe beurs, nooit zakken onder het minimum kwaliteitsniveau dat door de overheid gegarandeerd wordt. Daarboven is vervolgens enige differentiatie mogelijk. Ten slotte is het mogelijk om mensen met lagere inkomens te compenseren voor hun zorgkosten, zoals dit nu ook gebeurt met de zorgtoeslag. Zo kunnen ook mensen met lagere inkomens kiezen voor een kwalitatief goede zorgpolis.

4.4.1 Vervolgstappen

Actie NZa

- Behalve voor de ziekenhuiszorg doet de NZa ook voor andere gezondheidszorgsectoren systematisch onderzoek naar de mogelijkheden tot liberalisering. Hiertoe zijn inmiddels onder andere een uitvoeringstoets over de bekostiging van de AWBZ-zorg (rapport "Care voor de Toekomst") en het "Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg" verschenen. Het consumentenbelang staat daarbij voorop.

Aanbeveling aan VWS

- Door de prijzen in de zorg onderhandelbaar te maken (maximum- of vrije prijzen), kunnen de zorgverzekeraars meer inkoopvoordelen behalen. Wanneer de zorgverzekeringsmarkt voldoende werkt komen deze voordelen vervolgens ten goede aan de consument. Met zijn brief "Ruimte voor betere zorg" heeft Minister Hoogervorst een eerste aanzet gegeven tot het verder liberaliseren van de tarieven voor de ziekenhuiszorg.⁴⁶ De coalitiepartijen hebben in navolging hierop in het regeerakkoord aangekondigd dat zij de tarieven voor een groot deel van de ziekenhuiszorg onderhandelbaar willen maken. Alleen het zogenoemde A0-segment, dat onder andere spoedeisende hulp omvat, komt hier niet voor in aanmerking. Daarbij zal ongeveer 20% van de DBC-tarieven geheel vrij worden gegeven (het B-segment). In het zogenaamde A1-segment bestaat op dit moment nog geen gelijk speelveld tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, vanwege bestaande machtsposities. In dat segment zal daarom voor de korte termijn een prijsplafond (maximum tarief voor een productenbundel, zie ook de uitvoeringstoets ziekenhuisbekostiging "Op weg naar vrije prijzen" van de NZa) worden ingevoerd. In het prijsplafondmodel krijgen partijen meer mogelijkheden om met elkaar te onderhandelen over de prijs, maar is de prijs van de gehele ingekochte bundel nog wel gemaximeerd. Het prijsplafond heeft op korte termijn tot doel er

⁴⁶ Ministerie van VWS, brief "Ruimte voor betere zorg", kenmerk CZ/IZ-2695262.

voor te zorgen dat de publieke belangen niet in het geding komen. Wanneer de onderhandelingsposities van verzekeraars en aanbieders meer gelijk zijn geworden – en de markt dus voldoende zelf kan werken – zal het prijsplafond worden afgebouwd. Daarmee zijn de eerste stappen in de goede richting gezet.

- Zoals aangegeven in de uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen" adviseert de NZa de Minister van VWS de vereveningsmechanismen in het risicovereveningsmodel verder af te bouwen, zodat verzekeraars – vooral in vrijgegeven markten – meer risico gaan lopen en zo meer prikkels krijgen om goede zorg in te kopen.

4.5 Risico op imagoschade

Het bieden van keuzeondersteuning, vooral wanneer er sprake is van selectieve contractering, kan leiden tot negatieve media-aandacht. Veel verzekeraars geven aan bang te zijn voor imagoschade en voor een verlies van verzekerden wanneer zij negatief in het nieuws komen. Zij verwachten niet dat dit verlies zal opwegen tegen het aantal extra verzekerden dat ze kunnen werven door het bieden van een polis met (beperkt) gecontracteerde zorg. Zo waren er afgelopen jaar verzekeraars die één of enkele zorgaanbieders niet hadden gecontracteerd. Vaak hadden ze daar goede redenen voor zoals een slecht kwaliteitsoordeel van de IGZ over deze aanbieder. Dit leverde in veel gevallen negatieve publiciteit op. Deze verzekeraars hebben in reactie hierop besloten om de niet gecontracteerde zorgaanbieders alsnog te contracteren.

