

# 12

# De werkzaamheid van het Nederlandse zorgstelsel

## 12.1 Inleiding

De Rijksoverheid heeft de taak het Nederlandse zorgstelsel dusdanig vorm te geven dat publieke belangen in de zorg zijn gewaarborgd. Iedere Nederlandse burger moet toegang hebben tot medisch noodzakelijke zorg van goede kwaliteit. Daarnaast moet de zorg voor de samenleving betaalbaar blijven.

Wereldwijd geven overheden op verschillende manieren invulling aan het waarborgen van deze publieke belangen. De OECD maakte in 2010 een typering van 29 nationale zorgstelsels en onderscheidde zes groepen gelijksoortige zorgstelsels (OECD, 2010). Het functioneren van deze zorgstelsels werd vervolgens gemeten aan de hand van de verhouding tussen inputs en outputs, zoals respectievelijk de zorguitgaven en de levensverwachting. Meer output bij gelijkblijvende input impliceert doelmatigheid. Een conclusie uit het rapport is dat er niet één type zorgstelsel bestaat dat altijd doelmatiger is dan andere typen zorgstelsels. Zorgstelsels binnen een groep verschillen meer van elkaar in termen van doelmatigheid dan de groepen onderling. Het rapport wijt de grote onderlinge verschillen in doelmatigheid aan verschillen in het beleid waarmee een land uiting geeft aan een bepaald type zorgstelsel.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet van 2006 heeft de Rijksoverheid het Nederlandse zorgstelsel voor curatieve zorg ingericht volgens het model van gereguleerde concurrentie. De Zorgbalans 2010 (Westert et al., 2010) concludeerde mede op basis van de *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag* (Van de Ven et al., 2009) dat er nog niet aan

alle randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie was voldaan. Ook werden enkele knelpunten besproken die partijen ervaren bij het vervullen van hun rol in het stelsel van gereguleerde concurrentie. Geconcludeerd werd dat dit risico's met zich meebracht: de bedoelde effecten van gereguleerde concurrentie kunnen uitblijven, maar er kunnen ook onbedoelde effecten optreden.

Volgens het eerder aangehaalde OECD rapport komen doelmatigheidsverschillen tussen landen niet zozeer voort uit het type zorgstelsel, maar eerder door verschillen in ervaren knelpunten binnen een zorgstelsel.

Dit hoofdstuk gaat in op drie facetten die gerelateerd zijn aan de werkzaamheid van het Nederlandse zorgstelsel. Als eerste geven we een overzicht van de belangrijkste beleidswijzigingen. Deze bespreken we in relatie tot de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie en eerder geconstateerde knelpunten. Vervolgens geven we een inzicht in de huidige stand van zaken binnen het stelsel van gereguleerde concurrentie. Dit doen we door middel van een bespreking van structuur, gedrag en resultaat op zowel de zorgverzekerings- als de zorginkoopmarkt. In dit kader reflecteren we ook op het keuzegedrag van patiënten op de zorgverleningsmarkt – als drijvende kracht achter het stelsel van gereguleerde concurrentie. Tot slot reflecteren we op de bevindingen in het licht van het waarborgen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

We beperken ons in dit hoofdstuk tot de curatieve zorg en nemen de zorg die wordt vergoed uit de Zorgverzekeringswet als ankerpunt. We geven een nationale analyse en zullen niet uitgebreid stil staan bij internationale ontwikkelingen op het gebied van gereguleerde concurrentie.

Ter introductie gaan we hieronder eerst in op het stelsel van gereguleerde concurrentie en de randvoorwaarden voor het goed functioneren van een dergelijk stelsel.

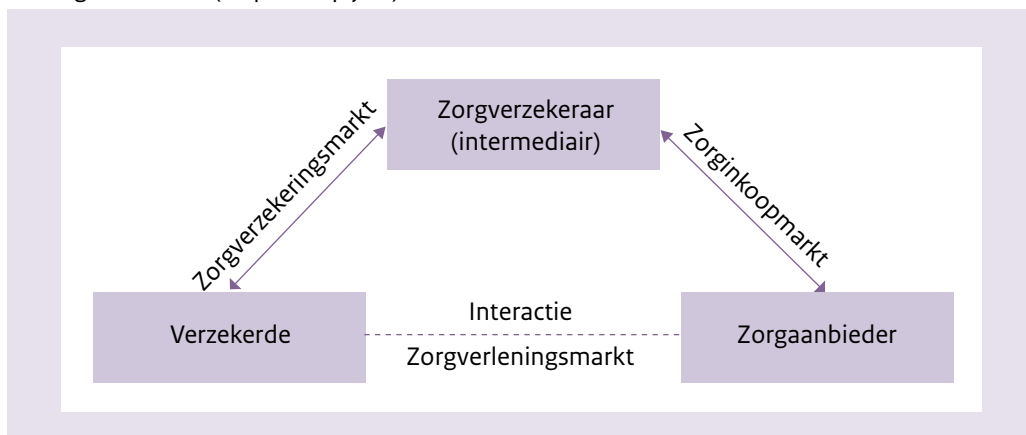
## 12.2 Het stelsel van gereguleerde concurrentie

Men spreekt van een stelsel van gereguleerde concurrentie als middels wet- en regelgeving beperkingen zijn opgelegd aan de vrije markt. Dit heeft als doel de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen. In het Nederlandse stelsel van gereguleerde concurrentie onderscheiden we drie markten en drie marktpartijen (zie *figuur 12.1*).

### **De zorgverzekeringsmarkt**

Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren zorgverzekeraars om de gunst van de verzekerden door aantrekkelijke zorgverzekeringen aan te bieden. Op enkele uitzonderingen na is iedereen in Nederland wettelijk verplicht om een basisverzekering af te sluiten ('de verzekeringsplicht'). De inhoud van dit basispakket wordt vastgesteld door overheid. De zorgverzekeraar maakt in de polisvoorwaarden van de basisverzekering nadere afspraken over de premie. Daarnaast mogen zorgverzekeraars voorwaarden stellen aan de volledige vergoeding van zorg. Dit kunnen voorwaarden zijn omtrent de beroepsgroepen die bepaalde zorgvormen mogen

**Figuur 12.1:** Gereguleerde concurrentie met zorgverzekeraars als intermediair. De stippellijn representeert interactie tussen verzekerden en zorgaanbiders. Deze interactie komt grotendeels tot stand door de zorgverzekeraar die als intermediair contracten sluit met verzekerden en zorgaanbiders (de paarse pijlen).



verlenen of de zorgaanbieder die een verzekerde mag bezoeken. Ook voorwaarden zoals een verwijzing van de huisarts binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet vallen hieronder (Van de Ven et al., 2009).

Verzekerden hebben ieder jaar de mogelijkheid om te wisselen van polis of zorgverzekeraar. Ook kunnen zij zich aanvullend verzekeren voor zorg die niet gedekt wordt door de basisverzekering.

### De zorginkoopmarkt

Zorgverzekeraars concurreren met elkaar op basis van de polisvoorwaarden. Om tot deze polisvoorwaarden te komen, onderhandelen zorgverzekeraars voor vrijwel al hun zorgpolissen met zorgaanbiders. In deze onderhandelingen maken zorgverzekeraars afspraken over prijs, kwaliteit en volume van de zorg. Onder een zogeheten naturapolis zijn zorgverzekeraars verplicht voldoende zorg van goede kwaliteit te contracteren (NZa, 2010b). Binnen de kaders van deze zorgplicht mag een zorgverzekeraar besluiten om een bepaalde zorgaanbieder niet te contracteren. In de polisvoorwaarden kan een zorgverzekeraar opnemen dat de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbiders slechts gedeeltelijk worden vergoed. De mogelijkheid om niet gecontracteerd te worden, moet zorgaanbiders prikkelen om onderling te concurreren op basis van prijs en kwaliteit. De markt waar zorgaanbiders onderling concurreren om een contract met de zorgverzekeraar, wordt de zorginkoopmarkt genoemd.

### De zorgverleningsmarkt

Zorgverzekeraars brengen verzekerden en zorgaanbiders bij elkaar wanneer zij polissen met een gecontracteerd zorgaanbod aanbieden (Armstrong, 2006). Willen zorgverzekeraars zich kunnen manifesteren als kritisch inkoper van zorg, dan moeten verzekerden bereid zijn zich te

laten sturen door een zorgverzekeraar. De (kwaliteits)concurrentie in de zorg wordt bovendien versterkt wanneer ook patiënten een weloverwogen keuze maken tussen zorgaanbieders, bijvoorbeeld door te besluiten verder te reizen voor een betere kwaliteit zorg (Varkevisser et al., 2006).

Omdat de zorgverleningsmarkt door de zorgverzekeraar als intermediair minder als een op zichzelf staande markt fungeert, analyseren we deze markt niet in termen van marktwerking. Wel staan we stil bij het keuzegedrag van patiënten op de zorgverleningsmarkt. Dit biedt namelijk inzicht in sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars en in kwaliteitsconcurrentie binnen het stelsel.

### **De regulering van concurrentie**

Voorbeelden van de regulering van concurrentie zijn het vaststellen van de inhoud van het basispakket op nationaal niveau, de plicht van de zorgverzekeraar om iedereen te accepteren die zich voor dit basispakket wil verzekeren (de 'acceptatieplicht'), het verbod op premiedifferentiatie (naar persoonskenmerken) voor dit pakket en het systeem van risicoverevening (zie *paragraaf 12.3.1*).

## 12.3 Randvoorwaarden en beleidswijzigingen gereguleerde concurrentie 2010 - 2014

Om via een stelsel van gereguleerde concurrentie de publieke belangen in de zorg te kunnen waarborgen, dient aan een aantal noodzakelijke randvoorwaarden te zijn voldaan. Deze randvoorwaarden zijn besproken in de *Evaluatie Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag* (Van de Ven et al., 2009). Het bleek dat aan vrijwel alle randvoorwaarden deels was voldaan maar aan vrijwel geen enkele randvoorwaarde was geheel voldaan. In *paragraaf 12.3* gaan wij nader in op deze randvoorwaarden.

Deze sectie geeft tevens een overzicht van relevante beleidswijzigingen in de periode 2010-2014 en relateert deze aan de randvoorwaarden voor het succes van gereguleerde concurrentie. Niet voor alle randvoorwaarden hebben (relevante) beleidswijzigingen plaats gevonden. In de conclusie gaan we nader in op de vraag of het recent ingezette beleid ervoor zorgt dat aan de randvoorwaarden van succesvolle gereguleerde concurrentie beter wordt voldaan.

### 12.3.1 Kruissubsidies

Om de financiële toegankelijkheid van zorg te waarborgen kent het Nederlandse zorgstelsel een systeem van kruissubsidies tussen inkomens- en risicogroepen (Van de Ven et al., 2009). Kruissubsidies tussen inkomensgroepen worden afgedwongen via inkomensafhankelijke premies en zorgtoeslagen. Kruissubsidies tussen risicogroepen worden afgedwongen door het verbod op het differentiëren van verzekeringspremies naar persoonskenmerken. Om zorgverzekeraars met een hoogrisicopopulatie te compenseren kent het Nederlandse

zorgstelsel een risicovereveningssysteem. Het risicovereveningssysteem bestaat uit een ex ante vereveningsmodel en ex post compensaties. Onder het ex ante vereveningsmodel ontvangen zorgverzekeraars risicovereveningsbijdragen voor verzekerden die voorspelbare hogere verwachte kosten hebben dan gemiddeld. Dit draagt bij aan het creëren van een gelijk speelveld tussen verzekeraars en ontnemt hen de prikkel tot risicoselectie.

De vereveningsresultaten bleken voor bepaalde subgroepen echter voorspelbaar positief of negatief (Van Kleef et al., 2012a). Door een systeem van ex post verevening en compensaties werden deze vereveningsresultaten gereduceerd. Dit had echter een belangrijk nadeel: het vermindert de prikkels voor doelmatigheid. Het streven van de overheid is dan ook om de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel zodanig te verbeteren dat de ex post compensaties kunnen worden afgeschaft zonder dat dit leidt tot een ongelijk speelveld en risicoselectie.

In de periode 2010-2014 is het systeem van risicoverevening op een aantal belangrijke punten aangepast. Zo is het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg uitgebreid met drie nieuwe klassen in het criterium Farmacie Kosten Groepen, twee nieuwe klassen in het criterium Diagnose Kosten Groepen en nieuwe criteria voor hulpmiddelengebruik, student en Meerjarige Hoge Kosten. Bij het laatstgenoemde criterium krijgen zorgverzekeraars vooraf een vergoeding voor verzekerden die in de voorgaande drie jaren hoge zorgkosten hadden. Per 2012 is alleen de bandbreedteregeling als ex post kostencompensatie nog in werking. Deze nacalculatie treedt in werking als voor het deelbedrag 'variabele kosten ziekenhuiszorg', het verschil tussen de gemiddelde uitgaven per verzekerde en het definitieve ex-antebudget, buiten een vastgestelde bandbreedte valt (Douven, 2010). Deze nacalculatie wordt in 2015 afgeschaft.

Uit onderzoek blijkt dat met de nieuw toegevoegde criteria het ex ante vereveningsmodel substantieel is verbeterd. Door het afschaffen van de ex post compensaties is het financieel risico voor zorgverzekeraars echter dusdanig toegenomen dat – per saldo – de prikkels tot risicoselectie zijn toegenomen (Van Kleef et al., 2012b).

Voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) die vanaf 2008 onder de Zorgverzekeringwet is komen te vallen, geldt een apart risicovereveningsmodel. Het is nog onduidelijk in hoeverre dit model voorspelbare vereveningsresultaten tussen groepen verzekerden adequaat verevent. Ook is nog onduidelijk in hoeverre voorgenomen uitbreidingen (VWS, 2013m) de voorspelkracht van dit risicovereveningsmodel verbeteren.

### 12.3.2 Contractvrijheid

Contractuele vrijheid in de relaties zorgverzekeraar-verzekerde en zorgverzekeraar-zorgaanbieder schept mede de voorwaarden voor een gedifferentieerd polisaanbod. Dit draagt bij aan meer concurrentie op zowel de zorgverzekerings- als zorginkoopmarkt. Op het gebied van contractuele vrijheid vinden we verschillende beleidswijzigingen:

### **Beoogde aanpassing van artikel 13**

Op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars de wettelijke vrijheid om in de polisvoorwaarden een lagere vergoeding op te nemen voor niet-gecontracteerde zorg. In het betreffende wetsartikel is geen ondergrens opgenomen. De Memorie van Toelichting stelt wel dat de vergoeding niet zo laag mag zijn dat die een feitelijke hinderpaal vormt voor het invoeren van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

In september 2012 heeft de minister van VWS bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend om artikel 13 Zvw aan te passen zodat het voor een zorgverzekeraar mogelijk wordt om niet-gecontracteerde zorg in het geheel niet te vergoeden (VWS, 2012d). Het doel hiervan is de zorgverzekeraars meer ruimte te bieden voor selectieve contractering. Dit zal hun inkooprol versterken. Door verdere differentiatie in vergoedingspercentages toe te staan, kunnen zorgverzekeraars hun naturaverzekerden meer prikkelen om zorg af te nemen bij het gecontracteerde zorgaanbod. Tevens krijgen zorgverzekeraars met de herformulering van artikel 13 Zvw een prikkel om uiterlijk zes weken voor het begin van het volgende kalenderjaar bekend te maken welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Dit is namelijk de termijn waarbinnen volgens artikel 13 Zvw (lid 2 onderdeel d) de beoogde vrijheid om de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg te bepalen, onverminderd van kracht zal zijn. Het tijdig bekend maken van het gecontracteerd zorgaanbod, helpt consumenten om tijdig goed geïnformeerde keuzes ten aanzien van hun zorgverzekering te maken.

Het wetsvoorstel is in juni 2014 aangenomen door de Tweede Kamer. Eind september 2014 zal het voorbereidend onderzoek van de Eerste Kamercommissie plaatsvinden.

### **Uitbreiding contractvrijheid medisch-specialistische zorg**

Sinds 2008 is het vrij onderhandelbare deel (het B-segment) van de ziekenhuiszorg stapsgewijs uitgebreid (NZa, 2012c) tot 70% van de ziekenhuiszorg (in termen van omzet) in 2012. Vanaf 2012 is de functiegerichte budgettering in het overige deel (het A-segment) afgeschaft en vervangen door een systeem van maximumtarieven. Dit betekent dat ook in het A-segment de inkoop van zorg door individuele zorgverzekeraars wordt uitgevoerd.

De honoraria voor medisch specialisten zijn sinds 2005 gereguleerd door middel van maximumtarieven. In 2012 is het beheersmodel voor vrijgevestigde medisch specialisten ingevoerd: de NZa stelt per instelling een plafond vast voor de totale inkomsten van vrijgevestigde medisch specialisten.

### **Integrale bekostiging voor multidisciplinaire zorgverlening**

Integrale bekostiging houdt in dat de zorgverzekeraar en zorgaanbieder één tarief afspreken waarvoor de benodigde zorg, zoals vastgelegd in zorgstandaarden en geleverd door verschillende zorgaanbieders, geleverd moet worden (Struijs et al., 2012). In navolging op een aantal experimenten is integrale bekostiging in 2010 structureel ingevoerd voor diabetes mellitus type 2, COPD en vasculair risicomanagement (VRM) (beleidsregel 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'). Zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen vrij onderhandelen over de prijs (het ketentarief) en de gewenste

kwaliteit van het geïntegreerde zorgproduct. Niet alle zorg valt onder dit ketentarieff: zorg tijdens ANW-uren, geneesmiddelenzorg, hulpmiddelenzorg en eerstelijnsdiagnostiek zijn uitgesloten (NZa, 2012d). Alleen de zorg gerelateerd aan de specifieke aandoening wordt vergoed.

Naast integrale bekostiging is er nog een aantal bekostigingsmethoden voor het declareren van ketenzorg ter bevordering van innovatie en samenwerking. Dit betreft de module geïntegreerde eerstelijnszorg (beleidsregel 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten', GEZ), de innovatieregeling (beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties') en de module modernisering en innovatie (beleidsregel 'Huisartsenzorg-Verrichtingenlijst M&I'). Ook voor deze modules wordt door zorgverzekeraar en zorgaanbieder vrij onderhandeld over de prijs en kwaliteit van de zorg. De GEZ-module is bedoeld voor eerstelijnszorg waarbij meerdere aanbieders betrokken zijn en regie nodig is. De GEZ-module dient als vergoeding voor deze coördinatiefunctie en is een toeslag op reguliere tarieven. De innovatieregeling is gericht op kortdurende experimenten waarin zorgvernieuwing centraal staat. Verschillende experimenten met integrale bekostiging zijn hierin ondergebracht. Dit kan sinds 2010 niet meer voor diabetes, COPD en VRM. De M&I-module kan gebruikt worden voor het stimuleren van samenwerkingsverbanden, de verdere ontwikkeling van een programmatische aanpak van chronische aandoeningen, substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg en kwaliteitsbevordering. Onder de M&I-module zijn in 2011 zogenaamde variabiliseringsgelden ingevoerd. Deze werden gekoppeld aan specifieke prestaties, bijvoorbeeld op het gebied van telefonische bereikbaarheid in 2011.

In 2013 zijn verschillende regionale initiatieven gestart om de zorg op regionaal niveau beter en efficiënter vorm te geven. Negen van deze experimenten zijn door de minister van VWS, op voordracht van de zorgverzekeraars, aangewezen als zogenaamde proeftuinen. Verschillende proeftuinen streven naar een andere bekostiging van de zorg om verdere integratie van zorgverlening te stimuleren (bijvoorbeeld via shared savings en uitkomstbekostiging). Deze voornemens moeten in de komende jaren echter nog nader worden vormgegeven (Drewes et al., 2014).

De proeftuinen en de integrale bekostiging van chronische zorg geven zorgverzekeraars nieuwe onderhandelingsmogelijkheden ten aanzien van de bekostiging van zorg. Dit geeft zorgverzekeraars meer contractvrijheid.

### 12.3.3 Transparantie en informatie

Een uitgebreid overzicht van beleid op het gebied van transparantie en informatie is opgenomen in het themahoofdstuk 'Transparantie van kwaliteit'. De conclusie in dit hoofdstuk luidt dat de transparantie van kwaliteit nog niet op het voorgenomen niveau is, maar wel degelijk toegenomen. Een beleidswijziging van dergelijke omvang heeft wellicht meer tijd nodig. Het hoofdstuk beschrijft dat in de periode 2010-2014 veldpartijen als patiëntenverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars in toenemende mate activiteiten ontplooiën om de transparantie van kwaliteit te verbeteren. Ter bevordering van de

transparantie van kwaliteit heeft het toenmalige kabinet in 2010 besloten om één Kwaliteitsinstituut op te richten dat zich gaat richten op pakketbeheer, richtlijnontwikkeling en transparantie van kwaliteit. Het Kwaliteitsinstituut is ondergebracht bij Zorginstituut Nederland en is per 1 april 2014 formeel operationeel.

Onderstaand initiatief ter bevordering van de transparantie van zorg verschilde dermate van de onderwerpen in het themahoofdstuk 'Transparantie van kwaliteit' dat besloten is om het in dit hoofdstuk op te nemen.

### **Van DBC's naar DOT's**

Aanbieders van ziekenhuiszorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg declareren volgens de DBC-systematiek. De DBC-systematiek deelt de totale zorg op in verschillende declarabele producten: diagnose-behandelcombinaties (DBC's). De DBC-systematiek geeft in verschillende opzichten ondersteuning aan een stelsel van gereguleerde concurrentie. Zo deelt het de zorg op in afgebakende prestaties waarover men op de zorginkoopmarkt kan onderhandelen (Hasaart, 2011). Daarnaast zijn uniform gedefinieerde prestaties een voorwaarde voor het in kaart brengen van kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders en voor controle op productie (NZa, 2006b).

De eerste evaluaties van de DBC-systematiek in de ziekenhuiszorg lieten geen positief beeld zien (NZa, 2006a; NZa, 2006b). De systematiek zou te complex zijn en de typering en declaratie van een DBC zouden ruimte overlaten voor interpretatie. Daarnaast waren er aanwijzingen voor overdeclaratie en upcoding door ziekenhuizen (Hasaart, 2011). In haar jaarverslagen (2006 – 2012) maakt DBC-Onderhoud (expertise- en servicecentrum op het gebied van de DBC-systematiek) jaarlijks melding van activiteiten op het gebied van het verder ontwikkelen van de DBC-systematiek. Hieronder vallen het reduceren van prikkels tot onterechte declaraties, het vereenvoudigen van het systeem en het transparanter maken van het systeem voor eindgebruikers.

In 2012 werd een nieuwe systematiek (DOT) ingevoerd voor de ziekenhuiszorg. De DOT-systematiek moet de zorgproducten medisch herkenbaarder maken door een betere aansluiting bij het internationaal gehanteerde diagnosestelsel ICD10. Daarnaast gaat de zorgzwaarte van de patiënt een meer onderscheidende rol spelen in plaats van het behandelend specialisme (NZa, 2013i). Er zijn nog geen evaluaties bekend van de DOT-systematiek en hoe deze zich verhoudt tot de DBC-systematiek.

### **12.3.4 Financiële prikkels tot doelmatigheid**

Ten tijde van de vorige Zorgbalans werden zorgverzekeraars nog gedeeltelijk gecompenseerd voor verliezen door ex post compensaties. Het afbouwen hiervan zou zorgverzekeraars moeten prikkelen tot doelmatigheid. Per 2012 zijn de meeste van deze compensaties afgeschaft. Hieronder gaan we nader in op de implicaties van dit besluit en bespreken we een nieuw geïntroduceerde prikkel tot doelmatigheid op de zorgverleningsmarkt: het macrobeheersingsinstrument.



Met het afbouwen van de ex post compensaties binnen het risicovereveningssysteem voor de somatische zorg lopen zorgverzekeraars een groter financieel risico, aangezien zij opdraaien voor een groter verschil tussen ex ante voorspelde en gerealiseerde kosten. Uit analyses blijkt dat deze compensatie is afgenomen van 26% van het verschil in 2011, naar 8% in 2012 en 7% in 2013 (Van Kleef, 2012b). Dit versterkt de prikkel tot doelmatigheid (VWS, 2012c).

### **Het macrobeheersingsinstrument**

Op 4 juli 2011 sloot de minister van VWS het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord met de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars om te komen tot een beheerste uitgavengroei. In dit akkoord zijn voor de periode 2012-2015 afspraken gemaakt om deze doelstelling te behalen (VWS, 2011). Op 16 juli 2013 is een aanvullend akkoord gesloten. Daarin is een groeipercentage van maximaal 1% vastgesteld voor de periode 2015-2017 (VWS, 2013n). Indien de macrokosten de maximaal afgesproken groei toch overschrijden, kan het macrobeheersingsinstrument (mbi) worden ingezet. Het mbi heeft de vorm van een generieke korting op alle aanbieders van medisch-specialistische zorg, die wordt ingezet als zij samen het Budgetair Kader Zorg (BKZ) overschrijden. Individuele zorgaanbieders hebben slechts een geringe invloed op de totale zorgkosten en zijn wat betreft het voorkomen van een generieke korting dus sterk afhankelijk van andere zorgaanbieders. Ook al werken zij zelf doelmatig, ze lopen toch het risico mee te moeten betalen aan de ondoelmatigheid van andere zorgaanbieders wanneer het BKZ overschreden wordt. Een strategische reactie op dit risico is om eigen prijzen en volume te laten toenemen; zo is er in ieder geval een buffer om de generieke korting te kunnen betalen (Baarsma et al., 2012; CPb, 2011; Schut et al., 2011). Het mbi wordt gezien als ultimum remedium en is nog niet toegepast.

### **Opheffing verbod winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg**

Momenteel geldt op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) een verbod op winstuitkering voor zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg. Deze zorgaanbieders zijn daarmee voor een groot deel afhankelijk van vreemd vermogen, zoals leningen van banken. In 2012 heeft de minister van VWS een wetsvoorstel ingediend om het voor ziekenhuizen en ZBC's mogelijk te maken om winst uit te keren (VWS, 2012f). In de Memorie van Toelichting wordt een aantal routes genoemd waarlangs het toestaan van winstuitkering in de medisch-specialistische zorg kan leiden tot verbetering van kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid. Private investeerders zullen bijvoorbeeld medezeggenschap over de bedrijfsvoering wensen. Verwacht wordt dat private investeerders gebaat zijn bij een geprofessionaliseerde en doelmatige bedrijfsvoering, waarbij gebruik gemaakt wordt van 'best practices' uit de zorgsector of andere sectoren. Daarnaast kan het toestaan van winstuitkering helpen om kapitaal aan te trekken. Dat kan een impuls geven aan de innovatie in de medisch-specialistische zorg. Als laatste staat in het wetsvoorstel dat het vereenvoudigen van het aantrekken van kapitaal de betwistbaarheid van de markt voor medisch-specialistische zorg ten goede kan komen.

Bij onvoldoende transparantie en concurrentie in de ziekenhuiszorg kan het toestaan van winstuitkering de publieke belangen in gevaar brengen (Plomp et al., 2013). Dit kan gebeuren als aanbieders van medisch-specialistische zorg in de gelegenheid worden gebracht om winst

te behalen door middel van ongepaste zorg, overbehandeling of risicoselectie (VWS, 2012f). Daarom zijn in het wetsvoorstel voorwaarden gesteld aan winstuitkering. Deze voorwaarden hebben onder andere betrekking op de kwaliteit van de geleverde zorg, de wachttijd voor winstuitkering (minimaal drie jaar na de eerste investering), de in het nabije verleden behaalde financiële resultaten en de financiële positie na winstuitkering. Hoewel een aantal publicaties stelt dat het belangrijk is om randvoorwaarden te stellen aan winstuitkering (bijvoorbeeld Kerste & Kok, 2010) tonen zij zich wel kritisch op de effectiviteit en proportionaliteit van enkele beoogde voorwaarden aan winstuitkering. Zo zijn Plomp en collega's bijvoorbeeld van mening dat het huidige wettelijke instrumentarium niet effectief is in het voorkomen van macro kostenoverschrijdingen – waarmee winstgevendheid van (een) aanbieder(s) van medisch-specialistische zorg gepaard zou kunnen gaan (Plomp et al., 2013; VWS, 2013d). De Memorie van Toelichting voorziet hierin een rol voor zorgverzekeraars. Hoewel geprikkeld om deze rol op zich te nemen, bijvoorbeeld vanwege de afbouw van ex post compensaties (zie *paragraaf 12.3.1*), stellen Kerste en Kok dat zorgverzekeraars om diverse redenen nog onvoldoende tegendruk kunnen bieden (Kerste & Kok, 2010).

In juni 2014 stemde de Tweede Kamer in met het voorstel van de minister. Op 30 september 2014 staat een voorbereidend onderzoek door de Eerste Kamercommissie gepland.

### **Verhoging van het wettelijk verplicht eigen risico**

Met een verplicht eigen risico betalen verzekerden een deel van hun eigen zorgkosten. Het eigen risico heeft een aantal functies binnen het stelsel van gereguleerde concurrentie (VWS, 2013o). Eén van de functies is om het kostenbewustzijn van verzekerden te verhogen. Daarnaast ontzien verzekerden met het gedeelte dat zij zelf betalen aan zorgkosten, het collectief aan verzekerden. Ook de gezonde verzekerden die geen of een lager beroep doen op de gezondheidszorg, worden hiermee ontzien. Dit moet het draagvlak voor de zorgverzekering onder gezonde verzekerden waarborgen en daarmee de solidariteit in het stelsel van gereguleerde concurrentie. Sinds 2010 is het wettelijk verplicht eigen risico geleidelijk toegenomen van €165 in 2010 tot €360 in 2014.

### **12.3.5 Betwistbare marktposities**

Een betwistbare markt is een markt waarin nieuwe partijen zonder belemmeringen kunnen toetreden en waar slecht functionerende partijen uittreden. Rondom het thema 'betwistbare marktposities' zijn er beleidswijzigingen voorgesteld en doorgevoerd ten aanzien van de toetreding van zorgverzekeraars op de zorgverleningsmarkt en ten aanzien van de overheidssteun in geval van (dreigende) faillissementen in de zorg.

### **Overheidssteun in geval van (dreigende) faillissementen in de zorg**

Sinds 2011 geeft de overheid geen financiële steun meer aan zorgaanbieders in geval van een naderend faillissement (Tweede Kamer, 2011). Dit bevordert de betwistbaarheid van zorgmarkten. In gevallen waarbij cruciale zorg dreigt weg te vallen in een regio kan de minister een zogenaamde vangnetstichting in het leven roepen. Cruciale zorg betreft die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige

gezondheidsschade kunnen oplopen of ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Voor de curatieve zorg gaat het hierbij om de ambulancezorg, de basis spoedeisende hulpverlening, de acute verloskunde en de crisisopvang in de geestelijke gezondheidszorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn in eerste plaats zelf verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg, mede in het kader van de zorgplicht van eerstgenoemden. Zij dienen hierover afspraken met elkaar te maken.

Twee casussen zijn illustratief voor de werking en praktische uitvoerbaarheid van het gewijzigde standpunt ten aanzien van overheidssteun aan zorgaanbieders. Het betreft het dreigende faillissement van het Langeland ziekenhuis in oktober 2012 en het faillissement en de doorstart van het Ruwaard van Putten ziekenhuis in juni 2013. In beide casussen bleken veldpartijen hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de continuïteit van zorg op te pakken.

### **Beoogd verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders**

In het stelsel van gereguleerde concurrentie is het zorgverzekeraars toegestaan om zorgaanbieders in loondienst te nemen of om een financieel (meerderheids)belang te verwerven in een zorgaanbieder. Dit wordt 'verticale integratie' genoemd. Zorgverzekeraars treden daarmee toe tot de zorgverleningsmarkt. Enerzijds verhoogt dit de druk op zorgaanbieders, anderzijds is het voor zorgverzekeraars een middel om aan hun zorgplicht te voldoen indien het aanbod onvoldoende is. Volgens toenmalig minister Hoogervorst werkt verticale integratie dan ook ondersteunend aan het stelsel van gereguleerde concurrentie (Tweede Kamer, 2005). Daarnaast zou het kunnen leiden tot minder transactiekosten en beter op elkaar afgestemde (doelmatigheids)prikkels (Van de Ven, 2011).

In 2012 is een wetsvoorstel ingediend (VWS, 2012e) waarin het zorgverzekeraars wordt verboden om zelf zorg te verlenen of zorg te laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zeggenschap hebben. Hiervan is bijvoorbeeld sprake wanneer zij een meerderheid van de aandelen (met stemrecht) hebben of indien zij meer dan de helft van de bestuursleden hebben aangewezen<sup>1</sup>. Het wetsvoorstel bevat enkele concrete voorbeelden hoe verticale integratie – bij verminderde concurrentiedruk op de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt – het publieke belang kan schaden. Op dit vlak wordt in het wetsvoorstel aandacht besteed aan de (schijn van) belangenverstrengeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die zich kan uiten in een intransparant, mogelijk suboptimaal en niet objectief inkoopproces.

In de bijlage van de Memorie van Toelichting is een aantal publicaties opgenomen. Dit zijn reacties van Varkevisser en Schut, Douven, Halbersma, Katona en Shestalova (VWS, 2012e); het eindrapport van de commissie Baarsma (Baarsma et al., 2009); het advies van de Raad van State (Raad van State, 2012) en de dissertatie van Plomp (Plomp, 2011).

Deze studies tonen aan dat verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder nadelig kan zijn wanneer beide markten geconcentreerd zijn. Daarnaast stelt men dat het

---

<sup>1</sup> Ten aanzien van het vervullen van de zorgplicht en zorgvernieuwingen bestaan ontheffingen

huidige toezichtkader toereikend is om de publieke belangen te waarborgen rondom mededingings- en kwaliteitsvraagstukken. Het wetsvoorstel is dan ook voornamelijk gemotiveerd door het voorkomen van de schijn van belangenverstrengeling en daarmee het behouden van het vertrouwen van burgers in het systeem.

Het wetsvoorstel is in juni 2014 aangenomen door de Tweede Kamer. Eind september 2014 zal het voorbereidend onderzoek van de Eerste Kamercommissie plaatsvinden.

### 12.3.6 Marktmeester en toezichthouder

Een onafhankelijke toezichthouder die toeziet op zaken als transparantie, mededinging en de financiële positie van relevante marktpartijen draagt bij aan het waarborgen van de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een recente beleidswijziging in het toezichthouderschap heeft betrekking op het toezicht rondom zorgfusies. Vòòr de beleidswijziging was dit een taak van de (toenmalige) Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) die daarbij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kon consulteren. De NMa was niet verplicht om deze zienswijze op te volgen. De adviezen van de IGZ aan de NZa waren wel bindend; de NZa diende deze over te nemen in haar zienswijze. De kritiek op het toenmalige toetsingskader en de uitvoering daarvan, was onder meer dat de NMa zorgfusies teveel vanuit een economische invalshoek (zou kunnen) benaderen (Varkevisser & Schut, 2011). Aan het toetsingskader is een zorgspecifieke fusietoets toegevoegd die de NZa voor haar rekening neemt. Deze toets vindt plaats voorafgaand aan een eventuele toets door de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Indien de voorgenomen zorgfusie onder het bereik van de ACM valt, moeten nu beide instanties toestemming geven voor de zorgfusie. De NZa toetst specifiek het nut en de risico's van de voorgenomen zorgfusie zoals opgesteld door de partijen. Ook toetst zij of de continuïteit van de cruciale zorg niet in gevaar komt. Een voorgenomen fusie waarbij er sprake is van een zorgaanbieder die door 50 personen of meer zorg laat verlenen, moet vooraf bij de NZa worden gemeld.

### 12.3.7 Conclusie

Sinds de vorige Zorgbalans is beleid gemaakt of voorgenomen op een groot deel van de voorwaarden voor gereguleerde concurrentie. In die gevallen waar de wetsvoorstellen nog bij de Tweede Kamer liggen of (tijdelijk) zijn ingetrokken, is het nog te vroeg om vast te stellen in hoeverre beleid op de randvoorwaarden heeft bijgedragen aan het realiseren van de publieke belangen in de zorg.

Op het gebied van contractvrijheid is veel beleid voorgenomen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben meer ruimte gekregen om zichzelf te profileren naar elkaar toe en richting verzekeren. Het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg is uitgebreid. Daarnaast is het voor de bekostiging van multidisciplinaire zorg in het algemeen en voor chronische zorg in het bijzonder, toegestaan met verschillende vormen van bekostiging te werken.

Met het voorgenomen verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, wordt een deel van de verworven contractvrijheid weer ingeleverd. De voorgenomen aanpassing van artikel 13 prikkelt zorgverzekeraars en zorgaanbieders wel om van de nieuw verworven contractvrijheid gebruik te maken. In de paragraaf over de zorginkoopmarkt (zie *paragraaf 12.5*) gaan wij in op de vraag of deze prikkel al gewerkt heeft in de praktijk.

Ook op het gebied van doelmatigheid zien we veel (voorgenomen) beleid. Het afbouwen van de ex post verevening en compensaties verhoogt het financieel risico voor zorgverzekeraars en prikkelt hen tot doelmatigheid. Het afbouwen van de ex post verevening en compensaties is ook een stimulans om van de nieuw verworven vrijheden op het gebied van contractvrijheid gebruik te maken. Door partijen in het veld zijn wel kanttekeningen geplaatst bij het voorgenomen doelmatigheidsbeleid. Deze raken niet zozeer motivatie achter de betreffende wetsvoorstellen maar meer de uitwerking ervan. Een aantal onderzoekers is van mening dat bepaalde aspecten van het voorgenomen doelmatigheidsbeleid (onnodig) restrictief zijn, weinig effectief zullen zijn of onbedoelde dan wel averechtse effecten op doelmatigheid zullen hebben.

De beoogde opheffing van het verbod op winstuitkering bij aanbieders van medisch-specialistische zorg en de nadere voorwaarden die de overheid gesteld heeft aan overheidssteun in geval van dreigende faillissementen in de zorg dragen bij aan de betwistbaarheid van de zorgmarkt. Met het voorgenomen verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder nemen de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om de zorgmarkt te betreden af. Hoewel er met het toestaan van verticale integratie beter zou worden voldaan aan de randvoorwaarde 'betwistbare marktposities' zou dit, volgens het standpunt dat wordt ingenomen in de Memorie van Toelichting, ten koste kunnen gaan van de mate waarin aan andere randvoorwaarden voldaan wordt. Deze casus is illustratief voor de observatie dat een dergelijke 'overall'-benadering – waarbij een bepaald wetsvoorstel langs meerdere relevante randvoorwaarden wordt gelegd – wenselijk is voor een ieder die zich met de ontwikkeling en evaluatie van zorgstelsel bezig houdt.

## 12.4 De zorgverzekeringmarkt

Een concurrerende en betwistbare zorgverzekeringmarkt is één van de randvoorwaarden voor het succes van gereguleerde concurrentie (Van de Ven et al., 2009). De structuur van de zorgverzekeringmarkt bepaalt de ruimte voor concurrentie op deze markt. Een markt waarin verschillende zorgverzekeraars verschillende polissen aanbieden, maakt het verzekeren mogelijk om over te stappen naar polissen die voor hen gunstiger zijn. Door de mogelijkheid klanten aan te trekken of te verliezen, ontstaat concurrentie tussen zorgverzekeraars. Zij worden in hun gedrag geprikkeld om zich te onderscheiden van concurrerende zorgverzekeraars in termen van prijs, kwaliteit en toegankelijkheid. Samen met de financiële positie van zorgverzekeraars behoren de prijs, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg via een zorgverzekering tot de resultaten op de zorgverzekeringmarkt.

In deze sectie bespreken we achtereenvolgens de structuur van, het gedrag en de resultaten op de zorgverzekeringsmarkt.

#### 12.4.1 Structuur van de zorgverzekeringsmarkt

##### Aantal zorgverzekeraars en concerns

De gegevens in *tabel 12.1* laten zien dat het aantal verzekeringsconcerns en aangesloten zorgverzekeraars is afgenomen. In de periode 2006-2014 is een aantal concerns gefuseerd en zijn zorgverzekeraars binnen een concern in elkaar opgegaan. Een afname van het aantal zorgverzekeraars kan de concurrentiedruk verminderen.

##### Regionale en nationale concentratiegraad

De NZa (NZa, 2013k) concludeerde dat de landelijke en provinciale concentratie van zorgverzekeraars is toegenomen, hoewel in 2013 een lichte daling ten opzichte van 2012 is gemeten. Een toegenomen mate van concentratie kan duiden op verminderde concurrentiedruk.

##### Betwistbare marktposities

De Zorgverzekeringswet staat nieuwe zorgverzekeraars toe en regelt de positie van verzekerden bij uittreding van zorgverzekeraars (door bijvoorbeeld een faillissement). Hiermee is het principe van de betwistbare marktpositie wettelijk verankerd. Niet toetreding op zichzelf maar de dreiging ervan, is van belang. Immers, indien de zorgverzekeringsmarkt al concurrerend is, is toetreding vanuit het oogpunt van het publieke belang niet nodig. Zo kenden de zorgverzekeraars de afgelopen jaren een positief exploitatieresultaat en lieten dit terugvloeien naar verzekerden (NZa, 2013k). Dit kan geïnterpreteerd worden als concurrentiedruk.

De dreiging van toetreding wordt afgezwakt door toetredingsdrempels. Op basis van interviews met zorgverzekeraars bespreekt de NZa de toetredingsdrempels tot de zorgverzekeringsmarkt (NZa, 2012e). De zorgverzekeraars ervaren beperkte winstgevendheid van de basisverzekering. Daarnaast maken zij zich zorgen over de financiële complexiteit en onzekerheid rondom de risicoverevening. Deze onzekerheid had te maken met de lange doorloop van nacalculaties. Te verwachten is dat dit minder wordt nu deze bijna allemaal zijn afgeschaft. De afschaffing van de ex post verevening maakt kleine zorgverzekeraars echter wel gevoeliger voor hoogrisicopopulaties als de risico's in het ex ante model niet verevend worden. Temeer ook omdat er voor verzekeraars een acceptatieplicht geldt en omdat zij premies niet mogen differentiëren op basis van gezondheidsrisico's. De kleinere

**Tabel 12.1:** Aantal zorgverzekeraars en concerns, 2006-2013 (Bron: NZa, 2013k).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Concerns	16	15	12	12	11	10	9	9
Zorgverzekeraars	33	32	32	30	28	27	26	26

zorgverzekeraars geven in de interviews aan dat de afschaffing van de ex post verevening een toetredingsdrempel kan opwerpen.

Alhoewel zorgverzekeraars gemiddeld genomen reeds een aantal jaren een positief exploitatieresultaat halen op hun basis- en aanvullende verzekering, zijn er geen zorgverzekeraars togetreden op de markt.

### **Transparantie op de zorgverzekeringsmarkt**

In een transparante zorgverzekeringsmarkt is de informatie over polissen voor verzekerden beschikbaar is. Deze informatie moet ook toegankelijk zijn. De afgelopen jaren zijn er signalen geweest dat de contractering van medisch specialistische zorg relatief laat wordt afgerond, waardoor informatie laat beschikbaar is. De kans bestaat dan dat een patiënt in het nieuwe jaar zorg gaat afnemen bij een zorgaanbieder die niet gecontracteerd wordt (Halbersma & Wolf, 2012). De voorgenomen aanpassing van art. 13 Zvw zou dit moeten voorkomen.

De NZa heeft in 2011 de beleidsregel 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten' opgesteld (NZa, 2013h). Uit de meest recente rapportage (december 2013) blijkt dat vooral de transparantie rondom de hoogte van vergoedingen voor niet-preferente geneesmiddelen en wettelijke eigen bijdragen voor verbetering vatbaar is.

De CQ-rapportages van het NIVEL schetsen eenzelfde beeld. Uit de meest recente meting van de CQ-index Zorg en Zorgverzekering (2011) blijkt dat driekwart van de verzekerden niet goed op de hoogte is van het vergoedingenbeleid van de zorgverzekeraar (Donselaar et al., 2011).

## **12.4.2 Gedrag op de zorgverzekeringsmarkt**

### **Aantal en typen zorgpolissen**

Uit *tabel 12.2* blijkt dat het aantal zorgpolissen over de jaren heen is toegenomen. Ook hebben er ontwikkelingen plaatsgevonden wat betreft de polistypen die op de zorgverzekeringsmarkt worden aangeboden.

Globaal zijn er twee soorten polissen: naturapolissen en restitutiepolissen. Onder een restitutiepolis ontvangt een verzekerde een vergoeding ongeacht naar welke zorgaanbieder hij gaat. Onder een naturapolis wordt een verzekerde beperkt tot de zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar een contract heeft. Restitutiepolissen zijn weer onder te verdelen in polissen met en polissen zonder gecontracteerde zorgaanbieders. Onder restitutiepolissen met gecontracteerde zorgaanbieders kan het bezoeken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders een aantal implicaties hebben. Zo kan de zorgverzekeraar besluiten om de kosten van deze zorg voor te laten schieten door de verzekerde of om slechts een deel van de zorgkosten te vergoeden.

Uit de gegevens in *tabel 12.2* blijkt dat het aantal polissen met gecontracteerde zorgaanbieders toeneemt. Vanuit het stelsel van gereguleerde concurrentie bezien, zijn dit de polissen waarmee de zorgverzekeraar zich kan profileren ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

**Tabel 12.2:** Aantal zorgpolissen en ontwikkelingen in polistypen, 2009-2013 (Bron: NZa, 2013k).

Type polis		2009	2010	2011	2012	2013
Combinatie	Deels gecontracteerd	9	14	8	7	10
	Gecontracteerd	6	1	6	5	5
	Subtotaal	15	15	14	12	15
Natura	Gecontracteerd	16	17	18	22	29
	Subtotaal	16	17	18	22	29
Restitutie	Deels gecontracteerd	2	6	7	8	12
	Gecontracteerd	2	1	5	6	5
	Niet-gecontracteerd	22	18	12	12	6
	Subtotaal	26	25	24	26	23
Totaal		57	57	56	60	67

### Budgetpolissen

In de monitor Zorginkoop constateert de NZa dat een groeiend aantal zorgverzekeraars zogeheten ‘budgetpolissen’ aanbiedt (NZa, 2014). Dit zijn naturapolissen met een zeer selectief gecontracteerd zorgaanbod (voor niet-spoedeisende zorg); verzekerden betalen bij het afnemen van zorg bij niet-gecontracteerde zorg een eigen bijdrage. Deze polissen hanteren een lage premie. Hoewel dit enige media-aandacht genereerde eind 2013, zijn de budgetpolissen vooralsnog een kleine speler op de zorgverzekeringsmarkt. Op 1 februari 2014 hadden 300.000 verzekerden een budgetpolis afgesloten; een stijging van 30.000 verzekerden ten opzichte van het vorige verzekeringsjaar (BS Health Consultancy, 2013).

### Overstapgedrag verzekerden en belemmeringen

Verzekerden kunnen ieder jaar naar een andere zorgverzekeraar overstappen. De dreiging dat mensen overstappen moet voldoende groot zijn, willen zorgverzekeraars concurrentiedruk ervaren. Het is daarbij van belang dat verzekerden geen belemmeringen ervaren om over te stappen.

Per 1 januari 2013 stapten 1,2 miljoen verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar. Dit komt neer op een overstapperpercentage van 7,2%; het hoogste percentage sinds de invoering van de Zorgverzekeringwet (Vektis, 2013b). BS Health Consultancy rapporteerde op basis van cijfers van zorgverzekeraarsconcerns een overstapperpercentage van 6,5% voor 2014 (BS Health Consultancy, 2014). Sinds 2007 veranderen per jaar steeds meer mensen van zorgverzekeraar. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringwet in 2006 zijn in totaal 3,3 miljoen verzekerden minimaal één keer overgestapt. Dat betekent dat ruim driekwart van de verzekerden nog nooit



is gewisseld van verzekeraar (Vektis, 2013b). De prijs van zowel de basis- als aanvullende verzekering is voor verzekerden de belangrijkste reden om te wisselen (Reitsma-van Rooijen et al., 2012; Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013). Onderzoek van de NZa toont aan dat verzekerden steeds sterker reageren op een stijging van de prijs van hun polis (NZa, 2013k).

Recent onderzoek van Duijmelinck en collega's (Duijmelinck et al., 2013a) laat zien dat de overstapperpercentages voor subgroepen van verzekerden verschillen. Jongeren stappen vaker over dan ouderen. Ook stappen gezonde verzekerden ongeveer tweemaal zo vaak over als ongezonde verzekerden. Uit onderzoek van Vektis (Vektis, 2012) blijkt daarnaast dat een hoog opleidingsniveau, een hoger inkomen en het hebben van een baan de kans vergroten dat een verzekerde overstapt.

Verschillen in overstapperpercentages tussen subgroepen kunnen duiden op overstapbelemmeringen. Dit vermindert de dreiging tot overstappen. Een in 2013 uitgezette vragenlijst onder Nederlandse verzekerden geeft inzicht in overstapbelemmeringen (NZa, 2013k). Meer dan de helft van de respondenten vindt het veel tijd en moeite kosten om polissen te vergelijken, bijvoorbeeld op het gebied van gecontracteerd zorgaanbod. Zij verwachten dat overstappen onverwachte kosten (51%) of 'gedoe' (57%) met zich meebrengt. Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar opleidingsniveau en de mate van gezondheid van de respondenten blijkt dat respondenten met een slechte gezondheid en met een lage opleiding eerder moeilijkheden of belemmeringen verwachten bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Verder blijkt uit ander onderzoek dat een deel van de verzekerden overstapbelemmeringen kan ervaren vanwege de koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering (Roos & Schut, 2008; Roos & Schut, 2012). Er zijn twee vormen van koppelverkoop waargenomen (Bes et al., 2012a). De eerste betreft het alleen kunnen afnemen van een aanvullende polis indien een basisverzekering is afgesloten. De tweede vorm betreft het heffen van een hogere premie op de aanvullende polis wanneer er geen basisverzekering is afgesloten.

### **Risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt**

Indien vereveningsresultaten verschillen tussen (door de zorgverzekeraar te identificeren) subgroepen, dan bestaan er prikkels tot risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt. Binnen de context van het Nederlandse zorgstelsel is risicoselectie gedefinieerd als alle acties (anders dan premiedifferentiatie per polis) die tot doel of gevolg hebben dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd (Van de Ven et al., 2013a; Van de Ven et al., 2013b). Dit zijn acties die laagrisicogroepen aantrekken en/of hoogrisicogroepen afstoten. Risicoselectie kan ook vanuit verzekerden zelf komen. Gezonde mensen kunnen besluiten een hoger vrijwillig eigen risico te nemen of af te zien van een aanvullende polis.

Duijmelinck en collega's (Duijmelinck et al., 2013b) vonden voor twee zorgverzekeraars dat op de uitstromers een negatief financieel resultaat zou zijn behaald (indien ze gebleven zouden zijn) en dat op de instromers een positief financieel resultaat werd behaald (bij een landelijk-gemiddelde kostendekkende premie). Dit kan een indicatie zijn voor risicoselectie. Welke

precieze acties hebben geleid tot de geobserveerde risicoselectie is een vraag voor vervolgonderzoek. We weten dus nog niet in welke mate de risicoselectie een bedreiging vormt voor de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

### 12.4.3 Resultaat op de zorgverzekeringsmarkt

#### **Premieontwikkeling en variatie in zorgpremie**

Naast een gedifferentieerd aanbod in termen van polistypen bestaan er ook substantiële verschillen in de premies. Uit *tabel 12.3* blijkt echter wel dat de spreiding aan het afnemen is op polisniveau. In combinatie met een laag exploitatieresultaat op de basisverzekering, kan dit duiden op concurrentie tussen zorgverzekeraars.

#### **Financiële positie zorgverzekeraars**

Het gemiddelde exploitatieresultaat (basis + aanvullende verzekering) als percentage van de gemiddelde schadelast (idem) is van 2007 tot 2012 toegenomen van -1% naar 3% (NZa, 2013k). Als reden voor de relatief snelle stijging tussen 2011-2012 noemt de NZa (NZa, 2013k) het lager uitvallen van de schadelast. Zorgverzekeraars anticipeerden op een kostenstijging, mede vanwege het wegvallen van ex post compensaties, en verhoogden daarom de premies. Achteraf viel de stijging in de schadelast mee.

#### **Kwaliteit zorgverzekeraars vanuit verzekerdenperspectief**

Uit de meest recente meting van de CQ-index Zorg en Zorgverzekering blijkt dat verzekerden over het algemeen tevreden zijn met hun zorgverzekeraar (Donselaar et al., 2011). Dit is dan ook de belangrijkste reden voor niet-overstappers om niet over te stappen (67,4%) (NZa, 2013k).

#### **Overstapbelemmeringen en implicaties voor kwaliteit en toegankelijkheid van zorg**

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat verzekerden uit bepaalde subgroepen (zoals chronisch zieken en ouderen) zich niet vrij voelen om een andere zorgverzekeraar te kiezen. Een lagere overstapdreiging betekent dat zorgverzekeraars minder hun best hoeven te doen om verzekerden aan zich te blijven binden. Temeer ook nu zorgverzekeraars een groter financieel risico zijn gaan lopen over zorgkosten en de vereveningsresultaten voorspelbaar negatief zijn voor groepen chronisch zieken (zie *paragraaf 12.3*). Volgens Roos en Schut (Roos & Schut, 2008) zou dit kunnen leiden tot een verminderde kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor deze subgroepen.

### 12.4.4 Conclusie

Zorgverzekeraars hebben in de periode 2010-2014 meer contractvrijheid gekregen. De observatie dat het aantal polissen met gecontracteerde zorgaanbieders toeneemt ten opzichte van pure restitutiepolissen, geeft blijk van de intentie om ook van deze contractvrijheid gebruik te maken. Samen met een analyse van de inhoud van de contracten die zorgverzekeraars met zorgaanbieders sluiten (zie *paragraaf 12.5*) betekent deze ontwikkeling dat zorgverzekeraars zich meer zijn gaan profileren ten opzichte van andere zorgverzekeraars.

**Tabel 12.3:** Gemiddelde nominale premie en spreiding, 2010-2013 (Bron: NZa, 2013k).

	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde nominale premie basisverzekering	1149	1262	1287	1280
Spreiding (verschil tussen hoogste en laagste premie)	279	276	240	236
Spreiding als percentage van gemiddelde nominale premie	24	22	19	18

De zorgverzekeraars kenden de afgelopen jaren een positief exploitatieresultaat en lieten dit terugvloeien naar verzekerden (NZa, 2013k). Het lage aantal toetreders tot de zorgverzekeringsmarkt en de afnemende spreiding in premies kunnen geïnterpreteerd worden als tekenen van effectieve concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

Zonder de ervaren overstapbelemmeringen door verzekerden zou deze concurrentiedruk echter substantieel hoger kunnen zijn, zeker in het licht van de toegenomen concentratie op de zorgverzekeringsmarkt. Van belang is hier ook dat het om groepen verzekerden (ouderen, chronisch zieken) gaat met specifieke preferenties voor zorg. Indien vanuit deze groepen de dreiging tot overstappen vermindert, kan op termijn ook de kwaliteit van de zorginkoop – en het gecontracteerde zorgaanbod – verminderen.

## 12.5 De zorginkoopmarkt

In deze paragraaf richten we ons op de zorginkoopmarkt, waarbij wij ons beperken tot de inkoop van geneesmiddelen en medisch-specialistische zorg. Dit zijn namelijk de markten waarop zorgverzekeraars zich in termen van zorginkoop onderscheiden. Daarnaast behoren beide zorginkoopmarkten tot belangrijke markten in termen van zorguitgaven. De structuur, het gedrag en het resultaat van deze deelmarkten zullen achter elkaar besproken worden.

### 12.5.1 De zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen

Op de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen kunnen zorgverzekeraars afspraken maken met zowel de apotheker als de fabrikant van het geneesmiddel, binnen de kaders van het Besluit Zorgverzekering (Visser et al., 2013). Hierin staat vermeld welke geneesmiddelen de verzekeraar verplicht in de basisverzekering moet opnemen. Het ministerie heeft een lijst van deze geneesmiddelen opgesteld in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). In de lijst staan maximum tarieven per groep werkzame stoffen. Een aantal groepen werkzame stoffen wordt vervolgens in clusters opgedeeld van geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn. Verzekeraars zijn verplicht om minstens één geneesmiddel per cluster te vergoeden. Indien

een verzekeraar ook daadwerkelijk besluit om een beperkte groep geneesmiddelen te vergoeden per cluster, spreekt men van een “preferentiebeleid”.

### **Structuur van de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen**

#### **Aantal aanbieders en concentratiegraad**

Zorgverzekeraars maken op nationaal niveau afspraken met leveranciers van geneesmiddelen en ketens van apothekers. De inkoop van geneesmiddelen wordt voor een deel door inkoopcombinaties van zorgverzekeraars gedaan. De kleinere zorgverzekeraars hebben zich voor hun zorginkoop aangesloten bij de inkoopcombinatie ‘Multizorg’.

De extramurale farmaceutische zorg wordt op lokaal niveau geleverd door apotheekhoudende huisartsen en openbare apotheken. Openbare apotheken opereren lokaal: 86% van de geneesmiddelen wordt verstrekt aan patiënten die binnen een straal van 3 km woonachtig zijn (SFK, 2013). Het gemiddelde gewogen<sup>2</sup> marktaandeel van de apotheken en apotheekhoudende huisartsen, gebaseerd op declaratiegegevens in viercijferige postcodegebieden, is 40% (NZa, 2013j).

Op de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen onderhandelen apothekers in toenemende mate samen, al dan niet via een zorgmakelaar (Reibestein & Rinnooy Kan, 2013). Dit vergroot de onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraar (Reibestein & Rinnooy Kan, 2013).

#### **Transparantie van de markten ten aanzien van kwaliteit en prijs**

Transparantie ten aanzien van kwaliteit en prijs is belangrijk voor patiënt, consument en zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars gebruiken deze informatie om tot een gecontracteerd zorgaanbod te komen. Op basis hiervan kunnen zij beoordeeld worden door de consument op de zorgverzekeringsmarkt. De patiënt heeft transparantie nodig om uit dit zorgaanbod een zorgaanbieder te kiezen.

Voor de patiënt is kwaliteit nog onvoldoende inzichtelijk (NZa, 2013j). Sinds 2008 is de Stuurgroep Zichtbare Zorg Farmacie verantwoordelijk voor het ontwikkelen, opzetten en uitvragen van kwaliteitsindicatoren. Er zijn verschillende indicatoren ontwikkeld, namelijk zorginhoudelijke indicatoren, cliëntervaringsindicatoren en etalageplusvragenlijsten (etalageplus-informatie betreft feitelijke informatie zoals locatie, wachttijden et cetera).

Voor de patiënt bestaat er in toenemende mate onduidelijkheid over prijzen van geneesmiddelen. Sinds de invoering van het preferentiebeleid staan de prijzen niet langer vermeld op de verpakkingen van de geneesmiddelen (NZa, 2013j).

---

<sup>2</sup> Zorgaanbieders leveren zorg aan mensen uit verschillende regio's. In het “gewogen marktaandeel” van een zorgaanbieder, wordt in de berekening van het marktaandeel meer gewicht gegeven aan regio's die in termen van omzet, belangrijker zijn.

## ***Gedrag op de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen***

### **Preferentiebeleid en prijsgarantie**

Verzekeraars passen vaak twee soorten inkoopbeleid toe binnen één contract met een apotheker: het preferentiebeleid en de prijsgarantie.

Binnen het preferentiebeleid kiest de zorgverzekeraar één geneesmiddel per werkzame stof of cluster. Zorgverzekeraars kunnen dus binnen de kaders van het Besluit Zorgverzekering besluiten om de medicijnen van bepaalde leveranciers niet meer te vergoeden. Zorgverzekeraars kiezen het geneesmiddel (en dus de bijbehorende leverancier) op basis van de prijs en het maximum volume dat een leverancier kan leveren. Leveranciers concurreren onderling door additionele kortingen te geven. Binnen dit preferentiebeleid wordt de inkoopfunctie van de apotheker feitelijk overgenomen. De apotheker wordt alleen voor deelprestaties gecontracteerd zoals eerste uitgifte, avonddienstverlening en magistrale bereiding. De prijzen van deze deelprestaties zijn vrij onderhandelbaar.

Een prijsgarantie houdt in dat de zorgverzekeraar van te voren een prijs afspreekt met de apotheekhoudende (per cluster/groep van werkzame stoffen). De apotheekhoudende bepaalt dan zelf welk geneesmiddel hij verstrekt.

Alhoewel selectieve contractering is toegestaan, worden vrijwel alle apothekers gecontracteerd. De contracteergraad in april 2012 was 94% (NZa, 2013j).

### **Kwaliteit in inkoopbeleid**

Kwaliteit speelt tot dusver een beperkte rol in het inkoopbeleid. In alle contracten worden basiseisen opgenomen (NZa, 2013j). De apotheek moet voldoen aan de wettelijke eisen. Voorbeelden hiervan zijn: voldoen aan de Nederlandse Apotheek Norm (NAN 2006), delen van het medicatie-dossier en deelname aan het farmacotherapeutisch overleg (FTO) (NZa, 2013j). Een aantal zorgverzekeraarsconcerns maakt afspraken over een hogere vergoeding voor kwaliteit (NZa, 2013j). Voorbeelden van kwaliteitsafspraken zijn: deelname aan kwaliteitsonderzoek, verrichten van extra activiteiten om de medicatiebewaking en therapietrouw te verbeteren, et cetera (NZa, 2013j).

## ***Resultaat op de zorginkoopmarkt voor geneesmiddelen***

### **Tevredenheid**

Drie van de vier grote zorgverzekeraarsconcerns zijn tevreden over het contracteerproces. Het merendeel van de apothekers toont zich daarentegen ontevreden wat betreft het proces en de uitkomsten van de contractonderhandelingen (NZa, 2013j). Apothekers geven aan over te weinig macht te beschikken tegenover zorgverzekeraars. Door het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars zou daarnaast hun financiële positie onder druk staan (Reibestein & Rinnooy Kan, 2013). Toch zijn er tot dusver nauwelijks apotheken van de markt verdwenen.

In de periode 2004-2011 is de consumptie van geneesmiddelen gestegen. Desalniettemin heeft de prijsdaling in dezelfde periode tot een besparing geleid van €1,5 miljard (NZa, 2013j). Dit is het gevolg van de prijsdaling van generieke en specialité geneesmiddelen binnen preferente clusters en dankzij substitutie. De geneesmiddelenprijzen zijn in de afgelopen jaren steeds verder gedaald. Ook heeft er een daling in de apotheektarieven plaatsgevonden (SFK, 2013). De prijzen van sommige generieke geneesmiddelen zijn met 90% gezakt (SFK, 2013). De totale omzet voor de gemiddelde apotheek nam in het jaar 2012 met 4,4% af ten opzichte van 2011 (SFK, 2013).

Patiënten zijn tevreden over de toegankelijkheid, de wachttijd en de snelheid van helpen in de apotheek (NZa, 2013).

## 12.5.2 De zorginkoopmarkt voor medisch-specialistische zorg

Op de zorginkoopmarkt voor medisch-specialistische zorg wordt qua zorginkoop een onderscheid gemaakt tussen behandelingen die onder het A- en het B-segment vallen. Behandelingen in het A-segment hebben maximumtarieven. De prijs voor behandelingen in het B-segment is vrij onderhandelbaar.

### **Structuur van de zorginkoopmarkt voor medisch-specialistische zorg**

#### **Aantal aanbieders en concentratiegraad**

Zorgverzekeraars onderhandelen op regionaal niveau met aanbieders van medisch-specialistische zorg. De inkoop van deze zorg wordt voor een deel door inkoopcombinaties van zorgverzekeraars gedaan. De kleinere zorgverzekeraars sluiten zich voor hun zorginkoop aan bij de inkoopcombinatie 'Multizorg'.

In 2013 telt Nederland 82 algemene ziekenhuizen, 8 UMC's en 2 categorale ziekenhuizen. Daarnaast zijn er 268 ZBC's (NZa, 2013b). Het aantal ziekenhuislocaties is in de afgelopen jaren nagenoeg gelijk gebleven (Deuning, 2013b). Het aantal ZBC's laat elk jaar een stijging zien. Het gemiddelde gewogen marktaandeel van een ziekenhuis, gebaseerd op declaratiegegevens in viercijferige postcodegebieden, is 54,4% (NZa, 2013b). ZBC's zijn niet in de berekening meegenomen.

#### **Verdere concentratie vanwege beleid VWS en zorgverzekeraars**

De minister van VWS en zorgverzekeraars sturen al enkele jaren aan op concentratie van complexe zorg (VWS, 2010b). In een aantal gevallen is er wetenschappelijk gezien voldoende bewijs van een positieve relatie tussen concentratie van zorg en geleverde kwaliteit (Zuiderent-Jerak et al., 2012). Dit geldt voor een aantal vormen van complexe zorg waar ervaring van de medisch specialist de kans op complicaties kan verminderen. In het verlengde hiervan heeft de IGZ de beroepsgroepen opgeroepen om kwaliteits- en volumennormen op te stellen. Dit houdt in dat zorgaanbieders de zorg alleen mogen leveren indien ze jaarlijks een minimum aantal behandelingen uitvoeren. Dit heeft tot gevolg dat er op regionaal niveau afspraken gemaakt moeten worden over de concentratie van complexe zorg (VWS, 2010b). In

het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord wordt ook aangestuurd op verdere concentratie van de zorg. Dit zien we terug in de contracten die in 2012 werden gesloten tussen de verzekeraars en de ziekenhuizen. In de contracten wordt vermeld dat de zorgaanbieder zich aan deze normen dient te houden (Ruwaard et al., 2014).

### **Transparantie van de markten ten aanzien van kwaliteit en prijs**

Zoals omschreven in het hoofdstuk 'Transparantie van kwaliteit' zijn er in de afgelopen jaren verschillende initiatieven geweest om de transparantie van de kwaliteit van zorg te verbeteren. Belangrijke initiatieven zijn: Zichtbare Zorg, de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR), de PROMs, de ROM, de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), kiesBeter.nl en Zorgkaart-Nederland. De initiatieven variëren in de definitie van kwaliteit en verschillen daarom ook in de aspecten van kwaliteit die worden gemeten. Deze initiatieven hebben gezamenlijk bijgedragen aan het transparanter maken van de kwaliteit maar het is vooralsnog niet voldoende. De indicatoren voldoen nog niet aan de eisen. Voor de consument blijkt het lastig de kwaliteitsinformatie te gebruiken om tot een keuze van aanbieder te komen. Voor de consument kan het lastig zijn om de verschillende kwaliteitsindicatoren te interpreteren en af te wegen. Verzekeraars geven aan dat de kwaliteit van zorg van bepaalde behandelingen nog niet dusdanig inzichtelijk is dat er op basis van kwaliteit, selectief kan worden ingekocht (NZa, 2014).

### **Gedrag op de zorginkoopmarkt voor medisch-specialistische zorg**

Verzekeraars hebben met vrijwel alle ziekenhuizen een contract afgesloten maar niet met alle ZBC's (NZa, 2012c). De contracten hebben veelal een contractduur van één jaar. Een aantal verzekeraars koopt selectief in op een beperkt aantal behandelingen. De inhoud van de contracten die in 2012 tussen de zorgverzekeraar en de ziekenhuizen werden afgesloten, werden bestudeerd door Ruwaard en collega's (Ruwaard et al., 2014) en worden hieronder besproken.

### **Inhoud contracten zorgverzekeraars en ziekenhuizen in 2012**

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen op twee niveaus over de kosten van zorg. Als eerste wordt er onderhandeld over de bekostigingsmethodiek, vervolgens over prijzen van de DBC-zorgproducten (NZa, 2012c). Er worden grofweg twee verschillende bekostigingsmethoden toegepast: plafondaafspraken en aanneemsommen. Bij een plafondaafpraak worden de declaraties van het ziekenhuis vergoed totdat het plafond is bereikt. Bij een aanneemsom ontvangt het ziekenhuis een van te voren vastgesteld bedrag ongeacht de prestaties. Dit is een omzetgarantie en verschilt in dat opzicht van de plafondaafpraak. Na het bepalen van de bekostigingsmethodiek vinden er onderhandelingen plaats over de tarieven van DBC-zorgproducten. In de contracten staat echter vaak wel vermeld dat de tarieven nog aangepast kunnen worden als productie achterblijft of hoger uitkomt dan verwacht werd. De tarieven kunnen dan aangepast worden zodat de totale kosten overeenkomen met een eventueel plafond of aanneemsom (Ruwaard et al., 2014).

Het totaal aantal behandelingen dat een zorgaanbieder kan declareren, wordt begrensd door de aanneemsommen en plafonddafspraken. Ook wordt contractueel een aantal voorwaarden gesteld aan het declareren van een behandeling. Zo kan de verzekeraar besluiten een behandeling alleen te vergoeden als er een verwijzing is van een arts. Voor een aantal behandelingen moet de zorgaanbieder toestemming vragen aan de verzekeraar. Naast contractuele afspraken om het volume te begrenzen, worden er ook bepalingen opgenomen om onderbehandeling tegen te gaan. In vrijwel alle contracten staat dat de zorgaanbieder geen patiënten mag weigeren tenzij daar gewichtige redenen voor zijn. Ook wordt er veelal afgesproken dat ziekenhuizen een doorleververplichting hebben. Dit houdt in dat ziekenhuizen geen patiënten mogen weigeren, ook niet als het plafond of de aanneemsom is bereikt (Ruwaard et al., 2014).

In alle contracten worden algemene afspraken opgenomen over de kwaliteit van zorg. Voor de gecontracteerde zorg geldt dat deze aan de (meest recente) standaarden, protocollen en richtlijnen moet voldoen. Zo moet het ziekenhuis bijvoorbeeld beschikken over een Veiligheid Managementsysteem (VMS) en over een accreditatie van een certificatie- of accreditatieorganisatie. Verder worden in vrijwel alle contracten afspraken gemaakt over maximale wachttijden. Hierbij worden doorgaans de Treeknormen gehanteerd. Voor sommige behandelingen worden er op behandelingsniveau kwaliteitsafspraken gemaakt. Deze afspraken zijn voornamelijk gebaseerd op de minimumeisen die beroepsgroepen hebben opgesteld. Deze eisen zijn bekend bij de zorgaanbieders. Verzekeraars passen op een beperkt aantal behandelingen selectieve contractering toe. Voorbeelden zijn borstkankerzorg, maagverkleiningen, blaasverwijderingsoperaties en herniaoperaties. Zorgverzekeraars hanteren in toenemende mate volumennormen van de betreffende beroepsgroep (zie [www.minimumkwaliteitsnormen.nl](http://www.minimumkwaliteitsnormen.nl)). De zorgaanbieders komen alleen in aanmerking voor een vergoeding als zij aan de kwaliteitseisen voldoen.

Het is onduidelijk hoe de onderhandelingsposities tussen de verzekeraar en de zorgaanbieders liggen. Uit de contracten is niet direct op te maken of een partij over meer macht beschikt in de onderhandelingen dan de andere partij (Ruwaard et al., 2014). Er worden op grote schaal aanneemsommen en plafonds afgesproken. Dit suggereert dat de zorgverzekeraar voldoende druk kan uitoefenen (Ruwaard et al., 2014). Een aantal ziekenhuizen heeft aan de hand van een Brandbrief aan de NVZ hun ontevredenheid geuit over de zorginkoop in 2014. Volgens de ziekenhuizen zouden er zorgverzekeraars zijn die kortingen voorstellen van 15% (Kiers, 2013b) terwijl de macrokosten met maximaal 1,5% mogen groeien.

Een verzekeraar biedt de ziekenhuizen in grote lijnen een soortgelijk contract aan. Al zijn er wel grote verschillen in bijvoorbeeld de hoogte van de aanneemsom of plafonddafpraak. De zorgverzekeraar lijkt echter wel een onderscheid te maken tussen ziekenhuizen en ZBC's. Zorgverzekeraars richten zich eerst op de onderhandelingen met ziekenhuizen alvorens ze onderhandelen met ZBC's (NZa, 2012c).



## **Resultaat op de zorginkoopmarkt voor medisch-specialistische zorg**

### **Rentabiliteit en solvabiliteit**

In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord zijn voor de periode 2012-2015 afspraken gemaakt om tot een beheerste uitgavengroei te komen. In de periode 2006-2010 lag de gemiddelde jaarlijkse omzetgroei rond de 6 à 7%. Daarna verminderde de omzetgroei naar 3,4% in de periode 2010-2011 en bleef de ziekenhuisomzet gelijk in de periode 2011-2012 (NZa, 2013b). De rentabiliteit is in de periode 2011-2012 gedaald en de solvabiliteit is iets toegenomen. Het voorlopige verrekenbedrag heeft invloed op de solvabiliteit. Wanneer het verrekenbedrag niet wordt meegenomen blijft de solvabiliteit gelijk ten opzichte van vorig jaar (NZa, 2013b).

### **Prijzen B-segment**

De NZa toonde in haar marktscan aan dat de prijzen in het B-segment tussen 2006 en 2009 gemiddeld tussen de 0 en 2% per jaar stegen. In 2010 was er sprake van een prijsdaling van ongeveer 2% (NZa, 2012c). *Figuur 12.2* toont de variatie in contractprijzen voor cataract tussen ziekenhuizen. Er is voor deze groep gekozen omdat het een gestandaardiseerde hoog-volume behandeling betreft die grotendeels tijdens een dagopname worden uitgevoerd in alle ziekenhuizen. De figuur toont dat over de jaren heen de hoogste DBC-prijs anderhalf tot tweemaal zo hoog was als de laagste prijs. Voor de DBC-groepen amandelen, dijbreuk/ liesbreuk en knieoperatie zien we een vergelijkbaar beeld. In een studie naar de relatie tussen prijs en kwaliteit voor cataractbehandelingen (Heijink et al., 2013) bleek de kwaliteit van zorg in zeer beperkte mate te variëren tussen ziekenhuizen. Door de grote spreiding in prijzen voor deze behandelingen werd geen relatie gevonden tussen prijs en kwaliteit.

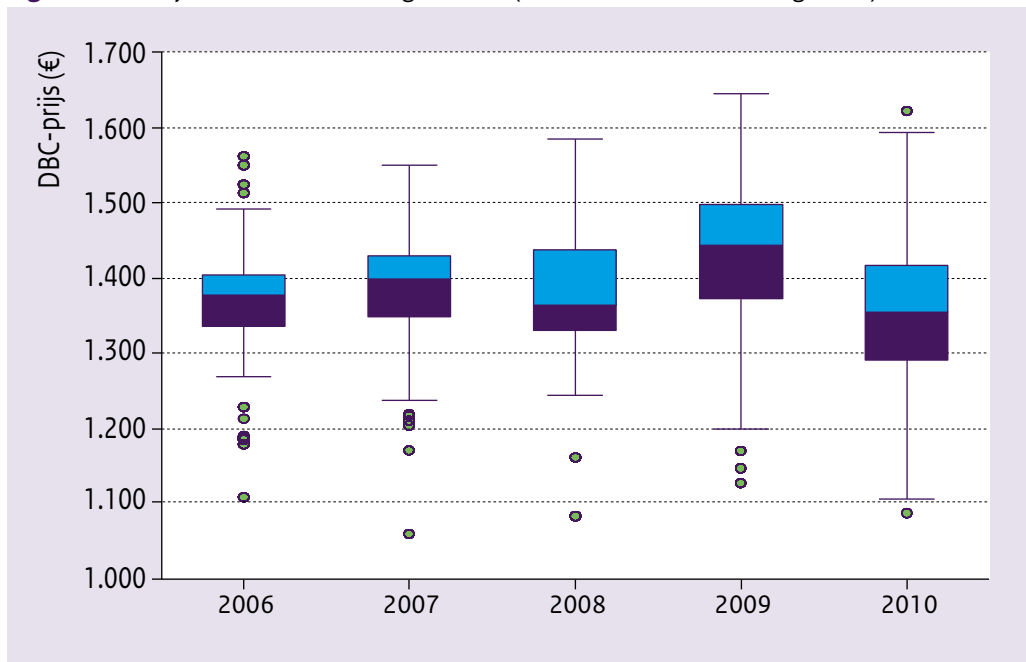
Aangezien in 2012 met de invoering van het DOT-systeem een nieuwe productstructuur is geïntroduceerd, zijn de prijzen vanaf 2012 niet meer vergelijkbaar met de voorgaande jaren. Op dit moment is er nog geen zicht op de mate van variatie in DOT-prijzen.

### **12.5.3 Conclusie**

In de zorginkoopmarkt van geneesmiddelen onderhandelt de zorgverzekeraar met de fabrikant van de geneesmiddelen en met de apotheker. Ondanks dat selectieve contractering is toegestaan, worden vrijwel alle apothekers gecontracteerd. Informatie met betrekking tot kwaliteit en prijs van geneesmiddelen is voor de consument nog onvoldoende inzichtelijk. In de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker speelt kwaliteit tot dusver nog een beperkte rol. Verzekeraars passen twee soorten inkoopbeleid toe: het preferentiebeleid en de prijsgarantie. De prijzen van geneesmiddelen en de apotheektarieven zijn in de afgelopen jaren gedaald, mede door dit inkoopbeleid. Ondanks een toename in consumptie van geneesmiddelen heeft de prijsdaling tot besparingen geleid. De financiële positie van apothekers zou hierdoor onder druk kunnen komen te staan.

In de zorginkoopmarkt van die medisch-specialistische zorg wordt er onderhandeld over prijs, kwaliteit en volume van behandelingen binnen het B-segment. Voor behandelingen binnen het A-segment gelden maximumtarieven. Zorgverzekeraars sluiten met vrijwel alle

**Figuur 12.2:** Prijsvariatie behandeling cataract (Bron: NZa, databewerking RIVM).



De figuur bevat 5 boxplots, voor 2006-2010. Iedere box heeft 5 horizontale lijnen, van boven naar onder geven deze weer: de hoogste waarde (excl. uitschieters), het derde kwartiel, het tweede kwartiel, het eerste kwartiel en de laagste waarde (excl. uitschieters). De stippen representeren de uitschieters.

ziekenhuizen een contract af maar niet voor alle behandelingen. Er wordt eerst onderhandeld over de bekostigingsmethode, daarna over de prijzen op DBC-niveau. De groei van de ziekenhuisomzet verminderde en bleef in de periode 2011-2012 nagenoeg gelijk. De prijzen zijn in 2012 gemiddeld gedaald met circa 2 procent. Tussen aanbieders bestaat echter variatie in de prijzen voor bepaalde behandelingen. Er zijn veel initiatieven geweest om de kwaliteit van zorg transparanter te maken. Dit heeft ertoe geleid dat de transparantie is toegenomen al is het nog niet voldoende. In de onderhandelingen speelt kwaliteit nog een beperkte rol.

## 12.6 De zorgverleningsmarkt

De naam 'zorgverleningsmarkt' is enigszins misleidend, in die zin dat de zorgverleningsmarkt niet volledig als zelfstandige markt functioneert. Immers, prijsverschillen tussen zorgaanbieders worden grotendeels door de zorgverzekeraar vergoed. In het stelsel van gereguleerde concurrentie speelt de interactie tussen zorgaanbieders en verzekerden echter

wel een belangrijke rol. Wanneer verzekerden een weloverwogen keuze maken tussen zorgaanbieders, worden zorgverzekeraars namelijk geprikkeld tot een betere zorginkoop. Dit prikkelt zorgaanbieders weer om doelmatigere zorg aan te bieden. In deze paragraaf gaan we in op keuzegedrag in de zorgverleningsmarkt.

### 12.6.1 Keuzegedrag op de zorgverleningsmarkt

#### **Gebruik van vergelijkende informatie door patiënten**

Uit onderzoek is gebleken dat een beperkt aantal patiënten (7%) beschikbare informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken gebruikt bij hun keuze. Vrijwel alle patiënten (96%) verwachten wel dat er kwaliteitsverschillen zijn (Van der Geest & Varkevisser, 2012). Of deze groep kritische patiënten voldoende groot en representatief is om invloed uit te oefenen op de kwaliteit van het door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgaanbod, zal de toekomst moeten uitwijzen.

Een mogelijke verklaring voor het beperkte gebruik van kwaliteitsinformatie is dat patiënten de beschikbare informatie niet begrijpen. In haar proefschrift concludeert Damman (2011) dat de wijze waarop gegevens worden gepresenteerd van invloed is op het begrip en het gebruik van vergelijkende kwaliteitsinformatie. Ook in andere landen blijkt dat het publiekelijk beschikbaar maken van consumenteninformatie geen garantie geeft dat patiënten de informatie ook daadwerkelijk gebruiken om een goede keuze te maken (Marshall, 2003; Kling et al., 2012).

#### **Advies van huisarts en zorgverzekeraar**

Patiënten lijken over het algemeen zelf dus geen informatie te zoeken maar vragen bij het kiezen van een zorgverlener wel anderen om advies. In totaal blijkt bijna de helft van de patiënten zich te laten adviseren (Van der Geest & Varkevisser, 2012). In veruit de meeste gevallen betreft dit een advies van de huisarts. Maar ook familie, vrienden, kennissen of een andere zorgverlener worden door patiënten geraadpleegd. Het is dus goed mogelijk dat de beschikbare kwaliteitsinformatie via de verschillende adviseurs toch een aanzienlijke groep patiënten bereikt.

Hoewel de zorgverzekeraar zorg inkoop namens verzekerden, wendden slechts weinig patiënten zich tot hun zorgverzekeraar voor informatie en advies. De zorgverzekeraar wordt door lang niet iedereen gezien als een belangrijke en betrouwbare informatiebron, zo blijkt uit een enquête onder een verzekerdenpanel (Bes et al., 2012b). Dit bevestigt het eerder gesignaleerde gebrek aan vertrouwen waar zorgverzekeraars mee te maken hebben (Boonen & Schut, 2009; Boonen & Schut, 2011). Het is mogelijk dat er verschillen zijn tussen patiëntengroepen ten aanzien van het vertrouwen in de zorgverzekeraar. Zo hebben Dautzenberg en collega's (Dautzenberg et al., 2012) onderzocht in hoeverre borstkankerpatiënten gebruik hebben gemaakt van de lijst met de beste ziekenhuizen voor borstkankerzorg die een grote Nederlandse zorgverzekeraar in 2010 en 2011 publiceerde. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de meerderheid van de respondenten het opstellen van de lijst en het selectief inkopen van borstkankerzorg positief beoordeelt. Onder meer omdat het ziekenhuizen kan prikkelen tot

het leveren van betere kwaliteit van zorg. Het percentage respondenten dat (helemaal) geen vertrouwen heeft in het oordeel van de betreffende zorgverzekeraar is laag (7%).

### **Reisbereidheid van patiënten**

Patiënten kunnen zorgaanbieders ertoe aanzetten om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Als patiënten bereid zijn om te reizen voor betere kwaliteit van zorg, levert een kwaliteitsverbetering aanbieders namelijk meer patiënten en afhankelijk van de precieze contractvorm ook meer inkomsten op. De relatie tussen de beschikbare kwaliteitsinformatie en de gemaakte keuzen van Nederlandse patiënten op de zorgverleningsmarkt is in enkele studies onderzocht.

Varkevisser en collega's (Varkevisser et al., 2010) analyseerden het keuzegedrag van patiënten die in 2003 een ziekenhuis moesten kiezen voor een eerste afspraak op de polikliniek neurochirurgie. Zij vonden dat de gemiddelde patiënt een voorkeur heeft voor algemene ziekenhuizen, ziekenhuizen met een goede reputatie en ziekenhuizen met een korte wachttijd. Wel blijken er verschillen te bestaan in de reisbereidheid van patiënten. Dotterpatiënten bleken in 2006 gemiddeld genomen bereid zijn om twee minuten langer te reizen naar een ziekenhuis met een 1-procentpunt lager percentage heropnames (Varkevisser et al., 2012). Hoewel er verschillen zijn tussen patiënten, blijken slechts weinig patiënten niet bereid te zijn tot reizen voor een ziekenhuis met minder heropnames. Veranderingen in het percentage heropnames hebben een aanzienlijk effect op het aantal patiënten van een ziekenhuis. Een 1-procentpunt lager percentage heropnames resulteert gemiddeld in 12% meer patiënten. Deze patiënten komen in de regel van het dichtstbijzijnde concurrerende ziekenhuis.

Beukers en collega's (Beukers et al., 2013) onderzochten aan de hand van declaratiegegevens uit 2008-2010 het keuzegedrag van patiënten die voor een niet-spoedeisende heupoperatie in een ziekenhuis zijn opgenomen. Ook uit dit onderzoek kwam naar voren dat patiënten gevoelig zijn voor verschillen in kwaliteit en wachttijd, waarbij reistijd de dominante keuzefactor bleek.

### **Effectiviteit van sturingsinstrumenten**

De vraag in hoeverre verzekerden zich op de zorgverleningsmarkt laten sturen door zorgverzekeraars, is nog grotendeels onbeantwoord. Er is nagenoeg geen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar naar de effectiviteit van sturingsinstrumenten. Voor Nederland is in twee studies onderzocht wat het effect was van een positieve prikkel op het werkelijke keuzegedrag van verzekerden.<sup>3</sup> Boonen en collega's (Boonen et al., 2008) analyseerden de apotheekkeuze van verzekerden in de periode januari 2003 tot december 2004 en in de periode augustus 2004 tot mei 2005 aan de hand van declaratiegegevens van twee zorgverzekeraars. Het bleek dat de inzet van financiële en kwalitatieve prikkels verzekerden kan motiveren om gebruik te maken van een preferente apotheek.

---

<sup>3</sup> De prikkel kan als positief beschouwd worden, omdat vergeleken met de situatie van vóór de inzet van het sturingsinstrument de keuze voor een voorkeursaanbieder beloond wordt.

Van der Geest en Varkevisser (Van der Geest & Varkevisser, 2010) onderzochten de effectiviteit van het gedifferentieerd eigen risico bij staar- en spataderbehandelingen in 2009 bij één zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar houdt de kosten van behandeling buiten het eigen risico wanneer deze behandeling bij een voorkeursaanbieder wordt afgenomen. Een evaluatie van dit experiment laat een bescheiden effect zien op het keuzegedrag van verzekerden. Alleen bij spataderbehandelingen lijkt de inzet van het eigen risico tot een verschuiving van de marktaandelen te hebben geleid in het voordeel van de voorkeursaanbieders.

### 12.6.2 Conclusie

Hoewel patiënten zich nog weinig tot kwaliteitsinformatie lijken te wenden, wint bijna de helft van de patiënten adviezen van anderen in wanneer het gaat om de keuze voor een zorgaanbieder. Hoewel over het algemeen de zorgverzekeraar nog niet gevonden of vertrouwd wordt, zou dit voor specifieke patiëntengroepen anders kunnen liggen.

Als patiënten kwaliteitsinformatie vergaren, lijken zij hier ook naar te handelen. De reisbereidheid voor een betere kwaliteit van zorg is aanwezig. Tot slot lijken patiënten zich ook te laten sturen door enkele financiële prikkels die betrekking hebben op hun zorggebruik.

## 12.7 Conclusie

In vergelijking met de Zorgbalans uit 2010, wordt in 2014 in grotere mate voldaan aan de randvoorwaarden voor succesvolle gereguleerde concurrentie. Deze conclusie wordt onderstreept in het recent uitgevoerde vervolg op evaluatie van de Zorgverzekeringswet uit 2009 (Van Kleef et al., 2014; Van de Ven et al., 2009).

In de periode 2010-2014 hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte gekregen om zichzelf te profileren richting elkaar en richting verzekerden. Uit een analyse van de inkoopcontracten tussen beiden blijkt dat verzekeraars in toenemende mate zijn gaan sturen op kosten en volume, maar dat er vooralsnog op een zeer algemeen niveau over kwaliteit van zorg gesproken wordt. Daarnaast vindt er op verzekeraarsniveau nog op beperkte schaal selectieve contractering plaats. De relatieve toename van (deels) gecontracteerde zorgpolissen op het totaal aan zorgpolissen, en de beoogde aanpassing van artikel 13 Zvw – waarmee het zorgverzekeraars mogelijk wordt gemaakt om niet-gecontracteerde zorg in het geheel niet te vergoeden – zijn wel tekenen van een mogelijk verdere profilering op polisniveau in de toekomst.

Belangrijk voor deze ontwikkeling is wel dat de kwaliteit van de zorg voldoende transparant is voor verzekerden, dat zij zich ook (laten) informeren over kwaliteitsverschillen, dat zij handelen naar kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders en handelen naar kwaliteitsverschillen in het gecontracteerde zorgaanbod van zorgverzekeraars. Hierbij is het belangrijk dat de zorgverzekeringsmarkt transparant is en dat verzekerden vrij en onbelemmerd kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar. In dit hoofdstuk en in

het hoofdstuk 'Transparantie van Kwaliteit' zijn ten aanzien van deze voorwaarden enkele knelpunten geconstateerd en enkele aandachtspunten besproken.

Ten aanzien van de transparantie van kwaliteit van zorg lijkt men het er over eens te zijn dat deze vooralsnog onvoldoende is. De zorgverzekeringsmarkt daarentegen lijkt inmiddels wel voldoende transparant naar oordeel van zowel de NZa als de verzekerden zelf. Wel blijkt ten aanzien van de aanvullende verzekering vaak ten onrechte de impressie te bestaan dat men om gezondheidsredenen zou worden afgewezen voor een aanvullende verzekering bij een (andere) zorgverzekeraar. Dit verklaart deels de ervaren overstapbelemmeringen onder verzekerden met hoge verwachte zorgkosten (Roos & Schut, 2012).

Ervaren overstapbelemmeringen voor hoogrisicoverzekerden kunnen ertoe leiden dat er van deze groep een lagere dreiging tot overstappen uitgaat. Daarnaast concludeert eerder aangehaald onderzoek dat er op bepaalde hoogrisicopopulaties een voorspelbaar negatief vereveningsresultaat behaald wordt, ondanks verdere verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel. Beiden verminderen de prikkel tot het investeren in zorgpolissen die deze populaties kunnen voorzien in hun specifieke behoeften.

Samengevat zijn er in de periode 2010-2014 belangrijke acties ondernomen op de randvoorwaarden voor succesvolle gereguleerde concurrentie. Hiermee heeft het Nederlandse zorgstelsel vooruitgang geboekt ten opzichte van 2010. Het verder doorontwikkelen van het stelsel van gereguleerde concurrentie en het adresseren van de geobserveerde knelpunten rondom de hoogrisicopopulatie, lijken op basis van de analyse in dit hoofdstuk logische vervolgstappen in het borgen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg.