

NZa Research Paper 2012-3

Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel?

Rein Halbersma, Johan van Manen en Wolf
Sauter*

* De auteurs zijn werkzaam bij de NZa. Dit document weerspiegelt echter geen beleidsopvattingen van de NZa maar alleen de persoonlijke opinie van de auteurs. Zij zeggen hun gesprekspartners bij verschillende zorgverzekeraars en bij een aantal zorgaanbieders dank voor de informatie die deze hebben verstrekt. Deze informatie is zo gebruikt dat zij niet tot specifieke marktpartijen kan worden herleid.

Inhoud

Samenvatting	5
1. Hoe werkt de motor in theorie?	11
1.1 Selectief inkopen	11
1.2 Aanspraken versus voorzieningen	12
1.3 Hoe werkt de motor in de praktijk?	12
2. Casus: inkoop medisch specialistische zorg	17
2.1 Het financiële kader zorginkoopmarkt	17
2.1.1 Hoofdlijnenakkoord	17
2.1.2 Macrobeheersinstrument	17
2.1.3 Tarief- en prestatieregulering	18
2.1.4 Contractvrijheid ingekaderd	18
2.2 Kader zorgverzekeringsmarkt	19
2.2.1 Verplicht private verzekering	19
2.2.2 Zorgplicht	19
2.2.3 Uitgavenbeheersing	19
2.2.4 Late contractering	20
2.2.5 Kwaliteit	20
2.2.6 Conclusie: geen macro uitgavenbeheersing	21
3. Inkoop medisch specialistische zorg: ervaringen uit de praktijk?	23
3.1 Aanbieders	23
3.2 Verzekeraars	24
3.3 Conclusies uit de interviews	25
3.4 Conclusies over de zorgverzekeraars als motor	25
3.5 Aanbevelingen	28

Samenvatting

De verzekeringsmarkt is bedoeld als motor van het in 2006 grondig herziene Nederlandse zorgstelsel dat wettelijk is vormgegeven door onder meer de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). Consumenten worden geacht op de zorgverzekeringsmarkt uit concurrerende verzekeraars te kiezen die op hun beurt op zorginkoopmarkten de kwalitatief beste en meest doelmatige zorgaanbieders horen te contracteren. Op deze wijze wordt het stelsel geacht zowel kwaliteitsverhoging als kostenbeheersing te bewerkstelligen.

In de praktijk werkt dit systeem (nog) niet zoals is beoogd. Zo worden vrijwel alle zorgaanbieders door alle verzekeraars gecontracteerd ongeacht hun kosten- of kwaliteitsniveau, en hebben consumenten weliswaar volop keuze uit het zorgaanbod, maar is deze deels illusoir door het ontbreken van kenbare kwaliteitsinformatie. Kostenbeheersing is vooralsnog vooral het gevolg van overheidsinterventie geconditioneerd door sector-brede afspraken zoals het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord. Dit leidt tot omzetbeheersing met weinig onderscheidend vermogen en daardoor weinig ruimte voor wenselijke groei of beloning van kwaliteit.

Uit gesprekken met verzekeraars en aanbieders blijkt dat men van mening is dat men nu in een overgangsfase naar het uiteindelijk beoogde systeem zit. Een aantal verbeteringen – betere kosteninformatie en prestatie-indicatoren, een verduidelijking van de zorgplicht en betere ex-ante risicoverevening – zijn al eerder aanbevolen bij de evaluatie van de Zvw en Wzt. Aanvullend hierop wordt in deze paper voorgesteld de vrijheidsgraden op de polis- en inkoopmarkt te vergroten, en de institutionele randvoorwaarden aan te passen zodat de overheid na het stellen van bindende regels een terughoudendere positie inneemt dan nu het geval is.

Mocht dan alsnog blijken dat de zorgmotor blijft haperen, dan kan aan alternatieve systemen gedacht worden, zoals een contracteerruimte met een omzetplafond per aanbieder binnen een landelijk kader, of het vervangen van het verzekeringsstelsel door een centrale inkoopfunctie. Vooralsnog lijkt een doorstart echter eerder aan de orde dan rechtsomkeert te maken.

Onderzoeksvraag

De inkooprol van de private zorgverzekeraars is bedoeld als motor van het nieuwe zorgstelsel. Dit research paper bekijkt de vraag in hoeverre deze rol na inmiddels ruim zes jaar (deels) is bewaarheid of niet? Zo ja, waar? Indien niet, zijn er dan andere of sterkere prikkels nodig en mogelijk? Zijn andere institutionele randvoorwaarden noodzakelijk? Of is het antwoord een ander inkoopstelsel?

Aanpak

Onderstaande tekst is bedoeld om de zojuist genoemde problematiek voor een breder publiek nader te omschrijven. Zij dient daarnaast als aanzet voor een discussie binnen de NZa en om te bepalen welke elementen in een mogelijk vervolg verder moeten worden uitgediept. De opbouw is als volgt:

- De evaluatie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet op de zorgtoeslag (Wzt) uit 2009 wordt als uitgangspunt van de

probleemanalyse gebruikt.¹ Ook informatie uit het NZa onderzoek naar toetreding in de zorgverzekeringsmarkt en de evaluaties van de NZa over contractering en de marktscans van de verzekeringsmarkt worden benut.²

- Daarna wordt gekeken naar de werking van het stelsel in theorie en in de praktijk met focus op de rol van de verzekeraars op de zorginkoopmarkt, vooral de inkoop van medisch specialistische zorg. Achtereenvolgens worden input, proces en output bekeken.
- Het laatste onderdeel gaat in op de noodzakelijke prikkels, systeemtechnische beperkingen, institutionele randvoorwaarden en de mogelijke rol van een alternatief inkoopstelsel.

Als case studie kijken we naar het inkoopproces in de medisch specialistische zorg in 2012. We doen dit op basis van gesprekken met verzekeraars en zorgaanbieders die medio 2012 zijn gevoerd. Deze case studie wordt zowel als basis voor de analyses, als ter illustratie van de analyse gebruikt. We hebben voor het inkoopproces van de medisch specialistische zorg als uitgangspunt van de analyse gekozen, omdat deze zorg de grootste deelmarkt is waar het stelsel in zijn huidige vorm van toepassing is. Op de andere omvangrijke zorgmarkt, de langdurige zorg op basis van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), is de rol van verzekeraars kleiner. De inkoop van AWBZ-zorg is daarmee minder geschikt als basis voor de analyse.

Belangrijkste punten uit de Evaluatie Zvw/Wzt

Het zorgstelsel kan qua regelgeving worden gedefinieerd als bestaand uit de Wmg, de Zvw en de aanpalende regelgeving voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders zoals de Wzt en de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Dit stelsel heeft als een van haar belangrijkste doelstellingen het realiseren van meer doelmatigheid door minder centrale sturing en goede (financiële) toegankelijkheid.

De publieke belangen binnen het zorgstelsel bestaan uit de bekende trits kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Kwaliteit valt daarbij uiteen in veiligheid, effectiviteit, tijdigheid en klantgerichtheid. Toegankelijkheid wordt onderscheiden in financiële toegankelijkheid (risicosolidariteit en inkomenssolidariteit) en fysieke toegankelijkheid (beschikbaarheid en bereikbaarheid). Wat betreft betaalbaarheid moet zowel worden gedacht aan microdoelmatigheid van de individuele behandeling als aan macrokostenbeheersing voor het stelsel als geheel. Met name dit laatste is een randvoorwaarde die vanaf het begin aanwezig is geweest, maar die steeds meer expliciet wordt benoemd en zich steeds sterker doet voelen. (Dit geldt althans vergeleken met de situatie van 2005/2006, niet als we kijken naar de jaren daarvoor: de grote stappen met dit stelsel zijn gezet in een periode van relatief gunstige macro economische condities.) Daarmee drukt de kostenbeheersing een zware stempel op de inrichting en het functioneren van het stelsel. Het is ook t.a.v. dit laatste aspect dat voortdurend sprake is van overheidsingrijpen (kortingen, convenanten). Hier is tevens sprake van de meeste spanning tussen het verzekeringsmodel (met binnen het verzekerde pakket onbegrensde aanspraak) en de uitgavenbeheersing respectievelijk het gesloten uitgavenkader.

¹ Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag, ZonMw, Den Haag 2009.

² Marktscan zorgverzekeringsmarkt: Weergave van de markt 2008-2012, NZa juni 2012; Marktscan; Monitor toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt: Onderzoek naar belemmeringen voor toetreding en de positie van kleine zorgverzekeraars, NZa april 2012; Monitor zorgverzekeringsmarkt Weergave van de markt 2007-2011, NZa juli 2011; Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg, contractvormen onder DOT, Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn en Zorgmarkt advies, december 2011.

Uit de evaluatie van de Zvw en Wzt die in 2009 in opdracht van het ZonMw door NIVEL en iBMG werd uitgevoerd kwamen de volgende knelpunten op de zorginkoopmarkt naar voren:³

- Disfunctionerende bekostiging ziekenhuizen
- Gebrek aan prestatie-indicatoren zorgaanbieders
- Tekortschietend zorgaanbod (in aantal en variëteit)
- Beperkte patiëntsturing met gedifferentieerde eigen risico's
- Ex-post risicoverevening van verzekeraars voor ziekenhuiszorg A-segment

Naar aanleiding van deze signalering rijst de vraag of de doelstellingen en prikkels die in het zorgstelsel waren voorzien gaandeweg zijn verschoven, en zo ja hoe? Hierbij kan worden gedacht aan steeds meer publiek-private borging via convenanten; Kostenbeheersing via publieke ingrepen; en het verschuiven van mededingingsnormen naar zorginhoudelijke normen zoals ten aanzien van zorgfusies, opsplitsing en verticale integratie (ook al heeft alleen het laatste direct betrekking op zorgverzekeraars). In dit verband zijn de recente convenanten⁴ een reactie van de overheid op kennelijk tekortschietende resultaten van verzekeraars of waren zij het initiatief van aanbieders (met als doel verdere onrust/kortingen te voorkomen).

Tegelijkertijd zien we het invullen van randvoorwaarden voor concurrentie, zoals de afbouw van de ex-post risicoverevening, het afschaffen van het representatiemodel op concurrerende markten en, als nieuw element, het voornemen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om door aanpassen van artikel 13 Zvw het selectief contracteren te bevorderen. Verder is per 1 januari 2012 de ruimte voor prestatiebekostiging met vrije prijzen (behalve voor de honorariumcomponent) voor medisch specialistische zorg fors toegenomen tot 70% van de omzet.

Probleemanalyse

Veel van de problemen die worden gesignaleerd ten aanzien van het functioneren van het zorgstelsel hebben te maken met de vele gezichten van de fundamentele afruil binnen het stelsel tussen de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid versus macrobetaalbaarheid. Hierbij spelen in het bijzonder:

- het individueel recht op zorg ('open einde') versus de publieke voorziening ('op=op');
- de kosteneffectiviteitsgrens (euro's per gewonnen levensjaar in goede gezondheid) als pakketafbakening (een alternatief instrument dat momenteel niet gebruikt wordt in afweging betaalbaarheid/toegankelijkheid);
- de risicosolidariteit met beïnvloedbare (lifestyle) aandoeningen;
- toekomstige doorbraaktechnologie zoals de nu nog theoretische gen-pil op maat voor elke consument.