Consumentenorganisaties zijn echter van mening dat verzekerden best een polis met gecontracteerde zorg willen afsluiten, zolang voor hen maar duidelijk is welke zorg gecontracteerd is en welke voordelen een dergelijke polis oplevert. Dit blijkt tevens uit het feit dat afgelopen jaar reeds 40% van de verzekerden koos voor een polis met een beperkte restitutievergoeding voor niet gecontracteerde zorg. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat verzekerden bereid zijn om naar een iets verder gelegen ziekenhuis te gaan, wanneer het verder gelegen ziekenhuis bijvoorbeeld meer kwaliteit levert.⁴⁷ Ook ervaringen uit het buitenland (zie tekstbox) geven aan dat consumenten wel degelijk voor een polis met gecontracteerde zorg willen kiezen, zolang zij maar zicht hebben op de voor- en nadelen die dat genereert.

Box 5: Ervaringen met selectief contracteren

Een goed voorbeeld van verzekeraars die veel werken met selectieve contractering zijn de zogenaamde *managed care* organisaties, die vooral in de VS voorkomen. Werkgevers en werknemers die zijn aangesloten bij zo'n organisatie mogen alleen gebruik maken van de selecte groep aanbieders die binnen het netwerk vallen.

Hoewel zij in eerste instantie een groot succes waren, daalde het aantal mensen dat stond ingeschreven bij managed care organisaties eind jaren negentig. Dit kwam vooral doordat consumenten het idee hadden dat verzekeraars alleen maar winst wilden maken, en niet letten op de kwaliteit van de zorg. Verzekerden kozen daardoor liever voor een polis met meer keuzevrijheid en een hogere premie.

Ook bij Nederlandse verzekeraars leeft de vrees dat selectief contracteren hen verzekerden zal kosten. Zoals Enthoven echter beargumenteert zijn vooral de omstandigheden waaronder polissen

worden aangeboden belangrijk voor de keuze voor een polis met beperkt gecontracteerde zorg.⁴⁸ Zo maakt de mogelijkheid om zelf te kunnen kiezen uit verschillende polissen een groot verschil. Werknemers die gedwongen werden om deel te nemen aan een ziektekostenverzekering waren meer ontevreden over de managed care organisatie dan mensen die uiteindelijk bewust kozen voor de managed care organisatie. De werknemers die zelf een financiële prikkel hadden om op de kosten van hun zorgverzekering te letten, kozen vaak wel voor de managed care organisatie. Het is dus belangrijk dat zij een financiële impuls ervaren bij de keuze voor een polis.

4.5.1 Vervolgstappen

Aanbeveling aan zorgverzekeraars

- Verzekeraars hebben ook nu al mogelijkheden om een selectief inkoopbeleid te voeren. Zij geven echter aan te vrezen voor imagoschade wanneer zij daarmee in het nieuws komen. Het is en blijft echter de taak van de zorgverzekeraars om de consument er van te overtuigen dat zij een goede zorgpolis aanbieden. Verzekeraars zullen het vertrouwen van consumenten moeten winnen. Dat kan door een goed inkoopbeleid te voeren (al dan niet met selectief gecontracteerde zorg) en actief openbaar te maken welke voor- en nadelen er samenhangen met de verschillende polissen en daarbij gebruik te maken van objectieve informatie van een onafhankelijke partij.⁴⁹ Ook kan het helpen als verzekeraars hulp inroepen van personen of organisaties die de consument wel vertrouwt, zoals patiënten en/of belangenverenigingen. Ten slotte kan de verzekeraar vertrouwen kweken bij de consument door duidelijk te communiceren dat verzekerden betrokken zijn bij het inkoopbeleid. Op grond van artikel 28 van de Zvw is de verzekeraar daartoe ook verplicht.
- De NZa adviseert verzekeraars verschillende polissen aan te bieden, met variaties in de premie en de hoeveelheid gecontracteerde zorg. Als de consument zelf kan bepalen welke verzekering hij het beste vindt, is hij in het algemeen veel positiever over een polis met beperkt gecontracteerde zorg dan wanneer deze keuze hem wordt opgedrongen.

