

Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening

Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?

Dr. Richard van Kleef
Prof.dr. Erik Schut
Prof.dr. Wynand van de Ven

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



2014.01



Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening

Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet:
succes verzekerd?

Publicatiedatum

Maart 2014

Auteurs

Dr. Richard van Kleef
Prof. dr. Erik Schut
Prof. dr. Wynand van de Ven

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Tel. 010 - 408 8555
research@bmg.eur.nl
www.bmg.eur.nl

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van AmCham en is gepresenteerd tijdens het 14e Clingendael European Health Forum op 26 maart 2014.



Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Inleiding	7
1. Is voldaan aan de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie?	9
1.1. Tien randvoorwaarden	9
1.2. Samenvattend overzicht met vergelijking 2006 – 2009 – 2014	39
1.3. Beknopte vergelijking met Duitsland, België en Zwitserland	41
2. Biedt het risicovereveningssysteem adequate prikkels?	42
2.1. Hoe te bepalen of prikkels adequaat zijn?	42
2.2. Onder/overcompensaties van subgroepen door het risicovereveningsmodel 2014	43
2.3. Onder/overcompensaties bieden ruimte voor risicoselectie	48
2.4. Oplossingsrichtingen voor verdere vermindering van over/ondercompensaties	50
2.5. Samenvatting van bevindingen bij onderzoeksvraag 2	52
3. Conclusie en discussie	53
Literatuur	56

Samenvatting

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) zijn in 2006 belangrijke stappen gezet in de richting van een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie. *Concurrentie* heeft daarbij als doel om permanente prikkels tot doelmatigheidsverbetering te creëren en tevens mogelijkheden te genereren voor het bieden van kwalitatief goede zorg tegen een zo laag mogelijke prijs. *Regulering* heeft als doel om solidariteit en toegankelijkheid te garanderen en om marktfalen tegen te gaan. Gereguleerde concurrentie kan alleen tot kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke zorg leiden als aan belangrijke randvoorwaarden is voldaan:

1. Risicosolidariteit zonder ruimte voor risicoselectie
2. Voldoende transparantie en adequate consumenteninformatie over het beschikbare polis- en zorgaanbod
3. Adequate financiële prikkels tot doelmatigheid voor zowel consumenten, zorgverzekeraars als zorgaanbieders
4. Keuzevrijheid voor verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt
5. Betwistbare markten, zowel bij de zorgverzekering als bij de zorgverlening
6. Contracteervrijheid
7. Effectief mededingingsbeleid
8. Geen liftersgedrag
9. Effectief toezicht op de minimumkwaliteit van zorg
10. Gegarandeerde toegang tot basiszorg.

In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre voor de somatische curatieve zorg thans aan deze randvoorwaarden is voldaan en worden oplossingen aangedragen voor de geconstateerde knelpunten. Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat ten aanzien van de realisatie van vrijwel alle randvoorwaarden sinds 2006 flinke vooruitgang is geboekt. Ook ten opzichte van de evaluatie van de Zvw in 2009 is in dit opzicht substantiële progressie geboekt. Diverse aanbevelingen van deze evaluatie zijn inmiddels geïmplementeerd. De enige dissonant is de randvoorwaarde van een effectief mededingingsbeleid, waar vooral op het terrein van fusietoetsing eerder sprake lijkt van achteruitgang dan van vooruitgang. Gelet op de snelle consolidatie van zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen is dit een verontrustende constatering. Ook voor een aantal andere randvoorwaarden geldt dat nog niet alle knelpunten zijn opgelost.

Een van de nog bestaande knelpunten betreft het systeem van risicoverevening. Dit systeem dient zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare, gezondheidsgerelateerde verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Op basis van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de risicoverevening anno 2014 goed is, maar nog niet goed genoeg. Dit laatste blijkt uit het feit dat verzekeraars nog steeds worden ondergecompenseerd voor bepaalde groepen van hoog-risicoverzekerden en overgecompenseerd voor bepaalde groepen van laag-risicoverzekerden. Deze onder/overcompensaties bieden ruimte voor risicoselectie en verstoren de prikkel om te investeren in de kwaliteit van zorg. Voor het borgen van de publieke belangen is het cruciaal dat de onder/overcompensaties verder worden verminderd. Oplossingsrichtingen daarvoor zijn het

verbeteren van de risicoverevening, het (gedeeltelijk) toestaan van enige premiedifferentiatie, het verhogen van ex-post kostencompensaties en het ‘overbetalen’ van verzekerden die in het vereveningsmodel als hoog-risicoverzekerden worden aangemerkt.

Behalve de tekortschietende fusietoetsing, de nog steeds aanwezige ruimte voor risicoselectie en de inadequate prikkels voor kwaliteitsverbetering zijn twee andere belangrijke knelpunten: de gebrekkige transparantie van de kwaliteit van zorg en de gebrekkige bekostigingssystemen voor zorgaanbieders. Een belangrijke sleutel voor het oplossen van beide samenhangende knelpunten is het verbeteren van de informatie over de kwaliteit van zorg. Wanneer hier de komende jaren niet een belangrijke slag wordt gemaakt, bestaat het risico dat het zorgstelsel zich in toenemende mate uitsluitend richt op kostenreductie en niet op een goede kwaliteit/prijsverhouding.

Is acht jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet succes van het zorgstelsel verzekerd? Gelet op de belangrijke resterende knelpunten voor succes, kan deze vraag nog niet positief worden beantwoord. Wel is duidelijk dat er in het realiseren van de voorwaarden voor succes de afgelopen jaren substantiële vooruitgang is geboekt. Ook is duidelijk dat zorgverzekeraars de hen toebedachte inkooprol steeds meer zijn gaan invullen. Aanvankelijk hadden zorgverzekeraars daarbij vrijwel uitsluitend oog voor de prijs van zorg. Zo zijn vanaf 2008 forse prijsverlagingen afgedwongen op de markt voor generieke geneesmiddelen en zijn ook de vrij onderhandelbare ziekenhuisprijzen in reële termen gedaald. Daarentegen hadden zorgverzekeraars lange tijd nauwelijks invloed op het zorgvolume en daardoor evenmin op de zorguitgaven. Pas vanaf 2012 hebben zorgverzekeraars door middel van omzetcontracten met ziekenhuizen ook grip gekregen op volume en kosten. Waar de inkooprol van zorgverzekeraars tot op heden echter nog matig uit de verf komt is op het terrein van kwaliteit van zorg. Weliswaar bestaat er bij zorgverzekeraars toenemende aandacht voor kwaliteit, maar bij de zorginkoop speelt kwaliteit vooralsnog een ondergeschikte rol. Door het gebrek aan transparantie over de kwaliteit van zorg, hebben zorgverzekeraars thans nog onvoldoende prikkels en mogelijkheden om zich op dit terrein te onderscheiden.

Een belangrijk aandachtspunt voor de komende jaren is de vraag of de voorwaarden voor succes ook kunnen worden gerealiseerd voor de ggz en de over te hevelen verstrekkingen uit de AWBZ. Gelet op de afwijkende aard van deze verstrekkingen, valt dit vooralsnog te betwijfelen.

Ondanks de nog bestaande knelpunten stemt de progressie in het realiseren van de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie tot optimisme over de vooruitzichten voor dit ordeningsmodel. Er is dus volop reden om op de ingeslagen weg voort te gaan. Bovendien is er ook geen realistisch alternatief. Een terugkeer naar een zorgstelsel met vergaande aanbod- en prijsregulering is gelet op de negatieve ervaringen daarmee niet aantrekkelijk. Landen met een grotendeels door de staat georganiseerde gezondheidszorg zijn al jaren bezig om een “interne markt” te organiseren om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Consistent verder bouwen aan een zorgstelsel met gereguleerde concurrentie lijkt dus de beste optie voor het zo goed mogelijk realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg.

Inleiding

Sinds eind jaren '90 heeft de centrale aanbod- en prijsregulering in de gezondheidszorg geleidelijk plaats gemaakt voor gereguleerde concurrentie, waarbij zorgverzekeraars worden geprikkeld om op te treden als kostenbewuste inkopers van zorg namens hun verzekerden. Een belangrijke mijlpaal in deze ontwikkeling was de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw wordt de doelstelling van de wet kernachtig als volgt samengevat: *meer doelmatigheid, minder centrale sturing, en goede toegankelijkheid.*

Is voldaan aan de voorwaarden voor succes?

Inmiddels zijn acht jaar verstreken sinds de invoering van de Zvw. Dit roept de vraag op in hoeverre het doel van de Zvw is bereikt. Is het zorgstelsel doelmatiger, minder centraal gestuurd dan in 2006 en is het voor iedere burger goed toegankelijk? In 2009 is de Zvw voor het eerst geëvalueerd (ZonMw 2009; Van de Ven en Schut 2010). Deze wetsevaluatie wees uit dat de eerste effecten overwegend positief waren, maar dat er ook sprake was van een aantal belangrijke knelpunten en problemen.

In dit onderzoek willen we analyseren in hoeverre de in 2009 gesignaleerde knelpunten zijn opgelost. Voorts willen we onderzoeken of voldaan is aan de noodzakelijke randvoorwaarden voor het welslagen van gereguleerde concurrentie in de zorg en, zo niet, op welke terreinen verbeteringen nodig zijn. Deze evaluatie betreft dus het ordeningsmodel dat ten grondslag ligt aan het stelsel van curatieve zorg¹ en heeft daarmee een bredere insteek dan de evaluatie van de Zvw uit 2009. Wij beperken ons hierbij tot de somatische zorg, wat betekent dat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) die in 2008 gedeeltelijk van de AWBZ naar de Zvw is overgeheveld, in dit onderzoek buiten beschouwing blijft.

Het onderzoek gaat vooral in op de vraag in hoeverre is voldaan aan de randvoorwaarden voor het succesvol functioneren van het zorgstelsel en dus niet zozeer op de vraag in hoeverre het zorgstelsel als zodanig succesvol is. De *overall* effecten van veranderingen in het zorgstelsel op kwaliteit, doelmatigheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn namelijk zeer moeilijk te meten, vooral omdat het zorgstelsel voortdurend aan verandering onderhevig is. Aangezien de kans op succes echter sterk afhankelijk is van het feit of aan de noodzakelijke randvoorwaarden daarvoor is voldaan, vormt dit de focus van ons onderzoek.

Het onderzoek bestaat uit twee onderdelen. In het eerste deel wordt op basis van de beschikbare literatuur onderzocht in hoeverre thans wordt voldaan aan de noodzakelijke randvoorwaarden voor een succesvol zorgstelsel op basis van gereguleerde concurrentie, in termen van kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. Tevens zal worden onderzocht hoe Nederland scoort ten opzichte van enkele andere landen (België, Duitsland en Zwitserland) met een vergelijkbaar zorgstelsel. In het tweede deel zal empirisch worden onderzocht in hoeverre thans voldaan is aan een

¹ Het in de evaluatie van de Zvw (ZonMw, 2009) geconstateerde risico dat het verbod op premiedifferentiatie in strijd is met de Europese regelgeving, blijft hier buiten beschouwing.

randvoorwaarde die cruciaal is voor een goed functionerend zorgstelsel: een goed systeem van risicoverevening. Hoewel bij velen onbekend, vormt de risicoverevening hét fundament van het zorgstelsel. Het risicovereveningssysteem dient ertoe om zorgverzekeraars vooraf te compenseren voor voorspelbare, gezondheid-gerelateerde kostenverschillen tussen verzekerden, omdat zorgverzekeraars iedereen moeten accepteren en hun premie niet mogen differentiëren naar risicokenmerken van verzekerden (zoals gezondheid). Zonder adequate risicoverevening zijn er voor zorgverzekeraars geen adequate prikkels voor het inkopen of leveren van goede kwaliteit zorg voor alle verzekerden. Een zorgverzekeraar die bij imperfecte risicoverevening de beste zorgarrangementen voor chronische zieken contracteert en daarmee adverteert, zal relatief veel ondergecompenseerde verzekerden aantrekken en bijgevolg zijn nominale premie moeten verhogen. Zorgverzekeraar Achmea heeft in 2011 de Tweede Kamer in een brief gewaarschuwd dat de risicoverevening nog niet adequaat is en dat zorgverzekeraars daardoor worden ontmoedigd te investeren in de zorg voor chronische zieken (Achmea, 2011). Zonder adequate risicoverevening zijn er bovendien geen eerlijke concurrentieverhoudingen (geen gelijk speelveld tussen verzekeraars) en is er ruimte voor risicoselectie. Kortom, een adequate risicoverevening is in het belang van zowel patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In dit onderzoek gaan we specifiek in op de vraag hoe goed het vereveningssysteem nu eigenlijk is. Deze vraag is temeer relevant nu het kabinet de zogenaamde ex-post compensaties voor verzekeraars grotendeels heeft afgebouwd. Hierdoor is het financiële risico voor verzekeraars fors toegenomen en daarmee ook de risico's van een niet goed functionerende risicoverevening voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

Kort samengevat gaat het onderzoek in op de volgende vragen:

1. Is acht jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet voldaan aan de noodzakelijke randvoorwaarden om het stelsel van gereguleerde concurrentie tot een succes te maken? Zo niet, wat zijn de belangrijkste knelpunten en mogelijke oplossingen?
2. Biedt het huidige risicovereveningssysteem adequate prikkels aan verzekeraars voor het inkopen van kwalitatief goede zorg voor alle verzekerden?

De analyse beperkt zich bij de beantwoording van deze onderzoeksvragen tot de somatische curatieve zorg, de ggz blijft buiten beschouwing.

1. Is voldaan aan de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie?

De basisidee achter de Zorgverzekeringswet is een zorgstelsel gebaseerd op *gereguleerde concurrentie*. *Concurrentie* met als doel om permanente prikkels tot doelmatigheidsverbetering te creëren en tevens mogelijkheden te genereren voor het bieden van kwalitatief goede zorg tegen een zo laag mogelijke prijs. *Regulering* met als doel om solidariteit en toegankelijkheid te garanderen en om marktfalen tegen te gaan.

In het model van gereguleerde concurrentie is een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars die namens hun verzekerden met zorgaanbieders afspraken maken over de prijs en kwaliteit van de zorgverlening. Onderlinge concurrentie moet verzekeraars aansporen om zo goed mogelijke zorg tegen een zo laag mogelijke prijs in te kopen. Verzekeraars zouden namens hun verzekerden als prijs- en kwaliteitsbewuste inkopers van zorg moeten optreden, daartoe aangezet door verzekerden als prijs- en kwaliteitsbewuste inkopers van zorgpolissen. Dit kan alleen goed werken als er zowel op de zorgverzekeringsmarkt – waar verzekeraars polissen aanbieden – als op de zorginkoopmarkt – waar verzekeraars zorg inkopen – sprake is van effectieve concurrentie. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer handelingsvrijheid gekregen om door goed ondernemerschap de patiënt en de verzekerde voor zich te winnen. Het doel van deze decentrale benadering is dat dit zal leiden tot betere service en kwaliteit, meer innovatie, efficiëntere zorgprocessen en een betere prijs/kwaliteitsverhouding. Dit vereist wel dat de overheid in staat is om marktfalen – bijvoorbeeld als gevolg van dominante machtsposities of gebrek aan transparantie – te voorkomen. Hiervoor zijn adequate spelregels en effectief toezicht nodig.

Tegelijkertijd mag concurrentie niet ten koste gaan van toegankelijkheid. Om te voorkomen dat concurrentie leidt tot onbetaalbare zorg voor mensen met een hoog ziekterisico en laag inkomen zijn zorgverzekeraars gebonden aan een aantal spelregels, zoals een verbod op premiedifferentiatie naar risico, een acceptatieplicht, een zorgplicht en een risicovereveningssysteem. Verder zijn premies deels inkomensafhankelijk en ontvangen huishoudens tot een bepaalde inkomensgrens een inkomensafhankelijke zorgtoeslag.²

1.1. Tien randvoorwaarden

Concurrentie in de gezondheidszorg kan alleen tot kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke zorg leiden als aan een aantal belangrijke randvoorwaarden is voldaan. Op basis van de literatuur over gereguleerde concurrentie (of “*managed competition*”) zijn de volgende belangrijke randvoorwaarden te identificeren (Van de Ven et al. 2013, Van de Ven en Schut 2012)³:

² Omdat een evaluatie van inkomenssolidariteit een subjectief politiek oordeel betreft, zullen wij in deze evaluatie uitsluitend ingaan op risicosolidariteit (randvoorwaarde 1).

³ De beantwoording van de eerste onderzoeksvraag is deels gebaseerd op Van de Ven en Schut (2012).

1. Risicosolidariteit zonder ruimte voor risicoselectie
2. Voldoende transparantie en adequate consumenteninformatie over het beschikbare polis- en zorgaanbod
3. Adequate financiële prikkels tot doelmatigheid voor zowel consumenten, zorgverzekeraars als zorgaanbieders
4. Keuzevrijheid voor verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt
5. Betwistbare markten, zowel bij de zorgverzekering als bij de zorgverlening
6. Contracteervrijheid
7. Effectief mededingingsbeleid
8. Geen liftersgedrag
9. Effectief toezicht op de minimumkwaliteit van zorg
10. Gegarandeerde toegang tot basiszorg.

Hieronder worden deze randvoorwaarden verder uitgewerkt. Per randvoorwaarde wordt beschreven in hoeverre deze is gerealiseerd, welke knelpunten nog bestaan en welke oplossingen voorhanden zijn om resterende knelpunten op te lossen.

Randvoorwaarde 1: Risicosolidariteit zonder ruimte voor risicoselectie

Beschrijving randvoorwaarde

Een vrije concurrerende zorgverzekeringsmarkt tendeert naar equivalentie, dat wil zeggen een zo groot mogelijke gelijkheid tussen de verwachte inkomsten (premie) en verwachte uitgaven (zorgkosten). Equivalentie kan leiden tot premies die per zorgpolis een factor 1000 of meer verschillen, bijvoorbeeld 100 euro voor gezonde mensen en 100.000 euro voor bepaalde groepen van chronische zieken. Om op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt voor iedereen een toegankelijke zorgverzekering met keuzevrijheid te realiseren is een systeem van kruissubsidies tussen risicogroepen – kortweg aangeduid als *risicosolidariteit* – nodig. Vanwege het hierboven beschreven equivalentiebeginsel komt op een concurrerende verzekeringsmarkt risicosolidariteit niet vanzelf tot stand; daar is overheidsingrijpen voor nodig. In theorie is *ex-ante risicoverevening* (verder: risicoverevening) de beste strategie om risicosolidariteit te realiseren op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt (Van de Ven et al. 2000). Hierbij ontvangen of betalen zorgverzekeraars voor elke verzekerde een compensatie die gelijk is aan de voorspelde zorgkosten voor die verzekerde minus een vast bedrag. Idealiter leidt de risicoverevening ertoe dat een zorgverzekeraar *naar verwachting* voor elke verzekerde een gelijk bedrag tekort komt. Dit bedrag dient de verzekeraar vervolgens af te dekken met de nominale premie. Omdat de compensatie die een zorgverzekeraar ontvangt (of betaalt) voor zijn verzekerden niet afhangt van het kostenniveau van de desbetreffende zorgverzekeraar, komen de kostenverschillen tussen zorgverzekeraars volledig tot uiting in de hoogte van de nominale premie. Dit betekent dat een zorgverzekeraar met een doelmatige zorginkoop – bij perfecte risicoverevening – in principe een lagere premie kan vragen dan één met een ondoelmatige zorginkoop.

Realisatie randvoorwaarde

In hoofdstuk 2 van deze rapportage zal blijken dat het vereveningsmodel van 2014 grotendeels compenseert voor voorspelbare verschillen in zorgkosten tussen risicogroepen, maar niet volledig. Om desondanks voor alle risicogroepen de toegankelijkheid te garanderen is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een *verbod op premiedifferentiatie naar persoonskenmerken* en een wettelijke acceptatieplicht opgenomen. Echter, wanneer de premie voor ondergecompenseerde risicogroepen gelijk moet zijn aan die van overgecompenseerde risicogroepen ontstaat ruimte voor risicoselectie. Zoals verder wordt toegelicht in hoofdstuk 2 vormt risicoselectie een bedreiging voor kwaliteit, doelmatigheid en solidariteit. Zo kan de kwaliteit van zorg verminderen/achterblijven doordat verzekeraars geen financiële prikkel hebben om de beste zorg in te kopen voor de chronisch zieken die worden ondergecompenseerd. Doelmatigheid van zorg kan verminderen/achterblijven doordat risicoselectie voor verzekeraars een effectievere strategie kan zijn om winst te maken dan het verbeteren van de doelmatigheid van zorg. Solidariteit kan verminderen wanneer ondergecompenseerde risicogroepen in andere zorgpolissen terecht komen – en daardoor een hogere premie betalen – dan overgecompenseerde risicogroepen.

Recent onderzoek in opdracht van de NZa wijst uit dat risicoselectie inderdaad plaatsvindt (Van de Ven et al. 2013). Hierbij moet worden opgemerkt dat bij risicoselectie niet altijd sprake hoeft te zijn van bewust beleid en dat sommige vormen van risicoselectie moeilijk te meten zijn. Wanneer zorgverzekeraars bijvoorbeeld niet investeren in betere zorg voor bepaalde chronisch zieken waarvoor de risicoverevening ondercompenseert, is moeilijk te bewijzen dat dit een gevolg is van de imperfecties in de risicoverevening omdat immers niet bekend is of verzekeraars bij een betere risicoverevening wel zouden hebben geïnvesteerd.

In een recente brief aan de Tweede Kamer concludeert minister Schippers op basis van een in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd onderzoek door KPMG naar de werking van het risicovereveningssysteem in 2009 dat het systeem “goed in staat blijkt om voorspelbare kostenverschillen tussen zorgverzekeraars te compenseren” omdat de spreiding van het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars (i.e. het verschil tussen schadelast en de op basis van vereveningskenmerken voorspelde zorgkosten) is afgenomen met bijna 90 procent (Ministerie van VWS 2013c). Hierdoor wordt, aldus de minister, “een gelijk speelveld bewerkstelligd, en worden prikkels tot risicoselectie zoveel mogelijk uitgesloten”. Deze optimistische conclusie over de prikkels voor risicoselectie kan echter niet op basis van dit onderzoek worden getrokken. Het KPMG-onderzoek gaat namelijk alleen over de mate waarin de risicoverevening de middelen over verzekeraars correct verdeelt (in het betreffende jaar), maar niet of de risicoverevening verzekeraars ook correcte incentives geeft. Een correcte verdelende werking betekent niet dat de prikkels correct zijn. Bijvoorbeeld: wanneer bij imperfecte verevening de ondergecompenseerde verzekerden gelijk zijn verdeeld over verzekeraarsporteuilles is de verdelende werking – en dus de mate van risicosolidariteit – goed, maar hebben verzekeraars geen financiële prikkel om in te spelen op de preferenties van ondergecompenseerde verzekerden. Voor adequate prikkels is het dus van belang om te kijken of de risicoverevening een adequate compensatie geeft voor *relevante subgroepen* op basis van individuele kenmerken

van verzekerden. Deze vraag is in het KPMG-onderzoek niet beantwoord, maar komt aan de orde bij de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag in dit rapport.

Om de onder/overcompensatie voor subgroepen te verminderen, is de ex-ante risicoverevening aangevuld met zogeheten *ex-post kostencompensaties*, waarbij verzekeraars gedeeltelijk worden gecompenseerd op basis van feitelijke kosten in plaats van voorspelde kosten. Een nadeel van ex-post kostencompensaties is echter dat hierdoor de financiële prikkel tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars wordt verminderd. Sinds de invoering van de risicoverevening in 1993 (in de toenmalige ziekenfondsverzekering) is de voorspelkracht van het vereveningsmodel aanzienlijk verbeterd door de toevoeging van nieuwe verzekerdenkenmerken. Naarmate de ex-ante risicoverevening verbeterde, zijn de ex-post kostencompensaties geleidelijk verlaagd en zijn als gevolg daarvan de prikkels voor doelmatigheid toegenomen. Om verzekeraars zoveel mogelijk te stimuleren tot doelmatigheid, zijn de afgelopen jaren de ex-post kostencompensaties versneld afgebouwd. Uit onderzoek blijkt dat de verbeteringen in de risicoverevening in de afgelopen jaren geen gelijke tred hebben gehouden met de versnelde afbouw van de ex-post kostencompensaties, waardoor in de periode 2006-2012 niet alleen de prikkels voor doelmatigheid zijn toegenomen maar ook de ruimte voor risicoselectie (Van Kleef et al. 2012).

Resterende knelpunten

In de Zvw-evaluatie van 2009 werd als belangrijk knelpunt gesignaleerd dat “het financiële hart van de Zvw, te weten de ex-ante risicoverevening nog niet op orde is” (ZonMw 2009, p.12). In het tweede deel van dit onderzoeksrapport zal blijken dat het vereveningsmodel van 2014 nog steeds leidt tot onder/overcompensatie van bepaalde risicogroepen. In combinatie met het verbod op premiedifferentiatie bieden de resterende onder/overcompensaties ruimte voor risicoselectie en worden prikkels tot kwaliteitsverbetering verstoord. Het is daarom van cruciaal belang dat deze onder/overcompensaties verder worden verminderd.

Oplossingsrichtingen

Zoals verder zal worden toegelicht bij de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag bestaan verschillende mogelijkheden om de resterende onder/overcompensaties te verminderen. Zo kan worden gedacht aan het verbeteren van de risicoverevening, het (gedeeltelijk) toestaan van enige premiedifferentiatie (in combinatie met premiesubsidies voor lage inkomens met een verhoogde premie) en het verhogen van de ex-post kostencompensaties. De twee laatstgenoemde opties hebben echter belangrijke nadelen. Zo zullen namelijk niet alleen de resterende onder/overcompensaties worden verminderd maar ook de risicosolidariteit (in het geval van premiedifferentiatie) en de prikkels tot doelmatigheid (in het geval van ex-post compensaties). Voor het reduceren van de resterende onder/overcompensaties – met behoud van solidariteit en doelmatigheid – verdient de eerste optie daarom de voorkeur.

Doordat met de huidige vereveningskenmerken niet alle hoog-risicoverzekerden worden geïdentificeerd, bestaat voor de gehele groep hoog-risicoverzekerden een ondercompensatie. Dit ontmoedigt zorgverzekeraars om in te spelen op de preferenties van deze groep als geheel, wat

een bedreiging vormt voor de kwaliteit van zorg. Mocht het (op korte termijn) niet haalbaar zijn om nieuwe en/of betere vereveningskenmerken te ontwikkelen dan kan met een simpele maatregel de prikkel tot het leveren van goede kwaliteit zorg worden verbeterd. Deze maatregel kan worden aangeduid als ‘overbetaling’ en komt op het volgende neer: verhoog de compensatie voor verzekerden die in het vereveningsmodel als hoog-risicoverzekerden worden aangemerkt (bijvoorbeeld verzekerden met een FKG, DKG, HKG en/of MHK) en verlaag de compensatie voor verzekerden die in het vereveningsmodel als laag-risicoverzekerde worden aangemerkt (bijvoorbeeld verzekerden zonder FKG, DKG, HKG en MHK). Zodoende kan ervoor worden gezorgd dat de gehele groep hoog-risicoverzekerden gemiddeld genomen niet langer wordt ondergecompenseerd (en de gehele groep van laag-risicoverzekerden gemiddeld genomen niet langer wordt overgecompenseerd). Hiermee worden de prikkels voor verzekeraars om in te spelen op de preferenties voor de groep hoog-risicoverzekerden aanzienlijk vergroot.

Ten slotte dient te worden opgemerkt dat het voornemen van het kabinet om belangrijke onderdelen van de huidige AWBZ over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (extramuraal thuiszorg en langdurige ggz) naar verwachting voor aanzienlijke extra complicaties zal zorgen. Vooralsnog is onduidelijk of een adequate risicoverevening voor deze onderdelen van de AWBZ haalbaar is (Schut en Van de Ven 2010; Bakx et al. 2013). Gelet op de beleidsvoornemens, verdient onderzoek naar de vormgeving en haalbaarheid van risicoverevening voor deze AWBZ-kosten dan ook hoge prioriteit.

Randvoorwaarde 2: Voldoende transparantie en adequate consumenteninformatie

Beschrijving randvoorwaarde

Een tweede voorwaarde voor effectieve prijs-kwaliteitconcurrentie is dat voldoende betrouwbare en begrijpelijke (gestandaardiseerde) informatie publiekelijk beschikbaar is over prijs-, product- en kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders. Zonder transparantie is het niet mogelijk om de verschillende aangeboden zorgpolissen en zorgproducten onderling te vergelijken. Uit een recente inventarisatie van de NZa (2014) blijkt dat consumenten een grote behoefte hebben aan informatie. De behoefte betreft vooral informatie over het verzekerde pakket (92% respondenten), over welke zorg verwacht mag worden (88%), over eigen bijdragen en eigen risico (86%), het gecontracteerde zorgaanbod (81%) en over de prijs is van zorg (76%). Consumenteninformatie over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgverleners en zorgverzekeraars moet begrijpelijk, relevant, objectief, betrouwbaar en gratis voor iedereen beschikbaar zijn. Prijsconcurrentie zonder informatie over de kwaliteit van zorg kan leiden tot ondermaatse kwaliteit van zorg.

Realisatie randvoorwaarde

Sinds 2006 zijn de zorgpolissen op hoofdlijnen redelijk goed vergelijkbaar en is in toenemende mate informatie beschikbaar over de consumenttevredenheid met hun zorgverzekeraar. Op grond

van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg, art. 40) moeten ziektekostenverzekeraars⁴ informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze openbaar maken dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze verplichting geldt zowel voor de basis- als de aanvullende verzekering. In de beleidsregel “Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2013” (TH/BR-010) geeft de NZa aan welke informatie ziektekostenverzekeraars minimaal moeten verstrekken. Over de basisverzekering moeten zorgverzekeraars bijvoorbeeld minimaal duidelijkheid verschaffen over het gecontracteerde zorgaanbod, de vergoeding bij niet gecontracteerde zorg en het preferentiebeleid geneesmiddelen.

De NZa controleert jaarlijks of de informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan consumenten aan de gestelde eisen voldoet. In de afgelopen overstapperiode (november 2013-januari 2014) heeft de NZa specifiek gekeken naar de informatieverstrekking over het gecontracteerd zorgaanbod, het vergoedingenoverzicht, het eigen risico en het preferentiebeleid en op grond daarvan een aantal zorgverzekeraars aangesproken op onvolledigheden op hun websites, die vervolgens gecorrigeerd zijn (NZa 2014). Niettemin is voor consumenten veelal niet duidelijk: (i) of het om een natura- of restitutiepols gaat, dat wil zeggen of men aanspraak heeft op zorg (natura) of op vergoeding van de gemaakte zorgkosten (restitutie); (ii) wie de (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders zijn en (iii) hoe hoog de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is. Ook is het voor de meeste verzekerden niet duidelijk dat een restitutiepols veel minder sterke waarborgen biedt op de daadwerkelijke levering van zorg dan een naturapols (zie randvoorwaarde 10). Bovendien vinden volgens een recente monitor van de NZa (2014) veel consumenten de vergelijkbaarheid van informatie over het zorgaanbod onvoldoende. Op grond van deze bevinding is de NZa in gesprek met de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en Autoriteit Consument en Markt (ACM) om te kijken of en zo ja op welke wijze, vergelijkingsites van zorgverzekeringen verbeterd moeten worden en hoe dat te realiseren is.

Verder maakt de toenemende differentiatie in aanvullende verzekeringen een goede vergelijking tussen het aanbod van zorgverzekeraars steeds lastiger. Hoewel de aanvullende verzekering in principe los van de basisverzekering staat, worden deze vrijwel altijd in combinatie aangeboden en afgesloten (Roos en Schut 2012). Bovendien heeft in 2013 ruim 85% van de bevolking een aanvullende verzekering (NZa 2013b). Wanneer een goede vergelijking van aanvullende verzekeringen lastiger wordt kan hiermee ook een goede keuze voor een basisverzekering worden belemmerd.

Vooraf aan de kant van de *zorgaanbieders* vormen transparantie en consumenteninformatie belangrijke aandachtspunten. Niet alleen wordt voortdurend gewerkt aan een betere classificatie van zorgproducten, maar ook komt in toenemende mate vergelijkende informatie beschikbaar over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgaanbieders. Zo worden patiëntervaringen

⁴ De Wmg maakt een onderscheid tussen ziektekostenverzekeraars en zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar is een aanbieder van een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw. Een ziektekostenverzekeraar is een meer algemeen begrip en kan betrekking op zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en particuliere ziektekostenverzekeraars (zijnde een financiële onderneming die ingevolge de Wet op het financieel toezicht in Nederland het bedrijf van verzekeraar mag uitoefenen).

sinds 2006 systematisch in kaart gebracht voor verschillende vormen van zorg via een Consumer Quality Index (CQI) die gebaseerd is op daartoe speciaal ontwikkelde vragenlijsten. De resultaten van de CQI worden deels openbaar gemaakt via de website kiesBeter.nl, die vanaf 2013 wordt beheerd door het Kwaliteitsinstituut. Mede op initiatief van de NPCF is in 2009 de website ZorgkaartNederland (<http://www.zorgkaartnederland.nl/>) geïntroduceerd, waarop patiënten informatie kunnen vinden over de waardering van zorgaanbieders door andere patiënten die hun waardering op de website hebben geplaatst. Sinds 2010 verschaft een toenemend aantal ziekenhuizen openbare informatie over de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR), ofwel de verhouding tussen het werkelijke aantal sterfgevallen in het betreffende ziekenhuis en het te verwachten aantal sterfgevallen op basis patiëntkenmerken. Tot 2014 stond het ieder ziekenhuis vrij om de eigen HSMR-scores al dan niet naar buiten te brengen. Voor de patiënt was het daardoor vrijwel onmogelijk om te zien hoe de verschillende ziekenhuizen zich tot elkaar verhouden. Eind 2013 heeft de NZa echter bepaald dat alle ziekenhuizen uiterlijk per 1 maart 2014 hun HSMR-scores over 2012 (met inbegrip van de onderliggende SMR's per diagnosegroep) openbaar moeten maken op hun website en moeten aanleveren aan de NZa (NZa 2013a). Begin maart 2014 bleek dat 11 ziekenhuizen de sterftcijfers nog niet openbaar hadden gemaakt, waarvan een aantal ziekenhuizen om principiële redenen omdat de HSMR-score naar hun mening geen betrouwbaar beeld van de kwaliteit van ziekenhuiszorg geeft (Van Steenberghe 2014). Inderdaad hebben de (H)SMR-scores een aantal tekortkomingen, zoals gebrekkige ziekenhuisregistraties en (regionale) verschillen in ontslagcultuur (Bal 2014, Van den Bosch et al. 2013). Bovendien zijn zij kwetsbaar voor manipulatie doordat ziekenhuizen hun score kunnen verbeteren door patiënten uit het ziekenhuis te ontslaan voordat zij overlijden. Onderzoek wijst uit dat een HSMR waarbij niet de sterfte in het ziekenhuis maar de sterfte 30 dagen na opname of na ontslag als maatstaf wordt genomen voor 22 tot 33% van de ziekenhuizen tot andere uitkomsten leidt (Pouw et al. 2013). De geconstateerde deficiënties in de huidige HSMR vormen echter geen reden om het kind met het badwater weg te gooien. Zo vormt de constatering dat de huidige registraties gebreken vertonen geen reden om de HSMR overboord te zetten maar om vaart te maken met het verbeteren daarvan, wat uit oogpunt van kwaliteitsbevordering sowieso wenselijk is. Verder pleit de geconstateerde “ontslagvertekening” (hetzij door verschillen in ontslagcultuur, hetzij als gevolg van strategisch gedrag) ervoor om de HSMR niet te meten op basis van overlijden in het ziekenhuis, maar op basis van 30 dagen na opname of ontslag, zoals bijvoorbeeld recent ingevoerd in het Verenigd Koninkrijk (Pouw et al. 2013). Bijkomend voordeel hiervan is dat ziekenhuizen belang krijgen bij de organisatie van een goede nazorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Ondanks de geboekte vooruitgang is er nog steeds een groot gebrek aan adequate openbare en betrouwbare informatie over kwaliteit van zorg. Het programma Zichtbare Zorg dat van 2007 tot 2013 was ingesteld om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken heeft niet de gewenste resultaten opgeleverd (Algemene Rekenkamer 2013a). Vanaf 2014 is binnen het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) – dat vanaf 1 april 2014 verder gaat onder de naam Zorginstituut Nederland (ZiN) – een Kwaliteitsinstituut van start gegaan die de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten moet bevorderen. Met partijen in de zorg, de IGZ en het ministerie van VWS, stelt het Kwaliteitsinstituut een meerjarenagenda op die aangeeft voor welke gebieden van zorg met prioriteit kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten dienen te

worden ontwikkeld. Sinds 2014 heeft het kwaliteitsinstituut ook het beheer overgenomen van de website KiesBeter.nl met vergelijkende informatie over zorgaanbieders. Het is de bedoeling dat KiesBeter.nl zich meer dan voorheen richt op het verschaffen van kwaliteitsinformatie.

Resterende knelpunten

Ten opzichte van 2009 is de transparantie en consumenteninformatie op zowel de zorgverzekeringsmarkt als de zorginkoopmarkt verbeterd. Niettemin resteren er belangrijke knelpunten. Op de zorgverzekeringsmarkt zijn dit (i) de onduidelijkheid over het type aanspraken (natura versus restitutie) en de consequenties daarvan voor de mate van keuzevrijheid (bij naturapolissen) en de zorgplicht voor verzekeraars (bij restitutiepouissen); (ii) de onduidelijkheid over de (minimale) vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, waarvan de relevantie toeneemt naarmate zorgverzekeraars meer selectief contracteren; en (iii) de gebrekkige transparantie van de aanvullende verzekeringen die vanwege de koppelverkoop met de basisverzekering een belemmering vormt voor een goede keuze voor een basisverzekering. Op de zorginkoopmarkt is het gebrek aan adequate kwaliteitsstandaarden en indicatoren, een adequate registratie van de daarvoor benodigde informatie en de vertaling naar adequate en effectieve consumenteninformatie nog steeds een belangrijk knelpunt.

Oplossingsrichtingen

Hoewel de afgelopen jaren vooruitgang is gerealiseerd, is de ontwikkeling, registratie en verspreiding van bruikbare en betrouwbare informatie over kwaliteit van zorg nog steeds de Achilleshiel van het zorgstelsel. Het is van groot belang hoge prioriteit te (blijven) geven aan het verder ontwikkelen van indicatoren van de kwaliteit van zorg en een adequate registratie van de daarvoor benodigde gegevens. Hierbij kan worden aangesloten bij vergelijkbare ontwikkelingen in tal van andere landen. Zo is bijvoorbeeld in een grootschalig kwaliteitsbevorderingsproject (“Advancing Quality”) in Engelse ziekenhuizen dankbaar gebruik gemaakt van dezelfde set gevalideerde kwaliteitsindicatoren als in een vergelijkbaar grootschalig experiment in de Verenigde Staten (Ashish et al. 2012, Sutton et al. 2012). Vervolgens moet deze informatie op transparante wijze publiekelijk toegankelijk worden gemaakt voor zowel patiënten, zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Hier ligt een belangrijke taak voor het Kwaliteitsinstituut. Daarnaast moet transparante informatie beschikbaar zijn over zorgpolissen, in het bijzonder (1) of het om een natura- of restitutiepouis gaat; (2) wie de (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders zijn en (3) hoe hoog de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is. De NZa heeft een belangrijke taak om hierop toe te zien en heeft de nodige wettelijke bevoegdheden om de gewenste transparantie af te dwingen. Op mogelijke oplossingen voor het knelpunt van aanvullende verzekeringen wordt ingegaan bij randvoorwaarde 4.

Randvoorwaarde 3: Adequate financiële prikkels tot doelmatigheid

Beschrijving randvoorwaarde

Een derde voorwaarde voor doelmatigheid is dat alle betrokkenen, dat wil zeggen consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, adequate financiële prikkels tot doelmatigheid ondervinden. Uit oogpunt van toegankelijkheid zijn de financiële prikkels voor consumenten beperkt. Niettemin is het voor een doelmatig gebruik van zorg van belang dat ook consumenten gebaat zijn bij het maken van een goede kosten-baten afweging, bijvoorbeeld in de vorm van eigen betalingen, een bonus voor doelmatig zorggebruik of een niet volledige vergoeding voor het gebruikmaken van ondoelmatige zorgaanbieders of genees- en hulpmiddelen. Voor zorgverzekeraars hangen deze prikkels onder andere af van de kwaliteit van de ex ante risicoverevening (zie randvoorwaarde 1 en hoofdstuk 2). Ten slotte moeten ook de zorgaanbieders voldoende financiële prikkels hebben tot het verlenen van kwalitatief goede zorg tegen een zo laag mogelijke prijs, bijvoorbeeld door een doelmatige inzet van personeel en kapitaal en een effectieve coördinatie van zorg via samenwerking met andere zorgaanbieders.

Realisatie randvoorwaarde

In Nederland geldt dat *consumenten* onder andere kunnen besparen op hun zorgkosten door (i) een goede kosten-baten afweging te maken zolang hun jaarlijkse eigen risico nog niet is overschreden, (ii) bij de jaarlijkse keuze van zorgverzekeraar/polis op zoek te gaan naar een lagere premie, (iii) te kiezen voor een hoger vrijwillig eigen risico en (iv) louter gebruik te maken van (door de zorgverzekeraar geselecteerde) voorkeursaanbieders. Vooral in 2013 zijn de financiële prikkels voor de consument aanzienlijk toegenomen door een forse verhoging van het verplichte eigen risico (van 220 tot 350 euro), een toenemend percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico (van 7% tot 10%) en een toenemend aantal verzekerden met een naturapolis met een beperkte vergoeding (doorgaans 75 tot 80% voor medisch specialistische zorg) van zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (NZa 2013b).⁵

Bij de laatstgenoemde ontwikkeling moet wel worden aangetekend dat de daadwerkelijke vergoeding weinig verschilt tussen de verschillende polissen omdat de meeste aanbieders gecontracteerd zijn (NZa 2013b). Wel is er in 2014 sprake van een toename van goedkope polissen met een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders, maar vooralsnog zijn deze polissen nog niet erg populair⁶. De geringe mate van selectieve contractering lijkt enerzijds veroorzaakt doordat zorgverzekeraars kampen met een vertrouwensprobleem – verzekerden vertrouwen niet dat verzekeraars voor hen de beste zorgaanbieders selecteren (Boonen en Schut 2010; Bes et al. 2013) – en anderzijds door de juridische onzekerheid over de minimale hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Recente rechterlijke uitspraken hebben namelijk uitgewezen dat op grond van de huidige Zvw en de parlementaire totstandkoming

⁵ Het aandeel verzekerden met een restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg is afgenomen van 22% in 2009 tot 9% in 2012 (NZa 2013b).

⁶ Volgens het dagblad *Trouw* varieert het aandeel verzekerden met een dergelijke selectiepolis bij drie van de vier grote zorgverzekeraars in 2014 tussen 0,5 en 5% (“Klant mijdt goedkope zorgpolis”, *Trouw*, 29 januari 2014).

daarvan, deze vergoeding niet zo laag mag zijn dat deze voor verzekerden een feitelijke hinderpaal vormt voor het raadplegen van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Om de financiële prikkels voor verzekerden om gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders – en daarmee de effectiviteit van selectieve contractering – te vergroten, heeft de minister al geruime tijd geleden (in 2012) een voorstel ingediend om de Zvw zodanig te wijzigen dat het de verzekeraar vrij staat zelf te bepalen in welke mate zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders wordt vergoed (Tweede Kamer 2012b). Wanneer deze wetswijziging door het parlement wordt aangenomen, blijft de vraag in hoeverre verzekeraars op grotere schaal zullen overgaan tot selectieve contractering omdat het eerder genoemde vertrouwensprobleem nog niet is opgelost. Hoewel verzekeraars tot op heden terughoudend zijn geweest bij het selectief contracteren van ziekenhuizen als geheel, zijn zij er sinds 2011 in toenemende mate wel toe overgegaan om voor specifieke verrichtingen zoals blaasverwijderingsoperaties, borstkankerzorg, heup- en herniaoperaties ziekenhuizen die niet aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen uit te sluiten van een contract.

Naast een beperkte vergoeding voor gecontracteerde zorg zijn het verplichte en vrijwillige eigen risico belangrijke instrumenten om patiënten aan te sporen tot een kosten-effectief gebruik van zorg. Aan de huidige opzet van het verplichte eigen risico kleef echter een aantal nadelen. Zo vormt het eigen risico geen aansporing tot kostenbewust gedrag voor chronisch zieken en ouderen omdat zij immers veelal zeker weten dat hun zorgkosten toch wel boven het eigen risico bedrag uitkomen (Van Kleef et al. 2009; Oortwijn et al. 2012). Bovendien is het eigen risico niet van toepassing op huisartsenzorg, terwijl dit nu juist het type zorg is waar consumenten zelf het meeste invloed op kunnen uitoefenen. Voorts is het eigen risico, in tegenstelling tot in sommige andere landen, niet gedifferentieerd naar de ziektelast van de aandoening en de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling (Van Kleef en Van de Ven 2012). Tenslotte is de hoogte van het eigen risico onafhankelijk van het inkomen, terwijl het remmend effect op het zorggebruik afneemt met de hoogte van het inkomen. Ook de huidige opzet van het vrijwillig eigen risico is niet optimaal. Zo mag de premiekorting bij de keuze van een vrijwillig eigen risico niet worden gedifferentieerd naar risico. Dit ontmoedigt mensen met een hoger risico (e.g. chronisch zieken) om een vrijwillig eigen risico te kiezen, omdat de uniforme korting voor hen te laag is.

Voor *zorgverzekeraars* geldt dat de financiële prikkels tot doelmatigheid sinds 2006 sterk zijn toegenomen. In 2006 werden zorgverzekeraars achteraf gecompenseerd voor gemiddeld 47 % van hun winst of verlies op de zorgkosten (exclusief administratiekosten en beleggingsresultaat). Voor ziekenhuiszorg lag het financiële risico voor zorgverzekeraars in 2006 nog aanzienlijk lager, namelijk gemiddeld 26% (ofwel de ex-post compensatie bedroeg gemiddeld 74%). In 2009 was het financiële risico voor somatische zorg toegenomen tot bijna 70% en voor ziekenhuiszorg tot bijna 50%. Daarna zijn de ex-post compensaties geleidelijk vrijwel volledig afgebouwd tot circa 6% in 2014 (zie ook randvoorwaarde 1). Behalve dat de ex-post compensaties grotendeels zijn afgebouwd is vanaf 2012 ook de zogenaamde macronacalculatie voor zorgverzekeraars afgeschaft. Dit betekent dat zorgverzekeraars niet langer worden gecompenseerd wanneer de totale zorguitgaven die door de Zvw worden gedekt hoger uitvallen dan de raming waarop de totale risicovereeningsbijdrage is gebaseerd. Zorgverzekeraars lopen hierdoor niet alleen individueel maar ook gezamenlijk financieel risico.

Bij *zorgaanbieders* is veelal nog geen sprake van adequate financiële prikkels voor doelmatigheid. In 2012 is de disfunctionerende DBC-systematiek vervangen door de DOT-systematiek (DOT staat voor “DBC’s Op weg naar Transparantie”) met als doel om “te komen tot een stabielere, vollediger, transparanter en dynamischer declaratiesysteem” (Keuzenkamp). Met de invoering van het DOT systeem is het aantal van ruim 40.000 DBC’s teruggebracht tot circa 4400 “DBC-zorgproducten.” Aangezien de meeste DBC’s in de praktijk niet of nauwelijks werden gebruikt, is het feitelijke verschil overigens veel kleiner dan het totaal aantal suggereert. Een belangrijkere verbetering is volgens Keuzenkamp (2012) dat in de DOT-systematiek niet langer het behandelend specialisme de declaratiecode bepaalt, maar de inhoud van de behandeling. Bovendien moeten specialisten niet langer zelf een DBC-code invoeren maar worden de DBC-zorgproducten sinds 2012 afgeleid (via een zogenaamde *grouper*) van de geregistreerde diagnose en verrichtingen. Door deze veranderingen is het minder makkelijk geworden om het systeem te manipuleren via bijvoorbeeld *upcoding*, strategische samenwerking tussen specialismen en het opknippen van DBC’s. In hoeverre de DOT-systematiek daadwerkelijk een verbetering is moet nog blijken. De Algemene Rekenkamer (2013b) constateert dat door de cumulatie van systeemwijzigingen en maatregelen die in 2012 zijn doorgevoerd, de complexiteit van de ziekenhuisbekostiging vooralsnog alleen maar is toegenomen. De invoering van de DOT-systematiek ging namelijk gepaard met een forse uitbreiding van het aantal ziekenhuisbehandelingen met vrij onderhandelbare prijzen (dat in 2012 verdubbelde tot gemiddeld circa 70% van de ziekenhuisomzet), de invoering van een macrobeheersinstrument (MBI) en forse toename van het financiële risico van zorgverzekeraars op de ziekenhuisuitgaven. Bovendien werd een Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord gesloten waarin de belangenorganisaties van ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben afgesproken om de reële uitgavengroei te beperken tot 2,5%. Ondanks de sterk toegenomen ruimte voor vrije prijsonderhandelingen leidde de onbekendheid met de nieuwe DOT-systematiek en de toegenomen druk om de groei van de uitgaven te beheersen ertoe dat de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars vanaf 2012 niet langer over prijs gingen maar over omzetplafonds of aanneemsommen. Aangezien de contracten voor de ziekenhuizen doorgaans een doorleveringsplicht bevatten in geval het omzetplafond voor het eind van de contractperiode is bereikt, is met de omzetcontracten het financiële risico voor een belangrijk deel verschoven van de zorgverzekeraars naar de ziekenhuizen. Vooralsnog zijn de omzetcontracten niet gecorrigeerd voor zorgzwaarte en niet afhankelijk van de kwaliteit van de geleverde ziekenhuiszorg. De huidige ziekenhuisbekostiging heeft dan ook nog steeds als belangrijke tekortkoming dat een relatie met de uitkomsten van zorg ontbreekt. Zo constateert Keuzenkamp (2012, p.205) dat het “voor de patiënt relevanter is of de diagnose adequaat gesteld wordt, of de behandeling effectief is en of de zorg op een klantvriendelijke manier wordt geleverd”, maar dat “transparantie over deze uitkomstgerelateerde productspecificaties nog ver te zoeken is.”

De wens om te komen tot een meer uitkomstgerelateerde bekostiging wordt breed gedeeld. In 2011 nam de Tweede Kamer zelfs een kamerbreed gesteunde motie aan waarin de regering werd opgeroepen om, in overleg met alle partijen, te komen tot een breed gedeelde en breed gedragen visie met als uitkomst de introductie van uitkomstfinanciering uiterlijk in 2020 (Motie van het lid Smilde c.s., 10 november 2011, 33 000 XVI, Nr. 45). In een reactie op deze motie liet

minister Schippers weten: *“Het leveren van doelmatige zorg van hoge kwaliteit moet aantrekkelijker worden dan alleen het leveren van zoveel mogelijk zorg die niet altijd even zinnig en zuinig is. Uitkomstbekostiging, dat wil zeggen bekostiging gericht op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandeling in termen van kwaliteit én kosten, biedt wat mij betreft de mogelijkheid om dit te bereiken. Ik deel de oproep van uw Kamer dan ook van harte om hier de komende jaren stevig op in te zetten.”* (Tweede Kamer 2012c). Het belonen van goede uitkomsten is echter niet eenvoudig en wordt gekenmerkt door vele haken en ogen (Eijkenaar 2013). De haalbaarheid staat of valt in elk geval met de beschikbaarheid van voldoende betrouwbare gegevens over adequate uitkomstindicatoren (zie randvoorwaarde 2).

Naast prikkels voor het leveren van goede uitkomsten ontbreekt het ook aan adequate prikkels voor een goede afstemming van zorg. Het hanteren van aparte macrobudgettaire deekaders voor eerstelijns- en tweedelijnszorg ontmoedigt bijvoorbeeld een doelmatige substitutie omdat dit in de eerstelijnszorg leidt tot een overschrijding van het macrobudget en vervolgens tot navenante kortingen. Maar ook binnen de eerste- en tweedelijnszorg wordt een effectieve afstemming en coördinatie van zorg vaak niet beloond, integendeel. In de eerstelijnszorg zijn om de coördinatie van zorg voor chronisch aandoeningen als diabetes, COPD en vaatziekten te bevorderen sinds 2010 de zogenaamde keten-DBC's ingevoerd waarbij verzekeraars met zorggroepen (hoofdcontractanten) afspraken mogen maken over de integrale bekostiging van samenhangende zorg voor patiënten met deze aandoeningen. Een evaluatie van de ervaringen met deze keten-DBC's wees uit dat er weliswaar sprake was van een betere coördinatie van zorg en substitutie van tweede- door eerstelijnszorg, maar dat de bekostigingssystematiek niet alleen kostbaar is maar ook belangrijke tekortkomingen kent (De Bakker et al. 2012). Zo werkt de systematiek dubbele bekostiging in de hand en is aandoeningsspecifieke bekostiging niet geschikt voor de groeiende groep patiënten met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Vanwege deze tekortkomingen beschouwt de evaluatiecommissie de keten-DBC's dan ook niet als geschikt eindpunt maar als tussenstation in de richting van integrale populatiegebonden bekostiging. Sinds 2012 zijn diverse lokale experimenten (zogenaamde proeftuinen) gestart waarbij vormen van populatiegebonden bekostiging worden ontwikkeld. Eind 2013 heeft het kabinet de contouren geschetst van een nieuw bekostigingsmodel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg dat per 2015 zou moeten worden ingevoerd (Ministerie van VWS 2013a). Uitgangspunten van dit nieuwe bekostigingsmodel zijn: (i) bekostiging afhankelijk van populatiegebonden kenmerken; (ii) belonen op basis van (gezondheids)uitkomsten; (iii) bevordering van substitutie van tweede naar eerste lijn naar zelfzorg en preventie; (iv) zo eenvoudig en transparant mogelijk; (v) draagt bij aan macrobeheersbaarheid uitgaven eerstelijnszorg.

Een potentiële verstoring van adequate prikkels voor doelmatigheid vormt het in 2012 ingevoerde wettelijke instrument ter beheersing van de macrokosten (het zogenaamde 'Macrobeheersinstrument' of MBI). Op grond van dit MBI kan de overheid indien alle ziekenhuizen gezamenlijk een door de overheid vastgesteld macrobudget overschrijden, de overschrijding bij alle individuele ziekenhuizen terugvorderen naar rato van hun marktaandeel. Het MBI staat echter op gespannen voet met effectieve concurrentie en het bevorderen van doelmatigheid. Integendeel, door generieke kortingen worden doelmatige ziekenhuizen juist

gestraft. Immers, ziekenhuizen die overbodige zorg weten te reduceren en lage prijzen vragen, krijgen dezelfde korting als ziekenhuizen waarvoor het omgekeerde geldt (Schut et al. 2010, 2011). De dreiging van generieke kortingen kan er toe leiden dat ziekenhuizen minder bereid zijn om te investeren in kwaliteitsverbeteringen en maakt toetreding tot de markt minder aantrekkelijk, waardoor potentiële concurrentie door nieuwe marktpartijen afneemt. Ten slotte kunnen generieke macrokortingen leiden tot een afwenteling van het vrije op het gereguleerde prijssegment. Ziekenhuizen die op een generieke korting anticiperen door hun marges te vergroten, kunnen dit alleen doen door de prijzen in het vrije prijssegment te verhogen. Bij een gelijkblijvend macrobudget zullen hierdoor de uitgaven in het prijsgereguleerde segment worden verdrongen. Investerings in complexe zorg worden dan steeds minder aantrekkelijk, met als gevolg dat de zorg in het prijsgereguleerde segment verschaalt. Vooralsnog heeft de overheid het MBI nog niet daadwerkelijk ingezet omdat de volumegroei vooralsnog binnen de in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord afgesproken kader (2,5%) lijkt te zijn gebleven.

Resterende knelpunten

In de evaluatie van de Zvw in 2009 werden ten aanzien van de financiële prikkels voor doelmatigheid de volgende knelpunten geconstateerd:

- De geringe effectiviteit van het verplichte en vrijwillige eigen risico.
- Wegens onduidelijkheid over de minimaal vereiste vergoeding van zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders is dit niet bruikbaar als financiële prikkel voor doelmatigheid voor de verzekerden.
- Substantiële ex-post compensaties van kosten ziekenhuiszorg voor zorgverzekeraars.
- De disfunctionerende bekostigingssystematiek van ziekenhuizen.

Ten opzichte van 2009 is bij de aanpak van een aantal knelpunten progressie geboekt. De belangrijkste veranderingen betreffen het vrijwel volledig afschaffen van de ex-post compensaties van de kosten van ziekenhuiszorg voor de zorgverzekeraars en de vervanging van het DBC-systeem door het DOT-systeem. Voorts is er door een aantal rechterlijke uitspraken meer duidelijkheid ontstaan over de minimale vergoeding van zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders, maar is een uit 2012 daterend wetvoorstel om dit eenduidig in de Zvw te regelen vooralsnog niet behandeld. Het verplichte eigen risico is fors verhoogd en geeft om die reden aan consumenten een sterkere prikkel om een kosten-baten afweging te maken. Niettemin kent de vormgeving van het eigen risico – zoals hierboven uiteengezet – nog steeds een aantal belangrijke tekortkomingen. De huidige bekostigingssystemen belonen zorgaanbieders vooralsnog niet voor goede uitkomsten en veelal ook niet voor een goede coördinatie van zorg. Ten slotte staat de invoering van het macrobeheersinstrument (MBI) op gespannen voet met het bieden van adequate financiële prikkels voor doelmatigheid.

Oplossingsrichtingen

Voor de resterende knelpunten rond de vormgeving van het eigen risico, de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, de gebrekkige bekostigingsmethoden en het MBI zijn verschillende oplossingsrichtingen denkbaar.

Vormgeving eigen risico

De vormgeving van het huidige verplicht eigen risico kan op verschillende manieren worden verbeterd ten einde verzekerden effectiever te stimuleren om doelmatiger gebruik te maken van zorg. Ten eerste kunnen ouderen en chronisch zieken effectiever worden gestimuleerd door het eigen risico niet te laten ingaan vanaf de eerste zorguitgaven maar vanaf een hoger bedrag, afhankelijk van hun verwachte kosten (Van Kleef et al. 2009). Een dergelijk “verschoven eigen risico” maakt het ook voor hen aantrekkelijk om doelmatig met de middelen om te gaan omdat zij in dat geval het eigen risico niet per definitie hoeven te betalen. Ten tweede kan de hoogte van het verplicht eigen risico worden gekoppeld aan het inkomen om verzekerden met een hoog inkomen in gelijke mate te stimuleren tot doelmatigheid als verzekerden met een laag inkomen. In de derde plaats zou de huisarts onder het verplicht eigen risico kunnen worden gebracht omdat verzekerden veel invloed hebben op de beslissing om naar de huisarts te gaan en voor deze vorm van zorg relatief prijsgevoelig zijn. Er is geen evidentie dat door een dergelijk eigen risico per saldo de gezondheid verslechtert vanwege onnodig uitstel van zorg, en evenmin is het waarschijnlijk dat verzekerden huisartsenzorg zullen vervangen door duurere alternatieven, aangezien deze ook onder het eigen risico vallen. Ten slotte zou, net als bijvoorbeeld in België en de Verenigde Staten, via een gedifferentieerd eigen risico voor meer en minder noodzakelijke of doelmatige vormen van zorg een doelmatig gebruik van zorg effectiever kunnen worden gestimuleerd (Van Kleef en Van de Ven 2012). Behalve de vormgeving van het verplichte eigen risico is ook de vormgeving van het vrijwillig eigen risico voor verbetering vatbaar. Zo kan het voor minder gezonde verzekerden aantrekkelijker worden gemaakt om voor een vrijwillig eigen risico te kiezen wanneer de premiekorting niet langer uniform is, maar mag toenemen met het risico.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

De voorgestelde wijziging van de Zvw op grond waarvan de zorgverzekeraar in de polis de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders kan bepalen, kan een einde maken aan de onduidelijkheid over de ruimte die verzekeraars in dit opzicht hebben. Dit biedt verzekeraars een effectiever instrument om verzekerden te stimuleren om gebruik te maken van doelmatige zorgaanbieders waarmee zij contracten hebben gesloten.

Uitkomstbekostiging

De huidige bekostigingsmethoden in de gezondheidszorg bieden geen effectieve stimulans voor goede uitkomsten, een kosten-effectieve inzet van middelen, een goede coördinatie en afstemming van zorg en voor preventie. Zoals uiteengezet is de brede ambitie om hierin verandering te brengen door de bekostiging meer integraal te maken en expliciet te koppelen aan goede uitkomsten (*pay-for-performance*). Integrale bekostiging impliceert dat de bekostiging niet langer afzonderlijk plaatsvindt, maar per aandoening, per patiënt of per verzekerde. De invoering van DBC's in de tweedelijnszorg en keten-DBC's in de eerstelijnszorg zijn voorbeelden van bekostiging voor een bundel zorg per aandoening, maar hebben als nadeel dat

zij minder geschikt zijn voor patiënten met meerdere aandoeningen. Bekostiging per patiënt of per verzekerde worden wel aangeduid als populatiebekostiging. Hierbij gaat het om integrale bekostiging van afgebakende vormen van zorg voor afgebakende populatie (patiënten of verzekerden). Bekostiging per patiënt biedt prikkels voor kostenbeheersing en goede coördinatie van zorg. Bekostiging per verzekerde biedt daarnaast ook een stimulans voor preventie (het gezond houden van de verzekerde). Populatiegebonden bekostigingsystemen hebben echter als nadeel dat zij stimuleren tot beknibbelen op kwaliteit en risicoselectie. Risicoselectie kan worden tegengegaan door te corrigeren voor zorgzwaarteverschillen (bij patiënten) of risicoverschillen (bij verzekerden). Beknibbelen op kwaliteit kan worden tegengegaan door beloning voor goede kwaliteit zorg in termen van uitkomsten en patiënttevredenheid. Dit vereist adequate prestatieindicatoren (zie randvoorwaarde 2) en een adequate vormgeving van de wijze van prestatiehonorerings. De beschikbare ervaringen met het experimenteren met *pay-for-performance* (P4P) wijzen uit dat een goede vormgeving geen sinecure is (Eijkenaar 2013). Een theoretisch optimale bekostigingsmethode combineert een voor risicoverschillen gecorrigeerde basishonorerings per verzekerde met een beloning voor goede uitkomsten. Essentiële voorwaarden voor een dergelijke bekostigingsmethode zijn een adequate zorgzwaarte-correctie en een adequate vormgeving van prestatiehonorerings op basis van betrouwbare en valide kwaliteitsindicatoren. Hoewel er veelbelovende internationale voorbeelden zijn van dergelijke bekostigingsmethoden, zoals het *Alternative Quality Contract* in Massachusetts (Song et al. 2012, Olsthoorn 2014), is het duidelijk dat er nog een lange weg te gaan is.

Macrobeheersinstrument (MBI)

Zoals uiteengezet kan de inzet van het zogenaamde Macrobeheersinstrument (MBI) de financiële prikkels tot doelmatigheid van de ziekenhuizen verstoren. Ook de regering onderkende dit probleem en stelde een commissie in die als opdracht kreeg te zoeken naar een alternatief instrument om de uitgaven voor medisch-specialistische zorg beheersbaar te houden. De commissie concludeerde dat de inzet van een generiek MBI onwenselijk is vanwege de perverse prikkels voor doelmatigheid (Baarsma et al. 2012). Om te zorgen dat de zorguitgaven binnen het BKZ blijven kunnen volgens de commissie dan ook betere alternatieve maatregelen worden genomen om marktpartijen maximaal te prikkelen tot kostenbeheersing. Zo stelde de commissie onder meer voor om de restitutiepolissen af te schaffen, het contracteerproces van verzekeraars naar voren te halen en – als *ultimum remedium* – wettelijk vast te stellen dat verzekeraars niet meer mogen contracteren dan de aan hen toebedeelde contracteerruimte. Wanneer het kabinet toch besluit het macrobeheersinstrument in te zetten, dan bepleit de commissie een gedifferentieerde toepassing van het MBI die is gericht op de veroorzakers van de overschrijding (het vervuiler betaalt principe). De commissie adviseerde het ontwerp van een gedifferentieerd MBI te laten uitwerken door een team van technische (internationale) experts. In een reactie op het advies van de commissie (Ministerie van VWS 2013d) geeft het kabinet aan dat de door de commissie voorgestelde maatregel om het contracteerproces naar voren te halen met de veldpartijen is afgesproken en bovendien is vastgelegd in een voorstel voor wijziging van de Zvw (Tweede Kamer 2012b). Het voorstel van de commissie om de restitutiepolis af te schaffen laat het kabinet in het midden (zie ook randvoorwaarde 10) en op de aanbeveling om als *ultimum remedium* verzekeraars te verbieden meer te contracteren dan een

toebedeelde contracteerruimte gaat het kabinet niet in. Een dergelijke maatregel lijkt overigens strijdig met de aanspraken op zorg die verzekerden hebben op grond van een naturapolis en de daarmee samenhangende zorgplicht van verzekeraars. In de reactie stelt het kabinet voorts dat zij de mogelijkheden van een gedifferentieerd MBI met juridische experts heeft besproken, maar dat dit tot de conclusie heeft geleid dat in elk geval per 2014 de invoering van een juridisch solide, gedifferentieerd MBI nog niet mogelijk is.

De vaststelling van een adequaat voor doelmatigheidsinspanningen gedifferentieerd MBI lijkt echter een onbegaanbare weg omdat dit vereist dat de overheid gedetailleerd inzicht zou moeten hebben in de mate van doelmatigheid van ziekenhuizen en andere zorgaanbieders en in feite de markt zou moeten verslaan. Dit lijkt niet realistisch. Aangezien prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen niet structureel kan samengaan met een macrobudget voor de ziekenhuiszorg, moet de overheid ondubbelzinnig kiezen voor prijsconcurrentie zonder macrobudget of voor een macrobudget zonder prijsconcurrentie. Een combinatie van beide leidt tot het slechtste van twee werelden. Net als ziekenhuizen en zorgverzekeraars, zal het kabinet daarom aan goed risicomanagement moeten doen. Dit betekent dat zorgvuldig moet worden nagegaan welke zorgvormen wel en welke niet op korte en langere termijn verantwoord geliberaliseerd kunnen worden, waarbij voor de geliberaliseerde sectoren moet gelden dat voldaan is aan de voorwaarde van effectieve financiële prikkels voor doelmatigheid. Van belang daarbij is de ontwikkeling van nieuwe bekostigingssystemen die kostenbewust gedrag en goede uitkomsten belonen, zoals hierboven beschreven. De overheid kan daarbij ook een katalyserende rol vervullen, zoals het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012 heeft bevorderd dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen sindsdien niet langer uitsluitend over prijs maar over omzetplafonds of aanneemsommen afspraken maken. Deze omzetcontracten lijken een belangrijke reden waarom de omzetgroei van ziekenhuizen sinds 2012 is afgenomen en het MBI nog niet is ingezet.

Randvoorwaarde 4: Keuzevrijheid voor verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt

Beschrijving randvoorwaarde

Een essentiële voorwaarde voor effectieve concurrentie is dat iedere burger periodiek (bijvoorbeeld jaarlijks) ongeacht gezondheidsrisico en inkomen, vrij en onbelemmerd moet kunnen kiezen uit zorgverzekeraars en zorgpolissen, zonder door de verzekeraar te worden geweigerd, zonder veel administratieve rompslomp en zonder hoge zoekkosten vanwege slecht vergelijkbare verzekeringsproducten. Als deze voorwaarde niet is vervuld, zullen zorgverzekeraars niet geprikkeld worden om scherp in te kopen op de zorginkoopmarkt. Naast voldoende keuzevrijheid is het ook van belang dat voldoende verzekerden bereid en in staat zijn tot het maken van een kritische keuze. Deze voorwaarde is vooral relevant voor specifieke subroepen van verzekerden, bijvoorbeeld gebruikers van langdurige geestelijke gezondheidszorg.

Realisatie randvoorwaarde

Vanaf 2006 heeft iedereen jaarlijks een ruime keuze uit zorgverzekeraars en aangeboden polissen en zijn alle zorgverzekeraars wettelijk verplicht iedereen te accepteren zonder uitsluitingen, en voor dezelfde premie per polis. Er is geen opzegtermijn, en sinds enkele jaren reduceren zorgverzekeraars de administratieve rompslomp bij het switchen door nieuwe klanten aan te bieden namens hen de oude zorgverzekering op te zeggen (de zogenaamde opzegservice). De keuzevrijheid van de consument kan echter worden belemmerd door aanvullende verzekeringen en polisgebonden subsidies van bijvoorbeeld werkgevers (zie ook randvoorwaarde 2). De groep verzekerden die zich gebonden voelt aan de huidige zorgverzekeraar is de afgelopen jaren toegenomen (Roos en Schut 2012; Duijmelinck en Van de Ven 2011). Begin 2011 verwachtte ruim de helft van de mensen met een slechte of matige gezondheid en een derde van de 55+'ers dat hun huidige zorgverzekeraar de aanvullende verzekering tegen gunstigere voorwaarden afsluit dan een andere verzekeraar zal doen (Duijmelinck en Van de Ven, 2011). Vanwege de koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering zullen deze verzekerden ook niet van verzekeraar veranderen voor de basisverzekering. Hierdoor hebben zorgverzekeraars een sterk verminderde prikkel om bij de zorginkoop en serviceverlening in te gaan op hun specifieke preferenties. Op termijn kan dit leiden tot een verminderde kwaliteit van zorg voor ouderen en chronisch zieken.

Resterende knelpunten

Een belangrijk knelpunt dat sinds 2009 enigszins is toegenomen, is dat de keuzevrijheid in de basisverzekering voor mensen met een hoge leeftijd en matige of slechte gezondheid wordt belemmerd door de koppelverkoop met de aanvullende verzekering. Naarmate de aanvullende verzekering in omvang toeneemt, zal dit probleem naar verwachting knellender worden.

Daarnaast kan een nieuw knelpunt ontstaan als gevolg van de (voorgenomen) overheveling van verstrekkingen van de AWBZ naar de Zvw, zoals de curatieve ggz in 2008 en de langdurige ggz en extramurale verpleging en verzorging per 2015. Voor deze doelgroepen is de vraag of er voldoende verzekerden bereid en in staat zijn tot het maken van een kritische keuze tussen zorgverzekeraars en polissen. Indien dit niet het geval is, bestaat het risico dat verzekeraars onvoldoende rekening houden met de specifieke preferenties van deze groepen zorggebruikers.

Oplossingsrichtingen

Het wegnemen van de belemmering van de aanvullende verzekering voor de keuzevrijheid in de basisverzekering kan niet worden opgelost door te interveniëren in de aanvullende verzekering (bijvoorbeeld via een acceptatieplicht en premieregulering) omdat dit is strijdig met de Europese verzekeringsrichtlijnen. Wel kan een oplossingsrichting worden gezocht in het beperken van het (financiële) belang van de aanvullende verzekering, waardoor de behoefte van de consument aan een aanvullende verzekering afneemt (Roos en Schut 2012). Een effectieve manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is een terughoudend beleid ten aanzien van het uitdunnen van het basispakket. Wanneer een uitdunning van het basispakket wenselijk wordt

geacht ter beperking van de collectieve uitgaven, zou in plaats daarvan kunnen worden geopteerd voor hogere eigen betalingen voor ongepast gebruik van zorg (zie randvoorwaarde 3). Een tweede manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is het geven van goede voorlichting over het nut en de noodzaak van een dergelijke verzekering. Ook kan het helpen om het acceptatiebeleid van verzekeraars te monitoren en transparant te maken, zodat verzekerden een beter beeld hebben van de feitelijke mogelijkheden om naar een andere aanvullende verzekering over te stappen en verzekeraars wellicht minder belemmeringen zullen opwerpen uit angst voor reputatieschade. Een meer structurele oplossing is het samenvoegen van de basis- en aanvullende verzekering in basispluspolissen, waarbij de acceptatieplicht wordt uitgebreid voor alle basispluspolissen. Deze oplossing sluit naadloos aan bij de huidige praktijk van koppelverkoop tussen basis- en aanvullende verzekeringen (Duijmelinck en Van de Ven 2011).

Randvoorwaarde 5: Betwistbare markten

Beschrijving randvoorwaarde

Een vijfde voorwaarde voor doelmatigheid is dat de markten zo betwistbaar mogelijk zijn, dat wil zeggen dat er geen onnodige belemmeringen zijn voor nieuwkomers (zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders) om de markt te betreden en voor bestaande (falende) marktpartijen om de markt te verlaten. Als in een betwistbare markt een verzekeraar of ziekenhuis zijn prijs sterk zou verhogen om bovenmatige winsten te maken, zal een concurrent de markt betreden en de winst tot normale proporties terugdringen. Belemmeringen om de markt te verlaten, bijvoorbeeld als gevolg van overheidssubsidies aan falende ziekenhuizen, verminderen de concurrentie, omdat dergelijke subsidies de prikkel tot doelmatigheid reduceren en het competitieve voordeel verminderen van doelmatige toetreders.

Realisatie randvoorwaarde

Op de *zorgverzekeringsmarkt* is aan deze voorwaarde in theorie voldaan. De Zorgverzekeringswet staat nieuwe toetreding toe en in het geval van uittreding (faillissement) is de positie van de verzekerden op grond van artikel 31.1 Zvw volledig gewaarborgd. Volgens de NZa (2012) is in de praktijk echter sprake van een aantal drempels die toetreding bemoeilijkt, zoals de solvabiliteitseisen van De Nederlandsche Bank (DNB), de benodigde aanvangsinvesteringen, de regeldruk, de gevolgen van de risicoverevening, het grote aantal collectiviteiten en de benodigde (regionale) inkoopmacht. Deze toetredingsdrempels zijn echter voor een belangrijk deel inherent aan het model van gereguleerde concurrentie zelf.

Voor nieuwe *zorgaanbieders* geldt dat de mogelijkheden om toe te treden sinds 2006 aanzienlijk zijn verruimd. Zo biedt de functionele omschrijving van het basispakket ruimte voor een grotere diversiteit van zorgaanbieders dan de institutiegebonden aanspraken van de voormalige Ziekenfondswet. Voorts zijn in 2008 de voor zorginstellingen vereiste bouwvergunningen afgeschaft. Niettemin is toetreding voor zorginstellingen nog steeds niet erg aantrekkelijk omdat

het rendement op investeringen vooralsnog niet aan de kapitaalverschaffers mag worden uitgekeerd. Hoewel dit verbod op winstuitkering in de praktijk op tal van manieren kan worden omzeild, is het voor private investeerders niettemin lastig om bestaande ziekenhuizen over te nemen, vanwege de specifieke eigendomsstructuur (stichtingen) van de meeste ziekenhuizen. In 2012 heeft het kabinet daarom een wetsvoorstel ingediend om winstuitkering door zorginstellingen – zij het onder voorwaarden – mogelijk te maken (Tweede Kamer 2012a; zie hierover ook Plomp et al. 2013). Na kritiek uit zowel de politiek als het veld heeft het kabinet echter begin 2014 besloten om het wetsvoorstel voorlopig niet ter behandeling door de Tweede Kamer aan te bieden. Vooralsnog lijkt er onvoldoende politieke steun voor het toestaan van winstuitkering door zorginstellingen.

Wat betreft de betwistbaarheid is tevens van belang dat de overheid zich, anders dan in het verleden, niet langer verantwoordelijk voelt voor de continuïteit van individuele zorginstellingen. In lijn daarmee heeft de NZa per 1 januari 2013 het steunbeleid vervangen door beleid ter borging van de continuïteit van “cruciale zorg” (ambulance zorg, spoedeisende zorg, acute verloskunde en crisisopvang ggz; zie randvoorwaarde 9). Met andere woorden, bij (dreigende) faillissementen wordt geen financiële steun gegeven tenzij de continuïteit van cruciale zorg in het geding is. Het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse, in de zomer van 2013 is het eerste praktijkvoorbeeld van deze nieuwe beleidslijn. De primaire verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg ligt volgens het kabinet bij de zorgverzekeraars, op grond van de in de Zvw verankerde zorgplicht. De plicht tot levering van zorg geldt echter alleen in het geval van naturapolissen. Bij restitutiepolissen zijn zorgverzekeraars alleen gehouden aan een plicht tot vergoeding van geleverde zorg en desgevraagd tot zorgbemiddeling (zie randvoorwaarde 9).

Tenslotte kan voor nieuwe individuele beroepsbeoefenaren toetreding worden belemmerd door wettelijke beperkingen aan het aantal beschikbare opleidingsplaatsen.

Resterende knelpunten

Ook ten aanzien van deze randvoorwaarde zijn de in 2009 gesignaleerde knelpunten afgenomen. Zo zijn de wettelijke obstakels voor toetreding van zorgaanbieders aanzienlijk gereduceerd en hebben zorginstellingen “het recht” gekregen om failliet te gaan en de markt te verlaten. Het verbod op winstuitkering maakt het echter nog steeds niet erg aantrekkelijk voor private investeerders om de markt voor intramurale zorg te betreden, al kan dit verbod op verschillende manieren worden omzeild.

Oplossingsrichtingen

Het intrekken van het wetsvoorstel om winstuitkering door zorginstellingen onder voorwaarden toe te staan, betekent dat de drempel voor private investeerders om tot de ziekenhuismarkt toe te treden vooralsnog blijft bestaan. Hoewel de in het wetsvoorstel aan winstuitkering gestelde voorwaarden op sommige punten onnodig restrictief waren en op andere punten juist te weinig bescherming boden (Plomp et al. 2013), lijkt de intrekking van het wetsvoorstel niet zozeer

ingegeven door de tekortkomingen in het voorstel maar vooral door een verwacht gebrek aan politieke steun. Gelet op de sterke consolidatie en het belang van toetreding voor de nodige marktdynamiek in de ziekenhuissector, blijft een verruiming van de mogelijkheden om winstuitkering toe te staan van belang.

Randvoorwaarde 6: Contractvrijheid

Beschrijving randvoorwaarde

Een zesde voorwaarde voor effectieve gereguleerde concurrentie is dat er voldoende vrijheid is in de contractuele relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder en in de relatie zorgverzekeraar-verzekerde. Zorgverzekeraars moeten verschillende zorgpolissen kunnen aanbieden met uiteenlopende zorgarrangementen en keuzemogelijkheden in zorgaanbod, met inachtneming van minimumeisen betreffende kwaliteit en (fysieke) toegankelijkheid. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten voldoende vrijheid hebben om contracten te sluiten die prikkels tot doelmatigheid bevatten, en desgewenst de hoge transactiekosten van contracteren te reduceren door verticale integratie met zorgaanbieders.

Realisatie randvoorwaarde

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is de nodige contractvrijheid gecreëerd door de functionele pakketomschrijving en de keuze tussen natura-, restitutie- en combinatiepolissen, de mogelijkheid van selectief contracteren en verticale integratie. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars verschillende zorgpolissen aanbieden met uiteenlopende zorgarrangementen en keuzemogelijkheden in zorgaanbod. Sinds 2006 is de vrijheid in de prijsvorming toegenomen voor fysiotherapeuten, huisartsen, apothekers en diëtisten. Het aandeel van de ziekenhuisomzet waarvoor vrije prijzen gelden (het zogenaamde B-segment) is toegenomen van 10% in 2006 tot 70% in 2012. Hier staat echter tegenover dat het kabinet voor de periode 2012-2014 voor de honoraria van medisch specialisten een beheersmodel heeft ingevoerd (waarbij een macrohonoreringbudget op basis van historische kosten wordt verdeeld over collectieven van medisch specialisten in de ziekenhuizen) waardoor de speelruimte voor contractonderhandelingen voor verzekeraars sterk werd beknot.

Daarnaast heeft het kabinet voorgesteld om verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders wettelijk te verbieden (Tweede Kamer 2012b). Dit voorstel is ingegeven door de vrees dat verzekeraars hun verzekerden gaan sturen naar hun eigen zorgaanbieders in plaats van naar de beste zorgaanbieders. Deze vrees is echter vooral reëel als de betreffende verzekeraars of zorgaanbieders beschikken over een (horizontale) machtspositie, omdat anders verzekerden zullen kiezen voor een andere verzekeraar die een contract heeft met betere zorgaanbieders. In plaats van verticale integratie te verbieden, ligt het daarom meer voor de hand om te sterke horizontale machtsconcentratie (dus tussen verzekeraars of tussen zorgaanbieders) te voorkomen. Een door de overheid ingestelde 'Commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders' concludeerde dat het huidige toezichtskader van de

Mededingingswet (Mw) hiervoor toereikend is (Baarsma et al. 2009). Wel is van belang dat van dit toezichtskader effectief gebruik wordt gemaakt (zie randvoorwaarde 7). Wanneer aan deze voorwaarde is voldaan is een verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders niet alleen niet nodig maar bovendien onwenselijk omdat een dergelijke integratie belangrijke voordelen kan hebben (Loozen et al. 2011a). Een eerste voordeel van verticale integratie is gelegen in het reduceren van informatieproblemen en belangentegenstellingen. Patiënten en verzekeraars hebben een enorme informatieachterstand ten opzichte van zorgaanbieders. Bovendien is sprake van een potentieel belangenconflict omdat zorgaanbieders doorgaans niet alleen adviseurs maar ook behandelaars zijn en niet altijd financieel belang hebben bij een voor de patiënt of verzekeraar zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteitverhouding en een zo doelmatig mogelijke zorgverlening. Zo leidt dubbele diagnostiek vaak tot dubbele inkomsten en leveren extra operaties als gevolg van vermijdbare fouten extra omzet op. Zodra één organisatie zowel medisch als financieel verantwoordelijk is voor het verlenen van zorg aan een afgebakende groep patiënten ontstaat er een gedeeld belang om de juiste behandeling bij de juiste diagnose te zoeken en te investeren in goede zorg. Vermijdbare complicaties, het verlenen van onnodige (dure) zorg en een slechte afstemming tussen opeenvolgende schakels in de zorgverlening zorgen dan immers voor extra kosten in plaats van extra inkomsten. Ook ontstaat er een gedeeld belang om te voorkomen dat patiënten dure zorg nodig hebben door te investeren in preventie en goede samenwerking in de eerstelijnszorg. Ten tweede heeft verticale integratie van verzekeraars en aanbieders als voordeel dat de onderhandelings- en coördinatiekosten aanzienlijk kunnen worden verlaagd (Enthoven en Tollen 2005). Bovendien kan ook het vaak kostbare externe toezicht op naleving van contractafspraken worden vervangen door veel goedkopere en effectievere intercollegiale toetsing binnen dezelfde geïntegreerde organisatie (Newhouse et al. 1993; Ho 2009).

Resterende knelpunten

In 2009 was de beperkte contractvrijheid in de relatie zorgverzekeraars-ziekenhuizen (aanbieders van medisch specialistische zorg) een belangrijk knelpunt. Sindsdien is de ruimte voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen om te onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit aanzienlijk toegenomen. Een resterend knelpunt is het beheersmodel voor de honorering van medisch specialisten. Wanneer het kabinet het voornemen om de tarieven voor medisch specialistische zorg vanaf 2015 te integreren in de ziekenhuizen weet te realiseren, dan is dit knelpunt in principe opgelost. Wel blijft het MBI als zwaard van Damocles boven de contractonderhandelingen zweven.

Een ander knelpunt dat in de evaluatie van de Zvw in 2009 werd gesignaleerd was de onduidelijkheid over de politieke acceptatie van verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Die onduidelijkheid heeft plaatsgemaakt voor een voorstel van het kabinet om verticale integratie tussen verzekeraars en aanbieders grotendeels te verbieden. Wanneer dit wetsvoorstel wordt aangenomen, zou hiermee onnodig afbreuk worden gedaan de potentiële effectiviteit van gereguleerde concurrentie in de zorg. Dit zou dus een stap terug betekenen.

Oplossingsrichtingen

Mogelijke oplossingsrichtingen voor het MBI zijn besproken bij randvoorwaarde 3. Het knelpunt van het verbod op verticale integratie kan eenvoudig worden opgelost door dit onderdeel van het onderhavige wetvoorstel nog voor de parlementaire behandeling te schrappen. Wanneer dit niet gebeurt zou het verbod vervolgens kunnen worden geblokkeerd door een meerderheid in de Tweede of Eerste Kamer.

Randvoorwaarde 7: Effectief mededingingsbeleid

Beschrijving randvoorwaarde

Effectief mededingingstoezicht is een belangrijke voorwaarde voor effectieve concurrentie in de gezondheidszorg. Zonder voldoende concurrentiedruk worden zorgaanbieders en zorgverzekeraars immers niet geprikkeld om beter te presteren. Het gevolg hiervan is dat zorgprijzen hoger uitvallen en/of zorgkwaliteit lager uitvalt dan het geval zou zijn geweest bij aanwezigheid van voldoende concurrentie. Daarom is het van belang dat er wettelijke instrumenten zijn ongewenste kartels, monopolies en misbruik van economische machtspositie effectief te kunnen tegengaan, en dat deze instrumenten effectief worden toegepast.

Realisatie randvoorwaarde

Alle zorgaanbieders vallen onder de in 1998 ingevoerde Mededingingswet (Mw). Sinds 2006 geldt dit ook voor alle zorgverzekeraars. Het toezicht op de naleving van deze regels is een taak van de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Daarnaast heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de mogelijkheid om in geval van aanmerkelijke marktmacht preventief in te grijpen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg).

De ACM heeft tot taak om ongewenste kartels en misbruik van economische machtsposities tegen te gaan en concentraties te voorkomen die leiden tot een significante beperking van de concurrentie. De afgelopen jaren zijn verschillende keren boetes opgelegd aan zorgaanbieders voor overtreding van het kartelverbod. Dit betrof onder andere prijsadviezen van brancheorganisaties voor psychologen en psychotherapeuten, marktverdeling in de thuiszorg en vestigingsbeleid van huisartsen. Sommige van deze boetebesluiten zijn echter na een verloren hoger beroep bij de rechter, om verschillende redenen, achteraf weer ingetrokken. Lang niet alle vormen van samenwerking zijn overigens verboden. In de *Richtsnoeren voor de zorgsector* geeft de ACM aan welke vormen van samenwerking in beginsel zijn toegestaan, omdat deze de concurrentie op een markt niet beperken (NMa 2010). Dit betreft afspraken binnen één onderneming, afspraken tussen niet-concurrenten, afspraken over kwaliteit, samenwerking op administratief gebied, het gezamenlijk opstellen van calculatieschema's en zogenaamde bagatelafspraken. Een recente ontwikkeling die in dit verband relevant is, is de vorming van zogenaamde fusie- of regiomaatschappen van medisch specialisten. Hierbij geven ziekenhuizen hun eigen specialisten toestemming om in naburige ziekenhuizen te werken en aan specialisten uit die ziekenhuizen om

in het eigen ziekenhuis te werken. Specialisten in dergelijke maatschappen kunnen hierdoor in belangrijke mate de patiëntenstroom naar de betrokken ziekenhuizen beïnvloeden en zodoende de omvang en de case-mix van de behandelingen in elk van de ziekenhuizen bepalen. Als gevolg hiervan kunnen ziekenhuizen sterk afhankelijk worden van de (wensen van de) regiomaatschappen en wordt het voor zorgverzekeraars lastiger om selectief met de betreffende ziekenhuizen te contracteren. Desgevraagd heeft de ACM in 2013 duidelijk gemaakt dat een maatschap waarin medisch specialisten van verschillende ziekenhuizen zijn verenigd, wordt beschouwd als een samenwerking tussen de betrokken ziekenhuizen. Dit betekent dat afspraken binnen zo'n maatschap die de concurrentie beperken, worden beschouwd als een kartelafpraak tussen ziekenhuizen (ACM 2013). Vooralsnog heeft ACM niet opgetreden tegen regiomaatschappen.

De ACM heeft tot op heden aanleiding gezien om op te treden tegen economische machtsposities bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Met de NZa is echter afgesproken dat deze hierbij het primaat heeft. Ook de NZa heeft echter sinds 2006 nog nauwelijks gebruik gemaakt van haar bevoegdheid om tegen aanmerkelijke marktmacht op te treden. Zowel de ACM als NZa hebben wel duidelijk gemaakt dat zij machtsposities aan de inkoopkant minder snel een probleem vinden dan machtsposities aan de verkoopkant. In het *Visiedocument inkoopmacht* stelt de ACM dat misbruik van een inkoopmacht alleen aannemelijk is indien de voordelen als gevolg van afgedwongen, eenzijdig opgelegde voorwaarden niet aan consumenten worden doorgegeven (NMa 2005). Dit impliceert dat er bij voldoende concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt volgens de verantwoordelijke toezichtouders in principe geen sprake kan zijn van misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars. Klachten van vrije beroepsbeoefenaren als apothekers, fysiotherapeuten en logopedisten tegen eenzijdig door de zorgverzekeraars vermeende “wurgcontracten” zijn voor de NZa en ACM daarom tot op heden geen reden geweest om daar tegen op te treden. De toezichthouders stellen zich daarbij op het standpunt dat zorgaanbieders geen recht hebben op individuele onderhandelingen, maar dat de zorgverzekeraar zich wel aan zijn zorgplicht moet houden. Als reactie op de toegenomen inkoopmacht van zorgverzekeraars gaan vrije beroepsbeoefenaren steeds vaker hun krachten bundelen. Zo maken apothekers in toenemende mate gebruik van een zorgmakelaar of sluiten zij zich aan bij een grotere groep om zo in een betere onderhandelingspositie terecht te komen (NZa 2013c).

Tenslotte is de ACM verantwoordelijk voor het concentratietoezicht. Alleen concentraties (fusies) die een bepaalde gezamenlijke omzetrempel overschrijden vallen onder het toezicht. Omdat de zorgmarkten veelal een geringere omvang hebben dan andere markten, wordt in zorgsector een lagere omzetrempel voor fusies gehanteerd (55 in plaats van 113 miljoen euro). Sinds 2006 is er sprake van een sterke consolidatie in de curatieve zorg, zowel aan de kant van de zorgverzekeraars als aan de kant van de ziekenhuizen. Voor de minister van Economische Zaken vormde dit de aanleiding om met ingang van september 2009 de ACM (i.c. de toenmalige NMa) te verplichten om zorgfusies die leiden tot een gezamenlijk marktaandeel van 35 procent of meer op een aantal aspecten expliciet kritisch te toetsen (Staatscourant, 2009). Niettemin zijn tot op heden alle fusies tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen door de ACM goedgekeurd. Anders dan in het buitenland (Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten) zijn in Nederland zelfs

ziekenhuisfusies die tot een monopolie leiden (Zeeuwse ziekenhuizen) of naar verwachting resulteren in marktaandeelen van meer dan 50% en forse prijsstijgingen (Tilburgse ziekenhuizen) goedgekeurd. Op deze uiterst lankmoedige fusietoetsing in de zorg bestaat forse kritiek omdat in een aantal gevallen de betreffende fusies aantoonbaar leiden tot structurele dominante machtsposities en een significante beperking van de concurrentie (Varkevisser 2009, Loozen et al. 2014).

Uit bezorgdheid over de concentratietendens in de zorgsector heeft de regering met ingang van 2014 een zorgspecifieke fusietoets ingesteld. Fusies in de zorg moeten voortaan allereerst worden beoordeeld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), voorafgaand aan een melding bij de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Het is waarschijnlijk dat de zorgspecifieke fusietoets het proces tot een fusie weliswaar vertraagt maar dat dit uitstel niet zal leiden tot afstel. Niet alleen is de fusietoets zelf puur procedureel (zijn alle stakeholders tijdig geraadpleegd?), maar ook biedt de verplichte fusie-effectrapportage zorginstellingen de gelegenheid om de vermeende kwaliteitsvoordelen van de fusie breed uit te meten zonder dat deze claims inhoudelijk op hun merites (kunnen) worden beoordeeld. De kans dat de NZa een fusie zal tegenhouden is gering, terwijl een succesvol doorlopen fusietoets met een uitgebreide opsomming van alle voordelen van de fusie het voor de ACM nog moeilijker zal maken om de betreffende fusie op mededingingsgronden te verbieden. De tendens tot schaalvergroting wordt door de zorgspecifieke fusietoets dus eerder versterkt dan verzwakt (Varkevisser en Schut 2011).

Resterende knelpunten

De Mededingingswet verschaft een adequaat toetsingskader en adequate instrumenten voor effectief mededingingstoezicht in de zorg. Niettemin schiet het mededingingstoezicht van de ACM tekort, zeker als het gaat om het toezicht op concentraties tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars (Loozen et al. 2011b en 2014). Bij de beoordeling van ziekenhuisfusies heeft de prominente rol die ACM toekent aan de opvattingen van zorgverzekeraars ertoe geleid dat zelfs ziekenhuisfusies die leiden tot gezamenlijke marktaandeelen van meer dan 50% en die volgens de NZa zouden kunnen resulteren in forse prijsstijgingen allemaal zijn goedgekeurd (Schut et al. 2014). In aanvulling op het mededingingstoezicht door de ACM kan de NZa op grond van de Wmg voorkomen dat partijen met aanmerkelijke marktmacht (AMM) misbruik maken van hun machtspositie. Tot op heden is dit instrument door de NZa echter nog nauwelijks ingezet en is de vraag of het wel voldoende slagvaardig is.

Oplossingsrichtingen

Hoewel de Mw voor het bewaken van (gereguleerde) concurrentie in de zorg een adequaat instrumentarium en toetsingskader biedt, wordt hiervan, zeker in het geval van de beoordeling van ziekenhuisfusies, door de ACM niet effectief gebruik gemaakt. In plaats van het volgen van het toetsingskader van de Mw, laat de ACM haar oordeel over ziekenhuisfusies in belangrijke mate afhangen van de opvattingen van vermeende vertegenwoordigers van de consument, met name zorgverzekeraars en cliëntenraden, die tot op heden weinig bezwaar hebben tegen de rappe consolidatie in de ziekenhuissector (Schut et al. 2014). Wanneer ACM de beoordeling van

ziekenhuisfusies niet drastisch aanscherpt, maakt het rappe tempo waarin de ziekenhuissector consolideert dat er voor patiënten en verzekerden binnenkort niets meer te kiezen overblijft. In plaats van te vertrouwen op een zorgspecifieke fusietoets of een beoordeling door zorgverzekeraars, is de enige effectieve oplossing dat de ACM het toetsingskader van de Mw ook in de gezondheidszorg strikt toepast.

Gelet op de sterk toegenomen concentratie van zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen wordt het voorkomen van misbruik van aanmerkelijke marktmacht (AMM) door de NZa steeds relevanter. Het is dus van belang dat de NZa in de toekomst effectief gebruik maakt van haar AMM-bevoegdheid. Niettemin blijft het beter dat de ACM de put dempt voordat de NZa moet ingrijpen om te zorgen dat het kalf niet verdrinkt.

Randvoorwaarde 8: Geen liftersgedrag

Beschrijving randvoorwaarde

Een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie vereist dat niemand zich aan de voor toegankelijkheid vereiste risicosolidariteit (randvoorwaarde 1) onttrekt. Voorkomen moet worden dat mensen zich opzettelijk niet verzekeren of onvoldoende verzekeren (bijvoorbeeld een te hoog eigen risico kiezen) vanuit de gedachte dat indien zij zelf dure zorg niet kunnen betalen, de rest van de samenleving de kosten wel zal dragen. Door dergelijk gedrag zou op den duur de solidariteit en de betaalbaarheid van zorg onder druk komen te staan.

Realisatie randvoorwaarde

Een belangrijke waarborg in de Zvw tegen liftersgedrag is een verzekeringsplicht voor de gehele Nederlandse bevolking. Na invoering van de Zvw bleek dat de verzekeringsplicht onvoldoende was om iedereen een basisverzekering af te laten sluiten, maar dat een actief overheidsbeleid noodzakelijk was om de verzekeringsplicht af te dwingen en liftersgedrag te voorkomen. Zo werd in 2011 de Wet ‘opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering’ (Wet Ovoz) ingevoerd, op grond waarvan onverzekerden tegen ziektekosten door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) actief worden opgespoord en aangemaand een zorgverzekering te sluiten. Dankzij effectief toezicht op de naleving van de verzekeringsplicht is het aantal onverzekerden aanzienlijk afgenomen tot circa 29.000 medio 2013 (Ministerie van VWS 2013b). Daarentegen is sinds de invoering van de Zvw het aantal wanbetalers met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden voortdurend gestegen, van 190.000 in 2006 tot 314.000 in 2013 (Ministerie van VWS 2013b). Begin 2014 was de totale schuld als gevolg van wanbetaling opgelopen tot bijna 1 miljard euro. Via de invoering van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (2009) heeft de overheid geprobeerd om het aantal wanbetalers terug te dringen. Hoewel de groei van het aantal wanbetalers sindsdien sterk is afgenomen, is er nog steeds sprake van een absolute toename. Wanbetalers die langer dan zes maanden hun premie niet hebben betaald, worden door de zorgverzekeraar aangemeld bij het CVZ dat vervolgens een bestuursrechtelijke premie heft die 30% hoger is dan de

standaardpremie. Indien mogelijk wordt deze premie ingehouden op het inkomen van de wanbetaler, anders wordt overgaan op incassoactiviteiten. Een belangrijke oorzaak voor de stijging van het aantal wanbetalers is gelegen in de premiestructuur van de Zvw, waarbij werd gekozen voor een verhouding tussen inkomensafhankelijke en nominale premie van 50:50 in plaats van 85:15 zoals voorheen in de Ziekenfondsverzekering. Voor voormalig ziekenfondsverzekerden leidde de invoering van de premiestructuur van de Zvw tot een verdrievoudiging van de nominale premie. Hoewel deze verhoging gecompenseerd werd door de invoering van een inkomensafhankelijke zorgtoeslag, kan deze zorgtoeslag ook worden besteed aan andere zaken dan de aanschaf van een basisverzekering.

Resterende knelpunten

In de evaluatie Zvw van 2009 kwam het groeiend aantal wanbetalers als belangrijk knelpunt naar voren. Ondanks diverse wettelijke maatregelen om het aantal wanbetalers terug te dringen, is het aantal – waarschijnlijk mede als gevolg van de economische recessie – de afgelopen jaren wederom gegroeid.

Oplossingsrichtingen

Bij de evaluatie Zvw is voorgesteld om het wanbetalersprobleem op te lossen door – zonder inkomensherverdeling – de zorgpremie sterker inkomensafhankelijk te maken en de inkomensafhankelijke zorgtoeslag af te schaffen. Een lagere nominale premie en het afschaffen van de zorgtoeslag maakt het voor verzekerden makkelijker om de premie te betalen en voorkomt het probleem dat zij de zorgtoeslag aan andere zaken besteden. Dit zal niet alleen het aantal wanbetalers reduceren maar ook de gedeelde premie-inkomsten per wanbetaler: het mes snijdt dus aan twee kanten. Bijkomende belangrijke voordelen zijn (i) de opheffing van een inefficiënt, kostbaar en gebleken fraudegevoelig zorgtoeslagsysteem en het daarmee gepaard gaande rondpompen van 4,6 miljard euro (in 2012) en (ii) een toename van de premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars omdat een lagere nominale premie bij dezelfde absolute premieverschillen naar verwachting leidt tot een grotere prijsgevoeligheid bij verzekerden (Schut en Van de Ven 2012). Een sterker inkomensafhankelijke zorgpremie maakte oorspronkelijk deel uit van het Regeerakkoord 2012, maar is een vroege dood gestorven vanwege de forse herverdelingsconsequenties die voor een van beide coalitiepartners onaanvaardbaar waren. De herverdelingseffecten waren echter een gevolg van wijze waarop de inkomensafhankelijke premie was vormgegeven en hadden bij een andere vormgeving kunnen worden voorkomen. Tegenover een sterker inkomensafhankelijke premie stond immers de afschaffing van de inkomensafhankelijke zorgtoeslag en met de nodige creativiteit hadden majeure herverdelingseffecten kunnen worden voorkomen (Schut en Van de Ven 2012). Door de aanpassing van de premiestructuur echter als instrument van inkomensherverdeling te gebruiken kwam alle aandacht op de koopkrachtplaatjes te liggen en werden de eerder genoemde belangrijke voordelen ondergesneeuwd, met als gevolg dat het kind met het badwater werd weggegooid.

Hoewel een sterker inkomensafhankelijke zorgpremie belangrijke voordelen biedt en ook zonder majeure herverdelingsconsequenties kan worden ingevoerd, lijkt het na de commotie hierover een politieke *no-go area* geworden. De voorgenomen overheveling van de extramurale verpleging en verzorging en langdurige ggz vanuit de AWBZ naar de Zvw biedt echter wellicht kansen om deze oplossingsrichting te heroverwegen. Immers de verschuiving van circa 4 miljard euro aan AWBZ-verstrekingen die grotendeels betaald worden met inkomensafhankelijke premies betekent dat de premiestructuur van de Zvw inclusief de zorgtoeslag opnieuw ter discussie komt te staan. Tegelijkertijd staat de zorgtoeslag volop ter discussie door recente fraudegevallen en uitvoeringstechnische problemen en blijft ook het aantal wanbetalers groeien. Dit alles biedt wellicht een opening om de premiestructuur van de Zvw aan te passen in de voorgestelde richting. Uit oogpunt van politieke haalbaarheid is dan wel van belang dat dit wordt vormgegeven zonder majeure herverdelingseffecten.

Randvoorwaarde 9: Effectief toezicht op de minimumkwaliteit van zorg

Beschrijving randvoorwaarde

In het zorgstelsel op basis van gereguleerde concurrentie zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars primair verantwoordelijk voor het garanderen van een goede kwaliteit zorg. Adequate prikkels voor zorgverzekeraars om goede kwaliteit zorg in te kopen en adequate prikkels voor zorgaanbieders om goede kwaliteit zorg te leveren zijn derhalve cruciaal. Verder is het van groot belang dat gebruikers van zorg over adequate informatie kunnen beschikken om de kwaliteit van de (ingekochte) zorg te beoordelen. Voor een goede kwaliteit van zorg zijn randvoorwaarden 1-7 allemaal onontbeerlijk. Echter, zelfs wanneer aan deze randvoorwaarden is voldaan (en zeker wanneer dit niet het geval is) valt niet uit te sluiten dat er soms zorg wordt geleverd waarvan de kwaliteit niet aan de maatschappelijk aanvaardbare minimumeisen voldoet. Waar in andere markten kwalitatief inferieure producten na verloop van tijd van de markt verdwijnen omdat consumenten na enige tijd doorhebben dat de kwaliteit onvoldoende is, wordt een dergelijk leerproces in de gezondheidszorg onwenselijk beschouwd omdat er tegen die tijd letterlijk doden kunnen zijn gevallen. Daarom heeft de overheid – naast de eerder genoemde verantwoordelijkheid om te waarborgen dat er voor iedereen goede informatie over kwaliteit van zorg beschikbaar is (randvoorwaarde 2) – een taak om burgers effectief te beschermen tegen kwakzalverij en ondermaatse kwaliteit zorg. Een effectief toezicht op de kwaliteit van zorg ter garantie van een maatschappelijk gewenste minimumkwaliteit van zorg is derhalve een belangrijke randvoorwaarde binnen een zorgstelsel met gereguleerde concurrentie (vergelijk het veiligheidstoezicht in de luchtvaart).

Realisatie randvoorwaarde en resterende knelpunten

De Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ) is in Nederland verantwoordelijk voor het toezicht op de (bodem)kwaliteit van zorg. In 2012 zijn de organisatie en werkprocessen van de IGZ kritisch geëvalueerd waarbij een aantal tekortkomingen werd gesignaleerd en aanbevelingen ter verbetering daarvan werden geformuleerd (Sorgdrager 2012, Van der Steenhoven 2012). De kritiek en

aanbevelingen hebben er onder meer toe geleid dat het werk van de IGZ voor de periode 2014-2016 wordt getoetst door een onafhankelijke, door de minister van VWS ingestelde visitatiecommissie. Behalve een visitatiecommissie die vooral naar de interne werkprocessen kijkt, wordt in 2014 door de Inspecteur Generaal een permanente Raad van Advies ingesteld die de IGZ gaat adviseren bij de strategische oordeelsvorming en de ontwikkeling van de organisatie.

Oplossingsrichtingen

Op basis van de aanbevelingen naar aanleiding van een evaluatie van de IGZ worden inmiddels maatregelen genomen om de effectiviteit van het toezicht door de IGZ te vergroten. Maar de effectiviteit van het toezicht is mede afhankelijk van de prikkels in het zorgstelsel om goede kwaliteit zorg te leveren. Afwezigheid van prikkels die ontmoedigen te investeren in goede zorg voor chronisch zieken (randvoorwaarde 1), adequate prikkels voor doelmatigheid (randvoorwaarde 3) en voldoende transparantie en consumenteninformatie over kwaliteit van zorg (randvoorwaarde 2) zijn derhalve van cruciaal belang voor de mogelijkheid voor effectief toezicht op de kwaliteit van zorg. Naarmate deze randvoorwaarden beter wordt vervuld, is ook de randvoorwaarde van effectief kwaliteitstoezicht eenvoudiger te realiseren. Het Kwaliteitsinstituut kan dus een belangrijke indirecte rol spelen ter facilitering van het kwaliteitstoezicht door de IGZ.

Randvoorwaarde 10: Gegarandeerde toegang tot basiszorg

Beschrijving randvoorwaarde

Een laatste randvoorwaarde is dat iedereen gegarandeerd toegang heeft tot voldoende gekwalificeerde zorgaanbieders zonder excessieve reistijd of wachttijd. In Nederland zijn voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden door vertegenwoordigers van de verschillende zorgorganisaties in 2000 de zogenoemde Treeknormen opgesteld (<http://www.treeknorm.nl/>). Zonder collectieve waarborgen hiervoor is de fysieke toegankelijkheid van noodzakelijke zorg – bijvoorbeeld in dunbevolkte regio's – niet gegarandeerd.

Realisatie randvoorwaarde

In het Nederlandse zorgstelsel zijn het aanbod en de bekostiging van zorg in beginsel de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Verzekeraars hebben op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) een zorgplicht jegens hun verzekerden. Dit houdt in dat de verzekeraars moeten zorgen dat hun verzekerden de verzekerde zorg ook kunnen krijgen en dat zij daarvoor de nodige maatregelen treffen. De Zvw maakt op dit punt een onderscheid tussen een naturapolis en een restitutiepolis. Bij een naturapolis heeft de verzekerde aanspraak op zorg en behelst de wettelijke zorgplicht dat zorgverzekeraars een leveringsplicht hebben. Deze leveringsplicht impliceert dat de zorgverzekeraar tegenover de verzekerde moet instaan voor de daadwerkelijke, tijdige en behoorlijke verlening van die zorg. In beginsel biedt een naturapolis

hierdoor voldoende (juridische) garantie dat de verzekerde de benodigde zorg ook daadwerkelijk zal kunnen krijgen. Bij een restitutiepolis houdt de zorgplicht in dat de zorgverzekeraar de gemaakte zorgkosten vergoedt en – desgevraagd door de verzekerde – overgaat tot zorgbemiddeling. Deze vergoedings- en inspanningsplicht biedt aan verzekerden met een restitutiepolis geen absolute zekerheid dat zij de benodigde zorg daadwerkelijk kunnen krijgen. Aangezien verzekeraars ervoor kunnen kiezen om uitsluitend een restitutiepolis aan te bieden, is er dus geen waterdichte garantie op toegang tot basiszorg.

De overheid blijft daarnaast wel eindverantwoordelijk voor een aantal vormen van zorg waarvan de kwaliteit, toegankelijkheid c.q. bereikbaarheid en betaalbaarheid mogelijk niet zonder meer voldoende zijn gewaarborgd. Om de beschikbaarheid van deze specifieke vormen van zorg te waarborgen, is met ingang van 2012 het instrument beschikbaarheidsbijdrage in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) opgenomen. Deze beschikbaarheidsbijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders uit collectieve middelen mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg waarvoor geldt dat: (i) de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of (ii) een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstorend zou werken, en (iii) deze niet op andere wijze worden bekostigd. In het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg (oktober 2012) is geregeld dat het Ministerie van VWS een vangnetstichting kan oprichten om de continuïteit van “cruciale zorg” te waarborgen in geval door de NZa is vastgesteld dat zorgverzekeraars wegens overmacht niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen. In het besluit zijn binnen de Zvw de volgende vier vormen van cruciale zorg onderscheiden: (i) ambulancezorg, (ii) spoedeisende hulp, (iii) acute verloskunde en (iv) crisisopvang ggz. De opgerichte vangnetstichting kan bij de NZa een beroep doen op een beschikbaarheidsbijdrage, te betalen uit het Zorgverzekeringsfonds. In lijn met de wijziging van de Wmg is per 1 januari 2013 het steunbeleid van de NZa vervangen door beleid ter borging van de continuïteit van cruciale zorg.

In de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-009, december 2013) heeft de NZa expliciet neergelegd dat als een zorgaanbieder wegvalt, verzekeraars voor hun verzekerden *met een naturaverzekering* een alternatief aanbod moeten organiseren. Bij (dreiging van) schaarste in het zorgaanbod moet de zorgverzekeraar alternatieven achter de hand hebben om de beschikbaarheid van zorg te kunnen borgen. Het wegvallen van de zorgverlening door een (gecontracteerde) zorgaanbieder mag namelijk volgens de NZa niet tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar de zorgplicht tegenover zijn verzekerden niet meer kan nakomen. De zorgverzekeraar moet daartoe proactief handelen en hierop gericht beleid hebben ontwikkeld zodat de tijdigheid en bereikbaarheid van de zorgverlening aan zijn verzekerden ook blijft gewaarborgd indien zich bij een gecontracteerde aanbieder continuïteitsproblemen voordoen. De NZa suggereert dat de verzekeraar bijvoorbeeld kan overwegen andere aanbieders te contracteren, de zorg over te laten nemen of zelf in de zorg te voorzien. Voldoet een verzekeraar niet aan zijn zorgplicht dan handelt deze in strijd met de Zvw of AWBZ, is sprake van een wanprestatie en kan hij hierdoor schadeplichtig worden tegenover zijn verzekerden. De NZa kan in dat geval haar handhavingsinstrumentarium inzetten. De NZa benadrukt dat dit evenzeer voor de beschikbaarheid van cruciale zorg geldt. Pas wanneer een verzekeraar, ondanks maximale

inspanningen, de beschikbaarheid van cruciale zorg door overmacht niet kan borgen, kan hij bij de NZa een beroep doen op overmacht. Op basis van de beleidsregel ‘Overmacht continuïteit van zorg’ (TH/BR-008, december 2012) toetst de NZa vervolgens of er inderdaad sprake is van overmacht. De NZa beschouwt een melding van overmacht als een ernstige en tevens uitzonderlijke situatie, waarbij de verzekeraar moet aantonen dat hij al het mogelijke heeft gedaan om te voldoen aan zijn zorgplicht. Opgemerkt moet worden dat het beroep op overmacht alleen relevant is wanneer verzekeraars op basis van een naturaverzekering gehouden zijn aan een leveringsplicht. Zoals eerder opgemerkt is de continuïteit van zorg voor verzekerden met een restitutiepólis niet geborgd.

Resterende knelpunten

Uit de evaluatie van de Zvw in 2009 bleek dat het niet duidelijk was wie er verantwoordelijk was voor de toegang tot basiszorg en in hoeverre de in de Zvw opgenomen zorgplicht voor zorgverzekeraars hiertoe effectieve garanties bood. Dit knelpunt is sindsdien grotendeels opgelost door het door de NZa geformuleerde Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg. Voor verzekerden met een naturapólis is daarmee de toegang tot basiszorg wettelijk gegarandeerd. Dit geldt echter niet voor verzekerden met een restitutiepólis, voor wie een dergelijke garantie ontbreekt. Verzekerden met een restitutiepólis zullen zich dit waarschijnlijk niet realiseren, gelet op het feit dat veel verzekerden niet bewust kiezen voor een natura- of restitutiepólis en 36% niet eens weet welke soort polís hij of zij heeft (NZa 2013b). Wanneer zij dit wel zouden beseffen, zouden zij kunnen overstappen naar een naturapólis, tenzij verzekeraars besluiten geen naturapólissen meer aan te bieden. Gelet op het feit dat minder dan een kwart van de verzekerden in 2013 een restitutiepólis had en de meeste verzekeraars zowel natura- als restitutiepólissen aanbieden (NZa 2013b), vormt het ontbreken van een leveringsplicht bij restitutiepólissen in de praktijk voorsnog geen belemmering voor het verkrijgen van toegang tot zorg. Maar dit neemt niet weg dat de Zvw geen waterdichte garantie biedt op toegang tot basiszorg.

Oplossingsrichtingen

Een oplossing voor het resterende knelpunt zou zijn om de restitutiepólis af te schaffen, zoals ook is afgesproken in het Regeerakkoord 2012. Voorsnog is het niet duidelijk of het kabinet dit voornemen ook in de praktijk wil brengen, gelet op de nogal cryptische mededeling hierover in een recente brief aan de Tweede Kamer: “*Vanwege het aspect keuzevrijheid, is er een interactie ontstaan tussen dit voornemen uit het regeerakkoord en de [...] wijziging van artikel 13. Als deze interactie is uitgekristalliseerd bij de behandeling van het wetsvoorstel van artikel 13, zal ik u informeren over mijn voorstellen met betrekking tot het voornemen uit het regeerakkoord om onder de Zvw alleen nog in natura verzekerde zorg toe te staan.*” (Ministerie van VWS 2013d). De vraag is of een afschaffing van de restitutiepólis juridisch haalbaar is en of het gesignaleerde knelpunt niet voldoende kan worden geadresseerd door verzekerden beter voor te lichten over de (beperkte) rechten die zij aan een restitutiepólis kunnen ontleen.

1.2. Samenvattend overzicht met vergelijking 2006 – 2009 – 2014

Tabel 1 geeft een samenvatting van de mate waarin in Nederland in 2006 (invoering Zvw), 2009 (evaluatie Zvw) en in 2014 aan de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie is voldaan.

Tabel 1: Mate waarin aan randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie is voldaan, 2006-2014.

Randvoorwaarden	2006	2009	2014
<i>1. Risicosolidariteit zonder ruimte voor risicoselectie</i>			
• Risicosolidariteit	*****	*****	*****
• Adequate ex-ante risicoverevening	**	**	***
• Beperkte ruimte voor risicoselectie ^a	**	**	**
<i>2. Transparantie en consumenteninformatie</i>			
• zorgpolis(sen)	**	***	***
• zorgproducten	*	*	**
<i>3. Adequate financiële prikkels tot doelmatigheid</i>			
• consumenten	**	**	***
• zorgverzekeraars	**	***	****
• zorgaanbieders	*	*	**
<i>4. Voldoende keuzevrijheid verzekerden</i>	***	***	***
<i>5. Betwistbare markten</i>			
- zorgverzekeraars	***	***	***
- zorgaanbieders	*	**	***
<i>6. Voldoende contractvrijheid</i>	*	**	***
<i>7. Effectief mededingingsbeleid</i>	***	***	**
<i>8. Geen liftersgedrag</i>	**	**	***
<i>9. Effectief toezicht op minimumkwaliteit van zorg</i>	***	***	***
<i>10. Gegarandeerde toegang tot basiszorg</i>	***	***	****

^a Ondanks de verbetering van de ex-ante risicoverevening is door de sterke afbouw van de ex-post kostencompensaties de ruimte voor risicoselectie per saldo niet verminderd.

Legenda:

- * = niet aan voldaan;
- ** = in beperkte mate aan voldaan;
- *** = in redelijke mate aan voldaan;
- **** = in hoge mate aan voldaan;
- ***** = volledig aan voldaan;

Zoals uit de tabel kan worden opgemaakt, is er ten aanzien van vrijwel alle randvoorwaarden vooruitgang geboekt. De randvoorwaarden die in 2014 nog een onvoldoende scoren zijn (i) de nog steeds aanwezige ruimte voor risicoselectie; (ii) de gebrekkige transparantie van de kwaliteit van zorg; (iii) de gebrekkige bekostigingssystemen voor zorgaanbieders; (iv) de ineffectieve fusietoetsing.

Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste nog resterende knelpunten en van mogelijke oplossingen om deze knelpunten aan te pakken.

Tabel 2: Randvoorwaarden: belangrijkste knelpunten en oplossingsrichtingen.

Randvoorwaarden	Knelpunten	Mogelijke oplossingen
<i>1 Risicoverevening</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ondercompensatie voor relevante en substantiële subgroepen hoogrisicoverzekerden • overcompensatie voor relevante en substantiële subgroepen laagrisicoverzekerden • substantiële ruimte voor risicoselectie 	<ul style="list-style-type: none"> • verdere verbetering risicoverevening via nieuwe vereveningscriteria, verruiming bestaande criteria, meerjarige criteria en interacties tussen criteria • overbetaling voor hoogrisicoverzekerden (en onderbetaling voor laag-risicoverzekerden) • toestaan beperkte premiedifferentiatie met premiesubsidies voor lage inkomens • verhogen ex-post kostencompensaties
<i>2. Transparantie</i>	Transparantie schiet tekort mbt: <ul style="list-style-type: none"> • kwaliteit en uitkomsten van zorg • verzekeringsaanspraken • aanvullende verzekeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • verdere ontwikkeling betrouwbare kwaliteitsindicatoren en verbetering van de daarvoor benodigde registraties • betere voorlichting verzekeringsaanspraken
<i>3. Doelmatigheidsprikkels</i>	<ul style="list-style-type: none"> • beperkte effectiviteit eigen risico • onzekerheid over vergoeding niet-gecontracteerde zorg • bekostiging aanbieders belooft geen goede afstemming en kwaliteit • MBI bestraft doelmatigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • vormgeving eigen risico aanpassen • aanpassen artikel 13 Zvw • uitkomstbekostiging afgebakende zorg per verzekerde • geen MBI geliberaliseerde zorgmarkten
<i>4. Keuzevrijheid verzekerden</i>	<ul style="list-style-type: none"> • aanvullende verzekering vormt belemmering keuzevrijheid ouderen en chronisch zieken 	<ul style="list-style-type: none"> • terughoudend met uitdunning basispakket • betere voorlichting over toegevoegde waarde aanvullende verzekering • invoering basispluspolis
<i>5. Betwistbare markten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • verbod op winstuitkering zorginstellingen 	<ul style="list-style-type: none"> • winstuitkering zorginstellingen onder voorwaarden toestaan
<i>6. Contractvrijheid</i>	<ul style="list-style-type: none"> • beheersmodel medisch specialisten • macrobeheersinstrument 	<ul style="list-style-type: none"> • invoering integrale tarieven medisch specialistische zorg • geen MBI geliberaliseerde zorgmarkten
<i>7. Mededingingsbeleid</i>	<ul style="list-style-type: none"> • fusietoetsing door ACM niet adequaat en ineffectief 	<ul style="list-style-type: none"> • kritischer fusietoetsing ACM • toetsingskader Mw leidend in plaats van belangenbehartigers
<i>8. Geen liftersgedrag</i>	<ul style="list-style-type: none"> • toename wanbetalers 	<ul style="list-style-type: none"> • verlaging nominale zorgpremie (zonder inkomensherverdeling)
<i>9. Kwaliteitstoezicht</i>	<ul style="list-style-type: none"> • tekortkomingen in organisatie en werkprocessen IGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • verbetering organisatie en werkprocessen IGZ obv aanbevelingen evaluaties
<i>10. Garantie basiszorg</i>	<ul style="list-style-type: none"> • restitutiepolis biedt geen garantie op toegang tot basiszorg 	<ul style="list-style-type: none"> • voorlichten verzekerden over restitutiepolis • afschaffen restitutiepolis

1.3. Beknopte vergelijking met Duitsland, België en Zwitserland

Niet alleen Nederland maar ook andere Europese landen, zoals België, Duitsland en Zwitserland, hebben elementen van het model van geregleerde concurrentie in hun zorgstelsels geïntroduceerd. In 2012 heeft een zevental onderzoekers bekeken in hoeverre in deze landen aan de randvoorwaarden voor geregleerde concurrentie is voldaan (Van de Ven et al. 2013). Op basis van deze analyse is Tabel 3 geconstrueerd. Opvallend is dat (i) de vier landen op sommige randvoorwaarden sterk uiteenlopen; (ii) Nederland gemiddeld beter scoort en op het minste aantal randvoorwaarden een onvoldoende (1 of 2 sterren) scoort; (iii) in alle vier landen kwaliteitsinformatie en adequate bekostigingssystemen voor zorgaanbieders tekortschieten; (iv) in België, Duitsland en Zwitserland verzekeraars weliswaar concurreren maar nauwelijks instrumenten hebben om effectief te onderhandelen met zorgaanbieders.

Tabel 3: Mate waarin aan de randvoorwaarden voor geregleerde concurrentie is voldaan, in België, Duitsland en Zwitserland (in 2012) en Nederland (in 2014).

Randvoorwaarden	België	Duitsland	Zwitserland	Nederland
<i>1 Risicosolidariteit zonder ruimte voor risicoselectie</i>				
• Risicosolidariteit	****	*****	****	*****
• Adequate ex-ant risicoverevening	**	**	*	***
• Beperkte ruimte voor risicoselectie	****	**	*	**
<i>2. Transparantie en consumenteninformatie</i>				
• zorgpolis(sen)	**	***	***	***
• zorgproducten	*	**	*	**
<i>3. Adequate financiële prikkels tot doelmatigheid</i>				
• consumenten	****	***	****	***
• zorgverzekeraars	**	*****	*****	*****
• zorgaanbieders	**	**	**	**
<i>4. Voldoende keuzevrijheid verzekerden</i>	****	****	***	***
<i>5. Betwistbare markten</i>				
- zorgverzekeraars	*	**	***	***
- zorgaanbieders	**	**	**	***
<i>6. Voldoende contractvrijheid</i>	*	**	**	***
<i>7. Effectief mededingingsbeleid</i>	*	***	*	**
<i>8. Geen liftersgedrag</i>	*****	****	**	***
<i>9. Effectief toezicht op minimumkwaliteit van zorg</i>	***	**	*	***
<i>10. Gegarandeerde toegang tot basiszorg</i>	*****	***	*****	****

Legenda:

- * = niet aan voldaan;
- ** = in beperkte mate aan voldaan;
- *** = in redelijke mate aan voldaan;
- **** = in hoge mate aan voldaan;
- ***** = volledig aan voldaan;

2. Biedt het risicovereveningssysteem adequate prikkels?

2.1. Hoe te bepalen of prikkels adequaat zijn?

Het risicovereveningssysteem dient zorgverzekeraars te compenseren voor *voorspelbare, gezondheidsgerelateerde* verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Concreet komt dit erop neer dat zorgverzekeraars per verzekerde een compensatie ontvangen uit (of moeten betalen aan) het Zorgverzekeringsfonds afhankelijk van de risicokenmerken van die verzekerde. Zo is de compensatie voor ouderen en chronisch zieken hoger dan voor jonge, gezonde verzekerden. Zoals in paragraaf 2.3 zal worden uitgelegd is het van cruciaal belang dat de risicoverevening adequaat werkt, dat wil zeggen dat verzekeraars voor alle risicogroepen een adequate compensatie ontvangen. Onder/overcompensatie van bepaalde risicogroepen vormt een bedreiging voor de publieke belangen in de zorg, te weten kwaliteit, doelmatigheid en solidariteit (ZonMw, 2009).

Over het algemeen geldt dat de compensatie voor een risicogroep adequaat is als voor die risicogroep de gemiddelde voorspelde kosten gelijk zijn aan de gemiddelde feitelijke kosten (afgezien van niet-gezondheidsgerelateerde kostenverschillen tussen risicogroepen). Voor risicogroepen die expliciet in het vereveningsmodel worden onderscheiden zijn de voorspelde kosten per definitie gelijk aan de feitelijke kosten. Voor risicogroepen die niet expliciet in het model zijn onderscheiden (verder: subgroepen) is dit niet per definitie het geval en kan sprake zijn van ondercompensatie of overcompensatie. De onderzoeksbestanden die worden gebruikt voor de risicoverevening bevatten echter nauwelijks informatie om relevante subgroepen te onderscheiden, wat onderzoek naar de kwaliteit van de risicoverevening bemoeilijkt.

Een aantal jaar geleden heeft iBMG een methode ontwikkeld waarmee het bovengenoemde probleem wordt ondervangen. Kort gezegd komt deze methode erop neer dat de onderzoeksbestanden die worden gebruikt voor de risicoverevening worden gekoppeld aan de gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Op basis van de gezondheidsenquête kunnen subgroepen van hoog-risicoverzekerden (i.e. verzekerden met hoge verwachte zorgkosten) of juist laag-risicoverzekerden (i.e. verzekerden met lage verwachte zorgkosten) worden gedefinieerd. Vervolgens kan worden nagegaan in hoeverre voor deze subgroepen de voorspelde kosten aansluiten op de feitelijke kosten.

De afgelopen jaren heeft iBMG de hierboven beschreven methode meerdere keren toegepast. In een eerste onderzoek is de verbetering van de risicoverevening voor somatische zorg over de periode 1993-2011 gekwantificeerd voor 45 subgroepen uit de gezondheidsenquête (Van Kleef et al., 2012a). In een vervolgonderzoek zijn voor dezelfde subgroepen de uitkomsten bepaald van het vereveningsmodel voor somatische zorg in 2012 (Van Kleef et al., 2012b). Uit deze onderzoeken kwam naar voren dat het vereveningsmodel voor de somatische zorg – sinds de invoering in 1993 – sterk is verbeterd. Daarnaast is ook geconstateerd dat het vereveningsmodel van 2012 nog niet voor alle 45 subgroepen tot een adequate compensatie leidt.

Sinds 2012 is het vereveningsmodel voor somatische zorg uitgebreid met nieuwe vereveningskenmerken. Zo zijn per 2013 de Diagnose Kosten Groepen (DKG's) verbreed op basis van poliklinische diagnose-informatie en zijn per 2014 Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG's) en een aparte risicoklasse voor studenten ingevoerd (Van Kleef et al., 2014).

Tegen de bovenstaande achtergrond zal in dit onderzoek de analyse op subgroepen uit de gezondheidsenquête worden uitgevoerd voor het vereveningsmodel voor somatische zorg van 2014.⁷ Hieronder wordt ingegaan op de resultaten van deze analyse (paragraaf 2.2). Hieruit zal blijken dat het vereveningsmodel 'goed is maar nog niet goed genoeg'. Het vereveningsmodel van 2014 compenseert namelijk voor een groot deel van de kostenverschillen tussen subgroepen, maar niet volledig. Voor bepaalde subgroepen resteert na toepassing van het vereveningsmodel 2014 een (substantiële) onder/overcompensatie. In combinatie met het verbod op premiedifferentiatie bieden deze onder/overcompensaties ruimte voor risicoselectie wat onder andere een bedreiging vormt voor de kwaliteit van zorg (paragraaf 2.3). Het is daarom van cruciaal belang dat resterende onder/overcompensaties worden verminderd (paragraaf 2.4).

2.2. Onder/overcompensaties van subgroepen door het risicovereveningsmodel 2014

Om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de risicoverevening van 2014 hebben wij het onderzoeksbestand dat is gebruikt voor de risicoverevening van 2014 (WOR-bestand) gekoppeld aan de resultaten van de gezondheidsenquête van het CBS. Met deze koppeling wordt het mogelijk om voor verschillende subgroepen van hoog- of laag-risicoverzekerden na te gaan in hoeverre het risicovereveningsmodel van 2014 een adequate compensatie geeft.

Kort samengevat, zijn voor deze empirische analyse de volgende vier stappen doorlopen: 1) schatten van het vereveningsmodel van 2014 op het WOR-bestand, 2) koppelen van het WOR-bestand aan de resultaten van de gezondheidsenquête, 3) definiëren van relevante subgroepen op basis van de gezondheidsenquête en 4) berekenen van de gemiddelde onder/overcompensatie per subgroep. Voor een verdere beschrijving van deze stappen wordt – omwille van de leesbaarheid van deze rapportage – verwezen naar het technische achtergrondrapport (Van Kleef et al, 2014).

Tabel 4 presenteert voor 46 subgroepen van hoog-risicoverzekerden (dat wil zeggen: verzekerden met relatief hoge verwachte kosten) de geschatte omvang van de subgroep ten opzichte van de gehele Zvw-populatie, de gemiddelde kosten per persoon in euro's, de gemiddelde onder/overcompensatie zonder risicoverevening, de gemiddelde voorspelde kosten volgens het vereveningsmodel van 2014 en de gemiddelde onder/overcompensatie na toepassing van het vereveningsmodel van 2014. De gemiddelde onder/overcompensatie per persoon per subgroep is berekend als de gemiddelde voorspelde kosten minus de gemiddelde feitelijke

⁷ Dit onderzoek zich primair op het vereveningsmodel voor somatische zorg. Naast dit vereveningsmodel kent de Zorgverzekeringswet aparte vereveningsmodellen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en eigen betalingen onder het verplichte eigen risico. Deze twee vereveningsmodellen blijven in dit onderzoek echter buiten beschouwing. Waar in het vervolg van dit rapport wordt gesproken over 'risicoverevening' wordt bedoeld 'risicoverevening voor somatische zorg', tenzij anders vermeld.

kosten. Een negatief bedrag kan worden geïnterpreteerd als ‘ondercompensatie’ en een positief bedrag als ‘overcompensatie’. Omdat de gezondheidsenquête een steekproef betreft, is de onder/overcompensatie per subgroep onderhevig aan toevalsfluctuaties. Met gebruikmaking van de T-toets is voor elk van de subgroepen nagegaan of de gemiddelde onder/overcompensatie significant afwijkt van nul, bij zowel een significantieniveau van 5% als 1%.

Uit Tabel 4 blijkt dat voor alle subgroepen de gemiddelde kosten per persoon hoger liggen dan de gemiddelde kosten in de populatie van 1.785 euro per persoon (Van Kleef et al., 2014). Hieruit kan worden geconcludeerd dat alle 46 subgroepen relatief veel hoog-risicoverzekerden bevatten. Zonder risicoverevening is voor alle 46 subgroepen sprake van ondercompensatie (kolom 4). Deze is berekend door de gemiddelde kosten in de populatie (i.e. de voorspelde kosten volgens een vereveningsmodel zonder vereveningskenmerken) te verminderen met de gemiddelde kosten per subgroep. Voor bepaalde subgroepen zou de ondercompensatie zonder risicoverevening gemiddeld duizenden euro’s per persoon bedragen. Voor 43 van de 46 subgroepen is de ondercompensatie zonder risicoverevening significant verschillend van nul.

Uit Tabel 4 blijkt dat het vereveningsmodel van 2014 de gemiddelde ondercompensatie per persoon voor alle 46 subgroepen substantieel reduceert (ten opzichte van een situatie zonder risicoverevening). Voor vijf subgroepen geeft het vereveningsmodel van 2014 zelfs een overcompensatie; al dient hierbij te worden opgemerkt dat deze overcompensatie niet statistisch significant verschillend is van nul euro en dus sprake kan zijn van toeval. Voor 41 subgroepen is sprake van een gemiddelde ondercompensatie. Voor 30 van deze groepen is de gemiddelde ondercompensatie echter niet significant verschillend van nul; voor de overige 11 subgroepen is dit wel het geval. Gegeven de mate van representativiteit van de groep respondenten voor de gehele Zvw-populatie mag worden verwacht dat deze 11 subgroepen ook op landelijk niveau worden ondergecompenseerd (zie Van Kleef et al. 2014).

De niet-significante onder/overcompensaties in Tabel 4 dienen met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Voor de betreffende subgroepen kan niet met 95 procent zekerheid worden gesteld dat ook op landelijk niveau sprake is van onder/overcompensatie. Dit betekent overigens *niet* dat met 95 procent zekerheid kan worden gesteld dat het vereveningsmodel van 2014 voor deze groepen een adequate compensatie geeft. Mogelijk worden deze groepen ook op landelijk niveau onder/overgecompenseerd maar is de steekproefomvang van de gezondheidsenquête simpelweg te klein om hierover betrouwbare uitspraken te kunnen doen.

Tabel 4. Gemiddelde ondercompensatie (-) en overcompensatie (+) per persoon per subgroep van hoog-risicoverzekerden na toepassing van het somatische vereveningsmodel van 2014 ^{a, b}

Subgroep op basis van informatie uit jaar t-1	Schatting omvang subgroep (in %) ^c	Gemiddelde kosten per persoon in euro's in jaar t	Gemiddelde onder/overcompensatie per persoon in euro's in jaar t zonder verevening	Gemiddelde voorspelde kosten per persoon in euro's in jaar t volgens vereveningsmodel 2014	Gemiddelde onder/overcompensatie per persoon in euro's in jaar t bij vereveningsmodel 2014
<i>Algemene gezondheidsindicatie (alle leeftijden)</i>					
Slechtste score algemene gezondheid	18,9%	4279	-2494**	3903	-376**
Ernstig overgewicht	8,7%	3169	-1384**	2935	-234
Ten minste 1 langdurige aandoening	31,5%	3480	-1695**	3149	-331**
<i>Functionele beperkingen (12 jaar en ouder)</i>					
Beperkt in het horen	2,9%	5133	-3348**	3907	-1226*
Beperkt in het zien	6,1%	3883	-2098**	3175	-708*
Beperkt in beweeglijkheid	7,4%	5819	-4034**	5284	-535
Beperkt in het praten	0,3%	7534	-5749	5956	-1578
Beperkt in het kauwen	3,9%	5118	-3333**	4489	-629
<i>Gezondheidsindicatie op basis van SF-12 vragenlijst (12 jaar en ouder)</i>					
10% slechtste score fysieke gezondheid	9,4%	5707	-3922**	4875	-832*
20% slechtste score fysieke gezondheid	18,9%	4476	-2691**	3806	-670**
10% slechtste score psychische gezondheid	9,5%	2732	-947**	2458	-274
20% slechtste score psychische gezondheid	19,1%	2461	-676**	2351	-110
<i>Beperking Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (55 jaar en ouder)</i>					
Ten minste 1 keer slechtste score ADL	3,5%	7227	-5442**	6579	-648
<i>Zelfgerapporteerde aandoening ooit (12 jaar en ouder)</i>					
Suikerziekte	5,5%	5191	-3406**	5603	412
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	2,5%	5274	-3489**	5324	50
Hartinfarct	3,1%	6425	-4640**	5834	-591
Kanker	7,2%	4895	-3110**	4524	-371
<i>Zelfgerapporteerde aandoening laatste 12 maanden (12 jaar en ouder)</i>					
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	15,4%	1925	-140	1914	-11
Hoge bloeddruk	17,0%	3388	-1603**	3194	-194
Vernauwing van de bloedvaten in buik of benen	2,0%	5178	-3393**	4811	-367
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, CARA	8,1%	3961	-2176**	3759	-202
Psoriasis	2,9%	2294	-509	2128	-166
Chronisch eczeem	4,5%	2510	-725*	2618	108
Duizeligheid met vallen	3,2%	3568	-1783**	3418	-150
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	3,4%	4412	-2627**	3668	-744
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	5,7%	4310	-2525**	3847	-463
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	14,8%	3468	-1683**	3284	-184

Subgroep op basis van informatie uit jaar t-1	Schatting omvang subgroep (in %) ^c	Gemiddelde kosten per persoon in euro's in jaar t	Gemiddelde onder/overcompensatie per persoon in euro's in jaar t zonder verevening	Gemiddelde voorspelde kosten per persoon in euro's in jaar t volgens vereveningsmodel 2014	Gemiddelde onder/overcompensatie per persoon in euro's in jaar t bij vereveningsmodel 2014
<i>Chronische gewrichtontsteking</i> (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	5,5%	3750	-1965**	3561	-189
Ernstige of hardnekkige rugaandoening (incl. hernia)	10,6%	3488	-1703**	3120	-368*
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder	10,5%	3107	-1322**	2854	-253
Andere ernstige aandoening van elleboog, pols, hand	6,3%	3373	-1588**	3066	-307
Andere langdurige ziekte of aandoening	11,5%	4335	-2550**	3899	-436
<i>Comorbiditeit (12 jaar en ouder)</i>					
2 Zelfgerapporteerde aandoeningen	14,4%	2307	-522**	2314	7
3 Of meer zelfgerapporteerde aandoeningen	17,5%	4212	-2427**	3879	-333
<i>Zorggebruik</i> (alle leeftijden)					
Huisarts afgelopen 12 maanden	71,9%	2068	-283**	1986	-82
Specialist afgelopen 12 maanden	37,8%	3114	-1329**	2788	-326**
Ziekenhuisopname afgelopen 12 maanden	6,5%	5773	-3988**	5202	-571*
Fysiotherapeut afgelopen 12 maanden	21,8%	2934	-1149**	2606	-328**
Thuisverpleging afgelopen 12 maanden	0,8%	8865	-7080**	7824	-1041
Thuisverzorging afgelopen 12 maanden	1,4%	9336	-7551**	7990	-1346
Thuisbegeleiding afgelopen 12 maanden	1,5%	4247	-2462**	3698	-549
Medicijn op recept afgelopen 14 dagen	35,7%	3133	-1348**	2947	-186*
<i>Zorggebruik</i> (4 jaar en ouder)					
Bril of contactlenzen	37,1%	2275	-490**	2337	62
Hoorapparaat of geluidsversterker	3,3%	4760	-2975**	4127	-633
<i>Zorggebruik</i> (12 jaar en ouder)					
Hulpmiddelen	7,0%	5094	-3309**	4563	-531
<i>Zorggebruik</i> (16 jaar en ouder)					
Volledig kunstgebit	10,4%	4456	-2671**	4277	-179

^a Op basis van het WOR-bestand 2011 (en kostenniveau 2011)

^b Exclusief de vaste zorgkosten en de kosten van geestelijke gezondheidszorg.

^c Ten opzichte van de gehele Zvw-populatie.

*: p < 0,05, **: p < 0,01

Omdat de risicoverevening budgetneutraal wordt uitgevoerd (dat wil zeggen dat de overall-gemiddelde voorspelde kosten door het vereveningsmodel gelijk zijn aan de overall-gemiddelde feitelijke kosten), impliceren de ondercompensaties in Tabel 4 een overcompensatie op de complementaire subgroepen. Ter illustratie hiervan presenteert Tabel 5 de gemiddelde onder/overcompensatie voor een aantal subgroepen van laag-risicoverzekerden (dat wil zeggen: verzekerden met lage verwachte kosten). Uit de resultaten blijkt dat het vereveningsmodel van

2014 de overcompensatie flink reduceert (ten opzichte van een situatie zonder verevening), maar niet volledig wegneemt. Voor alle acht subgroepen resteert na toepassing van het vereveningsmodel van 2014 een overcompensatie. Voor zeven van deze subgroepen is de overcompensatie significant verschillend van nul. Gegeven de mate van representativiteit van de groep respondenten voor de gehele Zvw-populatie mag worden verwacht dat deze zeven subgroepen ook op landelijk niveau worden overgecompenseerd (zie Van Kleef et al. 2014).

Tabel 5. Gemiddelde ondercompensatie (-) en overcompensatie (+) per persoon per subgroep van laag-risicoverzekerden na toepassing van het somatische vereveningsmodel 2014 ^{a, b}

Subgroep op basis van informatie uit jaar t-1	Schatting omvang subgroep (in %) ^c	Gemiddelde kosten per persoon in euro's in jaar t	Gemiddelde onder/overcompensatie per persoon in euro's in jaar t zonder verevening	Gemiddelde voorspelde kosten per persoon in euro's in jaar t volgens vereveningsmodel 2014	Gemiddelde onder/overcompensatie per persoon in euro's in jaar t bij vereveningsmodel 2014
<i>Algemene gezondheidsindicatie (alle leeftijden)</i>					
Beste score algemene gezondheid	26,8%	744	1041**	969	225**
Geen langdurige aandoening	68,4%	972	813**	1125	153**
<i>Functionele beperkingen (12 jaar en ouder)</i>					
Niet beperkt in horen, zien, bewegen, praten en kauwen	53,8%	1158	627**	1401	243**
<i>Gezondheidsindicatie op basis van SF-12 vragenlijst (12 jaar en ouder)</i>					
Beste score fysieke gezondheid	19,2%	924	861**	1215	291**
<i>Zorggebruik (alle leeftijden)</i>					
Geen gebruik van huisarts, specialist, ziekenhuisopname, fysiotherapeut, thuisverpleging, thuisverpleging en thuisverpleging afgelopen 12 maanden, en geen gebruik van medicijn op recept afgelopen 14 dagen	19,5%	589	1196**	887	298**
<i>Volgt HBO/WO-opleiding of heeft een HBO/WO-opleiding voltooid (12 jaar en ouder)</i>					
Totaal	22,8%	1419	366**	1561	142*
Mannen	12,2%	1481	304*	1570	89
Vrouwen	10,6%	1348	437**	1550	202**

^a Op basis van het WOR-bestand 2011 en kostenniveau 2011

^b Exclusief de vaste zorgkosten en de kosten van geestelijke gezondheidszorg.

^c Ten opzichte van de gehele Zvw-populatie.

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Op basis van de bovenstaande resultaten kan worden geconcludeerd dat het vereveningsmodel van 2014 de onder/overcompensaties die zouden zijn opgetreden zonder risicoverevening

grotendeels reduceert. Voor een aantal relevante subgroepen van substantiële omvang resteert echter een ondercompensatie dan wel overcompensatie die significant verschillend is van nul. Gegeven de mate van representativiteit van de groep respondenten voor de gehele Zvw-populatie mag worden verwacht dat deze subgroepen ook op landelijk niveau worden onder/overgecompenseerd.

2.3. Onder/overcompensaties bieden ruimte voor risicoselectie

Omdat verzekeraars de premie voor de zorgverzekering niet mogen differentiëren naar risicokenmerken van verzekerden, bieden de ondercompensaties in Tabel 4 en overcompensaties in Tabel 5 ruimte voor risicoselectie. Van de Ven et al. (2013) definiëren risicoselectie als: “acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd”. Anders gezegd omvat risicoselectie alle acties (anders dan premiedifferentiatie per product) van verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat onder- of overcompensaties vanuit de risicoverevening worden afgeroomd. In deze omschrijving kunnen vier type acties worden onderscheiden, afhankelijk van wie de actie onderneemt (*verzekeraar* of *verzekerde*) en of de actie als *doel* of alleen als *gevolg* heeft dat onder- of overcompensaties vanuit de risicoverevening worden afgeroomd. Tabel 6 geeft per type een voorbeeld.

Tabel 6. Vier type acties die *bij imperfecte risicoverevening* kunnen worden gekwalificeerd als risicoselectie.⁸

	Acties met als doel	Acties met als gevolg
Verzekeraars	<p><i>Type-1 actie</i></p> <p>Voorbeeld: niet inspelen op de preferenties van groepen chronisch zieken die worden ondergecompenseerd door de risicoverevening met als doel het voorspelbare verlies op deze groepen te vermijden.</p>	<p><i>Type-3 actie</i></p> <p>Voorbeeld: verbeteren van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken met als neveneffect dat de verzekeraar extra chronisch zieken aantrekt en dus verlies maakt omdat deze chronische zieken worden ondergecompenseerd door de risicoverevening.</p>
Verzekerden	<p><i>Type-2 actie</i></p> <p>Voorbeeld: keuze wel/geen vrijwillig eigen risico met als doel de verwachte kosten (premie + verwachte eigen betaling) te minimaliseren.</p>	<p><i>Type-4 actie</i></p> <p>Voorbeeld: keuze voor hoge kwaliteit van zorg door chronisch zieken (en lagere kwaliteit door niet-chronisch zieken) waardoor deze groepen in verschillende polissen terechtkomen.</p>

⁸ Merk op dat de vier typen acties uitsluitend kunnen worden gekwalificeerd als risicoselectie als de risicoverevening imperfect is. Bij perfecte risicoverevening is namelijk geen sprake van onder/overcompensatie en kan dus per definitie geen sprake zijn van risicoselectie. Met uitzondering van type-1 acties door verzekeraars die onterecht in de veronderstelling zijn dat het vereveningssysteem imperfect is.

Twee voor de hand liggende vormen van selectie-acties met als doel dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd zijn bij wet verboden, te weten ‘laagrisico mensen verzekeren zich niet’ en ‘verzekeraars weigeren hoogrisico mensen’. Maar selectie-acties met als *gevolg* dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd, zijn niet in strijd met de wet of worden zelfs door de wetgever gestimuleerd. Bijvoorbeeld, een zorgverzekeraar die de hoogste korting bij een vrijwillig eigen risico geeft, trekt bijgevolg buitenproportioneel veel overgecompenseerde verzekerden aan, die (onder de veronderstelling dat vanwege de concurrentie de overcompensatie in de premie tot uiting komt) een lagere premie betalen dan conform de beoogde risicosolidariteit. Anderzijds trekt een zorgverzekeraar die de beste zorg inkoop voor de chronisch zieken – precies wat de samenleving en de wetgever van een zorgverzekeraar verwachten! – bijgevolg buitenproportioneel veel ondergecompenseerde verzekerden aan, waardoor hij een hogere premie moet vragen dan conform de beoogde risicosolidariteit (anders gaat deze zorgverzekeraar failliet).

Het is dus onjuist om risicoselectie uitsluitend te associëren met doelbewuste acties van zorgverzekeraars gericht op het binnenhalen van groepen overgecompenseerde verzekerden. In het laatstgenoemde voorbeeld gaat het niet om een doelbewuste op selectie gerichte actie, en is geen sprake van een oververtegenwoordiging van *overgecompenseerde* verzekerden, maar juist van *ondergecompenseerde* verzekerden (‘ongunstige-risicoselectie’). Ook is vaak onduidelijk of het gaat om een actie van de verzekerde of van de verzekeraar. Zo kan de selectieve instroom die het gevolg is van selectief contracteren een gevolg zijn van enerzijds de actie door de zorgverzekeraar (selectief contracteren) die niet was bedoeld om aan risicoselectie te doen en anderzijds de actie van de verzekerde (keuze van de polis). Veelal is sprake van een combinatie van acties door de verzekeraar en acties door de verzekerde.

Het woord ‘doel’ in de definitie van risicoselectie impliceert dat risicoselectie niet alleen gaat over acties met als doel dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd waarbij dit doel ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Er kan ook sprake zijn van dergelijke acties *zonder dat dit doel wordt gerealiseerd*, bijvoorbeeld omdat alle verzekeraars even effectief zijn in risicoselectie. Ook kan sprake zijn van acties met als gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd zonder dat dit het doel van de acties was (omdat de acties een ander doel hadden), zoals type-3 actie in Tabel 6.

Minister Schippers (VWS) heeft in een brief aan de Tweede Kamer bovenstaande definitie van risicoselectie gekwalificeerd als ‘een zeer ruime definitie waarbij ook indirecte risicoselectie meetelt’ (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2014). Een minder brede definitie zou echter weinig zinvol zijn omdat veelal niet valt te onderscheiden of (1) het gaat om een actie door de verzekerde of de verzekeraar, en of (2) het niet volledig realiseren van de beoogde risicosolidariteit een doel of gevolg van de actie is. De brief van Schippers geeft overigens geen definitie van het gehanteerde begrip indirecte risicoselectie, of van directe risicoselectie. Voor zover de minister met directe risicoselectie uitsluitend ‘het weigeren van een aspirant-verzekerde door de verzekeraar’ zou bedoelen, wordt met indirecte risicoselectie kennelijk alle overige vormen van risicoselectie bedoeld. Omdat de zorgverzekeraars wel zo verstandig zijn de acceptatieplicht in de Zvw te respecteren en dus geen ‘directe risicoselectie’ zullen toepassen,

gaat dit rapport, in de terminologie van de minister, verder uitsluitend over ‘indirecte risicoselectie’. Korthedshalve zullen wij dit aanduiden met de term risicoselectie.

De mate waarin risicoselectie een bedreiging vormt voor solidariteit, kwaliteit en doelmatigheid verschilt per type actie. Zo zullen type 2, 3 en 4 (zie Tabel 6) vooral leiden tot een afname van solidariteit (omdat verzekerden die worden overgecompenseerd door de risicoverevening in andere zorgpolissen terechtkomen en daardoor een lagere premie zullen betalen dan verzekerden die worden ondergecompenseerd), maar niet zozeer tot een afname van kwaliteit en doelmatigheid. Type-1 acties daarentegen kunnen leiden tot een afname van zowel solidariteit, kwaliteit als doelmatigheid. Bijvoorbeeld: als verzekeraars er doelbewust voor kiezen om niet te investeren in de kwaliteit van zorg om te voorkomen dat hiermee vooral ondergecompenseerde verzekerden worden aangetrokken heeft dat tot gevolg dat de kwaliteit van zorg achterblijft. Type-1 acties kunnen leiden tot een afname van de doelmatigheid als het voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijker is meer tijd, energie en menskracht te besteden aan deze acties die een portefeuilleopbouw met zo weinig mogelijk ondergecompenseerde verzekerden beogen dan aan het bevorderen van doelmatigheid. Een doelmatige zorgverzekeraar met relatief veel ondergecompenseerde verzekerden kan een slechtere financiële marktpositie hebben dan – en daardoor worden weggeconcurrerd door – een ondoelmatige zorgverzekeraar met relatief weinig ondergecompenseerde verzekerden. Ook als alle zorgverzekeraars even succesvol zijn in deze selectie-activiteiten en daarom een identieke portefeuilleopbouw hebben, is sprake van (risicoselectie en) een bedreiging voor de doelmatigheid. Type-1 acties vormen daarmee, *ook al zijn ze niet in strijd met de wet*, de grootste bedreiging voor de publieke belangen in de zorg. Een belangrijk probleem is echter dat de vier typen acties in de praktijk lastig van elkaar zijn te onderscheiden. Zo zal bijvoorbeeld vrijwel nooit met zekerheid kunnen worden vastgesteld of een zorgpolis met een selectief zorgaanbod in de markt is gezet om doelmatigheid te verbeteren (type 3) of om groepen van ondergecompenseerde verzekerden buiten de deur te houden (type 1). Nog lastiger zal het zijn om te achterhalen of een potentiële zorgverbetering uiteindelijk niet is geïmplementeerd uit doelmatigheidsoverwegingen of omdat de verzekeraar verwachtte daarmee groepen van chronisch zieken aan te trekken die door de risicoverevening worden ondergecompenseerd. Het laatste illustreert dat de effecten van risicoselectie grotendeels onzichtbaar kunnen zijn: men zal immers waarschijnlijk nooit weten hoe goed de kwaliteit en doelmatigheid van zorg zou zijn geweest als de risicoverevening perfect was.

2.4. Oplossingsrichtingen voor verdere vermindering van over/ondercompensaties

Omdat risicoselectie een bedreiging vormt voor de publieke belangen in de zorg is het van groot belang dat de onder/overcompensaties in Tabel 4/5 worden verminderd. Mogelijkheden hiervoor zijn een verdere verbetering van het risicovereveningsmodel, het toepassen van ‘overbetaling’, het (gedeeltelijk) toestaan van enige premiedifferentiatie en het verhogen van ex-post kostencompensaties. Deze oplossingsrichtingen worden hieronder verder toegelicht.

Verbetering van het risicovereveningsmodel

Een eerste oplossingsrichting voor een verdere vermindering van onder/overcompensaties betreft het verbeteren van het risicovereveningsmodel.⁹ Hierbij kan worden gedacht aan het toevoegen van nieuwe vereveningscriteria, zoals een criterium voor Meerjarig Lage Kosten, een criterium gebaseerd op AWBZ-indicatie in het voorgaande jaar, een criterium voor wel/geen vrijwillig eigen risico. Een andere mogelijkheid is het verruimen van de huidige FKG-, DKG- en HKG-indelingen, bijvoorbeeld door de DDD-drempels bij FKG's te verlagen, verzekeren met comorbiditeit bij meer dan één DKG in te delen en nieuwe HKG's toe te voegen. Daarnaast kan worden gedacht aan het opnemen van meerjarige DKG's (of een meerjarige compensatie voor de huidige DKG's), meerjarige FKG's en/of een genormeerde achteraf-vergoeding bijvoorbeeld bij zwangerschap/geboorte, overlijden of bij een AWBZ-indicatie in het betreffende vereveningsjaar. Een andere verbetering kan zijn om relevante interacties tussen huidige vereveningskenmerken op te nemen in het vereveningsmodel.

Overbetaling op basis van voorspelde kosten

Mocht het (op korte termijn) niet haalbaar zijn om nieuwe en/of betere vereveningskenmerken te ontwikkelen dan biedt 'overbetaling' een handvat om de prikkels voor het leveren van goede kwaliteit te verbeteren. Overbetaling komt op het volgende neer: verhoog de door het vereveningsmodel voorspelde kosten voor verzekeren die in het vereveningsmodel als hoog-risicoverzekeren worden aangemerkt (groep H, bijvoorbeeld verzekeren met een FKG, DKG, HKG en/of MHK) en verlaag de voorspelde kosten voor verzekeren die in het vereveningsmodel als laag-risicoverzekerde worden aangemerkt (groep L, bijvoorbeeld verzekeren zonder FKG, DKG, HKG en MHK). Omdat de subgroepen in Tabel 4 relatief veel verzekeren uit groep H bevatten leidt 'overbetaling' tot een verhoging van de gemiddelde compensatie voor deze subgroepen. Dit zal de prikkels om in te spelen op de preferenties van deze groepen – zoals het verbeteren van de kwaliteit van zorg – vergroten. Van Kleef et al. (2014) laten zien dat overbetaling ertoe kan leiden dat de ondercompensaties in Tabel 4 (en overcompensaties in Tabel 5) niet langer significant verschillend zijn van nul.

Voordat overbetaling kan worden toegepast dient nader onderzoek te worden gedaan naar de precieze vormgeving en effecten. Belangrijke vragen daarbij zijn: Hoe belangrijk is het uitgangspunt dat per risicoklasse in het vereveningsmodel de gemiddelde voorspelde kosten gelijk zijn aan de gemiddelde feitelijke kosten? Wat zijn de gevolgen van ondercompensatie van verzekeren die in het vereveningsmodel als laag-risico worden aangemerkt? Op basis van welke vereveningscriteria kan/dient overbetaling plaats te vinden? In welke mate?

Premiedifferentiatie en ex-post kostencompensaties

Mochten de twee hierboven genoemde oplossingsrichtingen niet haalbaar/wenselijk zijn dan zou kunnen worden gedacht aan de volgende alternatieven om de ruimte voor risicoselectie te

⁹ Voor een beschrijving van het huidige model, zie Van Kleef et al. (2014).

reducen: 1) het (gedeeltelijk) toestaan van enige premiedifferentiatie (in combinatie met premiesubsidies voor lage inkomens met een verhoogde premie) en/of 2) het (her)invoeren van ex-post compensaties. Premiedifferentiatie houdt in dat verzekeraars aan subgroepen die worden onder/overgecompenseerd een lagere/hogere premie kunnen vragen waardoor de ruimte voor risicoselectie vermindert. Ex-post compensaties houden in dat verzekeraars (deels) worden gecompenseerd op basis van werkelijke zorgkosten waardoor (voorspelbare) verliezen (deels) worden gereduceerd en de ruimte voor risicoselectie vermindert. Deze maatregelen hebben echter belangrijke nadelen. Zo zal niet alleen de ruimte voor risicoselectie worden gereduceerd maar ook de risicosolidariteit (in het geval van premiedifferentiatie) en de prikkels tot doelmatigheid (in het geval van ex-post compensaties). Voor het reduceren van de resterende onder/overcompensaties – met behoud van solidariteit en doelmatigheid – is het dus van cruciaal belang om het vereveningsmodel te verbeteren.

2.5. Samenvatting van bevindingen bij onderzoeksvraag 2

Concluderend kan worden gesteld dat de huidige risicoverevening goed is, maar nog niet goed genoeg. De huidige risicoverevening compenseert namelijk grotendeels voor voorspelbare kostenverschillen tussen groepen van hoog- en laag-risicoverzekerden, maar niet volledig. Voor bepaalde groepen van hoog-risicoverzekerden worden verzekeraars aanzienlijk ondergecompenseerd waardoor deze verzekerden financieel-ongunstige klanten zijn. Tegelijkertijd worden verzekeraars aanzienlijk overgecompenseerd voor bepaalde groepen van laag-risicoverzekerden. Deze onder/overcompensaties bieden ruimte voor risicoselectie en verstoren de prikkel om te investeren in de kwaliteit van zorg. Voor het borgen van de publieke belangen ‘kwaliteit’, ‘doelmatigheid’ en ‘solidariteit’ is het cruciaal dat de onder/overcompensaties verder worden verminderd. Oplossingsrichtingen daarvoor zijn het verbeteren van de risicoverevening, het (gedeeltelijk) toestaan van enige premiedifferentiatie, het verhogen van ex-post kostencompensaties en het ‘overbetalen’ van verzekerden die in het vereveningsmodel als hoog-risicoverzekerden worden aangemerkt. Omdat de laatste drie maatregelen een aantal nadelen met zich meebrengen, verdient het verbeteren van de risicoverevening de voorkeur.

3. Conclusie en discussie

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) zijn in 2006 belangrijke stappen gezet in de richting van een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie. De Zvw markeert de hervorming van de zorgverzekeringsmarkt, waarbij zorgverzekeraars een belangrijke functie is toebedacht als inkopers van zorg namens hun verzekerden. De Wmg en de WTZi bieden de mogelijkheid om de aanbodzijde te liberaliseren door voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer vrijheidsgraden te creëren om te onderhandelen over de prijs, kwaliteit en de organisatie van de zorg. De Wmg moet enerzijds aan zorgverzekeraars de instrumenten bieden om hun rol als zorginkoper waar te maken en anderzijds de nodige waarborgen bieden om te voorkomen dat de introductie van meer ruimte voor concurrentie leidt tot marktfalen.

Met de invoering van de nieuwe ordeningswetten in 2006 is weliswaar een belangrijke stap richting gereguleerde concurrentie gezet, maar was nog slechts in beperkte mate voldaan aan de voorwaarden om deze wijze van marktordening tot een succes te maken. Aangezien er geen blauwdruk bestond voor de overgang van aanbod- en prijsregulering naar gereguleerde concurrentie is sinds 2006 de aanbodzijde van de gezondheidszorg geleidelijk verder hervormd. Een belangrijke vraag daarbij – die centraal staat in dit onderzoek – is of deze geleidelijke hervormingen ertoe hebben geleid dat de noodzakelijke randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie thans beter zijn vervuld dan in 2006. Het korte antwoord daarop is: ja. Ten aanzien van de realisatie van vrijwel alle randvoorwaarden is sinds 2006 vooruitgang geboekt. Ook ten opzichte van de evaluatie van de Zvw in 2009 is in dit opzicht substantiële progressie geboekt. Diverse aanbevelingen van deze evaluatie zijn inmiddels geïmplementeerd. De enige dissonant is de randvoorwaarde van een effectief mededingingsbeleid, waar vooral op het terrein van fusietoetsing eerder sprake lijkt van achteruitgang dan van vooruitgang. Gelet op de snelle consolidatie van zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen is dit een verontrustende constatering.

De hoeksteen van het zorgstelsel met gereguleerde concurrentie is het systeem van risicoverevening. Dit systeem dient zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare, gezondheidsgerelateerde verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. In dit onderzoek is nagegaan hoe goed de huidige risicoverevening werkt. Op basis van de onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat de huidige risicoverevening goed is, maar nog niet goed genoeg. Dit laatste blijkt uit het feit dat verzekeraars nog steeds worden ondergecompenseerd voor bepaalde groepen van hoog-risicoverzekerden en overgecompenseerd voor bepaalde groepen van laag-risicoverzekerden. Deze onder/overcompensaties bieden ruimte voor risicoselectie en verstoren de prikkel om te investeren in de kwaliteit van zorg. Voor het borgen van de publieke belangen ‘kwaliteit’, ‘doelmatigheid’ en ‘solidariteit’ is het van cruciaal belang dat de onder/overcompensaties worden verminderd. Behalve verdere verbeteringen van de risicoverevening – waartoe in dit onderzoek suggesties zijn gedaan – is een vorm van “overbetaling” een oplossing die op korte termijn het overwegen waard is en nader onderzoek verdient. Hierbij wordt de compensatie verhoogd voor verzekerden die in het vereveningsmodel als hoog-risicoverzekerden worden aangemerkt, terwijl de compensatie wordt verlaagd voor verzekerden die in het vereveningsmodel als laag-risicoverzekerde worden aangemerkt.

Behalve de tekortschietende fusietoetsing, de nog steeds aanwezige ruimte voor risicoselectie en de inadequate prikkels voor kwaliteitsverbetering zijn twee andere belangrijke knelpunten: de gebrekkige transparantie van de kwaliteit van zorg en de gebrekkige bekostigingssystemen voor zorgaanbieders. Een belangrijke sleutel voor het oplossen van beide samenhangende knelpunten is het verbeteren van de informatie over de kwaliteit van zorg. Wanneer hier de komende jaren niet een belangrijke slag wordt gemaakt, bestaat het risico dat het zorgstelsel zich in toenemende mate uitsluitend richt op kostenreductie en niet op een goede kwaliteit/prijsverhouding.

Een belangrijke kanttekening bij de resultaten is dat zij alleen gelden voor het huidige verstrekkingenpakket van de Zvw, exclusief de ggz. Deze kanttekening is temeer belangrijk omdat het kabinet voornemens is om het verstrekkingenpakket van de Zvw uit te breiden met een aantal belangrijke verstrekkingen uit de AWBZ. Vanaf 2015 wil het kabinet namelijk de extramurale verpleging en verzorging en de langdurige ggz, samen goed voor circa 4 miljard euro, overhevelen van de AWBZ naar de Zvw. Het valt sterk te betwijfelen of voor deze verstrekkingen in dezelfde mate wordt – of überhaupt kan worden – voldaan aan de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie. Zo is het zeer de vraag of en hoe voor extramurale verpleging en verzorging een adequate risicoverevening kan worden gerealiseerd. Niet alleen is onduidelijk welke risicokenmerken geschikt en beschikbaar zijn, maar ook is de vraag of voor deze verstrekkingen de polisaanspraken (en dus de te verwachten kosten) helder af te bakenen zijn (zeker als deze aanspraken afhangen van de per individu beschikbare mantelzorg). Aangezien verzekeraars volgens het kabinet vanaf 2017 volledig risicodragend moeten worden gemaakt voor deze vormen van zorg, is de kans groot dat de ruimte voor risicoselectie hierdoor fors toeneemt.

Is acht jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet succes van het zorgstelsel verzekerd? Gelet op de belangrijke resterende knelpunten voor succes, kan deze vraag nog niet positief worden beantwoord. Wel is duidelijk dat er in het realiseren van de voorwaarden voor succes de afgelopen jaren substantiële vooruitgang is geboekt. Ook is duidelijk dat zorgverzekeraars de hen toebedachte inkooprol steeds meer zijn gaan invullen. Aanvankelijk hadden zorgverzekeraars daarbij vrijwel uitsluitend oog voor de prijs van zorg. Zo zijn vanaf 2008 forse prijsverlagingen afgedwongen op de markt voor generieke geneesmiddelen en zijn ook de vrij onderhandelbare ziekenhuisprijzen in reële termen gedaald. Daarentegen hadden zorgverzekeraars lange tijd nauwelijks invloed op het zorgvolume en daardoor evenmin op de zorguitgaven. Pas vanaf 2012 hebben zorgverzekeraars door middel van omzetcontracten met ziekenhuizen ook grip gekregen op volume en kosten. Waar de inkooprol van zorgverzekeraars tot op heden echter nog matig uit de verf komt is op het terrein van kwaliteit van zorg. Weliswaar bestaat er bij zorgverzekeraars toenemende aandacht voor kwaliteit – denk bijvoorbeeld aan de uit oogpunt van kwaliteit gestelde minimumvolumenormen voor bepaalde complexe behandelingen en de op basis van bepaalde kwaliteitscriteria geselecteerde preferente zorgaanbieders – maar bij de zorginkoop speelt kwaliteit vooralsnog een ondergeschikte rol. Door het gebrek aan transparantie over de kwaliteit van zorg, hebben zorgverzekeraars thans nog onvoldoende prikkels en mogelijkheden om zich op dit terrein te onderscheiden. Voorzover een hogere kwaliteit niet tevens leidt tot lagere kosten, betekenen de fors toegenomen prikkels

voor verzekeraars om op de kosten te letten dan ook dat de kwaliteit van de zorg in het gedrang kan komen.

De progressie in het realiseren van de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie stemt tot optimisme over de vooruitzichten voor dit ordeningsmodel. Er is dus volop reden om op de ingeslagen weg voort te gaan. Bovendien is er ook geen realistisch alternatief. Een terugkeer naar een zorgstelsel met vergaande aanbod- en prijsregulering is gelet op de negatieve ervaringen daarmee niet aantrekkelijk. Landen met een grotendeels door de staat georganiseerde gezondheidszorg zijn al jaren bezig om een “interne markt” te organiseren om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Consistent verder bouwen aan een zorgstelsel met gereguleerde concurrentie lijkt dus de beste optie voor het zo goed mogelijk realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg.

Literatuur

Achmea (2011), Brief van Achmea aan de leden van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 7 september 2011 (opvraagbaar bij de griffier).

ACM (2013), *ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen. Waarom directies van ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor de afspraken van maatschappen van verschillende ziekenhuizen*, www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/11502/ACM-lijn-maatschappen-en-ziekenhuizen/

Algemene Rekenkamer (2013a), *Indicatoren voor kwaliteit in de zorg*, Den Haag.

Algemene Rekenkamer (2013b), *Transparantie ziekenhuisuitgaven. Uitgavenbeheersing in de zorg deel 2*, Den Haag.

Algemene Rekenkamer (2014), *Bezuiniging op de zorgtoeslag. Realisatie en effect*, Den Haag.

Ashish, K.J, K.E.Joynt, E.J. Orav, A.M. Epstein (2012), The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes, *New England Journal of Medicine* 366(17): 1606-1615.

Baarsma, B., E. van Damme, T. van Dijk, T. Ottervanger, W. VerLoren van Themaat (2009), *Eindrapport commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders*, Den Haag, 29 mei.

Baarsma, B., F. de Kam, R. Linschoten, W. VerLoren van Themaat, M. Varkevisser (2012), *Advies commissie macrobeheersinstrument. Van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimum remedium*. Den Haag, 5 juni.

Bakker, D.H. de, J. Raams, F.T. Schut, H.J.M. Vrijhoef, J.-E. de Wildt (2012), *Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering*, Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, Den Haag.

Bakx, P., E. van Doorslaer, F.T. Schut (2013), Risicoverevening voor ouderenzorg, *ESB* 96 (4651): 20-23.

Bal, R. (2014), Reken ziekenhuis niet af op sterftecijfer, *NRC Handelsblad*, 6 maart.

Bes, R., S. Wendel, J. De Jong (2012), Het vertrouwensprobleem van zorgverzekeraars, *ESB* 97(4647): 676-677.

Boonen, L., F.T. Schut (2010), Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem, *ESB* 94(4572): 678-681.

Bosch, W. van den, M. Boers, C. Wagner (2013), Ziekenhuissterfte regionaal bepaald, *Medisch Contact* 68(13): 658-661.

Duijmelinck, D., W.P.M.M. van de Ven (2011), Beperking keuzevrijheid zorgpolis door aanvullende verzekering, *ESB* 96(4621): 634-637.

Eijkenaar, F. (2013), *Pay-for-performance for health care providers. Design, performance measurement, and (unintended) effects*, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Enthoven, A., L. Tollen (2005), Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. *Health Affairs* W5: 420-433.

Ho, K. (2009), Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs. *Journal of Economics & Management Strategy* 18(2): 487-545.

Keuzenkamp, H. (2012), De ziekenhuisbesteding gefileerd, in: F.T. Schut en M. Varkevisser (red.), *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, Preadviezen 2012, Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde, Sdu, Den Haag, 201-216.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet (2009), Shifted deductibles for high risks: more effective in reducing moral hazard than traditional deductibles, *Journal of Health Economics* 28: 198-209.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven (2012), Gepaste eigen betalingen in de basisverzekering. *ESB Dossier Gepaste Zorg* 97(4644S): 24-30.

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet, W.P.M.M. van de Ven (2012a), Risicoverevening tussen zorgverzekeraars. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 90(5): 312-326.

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet, W.P.M.M. van de Ven (2012b), Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau. Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet, W.P.M.M. van de Ven (2014), Risicoverevening 2014 voor somatische zorg: Analyse van uitkomsten op subgroepniveau. Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Loozen, E.M.H., F.T. Schut, M. Varkevisser (2011a), Verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, *Markt & Mededinging* 14(1): 5-13.

Loozen, E.M.H., F.T. Schut en M. Varkevisser (2011b), Fusie zorgverzekeraars Achmea en De Friesland: hoezo functioneel concentratietoezicht?, *Markt & Mededinging*, 14(5): 169-177.

Loozen, E.M.H., M. Varkevisser en F.T. Schut (2014), Beoordeling ziekenhuisfusies door ACM: staat de consument wel echt centraal?, *Markt & Mededinging*, 17(1), te verschijnen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013a), *Beleidsbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg*, Brief aan Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, kenmerk 159560-111669-CZ, Den Haag, 28 oktober 2013.

Ministerie van VWS (2013b), *VWS-Verzekerdenmonitor 2013*, Directie Zorgverzekeringen, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013c), *Werking risicovereveningssysteem in 2009*, Brief aan Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, kenmerk 178383-114501-Z, Den Haag, 17 december 2013.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013d), *Macrobeheersinstrument (mbi) 2014 in relatie tot het advies van de commissie Baarsma*, Brief aan Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, kenmerk 129098-106242-CZ, Den Haag, 4 juli 2013.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2014), Brief van minister Schippers (VWS) aan de Tweede Kamer dd 4 februari 2014 betreffende “Commissiebrief inzake over risicoselectie door zorgverzekeraars in de basisverzekering (Trouw.nl, 24 december 2013)”.

Newhouse J.P. and the Insurance Experiment Group (1993), *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

NMa (2005), *Visiedocument inkoopmacht*. Den Haag.

NMa (2010), *Richtsnoeren voor de zorgsector*. Den Haag.

NZa (2010), *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2012), *Monitor toetredingsdrempels zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2013a), *Regeling verplichte publicatie sterftecijfers instellingen voor medisch specialistische zorg*, Nadere regel Nr/CU-244, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2013b), *Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2009-2013*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2013c), *Extramurale farmaceutische zorg. Contracteerproces 2013*, Quickscan en beleidsbrief, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2014), *Transparantie voor consumenten. De informatiebehoefte van consumenten en hun ervaringen met het zoeken naar informatie, toegespitst op financiële aspecten van curatieve zorg*, Monitor en beleidsbrief, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

Olsthoorn, S. (2014), Zorgkosten dalen spectaculair door artsen te belonen voor gezondere patiënten, *Het Financieele Dagblad*, 5 februari.

Oortwijn, W., V. Thio, M. Wilkens (2012), Het effect van het verplicht eigen risico, *TPEdigitaal* 6(2): 61-75.

Plomp, E., F.T. Schut, M. Varkevisser (2013), Winstuitkering bij ziekenhuiszorg, *ESB* 98(4667): 508-511.

Pouw, M.E., L.M. Peelen, K.G.M. Moons, C.J. Kalkman, H.F. Lingsma (2013) Including post-discharge mortality in calculation of hospital standardized mortality ratios: retrospective analysis of hospital episode statistics, *British Medical Journal* 347:f5913: 1-12.

Roos, A.-F., F. T. Schut (2012), Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands, *European Journal of Health Economics* 13(1): 51-62.

Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven (2010), Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig, *ESB* 95 (4591): 486-489.

Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven, M. Varkevisser (2010), Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen, *ESB* 95 (4587): 374-376.

Schut, F.T., M. Varkevisser, W.P.M.M. van de Ven (2011), Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen, *ESB* 96 (4610): 294-297.

Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven (2012), Plan zorgpremie gemiste kans, *ESB* 97 (4648): 690-693.

Schut, F.T., E.M.H. Loozen, M. Varkevisser (2014), Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies, *ESB* 99(4628S): 40-45 (te verschijnen 4 april).

Song, Z., D. G. Safran, B.E. Landon, M.B. Landrum, Y. He, R.E. Mechanic, M.P. Day, M. Chernew (2012), The 'Alternative Quality Contract' based on a global budget, lowered medical spending and improved quality, *Health Affairs* 31(8): 1885-1894.

Sorgdrager, W. (2012), *Van incident naar effectief toezicht Onderzoek naar de afhandeling van dossiers over meldingen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*, www.rijksoverheid.nl.

Staatscourant (2009), *Beleidsregel van de minister van EZ houdende bijzondere regels betreffende concentraties van zorgaanbieders*, nr. 13389, 9 september.

Steenbergen, E. van (2014), Elf ziekenhuizen weigeren sterftecijfers openbaar te maken, *NRC Handelsblad*, 2 maart.

Steenhoven, K. van der (2012), *Doorpakken! Organisatieonderzoek naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg*, ABDTOPConsult, www.rijksoverheid.nl.

Sutton, M., S. Nikolova, R. Boaden, H. Lester, R. McDonald, M. Roland (2012), Reduced mortality with hospital pay for performance in England, *New England Journal of Medicine* 367(19): 1821-1828.

Tweede Kamer (2012a), *Voorstel van wet - Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg)*, Kamerstuk 33168, nr.2.

Tweede Kamer (2012b), *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben*, Kamerstuk 33362, nr.2.

Tweede Kamer (2012c), *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013*, Kamerstuk 33400 XVI, nr.15.

Varkevisser, M. (2009), *Patient choice, competition, and antitrust enforcement in Dutch hospital markets*, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Varkevisser, M., F.T. Schut (2011), Zorgspecifieke fusietoets is overbodig en ongewenst, *Tijdschrift voor Toezicht* 2 (1): 33-41.

Ven, W.P.M.M. van de, R.P. Ellis (2000), Risk adjustment in competitive health plan markets, in: A.J. Culyer, J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* 1A. Amsterdam, Elsevier Science:755-845.

Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut (2010), Is de Zorgverzekeringswet een succes?, *TPEdigitaal* 4(1): 1-24.

Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut (2012), Gereguleerde concurrentie: de onvoltooide agenda, in: F.T. Schut en M. Varkevisser (red.), *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, Preadviezen van Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde (KVS), Sdu, Den Haag: 131-151.

Ven, W.P.M.M. van de (2013), Risicoselectie bedreiging voor kwaliteit van zorg. *Economisch Statistische Berichten* 97(4637): 358-361.

Ven W.P.M.M. van de, K. Beck, F. Buchner, J. Wasem, F.T. Schut, E. Schokkaert, A. Shmueli (2013), Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?, *Health Policy* 109(3): 226-245.

Ven, W.P.M.M. van de, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet (2013a), Risicoselectie bij overstap zorgverzekeraar? *Economisch-Statistische Berichten* 98(4673): 714-717.

Ven, W.P.M.M. van de, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet (2013b), Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten? Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

ZonMw (2009), *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw.

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postadres
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl

ISBN 978-94-90420-52-9