

Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen 'sturen'

M. Varkevisser, N. Polman en S.A. van der Geest

Varkevisser en Van der Geest zijn verbonden aan het Erasmus Competition and Regulation Institute (ECRI). De eerste is tevens werkzaam bij het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Polman is werkzaam bij het ministerie van VWS. Dit artikel is mede gebaseerd op haar afstudeerscriptie. varkevisser@bmg.eur.nl

Om het nieuwe zorgstelsel tot een succes te maken, is het nodig dat zorgverzekeraars invloed hebben op de keuzen van hun verzekerden welk ziekenhuis zij bezoeken. Belemmeringen op dit gebied, zoals een dreigende verplichting tot volledige restitutie bij niet-gecontracteerde zorg, dienen te worden weggenomen.

Bij de vormgeving van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) is er bewust voor gekozen om zorgverzekeraars een belangrijke rol te geven. Geprikkeld door hun onderlinge concurrentie moeten zij optreden als doelmatige en klantgerichte regisseurs van de zorg. De invloed van verzekeraars neemt dus fors toe, terwijl de overheid door middel van wettelijke maatregelen zorg draagt voor de sociale randvoorwaarden. Voorbeelden hiervan zijn de acceptatieplicht en de verplichting voor verzekeraars om binnen de basisverzekering per polisvorm iedere verzekerde dezelfde nominale premie in rekening te brengen (verbod op premiedifferentiatie).

Aanleiding

Vrije restitutie versus zorg in natura

Een van de belangrijkste gevolgen van de Zvw is dat verzekerden, anders dan onder de Ziekenfondswet het geval was, per 1 januari 2006 vooraf moeten kiezen voor een polis met vrije restitutie of een polis met zorg in natura.¹ Om zoveel mogelijk te garanderen dat iedereen de zorg krijgt die men nodig heeft, hebben verzekeraars een zorgplicht. Dit houdt voor een restitutiepolis in dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de zorg waaraan behoefte bestaat, terwijl een naturapolis recht geeft op de benodigde zorg zelf. Bij de laatstgenoemde verzekeringsvorm geeft een verzekeraar invulling aan zijn zorgplicht door met zorgaanbieders contracten te sluiten en daarin afspraken te maken over prijs, kwaliteit en hoeveelheid van de te leveren zorg. Indien een verzekerde voor een naturapolis kiest, dan kiest hij/zij ervoor om een gedeelte van de keuzevrijheid over het zorgaanbod aan de verzekeraar te geven in ruil voor een lagere premie. In dit geval is het voor een verzekerde in principe nog steeds mogelijk om op het moment dat zorg nodig is voor een zorgaanbieder te kiezen waar de verzekeraar geen contract mee heeft. De verzekeraar is voor deze polis echter niet verplicht om dan honderd procent van de gemaakte kosten te vergoeden.

¹ In theorie kan een zorgverzekeraar een zeer groot aantal verschillende polissen aanbieden, variërend van volledige restitutie tot volledige natura en alle mogelijke tussenvallende combinaties.

In het geval van een polis met vrije restitutie moet de verzekerde zelf een zorgaanbieder zoeken waarna de gemaakte kosten vervolgens bij de zorgverzekeraar kunnen worden gedeclareerd.² Over het algemeen zal de maandelijks premie voor deze polis hoger zijn dan die van een naturapolis.

Zorgverzekeraars dienen de rol van kritische zorginkopers op zich te nemen

Rol verzekeraar

Waar bij een polis met volledig vrije restitutie de rol van de zorgverzekeraars zich min of meer beperkt tot het verwerken van declaraties die de verzekerde indient, vervullen verzekeraars bij de naturapolissen een belangrijke spilfunctie tussen verzekerde en zorgaanbieder. Bij een naturapolis dient de zorgverzekeraar de rol van kritische zorginkoper op zich te nemen die namens zijn verzekerden met zorgaanbieders onderhandelt over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. De achterliggende gedachte hierbij is dat zorgaanbieders op deze wijze geprikkeld worden om een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteitsverhouding aan te bieden, aangezien verzekeraars niet langer verplicht zijn om met iedere zorgaanbieder een overeenkomst te sluiten. Relatief slecht presterende zorgaanbieders lopen dan ook het risico om het predikaat van 'voorkeursaanbieder' mis te lopen of in het uiterste geval zelfs helemaal niet te worden gecontracteerd.

Ervaringen in de Verenigde Staten wijzen uit dat de onderhandelingspositie die zorgverzekeraars ten opzichte van zorg-

² Dat wil zeggen, voor zover deze kosten marktconform zijn. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw staat namelijk dat "recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de verlener van de zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedragen niet onredelijk hoog is" (Tweede Kamer, 2004a, blz. 104).

aanbieders hebben niet zozeer afhangt van het aantal verzekerden dat ze vertegenwoordigen, maar vooral van de mate waarin ze hun dreiging om verzekerden eventueel elders onder te brengen waar kunnen maken (Sorensen, 2003). Hoe groter het risico om patiënten kwijt te raken, hoe groter de prikkel voor zorgaanbieders om tegemoet te komen aan de wensen van zorgverzekeraars, zoals een betere kwaliteit en/of lagere prijzen. Een gunstig onderhandelingsresultaat is dus hoofdzakelijk afhankelijk van de mogelijkheden die verzekeraars hebben om hun verzekerden te sturen naar die zorgaanbieders met wie zij een aantrekkelijke overeenkomst hebben weten te sluiten.

Eerste ervaringen in Nederland

Sinds 1 februari 2005 is voor verschillende vormen van ziekenhuiszorg niet langer sprake van gereguleerde tarieven. In 2004 bedroeg de geschatte omvang van dit zogeheten B-segment bijna 1 miljard euro, wat overeenkomt met zo'n acht procent van de totale uitgaven aan ziekenhuiszorg (CTG/ZAio, 2005). Voor deze relatief eenvoudige behandelingen dienen verzekeraars met iedere zorgaanbieder afzonderlijk een prijs overeen te komen.³ De zorg die deel uitmaakt van het B-segment is geselecteerd aan de hand van een aantal praktische criteria. Zo moesten de verrichtingen goed af te bakken zijn en bij voorkeur niet alleen door ziekenhuizen, maar ook door zelfstandige behandelcentra (ZBC's) worden aangeboden. Enkele voorbeelden van ziekenhuiszorg waarover verzekeraars en zorgaanbieders nu vrij kunnen onderhandelen zijn rug- en nekherniaoperaties, niersteenbehandelingen en staaroperaties.⁴

In haar monitorrapportage over de eerste resultaten van deze onderhandelingen concludeert het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. dat ziekenhuizen "vooral nog een iets betere onderhandelingspositie hebben dan zorgverzekeraars" (CTG/ZAio, 2005). De belangrijkste reden hiervoor is dat zorgverzekeraars terughoudend zijn met het sturen van patiënten naar voorkeursziekenhuizen. Ten eerste hebben zorgverzekeraars nog geen beleid ontwikkeld voor het sturen van patiënten. Ten tweede maken zorgverzekeraars zich in deze roerige tijden vooral zorgen over hun imago. En ten derde is de kwaliteit van zorg nog onvoldoende transparant. Juist deze informatie is voor verzekeraars echter belangrijk om een eventuele inperking van keuzemogelijkheden naar hun verzekerden toe te verantwoorden. Het gebrek aan uniforme prestatie-indicatoren heeft volgens CTG/ZAio eveneens tot gevolg gehad dat tijdens de eerste onderhandelingen hoofdzakelijk gesproken is over prijzen en (vrijwel) niet over kwaliteit.

Doordat sturing van patiënten door zorgverzekeraars nog geen belangrijke factor is in het B-segment, kan niet verwacht worden dat zij bij de gevoerde onderhandelingen het onderste uit de kan hebben weten te halen. Inmiddels heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aan minister Hoogervorst

laten weten dat "zorgverzekeraars naar verwachting in 2006 in zodanig ruime mate zorgaanbieders zullen contracteren, dat er zich voor verzekerden in vergelijking met 2005 geen grote veranderingen zullen voordoen" (Tweede Kamer, 2005a). Voor het functioneren van het nieuwe zorgstelsel verdient het dan ook aanbeveling om na te gaan op welke wijze bovenstaande knelpunten kunnen worden weggenomen. Zeker omdat het de bedoeling is de komende jaren geleidelijk voor meer vormen van ziekenhuiszorg vrije prijsvorming in te voeren. In een eerder stadium heeft minister Hoogervorst reeds aangegeven ruim 95 procent van de planbare ziekenhuiszorg geschikt te achten voor liberalisering. Dit betreft de deelmarkten voor poliklinische zorg, dagbehandelingen en klinische basiszorg (Tweede Kamer, 2004b).⁵

Verbeterpunten

Uit eigen verkennend onderzoek, uitgevoerd in de periode juni tot en met augustus 2005 onder verschillende Nederlandse zorgverzekeraars, is gebleken dat zij het sturen van patiënten naar bepaalde voorkeursziekenhuizen in potentie als een krachtig onderhandelingsinstrument zien (Polman, 2005). Er blijken echter verschillende redenen te bestaan waarom men hier nog niet of nauwelijks gebruik van wil en kan maken. De in financiële zin beperkte omvang van het B-segment is één van deze redenen, maar er bestaan ook meer structurele problemen die gebruik van het 'sturingsinstrument' belemmeren. Onzes inziens zijn op twee punten verbeteringen nodig om de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars te versterken.

Prestatie-indicatoren zorg

Ten eerste is het noodzakelijk dat er haast wordt gemaakt met de realisatie van adequate prestatie-indicatoren, zodat de onderhandelingspositie van verzekeraars wordt versterkt. Wanneer er geen openbare en vergelijkbare informatie over de door ziekenhuizen geleverde kwaliteit beschikbaar is, zijn zowel verzekeraars als hun verzekerden niet in staat om een weloverwogen keuze te maken uit de beschikbare zorgaanbieders. Transparantie is cruciaal om zorgverzekeraars de mogelijkheid te geven zich op het gebied van zorginkoop te onderscheiden. Zolang geen openbare informatie voorhanden is over de prijs-kwaliteitverhouding van zorg in specifieke ziekenhuizen, zijn verzekeraars simpelweg niet in staat om aan hun verzekerden uit te leggen waarom de ene zorgaanbieder wel en de andere geen status als voorkeursaanbieder heeft gekregen. In dat geval lijkt het waarschijnlijk dat verzekerden de beslissingen van zorgverzekeraars op dit gebied met argwaan zullen bekijken. Verzekeraars kunnen de bestaande contracteervrijheid in dat geval niet benutten om zorgaanbieders aan te zetten tot optimale prestaties.

Beïnvloeding keuze verzekerden

Ten tweede is het van groot belang dat zorgverzekeraars voldoende ruimte krijgen om de keuzen van hun verzekerden te beïnvloeden. Op grond van artikel 13 van de Zvw heeft een verzekerde die een naturopolis heeft afgesloten recht op "een door de verzekeraar te bepalen vergoeding" wanneer hij/zij

3 Hierbij geldt wel dat voor de werkzaamheden van medische specialisten een landelijk uurtarief (140 euro) is vastgesteld. Daarnaast komt bovenop de vrij onderhandelbare prijs voornamelijk een verplichte normopslag van 12,5 procent om de kapitaallasten te dekken.

4 In totaal bestaat het B-segment uit ruim 1300 diagnosebehandeling-combinaties (DBC's). Deze zijn verdeeld over 15 specialismen en horen bij 28 diagnoses (CTG/ZAio, 2005).

5 Gezamenlijk maken deze deelmarkten bijna 80 procent van de kosten voor planbare ziekenhuiszorg uit. De totale ziekenhuiszorg bestaat voor ongeveer 70 procent uit planbare zorg.

zorg betreft van een zorgaanbieder waarmee de betreffende verzekeraar geen overeenkomst heeft afgesloten. De nieuwe wet biedt zorgverzekeraars in principe de vrije ruimte om vast te stellen welk percentage van de gemaakte kosten een verzekerde in dat geval vergoed krijgt. Aangezien zorgverzekeraars natuurlijk wel de wettelijke zorgplicht moeten nakomen,⁶ bestaat nog wel veel onduidelijkheid over de vraag tot op welke hoogte verzekeraars de keuzevrijheid van hun verzekerden met een naturapolis mogen inperken.⁷ Zo is bij de behandeling van de Zvw in de Eerste Kamer een motie aangenomen die de regering verzoekt “erop toe te zien dat de keuzevrijheid voor de patiënt ook daadwerkelijk gegarandeerd blijft zonder extra premiebetalingen” (Eerste Kamer, 2005). De angst bestaat namelijk dat de keuzevrijheid van mensen die zich geen duurdere restitutiepolis kunnen veroorloven, gevaar loopt. Nog los van het feit dat deze angst op korte termijn niet erg realistisch is, is het vanuit economisch perspectief gezien onverstandig om de bestaande sturingsmogelijkheden langs juridische weg effectief in te perken. Dit zou de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars ten opzichte van ziekenhuizen namelijk nog verder verzwakken en die is op de korte termijn toch al niet te sterk. Dat heeft weer allerlei negatieve gevolgen voor de kosten van gezondheidszorg. Zo duidt Amerikaans onderzoek erop dat zogeheten ‘any-willing-provider’-wetgeving – die zorgverzekeraars dwingt om iedere bereidwillige zorgaanbieder te contracteren – tot hogere zorguitgaven leidt (Vita, 2001). Wanneer de naturapolis in de praktijk een polis met volledige keuzevrijheid wordt, wordt het voor zorgverzekeraars erg moeilijk, zo niet onmogelijk, om de hen toebedeelde rol van kritische zorginkopers naar behoren in te vullen.

Een bestendig langetermijnbeleid is cruciaal voor het succes van het nieuwe zorgstelsel

Slotopmerking

Tot slot het volgende. Nog afgezien van bovenstaande verbeterpunten, kan niet verwacht worden dat invoering van prijsonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen reeds op korte termijn veel vruchten zal opleveren. Het al eerder aangehaalde onderzoek van Sorensen (2003) bevat ook in dat opzicht voor ons land een belangrijke les. Uit zijn studie blijkt dat bij de introductie van vrije prijsonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen in de Amerikaanse staat Connecticut zorgverzekeraars met een min of meer gesloten netwerk van gecontracteerde zorgaanbieders (naturapolis) betere onderhandelingsresultaten wisten te boeken dan de traditionele schadeverzekeraars (restitutiepolis). Hij laat echter zien dat in het eerste jaar na het loslaten van de prijsregulering het neerwaartse effect op de prijzen nog zeer bescheiden van omvang was: in meer dan de helft van de gevallen bedroeg de overeengekomen korting minder dan 4 procent. Pas in de daaropvolgende jaren kwam hier verandering in. Zo bedroeg na vier

jaar de gemiddelde korting bij meer dan de helft van het aantal gesloten contracten ruim 16 procent. Ruim een kwart van de onderhandelingen resulteerde dat jaar zelfs in kortingen van meer dan 35 procent. Blijkbaar slaagden verzekeraars er pas in om goede onderhandelingsresultaten te boeken nadat ze enige ervaring met het nieuwe systeem hadden opgedaan. Met andere woorden, het lijkt dus verstandig om ook in Nederland ten aanzien van de recentelijk ingevoerde vrije prijsonderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen rekening te houden met leereffecten. Een te snelle evaluatie van het ingezette marktwerkingsbeleid is derhalve ongewenst. Sterker nog, overhaaste reparatiewetgeving in het geval van ‘tegenvallende’ resultaten op de korte termijn brengt het gevaar van slingerbewegingen ten aanzien van de ruimte voor marktwerking met zich mee. Dit heeft als groot nadeel dat eventuele onzekerheden op dit gebied verlamvend zullen werken. Met de mogelijkheid die het kabinet bezit om een eenmaal doorgevoerde liberalisering terug te kunnen draaien en de tarieven weer te reguleren als dat in het kader van macrokostenontwikkeling gewenst is (Tweede Kamer, 2005b, 45), dient men dan ook zeer voorzichtig om te springen. Zeker wanneer aan een uitgavenstijging geen structurele marktbelemmeringen ten grondslag liggen. Een succesvolle invoering van vrije prijsonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vergt namelijk een bestendig langetermijnbeleid (zie ook Van der Geest e.a., 2005). Hiervoor is niet alleen een rechte rug van opeenvolgende ministers van Volksgezondheid vereist, maar ook – en misschien juist wel vooral – van opeenvolgende ministers van Financiën. ■

**Marco Varkevisser, Neeltje Polman
en Stéphanie van der Geest**

Literatuur

- CTG/ZAio (2005), Oriënterende monitor ziekenhuiszorg: analyse van de onderhandelingen over het B-segment in 2005. College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o., Utrecht.
- Eerste Kamer (2005), Motie van het lid Swenker c.s. (voorgesteld 7 juni 2005). Vergaderjaar 2004-2005, 29 623, 29 762, 29 763, nr. E.
- Geest, S.A. van der, F.T. Schut & M. Varkevisser (2005) Gezondheidszorg. In C.A. de Kam en A.P. Ros (red.), Jaarboek Overheidsfinanciën 2005, Sdu Uitgevers, 97-121.
- Polman, N. (2005) The importance of patient mobility for hospital-insurer bargaining: lessons for the new Dutch health care system. Afstudeerscriptie voor de master ‘Health Economics, Policy and Law’, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Sorensen, A.T. (2003) Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut. *Journal of Industrial Economics*, 51(4), 469-490.
- Tweede Kamer (2004a) Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringwet). Memorie van toelichting, vergaderjaar 2004-2005, 29 763, nr. 3.
- Tweede Kamer (2004b) Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vergaderjaar 2004-2005, 29 800 XVI, nr. 25.
- Tweede Kamer (2005a) Herziening zorgstelsel. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vergaderjaar 2005-2006, 29 689, nr. 16.
- Tweede Kamer (2005b) Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg). Nota naar aanleiding van het verslag, vergaderjaar 2005-2006, 30 186, nr. 8.
- Vita, M.G. (2001) Regulatory restrictions on selective contracting: an empirical analysis of “any-willing-provider” regulations’. *Journal of Health Economics*, 20(6), 955-966.

6 Dit betekent onder andere dat een verzekeraar iedere verzekerde zorg op een redelijke afstand van zijn woonplaats moet aanbieden.

7 Zie bijvoorbeeld het artikel ‘Verzekeraars: toezicht zorg is niet duidelijk’ in NRC Handelsblad van 20 oktober 2005.