Wellicht volgen hierop nog concrete discussies over innovatie en 'voorlopige pakket toelating' of een discussie over dure en weesgeneesmiddelen. Het pakket is echter voor de verzekeraar op hoofdlijnen een exogeen gegeven.

Verder speelt de spanning tussen inkomenssolidariteit (belastingen) versus de tweedeling een rol, waarbij het aanvullende pakket uiteindelijk

³ Daarnaast signaleerde het evaluatierapport ook het bestaan van reguleringonzekerheid ten aanzien van verticale integratie, de omvang van de zorgplicht en de impact van Europese regelgeving. Op deze problematiek wordt in de huidige research paper niet nader ingegaan.

⁴ Inmiddels (juli 2012) uitgebreid tot medisch specialistische zorg (Hoofdlijnenakkoord (HLA) en beheersmodel vrijgevestigd specialisten), GGZ en huisartsenzorg.

(maar nu nog niet) mogelijk als lanceerplatform gaat functioneren voor experimentele zorg ('solidariteit met vertraging van tien jaar'). De ontwikkeling ten aanzien van artikel 13 Zvw over de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg, waar VWS de mogelijkheid van een vergoeding van 0% wil verankeren, schuift voorts het stelsel weer een stukje in de richting van tweedeling: vrije keuze voor hen die het kunnen en willen betalen; keuzebeperving voor de rest (wat de oude ziekenfonds/particulier tegenstelling mogelijk weer in het leven roept) – tenminste in de veronderstelling dat een volledige restitutiepolis duurder is dan een naturapolis;

Ten slotte is de vicieuze cirkel van saamhorigheid en houdbaarheid van belang. De wettelijke verplichting tot verzekeren leidt tot opnemen van alle zorguitgaven op de rijksbegroting, waardoor het slechts door de inhoud van het pakket begrensde individuele recht op zorg leidt tot oplopende publieke uitgaven. Bij overschrijdingen zijn er drie opties voor de overheid:

- Optie 1: Pakketaanpassingen (verlagen risicosolidariteit): dit drukt op korte termijn financiële toegankelijkheid.
- Optie 2: Eigen risico's en eigen betalingen (verlagen inkomenssolidariteit): dit drukt op korte termijn financiële toegankelijkheid en de huidige vormgeving (100% eigen risico over een laag aanvangsbedrag) is niet effectief bij keuzes tussen vooral tweede-lijnaanbieders (wie/wat je ook kiest als consument, het eigen risico wordt opgesoupeerd).
- Optie 3. Prijsmaatregelen zorgaanbieders: de gevolgen hiervan zijn minder zichtbaar en pregnant doordat deze vooral lange(re) termijn gevolgen hebben voor kwaliteit (tijdigheid) en toegankelijkheid (wachlijsten respectievelijk).

In de praktijk leiden optie 1 en 2 tot de meeste discussie en politieke tegenstellingen, terwijl optie 3 vrij algemeen geaccepteerd wordt. Overigens staat de keuze tussen publieke voorziening of private verzekeraars orthogonaal op de problemen op de zorginkoopmarkt (zoals kwaliteitsinformatie, productstructuur en marktmacht). Zelfs als verzekeraars 100% doelmatig zouden inkopen en zorgaanbieders 100% doelmatig zouden produceren, blijft de afruil tussen macrobetaalbaarheid en kwaliteit/toegankelijkheid bestaan. Met andere woorden: er is een autonome groei van zorguitgaven (als gevolg van technische vooruitgang, demografische ontwikkelingen en toenemende verwachtingen van burgers door inkomensstijging) die grotendeels buiten de individuele invloedssfeer van private inkooppartijen c.q. verzekeraars ligt. Wel kan het vergroten van de doelmatigheid de korte termijn macrobetaalbaarheid vergroten.

De vraag is welke institutionele vormgeving de voorkeuren van consumenten het beste kan realiseren en tegelijkertijd in balans kan brengen met de financiële grenzen van het stelsel. De politieke keuze tussen harde en zichtbare pijn bij identificeerbare groepen (eigen betalingen, kleinere dekking) en zachtere en verholde pijn bij iedereen (wachlijsten, uitredende aanbieders) is in de praktijk snel gemaakt. Zonder een ex-ante geobjectiveerd (*rule-based*) mechanisme van pakketsamenstelling en ten aanzien van de omvang van eigen betalingen blijft elke vorm van het zorgstelsel gegijzeld door de politieke verleiding van ad-hoc prijsmaatregelen.

Daarmee wordt het inkoopmodel in wezen een verdeelmodel waarbij het totale te verdelen bedrag op voorhand vaststaat: de resterende vraag is dan of de verdeling door verzekeraars binnen het huidige stelsel ten opzichte van een verdeling die door de overheid aan nadere regels wordt

gebonden: (a) leidt tot een betere verdeling; of (b) niet leidt tot een betere verdeling, maar een evenwaardige verdeling tegen lagere kosten.

Kenmerken verzekeringssysteem

De kenmerken van het Nederlandse zorgverzekeringssysteem zijn:

- een verplichte algemene private verzekering;
- met een publiek vastgesteld basispakket;
- uitgevoerd door risicodragende private zorgverzekeraars.

Risicoselectie wordt tegengegaan doordat tegenover een algemene acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie voor de verzekeraars, een vergoeding van kosten voor bovengemiddelde risico's in de vorm van het risicovereveningssysteem staat. Wel is voor verzekerden sprake van een (wettelijk gelimiteerd) verplicht en een optioneel vrijwillig eigen risico, en van een collectiviteitskorting die maximaal 10% bedraagt. Dit is de enige vorm van premiedifferentiatie die wel is toegestaan – en de meeste werknemerscollectiviteiten zijn relatief gezond.

Een belangrijk controlemechanisme voor de uitvoering van de Zvw is de op verzekeraars rustende zorgplicht. De zorgplicht verplicht een verzekeraar om te zorgen dat zijn verzekerden tijdig, voldoende en kwalitatief goede zorg krijgen of dat verzekerden de kosten vergoed krijgen van de benodigde zorg waarop zij recht hebben. Zoals hieronder nader aan de orde komt, is de gedachte dat verzekeraars bij de uitoefening van hun inkoopfunctie als het ware automatisch aan kostenbeheersing doen, in het bijzonder door de toepassing van (dreigen met) selectief contracteren en het maken van prijsafspraken. Hieronder wordt uitgewerkt waarom deze inkooprol de motor van het zorgverzekeringssysteem vormt en wordt de werking van de inkoopmarkt als motor van het zorgstelsel achtereenvolgens in theorie en in de huidige praktijk behandeld.

1. Hoe werkt de motor in theorie?

De werking van de motor van het zorgverzekeringsstelsel is gebaseerd op de koppeling tussen zorgverzekeringsmarkten enerzijds en de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt anderzijds. In een concurrerende zorgverzekeringsmarkt kunnen consumenten stemmen met de voeten: ofwel hun keuzevrijheid uitoefenen. Dit vergt dat er wel iets te kiezen moet zijn, en er moeten prikkels bestaan om ook daadwerkelijk te kiezen tussen concurrerende verzekeraars.

1.1 Selectief inkopen

Verzekeraars bundelen de zorginkoop voor de zorgvraag van hun eigen consumenten. Zij kunnen meer of minder volume inkopen (binnen de grenzen die de zorgplicht oplegt) en/of meer kwaliteit. Doordat zij ervoor kunnen kiezen om zorgaanbieders wel of niet te contracteren oefenen zij druk uit op de aanbieders om de kosten beheersbaar te maken en om meer kwaliteit te leveren. Op deze wijze wordt de door het stelsel beoogde brug geslagen tussen kostenbeheersing op macroniveau en de groeiende zorganspraken van de individuele consument. Afdwongen doelmatigheidswinst remt de groei van de uitgaven.

Selectief inkopen door zorgverzekeraars heeft dus tot doel om voorkeursaanbieders te belonen voor het leveren van efficiëntere (inbegrepen kwalitatief betere) zorg. Dit leidt ertoe dat verzekeraars zich kunnen onderscheiden en dus aantrekkelijker worden voor consumenten. Selectief contracteren is echter een middel, en niet per se een doel op zich. Wanneer er betrekkelijk kleine verschillen in kwaliteit en doelmatigheid tussen aanbieders bestaan, is selectief contracteren vooral een drukmiddel tijdens de contractonderhandelingen. Immers, voor een aanbieder valt er meer te verliezen als er veel kwalitatief hoogwaardige concurrentie bestaat, waardoor verzekeraars prijskortingen kunnen bedingen. Als aanbieders echter akkoord gaan met prijskortingen, zullen verzekeraars ze toch willen contracteren om de (wens tot) zo veel mogelijk vrije artskeuze van consumenten in zorgverleningsmarkten te honoreren. De dreiging van selectieve inkoop zal dan volstaan zodat selectieve inkoop zich in het marktevenwicht niet daadwerkelijk voor zal hoeven te doen.

Het daadwerkelijk voorkomen van selectieve zorginkoop is vooral te verwachten in markten waarin grote en zichtbare verschillen in kwaliteit en doelmatigheid bestaan. De verwachting is dat dit vooral tijdelijk het geval zal zijn in markten waar geen langdurige ervaringen met prijsconcurrentie bestaan en waarbij er een begin is gemaakt met transparantie van kwaliteit. Zonder duidelijke kwaliteitsinformatie zullen verzekeraars het namelijk lastig hebben om hun verzekerden te overtuigen om polissen met een selectief gecontracteerd zorgaanbod af te nemen omdat patiënten doorgaans zeer hechten aan eerder opgedane ervaringen met zorgaanbieders in de buurt. Wanneer de dreiging van selectieve inkoop eenmaal effectief is sturen zorgverzekeraars zoals in de voorgaande alinea uiteengezet weer op zo veel mogelijk contracteren omdat consumenten vrije artskeuze hoog waarderen.

1.2 Aanspraken versus voorzieningen

Bij de impopulariteit van beperkingen op de keuzevrijheid speelt een rol dat de Zvw aanspraken kent in plaats van voorzieningen. Dit is anders dan de situatie bij het PGB in de AWBZ of de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Bij een voorziening heb je als consument niet de keus tussen verschillende uitvoerders, bij de Zvw is keuzevrijheid voor consumenten tussen zowel aanbieders als verzekeraars beoogd. Vooral de keuzevrijheid bij het aanbod levert spanning op met selectieve inkoop door verzekeraars en het sturen van verzekerden naar preferente (gecontracteerde) aanbieders.

Bij een voorziening speelt een dergelijke keuze in mindere mate: bij de door de gemeente uitgevoerde WMO heeft de cliënt geen keus tot welke gemeente hij zich wendt om gebruik te maken van de voorziening, tenzij hij verhuist naar een andere gemeente. In de huidige AWBZ is het persoonsgebonden budget (PGB) ook een voorziening.

In de Zvw heeft de consument tot op heden aan de aanbodkant volop keus: verzekeraars contracteren vrijwel alle ziekenhuizen, en ook de meeste overige zorgaanbieders. Dit lijkt verzekeraars te beperken in hun mogelijkheden om selectief te contracteren en zo druk uit te oefenen op aanbieders. Eén van de beoogde aandrijfassen van de motor van het zorgstelsel is immers dat verzekeraars de mogelijkheid hebben om (te dreigen met) selectief te contracteren met zorgaanbieders. Op het moment dat consumenten keuzevrijheid van zorgaanbieder belangrijk vinden -en kwaliteitsinformatie ontbreekt die selectieve inkoop kan legitimeren- is de dreiging tot selectief contracteren minder geloofwaardig, en zullen zorgaanbieders hogere prijzen kunnen bedingen. Vanuit welvaartsperspectief is dit niet per definitie een probleem: de markt levert namelijk waar de consument om vraagt. Dit leidt mogelijk wel tot gedragsreacties van de overheid – zoals eerder geschetst: een pakketverkleining, meer eigen risico of prijsmaatregelen – die wel problemen kunnen opleveren, namelijk een bedreiging van de solidariteit en/of de toegankelijkheid.

1.3 Hoe werkt de motor in de praktijk?

In de praktijk is echter sprake van weinig onderscheidend gedrag en overigens ook weinig onderscheidend vermogen van de verzekeraars. Dit laatste vloeit voort uit het feit dat het basispakket gegeven is, sprake is van acceptatieplicht en het feit dat het eigen risico en de maximale collectiviteitskorting gegeven worden, dit in combinatie met het huidige verbod op premiedifferentiatie. Dat verbod geldt binnen een polis, met andere woorden je mag wel premiedifferentiatie toepassen tussen polissen mits je alle verzekerden die voor een bepaalde polis kiezen, maar dezelfde premie/voorwaarden aanbiedt (met uitzondering van de collectiviteitskorting). In die zin is het opmerkelijk dat er gemiddeld genomen weinig premieverschil lijkt te bestaan tussen een restitutiepolis en een naturapolis.

Overigens is de vraag of de bestaande mogelijkheden op zorgverzekeringsmarkten voldoende worden benut: het eigen risico mag bijvoorbeeld worden teruggegeven in geval van keuze voor preferente aanbieders. Er is echter weinig inventiviteit op die markt tot nu toe, wellicht mede door mogelijkheid van jaarlijkse overstap van verzekerden. Dit maakt het rendement van een lange termijn inspanning onvoorspelbaar. Daarbij is weinig relevante/kenbare kwaliteit- en keuze-informatie beschikbaar. In combinatie met een consumentenvoorkeur tot dusver voor brede contractering (toegankelijkheid) en voor een hoge

vergoeding van zorg buiten het gecontracteerde netwerk leidt dit in de praktijk tot weinig selectieve contractering.

In theorie is ook een geloofwaardige dreiging van het niet contracteren van een zorgaanbieder wellicht al voldoende om een disciplinerende werking uit te oefenen. In de praktijk echter, leidt de huidige beperkte mate van selectief contracteren kennelijk niet tot de gewenste kostenbeheersing. Een mogelijk probleem is de capaciteit: alleen in een situatie van een zekere mate van overcapaciteit is selectief inkopen een reële mogelijkheid. Dit verschilt van zorgmarkt tot zorgmarkt. Een voorbeeld is de huisartsenmarkt, met weinig aanbod, tegenover de markt voor fysiotherapie, met overcapaciteit. Voor de medisch specialistische zorg geldt dat wanneer ten behoeve van de macro kostenbeheersing alle ziekenhuizen gezamenlijk gemiddeld 2,5% op jaarbasis mogen groeien, is nog niet gezegd dat in een bepaalde regio één geprefereerd ziekenhuis alle groei zou kunnen absorberen. Gebrek aan overcapaciteit beperkt de mogelijkheid om volume van x naar y te brengen via de contractering. Daarnaast is het probleem dat de 2,5% groei op macroniveau van toepassing is, maar lokaal wordt gezien als basis waar men recht op heeft, waarvan vervolgens kan worden afgeweken. Verzekeraars moeten dan echter bij ziekenhuis x een lagere groei of krimp afspreken, om y een hogere groei toe te kunnen delen. Dit verdelingsmechanisme werkt niet goed in de praktijk, onder andere omdat verzekeraars zeggen dat zij hun eigen 'inkoopruimte' niet kennen. In plaats van in te zetten op het onderhandelingsproces met individuele aanbieders leunen zorgverzekeraars bovendien kennelijk liever op collectieve afspraken onderling, met aanbieders en met de politiek. Dit heeft ook te maken met de gepercipieerde beperkte legitimiteit van de selectieve rol van de verzekeraar: de politiek c.q. de wetgever zullen waarschijnlijk weinig weerstand bieden aan kritiek op dit front en al te scherp contracterende verzekeraars ter verantwoording roepen, zeker indien consumenten keuzebeperking aanvechten als een aantasting van het recht op vrije artskeuze.

Daarnaast is het zo dat verzekeraars weliswaar een (concurrentie-) prikkel hebben om individueel relatief beter te presteren op de inkoop dan gemiddeld/de concurrent, maar collectief geen baat hebben bij een macrokostenbesparing. Het afschaffen van de macronacalculatie in 2012 voor de collectieve kostenstijging verandert aan deze constatering niets. Immers de individuele prikkels tot scherpe zorginkoop blijven op zijn best onveranderd, en verslechteren mogelijk zelfs.⁵ De voortdurende macrokostenstijging in de curatieve zorg is echter voornamelijk door de technologische ontwikkelingen en verwachtingen – en in mindere mate door de vergrijzing – gedreven en daardoor voor alle verzekeraars min of meer exogeen bepaald. Het niet inkopen van nieuwe technologie wordt gezien als een signaal van een stagnerend ambitieniveau en jaagt consumenten die een volledig scala aan opties zoeken weg.

De conclusie is dan ook dat de motor in de praktijk qua macrokostenbeheersing nog niet goed werkt. Het lijkt erop dat de weinige concurrentie zich op het moment beperkt tot het bedienen van de service- en zorgbehoeften van de individuele zorgconsument. Wellicht werkt de motor op dit moment zelfs averechts: de voorkeur van de consument en het gebrek aan kwaliteitsinformatie verhinderen de

⁵ R. Halbersma en M.C. Mikkers, "Afschaffing macronacalculatie voor zorgverzekeraars verlaagt doelmatigheidprikkels". VGE bulletin 2010. De redenering is dat de overheid beter systeemrisico's (zoals technologiegedreven kostenstijgingen) kan dragen dan individuele verzekeraars, omdat risico-averse inkopers de onzekerheid in macroramingen kunnen vertalen naar lagere inspanningen op de inkoopmarkt.

verzekeraar selectief in te kopen, c.q. geloofwaardig hiermee te dreigen richting zorgaanbieders.

Wij kijken nu achtereenvolgens naar de inputs, het proces en de uitkomsten op de zorginkoopmarkten. Daarna wordt ingegaan op de institutionele context en de randvoorwaarden.

– (i) Input

Dit betreft zowel de relatie zorgverzekeraar-consument als de relatie zorgverzekeraar- zorgaanbieder. De inputs bestaan uit de beschikbare instrumenten en de bestaande marktstructuur waaronder de mogelijkheden tot toetreding. De Zvw biedt de zorgverzekeraars een aantal instrumenten waaronder de mogelijkheid tot het zelfstandig vaststellen van nominale premies en het aanbod aan vrijwillig eigen risico (binnen een wettelijk maximum, naast het verplicht eigen risico). Koppeling van de verkoop van aanvullende verzekeringen en niet-zorg schadeverzekeringen met de basisverzekering is eveneens mogelijk en een van de weinige bronnen van winstgevendheid.⁶ Er is een scala aan verschillende typen contracten die zorgverzekeraars kunnen afsluiten met ziekenhuizen waaronder *lump sum* en *capitation fee* contracten. Ook verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders of het inhuren van eigen zorgaanbieders is tot dusver niet verboden, hoewel inmiddels demissionair minister Schippers inmiddels een verbod heeft aangekondigd.

De marktstructuur op de verzekeringsmarkt wordt gekenmerkt door een hoge concentratiegraad met lage winstmarges en een minimumschaal van 100.00-400.000 verzekerden. Dientengevolge is er beperkt ruimte voor toetreding van nieuwe verzekeraars. Wel blijken juist de bestaande kleine verzekeraars het qua winstgevendheid en autonome groei beter te doen dan de grote consortia die het moeten hebben van fusies en (waar mogelijk) koppelverkoop met andere schadeverzekeringen en geldt dat ondanks landelijk werken de meeste verzekeraars toch nog duidelijke regionale zwaartepunten hebben.

Voor toetreding van verzekeraars is van belang dat ziekenhuizen en andere aanbieders tot nu toe volledig door zittende verzekeraars zijn gecontracteerd. Opbouwen van een netwerk zal voor toetreder dan ook moeizaam zijn, zeker nu contractafspraken meestal focussen op de regionale marktleider. De meeste vraag van afnemers van zorg is immers regionaal. Daarnaast hebben ziekenhuizen een liquiditeitsprobleem dat voornamelijk moet worden opgelost door afspraken over bevoorschotting. Ten aanzien van bevoorschotting zijn voor de betrokken zorgaanbieders vooral afspraken met de plaatselijk dominante verzekeraar van belang.

De deelmarkten voor zorgaanbieders laten zijn verschillen zien ten aanzien van de marktstructuur. Op hoofdlijnen is de markt voor medisch specialistische zorg ondanks recente toetredingen (> 150 ZBC's, echter met een laag gezamenlijk marktaandeel) geconcentreerd, de winstmarges zijn smal maar er is gestage omzetgroei. Regionaal is vaak sprake van nog grotere concentratie.

– (ii) Proces

Het proces betreft de wijze van onderhandelen en inkopen. Hieronder valt de praktijk van pas in november van jaar t nadenken over t+1; zeer laat contracteren – in de meeste gevallen pas nadat de consument zijn polis heeft ontvangen, zodat deze zijn keuzes niet door het inkoopgedrag

⁶ Het resultaat op de basisverzekering (2010) bedroeg ca. €2 per verzekerde (>18), voor een aanvullend verzekerde €24-€34. (bron: NZa, marktscan verzekeringsmarkt, juni 2012).

kan laten informeren; politieke afhankelijkheid, lobby- en afschuifgedrag. In de paragraaf "Inkoop medische specialistische zorg: ervaringen in de praktijk" werken we dit verder uit.

– (iii) Uitkomsten

De kosten van de zorg nemen nog steeds toe. Tegelijkertijd – en als gevolg daarvan – nemen de nominale premies toe evenals het wettelijk eigen risico en de inkomensafhankelijke premie (voor sommige inkomensgroepen), met grotere druk op de inkomenssolidariteit. De politiek waakt voor de macrobudgettaire controle onder meer door de invoering in 2012 van het macrobeheersingsinstrument in de Wmg. Hiermee worden feitelijk weer instellingsbudgetten ingevoerd en worden de verzekeraars regelrecht gepasseerd: wat voor zin hebben de langdurige onderhandelingen als uiteindelijk via budgetten door de overheid hard gecorrigeerd wordt? Hierbij hangt bovendien veel van de uitwerking van het model af: de wijze waarop een overschrijding wordt teruggesluisd naar de verzekeraars, beïnvloedt hun prikkel om scherp in te kopen.⁷

Institutionele context

De publiek-private context van de (uitvoering van de) zorgverzekering geeft de brancheverenigingen een belangrijke rol, daar waar de wetgever oorspronkelijk is uitgegaan van individuele verzekeraars en aanbieders. Voorts bevordert de overheidsregulering ongeacht deze eerdere bedoeling van de wetgever tot nu toe collectief optrekken – in eerste instantie op "niet-concurrentiële" markten en nu opnieuw tijdens de overgangperiode door het begrenzen van de onderhandelingsmarges. Verzekeraars trekken dan ook samen op, ook bij de zorginkoop via het representatiemodel en de daaraan voorafgaande regiovertegenwoordiging, mede via convenanten met andere koepelorganisaties en VWS. Daar staat tegenover dat het representatiemodel zal worden afgebouwd in het geliberaliseerde segment en dat ook de ex post risicoverevening wordt afgebouwd. Zoals al genoemd, wordt de eis om een redelijke vergoeding of zelfs welke vergoeding dan ook te geven voor niet-gecontracteerde zorg mogelijk afgeschaft (mits – tijdig – aan de zorgplicht wordt voldaan). Van belang is voorts dat de macronacalculatie tot 2012 voor verzekeraars de prikkel weghaalde om collectief de uitgaven omlaag te brengen. Ook daarna hoeven de verzekeraars vanuit concurrentieoverwegingen (mede gelet op overig gering onderscheidend vermogen) echter alleen maar de nominale premie bij elkaar in de buurt te houden.

Publieke randvoorwaarden

De politieke interventie ten aanzien van de zorginkoopmarkt heeft voor het merendeel – maar niet alleen – betrekking op de hier boven al genoemde macrokostenbeheersing. Daarnaast is de zorgplicht een heikel onderwerp gezien de mogelijk aanzienlijke eigen vergoedingen te betalen door consumenten ten opzichte van de vergoeding van "marktconforme tarieven" bij niet-gecontracteerde zorg.

Behalve de schaal van de aangeboden zorg die aanleiding geeft tot het invoeren van een sectorspecifieke fusietoets wordt de verticale integratie tussen verzekeraars en zorgaanbieders in de politiek zo negatief gezien dat deze aanleiding is tot het invoeren van een verbod. Hiermee wordt een potentieel belangrijke vrijheidsgraad van de zorgverzekeraars weggenomen in de zin dat een verzekeraar, om te kunnen voldoen aan zijn zorgplicht (vooral bij de naturapolis) gehouden is om bestaand

⁷ De beleidsregel over het MBI voorziet in een verplichte afdracht van aanbieders aan het zorgverzekeringsfonds in geval van een macro overschrijding. Of en zo ja, hoe deze afdrachten (via de verevening) weer bij verzekeraars terecht komen, is nog niet bekend.

aanbod te contracteren en niet meer de mogelijkheid zal hebben het aanbod in eigen beheer te organiseren. Dit speelt in de praktijk van de zorginkoop dan ook geen rol van betekenis.⁸

⁸ Dit geldt mogelijk met uitzondering van DSW. Interessant is wel dat een aantal kleinere ziekenhuizen de omgekeerde weg kiezen: zij willen gezamenlijk een verzekeringspolis aanbieden die zorg in de buurt garandeert.

2. Casus: inkoop medisch specialistische zorg

Ter ondersteuning van de analyse willen we een casuspositie behandelen waar de inkooprol van de verzekeraar centraal staat. We kiezen daarbij voor de markt voor medisch specialistische zorg, aangezien op deze markt in 2012 voor het eerst (enkele uitzonderingen daargelaten zoals de inkoop door CZ voor borstkanker) sprake is van selectieve inkoop en het grotendeels wegvallen van de oude bekostigingsvormen. Daarnaast is dit qua volume de belangrijkste (grotendeels) geliberaliseerde markt.

Medisch specialistische zorg

In de medisch specialistische zorg is vanaf 2012 sprake van 70% vrije prijzen. Honorariumtarieven zijn nog volledig gereguleerd. In 2012 is de macronacalculatie in de verevening afgeschaft, evenals de hoge kosten verevening. Voor de ziekenhuis inkoop is deels nog sprake van een representatiemodel (A-segment, schaduwbudget).

Ten aanzien van het inkoopproces 2012 geldt dat sprake is van een deels nieuw publiek kader voor de zorginkoopmarkt. Daarnaast geldt een kader voor de zorgverzekeringmarkt.⁹ Beide worden hier kort geschetst.

2.1 Het financiële kader zorginkoopmarkt

2.1.1 Hoofdlijnenakkoord

Op 4 juli 2011 is door VWS met de brancheorganisaties van ziekenhuizen, ZBCs en zorgverzekeraars een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (HLA) gesloten.¹⁰ De partijen bij dit akkoord nemen hierin een gedeelde verantwoordelijkheid op zich om bij te dragen aan een beheerste kostenontwikkeling van de medisch specialistische zorg met een groei van niet meer dan 2,5% per jaar. Overschrijdingen worden met het macrobeheersingsinstrument (MBI) teruggevorderd van alle zorgaanbieders. Het MBI treedt in werking na dat de minister het bestaan van een overschrijding heeft vastgesteld en vervolgens aanwijzing tot terugvordering aan NZa geeft. Op grond van dit instrument (in combinatie met het HLA) kan wel worden gesteld dat in feite sprake is van (voortgezette) budgettering. De NZa rekent het bedrag van de overschrijding toe aan een individuele instelling naar rato van het aandeel van haar jaaromzet in het totaal van de jaaromzet van alle instellingen.¹¹ Er wordt dus een omzetplafond als generieke korting toegepast zonder onderscheid naar bijvoorbeeld doelmatigheid.

2.1.2 Macrobeheersinstrument

Ten behoeve van het MBI heeft de NZa op 14 december 2011 een beschikking landelijk omzetplafond medisch specialistische zorg vastgesteld alsmede beschikkingen met individuele MBI plafonds per instelling. Het is nog niet duidelijk hoe wordt omgegaan met overschrijdingen, bijvoorbeeld of deze geheel of slechts gedeeltelijk

⁹ Zie ook K.D. Meersma en B.A. van Schelven, Euro's voor de zorg: Contracteren van medisch specialistische zorg in 2012, Branchegroep AKD, mei 2012.

¹⁰ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/07/05/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord-2012-2015.html>

¹¹ Beleidsregel BR/CU-2062 Macrobeheersmodel, NZa 1 januari 2012.

worden teruggevorderd. In die zin is geen sprake van een hard plafond op voorhand.¹² Voor de honorariumkosten van de medisch specialisten geldt een separaat akkoord tussen VWS, de ziekenhuizen en de Orde van medisch specialisten.¹³ De NZa stelde hiertoe honorarium-omzetplafonds per instelling vast. Dit zijn wel concrete bedragen.

2.1.3 Tarief- en prestatieregulering

Ten slotte geldt op grond van de Wmg dat de tarieven en prestaties voor medisch specialistische zorg worden vastgesteld door de NZa. Slechts door de NZa vastgestelde tarieven en prestaties mogen tussen partijen in rekening worden gebracht, anders is sprake van een tariefdelict. Hierbij moet worden opgemerkt dat een door de NZa vastgesteld vrij tarief voor een prestatie of bundel van prestaties – zoals in het B-segment dat 70% van de medisch specialistische zorg beslaat – ook als een Wmg conform tarief geldt, terwijl de hoogte tussen partijen onderling wordt bepaald.

2.1.4 Contractvrijheid ingekaderd

Er zijn ten slotte ook generieke juridische grenzen aan de contractvrijheid van partijen in de zorginkoopmarkt, zoals de redelijkheid en billijkheid. Zo bepaalde de voorzieningenrechter rechtbank Arnhem onlangs dat een verzekeraar de plicht had om ten minste drie maanden door te blijven onderhandelen met een ZBC waarmee hij al 12 jaar zaken deed en om ten minste een geheel kalenderjaar lang vergoedingen te blijven betalen op basis van de in het voorgaande jaar gesloten afspraken.¹⁴ In dit kader werd het niet als redelijk beschouwd dat de verzekeraar star vasthield aan het in het HLA bepaalde groeicijfer van 2,5% tegenover het door het ZBC geclaimde groeicijfer van 50% op basis van de historische trend. Tegelijkertijd benadrukte de rechter wel dat het HLA een maatschappelijk gegeven was waaraan beide partijen naar vermogen moesten meewerken. Maar kennelijk wenst de rechter dat waar nodig gedifferentieerd wordt ten aanzien van de 2.5% norm uit het HLA.

Al eerder bepaalde de voorzieningenrechter rechtbank Breda in een zaak aangaande het vergoeden van verslavingszorg dat gezien het bijzondere karakter van de partijen op de zorginkoopmarkt (waarbij partijen tot elkaar veroordeeld zijn) sprake is van bijzondere verplichtingen en verantwoordelijkheden – zelfs in de afwezigheid van een overeenkomst.¹⁵ Het is lastig om een dergelijke uitspraak te vertalen naar de medisch specialistische zorg maar het is duidelijk dat de context van onderlinge afhankelijkheid en redelijkheid en billijkheid beperkingen oplegt aan de speelruimte van de inkopende partij die bovendien vooraf lastig in te schatten zijn. In de medisch specialistische zorg is ook vaak sprake van langdurige contractuele relaties en is er minder of meer gespecialiseerd aanbod waardoor aanbieder en verzekeraar elkaar wel moeten vinden.

¹² Als er geen overschrijding is dan is het plafond gelijk aan de gerealiseerde omzet, is er wel een overschrijding, dan geldt de omzet minus een korting naar rato. Gevolg is dat noch aanbieder, noch inkopende partij op voorhand weten welk bedrag als plafond geldt bij een instelling.

¹³ <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/06/15/overeenkomst-bekostiging-vrij-gevestigd-medisch-specialisten-transitie-2012-2014.html>

¹⁴ Voorzieningenrechter Rechtbank Arnhem, 18 juni 2012, LJN: BW9172.

¹⁵ Voorzieningenrechter Rechtbank Breda, 23 november 2011, LJN BU5717.

2.2 Kader zorgverzekeringsmarkt

2.2.1 Verplicht private verzekering

De kenmerken van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel zijn dat sprake is van een (verplichte) algemene private verzekering met een publiek vastgesteld basispakket, uitgevoerd door risicodragende private zorgverzekeraars. Risicoselectie wordt tegengegaan doordat bovenop een algemene acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie voor de verzekeraars een vergoeding van kosten voor bovengemiddelde risico's in de vorm van het risicovereveningsstelsel bestaat. Wel is sprake van een (wettelijk gelimiteerd) verplicht en optioneel vrijwillig eigen risico, en van een collectiviteitskorting die maximaal 10% bedraagt. Ook is voor de toegang tot collectiviteiten risicoselectie wel toegestaan.

2.2.2 Zorgplicht

Op grond van artikel 11 Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben de zorgverzekeraars tegenover hun verzekerden een zorgplicht ten aanzien van de beschikbaarheid van voldoende verzekerde zorg (naturapolis) respectievelijk vergoeding van de kosten daarvan en bemiddeling bij het verkrijgen van zorg (restitutiepolis). Het gaat bij het regelen van zorg voor restitutie om een inspanningsverplichting (in de vorm van vergoeding van gemaakte kosten). Bij de naturapolis geldt een resultaatverplichting waarbij een gemotiveerd beroep op overmacht mogelijk is. Voor niet gecontracteerde prestaties, waar men dus niet kan kiezen voor gecontracteerde zorg, geldt 100% vergoeding tot maximaal het in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten bedrag.¹⁶ Voor niet gecontracteerde zorgaanbieders (indien wel voldoende zorg is gecontracteerd maar de consument zelf kiest voor een niet-gecontracteerde aanbieder) geldt dat een door de verzekeraar te bepalen deel van de vergoeding van de kosten volgt.¹⁷ De zorgplicht is een publiek gestelde norm die tussen partijen (verzekerde en verzekeraar) privaatrechtelijk handhaafbaar is en in het geval van structurele problemen door toezichtacties van de NZa.

2.2.3 Uitgavenbeheersing

Materieel is de uitgavenbeperking in 2012 nog steeds vooral een aangelegenheid van de overheid:

- voor vrijgevestigd specialisten is sprake van een door de NZa vastgesteld omzetplafond per aanbieder/instelling;
- bij ziekenhuizen geldt een schaduwbudget; omzet groter dan het schaduwbudget (A segment) wordt grotendeels afgeroomd;
- Daarnaast is sprake van een macrobeheersingsinstrument (kortingsinstrument). In de jaren 2005-2011 zijn verschillende kortingen doorgevoerd wegens overschrijding van de macrobudgetten (specialisten en ziekenhuizen). Daarbij heeft VWS geen onderscheid gemaakt tussen A en B segment uitgaven; kortingen zijn echter volledig in de gereguleerde tarieven verwerkt.¹⁸ Het nieuwe instrument voorziet in de mogelijkheid om zowel een deel van de in

¹⁶ Beleidsregel TH/BR-006 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw): de reikwijdte van de zorgplicht in begrippen, verantwoordelijkheden en normen. NZa juni 2012.

¹⁷ Artikel 13 Zvw suggereert dat hier een redelijke vergoeding vereist wordt. VWS heeft voorgesteld deze bepaling, die eerder EU rechtelijk noodzakelijk leek, te schrappen.

¹⁸ Voor ziekenhuizen was dat het gebudgetteerde A segment; medisch specialisten hebben zowel in het A als B segment nog gereguleerde (maximum-) tarieven.

het gereguleerde segment als het vrije segment gerealiseerde omzet af te romen.

Uitgavenbeheersing door de verzekeraars heeft dus, gelet op de overheidsinterventies, nog niet tot het beoogde resultaat geleid. De vraag is of dat vanaf 2012 wel gaat werken, nu verzekeraars materieel meer risico gaan lopen over hun uitgaven.

2.2.4 Late contractering

De afgelopen jaren was vrijwel geen sprake van selectieve inkoop; verzekeraars sloten contracten met vrijwel alle ziekenhuizen. Probleem dat zich daarbij steeds heeft voorgedaan, is dat de contractonderhandelingen erg lang duren. Het was niet ongebruikelijk dat ziekenhuizen pas in het najaar een contract kregen voor het lopende jaar. Dat heeft meerdere gevolgen:

- Zolang er geen contract is, weigeren de meeste verzekeraars declaraties te betalen.
- Lijstprijzen zijn voor de meeste instellingen geen realistische optie: de administraties zijn vaak niet ingericht op declaratie aan patiënten (elektronisch declareren is dan niet mogelijk), er is een hoog debiteurenrisico etc..
- Instellingen zijn daardoor aangewezen op hetzij bevoorschotting door de verzekeraar of op bankleningen; de keuzes voor het huidige vergoedingensysteem hebben geleid tot een structureel liquiditeitsprobleem, waardoor bevoorschotting een leidend thema is geworden in onderhandelingen tussen aanbieder en verzekeraar.
- Patiënten weten niet waar ze terecht kunnen en wat de verzekeraar bij welke aanbieder heeft gecontracteerd; wisselen van verzekeraar is alleen mogelijk tot 1 februari van het lopende jaar (met terugwerkende kracht tot 1 januari, en behoudens bij wisselen van werkgever).

Ook in 2012 is er sprake van late contractering. Partijen waren (in het eerder genoemde HLA) overeengekomen om de contractonderhandelingen voor 1 april af te ronden, Ook dit jaar is die streefdatum in verreweg de meeste gevallen niet gehaald. In feite is hier sprake van een vreemd verschijnsel: hoewel ziekenhuizen geen leveringsplicht hebben, leveren ze in het algemeen zorg zonder dat ze afspraken hebben over de hoogte van de vergoeding die ze uiteindelijk krijgen. Er worden in het algemeen geen patiënten geweigerd, hoewel eind 2011 een ziekenhuis bekend maakte dat verzekerden van één verzekeraar niet meer zouden worden geholpen aangezien de overeengekomen volumina waren bereikt.¹⁹

2.2.5 Kwaliteit

Sinds 2010/2011 is een discussie gaande over kwaliteit van het aanbod. Een verzekeraar heeft in 2010 de discussie aangezwengeld door aan te kondigen voor bepaalde vormen van zorg niet meer alle aanbieders te contracteren. Dat gaat niet om alle ingrepen, maar om specifieke behandelingen binnen een bepaald specialisme. Deze vorm van selectieve inkoop moet vanaf 2012 een rol gaan spelen in het proces van contracteren.

De criteria die door de verzekeraar (s) worden gehanteerd zijn bij de aanbieders omstreden, het gaat vooral om minimumaantallen ingrepen. Enkele aanbieders (SAZ ziekenhuizen) hebben bij de NZa een klacht

¹⁹ Zorgvisie 20 december 2011, TweeSteden Ziekenhuis weigert verzekerden Achmea.

ingediend tegen verzekeraars, die is afgewezen. Daarnaast hebben individuele ziekenhuizen rechtszaken aangespannen tegen verzekeraars.

Een en ander heeft geleid tot een discussie over concentratie van zorg. In 2011 heeft de selectie van aanbod slechts geleid tot het niet contracteren van enkele ziekenhuizen en dan ook voor een beperkt aantal behandelingen. Het is de vraag hoe een en ander in 2012 zal verlopen. (zie boven)

Een veel gehoorde veronderstelling is dat toenemende transparantie van kwaliteit zal leiden tot verdere schaalvergroting ("iedereen wil alleen naar de beste zorgaanbieder") en dat de ultieme consequentie hiervan is dat de zorginkoopmarkt publiek georganiseerd zou moeten worden. Dit is een misvatting. De praktijk in landen als de V.S., het V.K. en Duitsland leert dat transparantie van kwaliteit op kort termijn (3-5 jaar) leidt tot een afname in de variatie van kwaliteit (vooral aan de onderkant van het spectrum) en een toename in de gemiddelde kwaliteit. In plaats van één excellente aanbieder, leidt transparantie van kwaliteit eerder tot een homogener en hoogwaardiger zorgaanbod.

2.2.6 Conclusie: geen macro uitgavenbeheersing

Voorlopig kunnen we op grond van deze casus concluderen dat het opereren van verzekeraars op de inkoopmarkt tot op heden niet in die mate heeft gewerkt als werd beoogd, met name niet als het gaat om een macro uitgavenbeheersing. De gang van zaken bij de specialisten is illustratief: nog geen twee jaar na het afschaffen van de (sterk bekritiseerde) lumpsum financiering werd op aanwijzing van VWS (en naar aanleiding van een afspraak tussen VWS, Orde en NVZ) weer een systeem van omzetbegrenzing ingevoerd dat in zijn materiële uitwerking nagenoeg een kopie is van de lumpsum financiering van weleer. Deze kopie heeft als bonus voor zittende aanbieders dat dit belemmerend werkt voor nieuwe toetreders. Het systeem kent bovendien beperkingen voor verzekeraars met betrekking tot de mogelijkheden om selectief in te kopen. Immers, indien een verzekeraar zorgaanbod van aanbieder X naar Y wil verleggen om redenen van prijs/kwaliteit, is het denkbaar dat hij bij Y tegen de grens van het omzetplafond loopt (waardoor Y zonder extra vergoeding niet bereid is om de zorg te leveren) en X niet bereid is om een deel van het plafond af te staan (omdat ze dat ook voor andere productie kunnen benutten). Het individuele omzetplafond werkt dus een statische marktverdeling in de hand.

Ook het Hoofdlijnenakkoord laat zien dat het vertrouwen in het systeem bij de overheid op zijn best wankel lijkt te zijn.

3. Inkoop medisch specialistische zorg: ervaringen uit de praktijk?

Over het inkoopproces en meer in het bijzonder de contractering is in de afgelopen maanden al veel gezegd en geschreven. De NZa heeft op verzoek van VWS op 3 juli 2012 een advies uitgebracht over het verloop van de contractering.²⁰ De belangrijkste conclusies zijn dat contracten nog steeds laat in het jaar worden afgesloten; de NZa benadrukte nogmaals dat meer transparantie naar de verzekerden/patiënten noodzakelijk is.

Om te zien hoe het inkoopproces 2012 in de praktijk door betrokkenen is ervaren, hebben we enkele interviews gehouden met aanbieders en verzekeraars. Bij de verzekeraars hebben we de vier verzekeraars met de landelijk grootste marktaandelen gesproken. Aan de aanbodkant een niet representatieve selectie van ziekenhuizen en ZBCs.

3.1 Aanbieders

De belangrijkste uitkomsten van de interviews bij aanbieders zijn hieronder weergegeven:

- Er is sprake van langdurige en tijdrovende procedures.
- Medio 2012 is in het merendeel van de gevallen nog geen sprake van een getekend contract; wel zijn er mondelinge overeenkomsten in verschillende gradaties van detail.
- Noch aanbieders, noch verzekeraars geven informatie aan hun klanten over het ontbreken van contracten.
- De inhoud van de contracten is vooral financieel gericht en is vrijwel volledig bepaald door het afgesloten hoofdlijnenakkoord (HLA) van VWS, de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ), De Nederlandse federatie van universitair medisch centra (NFU), Zelfstandige klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- De verzekeraars passen het HLA toe zonder enige vorm van differentiatie: het landelijk overeengekomen groeipercentage van 2,5% wordt vrijwel uniform toegepast.
- Er worden vrijwel geen afspraken gemaakt over kwaliteit; selectieve inkoop op basis van kwaliteitscriteria vindt niet of nauwelijks plaats; dit vertaalt zich ook niet of slechts mondjesmaat in selectie in de vorm van niet (meer) contracteren van bepaalde vormen van zorg.
- Er is sprake van zakelijke verhoudingen die sterk afwijken van wat in het normale economische verkeer tussen afnemers en leveranciers gebruikelijk is. Zo is het voor ziekenhuizen gebruikelijk dat wel levering plaatsvindt terwijl nog geen overeenkomst over de vergoeding bestaat; bevoorschotting van geleverde zorg is echter geen regel of afspraken hierover komen maar moeizaam tot stand.
- Banken verstrekken forse kredieten (tot 50% van de jaaromzet) in gevallen waar de grote verzekeraars de bevoorschotting hebben gestaakt.
- Verzekeraars leggen het volumerisico eenzijdig bij de ziekenhuizen neer en maken geen afspraken over meer-/minder werk; er is sprake van een leveringsplicht zonder (extra) vergoeding.

²⁰ http://www.nza.nl/104107/145179/Brief_VWS-Evaluatie_contractering_medisch_specialistische_zorg_2012.pdf.

- Ziekenhuizen maken geen onderscheid in behandeling van verzekerden in de zin dat ongeacht de vraag of er een contract is, er geen onderscheid in wachttijd, service of inhoudelijke behandeling wordt gemaakt.
- Ziekenhuizen maken in de praktijk geen gebruik van de mogelijkheid om passantentarieven in rekening te brengen. Zij vrezen vooral negatieve reacties van patiënten en regionaal publiek; anderzijds zijn ze niet in staat om individueel te gaan factureren. De administraties zijn volledig ingericht op elektronische factureren aan de verzekeraar.
- Hoewel er contracteervrijheid is, zien ziekenhuizen contracteren als noodzaak, zeker met de in het werkgebied dominante verzekeraar(s).

3.2 Verzekeraars

Voor de verzekeraars gold het volgende:

- De verzekeraars wijzen er op dat ze dit jaar streven naar snellere afronding van de contracten dan in eerdere jaren. In de praktijk halen ze de streefdatum (april 2012) niet. In de zomer van 2012 blijken nog niet alle contracten getekend. De meeste willen voor 2013 de contracten afronden in december 2012, maar geven aan dit ambitieus te vinden. Een enkele verzekeraar is al gestart met 2013. De late contractering van de afgelopen jaren wordt door alle gesprekspartners als onwenselijk gezien.
- De inkopers hebben zich naar eigen zeggen meer aan het HLA geconformeerd dan de aanbieders. De groeiambities van sommige aanbieders worden als onrealistisch aangemerkt.
- De inkoopstrategie verschilt. Eén minderheid van de verzekeraars heeft vrij algemeen met aanneemsommen gewerkt, de meerderheid gaf aan aan dat ze met een (combinatie van) omzetplafond en prijs/volume afspraken hebben ingekocht.
- De contractering is vooral gericht (voor 2012) op vermijden van risico en uitvoering van het HLA. Men ervaart het als positief dat de trend in de uitgavenstijging, afgaand op de afspraken, lijkt te zijn omgebogen.
- Daarbij hebben financiële afspraken wel veel gewicht in de onderhandelingen gekregen.
- Sommige verzekeraars maken expliciet afspraken over wachtlijsten en vragen de ziekenhuizen om tijdig aan te geven wanneer hun plafond 'volloopt', zodat ze patiënten naar een ander ziekenhuis kunnen verwijzen (wachttijstbemiddeling).
- De inkopers geven allemaal aan dat kwaliteitseisen belangrijk zijn, in de praktijk uit zich dat betrekkelijk weinig in de financiële afspraken.
- Bij verschillende ziekenhuizen is sprake van een fusietraject. Zorgverzekeraars zijn vrijwel zonder uitzondering uitgesproken positief over dergelijke ontwikkelingen omdat zij hierin de aanzet van een kwaliteits- en specialisatieslag zien en zichzelf een sturend vermogen toeschrijven waarmee zij marktmacht van de ziekenhuizen zouden kunnen compenseren. Tot dusver bestaan echter geen concrete bewijzen dat dit een reële aanname is.
- De verzekeraars onderschrijven het principe van de selectieve contractering; in de praktijk wordt echter nog breed gecontracteerd omdat men problemen heeft of verwacht met het sturen van verzekerden. Selectieve contractering is voor de verzekeraar het eenvoudigst te realiseren buiten de eigen 'kernegebieden', waar ze relatief weinig verzekerden hebben. Op zich is dat merkwaardig, omdat meer inkoopmacht verondersteld kan worden bij een groter marktaandeel. Kennelijk wordt dat voordeel in de beleving van de verzekeraar ongedaan gemaakt door de (vrees voor) reputatieschade bij en weglopen van verzekerden als aanbieders in de kernegebieden niet of selectief worden gecontracteerd.

- De meeste verzekeraars tonen zich realistisch, in de zin dat ze verwachten dat het selectief contracteren mondjesmaat zal toenemen, sommigen geven aan dat de doelstelling zich beperkt tot het verleggen van de groei en dat het behalen van die doelstelling de nodige tijd/energie zal vragen. Er liggen wel plannen om de selectieve inkoop, gebaseerd op prijs en kwaliteit, verder uit te bouwen.
- In tegenstelling tot de beleving bij de aanbieders, zeggen de verzekeraars dat bevoorschotting niet als drukmiddel bij de onderhandelingen worden gebruikt. Zodra zicht is op een overeenkomst, worden meestal ook voorschotten betaald. Een verzekeraar heeft aangegeven dat de hele bevoorschotting is teruggedraaid, maar maakt daarbij wel een onderscheid tussen financiering van onderhanden werk en algemene bevoorschotting.

3.3 Conclusies uit de interviews

Het beeld dat uit de interviews naar voren komt, spoort met de informatie uit de NZa evaluatie en andere bronnen. De verzekeraars zijn positiever over de contractering 2012 dan de aanbieders en zij geloven in hun rol, respectievelijk meerwaarde binnen het stelsel.

Partijen zijn het er over eens dat het proces van contracteren voor verbetering vatbaar is en dat het HLA voor 2012 dominant is geweest. Voor 2013 lopen de verwachtingen uiteen: aanbieders verwachten een herhaling van 2012, verzekeraars geven een meer gedifferentieerd beeld. Zo willen sommigen wellicht inzetten op een lagere groei dan het HLA en verwachten anderen meer van selectie op kwaliteit. Eén grote landelijke verzekeraar heeft ambitieuze plannen rondom contracteren van kwaliteit, vooralsnog voornamelijk gericht op minimumcriteria rondom patiëntveiligheid.

Verder zien we een grote mate van terughoudendheid bij beide partijen om hun klanten (verzekerden/patiënten) inzet te maken van de onderhandelingen. Aanbieders nemen daarbij bewust een risico door behandelingen te starten zonder dat afspraken rond zijn; verzekeraars informeren hun verzekerden pas laat of in algemene termen over hun contracteerbeleid. Dit kan voor een deel worden verklaard uit het gevoel dat beide partijen hebben, namelijk dat men min of meer gedwongen is (wederzijds) om uiteindelijk een afspraak/ contract te sluiten. Bij zelfstandige behandelcentra lijkt dit laatste minder het geval; patiënten zijn ook geneigd om bij ZBC's meer dan bij ziekenhuizen rekening te houden met de mogelijkheid dat de verzekeraar niet alles vergoedt.

3.4 Conclusies over de zorgverzekeraars als motor

Bij deze conclusies moet in aanmerking genomen worden dat zij worden getrokken op basis van één, zij het belangrijke, deelmarkt: de medisch specialistische zorg. Het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars in de farmacie bijvoorbeeld lijkt tot nu toe meer vruchten te hebben afgeworpen. Een vergelijking daarmee bewaren wij voor een toekomstig onderzoek.

Gezien in de context van de medisch specialistische zorg lijkt de zorgverzekeringsmarkt op zichzelf beschouwd in het algemeen redelijk te werken maar zonder dat hij de rol van motor van het zorgstelsel effectief vervult. Uit de marktmonitors van de NZa blijkt dat consumenten vooral kiezen vooral op basis van de premie en niet op grond van door

zorgverzekeraars preferentieel ingekochte kwaliteit van zorg.²¹ Er is ook maar weinig kenbare kwaliteitsinformatie beschikbaar waarop consumentenkeuzes gebaseerd kunnen worden (niet alleen bij keuzes tussen verzekeraars maar vervolgens evenmin bijvoorbeeld bij verwijzingen). Er zijn daarentegen weinig overstapdrempels voor consumenten tussen verzekeraars en de toegankelijkheid van zorg is groot: er bestaat nagenoeg onbeperkte keuze tussen verschillende zorgaanbieders (zij het dat de informatie om deze keuze op te baseren anders dan reisafstand en in sommige gevallen serviceniveaus doorgaans ontbreekt), en er zijn weinig wachtlijsten. Wel zijn er gepercipieerde switchingskosten voor consumenten. De marges van de verzekeraars zijn laag, wat wijst op sterke concurrentiedruk, maar ook kleinere verzekeraars zijn winstgevend en toetreding blijft mogelijk. De markten zijn zelfs op landelijk niveau geconcentreerd, daarnaast hebben verzekeraars vaak regionaal een sterke positie. Vanwege het homogene aanbod – een landelijk geldend aanbod van een door de overheid vastgesteld pakket aan verzekerde zorg – werpt dit voornamelijk weinig problemen op. Ondanks hun op het oog sterke positie is van een echte regierol van de verzekeraars weinig sprake.²²

De zorginkoopmarkt werkt gezien vanuit de medisch specialistische zorg namelijk minder goed. Aanbieders hebben weliswaar prikkels om te contracteren (vooral omdat ze zowel voor hun omzet als voor hun liquiditeit – declaraties en voorschotten – afhankelijk zijn van een contract) maar dit leidt tot dusver niet tot aanwijsbare voordelen aan de verzekeraarskant die (kunnen) worden doorgegeven aan consumenten en er is weinig relevante kwaliteitsinformatie beschikbaar. Verzekeraars hebben weinig prikkels om zich te onderscheiden mede vanwege de ruimhartige ex post risicoverevening (die met ingang van 2012 echter wordt afgebouwd). Het ziet er bovendien naar uit dat de verzekeraars geen effectieve inkoopmacht op de aanbieders kunnen uitoefenen en dat partijen elkaar aardig in evenwicht hebben gehouden, zij het in een sfeer van wederzijdse afhankelijkheid. Uit het feit dat zij omzetplafonds accepteren mag worden afgeleid dat de ziekenhuizen geen verkoopmacht hebben. De afhankelijkheid van de ziekenhuizen van bevoorschotting door de verzekeraars is eerder een falen van het tariefsysteem dan van het verzekeringsstelsel. Het brengt echter wel een extra element van afhankelijkheid in de markt. Het is voorts nog onduidelijk hoe de huidige impasse ten aanzien van de contractering zal uitpakken. Bovendien lijkt het er voorlopig op dat opnieuw brede contractering heeft plaatsgevonden, de consument heeft dan ook geen toegankelijkheids- of keuzeprobleem op korte termijn.

Selectief contracteren gebeurt voornamelijk mondjesmaat, enerzijds omdat consumenten bij gebrek aan relevante keuze-informatie de voorkeur geven aan een breed aanbod en lage bijbetalingen, anderzijds wellicht vanwege wettelijke barrières zoals artikel 13 Zvw. Hoewel de dreiging van selectief contracteren zou kunnen volstaan, lijkt ook hier op het moment geen sprake van. Ondertussen vindt een steeds verder gaande concentratietendens onder de aanbieders plaats die eveneens aan selectief contracteren in de weg kan staan. Er is dan in bepaalde regio's niet meer te kiezen op het gebied van de medisch specialistische zorg.

We zien vooral knelpunten op de volgende aspecten ontstaan:

- De macrokostenontwikkeling wordt tot nu toe onvoldoende geremd door de verzekeraars (wellicht met uitzondering van het preferentiebeleid in de sector farmacie). De signalen over de contractering 2012 gaan in de richting van een ombuiging van de

²¹ Zie hierboven, noot 2.

²² Zie ook de marktscan verzekeringsmarkt van juni 2012, hierboven noot 2.

trend in stijgende zorguitgaven (de groei wordt kleiner). Er zijn nog geen realisatiecijfers 2012 bekend en de financiële vertaling van de contracten 2012 is nog niet bekend. Bovendien zit er mogelijk nog een aantal open eindjes in de afspraken; de inhoud van alle contracten is nog niet bekend, evenmin als de volledige financiële vertaling ervan. Niettemin lijkt het er op dat een (geslaagde?) poging is gedaan om binnen het beschikbare kader te blijven. De partijen die we gesproken hebben, zijn er echter van overtuigd dat zonder een HLA andere afspraken zouden zijn gemaakt. Wat materieel de uitkomst lijkt te zijn, is dat een generieke korting achteraf is vervangen door een generieke groeilimiet vooraf. Het heeft er verder alle schijn van dat het HLA de afspraken heeft gestuurd. Er is in dat geval naar onze mening sprake van een collectieve regeling, die dit keer niet zijn grondslag heeft in publiekrechtelijke regelgeving ex Wmg, maar in een afspraak met VWS.

- Er is dan ook gewoon (als vroeger) sprake van actieve overheidsinterventie en de facto regulering (met het MBI als dreigmiddel) en de uitkomst is materieel niet veel anders dan wanneer de NZa aan aanbieders een omzetplafond had opgelegd gebaseerd op de omzet 2010 plus een groei van ca. 2,5%. Een zwak punt in de convenant-regulering is dat de status van convenant en daarop gebaseerde afspraken wringt met bestaande regelgeving. Afgestemd gedrag van verzekeraars zou normaal gezien in het stelsel ongewenst en mogelijk zelfs verboden zijn. Bovendien is geen gerichte handhaving mogelijk bij niet naleven van de afspraken, alleen een collectieve sanctie bij de aanbieders.
- De aard van de afspraken die de verzekeraars hebben gemaakt herbergt nog een ander risico. Immers, daar waar in het verleden de overheid heeft gekozen voor budgettering en lumpsum vergoedingen en ook het instrument van de aanneemsom al eens als alternatief is gehanteerd, zijn deze modellen uiteindelijk niet opgewassen gebleken tegen een stijgende zorgvraag in combinatie met het recht op zorg. Dit leverde uiteindelijk een pijnlijke keuze op tussen wachtlijsten enerzijds en het accepteren van budgetoverschrijdingen anderzijds. Zonder structurele hervormingen in de zorginkoop (die zoals we zien, nog maar mondjesmaat tot stand komen) is de kans verre van denkbeeldig dat de verzekeraars met dezelfde dilemma's worden geconfronteerd.
- Voor zover al sprake is van selectieve contractering lijkt het er op dat daarbij vooral keuzemogelijkheden van consumenten worden beperkt, zonder dat consumenten daar een voordeel in de vorm van betere lagere premie (of hogere kwaliteit van aanbod) voor in de plaats krijgen. Bovendien is er ook vaak weinig reële mogelijkheid om te kiezen voor ander aanbod; de late contractering verhindert daarbij voor consumenten een reële keuze tussen verzekeraars. Het ooit bedachte mechanisme dat consumenten een positieve keuze zouden kunnen maken op grond van prijs/kwaliteit (ook tussen verzekeraars) werkt dan ook maar nauwelijks.
- De interventies van de overheid door middel van convenanten en kortingen verhinderen een andere invulling van de rol van verzekeraars. (Brancheorganisaties van) verzekeraars en aanbieders lijken zich meer op de overheid te richten dan op de consument. Door de stapeling van collectieve afspraken vermindert het onderscheidend vermogen van verzekeraars.

Materieel krijgen verzekeraars in bijvoorbeeld het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord en de productieafspraken van het honorariumplafond primair een rol als verdelers van het makro-kader en niet als belangenbehartiger van hun verzekerden. Het verzekeringskarakter van het stelsel wordt daarmee ondergraven en het model evolueert in de richting van een systeem zoals wij dat kennen uit de AWBZ.

Per saldo hapert dus de motor van het zorgstelsel voor zover beoordeeld langs de meetlat van macrokostenbeheersing. Vooral nog lijkt vooral de overheidsinterventie enig effect te sorteren. De prijs die daarvoor betaald wordt is een voor de verzekerde en de aanbieder niet van elkaar te onderscheiden groep verzekeraars, met een gecollectiviseerd inkoopbeleid. Kortom: als er al sprake is van verzekeraars als motor van het stelsel, dan wordt de richting van de voortstuwing vooral bepaald door middel van centrale overheidssturing. In die zin is het stelsel niet wezenlijk anders dan in de situatie van centrale aanbodsturing en uitgavenbeperking.

3.5 Aanbevelingen

We zien tegen deze achtergrond drie mogelijke scenario's voor een betere macrokostenbeheersing die wij hieronder alvast gedeeltelijk uitwerken:

- scenario 1: Vervang het huidige hybride model door een transparant model naar analogie van de eerdere voorstellen voor de uitvoering van de AWBZ door verzekeraars: inkoop binnen een gemaximeerd budget;
- scenario 2: Introduceer meer innovatie op de inkoopmarkt.
- scenario 3: Vervang het verzekeringsstelsel door een centrale inkoopfunctie. Deze variant is pas aan de orde als mogelijkheden 1 en 2 niet haalbaar blijken. Daarvan is naar onze mening op dit moment nog geen sprake.

ad 1: In de huidige AWBZ is sprake van een maximale contracteerruimte, die door het zorgkantoor wordt verdeeld over aanbieders binnen een regio. In het wetsvoorstel UAZ wordt het zorgkantoor vervangen door een representatieve verzekeraar. Naar analogie van dit model kan ook in de curatieve zorg een contracteerruimte worden bepaald. Afspraken worden vervolgens door middel van een omzetplafond per aanbieder binnen dat landelijk kader gehouden. Overschrijdingen worden afgedragen aan het zorgverzekeringsfonds.

Een dergelijk model heeft het voordeel dat de regels voor iedereen transparant zijn. De rol van de verzekeraar wordt een andere. Mogelijk is ook sprake van aanbestedingsplicht met daaruit voortvloeiende doelmatigheidsprikkel. Grootste nadeel van het systeem is dat het op gespannen voet staat met een (per verzekerde) in beginsel onbeperkte zorgaanspraak. In de AWBZ lijkt dat tot op heden niet tot onoverkomelijke knelpunten te leiden. Bovendien komt het neer op een formalisering van de bestaande praktijk.

Ad 2: Dit wordt uitgewerkt in het hier volgende onderdeel.

Conclusie: mogelijke oplossingen ter versterking van het verzekeringsmodel

Wat zijn de mogelijke oplossingen voor het gebrekkige functioneren van de zorginkoopmarkt en daarmee van de zorgverzekeraars als motor van het stelsel die tot dusver in beeld zijn?

In de eerste plaats dienen de prikkels aangepakt te worden. Onderstaand lijstje bevat een selectie die mede is gebaseerd uit Zvw evaluatie.

Betere kosteninformatie en prestatie-indicatoren, tekortkomingen vergoedingensysteem:

- Kosteninformatie: op zich is de invoering van het nieuwe tariefsysteem in de medisch specialistische zorg een project van veldpartijen en stelt de productstructuur partijen theoretisch in staat om producten en verkoopprijzen te vergelijken. Technisch probleem (wat overigens voorzienbaar was) is nu dat de informatie niet te relateren is aan ervaringen uit vorige jaren, zodat je deels opnieuw moet beginnen. Bij farmacie zijn de prestaties ook herzien (in overleg met de marktpartijen) zodat dit argument zijn geloofwaardigheid begint te verliezen. Overigens dringt ZN al lang aan op het verstrekken van kostprijzen door aanbieders, wat onzin is: prijsvergelijking zou genoeg moeten zijn.
- Kwaliteit: is door tenminste 1 grote verzekeraar in gang gezet (en door aanbieders overgenomen, zij het niet zonder de nodige weerstand). Vooralsnog geen uniforme criteria, het is de vraag of dat een probleem is. Wel maakt de kwaliteitsdiscussie een ander dilemma zichtbaar: de kwaliteitsnormen dwingen tot schaalvergroting en leiden uiteindelijk tot minder aanbieders, waardoor de keuze weer kleiner wordt. Dat geldt dan zowel voor de verzekeraar met zijn zorgplicht als voor de consument met zijn zorgvraag.

Verduidelijking zorgplicht:

- Het toetsingskader van de NZA beoogt daar invulling aan te geven, maar een harde grens voor de restitutie bepalingen zou duidelijker zijn. Dit neemt niet weg dat bij een restitutie van 95% een patiënt in geval van een niertransplantatie die niet door zijn verzekeraar is gecontracteerd altijd nog € 5750 zelf moet betalen, wat effectief voor veel verzekerden de toegankelijkheid belemmert. Mogelijk zou je moeten differentiëren – er is ook een verband met het marktconform tarief. Recente voorstellen van VWS maken lagere restitutie mogelijk.

Betere ex ante risicoverevening:

- Wanneer is het goed genoeg? De budgettering van verzekeraars is sinds 1992 in ontwikkeling; er zullen, zoals bij iedere vorm van budgettering, altijd uitbijters zijn die niet afdoende door een normuitkering worden gedekt. Als dat om geringe volumina gaat, is enerzijds het marktverstoring effect beperkt en zijn anderzijds ook andere oplossingen denkbaar dan een verdere detaillering van het systeem.
- van belang is in ieder geval dat met ingang van 2012 de macronaïcalculatie is vervallen en de ex post verevening in sterke mate is afgebouwd. het effect hiervan is nog niet te zien, wel heeft het verzekeraars kennelijk aangezet tot sterk risicomijdend gedrag in de inkoop.

Aanvullend op de bovenstaande aanbevelingen naar aanleiding van de evaluatie Zvw/Wzt stellen wij het volgende voor:

Vrijheidsgraden op polis- en inkoopmarkt:

- Toestaan van langer lopende BV polissen, bijvoorbeeld maximaal 5 jaar (vergelijkbaar met reguliere schadeverzekeringen);
- Toestaan van variatie in vormgeving wettelijk eigen risico (bijvoorbeeld eerste 10% over € 6.000, in plaats van 100% over € 600, of een vast bedrag per dokters- of ziekenhuisbezoek tot het – eventueel inkomensafhankelijke – maximum is bereikt);
- Verzekeraars zouden meer positieve prikkels voor consumenten moeten hanteren; de nadruk ligt nu te veel op negatieve prikkels in de

vorm van keuzebeperking, bijbetaling etc. Maak een systeem van bonus/malus mogelijk of andere varianten;

- Verruim de mogelijkheden van het vrijwillig eigen risico, maak eventueel de grenzen inkomensafhankelijk;
- Toestaan van vrije prestaties en vrije prijzen in gehele curatieve zorg, mits er een controle mechanisme bestaat; dat geleverde zorg in BV zit ten behoeve van de verevening. (Dat levert wel een beperking op. Gegeven de opzet van het vereveningsmodel, moet de schadelast aan individuele verzekerden kunnen worden toegerekend.)

Concurrentiebeleid

- Een van de belangrijkste belemmeringen voor de dreiging van selectieve inkoop is de geconcentreerde marktstructuur. Dit wordt erger door fusies. Een beleid gericht op het versterken van de concurrentie, bijvoorbeeld door meer keuze-informatie ten aanzien van kwaliteit en een stringenter fusiebeleid zou kunnen helpen

Ten slotte moet worden gewerkt aan de institutionele randvoorwaarden zoals een door bindende regels terughoudende overheid:

- De overheid treedt niet in convenanten met zorgaanbieders, hooguit met verzekeraars over macrodoelstellingen (hierdoor wordt dubbele overheidssturing vermeden).
- *Rule-based* mechanismen voor pakketmaatregelen en eigen betalingen (op basis van overschrijdingen en kosteneffectiviteit).
- Een langere reguleringsperiode, waarbinnen geen structurele stelselaanpassingen of aanpassingen binnen het tariefstelsel worden aangebracht. De opeenvolging van wijzigingen in de afgelopen jaren maakt het voor verzekeraars en aanbieders vrijwel onmogelijk om te anticiperen op hun nieuwe rollen en benchmark gegevens op te bouwen voor hun inkoop. Daarmee loopt de prestatieregulering, maar bijvoorbeeld ook een ad hoc ingreep als de omzetplafonds bij (een deel van) de specialisten partijen ernstig voor de voeten. Dit uit zich met name in de risico-opslag op investeringen.

Het is wellicht weinig waarschijnlijk dat overheid respectievelijk de politiek deze laatste punten integraal zal overnemen. Er bestaan immers te veel (ideologische) verschillen over zorg om een dergelijk gevoelig onderwerp in belangrijke mate aan technocratie over te laten. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor het overlaten van kostenbeheersing aan marktwerkingsprocessen.

Mocht blijken dat ook deze maatregelen na een voldoende lange termijn van 3 tot 5 jaar geen effect sorteren dan kan gedacht worden aan een andere (mogelijk publieke) inkoopstructuur (zie variant 3). Gedurende die termijn zou je partijen ook met rust moeten laten om ze vergelijkingscijfers te laten verzamelen, nieuwe contractvormen te laten ontdekken etc. Zoals in de inleiding al gesteld: vooralsnog lijkt een doorstart echter eerder aan de orde dan rechtsomkeert te maken.

Tabel 1. Chronologie van het zorgstelsel

Jaar	Overheid (wetgeving)	Verzekeraars	Ziekenhuizen	Medisch specialisten
1983-2005	<ul style="list-style-type: none"> - CTG, CTZ - Wtg, Zfw, Wzv - Toelating ZBC's vanaf 2003 	<ul style="list-style-type: none"> - Ziekenfonds + particulier - Wederzijdse contracteerplicht (ziekenfonds) 	<ul style="list-style-type: none"> - Functiegericht budget. Invoering productievollgende budgettering 	<ul style="list-style-type: none"> - Lumpsum
2005	<ul style="list-style-type: none"> - Wtg-expres - fusietoezicht NMa - Invoering DBC-systeem 		<ul style="list-style-type: none"> - Duaal systeem, budget en B-segment (10%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Duaal systeem, lump sum en B segment
2006	NZa (Zvw, Wmg)	Basisverzekering (BV), uitgevoerd door particuliere verzekeraars; risicoverevening		
2007	Besluit tot vervangen DBC-systeem door verbeterde versie (DOT)		Budgetkortingen	
2008	GGZ (kortdurend) overheveling naar BV	Risicodragende uitvoering cGGZ	B-segment (20%)	Volledige DBC-financiering, met uurtarief als basis DBC
2009			B-segment (30%)	
2010				Korting honoraria
2011	Aanwijzingen aan NZa ter uitvoering convenanten	HLA	HLA	
2012	<ul style="list-style-type: none"> - Aanpassingen Wmg, o.a. i.v.m. het MBI instrument - DOT - Afbouw ex-post verevening 		<ul style="list-style-type: none"> - Volledige prestatiebekostiging met overgangsmoedel - 70% B-segment 	<ul style="list-style-type: none"> - Honorariumplafonds

Annex 2: Toetsing aan de drie criteria

criterium/doelstelling	Argumenten voor	Argumenten Tegen	Conclusie
Toegankelijkheid			
Verzekeringen	<p>Toegang tot verzekering is gegarandeerd door acceptatieplicht en verzekeringsplicht</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Keuze tussen verzekeraars beperkt, alleen op nominale premie. Relatief geringe premieverschillen. - Aantal verzekeraars afgenomen, sterke mate van concentratie op verzekeringsmarkt. - Contractbeleid van verzekeraars heeft vooralsnog geen gevolgen voor premie; verzekerden kunnen inkoop door verzekeraar niet betrekken in keuze polis/verzekeraar. - Overheid overweegt verder ingrijpen/versterken mogelijkheden tot beperken vergoeding bij niet gecontracteerde zorg, kennelijk onvoldoende geloof in eigen kracht verzekeraar. 	<p>Toegang tot verzekering is geen knelpunt. Daar staat wellicht tegenover dat dat in de praktijk ook voor de stelselherziening geen probleem was. Het knelpunt zat vooral in de financiering cq de inkomenssolidariteit.</p>
Zorgaanbod	<ul style="list-style-type: none"> - In praktijk brede toegang tot aanbod - Aantal (kleine) aanbieders is sterk toegenomen 	<ul style="list-style-type: none"> - Selectieve contractering en discussie over volumina kunnen leiden tot beperkingen in toegang; voor verzekerden is dit nog niet transparant genoeg om keuze tussen verzekeraars/polissen op te kunnen baseren. - Beperkte mate van sturing verzekerden, dit gebeurt vooral in de vorm van wachtlijstbemiddeling 	<ul style="list-style-type: none"> - Vooralsnog geen beperkingen voor de consument. Wachtlijsten zijn vrijwel verdwenen, aanbod is toegenomen. - Verbetering voor de consument.

Betaalbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> – Contractering 2012 laat trendbreuk zien in uitgavenstijging. Nog niet bekend of dat uiteindelijk ook gerealiseerd wordt. – Toegenomen risico van verzekeraars leidt tot scherpere inzet bij inkoop/contractering. 	<ul style="list-style-type: none"> – Collectieve lasten en premiedruk (nominaal en inkomensafhankelijk, eigen risico) nemen voortdurend toe, premiestijging is groter dan prijs-/inkomensontwikkeling. – Beperkingen in pakket, hoewel vooralsnog beperkt, leiden tot hogere lasten consumenten. – Uitgavenbeheersing vooral behaald door overheidsinterventies (kortingen en omzetplafond). – Trendbreuk in uitgavenstijging afhankelijk van de convenanten over beheersplafond en HLA; in feite is dus overheidsinterventie de motor van het stelsel. 	<ul style="list-style-type: none"> – De betaalbaarheid van het stelsel staat nog steeds onder druk, net als voor de stelselwijziging. – Het toegepaste instrumentarium is materieel hetzelfde als voor 2006. Het enige verschil is wellicht dat de budgettering is gedecentraliseerd, maar de mate van overheidsinterventies is onverminderd groot. Of de huidige vorm van regulering uiteindelijk effectiever zal zijn dan het oude stelsel is maar de vraag. – De lasten voor de consument zijn toegenomen, voor voormalig ziekenfondsverzekerden zijn de premies (fors) gestegen evenals het eigen risico.
criterium/doelstelling	Argumenten voor	Argumenten tegen	Conclusie
		<ul style="list-style-type: none"> – Anneemsommen en omzetplafonds hebben risico op wachtlijsten en beperkte toegang; dit was ook de achilleshiel van het oude budgetmodel en de lumpsumregeling voor specialisten. Instrumentarium is niet structureel gewijzigd. – Beheersing uitgaven domineert de inkoop. – Er is vrijwel geen sprake van differentiatie tussen aanbieders in de inkoop. 	<ul style="list-style-type: none"> – Voormalig particulier verzekerden hebben de grootste premiestijging gezien. De solidariteit in het stelsel staat onder druk. – De vraag of zonder stelselwijziging de lasten minder zouden zijn gestegen, is vrijwel niet te beantwoorden. In ieder geval heeft het afschaffen van de harde budgettering een volume prikkel tot gevolg gehad.

<p>Prijs- /kwaliteitsverhouding</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Begin gemaakt met discussie over kwaliteit van aanbod. - Verzekeraars maken werk van kwaliteitscriteria. - Onder druk van verzekeraars zijn ook aanbieders meer bewust geworden van kwaliteitscriteria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteitsverschillen worden nog vrijwel niet in financiële verschillen vertaald. - Kwaliteitsverschillen hebben in beperkte mate invloed op contractering. - Informatie van verzekerden over kwaliteitsverschillen gebeurt in beperkte mate. - Er is nog geen uniforme kwaliteitsstandaard, daardoor geringe vergelijkbaarheid tussen aanbod en tussen verzekeraars. 	<ul style="list-style-type: none"> - De aandacht voor vraagstukken van kwaliteit van zorg is sterk toegenomen, zowel vanuit aanbieders als verzekeraars. - Kwaliteitsverschillen worden nog niet in prijsverschillen vertaald. - Voor consumenten nog beperkte transparantie.
---	---	--	--