4.6 Invloed van de huisarts

Of een zorgverzekeraar zijn rol als kritische zorginkoper waar kan maken en keuzeondersteuning kan bieden aan zijn verzekerden, is mede afhankelijk van de keuze die de verzekerde uiteindelijk maakt voor een bepaalde zorgaanbieder. Het is vooral de huisarts die daar op dit moment veel invloed op heeft. In hoofdstuk 3.5 van dit rapport wordt daar uitgebreid op ingegaan. Het is voor een zorgverzekeraar dus belangrijk dat de huisarts achter de keuze van de door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder staat en dat hij patiënten wil adviseren hierheen te gaan.⁵⁰

⁴⁷ Varkevisser, M. & S. van der Geest, "Why do patients bypass the nearest hospital?", februari 2006, Rotterdam.

⁴⁸ Enthoven A.C., Tollen L.A. (2005), Competition in health care: It takes systems to pursue quality and efficiency, *Health Affairs September 2005*: pp 420-433

⁴⁹ Denk bijvoorbeeld aan slogans als "De 50 ziekenhuizen die bij de Consumentenbond als beste uit de test kwamen zijn gecontracteerd".

⁵⁰ Overigens zijn er ook nadelen verbonden aan een te innige relatie tussen de huisarts en de verzekeraar. Een nadeel kan zijn dat de verzekeraar helemaal bouwt op de vertrouwensrelatie die bestaat tussen de patiënt en de huisarts. Als de patiënt vervolgens klakkeloos het advies van de huisarts opvolgt, wordt de verzekeraar niet gestimuleerd om goed in te kopen.

De NZa heeft een enquête uitgezet onder een representatieve groep huisartsen naar hun mening over keuzeondersteuning. Uit dit onderzoek komt naar voren dat huisartsen over het algemeen negatief staan tegenover keuzeondersteuning (54% is negatief of zeer negatief, tegenover slechts 11% met een positief oordeel). Huisartsen hebben het gevoel dat verzekeraars alleen handelen vanuit financiële motieven en niet letten op de kwaliteit van zorg of op de gevolgen van bijvoorbeeld extra reistijd voor de consument. Zij zijn daardoor vaak ook niet bereid om hun medewerking te verlenen aan de verzekeraar wanneer deze een selectief contracteringsbeleid voert.⁵¹ Wel geven huisartsen aan dat zij er rekening mee zouden houden wanneer de consument financiële gevolgen zou ondervinden van zijn zorgaanbiederkeuze.⁵²

Huisartsen staan dus negatief ten opzichte van keuzeondersteuning door verzekeraars. Opvallend is echter dat de huisarts zelf aangeeft ook niet altijd in staat te zijn om de consument goed voor te lichten over zijn keuzemogelijkheden (zie hoofdstuk 3.5).

Verzekeraars vinden het heel moeilijk om huisartsen aan hun zijde te krijgen wanneer zij een keuzeondersteuningsbeleid willen voeren. Toch zijn er wel initiatieven. Zo is een zorgverzekeraar begonnen met het verticaal integreren van huisartsen binnen de verzekeringsmaatschappij. Op die manier probeert de verzekeraar te zorgen voor meer betrokkenheid van de huisartsen bij het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar.

