

Effectief beïnvloeden van zorgverzekeraars

*Verkennde analyse van de rol van
PGO-organisaties in een zorgstelsel met
marktwerking*

Trudi Nederland
Dick Oudenampsen
Sandra ter Woerds

December 2007

Inhoud

1	Consumentenrol of kritische vernieuwer?	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Het kader van belangenbehartiging	7
1.3	De gezondheidsmarkt	8
1.4	PGO-organisaties in de consumentenrol	12
1.5	De rol van kritische vernieuwer	17
1.6	Samenvatting	20
2	Het onderhandelen van PGO-organisaties met zorgverzekeraars	23
2.1	Inleiding	23
2.2	Kennis over het onderhandelen met zorgverzekeraars	25
2.3	Diabetesvereniging Nederland (DVN)	28
2.4	Vereniging Spierziekten Nederland (VSN)	31
2.5	De Reumapatiëntenbond	35
2.6	De Unie KBO	40
2.7	Zorgbelang Groningen	45
2.8	De ANBO	49
2.9	De gemeente Eindhoven	54
2.10	Samenvatting	58
3	Opvallende zaken en conclusies	61
3.1	Aanleiding en strategiebepaling	61
3.2	De voorwaarden en benodigde hulpbronnen	66
3.3	Het onderhandelingsproces	67
3.4	De uitkomsten, het concrete resultaat voor de achterban	68
3.5	Samenvatting: een nieuwe rol voor PGO-organisaties?	70
3.6	Conclusies	73
4	Literatuur en bronnen	77
1	Bijlage	79



1 Consumentenrol of kritische vernieuwer?

1.1 Inleiding

Dit rapport is een eerste verkenning van de rol van patiënten-, consumenten- en ouderenorganisaties (PGO-organisaties) in het nieuwe zorgstelsel met marktwerking. Deze verkenning is een momentopname aan het begin van het jaar 2007. De verkenning bestaat uit de analyse van een aantal cases van onderhandelingen met zorgverzekeraars. De meeste onderhandelingen vonden in het jaar 2006 plaats. De interviews met vertegenwoordigers van PGO-organisaties zijn in de eerste twee maanden van het jaar 2007 gehouden. Het doel van de verkenning was tweeledig:

1. Inzicht krijgen in de manier waarop PGO-organisaties zorgverzekeraars beïnvloeden bij het realiseren van collectieve zorgverzekeringen voor hun achterban; komen tot (transfer)lessen voor de verdere ontwikkeling van de praktijk van belangenbehartiging als derde partij.
2. Het ontwikkelen van een aangepast theoretisch kader, gekoppeld aan de strategische herpositionering van de PGO-organisaties binnen de nieuwe zorgverzekeringswet.

Per 1 januari 2006 is de nieuwe zorgverzekeringswet ingevoerd. Met deze wet wil de overheid een eenduidiger zorgverzekeringsstelsel creëren. Belangrijke nevensdoelstellingen zijn de kostenbeheersing in de gezondheidszorg door het bevorderen van de marktwerking. Ook voor de afnemers van zorg zijn er volgens de overheid voordelen verbonden aan het nieuwe stelsel, namelijk veel meer keuzemogelijkheden. Patiënten en consumenten van zorg kunnen hun eigen zorgverzekeraars kiezen en, met een restitutiepolis, kiezen voor een bepaalde specialist, arts of zorgverlener. Het nieuwe zorgstelsel is niet plotseling ontstaan. Drie decennia lang zijn er diverse pogingen ondernomen om het Nederlandse

zorgstelsel te veranderen. Doel was het verschil tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen op te heffen. Diverse voorstellen voor een basisverzekering zijn in die tijd de revue gepasseerd. De verschillende kabinetten wilden het Nederlandse zorgstelsel veranderen omdat het oude zorgstelsel een aantal nadelen had. Zo ging de discussie in de Tweede Kamer vaak over de grote verschillen tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Particuliere verzekeraars konden 'risicovolle' patiënten weigeren, maar ziekenfondsverzekeraars niet. Dit stond eerlijke concurrentie in de weg.

In ieder geval heeft de komst van de nieuwe zorgverzekeringswet de verhoudingen tussen partijen in de gezondheidszorg veranderd. Zo is de rol van de zorgverzekeraars veel sterker geworden. Zij moeten de zorg inkopen door contracten met zorgaanbieders te sluiten. Ze hebben stuurinstrumenten gekregen in de vorm van contracteerbeleid om dit te doen. De zorggebruikers hebben door de zorgverzekeringswet inderdaad meer keuzemogelijkheden gekregen door de acceptatieplicht die alle verzekeraars hebben. Iemand kan niet meer door een verzekeraar geweigerd worden. Daarnaast is er een nieuwe speler toegetreden, namelijk de gemeentelijke overheden. De 458 gemeenten in Nederland zijn vanaf 1 januari 2007, door de invoering van de Wmo, verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van mensen met beperkingen. Ook sluiten gemeenten collectieve contracten af met zorgverzekeraars voor burgers die van een minimuminkomen moeten leven.

De grote uitdaging voor de PGO-organisaties is het vinden van een goede uitgangspositie en strategieën om de zorgverzekeraars te beïnvloeden. Tot voor kort richtten de organisaties zich bij het behartigen van de belangen van hun leden en van zorggebruikers vooral op het beïnvloeden van de zorgaanbieders en overheden (Oudenampsen et al., 2007). Maar door de nieuwe situatie kunnen PGO-organisaties zich daarnaast richten op zorgverzekeraars en gemeenten. Het proces van onderhandelen en contracten afsluiten met zorgverzekeraars en adviseren van lokale overheden stelt meer eisen aan de strategische en methodische aanpak van PGO-organisaties.

De veranderde situatie per 2006 heeft kortom gevolgen voor de rol die PGO-organisaties innemen in het zorgstelsel. Wat

kenmerkt deze nieuwe rol van de patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties? Deze vraag staat in dit rapport centraal. We hebben een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het programma ZekereZorg van Fonds PGO. Dit programma speelt in op de nieuwe rol van PGO-organisaties. Het doel van het programma is het stimuleren, ondersteunen en mogelijk maken van innovatieve activiteiten en ontwikkelingen die gericht zijn op versterking van de invloed van PGO-organisaties op zowel zorgverzekeraars als aanbieders van zorg.

Deze verkenning kan gezien worden als een startanalyse van het programma ZekereZorg. Het eerste deel van het onderzoek bestond uit de bestudering van literatuur om de volgende deelvragen te beantwoorden:

1. Wat zijn de veranderingen in de positie van zorgconsumenten en zorggebruikers en hun belangenorganisaties onder invloed van de nieuwe zorgverzekeringswet?
2. Wat zijn de gevolgen van deze veranderingen voor de strategie van de PGO-organisaties bij het verbeteren van de leefsituaties van hun achterban?
3. Welke methoden van belangenbehartiging passen bij deze nieuwe strategie(en) en bij de veranderde context?

1.2 Het kader van belangenbehartiging

De PGO-organisaties hebben sinds hun oprichting drie kerntaken ontwikkeld: belangenbehartiging, lotgenotencontacten en informatievoorziening. De belangenbehartiging is van oudsher primair gericht op het beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar zijn van kwalitatief goede zorg en op het realiseren van concrete verbeteringen in de dagelijkse leefwereld van zorggebruikers. Het rapport 'De kunst van effectieve belangenbehartiging door de patiënten- en cliëntenbeweging' laat zien dat PGO-organisaties daarbij verschillende strategieën en methoden hanteren (Nederland & Duyvendak, 2004). In de loop der jaren is hiermee veel ervaring opgedaan en ook het nodige bereikt. In het genoemde rapport worden hiervan een aantal 'best-practices' geanalyseerd met behulp van een theoretisch kader. In praktijk bleek dat de

organisaties succesvoller zijn geweest in de beïnvloeding van overheidsbeleid, van wetenschappelijk onderzoek en van het beleid van (farmaceutische) bedrijven dan in de beïnvloeding van het beleid van zorgaanbieders. De zorgverzekeraars waren geen direct doelwit van de belangenbehartiging.

De onderzoekers concludeerden verder dat de politiek-maatschappelijke context vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw in Nederland gunstig is geweest voor PGO-organisaties. De nationale overheid was gericht op integratie van de organisaties in de gezondheidszorg. De overheid heeft gezorgd voor subsidies, ondersteunende regelgeving en voor een medezeggenschapsstructuur. Bovendien schakelden zorgaanbieders en zorgverzekeraars de patiëntenorganisaties steeds vaker in om mee te praten over het zorgaanbod (Nederland, Duyvendak & Brugman, 2003).

Deze situatie is vooral door de invoering van de zorgverzekeringswet sterk veranderd. PGO-organisaties staan voor belangrijke strategische keuzes die andere eisen stellen aan hun inzet en hun organisatie op de gezondheidsmarkt. Twee wegen staan open voor PGO-organisaties op de gezondheidsmarkt: ze kunnen kiezen voor een consumentenrol of voor de rol van kritische vernieuwer. We zullen zien dat een mix van beide rollen de beste strategieën oplevert voor het behartigen van de belangen van zorggebruikers.

1.3 De gezondheidsmarkt

Het uitgangspunt van de gezondheidsmarkt is dat de overheid de verantwoordelijkheid voor het reilen en zeilen in de gezondheidszorg overlaat aan 'de actoren op de gezondheidsmarkt'. In een recent artikel plaatsen van Bennekom en van Dalen (2006) de veranderingen in de gezondheidszorg in het kader van 'de nieuwe economie'. In deze 'nieuwe economie' nemen we volgens hen afscheid van de aanbodgerichte economie. In plaats daarvan verschijnt een vraaggestuurde economie met samenwerking in organisatorische netwerken. Een kenmerk van de verschuiving is bijvoorbeeld een toename van de variëteit in het aanbod van goederen en diensten. Deze variëteit gaat gepaard met erkenning van de pluriformiteit van de klanten. De auteurs stellen dat er in de

zorg een ontwikkelingsproces gaande is om deze omslag in de praktijk vorm te geven.

Gezondheidszorg als economische markt?

Een kritische kanttekening plaatsen we bij het benaderen van de gezondheidszorg als een puur economische markt. De verdeling en de kwaliteit van goede zorg wordt hierbij overgelaten aan de economische werking (vraag en aanbod) in het zorgstelsel. Twee redenen zijn er om vraagtekens te plaatsen bij de aanname van het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland als een puur economische markt. Ook kunnen we vraagtekens plaatsen bij een positie van PGO-organisaties als een economische partij naast de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

In de eerste plaats is de overheid nog steeds partij in het handhaven van de solidariteit in het systeem. Dit blijkt uit het bewaken door de overheid van het vereveningsfonds, waardoor er een herverdeling tussen de zorgverzekeraars plaatsvindt op basis van het verbruik aan zorg door hun verzekerden. De landelijke overheid bewaakt alleen nog maar de opzet van de stelselherziening. Maar anno 2007 heeft het nieuwe kabinet het toekijken op afstand al weer wat losgelaten. Zo zijn er plannen om het no-claimsysteem, waarin zorggebruikers die geen beroep doen op de gezondheidszorg een deel van hun premie na een jaar terugkrijgen, weer af te schaffen. Ook bemoeien lokale overheden zich steeds meer met het verdelen van de zorgverlening door zorgaanbieders. Nu de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is ingevoerd, ontstaat de situatie dat gemeenten een grotere rol gaan spelen in zorgbeleid. De opdracht aan gemeenten in de Wmo (en de Wet werk en bijstand (WWB)) overlapt sterk met de zorgverzekeringswet. De combinatie van chronisch zieken en sociale minima omvat ongeveer veertig procent van de bevolking en is verantwoordelijk voor tachtig procent van de zorgconsumptie. Daarmee vertegenwoordigen de gemeenten in potentie een enorme onderhandelingsmacht tegenover zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dat biedt mogelijkheden voor gemeenten om speciale arrangementen te ontwikkelen voor chronisch zieken binnen het lokale volksgezondheidsbeleid. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld verbindingen leggen met het

verbeteren van de positie van achterstandswijken. De overheid is samengevat nog steeds een belangrijke partij in de gezondheidszorg, waardoor de gezondheidszorg geen puur economische markt is, maar nog altijd een mengsel van publiekprivate verhoudingen.

In de tweede plaats maakt de gezondheidszorg in Nederland als vanouds deel uit van het maatschappelijke middenveld. De gezondheidszorg kan niet functioneren zonder de vele vrijwilligers die hun steentje bijdragen. Mantelzorgers, vrijwilligers bij zorgaanbieders, belangenbehartigers, zijn mensen die de handen uit de mouwen steken om andere redenen dan economisch gewin. Het is niet mogelijk het functioneren van de huidige gezondheidszorg te begrijpen zonder kennis over de motivatie van deze vrijwilligers. In plaats van een economische markt met economische actoren is de gezondheidszorg eerder te typeren als een gezondheidsmarkt met meerdere zorgpartijen. Deze moeten hun weg vinden in een ontwikkelingsproces naar vraag- en klantsturing in een zorgstelsel met marktwerking. De belangrijkste partijen in de zorg zijn zorggebruikers (inclusief hun vrijwillige verzorgers en belangenbehartigers), zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeentelijke overheden en de landelijke overheid.

Een volgende kanttekening betreft de positie van de 'klanten' van de zorgmarkt. Annemarie Mol (2006) stelt dat zorggebruikers in de benadering van een economische markt gereduceerd worden tot mensen die individueel een waardeoordeel vellen. Anderen kunnen wel proberen raad of informatie te geven, maar uiteindelijk kiest de klant zelf, alleen:

'Wat goede manieren van leven (behandelingen, producten, doelstellingen) zijn en wat niet, is als het erop aankomt privé. Dat moet iedereen zelf beoordelen: elke klant is opnieuw koning.'

Twee onderdelen van de gezondheidsmarkt

Als we de gezondheidszorg als een 'gezondheidsmarkt' willen benaderen, moeten we in ieder geval erkennen dat deze bestaat uit twee onderdelen waarin zorgverzekeraars, zorgaanbieders en PGO-

organisaties een verschillende positie bekleden, namelijk een zorgverzekeringsmarkt en een zorginkoopmarkt.

Op het onderdeel van de zorgverzekeringsmarkt dingen zorgverzekeraars om de gunsten van verzekerden. PGO-organisaties kunnen een belangrijke rol vervullen door een polis af te sluiten die rekening houdt met de belangen van de eigen achterban, bijvoorbeeld door vergoeding van medicijnen of behandelingen die niet in het wettelijke basispakket zijn opgenomen. De zorgverzekeraar kan via de aanvullende verzekering een pakket samenstellen dat rekening houdt met de groepen mensen met deze aandoening. Deze polissen zijn echter alleen renderend als een voldoende aantal verzekerden hiervan gebruikmaakt. De PGO-organisaties nemen dan een consumentenrol op zich.

Een PGO-organisatie die op deze manier op de zorgverzekeringsmarkt opereert, is afhankelijk van de grootte van de achterban die zij vertegenwoordigt en van de mate waarin deze achterban georganiseerd is. Uit onderzoek in opdracht van Fonds PGO is bekend dat patiënten zich vooral organiseren als de aandoening een grote impact heeft op hun leven (Newcom Research, 2006). In de consumentenrol op de zorgverzekeringsmarkt moeten de PGO-organisaties zich in de eerste plaats informeren over de voorkeuren van hun achterban voor de samenstelling van de polis, inclusief aanvullende verzekering. Dit maakt raadplegingen noodzakelijk onder leden en niet-leden over hun wensen en verlangens betreffende de samenstelling van het pakket. Ook moeten polissen worden vergeleken en moet de zorginkoop worden gemonitord.

Daarnaast is er het onderdeel van de zorginkoopmarkt waar zorgverzekeraars namens hun verzekerden zorg inkopen bij zorgaanbieders. Een PGO-organisatie die de zorginkoopmarkt wil beïnvloeden, neemt vooral de rol van kritische vernieuwer op zich. De organisaties zullen gebruik moeten maken van strategieën om de zorginkoop van zorgverzekeraars effectief te beïnvloeden. Het valt echter niet mee direct invloed uit te oefenen op het onderhandelingsproces. Zorgverzekeraars die zich verzekerd hebben van de steun van grote groepen patiënten zullen steviger staan in het onderhandelingsproces met zorgaanbieders bij het inkopen van kwalitatief goede zorg en het voorkomen van kwalitatief mindere zorg. Het zijn vaak sociale zorgverzekeraars met sterke regionale

bindingen die zich vooral richten op de kwaliteit van de zorgverlening. Het vereveningsfonds stelt hen in staat om de groep verzekerden met chronische aandoeningen, die traditioneel vaak bij sociale zorgverzekeraars verzekerd zijn, aan zich te binden. PGO-organisaties die de zorginkoop willen beïnvloeden moeten zich op regionaal niveau sterk maken om een rol te kunnen spelen in het onderhandelingsproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het betekent vooral het vormen van samenwerkingsverbanden met andere PGO-organisaties.

Tot zover een eerste verkenning van de positie van PGO-organisaties op de 'zorgmarkten'. De vraag is welke rol zij daarin kunnen en willen vervullen. We noemden hierboven al twee belangrijke rollen, namelijk die van consument en die van kritische vernieuwer. Deze rollen gaan we verder uitwerken.

1.4 PGO-organisaties in de consumentenrol

In de benadering van PGO-organisaties in de consumentenrol staan de belangen van individuele leden voorop. De belangenbehartiging is erop gericht voordelen binnen te halen voor de groep wiens belangen men behartigt. Algemene en publieke belangen spelen een ondergeschikte rol. Het aantal leden dat een organisatie vertegenwoordigt en de omvang van de achterban (de niet-leden), zijn de belangrijkste argumenten in de onderhandelingen met zorgverzekeraars.

De Amerikaanse econoom Hirschmann heeft een kader ontwikkeld dat bruikbaar is als de PGO-organisaties een consumentenrol op zich nemen. Hij bestudeerde de relatie tussen bedrijven en dienstverlenende organisaties en hun cliënten in een marktsituatie. Hierover schreef hij het boek *Exit, Voice and Loyalty* (1970). In Nederland is zijn werk vooral bekend geworden door de studie van de WRR, *Bewijzen van goede dienstverlening* (2005), over de relatie tussen dienstverlenende organisaties en hun cliënten.

Exit

Hirschmann heeft zijn theorie ontwikkeld in kritiek op de klassieke economische theorie die van sterk competitieve markten uitging. In deze theorie stapt de consument bij vermindering van vertrouwen in het product direct over naar een ander product of naar een andere dienstverlener of bedrijf. Dit consumentengedrag betitelt Hirschmann als exit. De voormalig staatssecretaris Simons noemde dit in de Nederlandse verzekeringsmarkt 'stemmen met de voeten'. Hirschmann kwam tot de conclusie dat vooral die consumenten de exit-optie kiezen die zeer goed geïnformeerd zijn over de kosten en de kwaliteit van de producten. Zij zijn in staat de producten van verschillende dienstverlenende organisaties met elkaar te vergelijken. Voor de overgrote meerderheid van de consumenten is deze informatie vaak niet of slechts gebrekkig toegankelijk. Het voordeel van de exit-optie is dat de consument keuzevrijheid heeft.

Loyalty en voice

In de theorie van Hirschmann is deze exit-optie minder voor de hand liggend als er vertrouwen is tussen de dienstverlener en de consument. En dit vertrouwen komt veel voor in zorg en dienstverlening. Want bij gebrek aan adequate informatie vervallen gezondheidsgebruikers snel in loyaliteitsgedrag (of 'silence', zoals de WRR dat noemt).

Hirschmann meent verder dat elke organisatie periodes kent van teruggang en crisis. Organisaties dienen fouten te signaleren en mechanismen te ontwikkelen om deze fouten tijdig te herstellen. Het is daarom voor zorgverzekeraars van belang om naast het 'stemmen met de voeten' voor verzekerden een andere mogelijkheid te hebben, namelijk die van 'voice'. Deze mogelijkheid bestaat eruit om als gebruikers van de gezondheidszorg en hun belangenorganisaties, de organisaties in de gezondheidszorg te wijzen op hun fouten en hen de gelegenheid te geven deze te herstellen.

Een tweede reden voor de voice-optie is dat de informatie die de exit-optie oplevert te grof is. De exit-optie levert alleen informatie op als heel veel cliënten in één keer naar een andere dienstverlener overstappen. Maar de redenen waarom zorggebruikers overstappen, kunnen velerlei zijn. En deze redenen kunnen

alleen achterhaald worden door te communiceren met de zorggebruikers, de voice-optie.

De voice-optie omvat alle formele en informele vormen van overleg zowel op individueel niveau als op collectief niveau, zowel vrijwillige overleginitiatieven als wettelijk verankerde vormen van overleg, zoals medezeggenschapsregelingen en klachtenregelingen. Voordelen van de voice-optie zijn dat deze voor de zorggebruikers direct de mogelijkheid biedt om invloed te hebben op de kwaliteit en kwantiteit van het aanbod. Daarnaast biedt de voice-optie voor gebruikers van zorg de mogelijkheid om deel te nemen aan het vormgeven van de verdeling en de kwaliteit van de zorg. Voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars biedt de voice-optie het voordeel van goedkope en gemakkelijke toegang tot de ervaringskennis van de zorggebruikers. Het is tevens een mogelijkheid om groepen zorggebruikers aan zich te binden (loyaliteit), ook in tijden dat het minder goed gaat. Voor de overheid als toezichthouder heeft de voice-optie het voordeel dat een deel van de controle op het doen en laten van de organisatie plaatsvindt via het overleg tussen partijen.

De voice-optie kent ook nadelen. Overlegvormen kunnen voor de organisaties in de zorg vertragend werken. Overlegvormen en procedures kunnen de bureaucratie bevorderen en daardoor de besluitvorming vertragen. Deze vertraging treedt echter vooral op wanneer beide partijen elkaar wantrouwen. Voor de zorggebruikers geldt dat deze overlegvormen tijdrovend zijn, maar ook veel kennis en inzet vergen. De voice-optie valt of staat bij de beschikbaarheid van informatie: informatie over de voorkeuren van de zorggebruikers, over de prestaties van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders, over wettelijke regelingen en procedures. Verder kan de voice-optie vanuit het perspectief van zorggebruikers alleen goed functioneren als er een exit-optie aanwezig is. De zorggebruiker moet de mogelijkheid hebben over te stappen naar een andere organisatie wanneer bijvoorbeeld de dienstverlenende organisatie slecht blijft presteren of zich doof houdt voor de bezwaren van de zorggebruiker.

Rol van de PGO-organisaties

De PGO-organisaties kunnen kiezen voor de vertegenwoordiger van de voice-optie in een consumentenrol. Het centrale thema daarbij

is de prijs-kwaliteitverhouding. Het is zonder twijfel de consumentenrol die het meest effectief is op het onderdeel van de zorgverzekeringsmarkt. PGO-organisaties kunnen puur als belangenbehartiger optreden met als doel voor hun leden exclusieve voordelen of kostenreductie binnen te slepen. Deze benadering vereist een relatief grote en goed georganiseerde achterban. Voordelen van deze strategie zijn dat deze kan leiden tot ledenaanwas en tot een grotere binding aan de organisatie. Nadelen: deze strategie stelt hoge eisen aan de organisatie bij het behartigen van belangen (onderhandelingsvaardigheden, uitventen van onderhandelingsresultaten).

In de patiëntenbeweging opereren vooral de ouderenbonden als sterke belangenbehartigers in een consumentenrol. Zo zijn zij ondanks hun grote achterban in staat geweest succesvol op de verzekeringsmarkt te opereren. ANBO en KBO wisten grote ledenwinst te realiseren. Kostenvoordelen voor hun leden en ledenwinst stonden voorop. Per Saldo is ook een voorbeeld van een sterke belangenorganisatie waar de individuele dienstverlening voor budgethouders (inclusief juridische ondersteuning) hand in hand gaat met behartiging van de belangen van budgethouders.

Voor de PGO-organisaties met een veel lagere organisatiegraad en ook een veel kleinere achterban, is een optreden in de consumentenrol geen haalbare kaart. Het gedifferentieerde ledenbestand van veel organisaties maakt het vaak lastig om een sterke belangenorganisatie op te bouwen. Patiëntenorganisaties hebben onder de leden bijvoorbeeld patiënten, betrokken familieleden of mantelzorgers. Daarnaast blijkt uit recent onderzoek (Newcom Research, 2006) dat de ernst van de ziekte voor potentiële leden de doorslag geeft bij de afweging om lid te worden of alleen maar gebruik te maken van de aangeboden diensten. De afgelopen jaren hebben patiëntenorganisaties ontdekt dat zij leden aan zich kunnen binden door aan individuele belangenbehartiging te doen, leden te ondersteunen in keuzeprocessen in de zorg en juridische ondersteuning te bieden. Hierin is een ontwikkeling naar een consumentenrol te zien.

Beperkingen: logica van het kiezen

De beperkingen van deze rol hebben vooral te maken met het stuiten op de grenzen van de logica van het kiezen. Annemarie Mol gebruikt deze term als het gaat om de autonomie van burgers om een eigen waardeoordeel te vellen (2006). Ze plaatst dit tegenover de logica van het zorgen, waar niet oordelen maar verbeteren de morele activiteit is waar alles om draait (zie paragraaf 1.5). Het morele oordeel van de logica van het kiezen is talig en gebaseerd op logische argumenten. Kiezen geeft mensen de gelegenheid om goed van kwaad te onderscheiden, maar het drukt niet uit wat de beste manier van leven is (of de beste behandeling of het beste product). Daar moeten mensen zelf autonoom over oordelen. Hierdoor is het innemen van een positie en kiezen een kwestie van individuele verantwoordelijkheid. Als we deze invalshoek vertalen naar de rol van PGO-organisaties dan betekent het dat zij hun rol opvatten als het vertalen van deze individueel gemaakte keuzes van hun leden naar een grotere, bijna vakbondsachtige strategie. Deze strategie bestaat uit het overtuigen van zorgverzekeraars met argumenten.

Mogelijkheden: Strategische opties

Het adviesbureau BSenF is als adviseur betrokken bij het onderhandelingsproces van veel patiëntenverenigingen. De directeur van BsenF concludeert dat er belangrijke kansen liggen voor patiëntenverenigingen in deze consumentenrol en dat er tot nu toe een beperkte invulling is gegeven aan de collectieve contracten op de zorgverzekeringmarkt. Door de PGO-organisaties is vooral gekoerst op kortingen op de premies en veel minder op het beïnvloeden van de zorginkoop. Hij opteert voor het meer opereren op de zorginkoopmarkt. Hij ziet een belangrijke rol voor PGO-organisaties om zorgverzekeraars te focussen op zorginhoudelijke thema's. Ze richten zich nu vooral op prijsconcurrentie, maar het is veel belangrijker om samen met zorgaanbieders inhoudelijke zorgstandaarden te ontwikkelen en de implementatie van deze zorgstandaarden via de zorgverzekeraars te regelen. Hij tekent daarbij aan dat zorgverzekeraars alleen geïnteresseerd zijn als er regionaal een voldoende marktaandeel geboden kan worden. Kortom: alleen als de patiëntenorganisaties aannemelijk kunnen maken dat zij een flink deel van de regionale markt kunnen

mobiliseren, zijn zorgverzekeraars geïnteresseerd. Patiëntenverenigingen moeten met elkaar samenwerken om in bepaalde regio's een onderhandelingspartner voor zorgverzekeraars te kunnen worden. Er zijn volgens de directeur sterke prikkels vanuit de markt nodig om hen tot een meer zorginhoudelijke koers te dwingen:

‘Je loopt bij de zorgverzekeraars gauw op tegen de bureaucratie. Zij zijn sterk afhankelijk van een geautomatiseerde administratie die alleen als het echt nodig is anders georganiseerd kan worden. In het algemeen is het verstandig om te streven naar regionale bundelingen van belangen van chronisch zieken en vervolgens te kijken welke zorgverzekeraar in die regio het sterkst is. De meeste zorgverzekeraars hebben regionale bindingen.’

1.5 De rol van kritische vernieuwer

Tot zover de consumentenrol van PGO-organisaties. Als we kijken naar de wortels van de belangenbehartiging van de meeste PGO-organisaties dan bestaan die veel meer uit het innemen van een kritische rol ten aanzien van het functioneren van de gezondheidszorg.

De oorsprong van de organisaties is te herleiden tot de radicalisering van de democratie in de jaren zestig van de vorige eeuw. Nieuwe vormen van politieke participatie door groepen burgers ontstonden. Zij organiseerden zich op basis van een deel van hun identiteit waarin lichamelijke elementen centraal stonden, zoals sekse, etniciteit, seksualiteit, gezondheid en ziekte (Pearce, 2006).

In het begin lag het accent van de belangenbehartiging door PGO-organisaties vooral op het bekritisieren van de relatie tussen artsen en patiënten. De kritische rol en de inspanningen van de patiënten- en cliëntenverenigingen hebben meegewerkt aan het tot stand komen van een meer horizontale verhouding tussen artsen en patiënten en aan het verbeteren van de bejegening in behandeling en in de zorgverlening. Daarnaast waren de activiteiten van de PGO-organisaties vanaf het begin gericht op het stimuleren van contact tussen mensen in dezelfde situatie; herkenning bleek een belangrijke stimulans voor chronisch zieken en gehandicapten om in

beweging te komen. In diverse vormen van lotgenotencontact vond wederzijdse ondersteuning en hulpverlening plaats. Door activiteiten als lotgenotencontact en informatie aan de achterban, lag het accent op het versterken van de positie van patiënten en cliënten.

In de loop van de jaren negentig van de vorige eeuw zijn PGO-organisaties hun doelen tevens gaan formuleren in termen van volwaardig burgerschap en het verbeteren van de maatschappelijke positie van chronisch zieken en gehandicapten. Dit gebeurde opnieuw vanuit een kritische rol, namelijk verzet tegen de beeldvorming van de zieke en gehandicapte burger als afhankelijk en onmondig. Mensen met een ziekte of handicap werden niet gerespecteerd als volwaardig lid van de samenleving en konden onvoldoende deelnemen aan het openbare leven. De inzet voor volwaardig burgerschap is het streven om voor mensen met een ziekte of functiebeperking optimale mogelijkheden te realiseren om aan de samenleving deel te nemen. Het gaat hierbij om het versterken van de positie van verzekerde, consument, patiënt, werknemer en deelnemer aan het openbare leven.

Door deze kritische houding treden de PGO-organisaties als vanouds ook op als behartiger van publieke belangen, waarbij de verbetering van de kwaliteit van zorg en de bejegening in de dienstverlening belangrijke doelen zijn. Hierbij past een benadering van zorggebruikers als burgers. Mol (2006) plaatst dit burgerschap tegenover de individuele benadering van de zorggebruikers als klant:

‘Burgers daarentegen regeren samen. Ze coördineren hun persoonlijke oordelen publiekelijk. (...) Het vermogen van burgers om hun waardeoordelen expliciet te maken, is een voorwaarde voor het collectieve, argumentatieve afwegen van waarden.’

Mol noemt deze benadering de logica van het zorgen. In deze logica gaat het oordelen niet over het doel (zoals in de logica van het kiezen), maar over het handelen. Dit handelen is gericht op het verbeteren van het dagelijks leven van patiënten. Bij dat handelen spelen zowel talige (het praten en luisteren van patiënten en hulpverleners) als niet-talige (bij behandelen en verzorgen speelt altijd een fysieke component) uitwisselingen een rol. Het gaat

hierbij niet om een debat met een confrontatie tussen argumenten, zoals in de logica van het kiezen gebeurt, maar het gaat om het uitwisselen van ervaringen. Die uitwisseling is gericht op het achterhalen van wat voor een patiënt in het dagelijks leven ‘verbetering’ inhoudt. Het is een onderdeel van het zorgen.

Voor PGO-organisaties betekent het expliciet maken van de oordelen het serieus nemen van de ervaringen van patiënten en gehandicapten. Voor de belangenbehartiging vereist deze benadering vooral een goed inzicht in de ervaringskennis van zorggebruikers. Het voordeel van deze rol is dat deze goed aansluit bij de kerndoelen van PGO-organisaties. Nadeel is dat dit niet direct tot veel ledenwinst leidt. Bovendien stelt deze rol ook hoge eisen aan de organisatie, vooral aan het verwerven van kennis over de ervaringen van leden.

We komen hiermee op het thema van de PGO-organisaties als kritische tegenbeweging, als sociale beweging. Volgens de klassieke theorie van sociale bewegingen, wordt de kracht van sociale bewegingen vooral bepaald door de hulpbronnen waarover zij kunnen beschikken (Alexander, 2006) en het aantal mensen dat zij kunnen mobiliseren. Ideeën en ideologieën zijn van belang als zij in staat zijn mensen (en hulpbronnen) te mobiliseren.

De critici van de klassieke theorie van de sociale bewegingen benadrukken vooral de culturele aspecten van sociale bewegingen, de culturele waarden en de identiteit die zij vertegenwoordigen. We vinden in deze theorie een samengaan van de consumentenrol en de rol van kritische vernieuwer.

Sociale bewegingen vertegenwoordigen namelijk volgens de socioloog Alexander thema's en waarden die in de samenleving als geheel leven, maar nog onvoldoende aan de oppervlakte zijn gekomen (Alexander, 2006). Door specifieke ervaringen die leven bij de leden van de sociale beweging te vertalen en te combineren met algemenere publieke thema's en waarden slagen woordvoerders van sociale bewegingen erin invloed uit te oefenen op de maatschappelijke en politieke agenda. Alexander verklaart dat ook uit het ‘dual membership’ van PGO-organisaties: enerzijds maken ze deel uit van de civil society met z'n rechten en plichten

(burgerschap), anderzijds hebben ze te maken met economische en professionele instituties met hun eigen belangen en waarden. Deze bewegingen kunnen alleen maar succes hebben volgens Alexander als zij hun specifieke thema's kunnen vertalen en verbinden met de centrale waarden en thema's van de civil society.

In deze benadering is de verhouding tussen de specifieke belangen van PGO-organisaties en de algemene publieke belangen essentieel, dus de al genoemde consumentenrol en de rol van kritische vernieuwer. In de cases van de zorgverzekeringswet die we in het volgende hoofdstuk beschrijven, is deze vertaling te herkennen in de centrale rol die de kwaliteit van zorg als publiek belang speelt. Specifieke ervaringskennis van leden van PGO-organisaties worden gebundeld en geconfronteerd met inzichten van beroepsgroepen en doelmatigheidseisen van andere economische partijen (zorgverzekeraars en overheid).

1.6 Samenvatting

PGO-organisaties vormen onderdeel van de civil society en zijn sterk georiënteerd op de belangen van hun directe achterban, maar ook op publieke belangen. Zij zijn gevormd door hun strijd om erkenning te krijgen voor hun eisen bij het professionele domein, de zorgaanbieders en beroepsverenigingen, en bij het publieke domein, de landelijke en lokale overheid. Onder invloed van de zorgverzekeringswet ligt voor hen de rol van politieke actor in het verschiet, zonder dat zij het professionele en het publieke domein verlaten.

De belangen die PGO-organisaties behartigen omvatten een zeer divers geheel aan behoeften en wensen van zorggebruikers. Deze belangen spelen op het terrein van de zorg, maar ook op het terrein van maatschappelijke participatie en aanverwante levensterreinen, zoals welzijn, vervoer en onderwijs. De georganiseerde achterban in PGO-organisaties is pluriform. Mensen gaan heel verschillend om met gezondheidsvraagstukken. Dit is afhankelijk van de gezondheidsklachten, de levensstijl, de fase in de levensloop en loopbaan, en de groepen waarin de achterban verkeert (Bennekom, van & Dalen, van 2006). Voor PGO-organisaties

is een eerste vraag welke belangen zij op de gezondheidsmarkt willen behartigen en welke middelen zij daarbij tot hun beschikking hebben. Als zij zich willen richten op het verwerven van kostenvoordelen op de zorgverzekeringsmarkt is een strategie in de consumentenrol voor de hand liggend. Slechts enkele grote PGO-organisaties, met een relatief omvangrijke goed georganiseerde achterban en een professionele organisatie, zullen hiertoe in staat zijn.

Voor de meeste PGO-organisaties is de kwaliteit van zorg echter hoofdzak. Dan is het effectief beïnvloeden van de zorginkoop de aangewezen strategie. Het formuleren van landelijke kwaliteitsstandaarden en het smeden van regionale coalities met andere PGO-organisaties, is dan een voor de hand liggende strategie. Op regionaal niveau vinden de onderhandelingen tussen de dominante zorgverzekeraars en de zorgaanbieders plaats, waarin concrete en meetbare standaarden van PGO-organisaties een belangrijk instrument kunnen zijn om het onderhandelingsproces te beïnvloeden. Daarnaast kan ook coalitievorming met grote of middelgrote gemeenten een voor de hand liggende strategie zijn om de eigen positie te versterken.

De kracht van de PGO-organisaties ligt dan vooral in het feit dat zij voor de (sociale) zorgverzekeraars het legitieme belang vertegenwoordigen van een goede kwaliteit van zorg (en dienstverlening) voor een grote groep verzekerden en in staat zijn gebreken in de kwaliteit aan te wijzen. Niet alle zorgverzekeraars zullen hier op korte termijn gevoelig voor zijn. PGO-organisaties kunnen het debat over wat een goede zorgverzekeraar behelst actief beïnvloeden door zich op te stellen als kritische vernieuwer, in de vorm van actieve behartiger van publieke belangen.

