



Het Nederlandse zorgstelsel in een notendop

De introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 was een belangrijke stap in de richting van geregelde concurrentie in de gezondheidszorg. In het systeem van geregelde concurrentie worden drie markten onderscheiden: de zorginkoopmarkt, de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt (figuur 1). Zorgverzekeraars hebben de belangrijke taak om namens hun verzekerden zorg in te kopen. Op de zorginkoopmarkt onderhandelen zij met zorgaanbieders over de prijs, kwaliteit en kwantiteit van de zorg. Om hun rol als kritische zorgkoper waar te kunnen maken, hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om selectief zorg in te kopen.

DANIËLLE DUIJMELINCK
Beleidsmedewerker bij het Ministerie van VWS

Op de zorgverzekeringsmarkt hebben verzekeren aan het eind van ieder kalenderjaar de mogelijkheid om de verzekeraar en het verzekeringsproduct te kiezen die het beste aansluiten op hun preferenties. De mogelijkheid dat verzekeren overstappen naar een concurrent dient zorgverzekeraars voortdurend te stimuleren om (bij hun zorginkoop) in te spelen op de preferenties van verzekerden. In het Nederlandse zorgstelsel is sprake van *geregelde* concurrentie. Het is de taak van de overheid om de geldende spelregels te bepalen.

DE 'SPELREGELS'

De overheid heeft een aantal spelregels vastgesteld om de risico- en inkomenssolidariteit in het zorgstelsel te borgen. Zo is iedereen verplicht een basisverzekering af te sluiten. De inhoud van dit

basispakket wordt door de overheid wettelijk vastgesteld. Zorgverzekeraars zijn op hun beurt gebonden aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Dit betekent dat zij alle verzekerden, ongeacht hun leeftijd en gezondheidstoestand, moeten accepteren voor de basisverzekering. Verder moeten zorgverzekeraars iedereen dezelfde nominale premie in rekening brengen. De premie voor de basisverzekering mag dus niet gedifferentieerd worden naar de risicokenmerken van de verzekerde. Huishoudens met lage inkomens worden via de zorgtoeslag grotendeels gecompenseerd voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico.

De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie resulteren voor zorgverzekeraars in voorspelbare winsten op bijvoorbeeld gezonde verzekerden en voorspelbare verliezen op bijvoorbeeld chronisch zieken. Een ex-ante

was kwaliteit een van de drie doelstellingen van de overheid. Naast kwaliteit moesten ook de toegankelijkheid en betaalbaarheid in het nieuwe stelsel gegarandeerd zijn.

... de zorg is toegankelijk ...

De overheid heeft de zorg gegarandeerd door een algemene zorgplicht voor verzekerden. Ook ligt de inhoud van het basispakket vast. Mensen met een minimuminkomen hebben hun premielast de afgelopen tien jaar zelfs zien verminderen, blijkt uit onderzoek van een van de deelnemers. De doelstelling van toegankelijkheid lijkt in de praktijk te zijn gerealiseerd, al verzekert niet iedereen zich. Ongeveer 25.000 Nederlanders zijn, al dan niet vrijwillig, onverzekerd.

... en de kosten zijn stabiel op hoog niveau...

Worden de uitdijende kosten van de zorg met de marktwerking ook daadwerkelijk in toom gehouden, luidde een van de hamvragen tijdens het debat. Aanvankelijk stegen de kosten snel en was er weinig

risicovereveningsmodel compenseert zorgverzekeraars daarom voor de voorspelbare gezondheidsgerelateerde kostenverschillen van hun verzekerden. Een goede risicoverevening is van belang voor het creëren van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars en het tegengaan van risicosselectie.

Tot slot zijn zorgverzekeraars gehouden aan de zorgplicht. Dit betekent dat zij voldoende zorg moeten inkopen of vergoeden. Hierbij gaat het ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg (NZa, 2014).

WAAR DIENT DE AANDACHT NAAR UIT TE GAAN?

De Zvw is nu tien jaar van kracht en in deze jaren zijn mooie resultaten behaald ten aanzien van de toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van onze zorg.

Uit het veld **ESB**

vertrouwen in dat de zorg betaalbaar zou worden. Uit onderzoek, dat tijdens het debat werd aangehaald, blijkt dat de uitgaven sinds 2012 stabiel gebleven zijn. Er is sprake van "beheersing van de kosten", stelde een zorgadviseur vast (figuur 2).

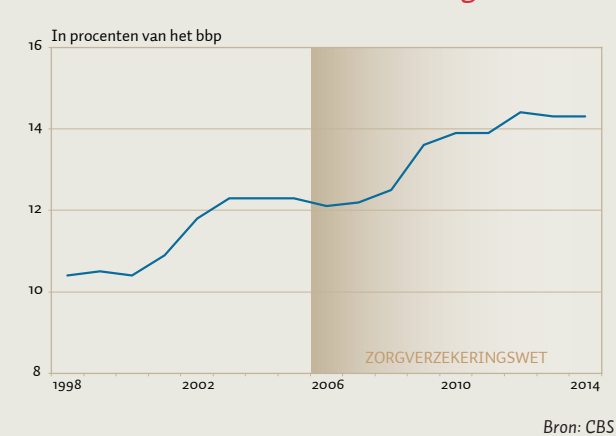
...maar de burger heeft geen inzicht in de polis, ...

Zijn de verzekerden en patiënten met het nieuwe zorgstelsel opgeschoten? "De patiënt heeft nog altijd weinig te vertellen in de zorg", zei een van de panelleden bij het ESB-debat. Iedereen kan wel op prijs kiezen, maar consumenten hebben weinig inzicht in zorgpolissen. De burgers krijgen een woud aan polissen aangeboden. "Dat kan en moet beter", reageerde een ander. De producten zijn zo ingewikkeld, dat klanten nauwelijks geprikkeld worden om van verzekeraar te switchen. Maak die keuze gemakkelijker door polissen naar keuze in te delen, bijvoorbeeld: beperkt, onbeperkt of zeer beperkt. En maak polissen vergelijkbaarder. Dat stimuleert de zoektocht naar een andere verzekeraar, suggereerde een deelnemer. Slechts zes procent van de verzekerden - en steeds dezelfde jonge gezonde mensen - wisselt jaarlijks van verzekeraar.

... de behandeling ...

Ook kan de individuele patiënt de kwaliteit van artsen of ziekenhuizen moeilijk achterhalen. "Je kunt de hoogste premie betalen in de hoop de beste zorg te krijgen. Maar als iemand kanker heeft, wordt

Totale kosten van alle soorten zorg



ESB Uit het veld

Zo neemt Nederland al jarenlang de koppositie in op de European Health Consumer Index, een ranglijst die de zorgstelsels van verschillende Europese landen vergelijkt vanuit het consumentenperspectief (Health Consumer Powerhouse, 2015). Daarnaast is de financiële toegankelijkheid geborgd. De gemiddelde premielast ligt in 2016 voor mensen met een minimuminkomen namelijk per saldo lager dan in 2005. Verder is vanaf 2012 de jarenlange groei van de zorguitgaven afgevlakt (figuur 2).

Dit betekent niet dat ons zorgstelsel af is. Zo vormt de beschikbaarheid van objectieve informatie over de kwaliteit van zorg een belangrijk aandachtspunt voor de komende jaren. Deze informatie biedt verzekeraars de mogelijkheid om zich te manifesteren op het gebied van zorgbemiddeling. In het verlengde hiervan kan kwaliteitsinformatie de aanvaarding van selectieve zorginkoop bevorderen.

LITERATUUR

Duijmelinck, D.M.I.D. (2015) *Choice of health insurer and healthcare provider. An analysis of regulated competition in the Dutch healthcare system*. Proefschrift. Rotterdam: EUR.

Folland, S., A.C. Goodman en M. Stano (2010) *The economics of health and health care*. New Jersey: Pearson.

Health Consumer Powerhouse (2015) *Euro Health Consumer Index 2015*. Täby, Zweden: Health Consumer Powerhouse.

NZa (2014) *Beleidsregel TH/BR-018. Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Zorgvuldig Advies (2016) *Monitor activiteiten zorgverzekeraars overstapeseizoen najaar 2015*. Utrecht: Zorgvuldig Advies.

En ander aandachtspunt is de (gepercipieerde) vrijheid om over te kunnen stappen naar een andere zorgverzekeraar. Voor ouderen en ongezonde verzekerden vormt de angst om door een andere zorgverzekeraar niet geaccepteerd te worden voor een aanvullende verzekering een belangrijke overstapbelemmering (Duijmelinck, 2015). Deze angst is niet terecht: in 2016 gold voor slechts twee procent van alle aanvullende pakketten een selectief acceptatiebeleid (Zorgvuldig Advies, 2016).

Omdat ouderen en ongezonde verzekerden zich echter minder vrij voelen om over te stappen, zullen zorgverzekeraars verminderde prikkels hebben om bij hun zorginkoop in te spelen op de specifieke preferenties van deze verzekerden. Het is daarom van belang dat de (gepercipieerde) keuzevrijheid van ouderen en ongezonde verzekerden vergroot wordt.



hij doorgaans naar de dichtstbijzijnde oncoloog gestuurd", stelde een zorgadviseur. Hij pleitte ervoor dat de overheid veel meer stuurt op openbaarheid van informatie over de kwaliteit van ziekenhuizen, polissen en verzekeraars.

... en de kosten ...

DBC's (diagnose-behandelcombinaties) zouden een doorslaggevende rol moeten spelen bij het transparant maken van kosten. Het apart declareren van alle behandelingen bleek echter niet efficiënt en zette geen rem op overbehandeling. Declareren van behandeltrajecten in plaats van behandelingen, het loslaten van de centrale vaststelling van tarieven in combinatie met decentrale onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars volgens diverse experts een gunstig effect op de prijzen. Maar inzichtelijk is anders. Een ideaal ook. 'Perfect' werken de DBC's zeker niet. "Brenge verbeteringen aan binnen het stelsel, maar haal niet het hele zorgstelsel overhoop", zo suggereerde een deelnemer. Daarover waren nagenoeg alle panelleden het eens.

Meer macht naar de zorgverzekeraars...

Hebben verzekeraars nu te veel macht gekregen in het nieuwe stelsel? Verschillende panelleden meenden dat de macht eerder ligt bij de aanbieders van zorg. De rol van de verzekeraar staat nog aan het begin, stelde een ander. "Verzekeraars worden nu telkens teruggefloten door de Tweede Kamer, die zegt: verschillen kunnen we niet hebben." Het se-

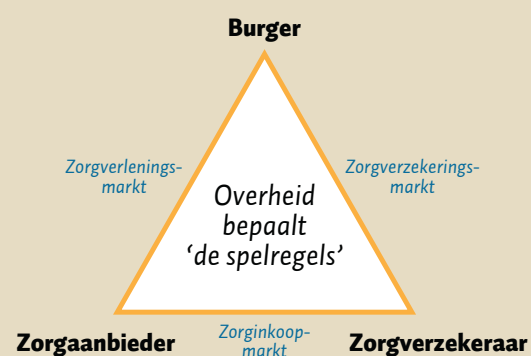
lectieve inkoopbeleid van verzekeraars stuit keer op keer op scepsis in de maatschappij. Dat bleek alleen al uit de heftige discussie over aanpassing van een uit de Zorgverzekeringswet over de vergoeding voor ongecontracteerde zorg; verzekeraars wilden die beperken en lobbyden voor een aanpassing van de wet zodat enkel gecontracteerde zorg nog vergoed zou worden. "Er is weerstand", erkende een zorginsider. De wet heeft het niet gehaald.

... of strenger optreden tegen risicosselectie?

Zorgverzekeraars richten zich vooral op jonge en gezonde klanten, vonden enkele specialisten. Het zijn namelijk ook vooral jonge en gezonde mensen die naar een andere verzekeraar overstappen. Ouderen en ongezonde burgers stappen nauwelijks over. "Er is voor verzekeraars kennelijk geen prikkel om zich op die groep te richten. Toch zou dat wel een interessante doelgroep kunnen zijn, gezien het stijgend aantal ouderen. Verzekeraars steken te weinig energie in innovatieve zorg", luidde een conclusie. Al mogen verzekeraars niet op risico selecteren, indirect gebeurt dat wel, stelde een panellid. "Ze zoeken gewoon de mazen in de wet", meende een ander. "Ze doen precies wat het systeem toelaat." Al stelde een ander een kentering vast. Verzekeraars doen volgens hem al minder aan reclame en marketing waarbij ze zich op bepaalde groepen richten. "De maatschappij pikt het niet langer."

De basisverzekering kent drie partijen en drie markten

FIGUUR 1



Veel gezondheidseconomen beschouwen selectieve zorginkoop als het krachtigste instrument dat zorgverzekeraars hebben om de doelmatigheid in de gezondheidszorg te bevorderen (Folland *et al.*, 2010). Door selectieve zorginkoop lopen zorgaanbieders immers het risico geen contract te hebben met een zorgverzekeraar, wat kan leiden tot minder patiënten en dus minder inkomsten. Dit dient zorgaanbieders te stimuleren om op de zorgverleningsmarkt de beste zorg tegen de scherpste prijs te leveren.

Het KVS economencafé

MICHÈLE DE WAARD, *Financieel-economisch journalist*

Tien jaar zorgverzekeringswet. Voor de KVS een mooie aanleiding om een debat te organiseren op 14 april over het functioneren en de toekomst van ons zorgstelsel. Michèle de Waard maakte een verslag. Uitspraken in dit deel zijn niet individueel herleidbaar.

De kwaliteit is uitstekend ...

Over de kwaliteit van de Nederlandse zorg waren de zorgspecialisten het vrijwel allemaal met elkaar eens, want die geldt als uitstekend. In de verschillende ranglijsten die werden aangehaald, hoort Nederland stevast bij de kopgroep. "Het Nederlandse stelsel is het beste ter wereld", stelde een van de deelnemers. Bij de introductie van het nieuwe zorgstelsel