4.6.1 Vervolgstappen

Actie NZa

- De NZa vindt het zinvol om te onderzoeken hoe de huisarts beter geëquipeerd kan worden om patiënten voor te lichten over hun keuzemogelijkheden. Het plan is om hiervoor een experiment op te starten waarbij een aantal huisartsen kan experimenteren met bijvoorbeeld het gebruik van informatiesystemen om een betere keuze voor een aanbieder te kunnen maken. De vormgeving van een dergelijk experiment zal nader uitgewerkt worden in overleg met de LHV, ZN en de NPCF.

Aanbevelingen aan zorgverzekeraars

- Op dit moment blijken veel huisartsen nog grote weerstand te hebben tegen het selectief contracteren van zorgaanbieders omdat zij vinden dat dit de keuzevrijheid van de consument beperkt. De zorgverzekeraar kan dit verbeteren door de huisarts meer te betrekken bij de inkoop van zorg. Hij kan de huisarts ook beter inzicht geven in de voor- en nadelen van de contractering van bepaalde zorgaanbieders (vooral voor de consument). Als de verzekeraar kan aantonen dat de wensen van de consument sterk meewegen bij het inkoopbeleid, kan dit ook een positief effect hebben op de houding van huisartsen ten opzichte van selectieve contractering.

⁵¹ De bereidheid van huisartsen om mee te werken aan een keuzeondersteuningsbeleid van de verzekeraar verandert niet wanneer zij daarvoor een financiële bijdrage zouden ontvangen. 76% is hier op tegen omdat dit hun objectiviteit en onafhankelijkheid negatief beïnvloedt.

⁵² 76% van de huisartsen zegt de verschillende opties met de budgettaire consequenties aan de consument voor te leggen en de consument vervolgens zelf de keuze te laten maken. Van de overige huisartsen zou 15% rekening houden met de situatie en 8% niet.

4.7 Conclusie

In dit hoofdstuk is gebleken dat er een aantal knelpunten zijn die keuzeondersteuning door verzekeraars bemoeilijken. De randvoorwaarden om aan keuzeondersteuning te doen zijn nog niet optimaal. De markt is echter volop in transitie. Partijen moeten nog wennen aan het nieuwe zorgstelsel en de rol die zij daarbij spelen. Er worden op dit moment veel initiatieven in gang gezet om deze knelpunten op te lossen. Een aantal knelpunten zal daarom naar verwachting op termijn langzaam verdwijnen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de verbetering van de kwaliteitstransparantie in de markt en een toename van de inkoopvoordelen door een verdere liberalisering van markten. Daarnaast nemen verzekeraars voorzichtige stappen op het terrein van keuzeondersteuning. Doordat zij alle aanbieders contracteren vervullen zij echter nog niet hun rol als kritische inkoper. Verzekeraars kunnen op dit gebied een actievere rol vervullen. Het ontbreken van de optimale randvoorwaarden om aan keuzeondersteuning te doen betekent immers niet dat verzekeraars nu nog niets kunnen doen op het gebied van keuzeondersteuning. Wel kunnen betere randvoorwaarden bijdragen aan een nog effectiever inkoopbeleid.

De NZa zal over 1 jaar beoordelen in welke mate aan de gestelde randvoorwaarden voor keuzeondersteuning wordt voldaan. Waar nodig zal de NZa aanvullende acties nemen om de mogelijkheden voor keuzeondersteuning te verbeteren.

Bijlage 1: Gespreksverslagen

Tijdens het schrijven van dit document heeft de NZa met een aantal organisaties gesproken. In deze bijlage worden van elk van deze organisaties de belangrijkste standpunten genoemd. Behalve de in deze bijlage genoemde organisaties heeft de NZa ook gesprekken gevoerd met een aantal zorgverzekeraars. Omwille van concurrentieredenen zijn deze gesprekken niet in de verslagen opgenomen.