Samenvattend kunnen we aan de hand van deze eerste theoretische verkenning stellen dat de nieuwe positie van de PGO-organisaties bestaat uit een mengsel van de hierboven uitgewerkte consumentenrol en de rol van kritische vernieuwer. De PGO-organisaties zijn meer onderdeel van de civil society dan van een economische markt door hun streven naar een betere gezondheidszorg en betere participatiemogelijkheden van zorggebruikers. Dat maakt de PGO-organisaties, met hun publieke functie, een politieke

actor. Als politieke actor combineren de meeste PGO-organisaties hun consumentenrol met die van kritische vernieuwer, zoals we in het volgende hoofdstuk over de praktijk van de onderhandelingen zullen zien.



2 Het onderhandelen van PGO-organisaties met zorgverzekeraars

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat in een aantal casestudies de verkenning van de praktijk van het beïnvloeden van zorgverzekeraars centraal. Opnieuw benadrukken we dat het hier gaat om een momentopname aan het begin van de onderhandelingen met zorgverzekeraars. We analyseren hoe het proces van belangenbehartiging is verlopen en wat de uitkomsten en effecten zijn. We hebben gekozen voor organisaties die op de een of andere manier in een vroeg stadium succesvol zijn geweest in hun onderhandelingen met zorgverzekeraars: Diabetesvereniging Nederland (DVN); Vereniging Spierziekten Nederland (VSN); Reumapatiëntenbond (RPB); Zorgbelang Groningen; Unie KBO; ANBO; Gemeente Eindhoven.

We zullen aan de hand van de zeven casestudies laten zien hoe de PGO-organisaties een plek proberen te verwerven in het nieuwe krachtenveld van de zorg. De cases spelen zich af ten tijde van de aanloop en voorbereiding op de nieuwe zorgverzekeringswet die per januari 2006 van kracht werd.

Zorggebruikers staan in de zorg op twee manieren in relatie tot een zorgverzekeraar: als afnemers van polissen en als afnemers van zorg die door zorgverzekeraars is ingekocht. In dat laatste geval spreken PGO-organisaties van inkoopmacht. Door de invoering van de zorgverzekeringswet hebben de organisaties voor het eerst de mogelijkheid om op beide onderdelen van de gezondheidsmarkt belangen van zorggebruikers te behartigen. In de zorgverzekeringswet is dankzij een effectieve lobby van onder meer de NPCF een mogelijkheid opgenomen voor zorgverzekeraars om collectieve contracten af te sluiten met maatschappelijke organisaties. Daarnaast is in de zorgverzekeringswet als experiment een PGB-

regeling mogelijk gemaakt. De meeste collectieve contracten hebben betrekking op korting op polissen (zorgverzekeringsmarkt). PGO-organisaties zijn naast deze kortingen op polissen vooral geïnteresseerd in het beïnvloeden van de inkoopmacht van de zorgverzekeraars om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren (inkoopmarkt).

De onderzoeksvragen waren:

1. Wat zijn effectieve strategieën en methoden die PGO-organisaties hanteren in het beïnvloeden van zorgverzekeraars om een goede collectieve zorgverzekering voor hun achterban af te sluiten?
2. Over welke (nieuwe) hulpbronnen beschikken de organisaties?
3. Waaruit bestaan de uitkomsten van dit proces van belangenbehartiging wat betreft de kortingen op basisverzekeringen en op aanvullende verzekeringen, en de kwaliteit/prijsverhouding van de polis?
4. Wat zijn de indirecte effecten van dit proces van belangenbehartiging (ingangen en contacten voor volgende beïnvloedingstrajecten; interne leereffecten; betrokkenheid van de achterban en ledenwerving; netwerkvorming door samenwerking)?

De case studies van de bovenstaande voorlopers in het onderhandelen met zorgverzekeraars komen in de paragrafen 2.3 tot en met 2.9 aan de orde. Deze case studies bestonden uit een documentenanalyse en uit de resultaten van semi-gestructureerde interviews met personen binnen de geselecteerde organisaties die bij de totstandkoming van de collectieve verzekering(en) betrokken waren (zie bijlage 1). In onze analyse staan we stil bij de volgende vijf onderdelen van het proces van onderhandelen:

1. De voorbereiding van het onderhandelingsproces (aanleiding en strategiebepaling).
2. De voorwaarden en benodigde hulpbronnen (intern en extern).
3. De uitvoering van het proces van onderhandeling.
4. De uitkomsten, het concrete resultaat voor de achterban.

5. De overige effecten (leereffecten voor de organisatie, opgebouwde netwerken, ingangen voor volgende beïnvloedingstrajecten).

2.2 Kennis over het onderhandelen met zorgverzekeraars

Allereerst gaan we na wat al bekend is over het onderhandelen. In een recent onderzoek heeft het Nivel gekeken naar het verschil tussen de rol van patiëntenverenigingen en werkgevers bij het afsluiten van collectieve ziektekostenverzekeringen. De onderzoekers komen onder meer tot de volgende conclusies (Ruth, van et al., 2007):

- Eerdere contracten met zorgverzekeraars hebben een rol gespeeld in de keuze voor een specifieke zorgverzekeraar.
- Patiëntenverenigingen leggen meer dan werkgevers de nadruk op inhoudelijke zorgaspecten, zoals dekking van zorg, service en kwaliteit.
- Dat blijkt ook uit de uitkomsten van de onderhandelingen. Deze resultaten liggen vaker op het vlak van inhoudelijke zorgaspecten, zoals ketenzorg of dekking van specifieke hulpmiddelen of medicijnen.
- De patiëntenverenigingen vinden de volgende zaken van doorslaggevend belang in hun keuze voor een zorgverzekeraar: de service van de zorgverzekeraar, de dekking van de aanvullende verzekering en de premiekorting op de aanvullende verzekering.
- Patiëntenverenigingen baseren hun keuze voor een zorgverzekeraar ook op verzamelde informatie over de wensen van de doelgroep.
- Patiëntenverenigingen geven aan dat zij gemiddeld genomen meer maanden bezig zijn geweest met het zoeken naar en onderhandelen over de collectieve zorgverzekering dan werkgevers.
- Patiëntenverenigingen zetten vaker dan werkgevers één persoon in voor de onderhandelingen.
- De patiëntenverenigingen hebben het laagste aantal verzekerden in vergelijking met werkgevers en gemeenten.

- Het onderzoek geeft tot slot aanwijzingen dat het wellicht voor patiëntenverenigingen moeilijker is om voordelige collectieve contracten te sluiten dan voor werkgevers.

De onderzoekers stellen verder dat de geografische concentratie van de doelgroep een rol speelt bij het maken van inhoudelijke afspraken over de kwaliteit van zorg. Het is makkelijker afspraken te maken met specifieke zorgaanbieders voor een regionale dan voor een landelijke doelgroep. Voor deze laatste groep moeten namelijk met veel meer zorgaanbieders afspraken worden gemaakt. Het gevolg hiervan is mogelijk een ongewenst effect van de nieuwe zorgverzekeringswet: groepen met hogere risico's en met hogere kosten voor zorg kunnen minder gebruikmaken van een collectief voordeel dan groepen met lagere risico's. Uit onze case studies blijkt dat deze vermoedens van het Nivel inderdaad een belangrijke rol spelen voor de organisaties.

Waarover onderhandelen PGO-organisaties?

PGO-organisaties hebben al verschillende modellen ontwikkeld om invloed uit te oefenen op het beleid van zorgverzekeraars. Hier volgen een aantal modellen in vogelvlucht:

1. Het afsluiten van collectieve ziektekostencontracten om ziektespecifieke standaarden te implementeren (zie paragraaf 2.3 casus Diabetesvereniging Nederland).
2. Het afsluiten van samenwerkingsovereenkomsten/convenanten tussen zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties ter bevordering van de zorg voor specifieke aandoeningen (zie paragraaf 2.4 casus VSN).
3. Het maken van regionale samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgbelangorganisaties (Friesland en Zuid-Holland) voor het verbeteren van de zorginkoop (Friesland) en de acute zorg (Zuid-Holland). Hierbij staan de invoering van algemene, niet ziektegebonden standaarden centraal (zie paragraaf 2.7 casus Zorgbelang Groningen).
4. Het afsluiten van convenanten tussen zorgverzekeraars, landelijke en regionale PGO-organisaties en ziekenhuizen over het integreren van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen. Hierbij zijn algemene thema's uitgewerkt

- in 'smart' geformuleerde ziektespecifieke doelstellingen (kanker, Duchenne, stoma).
5. Het versterken van de eigen regie in de Zorgverzekeringswet via het persoonsgebonden budget (PGB). Dit is een project van Per Saldo en Federatie Slechtzienden en Blindenbelang samen met zes patiëntenorganisaties, om de collectieve inkoopmacht van mensen met een visuele handicap te vergroten en het PGB te verankeren in de zorgverzekeringswet.

Zelf collectief zorg inkopen

Bij het laatste model staan we iets langer stil. In het kader van het project Kiezen in zorg van ZonMw is het project Inkoopbureau van patiënten gestart om de inkoopmacht van zorggebruikers te bundelen. Zes patiëntenorganisaties (Zorg6) hebben een inkoopbureau opgericht dat met korting producten en diensten op het gebied van zorg en welzijn kan inkopen voor de bij deze organisaties aangesloten leden. Daarnaast heeft het project als doel de kwaliteit en de service van het aanbod te verbeteren en de ontwikkeling van nieuwe producten en diensten te stimuleren. De betrokken patiëntenorganisaties denken dat ze daarmee ook de ledengroei van de aangesloten organisaties bevorderen. De producten en diensten worden sinds 2006 op internet aangeboden. Er is ook een papieren catalogus beschikbaar.

Per Saldo, de landelijke vereniging van budgethouders, is penvoerder van het project. De overige deelnemers zijn: de Nierpatiënten Vereniging Nederland; de BOSK, vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders; de Crohn en Colitus Ulcerosa Vereniging Nederland; de Reumapatiëntenbond; de Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie (ANGO) en Per Saldo, de vereniging van mensen met een persoonsgebonden budget. De uitvoering van het inkoopbureau ligt bij de Algemene Thuiszorg Centrale (ATC) uit Zoetermeer. De CG-Raad, de NPCF en de Consumentenbond ondersteunen het inkoopbureau. Het project is door hen vooraf getoetst aan de Mededingingswet.

2.3 Diabetesvereniging Nederland (DVN)

‘Wij wilden via de zorgverzekeraar afdwingen dat mensen met diabetes volgens de zorgstandaard behandeld zouden worden. Zonder die zorgstandaard waren de collectieve contracten er niet gekomen.’

Aanleiding en motief

De Diabetesvereniging is een van de grotere patiëntenorganisaties met 60.000 leden en een achterban van meer dan 500.000 diabetespatiënten en verwanten. In 2003 heeft de diabetesfederatie met alle betrokken partijen (internisten, huisartsen, diëtisten, patiëntenvereniging) een zorgstandaard voor diabetes opgesteld. De zorgstandaard is een beschrijving van wat goede diabeteszorg inhoudt en hoe deze zorg is te organiseren. De standaard beschrijft de noodzakelijke onderdelen van zorg om diabetes te voorkomen, tijdig op te sporen en juist te behandelen. Deze standaard is het resultaat van een campagne van de federatie. Het bracht voor het voetlicht dat diabetes een sluipende volksziekte aan het worden is. Het bestaande zorgaanbod is daar niet op voorbereid. Uit de beschikbare gegevens bleek dat twee derde van de patiënten niet de goede zorg kreeg (onderdiagnose, onderbehandeling). Dankzij een lobby van de diabetesfederatie heeft VWS besloten dat het verbeteren van de diabeteszorg een prioriteit moest worden in het gezondheidsbeleid.

Het belangrijkste motief voor de DVN om met de verzekeraars in zee te gaan over de collectieve contracten, was dat de DVN via de inhoud van het contract invloed wilde uitoefenen op het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar, in lijn met de zorgstandaard. Op dat moment waren er al contacten met Ohra over de ontwikkeling van de Diavitaal polis en met Agis over het stimuleren van goede diabeteszorg in Amsterdam e.o. Kortingen op de premies waren hooguit meegenomen.

Vorbereiding

Het doel was snel duidelijk, maar eerst moest de DVN de leden bij het proces betrekken. De DVN legde haar leden de vraag voor: wat is een goede zorgverzekeraar? Uit de raadpleging kwam naar voren dat de leden vonden dat er een systematisch zorginkoopbeleid

moest zijn, gebaseerd op de zorgstandaard. Tevens moest de diabeteszorg zo worden ingekocht dat de verschillende onderdelen van de diabeteszorg naadloos op elkaar aansluiten. Er moest sprake zijn van een diabetesketen, met een hoofdaannemer.

Onderdeel van de voorbereiding was het uitdenken van de win-winsituatie. De DVN bedacht dat het voor de zorgverzekeraars een win-winsituatie zou zijn, omdat zij via deze collectieve contracten grote groepen verzekerden aan zich konden binden. En dat zij daarmee hun zorginkoopbeleid op het terrein van diabeteszorg konden legitimeren ten opzichte van de zorgaanbieders. Bovendien kregen ze meer zicht op de consumentenwensen, omdat zij daarmee hun zorginkoopbeleid verder konden bijstellen.

Voorwaarden

Intern waren de voorwaarden goed, namelijk:

1. De omvang van het ledenbestand was groot (volume);
2. Er was al een zorgstandaard ontwikkeld;
3. Er vond een monitoring plaats op basis van de input van leden;
4. Er was voldoende financiering om leden te raadplegen, polissen te analyseren en leden te adviseren over de keuze voor een zorgverzekeraar via de infolijn en het ledenblad.

Extern:

5. Goede risicoverevening op basis van feitelijke uitgaven. De DVN heeft echter wel kritiek op de huidige verevening, want er dienen veel meer factoren meegewogen te worden, zoals het gebruik van hulpmiddelen;
6. De DVN blijft met de zorgverzekeraar in gesprek over het zorginkoopbeleid.
7. Het onderhandelingsproces

Volgens de DVN is de beschikbaarheid van de zorgstandaard die samen met zorgaanbieders in de diabetesfederatie en het diabetesfonds is ontwikkeld, essentieel geweest voor het onderhandelingsproces. De zorgstandaard zorgt voor een integrale behandeling, maar voorkomt ook verergering van de ziekte.

In het eerste jaar (2005) zijn de leden en kaderleden geënquêteerd over de vraag aan welke eisen een goede zorgverzekeraar moet

voldoen. Vervolgens zijn de bestaande polissen geanalyseerd en met elkaar vergeleken en is nagegaan welke zorgverzekeraars aan deze eisen voldoen. De DVN heeft gekozen voor meerdere zorgverzekeraars om een goede spreiding van de invoering van de zorgstandaard in heel Nederland te bewerkstelligen. OHRA en Agis lagen voor de hand, omdat daarmee van oudsher al veel contacten liepen over diabetesprojecten. Daar is vervolgens CZ bij gekomen. Voor het tweede jaar is een subsidie toegekend vanuit de 'Hannie van Leeuwen-gelden'. De reden was dat hiermee een publiek belang gediend is: de beschikbaarheid van keuzeondersteunende informatie en goede diabeteszorg voor alle mensen met diabetes.

De DVN heeft vervolgens opnieuw, maar uitvoeriger, een ledenraadpleging gehouden. Daar is een uitgebreidere lijst met eisen uit voortgekomen. In de onderhandelingen in het tweede jaar is de nadruk gelegd op de vergoeding van teststrips die noodzakelijk zijn voor zelfcontrole en zelfregulatie. Uiteindelijk zijn vijf zorgverzekeraars gekozen die aan de eisen voldoen: Agis, CZ, Diavitaal/Ohra, Univé en Zorg en Zekerheid. Er is een mediacampanje gevoerd om diabetespatiënten te informeren over gunstige collectieve contracten voor diabetespatiënten.

De uitkomsten

Een belangrijke uitkomst is dat de DVN in 2006 ledenwinst heeft geboekt. De DVN maakt zich zorgen over de geringe verschuiving van verzekerden dit jaar: maar drie procent tegenover ongeveer 25% in het voorgaande jaar. Blijkbaar nemen mensen niet snel de stap naar een nieuwe zorgverzekeraar en kijken ze het als ze zijn overgestapt een tijdje aan. Verder is er een samenwerkingsrelatie met de zorgverzekeraars opgebouwd. De DVN hecht veel belang aan het monitoren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Nu gebeurt dit op basis van informatie van leden. Deze gegevens worden vervolgens regionaal teruggekoppeld. Zo is er met CZ een structuur gebouwd om met plaatselijke DVN-afdelingen monitorbijeenkomsten te houden. Er zijn regelmatig gesprekken met de directeur zorginkoop van Agis. Soms neemt DVN ook zelf het initiatief om problemen te bespreken met zorgverzekeraars. Zorgaanbieders reageren hier wisselend op. DVN en zorgaanbieders vinden elkaar in

de zorgstandaard. Er zijn wel discussies met zorgaanbieders over wie nu precies welke zorg moet leveren. Gedurende de hele periode is er een door vrijwilligers bemenste infolijn geweest. Daar is veel gebruik van gemaakt. Deze vrijwilligers hebben een grote deskundigheid opgebouwd op het terrein van zorgverzekeringen.

Leeraspecten

De DVN verwacht dat uiteindelijk twee of drie grote zorgverzekeraars zich voor chronisch zieken en collectieve contracten zullen blijven interesseren. Alle zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd in collectiviteiten, maar specifiek op kwaliteit van chronische zorg zullen maar enkele zorgverzekeraars zich willen profileren. Deze grote zorgverzekeraars kunnen zorgen voor een landelijke dekking van de zorgstandaard.

Het aangaan van collectieve contracten is volgens DVN voorbehouden aan grote organisaties van chronisch zieken. Zo is de directeur op dit moment bezig om samen met verenigingen van hartpatiënten een zorgstandaard te ontwikkelen voor mensen met een cardiovasculair risico. Het gaat om een groep van 800.000 patiënten die in een voorstadium zitten van een mogelijke beroerte. Als de zorgstandaard er is liggen er mogelijkheden om met zorgverzekeraars collectieve contracten aan te gaan. De DVN heeft als advies aan kleinere organisaties tot ongeveer achthonderd leden, dat het afsluiten van collectieve contracten minder voor de hand ligt, maar dat het waarschijnlijk wel mogelijk is om een of twee zorgverzekeraars te interesseren voor een samenwerkingsovereenkomst gericht op het verbeteren van het zorginkoopbeleid voor deze groep patiënten.

2.4 Vereniging Spierziekten Nederland (VSN)

‘De meeste van onze ziektebeelden zijn niet in de administratie van de zorgverzekeraars te identificeren.’

Aanleiding en motief

De VSN is een patiëntenorganisatie met rond de negenduizend leden, die de belangen bundelt van mensen met veel verschillende spierziekten. De VSN had niet de mogelijkheid afspraken te maken met zorgverzekeraars over een collectief contract met voordelen als premiekorting of kwaliteitsafspraken, zoals de DVN die had. De VSN heeft als eerste stap een analyse gemaakt van het succes van de DVN. Vraag was: waarom is de DVN zo succesvol en is dat succes overdraagbaar? De conclusie van de VSN is dat het bij de DVN ging om een heel grote, tamelijk uniforme doelgroep (volume!) en dat de risico's goed verevend waren. Bovendien is er een diabetesstandaard ontwikkeld door het diabetesfonds en de DVN, die in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars werd ingezet.

