

Hoge vergoeding niet-gecontracteerde zorg belemmert zorginkoop

De Amerikaanse ervaring laat zien dat selectieve zorginkoop een effectief instrument is om de zorgkosten te beteugelen. De hoge vergoeding die Nederlandse zorgverzekeraars hun verzekerden moeten geven voor niet-gecontracteerde zorg belemmert effectieve zorginkoop, en moet daarom van tafel.

**DANIËLLE
DUJMELINCK**

*Promovendus aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam (ten tijde
van schrijven)*

**WYNAND
VAN DE VEN**

*Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam*

Zorginkoop door zorgverzekeraars, en niet langer door de overheid, vormt de kern van de hervormingen in de zorg gedurende de afgelopen 25 jaar. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen contractuele afspraken maken over de prijs en kwaliteit van zorg. De Zorgverzekeringswet bepaalt dat een verzekeraar niet alle zorgaanbieders hoeft te contracteren. Gecontracteerde zorg komt, afgezien van het eigen risico, geheel voor rekening van de verzekeraar. Voor niet-gecontracteerde zorg moet de verzekeraar zijn verzekerden een vergoeding geven die hij zelf mag bepalen. In de Memorie van Toelichting wordt gesteld dat deze 'vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg' niet zo laag mag zijn dat voor verzekerden een feitelijke hinderpaal ontstaat om naar de niet-gecontracteerde aanbieders te gaan. Dit hinderpaalcriterium belemmert echter effectieve zorginkoop en is bij de huidige vrije prijsvorming en vrije vestiging van zorgaanbieders een effectief recept voor een onbeheerste kostenontwikkeling. Waarom zouden zorgverleners nog contractueel een prijs afspreken als zonder contract de vergoeding zo hoog moet zijn dat er voor niemand een hinderpaal mag bestaan om van hun zorg gebruik te maken?

Om hier een einde aan te maken had de regering voorgesteld artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te wijzigen en het hinderpaalcriterium te laten vervallen (VWS, 2012). Nadat de Tweede Kamer dit wetsvoorstel had aanvaard, heeft de Eerste Kamer het in december 2014 verworpen.

Belangrijke argumenten van de tegenstemmers waren aantasting van de vrije artskeuze en angst voor een ongewenste tweedeling tussen rijk en arm omdat verzekerden met een laag inkomen zich zo'n vrije-keuzepolis wellicht niet zouden kunnen permitteren (Van Wijnbergen, 2015). Van aantasting van de vrije artskeuze was echter geen sprake. Het gesneuvelde wetsvoorstel beoogde mensen juist, naast alle bestaande polissen, een extra keuzemogelijkheid te bieden. Iedereen zou desgewenst een polis met een vrije artskeuze kunnen blijven kiezen. Voorts kan tweedeling eenvoudig worden voorkomen door de zorgtoeslag te baseren op de gemiddelde premie van de vrije-keuzepolissen (Eerste Kamer, 2005). Een vrije-keuzepolis is dan voor iedereen betaalbaar.

Door het verwerpen van het wetsvoorstel hoeven zorgaanbieders niet bang te zijn dat zonder contract hun omzet fors daalt. Hierdoor hebben zorgverzekeraars een zwakke onderhandelingspositie en wordt de kern van de hervormingen van de afgelopen 25 jaar aangetast. Ook blijft de juridische onzekerheid bestaan hoe hoog de minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg precies moet zijn opdat geen sprake is van een hinderpaal. Uit de uitspraak van de Hoge Raad (2014) in de zaak tussen zorgverzekeraar CZ en een verslavingskliniek blijkt dat een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75 procent van het gebruikelijke tarief in die specifieke casus een feitelijke hinderpaal voor verzekerden vormde om niet-gecontracteerde zorgaanbieders te raadplegen. Maar uit de uitspraak blijkt niet of bij hoge zorgkosten tachtig of negentig procent vergoeding wel voldoende hoog is. Bij een ziekenhuisbehandeling van 25.000 euro vormt een vergoeding van 96 procent waarschijnlijk een hinderpaal voor een alleenstaande bijstandsvader, omdat hij dan duizend euro zelf moet betalen. Omdat de vergoedingsbeperking voor alle verzekerden op een polis gelijk moet zijn, zijn polissen met hoogstens tachtig procent vergoeding voor niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg waarschijnlijk in strijd met het hinderpaalcriterium. De meerderheid van de bevolking heeft nu zo'n polis. Ongetwijfeld zullen meer rechtszaken volgen.

Hoe nu verder met selectieve zorginkoop? Terwijl Nederland pas recent kennis heeft gemaakt met selectieve zorginkoop (kader 1), is dit al decennialang een bekend fenomeen op de Amerikaanse zorgverzekeringsmarkt. De Amerikaanse ervaring biedt interessante lessen voor succesvolle zorginkoop (Duijmelinck en Van de Ven, 2015).

DE AMERIKAANSE ERVARING MET SELECTIEVE ZORGINKOOP

In Amerika speelt selectieve zorginkoop al vanaf eind jaren zeventig een belangrijke rol. De Amerikaanse ervaring laat zien dat selectieve zorginkoop een effectief instrument is om de zorgkosten te beteugelen (Simonet, 2007) en de doelmatigheid in de zorg te bevorderen (Miller en Luft, 1994). Desalniettemin ontstond in Amerika ongeveer twintig jaar geleden een flinke weerstand toen steeds extremere vormen van selectieve zorginkoop opkwamen. Er waren bijvoorbeeld polissen waarbij verzekerden zelfs bij spoedeisende hulp geen recht op vergoeding van niet-gecontracteerde zorg hadden (Kongstvedt, 2009). Als reactie hierop brachten zorgverzekeraars nieuwe polissen op de markt waarbij de selectieve zorginkoop minder restrictief was en werd wetgeving geïntroduceerd om extreme vormen van selectieve zorginkoop aan banden te leggen. Ook werd in verschillende staten de maximale wachttijd en reisafstand voor verschillende typen zorg gereguleerd (Corlette *et al.*, 2014).

De meeste Amerikanen hebben tegenwoordig een polis waarbij een vergoeding van vijftig procent geldt voor niet-gecontracteerde zorg (Polsky en Weiner, 2015). Ons is geen discussie bekend dat er bij deze vijftig procent sprake is van een belemmering voor effectieve zorginkoop door de verzekeraars. Kennelijk worden verzekerden door een bijbetaling van vijftig procent voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders voldoende gestimuleerd om naar de gecontracteerde aanbieders te gaan, en bestaat hierdoor voor zorgaanbieders een voldoende geloofwaardige dreiging dat zonder contract met een verzekeraar hun omzet daalt.

Een analyse van de Amerikaanse verzekeringsmarkt laat zien dat de weerstand tegen selectieve zorginkoop vooral kwam van zorgaanbieders en niet zozeer van verzekerden. Ook gedurende de periode van weerstand tegen selectieve zorginkoop steeg het percentage verzekerden dat bereid was zijn volledig vrije artskeuze enigszins te beperken in ruil voor een premiekorting (Kaiser, 2012). In 2002 had nog slechts vier procent van de Amerikaanse bevolking een vrije-keuzepolis. De Amerikaanse ervaring leert dus dat verzekerden bereid zijn hun volledig vrije artskeuze enigszins te beperken in ruil voor een premiekorting.

Voorts hadden Amerikaanse verzekerden de perceptie dat verzekeraars bij hun zorginkoop meer geïnteresseerd waren in de prijs dan in de kwaliteit van zorg (Simonet, 2007). Aangezien objectieve informatie over de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders ontbrak, konden zorgverzekeraars het tegendeel niet bewijzen. Het is dus van belang dat verzekeraars laten zien dat zij niet alleen op prijs, maar ook op kwaliteit zorg inkopen. Bovendien doen verzekeraars er goed aan om input van verzekerden te gebruiken bij de vaststelling van hun zorginkoopbeleid.

Tot slot waren Amerikaanse verzekeraars onvoldoende in staat om hun verzekerden tijdig te informeren over de ge-

contracteerde zorgaanbieders en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Dit leidde tot onrust onder verzekerden (Kyanko en Busch, 2012). Een les is dat mensen inzicht dienen te hebben in de gecontracteerde zorgaanbieders en de vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg.

HOE VERDER MET SELECTIEVE ZORGINKOOP?

De Amerikaanse ervaring geeft inzicht in de weerstand tegen selectieve zorginkoop en wat hieraan te doen. Een belangrijke les is waakzaam te zijn met extreme vormen van selectieve zorginkoop. Dergelijke 'Amerikaanse toestanden' zijn echter vanwege de wettelijke zorgplicht van de zorgverzekeraars in Nederland onmogelijk (NZa, 2014b). Verzekeraars moeten voldoende zorg inkopen of vergoeden. Hierbij gaat het ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg (NZa, 2014b). Soms wordt gedacht dat ook in Nederland extreme vormen van selectieve zorginkoop zouden zijn toegestaan, zoals een beperkte-keuzepolis zonder toegang tot academische ziekenhuizen (De Kwant, 2014). Dit is onjuist, want dan voldoen verzekeraars niet aan hun zorgplicht. Wel mogen verzekeraars als voorwaarde stellen dat verzekerden voor academische zorg een verwijzing moeten hebben van een medisch specialist in plaats van de huisarts. Uit onderzoek van de NZa (2015a) blijkt dat bij de huidige beperkte-keuzepolissen de zorgplicht niet in het geding is.

Selectieve zorginkoop in Nederland

KADER 1

Voor verzekerden komt zorginkoop tot uiting in de in de polis vermelde gecontracteerde zorgaanbieders en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Voor zover het zorg betreft die voor rekening komt van de verzekeraar, kan iedereen jaarlijks kiezen voor een polis met een vrije, ruime of beperkte keuze van zorgaanbieder. We duiden die polissen aan met de vrije-keuzepolis, de ruime-keuzepolis en de beperkte-keuzepolis.

Bij een vrije-keuzepolis krijgen verzekerden niet te maken met vergoedingsbeperkingen voor niet-gecontracteerde zorg. In 2008 had 55 procent van de Nederlandse bevolking een vrije-keuzepolis wat betreft medisch specialistische zorg. In 2014 is dit percentage gedaald naar 25 (NZa, 2014a). Een vrije-keuzepolis vergoedt doorgaans niet meer dan het marktconforme tarief van de betreffende zorg. Verzekerden die kiezen voor zorgaanbieders met een hoger tarief moeten het verschil zelf bijbetalen.

Bij een ruime-keuzepolis kunnen verzekeraars selectief de duurste of kwalitatief minst presterende zorgaanbieders niet contracteren. In 2014 had ruim zeventig procent van de Nederlandse bevolking een ruime-keuzepolis met een vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg (NZa, 2014a). In 2015 contracteren de meeste zorgverzekeraars bij een ruime-keuzepolis 95 à 98 procent van alle zorgaanbieders. De meest gangbare vergoeding voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg is tachtig procent van het marktconforme tarief (NZa, 2014a). Een ruime-keuzepolis is gemiddeld ongeveer even duur als een vrije-keuzepolis (NZa, 2015b).

Een beperkte-keuzepolis wordt gekenmerkt door vergoedingsbeperkingen voor een groot aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit geldt bijvoorbeeld voor de zogenoemde budgetpolissen, waarbij ook declaraties via het internet moeten worden ingediend en geneesmiddelen online moeten worden besteld (NZa, 2014a). Bij beperkte-keuzepolissen ligt de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg meestal tussen de vijftig en tachtig procent (NZa, 2015a). In 2010 hadden minder dan honderdduizend mensen een beperkte-keuzepolis (NZa, 2014a), terwijl in 2015 ruim 1,25 miljoen mensen een beperkte-keuzepolis hebben (NZa, 2015b). In 2015 is een beperkte-keuzepolis circa tien euro per maand goedkoper dan een vrije-keuzepolis of een ruime-keuzepolis (NZa, 2015b).

Veel lessen die getrokken kunnen worden uit de Amerikaanse ervaring zijn reeds opgepakt. De zorgverzekeraars hebben aangegeven alle zorgverzekeringen op een transparante wijze te zullen presenteren en per polis de toegevoegde waarde vanuit het klantperspectief te zullen aangeven (ZN, 2015). Vóór 19 november van elk jaar zullen zorgverzekeraars op hun website duidelijk per polis aangeven welke zorg is gecontracteerd en wat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is. Verder zullen zij een 'bijsluitertoevoegen om afwijkende polisvoorwaarden expliciet onder de aandacht te brengen. Ook hebben verzekerden, bijvoorbeeld via een ledenraad, al invloed op het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars. Het is verder van belang dat verzekeraars laten zien dat zij niet alleen op prijs, maar ook op kwaliteit zorg inkopen.

De Amerikaanse ervaring laat verder zien dat de weer-

stand tegen selectieve zorginkoop vooral van zorgaanbieders komt en niet van verzekerden. Ook in Nederland lijkt dit het geval. Het feit dat steeds meer Nederlanders kiezen voor een ruime-keuzepolis of een beperkte-keuze-polis, en minder voor een vrije-keuze-polis (NZa, 2015b), duidt niet op een massale weerstand van de verzekerden tegen selectieve zorginkoop. Uit het jaarverslag-2014 van zorgverzekeraar CZ blijkt dat de klachten jegens zorginkoop van de geestelijke gezondheidszorg alleen van zorgaanbieders kwamen en niet van patiënten. Verder zijn het zorgaanbieders, en niet verzekerden, die in de afgelopen jaren verschillende rechtszaken hebben aangespannen tegen zorgverzekeraars vanwege vermeende strijdigheid van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders met het hinderpaalcriterium. Nederlandse verzekeraars lijken het belang van een goede relatie met zorgaanbieders te onderkennen. Zij hebben aangegeven op korte termijn voorstellen te presenteren die de relatie met zorgaanbieders kunnen verbeteren (ZN, 2015).

Geconcludeerd kan worden dat belangrijke lessen voor succesvolle selectieve zorginkoop al ter harte zijn genomen. Het belangrijkste obstakel is echter het hinderpaalcriterium. Doordat artikel 13 van de Zorgverzekeringswet niet is gewijzigd, mogen verzekerden geen hinderpaal ondervinden om naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders te gaan, terwijl voor effectieve zorginkoop zo'n financiële hinderpaal juist nodig is.

CONCLUSIE

Sinds 2006 hebben zorgverzekeraars de belangrijke taak om voor hun verzekerden kritisch zorg in te kopen. Terwijl Nederland pas recent op beperkte schaal kennis heeft gemaakt met selectieve zorginkoop, is dit al decennialang een bekend fenomeen op de Amerikaanse zorgverzekeringsmarkt. De Amerikaanse ervaring laat zien dat selectieve zorginkoop een effectief instrument is om de zorgkosten te beteugelen en de doelmatigheid te bevorderen. Voorts biedt deze ervaring interessante lessen voor succesvolle selectieve zorginkoop. Nederland blijkt op de goede weg. De Nederlandse regelgeving biedt voldoende waarborgen om problemen met betaalbaarheid, toegankelijkheid of kwaliteit van zorg ('Amerikaanse toestanden') te voorkomen. Zorginkoop kan echter niet effectief zijn zolang verzekerden geen hinderpaal mogen ervaren om niet-gecontracteerde zorgaanbieders te raadplegen. In Nederland vormt dit hinderpaalcriterium thans het grootste obstakel voor effectieve zorginkoop. Bij de huidige vrije prijsvorming in de zorg en vrije vestiging van zorgaanbieders zal dit op termijn leiden tot onnodig hoge premies. Juist verzekerden met een laag inkomen zullen hierdoor getroffen worden (Schut *et al.*, 2015).

Het verdient daarom aanbeveling zo spoedig mogelijk te komen tot een wettelijk bepaalde minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg die verzekerden voldoende ontmoedigt tot gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Op basis van de huidige Nederlandse en Amerikaanse praktijk zou als indicatie voor een minimumvergoeding gedacht kunnen worden aan vijftig procent. Door de zorgtoeslag af te stemmen op de premie van de vrije-keuzepolis kan iedereen die een volledig vrije artskeuze wil, een vrije-keuzepolis kiezen.

LITERATUUR

Corlette, S., J. Volk, R. Berenson en J. Feder (2014) *Narrow provider networks in new health plans: balancing affordability with access to quality care*. Georgetown: CHIR

Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2015) *What can Europe learn from the managed care backlash in the United States?* Ongepubliceerd manuscript aan de EUR.

Eerste Kamer (2005) *27ste vergadering. Zorgverzekeringswetten*. Den Haag: Eerste Kamer.

Hoge Raad (2014) *ECLI:NL:HR:2014:1646 (CZ/Stichting Momentum)*.

Kaiser (2012) *Market shares of health plans*. Menlo Park: KFF en HRET.

Kongstvedt, P.R. (2009) *Managed care. What it is and how it works*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Kwant, L. de (2014) *Onenigheid over dekking umc's in budgetpolis*. *Medisch Contact*, 12 december 2014.

Kyanko, K.A. en S.H. Busch (2012) *The out-of-network benefit: problems and policy solutions*. *Inquiry*, 49(4), 352–361.

Miller, R.H. en H.S. Luft (1994) *Managed care plans performance since 1980. A literature analysis*. *The Journal of the American Medical Association*, 271(19), 1512–1519.

NZa (2014a) *Marktscan en beleidsbrief. Zorgverzekeringsmarkt 2014. Weergave van de markt 2010–2014*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

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

NZa (2015a) *Zeventien zorgpolissen nader bekeken. In relatie tot de zorgplicht*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2015b) *Zorgverzekeringsmarkt 2015 – deel A. Deelrapportage kerncijfers 2011–2015*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Polsky, D. en J. Weiner (2015) *The skinny on narrow networks in health insurance marketplace plans*. Pennsylvania: The Leonard Davis Institute of Health Economics.

Schut, E., M. Varkevisser en W. van de Ven (2015) *Vrije artskeuze is niet gratis*. *ESB*, 100(4701), 29–30.

Simonet, D. (2007) *Managed care in the USA: origins, HMO strategies and the marketing of health services*. *Journal of Public Affairs*, 7(4), 357–371.

Tweede Kamer (2015) *Verslag van een rondtafelgesprek (Kwaliteit loont)*. 31765(140).

VWS (2012) *Kamerbrief over aanpassing artikel 13 van de Zorgverzekeringswet*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wijnbergen, S. van (2015) *Beperken van vrije artskeuze leidt tot tweedeling en hogere kosten in de zorg*. *ESB*, 100(4701), 30–31.

ZN (2015) *Actieplan Kern-gezond. Zorgverzekeraars Nederland*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.