



april 2015

## Position paper 'Werking van het zorgstelsel'

**In de brief 'Kwaliteit loont' van 6 februari 2015 heeft de minister van VWS een aantal maatregelen aangekondigd om het Nederlandse zorgstelsel te versterken. Dit position paper beschrijft hoe dit volgens de NZa gerealiseerd kan worden.**

### Het belang van kwaliteitsinformatie

De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht.<sup>1</sup> Om verzekerden en zorgaanbieders meer duidelijkheid te bieden over de concrete invulling van de zorgplicht zal de NZa in 2015 voor een aantal sectoren de zorgplicht samen met veldpartijen nader invullen.

Verzekeraars contracteren nog beperkt op kwaliteit en verzekerden en patiënten kunnen beperkt kiezen voor kwaliteit omdat kwaliteitsinformatie ontbreekt.

De NZa vindt dat er snel meer kwaliteitsinformatie beschikbaar moet komen voor patiënten zodat zij een gerichtere keuze kunnen maken. Met meer informatie over kwaliteit zijn patiënten vermoedelijk bereid verder te reizen naar betere zorgaanbieders. Een eerste stap die hier door de NZa voor is genomen is het verplicht publiceren van voor populatie gecorrigeerde sterftecijfers (HSMR). Een volgende stap kan zijn om aan deze verplichting meer indicatoren toe te voegen: zo doen het Zorginstituut Nederland, de IGZ en de NZa gezamenlijk onderzoek naar heropenames en herindicaties. Daarnaast werken uiteraard ook beroepsgroepen en wetenschappelijke

verenigingen aan kwaliteitsnormen voor de verschillende sectoren.

### Gedrag van zorgaanbieders en verzekeraars

Na het wegvallen van het grootste deel van de ex-post verevening voor verzekeraars in 2012 hebben verzekeraars zowel een prikkel om scherper te onderhandelen met zorgaanbieders als een mogelijke prikkel tot risicoselectie.

De NZa zal zich in de komende jaren meer richten op het handhaven van de wettelijke acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Daarnaast doet de NZa onderzoek naar mogelijke risicoselectie en doelgroepenbenadering en de onwenselijke gevolgen hiervan.<sup>2</sup>

Het is belangrijk dat verzekerden over goede informatie beschikken voor het kiezen van hun polis. Daarom evalueert de NZa ieder jaar de overstapperperiode en scherpt de transparantie-eisen indien nodig aan.

In het jaarlijkse self assessment van verzekeraars verantwoordende zorgverzekeraars zich over de naleving van de eisen uit de beleidsregel op het punt van vergelijkingssites. Onderdeel hiervan is dat zij moeten aantonen hoe zij de controles hierop hebben verbeterd ten opzichte van de vorige overstapperperiode.

De minister zegt in haar brief extra middelen voor de NZa toe om onder andere het meldpunt voor klachten en signalen te versterken. Deze middelen worden onder meer ingezet om de website te verduidelijken, de openingstijden van het

<sup>1</sup> Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

<sup>2</sup> Dit is meer uitgebreid beschreven in de brief die de NZa op 8 december 2014 aan de minister van VWS heeft verzonden. Zie [http://www.nza.nl/104107/145179/Brief\\_aan\\_VWS\\_-\\_Aandachtspunten\\_toezicht\\_zorgverzekeraars.pdf](http://www.nza.nl/104107/145179/Brief_aan_VWS_-_Aandachtspunten_toezicht_zorgverzekeraars.pdf).

meldpunt te verruimen en om signalen verder te onderzoeken.

Door de scherpere onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders zijn er veel klachten over het inkoopproces. De NZa heeft naar aanleiding hiervan bijeenkomsten georganiseerd met zorgaanbieders, patiëntenverenigingen, verzekeraars en wetenschappers. De NZa zal voor verzekeraars nadere regels vaststellen<sup>3</sup> over het contracteerproces. Daarin regelt zij bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars uiterlijk op 1 april de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend moeten maken voor het volgende jaar. Daarnaast beziet de NZa welke 'Good Contracting Practices' (GCP's) kunnen worden omgezet in afdwingbare regels.

Om verzekeraars en zorgaanbieders meer houvast te bieden werken ACM en de NZa gezamenlijk inkoopmodellen uit voor de contractering van met name de eerstelijnszorg. Hierbij worden zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties betrokken.

De minister geeft in haar brief van 6 februari 2015 aan dat zij wil dat er een onafhankelijke geschillenbeslechting komt, die zal toetsen of het contracteren redelijk en billijk verloopt, net als de civiele rechter doet. Een belangrijk aandachtspunt is de mogelijke samenloop van publieke regelgeving en een 'private' geschillencommissie. Dit pleit voor een kaderstellende rol voor de NZa. NZa stelt de kaders door het reguleren van de zorginkoop via nadere regels (op grond van art. 40 en 45 Wmg) en GCP's.

## **Marktstructuur**

### *Markten zijn sterk geconcentreerd*

Verzekeringsmarkten en ziekenhuismarkten zijn sterk geconcentreerd. Een bepaalde schaalgrootte kan voordelen hebben. Zo kan een verzekeraar met een bepaalde grootte lagere prijzen bedingen bij aanbieders en wordt het investeren in kwaliteit bij zorgaanbieders interessanter, omdat een groot deel daarvan ten goede komt aan de verzekerden van die verzekeraar. Is een verzekeraar té groot, dan heeft hij marktmacht en geen prikkel om het prijsvoordeel terug te geven aan de premiebetaler of te investeren in kwaliteit. Op de vraag of inkoopmacht kwaliteit uitholt, is te weinig zicht. De NZa gaat samen met het Zorginstituut in gesprek met verzekeraars en zorgaanbieders om zicht te krijgen op de kwaliteit van de ingekochte en geleverde zorg.

### *Schaalvergroting ziekenhuizen*

Als reden om een fusie aan te gaan noemen ziekenhuizen vaak efficiëntievoordelen.

Dat kan een voordeel zijn, bijvoorbeeld als een topklinisch specialisme op een plek geconcentreerd is. Een andere reden die veel wordt genoemd is het voldoen aan volume- en kwaliteitsnormen. Er is tot op heden geen causaal verband aangetoond tussen schaal en kwaliteit. Wel is er voor bepaalde aandoeningen een verband gevonden tussen het aantal uitgevoerde behandelingen en de kwaliteit, maar boven een bepaalde grens neemt de kwaliteit niet per definitie meer toe.

De schaalvergroting van de ziekenhuissector in Nederland komt met name voort uit fusies tussen ziekenhuizen die dicht bij elkaar liggen. Daardoor wordt zowel de schaal als het marktaandeel groter en de concurrentie minder, wat kan leiden tot te hoge prijzen of te lage kwaliteit. Daarnaast is een belangrijk risico van schaalvergroting dat de zorg voor veelvoorkomende aandoeningen op te weinig locaties beschikbaar is. Mensen met meerdere aandoeningen – door de vergrijzing een steeds groter wordende groep – moeten dan naar meerdere (locaties van) ziekenhuizen. Dit kan een behandeling die nauw is afgestemd tussen ziekenhuis, huisarts en mantelzorger behoorlijk in de weg staan en ten koste gaan van de kwaliteit van zorg.

De marktmacht op de verzekeringsmarkt en in de ziekenhuiszorg is een bedreiging voor het zorgstelsel. Heeft een zorgaanbieder marktmacht, dan kan die hogere prijzen vragen aan verzekeraars en moeten consumenten een steeds hogere premie betalen. Of het gebied is niet meer aantrekkelijk voor een verzekeraar, omdat verzekerden in dat gebied hogere kosten hebben dan andere verzekerden. Ze zijn daarmee voorspelbaar verliesgevend voor de verzekeraar.

Voor verzekerden die bij de aanbieder in dat gebied terecht willen, vraagt de verzekeraar hogere prijzen en zo ontstaan mogelijk provinciale polissen. Die zijn weer lastig vergelijkbaar en kunnen de concurrentie verstoren. Het kan op de lange termijn een effect hebben op de kwaliteit van zorg: verzekeraars hebben minder prikkel om zich in te spannen voor de groep verliesgevende verzekerden.

<sup>3</sup> Op grond van met name artikel 45 Wmg.

## Hoe kan een verdere concentratie op de ziekenhuismarkt voorkomen worden?

Op dit moment is de Zorgspecifieke fusietoets (ZFT) vooral een procedurele toets. De eerste aanbeveling is om van de ZFT een inhoudelijke in plaats van een procedurele toets te maken waarbij wordt toegezien op de publieke belangen. Om te kunnen toetsen op de effecten voor toegankelijkheid moeten NZa en VWS de zorgplicht nader invullen. Door op te nemen dat de impact op de betaalbaarheid wordt bepaald aan de hand van een LOCI en WTP-fusiesimulatie (methoden die de NZa op dit moment al gebruikt in haar zienswijzen aan de ACM), zouden veel meer fusies niet worden toegestaan. Daarbij zouden de volgende grenzen kunnen gelden: Als de simulatie leidt tot een prijsstijging groter dan 5% wordt de fusie niet toegestaan. Zo blijkt hieronder dat met deze beslisregels 8 van de 13 fusies die vanaf 2011 zijn toegestaan zouden worden afgekeurd.

**Tabel 1. Tabel met fusies tussen 2011 en heden. In de kolommen LOCI (%) en WTP (%) wordt de prijsstijging weergegeven die met deze methoden voorspeld wordt als gevolg van de fusie.**

Fusie	Jaar	LOCI (%)	WTP (%)	Beslissing ACM
Reinier Haga – Langeland	2014	1.7	1.3	Ja
Isala – Noorderboog	2014	9.7	6.4	Ja
St Antonius – Zuwe Hofpoort	2013	5.4	4.2	Ja
Bronovo – Haaglanden	2013	11.2	9.1	Ja
Lievensberg – St Franciscus	2013	8.6	8.5	Ja
Haga – Reinier de Graaf	2013	8	6	Ja
Leveste – Refaja	2012	3.9	2.8	Ja
OLVG – Lucas Andreas	2012	7.9	5.5	Ja
Schiedam – St Franciscus ZH	2012	4	4	Ja
Spaarne – Kennermerland	2012	14.8	14.3	Ja, PP
Orbis – Atrium	2012	6	6	Ja, PP
Tweesteden – St Elisabeth	2012	28.3	28.1	Ja, PP
Noorderbreedte - Tjongerschans	2011	3.3	3	Ja

## Hoe kan misbruik van marktmacht worden voorkomen?

Het AMM-instrument is in beginsel een goed bruikbaar instrument om marktmacht te voorkomen. Het is tot op heden nog beperkt ingezet, omdat er nog weinig sprake was van (dreigend) anti-competitief gedrag.

Om het instrument te kunnen inzetten moet allereerst marktmacht worden vastgesteld. Om dat te kunnen doen, zijn – naar het oordeel van de NZa – hierboven genoemde modellen WTP en LOCI het meest geschikt. Op dit moment werkt de NZa aan een LOCI-methode die ook kan worden toegepast op de verzekeringsmarkt.

Het instrument zou aan kracht winnen als de methoden waarmee de marktmacht wordt vastgesteld in de wet (of de toelichting daarop) worden opgenomen. Overwogen kan worden om de lijst met verzekeraars en aanbieders met marktmacht te publiceren. Dat heeft preventieve werking en versnelt het proces van het ingrijpen in de markt wanneer zich anti-competitief gedrag dreigt voor te doen.

De verplichtingen die op basis van het AMM-instrument kunnen worden opgelegd zijn generiek en soms onduidelijk geformuleerd. De NZa vindt dat een aantal verplichtingen die betrekking hebben op koppelverkoop, verticale relaties, contracteerplicht en excessieve prijzen explicieter geformuleerd kunnen worden. Uiteraard delen wij bovenstaande inzichten met VWS en ACM in het kader van de door de minister in de brief van 6 februari 2015 bepleite overgang van markttoezicht.

NZa  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)  
I [www.nza.nl](http://www.nza.nl)