Bij het nadenken over onderhandelingen met zorgverzekeraars over collectieve contracten signaleerde de directeur al snel twee problemen. Het eerste probleem is dat de achterban van de VSN zeer divers is in aandoening en dus in zorgbehoeften. De VSN kan daardoor geen volume maken. Het tweede probleem is dat er geen risicoverevening kon plaatsvinden. Verschillende spieraandoeningen gebruiken geen medicijnen die bepalend zijn bij de verevening. De meeste patiënten met spierziekten zijn vooral aangewezen op hulpmiddelen. Het hulpmiddelengebruik zou ook bij de risicoverevening een rol moeten gaan spelen.

Bovendien meldden de leden van de VSN geen specifieke knelpunten bij de overgang naar de nieuwe zorgverzekeringswet. Wel zijn er aanwijzingen dat het switchen van mensen met een spierziekte naar een andere aanvullende verzekering veel voeten in aarde heeft. De acceptatie voor de aanvullende verzekering duurt soms erg lang.

De VSN heeft het idee van het afsluiten van een collectieve ziektekostenverzekering al snel losgelaten. Vervolgens is de mogelijkheid onderzocht aan te sluiten bij andere zorgcollectiviteiten, zoals de ouderenbonden. De helft van de leden van de VSN is 55 jaar en ouder. Daarbij ging het vooral om het binnenhalen van de premiekorting. Uiteindelijk bleek de tijd echter te kort om dit te realiseren. De VSN heeft ervoor gekozen mee te werken aan een project rond zorginkoop, namelijk het NPCF project Zorginkoop in het kader van het programma ZekereZorg.

Voorwaarden

Op dit moment is de financiering geregeld via het programma ZekereZorg, maar over de toekomst maakt de VSN zich zorgen: 'Het is verschrikkelijk veel werk en het stelt heel hoge eisen aan de kwaliteit van de inbreng van de patiëntenorganisatie. Ons doel is om ook voor de andere spieraandoeningen, naast Duchenne, een dergelijk traject op te zetten. Financiering is daarbij een knelpunt, want na afloop van het traject van ZekereZorg is de klus nog niet geklaard en bovendien vergt een dergelijke aanpak veel onderhoud.'

Financiering vanuit zorgverzekeraars vindt de directeur van VSN geen optie. De rollen en posities moeten zuiver blijven. Daarom kiest de VSN ervoor om niet teveel verweven te raken met de verbetertrajecten. Daardoor kun je volgens de Vereniging vervreemden van je achterban en teveel verstrikt raken in het doelmatigheidsstreven van de zorgverzekeraars. Voor de PGO-organisaties is het zaak om niet teveel op de stoel van de zorgverzekeraar te gaan zitten.

De betrokkenheid van de achterban is essentieel. De leden moeten goed geïnformeerd worden en een duidelijke rol krijgen in het onderhandelingsproces. Tot nu toe lukt dat aardig, ook omdat het voor deze patiënten om heel concrete en essentiële dingen gaat. De VSN streeft naar een top tien van aanbieders die het zorgprotocol bij de behandeling als uitgangspunt nemen.

Het onderhandelingsproces

Het project Zorginkoop is een gezamenlijk project van de NPCF, de VSN en de NFK (Nederlandse Federatie van kankerverenigingen). In twee regio's, Utrecht (Agis) en Groningen (Menzis), worden voor specifieke aandoeningen, in dit geval Duchenne, kwaliteitscriteria voor zorg ontwikkeld. Dit gebeurt om de onderhandelingen over de zorginkoop tussen verzekeraar en zorgaanbieders te beïnvloeden. Het gaat in eerste instantie om de marktleiders in deze regio's, maar het effect is breder, omdat de andere zorgverzekeraars zich meestal aansluiten bij de afspraken die de marktleider heeft gemaakt met de zorgaanbieders. Bij het ontwikkelen van de protocollen en richtlijnen zijn ook hulpverleners en artsen

betrokken. Het doel is om daarna het zorgprotocol en de specificaties rond de zorginkoop te implementeren in de rest van Nederland.

Om na te gaan welk verstrekkingenbeleid verzekeraars hebben voor hulpmiddelen is allereerst een vragenlijst gestuurd naar alle zorgverzekeraars in de twee regio's. Het gaat om hulpmiddelen die zij in bruikleen verstrekt hebben of waarvoor zij onderhoudscontracten hebben als mensen overstappen naar een andere verzekeraar. Uit de vragenlijsten kwam naar voren dat vrijwel alle verzekeraars goede afspraken hebben gemaakt over deze onderwerpen. Er is nog wel onduidelijkheid over de manus robot arm. Die zat in de regeling hulpmiddelen en zit nu in de basisverzekering. De zorgverzekeraars moeten hiervoor indiceren en het is nog niet duidelijk hoe dat gaat uitpakken. De groep nieuwkomers die hiervan gebruikmaakt is heel klein.

Uitkomsten

Het toetsen van de behaalde resultaten vindt plaats door middel van vragenlijsten. Naast een algemene vragenlijst is er ook een ziektespecifieke. Daarnaast nodigt de VSN in beide regio's groepen patiënten uit om hun ervaringen te monitoren: hoe is de zorg geleverd en waar liggen de knelpunten, bijvoorbeeld in informatieverschaffing. Na een jaar gebeurt dit opnieuw om te inventariseren wat verbeterd is. De indruk van de directeur van VSN is dat de zorgverzekeraars 'eager' zijn. De voormalige ziekenfondsen liggen op achterstand in de zorgverzekeringsmarkt omdat dit nu een prijsmarkt is en zij over minder financiële reserves beschikken. Hij verwacht dat het in de toekomst een kwaliteitsmarkt wordt. De zorgverzekeraars willen zich dus nu al gaan profileren op het inkopen op goede kwaliteit. De zorgaanbieders zijn echter minder enthousiast als patiëntenorganisaties aanschuiven aan de onderhandelingstafel, omdat zij de relatie met de zorgverzekeraars niet willen compliceren.

Leeraspecten

Een leereffect is dat PGO-organisaties een dergelijk traject alleen maar kunnen bewandelen als zij professioneel opereren. Dat hoeft niet te betekenen dat beroepskrachten het overnemen, maar wel dat je ten opzichte van sterke partijen als zorgverzekeraars en

zorgaanbieders een tegenwicht kunt vormen dankzij de mobilisatie van kennis en expertise in je vereniging. De VSN schat dat in het begin van het jaar 2007 maar een tiental organisaties die rol echt waar kunnen maken.

2.5 De Reumapatiëntenbond

‘Een risico van ‘gaan voor een collectief’ is dat je hoopt op een panacee, maar het niet voor iedereen goed kunt doen. Je doet je best, maar het kan ook afbreuk doen aan het imago van de Reumapatiëntenbond.’

Aanleiding en motief

De Reumapatiëntenbond is een grote patiëntenorganisatie met een achterban van rond 30.000 leden, vooral via een lokale Reumapatiëntenvereniging. De Reumapatiëntenbond (RPB) is de landelijke koepelorganisatie van meer dan 100 lokale en regionale reumapatiëntenverenigingen. Recente cijfers van TNO geven aan dat er rond 2,3 miljoen mensen in Nederland zijn met een reumatische aandoening, artrose meegerekend.

De Reumapatiëntenbond zag met de komst van de Zorgverzekeringswet in 2006 nieuwe kansen om betere zorg voor de leden en niet-leden met reumatische aandoeningen te bewerkstelligen. Bijkomend voordeel zou het groeiende ledenaantal kunnen zijn. Voor reumapatiënten zijn zorgverzekeraars vaak onderwerp van gesprek, het onderwerp leeft bij de achterban. De directeur en het bestuur van de Reumapatiëntenbond namen het initiatief tot de gesprekken met verzekeraars met daarbij de geluiden vanuit de achterban in het hoofd: vrees dat vergoedingen ingekrompen zouden gaan worden na januari 2006, en zorg om de eigen bijdrage. Veel reumapatiënten zitten in de lagere inkomensgroepen en voor hen is die eigen bijdrage zeer bedreigend.

Vorbereiding

In de voorbereiding op de onderhandelingen met verzekeraars zette de Reumapatiëntenbond in op drie sporen:

1. De kosten: gunstige premiekorting en goede vergoedingen.
2. De toegankelijkheid van de zorg.
3. De kwaliteit van de zorg.

Besloten is om niet te werken met harde doelen of targets. Haalbaarheid en onderhandelbaarheid, bijvoorbeeld over vergoedingen, vormden de leidraad. Het contract is in meer algemene termen gesteld, de uitkristallisering en concrete invulling vond veelal plaats nadat het contract er lag. En dit gebeurt feitelijk nog steeds, want het gaat om een doorlopend proces.

Daarnaast was de RPB actief in het verkennen van de knelpunten. Zo was vergoeding van hulpmiddelen een hot item. Een ervaringsdeskundige van de Reumapatiëntenbond nam deel aan overleggen over hulpmiddelen, onder andere met diverse grote zorgverzekeraars in 2005. Over het punt welke informatie de zorgverzekeraars minimaal moeten verstrekken aan hun klanten, heeft de RPB eind 2005 een brief geschreven aan tien zorgverzekeraars. De brief benadrukt het belang van een aanvullende verzekering voor mensen met reuma en formuleert de wens om meer informatie over de concrete invulling van de verzekeringspakketten ter beschikking te stellen.

Verder zijn er in 2005 met een aantal zorgverzekeraars verkennende gesprekken gevoerd, maar uiteindelijk is er één overgebleven: Agis. De Reumapatiëntenbond verwachtte met de invoering van 'het collectief' nieuwe leden te kunnen trekken, de zorgverzekeraar verwachtte meer klanten binnen te halen. In feite lagen deze belangen in elkaars verlengde. Het zou beide partijen winst opleveren. Zorgverzekeraars 'boorden' een grote patiëntengroep aan en konden via de Reumapatiëntenbond informatie inwinnen over de patiëntengroep.

Het onderhandelingsproces

De reden van de RPB om met Agis in zee te gaan waren de voorspoedige gesprekken en contacten over en weer die tot het contract leidden. De voorstellen van de RPB en de zorgverzekeraar gingen over en weer. De inzet was de invulling van het vergoedingspakket. Zo is bijvoorbeeld veel gesproken over de vergoeding van het lidmaatschap van de verenigingen. Het lidmaatschap van de Reumapatiëntenbond voor reumapatiënten bedraagt 41,80 euro

(inclusief het abonnement op het tijdschrift 'In beweging'). Mensen kunnen lid worden van de Reumapatiëntenbond zelf of van de aangesloten regionale reumapatiëntenverenigingen (RPV's). De contributies die de RPV's vragen varieert tussen de 15 tot 20 euro. Uiteindelijk is de vergoeding vanuit de verzekeraar voor lidmaatschap van RPB of RPV vastgesteld op 20 euro per persoon per jaar. De leden hebben een grote rol gehad in het proces door in vragenrondjes, bijeenkomsten, de ledenvergadering en overige reguliere activiteiten hun punten voor een goede collectieve verzekering naar voren te brengen. De reumalijn is ook een belangrijke bron van informatie. Vanuit die diverse kanalen is ervaringsdeskundigheid ingebracht. En ook binnen de geledingen van de Reumapatiëntenbond zit veel ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld in het bestuur. De onderhandelaars werkten vanuit de praktijk, maar inzet was een contract op hoofdlijnen, algemene noemers en vervolgens werd in de praktijk 'doorgepingeld'. Agis kent zelf een beleid op het gebied van kwaliteit van zorg en bewegen waarbij werd aangesloten en de Reumapatiëntenbond heeft elementen daaraan toegevoegd.

Eind 2005 is het eerste contract met Agis afgesloten, maar het doel om in ieder geval twee collectieve verzekeringen te hebben, bleef. In 2006 zijn er daarom onderhandelingen gevoerd over een collectief contract met Zorg en Zekerheid. Dit leidde tot een collectief contract voor 2007. Er waren al eerder contacten op regionaal niveau met deze verzekeraar, waarbij de RPV heeft aangesloten. Zorg en Zekerheid heeft in haar contract vastgelegd dat er jaarlijks overleg plaatsvindt tussen partijen over reumapatiënten en knelpunten in de zorg (Contract 2007, p. 2, lid 3).

In de uitvoeringsfase kwamen de obstakels naar voren. De patiëntenorganisatie kreeg te maken met gelaagdheid van de zorgverzekeraars: opknippen van taken, diverse medewerkers betrokken, wisseling van medewerkers: 'een woud van gedoe'. Het ontbreken van één contactpersoon was een groot obstakel. En het taalgebruik was lastig af te stemmen. Er heerste bijvoorbeeld spraakverwarring rond vormen van therapieën en kuren. Per 2006 kwamen bij de bond klachten binnen, vooral omdat onduidelijk was wat precies wel en niet vergoed werd. De RPB moest zelf een informatie-inhaalslag maken. De informatievoorziening voor de

leden gebeurde op dat moment reactief, op basis van voorliggende klachten. De tijd die nodig was voor klachtafhandeling liep op en niemand wist precies van de hoed en de rand. De RPB was onvoldoende voorbereid op de hoeveelheid vragen. Andere activiteiten werden vervolgens opgeschort en het personeelsbestand werd uitgebreid in het jaar 2006. Gaande 2006 is het aantal klachten teruggezakt tot een 'normaal' peil. De communicatie vanuit de Reumapatiëntenbond over de collectieve verzekering gebeurt nu via alle ter beschikking staande kanalen: website, nieuwsbrief, mailings, jaarverslag en het blad 'In beweging'.

Sinds het najaar van 2006 is er de Beleidsgroep zorgverzekeringen en collectieve contracten, met daarin vertegenwoordigers vanuit de regio en ervaringsdeskundige vrijwilligers. Zij bespreken de gevoerde en te voeren strategie en adviseren het MT en het bestuur van de Reumapatiëntenbond over de zorgverzekering. Begin 2007 besloten de vertegenwoordigers tot de volgende richting: zet als Reumapatiëntenbond in op een goed vergoedingspakket in de algemene verzekering. Deze beleidsgroep geeft back-up aan de Reumapatiëntenbond. Ook in de regio's is getracht knelpunten te inventariseren. Via de bestaande netwerken en lijnen en via de reumalijn krijgt het kader veel signalen terug.

Begin 2007 vond ook een schriftelijke ledenraadpleging plaats. Daaruit bleek dat er weinig mensen lid waren geworden van de Reumapatiëntenbond of de bij hem aangesloten verenigingen vanwege de collectieve zorgverzekering. In deze ledenraadpleging is verder niet expliciet aandacht besteed aan het oordeel van de leden over de collectieve zorgverzekering.

Uitkomsten

Per 1 januari 2006 komen de leden van de Reumapatiëntenbond en haar aangesloten verenigingen (plus partners en meeverzekerde gezinsleden) in aanmerking voor een collectieve verzekering bij Agis. Deze geeft vijf procent korting op aanvullende verzekeringen en twintig euro korting op het lidmaatschap van de vereniging. In de aanvullende verzekering zitten (gedeeltelijke) vergoedingen voor beweegactiviteiten, kuren, zelfmanagementcursussen en pedicure. Ook is er de garantie voor de komende drie jaar dat er geen risicoselectie aan de poort zal worden toegepast.

Voor 2007 zijn twee collectieve contracten afgesloten, een met Agis en een bij Zorg en Zekerheid. De aanvullende verzekeringen per 2007 van Agis veranderen niet wezenlijk, maar worden uitgebreid met twee polissen. De RPB heeft de dienstverlening verder uitgebreid. Sinds 2006 is er een contract tussen Zorg6. De leden van de RPV's kunnen met korting via zorg6 bestellen. Zorg6 heeft vooral gelet op de prijs van de zorg en de keuzevrijheid van de klant. Voor 2007 is er ook een collectief contract met Delta Lloyd afgesloten. Leden kunnen met kortingen van tien procent op de basisverzekering en twaalf procent op alle aanvullende verzekeringen aansluiten. Het contract met Zorg6 en Delta Lloyd is meer toevallig tot stand gekomen, via het lidmaatschap van Zorg6. Dit contract is meer op de grote groep gericht: korting voor velen.

De verevening is over het algemeen goed geregeld. Maar het knelpunt is nog de verevening voor artrosepatiënten en Reumapatiënten; deze is niet geregeld, terwijl TNO deze groep op anderhalf miljoen mensen schat. Voor artrosepatiënten is, naast de hulpmiddelen, de vergoeding van alternatieve behandelingen als kuren en beweegactiviteiten van belang. Hierover wordt een continue lobby naar de overheid gevoerd. Ook de zorgverzekeraars zijn hier voor: zij zien dure patiënten graag gecompenseerd. De zorgverzekeraar is een bondgenoot voor de Reumapatiëntenbond in de lobby.

Leeraspecten

Tot op heden is er voornamelijk op het eerste spoor van de onderhandelingen, gunstige premiekorting en goede vergoedingen, veel werk verzet en winst geboekt. Zo is een groot winstpunt dat de bewegingstherapieën die de RPV's op lokaal niveau organiseren, nu (gedeeltelijk) vergoed worden. En het pakket aanvullende verzekeringen voor reumapatiënten geeft (gedeeltelijke) vergoeding van voor hen belangrijke therapieën, behandelingen en hulpmiddelen.

De Reumapatiëntenbond en Zorgverzekeraars maken de balans op van een jaar collectieve zorgverzekering en merken dat de verwachtingen rond nieuwe ledentallen en nieuwe klanten van destijds (2005 en begin 2006) niet zullen uitkomen. De Reumapatiëntenbond heeft niet significant veel nieuwe leden aangetrokken

via de verzekering en de zorgverzekeraar heeft haar ledenaantal ook niet aanzienlijk zien stijgen.

Op het punt van toegankelijkheid van de zorg en kwaliteit van de zorg is tot op heden minder aandacht geweest. Het kostenaspect nam meer tijd en energie in beslag dan verwacht. Echter, in het proces van onderhandeling over het pakket heeft de Reumapatiëntenbond het verbeteren van toegankelijkheid en kwaliteit altijd voor ogen gehad.

In de polissen is al vrij veel afgedekt. In de basis is veel geregeld, en dit is goed gebeurd. Maar het is nog niet af. Het is tijd voor herbezinning, een leermoment is aangebroken.

Verzekeraars willen zich niet uit de markt prijzen met een specifieke reumapolis. De Reumapatiëntenbond is daar ook niet voor. Risico daarvan is namelijk dat de kosten van een dergelijke polis op termijn zullen stijgen omdat een specifiek pakket alleen aantrekkelijk is voor specifieke gevallen. Eerder neigt men naar het bepleiten van goede 'algemene' pakketten. Dus: een goede algemene verzekering, ook voor reumapatiënten. Er is veel overlap met andere chronisch zieken en gehandicapten. Vandaar dat de organisatie denkt aan samenwerking met andere patiëntenverenigingen, omdat bepaalde middelen voor veel meer groepen relevant zijn. Samen een 'machtsblok' vormen: 'Ieder is de laatste jaren voor zichzelf aan het pionieren geweest en wellicht is het tijd de handen ineen te slaan.'