Consumentenbond/Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)

De Consumentenbond en de NPCF zijn beide van mening dat keuzeondersteuning goed kan uitwerken voor de consument. Meer concurrentie op de inhoud van de zorg(verzekeringen) kan leiden tot een verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod en voor lagere premies voor de consument.

Wel is het noodzakelijk dat het voor de consument voldoende transparant is waar hij voor kiest als hij een bepaalde polis afsluit. Het gaat daarbij zowel om informatie over de gecontracteerde zorg, zoals kwaliteitsinformatie, als om informatie over de eigen betalingen en de gang van zaken bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. Deze informatie is op dit moment onvoldoende, niet eenduidig en bovendien niet helder. Het zou nuttig zijn de consument standaard te wijzen op bepaalde verschillen in typen verzekeringsproducten. Bijvoorbeeld: bij welke polis krijg je te maken met gecontracteerde en niet gecontracteerde zorgaanbieders? Bij welke polis loop je het risico te moeten bijbetalen? De consumentenorganisaties zouden hierin een rol kunnen spelen.

Voor een transparante markt zou het bovendien goed zijn als de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt zoveel mogelijk afgerond zijn voor de start van de jaarlijkse switchperiode op de zorgverzekeringsmarkt. Daarnaast zou de switchperiode verlengd moeten worden naar twee maanden, zodat consumenten beter de tijd hebben om informatie te vergaren over verschillende verzekeringen en om een keuze te maken.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

In de Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars de rol om doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorgproducten en -diensten in te kopen bij zorgaanbieders, en die via hun polissen aan te bieden aan de consument. De consument kan kiezen voor die polis die het beste bij hem past. Verzekerden hebben echter alleen iets te kiezen wanneer zorgverzekeraars zich in hun inkoopbeleid en hun polisvoorwaarden voldoende van elkaar kunnen onderscheiden. De eerste aanbeveling van ZN zou dan ook zijn de naam van het project te veranderen van "keuzeondersteuning" in "keuzeverruiming en -ondersteuning". Pas wanneer er voldoende keuzemogelijkheden zijn kunnen verzekerden worden gestimuleerd van bepaalde aanbieders gebruik te maken.

Polismarkt

Door artikel 13 van de Zvw bestaat de polismarkt feitelijk uit alleen restitutiepolissen. Ook bij een naturapolis is de verzekeraar immers gehouden de rekening van elke aanbieder, ook niet gecontracteerde, (grotendeels) te vergoeden. Hierdoor bestaat wel een maximale vrije artsenuitvoering, maar de consument heeft de facto geen vrije poliskeuze

meer. De zin van het contracteren valt hierdoor weg voor de verzekeraar. ZN is daarom voorstander van het creëren van meer ruimte voor de verzekeraars om te werken met beperkte restitutievergoedingen. Daarnaast zouden verzekeraars graag zien dat het wettelijk mogelijk wordt om de nieuwe eigen bijdrage voor verzekerden te mogen kwijtschelden als iemand kiest voor een gecontracteerde aanbieder.

Inkoopmarkt

Andere problemen die opgelost moeten worden om ervoor te zorgen dat verzekeraars zich op deze markt onderling kunnen onderscheiden zijn:

- Het ontbreekt vooralsnog aan prijsvrijheid op 90% van de inkoopmarkt wat betreft ziekenhuisdiensten.
- Het ontbreekt vooralsnog aan heldere prestaties (DBC's) die door verzekeraars kunnen worden onderhandeld. In 2009 zouden die er volgens DBC-Onderhoud moeten zijn.
- Het ontbreekt zorgverzekeraars vooralsnog aan inzicht in de onderliggende geleverde activiteiten van de DBCs. Daardoor is het niet mogelijk om de prestaties van de ziekenhuizen onderling te vergelijken.
- ZN verwacht dat verzekeraars zich vooral zullen willen profileren op kwaliteitsgebied, omdat verzekerden daarop kiezen. Het ontbreekt vooralsnog echter aan inzicht in de (aandoeningsspecifieke) kwaliteit van de geleverde prestaties. Er worden weliswaar steeds meer indicatoren ontwikkeld, maar daarin ontbreekt een onduidelijke lijn (wildgroei aan indicatoren). De NZa zou een regierol op zich kunnen nemen om de ontwikkeling van normen meer te stroomlijnen
- Verzekeraars dragen geen significante risico's voor de ziekenhuisuitgaven, waardoor verschillen in de zorginkoop niet tot verschillen in premies leiden. De risicodragendheid kan echter pas worden vergroot als de kosten voor verzekerden voor ziekenhuisuitgaven vooraf (ex-ante) goed kunnen worden ingeschat. De normbedragen uit het Zorgverzekeringsfonds moeten kostendekkende bedragen zijn. Dit kan pas op het moment dat er sprake is van een stabiel DBC-systeem en er een paar jaar betrouwbare data-bestanden zijn opgebouwd.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

De LHV is in het algemeen geen voorstander van selectieve contractering door de verzekeraar, omdat dit de keuzevrijheid van de consument beperkt.

Als consumenten hierom vragen, geven huisartsen bij de doorverwijzing vaak wel een advies over waar zij het beste heen kunnen gaan. De consument wordt daarbij vaak verwezen naar het ziekenhuis waarmee de huisarts goede contacten heeft. Als er meer kwaliteitsinformatie beschikbaar zou zijn, zouden huisartsen deze informatie waarschijnlijk wel gebruiken bij het doorverwijzen. De huisarts heeft echter niet de tijd noch de kennis om de patiënt te adviseren over een zorgaanbieder aan de hand van de verzekeringspolis van de patiënt.

VNO-NCW

VNO-NCW kan zich vinden in het idee achter keuzeondersteuning. Keuzeondersteuning is nodig om de markt goed te laten werken. VNO-NCW is van mening dat verzekeraars al heel lang aan (een vorm van) keuzeondersteuning doen.

Het is een goed idee om verzekeraars de vrijheid te geven zelf te bepalen hoe hoog de restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg

moet zijn. Daarnaast acht VNO-NCW het wenselijk dat de verzekeraar de zorgpolis eenzijdig kan opzeggen wanneer de consument naar niet gecontracteerde zorgaanbieders gaat. De rol van de overheid beperkt zich tot het borgen van een minimumkwaliteit.

Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV)

De FNV was voorstander van het nieuwe zorgstelsel omdat daarin de lasten eerlijker verdeeld werden dan in het particulier/ziekentfondssysteem. Zij is echter voorzichtig met marktwerking in de zorg, omdat dit kan leiden tot ongewenste verschillen. Hoewel selectieve contractering op korte termijn kan leiden tot betere zorg voor minder geld, is het waarschijnlijk dat op lange termijn een lage prijs gepaard gaat met een (te) lage kwaliteit. Mensen met een krappe beurs hebben dan weinig keuze en komen terecht bij de slechtere zorgaanbieders. Enige mate van keuzeondersteuning is in het nieuwe zorgstelsel desalniettemin te verwachten en zal ook wel geaccepteerd worden door de consument, mits geleidelijk ingevoerd en mits hij effectief de keuze houdt tussen een polis met vrije zorgaanbiederkeuze en een polis met beperkte keuzevrijheid. Gebruik van het woord keuzeondersteuning zal het wantrouwen eerder voeden dan bijdragen aan acceptatie van 'selectieve contractering'.

De FNV vindt het van groter belang dat er meer betrouwbare kwaliteitsinformatie openbaar gemaakt wordt, zodat mensen bewuster gaan kiezen en er concurrentie op kwaliteit komt. Daarnaast is er veel meer aandacht nodig voor het vergroten van het zorgaanbod, zodat er voor iedereen voldoende zorg beschikbaar blijft en de zorg betaalbaar blijft.

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl