

1383 DE VERZEKERAARS ALS MOTOR VAN HET ZORGSTELSEL*R. Halbersma, J. van Manen en W. Sauter¹***Samenvatting**

De verzekeringsmarkt is bedoeld als motor van het in 2006 grondig herziene Nederlandse zorgstelsel dat wettelijk is vormgegeven door onder meer de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Consumenten worden geacht op de zorgverzekeringsmarkt uit concurrerende verzekeraars te kiezen die op hun beurt op zorginkoopmarkten de kwalitatief beste en meest doelmatige zorgaanbieders contracteren. Op deze wijze wordt het stelsel geacht zowel kwaliteitsverhoging als kostenbeheersing te bewerkstelligen. In de praktijk werkt dit systeem (nog) niet zoals is beoogd. Kostenbeheersing is vooralsnog vooral het gevolg van overheidsinterventie, geconditioneerd door sectorbrede afspraken zoals het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord. Dit leidt tot omzetbeheersing met weinig onderscheidend vermogen en daardoor weinig ruimte voor wenselijke groei of beloning van kwaliteit. In dit artikel wordt voorgesteld vooral de vrijheidsgraden op de polis- en inkoopmarkt te vergroten. Mocht de zorgmotor blijven haperen, dan kan aan alternatieve (publieke) systemen gedacht worden. Vooralsnog lijkt een doorstart echter eerder aan de orde dan rechtsomkeert te maken.

Inleiding

Dit artikel dient om het functioneren van de verzekeringsmarkt binnen het in 2006 herziene zorgstelsel voor een breder publiek te omschrijven en te analyseren. Hierbij wordt eerst geput uit bestaande bronnen zoals de evaluatie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) uit 2009² en informatie uit het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar toetreding in de zorgverzekeringsmarkt evenals de evaluaties van de NZa over contractering en de marktscans van de verzekeringsmarkt.³ Daarna wordt gekeken naar de werking van het stelsel in theorie en in de praktijk met focus op de rol van de verzekeraars op de zorginkoopmarkt, vooral de inkoop van medisch-specialistische zorg. Achtereenvolgens zullen input, proces en output aan de orde komen.

1. De auteurs zijn allen werkzaam bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Rein Halbersma en Wolf Sauter zijn daarnaast verbonden aan het Tilburg Law and Economics Center (TILEC). Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel. Gesprekspartners bij verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben informatie verstrekt, waarvoor dank. Deze informatie is zo gebruikt dat zij niet tot specifieke marktpartijen kan worden herleid.
2. ZonMW, *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*, Den Haag: ZonMW, 2009.
3. Nederlandse Zorgautoriteit, *Marktscan zorgverzekeringsmarkt: Weergave van de markt 2008-2012*, Utrecht: NZa, juni 2012; NZa, *Marktscan; Monitor toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt: Onderzoek naar belemmeringen voor toetreding en de positie van kleine zorgverzekeraars*, Utrecht: NZa, april 2012; NZa, *Monitor zorgverzekeringsmarkt Weergave van de markt 2007-2011*, Utrecht: NZa, juli 2011; *Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg, contractvormen onder DOT*, Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn en ZorgmarktAdvies, december 2011.

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

Problemanalyse

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

- het individuele recht op zorg ('open einde') versus de publieke voorziening ('op = op');
- de kosteneffectiviteitsgrens (euro's per gewonnen levensjaar in goede gezondheid) als pakketafbakening (een alternatief instrument dat momenteel niet gebruikt wordt in afweging betaalbaarheid/toegankelijkheid);
- de risicosolidariteit met beïnvloedbare (lifestyle)aandoeningen;
- toekomstige doorbraaktechnologie.

Wellicht volgen hierop nog concrete discussies over innovatie en 'voorlopige pakkettoelating' of een meer fundamentele discussie over dure en weesgeneesmiddelen dan tot dusver. Het pakket is echter voor de verzekeraar op hoofdlijnen een exogeen gegeven. Ook is de vicieuze cirkel van saamhorigheid en houdbaarheid van belang. De wettelijke verplichting tot verzekeren leidt tot opnemen van alle zorguitgaven op de rijksbegroting, waardoor het slechts door de inhoud van het pakket begrensde individuele recht op zorg leidt tot oplopende publieke uitgaven. Bij overschrijdingen zijn er drie opties voor de overheid.

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

In de praktijk leiden optie 1 en 2 tot de meeste discussie en politieke tegenstellingen, terwijl optie 3 vrij algemeen geaccepteerd wordt. Overigens staat de keuze tussen publieke voorziening of private verzekeraars haaks op de problemen op de zorginkoopmarkt (zoals kwaliteitsinformatie, productstructuur en marktmacht). Zelfs als verzekeraars honderd procent doelmatig zouden inkopen en zorgaanbieders honderd procent doelmatig zouden produceren, blijft de afruil tussen macrobetaalbaarheid en kwaliteit/toegankelijkheid bestaan. Met andere woorden: er is een autonome groei van zorguitgaven (als gevolg van

technische vooruitgang, demografische ontwikkelingen en toenemende verwachtingen van burgers door inkomensstijging) die grotendeels buiten de individuele invloedssfeer van private inkooppartijen c.q. verzekeraars ligt. Wel kan het vergroten van de doelmatigheid de kortetermijn macrobetaalbaarheid vergroten.

De vraag is welke institutionele vormgeving de voorkeuren van consumenten het beste kan realiseren en tegelijkertijd in balans brengen met de financiële grenzen van het stelsel. Zonder een ex ante geobjectiveerd (*rule-based*) mechanisme van pakketsamenstelling en ten aanzien van de omvang van eigen betalingen blijft elke vorm van het zorgstelsel gegijzeld door de politieke verleiding van ad-hocprijsmaatregelen. Daarmee wordt het inkoopmodel in wezen een verdeelmodel waarbij het totale te verdelen bedrag op voorhand vaststaat: de vraag rest dan of de verdeling door verzekeraars binnen het huidige stelsel ten opzichte van een verdeling die door de overheid aan nadere regels wordt gebonden, a) leidt tot een betere verdeling of b) niet leidt tot een betere verdeling maar een evenwaardige verdeling tegen lagere kosten.

Kenmerken verzekeringssysteem

De kenmerken van het Nederlandse zorgverzekeringssysteem zijn een verplichte algemene private verzekering, met een publiek vastgesteld basispakket en uitgevoerd door risicodragende private zorgverzekeraars.

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

Een belangrijk controlemechanisme voor de uitvoering van de Zvw is de op verzekeraars rustende zorgplicht. De zorgplicht verplicht een verzekeraar om ervoor te zorgen dat zijn verzekerden tijdig, voldoende en kwalitatief goede zorg krijgen of dat verzekerden de kosten vergoed krijgen van de benodigde zorg waarop zij recht hebben. Zoals verderop nader aan de orde komt, is de gedachte dat verzekeraars bij de uitoefening van hun inkoopfunctie als het ware automatisch aan kostenbeheersing doen, in het bijzonder door de toepassing van (dreigen met) selectief contracteren en het maken van prijsafspraken.

Hoe werkt de motor in theorie?

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

Selectief inkopen

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

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

Hoe werkt de motor in de praktijk?

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

In theorie is ook een geloofwaardige dreiging van het niet contracteren van een zorgaanbieder wellicht al voldoende om een disciplinerende werking uit te oefenen. In de praktijk echter leidt de huidige beperkte mate van selectief contracteren kennelijk niet tot de gewenste kostenbeheersing.

Daarnaast is het zo dat verzekeraars weliswaar een (concurrentie)prikkel hebben om individueel relatief beter te presteren op de inkoop dan gemiddeld/de concurrent, maar collectief geen baat hebben bij een macrokostenbesparing. Het afschaffen van de macronacalculatie in 2012 voor de collectieve kostenstijging verandert aan deze constatering niets. Immers, de individuele prikkels tot scherpe zorginkoop blijven op zijn best onveranderd, en verslech-

teren mogelijk zelfs.⁴ De voortdurende macrokostenstijging in de curatieve zorg is echter voornamelijk door de technologisch ontwikkelingen en verwachtingen – en in mindere mate door de vergrijzing – gedreven en daardoor voor alle verzekeraars min of meer exogeen bepaald. Het niet inkopen van nieuwe technologie wordt gezien als een signaal van een stagnerend ambitieniveau en jaagt consumenten die een volledig scala aan opties zoeken weg.

De conclusie is dan ook dat de motor in de praktijk qua macrokostenbeheersing nog niet goed werkt. Het lijkt erop dat de weinige concurrentie zich op het moment beperkt tot het bedienen van de service- en zorgbehoeften van de individuele zorgconsument. Wellicht werkt de motor op dit moment zelfs averechts: de voorkeur van de consument en het gebrek aan kwaliteitsinformatie verhinderen de verzekeraar selectief in te kopen, c.q. geloofwaardig hiermee te dreigen richting zorgaanbieders.

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

Input

De input betreft zowel de relatie tussen zorgverzekeraar en consument als de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De inputs bestaan uit de beschikbare instrumenten en de bestaande marktstructuur waaronder de mogelijkheden tot toetreding. De Zvw biedt de zorgverzekeraars een aantal instrumenten waaronder de mogelijkheid tot het zelfstandig vaststellen van nominale premies en het aanbod aan vrijwillig eigen risico (binnen een wettelijk maximum, naast het verplicht eigen risico). Koppeling van de verkoop van aanvullende verzekeringen en niet-zorgschadeverzekeringen met de basisverzekering is eveneens mogelijk en een van de weinige bronnen van winstgevendheid.⁵ Er is een scala aan verschillende typen contracten die zorgverzekeraars kunnen afsluiten met ziekenhuizen waaronder lumpsum- en *capitation fee*-contracten.

De marktstructuur op de verzekeringsmarkt wordt gekenmerkt door een hoge concentratiegraad met lage winstmarges en een minimumschaal van honderdduizend tot vierhonderdduizend verzekerden. Dientengevolge is er beperkt ruimte voor toetreding van nieuwe verzekeraars. Wel blijken juist de bestaande, kleine verzekeraars het qua winstgevendheid en autonome groei beter te doen dan de grote consortia die het moeten hebben van fusies en (waar mogelijk) koppelverkoop met andere schadeverzekeringen en geldt dat ondanks landelijk werken de meeste verzekeraars toch nog duidelijke regionale zwaartepunten hebben. Voor toetreding van verzekeraars is van belang dat ziekenhuizen en andere aanbieders tot nu toe volledig door zittende verzekeraars zijn gecontracteerd. Opbouwen van een netwerk zal voor toetreders dan ook moeizaam zijn, zeker nu contractafspraken zich meestal con-

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

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

centreren op de regionale marktleider. De meeste vraag van afnemers van zorg is immers regionaal. Daarnaast hebben ziekenhuizen een liquiditeitsprobleem dat voornamelijk moet worden opgelost door afspraken over bevoorschotting. Ten aanzien van bevoorschotting zijn voor de betrokken zorgaanbieders vooral afspraken met de plaatselijk dominante verzekeraar van belang. De deelmarkten voor zorgaanbieders laten verschillen zien ten aanzien van de marktstructuur. Op hoofdlijnen is de markt voor medisch-specialistische zorg ondanks recente toetredingen (> 150 zelfstandige behandelcentra, echter met een laag gezamenlijk marktaandeel) geconcentreerd, de winstmarges zijn smal maar er is gestage omzetgroei. Regionaal is vaak sprake van nog grotere concentratie.

Proces

Het proces betreft de wijze van onderhandelen en inkopen. Hieronder valt de praktijk dat pas in november van jaar t wordt nagedacht over $t+1$; zeer laat contracteren – in de meeste gevallen pas nadat de consument zijn polis heeft ontvangen, zodat deze zijn keuzes niet door het inkoopgedrag kan laten informeren; politieke afhankelijkheid, lobby- en afschuifgedrag. In de paragraaf ‘Inkoop medisch-specialistische zorg: ervaringen in de praktijk’ werken we dit verder uit.

Uitkomsten

De kosten van de zorg nemen nog steeds toe. Tegelijkertijd – en als gevolg daarvan – nemen de nominale premies toe evenals het wettelijk eigen risico en de inkomensafhankelijke premie (voor sommige inkomensgroepen), met grotere druk op de inkomenssolidariteit. De politiek waakt voor de macrobudgettaire controle onder meer door de invoering in 2012 van het macrobeheersingsinstrument in de Wmg. Hiermee worden feitelijk weer instellingsbudgetten ingevoerd en worden de verzekeraars regelrecht gepasseerd: wat voor zin hebben de langdurige onderhandelingen als uiteindelijk via budgetten door de overheid hard gecorrigeerd wordt?⁶

Institutionele context

De publiek-private context van de (uitvoering van de) zorgverzekering geeft de brancheverenigingen een belangrijke rol, daar waar de wetgever oorspronkelijk is uitgegaan van individuele verzekeraars en aanbieders. Voorts bevordert de overheidsregulering, ongeacht deze eerdere bedoeling van de wetgever, tot nu toe collectief optrekken – in eerste instantie op ‘niet-concurrentiële’ markten en nu opnieuw tijdens de overgangperiode door het begrenzen van de onderhandelingsmarges. Verzekeraars trekken dan ook samen op, ook bij de zorginkoop via het representatiemodel en de daaraan voorafgaande regiovertegenwoordiging, mede via convenanten met andere koepelorganisaties en het ministerie van VWS. Daar staat tegenover dat het representatiemodel zal worden afgebouwd in het geliberaliseerde segment en dat ook de ex-post risicoverevening wordt afgebouwd.

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

Publieke randvoorwaarden

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

Behalve de schaal van de aangeboden zorg die aanleiding geeft tot het invoeren van een sectorspecifieke fusietoets wordt de verticale integratie tussen verzekeraars en zorgaanbieders in de politiek zo negatief gezien dat deze aanleiding is tot een voorstel tot het invoeren van een verbod. Hiermee wordt een potentieel belangrijke vrijheidsgraad van de zorgverzekeraars weggenomen in de zin dat een verzekeraar, om te kunnen voldoen aan zijn zorgplicht (vooral bij de naturapolis) gehouden is bestaand aanbod te contracteren en niet meer de mogelijkheid zal hebben het aanbod in eigen beheer te organiseren. Dit speelt in de praktijk van de zorginkoop dan ook geen rol van betekenis.⁷

Casus: inkoop medisch-specialistische zorg

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

Medisch-specialistische zorg

In de medisch-specialistische zorg is met ingang van 2012 sprake van zeventig procent vrije prijzen. Honorariumtarieven zijn nog volledig gereguleerd. In 2012 is de macronacalculatie in de verevening afgeschaft, evenals de hoge kostenverevening. Voor de ziekenhuisinkoop is deels nog sprake van een representatiemodel (A-segment, schaduwbudget).

Ten aanzien van het inkoopproces 2012 geldt dat sprake is van een deels nieuw publiek kader voor de zorginkoopmarkt. Daarnaast geldt een kader voor de zorgverzekeringsmarkt.⁸ Beide worden hier kort geschetst.

Het financiële kader zorginkoopmarkt

Hoofdlijnenakkoord

Op 4 juli 2011 is door het ministerie van VWS met de brancheorganisaties van ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en zorgverzekeraars een bestuurlijk hoofdlijnenak-

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

8. Zie ook K.D. Meersma en B.A. van Schelven, *Euro's voor de zorg: Contracteren van medisch specialistische zorg in 2012*, Branche-groep AKD, mei 2012.

koord (HLA) gesloten.⁹ De partijen bij dit akkoord nemen hierin een gedeelde verantwoordelijkheid op zich om bij te dragen aan een beheerste kostenontwikkeling van de medisch-specialistische zorg met een groei van niet meer dan tweeënhalf procent per jaar. Overschrijdingen worden met het macrobeheersingsinstrument (MBI) teruggevorderd van alle zorgaanbieders. Het MBI treedt in werking na dat de minister het bestaan van een overschrijding heeft vastgesteld en vervolgens aanwijzing tot terugvordering aan de NZa geeft. Op grond van dit instrument (in combinatie met het HLA) kan wel worden gesteld dat in feite sprake is van (voortgezette) budgettering. De NZa rekent het bedrag van de overschrijding toe aan een individuele instelling naar rato van het aandeel van haar jaaromzet in het totaal van de jaaromzet van alle instellingen.¹⁰ Er wordt dus een omzetplafond als generieke korting toegepast zonder onderscheid naar bijvoorbeeld doelmatigheid.

Macrobeheersingsinstrument

Ten behoeve van het MBI heeft de NZa op 14 december 2011 een beschikking landelijk omzetplafond medisch-specialistische zorg vastgesteld alsmede beschikkingen met individuele MBI-plafonds per instelling. Het is nog niet duidelijk hoe wordt omgegaan met overschrijdingen, bijvoorbeeld of deze geheel of slechts gedeeltelijk worden teruggevorderd. In die zin is geen sprake van een hard plafond op voorhand.¹¹ Voor de honorariumkosten van de medisch specialisten geldt een separaat akkoord tussen het ministerie van VWS, de ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten.¹² De NZa stelde hiertoe honorarium-omzetplafonds per instelling vast. Dit zijn wel concrete bedragen.

Tarief- en prestatieregulering

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

Uitgavenbeheersing

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

- Voor vrijgevestigde specialisten is sprake van een door de NZa vastgesteld omzetplafond per aanbieder/instelling.
- Bij ziekenhuizen geldt een schaduwbudget; omzet groter dan het schaduwbudget (A segment) wordt grotendeels afgeroomd.

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

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

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

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

- Daarnaast is sprake van een macrobeheersingsinstrument (kortingsinstrument). In de jaren 2005-2011 zijn verschillende kortingen doorgevoerd wegens overschrijding van de macrobudgetten (specialisten en ziekenhuizen). Daarbij heeft het ministerie van VWS geen onderscheid gemaakt tussen A- en B-segmentuitgaven; kortingen zijn echter volledig in de gereguleerde tarieven verwerkt.¹³ Het nieuwe instrument voorziet in de mogelijkheid om zowel een deel van de in het gereguleerde segment als het vrije segment generaliseerde omzet af te romen.

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

Late contractering

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

Ook in 2012 is er sprake van late contractering. Partijen waren (in het eerder genoemde HLA) overeengekomen om de contractonderhandelingen voor 1 april af te ronden. Ook dit jaar is die streefdatum in verreweg de meeste gevallen niet gehaald. In feite is hier sprake van een vreemd verschijnsel: hoewel ziekenhuizen geen leveringsplicht hebben, leveren ze in het algemeen zorg zonder dat ze afspraken hebben over de hoogte van de vergoeding die ze uiteindelijk krijgen. Er worden in het algemeen geen patiënten geweigerd, hoewel eind 2011 een ziekenhuis bekendmaakte dat verzekerden van één verzekeraar niet meer zouden worden geholpen aangezien de overeengekomen volumina waren bereikt.¹⁴

Kwaliteit

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

De criteria die door de verzekeraar(s) worden gehanteerd zijn bij de aanbieders omstreden, het gaat vooral om minimumaantallen ingrepen. Enkele aanbieders (Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen; SAZ) hebben bij de NZa een klacht ingediend tegen verzekeraars, die is afgewezen. Daarnaast hebben individuele ziekenhuizen rechtszaken aangespannen tegen verzekeraars. Een en ander heeft geleid tot een discussie over concentratie van zorg. In 2011

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

14. TweeSteden Ziekenhuis weigert verzekerden Achmea, *Zorgvisie*, 20 december 2011.

heeft de selectie van aanbod slechts geleid tot het niet contracteren van enkele ziekenhuizen en dan ook voor een beperkt aantal behandelingen. Het is de vraag hoe een en ander in 2012 zal verlopen (zie hiervoor).

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

Geen macro uitgavenbeheersing

Voorlopig kunnen we op grond van de casus concluderen dat het opereren van verzekeraars op de inkoopmarkt tot op heden niet in de mate heeft gewerkt als werd beoogd, vooral niet als het gaat om een macro uitgavenbeheersing. Ook het HLA laat zien dat het vertrouwen in het systeem bij de overheid op zijn best wankel lijkt te zijn.

Inkoop medisch-specialistische zorg: ervaringen uit de praktijk?

Over het inkoopproces en meer in het bijzonder de contractering is in de afgelopen maanden al veel gezegd en geschreven. De NZa heeft op verzoek van het ministerie van VWS op 3 juli 2012 een advies uitgebracht over het verloop van de contractering.¹⁵ De belangrijkste conclusies zijn dat contracten nog steeds laat in het jaar worden afgesloten; de NZa benadrukte nogmaals dat meer transparantie naar de verzekeren/patiënten noodzakelijk is. Het beeld dat uit de interviews naar voren komt, spoort met de informatie uit de NZa-evaluatie en andere bronnen. Iedereen wordt (laat) gecontracteerd en er is weinig ruimte voor afspraken over kwaliteit, selectieve inkoop vindt nauwelijks plaats. Ten behoeve van de kostenbeheersing wordt vooral gewerkt met aanneemsommen en omzetplafonds. De verzekeraars zijn positiever over de contractering 2012 dan de aanbieders en zij geloven in hun rol, respectievelijk meerwaarde binnen het stelsel.

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

Verder zien we een grote mate van terughoudendheid bij beide partijen om hun klanten (verzekeren/ patiënten) inzet te maken van de onderhandelingen. Aanbieders nemen

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

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

De zorgverzekeraars als motor in de medisch-specialistische zorg

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

Gezien in de context van de medisch-specialistische zorg lijkt de zorgverzekeringsmarkt op zichzelf beschouwd in het algemeen redelijk te werken maar zonder dat hij de rol van motor van het zorgstelsel effectief vervult. Uit de marktmonitors van de NZa blijkt dat consumenten vooral kiezen op basis van de premie en niet op grond van door zorgverzekeraars preferentieel ingekochte kwaliteit van zorg.¹⁶ Er is ook maar weinig kenbare kwaliteitsinformatie beschikbaar waarop consumentenkeuzes gebaseerd kunnen worden (niet alleen bij keuzes tussen verzekeraars maar vervolgens evenmin bijvoorbeeld bij verwijzingen). Er zijn daarentegen weinig overstapdrempels voor consumenten tussen verzekeraars en de toegankelijkheid van zorg is groot: er bestaat nagenoeg onbeperkte keuze tussen verschillende zorgaanbieders (zij het dat de informatie om deze keuze op te baseren anders dan reisafstand en in sommige gevallen serviceniveaus doorgaans ontbreekt), en er zijn weinig wachtlijsten. Wel zijn er gepercipieerde overstapkosten voor consumenten. De marges van de verzekeraars zijn laag, hetgeen wijst op sterke concurrentiedruk, maar ook kleinere verzekeraars zijn winstgevend en toetreding blijft mogelijk. De markten zijn zelfs op landelijk niveau geconcentreerd, daarnaast hebben verzekeraars vaak regionaal een sterke positie. Vanwege het homogene aanbod – een landelijk geldend aanbod van een door de overheid vastgesteld pakket aan verzekerde zorg – werpt dit vooralsnog weinig problemen op. Ondanks hun op het oog sterke positie is van een echte regierol van de verzekeraars weinig sprake.¹⁷

De zorginkoopmarkt werkt gezien vanuit de medisch-specialistische zorg namelijk minder goed. Aanbieders hebben weliswaar prikkels om te contracteren (vooral omdat ze zowel voor hun omzet als voor hun liquiditeit – declaraties en voorschotten – afhankelijk zijn van een contract) maar dit leidt tot dusver niet tot aanwijsbare voordelen aan de verzekeraarskant die (kunnen) worden doorgegeven aan consumenten en er is weinig relevante kwaliteitsinformatie beschikbaar. Verzekeraars hebben weinig prikkels om zich te onderscheiden, mede vanwege de ruimhartige ex-post risicoverevening (die met ingang van 2012 echter wordt afgebouwd). Het ziet er bovendien naar uit dat de verzekeraars geen effectieve inkoopmacht op de aanbieders kunnen uitoefenen en dat partijen elkaar aardig in even-

16. Zie hiervoor, noot 3.

17. Zie ook de Marktscan verzekeringsmarkt van juni 2012, noot 3.

wicht hebben gehouden, zij het in een sfeer van wederzijdse afhankelijkheid. Uit het feit dat zij omzetplafonds accepteren mag worden afgeleid dat de ziekenhuizen geen verkoopmacht hebben. De afhankelijkheid van de ziekenhuizen van bevoorschotting door de verzekeraars is eerder een falen van het tariefsysteem dan van het verzekeringsstelsel. Het brengt echter wel een extra element van afhankelijkheid in de markt. Het is voorts nog onduidelijk hoe de huidige impasse ten aanzien van de contractering zal uitpakken. Bovendien lijkt het er voorlopig op dat opnieuw brede contractering heeft plaatsgevonden; de consument heeft dan ook geen toegankelijkheids- of keuzeprobleem op korte termijn.

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

Knelpunten

We zien vooral knelpunten op de volgende aspecten ontstaan.

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

Er is dan ook gewoon (als vroeger) sprake van actieve overheidsinterventie en de facto regulering (met het MBI als dreigmiddel) en de uitkomst is materieel niet veel anders dan wanneer de NZa aan aanbieders een omzetplafond had opgelegd gebaseerd op de omzet 2010 plus een groei van circa tweeënhalf procent. Een zwak punt in de convenantregulering is dat de status van convenant en daarop gebaseerde afspraken wringt met bestaande regelgeving.

De aard van de afspraken die de verzekeraars hebben gemaakt herbergt nog een ander risico. Immers, daar waar in het verleden de overheid heeft gekozen voor budgettering en lumpsumvergoedingen en ook het instrument van de aanneemsom al eens als alternatief is

gehanteerd, zijn deze modellen uiteindelijk niet opgewassen gebleken tegen een stijgende zorgvraag in combinatie met het recht op zorg. Dit leverde uiteindelijk een pijnlijke keuze op tussen wachtlijsten enerzijds en het accepteren van budgetoverschrijdingen anderzijds. Zonder structurele hervormingen in de zorginkoop (die zoals we zien, nog maar mondjesmaat tot stand komen) is de kans verre van denkbeeldig dat de verzekeraars met dezelfde dilemma's worden geconfronteerd.

Voor zover al sprake is van selectieve contractering lijkt het erop dat daarbij vooral keuzemogelijkheden van consumenten worden beperkt, zonder dat consumenten daar een voordeel in de vorm van een lagere premie (of hogere kwaliteit van aanbod) voor in de plaats krijgen. Bovendien is er ook vaak weinig reële mogelijkheid om te kiezen voor ander aanbod; de late contractering verhindert daarbij voor consumenten een reële keuze tussen verzekeraars.

De interventies van de overheid door middel van convenanten en kortingen verhinderen een andere invulling van de rol van verzekeraars. De (brancheorganisaties van) verzekeraars en aanbieders lijken zich meer op de overheid te richten dan op de consument. Door de stapeling van collectieve afspraken vermindert het onderscheidend vermogen van verzekeraars. Materieel krijgen verzekeraars in bijvoorbeeld het HLA en de productieafspraken van het honorariumplafond primair een rol als verdelers van het makro-kader en niet als belangenbehartiger van hun verzekerden. Het verzekeringskarakter van het stelsel wordt daarmee ondergraven en het model evolueert in de richting van een systeem zoals wij dat kennen uit de AWBZ.

Conclusie

Per saldo hapert dus de motor van het zorgstelsel voor zover beoordeeld langs de meetlat van makro-kostenbeheersing. Als er al sprake is van verzekeraars als motor van het stelsel, dan wordt de richting van de voortstuwing vooral bepaald door middel van centrale overheidssturing. In die zin is het stelsel niet wezenlijk anders dan in de situatie van centrale aanbodsturing en uitgavenbeperking. Dat wil niet zeggen dat het model van de verzekeraars als motor al definitief overboord moet worden gezet. Wat zijn de mogelijke oplossingen voor het gebrekkige functioneren van de zorginkoopmarkt en daarmee van de zorgverzekeraars als motor van het stelsel die tot dusver in beeld zijn? Wij stellen het volgende voor.

Vrijheidsgraden op polis- en inkoopmarkt

- Toestaan van langer lopende basisverzekeringpolissen, bijvoorbeeld maximaal 5 jaar (vergelijkbaar met reguliere schadeverzekeringen).
- Toestaan van variatie in vormgeving wettelijk eigen risico, bijvoorbeeld eerste tien procent over zesduizend euro, in plaats van honderd procent over zeshonderd euro, of een vast bedrag per dokters- of ziekenhuisbezoek tot het (eventueel inkomensafhankelijke) maximum is bereikt.

- Verzekeraars zouden meer positieve prikkels voor consumenten moeten hanteren; de nadruk ligt nu te veel op negatieve prikkels in de vorm van keuzebeperking, bijbetaling, enzovoort. Maak een systeem van bonus/malus mogelijk of andere varianten.
- Verruim de mogelijkheden van het vrijwillig eigen risico, maak eventueel de grenzen inkomensafhankelijk.
- Toestaan van vrije prestaties en vrije prijzen in gehele curatieve zorg, mits er een controlemechanisme bestaat dat geleverde zorg in basisverzekering zit ten behoeve van de verevening.

Concurrentiebeleid

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

Ten slotte moet worden gewerkt aan de institutionele randvoorwaarden zoals een na het vaststellen van bindende regels terughoudende overheid. Indien ook de hier genoemde maatregelen na een voldoende lange termijn van drie tot vijf jaar geen effect sorteren, kan gedacht worden aan een andere (mogelijk publieke) inkoopstructuur. Gedurende die termijn zouden partijen ook met rust gelaten moeten worden om ze vergelijkingscijfers te laten verzamelen, nieuwe contractvormen te laten ontdekken, enzovoort. Zoals in de inleiding al gesteld: vooralsnog lijkt een doorstart echter eerder aan de orde dan rechtsomkeert te maken.