2.6 De Unie KBO

'Het is heel goed mogelijk via de commerciële weg de belangen van de leden te behartigen. De leden van de Unie werden via de collectieve verzekering 'klanten'. En klanten hebben ook een stem en zijn kritisch. Dat houdt je scherp als ouderenbond.'

Aanleiding en motief

De Unie KBO is met 300.000 leden de grootste seniorenorganisatie van Nederland. De vereniging biedt naast belangenbehartiging op landelijk, provinciaal en plaatselijk niveau een uitgebreid scala aan ontspanning- en opleidingsmogelijkheden.

In 2005 is de Unie KBO gaan nadenken over de eigen opstelling tegenover de nieuwe zorgverzekeringswet. Na rijp beraad in het bestuur en op het bureau heeft de unie besloten de 'stoute schoenen' aan te trekken en de gezondheidsmarkt op te gaan. Het was toen duidelijk dat de marktwerking zou gaan doorzetten. De KBO wilde invloed uitoefenen in het belang van de leden.

Vorbereiding

De Unie KBO zette begin 2005 bewust in op het verkrijgen van een collectief contract bij één verzekeraar. De KBO wilde graag samen, 'schouder aan schouder', met één partij optrekken om te voorkomen dat er alleen kortingen zouden worden bedongen op de premie. Hij wilde echter ook graag onderhandelen over de inhoud. In eerste instantie sprak de KBO met de andere ouderenbonden over samenwerking in het tot stand brengen van een collectief. Omdat de andere bonden eigen strategieën wilden hanteren, is dat echter nooit gelukt.

In het voorjaar van 2005 werd de werkgroep Inkoopkracht in het leven geroepen, bestaande uit kaderleden, ouderen, ex-bestuurs-leden uit de zorgsector en het bedrijfsleven en een beleidsmedewerker van de KBO. Deze groep zette 'de marsroute' uit gedurende het onderhandelingsproces en vormde een groep deskundigen waarop de onderhandelaars terug konden vallen gedurende het proces (sinds april 2006 bestaat deze werkgroep feitelijk niet meer). Deze werkgroep was gedurende het onderhandelingsproces van groot belang.

Het onderhandelingsproces

In de zomer van 2005 verrichtte de KBO als eerste een uitgebreid ledenonderzoek: wat zijn uw wensen en behoeften wat betreft de zorgverzekering? Wat is voor u een ideale verzekering? Ook werd de vraag gesteld of leden vonden dat de Unie KBO naar een collectief moest streven of niet. Een overgrote meerderheid bleek voor een collectief via de KBO te zijn. Daarnaast kwam uit het ledenonderzoek een lijst met 32 belangrijke onderdelen naar voren waaraan een verzekering volgens de leden zou moeten voldoen. Hiermee is de KBO de onderhandelingen ingegaan. De hoogte van de premie en de acceptatie, ook voor aanvullende verzekeringen, zijn voorbeelden van die prioriteiten.

De KBO heeft een extern adviesbureau benaderd voor het proces van onderhandelen. Vanuit de Unie KBO zelf waren drie mensen intensief, vrijwel dagelijks, bezig met de voorbereiding en het onderhandelen. Dit waren naast de directeur van de Unie KBO het hoofd communicatie en marketing en een beleidsmedewerker. Vervolgens zijn zij een lijst gaan samenstellen van veertig verzekeraars met wie de unie mogelijk zou kunnen gaan onderhandelen over een collectief. Daarna is op basis van deskresearch en de prioriteitenlijst gekozen voor het benaderen van een zestal verzekeraars. Deze zes werden door de Unie KBO uitgenodigd een offerte uit te brengen voor een collectief. In telefonisch en briefcontact lichtte de KBO toe wat zij ongeveer verwachtten van de offerte. Alle zes reageerden positief op dit verzoek en met alle zes zijn gesprekken gevoerd. Sommige vaardigden een relatief 'zware delegatie' af en andere zetten wat minder zwaar in. In juni en juli 2005 zijn aldus zes gesprekken gevoerd met zes verzekeraars.

Belangrijke thema's die de inhoud van de gesprekken bepaalden, waren de 32 opgestelde prioriteiten die uit het ledenonderzoek naar voren kwamen (deze 32 punten gelden als 'bedrijfsgeheim'). Daarnaast uiteraard de hoogte van de kortingen, de inhoud van de basisverzekering, de aard van de aanvullende verzekering, eventuele valkuilen voor 65-plussers en de solvabiliteit van de verzekeraars.

Na de gesprekken werden van de verzekeraars vernieuwde offertes gevraagd. Deze werden volgens een wegingsmodel met zes categorieën, waaronder profiel van de organisatie, prijs-kwaliteitverhouding en acceptatie, beoordeeld. Via een puntentoe-kening sprongen er twee verzekeraars uit met wie de Unie KBO vervolgens een 'finaal gesprek' is gaan houden. Uiteindelijk is Zilveren Kruis Achmea uit de bus gekomen. De doorslag gaf de bereidheid van deze verzekeraar om als partner samen met de Unie KBO op te trekken en de getoonde creativiteit op inhoud van de verzekering, met de belangen van de KBO-achterban in het hoofd. Ze toonde zich bereid om verder te ontwikkelen. Het ging deze verzekeraar volgens de KBO niet enkel om het binnenhalen van zoveel mogelijk verzekeren: 'De houding van Zilveren Kruis Achmea is open, positief, meedenkend en constructief.' Om een en

ander af te ronden is nog een aantal extra gesprekken gevoerd en uiteindelijk zaten beide partijen op één lijn. Dit proces van partnerschap heeft naar het idee van de geïnterviewde de latere samenwerking en communicatie vergemakkelijkt.

Tijdens het onderhandelingsproces was er soms onderlinge verwarring over te hanteren terminologie. De afdelingen 'sales and marketing' van de verzekeraars spreken veelal in een ander jargon dan de non-profit beleidsmedewerkers. Dat waren echter geen onoverkomelijke problemen.

Uitkomsten

Met Zilveren Kruis Achmea werd in september 2005 een contract afgesloten voor drie jaar. De polis bij Zilveren Kruis Achmea is vrij simpel: een korting van 7,5% gedurende drie jaar, voor alle aanvullende verzekeringen een korting tot maximaal tien procent. Er zijn vier aanvullende pakketten: hoe duurder het pakket, hoe hoger de korting. Het tandartspakket biedt in ieder geval tien procent korting. Daarnaast zijn er enkele punten die exclusief gelden voor KBO-leden die de basisverzekering en een aanvullende verzekering hebben afgesloten: honderd procent dekking in het buitenland, hospicevergoeding, uitbreiding gebitsprothese, een tegemoetkoming in de kosten van de jaarlijkse controle, gratis jaarabonnement op het maandblad 'Zin', een tegemoetkoming in de KBO-contributie in het eerste jaar, en vergoeding van creatieve therapieën.

In het najaar van 2005 maakte de Unie KBO aan het publiek de mogelijkheid bekend van een collectieve verzekering bij Zilveren Kruis Achmea. In november 2005 bracht de Unie KBO een persbericht uit. Dit was daarmee de eerste non-profit organisatie die een collectieve verzekering had bedongen. Ze kregen veel media-aandacht op teletekst en het achtuurjournaal. De achterban werd via het ledenblad en via een directe mailing in december 2005 geïnformeerd.

Al snel stond bij de Unie KBO de telefoon roodgloeiend. Media en veel mensen die lid wilden worden belden. Een zo grote belangstelling had de organisatie niet verwacht en om de bellers op te kunnen vangen werd iemand van het 65-plus uitzendbureau

aangetrokken om de telefoon te bemannen en voorlichting te geven.

De druk op de organisatie werd groter toen mensen zich ook gingen aanmelden voor de verzekering. Op de administratie van de Unie KBO waren zo in februari 2006 rond zes mensen fulltime bezig met de logistiek en afhandeling van aanvragen. De drukste periode was van november 2005 tot februari 2006. Dit leidde aanvankelijk tot hectiek bij de administratie en de telefonische lijnen. De wachttijd liep op en de mailserver liep vast. Maar toen de overstapperiode eenmaal was verstreken (april 2006) werd het al snel rustiger. Het callcenter dat is ingesteld rond de verzekering blijft intact.

In die periode hebben zich ongeveer 20.000 nieuwe KBO-leden aangemeld die zich tegelijkertijd aanmeldden voor het collectief. In totaal kreeg het collectief rond de 50.000 klanten (waarvan 30.000 'oude' KBO-leden). Resultaten van het jaar 2006 samengevat: 47.737 polissen afgesloten en ruim 20.000 nieuwe leden. Voor 2007 (de nieuwe ronde) kwamen daar nog eens 10.000 collectief verzekerden bij, waarvan twee derde reeds KBO-lid was en een derde zich als nieuw lid opgaf.

Medio 2006 is een tevredenheidsonderzoek gehouden onder de klanten van de collectieve verzekering. Daar kwam een gemiddelde beoordeling uit van 7,8. Ieder jaar houdt de Unie KBO een ledenraadpleging onder haar achterban. De zorgverzekering maakt daar deel van uit. Daarnaast krijgt de KBO veel feedback vanuit de leden. De mensen bellen veel met vragen en opmerkingen. Maar ook via de afdelingen in de regio's komen veel reacties en geluiden terug.

Leeraspecten

Voor de Unie KBO was het nieuw om met een commerciële partij samen te werken. Achteraf heeft dat zeer positief uitgepakt, de organisatie is 'blij verrast' over hoe profit- en non-profit-organisaties goed blijken te kunnen samenwerken. Het ingezette samenwerkingsproces verloopt goed. De administraties raakten bijvoorbeeld in de loop van het jaar beter op elkaar afgestemd. De goede samenwerking leidde er onder meer toe dat de organisatie

met externe partners samenwerking ging zoeken om de verzekering voor de eigen leden en klanten nog aantrekkelijker te maken. Zo is de Unie KBO samen met Zilveren Kruis Achmea inmiddels een samenwerking aangegaan met Medithuis. KBO-leden ontvangen korting op gezondheid- en welzijnsproducten via een webwinkel of een telefoonnummer. KBO-leden die gebruikmaken van de collectieve zorgverzekering van Zilveren Kruis Achmea ontvangen een extra korting.

De verevening is een cruciaal thema voor de komende jaren, niet alleen voor de Unie KBO maar voor alle ouderen. De verevening is nu gegarandeerd tot 2010, maar als deze daarna zou wegvallen zou dat een groot probleem zijn voor de ouderen. Verzekeraars zullen dan proberen ouderen buiten de deur te houden, de acceptatie wordt problematisch.

2.7 Zorgbelang Groningen

‘Het gaat om het serieus nemen van de patiënt/verzekerde. De deskundigheid van de patiënt en de deskundigheid van de specialist moeten naast elkaar bestaan.’

Zorgbelang Groningen is een samenwerkingsverband van PGO-organisaties in de provincie Groningen. De doelen van het samenwerkingsverband zijn: goede zorg moet vraaggestuurde en toegankelijk zijn; goede zorg moet aansluiten bij de wensen, behoeften en leefomstandigheden van mensen; mensen moeten keuzevrijheid hebben; patiënten moeten gezien worden als volwaardige burgers.

Aanleiding en initiatief

Zorgbelang Groningen is een integrale patiëntenorganisatie, zij richt zich op alle patiënten, ongeacht hun aandoening. Een collectieve zorgverzekering is vaak gericht op een specifieke aandoening of groep aandoeningen. Vandaar dat het idee ontstond dat het voor Zorgbelang Groningen beter was om te focussen op polimorbiditeit dan op een specifieke aandoening.

In Groningen is er een lange geschiedenis met de voorlopers van zorgverzekeraar Menzis (achtereenvolgens RZG, VOG en nu Menzis). Ongeveer 85% van de verzekerden in de provincie Groningen is verzekerd bij Menzis. Het idee van de directeur van Zorgbelang Groningen is dat als alle collectieve verzekeringen afgeschaft zouden worden, de premie naar beneden zou kunnen vanuit het solidariteitsbeginsel. Nu zijn de voordelen voor bepaalde groepen geregeld en andere groepen komen juist onvoordelig uit. Zorgbelang Groningen merkte dat het zeer goed mogelijk is de zorginkoop van verzekeraars te beïnvloeden en is zich daar dan ook op gaan richten. Dit doet de organisatie door regulier overleg te plegen met de verzekeraar.

Vorbereiding

Sinds 2004 is er een convenant met de verzekeraar Menzis in drie regio's (naast Groningen doen ook Zorgbelang Twente en Zorgbelang Gelderland mee). Zorgbelang heeft dit bewust breed ingezet vanwege de inkoop van zorg. Al enkele jaren werkt Menzis met de Zorgbelangorganisaties in de drie regio's samen via de meldweken. In januari 2007 ondertekenden de partijen een hernieuwd convenant, een vervolg op een soortgelijk convenant dat getekend werd in november 2004. Aanleiding daartoe was de wens om de samenwerking tussen de partijen te verankeren. De partijen streven ernaar dat de zorginkoop zoveel mogelijk gebaseerd is op de klantwensen en -behoeften. Het convenant waarborgt deze intentie: resultaatgerichte aanpak, heldere en concrete plannen, strakke bewaking van de voortgang.

Er spelen diverse belangen bij de partijen. Voor zorgbelang gaat het om het inbrengen van het consumenten- en patiëntenperspectief op goede zorg, de samenwerking tussen de organisaties en het optimaal benutten van kennis en informatie. Voor Menzis gaat het om het borgen van de inbreng van de klant met het oog op verbetering van zorginkoop, betere informatievoorziening en verbetering van dienstverlening. De onderlinge afstemming loopt via een bestuurlijk platform dat het convenant tekent en evalueert en de jaarlijkse kaders vaststelt (leden: bestuurs- en directieleden) en een tactisch operationeel overleg dat zorgt voor het opstellen van

de jaarlijkse werkplannen, het instellen van werkgroepen, organiseren van inzet en middelen (leden: beleidsmedewerkers).

In het convenant is een ombudsfunctie vastgelegd. Dit betekent dat een man of vrouw ervoor moet zorgen dat verzekerden met hun vragen over zorg terecht kunnen bij Menzis.

Het onderhandelingsproces

De rondetafelgesprekken die Zorgbelang en Menzis organiseren zijn een goed voorbeeld van een constructieve manier van communiceren en passen geheel binnen het convenant. Deelnemers aan de rondetafelbijeenkomsten zijn in eerste instantie de 'Groningers'. Zorgbelang is vrij bekend in de provincie onder de mensen. Ze werken samen met koepels van verenigingen, ook binnen de GGZ, waardoor ze over een breed netwerk beschikken. Mensen kunnen zich inschrijven om deel te nemen aan de bijeenkomsten. Soms komen er tien reacties, maar soms ook wel veertig, afhankelijk van het onderwerp dat ter tafel komt. De opkomst ligt gemiddeld rond de veertig. Ten tijde van dit onderzoek speelt de discussie rond het PGB en daar komt een divers samengestelde groep mensen op af, uit allerlei sectoren. Mensen hoeven geen lid te zijn van een vereniging om deel te kunnen nemen aan de bijeenkomst. Zorgbelang ziet sommige mensen regelmatig terug op de bijeenkomsten, maar er is ook regelmatig nieuwe aanwas (rond twintig procent). Daarnaast is er een groep die specifiek komt voor het onderwerp, zo'n dertig procent. Ook aan de werkgroepen/projectgroepen die voortvloeien uit het overleg nemen patiënten deel.

Via deze bijeenkomsten met patiënten, verzekeraars en verzekerden geeft Zorgbelang vorm aan de samenwerking, waarbij zij breed inzet op thematiek. Bijeenkomsten kunnen bijvoorbeeld de complementaire zorg die buiten de basisverzekering valt als thema hebben. De uitkomst van de bijeenkomsten is dat partijen overeenkomen hoe zij een en ander willen gaan regelen. Een kleinere projectgroep met vertegenwoordigers van Zorgbelang en Menzis werkt vervolgens aan de uitvoering van de afspraken.

Naast de rondetafelbijeenkomsten werkt Zorgbelang nu ieder jaar samen op projectbasis aan zo'n drie à vier projecten per jaar. Onderwerp van die projecten kunnen zijn de complementaire zorg,

maar ook de toegankelijkheid van Menzis, waarbij wordt bekeken of casemanagement een rol kan spelen.

In het begin van het contact en overleg tussen Zorgbelang en de verzekeraar was het zoeken naar de toon van communiceren en wijze van omgaan met elkaar. Voor Zorgbelang geldt dat ze elke klacht serieus nemen, van iedere patiënt. Er was sprake van een cultuurverschil tussen patiëntenorganisatie en verzekeraar. Voor de verzekeraar geldt de financiële kant van het verhaal als doorslaggevend. Het doel van de verzekeraar is om de financiën in de gaten te houden en dat van Zorgbelang om de zorg te verbeteren. Die belangen lopen uiteen.

Langzamerhand is die tegenstelling gekanteld: bij de verzekeraar begint door te dringen dat het financieel voordeel op kan leveren wanneer je patiënten meer invloed geeft, ze een stem geeft en naar ze luistert.

Het is een langzaam proces. Zo verwisselen verzekeraars nogal eens het begrip 'patiëntvriendelijk' met 'patiënt centraal', terwijl daar toch iets wezenlijk anders mee bedoeld wordt. De leden van het platform luisteren nu beter dan voorheen naar elkaar. De inbreng wordt gelijkwaardiger. Menzis is een grote en logge organisatie, terwijl Zorgbelang klein is. Het convenant is een middel om de partijen dichter bij elkaar te brengen. Ook worden managers aangetrokken, vanuit de gedachte: het moet breder in de organisatie bekend zijn wat Zorgbelang is en doet, ook op uitvoerend en dagelijks niveau. Niet enkel vanuit een medewerker die de patiëntenbelangen in zijn of haar takenpakket heeft. Een grotere bekendheid binnen de organisaties en meerdere lijntjes zullen alleen maar bijdragen aan die meer gelijkwaardige samenwerking.

De nieuwste ontwikkeling is dat Zorgbelang samen met de verzekeraar werkt aan een project in het kader van het programma ZekereZorg, over de zorginkoop. Dit is een pilot in Groningen en Utrecht over kankeraandoeningen en spierziekten. Samen met NFK, VSN, Menzis en ziekenhuizen zit Zorgbelang om de tafel om te kijken of er voldoende kwaliteit en criteria zijn. Als blijkt van niet, dan gaan de partijen verbeterpunten formuleren. Ook patiënten zijn hier op landelijk niveau bij betrokken. Het geeft directe

invloed, de mogelijkheid tot monitoren en staat dicht bij de patiënt.

Effecten en resultaten

Zorgbelang Groningen is van mening dat er beter naar de patiënt geluisterd wordt en dat beter wordt voldaan aan zijn of haar behoeften. Een probleem is dat de organisatie als belangenbehartiger over onvoldoende middelen beschikt. Dan blijkt het vaak onmogelijk om alledrie de partijen ook daadwerkelijk aan tafel te krijgen. Het ontbreekt Zorgbelang aan menskracht om alles te kunnen doen. Bijvoorbeeld: de zorginkoop is een landelijk traject. Dat levert winst op. Iedereen is bereid mee te werken, maar Zorgbelang heeft onvoldoende financiën en te weinig menskracht.

De financiering van de patiëntenbeweging gebeurt deels door de provincie. Iedere provincie heeft daartoe eigen beleid. PGO mag weer niet regionaal gaan werken, maar: 'Als je je voor de patiënt in wilt zetten, zul je op dat regionale niveau actief moeten zijn. Daar speelt het zich af! En de situatie is altijd anders dan op landelijk niveau, denk bijvoorbeeld aan het platteland. Maar ook vanwege de andere partijen die daar de dienst uitmaken.'

Kijken we naar het overleg met de verzekeraars, dan was de reactie van patiënten aanvankelijk wantrouwig en zeer kritisch. Maar nu begint men te merken dat het ook wat oplevert. Vooral de rondetafelbijeenkomsten blijken te werken: ideeën worden daadwerkelijk opgepikt en uitgevoerd door de verzekeraar. Herhaling blijft belangrijk, pas dan beklijft het. Maar patiënten zien dat hun inbreng ertoe doet.

2.8 De ANBO

'We voelden de noodzaak om iets rond de nieuwe zorgverzekering op poten te zetten voor de eigen leden. Het moest gewoon lukken, we moesten onze leden iets bieden. We hadden niet veel keuze.'

Aanleiding en motief

De ANBO heeft rond de 180.000 leden. Deze belangenorganisatie voor 50-plussers heeft bedacht dat het belang van haar leden was

om bij een maximaal aantal verzekeraars voordeel te bedingen op de zorgverzekering. De inzet was, naast korting op de premie, tevens een goede inhoudelijke polis voor leden van de ANBO te bewerkstelligen.

Aanvankelijk zette de ANBO in op een gezamenlijke strategie met andere ouderenbonden om een contract met een zorgverzekering te bewerkstelligen. In het kader van het CSO (Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties) wilde de ANBO zo de belangen van een grote doelgroep behartigen. De reden dat dit niet van de grond gekomen is, ligt erin dat de diverse bonden toch ieder hun eigen, niet verenigbaar gebleken, uitgangspunten hadden. Daarop is toen ieder voor zichzelf verder gegaan.

De ANBO heeft ervoor gekozen om met zo veel mogelijk verzekeraars tot een collectief te komen. Dit vanuit de gedachte dat een breed aanbod het meest tegemoet komt aan de wensen van de leden. De ANBO verwachtte dat de eigen achterban niet snel zou overstappen van de eigen vertrouwde verzekeraar naar een collectief bij een andere verzekeraar. Door op slechts één verzekeraar in te zetten zou een grote potentiële doelgroep buitengesloten worden van het ANBO-collectief.

Het onderhandelingsproces

Vanaf begin 2006 is de ANBO met verzekeraars gaan praten. Tot 1 april 2006 was de overgangsregeling van kracht waardoor mensen konden overstappen. De onderhandelingen zijn succesvol geweest, vindt de ANBO. Het was een strategische keuze om eerst met verzekeraars een start te maken door kortingen af te spreken, en om in tweede instantie verder te onderhandelen op inhoud.

De wensen van de eigen leden werden meegenomen in het onderhandelingsproces. De ANBO kent afdelingen en gewesten die regelmatig overleggen over allerlei onderwerpen, waaronder de zorgverzekeringen. Vanaf het begin van het onderhandelingsproces kwamen er feedback en input vanuit die geledingen. Zo vond de achterban het aanvankelijk een goed idee om gezamenlijk met de andere bonden de onderhandelingen in te gaan en was de teleurstelling groot toen dat stukliep.

Per januari 2006 startte de ANBO met het benaderen van zo veel mogelijk verzekeraars door ze aan te schrijven met een

verzoek om een gesprek over een mogelijke collectieve verzekering. Toen bleek dat twee verzekeraars al snel afvielen (Menzis en Zilveren Kruis) omdat zij al met anderen (respectievelijk de FNV en de Unie KBO) een exclusief contract hadden afgesloten. Daardoor konden zij niet meer met andere organisaties collectieven afspreken. Er waren ook verzekeraars die na dit eerste schrijven afvielen omdat ze er eenvoudigweg niet voor voelden. Echter, velen waren wel bereid tot een gesprek.

De directeur van de ANBO ging samen met de projectleider project Zorgverzekeringen de gesprekken aan. Al snel konden er concrete afspraken gemaakt worden met een aantal verzekeraars. Per verzekeraar zijn ongeveer vier gesprekken gevoerd. Verzekeraars bleken welwillend en open te staan en bleken bereid tot het zetten van stappen naar een collectief met de ANBO, mede gezien de grote achterban die de ANBO representeert. Agis heeft in maart 2007 bijvoorbeeld een collectief met 11.000 leden via de ANBO. In het eerste jaar zette de ANBO in op de premie maar ook op de basale dingen die voor ouderen van belang zijn: geen kraamzorg en bevallingen in het pakket, maar wel meer fysiotherapie, meer palliatieve zorg, een betere vergoeding voor de bril en voor preventieve zaken als gezondheidsfitness.

Inmiddels, anno 2007, bespreekt de ANBO meer concrete zaken met de verzekeraars die te maken hebben met de invulling van de polissen. Zo werkt de organisatie verder met een 'ideale polis voor 50-plussers' voor ogen. Ook participeert ANBO in een project van ZekereZorg over deze ideale 50-pluspolis.

Uitkomsten

Het resultaat van de gevoerde onderhandeling is dat er voor ANBO-leden een korting bij twaalf zorgverzekeraars is bedongen en nog twee mogelijkheden voor verzekering via intermediairs. Een aantal verzekeraars heeft speciale 50-pluspolissen samengesteld en twee zorgverzekeraars vergoeden ook het ANBO-lidmaatschap.

De ANBO is blij met dit resultaat: ze heeft met veel verzekeraars iets kunnen regelen, voor veel leden heeft de ANBO iets kunnen bieden bij een reeds bekende verzekeraar, en voor degenen die over gingen stappen kon de ANBO helpen bij die overstap. In 2006 had de ANBO 30.000 nieuwe leden en in 2007

15.000 nieuwe leden. Deze ledenaanwas is grotendeels te danken aan de collectieven die de ANBO aanbiedt. Daarnaast vindt de projectleidster het positief dat de ANBO nu ook inhoudelijk iets te zeggen heeft over de polissen. Vooral rond risicoverevening en preventie is dat voor de ANBO van groot belang.

Over het algemeen zijn de leden heel tevreden met de vele mogelijkheden van collectieven die via de ANBO mogelijk zijn. De ervaring van de ANBO is dat de leden het eng vinden om over te stappen naar een nieuwe verzekeraar. Ze zijn nogal aarzelend om over te stappen naar een nieuwe verzekeraar vanuit het idee: 'Je weet wat je hebt, maar je weet niet wat je krijgt.' Daarbij zien veel leden de wirwar aan mogelijkheden en zij kiezen dan liever een verzekeraar die ze al kennen. Via de ANBO kan dat in veel gevallen omdat er met meerdere verzekeraars afspraken zijn. De ANBO heeft een callcenter waar mensen met vragen over de verzekering terecht kunnen. Soms bellen teleurgestelde leden omdat ze via de ANBO niet bij hun huidige verzekeraar in het collectief kunnen. Met de leden voor wie bij de huidige verzekeraar geen korting verkregen kan worden, gaat de ANBO dan kijken naar andere mogelijkheden.

Binnen de gewesten en afdelingen werden voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd over de diverse mogelijkheden. Ook verzekeraars werkten daaraan mee door bijvoorbeeld (senior) medewerkers te sturen om voorlichting te komen geven.

Leeraspecten

Doordat de ANBO met diverse verzekeraars contacten legde, kreeg de organisatie goed zicht op de onderlinge verschillen en overeenkomsten. Een belangrijk verschil tussen verzekeraars is dat sommige meer landelijk en andere meer regionaal gericht zijn.

Over de contracten die FNV en Unie KBO hebben afgesloten met een verzekeraar die andere collectieven uitsluit, is het standpunt van de ANBO dat dit eigenlijk niet zou moeten kunnen, omdat je op die manier als verzekeraar een grote groep verzekerden bij voorbaat uitsluit. In de loop van 2006 heeft de ANBO via een intermediair afspraken gemaakt, zodat ook verzekerden van Menzis en Zilveren Kruis deel kunnen nemen aan het collectief via de ANBO.

In het onderhandelen met verzekeraars heeft de ANBO geleerd heel concreet afspraken te maken en deze direct te bevestigen. Dit om eventuele aarzelingen bij beide partijen weg te nemen. Zo maakte men bijvoorbeeld direct afspraken over een vaste contactpersoon of een aanspreekpunt bij de verzekeraars op de werkvloer. Dat bleek in de praktijk en in het verdere contact zeer goed uit te pakken. Het onderhandelen was een leerproces van twee kanten. Ook verzekeraars moesten gaandeweg leren het belang van een collectief in te zien en zij stelden zich daarvoor zeker open.

ANBO ervoer de verzekeraars als prettige gesprekspartners die goed op de hoogte zijn van wat er speelt. Zij zagen dat verzekeraars wel degelijk een 'sociaal gezicht' hebben en begrip hebben voor diverse situaties van patiënten. Zo zagen een aantal van hen direct het belang van ouderenpolissen in.

Anno 2007 is de ANBO eraan toe om met de verzekeraars meer op inhoud te gaan onderhandelen. Een thema dat sterk naar voren komt binnen de ANBO-geledingen is het vereveningsvraagstuk. De 50-plussers zullen in de toekomst meer zorg nodig hebben en de ANBO wil niet dat leden daarvan via de vereveningsmethodiek de dupe worden. De ANBO wil zich daarom meer gaan richten op de 50-pluspolissen en daarin bepaalde zaken uitsluiten en andere juist vasthouden.

Andere inhoudelijke punten die spelen zijn bijvoorbeeld het invoeren van een oogcontrole (analoog aan een tandartscontrole) ter preventie van valpartijen. Slecht kunnen zien is vaak oorzaak van valpartijen bij ouderen. Preventie is een belangrijk issue, bijvoorbeeld via het vergoeden van een bodycheck.

De ANBO ziet het hele gebeuren rond zorgverzekeraars als een traject, een proces dat voortduurt en continu in ontwikkeling is. Als belangenorganisatie stelt ANBO daarbij de belangen van de eigen doelgroep voorop. De ANBO wil graag verder op de ingeslagen weg. De organisatie wil graag alle verzekeraars onder de hoede hebben en meer inhoudelijk gaan onderhandelen met verzekeraars.

2.9 De gemeente Eindhoven

‘We willen een continuering van de collectieve ziektekostenverzekering om onverzekerheid te voorkomen en om ervoor te zorgen dat het huidige aanvullende gemeentepakket (medische verstrekkingen, bijzondere bijstand) op hetzelfde niveau blijft.’

Aanleiding en motief

De gemeente Eindhoven heeft al sinds het jaar 2000 een collectieve zorgverzekering met twee regionale zorgverzekeraars voor de bijstandsuitkeringgerechtigden. Indertijd is gekozen voor twee zorgverzekeraars (VGZ en CZ) om de bijstandsgerechtigden een keuzemogelijkheid te bieden. Sinds de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 is ingegaan, wilde de gemeente deze voorziening voor de bijstandsgerechtigden behouden met hetzelfde motief: minder betalingsachterstanden bij de klanten van de zorgverzekeraar en zorgverzekeraars scherp houden door het concurrentieperspectief. Het waren bovendien de twee belangrijkste spelers op de regionale markt en mensen hechten aan regionale zorgverzekeraars.

In 2000 is al meteen begonnen met een deel van de bijzondere bijstand, de medische verstrekkingen, in de zorgverzekering op te nemen. Hiervoor zijn twee redenen: de gemeente heeft minder uitvoeringskosten waardoor een inverdieneffect ontstaat, en de klanten hoeven niet allemaal individueel een aanvraag bij de gemeente in te dienen. Ze weten waar ze recht op hebben en kunnen direct de vergoeding innen.

Vorbereiding

Als eerste stap heeft de beleidsmedewerker armoede een Nota Herijking Minimabeleid gemaakt met daarin het voorstel de collectieve ziektekostenverzekering te continueren. Deze nota is na goedkeuring door B & W voorgelegd aan de politieke vertegenwoordigers in de gemeenteraad. Er bleek politiek draagvlak voor te zijn met als belangrijkste motief meer mensen verzekerd te houden.

De inhoud van de collectieve ziektekostenverzekering moest volgens de gemeenteraad bestaan uit het basispakket, een aanvullende verzekering van de zorgverzekeraar (VGZ of CZ) en het gemeentepakket van de bijzondere bijstand. Daarnaast is vooraf

gekozen voor een naturapolis. De andere mogelijkheid, een restitutiepolic, is uitgesloten om de reden dat de uitkeringsgerechtigden dan eerst moeten voorfinancieren en declareren voordat ze de kosten vergoed krijgen. De gemeente wilde met de keuze voor de naturapolis voorkomen dat mensen schulden gaan maken, omdat ze de rekeningen niet kunnen betalen. Om diezelfde reden is uitgesloten dat mensen kiezen voor een eigen risico.

Al in een vroeg stadium is besloten om voor het realiseren van een collectieve ziektekostenverzekering onder de nieuwe Zorgverzekeringswet samen te werken met andere gemeenten: 's-Hertogenbosch, Tilburg, Nijmegen en Maastricht. Ook is het onderhandelen met de zorgverzekeraars in handen gelegd van een adviseur van BSenF.

Samengevat waren de volgende voorwaarden aanwezig: de gemeente had al een collectieve ziektekostenverzekering met twee zorgverzekeraars vanaf het jaar 2000, daardoor werd de bestaande praktijk gecontinueerd. Bovendien was voor de continuering ambtelijk en politiek draagvlak aanwezig. Afsproken werd dat de onderhandelingen vooral zouden gaan over de premies en niet over de inhoud van de verzekering. Er werd samenwerking gezocht met andere gemeenten om het volume te vergroten en een externe specialist werd als adviseur ingehuurd voor het uitvoeren van de onderhandelingen.

Het onderhandelingsproces

Na de voorbereiding is de eerste stap van de gemeente geweest het plan door te spreken met de cliëntenraad Wet werk en bijstand (WWB). In Eindhoven is er een actieve cliëntenraad van uitkeringsgerechtigden die goed functioneert.

De gemeente heeft ruimhartige faciliteiten geregeld voor de raad. Ze heeft een eigen vergaderruimte met computers, printers en telefoon. De leden kunnen trainingen vergoed krijgen. Vanuit de gemeente is er fulltime ondersteuning gefinancierd in de vorm van een secretaris. De voorzitter is gekozen via een sollicitatieprocedure.

De Dienst Werk en Inkomen (DWI) is de onderhandelende partij die aan tafel zit bij de verzekeraars. De cliëntenraad WWB voorziet de dienst daarbij van advies en beïnvloedt op die manier

het gevoerde beleid. Deze raad is in Eindhoven actief sinds ongeveer twintig jaar. Anno 2007 werkt zij als volgt: in de raad hebben twaalf leden zitting (allen zijn mensen met een uitkering) en daarnaast is er een onafhankelijke secretaris en een onafhankelijke voorzitter. Een van de leden is bovendien lid van het Platform Gehandicapten. Dit ervaart de raad als een winstpunt omdat op die manier het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten ingebracht wordt. Acht keer per jaar hebben zij een besloten vergadering en acht keer per jaar een open vergadering. Daarnaast hebben de leden zitting in werkgroepen rond bepaalde thema's. Een daarvan is het thema aanvullende zorgverzekering (AV) via de gemeente.

Deze werkgroep pikt geluiden op van de achterban en brengt deze in op de vergaderingen van de cliëntenraad. Vervolgens gaat de informatie naar de gesprekspartner van de raad aangaande de AV, de directeur van DWI, die dit meeneemt in het overleg met de zorgverzekeraars. De cliëntenraad levert gevraagd en ongevraagd advies. Zijn positie binnen de gemeente is vrij sterk. Zo wil de gemeenteraad dat voorstellen en nota's op relevante onderwerpen voorzien zijn van een advies van de cliëntenraad.

De leden hebben goed contact met de achterban. De gemeente neemt de inbreng van de cliëntenraad heel serieus. En de onderlinge samenwerking verloopt goed en prettig. De raad is tevreden over de wijze waarop hij invloed kan uitoefenen.

De stukken met de plannen zijn verspreid onder de leden van de cliëntenraad en de beleidsambtenaar heeft een vergadering van de cliëntenraad bijgewoond en daar een toelichting op de plannen gegeven: 'Wij zijn daar kind aan huis.' Doorgesproken is welke zaken voor cliënten belangrijk zijn in een zorgverzekering. Unaniem was de overtuiging dat het voor mensen niet doenlijk is om het zelf uit te gaan zoeken. Wat betreft de inhoud van de verzekering kwam de cliëntenraad met de volgende punten:

1. Goed en snel behandeld kunnen worden.
2. Keuzevrijheid bij het kiezen van een zorgaanbieder.
3. Het kortingspercentage.
4. Duidelijkheid en zekerheid.

De tweede stap was het om de tafel gaan zitten met een aantal andere gemeenten. De beleidsambtenaar vertelt dat hier veel tijd in is gaan zitten: 'We zijn er toch wel een half jaar mee bezig geweest. Het was een crime om iedereen bij elkaar te krijgen. Dat vergt veel geduld.'

Tijdens de onderhandelingen zijn er met de zorgverzekeraars niet veel knelpunten geweest. Een verschilpunt was dat de gemeenten één uniform contract wilden; de zorgverzekeraars voelden daar niet veel voor: 'Maar daar zijn we over in de slag geweest en we hebben het voor elkaar gekregen.'

Uitkomsten

In het jaar 2006 is er een voorlichtingscampagne geweest via publicaties en de plaatselijke media. Het aantal deelnemers is nu verdrievoudigd. Het belangrijkste effect van dit traject is dat tachtig tot negentig procent van de bijstandsuitkeringgerechtigden via deze collectieve verzekering zijn verzekerd. De gemeente heeft minder werk aan de uitvoering van de bijzondere bijstand en cliënten kunnen voor meer zaken bij één loket terecht. De volgende medische posten zijn uit de bijzondere bijstand overgeheveld naar de zorgverzekeraar: gezichtshulpmiddelen, hoortoestellen en extra tandheelkundige hulp (kronen, bruggen, prothese, orthodontie).

