

Ambities waargemaakt?

TIEN JAAR ZORGVERZEKERINGSWET

In 2016 bestond de Zorgverzekeringswet (Zvw) tien jaar. Reden genoeg om stil te staan bij wat tien jaar 'marktwerking in de zorg' ons gebracht heeft. In dit artikel bieden wij een beknopt overzicht van historie, werking en de uitkomsten.

Joost JG Wammes, Niek Stadhouders, Wieteke van Dijk, Patrick PT Jeurissen

In 1987 bracht de commissie-Dekker haar rapport 'Bereidheid tot verandering' naar buiten. Dit wordt algemeen gezien als de start van de hervormingen die uiteindelijk leidden tot de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het rapport voorzag in een basisverzekering voor alle Nederlanders – door samenvoeging van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen - uitgevoerd op basis van gereguleerde marktwerking. Het rapport was invloedrijk, mede omdat het zowel 'linkse' (identieke basisverzekering voor alle Nederlanders) als 'rechtse' ('marktwerking' en private uitvoering) doelstellingen combineerde. Begin jaren '00 kenmerkte het beleid zich door stringente regulering van aanbod en prijs van zorg. Dit was vanuit kosten oogpunt effectief, maar leidde ook tot wachtlijsten en een gebrek aan prikkels voor innovatie en doelmatigheid, waardoor een stelselherziening niet meer kon uitblijven[1].

In 2006 werd de Zvw daadwerkelijk ingevoerd. In de tussenliggende jaren werden benodigde maatregelen genomen, waaronder de doorontwikkeling naar een goed werkend risicoverevening systeem en het DBC-systeem dat zorgverzekeraars inzicht zou moeten geven in de kosten. Een andere belangrijke maatregel vormde het invoeren van het boter-bij-de-visbeleid, waardoor extra productie extra inkomsten zou opleveren. De doelstellingen van de Zvw waren het bevorderen van doelmatigheid, het vergro-

ten van keuzevrijheid en het borgen van de solidariteit. Tegelijkertijd mocht er geen afbreuk worden gedaan aan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg[1].

Wettelijke plichten

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet verviel het onderscheid tussen de particuliere ziektekostenverzekeringen en ziekenfondsen. Hierdoor geldt voor iedere burger dezelfde verzekering, met hetzelfde wettelijk vastgestelde basispakket. Alle ingezetenen in Nederland zijn wettelijk verplicht deze basisverzekering af te sluiten (verzekeringsplicht). Voor elke verzekeraar geldt de acceptatieplicht: zij mogen niemand weigeren voor de basisverzekering. De solidariteit wordt verder geborgd door het verbod op premiedifferentiatie: voor elke polis geldt één vaste prijs, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheid. Wel mogen er in collectiviteiten kortingen van maximaal 10% worden geboden. De risicoverevening zorgt ervoor dat verzekeraars voor oude en zieke verzekerden een hogere vergoeding uit het zorgverzekeringsfonds ontvangen. Hierdoor zijn er voor zorgverzekeraars minder prikkels voor risicoselectie en wordt een gelijk speelveld gecreëerd met prikkels voor doelmatigheid. Hiernaast geldt er in de naturaverzekering voor de zorgverzekeraars de zorgplicht: zij dienen te garanderen dat de zorg uit het basispakket beschikbaar is voor hun verzekerden populatie. Wettelijk is vastgelegd dat 50% van de uitgaven in de Zorgverzekeringswet vanuit inkomensafhankelijke bijdragen gefinancierd worden. De overige 50% wordt gefinancierd uit de nominale premies (maandelijks premie aan zorgverzekeraar), aangevuld met eigen betalingen (voornamelijk het eigen risico) en rijksbijdragen. Dit resulteerde in een relatief hoge nominale premie. Voor mensen met een lager inkomen is



De auteurs maken de balans op na tien jaar Zorgverzekeringswet.

daarom de zorgtoeslag in het leven geroepen, een persoonlijke tegemoetkoming om de premie voor de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar te houden.

Gereguleerde concurrentie

Doelmatigheid en keuzevrijheid waren belangrijke toverwoorden in de Zvw. De stelselwijziging had tot doel financiële prikkels te creëren voor een doelmatiger zorgverlening. We spreken in dit stelsel van gereguleerde concurrentie, omdat de concurrentie voor doelmatigheidsprikkels zou moeten zorgen. De regulering borgt de gewenste solidariteit en toegankelijkheid van het stelsel en gaat overig marktfalen tegen.

De stelselwijziging ging gepaard met de vorming en hervorming van drie deelmarkten, die nauw met elkaar in verband staan. We ordenen hieronder de belangrijkste resultaten van de evaluaties aan de hand van deze drie deelmarkten. Daarbij bespreken we de belangrijk-

ste doorgevoerde beleidswijzigingen en trends, die elk op hun eigen manier invloed hadden en hebben op de werking van het stelsel.

Voorwaarden

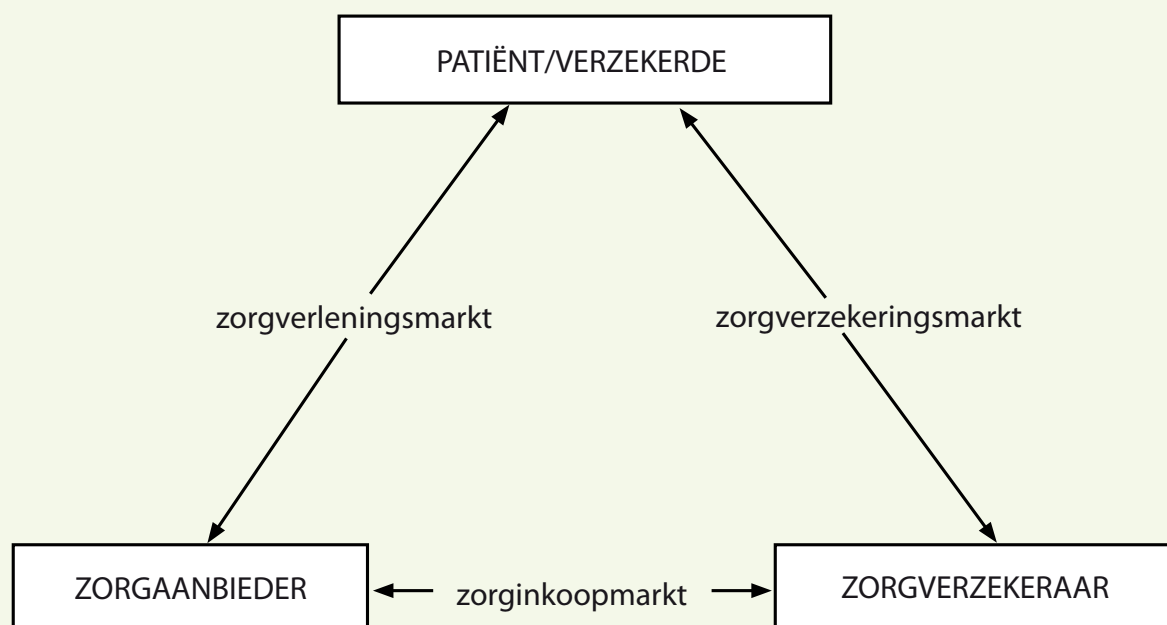
Basisvoorwaarden voor zorgverzekeringsmarkt

- Een risicovereveningssysteem dat verzekeraars compenseert voor verzekerden met voorspelbaar hoog risico;
- Voldoende concurrerende zorgverzekeraars;
- Voldoende verzekerden die bereid zijn van verzekeraar te wisselen;
- Voldoende inzicht in premieverschillen en verschil in contracteerbeleid tussen verzekeraars.

Basisvoorwaarden voor zorginkoopmarkt

- Alle producten die zorgaanbieders op de desbetreffende markt aanbieden, moeten eenduidig kunnen worden geïdentificeerd;
- Zorgaanbieders moeten hun 'producten' van prijzen kunnen voorzien die gebaseerd zijn op de integrale kosten (vaste en variabele kosten);
- De onderhandelingsmacht moet evenwichtig verdeeld zijn tussen de vraagzijde (zorgverzekeraars) en de aanbodzijde (zorgaanbieders) van de markt.

Bron: Schut & Varkevisser, 2009



Figuur 1. Drie deelmarkten in de Zorgverzekeringswet. Bron: Kamerstuk 30186 nr. 3.

Zorgverleningsmarkt

In de zorgverleningsmarkt gaat het om de levering van zorg van aanbieders aan patiënten. Hierin concurreren verschillende zorgaanbieders om de gunst van de zorgvrager. Een goed functionerende inkoopmarkt is een voorwaarde voor een goed functioneren van de zorgverleningsmarkt. Hiernaast kunnen patiënten zich alleen opstellen als kritische consument bij voldoende transparantie van kosten en kwaliteit van de verschillende aanbieders. Het functioneren van de zorgverleningsmarkt is verder ook afhankelijk van de bereidheid van verzekerden om zich te laten 'sturen' door zijn of haar zorgverzekeraar naar de meest doelmatige aanbieders, bijvoorbeeld in het geval van verzekerden met een naturapolis[2-4].

Vooralsnog is er weinig bekend over de mate waarin patiënten bewust hun zorgaanbieder kiezen. Recent onderzoek laat zien dat ongeveer 5% van de patiënten actief een zorgaanbieder kiezen. Het overgrote deel van de patiënten ervaart geen keuzemoment of kiest voor het meest gangbare ziekenhuis, vaak het dichtstbijzijnde ziekenhuis[5]. Het is niet bekend hoeveel patiënten zich als bewuste consumenten moeten gedragen om een netto-effect binnen het totale zorgaanbod te bewerkstelligen.

Een internationaal review naar de invloed van kwaliteitsinformatie op het keuzegedrag van patiënten liet zien dat er weinig bewijs is dat dit een positieve stimulans geeft voor patiënten of zorgverleners[6]. Nederlandse patiënten zijn zich bovendien niet bewust van mogelijke be-

schikbare informatie over kwaliteitsverschillen tussen aanbieders[7]. Bovendien realiseren Nederlanders zich lang niet allemaal dat er kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen bestaan[8]. Serieuze media besteden in toenemende mate aandacht aan de keuzemogelijkheden van de patiënt, vaak in relatie tot prijs[9]. Het is nog niet bekend of en in hoeverre dit de zorgverleningsmarkt zou kunnen versterken.

Zorgverzekeringsmarkt

In de zorgverzekeringsmarkt concurreren zorgverzekeraars om de gunst van de verzekerde. Deze markt is sterk gereguleerd door het landelijk vastgestelde basispakket, het verbod op premiedifferentiatie, acceptatieplicht en verzekeringsplicht. Een goed functioneren van de zorgverzekeringsmarkt is noodzakelijk, omdat dit verzekeraars prikkelt om polissen met hoge kwaliteit tegen een lage prijs aan te bieden. Voor een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt zijn vier randvoorwaarden geformuleerd (box 1), die inmiddels voor het grootste deel vervuld zijn[2, 10]. Zeker in vergelijking met andere landen scoort Nederland goed[10]. Tegelijkertijd is er nog verbetering mogelijk wat betreft de risicoverevening, die structureel ondercompenseert voor bepaalde groepen hoog-risicoverzekerden en overcompenseert voor bepaalde groepen met lagere risico's[11]. Imperfecte risicoverevening leidt mogelijk tot allerlei negatieve prikkels voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor hoogrisicogroepen. De afgelopen jaren zijn zorgverzeke-

raars (vrijwel) volledig risicodragend geworden, waardoor het onderwerp risicoverevening pregnanter is geworden. Er wordt voortdurend gewerkt aan verdere verbetering van de vereveningsmodellen[12].

Het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt is onder andere af te meten aan het aantal overstappers. Na een daling van het percentage overstappers tussen 2006 en 2009 stijgt dit percentage weer vanaf 2010. Hiernaast is er een gedifferentieerd aanbod van polissen ontstaan met substantiële verschillen in premies. Ook maken zorgverzekeraars beperkte winst op de basisverzekering; zij vertaalden winsten naar lagere premies. Dit duidt op voldoende concurrentie tussen de verzekeraars[4].

Geen inzicht kwaliteit

Een belangrijk probleem is dat verzekerden primair van verzekeraar wisselen op grond van prijs en veel minder op basis van kwaliteit van zorg. Het ontbreken van toegankelijk inzicht in de kwaliteit van (niet-) gecontracteerde zorgaanbieders biedt hier een verklaring voor. Ook door middel van de collectiviteiten wordt voornamelijk geconcurrereerd op prijs. Een gerelateerd probleem is dat de kennis van verzekerden over hun eigen polisvoorwaarden beperkt is. Dit heeft deels te maken met gebrekkige informatievoorziening door verzekeraars, maar ook met desinteresse en gemakzucht van de verzekerde. Tegelijkertijd is duidelijk dat verzekerden de keuzevrijheid heel belangrijk vinden[13]. Tenslotte ervaren verschillende groepen verzekerden overstapbelemmeringen; zij voelen zich niet vrij om van verzekeraar te wisselen. Angst voor (administratieve) problemen is hier een belangrijke verklaring voor. Ook de 'koppelverkoop' van basis- en aanvullende verzekering heeft in het verleden geleid tot overstapbelemmeringen. De meeste verzekerden blijven bij hun verzekeraar omdat zij tevreden zijn[4].

Zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt concurreren zorgaanbieders om de gunst van de zorgverzekeraar. Hier kopen verzekeraars voor elk van haar polissen zorg in bij zorgaanbieders en maken afspraken over prijs, kwaliteit en volume van de zorg. Voor een goed functionerende zorginkoopmarkt zijn drie randvoorwaarden geformuleerd (box 1), die voor het grootste deel vervuld zijn. Ook hier geldt dat Nederland in vergelijking relatief goed scoort, maar dat er nog verbetering mogelijk is[10]. Vanaf 2008 is het vrij onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg (B-segment) stapsgewijs uitgebreid tot

70% in 2012. Hiernaast is in 2012 de functiegerichte budgettering van het A-segment afgeschaft en vervangen door een systeem van maximumtarieven, waardoor ook het A-segment door zorgverzekeraars wordt ingekocht. De risicodragendheid van verzekeraars is sterk toegenomen. Er zijn wel aanwijzingen voor upcoding[14]. Er zijn sindsdien verschillende initiatieven genomen, zoals de richtlijn integrale bekostiging van chronische zorg en er zijn proeftuinen gestart. Beide bieden zorgverzekeraars 'nieuwe' onderhandelingsmogelijkheden in de bekostiging van de zorg. In 2011 is het eerste hoofdlijnenakkoord gesloten. Hiermee committeerden verschillende stakeholders zich aan een uitgavengroei van 2,5%. Later werd het groeipercentage verlaagd naar 1%. Tegelijkertijd met het eerste hoofdlijnenakkoord is het macrobeheersingsinstrument (mbi) in werking getreden. Het mbi, dat nog nooit is toegepast, werkt als generieke korting op alle ziekenhuizen wanneer het budget voor medisch-specialistische zorg wordt overschreven.

Weinig effectieve inkoop

Verschiedende evaluaties wijzen op de geringe mate van effectieve (selectieve) inkoop door zorgverzekeraars. Hiervoor zijn verschillende verklaringen, waaronder een legitimiteitsprobleem bij zorgverzekeraars; verzekerden vertrouwen niet dat verzekeraars de beste zorg inkopen. Hiernaast zijn er belemmeringen in wet- en regelgeving, waaronder het hinderpaalcriterium: wanneer een verzekerde zorg geniet bij een niet-gecontracteerde aanbieder, is de verzekeraar verplicht 80% van de prijs van deze zorg te vergoeden. Dit is geen prikkel voor selectieve inkoop[3, 4, 11, 15]. In 2014 is het wetsvoorstel om vergoedingen voor niet gecontracteerde zorg vrij bepaalbaar te maken (artikel 13 van de ZVW) in de Eerste Kamer verworpen[16]. Vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg mogen vooralsnog geen hinderpaal vormen voor vrije artskeuze. Hiernaast is het gebrekkige DBC/DOT-systeem een terugkerend knelpunt. In 2012 is het DBC-systeem vervangen door het DOT-systeem, waardoor het aantal te onderhandelen prestaties drastisch verminderd is. Verder bepaalt onder het DOT-systeem niet langer het declarerend specialisme de declaratiecode, maar wordt deze afgeleid op basis van geregistreerde verrichtingen door de zogenaamde grouper. Het is tot dusver onduidelijk of het DOT-systeem een verbetering is ten opzichte van de DBC's. Een mogelijke tekortkoming is ook dat de ziekenhuisbekostiging niet samenhangt met kwaliteit en/of uitkomsten.

Beperkte rol kwaliteit

Knelpunten worden ook gesignaleerd aan de aanbodszijde. Zeker in het verleden was er een gebrek aan een gedifferentieerd aanbod en klaagden verzekeraars over het free-rider probleem: wanneer door een zorgverzekeraar kwaliteitsverbeteringen worden afgedwongen liften andere verzekeraars hierop 'gratis' mee omdat aanbieders om ethische redenen veelal geen onderscheid willen maken in patiënten naar verzekeraar[17]. Het belangrijkste knelpunt is waarschijnlijk dat de transparantie van kwaliteit nog niet op voldoende niveau is, alhoewel hier belangrijke vorderingen in gemaakt zijn. Tot dusver speelt kwaliteit een beperkte rol in onderhandelingen tussen zorgaanbieder en verzekeraar[4, 15]. De hoofdlijnakkoorden vormen een belangrijke stimulus voor selectief contracteren. Hiernaast is veel (landelijk) beleid gericht op concentratie van hoogcomplexiteit zorg. Selectief contracteren lijkt vooralsnog het meest vergoed in de inkoopmarkt van geneesmiddelen[1].

Veel winst te boeken

Anno 2017 is het nog steeds moeilijk te zeggen of de Zvw bereikt heeft wat werd beloofd. Afgemeten aan haar primaire doelstellingen is duidelijk dat het huidige stelsel veel keuzevrijheid biedt, maar dat hier weinig gebruik van gemaakt wordt. Solidariteit ligt bij wet besloten in het huidige stelsel, maar solidariteit is geen eenduidig begrip en verschillende politieke partijen pleiten voor meer solidariteit. Het huidige stelsel is overigens voldoende flexibel om deze gevraagde extra solidariteit te bieden, bijvoorbeeld door het verlagen van het eigen risico of door een groter deel inkomensafhankelijk te bekostigen. Onze inschatting is dat de hervorming in 2006 bijgedragen heeft aan doelmatigheidswinsten op vele terreinen, maar dat er nog steeds veel winst te boeken is. In grote lijnen is in de belangrijkste randvoorwaarden voor een doelmatiger stelsel voorzien. Op dit moment lijken verdere aanpassingen aan het stelsel niet strikt noodzakelijk of wenselijk, maar is het aan partijen om te groeien in hun rol in het stelsel. Meer en betere transparantie van kwaliteit en kosten is hiervoor noodzakelijk. Alhoewel er op dit vlak flinke vooruitgang is geboekt bestaat de vraag of dit snel genoeg gaat en of reeds beschikbare informatie publiekelijk ontsloten dient te worden. De verwachting is dat het nieuwe kabinet zal inzetten op nieuwe hoofdlijnenakkoorden. Er moet op ingezet worden dat hierin de inhoudelijke afspraken (bijvoorbeeld met betrekking tot substitutie) voorop staan en dat de financiële afspraken hieruit volgen. Hiernaast dienen de verschillende deelakkoorden (per sector) beter op elkaar aangesloten te worden en dient de naleving van de inhoudelijke afspraken strikter worden geborgd[18].

delijke afspraken (bijvoorbeeld met betrekking tot substitutie) voorop staan en dat de financiële afspraken hieruit volgen. Hiernaast dienen de verschillende deelakkoorden (per sector) beter op elkaar aangesloten te worden en dient de naleving van de inhoudelijke afspraken strikter worden geborgd[18].

Literatuur

1. Maarse, H., P. Jeurissen, and D. Ruwaard, Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. *Health Econ Policy Law*, 2016. 11(2): p. 161-78.
2. Schut, F.T. and M. Varkevisser, *Economie van de gezondheidszorg*. 2009.
3. van de Ven, W.P., et al., *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. 2009, ZonMW: Den Haag.
4. van den Berg, M., et al., *Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. 2014, RIVM.
5. Victoor, A., (How) do patients choose a healthcare provider? (Hoe) kiezen patiënten een zorgaanbieder? 2015.
6. Ketelaar, N.A., et al., Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(11): p. CD004538.
7. Ketelaar, N.A., et al., Exploring consumer values of comparative performance information for hospital choice. *Qual Prim Care*, 2014. 22(2): p. 81-9.
8. Ketelaar, N.A., et al., Patients' expectations of variation in quality of care relates to their search for comparative performance information. *BMC Health Serv Res*, 2014. 14: p. 617.
9. Wester, J., Tarieven in de zorg: willekeurige regeert., in *NRC Handelsblad*. 2016.
10. van de Ven, W.P., et al., Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 2013. 109(3): p. 226-45.
11. van Kleef, R., F.T. Schut, and W.P. van de Ven, *Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening: Acht jaar na de invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?* 2014, IBMG: Rotterdam.
12. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S., *Risicoverevening 2017: nieuwe stappen in verbetering compensatie voor chronisch zieken*. 2017.
13. de Jong, J., et al., *Het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. Een kennissynthese*. 2015, NIVEL.
14. Hasaart, F., *Incentives in the Diagnosis Treatment Combination Payment System for Special Medical Care*. 2012, Maastricht.
15. KPMG Plexus, *Evaluatie Zorgverzekeringswet*. Eindrapportage. 2014.
16. Zorgvisie. Eerste Kamer verwerpt artikel 13. 2014; Available from: <https://www.zorgvisie.nl/financien/nieuws/2014/12/eerste-kamer-verwerpt-artikel-13-1667286w/>
17. van de Ven, W.P. and F.T. Schut, *Is de Zorgverzekeringswet een succes?* TPE Digitaal, 2010. 4(1): p. 1-24.
18. Algemene Rekenkamer, *Uitgavenbeheersing in de zorg IV: zorgakkoorden*. 2016.

Informatie over de auteurs

Joos Wammes, Niek Stadhouders en Wieteke van Dijk zijn PhD-student bij de Celsus academie, IQ healthcare, Radboudumc. **Patrick Jeurissen** is hoogleraar bij de Celsus academie, IQ healthcare, Radboudumc. Hij is tevens wetenschappelijk adviseur ministerie VWS.