

Zorgstelsel gebaat bij verzekeraars opgericht door zorgaanbieders

Door de tegengestelde belangen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt niet altijd passende zorg verleend en wordt er weinig ingezet op preventie, doelmatige verstrekking en coördinatie van zorg. Zorgaanbieders zouden ook zelf een zorgverzekeraar kunnen oprichten. Leidt dit tot betere zorg?

IN HET KORT

- Door belangentegenstellingen en informatieproblemen zijn er prikkels om meer zorg aan te bieden dan nodig.
- De perverse prikkels verdwijnen als zorgaanbieders een eigen verzekeraar oprichten, wat kan leiden tot betere zorg.
- Door een recente verbetering van de risicoverevening kunnen verzekeraars opgericht door zorgaanbieders nu rendabel zijn.

WYNAND VAN DE VEN

Emeritus hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de EUR

Nederland gaat richting een permanent zorginfarct als de bekostiging van de zorg niet drastisch op de schop gaat (Pennarts et al., 2020). Zorgverzekeraars betalen zorgaanbieders vaak afzonderlijk en per activiteit (zoals een consult of verrichting). Hierdoor heeft de zorgaanbieder een prikkel om zo veel mogelijk activiteiten te leveren, die onderling slecht zijn afgestemd tussen de verschillende zorgaanbieders (Eijkenaar en Schut, 2015). Dit blijkt uit het feit dat veel uitgevoerde behandelingen en diagnostiek niet effectief of doelmatig zijn (Van Elst, 2024).

De prikkel tot onnodige zorg in het huidige zorgstelsel is lastig tegen te gaan vanwege een klassiek principaal-agent probleem. Ten eerste zijn er tegenstelde belangen tussen verzekeraars (de 'principaal') en zorgaanbieders (de 'agenten'). Zorgaanbieders willen de beste kwaliteit zorg leveren en hebben financieel belang bij het verstrekken van zo veel mogelijk zorg, terwijl zorgverzekeraars juist sterke prikkels ondervinden om hun schadelast te beperken. Dit leidt ertoe dat zorgaanbieders geen belang hebben bij preventie en doelmatige substitutie en coördinatie van zorg; dit leidt immers tot minder te verlenen zorg in de toekomst.

Ten tweede beschikt de zorgverzekeraar vaak over onvoldoende informatie om goede prijs en kwaliteitsafspraken te kunnen maken met de zorgaanbieders. Hoewel de beschikbare informatie over prijs en kwaliteit van zorg

de afgelopen decennia aanzienlijk is verbeterd, is deze nog altijd onvoldoende om effectieve afspraken te maken, en komen alternatieve bekostigingsvormen maar spaarzaam en uiterst moeizaam van de grond (Eijkenaar en Schut, 2015; Cattel et al., 2021).

Dit informatieprobleem en de tegenovergestelde belangen leiden tot incomplete contracten, waarbij zorgverzekeraars, in plaats van specifieke contractuele afspraken te maken over de prijs en uitkomsten van zorg, noodgedwongen een maximumbedrag afdwingen dat een zorgaanbieder kan declareren. Met deze zogenaamde omzetplafonds beogen de zorgverzekeraars de zorguitgaven te beheersen, maar dit biedt juist een prikkel aan zorgaanbieders om precies tot dit plafond zorg aan te bieden.

De incomplete contracten leiden bij zorgaanbieders vaak tot frustraties. Zo klagen ze dat zorgverzekeraars alleen geïnteresseerd lijken in de kosten en niet in de kwaliteit van zorg. Individuele praktijkhoudende aanbieders van eerstelijnszorg (huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten) klagen bovendien vaak over standaardcontracten waarover niet kan worden onderhandeld en ziekenhuizen klagen over lastige onderhandelingen met de zorgverzekeraars, over de onnodige bemoeienis met hun bedrijfsvoering en over bureaucratische regeltjes.

In dit artikel laten we zien dat wanneer zorgaanbieders zelf een zorgverzekeraar oprichten, deze perverse prikkels tot overmatige zorgproductie worden weggenomen, wat kan leiden tot betere en efficiëntere zorg.

Een eigen zorgverzekeraar oprichten

Wanneer zorgaanbieders zelf een zorgverzekeraar oprichten, zijn ze verlost van de bemoeienis van de zorgverzekeraars. De meest bekende vorm van verticale integratie van zorgaanbieder en zorgverzekeraar is de zogeheten *Health Maintenance Organization* (HMO) (Schut en Casparie, 1987). Een voordeel voor de zorgaanbieders is dat ze dan zelf beschikken over de premieopbrengsten. Hierdoor hoeven ze gerealiseerde doelmatigheidswinsten niet langer te delen met de zorgverzekeraars, maar kunnen ze deze volledig zelf behouden, ook op lange termijn. Zorgaanbieders zijn dan zelf gehouden om zo verantwoord en doelmatig mogelijk met de ontvangen zorgpremies om te gaan. Dit kan de negatieve gevolgen van bestaande belangentegenstellingen en informatieverschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars effectief verminderen dan wel elimineren.



Zodra één organisatie zowel medisch als financieel geheel verantwoordelijk is voor het verlenen van een breed pakket van zorg aan een afgebakende groep patiënten, ontstaan sterke prikkels om de juiste behandeling bij de juiste diagnose te zoeken. Omdat vermijdbare complicaties en heropnamen extra kosten in plaats van extra inkomsten met zich meebrengen, zijn de juiste diagnose en de juiste behandeling zowel medisch als financieel van groot belang.

Om onnodige zorguitgaven te voorkomen hebben HMO's belang bij het bevorderen van preventie, integrale zorg, een goed toegeruste eerstelijnszorg, structurele samenwerking tussen huisarts en specialist, en een goede zorgcoördinatie voor patiënten met meerdere complexe aandoeningen (Schut en Casparie, 1987). Aldus gaan kwaliteit en kostenbeheersing hand in hand.

Ook kunnen HMO's de verstrekking van passende zorg door individuele zorgverleners beter belonen en controleren. Intercollegiale toetsing binnen een HMO is namelijk minder complex dan het maken van contractuele afspraken daarover tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Afspraken tussen zorgaanbieders over kwaliteit en doelmatigheid worden doorgaans meer vertrouwd en als legitiem ervaren dan (afgedwongen) afspraken met een externe partij zoals een zorgverzekeraar. Bovendien hebben zorgaanbieders belang bij goede onderlinge informatie en communicatie zoals het gebruikmaken van één elektronisch patiëntendossier, waardoor elke zorgverlener inzage heeft in alle medisch noodzakelijke gegevens.

Daarnaast kunnen afspraken over het belonen van passende zorg binnen HMO's ook leiden tot lagere transactiekosten. Contractuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan vaak gepaard met aanzien-

lijke onderhandelings-, coördinatie- en monitoringskosten. Deze transactiekosten stijgen sterk naarmate het aantal samenwerkende organisaties toeneemt en de samenwerking intensiever wordt. HMO's kunnen deze transactiekosten verlagen door deze te internaliseren, dat wil zeggen door marktcoördinatie te vervangen door interne coördinatie binnen de HMO (Williamson, 1971).

Ervaring in verleden en buitenland

Het oprichten van een zorgverzekeraar door zorgaanbieders is niets nieuws. Begin vorige eeuw was er al sprake van het succesvol in het leven roepen van ziekenfondsen door artsen (Van der Hoeven, 1983). In 1941 werd hieraan echter een eind gemaakt door het Ziekenfondsenbesluit (de latere Ziekenfondswet), waarmee een wettelijke scheiding van zorgaanbieders en ziekenfondsen werd ingevoerd.

Ook in het buitenland hebben zorgaanbieders een belangrijke rol gespeeld bij het oprichten van zorgverzekeraars. Zo zijn de grootste zorgverzekeraars in de Verenigde Staten – Blue Cross en Blue Shield – in de jaren dertig in het leven geroepen door ziekenhuizen en artsen. De eerste HMO's dateren eveneens uit die tijd. Een van de meest succesvolle HMO's in de VS is Kaiser Permanente, die wereldwijd bekend staat om zijn excellente kwaliteit van zorg (Feachem et al., 2002). Daarnaast kent Zwitserland verschillende HMO's, terwijl in Israël zelfs de gehele bevolking wordt verzekerd door in totaal vier HMO's, waarvan er twee door artsen zijn opgericht.

Dit is het juiste moment

Vanwege de voordelen van HMO's hebben wij al bijna veertig jaar geleden gepleit voor de oprichting van HMO's in

Nederland (Van de Ven en Schut, 1986). Toch zijn HMO's nooit van de grond gekomen. Een belangrijke reden hiervoor is dat er destijds forse wettelijke en institutionele belemmeringen waren.

Dankzij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn veel van deze obstakels weggenomen, waaronder het verbod op verticale integratie. Sindsdien zijn er diverse voorzichtige pogingen gedaan om een HMO op te richten, maar tot op heden zonder succes (SKIPR-redactie, 2013; SKIPR-redactie, 2015).

Het mislukken van deze initiatieven had velerlei oorzaken, bijvoorbeeld het ontbreken van de vereiste solvabiliteitsreserves. Maar een cruciale belemmerende factor was de imperfecte risicoverevening. Met de risicoverevening worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor voorspelbare verschillen in individuele zorgkosten, wat nodig is vanwege het wettelijke verbod op premiedifferentiatie.

Maar deze risicoverevening schoot lang tekort omdat zorgverzekeraars gemiddeld onvoldoende gecompenseerd werden voor chronisch zieken, waardoor deze verzekerden voor verzekeraars voorspelbaar verliesgevend waren (Van de Ven, 2021). Voor het oprichten van HMO's door zorgaanbieders kan dit een forse belemmering vormen. Immers, zorgaanbieders zullen vooral het vertrouwen genieten van door hen behandelde patiënten en daarom waarschijnlijk relatief veel chronisch zieken als verzekerden aantrekken en dus bij een concurrerende zorgpremie voorspelbare verliezen lijden.

Het probleem van het ontbreken van adequate risicoverevening wordt treffend geïllustreerd door de ervaringen van een HMO met een succesvol diabetes-managementprogramma in de VS. Ondanks vijftien procent lagere zorgkosten per diabetespatiënt – dankzij het voorkómen van complicaties zoals voetamputaties, netvliesbeschadigingen, hartinfarcten en nierkwalen – bleek deze HMO na verloop van tijd fors verlies te lijden (Beaulieu et al., 2006). De reden was dat de HMO veel diabetespatiënten aantrok die gemiddeld bijna vijfmaal zo duur waren als de gemiddelde verzekerde, maar voor wie de HMO onvoldoende compensatie ontving. De conclusie was dan ook dat er zonder adequate compensatie, bijvoorbeeld via doeltreffende risicoverevening, geen 'businesscase' is voor dit effectieve en doelmatige diabetes-managementprogramma.

In Nederland is de risicoverevening vanaf 1 januari 2024 fors verbeterd door de invoering van een nieuwe schattingsmethode (Van Kleef et al., 2023). Hierdoor zijn chronisch zieken gemiddeld niet langer voorspelbaar verliesgevend. Zorgaanbieders of zorgverzekeraars die een HMO oprichten en investeren in passende zorg hoeven daarom niet langer bang te zijn dat ze vooral voorspelbaar verliesgevend verzekerden zullen aantrekken, omdat ze in het nieuwe systeem wel voldoende gecompenseerd worden voor de extra kosten die chronisch zieken met zich meebrengen.

Praktische uitvoeringsaspecten

Veel zorgorganisaties zouden een HMO kunnen oprichten. Zo zouden (samenwerkende) ziekenhuizen het initiatief kunnen nemen, waarbij het voor de hand ligt dat ze dan ook eerstelijnszorg in de eigen zorgorganisatie integreren. Maar ook regionale zorggroepen waarin een groot aantal

huisartsen participeren en stichtingen die eigenaar zijn van een aantal gezondheidscentra (zoals in Amsterdam, Almere of Eindhoven het geval is) zouden het initiatief kunnen nemen, al dan niet in combinatie met een of meer ziekenhuizen. Ook zorgverzekeraars kunnen het initiatief nemen, bijvoorbeeld door gezondheidscentra en/of ziekenhuizen over te nemen of op te richten.

Bij de oprichting van HMO's moet rekening worden gehouden met diverse praktische uitvoeringsaspecten. Zo lijkt, op basis van de ervaringen van Kaiser Permanente in de VS, de minimumomvang voor een effectief functionerende HMO die uitsluitend aan de eigen verzekerden zorg verleent, circa 100.000 verzekerden te zijn (Gitterman et al., 2003). Vanwege deze drempel kan ook worden gekozen voor een groei-model, waarbij de HMO-zorgaanbieders in de beginjaren ook zorg verlenen aan verzekerden van andere verzekeraars. Bovendien kan ook het werkgebied van de HMO worden beperkt. Een regionaal werkende HMO heeft minder verzekerden nodig dan een landelijk werkende HMO. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht, maar kunnen deze beperken tot de inwoners van een of meer gehele provincies als ze minder dan 850.000 verzekerden hebben (artikel 29.2 Zorgverzekeringswet). Voor regionale HMO's kan dit een aantrekkelijke optie zijn, omdat ze dan geen zorg hoeven in te kopen in provincies waar ze zelf geen zorg aanbieden.

Een tweede aandachtspunt is dat een HMO niet mag leiden tot een zodanig sterke regionale machtspositie dat hierdoor effectieve mededinging wordt belemmerd. In antwoord op Kamervragen over het voorstel voor de Zorgverzekeringswet, gaf toenmalige minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan dat een verbod op verticale integratie niet langer nodig is omdat de mededingingsautoriteit in individuele gevallen verticale fusies kan verbieden als hierdoor een te sterke machtspositie ontstaat (Tweede Kamer, 2005). Dit standpunt werd later onderschreven door een daartoe ingestelde onderzoekscommissie (Baarsma et al., 2009; Van de Ven et al., 2011). In 2010 heeft de mededingingsautoriteit vanwege het mogelijk ontstaan van een te sterke regionale machtspositie ook daadwerkelijk geen goedkeuring verleend aan een voorgenomen verticale concentratie tussen zorgverzekeraar DSW en vrijwel alle regionale zorgaanbieders (de samenwerkende Schiedamse en Vlaardingse ziekenhuizen, een huisartsencoöperatie en de drie regionale verpleeghuizen) (Medisch Contact, 2010). Voor zorgaanbieders die een zorgverzekeraar willen oprichten, is het dus van belang dat er voldoende restconcurrentie overblijft op de markt van zorgaanbieders. Op de zorgverzekeringsmarkt is geen sprake van een mededingingsprobleem omdat op die markt de concurrentie juist toeneemt.

Een derde aandachtspunt is het zogenaamde hinderpaalcriterium (Van de Ven et al., 2023). Hoewel HMO-verzekerden in principe uitsluitend aanspraak hebben op zorg verleend door de bij de HMO aangesloten zorgaanbieders, zijn HMO's op grond van het hinderpaalcriterium verplicht om zorg die wordt verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders gedeeltelijk te vergoeden, al heeft de wetgever voorsnog verzuimd om aan te geven hoe hoog die vergoeding moet zijn (Van de Ven et al., 2023). HMO's

kunnen zich hier tegen wapenen door zelf voldoende zorg van goede kwaliteit aan te bieden, zodat HMO-verzekerden geen prikkel hebben om naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders te gaan.

Een vierde aandachtspunt is de wettelijk verplichte minimale solvabiliteitsreserve. Voor elke verzekerde moet een verzekeraar ongeveer zestien procent van de jaarlijkse zorgkosten als reserve aanhouden (Tweede Kamer, 2018). Het gaat dan om gemiddeld ongeveer 500 euro per verzekerde. Om onverwachte ontwikkelingen te kunnen opvangen, is het wenselijk om meer reserves te hebben dan wettelijk voorgeschreven. Voor de opbouw van de reserves kan gedacht worden aan participatie door de deelnemende zorgverleners, de inzet van de reserves van ziekenhuizen, kapitaal van zorgondernemers, of samenwerking met een Nederlandse of buitenlandse verzekeraar. Bij nog niet voldoende solvabiliteit kan uitgebreide herverzekering een oplossing bieden.

Wat betreft de organisatievorm kan gedacht worden aan een holdingstructuur. In principe ziet De Nederlandse Bank erop toe dat verzekeraars geen branchevreemde activiteiten ontplooiën. Zorg verlenen aan eigen verzekerden met een naturapolis is wel toegestaan, maar zorg verlenen aan anderen niet. Dit verbod op nevenactiviteiten geldt echter niet voor de onderneming waartoe een zorgverzekeraar behoort (Tweede Kamer, 2012). Als de zorgaanbieders en de door deze op te richten zorgverzekeraar onderdeel zijn van dezelfde HMO-holding, is er geen sprake van verboden nevenactiviteiten. De naam van de zorgonderneming, de zorgverzekeraar en de HMO-holding kunnen dezelfde zijn. De zorgaanbieders sturen formele declaraties naar de zorgverzekeraar binnen de holding, en het HMO-bestuur heeft de vrijheid om de zorgverleners te bekostigen met de gewenste prikkels.

Ten slotte zullen zorgaanbieders die een HMO willen oprichten ook worden geconfronteerd met de noodzakelijke verzekeringstechnische aspecten, zoals de marketing, premiestelling, administratie, fraudecontrole, buitenlanddekking en herverzekeren. Hiervoor kan echter externe deskundigheid worden ingehuurd. Ook is het mogelijk om de verzekerden- en schade-administratie onder te brengen bij een bestaande verzekeraar. Hetzelfde geldt voor de inkoop van zorg die de HMO niet zelf levert.

Conclusie

De oprichting van HMO's kan de bestaande informatieproblemen en belangentegenstellingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders overbruggen, die thans een belemmering vormen voor de totstandkoming van passende zorg. Dankzij een forse verbetering van de risicoverevening kan dit voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars lonend zijn. De hervorming van het Nederlandse zorgstelsel die in 1987 is geadviseerd door de Commissie Dekker en uiteindelijk gestalte heeft gekregen in de Zorgverzekeringswet van 2006, is sterk geïnspireerd door Enthoven (1988), die decennialang heeft gepleit voor gereguleerde concurrentie tussen HMO's, omdat dit kan leiden tot een doelmatig en consumentgericht zorgstelsel. Met de oprichting van HMO's kan het zorgstelsel eindelijk gaan functioneren zoals het oorspronkelijk bedoeld was.

Literatuur

- Baarsma, B., E. van Damme, T. van Dijk et al. (2009) *Eindrapport commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders*. SEO Economisch Onderzoek, 29 mei.
- Beaulieu, N., D.M. Cutler, K. Ho et al. (2006) The business case for diabetes disease management for managed care organizations. *Forum for Health Economics & Policy*, 9(1), 1–36.
- Cattel, D., F. Eijkenaer, K. Ahaus en M. van de Laar (2021) Bundelbesteding in de zorg is mogelijk, ondanks belemmeringen. *ESB*, 106(4794), 86–89.
- Eijkenaer, F. en F.T. Schut (2015) Hoe uitkomstbesteding in de zorg kanslagen. *ESB*, 100(4710), 308–311.
- Elst, L. van (2024) *Terugdringen niet-passende zorg levert op korte termijn geen geld op*. Artikel Zorgvisie, 2 februari.
- Enthoven, A. (1988) Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13(2), 305–321.
- Feachem, R.G.A., N.K. Sekhri en K.L. White (2002) Getting more for their dollar: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *The British Medical Journal*, 324, 135–143.
- Gitterman, D.P., B.J. Weiner, M.E. Domino et al. (2003) The rise and fall of a Kaiser Permanente expansion region. *The Milbank Quarterly*, 81(4), 567–601.
- Hoeven, H.C. van der (1983) *Om de macht bij het fonds: de ziekenfondsen te midden van de sociale veranderingen in de jaren 1900-1982*. Den Haag: AZIVO.
- Kleef, R. van, R. van Vliet, M. Oskam en A. Panturu (2023) *Constrained regression als schattingsmethode voor de risicoverevening: mogelijkheden, effecten en afwegingen*. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rapport WOR-1158.
- Medisch Contact (2010) *NMa ziet problemen bij overname Vlietland Ziekenhuis door DSW*. Medisch Contact, 19 februari.
- Pennarts, J., S. Zurhake en R. Start (2020) *Nederland stevent af op zorginfarct en regels blokkeren hervormingen*. NOS Nieuws, 8 maart.
- Schut, F.T. en A.F. Casparie (1987) Health Maintenance Organizations: Kwaliteit van integrale zorgverlening. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 131(11), 450–454.
- SKIIPR-redactie (2013) *Regionale ziekenhuizen starten zorgverzekering*. SKIIPR Redactie Nieuws, 11 november.
- SKIIPR-redactie (2015) *Nieuwe zorgverzekering wil als Zorgeloos de markt op*. SKIIPR Redactie Nieuws, 3 december.
- Tweede Kamer (2005) *Tweede Kamer vergaderjaar 2004-2005, Aanhangsel van de Handelingen*, 1469, vragen van de leden Heemskerk en Arib, 3127–3131.
- Tweede Kamer (2012) *Memorie van Toelichting*, 33362, nr. 3.
- Tweede Kamer (2018) *Brief van de minister voor medische zorg*, 29689, nr. 913.
- Ven, W. van de (2021) *Compenseer zorgverzekeraars volledig voor voorspelbare verliezen*. *ESB*, 106(4794), 79–81.
- Ven, W.P.M.M. van de, en F.T. Schut (1986) Health maintenance organizations: De mogelijkheid van gereguleerde concurrentie in de Nederlandse Gezondheidszorg. *ESB*, 71(3573), 892–898.
- Ven, W. van de, E. Schut en M. Varkevisser (2011) *Fusieverbod zorgaanbieders en verzekeraars ongewenst*. *ESB*, 96(4606), 189.
- Ven, W. van de, E. Schut en M. Varkevisser (2023) *Wetgever moet duidelijkheid geven over vergoeding van niet-gecontracteerde zorg*. *ESB*, 108(4824), 392–394.
- Williamson, O.E. (1971) The vertical integration of production: Market failure considerations. *The American Economic Review*, 61(2), 112–123.