

Naar twintig jaar Zorgverzekeringswet

Het gaat goed met de curatieve zorg in Nederland. In vergelijking met andere landen is de toegankelijkheid buitengewoon goed, de rekening zeer betaalbaar, en de kwaliteit op veel gebieden heel hoog. In plaats van een nieuwe stelseldiscussie moeten we inzetten op verbeteringen van het huidige stelsel. Daarmee is een minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) nooit klaar.

EDITH SCHIPPERS
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bij elk van de doelen – toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid – staat de burger centraal, als patiënt en als verzekerde. Toegankelijkheid betekent dat iedereen verzekerd is van medisch noodzakelijke zorg en deze zorg ook krijgt als dat nodig is. Bij kwaliteit gaat het om de technische resultaten van behandelingen, om de dienstverlening en om hoe zorg bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven. Doelmatigheid omvat drie vormen: uitvoeringskosten van het stelsel, het leveren van de juiste zorg op de juiste plek, en innovaties in zowel de toepassingen als de organisatie van de zorg. Een efficiënte zorgverlening is niet synoniem aan beheersing van de zorguitgaven. Daarom is de betaalbaarheid van zorg maatschappelijk evenzeer van belang. Het is de opgave om deze doelen allemaal te realiseren, maar in de complexe praktijk zijn er ook afruilen – dilemma's in het kwadraat – en zijn scherpe keuzes nodig.

GEEN VRIJE MARKT EN GEEN OVERHEID

Er is geen econoom die vindt dat de gezondheidszorg aan de markt kan worden overgelaten, en dat is ook nergens de praktijk. Zo kent de gezondheidszorg veel informatieproblemen die ervoor zorgen dat een vrije markt niet werkt (Schut *et al.*, 2015). Mensen hebben minder informatie dan zorgaanbieders over de aard en noodzaak van een gezondheidsdienst. Daarbij verandert de zorgbehoefte van mensen in de loop der tijd. Er is bovendien een gebrek aan inzicht in prijzen en rationeel keuzegedrag is vaak niet mogelijk. Daarmee is de vraagzijde van de 'zorgmarkt' zwak. Aangezien zorgaan-

bieders een informatievoorsprong hebben en hun inkomen samenhangt met de geleverde zorg, domineert het aanbod. Een gebrek aan tegenkracht kan leiden tot overconsumptie. Dat dit geen fictie is, kunnen we aflezen aan de soms hoge mate van praktijkvariatie bij bepaalde behandelingen.

Het poolen van de financiële risico's van zorg via een verzekering is welvaartsverhogend. Maar een vrije markt is niet in staat om een betaalbare verzekering voor iedereen aan te bieden, omdat verzekerden vaak veel meer weten over hun gezondheid dan verzekeraars. In een vrije markt zullen vooral mensen met een hoger gezondheidsrisico geneigd zijn zich te verzekeren. Verzekeraars reageren daarop met risicoselectie en premiedifferentiatie. Daardoor zal een deel van de bevolking zich niet verzekeren. Dat is maatschappelijk ongewenst.

Vanwege deze en andere marktimperfecties kende het stelsel voor de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), dus vóór 2006, een overheid met een bepalende rol in het zorgstelsel met strakke regulering van capaciteit en tarieven. Die overheid werkte steeds meer verstikkend en de aandacht voor kwaliteit, doelmatigheid en cliëntperspectief was beperkt. De wachtlijsten liepen op en de primaire beleidsrespons was om meer geld uit te geven. Qua verzekering was er lange tijd sprake van een combinatie van een publiek ziekenfonds en particuliere verzekeringen. Ook deze benadering werkte steeds slechter. Aan de publieke kant viel niets te kiezen, aan de particuliere kant vond risicoselectie plaats. Zo verdienden dokters lange tijd meer geld aan een particuliere patiënt, als gevolg van deze tweedeling. Ze leidde tot een bureaucratisch grensverkeer tussen beide stelsels en kon niet voorkomen dat er 250.000 mensen onverzekerd waren. Het kostenbewustzijn van zorgverleners en cliënten was laag, en er was weinig inzicht in de gemaakte kosten die bovendien hand over hand toenamen. Het stelsel was vermolmd. In een sector waar het aanbod bijna inherent domineert, was het essentieel dat de vraagzijde meer aan bod kwam (VWS, 2001).

ZVW: MARKT ÉN OVERHEID

Na een lange aanloop werd in 2006 de Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve

van de gehele bevolking, beter bekend als de Zvw, van kracht. De kern van de wet is een privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel van gereguleerde concurrentie. Markt en overheid vormen geen tegenstelling, maar versterken elkaar om de publieke doelen te realiseren. De markt is met name nodig voor een sturing op doelmatigheid en innovatie, de overheid voor toegankelijkheid en het aanpakken van marktimperfecties. Dit gebeurt via wet- en regelgeving en via een aantal toezichthouders waaronder de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Er zijn vijf pijlers.

De eerste twee pijlers stellen de risicosolidariteit centraal. Mensen zijn verplicht verzekerd en verzekeraars hebben een acceptatieplicht. De overheid bepaalt wat er in het verzekeringspakket zit, en verzekeraars hebben de ruimte om binnen dat kader zorg in te kopen. De tweede pijler is het verbod op premiedifferentiatie: iedereen betaalt voor dezelfde polis bij dezelfde verzekeraar dezelfde premie, ongeacht leeftijd, geslacht of gezondheid. Ook dat bevestigt het sociale karakter van de wet. Het zorgt ervoor dat verzekeraars hun energie stoppen in het zo goed mogelijk inkopen van zorg voor hun verzekerden, en niet in het selecteren van verzekerden.

De derde en de vierde pijler ondersteunen de marktkrachten. Risicodragende verzekeraars concurreren met elkaar om de gunst van verzekerden, maar dat kan alleen op een gelijk speelveld. Daarom worden verzekeraars die relatief veel mensen met een slechte gezondheid verzekeren, van tevoren gecompenseerd uit het Zorgverzekeringsfonds. De nominale premie is de vierde pijler. Deze is transparant en kan verschillen tussen de polissen. Verzekerden kiezen hun eigen verzekeraar en polis, en kunnen stemmen met de voeten. Als ze hun verzekering bijvoorbeeld te duur vinden dan kunnen ze op zoek gaan naar een alternatief. Die prijsdruk is in het belang van alle verzekerden. De nominale premie vergroot het kostenbewustzijn: zorg is geen vrij goed, schaarse vraag om keuzes, ook op individueel niveau. Tegelijkertijd is er sprake van een stevige inkomenssolidariteit: bijna veertig procent van alle huishoudens ontvangt een zorgtoeslag.

De vijfde pijler van de wet is de zorgplicht van de verzekeraars: ze moeten de garantie gestand doen dat de zorg in het basispakket binnen redelijke afstand en tijd beschikbaar is voor hun verzekerden. Hét vehikel voor de invulling van de zorgplicht is contractering op prijs, kwaliteit en service. Doordat er contracteervrijheid bestaat en er lagere vergoedingen mogelijk zijn voor nietgecontracteerde zorg, bieden verzekeraars tegenwicht aan zorgaanbieders. In het nieuwe stelsel is de vraagzijde dus versterkt: verzekeraars kopen namens hun verzekerden in.

ERVARINGEN TOT NU TOE

De genoemde pijlers zijn stevig gebleken. Een van de grootste verdiensten van het nieuwe stelsel is het einde van de tweedeling. De NZa constateert dat verzekeraars de acceptatieplicht naleven en zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. Ze blijken zich niet schuldig te maken aan doelbewuste risicoselectie, maar streven naar een verzekerdenbestand dat een goede weerspiegeling is van de bevolking. De toezichthouder spreekt van een 'solidaire verzekeringsmarkt'. Verzekeringsconcerns zetten de positieve resultaten op de ene polis in, ter compensatie

van verliezen op de andere polis (NZa, 2016).

Bovendien zorgt de sterke verbetering van de *ex ante* risicoverevening ervoor dat het voor verzekeraars steeds meer loont om goede zorg in te kopen voor chronisch zieken. Werd in 2006 via het Zorgverzekeringsfonds nog 26 procent van de middelen herverdeeld van gezond naar chronisch ziek, ondertussen is dit gestegen naar 38 procent. Ook in dat opzicht is het stelsel solidair. Waren er in eerdere jaren nog, al dan niet vermeende, belemmeringen voor ouderen en chronisch zieken om over te stappen, deze zijn ondertussen geslecht. Verzekeraars nemen de machtigheden en aanvullende verzekeringen van nieuwe verzekerden over. En slechts in twee procent van de gevallen worden er bij reguliere aanvullende verzekeringen medische vragen gesteld. Dat is belangrijk omdat verzekeraars druk moeten voelen, niet alleen van overstappers, maar van alle verzekerden, gelet op de heterogeniteit van voorkeuren. Het aantal overstappers van circa zes procent per jaar indiceert dat de verzekeringsmarkt gerijpt is maar nog steeds dynamisch.

De terugkerende discussie over premiestijgingen illustreert dat een transparante nominale premie het kostenbewustzijn van burgers en politiek bevordert. Ondanks forse uitbreidingen van het pakket is de premie de afgelopen vijf jaar overigens niet gestegen. Wel is het eigen risico opgetrokken. De laagste inkomens zijn volledig ontzien; ze betalen nu per saldo bijna honderd euro minder dan tien jaar geleden. Het niveau van eigen betalingen voor een breed verzekerd pakket als in Nederland is internationaal laag tot gemiddeld. Voor het kostenbewustzijn is het ook belangrijk dat de prijzen van de behandelingen zorgtransparant worden. Veel verzekeraars beginnen nu met het openbaar maken van de prijzen, voor zover die relevant zijn voor het eigen risico. Dat is een goede stap.

Ook zijn de beheerskosten van de zorgverzekeraars lager dan de oude ziekenfondsen (3,5 versus circa 4 procent van de uitgaven), ondanks de uitbreiding van de taken. Daarvan besteden ze een bescheiden som aan reclame: ongeveer 35 miljoen, ofwel 2,50 euro per volwassene. Op een aantal uitzonderingen na, constateert de NZa dat verzekeraars hun zorgplicht goed nakomen; het beeld van veel wachtlijsten behoort tot het verleden.

Er is in belangrijke mate voldaan aan de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie en dus doelmatigheid (Van Kleef, 2014). De productiviteit van ziekenhuizen is aanzienlijk toegenomen, en het aantal ligdagen per behandeling is afgenomen. Het zorgaanbod is gevarieerder geworden: e-health-toepassingen, substitutie van specialistische zorg naar de huisartszorg, nieuwe samenwerkingsvormen tussen verschillende soorten zorgverleners – zoals ketenzorg voor chronische aandoeningen – en procesinnovaties zoals zorggroepen, zelfstandige behandelcentra en buitenpoliklinieken.

Samengenomen dragen de resultaten op de pijlers van het stelsel bij aan de publieke doelen. Uit internationaal vergelijkende studies blijkt dat Nederland zeer goed scoort op toegankelijkheid en patiëntgerichtheid, en gemiddeld ten aanzien van gezondheidsuitkomsten. De levensverwachting is voor iedereen de afgelopen periode gestegen. Hoewel het verschil in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden hoog is (6,7 jaar), is dit in veel

andere Europese landen groter. Het verschil in de ervaren kwaliteit van leven is licht afgenomen.

Gegeven de grote behoefte aan zorg en steeds meer aanbod van medische mogelijkheden, wordt met meer doelmatigheid niet per se meer collectieve betaalbaarheid gerealiseerd. Maar ook hier is belangrijke vooruitgang geboekt, mede door de afgesloten hoofdlijnakkorden. De groei van de zorguitgaven is fors bijgebogen en nu vergelijkbaar met de economische groei. De laatste vier jaar is er in totaal ongeveer vijf miljard euro minder uitgegeven aan de zorg dan begroot. Op de OESO-ladder staat Nederland qua Zvw-uitgaven op de elfde plek (5,5 procent bbp in 2014). De huidige kostenstijging is duurzaam betaalbaar.

DOORONTWIKKELING

In een dynamische context kan het altijd beter: een stelsel is nooit af en de spelers kunnen hun rol beter pakken. Ik geef de nodige verbeteringen aan voor achtereenvolgens de verzekeringsmarkt, de inkoopmarkt en de beheersing van de uitgaven. Hierbij blijft het uitgangspunt van een privaatrechtelijk stelsel met publieke randvoorwaarden onverminderd van kracht: kiest de overheid voor het beperken van concurrentie, dan moet deze expliciet maken waarop de concurrentie wordt beperkt en waarom dit gerechtvaardigd is op grond van de publieke belangen. Dit uitgangspunt werpt een dam op tegen de veelgehoorde roep om meer publieke regulering die afbreuk doet aan de flexibiliteit en het vernieuwingsvermogen in het huidige stelsel.

Verzekeringsmarkt: de verzekerde centraal

In de verzekeringsmarkt is transparantie voor verzekerden van groot belang. Zij zijn gebaat bij minder polissen en meer concurrentie op zorginkoop- en advies.

We moeten toe naar het op één wijze aanbieden van eenzelfde polis. We moeten stoppen met de praktijk dat verzekeraars identieke polissen via verschillende labels aanbieden. Dit frustrert de keuze van de verzekerde, en daarmee de concurrentie in het stelsel. Dat geldt voor de huidige 58 standaardpolissen, maar des te meer voor de 'herverpakkingen' hiervan. Er zijn in Nederland niet minder dan 64.000 collectiviteiten. Collectiviteiten waren bedoeld als instrument voor betere zorginkoop namens groepen verzekerden. Nu zijn ze vaak verworden tot een marketinginstrument met een premiekorting, en dragen zo bij aan de ondoorzichtigheid en wildgroei van de verzekeringsmarkt. Als collectiviteiten geen zorginhoudelijke meerwaarde hebben, en dat hebben ze meestal niet, vervalt hun bestaansrecht. Ze verschillen dan immers niet van standaardpolissen. Met de aanpak van deze 'verduistering' zie ik geen plek voor tussenpersonen als die de verzekeringsketen slechts langer en duurder maken.

Mededinging tussen verzekeraars om de gunst van de verzekerden blijft onverminderd belangrijk. Deze is nog te vaak gericht op de premie en marketing, en te weinig op zorginkoop en zorgadvies. Mensen mogen kritisch zijn op verzekeraars in het algemeen, hun eigen verzekeraar waarderen ze hoog. En deze waardering is hoger als ze hun verzekeraar om advies over behandelaars of bemiddeling hebben gevraagd. Verzekeraars kunnen deze inkoop- en adviesrol vervullen. Ze beschikken immers over een rijkdom aan

verwijs- en behandelgegevens, ervaringen van patiënten en kwaliteitsindicatoren. Maar ze moeten zich meer manifesteren naast en namens de patiënt. Dit is een terrein waarop verzekeraars zich meer van elkaar kunnen onderscheiden.

Ook kunnen verzekeraars patiënten meer aan zich binden via een goede inkoop voor hun (aspirant-)verzekerden. Door de recente, forse aanpassing in de risico-verevening zijn de prikkels zo dat verzekeraars zich meer kunnen richten op het aantrekken van mensen die (veel) gebruik maken van de diverse vormen van zorg, door voor hen goede zorg in te kopen. Het voordeel kunnen de verzekeraars teruggeven aan de verzekerden via een lagere aanslag op het eigen risico, een lagere premie of door te investeren in zorgvernieuwing. Een nieuw wetsvoorstel geeft de invloed van verzekerden op zowel de klantgerichtheid als het inkoopbeleid van verzekeraars een wettelijk basis. Dit zal de legitimiteit van verzekeraars versterken.

Inkoopmarkt: de patiënt centraal

Kwaliteitsinformatie moet beter vergaard worden, beschikbaar komen en inzichtelijk gemaakt worden. Deze transparantie wat betreft de zorgkwaliteit dient meerdere doelen: beslisinformatie voor de patiënt, spiegelinformatie voor de zorgaanbieder, informatie voor de zorginkoop door de verzekeraar en informatie voor de verzekerde bij het kiezen van zijn polis. Wat nodig is, is meer standaardisatie in de verzameling van data. Daar ligt primair een verantwoordelijkheid voor de beroepsgroepen in samenwerking met de verzekeraars. Vervolgens heeft de overheid een verantwoordelijkheid om de data op één plek in het publieke domein beschikbaar te maken.

Een belangrijke eerste stap daartoe is kiesbeter.nl waar nu de kwaliteitsgegevens voor 43 aandoeningen van alle aanbieders te vinden zijn. De Patiëntenfederatie presenteert voor 25 aandoeningen keuzehulpjes voor het kiezen van de beste aanbieders op basis van de openbare kwaliteitsgegevens, en op zorgkaartnederland.nl zijn veel ervaringen met aanbieders te vinden. Dit zijn goede stappen, maar nog onvoldoende om kwaliteit centraal te stellen voor de zorg als geheel. Naast een uitbreiding naar andere aandoeningen zullen de kwaliteitsindicatoren vooral vaker over uitkomsten moeten gaan, in plaats van over structuur en proces. Van alle indicatoren heeft nu nog geen tien procent betrekking op uitkomsten. Er is nog een flinke weg te gaan om duidelijke indicatoren, die echt iets zeggen over de kwaliteit en toegevoegde waarde van zorg, op een manier te verzamelen die niet belastend is voor professionals en dit zo te presenteren dat het helder en begrijpelijk is voor patiënten.

Meer inzicht in objectieve kwaliteit en in patiëntenervaringen stelt verzekeraars in staat om beter en gedifferentieerder in te kopen, zich sterker te verantwoorden voor de gemaakte keuzes, en zich meer van elkaar te onderscheiden. Het maakt het ook mogelijk om zich, vanuit de huidige praktijk van jaarlijkse contracten met aanneemsommen, te bewegen naar meerjarige contracten waarin er ruimte is om te investeren in kwaliteit en kwaliteit ook beloond wordt. Meerjarig contracteren is ook nodig om een verschuiving in het zorgaanbod te realiseren: concentratie van complexe zorg in topziekenhuizen en basale ziekenhuiszorg dichterbij de burger, in de wijk of zo mogelijk thuis.

Een stap verder in de toekomst is het om te bewegen van de huidige bekostiging van behandelingen naar de bekostiging op basis van zorgwaarde. Daardoor verschuift de focus van de behandeling van een ziekte naar het breder zorgen voor gezondheid en kwaliteit van leven en naar hoe men met elke uitgegeven euro het beste resultaat kan bekostigen. De patiënt komt echt centraal te staan in het zorgproces. Er komt meer ruimte voor 'kijken en luisteren' en 'samen beslissen', en zorgverleners en andere professionals gaan meer 'in een netwerk rondom de patiënt' werken. Dergelijke nieuwe contractvormen bevorderen ook de aandacht voor preventie en zelfmanagement met inzet van innovatieve producten. De wet- en regelgeving biedt hiervoor meestal ruimte, maar moet waar nodig worden aangepast.

Een noodzakelijke voorwaarde voor het ontstaan van nieuwe contractvormen is dat de verhouding tussen verzekeraars en zorgaanbieders meer in evenwicht is. Kort gezegd, ziekenhuizen hebben – mede door de fusies – vaak een bijzonder sterke onderhandelingspositie tegenover de verzekeraar, terwijl de positie van individuele beroepsbeoefenaren vaak bijzonder zwak is. Nieuwe toetreders krijgen vaak niet de kans om voor vernieuwing te zorgen (KPMG, 2014).

Meer aandacht voor kwaliteit bij de inkoop van zorg is ook van betekenis voor de verzekeringsmarkt. Als de zorgwaarde van het aanbod en ook waar verzekeraars inkopen openbaar gemaakt worden, dan is het mogelijk om de polissen van de verschillende verzekeraars te beoordelen op die zorgwaarde. Dit is goed voor de concurrentie op de markt en voor de keuzemogelijkheden van verzekerden. Dan zal het duidelijk worden dat een lagere premie van een polis niet gepaard hoeft te gaan met een lagere kwaliteit.

Betaalbaarheid: de belastingbetaler centraal

Om de zorg betaalbaar te houden moeten er lastige keuzes gemaakt worden. De komst van effectieve, maar dure medicijnen en behandelingen, de stijging van het aantal chronisch zieken en de vergrijzing zetten deze betaalbaarheid onder druk. Tegelijkertijd willen we beslist niet tornen aan de verzekerings- en acceptatieplicht en hechten dus sterk aan een breed zorgpakket. En uiteraard worden nieuwe medische mogelijkheden op meerwaarde en kosteneffectiviteit getoetst. De rol van de arts is hierbij cruciaal als poortwachter van de zorg.

Contracting is het krachtigste instrument dat verzekeraars hebben om de doelmatigheid, kwaliteit en kostenbeheersing te bevorderen. Hoewel driekwart van de verzekerden een polis heeft met beperkende voorwaarden, hebben we gezien dat in de samenleving veel waarde wordt

gehecht aan een vrije artskeuze met volledige vergoeding. Dit sluit niet uit dat risicodragende verzekeraars gedifferentieerd kunnen inkopen, en niet per se elk specialisme bij elke zorginstelling geheel of gedeeltelijk vergoeden. Het is nodig dat verzekeraars meer uitleggen wat ze waarom waar inkopen en de verzekerden daarbij betrekken.

In de huidige verhoudingen is macrobetaalbaarheid niet gegarandeerd. Zonder enig beleid zal de reële groei van de totale zorguitgaven de komende periode bijna twee keer zo hoog zal zijn als de economische groei. Het CPB raamt 3,2 versus 1,7 procent per jaar. Van de groei van de overheid gaat dan ruim twee derde naar de zorg. De boodschap is helder: een minister van VWS is nooit klaar om die uitgavenstijging bij te buigen.

In de afgelopen jaren waren de hoofdlijnenakkoorden nodig om de essentiële rol van zorgverzekeraars, als tegenkracht namens verzekerden, in het stelsel te bevestigen en te ondersteunen. Het is verstandig om ook in de komende periode akkoorden te sluiten. Partijen zullen daarin de opgave voor herstructurering van het zorgaanbod – dat mogelijk is door procesinnovaties, en nodig voor meer integrale zorg – ter hand moeten nemen. Deze meer marktconforme benadering is veruit te prefereren boven uitdunningen van het pakket, verhogingen van het eigen risico en andere budgettaire maatregelen.

Niets doen betekent de rekening doorschuiven naar andere terreinen of de volgende generatie. Voorstellen die het pakket uitbreiden, het eigen risico verlagen, de tegenkracht in het systeem afschaffen en de zorg tot louter een staatsaangelegenheid maken, leiden niet tot betere zorg, maar wel tot hogere kosten. In plaats van een discussie over een ander stelsel te voeren, zijn de patiënt, verzekerde en belastingbetaler meer gebaat bij een voortdurende verbetering van het huidige stelsel, ook in de komende tien jaar.

LITERATUUR

- Jeurissen, P.P.T.J. (2016) *Steeds meer zorg, een betaalbare oplossing?* Inaugurale rede. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Kleef, R. van, E. Schut en W. van de Ven (2014) *Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd? IBMG rapport, 2014.01.*
- KPMG (2014) *Evaluatie Zorgverzekeringswet. Eindrapportage, september 2014.* Amstelveen: KPMG.
- NZa (2016) *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Schut, F., E. van Doorslaer en H. Keuzenkamp (2015) *Canon 11: Gezondheidseconomie.* ESB, 100(4707), 198–202.
- VWS (2001) *Vraag aan bod, Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Tweede Kamer.*

In het kort

- ▶ De Zorgverzekeringswet combineert doelmatigheid, innovatie en solidariteit. De huidige kostenstijging is duurzaam houdbaar maar vergt moeilijke keuzes.
- ▶ Bij verbeteringen geldt als uitgangspunt dat het beperken van concurrentie en keuzevrijheid alleen gerechtvaardigd kan worden op basis van publieke belangen.
- ▶ Meer doorzichtigheid in de verzekeringsmarkt, meer verscheidenheid tussen verzekeraars en meer inkoop op de kwaliteit van uitkomsten zijn hard nodig.