

STAND VAN ZAKEN

Hebben zorgverzekeraars te veel macht?

F.T. (Erik) Schut en Marco Varkevisser

In het Nederlandse zorgstelsel fungeren zorgverzekeraars als inkopers van zorg namens hun verzekerden. Verzekeraars maken daartoe contractuele afspraken met zorgaanbieders. Voor evenwichtige onderhandelingen over prijs en kwaliteit is het van belang dat geen van beide partijen een onevenredig sterke machtspositie heeft. In dit artikel bespreken wij of in de gezondheidszorg sprake is van gezonde machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars en -aanbieders.

In het huidige zorgstelsel is zorgverzekeraars de rol toebedacht van kritische inkopers van zorg namens hun verzekerden. Daartoe dienen zorgverzekeraars contractuele afspraken te maken met zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van zorg. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is de ruimte voor dergelijke afspraken fors toegenomen. Zo is het aandeel van de omzet waarover ziekenhuizen met zorgverzekeraars zelf prijsafspraken mogen maken stapsgewijs uitgebreid van gemiddeld 10% in 2006 tot 70% nu. De prijzen van fysiotherapie zijn sinds 2008 vrij onderhandelbaar en die voor apothekers en apotheekhoudende artsen sinds 2012.

Ook voor afspraken over de verstrekking van huisartsenzorg zijn geleidelijk meer vrijheidsgraden ingebouwd. Zo kunnen huisartsen met zogeheten zorggroepen afspraken maken over hun aandeel in de verstrekking van ketenzorg aan patiënten met bepaalde chronische aandoeningen (diabetes mellitus type 2, vasculair risico, COPD en astma). De zorggroepen maken op hun beurt prijs- en kwaliteitsafspraken met de zorgverzekeraars over het totale pakket aan ketenzorg. Verder kunnen huisartsen sinds de invoering van een nieuw honoreringssysteem in 2015 met verzekeraars ook expliciete afspraken maken over de beloning van innovatie en over bijvoorbeeld een doelmatig voorschrijf- en verwijsgedrag. De vrijere onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en -aanbieders leiden niet automatisch tot betere afspraken over prijs en kwaliteit. Een belangrijke voorwaarde voor goede afspraken in het belang van patiënten en premiebetalers is dat geen van beide partijen een dominante machtspositie heeft. Een dominante machtspositie bij verzekeraars kan immers leiden tot te lage prijzen en een verschraling van de kwaliteit en het aanbod van zorg. Een dominante machtspositie bij de zorgaanbieders daarentegen kan leiden tot onnodig hoge prijzen, onvoldoende aandacht voor kwaliteit, gebrekkige service en aandacht voor de patiënt, en het weren van innovatieve toetreders.

Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid en Management
Gezondheidszorg, Rotterdam.

Prof.dr. F.T. Schut en dr. M. Varkevisser, gezondheidseconomen.

Contactpersoon: prof.dr. F.T. Schut (schut@bmg.eur.nl).

UITLEG

Het marktaandeel van ziekenhuizen

Ziekenhuizen opereren voor het grootste deel van hun verrichtingen op een regionale markt. Door fusies neemt het gemiddelde marktaandeel van de ziekenhuizen in de regio toe. Stel, er zijn 4 ziekenhuizen die in een regio elk 25% marktaandeel hebben (ofwel 25% van de regionale patiëntenpopulatie behandelen). Wanneer 2 ziekenhuizen fuseren, blijven er nog 3 ziekenhuizen over en stijgt het gemiddelde marktaandeel in die regio naar 33% (2 ziekenhuizen met elk 25% en 1 fusieziekenhuis met 50% marktaandeel).

GEZONDE MACHTSVERHOUDINGEN?

Van verschillende kanten wordt betwijfeld of aan de voorwaarde van gezonde machtsverhoudingen is voldaan.¹ Zo zijn huisartsen afgelopen jaar onder het motto 'Het roer moet om' massaal in actie gekomen tegen het contracteerbeleid van de in hun ogen te machtige zorgverzekeraars. Hierbij wijzen zij op het feit dat de 4 grootste zorgverzekeringsconcerns bijna 90% van de markt in handen hebben en dat er op regionaal niveau vaak sprake is van een dominante zorgverzekeraar met een marktaandeel van meer dan 50%.² Zij pleiten daarom voor een uitzondering van de toepassing van de Mededingingswet die hen toestaat om gezamenlijk te onderhandelen met de zorgverzekeraars.

Aan de andere kant werd in een evaluatie van de Zvw geconcludeerd dat, mede als gevolg van talrijke fusies in met name de ziekenhuissector en geestelijke gezondheidszorg, de 'marktmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in disbalans lijkt, ten faveure van zorgaanbieders'.³ De uiteenlopende percepties over de machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars en -aanbieders roepen de vraag op wat nu precies die verhoudingen bepaalt.

In dit artikel proberen wij die vraag te beantwoorden. Daarbij maken wij een onderscheid tussen machtsverhoudingen in de eerstelijnszorg en in de medisch-specialistische zorg.

MACHTSVERHOUDINGEN IN EERSTE LIJN

De eerstelijnszorg wordt gekenmerkt door een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners, die vaak werkzaam zijn in relatief kleine praktijken. Zo was in 2015 van de ruim 5000 huisartspraktijken 41% een solopraktijk (met 22% van de huisartsen), 40% een duopraktijk (met 40% van de huisartsen) en slechts 19% een groepspraktijk (met 39% van de huisartsen).⁴ Tegenover dit grote aantal kleine praktijken staan zoals gezegd 4 grote landelijke zorgverzekeraars. Zo op het oog zijn de machtsverhoudingen dus behoorlijk scheef. Maar de macht van de zorgverzekeraars is veel minder groot dan hun hoge marktaandelen suggereren.

MACHTSPOSITIE VAN DE ZORGVERZEKERAARS

De machtspositie van zorgverzekeraars zit bij de zorginkoop niet primair in de omvang van hun marktaandeel, maar in de mogelijkheid om hun verzekerden te kunnen sturen naar bepaalde aanbieders met wie zij gunstige contractafspraken hebben gemaakt. En juist deze sturingsmogelijkheden zijn beperkt.

Niet alleen zijn zorgverzekeraars gebonden aan een wettelijke zorgplicht, maar ook zijn hun mogelijkheden om selectief te contracteren op grond van Zvw artikel 13 beperkt door het wettelijke 'hinderpaalcriterium'. Dit criterium bepaalt dat de vergoeding voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet zo laag mag zijn dat daarmee voor verzekerden een hinderpaal ontstaat om deze zorgverleners te raadplegen. In de praktijk kan elke vergoeding lager dan 100% voor een armlastige verzekerde al gauw een hinderpaal vormen.

Voorts kampen zorgverzekeraars met een vertrouwensprobleem: de bereidheid van verzekerden om te kiezen voor polissen met selectief gecontracteerde zorgaanbieders is beperkt, omdat zij er niet op vertrouwen dat de verzekeraars de beste zorgaanbieders hebben gecontracteerd.⁵ Zonder effectieve sturingsmogelijkheden hebben verzekeraars de facto geen sterke onderhandelingspositie.⁶ Zorgaanbieders die beseffen dat verzekeraars eigenlijk niet om een contract heen kunnen of dat de verzekerden ook zonder contract toch wel komen omdat de kosten grotendeels vergoed worden, zullen zich immers weinig genoodzaakt voelen om afspraken te maken over lagere prijzen of een betere kwaliteit.

EN HOE MACHTIG ZIJN DE ZORGAANBIEDERS?

Binnen de eerstelijnszorg is de positie van de huisartsen veel sterker dan die van de overige aanbieders.^{1,7} Verzekeraars kunnen feitelijk niet om een contract met gevestigde huisartsen heen vanwege hun cruciale verwijfsfunctie – de zogeheten poortwachtersrol – en de inschrijving van patiënten op naam. Bovendien wordt de onderhandelingspositie van de huisarts verder versterkt door de langdurige vertrouwensrelatie met de patiënt: meer dan 60% van de patiënten is langer dan 10 jaar ingeschreven bij dezelfde huisarts.⁸ Wanneer een zorgverzekeraar zou besluiten een huisarts niet te contracteren, betekent dit dat zijn verzekerden die bij die huisarts zijn ingeschreven hun vaak langjarige relatie zouden moeten verbreken. Dat kan reputatieschade opleveren, en daarom is dit voor zorgverzekeraars een weinig aantrekkelijke optie.

Dat verzekeraars in de praktijk niet om een contract met een huisarts heen kunnen, blijkt uit het feit dat zij elk jaar nagenoeg alle huisartsen contracteren. Van belang daarbij is dat de afgesproken contractprijzen sinds de invoering van de Zvw permanent op het wettelijke maximum liggen. Ook uit het feit dat het Nederlandse huisartsenin-

komen internationaal gezien relatief hoog is en sinds de invoering van de Zvw gemiddeld met 2,6% per jaar is gestegen, kan worden afgeleid dat de zorgverzekeraars bepaald geen onredelijk lage contractprijzen afdwingen.⁹ Illustratief voor de sterke positie van huisartsen binnen de eerstelijnszorg is dat de tarieven die zorgverzekeraars afspreken met logopedisten – de enige andere beroepsgroep waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nog maximumtarieven vaststelt – vaak lager liggen dan de maximale NZa-tarieven.⁷

ONVREDE VAN DE HUISARTSEN

Zo er al sprake is van ongelijke machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars en aanbieders van eerstelijnszorg, dan lijkt dit het minst op te gaan voor de huisartsen. Niettemin liepen in 2015 juist de huisartsen te hoop tegen het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars en tegen de toepassing van het kartelverbod op afspraken tussen huisartsen. Hoe is dit te verklaren?

De belangrijkste verklaring lijkt gelegen in de onvrede van de individuele huisartsen over hun beperkte invloed op de contracten die verzekeraars voorstelden. Met name het ontbreken van een ‘goed gesprek’ werd als struikelblok bij de contractering ervaren.¹⁰ Gelet op het grote aantal huisartspraktijken is het voeren van afzonderlijke onderhandelingen met elke individuele praktijk voor verzekeraars echter ondoenlijk en dus niet efficiënt. Maar het ontbreken van mogelijkheden om over contractvoorwaarden te communiceren lijkt een negatief effect te hebben op samenwerking en kan leiden tot onnodige administratieve verplichtingen.⁷

HET ROER GAAT OM

De onvrede van de huisartsen over het contracteerproces heeft inmiddels geleid tot afspraken tussen de overheid en de vertegenwoordigers van huisartsen, verzekeraars en patiënten, die zijn neergelegd in het document ‘Het roer gaat om’ (www.hetroergaatom.nl).¹¹ Deze afspraken betreffen minder bureaucratie, verbeteringen in het contracteerproces en modernisering van het kwaliteitsbeleid. Verder heeft de NZa nadere voorwaarden gesteld aan de contracteerronde voor 2017 en de jaren daarna, die verzekeraars onder meer verplichten tot het informeren van zorgaanbieders alsmede het bereikbaar en beschikbaar zijn voor vragen en opmerkingen.

Ten slotte heeft de minister van VWS op verzoek van de Tweede Kamer opdracht gegeven voor een onafhankelijk onderzoek naar de vraag of er gegronde redenen zijn om huisartsen uit te zonderen van het kartelverbod. De conclusie hiervan luidde dat het kartelverbod geen noemenswaardige belemmering lijkt te vormen voor samenwerkingsafspraken over verbetering van kwaliteit van zorg en dat er, gelet op de positie van de huisartsen, voorals-

nog geen redenen zijn voor een uitzonderingspositie.⁷ Integendeel, het zou huisartsen een vrijbrief geven om prijs- en marktverdelingsafspraken te maken, ‘lastige’ vragen van verzekeraars te ontlopen en innovatieve nieuwkomers te weren.

Het spreekt voor zich dat dergelijke gedragingen de belangen van de patiënt en de premiebetaler niet dienen. Hoewel het niet waarschijnlijk is dat huisartsen formeel zullen worden uitgezonderd van het kartelverbod, heeft de Autoriteit Consument & Markt (ACM) onder druk van de huisartsenactie toegezegd de regels voor de eerstelijnszorg minder streng te zullen handhaven. Deze nieuwe toezichtstijl komt neer op een soort gedoogbeleid, waarbij het er niet naar uitziet dat de ACM snel nog sanctionerend zal optreden in de eerstelijnszorg.^{1,12}

MACHTSVERHOUDINGEN IN TWEEDE LIJN

In de medisch-specialistische zorg zijn de machtsverhoudingen op het eerste gezicht evenwichtig. In de meeste regio's staan enkele dominante zorgverzekeraars tegenover enkele dominante ziekenhuizen. Als gevolg van een groot aantal ziekenhuisfusies is het gemiddelde regionale marktaandeel per ziekenhuis de afgelopen jaren gestegen naar circa 50% (zie uitleg).¹³ Hoewel de regionale marktaandelen van verzekeraars en ziekenhuizen elkaar niet veel ontlopen, lijkt de machtsbalans in de praktijk vooralsnog echter door te slaan in het voordeel van de ziekenhuizen. Zoals eerder uiteengezet hebben verzekeraars namelijk maar weinig mogelijkheden om patiënten te sturen naar ziekenhuizen waarmee zij gunstige contracten hebben afgesloten. Bovendien hebben de ziekenhuizen een aanzienlijke kennisvoorsprong als het gaat om de kwaliteit en kosten van de geleverde zorg.

NOG GEEN GROTE PRIJSSTIJGINGEN

Sinds de drastische liberalisering van de ziekenhuisprijzen in 2012 – waarbij de prijzen van het grootste deel (qua omzet gemiddeld circa 70%) van de ziekenhuisbehandelingen vrij onderhandelbaar zijn gemaakt – heeft de sterke machtspositie van ziekenhuizen nog niet geleid tot excessieve prijsstijgingen, omdat de zorgverzekeraars in hun onderhandelingen met ziekenhuizen worden geruggesteund door de overheid. Via bestuurlijke hoofdlijnakkoorden – waarvan de laatste in 2017 afloopt – is de totale landelijke contracteerruimte namelijk begrensd tot een reële groei van 1%, waarbij de overheid beschikt over het zogenoemde macrobeheersinstrument als ultiem dreigmiddel. Hiermee kan een eventuele overschrijding van de groeiruimte namelijk via een generieke korting bij de ziekenhuizen worden teruggevorderd.

Met deze overheidsstok achter de deur hebben de zorgverzekeraars meer grip gekregen op de prijs- en volume-

LEERPUNTEN

- Evenwichtige machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars en -aanbieders zijn een belangrijke voorwaarde voor goede afspraken over prijs en kwaliteit.
- De feitelijke machtspositie van zorgverzekeraars is veel zwakker dan hun doorgaans grote marktaandelen suggereren.
- Zorgverzekeraars hebben maar weinig mogelijkheden om hun verzekerden te sturen naar zorgaanbieders met wie zij gunstige afspraken hebben gemaakt.
- Binnen de eerstelijnszorg is de positie van huisartsen ten opzichte van zorgverzekeraars relatief sterk.
- Er is geen aanleiding om de machtspositie van huisartsen verder te verstevigen door hen uit te sluiten van het kartelverbod of door kartelafspraken te gedogen.
- Binnen de ziekenhuissector hebben veel ziekenhuizen door fusies een sterke machtspositie verworven.
- Een stringenter toezicht op ziekenhuisfusies is noodzakelijk om een verdergaande scheefgroei in de machtsverhoudingen te voorkomen.

ontwikkeling in de ziekenhuiszorg. Door met ziekenhuizen omzetplafonds af te spreken is de groei van de kosten van ziekenhuiszorg sinds 2012 sterk afgevlakt. In 2015 lag het groeipercentage met 1,5% zelfs net iets onder de groei van het bruto binnenlands product.¹⁴

WAT IS HET EFFECT VAN ZIEKENHUISFUSIES?

Niettemin is de voortschrijdende concentratie in de ziekenhuissector een reden tot zorg. Zo concludeerde de NZa dat bij 8 van de 13 ziekenhuisfusies die vanaf 2011 hebben plaatsgevonden, de marktmacht van de ziekenhuizen zodanig is toegenomen dat forse prijsstijgingen op de loer liggen.¹⁵ In de VS blijken ziekenhuizen die een monopoliepositie bezitten gemiddeld 15% hogere bedragen in rekening te brengen dan ziekenhuizen in regio's met 3 of meer concurrenten.¹⁶ Recent onderzoek in Nederland wijst bovendien uit dat bij de 14 ziekenhuisfusies die zich in de periode 2007-2013 hebben voltrokken, de kwaliteit van zorg niet aantoonbaar is verbeterd.^{17,18} Tot voor kort werd de sterke concentratietendens in de

ziekenhuissector geen strobreed in de weg gelegd. Alle ziekenhuisfusies kregen groen licht van de ACM. Op deze toegeeflijke houding is kritiek gekomen,¹⁹ die inmiddels lijkt te hebben geleid tot een kentering. In juli 2015 is voor het eerst een ziekenhuisfusie verboden en in september 2016 heeft de rechter de ACM in het gelijk gesteld in een beroepszaak die het Albert Schweitzer ziekenhuis en Rivas Zorggroep/Beatrixziekenhuis tegen dit besluit hadden aangespannen.²⁰

CONCLUSIE

Evenwichtige machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars en -aanbieders zijn een belangrijke voorwaarde voor goede afspraken over prijs en kwaliteit, en zijn dus in het belang van patiënten en premiebetalers. Hoewel de heersende opinie vaak anders is, is de feitelijke machtspositie van zorgverzekeraars veel zwakker dan hun doorgaans grote marktaandelen suggereren. Dit komt vooral doordat zij maar weinig mogelijkheden hebben om hun verzekerden te sturen naar zorgaanbieders met wie zij gunstige afspraken hebben gemaakt.

Binnen de eerstelijnszorg is de positie van de huisartsen relatief sterk en is er geen aanleiding om hun machtspositie verder te verstevigen door hen uit te sluiten van het kartelverbod of door kartelafspraken te gedogen. Binnen de ziekenhuissector hebben veel ziekenhuizen als gevolg van fusies inmiddels een sterke machtspositie verworven. De vraag is of zorgverzekeraars zonder ruggensteun van de overheid nog voldoende in staat zijn om effectief te onderhandelen over de prijs en kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Een stringenter toezicht op ziekenhuisfusies, zoals recent lijkt te zijn ingezet door de Autoriteit Consument & Markt, is noodzakelijk om een verdergaande scheefgroei in de machtsverhoudingen te voorkomen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 11 november 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:D1133



KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D1133

LITERATUUR

- 1 Loozen EMH, Varkevisser M, Schut FT. Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen: het belang van markt- en mededingingstoezicht in het Nederlandse zorgstelsel. iBMG Onderzoeksrapport 2016.01. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2016.
- 2 Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit; 2016.
- 3 Evaluatie Zorgverzekeringswet. Eindrapportage september 2014. Amstelveen: KPMG/Plexus; 2015.
- 4 Van Hassel DTP, Kasteleijn A, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2015. Utrecht: NIVEL; 2016.
- 5 Bes RE, Wendel S, Curfs EC, Groenewegen PP, de Jong JD. Acceptance of selective contracting: the role of trust in the health insurer, BMC Health Services Research. 2013;13:375-84.
- 6 Duijmelinck DM, van de Ven WPM. Hoge vergoeding niet-gecontracteerde zorg belemmert zorginkoop. ESB. 2015;100:532-4.
- 7 Kok L, Rosenboom N, Scholte R, Schrijvershof D. De Mededingingswet in de eerstelijnszorg. SEO-rapport nr. 2016-65. Amsterdam: SEO; 2016.
- 8 Marktscan huisartsenzorg: weergave van de markt tot en met 2011. Utrecht: NZa; 2012.
- 9 Health at a glance 2015. Parijs: OECD; 2015.
- 10 Contracteerproces eerstelijnszorg: randvoorwaarden voor een soepel contracteerproces. Utrecht: NZa; 2015.
- 11 Het roer gaat om. In Een, LHV, NHG, VPHuisartsen, ZN, NZa, NPCE, IGZ, VWS, oktober 2015. <https://hetroergaatom.lhv.nl/het-roer-gaat-om>, geraadpleegd op 23 november 2016.
- 12 Wiggers M, Struijlaart R, Ruigewaard J. Annotatie van de uitspraak van de Rechtbank Rotterdam 17 december 2015. Markt & Mededinging. 2016;(4):161-7.
- 13 Medisch specialistische zorg 2014: weergave van de markt 2010-2014. Utrecht: NZa; 2014.
- 14 CBS. Zorguitgaven stijgen langzamer. www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/20/zorguitgaven-stijgen-langzamer, geraadpleegd op 23 november 2016.
- 15 NZa (2015b) Position paper 'Werking van het zorgstelsel', Utrecht.
- 16 Cooper Z, Craig SV, Gaynor M, van Reenen J. The price ain't right? Hospital prices and health spending on the privately insured. NBER Working Paper No. 21815, Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2015.
- 17 Reflectie van ACM op "Ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg". Den Haag: ACM; 2016.
- 18 Batterink M, Reitsma J, Bakker L, Pomp M, Plu R. Ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg. Barneveld: Significant; 2016.
- 19 Loozen EMH, Varkevisser M, Schut FT. Beoordeling ziekenhuisfusies door ACM: staat de consument wel echt centraal? Markt & Mededinging. 2014;(1):5-14.
- 20 Rechtbank Rotterdam, 29 september 2016. Uitspraak in de zaak tussen Albert Schweitzer Ziekenhuis en Rivas Zorggroep en ACM. Zaaknummer: ROT 15/5383. ECLI:NL:RBROT:2016:7373.