De cliëntenraad krijgt via haar spreekuur signalen van cliënten over de verzekering. Mensen zijn daar over het algemeen heel tevreden over. Er is geen hausse aan commentaar of klachten. Daarnaast overleggen ze als cliëntenraad met soortgelijke raden in andere gemeenten over hoe het daar gaat. Dat is handig als een soort klankbord en om elkaar op de hoogte te houden van recente ontwikkelingen.

Leeraspecten

De gemeente steekt geen tijd en energie in het verhogen van het aantal verzekerden. De honderd procent zal niet gehaald worden, het is een steeds grotere inspanning voor een steeds kleinere groep. Wel worden mensen aan de 'voorkeur' van de uitkering nadrukkelijk gewezen op de mogelijkheid van de collectieve verzekering.

Op dit moment zijn de gemeenten bezig met een uitbreiding van de verzekerde posten van de bijzondere bijstand. Het gaat om

een verhoging van de vergoeding voor brillen en hoortoestellen en om een extra vergoedingspost voor psychische hulpverlening.

Nu kunnen verzekerden een keer per drie jaar een nieuwe bril vergoed krijgen, terwijl diverse brillenwinkels 'stunten' met het twee keer per jaar een nieuwe bril vergoed kunnen krijgen bij bepaalde verzekeraars. De inzet van de cliëntenraad WWB is om de eigen cliënten uit deze - vergeleken met andere verzekerden - 'achterstandspositie' te halen.

Een mogelijkheid die zich bij de casus van de gemeente Eindhoven voordoet, is de samenwerking tussen patiëntenorganisaties en gemeenten. In 2007 hebben 350 gemeenten collectieve contracten met zorgverzekeraars afgesloten voor een grote groep uitkeringsgerechtigde. Kostenoverwegingen spelen daarbij een hoofdrol. In het voorbeeld van Eindhoven bestaat de groep verzekerden vooral uit uitkeringsgerechtigden. De gemeente krijgt echter ook steeds meer oog voor de belangen van gebruikers van Wmo-voorzieningen. Veel gehandicapten, chronisch zieken en mensen met een psychische handicap behoren tot de lagere inkomensgroepen en zijn gebruikers van Wmo-voorzieningen. Het kan voor hen aantrekkelijk zijn om zich via de gemeente aan te sluiten bij een collectieve verzekering. Voor patiënten-/consumentenorganisaties kan het een aantrekkelijke optie zijn om samenwerking te zoeken met een gemeente om vanuit zorginhoudelijke overwegingen de inhoud van de polis te beïnvloeden.

2.10 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben we zeven verschillende praktijkvoorbeelden gezien van het onderhandelen van PGO-organisaties en een gemeentelijke overheid met zorgverzekeraars. De omschreven consumentenrol en de rol van kritische vernieuwer zijn bij deze eerste verkenning aan de hand van praktijkvoorbeelden duidelijk zichtbaar geworden. Het gaat vooral om de volgende gemeenschappelijke punten:

1. Hoe verschillend de PGO-organisaties ook zijn, er is een duidelijk verbeteringsideaal. Bij alle praktijkvoorbeelden vinden we een sterke nadruk op het verbeteren van de inhoud van de zorg. Daardoor behartigen de organisaties geen specifieke belangen, maar gaat het om publieke belangen. In alle gevallen zien we dat ook de belangen van de brede achterban van niet-leden in het proces worden betrokken.
2. In alle praktijkvoorbeelden zijn de PGO-organisaties gericht op het betrekken van hun eigen achterban bij de onderhandelingen. Dat gebeurt door ledenraadplegingen bij bijvoorbeeld de Unie KBO, de Reumapatiëntenbond en de Diabetesvereniging, door regionale bijeenkomsten bij de ANBO en door rondetafelgesprekken bij Zorgbelang Groningen. Het centraal stellen van ervaringskennis is kenmerkend.
3. In de praktijkvoorbeelden gebruiken de PGO-organisaties die ervaringskennis als politieke kennis. Het is een meerwaarde die de PGO-organisaties kunnen inbrengen om het verbeteringsideaal naderbij te brengen. Daarmee zijn de organisaties een duidelijke politieke actor.



3 Opvallende zaken en conclusies

In dit laatste hoofdstuk doorlopen we de verschillende onderdelen van het proces van onderhandelen op de belangrijkste en opvallende punten. Aan de hand daarvan trekken we conclusies over effectieve vormen van het beïnvloeden van zorgverzekeraars.

3.1 Aanleiding en strategiebepaling

De PGO-organisaties stonden in de praktijkvoorbeelden voor een strategische keuze. Ze konden als vertegenwoordiger van een (grote) groep verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt opereren en met een of meerdere zorgverzekeraars contracten afsluiten, of ze konden als vertegenwoordiger van een grote groep chronisch zieke patiënten of cliënten invloed uitoefenen op de zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt.

Opereren op de zorgverzekeringsmarkt

De organisaties die op de zorgverzekeringsmarkt opereerden (DVN, ANBO, Reumapatiëntenbond, gemeente Eindhoven, Unie KBO) deden dit uit verschillende motieven. Door een contract aan te gaan met één of meer zorgverzekeraars treden deze organisaties op als onderhandelingspartij, waarbij zij gebonden zijn aan contractuele afspraken. Door het aangaan van een directe onderhandelings situatie met de zorgverzekeraar kun je, omdat je een grote groep verzekerden vertegenwoordigt, voor de leden belangrijke voordelen bedingen. Daarin verschillen PGO-organisaties overigens niet van andere private partijen, zoals de vakbeweging, gemeenten en bedrijven die voordelen willen verwerven voor hun leden, uitkeringsgerechtigden en werknemers. We hebben deze rol van PGO-organisaties een consumentenrol genoemd.

Als belangenorganisatie ben je medeverantwoordelijk voor het verzekerd pakket dat de zorgverzekeraar aanbiedt. Als

belangenbehartiger sta je in zo'n situatie ook anders tegenover zorgverzekeraars waarmee je wel en zorgverzekeraars waarmee je geen contract hebt afgesloten. Al naar gelang de samenstelling van de achterban in omvang en diversiteit zetten de PGO-organisaties in op kostenvoordelen, het implementeren van een zorgstandaard en/of betere zorg voor de eigen achterban, zoals de vergoeding van medicamenten die anders niet vergoed worden. De zorginhoudelijke motieven geven de betrokken PGO-organisaties indirect een positie in de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt. En hiermee treden ze tegelijkertijd in de rol van kritische vernieuwer.

Deze positie op de gezondheidsmarkt is niet voor elke organisatie weggelegd. Aan de volgende voorwaarden moet worden voldaan:

- De PGO-organisatie vertegenwoordigt een vrij omvangrijke groep verzekerden.
- De achterban heeft een duidelijk zorgprofiel (met name medicijngebruik) waarmee de zorgverzekeraar zich via de vereveningssystematiek eventueel kan compenseren voor hoge zorgkosten.
- De PGO-organisatie beschikt over voldoende professionele kennis en faciliteiten om inzicht te hebben in de wensen van de achterban, polissen te kunnen vergelijken, onderhandelingen te kunnen voeren met zorgverzekeraars en de zorginkoop te kunnen monitoren.

De PGO-organisaties die zich richten op kostenvoordelen, hebben vooral te maken met de eerste twee voorwaarden. Zij moeten zich echter realiseren dat zij moeten concurreren met andere private partijen en belangenorganisaties (vakbeweging, werkgevers, gemeenten) die dezelfde kostenvoordelen aanbieden.

Voor sommige PGO-organisaties was van meet af aan duidelijk dat zij een samenwerking nastreefden met één verzekeraar waar andere er juist naar streefden met zoveel mogelijk verzekeraars contracten af te sluiten.

Vrijwel allemaal zetten zij in op een reductie van premiekosten, maar dat is lang niet altijd het voornaamste doel. Voorop staat de kwaliteit van het zorgaanbod en de toegankelijkheid voor de

zorg. Een premiekorting wordt gezien als ‘meegenomen’. Maar voor de gemeentelijke onderhandelaar geldt bovendien dat deze wil voorkomen dat mensen onverzekerd zijn. Wat in een aantal gevallen een rol speelde was de mogelijke groei van het ledental van de eigen vereniging. Voor alle organisaties geldt een combinatie van bovenstaande motieven.

Kortom, in tegenstelling tot het merendeel van de andere aanbieders van collectieve ziektekostenverzekeringen zijn PGO-organisaties vooral gericht op de verbetering van de kwaliteit van zorg. Kostenvoordelen zijn meestal bijkomende zaken. Daarmee zijn patiëntenverenigingen aangewezen op zorgverzekeraars die zich willen profileren op kwaliteit van zorg. Om als patiëntenorganisatie landelijke implementatie van zorgverbeteringen te bewerkstelligen (bijvoorbeeld standaarden DVN) zul je met verschillende zorgverzekeraars contracten moeten afsluiten om zo tot een landelijke dekking te kunnen komen.

Strategisch gezien geldt voor alle bestudeerde cases dat men ‘de boot niet wilde missen’ om zichzelf te profileren aan de onderhandelingstafel met verzekeraars. Daarbij komt dat de achterban veelal te kennen geeft voorstander te zijn van het onderhandelen over de zorgverzekering. Via gestructureerde ledenraadplegingen en geluiden vanuit de eigen geledingen komt dat naar voren. Zowel de verzekeraars als de PGO-organisaties hebben belang bij een goede uitkomst. En bovendien speelt voor allen het argument dat zij willen ‘schaken op twee borden’ door zowel aan de belangenbehartiging te werken op inhoudelijk vlak, als ook korting op premies te bedingen. Hier komen de consumentenrol en de rol van kritische vernieuwer samen.

De strategische keuzes op de zorgverzekeringsmarkt hebben kortom betrekking op:

- Het doel waarop de organisaties zich richten: kostenvoordelen of zorginhoudelijke doelen.
- Het aantal verzekeraars waarmee men zaken wil doen. Sommige PGO-organisaties richten zich expliciet op één verzekeraar om mee in zee te gaan om zo een bestendige werkrelatie te kunnen opbouwen. Andere willen het liefst met meerdere of juist zoveel mogelijk verzekeraars een contract afsluiten om zo een landelijke dekking te kunnen waarborgen.
- De keuze voor samenwerking met andere organisaties om zo meer volume te genereren (Eindhoven) of de keuze voor een 'alleingang' om zich als organisatie beter te kunnen profileren.

De zorginkoopmarkt

In de situatie dat de achterban zich in omvang en diversiteit niet leent voor deze positie hebben de betrokken organisaties (VSN, Zorgbelang Groningen) gekozen voor het beïnvloeden van het onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dat is een positie waarbij de organisaties vooral als kritische belangenbehartiger optreden en geen contractuele relaties aangaan met zorgverzekeraars. Daarmee is er geen directe invloed als contractpartij maar een indirecte als belangenbehartiger in de rol van kritische vernieuwer.

Daarbij kunnen de organisaties zich richten op één van de onderhandelingspartijen (zorgverzekeraar of de zorgaanbieders) of op beide. In ieder geval lijkt het niet verstandig om zich uitsluitend op de zorgverzekeraar te richten, omdat je daarmee teveel op de stoel van de zorgverzekeraar kunt komen te zitten. Ook zal de betrokken organisatie weerstanden moeten overwinnen, vooral bij zorgaanbieders. Die ervaren nogal eens een complicatie in het onderhandelingsproces door een actieve rol van de derde partij.

De zorginkoopmarkt is primair een regionale markt. De meeste zorgverzekeraars hebben nog sterke regionale bindingen en gaan als marktleider het onderhandelingsproces aan met regionale zorgaanbieders. Bij de zorginkoopmarkt speelt het bevorderen van goede zorg en het voorkomen van slechte zorg (risicomanagement)

een belangrijke rol. Zorgverzekeraars die zich op kwaliteit willen profileren zullen zich vooral op regionaal niveau manifesteren, terwijl zorgverzekeraars die schadeverzekeraar zijn meer een volgende rol zullen ambiëren.

Scenario's van beïnvloeding

We kunnen samenvattend de volgende scenario's onderscheiden:

Scenario 1: De consumentenrol

Het afsluiten van een polis met een of enkele zorgverzekeraars om zo groot mogelijke kostenvoordelen te verwerven voor de achterban. Hierbij richten de belangenorganisaties zich vooral op het onderhandelingsproces en het informeren van de achterban (ANBO, KBO).

Scenario 2: De kritische consumentenrol

Het afsluiten van een polis waarbij zorginhoudelijke motieven vooropstaan (DVN, deels Reumapatiëntenbond). Hierbij is inzicht nodig in de wensen van de achterban, indien mogelijk overeenstemming met zorgaanbieders over zorgstandaarden, vergelijken van polissen, inrichten van het onderhandelingsproces, informeren van de achterban en het monitoren van de zorginkoop.

Scenario 3: De kritische samenwerker

Beïnvloeding en samenwerking met een gemeente om de inhoud van de zorgpolis te beïnvloeden. Dit scenario is deels in de casus Eindhoven terug te vinden (positie cliëntenraad WWB). Hulpbronnen zijn hierbij vooral nodig voor de lobby naar de gemeente (ambtenaren en Raad) en het volgen en monitoren van het onderhandelingsproces en de zorginkoop.

Scenario 4: De kritische vernieuwer

In dit scenario staat de beïnvloeding van de zorginkoop centraal (Zorgbelang Groningen, VSN). Hierbij ligt de nadruk op het mobiliseren en organiseren van de achterban, het opbouwen van inhoudelijke expertise (opstellen kwaliteitscriteria) en het monitoren van de zorginkoop.

3.2 De voorwaarden en benodigde hulpbronnen

Het proces van onderhandelingen met zorgverzekeraars stelt hoge eisen aan de PGO-organisaties. Raadplegen van de achterban, opstellen van een zorgstandaard, vergelijken van polissen, aanbieden van consumenteninformatie, het proces van onderhandelingen met de zorgverzekeraar en monitoring zijn regelmatig terugkerende kostenposten die zwaar kunnen drukken op de begrotingen van de verenigingen. Daarnaast kost het uiteraard ook menskracht voor intern en extern overleg, het overleg met de leden en de achterban, en het up-to-date blijven van ontwikkelingen. En het vraagt van medewerkers dat zij over onderhandelingsvaardigheden beschikken. Maar ook van de overige medewerkers, bijvoorbeeld aan de telefoonlijnen, vraagt het extra tijd en inzet.

Het volume van het aantal patiënten met een chronische aandoening speelt bij het aangaan van collectieve contracten een belangrijke rol. Hoe groter en uniformer de achterban, hoe sterker de onderhandelingspositie tegenover de verzekeraars. Dat neemt niet weg dat er ook voor kleinere patiëntenverenigingen mogelijkheden lijken te zijn om met zorgverzekeraars zaken te doen, bijvoorbeeld door krachten te bundelen met meerdere partijen. Sommige organisaties werken de inbreng vanuit het patiëntenperspectief uit in samenwerking met de zorgverzekeraar. Deze aanpak is arbeidsintensief en maakt een intensief contact met de achterban noodzakelijk. Een goed draagvlak binnen de eigen gelederen is bij iedere organisatie belangrijk en bij gemeenten geldt bovendien dat de Raad haar goedkeuring moet geven.

Zorgstandaarden die samen met de zorgaanbieders zijn opgesteld zijn een belangrijk instrument voor het creëren van een onderhandelingspositie, omdat deze ook voor de zorgverzekeraars voordelen bieden. Met de zorgstandaard creëren de patiëntenverenigingen een eigen positie ten opzichte van de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

Een goede risicoverevening ziet het overgrote merendeel van de PGO-organisaties als een essentiële voorwaarde voor het functioneren van het huidige stelsel van zorgverzekeringen. Mocht deze verevening wegvallen, dan is de situatie volgens velen

onvoorspelbaar en zou de huidige situatie wel eens drastisch kunnen wijzigen.

3.3 Het onderhandelingsproces

Bij de praktijkvoorbeelden zien we bij het onderhandelen een zelfde procedure terugkeren.

Als eerste stap vindt een ledenraadpleging plaats in meer of minder gestandaardiseerde vorm. Vervolgens stelt de organisatie een pakket van eisen en wensen op. Met deze achtergrondinformatie verkennen zij de markt van zorgverzekeraars en de spelers in het zorgstelsel. Voor het jaar 2006 zetten de organisaties in op een beperkter doel en/of het afsluiten van een beperkt aantal contracten. In het jaar 2007 breiden ze het aantal verzekeraars waarmee ze onderhandelen uit en/of verdiepen ze de onderhandelingen met verzekeraars op inhoud. Wat we ook bij meerdere PGO-organisaties terugzien is een uitbreiding van de samenwerking met partners.

Sommige organisaties richtten interne werkgroepen op die zich specifiek met de onderhandelingen gingen bezighouden, inhoudelijk of uitvoerend; andere organisaties wezen één of meerdere medewerkers aan als onderhandelaar.

Belangrijke lessen die de praktijkvoorbeelden over de gevoerde onderhandelingen laten zien zijn:

- De opstelling van de zorgverzekeraars vonden de PGO-organisaties positief. De doelen waren eenvoudig gemeenschappelijk te formuleren: goede zorg voor verzekerden/leden/cliënten, en het versterken van het 'sociale gezicht' van verzekeraars.
- Er waren ook overeenkomstige belangen, waardoor een win-winsituatie ontstond: ledenaanwas of het werven van nieuwe klanten.
- Contracten werden in eerste instantie op hoofdpunten afgesloten. In volgende jaren vindt een verdieping op inhoud plaats.

- Onderhandelen moet je als PGO-organisatie liefst zelf doen. Het werken via een intermediair werkte niet altijd, met uitzondering van de gemeente Eindhoven.
- Na een eerste hapering door het hanteren van de administratieve systematiek ervoeren de PGO-organisaties een nauwe samenwerking en goede werkrelaties met de onderhandelaars van verzekeraars als zeer productief, ook met zicht op de toekomst.
- Verzekeraars en organisaties hanteren wel vaak een ander jargon. Het is belangrijk om te investeren in een zelfde lijn. Waar verzekeraars vooral een financiële blik hebben, denken en praten PGO-organisaties vanuit het patiëntenperspectief.
- Bouw voort op contacten die al bestaan met verzekeraars, bouw voort op vertrouwensrelaties.
- Zorg dat er een aanspreekpunt/contactpersoon bij de verzekeraar aanwezig is die goed op de hoogte is.
- Monitor de gang van zaken: ga na wat de achterban van de gang van zaken vindt en breng dat terug in overleg met de verzekeraars: bijstellen en vinger aan de pols houden.
- Neem niet te veel hooi op de vork, waardoor je de verwachtingen van de achterban niet kunt waarmaken.

3.4 De uitkomsten, het concrete resultaat voor de achterban

In de casus van de VSN zijn nog geen concrete afspraken met verzekeraars gemaakt. Voor de andere zes casussen zetten we de resultaten even op een rij:

De casus van de Diabetesvereniging Nederland is een voorbeeld van een succesvolle onderhandelingsstrategie, met als gevolg dat vijf zorgverzekeraars zich gecommitteerd hebben aan de invoering van de zorgstandaard voor diabetes.

De Reumapatiëntenbond wist een collectief contract te bedingen voor de eigen achterban bij eerst één en vervolgens twee verzekeraars. Deze geven de leden van de RPB korting op de premie, geven vergoeding voor lidmaatschap van de RPB en bieden vergoedingen voor reumaspecifieke behandelingen. Leden kunnen via een inkooporganisatie met korting zorg kopen.

De Unie KBO bedong bij één verzekeraar korting op de premies voor haar leden, en daarnaast nog enige extra's voor degenen die zich via de Unie KBO daadwerkelijk verzekerden. Zorgbelang Groningen ziet dat patiënten merken dat er naar hen wordt geluisterd, via de rondetafelgesprekken die ze organiseren.

Bij de ANBO kunnen de leden een korting op hun premie krijgen bij twaalf verzekeraars. Daarnaast zijn zij succesvol geweest in het bijdragen aan de totstandkoming van specifieke 50-pluspolissen.

In de gemeente Eindhoven is inmiddels tachtig à negentig procent van de bijstandcliënten verzekerd via de gemeentelijke collectieve ziektekostenverzekering. Dit gaat eventuele risico's op onverzekerd zijn tegen en cliënten kunnen bij hun verzekering terecht voor overige medische kosten.

Er is al veel bereikt voor de leden van PGO-organisaties. Er valt uiteraard nog veel te verbeteren. Zo is de vereveningssystematiek voor chronische aandoeningen gebaseerd op farmaceutische kostengroepen en deze schiet tekort voor aandoeningen die niet eenduidig aangewezen zijn op een bepaalde medicatie, zoals het geval is bij spierziekten en hoofdpijn.

Overige effecten

De in de praktijkvoorbeelden bestudeerde organisaties voelen dat de relatief nieuwe situatie op de gezondheidsmarkt vooralsnog niet uitgekristalliseerd is. Zij zijn alert op wat zich gaat aandienen in de (nabije) toekomst en willen daar actief op inspelen via lobbyactiviteiten, het uitbreiden en verstevigen van de eigen netwerken en het verdiepen van de gestelde doelstellingen.

Een aantal belangrijke neveneffecten buiten de afgesloten contracten komt bij meerdere PGO-organisaties duidelijk terug:

- Ledenwinst voor de eigen organisatie (vooral bij de DVN, ANBO en Unie KBO).
- De organisatie ervaart de eigen invloed op de gezondheidsmarkt, op wat verzekeraars bieden en op zorginkoop.
- Partijen (verzekeraars, organisaties en verzekerden) weten nu beter wat er bij de ander speelt, ze zijn geen 'vreemden' meer voor elkaar. De situatie is gelijkwaardiger dan voorheen.

- Gebleken is dat via deze commerciële weg heel goed aan belangenbehartiging te werken is voor organisaties met een grote achterban. Deze hebben het gevoel dat, sneller dan via de gebruikelijke politieke weg, zeer concrete resultaten en afspraken tot stand kwamen, die vervolgens contractueel werden vastgelegd en niet in de sfeer van beloften bleven hangen.

3.5 Samenvatting: een nieuwe rol voor PGO-organisaties?

In dit rapport geven we de hoofdlijnen weer van onze verkenning naar de rol van patiënten-, consumenten- en ouderenorganisaties (PGO-organisaties) in het nieuwe zorgstelsel met marktwerking. Deze verkenning is een momentopname, een startanalyse van het programma ZekereZorg, aan het begin van het jaar 2007. De verkenning bestaat uit een theoretische verdieping en de analyse van een aantal cases van onderhandelingen met zorgverzekeraars.

Alles overziend kunnen we constateren dat de meest fundamentele wijzigingen door de marktwerking in het zorgstelsel zich hebben voorgedaan in de relaties tussen zorgverzekeraars en PGO-organisaties. Voor de invoering van de zorgverzekeringswet waren dit gescheiden werelden, waarbij voornamelijk op regionaal niveau contacten werden onderhouden tussen de zorgkantoren en de Zorgbelangorganisaties. Deze waren beperkt van aard.

Onder invloed van de zorgverzekeringswet zijn de partijen meer op elkaar aangewezen. In het eerste jaar van de wet (2006) hebben verzekerden op grote schaal gebruikgemaakt van de mogelijkheid om van verzekeraar te switchen. Kostenoverwegingen blijken daarbij een hoofdrol te hebben gespeeld. Daarmee is duidelijk geworden dat verzekerden te beïnvloeden zijn en van hun exit-opties (Hirschmann) gebruik kunnen maken. Daarna lijkt dit effect overigens weer weg te ebbem.

PGO-organisaties verwachten aan het begin van 2007 voor de nabije toekomst dat de grotere verenigingen zich kunnen handhaven op de zorgverzekeringsmarkt. De kleinere verenigingen zullen zich moeten bundelen en zich samen moeten richten op inkoop- en kwaliteitsbeïnvloeding via andere kanalen dan de collectieve

contracten met zorgverzekeraars. Ook verwachten sommige PGO-organisaties dat zorgverzekeraars meer gaan concurreren om de kwaliteit van het aangeboden pakket, en dat kostenoverwegingen een minder grote rol zullen spelen. Daarvoor is echter noodzakelijk dat meer onafhankelijke informatie beschikbaar komt over de zorginhoudelijk aspecten van het beleid van zorgverzekeraars op het gebied van bijvoorbeeld inhoud van aanvullende verzekeringen, cliëntgerichtheid en samenwerking met patiëntenverenigingen bij zorginkoop.

Voor PGO-organisaties is het belangrijk dat het opgebouwde collectieve contract goed onderhouden wordt en dat er inhoudelijke verbeteringen ontstaan. De actuele ontwikkelingen en mogelijkheden moeten daarbij ten volle benut worden. De meeste winst zit volgens de geïnterviewden in het zoeken naar samenwerking tussen PGO-organisaties en indien mogelijk met gemeenten. Daarnaast is het belangrijk om te streven naar een goede basispolis voor iedereen, ongeacht de aandoeningen.

Van essentieel belang is dat organisaties in de toekomst over de middelen en menskracht blijven beschikken die nodig zijn om als kritische vernieuwer binnen de marktwerking van het zorgstelsel te kunnen optreden. Dat is nu vaak een knelpunt. Met enige zorg kijken ze naar de trend van fusies bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders; het zijn steeds groter wordende organisaties waarmee de belangenorganisaties aan tafel moeten.

PGO-organisaties in de consumentenrol

Slechts in een beperkt aantal gevallen hebben PGO-organisaties zich alleen in een consumentenrol gemanifesteerd, vooral bij het afsluiten van collectieve contracten met zorgverzekeraars waarin de prijs-kwaliteitverhouding centraal stond. In de consumentenrol staan de dienstverlening en de belangen van individuele leden voorop en is belangenbehartiging erop gericht voordelen binnen te halen voor de leden. Algemene en publieke belangen spelen een ondergeschikte rol. Het aantal leden dat de organisaties vertegenwoordigen en de omvang van de achterban is het belangrijkste argument in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. In de bestudeerde praktijkvoorbeelden voldoen vooral de ouderenbonden aan deze rol van belangenbehartiger. Het gaat om organisaties met een grote en relatief uniforme achterban.

Waar organisaties zich vooral richten op kostenvoordelen voor de eigen achterban (scenario 1) is de vraag gerechtvaardigd wat hun meerwaarde is in vergelijking met andere private partijen. Daar waar zorginhoudelijke motieven centraal staan (scenario 2) is er meer sprake van een combinatie tussen de consumentenrol en de rol van kritische vernieuwer. In deze praktijken blijken het onderhandelingsproces, de voorbereiding en het monitoren veel van de betrokken organisaties te vergen. Voor grote en middelgrote organisaties kan samenwerking op gemeenschappelijke doelen, zoals in preventieprogramma's, perspectief bieden. Daarnaast biedt samenwerking met (middel-)grote gemeenten wellicht nieuwe mogelijkheden.

De beïnvloeding van de zorginkoop biedt meer perspectief voor kleinere en middelgrote organisaties. Hierbij is het door samenwerking op regionaal niveau met onder andere zorgbelangorganisaties mogelijk de rol van kritische vernieuwer meer uit te werken.

PGO-organisaties als kritische vernieuwer

PGO-organisaties in de rol van kritische vernieuwer behartigen naast de belangen van leden ook publieke belangen, waarbij de verbetering van de kwaliteit van zorg en dienstverlening belangrijke doelen zijn. Ledenwinst is niet direct een doelstelling. Patiëntenverenigingen (DVN, VSN) zien hun rol bij zorginkoop als onderdeel van het publiek belang van goede en betaalbare zorg en definiëren zichzelf niet in de eerste plaats als marktpartij. Dit publieke belang legitimeert ook een blijvende ondersteuning van patiëntenorganisaties in het kader van de zorginkoop.

Bij de PGO-organisaties die we in dit hoofdstuk hebben beschreven kunnen we een tendens signaleren naar een streven naar meer krachtenbundeling op landelijk en regionaal niveau. Ledentallen zeggen niet veel over de publieke rol van PGO-organisaties. Door middel van hun activiteiten op het terrein van voorlichting en informatie, belangenbehartiging en lotgenotencontact bereiken deze organisaties een veelvoud van het aantal leden. In het exclusief belangen behartigen van eigen, relatief kleine groepen, leden zit niet langer het grote winstpunt. Gezien de grote wissel die het onderhandelen trekt op vooral de kleinere organisa-

ties zien we alom een wens tot meer afstemmen en elkaar opzoeken in het tot stand brengen van goede zorgverzekeringen.

3.6 Conclusies

We sluiten dit rapport af met enkele hoofdconclusies rond de onderzoeksvragen. Het gaat om zicht op de veranderde positie van PGO-organisaties aan het begin van het jaar 2007, de gevolgen hiervan voor de strategieën en methoden van belangenbehartiging van de organisaties en de aanbevelingen voor het verder brengen van het programma ZekereZorg.

Veranderde positie van zorgconsumenten en zorggebruikers

PGO-organisaties hebben ingespeeld op de wijzigingen in het zorgstelsel door de zorgverzekeringswet. Zij hebben op de zorgverzekeringsmarkt getracht op zorginhoudelijke gronden contracten af te sluiten met zorgverzekeraars en tevens kostenvoordelen voor hun leden binnen te halen. Zij zijn op beide terreinen min of meer succesvol geweest. Wat hen echter onderscheidt van andere private partijen, zoals gemeenten, werkgevers en vakbonden, is dat bij de meeste PGO-organisaties zorginhoudelijke motieven (en publieke belangen) de boventoon hebben gevoerd. Het vanuit een zorginhoudelijke agenda optreden op de gezondheidsmarkt kent echter beperkingen. Een PGO-organisatie moet voldoende volume kunnen mobiliseren om als onderhandelingspartner succesvol te kunnen zijn. Daarnaast dienen de aandoening en de behandeling daarvan min of meer eenduidig te zijn en niet te divers of complex, zodat de zorgverzekeraar via het vereveningsfonds zijn kosten kan bestrijden. Deze strategie vergt veel van een PGO-organisatie: het uitvoeren van ledenraadplegingen, het vergelijken van polissen, het voeren van onderhandelingen met meerdere zorgverzekeraars en het monitoren van de resultaten. Bovendien moet er een zekere consensus bestaan tussen zorgaanbieders en patiëntenvereniging over wat goede zorg is, vastgelegd in richtlijnen en standaarden.

PGO-organisaties hebben echter ook andere wegen gevonden om invloed uit te oefenen op de zorginkoop van zorgverzekeraars: door hun expertise op regionaal niveau in te zetten voor het beïnvloeden van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dat vereist samenwerking en bundeling van krachten op regionaal niveau en helderheid over wat onder goede zorg verstaan moet worden (kwaliteitscriteria). Hierin komt de oorspronkelijke rol van kritische vernieuwer het duidelijkst naar voren.

PGO-organisaties en zorgverzekeraars met een regionale binding en een ziekenfondsverleden lijken elkaar te vinden op het thema 'het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het voorkomen van slechte zorg'. Zorgverzekeraars kunnen zich hiermee op regionaal niveau profileren en staan met de steun van PGO-organisaties sterker in hun onderhandelingen met zorgaanbieders. Het blijft echter een feit dat PGO-organisaties op de zorginkoopmarkt geen directe rol kunnen spelen.

Een weg die nog niet is begaan, maar wel mogelijkheden biedt voor de zorgverzekeringsmarkt is de sterke positie van gemeenten als contractpartners van zorgverzekeraars. Ongeveer 350 gemeenten hebben een collectief contract afgesloten met zorgverzekeraars, waarin kostenoverwegingen en efficiencyvoordelen een grote rol speelden. Samenwerking tussen patiëntenverenigingen en (middel-)grote gemeenten kan voordelen bieden. Gemeenten kunnen gebruikmaken van de kennis van PGO-organisaties over chronische ziekten en handicaps om zorginhoudelijke onderdelen in de contracten op te nemen, zoals preventie.

Gevolgen voor de strategie en methoden van belangenbehartiging van PGO-organisaties

De gevolgen voor de PGO-organisaties zijn ingrijpend als het gaat om de strategische vraagstelling. PGO-organisaties moeten nagaan welke rol zij op de gezondheidsmarkt willen vervullen. Is duidelijk wat goede zorg is? Is er voldoende volume? Zijn er mogelijkheden voor samenwerking met andere organisaties op landelijk niveau? Beschikt een vereniging over voldoende middelen om de rol van marktpartij waar te maken? Hoe zijn de contacten met zorgverzekeraars? Is samenwerking met gemeenten een optie?

Kiest een organisatie voor de beïnvloeding van de zorginkoop dan is bundeling van krachten op regionaal niveau, bijvoorbeeld tussen zorgbelangorganisaties en categoriale organisaties, noodzakelijk om voldoende gewicht in de schaal te leggen. Waar liggen gemeenschappelijke belangen en hoe kan men deze op regionaal niveau zo goed mogelijk naar voren brengen? Wat is de positie van kleine PGO-organisaties?

Onder invloed van de zorgverzekeringswet zijn PGO-organisaties zich meer gaan richten op zorgverzekeraars. Dat vergt ook nieuwe methoden van belangenbehartiging. Zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd in interventies vanuit cliëntenperspectief die aantoonbaar effectief zijn en relatief goedkoop. Daarnaast is in de contacten met zorgverzekeraars kennis over de levering van zorg en eventuele knelpunten hierin, van levensbelang om de naleving van de afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te monitoren.

Gevolgen voor het programma 'ZekereZorg'

Bij het bestuderen van de praktijkvoorbeelden is duidelijk geworden dat PGO-organisaties niet op eigen kracht op de gezondheidsmarkt kunnen opereren. Zelfs voor grote en professionele organisaties als de VSN en de DVN bleek dit geen haalbare kaart te zijn. De winst die dankzij de inzet van de middelen is behaald, ligt voor deze organisaties vooral op het vlak van publieke belangen: verbetering van de zorg. De verwachte ledenwinst bleef beperkt.

Daarnaast blijken andere strategieën dan het optreden als marktpartij voor veel grote en middelgrote organisaties aantrekkelijk. De rol van belangenbehartiger op de zorginkoopmarkt ligt dicht bij de traditionele rol van kritische vernieuwer van PGO-organisaties, maar eist wel nauwe samenwerking op regionaal niveau. Verdere ondersteuning door het programma 'ZekereZorg' bij het uitwerken van de rol van kritische vernieuwer in het zich vestigende krachtenveld op de gezondheidsmarkt, is noodzakelijk.



4 Literatuur en bronnen

Alexander, J.C.A. (2006). *The Civil Sphere*. Oxford: University Press.

Bennekom, I. van, & Dalen, J. Chr. van (2006). Zorgmarkten, hervormingen en zorgvragers. In: *Bestuurskunde, juni 2006*.

Hirschman, A.O. (1981). *Essays in Trespassing. Economics to Politics and Beyond*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hirschman, A.O. (1970). *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep.

Müller, B., & Neveau, C. (2002). Mobilizing institutions - institutionalizing movements, an introduction. *Focaal - European Journal of Anthropology*, 40, 9-20.

Nederland, T., & Duyvendak, J.W. (2004). *De kunst van effectieve belangenbehartiging door de patiënten- en cliëntenbeweging. De praktijk*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Nederland T., Duyvendak, J.W., & Brugman, M. (2003). *Belangenbehartiging door de patiënten- en cliëntenbeweging. De theorie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Newcom Research (2006). *Van goed naar groter. Een beleidsgericht onderzoek naar de groeimogelijkheden van patiënten en gehandicaptenorganisaties in Nederland*. Enschede/Amsterdam: Newcom Research & Consultancy B.V.

Oudenampsen, D., Nederland, T., Kromontono, E., Repels, R., Sonneveld, R., & Stukstette, M. (2007). *Patiënten- en consumentenbeweging in beeld: Brancherapport 2006*. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie NPCF.

Pearce, J. (2006). *Towards a post representational politics? Participation in the Twenty First Century*. Paper presented at Solas 2005, Dublin: Ireland.

Ruth, L. van., Jong J. de, & Groenewegen, P. (2007). *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel. Keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007*. Utrecht: Nivel.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Documenten en websites

Verder zijn de volgende documenten en websites geraadpleegd:

ANBO, Nieuwsbrief: 'ANBO Special voor 50-plussers', december 2006.	www.anbo.nl
Convenant Zorgbelangen Twente, Gelderland en Groningen en Menzis, d.d. 23 januari 2007	
Verzekerd van Zorg? Resultaten uit de meldactie invoering zorgverzekeringswet in Gelderland, Groningen en Twente van november 2006	www.zorgbelang-groningen.nl/index.php?p=31&s=2&document_id=8
Website van de Unie KBO	www.uniekbo.nl/home.asp
Website Zorgbelang Groningen	www.zorgbelang-groningen.nl



1 Bijlage

Er zijn interviews gehouden met:

Dhr. Gilissen	Directeur DVN
Mevr. Tukker	Projectleider project zorgverzekeringen ANBO
Mevr. Hofstee	Directeur Zorgbelang Groningen
Dhr. Heltzel	Hoofd communicatie en marketing Unie KBO
Mevr. Hugen	Reumapatiëntenbond
Dhr. Timmen	Directeur VSN
Dhr. Mees	Beleidsmedewerker armoede, Gemeente Eindhoven
Dhr. van Gorp	Secretaris cliëntenraad WWB, Gemeente Eindhoven
Dhr. Kraal	Directeur BS&F (Bestuur Strategie & Financieel)

Colofon

opdrachtgever	Stichting Fonds PGO, Programma ZekereZorg
auteurs	Drs. T. Nederland Dr. D.G. Oudenampsen Drs. S.M. ter Woerds
omslag uitgave	Grafitall, Valkenswaard Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail secr@verwey-jonker.nl website www.verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>.

Behalve via deze site kunt u producten bestellen door te mailen naar verwey-jonker@adrepak.nl of faxen naar 070-359 07 01, onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 978-90-5830-256-4

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2007

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned