Nederlandse Zorgautoriteit

HET VERSCHIL MAKEN

STAND VAN DE ZORGMARKTEN 2011

HET VERSCHIL MAKEN

STAND VAN DE ZORGMARKTEN 2011

Theo Langejan

Eitel Homan

VOORWOORD

We schrijven 2011. Vijf jaar na de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit. Vijf jaar na de start van de stelselwijziging in de zorg. Wat zijn de effecten van de veranderingen van de afgelopen jaren? De NZa beschikt over een schat aan informatie over deze effecten en wil deze informatie graag jaarlijks met u delen door het publiceren van de 'Stand van de zorgmarkten'.

Maar belangrijker nog, wat zeggen deze cijfers? Welke lessen kunnen we daar uit trekken? Voor de zorgaanbieders, voor de zorgverzekeraars, voor de overheid en specifiek de NZa? En wat betekent dit de komende jaren voor de zorgconsument? Is deze voorbereid op alle veranderingen? Hoe versterken we zijn positie?

De titel van deze publicatie is: het verschil maken. Dat is voor alle partijen de opdracht in de komende vijf jaren. Het verschil maken naar elkaar, door onderscheidend te zijn. Maar vooral door het verschil te maken naar de consument, door helder te maken wat je doet.

Naast cijfers leest u in deze publicatie ook acht opiniërende bijdragen van kenners van de zorg. Te weten Barbara Baarsma, Diana Delnoij, Hugo Keuzenkamp, Lex de Lange, Kim Putters, Steven van Eijck, Martin van Rijn en Wim van der Meeren. We vroegen naar hun kritische visie op de toekomst van de zorg en op de rol van onszelf. Hoe maakt de NZa het verschil de komende jaren?

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van deze publicatie.

de Raad van Bestuur,
Theo Langejan
Eitel Homan

INHOUD

VOORWOORD **3**

1. TERUGBLIK 5 JAAR NZa **8**
1.1 Inleiding 8
Column Kim Putters *10*
1.2 Monitoring van marktontwikkelingen 14
1.3 Adviseren over de marktordening 14
1.4 Regulering 15
Column Hugo Keuzenkamp *17*
1.5 Toezicht 20
1.6 Zorgstelsel in de praktijk 21
1.7 Tot slot 22
Column Barbara Baarsma *23*

2. STAND VAN DE ZORGMARKTEN **28**
2.1 Inleiding 28
2.2 Basiskenmerken zorgmarkt 30
Column Diana Delnoij *33*
2.3 De stand van de curatieve zorgmarkt 36
2.3.1 Het stelsel van de curatieve zorg 36
2.3.2 De zorgverzekeringsmarkt 37
Column Lex de Lange *40*
2.3.3 De markt voor medisch specialistische zorg 44
2.3.4 De markt voor curatieve GGZ 46
Column Wim van der Meeren *48*
2.3.5 De markt voor eerstelijnszorg 51
2.4 De stand van de langdurige zorgmarkt 52
2.4.1 Het stelsel van de langdurige zorg 52
Column Martin van Rijn *55*
2.4.2 De zorginkoopmarkt extramurale AWBZ 58
2.4.3 De zorginkoopmarkt intramurale AWBZ 60
Column Steven van Eijck *62*

3. MAAK HET VERSCHIL **68**
3.1 Houdbare zorg 68
3.2 Uitdagingen voor de Cure: verlaat de spagaat 68
3.3 Uitdagingen voor de Care: keuzes voor het individu 69
3.4 Uitdagingen voor de zorgverzekeraars: selectief zorg inkopen en risico’s dragen 70
3.5 Uitdagingen voor de overheid: zekerheden loslaten, kosten beheersen 70
3.6 Uitdagingen voor de NZa: terugtreden en optreden 71
3.7 De belangrijkste uitdaging: een bewuste, actieve consument 71

1 TERUGBLIK 5 JAAR NZa

1.1 INLEIDING

In 2006 wijzigde het zorgstelsel in Nederland ingrijpend met de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De zorg moest overgaan van een centraal gestuurd stelsel naar een vraaggestuurd stelsel met – waar dat mogelijk is – meer ruimte voor eigen initiatief en verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten en verzekerden. De reden: oplopende wachtlijsten, ondoelmatig besteed geld en het perspectief van steeds hoger wordende zorgkosten. De tijd van centrale overheidssturing is met de introductie van de nieuwe wetten voorbij: partijen hebben meer ruimte om zelf te beslissen en zijn verantwoordelijk voor de gevolgen daarvan.

Het verschil tussen particulier- en ziekenfondsverzekerden verdween en de basisverzekering kwam daarvoor in de plaats. Het doel? Verzekeraars concurreren met elkaar om de gunst van de consument door goede zorg en service te leveren tegen een zo laag mogelijke prijs. Die zorg kopen zij in bij zorgaanbieders. Die hebben een belang om goede zorg tegen een goede prijs aan te bieden. En dat zorgt weer voor een prikkel om efficiënter en klantgerichter te werken. Samen strijden zorgaanbieder en verzekeraar om de gunst van de consument: want als die niet tevreden is, dan kan die overstappen.

Om dit systeem op gang te brengen, is de overheid in de afgelopen jaren steeds meer teruggetreden als planner en regelgever in de zorg. Waar dat mogelijk was hebben consument, verzekeraar en aanbieder verantwoordelijkheden gekregen. Bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid om samen te onderhandelen over de prijs en kwaliteit van de zorg, in het geval van vrije prijzen. Of door contracten met elkaar aan te gaan over de te leveren zorg.

Kwalitatief goede zorg voor iedereen beschikbaar en toegankelijk houden blijft een belangrijke overheidstaak in Nederland. Om een breed pakket van diensten beschikbaar te houden, heeft de overheid er alle belang bij dat de productie van die zorgdiensten zo efficiënt mogelijk is. De gedachte achter het nieuwe zorgstelsel is dat in plaats van de overheid, de verschillende partijen sturend moeten zijn: de consument, zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

De drie partijen op de markt moeten dan wel op de juiste manier financieel geprikkeld worden om de gewenste efficiency en kwaliteit te leveren. Dat kan alleen als tussen hen de juiste ***checks and balances*** zijn, zodat de partijen elkaar scherp houden.

Om de overgang van een systeem met centrale sturing naar een systeem met sturing door partijen goed te doen verlopen, is ook regulering nodig. Want in de overgangsfase moet de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd zijn. Ook na de overgang moet iemand bewaken of de markt zijn werk doet. Hiervoor is de NZa opgericht.

Wat is er gebeurd in de afgelopen vijf jaar? In dit hoofdstuk lopen wij in vogelvlucht langs de verschillende taken en verantwoordelijkheden van de NZa en laten met voorbeelden zien hoe wij onze taken hebben ingevuld.

DE NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT

In 2006 richtte de minister van VWS de NZa op. De nieuwe marktmeester en toezichthouder in de zorg kreeg als taak om de publieke belangen in de zorg te bewaken. De NZa heeft een breed palet aan taken en bevoegdheden. Ze is verantwoordelijk voor de regulering van de markt en stelt tarieven, prestaties en budgetten vast op de plekken waar dat moet. Waar het kan, laat ze deze regulering los en mogen verzekeraar en zorgaanbieder zelf onderhandelen over de prijs. De NZa adviseert de minister over de marktordening en spelregels die er op de markt moeten gelden. Ook houdt ze toezicht en monitort ontwikkelingen op de zorgmarkten.

De NZa houdt toezicht op de drie publieke belangen in de zorg:

Kwaliteit

- Heldere informatie over onder andere kwaliteit is van belang voor de concurrentie tussen aanbieders en het keuzegedrag van consumenten en/of zorginkopers.

Toegankelijkheid

- De zorg moet voor consumenten toegankelijk zijn. Dat wil zeggen dat mensen toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand, binnen een redelijke tijd en onder redelijke voorwaarden. Voor een aantal functies bestaat hiervoor wettelijk vastgestelde normen.

Betaalbaarheid

- Het is van belang dat de zorg betaalbaar blijft, zowel op microniveau (een betaalbare basisverzekering) als op macroniveau (geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven). Daarvoor is het belangrijk dat de geleverde zorg op een doelmatige, efficiënte manier tot stand komt.

DE POLITIEK-BESTUURLIJKE LOGICA VAN MARKTMEESTER-SCHAP IN DE ZORG

De taak van de NZa is nog niet volbracht na vijf jaar. Maar zal dat ooit lukken? Drie bestuurskundige dilemma's rond marktwerking in de zorg.

prof. dr. Kim Putters
Hoogleraar Management van zorginstellingen (EUR)
Lid en Ondervoorzitter van de Eerste Kamer

De overheid draagt een stevige grondwettelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Dat schept verwachtingen en verplichtingen, ook in een systeem van gereguleerde marktwerking.

De NZa ziet er daarom op toe dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich houden aan de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zij maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten, zodat consumenten erop kunnen vertrouwen dat hun keuzevrijheid, rechtspositie en de transparantie op markten goed geregeld zijn. Omdat dit in de overgang van een situatie van aanbodregulering naar meer markt en vraagsturing niet vanzelf gaat is er door de wetgever besloten dat de NZa als marktmeester – tijdelijk, namelijk totdat er stabiele markten ontstaan zijn – een aantal rollen tegelijk zou vervullen: advisering, regulering en toezicht en handhaving. Waar staan we vijf jaar later? Er is veel in beweging gebracht en de route naar een meer vraaggerichte gezondheidszorg is ingezet. Uit de rapportage 'De stand van de zorgmarkten' blijkt echter dat er nog veel verbeterd kan worden en het werk van de NZa nog niet is volbracht. Maar zal dat ooit lukken? En welke bestuurskundige dilemma's doen zich voor als onvolledige marktwerking eerder een kenmerk dan een onvolkomenheid in de gezondheidszorg is?

Een eerste bestuurskundig, maar ook politiek dilemma dat dan om de hoek komt kijken betreft de veelkoppige verantwoordelijkheid voor de weging van publieke belangen in de zorg. Wie is nu eigenlijk verantwoordelijk voor de weging van het totaal aan publieke belangen? In het toezicht op de zorgmarkten gebeurt die weging door toezichthouders die elk afzonderlijk verantwoordelijk zijn voor een van die belangen: kwaliteit, doelmatigheid, betaalbaarheid, transparantie. Enerzijds is het goed dat elk publiek belang adequaat is belegd bij een aparte toezichthouder, anderzijds biedt dat geen garantie voor een breed gedragen weging tussen die verschillende publieke belangen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gaat over de kwaliteit van zorg, de NMa over de eerlijke mededinging, de NZa over keuzevrijheid en transparantie, en bijvoorbeeld de Nederlandsche Bank over de solvabiliteit van instellingen. De NZa dient zowel de kwaliteit van zorg als de betaalbaarheid en toegankelijkheid en beweegt zich dus tussen die toezichthouders. Dat biedt enerzijds de kans om tot een weging tussen alle belangen te komen, maar leidt anderzijds gemakkelijk tot competentieconflicten. Informatieprotocollen moeten deze oplossen, maar die voorkomen niet dat inspecteurs met elkaar van mening verschillen over de informatie die doorslaggevend moet zijn in de beoordeling van marktgedrag, bijvoorbeeld bij fusies tussen zorginstellingen. Dat is ook niet zo raar, want de weging van publieke belangen is veel meer een politieke dan een ambtelijke weging. Dat raakt een fundamentele discussie die in het parlement wel is gevoerd maar nooit is uitgediscussieerd: wie geeft de doorslag als kwaliteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid niet tegelijkertijd bediend kunnen worden?
Het antwoord daarop is eigenlijk simpel: de politiek zelf. Die politieke verantwoordelijkheid kan niet door ambtelijke informatieprotocollen worden weggenomen. Het is echter nooit in de wet vastgelegd dat de Minister van VWS de knoop doorhakt bij competentieconflicten (en dus bij de weging van publieke belangen) tussen de toezichthouders in de zorg[1]. Als je de zorglogica daarbij echter centraal stelt dan is dat wel van belang. Het parlement zou de wettelijke verankering van die politieke verantwoordelijkheid moeten overwegen.

Een tweede bestuurskundig dilemma betreft de stapeling van taken en functies – en daarmee van macht – bij de marktmeester. In de eerste periode van haar bestaan is er door de politiek bewust voor gekozen om verschillende functies tegelijkertijd bij de NZa neer te leggen: advisering, regulering, uitvoering, toezicht houden. Dat is gebeurd om goede regie over de borging van de publieke belangen te kunnen voeren in een situatie waarin markt en vraagsturing meer ruimte moesten krijgen. De NZa maakt daarom regels voor de markten die ze zelf creëert en waarop ze vervolgens ook zelf toezicht houdt. Dat is in de overgangsfase effectief, maar het brengt ook een beperkt aantal checks en balances met zich mee. Hoe lang is een dergelijke machtsconcentratie wenselijk en noodzakelijk? De rapportage 'De stand van de zorgmarkten' laat zien dat er op veel deelmarkten nog flinke stappen te zetten zijn om klantinformatie te verbeteren, kosten en opbrengsten voor nieuwe vormen van zorg verlening inzichtelijk te maken, en om daarmee meer keuzemogelijkheden voor patiënten te creëren. Toch is de vraag gerechtvaardigd wanneer de opdracht van de NZa eigenlijk volbracht kan zijn. De markten in de zorg zullen nooit volledig zijn en altijd gebreken vertonen in termen van klantinformatie en 'patient empowerment'. Dat leidt enerzijds tot de noodzaak van een permanente NZa waarin veel taken en macht zijn geconcentreerd. Het kan anderzijds leiden tot het beëindigen daarvan en de acceptatie dat de NMa beter in staat is om eerlijke mededinging te beoordelen, en de IGZ de kwaliteit van zorg. Het is dan, zoals gesteld, de Minister van VWS die bij conflicten tussen beide de politieke knoop moet doorhakken. Om dat bij de ontwikkeling van kwaliteits- en informatiesystemen en kwaliteitsnormen te kunnen

1 De Eerste Kamer sprak dit destijds wel mondeling af met Minister Hoogervorst, maar noch de wet, noch de informatieprotocollen tussen de toezichthouders verankeren die politieke verantwoordelijkheid.

doen, speelt de NZa nog een belangrijke rol als aanjager.
Maar ook die taak kan op termijn door anderen (het veld, een kwaliteitsinstituut) verricht worden. Dan stelt de minister de regels vast, spelen marktpartijen hun rol op de inhoud en houdt de toezichthouder toezicht.

Het derde bestuurskundige dilemma gaat over de zorglogica in de werkwijze van het toezicht op zorgmarkten. Voor de legitimiteit van het toezicht is de verbinding met wat zich op de werkvloer afspeelt cruciaal. Anders staat het ver af van wat zorgprocessen, zorgprofessionals en patiënten ervaren. Dat levert echter een klassiek dilemma in de werkwijze van toezichthouders op. Toezicht houden vraagt namelijk zowel om afstand houden van de praktijk en onafhankelijkheid bewaren, alswel om het maken van de verbinding met de werkvloer en het creëren van vertrouwen. De uitweg ligt in de verbinding die tussen verticaal en horizontaal toezicht wordt gemaakt. In het oordeel van de marktmeester moeten lokale bevindingen en oordelen doorklinken. De oordelen van Raden van Toezicht, van verplegend personeel, van huisartsen en van andere stakeholders zijn belangrijke input voor de marktmeester. Ze moeten uitdrukkelijk in de oordeelsvorming betrokken worden om tot legitiem toezicht en gedragsveranderingen bij marktpartijen te kunnen komen. Alhoewel de oordelen van het lokale toezicht en van lokale stakeholders steeds belangrijker zijn geworden, valt daar winst te behalen. Dat vergt naast het verstand hebben van markten en van verzekeren ook om verstand van de zorginhoud. Het is daarom van het grootste belang dat de NZa zijn zorginhoudelijke kennis op peil houdt. De vice-president van de Raad van State, Herman Tjeenk Willink, wijst al langer op het fenomeen dat op departementen en bij toezichthouders een dominante bureaucratisch-bedrijfsmatige logica domineert die ten koste van de inhoud en de sectorlogica gaat. Van de werkvloer dus. Het is een belangrijke opdracht voor zowel de NZa als de minister van VWS om die dreiging tegen te gaan.

De taak van de NZa is dus nog niet volbracht, maar de eindigheid van zijn bestaan moet wel bevraagd worden. Voor de borging van alle publieke belangen in de zorg zal de NZa bij de ontwikkeling van zorgmarkten nog veel werk te verzetten hebben, waarbij zorginhoudelijke afwegingen zwaar moeten wegen. Uiteindelijk is het echter de minister van VWS die meer politieke verantwoordelijkheid naar zich toe moet trekken voor het prioriteren van publieke belangen die langs elkaar heen schuren, zodat toezichthouders zich kunnen beperken tot het houden van toezicht.

1.2 MONITORING VAN MARKTONTWIKKELINGEN

Welke ontwikkelingen spelen er op een markt? Wat voor effect heeft het liberaliseren van een deelmarkt gehad? Zijn de belangen van de consument nog voldoende geborgd? In monitors en marktscans laat de NZa zien hoe de verschillende zorgmarkten werken, zodat zij bijvoorbeeld haar regulering daar op kan aanpassen, kan besluiten de minister te adviseren een markt vrij te geven, liberalisering juist terug te draaien of in kan grijpen met toezicht en handhaving. De NZa doet dit niet alleen voor de verschillende zorgsectoren, maar ook voor de zorgverzekeraars. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de resultaten uit de monitors die de NZa de afgelopen vijf jaar heeft uitgebracht. De komende jaren blijven wij investeren in monitoring en data-kwaliteit.

1.3 ADVISEREN OVER DE MARKTORDENING

De NZa adviseert over de wijze waarop de zorg het beste kan worden geordend. Ze onderzoekt bijvoorbeeld of er zorgsectoren zijn waar de prijzen kunnen worden vrijgelaten en bekijkt dan of het vrijlaten van de prijzen een positief effect heeft op de publieke belangen. Vrije prijzen kunnen zorgaanbieders bijvoorbeeld stimuleren om meer in kwaliteit te investeren, nieuwe producten te ontwikkelen en ondernemend te zijn. Vanuit het publieke belang van betaalbaarheid zijn vrije prijzen alleen verantwoord wanneer verzekeraars, als inkopers, ook voldoende tegenmacht kunnen organiseren.

De NZa adviseert de minister van VWS per zorgsector of de consument gebaat is bij een gereguleerde of juist meer vrije markt. De minister neemt uiteindelijk de besluiten over de marktordening. De NZa zorgt voor de juiste informatie en marktkennis voor deze keuzes. In de afgelopen periode zijn op advies van de NZa al bij verschillende zorgsectoren de prijzen vrijgegeven, zoals de fysiotherapie, extramurale dieetadvisering, eerstelijnspsychologische zorg, oefentherapie en ketenzorg. Vanaf 2012 worden ook de prijzen vrijgegeven voor 70% van de ziekenhuiszorg, voor de dienstverlening door apothekers en voor de mondzorg. Zo is in vijf jaar tijd voor een aanzienlijk deel van de zorg de overgang gemaakt van gereguleerde productprijzen naar vrije prijzen.

TAAKVERDELING NZa – MINISTER VAN VWS

In 2011 is de taakverdeling tussen NZa en minister vastgelegd in de kaderwet ZBO's. Zo neemt de minister per zorgsector de beslissing om prijzen al dan niet vrij te geven en kan de Tweede Kamer dat besluit toetsen. Op basis van een aanwijzing door de minister stelt de NZa vervolgens beleidsregels op voor de sector, en beslist op basis daarvan weer over tarieven en instellingsbudgetten. Belanghebbenden kunnen die beslissingen laten toetsen door de bestuursrechter. De minister had en heeft het recht beleidsregels te vernietigen. Tot nu toe is daar nog nooit gebruik van gemaakt.

VOORBEELDEN VAN ADVISERING OVER MARKTORDENING DOOR DE NZa

Mondzorg
In 2009 heeft de NZa de minister van VWS geadviseerd om in de mondzorg (inclusief orthodontie) een experiment met vrije prijzen te starten. De NZa verbindt hier wel randvoorwaarden aan, vooral op het gebied van transparantie[1]. De consument moet weten wat hij kan kiezen, welke behandeling hij krijgt tegen welke prijs en heeft recht op begrijpelijke rekeningen. Inmiddels is besloten dit experiment per 1 januari 2012 voor drie jaar te starten. Tijdens het experiment zal de NZa de marktontwikkelingen onderzoeken.

Uitbreiding B-segment
Sinds 2005 is er voor een beperkt gedeelte van de ziekenhuiszorg sprake van prestatiebekostiging. Bij prestatiebekostiging geldt dat betaling alleen plaatsvindt voor zorg die ook daadwerkelijk is geleverd. In 2005 is voor ongeveer 7% van de zorg prestatiebekostiging op basis van vrije prijzen ingevoerd. Dit is het zogenaamde B-segment. Sinds 2005 is het B-segment verder uitgebreid tot ongeveer een derde van de omzet. De prijzen in het B-segment laten over het geheel genomen een gunstigere prijsontwikkeling zien dan in het nog gebudgetteerde A-segment. Het volume stijgt daarentegen wel. In 2011 bracht de NZa advies uit aan de minister om het B-segment verder uit te breiden tot 70%.

1.4 REGULERING

De NZa heeft de mogelijkheid om regels op te stellen voor de zorgsector als geheel en voor individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zo stelt de NZa prestaties en (maximum)tarieven vast bij gebudgetteerde zorg, bijvoorbeeld in de AWBZ, het A-segment van de medisch specialistische zorg en de GGZ. Bij vrije prijzen bepaalt de NZa vaak nog wel de prestaties en geeft de ze duidelijkheid over de spelregels voor partijen in nadere regels, visiedocumenten en beleidsregels. Wat wordt er van hen verwacht als het gaat om de ordening van de markt? En wat mag men van de NZa verwachten?

Bij het opstellen van regels en verplichtingen houdt de NZa rekening met de administratieve lasten die regels met zich meebrengen. Zo zijn de regels voor de administratieve organisatie (AO/IC) in de cure afgeschaft, beleidsregels vereenvoudigd en in aantal verminderd.

1 Visiedocument Bekostigingstructuur mondzorg, maart 2009; Aanwijzing van de minister van VWS inzake invoering vrije tarieven mondzorg, Staatscourant. 2011, 13947.

VOORBEELDEN VAN REGULERING DOOR DE NZa:

Budgetten en tarieven

Het budgetsysteem voor zorginstellingen dat Nederland sinds 1983 kent, geldt –hoewel vernieuwd– nog steeds voor een groot deel van de zorg. Jaarlijks legt de NZa in beleidsregels het budget per instelling vast in bijvoorbeeld de GGZ, de AWBZ en het A-segment bij ziekenhuizen. De instellingen brengen tarieven in rekening bij verzekeraars of patiënten. Aan het einde van het jaar bekijkt de NZa of een instelling meer of minder heeft gedeclareerd dan afgesproken in het budget. Dat positieve of negatieve verschil wordt verrekend met de zorgverzekeraars of zorgkantoren (AWBZ). De minister kan besluiten om overschrijdingen terug te halen bij de zorgaanbieders. De NZa voert deze kortingen uit op aanwijzing van de minister.

Innovatie

Bij de vormgeving van prestaties en/of bekostiging houdt de NZa zoveel mogelijk rekening met vernieuwingen in de zorg. Bijvoorbeeld door tijdig nieuwe prestaties vast te stellen of tijdelijke prestaties mogelijk te maken.

- Voor zorgvernieuwingen die niet passen binnen de bestaande prestatiebeschrijvingen kent de NZa een aantal beleidsregels, zoals de beleidsregel Innovatie.
- Een voorbeeld van innovatie is ‘zorg op afstand’. In 2012 wordt het door de beleidsregel ‘Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2012’ mogelijk om voor zorg op afstand (screen-to-screen zorg) in de AWBZ een tarief te declareren[2].
- De NZa heeft in 2011 nieuwe prestaties vastgesteld voor de farmaceutische zorg. Deze gelden vanaf 2012. Nieuw hierbij is de facultatieve prestatie, waarin zorgaanbieder en –verzekeraar gezamenlijk zelf een nieuwe prestatie overeen kunnen komen. Hierdoor wordt vernieuwing vergemakkelijkt.

Spelregels aanbieders en verzekeraars

In de afgelopen jaren heeft de NZa in verschillende visiedocumenten en beleidsregels inzichtelijk gemaakt wat de spelregels in de zorg zijn en hoe de NZa invulling geeft aan haar taken.

- In 2008 lichtte de NZa bijvoorbeeld haar taken en bevoegdheden toe op het gebied van aanmerkelijke marktmacht (AMM)[3] en de taakverdeling tussen de NMa en de NZa.
- Ook heeft de NZa de handreiking voor goed contracteren gepubliceerd, de good contracting practices[4], voor zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren.
- De NZa heeft in 2010 Richtsnoeren informatievoorziening vastgesteld, met daarin de transparantieverplichtingen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

2 Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2012; CA-300-487.

3 Beleidsregel AMM, AL/BR-0001.

4 Good Contracting Practices, 2010.

HEMELSE MODDER

Het zwaard van de NZa zou fantastisch werk kunnen doen als het uithaalt naar de complexiteit van de regels in de zorg. Met eenvoudiger regels raken we allemaal beter op onze taak berekend.

Hugo Keuzenkamp
bestuurder Westfriesgasthuis

De Nederlandse Zorgautoriteit maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten. Aldus het motto prominent op de website van de NZa. Een engel met zwaard in de knuist zet het motto kracht bij.

Die engel fascineert mij. Ik ben niet zo van de engelen (ik cultiveer een soort van ongeïnteresseerd atheïsme), maar heb net genoeg religieuze bagage meegekregen om deze variant als aartsengel Michael te kunnen plaatsen. Beschermer van de stervenden. En van, nota bene, de apothekers. Is de vijand er met hun patroon vandoor gegaan! Nu we toch met de logo's bezig zijn, die apothekers kunnen er ook wat van: een slang die uit een gifbeker drinkt. Dat is voer voor Freud.

Een marktmeester die zichzelf als engel ziet. Je moet maar durven. Maar voor een econoom heeft het wel iets. Dat moet ik uitleggen. Economen proberen de wereld te begrijpen door deze als een verzameling van markten te analyseren. Daarbij helpt een theorie van perfecte markten, dat is de neoklassieke economische theorie. De wereld die deze theorie beschrijft wordt wel gekscherend de neoklassieke hemel genoemd. In deze hemel gaat alles goed. Consumenten zijn alwetend, weten wat ze willen, zijn consistent en handelen daarnaar (ofwel, ze zijn rationeel). Ze maximeren hun nut, gegeven hun beperkte middelen. Aanbieders zijn al even alwetend, hebben geen marktmacht, zorgen niet voor overlast en maximeren hun winst. Lezers die om welke reden dan ook niet de studie economie hebben willen beginnen laat staan afronden, zullen er wellicht vreemd van opkijken dat dit een hemelse situatie wordt genoemd, maar het is echt waar: onder deze veronderstellingen ontstaat een prachtig marktevenwicht waar geen betere uitkomst bereikt kan worden zonder althans een deel van de hemelbewoners wat af te nemen.

Het aardige van de zorg is nu dat alles wat deze hemelse orde kan verstoren ook werkelijk wordt verstoord. Om te beginnen zijn zorggebruikers niet rationeel. Op het moment dat je ziek wordt ga je rare dingen doen. Je levert je over aan zorgverleners en wilt dat zij voor jou bepalen wat je moet doen. Wie bewusteloos is heeft al helemaal geen keuze. Veel mensen zullen als ze gezond zijn een langdurig pijnlijk stervensproces afwijzen en zijn overtuigd van de keuze voor euthanasie. Als het proces van aftakeling eenmaal op gang komt, verschuiven de grenzen en overwint vaak de overlevingsdrang of de angst voor de dood. Begrijpelijk, maar hier wordt met het rationaliteitpostulaat gespot. En dan hebben we het nog niet eens over het alternatieve zorgcircuit. Voorkeuren zijn compleet noch consistent, als het om zorg gaat.

Een andere marktverstoring is dat ongezondheid besmettelijk kan zijn. Economen hebben het dan over externe effecten. En informatie is niet gelijk beschikbaar voor iedereen. De beruchte tandarts die de diagnose stelt en tevens de ingreep doet heeft andere kennis, en een ander belang (een nieuwe hypotheek?), dan de patiënt die gedwee met zijn mond vol tanden in de behandelstoel ligt. En aanbieders van zorg hebben veelal marktmacht, soms zelfs als monopolist indien ze als enige een bepaalde behandeling kunnen faciliteren.

Een extra dimensie van verstoringen in de zorgmarkt is de betaalrelatie. In gewone markten loopt die direct tussen consument en aanbieder. In de zorg zit daar vaak een verzekeraar tussen. Ook deze markt werkt niet zomaar goed. Immers, van veel individuen is voorspelbaar dat hun schadelast afwijkt van het gemiddelde. Dat leidt tot risicoselectie. En wie dan wel het geluk heeft om verzekerd te raken, raakt opeens iets van de prikkel kwijt om voorzichtig met gezondheid om te gaan. Moral hazard, noemen economen dat. Kortom, als er één sector is die afwijkt van de neoklassieke hemel dan is het wel de zorg. Alle vormen van marktfalen doen zich daar voor. Misschien is die engel uit het logo van de NZa wel de verbinding tussen hemel en aarde. Die engel moet dan wel met de poten in de modder durven staan, laten we zeggen als 'aardsengel'.

Alles wat dus mis kan gaan in een ideale markt gaat ook mis in de zorgmarkt. Er is daarom geen land ter wereld waar de zorg zomaar aan de markt wordt overgelaten. En nee, in de Verenigde Staten is dat al helemaal niet het geval (Amerikaanse toestanden in de zorg hebben dan ook weinig met marktwerking te maken). De zorgsector wordt gereguleerd. Waar ook ter wereld. Nu is het vervelende dat ook bij regulering een spanning tussen ideaal en werkelijkheid bestaat. In alle ontwikkelde landen wordt op dit moment geworsteld met de regulering van de zorg. Toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid worden niet vanzelfsprekend gediend met regulering. Soms is het middel van regulering erger dan de kwaal van de marktverstoring. Een 'National Health' bijvoorbeeld, leidde in Engeland tot schrale zorg met lange wachtlijsten. De regulering in de VS leidt tot extreem hoge kosten en beperkte toegankelijkheid. En de regulering in Nederland leidt tot boze apothekers, huisartsen, orthodontisten, ja zelfs verdrietige ziekenhuisbestuurders. Die boosheid richt zich soms tegen de minister van Volksgezondheid, maar vaker nog tegen de NZa, met dat engeltje als logo.

Is dat terecht? Volledig. Als de NZa een geliefd orgaan in de zorg zou worden zou er iets ernstig mis zijn met het zwaard in de knuist van dit instituut. Deze engel is niet opgericht om aanbeden te worden. Maar wel om gerespecteerd te zijn. Daar schort het echter nogal aan. Dat is de eigen schuld van dit zelfstandige bestuursorgaan. De zorg is waarschijnlijk van nature al de meest complexe sector van de economie.

De wijze van regulering versterkt de complexiteit in hevige mate. Dat ligt deels aan 'Den Haag', maar minstens zo erg aan de NZa zelf. De NZa stuurt zelden een oekaze het veld in zonder dat deze enige tijd later gevolgd wordt door een (forse) correctie of een addendum. Instellingen die met de regels van de marktmeester moeten opereren krijgen de regels vaak pas te horen op het moment dat activiteiten al in gang zijn gezet. Vragen vanuit zorginstellingen of zorgverzekeraars worden niet zelden op een onbevredigende wijze afgehandeld. Er is kortom veel kritiek op het praktisch functioneren van de jarige instelling. Het engeltje uit het logo ziet dit vast en zeker met lede ogen aan maar zou hier kunnen helpen.

Want dat zwaard, dat zou fantastisch werk kunnen doen als het werd ingezet om eens flink uit te halen naar de complexiteit van de regels. Dat helpt bestuurders van instellingen om hun bedrijf te kunnen managen. Ik verkondig al tijden de stelling dat er geen één ziekenhuisbestuurder is die zijn eigen bedrijfsvoering begrijpt, het gevolg is dat management politiek wordt. Ook bij de marktmeester is het aantal mensen dat de eigen regels technisch helemaal in de vingers heeft nihil. De regels moeten eenvoudiger en beter aansluiten bij elementaire bedrijfseconomie. Ook de marktmeester raakt dan beter op zijn moeilijke taak berekend en kan zelfs de almaar uitdijende toezichtlast beknotten. En het helpt de samenleving van enkele illusies over de meerwaarde van detailregulering af.

De zorg zal nooit een zuivere, ongereguleerde sector worden. Dat plekje in de neoklassieke hemel is niet beschikbaar. We moeten genoegen nemen met aardse gebreken die met regelgeving draaglijk worden gemaakt. De vorm van regulering die in Nederland is gekozen is op hoofdlijnen helemaal niet verkeerd. Met een vereenvoudiging van de regelgeving en daardoor een (nog) betere rol van de maker en bewaker van de zorgmarkt krijgen we hemelse modder. Een recept om de vingers bij af te likken.

1.5 TOEZICHT

De NZa houdt toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars en bevordert daarmee het naleven van regels. Hiermee behartigt zij de belangen van de consument. Dat doet zij op verschillende manieren, van het opsporen van fraude en het bevorderen van transparantie op een markt (nalevingstoezicht), het onderzoeken en zonodig ingrijpen bij aanmerkelijke marktmacht (markttoezicht) tot het uitvoeringstoezicht, waarin de NZa bekijkt of zorgverzekeraars en zorgkantoren de Zvw rechtmatig en de AWBZ rechtmatig en doelmatig uitvoeren.

Omdat de zorgplicht van de verzekeraar het kernpunt is van het zorgstelsel, is een belangrijke toets in het rechtmatigheidstoezicht de vraag of de verzekeraar voldoende invulling geeft aan zijn zorgplicht[5]. Toezicht houden en handhaven doet de NZa op verschillende manieren, van het voeren van gesprekken met de overtreders tot het opleggen van boetes. In het document 'Zicht op toezicht'[6] staat de toezichtsvisie van de NZa verder uitgewerkt.

5 Toezichtskader Zorgplicht, 2011.
6 Zicht op toezicht, 2009.

Voorbeelden van toezichtsoptreden door de NZa:

ZORGAANBIEDERS

AMM verplichting
In 2010 heeft de NZa een contracteerverplichting opgelegd aan een apotheek uit Breskens. De apotheek weigerde vanuit een positie van aanmerkelijke marktmacht contracten te tekenen met het preferentiebeleid erin opgenomen. Preferentiebeleid is een instrument voor de zorgverzekeraar om selectief in te kopen en daarmee de kosten voor geneesmiddelen te verlagen. Met het opleggen van de contracteerverplichting voorkomt de NZa dat de betaalbaarheid van de zorg in het geding komt. In 2011 heeft de NZa een last onder dwangsom opgelegd om de naleving van de opgelegde contracteerverplichting af te dwingen.

Onterechte bijbetalingen AWBZ
Bewoners van verzorgingshuizen en andere AWBZ-instellingen meldden zich in 2010 bij de NZa omdat zij moesten bijbetalen voor diensten die al in het verzekerde pakket vallen. Daarop zijn afspraken gemaakt met de zorgkantoren om dit aan te pakken. In 2011 blijkt dat nog steeds bewoners onterecht moeten bijbetalen. De NZa heeft haar toezicht daarop verscherpt en handhaaft direct bij ernstige overtredingen.

ZORGVERZEKERAARS

Rechtmatige uitvoering Zvw
Zorgverzekeraars hebben de plicht om de Zvw volgens de regels uit te voeren. De NZa ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de wet. Verzekeraars mogen geen verzekerden uitsluiten of extra premie vragen als iemand een meer risicovolle verzekerde lijkt. De NZa heeft onder andere opgetreden toen bleek dat een aantal verzekeraars de informatie over hun verzekering op hun website niet op orde had en toen er problemen waren met de overstapservice en de klachtenafhandeling van verzekeraars.

Rechtmatige en doelmatige uitvoering AWBZ
Het toezicht in de AWBZ heeft zowel betrekking op rechtmatigheid als doelmatigheid, omdat in de AWBZ weinig doelmatigheidsprikkels zijn ingebouwd en de zorgkantoren geen financieel risico lopen over de uitvoering van de AWBZ. De NZa beoordeelt jaarlijks zorgkantoren/concessiehouders op basis van een normenkader met prestatie-indicatoren voor de service aan cliënten, de zorginkoop en –contractering en een moderne administratieve organisatie. De afgelopen jaren is na aanwijzing van de NZa de transparantie van het proces van zorginkoop en contractering verbeterd. Het inkoopbeleid en de inkoopcriteria van zorgkantoren zijn openbaar en worden steeds beter uitgewerkt.

1.6 ZORGSTELSEL IN DE PRAKTIJK

Hoe werd het nieuwe stelsel opgepakt in de zorg? Niet iedereen omarmde de stelselwijziging direct. De angst was groot dat vraagsturing voor enorme prijsstijgingen in de zorg zou gaan zorgen. Tot nu toe hebben de wijzigingen niet geleid tot prijsexplosies: de werkelijke prijzen in de zorg zijn over het algemeen zelfs gedaald, maar omdat er steeds meer zorg wordt geleverd, stijgen de totale kosten van de zorg in Nederland nog steeds[7].

De gezondheidszorg legt in Nederland – ook in internationale vergelijking – een aanzienlijk beslag op de nationale middelen. De onderstaande figuur illustreert dit. Het Centraal Planbureau (CPB) verwacht bovendien een blijvende kostengroei tot 2050[8].

7 RIVM, Zorgbalans 2010, de prestaties van de Nederlandse zorg.

8 Presentatie 'health spending and public finance' tijdens het seminar 'The Financial Health of the Dutch Healthcare System', 12 mei 2011.

FIGUUR 1. DE ZORGUITGAVEN ALS PERCENTAGE VAN GDP, OECD LANDEN, 2009

Bron: OESO (Health data 2010)

De totale uitgaven voor zorg in Nederland zijn gemiddeld genomen groter dan in de andere 34 OESO-landen, Voor wat betreft de uitgaven per hoofd van de bevolking, neemt Nederland van alle OESO-landen de vierde plaats in. Opvallend is dat in Nederland bijna 85% van de zorguitgaven publiek wordt gefinancierd, tegenover gemiddeld 72% in andere OESO-landen.

Door de oplopende zorgkosten en de financiële crisis moest toenmalig minister Klink van VWS besluiten de invoering van marktwerking in de zorg nadrukkelijker te koppelen aan het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Hierin bepaalt de minister jaarlijks wat de zorg mag kosten. Dit maakte het mogelijk om in geval van ongewenste ontwikkelingen in te kunnen grijpen. Dat is in de afgelopen jaren meerdere malen gebeurd, denk aan de korting op de honoraria van de medisch specialisten.

In de afgelopen jaren is de onderhandeling tussen consument en verzekeraar enerzijds en tussen verzekeraar en zorgaanbieders langzamer dan verwacht op gang gekomen. Dit komt onder andere doordat de zorg op dit moment nog midden in de overgang verkeert van de oude situatie van centrale sturing naar de nieuwe situatie met minder sturing vanuit de overheid.

1.7 TOT SLOT

De NZa is een betrekkelijk jonge marktmeester in een veranderend zorgstelsel. De NZa begon aan haar opdracht in een speelveld dat zelf ook nog op zoek was en is naar evenwicht. Ze heeft moeten groeien in haar rol, soms haar focus moeten verleggen en doelen bijgesteld.

Wat er in de afgelopen jaren veranderd is in de zorg, leest u in hoofdstuk 2, de stand van de zorgmarkten. Daar staat in feiten en cijfers uitgewerkt welke ontwikkelingen zich de afgelopen vijf jaar hebben voorgedaan op de verschillende zorgmarkten. Dit hoofdstuk bevat informatie uit de monitors en marktscans die de NZa de afgelopen jaren heeft gepubliceerd.

Wat zijn de effecten van vijf jaar nieuw zorgstelsel? Waar hebben veranderingen al effect gesorteerd en waar nog niet? De verschillende bijdragen van kenners van de zorg laten zien op welke punten we hierin goede resultaten hebben geboekt en wat ons nog te doen staat de komende jaren.

In hoofdstuk 3 blikken we vooruit op de vraagstukken die op de diverse spelers op de zorgmarkt afkomen. Welke uitdagingen liggen er voor de verschillende partijen om de veranderingen op de zorgmarkt succesvol door te voeren? Hoe blijft de zorg van goede kwaliteit, toegankelijk voor iedereen en betaalbaar?

HET BESTE VERJAARDAGSCADEAU VOOR DE NZa

prof. dr. Barbara Baarsma
directeur SEO Economisch Onderzoek bijzonder hoogleraar marktwerking- en mededingingseconomie aan de Universiteit van Amsterdam

De NZa viert haar eerste halve kroonjaar. Het mooiste cadeau dat de Zorgautoriteit zou kunnen krijgen, is een duidelijker takenpakket en onafhankelijkheid van het moederdepartement. Invoeging in de NMa zou de onafhankelijkheid van de NZa kunnen vergroten en haar profiel verduidelijken.

De politieke vader van marktwerking in de zorg onderkende het belang van onafhankelijkheid van de Zorgautoriteit. In zijn brief van 10 september 2004 aan de Tweede Kamer over de oprichting van de Zorgautoriteit schreef Hans Hoogervorst dat de minister van VWS in zijn ogen zelf te zeer partij is in de sturing van de zorg om de Zorgautoriteit als dienstonderdeel van het ministerie te kunnen laten functioneren zonder afbreuk te doen aan haar gezag, daadkracht en onafhankelijkheid. Hij voegde daaraan toe dat de beslissingen van de Zorgautoriteit in individuele zaken niet door de politiek dienen te kunnen worden getoetst, maar door de rechter. Zijn voorkeur was dan ook dat de Zorgautoriteit de status van zelfstandig bestuursorgaan kreeg en een vergelijkbare positie kreeg als OPTA in de telecomsector.

Zo geschiedde; de NZa is een ZBO op veilige afstand van de politiek. Maar heeft de NZa een vergelijkbare rol vervuld als de OPTA? Het antwoord is 'nog niet'. De NZa speelt nog onvoldoende de rol van marktontwikkelaar in de zorg. Daarvoor zijn volgens mij drie redenen.

Een eerste reden is het onduidelijke profiel van de NZa als gevolg van een diffuus takenpakket. De autoriteit ontstond op 1 oktober 2006 uit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), beide zijn typische budgetbewakings- en reguleringstaken. Daarnaast vervult de NZa ook een nieuwe functie; als hoeder van marktwerking heeft de NZa de taak om markten te ontwikkelen. Daartoe houdt de NZa sectorspecifiek mededingingstoezicht ten aanzien van partijen met aanmerkelijke marktmacht (AMM), heeft zij de bevoegdheid in te grijpen in overeenkomsten tussen partijen, en kan zij informatie opvragen en verstrekken ter bevordering van de transparantie en het monitoren van marktontwikkelingen. Als budgetbewaker werkt de NZa in opdracht van het ministerie van VWS. Zij legt budgettaire beperkingen of kortingen op aan instellingen waarover zij tegelijk ook als marktmeester hoedt. Als regulator stelt de NZa onder meer tarieven vast. De NZa voert in het kader van deze budgetbewakings- en reguleringstaken geen onafhankelijke oordeelsvorming uit, maar doet dat als marktmeester juist wel. Deze mengeling van taken komt haar onafhankelijke positie niet ten goede.

Een andere reden voor de nog ondergeschikte rol van de NZa als marktmeester, is de onduidelijke rolverdeling met de andere markttoezichthouder NMa. De NMa heeft de lead in concentraties, kartel- en misbruikzaken. De NZa staat nog te veel op de tweede plaats en is het voor marktpartijen niet goed genoeg duidelijk waar ze nu het best kunnen aankloppen als ze op concurrentiebeperkend gedrag stuiten. Eén loket zou helpen.

Een derde reden voor de beperkte rol van de NZa als marktmaker hangt samen met de ontstaansgeschiedenis. Daar waar de Zorgautoriteit van oudsher prima uit de voeten kan met de reguleringstaken, heeft zij meer moeite met het bewerkstelligen van een nieuwe cultuur gericht op het maken van zorgmarkten. Zo blijkt ook uit de evaluatie van de NZa uit 2009 dat zij "nog vaker het gezaghebbende en daarmee richtinggevende geluid zou mogen laten horen en gedrag mogen laten zien dat bij een aangewezen autoriteit hoort." De wettelijke positie en het beschikbaar gestelde instrumentarium biedt de mogelijkheden, maar de NZa gebruikt deze onvoldoende. In het oog springend is het onbenut laten van het AMM-instrument. OPTA zette dit instrument veelvuldig in, juist om de telecommarkt open te breken.

Het AMM-instrument is tot dusver nog slechts één maal ingezet door de NZa. In 2009 legde zij een contracteerverplichting op aan een apotheek in Zeeland die weigerde een contract te sluiten met zorgverzekeraars die een preferentiebeleid voeren. De reden dat de NZa het AMM goeddeels onbenut laat, zo begreep ik ten tijde van het werk voor de Commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, is dat zij het een verstrekkend instrument vindt. Bepalingen als het opleggen van individuele prijsregeling worden gezien als ultimum remedium. Daarnaast gaf de NZa aan ervoor te hebben gekozen bepaalde problemen sectorbreed op te lossen met regulering in plaats van individuele AMM acties. Voorts blijken marktmachtproblemen volgens de NZa in de praktijk vaak vooral samen te hangen met regulering – het zou dan niet voor de hand liggen om het AMM-instrument toe te passen.

Ik concludeer dat de NZa meer van regulering dan van marktwerking lijkt te houden. Gegeven de wortels in het CTG en CTZ is dat misschien ook niet zo gek. Een manier om een cultuurverandering te forceren, is de marktontwikkelingstaak los te maken van de budgetbewakings- en reguleringstaken, en deze taak bij de NMa als Zorgkamer onder te brengen. Dat maakt ook het profiel van de NZa duidelijker en lost ook meteen de samenwerkingsproblemen met de NMa op. Bovendien vergroot het de onafhankelijke positie van het marktwerkingstoezicht in de zorg, niet alleen doordat de overige taken zijn afgesplitst, maar omdat het de afstand tot het moederdepartement vergroot.

Het mededingingstoezicht in de zorg politiseert en daardoor is de ruimte voor de NZa om zelfstandig een koers te varen beperkter. Volgens het regeerakkoord streeft de regering een schaalverkleining in de zorg na. Ook hier zou een samenvoeging met de NMa soelaas bieden. Als de NZa niet een aparte entiteit was geweest, maar een

Zorgkamer bij de NMa, dan was dit voornemen misschien niet nodig geweest. Want waarom wil de minister van VWS dat de NZa en de inspectie eerst naar een fusie kijken voor de NMa dat mag doen? Omdat zij vreest dat de publieke belangen anders onvoldoende worden betrokken in de fusiebeoordeling. Als de NZa en de NMa in één organisatie hadden gezeten, dan was de integrale afweging van alle effecten op consumentenwelvaart – dus niet alleen betaalbaarheid, maar ook bereikbaarheid en kwaliteit – naar buiten toe overtuigender geweest.

Een ander staaltje van politieke bemoeienis is de recente wetswijziging op grond waarvan de minister van VWS individuele aanwijzingen aan de NZa kan geven. De minister kan alle besluiten van de NZa vernietigen. Dit past niet bij een onafhankelijke toezichthouder.

Dat het ook anders kan bewijst de gang van zaken rond toegang tot de kabel. Nog voordat OPTA een besluit kon nemen over openstelling voor concurrenten, legde de Tweede Kamer de toegangsverplichting vast in de wet. Daarmee werd het OPTA onmogelijk gemaakt om een onafhankelijk oordeel over toegang te vellen. Kort nadat het amendement in de Kamer was aangenomen, publiceerde OPTA haar oordeel: een verplichting is niet nodig nu de televisiemarkt concurrerend genoeg is. In reactie stelt de minister van Economische Zaken, Landbouw & Innovatie dat met het amendement wordt afgeweken van “een zeer belangrijk uitgangspunt, dat ook in Europese regels verankerd is, namelijk dat een onafhankelijke toezichthouder moet beslissen over de regulering van de mededinging op markten, met alle waarborgen die daar bij horen”. Dat is inderdaad een belangrijk uitgangspunt dat ook voor de NZa zou moeten gelden.

Wil de NZa dezelfde marktmakende rol vervullen in de zorg als OPTA deed in de telecom, dan is het nodig dat de politieke invloed via VWS afneemt en dat het profiel van de NZa duidelijker wordt. Een mogelijkheid om deze beide zaken te bewerkstelligen is de marktmeesterfunctie van de NZa als Zorgkamer op te nemen binnen de NMa. De gedachte voor het opgaan van de marktmeester NZa in de NMa is niet nieuw. Al in november 2003 schrijft Hoogervorst aan de Kamer dat de NZa “in beginsel slechts tijdelijk een zelfstandige organisatie is” en dat de toezichthouder in 2008 of eerder zal opgaan in de NMa. Later verdween dit idee van het toneel, maar het is nooit te laat om het weer terug te halen en het als verjaardagscadeau aan de NZa te schenken.

2 STAND VAN DE ZORGMARKTEN

2.1 INLEIDING

In 2011 geven we in Nederland naar verwachting ruim € 59,5 miljard uit aan de zorg via collectieve financiering[9]. Een gezin met twee modaal verdienende ouders en twee kinderen onder de 18 draagt inmiddels ruim € 14.000,- per jaar af aan zorgpremies.[10] Dat is ongeveer 22% van het totale bruto gezinsinkomen. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voorspelt dat de zorguitgaven tot 2040 elk jaar met 4 à 5% groeien (zie figuur 2). Met dergelijke groeicijfers maken de zorguitgaven in 2040 ongeveer 30% uit van het bbp.

Nederland is niet het enige land dat voor dit scenario staat. Alle westerse landen staan voor de uitdaging om de uitgavenontwikkeling in de zorg in de hand te houden en tegelijkertijd de kwaliteit van zorg verder te verbeteren en de toegankelijkheid op peil te houden.

Met de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is in Nederland een duidelijke keuze gemaakt om de houdbaarheid van het curatieve zorgstelsel te verbeteren door meer vrijheden en verantwoordelijkheden bij de veldpartijen neer te leggen. Er zijn meer concurrentieprikkels geïntroduceerd om zorgverzekeraars en zorgaanbieders er zo toe te zetten om zorg tegen een zo goed mogelijke prijs-/kwaliteitsverhouding aan te bieden. In de langdurige zorg is nog veel minder sprake van een duidelijk uitgesproken keuze voor een vorm van gereguleerde concurrentie. Tegelijkertijd komen er in de langdurige zorg meer en meer prestatieprikkels bij. Dit om ervoor te zorgen dat partijen zich maximaal inspannen om te luisteren naar de wensen van cliënten en goede zorg leveren tegen een acceptabele prijs.

Het vergt enige jaren om deze prikkels en vrijheden in de zorg te realiseren. Voor zowel de curatieve als de langdurige zorgmarkt geldt dan ook dat zij middenin een transitie verkeren. Op dit moment worden elementen van aanbodsturing uit het verleden gecombineerd met nieuw geïntroduceerde vrijheden en prestatieprikkels. In dit hoofdstuk schetsen we welke ontwikkelingen zich hebben voorgedaan per deelmarkt. In dit hoofdstuk laten we zien hoe de markten zich in de afgelopen vijf jaar hebben ontwikkeld. We bekijken de basiskenmerken van iedere markt en zoomen vervolgens in op de deelmarkten van de curatieve en langdurige zorgmarkt.

9 Het gaat om de begrote premie-uitgaven aan de Zvw en de AWBZ. Bron: Ministerie VWS, Begroting 2011, 2010.

10 Zvw nominale premie, Zvw inkomensafhankelijke premie en AWBZ inkomensafhankelijke premie (excl. eigen betalingen).

FIGUUR 2. ONTWIKKELING ZORGUITGAVEN 2006 – 2015 BUDGETTAIR KADER ZORG (BEDRAGEN X € 1 MILJOEN). IN 2011 BEDRAGEN DE ZORGKOSTEN BIJNA € 60 MILJARD, IN 2015 IS DAT AL € 75 MILJARD.

Bron: VWS

2.2 BASISKENMERKEN ZORGMARKT

In de volgende overzichtstabellen staan alle ontwikkelingen op de curatieve zorgmarkt (Zvw) en de langdurige zorgmarkt (AWBZ) op een rij.

TABEL 1. DE CURATIEVE ZORGMARKT (ZVW)

DE CURATIEVE ZORGMARKT (ZVW)

- Alle Nederlanders zijn verplicht verzekerd voor de Zvw.
- De minister van VWS bepaalt voor het basispakket de omvang van het verzekerde pakket.
- Zorgverzekeraars moeten hun zorg doelmatig zorg inkopen om te kunnen concurreren op de zorgverzekeringsmarkt.
- De Zvw kent daarbij waarborgen om risicoselectie te voorkomen.

Zorgverzekeringsmarkt

Marktkenmerken

- Geconcentreerde markt met in 2011 27 individuele zorgverzekeraars verdeeld over 10 concerns, waarvan de grootste vier samen marktaandeel hebben van 88%.
- Verzekeringspolissen worden zowel in natura, restitutie als in een combinatie van beide aangeboden.

Stand van de markt

- De laatste jaren wisselde circa 4% van de verzekerden van zorgverzekeraar, in 2011 is dit percentage hoger: 5,5%.
- Stijging nominale premie van gemiddeld € 773,- in 2006 naar € 1.199,- in 2011. Belangrijke oorzaken van de premiestijging zijn de groei van de zorguitgaven en de overheveling van de curatieve GGZ naar de basisverzekering.
- Zorgverzekeraars behalen pas vanaf 2009 een positief exploitatieresultaat op de basisverzekering (excl. beleggingsresultaten). In 2009 bedraagt het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde op de basisverzekering ongeveer € 16,- .

Medisch specialistische zorg

Marktkenmerken

- 84 algemene ziekenhuizen.
- 8 academische ziekenhuizen.
- 65 categorale ziekenhuizen.
- 184 zelfstandige behandelcentra.
- Bijna 20.000 medisch specialisten.
- Ongeveer 1/3 deel van bekostiging medisch specialistische zorg op basis van DBC's met vrije prijzen.
- Ongeveer 2/3 deel van de bekostiging op basis van budgetafspraken met representatie van zorgverzekeraars.

Stand van de markt

- In het deel van de markt met vrije prijzen lijkt gereguleerde concurrentie van de grond te komen. De prijzen dalen licht, maar het volume stijgt wel fors.
- Zorginkoop van zorgverzekeraars onvoldoende bevorderd door:
  - De beperkte risicodragendheid van zorgverzekeraars;
  - de beperkt beschikbare kwaliteitinformatie van aanbieders;
  - de budgetafspraken in 2/3 deel van ziekenhuiszorg.

Curatieve GGZ

Marktkenmerken

- Geconcentreerde tweedelijns GGZ-zorg met circa 200 aanbieders; 3.200 aanbieders eerstelijns GGZ.
- 183 aanbieders tweedelijns GGZ maken budgetafspraken met representatie van zorgverzekeraars.
- Bekostiging overige aanbieders GGZ op basis van DBC's, met vrije prijzen voor eerstelijns psychologische zorg.

Stand van de markt

- Vrijwel geen gereguleerde concurrentie in de GGZ:
  - Voor een groot deel van de curatieve GGZ gelden budgetafspraken met een representatie van zorgverzekeraars.
  - Zorgverzekeraars lopen zeer beperkt financieel risico over GGZ-zorg.
  - De huidige DBC-systematiek behoeft nog verbetering om over te kunnen gaan naar een integraal systeem van prestatiebekostiging.

Eerstelijnszorg

Marktkenmerken

- Beperkte marktconcentratie in eerstelijnszorg.
- Bij mondzorg en ketenzorg wel enkele regio's met beperkt aantal zorgaanbieders.
- Bekostiging met door NZa vastgestelde prestaties en veelal met (maximum) tarieven per verrichting.
- Voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadviseering en ketenzorg gelden vrije prijzen.

Stand van de markt

- Voldoende prikkels voor een scherpe en selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars in eerste lijn. Ook is de bekostiging geschikt voor concurrerende zorginkoop door zorgverzekeraars.
- Zorgverzekeraars richten zich in hun contracteerbeleid vooral op fysiotherapie, ketenzorg en farmacie.

TABEL 2. DE LANGDURIGE ZORGMARKT (AWBZ)

DE LANGDURIGE ZORGMARKT (AWBZ)

- Verplichte volksverzekering gericht op het verzorgen, verplegen, begeleiden en behandelen bij het ontbreken van perspectief op genezing.
- Zorgvragers: ouderen, gehandicapten en mensen met psychiatrische aandoening/beperking.
- Vijf aanspraken: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf.
- Onafhankelijke indicatiestelling en keuze voor de cliënt uit zorg in natura of persoonsgebonden budget (PGB).
- Risicoloze uitvoering door 32 zorgkantoren.
- Ministerie van VWS bepaalt omvang verzekerde pakket en het jaarlijks macrobudget ('contracteerruimte').

Zorgverzekeringsmarkt

Per regio (in totaal 32 regio's) voert een zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de AWBZ uit voor alle mensen die AWBZ zorg nodig hebben en woonachtig zijn in de betreffende regio. Cliënten kunnen niet kiezen voor een andere uitvoerder van de AWBZ. Een verzekeringsmarkt, zoals de Zvw die kent, ontbreekt.

Zorginkoopmarkt extramurale AWBZ

Marktkenmerken

- 340.000 mensen ontvangen extramurale AWBZ-zorg (2010).
- circa 117.000 mensen hebben PGB (2011).
- gemiddeld 40 zorgaanbieders per zorgkantoorregio, maar grote verschillen tussen zorgkantoorregio's.
- zorgkantoren hebben geen contracteerplicht.
- maximumtarieven.

Stand van de markt

- De AWBZ-markt heeft zich ontwikkeld tot een relatief dynamische deelmarkt:
  - Afgelopen jaren toename aantal aanbieders en kleine afname mate van concentratie.
  - Toename dynamiek in de contractering van aanbieders door zorgkantoren: budgetgaranties voor aanbieders zijn afgenomen, lagere prijzen dan maximumtarief, kwaliteit van geleverde zorg bepaalt mede de hoogte van de prijs of het volume.
  - Toegenomen regie door cliënten: vanaf 1 januari 2007 tot heden verdubbeling totaal aantal PGB-houders.
  - Verschillen in prestaties tussen zorgkantoren waarneembaar.

Zorginkoopmarkt intramurale AWBZ

Marktkenmerken

- 260.000 mensen ontvingen intramurale AWBZ-zorg (2010).
- circa 13.000 mensen hebben een PGB (2011).
- gemiddeld 28 zorgaanbieders (excl. GGZ) per zorgkantoorregio, maar grote verschillen tussen zorgkantoorregio's.
- zorgkantoren hebben wel een contracteerplicht.
- bandbreedtetarieven.

Stand van de markt

- In vergelijking met extramurale AWBZ minder dynamiek en hogere toetredingsdrempels.
- De afgelopen jaren zijn er wel belangrijke veranderingen in de regulering doorgevoerd, waardoor de komende jaren aanbieders meer gestimuleerd kunnen worden tot innovatie en kwaliteitsverbetering:
  - Per 2010 is prestatiebekostiging ingevoerd: instellingen krijgen niet langer een gemiddelde vergoeding per bed, maar een vergoeding per cliënt afhankelijk van zijn zorgzwaarte ('ZZP-bekostiging'). Zorgkantoren hebben daarnaast meer ruimte gekregen om met de zorgaanbieders te onderhandelen over de prijs-/kwaliteitverhouding.
  - Per 2009 hebben aanbieders geen toestemming meer nodig van de overheid voor bouw of renovatie.

De langdurige zorgmarkt en de curatieve zorgmarkt zijn onder te verdelen in verschillende deelmarkten. In tabel 3 staan deze opgesomd. In de paragrafen hierna bespreken we de stand van iedere zorgmarkt en de bijbehorende deelmarkten.

TABEL 3. DE NEDERLANDSE ZORGMARKT

De curatieve zorgmarkt (Zvw)			De langdurige zorgmarkt (AWBZ)	
Zorgverzekeringsmarkt: De markt waarop burgers zich verzekeren voor het basispakket van de Zvw en daarbij een keuze maken uit met elkaar concurrerende verzekeraars.			**Geen zorgverzekeringsmarkt:** Per regio (in totaal 32 regio's) voert een zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de AWBZ uit voor alle burgers die AWBZ zorg nodig hebben en woonachtig zijn in de die regio. Cliënten kunnen niet kiezen uit concurrerende verzekeraars.	
Eerstelijnszorg: • Huisartsenzorg • Mondzorg • Fysiotherapie • Farmacie • Verloskunde en kraamzorg • Etc.	**Curatieve geestelijke gezondheidszorg:** extramurale GGZ-zorg en de eerste 365 dagen intramuraal verblijf in het kader van een behandeling.	**Medisch specialistische zorg:** • Ziekenhuizen • Categorale ziekenhuizen • Zelfstandige behandelcentra • Medisch specialisten	**Zorginkoopmarkt extramurale AWBZ:** persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling in de thuissituatie voor ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening/beperking.	**Zorginkoopmarkt intramurale AWBZ:** persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling in combinatie met verblijf in een instelling voor ouderen, gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening/beperking.

FORS INZETTEN OP INFORMATIE-INFRASTRUCTUUR

Diana Delnoij
directeur Centrum Klantervaring Zorg
hoogleraar Transparantie in de zorg

In deze tijd van Senseo en Nespresso is het moeilijk koffiedik kijken, als dat ooit al een betrouwbare manier was om de toekomst te voorspellen. Toch wil de NZa –ter ere van haar vijfjarig bestaan– graag vooruit kijken en de vraag stellen: hoe ziet de toekomst van de zorg er de komende tien jaar uit?

De financiële wereld heeft beursgoeroes om zich in tijden van onzekerheid aan vast te klampen. Maar in de zorg houden we niet van goeroes; dat riekt teveel naar kwakzalverij. Voor wie een wat meer onderbouwde visie op toekomstige ontwikkelingen nastreeft, rest eigenlijk maar één mogelijke aanpak: kijk goed naar de trends die zich in het verleden hebben voorgedaan en vraag je af wat je daarvan kan leren voor de toekomst.

Wat zagen we in de afgelopen vijf jaar gebeuren? Onder het motto 'schoenmaker blijf bij je leest' zal ik me bij het beantwoorden van die vraag beperken tot de ontwikkelingen op het terrein van transparantie over kwaliteit. Transparantie over kwaliteit is een belangrijke randvoorwaarde voor het functioneren van het stelsel. Zorgverzekeraars en patiënten hebben vergelijkende informatie nodig over de kwaliteit en prijs van zorg om bewuste keuzes te kunnen maken met betrekking tot zorginkoop en zorgconsumptie. Die informatie moet dus publiek toegankelijk zijn en bovendien aan een aantal belangrijke eisen voldoen: ze moet betrouwbaar, begrijpelijk en vergelijkbaar zijn, zo schreef de NZa in 2007.[1] Voor wat betreft de prijs van zorg is dat al best ingewikkeld. Want wat kost bijvoorbeeld een heupoperatie precies, wat reken je daarin wel en niet mee en wie betaalt welk deel van de kosten? Daar gaat achter de schermen heel wat rekentijd in zitten. Gelukkig is er wél overeenstemming over de te gebruiken maat: we vergelijken prijzen gewoon in euro's.

WAT IS KWALITEIT?

Dat is anders als het over kwaliteit van zorg gaat. Want wat is kwaliteit eigenlijk? Welke maat kunnen we gebruiken om de kwaliteit van zorgproducten en diensten met elkaar te vergelijken? Gaat het alleen om gewonnen levensjaren? Of ook om kwaliteit van leven en om de kwaliteit van het proces van zorgverlening? Hoe betrouwbaar kan kwaliteit gemeten worden? En hoe vertaal je de resultaten van die metingen op zo'n manier dat de informatie voor patiënten begrijpelijk is? Deze vragen zijn de afgelopen vijf jaar onderwerp geweest van discussie tussen landelijke koepels van verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten- en consumentenorganisaties.

ZICHTBARE ZORG

Ondersteund door het projectbureau Zichtbare Zorg hebben bestuurders onderhandeld over de definitie van betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsindicatoren, over de frequentie waarmee er gemeten moet worden, over de mate van detail waarin informatie openbaar mag worden gemaakt en –niet in de laatste plaats– wie dat allemaal moet betalen. De besluitvorming aan deze onderhandelingstafels werd deels gevoed door resultaten van onderzoek naar de omschrijving en het meten van kwaliteit en naar de wijze waarop deze informatie aan consumenten gepresenteerd moet worden. Maar dat onderzoek was zelden reflectief, laat staan fundamenteel van karakter. Het meeste was erg instrumenteel. Daarmee bedoel ik dat het onderzoek erop gericht is geweest om letterlijk instrumenten te ontwikkelen voor het meten van kwaliteit van zorg: indicatorensets voor zogeheten zorginhoudelijke indicatoren die bestaan uit definities van tellers en noemers, en CQ-index vragenlijsten die ervaringen van patiënten met de zorg meten. De ambities waren hoog. Alleen al voor de ziekenhuiszorg moesten er in een periode van vier jaar voor 80 aandoeningen indicatoren worden ontwikkeld. En dan was er nog de verpleging, verzorging en thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en wat te denken van de eerste lijn, met huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, enz. Voor al die sectoren en beroepsgroepen zijn indicatorensets ontwikkeld. We hebben CQ-index vragenlijsten voor alle vormen van zorg, van de wieg (kraamzorg) tot het graf (palliatieve zorg) en van electieve chirurgische ingrepen tot verslavingszorg en vrouwenopvang. En dat binnen vijf jaar. In de woorden van Hans Maarse[2]: "We zijn getuige van het ontstaan van een 'informatie-industrie' die de zorgconsument toegang tot objectieve en vergelijkbare informatie over de prestaties en kosten van verzekeraars en zorgaanbieders moet verschaffen".

Wat heeft al dat 'rennen, springen, vliegen, duiken, vallen, opstaan en weer doorgaan'[3] van de afgelopen jaren ons opgeleverd? En wat kunnen we daarvan leren voor de toekomst? Er zijn een paar belangrijke inzichten, die gevolgen zouden moeten hebben voor de toekomst van de transparantie. Let wel: zouden moeten hebben. Dat is een normatieve uitspraak. Of het ook in de toekomst zo zal gaan, is zoals gezegd koffiecups kijken.

HELDERE INDICATOREN

We hebben geleerd dat het buitengewoon moeilijk is om alle verschillende aspecten van kwaliteit van zorg op een betrouwbare en vergelijkbare manier te meten. Dat begint vaak al bij de definitie van indicatoren. De informatievragende partijen (jargon voor: verzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties) willen kwaliteit het liefst meten aan de hand van uitkomstindicatoren. Dus: overleving bij kanker, of verbeterde visus bij staaroperaties, of minder vermoeide benen bij spataderen. Maar de informatieleverende partijen (lees: dokters) weten dit type indicatoren nou juist vaak te diskwalificeren als niet

1 NZa. Visiedocument (In) het belang van de consument. Het consumentenprogramma van de NZa. Utrecht: oktober 2007
2 Maarse H. De markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Maastricht, 2011, p. 299
3 Herman van Veen. Opzij opzij opzij.

betrouwbaar, bijvoorbeeld omdat de uitkomst mede beïnvloed wordt door comorbiditeit of door niet te meten verschillen in indicatiestelling. Uitkomsten van zorg worden door veel factoren bepaald waarbij de toestand van de individuele patiënt de belangrijkste is en de relatieve bijdrage van de kwaliteit van de zorg vaak moeilijk nauwkeurig valt vast te stellen. Als informatievragende partijen kun je daar een complottheorie over ontwikkelen, maar een feit is dat het betrouwbaar vergelijken van uitkomsten om een gedegen onderbouwing vraagt. Niet voor niets bevat de gezaghebbende vergelijking 'Health at a glance' van de OECD maar 11 indicatoren voor het vergelijken van de kwaliteit van zorg in de aangesloten landen.[4] Voor veel aandoeningen geldt bovendien dat de uitkomst mede afhankelijk is van de indicatiestelling. Die indicatiestelling blijkt tussen regio's nogal te verschillen, heeft recent onderzoek van Plexus laten zien.[5] Laten we dat de komende jaren dan eerst maar eens goed in kaart brengen, voordat we verder praten over het meten van uitkomsten.

DRUK OP DE KNOP

Een bijkomend probleem bij uitkomstindicatoren is dat ze vaak moeilijk uit reguliere databases te halen zijn. Daardoor is er sprake van gescheiden circuits, waarbij de data voor de externe verantwoording los staan van de gegevens die voor interne kwaliteitsverbetering worden gebruikt. Als bepaalde gegevens specifiek voor externe verantwoording geregistreerd moeten worden in instellingen, zijn ze gevoelig zijn voor meetfouten en manipulatie. Als 2.000 verpleegkundigen in even zoveel instellingen moeten vastleggen hoeveel patiënten aan decubitus of ondervoeding lijden, dan zeggen de uitkomsten daarvan misschien meer over de registratievaardigheden van de verpleegkundigen dan over de gezondheidstoestand van patiënten. Als het ons echt menens is met die uitkomstindicatoren, dan moeten we fors investeren in het verbeteren van de informatie-infrastructuur in de zorg, zodat indicatoren met een druk op de knop kunnen worden afgeleid uit de onderliggende elektronische dossiers die ook in het primaire proces worden gebruikt. Dit vraagt ook om het zorgvuldig regelen van de bijbehorende privacy- en dataveiligheidsaspecten. Maar of daar in de komende jaren van economische tegenwind de ruimte en de politieke wil voor is …

Misschien is het tijd voor een pas op de plaats en enige reflectie. Uitkomsten zijn voor veel patiënten namelijk minder belangrijk dan iedereen altijd maar aanneemt. Uit onderzoek rond de CQ-index[6] is gebleken dat het algemene oordeel van patiënten over de zorg vooral bepaald wordt door hun ervaring met de communicatie en omgang met de zorgverleners, en de informatieverstrekking. Ook wachttijden en continuïteit van zorg zijn belangrijk. Gezondheidsuitkomsten spelen minder een rol bij de beoordeling van de behandeling. De door patiënten ervaren uitkomsten, zoals beter kunnen zien na een staaroperatie of beter kunnen lopen na een heup-/knieoperatie, laten bovendien nauwelijks verschillen zien tussen instellingen. Als keuze-informatie of inkoopinformatie is de bruikbaarheid ervan dus gering. Dat wil overigens niet zeggen dat de zorg overal goed is. Voor 30 tot 40% van de mensen die een spataderbehandeling, een staaroperatie of een heup-/knieoperatie onderging, geldt dat de klachten niet verminderd zijn, of zelfs erger geworden.[7]

ÉÉN SYSTEEM

De uitdaging voor de komende tien jaar zal zijn om kritisch te kijken naar de indicatoren die tot nu toe ontwikkeld zijn en naar de onderliggende informatie-infrastructuur. Wij moeten af van de gescheiden informatiesystemen. Over tien jaar zou het mogelijk moeten zijn om informatie voor externe verantwoording af te tappen uit interne registratiesystemen. Dat komt zowel de betrouwbaarheid als de bruikbaarheid van gegevens ten goede. Maar om op die manier externe verantwoordingsinformatie en interne kwaliteitsmonitoring aan elkaar te kunnen verbinden, is het nodig dat alle belanghebbenden het er globaal over eens zijn wat er gemeten wordt en hoe. Daarbij blijft naast betrokkenheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook een goede inbreng van zorggebruikers essentieel.

PRIORITEITEN STELLEN

We moeten ook af van het idee dat transparantie in alle sectoren van de zorg op dezelfde manier en in hetzelfde tempo vorm moet krijgen. Goed toegankelijke, betrouwbare en vergelijkbare keuze-informatie is vooral nodig daar waar voor patiënten werkelijk iets te kiezen valt. Daar waar dus al sprake is van een markt of daar waar we vinden dat die markt met voorrang zou moeten worden ontwikkeld. Met dit in het achterhoofd zouden een aantal prioriteiten moeten worden gesteld in het transparantiebeleid. Daar ligt een schone taak voor de NZa. Om het in Nespresso-termen te zeggen: who else?

---

4 Dat zijn: vermijdbare ziekenhuisopnamen voor astma, diabetes en hartfalen; ziekenhuissterfte bij hartinfarct en beroerte; ongeplande ziekenhuisopname bij psychiatrische aandoeningen; screening en overleving bij borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker; en vaccinatiegraad van ouderen voor griep en van kinderen voor difterie, tetanus en polio. OECD. Health at a glance 2009.

5 Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie). ZN/Vektis/Plexus, 15 juli 2011. http://www.plexus.nl/uploads/PDF/nieuwe%20analyse%20rapportage%20indicatoren%20indicatiestelling.pdf

6 Rademakers J, Delnoij D, de Boer D. Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? BMJ Quality and Safety 2011 (20); 4: p. 326-331

7 http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/effectiviteit-van-curatieve-zorg/ervaren-vooruitgang-functies/

2.3 DE STAND VAN DE CURATIEVE ZORGMARKT

2.3.1 HET STELSEL VAN DE CURATIEVE ZORG

Nederlanders zijn per 1 januari 2006 voor de curatieve zorg verplicht verzekerd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw bevat de noodzakelijke, op genezing gerichte, zorg. In 2010 werd aan de curatieve zorg in totaal circa € 34,7 miljard uitgegeven. Tabel 4 geeft een overzicht van de verschillende onderdelen van de curatieve zorg en de uitgaven die er mee gemoeid zijn in 2010.[11]

TABEL 4. ZORGAANBOD EN UITGAVEN CURATIEVE ZORG 2010 (MILJOEN)

Huisartsen en gezondheidscentra	2.193
Tandheelkundige zorg	912
Paramedische hulp	682
Verloskunde en Kraamzorg	453
Ziekenhuizen (algemeen en academisch) en ZBC's	15.963
Medisch specialisten	2.069
Ambulances en overig ziekenvervoer	567
Genees- en hulpmiddelen	6.771
Geneeskundige GZZ	3.642
Chronische Keten DBC's	134
Overig	1.300
Totaal	**34.686**

2.3.1.1 Uitvoering van de Zvw

Iedere Nederlander is verplicht zich te verzekeren voor het basispakket van de Zvw. Naast het basispakket kunnen mensen vrijwillig een aanvullende verzekering afsluiten voor zorg die daar niet in is opgenomen. Alle zorgverzekeraars op de Nederlandse markt concurreren vanaf 2006 binnen dezelfde marktordening om de gunst van de verzekerden. Het onderscheid tussen particulier- en ziekenfondsverzekerden is daarmee verdwenen.

Zorgverzekeraars worden geacht om op de zorginkoopmarkt scherp te onderhandelen met de zorgaanbieders om zorg tegen een goede prijs-/kwaliteitverhouding te contracteren. Zorgverzekeraars met een goed inkoopbeleid kunnen zich richting hun verzekerden onderscheiden door kwaliteit, service en/of een scherpe premie. In onderlinge concurrentie proberen de verzekeraars op die manier zoveel mogelijk verzekerden aan te trekken. Verzekerden hebben daarbij het recht om jaarlijks van verzekeraar te wisselen. Ze betalen aan de verzekeraar van hun keuze een nominale premie.

11 Ministerie Financiën, Miljoenennota 2011, 2010.

Om ervoor te zorgen dat de curatieve zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is en blijft, is het belangrijk dat verzekeraars hun klanten niet selecteren op de verwachte zorgkosten die zij maken: risicoselectie. Iemand waarvan je verwacht dat die minder zorg nodig heeft, is een goedkopere klant dan iemand die waarschijnlijk veel zorg nodig heeft. Om risicoselectie te voorkomen, bevat de Zvw verschillende wettelijke waarborgen. Zorgverzekeraars die het basispakket willen aanbieden moeten voldoen aan deze waarborgen.
Zie hiervoor tabel 5.

TABEL 5. WETTELIJKE WAARBORGEN OM RISICOSELECTIE TE VOORKOMEN

	Waarborg	Toelichting
1.	Acceptatieplicht	Verzekeraars mogen niemand weigeren.
2.	Wettelijk omschreven pakket	Het pakket van verzekerde zorg wordt vastgesteld door de overheid en is voor iedereen hetzelfde.
3.	Verbod op premiedifferentiatie	Eenzelfde polis moet aan iedereen tegen dezelfde premie worden aangeboden. Een zorgverzekeraar mag een groep verzekerden die zich gezamenlijk bij de betreffende verzekeraar verzekeren ('collectief') wel een beperkte korting van max. 10% op de premie geven ('collectiviteitskorting').
4.	Zorgplicht	Als een verzekerd risico zich voordoet, moet de zorgverzekeraar zorgen voor voldoende gecontracteerde zorgaanbod.

Met wettelijke waarborgen alleen wordt risicoselectie waarschijnlijk niet voorkomen. In aanvulling op de wettelijke waarborgen is er daarom ook een risicovereveningsfonds (het Zorgverzekeringsfonds). Zorgverzekeraars die naar verwachting hoge kosten hebben vanwege gemiddeld relatief dure verzekerden (bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken), krijgen meer geld uit dit fonds dan verzekeraars met gemiddeld relatief goedkope verzekerden. Dit is de zogenaamde ex ante risicoverevening. Hierdoor worden verzekeraars zo veel mogelijk vooraf gecompenseerd voor verzekerden met naar verwachting hoge kosten. Bij een ideaal systeem van risicoverevening zijn de inkomsten per verzekerde (uit nominale premie en bijdrage uit risicoverevening) gelijk aan de verwachte kosten per verzekerde. In dat geval is het voor een zorgverzekeraar ook aantrekkelijk om mensen met hoge zorgkosten te verzekeren, omdat tegenover de hoge kosten ook hoge inkomsten staan.

Het Zorgverzekeringsfonds wordt gevuld door verschillende bijdragen. Allereerst zijn werkgevers verplicht om per werknemer een inkomens-

afhankelijke bijdrage te storten in het Zorgverzekeringsfonds. Daarnaast wordt het fonds gevuld met stortingen, zoals de rijksbijdrage voor kinderen tot 18 jaar. Die zijn namelijk gratis verzekerd.

2.3.1.2 Belangrijke recente beleidsmatige ontwikkelingen

Met de komst van de Zvw in 2006 is de curatieve zorgmarkt de weg ingeslagen van strakke aanbodregulering (budgettering) naar gereguleerde vraagsturing (prestatiebekostiging). Om onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders echt mogelijk te maken, zijn vrijheden en concurrentieprikkels geïntroduceerd. Deze tendens is zichtbaar in de verschillende deelmarkten van de curatieve zorg, al verschilt het tempo waarin de hervormingen worden doorgevoerd per deelmarkt. Het gaat op hoofdlijnen om de volgende maatregelen:

Invoeren vormen van prestatiebekostiging

In verschillende curatieve deelsectoren zijn stappen gezet om vormen van bekostiging op basis van parameters en budgetten te vervangen door vormen van prestatiebekostiging. In sommige deelsectoren is daarbij de onderhandelingsruimte voor verzekeraars aanzienlijk toegenomen. Voorbeelden hiervan zijn de uitbreiding van het segment met vrije prijzen bij de ziekenhuizen en de introductie van vrije tarieven bij onder andere fysiotherapie.

Transparant maken van kwaliteitsverschillen

Om onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders mogelijk te maken, is ook inzicht nodig in de kwaliteit van de geleverde zorg. In het project Zichtbare Zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben de partijen binnen de verschillende curatieve deelsectoren de afgelopen jaren gewerkt aan het opstellen, uitvragen en openbaar maken van zorginhoudelijke- en cliëntervaringsindicatoren. De NZa heeft hiervoor de 'Richtsnoeren informatieverstrekking' geïntroduceerd.

Vergroten risicodragendheid zorgverzekeraars

Hoe scherp zorgverzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders wordt voor een belangrijk deel bepaald door in hoeverre zorgverzekeraars risico lopen over de uitvoering van de Zvw. Een ideaal systeem van risicoverevening compenseert daarom alleen verwachte kosten (ex ante) en niet de werkelijke uitgaven (ex post). De afgelopen jaren is de risicodragendheid van de zorgverzekeraars in kleine stappen vergroot. Op dit moment is de risicoverevening nog wel een mix van compensatie ex ante en ex post, waardoor de prikkels voor zorgverzekeraars om doelmatig zorg in te kopen nog niet optimaal zijn.

2.3.2 DE ZORGVERZEKERINGSMARKT

De zorgverzekeringsmarkt is de markt waarop zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de gunst van de verzekerden en waarop verzekerden voor hun basisverzekering een keuze maken uit de verschillende zorgverzekeraars.

TABEL 6. HUIDIGE VORMGEVING ZORGVERZEKERINGSMARKT

Huidige vormgeving zorgverzekeringsmarkt	
Aantal concerns, verzekeraars en polissen	Er waren in 2010 elf verzekeraarsconcerns actief op de zorgverzekeringsmarkt. Deze elf concerns bestonden in 2010 in totaal uit 28 zorgverzekeraars.[12] In 2011 fuseren Achmea en De Friesland waarmee het aantal concerns is afgenomen tot 10 met 27 individuele zorgverzekeraars. Er werden in 2011 in totaal 56 polissen aangeboden.[13]
Markt-aandelen	De vier grootste concerns van zorgverzekeraars zijn Achmea, UVIT, CZ en Menzis. De grootste vier hadden in 2011 samen een marktaandeel van ongeveer 88%.[13] Er is sprake van een geconcentreerde markt.
Soorten polissen	Zorgverzekeraars bieden de volgende polissen aan: Naturaverzekeringen met door de verzekeraar ingekochte zorg; • Restitutieverzekeringen met vergoeding van zorg; • Combinatie van beide. • Vrijwel alle zorgverzekeraars bieden hun polissen landelijk aan. Uitzondering hierop is De Friesland, die een polis voor Noord- en een polis voor Zuid-Nederland hanteert.
Premiebetaling	Verzekerden betalen een nominale premie aan de zorgverzekeraar. In 2011 bedroeg de gemiddelde nominale premie € 1.199,-.[13] Daarnaast dragen werkgevers verplicht een inkomensafhankelijk bedrag per werknemer bij aan de zorgverzekering.
Eigen risico verzekerden	In 2011 geldt een verplicht eigen risico voor iedereen van 18 jaar en ouder van € 170,- (in 2010: € 165,-). Daarnaast is het mogelijk om vrijwillig te kiezen voor een hoger eigen risico, waardoor de maandelijkse premie voor de basisverzekering lager wordt.
Collectiviteiten	In 2011 is ruim 66% van alle verzekerden collectief verzekerd.[13]

12 NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010, 2010

13 NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt; Weergave van de markt 2007-2011, 2011

2.3.2.1 Ontwikkelingen afgelopen vijf jaar

Hieronder schetsen wij een beeld van de zorgverzekeringsmarkt in de afgelopen vijf jaar:

Hoogte premie stijgt

De gemiddelde nominale premie stijgt tussen 2006 en 2011 van € 773,-[14] naar € 1199,-.[15] De steeds hoger wordende zorguitgaven zijn hiervan een belangrijkste oorzaak. Een andere reden is de overheveling van de curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw, waarmee deze zorg onder de basisverzekering valt. Tot 2008 maken verzekeraars geen winst op de premies van de basisverzekering; het resultaat is zelfs negatief. In 2009 verdienen zij gemiddeld € 16,- per basisverzekerde.[15] Het onderdeel van de nominale premie dat verzekeraars gebruiken om hun bedrijfskosten en exploitatiekosten te dekken is tussen 2009 en 2011 niet gestegen.

FIGUUR 3. DE ONTWIKKELING VAN NOMINALE BETALINGEN VAN VERZEKERDEN

Bron: VWS

Meer concentratie op de markt

In de afgelopen vijf jaar is de concentratiegraad van de zorgverzekeringsmarkt gestegen. Dat betekent dat er minder aanbieders van zorgverzekeringen op de markt zijn. Vijf jaar geleden was de markt nog middelmatig geconcentreerd. Op de index van Herfindahl-Hirschmann (HHI), die de mate van concentratie uitdrukt, scoorde de zorgverzekeringsmarkt in 2005 1.346,[14] in 2011 was de score 2.105.[15] Een score van boven de 2.000 punten geeft aan dat het om een geconcentreerde markt gaat. Een hoge concentratie is vooral in de provincies Friesland en Zeeland te vinden.

Overstapgedrag

In het najaar maken zorgverzekeraars hun nieuwe premies bekend. Dit is ook het tijdstip waarop verzekerden kunnen besluiten over te stappen van hun huidige zorgverzekeraar naar een verzekeraar met een betere prijs-/kwaliteitsverhouding. In de eerste jaren na de introductie van de zorgverzekering stapte rond de 4% van de verzekerden over. In 2011 steeg dat percentage en stapte 5,5% over. Daaruit blijkt dat er concurrentie is: mensen zijn er aan gewend dat zij naar een andere zorgverzekeraar kunnen overstappen. Met overstappen hebben Nederlanders flink geld bespaard: de besparingen stegen tussen 2005 en 2010 tot € 50,4 miljoen. In 2011 daalde de premiewinst naar € 35,8 miljoen.

14 NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010, 2010

15 NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt; Weergave van de markt 2007-2011, 2011

FIGUUR 4. OVERSTAPPERS

Bron: Vektis

FIGUUR 5. ONTWIKKELING PERCENTAGE COLLECTIEF EN INDIVIDUEEL VERZEKERDEN

Bron: Vektis

Vaker collectief verzekerd

Collectief verzekeren loont. Wie zich in een groep verzekert, kan tot 10% korting krijgen op de zorgverzekeringspremie. De meeste mensen verzekeren zich dan ook in een collectief. Dat kan via de werkgever, een patiëntenvereniging, vakbond, coöperaties en internetcollectiviteiten[16]. Van 2008 tot 2011 stijgt het aandeel collectief verzekerden met steeds 2 procentpunt per jaar tot 66% in 2011. Je via je werkgever verzekeren levert de hoogste korting op, gemiddeld ruim 8%. Het aantal collectiviteiten stijgt door de jaren heen, waarbij de groei van werkgeverscollectiviteiten lager is dan die van andere collectiviteiten. Overigens is het aantal werkgeverscollectiviteiten nog steeds veruit het grootste.

CONCLUSIE

Op de zorgverzekeringsmarkt is er steeds meer concentratie, zowel aan de vraagzijde als de aanbodzijde. De marktaandelen van grote verzekeraars groeien. Aan de vraagzijde komen er steeds meer collectiviteiten waarin consumenten gezamenlijk een gunstige premie onderhandelen met hun zorgverzekeraar.
De premie voor de basisverzekering is tussen 2006 en 2011 gestegen. Dat komt door de hogere zorgkosten, maar ook door toevoeging van de curatieve GGZ aan de basisverzekering. De prijsconcurrentie tussen verzekeraars verscherpt de laatste tijd door de lage premiewinst en consumenten zijn steeds vaker bereid om over te stappen.

16 NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt; Weergave van de markt 2007-2011, 2011

ONDERNEMERSCHAP IN DE ZORG: DE SLEUTEL TOT SUCCES

Lex de Lange
Zernike Group

Na vijf jaar NZa ligt er nog een uitdagende taak voor de zorgautoriteit om barricades weg te nemen en nieuwe zorgondernemers de kans te geven om het verschil te maken.

Met de invoering van de zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 heeft de overheid elke Nederlander toegang gegeven tot een basispakket aan verzekerde zorg.

Het kabinet wil door de introductie van meer vrijheden en concurrentie de huidige partijen in de zorg extra stimuleren om de nieuw ingeslagen paden in de gezondheidszorg meer inhoud te geven. Maar is er wel al sprake van marktwerking? De centrale overheid bepaalt anno 2011 voor de ziekenhuissector nog steeds voor een groot deel het budget, de prijzen en het aanbod. De rol van de zorgverzekeraars beperkt zich vaak nog slechts tot het controleren van de kwaliteit en het ordenen van vraag en aanbod. In feite is er dus nog geen sprake van een reële directe marktwerking.

In de plannen van het kabinet Rutte staat dat de overheid verder terug zal treden en dat marktpartijen – zorgverzekeraars en zorginstellingen – nu zelf moeten gaan ondernemen.
Met andere woorden: het begrip 'ondernemerschap' is door de liberalisering van de zorg een vaststaand gegeven en hiermee dan ook de meest in het oog springende ontwikkeling in de zorgmarkt van de afgelopen jaren.

De overgang van een aanbod- naar een vraaggestuurd zorgstelsel moet snel worden afgerond. Zorgaanbieders moeten nu de gelegenheid krijgen de zorgverlening en de logistieke processen in het ziekenhuis optimaal in te richten, doelmatige werkwijzen toe te passen, de kwaliteit te verbeteren en tot slot te innoveren. Dit alles rekening houdend met de wensen van de patiënten. De patiënten vormen immers de basis van het gedachtegoed achter de marktwerking: zij moeten meer vrijheid en mogelijkheden krijgen in hun keuze voor een efficiënt zorgproduct tegen een goede prijs. In het nieuwe zorgstelsel zullen patiënten worden benaderd als klanten met een individuele zorgvraag. Hoe? Dat licht ik hieronder toe.

ONDERNEMERSCHAP

Marktwerking en economische groei worden niet bepaald door regels of banken, maar door ondernemerschap. Ondernemerschap komt niet tot zijn recht als alle risico's worden uitgesloten, zoals dit tot voor kort in de zorgsector gebruikelijk was. De komst van het ondernemerschap in de zorg leidt in de toekomst ongetwijfeld tot heldere besluitvorming over winstuitkeringen. Private investeringen stimuleren ook zorginnovaties, kwaliteitsverbeteringen, betere patiëntenlogistiek en betere dienstverlening.

Zorginstellingen staan dus voor de taak om hun organisatie op een andere wijze te gaan besturen en te positioneren. De Raden van Bestuur moeten meer vanuit het ondernemerschap leren denken en rekening houden met concurrentie. Zorgbestuurders die zich uit alle macht vasthouden aan de oude marktloze situatie en het oude denken, hebben zich inmiddels verenigd in de zogenaamde Hindermacht. Deze macht hebben wij, -als nieuwe ondernemers op de Nederlandse gezondheidszorgmarkt-, de afgelopen 2½ jaar intensief ervaren. De Hindermacht ziet veranderingen niet als mogelijkheden tot verbeteringen, maar ervaart deze als bedreigend. Een aantal van onze praktijkervaringen zijn bijvoorbeeld dat leveranciers van producten en apparatuur onder druk gezet worden om niet samen te werken met nieuwe intreders in de markt of dat ministeries, regionale- en lokale overheden brieven ontvangen met het verzoek bepaalde marktpartijen uit te sluiten.

Deze vorm van tegenwerking gaat beslist door zolang de overheid hierin geen heldere positie inneemt en er niet op toeziet dat de zorg er uitsluitend is in het belang van de klant en niet in het belang van een individuele bestuurder en/of een zorginstelling.
Het is een belangrijke taak voor de Nederlandse Zorgautoriteit – in het belang van de patiënten/klanten – het proces van de marktwerking juist, tijdig en volledig te begeleiden.
Naar verwachting zal onder andere in de komende jaren het B-segment voor ongeveer 75% vrij onderhandelbare prijzen kennen. Tevens zal de mogelijkheid van dividend en/of winstuitkeringen de private investeringen in de zorg doen toenemen. De verwachting is dat met name hierdoor de efficiency, klantgerichtheid, optimalisatie van de besturing, operationele excellentie, partnerships en niet te vergeten innovaties in de zorg zullen verbeteren.

HOE MINDER REGELS, HOE MEER MARKT

Een reeks aan unieke gebeurtenissen, waaronder de liberalisering, de mogelijkheden tot splitsing van het vastgoed en operationele deel van het ziekenhuis, de nieuwe rol van de zorgverzekeraars en de terugtreding van de overheid, zal er nu toe leiden dat private financiering in de zorg terrein wint. Een grote stap voorwaarts, hoewel vele tientallen jaren later dan in de ons omringende landen!

In de ziekenhuissector is de liberalisering na een transitieperiode tot 2015 volgens minister Edith Schippers in het vrije segment een feit. Uitgangspunt blijft dat de continuïteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg door goede regelgeving niet het publieke belang mag schaden. In Nederland zal dit proces stap voor stap plaatsvinden met hieraan verbonden een veelvoud aan regelgeving. Het lijkt mij een taak voor de Nederlandse Zorgautoriteit om dit proces te bewaken. Kwalitatief goede relevante wetgeving zou bevorderd kunnen worden indien de NZa erop toeziet dat de hoeveelheid aan deels achterhaalde

of irrelevante regelgeving aan banden wordt gelegd. Een voorbeeld is het EPD. De patientenverenigingen hebben inmiddels zelf het initiatief naar zich toegetrokken. Patienten anno 2011, zijn mondiger, willen meer keuzemogelijkheden en wensen volledige transparantie. Hoewel regelgeving ondernemerschap niet in de weg staat, geldt voor het bevorderen van ondernemerschap over het algemeen: hoe minder regels, hoe meer markt. Een zorgondernemer moet inspelen op de vraag van de klant om, als een gerichte organisatie van arbeid en kapitaal, goede kwaliteit te leveren tegen een aanvaardbare prijs. Daarin staat een ondernemer in de zorg niet anders in de wereld dan elke andere ondernemer. Zijn partijen dan vrij om prijzen zelf te bepalen, de kwaliteit vast te stellen en het aanbod aan producten te garanderen? Deze discussie is nog niet voorbij. Regelgeving, winstklem, rechtsvormen en -personen zijn zaken die ook in 2012 nog onderwerp zijn van zowel politieke als maatschappelijke discussies.

PUT YOUR MONEY WHERE YOUR MOUTH IS

Echte marktwerking leidt tot zorgondernemerschap, dat op haar beurt zal leiden tot meer concurrentie en efficiency. Zodra dit gebeurt, ontstaan er eindelijk mogelijkheden om de kosten in de zorg terug te dringen. Het probleem van de hedendaagse zorg is nu eenmaal het beheersen van de groei van de zorgkosten. Best practices in het bedrijfsleven leren dat moderne ondernemende organisaties hierin een goede oplossing kunnen bieden. Een voorbeeld is de opzet van 'Shared Services' op gebied van inkoop, energie, onderhoud, administratie en HRM. Als best pratice op dit gebied kan Accounting Plaza van de Ahold bedrijven genoemd worden. Alle administraties van de bedrijfseenheden zijn ondergebracht in een Shared Service Center. Dit heeft uiteindelijk tot een besparing van 40-50% geleid. De zorg moet nu zelf ondernemen, zonder naar de centrale overheid in Den Haag te kijken en af te wachten. Een ondernemer ontwikkelt een visie voor de toekomst, formuleert zijn of haar ambities en bepaalt zijn of haar strategie. Ziekenhuizen dienen ondernemingen te worden. Daarin zijn zowel specialisten als bestuurders ondernemers en maken bestuurders bewust keuzes, innoveren en hebben het besef om voor eigen rekening en risico te handelen. Voor een ondernemer geldt het aloude adagium PYMWYM. Dit staat voor 'Put your money, where your mouth is', een binnen de private investeringswereld veel gebruikte hartenkreet. Het gaat uit van het idee dat een ondernemer zelf moet investeren in de toekomst en daarovor zelf verantwoordelijkheid neemt. Een ondernemer behaalt een omzet, dus geen budget, en wordt afgerekend op zogenaamde output. Kortom, ondernemerschap in de zorg vergt van de hedendaagse bestuurders in de zorg een nieuwe manier van denken.

Volgens ondernemend Nederland zitten vele ziekenhuisbestuurders vast in oude denkpatronen, gaan zij niet of slechts beperkt defensieve samenwerkingen aan en hebben zij geen visie op de inrichting en de kwaliteit van de zorg. De houdbaarheidsduur van een gemiddelde ziekenhuisbestuurder is in Nederland volgens de statistieken van de afgelopen 25 jaar gemiddeld korter dan 3 jaar. Dergelijke bestuurders worden ingehuurd voor de instandhouding van hun ziekenhuis en zijn niet gericht op het managen van hun positie in de gehele zorgketen. Men kan zich zorgen maken over deze ontwikkelingen. Die zorgen worden pas weggenomen ingeval ondernemerschap in de zorg een feit is en de positie van de klant allesbepalend is. De Nederlandse zorginstellingen zijn evenwel zo ver nog niet.

SPECIALISATIE VAN ZIEKENHUIZEN

Hoe gaat het dan verder met de ziekenhuizen in Nederland? Door de marktwerking in de zorg houden wij minder ziekenhuizen over. Die gaan zich specialiseren en kiezen een aantal speerpunten om betere zorg tegen een lagere kostprijs te kunnen leveren dan nu het geval is. Terecht ziet minister Schippers af van overheidssteun voor ziekenhuizen in financiële nood, daarmee wordt eindelijk de prikkel tot het ondernemerschap bevorderd.

PRIVAAT KAPITAAL

Met goede marktwerking in de ziekenhuissector worden de begrippen aandeelhouders, dividend of winstuitkering snel geïntroduceerd. Aandeelhouders kennen de wegen, de motivatie en de prikkels om een gezonde, efficiënte, renderende organisatie op te bouwen. Aandeelhouders zijn bekend met het gegeven dat er opvang moet zijn voor financiële tegenvallers en dat er nieuwe investeringen moeten worden gedaan.

Aandeelhouders hebben een wezenlijk belang bij het beheersbaar houden van bestaande en toekomstige risico's, evenals in het creëren van een rendabele onderneming. Dit proces zal ook in de zorgsector haar weg moeten te vinden. Alleen dan kunnen naar mijn mening ziekenhuizen duurzaam hun positie in de markt verdedigen tegen de risico's, alleen dan kunnen zij ook financieel op eigen benen staan. Voor de NZa is dit een mogelijkheid om aansluiting te zoeken bij de internationaal gestelde voorwaarden en wensen van kapitaalverstrekkers, zonder daarbij de positie van de klant uit het oog te verliezen. Die voorwaarden hebben alles te maken met de rendementseisen over het vermogen, de solvabiliteit en de operationele winstmarge in percentages van de omzet. De NZa dient deze aspecten ook door te laten dringen in de jaarverslaggeving van de ziekenhuizen. Een

rapportage zoals beursgenoteerde ondernemingen afgeven zijn in het oog springende verbeteringen voor een jaarverslag van een ziekenhuis. Klanten willen graag weten hoeveel operaties en behandelingen zijn geslaagd en wensen openheid en transparantie bij de ziekenhuizen. De recente ervaringen omtrent bacterie-uitbraken in ziekenhuizen geven eens te meer de noodzaak tot openheid aan.

DE KLANT ALS UITGANGSPUNT

Tot slot: door de intrede van marktwerking kunnen zorgaanbieders met elkaar concurreren om de consument doelmatig en op maat van zorg te voorzien. Er is behoefte aan meer efficiency, kostenbesparingen en onderscheidend vermogen: zaken waar ondernemers zich dagelijks over buigen en in vast bijten. Altijd met de vraag van de klant als uitgangspunt. Zonder klantgerichtheid bereik je niets. De patiënt moet er beter van worden, letterlijk en figuurlijk in deze! In de praktijk blijkt dat nieuwe zorgondernemers nog steeds grote moeite ondervinden om toe te treden op de zorgmarkt. Er ligt een uitdagende taak voor het NZa om de barricades van de gevestigde orde te slechten, zodat nieuwe zorgondernemers ook daadwerkelijk een kans krijgen om het verschil te maken.

2.3.3 DE MARKT VOOR MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

TABEL 7. HUIDIGE VORMGEVING MARKT VOOR MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Uitgaven	De uitgaven aan medisch specialistische zorg bedroegen in 2010 circa € 18,0 miljard.[17]
Zorgvragers	In 2009 bezochten naar schatting 7 miljoen mensen een medisch specialist. In 2009 werd 6,8% van de bevolking (circa 1,1 miljoen personen) opgenomen in het ziekenhuis.[18]
Zorg-aanbieders	In 2010 waren er 84 algemene ziekenhuizen, 8 academische ziekenhuizen en 65 categorale ziekenhuizen. Daarnaast zijn er 184 zelfstandige behandelcentra (ZBC's) met een totaal marktaandeel van circa 2%.[19] Er zijn in Nederland bijna 20.000 medisch specialisten. Voor een beperkt aantal regio's geldt dat er sprake is van een hoge concentratiegraad en dat patiënten relatief weinig alternatieve zorgaanbieders hebben in de omgeving.
Toegang tot zorg	Toegang tot medisch specialistische zorg vindt hoofdzakelijk plaats na verwijzing door huisartsen. Alleen de afdeling spoedeisende zorg van een ziekenhuis is toegankelijk zonder verwijzing.
Contractering	Verzekeraars nemen steeds meer initiatieven om selectief te contracteren. Zij contracteren echter het merendeel van de ziekenhuizen (nog) voor alle behandelingen. Door verschillende wijzigingen in de regulering zijn de onderhandelingen de afgelopen jaren complex verlopen.
Bekostiging	De prestaties van ziekenhuizen worden gedefinieerd met diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). Een DBC beschrijft het traject vanaf de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. De ziekenhuisbekostiging bestaat gemiddeld voor circa 2/3 deel van de omzet uit een vorm van budgettering. Dit deel wordt ook wel het A-segment genoemd. In dit deel maakt een representatie van zorgverzekeraars afspraken met het ziekenhuis over de te realiseren budgetparameters en het daaruit volgende budget. De DBC's worden in dit segment gebruikt om de geleverde zorg te declareren bij de zorgverzekeraars. De inkomsten worden in dit segment echter bepaald door het afgesproken budget. Het segment met vrije prijzen, ook wel B-segment genoemd, bedraagt gemiddeld circa 1/3 deel van de omzet van ziekenhuizen. In dit segment onderhandelen individuele zorgverzekeraars met ziekenhuizen over volume, prijzen en kwaliteit van de DBC's. De inkomsten van het ziekenhuis worden in dit segment direct bepaald door het aantal geleverde DBC's maal de overeengekomen prijs per DBC.

17 Ministerie Financiën, Miljoenennota 2011, 2010

18 CBS, Trendcijfers Gezondheidsenquête 1981–2009, 2011

19 NZa, Marktscan Medisch specialistische zorg 2006-2010, 2011

2.3.3.1 Ontwikkelingen afgelopen vijf jaar

De belangrijkste ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg zijn:

Van budget naar DBC's naar DOT

De invoering van DBC's in 2005 en daarmee de komst van nieuwe prestaties, is een belangrijke stap naar meer transparantie in de medisch specialistische zorg. Er zijn ongeveer 30.000 DBC's die medisch specialisten geregeld declareren. In 2008 voert de NZa een aantal verbeteringen in de DBC-systematiek door en benoemt enkele aandachtspunten. Bijvoorbeeld de medische herkenbaarheid van DBC's, de betrouwbaarheid en stabiliteit van het systeem, het grote aantal DBC's en de specialisme specifieke structuur. Deze aandachtspunten worden meegenomen in de ontwikkeling van DOT (DBC's op weg naar transparantie).

Meer vrije prijzen in ziekenhuizen

Sinds 2005 is het percentage behandelingen met vrije prijzen in de ziekenhuizen steeds groter geworden. Ziekenhuizen werken deels met gebudgetteerde vaste prijzen (A-segment) en deels met vrije prijzen (het B-segment). Waren ziekenhuizen in 2004 nog volledig gebudgetteerd; in 2005 was 10% van de prijzen vrij, in 2009 31%. In de komende jaren loopt het percentage behandelingen in het B-segment op tot 70%. In de prijzen zijn de kosten van de DBC, het honorarium van de specialist en de kapitaallasten opgenomen.

Prestatiebekostiging voor medisch specialisten

Sinds 2008 is het honorarium van medisch specialisten gekoppeld aan het aantal gedeclareerde DBC's. Het honorarium is een apart onderdeel van het DBC-tarief. Deze systematiek verving de lumpsum systematiek die tot en met 2007 gold. Hier kregen specialisten een op historische omzetten gebaseerd honorarium, maar woog het aantal geleverde DBC's niet mee. Het honorariumdeel van een DBC is opgebouwd uit een uurtarief (€ 140,- per uur met een bandbreedte van € 6,50 in 2011) en een normtijd per DBC. In de afgelopen jaren zijn de gedeclareerde honoraria gestegen van € 2,0 miljard in 2006 tot € 3,1 miljard in 2009. Dit zorgde voor een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De minister van VWS gaf daarop de NZa opdracht om de honorariumtarieven te korten in 2010 en 2011.

Openbaar beschikbaar komen van eerste kwaliteitsinformatie

Transparantie over de kwaliteit van ziekenhuisbehandelingen is een belangrijke randvoorwaarde om het stelsel van gereguleerde marktwerking te laten werken. Zonder kennis over de kwaliteit is het niet mogelijk prijs en kwaliteit aan elkaar te relateren. De objectieve en transparante kwaliteitsinformatie is ook van belang voor het selectief

contracteren van zorgaanbieders. Als zorgverzekeraars objectief kunnen aantonen dat hun gecontracteerde zorgaanbod van goede kwaliteit is, zal de acceptatie van selectieve zorginkoop groter zijn. In 2007 is de ziekenhuissector binnen het programma Zichtbare Zorg gestart met het opstellen van de eerste kwaliteitsindicatoren. Sinds 2009 hebben ziekenhuizen en ZBC's komt openbare kwaliteitsinformatie stap voor stap beschikbaar.

Start selectieve zorginkoop

In de praktijk werd tot voor kort vrijwel elk ziekenhuis gecontracteerd. Enkele zorgverzekeraars zijn recent wel overgegaan om op grond van kwaliteitsinformatie een aantal behandelingen (bijvoorbeeld op het gebied van kankerzorg) niet langer te contracteren bij elk ziekenhuis. Enkele voorbeelden: In 2010 startte CZ met het selectief contracteren van borstkankerzorg. Zorgverzekeraar UVIT biedt een polis aan (ZEKUR-polis) tegen een lage premie omdat een selectief aantal zorgaanbieders is gecontracteerd. Achmea heeft minimumkwaliteitsnormen voor zeven soorten kankeroperaties gepubliceerd en koopt geen zorg meer in die niet aan die normen voldoet. Dit zijn de eerste signalen dat het selectief inkopen van zorg langzamerhand op gang komt.

Beperkte toename risicodragendheid verzekeraars

Zorgverzekeraars lopen over de vaste ziekenhuiskosten (circa 1/6 deel van de ziekenhuiskosten) geen risico en over de variabele ziekenhuiskosten (circa 5/6 deel) een beperkt risico vanwege verschillende ex post compensaties.[20] In de afgelopen jaren is wel begonnen met het afbouwen van deze compensaties. Zo is de nacalculatie afgeschaft voor het B-segment met vrije prijsvorming. Als laatste geldt voor het A-segment dat zorgverzekeraars vanwege de budgetsystematiek geen mogelijkheid hebben om te concurreren op de zorginkoop (ongeveer 2/3 deel ziekenhuiszorg).

Beperkte prijsstijgingen; aanzienlijke volumestijgingen

De omzet van ziekenhuizen groeit ongeveer 7% per jaar. Ziekenhuizen zetten (exclusief medisch specialisten) € 14,4 miljard om in 2006, in 2009 was dat al 17,6 miljard. De omzetstijging heeft maar voor een klein deel te maken met prijsstijgingen. Tussen 2006 en 2010 was de nominale prijsstijging in het A-segment ongeveer 2,4% per jaar, exclusief tariefkortingen.[21] In de eerste tranche van het B-segment is er met inflatiecorrectie zelfs sprake van een prijsdaling van 0,6%.
De financiële gezondheid van ziekenhuizen is er door de omzetgroei licht op vooruit gegaan. De rentabiliteit is zeer licht gestegen van 3,0% in 2007 naar 3,1% in 2009. De solvabiliteit steeg van 11,5% in 2007 naar 13,6% in 2009.

CONCLUSIE

De gereguleerde marktwerking in de medisch specialistische zorg is in de afgelopen jaren redelijk van de grond gekomen. Er komen steeds meer behandelingen met vrije prijzen en selectief contracteren komt op gang. Het volume stijgt aanzienlijk, de prijzen dalen licht.

FIGUUR 6. OMZETONTWIKKELING

Bron: Jaarrekeningen 2007 t/m 2009 van algemene ziekenhuizen en UMC's

20 CPB, Ex-postcorrectiemechanismen in de zorgverzekeringswet, 2010
21 NZa, Monitor Medisch specialistische zorg 2010, 2011

2.3.4.DE MARKT VOOR CURATIEVE GGZ

TABEL 8. HUIDIGE VORMGEVING MARKT CURATIEVE GGZ

Huidige vormgeving markt curatieve GGZ	
Uitgaven	De uitgaven aan curatieve GGZ bedragen in 2010 circa € 3,6 miljard.[22] De curatieve GGZ betreft volledige extramurale GGZ en intramurale GGZ –zorg voor zover die korter duurt dan 1 jaar.[23] In 2008 kwam circa 95% van de omzet van de curatieve GGZ voor rekening van gebudgetteerde aanbieders. De overige 5% werd geleverd door niet-gebudgetteerde aanbieders en eerstelijns psychologische zorg.
Zorgvragers	In 2007 maakten circa 845.000 cliënten gebruik van tweedelijns GGZ-zorg. Naar schatting maken jaarlijks circa 66.000 cliënten gebruik van eerstelijns GGZ-zorg.[24]
Zorg-aanbieders	Tweedelijns GGZ-zorg: Er zijn in de tweede lijn 183 gebudgetteerde GGZ-aanbieders en (minimaal) 14 niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders met WTZi-toelating. Er zijn 408 vrijgevestigde psychiaters (medisch specialisten) werkzaam en 1.093 psychologisch zorgverleners.[25] Eerstelijns psychologische zorg: Er zijn 3.087 psychologisch zorgverleners werkzaam in de eerstelijns GGZ en 140 overige zorgverleners (met name psychiaters en orthopedagogen). In de curatieve GGZ die door instellingen wordt geleverd is sprake van een hoge markt-concentratie. Toetreding vindt plaats maar is nog beperkt van omvang, zowel wat betreft het aantal zorgaanbieders als de productie per aanbieder.
Toegang tot zorg	Toegang tot eerstelijns of tweedelijns GGZ-zorg vindt plaats na verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of Bureau Jeugdzorg (BJZ).
Contractering	Bij de inkoop van GGZ-zorg werken zorgverzekeraars met basis- en aanvullende overeenkomsten. In de overeenkomsten zijn (kwaliteits)voorwaarden opgenomen. Extra budget of een hoger tarief is mogelijk als aan de voorwaarden wordt voldaan.
Bekostiging	Voor het grootste deel van de GGZ-instellingen geldt dat een representatie van zorgverzekeraars afspraken maakt met de instelling over de te realiseren budgetparameters en het daaruit volgende budget. Deze instellingen declareren wel DBC's bij individuele zorgverzekeraars. De NZa stelt landelijke maximum DBC-tarieven vast. De totale inkomsten uit DBC's worden voor gebudgetteerde instellingen via een verrekening gelijk gemaakt aan het afgesproken budget. Voor de niet-gebudgetteerde instellingen in de tweede lijn en de eerstelijns GGZ-zorg dienen DBC's voor de bekostiging en is er geen sprake van een afgesproken budget. Voor de eerstelijns psychologische zorg is er sprake van prestaties met vrije prijsvorming.

22 Ministerie Financiën, Miljoenennota 2011, 2010

23 Intramurale GGZ-zorg die langer duurt dan 1 jaar valt onder de AWBZ.

24 Nationaal Kompas Volksgezondheid

25 NZa, Monitor curatieve GGZ 2010, 2011

2.3.4.1 Ontwikkelingen afgelopen vijf jaar

In de afgelopen vijf jaar heeft zich een aantal belangrijke ontwikkelingen voorgedaan in de curatieve GGZ:

Curatieve GGZ in de Zvw

De eerstelijns en tweedelijns geneeskundige GGZ zijn vanaf 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Een belangrijk deel van de GGZ kwam daarmee in het basispakket van de Zvw. De overheveling ging samen met de invoering van DBC's voor de geneeskundige GGZ. Anders dan bij ziekenhuizen bepaalt de duur van de behandelingen de hoogte van het tarief.

Marktwerking

De marktwerking in de geneeskundige GGZ is ingezet, maar nog niet volledig op gang. Verzekeraars lopen weinig risico bij de uitgaven aan curatieve GGZ: op dit moment hebben zij recht op 100% nacalculatie. Ook is het lastig voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op de inkoop van GGZ-zorg, omdat een vertegenwoordiging van verzekeraars afspraken maakt over de budgetten. Bij de eerstelijns psychologische zorg is dat anders, daar lopen verzekeraars 100% risico.

Informatie over kwaliteit

Ook in de GGZ is het van belang om kwaliteitsinformatie over aanbieders beschikbaar te krijgen. In 2010 heeft GGZ voor het eerst openbare kwaliteitsinformatie vrijgegeven. Bovendien werkt de sector aan Routine Outcome Measuring (ROM).

De omzet

Tussen 2008 en 2009 is de omzet in de GGZ gestegen met 7,6% naar € 3,6 miljard. De stijging is grotendeels te verklaren door meer volume. Kijkend naar de gehele GGZ, ook het deel dat nu nog onder de AWBZ valt, dan is tussen 2000 en 2009 een stijging van € 2,6 miljard naar € 5 miljard zichtbaar. Vooral de kinder- en jeugd GGZ maakt een grote groei door.

Forensische GGZ

In de afgelopen jaren zijn stappen gezet om de NZa ook marktmeester en regulator in de forensische zorg te maken. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een strafrechtelijke veroordeling. Voor dit deel van de GGZ is nu nog het ministerie van Veiligheid en Justitie verantwoordelijk. Zij koopt de zorg in en betaalt de kosten via de begroting van het eigen ministerie. De NZa adviseerde in de afgelopen jaren over het nieuwe bekostigingsmodel, met Diagnose Behandeling en Beveiligings Combinaties (DBBC's). Dit is in 2011 ingevoerd. Vanaf 2012 pakt de NZa de rol van marktmeester over van het ministerie van V&J.

CONCLUSIE

De marktwerking in de geneeskundige GGZ is nog niet volledig op gang. Zorgverzekeraars lopen nog geen risico over de inkoop van GGZ-zorg, de budgettering leent zich nog niet voor concurrentie bij zorginkoop. Ook aan de DBC-systematiek in de GGZ wordt nog gewerkt.

NEK UITSTEKEN EN VERANTWOORDELIJKHEID NEMEN

Wim van der Meeren
bestuursvoorzitter CZ

Verzekeraars kunnen als inkoper van zorg voor miljoenen mensen het verschil maken om de zorg betaalbaar, van goede kwaliteit en toegankelijk te houden.

Vijf jaar geleden werd de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) ingevoerd. Een stap om met meer vrijheden en concurrentie zorgverzekeraars en zorgaanbieders te prikkelen om de zorg tegen een zo goed mogelijke prijs-/kwaliteitsverhouding aan te bieden.

In eerste instantie resulteerde dit vooral in een concurrentieslag tussen zorgverzekeraars met doelgroeppakketten, collectiviteitskortingen en andere lokkers die voor veel overstappers zorgden. In de jaren die volgden kwamen verzekerden echter veel minder in beweging. Waarom was die wet ook al weer ingevoerd? Om de houdbaarheid van het curatieve zorgstelsel te verbeteren. Goede kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid voor iedereen. Daar draait het om. Als je bedenkt dat een gemiddeld gezin zo'n vijfde deel van zijn bruto inkomen kwijt is aan zorgpremies en dat de voorspelling is dat de zorguitgaven de komende jaren nog vele procenten zullen groeien, moeten er nu echt met grote vaart stappen worden gemaakt om vooral ook die betaalbaarheid niet in de gevarenzone te laten komen.

SPAGAAT

Concurrentie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverzekeraars lijkt me goed, maar als ik denk aan marktwerking als middel om ons zorgverzekeringsstelsel houdbaar te houden dan weet ik het soms niet meer zo goed. Want zolang zorgaanbieders neigen naar zoveel mogelijk aanbieden en zorgvragers vaak ook zoveel mogelijk zorg willen, is het moeilijk de boel hanteerbaar en betaalbaar te houden. En dat is een vereiste om de solidariteit in stand te houden, want ook mensen die zelden of nooit ziek zijn moeten bereid blijven die premies wel te blijven betalen.

Zorgverzekeraars hebben met de minister afgesproken zich in te spannen om de zorgkostenstijging beperkt te houden, maar verzekeraars hebben ook een zorgplicht naar hun verzekerden. Dat is nogal een spagaat. Daarom moeten we nu wel allemaal onze maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. Want verzekerden zijn zich vaak onvoldoende bewust van de enorme kosten van zorg en gedragen zich als zorgconsument, willen meestal veel verzekeren en willen waar ze voor verzekerd zijn ook zoveel mogelijk benutten. Zorgaanbieders op hun beurt doen weinig aan creatieve destructie. Ophouden met iets aanbieden doet slechts een enkeling: nieuwe markten aanboren is logischerwijs meer common sense en het aangebodene moet dan liefst ook in een verzekeringspakket, want dat wil de klant.

STAPPEN ZETTEN MET INKOOP

Een verzekering is oorspronkelijk bedoeld voor onvoorziene tegenvallers die niet of moeilijk individueel te dragen zijn. Die essentiële zorg moet in Nederland voor iedereen betaalbaar, goed en toegankelijk blijven. Dat publieke belang zie ik de komende jaren in gevaar komen als we niet allemaal onze verantwoordelijkheid nemen. Wij als inkoper van zorg hebben vooral vorig jaar aardig onze nek uitgestoken met het selectief gaan inkopen van borstkankerzorg. Die stap was niet makkelijk want er kwam nogal wat kritiek van onder meer ziekenhuizen, politiek en klanten. Er volgden rechtzaken, publieke debatten en gelukkig ook steunbetuigingen. In juli 2011 nog wees de NZa een klacht af die door ziekenhuizen was ingediend over ons selectief inkoopbeleid. Het was een spannend jaar, maar we vonden dat de boel in beweging moest komen en dat alleen met een knuppel in het hoenderhok echt stappen gemaakt zouden kunnen worden. Want er werd al jaren gepraat over de noodzaak van specialiseren van ziekenhuizen, meer transparantie over kwaliteitscriteria, etc. maar er werden te weinig knopen doorgehakt. En als je dan wéét dat er kwaliteitsverschillen zijn en dat het ook efficiënter kan, dan is het je maatschappelijke verantwoordelijkheid iets te doen. Als inkoper van zorg voor miljoenen klanten kunnen wij gelukkig meer dan alleen een deuk in een pakje boter slaan, we kunnen écht iets veranderen. Dat moeten we dus doen. Stappen zetten, het debat aangaan met wetenschappelijke verenigingen, moeilijke vragen stellen en dingen niet voetstoots aannemen. Van politiek en overheid verwachten wij dat ze ons steunen om de rol die ons is toebedeeld vijf jaar geleden ook waar te maken, niet alleen binnenskamers maar ook met een microfoon onder de neus. Als onderlinge waarborgmaatschappij hebben wij net als veel andere zorgverzekeraars geen winstoogmerk, dat zullen we zelf ook meer moeten benadrukken. Onze waardengedrevenheid geeft ons wel inspiratie en moed om de komende jaren ook minder populaire noodzakelijke stappen te zetten die bij onze rol passen.

2.3.5 DE MARKT VOOR EERSTELIJNSZORG

TABEL 9. HUIDIGE VORMGEVING MARKT EERSTELIJNSZORG

Huidige vormgeving markt eerstelijnszorg	
Uitgaven	De uitgaven aan eerstelijnszorg bedroegen in 2010 € 4,3 miljard.[26]
Zorgvragers	In 2009 had circa 74% van de Nederlanders een geregistreerd contact met een huisarts, 78% met een tandarts en 20% met een fysiotherapeut. In 2009 gebruikte circa 40% van de Nederlanders een voorgeschreven geneesmiddel.[27]
Zorg-aanbieders	Huisartsen, gezondheidscentra, mondzorg, verloskunde en kraamzorg, paramedische hulp (o.a. fysiotherapie, logopedie), ambulancezorg, dieetadvisering en farmacie. In de eerstelijnszorg is er over het algemeen voldoende aanbod en een beperkte marktconcentratie. Voor apotheken[28], mondzorg en ketenzorg is er in enkele regio's wel een beperkt aantal aanbieders.
Toegang tot de zorg	Het overgrote deel van de aanbieders in de eerstelijnszorg is rechtstreeks toegankelijk zonder verwijsbrief van de huisarts.[29]
Contractering	Beperkte prijsafspraken onder de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. De inspanningen van zorgverzekeraars richten zich met name op de contractering van fysiotherapie, ketenzorg en farmacie.
Bekostiging	Veelal door NZa vastgestelde (maximum)tarieven per verrichting. Voor de huisartsenzorg geldt daarnaast ook een inschrijftarief en verschillende met de zorgverzekeraar te onderhandelen modules. Voor fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvisering en ketenzorg gelden vrije prijzen.

26 Ministerie Financiën, Miljoenennota 2011, 2010.

27 CBS, Trendcijfers Gezondheidsenquête 1981-2009, 2011.

28 Zie o.a. NZa AMM-besluit-zorgverzekeraar-Menzis-Apotheek-in-Breskens.

29 Voorgeschreven geneesmiddelen zijn bij apotheek op recept (van huisarts) verkrijgbaar. Huidtherapeut, logopedist, diëtist, ergotherapeut en podotherapeut zijn sinds 1 augustus 2011 ook toegankelijk zonder verwijzing".

2.3.5.1 Ontwikkelingen afgelopen vijf jaar

Hieronder schetsen wij de belangrijkste ontwikkelingen in de eerstelijnszorg van de afgelopen vijf jaar:

Huisartsen

De huisartsen kregen door de komst van de Zvw een eenduidige manier van bekostigen: een inschrijftarief en een bedrag per consult. In 2011 was het tarief € 9,11 per consult. Het inschrijftarief is afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde en of deze in een achterstandswijk woont of niet en varieert van € 60,79 tot € 111,34. Voorheen kregen zij voor ziekenfondsverzekerden een abonnementstarief en voor particulier verzekerden een tarief per consult.

Ketenzorg

In ketenzorg werken verschillende eerstelijns zorgaanbieders samen om de zorg voor mensen met een chronische aandoening goed te organiseren. In 2006 startte onder andere ZonMW een koploperproject hierover. Sinds 2010 heeft de NZa een prestatie vastgesteld voor met een tarief voor alle zorg in de keten van diabeteszorg, cardiovasculair risicomanagement en COPD. Zorgverzekeraars onderhandelen met zorggroepen over de prijzen. In de ketenzorg ging in 2010 € 134 miljoen om, dat wordt in 2011 naar verwachting al € 237 miljoen.[30] Voor de patiënt levert het aaneenschakelen van zorg voordelen op, maar het kan aan de andere kant ook zorgen voor (te) grote marktconcentraties. Zorggroepen die in een keten samenwerken zijn vaak relatief groot en bestrijken meerdere regio's.

Vrije prijzen in de eerste lijn

Voor een deel van de eerstelijnszorg stelt de NZa (maximum)tarieven vast. Voor een ander deel gelden vrije prijzen. Zo gelden voor fysiotherapie en oefentherapie sinds 1 januari 2008 vrije prijzen[31], werd de markt voor dieetadvisering in 2009 vrijgegeven en is ook ketenzorg een deel van de sector met vrije tarieven. In 2012 volgen vrije prijzen voor de extramurale farmacie en mondzorg.

Preferentiebeleid geneesmiddelen

Zorgverzekeraars voerden in 2005 het preferentiebeleid voor geneesmiddelen in. Voor generieke geneesmiddelen, -middelen die dezelfde werkzame stof hebben en dezelfde dosering, wijzen zij een voorkeur aan. Meestal is dit het goedkoopste middel. Zorgverzekeraars vergoeden alleen het preferente middel, tenzij een ander genees-

30 Ministerie Financiën, Miljoenennota 2011, 2010 (het bedrag in de Miljoenennota maakt geen onderscheid tussen ketenzorg en geïndiceerde preventie).

31 Voor eerstelijns psychologische zorg gelden ook sinds 1 januari 2008 vrije prijzen. Zie paragraaf 2.4 over curatieve GGZ.

middel noodzakelijk is voor de patiënt of de huisarts iets anders voorschrijft. De inkoopvoordelen die eerst bij de apothekers lagen, zijn nu voor een deel verschoven naar zorgverzekeraars en premiebetalers. De prijsverlagingen als gevolg van dit beleid worden in de Voorjaarsnota 2009 geschat op ongeveer € 400 miljoen.

Zorginkoop zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars lopen aanmerkelijk financieel risico over de uitgaven aan eerstelijnszorg. De eerstelijnszorg valt in de risicoverevening onder de post 'overige kosten'. Van de verschillende ex post compensaties is alleen de zogenaamde hogekostenverevening van toepassing.
De bekostiging in de eerstelijnszorg biedt de nodige ruimte voor onderhandeling aan zorgverzekeraars. Voor de prestaties in de eerste lijn gelden vrije tarieven of door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Het is mogelijk om onder deze maximumtarieven te contracteren. De formele mogelijkheden en prikkels voor zorgverzekeraars zijn dus grotendeels[32] in lijn met de beoogde werking van het zorgstelsel. Aan de andere kant spelen ook niet-formele aspecten een grote rol bij het al dan niet van de grond komen van de inkooprol van zorgverzekeraars. Denk aan de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt die mogelijk beperkingen oplegt aan zorgverzekeraars voor een selectieve zorginkoop, of het grote aantal aanbieders waarmee in de eerstelijnszorg onderhandeld moet worden, terwijl het budgettair beslag relatief gering is. Bij deze aanbieders leggen zorgverzekeraars vaak standaard contracten eenzijdig voor. Aanbieders ervaren dit in veel gevallen als 'tekenen bij het kruisje'.

Kwaliteitsinformatie

De ontwikkeling van kwaliteitsinformatie in de eerstelijnszorg verschilt per deelmarkt. Kraamzorg en fysiotherapie lopen voorop.

CONCLUSIE

Er zijn voor zorgverzekeraars in de eerste lijn voldoende prikkels om scherp en selectief in te kopen. Het grote aantal aanbieders, de persoonlijke band die mensen vaak met hun eerstelijns zorgverlener hebben en het beperkte beslag dat de eerste lijn legt op hun budget, staan effectieve zorginkoop van zorgverzekeraars soms in de weg. In de praktijk richten zorgverzekeraars zich op het contracteren van fysiotherapie, ketenzorg en farmacie.

32 In de risicoverevening zijn er prikkels die substitutie van de tweede lijn naar de eerstelijnszorg negatief beïnvloeden.

2.4 DE STAND VAN DE LANGDURIGE ZORGMARKT

2.4.1 HET STELSEL VAN DE LANGDURIGE ZORG

Alle Nederlanders zijn sinds 1968 op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verplicht verzekerd voor vormen van langdurige zorg. Het doel van de AWBZ is het collectief afdekken van niet individueel te verzekeren ziektekostenrisico's. De AWBZ heeft daarmee het karakter van een zogenaamde volksverzekering, net zoals bijvoorbeeld de Algemene ouderdomswet (AOW). In de afgelopen 10 jaar zijn de uitgaven aan AWBZ-zorg met 66% gestegen van ruim € 14 miljard in 2000 naar ruim € 23 miljard in 2010.[33]

Om de AWBZ-uitgaven te financieren wordt bij alle werkenden en uitkeringsontvangers maandelijks een inkomensafhankelijke premie ingehouden op het salaris of de uitkering (momenteel maximaal € 330,- per maand). Toen de AWBZ in 1968 van kracht werd, bedroeg de premie slechts 0,41% over de eerste € 32.738,- euro van het belastbaar inkomen.[34] In 2010 was de premie gestegen naar 12,15%. De premieopbrengsten dekken slechts 70% van de totale AWBZ-uitgaven. De rest wordt gefinancierd uit eigen bijdragen van AWBZ-gebruikers (5%) en rijksbijdragen (25%).[35]

Het grote verschil met de curatieve vormen van zorg (Zvw) is dat de langdurige zorg (AWBZ) zich niet richt op genezing en herstel, maar veel meer op het zo goed mogelijk verzorgen, verplegen en begeleiden van mensen waarbij het perspectief op genezing niet aan de orde is. De AWBZ kent vijf soorten aanspraken of zorgfuncties:

- Persoonlijke Verzorging (PV);
- Verpleging (VP);
- Begeleiding (BG) individueel of in een groep;
- Behandeling (BH);
- Verblijf (VB);

In vergelijking met de Zvw doet maar een klein deel van de Nederlandse bevolking daadwerkelijk een beroep op de AWBZ. In 2010 maakten ruim 600.000 Nederlanders gebruik van de AWBZ. Dat komt neer op ongeveer 3,6% van de bevolking. De belangrijkste cliëntengroepen binnen de langdurige zorg zijn:

33 Ministerie VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011
34 Langdurige zorg; rapport brede heroverwegingen, 2010
35 VWS, Begroting 2011, 2010

- ouderen met somatische en/of psychogeriatrische problematiek;
- mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke handicap;
- mensen met een psychiatrische aandoening/beperking.

2.4.1.1 Uitvoering van de AWBZ

Voordat een cliënt een beroep kan doen op de AWBZ bekijken het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of het Bureau Jeugdzorg (BJZ) onafhankelijk van de zorgkantoren welke zorg iemand nodig heeft. Het doel daarvan is om onnodig beroep op AWBZ-zorg te voorkomen en alle Nederlanders gelijke toegang tot AWBZ-zorg te geven.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden, maar hebben hun uitvoeringstaken aan zorgkantoren gemandateerd. De zorgkantoren waren al verantwoordelijk voor het administratief uitvoeren van de AWBZ, dus zij voeren feitelijk voor alle verzekerden in de regio de AWBZ uit. Voor elke regio wijst de staatssecretaris van VWS in afstemming met ZN één van de zorgverzekeraars aan als zorgkantoor. Nederland kent 32 zorgkantoren (zie figuur 5). Over zorgkosten van de AWBZ lopen de zorgkantoren geen financieel risico, wel over de kosten van hun eigen organisatie.

FIGUUR 7. INDELING IN ZORGKANTOORREGIO'S

Bron: VWS

De zorgkantoren hebben onder meer als taak om AWBZ-zorg voor de inwoners van hun regio in te kopen bij de zorgaanbieders in de regio. De NZa bepaalt jaarlijks op basis van de kaderbrief Contracteerruimte van VWS en vervolgens een aanwijzing van het ministerie van VWS hoeveel geld een zorgkantoor ontvangt om zorg in natura in te kopen (regionale contracteerruimte). Verder moeten zorgkantoren de cliënten met een indicatie begeleiden naar de zorg waar ze volgens hun indicatie recht op hebben. Ook betalen de zorgkantoren[36] de zorgaanbieders voor daadwerkelijk geleverde zorg en houden zij toezicht op of de gecontracteerde zorgaanbieders AWBZ-zorg rechtmatig en doelmatig leveren. In dat kader letten zorgkantoren steeds meer op de kwaliteit van zorg. Tot slot hebben zorgkantoren nog enkele andere taken, zo bewaken zij de continuïteit van de zorglevering.

Een cliënt met een indicatie voor AWBZ-zorg kan gebruik maken van de zorg die het zorgkantoor voor hem heeft ingekocht: zorg in natura (ZIN). De cliënt kan er momenteel ook voor kiezen om met een persoonsgebonden budget (PGB) zelf zorg in te kopen. Er zijn uitzonderingen: voor de functie behandeling en bij een langdurig verblijf in een instelling komt een cliënt niet aanmerking voor een PGB. De hoogte van het PGB is circa 75% van het bedrag dat de geïndiceerde zorg in natura zou hebben gekost. Op dit moment maken bijna 130.000 mensen gebruik van een PGB.[37]

AWBZ-zorg wordt geleverd door onder andere verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicapten, instellingen voor langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en thuiszorgorganisaties. AWBZ-zorg kan in een zorginstelling geleverd worden (intramuraal) of bij de cliënt thuis (extramuraal).

In de AWBZ is sprake van een sterke mate van overheidsregulering en -toezicht. Zo bepaalt het ministerie van VWS zowel de omvang van het verzekerde pakket, de toegang tot de zorg, de hoogte van de eigen bijdragen, als de hoogte van het jaarlijkse macrobudget (contracteerruimte) voor de AWBZ. De AWBZ kent geen vrije prijsvorming, maar tariefregulering door de NZa. De AWBZ blijft beheersbaar doordat de contracteerruimte vaststaat en de (maximum) tarieven zijn gereguleerd. De zorgkantoren hebben de taak om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen binnen de inkoopruimte.

36 Via het CAK

37 Ministerie VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011

De NZa houdt toezicht op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren. Toezicht op de doelmatigheid is specifiek in de AWBZ van belang, omdat er weinig doelmatigheidsprikkels zijn ingebouwd en de zorgkantoren geen financieel risico lopen over de uitvoering van de AWBZ.

2.4.1.2 Belangrijke recente beleidsmatige ontwikkelingen

Er zijn twee grote ontwikkelingen in de AWBZ die zich de afgelopen vijf jaar hebben voorgedaan:

Omvang en reikwijdte verzekerde pakket verkleind

De reikwijdte van de AWBZ en de met de AWBZ gemoeide uitgaven zijn gestaag gegroeid vanaf de inwerkingtreding tot 2007. Wanneer de uitgavenontwikkeling en de doelmatigheid van de AWBZ ter discussie stonden, werd de AWBZ herhaaldelijk uitgebreid om daarmee het beroep op dure intramurale zorg uit te stellen. Zo stegen de AWBZ-uitgaven als percentage van het bbp van 1,1% (1972) tot ongeveer 4,1% (2007).[38] Met de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) per 1 januari 2007 is een andere weg ingeslagen. Het onderbrengen van de huishoudelijke hulp in de Wmo heeft de omvang van de AWBZ ingeperkt. De nadruk voor de AWBZ kwam steeds meer te liggen op het vastleggen van de reikwijdte van AWBZ, Zvw en Wmo, het helder formuleren van zorgaanspraken en het tegengaan van ongepast gebruik. Na de introductie van de Wmo volgden nog andere maatregelen die de omvang en reikwijdte van de AWBZ aanscherpen, waaronder:

- Overheveling van de curatieve GGZ-zorg naar de Zvw (1 januari 2008).
- Schrappen van een ernstig psychosociaal probleem als grondslag voor een AWBZ-indicatie (1 januari 2009).
- Vervangen functies activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding door één aangescherpte functie begeleiding, waarvoor alleen nog wordt geïndiceerd als er sprake is van matig of ernstig regieverlies of een invaliderende aandoening (1 januari 2009).

Moderniseren van de uitvoering

De afgelopen vijf jaar zijn verschillende maatregelen genomen om de uitvoering van de AWBZ te moderniseren. De AWBZ bevatte weinig tot geen prikkels om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de efficiëntie te verhogen, cliëntgericht te werken en innovaties snel te in te voeren. Daarom is gezocht naar mogelijkheden om vooral de zorgaanbieders hiertoe te stimuleren. Zo heeft de NZa de op aanbod gerichte budgettering vervangen door nieuwe manieren van bekostigen, waarbij het geld de cliënt volgt. Ook hebben de zorgkantoren meer ruimte gekregen om met de zorgaanbieders te onderhandelen over de prijs-/kwaliteitsverhouding van de te leveren zorg. Daarbij kunnen de zorgkantoren en zorgaanbieders lopende het jaar hun contractuele afspraken herzien. Om zorgaanbieders de gelegenheid te geven beter in te spelen op de woonwensen van hun cliënten hebben aanbieders per 2009 geen toestemming meer nodig van de overheid voor bouw of renovatie (afschaffing 'bouwregime'). Zorgaanbieders zijn vanaf 2009 verplicht om samen met de cliënt die langer dan drie maanden zorg van ze krijgt een zorgplan op te stellen, zodat cliënten meer invloed hebben op de zorg die zij krijgen.

Op sectorniveau is het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg vastgesteld. In het Kwaliteitskader staan ook de zorginhoudelijke indicatoren en cliëntervaringsindicatoren die ook in het project Zichtbare Zorg waren vastgelegd. Meetgegevens zijn openbaar in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) vanaf 2009 en in de GHZ (gehandicaptenzorg) en in de GGZ vanaf 2010.

De zorgkantoren en cliënten krijgen hiermee meer mogelijkheid om te sturen. Ook belangrijk voor het moderniseren van de uitvoering van de AWBZ is de vereenvoudiging van de indicatiestelling die het CIZ heeft doorgevoerd. Zo zijn er meer standaardindicaties bijgekomen die cliënten snel aan kunnen vragen en hebben de zorgaanbieders een actievere rol bij indicatiestelling gekregen.

38 Langdurige zorg; rapport brede heroverwegingen, 2010

DE ZEVEN DEUGDEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Martin van Rijn
Bestuursvoorzitter PGGM

Er zijn natuurlijk heel veel verschillende manieren om een beeld van de toekomst te schetsen, zeker wanneer het gaat om de ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg. Er is wel één gemeenschappelijk element in al die mogelijke toekomstbeelden: de omstandigheden waaronder de Nederlandse gezondheidszorg zich zal ontwikkelen zullen fundamenteel anders zijn dan de context waarin wij nu denken.

In de eerste plaats zal de demografische ontwikkeling van ons land grote gevolgen hebben voor omvang, inhoud en kosten van de gezondheidszorg. Vergrijzing en langer leven zullen meer en andere zorg vereisen; gezondheidszorg zal in veel gevallen ketenzorg voor ouderen meervoudig chronisch zieken zijn.
Tegelijkertijd staan we aan de vooravond van spectaculaire doorbraken op het gebied van medische IT-technologie en toepasbare ontwikkelingen in de biomedische wetenschappen.
Tenslotte zullen wij geconfronteerd worden met een totaal andere arbeidsmarkt in de zorg. Vergrijzing en ontgroening doen zich ook hier gelden. Duidelijk is nu al dat voortzetting van de bestaande manier van werken in combinatie met een sterk stijgende vraag naar zorg tot een arbeidsvraag leidt die een veelvoud is van het arbeidsaanbod. We zullen merken dat nu nog ondenkbare combinaties van ICT-inzet, domotica en immigratie van arbeidskrachten van luxe tot noodzaak evalueren.

Deze bijdrage aan de discussie over de toekomst van de gezondheidszorg richt zich niet op het illustreren en 'bewijzen' van bovenstaande context. Ik neem deze als gegeven en schets een aantal ontwikkelingen die in het licht van deze ontwikkelingen wenselijk zouden zijn. Bij het kijken naar de toekomst kunnen we uitgaan van een pessimistische of een optimistische blik. Dat was in de zesde eeuw ook al zo toen Paus Gregorius I een lijst met de zeven hoofdzonden opstelde. Als tegenhangers volgden later de zeven deugden. In het vervolg van deze bijdrage schets ik zeven wenselijke deugden voor de gezondheidszorg van de toekomst.

PRUDENTIA (WIJSHEID): NAAR EEN ANDERE ROL VAN DE PATIËNT EN CLIËNT

Bij elke discussie over de gezondheidszorg is er wel iemand die aan het begin of aan het eind zegt dat het uiteindelijk gaat over het belang van de patiënt. In de praktijk is er natuurlijk sprake van verschillende belangen: het belang van de premiebetalende burger/verzekerde en het belang van de in een afhankelijke positie verkerende patiënt. Het heeft geleid tot een veelheid aan overleggen en overlegorganen met wisselende coalities en wisselend succes. Op 'systeemniveau' gaat het wel de goede kant op: de mondigheid van burgers neemt toe (soms te veel!) en het helpt als je als patiënt ook een beetje consument kan zijn: dat houdt de zorgaanbieders scherp. Maar het zou goed zijn als er één patiënten-/cliëntenbeweging zou zijn die zich sterk richt op drie thema's: bevordering van eigen verantwoordelijkheid en zelfzorgmogelijkheden, het eisen stellen aan de verzekeraars bij hun inkoopbeleid en het bevorderen van bejegeningkwaliteit en informatievoorziening aan patiënten en cliënten.

IUSTITIA (RECHTVAARDIGHEID): ANDERS DENKEN OVER BEKOSTIGING

Er is altijd veel discussie geweest – en dat zal in de toekomst niet anders zijn – over de bekostiging in de gezondheidszorg. Hoofdonderwerp was meestal vrije prijzen versus vaste tarieven, en voor beide natuurlijk: de hoogte daarvan. We beseffen misschien te weinig dat een systeem van vaste tarieven eigenlijk niets anders is dan het garanderen van de inkomsten en inkomens van zorginstellingen en beroepsbeoefenaren. Immers, de techniek van vaste tarieven is: men neme een norminkomen, men deelt dat door het aantal verrichtingen en je hebt de prijs per verrichting. Als door technologische vooruitgang de productiviteit met sprongen stijgt, stijgen de inkomsten en dus de kosten van de gezondheidszorg en gaan we ingrijpen. Als we er in zouden slagen de bekostiging (meer) te gaan baseren op kwaliteit en het volume te laten stijgen in combinatie met een daarbij passende productiviteitskorting op de prijs hebben we al een wereld gewonnen.

TEMPERANTIA (ZELFBEHEERSING): ZELF MEER VERANTWOORDELIJK VOOR KOSTEN

Er zijn er meer, maar twee factoren belemmeren de individuele verantwoordelijkheid voor de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg in belangrijke mate: collectieve uitgaven zijn niet van jezelf en als je niet kan zien wat er uitgegeven wordt, kun je er ook niets van vinden.
Het is jammer dat er in de gezondheidszorg geen 'tweede pijler' is zoals bij de pensioenen. In het pensioenstelsel is er een collectieve eerste pijler, de AOW, een verplichte, maar niet tot de collectieve lasten behorende tweede pijler en een derde, individuele pijler. En aan de discussies over het pensioencontract kan men – ondanks alles – toch wel zien dat ook anderen dan de overheid zich druk maken over de kosten…
Het niet kunnen zien wat er uitgegeven wordt is de keerzijde van het klantvriendelijke declaratiesysteem in de zorg: de patiënt ziet de rekening niet (of veel later via de eigen bijdrageafrekening). Als hiervoor een voorziening wordt getroffen wordt het kostenbewustzijn in de zorg versterkt en het aantal controleurs van zorgrekeningen uitgebreid met zo'n 10 miljoen Nederlanders.

FORTITUDO (MOED): NAAR EEN ANDERE ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Het lijkt er op dat een volgende fase in de organisatie van de gezondheidszorg is aangebroken. Laten we bedenken dat wij komen van een situatie waarin vergaande specialisatie en een goed ontwikkelde zorginfrastructuur (van huisarts en ambulance, tot ziekenhuis, verpleeghuis en thuiszorg) ons hebben gebracht tot een land waarin de kwaliteit van gezondheidszorg tot de top van de wereld behoort.

Maar om die top te houden moet wel ingespeeld worden op de toekomstige schaarste aan arbeidskrachten, de voor hogere kwaliteit benodigde zorgvolumes, de noodzaak tot meer ketenzorg en de sterker wordende internationale concurrentie op het gebied van research en development (R&D) in de zorg. De klok van de nieuwe tijd zal samenwerking en alliantievorming slaan. De beoordeling van marktmacht krijgt een nieuwe dimensie. En aangezien Nederland in internationaal verband een stad is, zouden onze UMC's bij uitstek geschikt zijn om gezamenlijk internationale excellence centers te worden. Dat vereist dan wel een vergrote inzet van de overheid op het gebied van innovatie en R&D voor de zorg en echte keuzes in het UMC-veld wie wat doet.

FIDES (GELOOF): NAAR MEER PRIVATE FINANCIERING VAN DE ZORG

In een situatie van langdurig geringe economische groei en stijgende behoefte aan zorg en innovatie zullen de collectieve financieringsmogelijkheden snel hun grenzen naderen. De ideologisch getinte discussie over de vraag of winst in de zorg bij private financiering wel of niet goed is, zal verschuiven naar een meer pragmatische discussie: moeten daaraan randvoorwaarden worden gesteld. Het aardige is dat die randvoorwaarden op de keper beschouwd eigenlijk allemaal al aanwezig lijken: toezicht op de kwaliteit is geregeld, er is een markttoezichthouder, wat wel en wat niet verzekerd is zit in een wettelijk pakket en er is een toelatingssysteem voor instellingen en beroepsbeoefenaren. Natuurlijk moeten we nog drie keer kijken of alle waarborgen afdoende zijn, maar ontideologisering van het thema van private financiering is hard nodig.

SPES (HOOP): VAN DOMEINEN NAAR MENSEN

Als we de patiënt/cliënt echt centraal zetten, moeten we ook over de domeinen heen durven denken. De zorgbehoefte van morgen is niet los te zien van de woonsituatie en de inkomenssituatie (straks in veel gevallen het pensioen). Nu zijn alle spelers in de verschillende domeinen erg met zichzelf bezig: in het zorgdomein hoef ik maar te verwijzen naar deze bijdrage, in het woondomein loopt er al enige jaren een discussie over de plaats, taak en werkwijze van woningcorporaties en in het pensioendomein is het ook niet bepaald rustig. Maar als de instellingen in die verschillende domeinen met mensen bezig zijn in plaats van met systemen zullen zij bij elkaar gaan zitten met het oog op de toekomst.

CARITAS (NAASTENLIEFDE): NAAR EEN ANDERE OUDERENZORG

De toekomst van de gezondheidszorg staat of valt met onze bereidheid na te denken over en andere ouderenzorg. Ketenzorg voor chronisch zieken betekent een meer holistische in plaats van een specialistische kijk op patiënten. Healthy Aging zou een van de leidende thema's in de gezondheidszorg moeten worden. We kunnen nu al voorspellen dat het aantal Alzheimerpatiënten de komende decennia zal verdubbelen en welke gevolgen dat heeft voor instellingen, thuiszorg en mantelzorgers. En dan gaat het niet alleen om financiële en organisatorische vragen, maar vooral om emotie, empathie en menselijke maat. Een nationale aanpak is nodig. De beoordeling van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in de toekomst staat hiermee op het spel.

2.4.2 DE ZORGINKOOPMARKT EXTRAMURALE AWBZ

TABEL 10. HUIDIGE VORMGEVING ZORGINKOOPMARKT EXTRAMURALE AWBZ

Huidige vormgeving zorginkoopmarkt extramurale AWBZ	
Uitgaven	22,8% van het totale AWBZ-budget werd in 2009 besteed aan de extramurale zorg: ruim € 4,7 miljard.[39]
Zorgvragers	Van de ruim 600.000 mensen die in 2010 gebruik maakten van de langdurige zorg ontvingen circa 340.000 cliënten deze zorg thuis.[40] In de extramurale AWBZ hebben momenteel (2011) circa 117.000 mensen een PGB (90% van het totaal aantal mensen met een PGB heeft een extramurale indicatie).
Zorg-aanbieders	In 2010 waren er in totaal 1.284 zorgaanbieders actief die een vorm van extramurale AWBZ leverden. Per zorgkantoorregio waren dit gemiddeld 40 zorgaanbieders. Het aantal aanbieders verschilt per zorgkantoorregio: • Begeleiding: minimaal 15, gemiddeld 38 en maximaal 90 aanbieders per zorgkantoorregio; • Behandeling: minimaal 3, gemiddeld 11 en maximaal 29 aanbieders per zorgkantoorregio; • Persoonlijke verzorging: minimaal 9, gemiddeld 28 en maximaal 72 aanbieders per zorgkantoorregio; • Verpleging: minimaal 9, gemiddeld 26 en maximaal 69 aanbieders per zorgkantoorregio.
Toegang tot zorg	Voor het ontvangen van extramurale AWBZ is een indicatie van het CIZ of BJZ noodzakelijk. Een afgegeven extramurale AWBZ-indicatie kan betrekking hebben op de volgende zorgvormen: persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP), begeleiding (BG) en behandeling (BH). De indicatie bevat niet alleen een omschrijving van de zorgfunctie(s) waar de geïndiceerde recht op heeft, maar ook de zwaarteklasse met een bandbreedte van het aantal uren zorg.
Contractering	De zorgkantoren hebben op de markt van extramurale AWBZ-zorg geen contracteerplicht.
Bekostiging	Zorgkantoren en zorgaanbieders onderhandelen over de prijs die zorgaanbieders voor de door hen geleverde zorg in rekening mogen brengen. Daarbij gelden door de NZa vastgestelde maximumtarieven.

39 NZa, Marktscan Extramurale AWBZ, externe rapportage, 2011

40 Ministerie VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011

2.4.2.1 Marktontwikkelingen extramurale AWBZ afgelopen vijf jaar

Het veranderde marktgedrag van de verschillende spelers in de extramurale AWBZ is een van de belangrijkste ontwikkelingen in de afgelopen vijf jaar:

Toename aantal aanbieders en lichte afname mate van concentratie
De afgelopen drie jaar is het aantal zorgaanbieders licht gestegen. In 2010 traden er 139 aanbieders toe tot de extramurale AWBZ-markt en zijn er 61 uitgetreden. Vooral op de functie begeleiding komen er aanbieders bij. Er zijn wel grote verschillen tussen zorgkantoorregio's in het aantal zorgaanbieders dat is toegetreden per functie. Bij de functies behandeling, persoonlijke verzorging en verpleging is sprake van een dusdanige concentratiegraad dat die een goede werking van de markt kan belemmeren. Aan de andere kant daalt de –weliswaar hoge– mate van concentratie de laatste jaren voor deze functies. Het aantal zorgaanbieders met een marktaandeel van <1% of 1-25% is de laatste jaren toegenomen, terwijl het aantal zorgaanbieders met een marktaandeel >25% licht is afgenomen.

FIGUUR 8. GEMIDDELD AANTAL ZORGAANBIEDERS OVER DE 32 ZORGKANTOORREGIO'S, PER FUNCTIE IN DE JAREN 2008 - 2010

Bron: NZa

Meer dynamiek in de onderhandelingen

Er is steeds meer dynamiek en daadwerkelijke onderhandelingen als zorgkantoren zorgaanbieders contracteren:

- De afgelopen jaren zijn de budgetgaranties lager geworden. Daarmee neemt het aandeel gegarandeerde omzet bij bestaande aanbieders af. Bovendien ontstaat er meer dynamiek en kansen voor nieuwe toetreders.
- Om diezelfde reden krijgen zorgkantoren een steeds duidelijkere voorkeur om het zogenaamde prijsmodel te hanteren in de onderhandeling met de zorgaanbieders. In dit model onderhandelt het zorgkantoor vooral over de prijs met de zorgaanbieder en veel minder over het volume (in tegenstelling tot het volumemodel). In het prijsmodel worden dan ook in eerste instantie lage productieafspraken gemaakt. Op die manier zijn aanbieders er zelf verantwoordelijk voor om voldoende volume te realiseren en worden zij maximaal geprikkeld om zoveel mogelijk cliënten aan te trekken ('het geld volgt de cliënt'). In de loop van het jaar worden dan de definitieve afspraken over de hoeveelheid gemaakt.
- Bij de inkoop van zorg bij zorgaanbieders hanteren de zorgkantoren geschiktheidseisen en gunningsvoorwaarden. Als een zorgaanbieder voldoet aan de geschiktheidseisen kan hij in aanmerking komen voor AWBZ-productie. Gunningsvoorwaarden zien voornamelijk op kwaliteit en tijdigheid van zorg en informatieverstrekking aan het zorgkantoor. De mate waarin een zorgaanbieder voldoet aan de kwaliteitseisen in de gunningsvoorwaarden van het zorgkantoor is medebepalend voor de prijs en/of het af te nemen volume.
- Doordat in de extramurale AWBZ door de NZa maximumtarieven worden gehanteerd, kunnen de zorgkantoren lagere prijzen met de zorgaanbieders afspreken dan het maximumtarief. In de jaren 2006 tot en met 2010 lagen de prijzen die zorgkantoren afspraken op alle functies gemiddeld genomen lager dan het maximumtarief. Tabel 11 geeft de gemiddelde korting over de 32 zorgkantoorregio's weer in de periode 2006-2010. Uit de tabel blijkt dat in 2007 en 2008 de hoogte van de gemiddeld gerealiseerde korting is afgenomen ten opzichte van 2006 en dat de hoogte van de gemiddeld gerealiseerde korting daarna stabiliseert. Er zijn wel aanzienlijke verschillen waarneembaar tussen de verschillende functies, maar vooral tussen de onderscheiden zorgkantoren. Tabel 12 maakt deze verschillen inzichtelijk voor 2010.

TABEL 11. GEMIDDELDE KORTING OVER DE 32 ZORGKANTOORREGIO'S (2006-2010) [41] [42]

	2006	2007	2008	2009	2010
Gemiddeld kortings-percentage	- 4,3%	- 3,2%	- 2,5%	- 2,5%	- 2,6%

TABEL 12. GEMIDDELDE KORTING OVER DE 32 ZORGKANTOORREGIO'S EN DE ZORGKANTOORREGIO'S MET MINIMUM- EN MAXIMUMKORTING PER FUNCTIE (2010)

		Kortingspercentage
Begeleiding	Minimum	- 0,7%
	Gemiddeld	- 2,9%
	Maximum	- 6,0%
Behandeling	Minimum	0,0%
	Gemiddeld	- 4,0%
	Maximum	- 24,6%
Persoonlijke verzorging	Minimum	- 0,1%
	Gemiddeld	- 2,3%
	Maximum	- 4,8%
Verpleging	Minimum	0,0%
	Gemiddeld	- 2,2%
	Maximum	- 4,9%
Totaal	**Minimum**	**- 0,3%**
	Gemiddeld	**- 2,6%**
	Maximum	**- 4,7%**

41 NZa, monitor extramurale AWBZ; Analyse van de marktontwikkelingen in 2007 en 2008

42 Ministerie Financiën, Miljoenennota 2011, 2010

Toegenomen regie door cliënten

Het PGB speelt vooral een rol in de extramurale AWBZ. De populariteit van het persoonsgebonden budget is de afgelopen jaren enorm toegenomen. Op 1 januari 2007 waren er in totaal 65.000 PGB-houders.[43] Nu is dit aantal gestegen tot bijna 130.000, waarvan veruit het grootste gedeelte (zo'n 117.000 PGB-houders) extramurale zorg ontvangt.[44] Een factor die meespeelt in de groei is dat het PGB mensen aantrekt die normaal geen zorg in natura aangevraagd zouden hebben. Toch heeft de toename van het aantal budgethouders wel geleid tot meer dynamiek en nieuwe initiatieven binnen de extramurale AWBZ, maar tegelijkertijd een forse toename van de kosten.

CONCLUSIE

De extramurale AWBZ-markt heeft zich de afgelopen vijf jaar ontwikkeld tot een relatief dynamische deelmarkt, waar de vraagzijde (het zorgkantoor en de individuele PGB-houder) de aanbodzijde prikkelt tot kwaliteitsverbetering en innovatie. Tegelijkertijd zijn er verschillen in prestaties tussen zorgkantoren te zien als het gaat om de gerealiseerde resultaten in de onderhandelingen met zorgaanbieders (bijvoorbeeld verschillen in gerealiseerde kortingen ten opzichte van bijvoorbeeld maximumtarieven).

43 Langdurige zorg; rapport brede heroverwegingen, 2010

44 Ministerie VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011

2.4.3 DE ZORGINKOOPMARKT INTRAMURALE AWBZ

TABEL 13. HUIDIGE VORMGEVING ZORGINKOOPMARKT INTRAMURALE AWBZ

Huidige vormgeving zorginkoopmarkt intramurale AWBZ	
Uitgaven	77,2% van het totale AWBZ-budget werd in 2009 besteed aan de intramurale zorg: ruim € 15,8 miljard.[45].
Zorgvragers	Van de ruim 600.000 mensen die in 2010 gebruik maakten van de langdurige zorg ontvingen circa 260.000 cliënten deze zorg intramuraal.[46] In de intramurale AWBZ hebben momenteel (2011) circa 13.000 mensen een PGB (10% van het totaal aantal budgethouders heeft een intramurale indicatie).[46]
Zorg-aanbieders	In 2009 waren landelijk 1.055 zorgaanbieders actief die intramurale AWBZ-zorg leverden (excl. GGZ). Gemiddeld zijn in een zorgkantoorregio ongeveer 28 aanbieders actief (excl. GGZ).[47] Dit aantal verschilt per zorgkantoor.
Toegang tot zorg	Voor het ontvangen van intramurale AWBZ is een indicatie van het CIZ of BJZ noodzakelijk. De indicatiestelling voor intramurale AWBZ-zorg vindt plaats in zorgzwaartepakketten (ZZP's). ZZP's beschrijven de combinatie van zorgvormen of zorgfuncties waar de geïndiceerde recht op heeft. De ZZP's bestaan uit een combinatie van de functie verblijf (VB) met minstens één van de volgende andere functies: persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP), begeleiding (BG) en behandeling (BH). In de ZZP's wordt voor de geïndiceerde functies een gemiddelde tijdsduur per week opgenomen. Binnen de ZZP-indeling is een verder onderscheid gemaakt naar doelgroep. Zo bestaan er verschillende ZZP's voor de verzorging en verpleging (10), gehandicaptenzorg (29) en langdurige geestelijke gezondheidszorg (13). Niet alle intramurale zorg is ondergebracht in ZZP's. Zo bestaan er enkele overige prestaties (bv. crisisopvang), toeslagen (bijvoorbeeld toeslag permanente ademhalingsondersteuning, toeslag extreme zorgzwaarte gehandicaptenzorg) en een opslag voor de kapitaallasten. De geïndiceerde intramurale AWBZ-zorg kan in bepaalde gevallen ook thuis geleverd worden door een intramurale AWBZ-aanbieder ('Volledig Pakket Thuis'). Ook kan de geïndiceerde intramurale AWBZ-zorg worden omgezet in extramurale zorg, waarbij de zorg zowel in natura als in PGB kan worden ontvangen.
Contractering	De zorgkantoren hebben op de markt van intramurale AWBZ-zorg momenteel een contracteerplicht.

45 NZa, Marktscan Extramurale AWBZ, externe rapportage, 2011

46 Ministerie VWS, Programmabrief langdurige zorg, 2011

47 Cijfers NZa

Bekostiging	Jaarlijks stelt de NZa bandbreedtetarieven vast voor de verschillende ZZP's. Dit betekent dat het door het zorgkantoor en de zorgaanbieder overeengekomen tarief slechts door de NZa wordt vastgesteld indien het valt binnen de aangegeven bandbreedte. De bandbreedte liep in 2010 van 98% tot en met 100% van de in de beleidsregel opgenomen waarde. In 2011 is de bandbreedte verruimd tot een breedte tussen 94% en 100%. Kinderen en jeugd GGZ en KIB worden nog niet bekostigd op basis van ZZP's. De NZa werkt aan nieuwe ZZP-profielen voor bekostiging kinderen en jeugdigen.

2.4.3.2 Ontwikkelingen afgelopen vijf jaar

In de intramurale AWBZ hebben de belangrijkste ontwikkelingen vooral betrekking op de regulering van de bekostiging. Het veranderde marktgedrag van de verschillende partijen dat daaruit voortkomt zal de komende jaren duidelijk worden.

Invoering prestatiebekostiging

Zoals in voorgaand schema ook is aangegeven, is in de intramurale AWBZ een systeem van ZZP-bekostiging ingevoerd. De kern van dit bekostigingssysteem is dat instellingen geen gemiddelde vergoeding krijgen per bed (zoals in het verleden het geval was), maar een vergoeding per cliënt afhankelijk van diens zorgzwaarte. Zorgkantoren hebben daarnaast meer ruimte gekregen om met de zorgaanbieders te onderhandelen over de prijs-/kwaliteitsverhouding. In 2006 startte de voorbereiding voor invoering van ZZP-bekostiging. In 2007 is de zorgzwaarte van alle cliënten in beeld gebracht en begon de indicatiestelling in ZZP's. In 2008 werd schaduwgedraaid om de zorginstellingen en de cliënten te laten wennen aan de ZZP's en inzicht te krijgen in de financiële effecten en verschuivingen. In 2009 zijn de financiële effecten per instelling fasegewijs doorgevoerd. Per 2010 worden intramurale AWBZ-instellingen daadwerkelijk bekostigd op basis van ZZP's. Het doorvoeren van de belangrijkste financiële effecten en herallocaties tussen instellingen wordt in 2011 afgerond.

Afschaffen bouwregime

Tot 2009 hadden AWBZ-zorgaanbieders toestemming nodig van de overheid voor de bouw en renovatie van de instellingen. Daar stond tegenover dat de zorgaanbieders geen risico liepen over hun huisvestingskosten ('kapitaallasten'). Nadat hun bouwplannen waren goedgekeurd door de overheid, kregen de zorgaanbieders alle bouw- en huisvestingskosten vergoed ('nacalculatie'). Ook als niet alle capaciteit daadwerkelijk werd benut. Met ingang van 2009 is het zogenaamde bouwregime afgeschaft en hoeven zorgaanbieders geen toestemming meer te krijgen van de overheid voor bouw of renovatie. Zorgaanbieders kregen daarmee meer ruimte om zorggebouwen te realiseren die tegemoet komen aan de wensen van hun cliënten en medewerkers. Op dit moment lopen de zorgaanbieders nog geen risico over hun huisvestingskosten en worden deze kosten nog nagecalculeerd. Vanaf 1 januari 2012 volgt een stapsgewijze invoering van de zogeheten integrale tarieven en wordt een steeds groter deel prestatiebekostiging.

CONCLUSIE

In de huidige intramurale AWBZ-markt is minder sprake van dynamiek dan in de extramurale AWBZ-markt. Toetreding tot de intramurale AWBZ-markt is veel lastiger dan toetreding tot de extramurale AWBZ-markt. Ook is het aantal PGB-houders in de intramurale AWBZ vele malen kleiner. Toch is er de afgelopen vijf jaar wel veel veranderd in de intramurale AWBZ. Het gaat daarbij niet zozeer om veranderingen in het marktgedrag van betrokken partijen, maar om veranderingen in de regulering. De belangrijkste wijziging betreft de introductie van ZZP-bekostiging. Met de invoering van deze vorm van prestatiebekostiging is aan een belangrijke voorwaarde voldaan om de komende vijf jaar zorgaanbieders meer te gaan prikkelen tot cliëntgerichtheid, innovatie en kwaliteitsverbetering. Bijvoorbeeld door de zorgaanbieders volledig verantwoordelijk te maken voor (de financiering van) hun huisvesting (normatieve vergoeding van kapitaallasten) of door bij de bekostiging rekening te houden met de kwaliteit van de geleverde zorg (resultaatfinanciering).

OVER DE JUBILARIS EN HET JUBILEUM: DE TERUGBLIK

Steven van Eijck
voorzitter LHV

Het is 2006. De bestuursverklaring zorginitiatief 2006-2010 van het net aangetreden kersverse LHV-bestuur draagt de titel: Huisarts en patiënt centraal. Het is 2006; het jaar waarin de Nederlandse Zorgautoriteit het levenslicht ziet. Als marktmeester in de zorg en tevens toezichthouder zet de NZa de consument centraal. Een terug- en vooruitblik door een jubilerende LHV-voorzitter op een jubilerende zorgautoriteit.

Sinds 2006 is er in de huisartsenzorg veel veranderd. Het klassieke onderscheid tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden is door de komst van de basisverzekering verdwenen. De gevolgen zijn groot en divers: zo zijn er vrij onderhandelbare tarieven gekomen voor een deel van de huisartsenzorg; worden huisartsen geacht met elkaar te concurreren en met verzekeraars te onderhandelen en wordt met de komst van ketenzorg en de bijbehorende eerstelijns-DBC's substitutie van zorg aangemoedigd. Het landschap waarbinnen de huisarts opereert is daarmee drastisch van karakter veranderd.

De huisarts paste zich aan op deze veranderde situatie. Niet zomaar, maar uiterst succesvol. De ontwikkeling van de huisartsenposten, de substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, het op poten zetten van geïntegreerde eerstelijnszorg voor chronische aandoeningen in zorggroepen, het is maar een greep uit de moderniseringsdrift en innovatiekracht binnen de huisartsenzorg. Intussen bleef het vertrouwen van de patiënt in de huisarts ongekend hoog. Nu er een taart met vijf kaarsjes wordt binnengedragen ter gelegenheid van het eerste lustrum van de Nederlandse Zorgautoriteit, popt de vraag op of de vooruitgang die de afgelopen vijf jaar is geboekt mede dankzij de NZa is geboekt, of ondanks de marktwerking en de marktmeester. Stel dat in 2006 de wetgeving, die de basis vormt voor het functioneren van de NZa, ongewijzigd gebleven was geweest, hadden we dan een tijdvak met minder vernieuwing achter ons gezien?

Het antwoord luidt zowel ja als nee. Onmiskenbaar heeft de Zorgverzekeringswet niet alleen nieuwe structuren geschapen, maar vooral ook het denken over de zorg een impuls gegeven. Zorgaanbieders worden geacht met elkaar te concurreren om de gunst van de patiënt en de besteding van de consument. Binnen de huisartsenzorg ontstonden Darwinistische 'survival of the fittest'-beelden. Voor zorgverleners, dus ook voor huisartsen, die niet sterk en slim genoeg zouden zijn zich aan te passen, zouden de laatste uren hebben geslagen, zo was de vrees. Twee straten verderop immers, lag een beroepsgenoot op de loer om patiënten te komen kapen. En als die al niet levensbedreigend was, dan zou de verzekeraar wel de duimschroeven aandraaien. Het leveren van zorg zou overleven worden, tegen de verdrukking van concurrentie, na-ijver en macht van grote conglomeraten in. Het was de patiënt die hier garen bij zou spinnen. Hij zou getrakteerd worden op lage prijzen, topservice en een kwaliteit van zorg waar hij slechts van kon dromen. Leve het marktdenken! Het kon niet falen want als de belangen van de consument in het geding zouden komen, grijpt de NZa in, zo staat geschreven.
Wie de emoties van toen even vergeet en nuchter achterom kijkt, ziet interessante beelden. Als we de terminologie van de NZa overnemen, dan is er nu sprake van een 'markt in transitie'. Dat lijkt op niet veel meer dan een eufemisme gezien het feit dat het marktdenken zoals dat in 2006 op de PowerPoint prijkte, er in de praktijk toch milder en anders uitziet anno 2011. Wie in de huisartsenzorg om zich heen kijkt ontwaart veel dokters, 16 miljoen patiënten, legio medewerkers binnen de huisartsenvoorziening… maar geen markt. De verklaring daarvoor is dat veel aannames waarop de Zorgverzekeringswet is gebouwd niet met de werkelijkheid overeen stemmen. Laten we er een paar langslopen, vanuit het blikveld van de huisartsenzorg.
Fundamenten van de Zorgverzekeringswet voor de toekomst hereijckt
Het is voor de toekomstige beoordeling van het functioneren van de zorgmarkt voor huisartsenzorg essentieel te begrijpen welke fundamentele onjuiste of onrealistische uitgangspunten binnen de Zorgverzekeringswet gelden. Als de NZa of andere autoriteiten de steeds veranderende politieke beleidsuitgangspunten toetsen en de naleving ervan controleren, kan dat alleen succesvol zijn als hun blik op de markt overeenstemt met de haalbare praktijk.

Het marktdenken gaat uit van zorgaanbieders die strijden om de gunst van de klant en van klanten die uiterst mobiel zijn bij het zoeken en vinden van hun zorgaanbieders. Dat is niet de realiteit. Huisartsen strijden niet om gunsten, maar werken continue aan kwaliteitsverbetering van henzelf. Puur vanuit professionele passie. Het klinkt wat hoogdravend, maar als niet-huisarts mag ik het zeggen: huisartsen volgen een roeping. Huisartsen maken mensen 'beter'. Dat is toch het mooiste wat een mens voor een ander mens kan betekenen. Het lukt alleen door een tomeloze inzet en een voortdurende aanscherping van kennis en kunde. De vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt is daarbij essentieel en dat vereist in het bijzonder van de huisarts een grote mate van empathie. Natuurlijk zijn patiënten volledig vrij in hun keuze van huisarts en is het beleid van de LHV daarop expliciet gericht. De gemiddelde huisarts zal het echter als een teleurstelling en wellicht als disfunctioneren ervaren als een patiënt besluit over te stappen. Diezelfde vertrouwensrelatie zal ook de patiënt niet snel doen besluiten zijn heil elders te zoeken. Dat maakt dat de mobiliteit in het belang van de patiënt beperkt is gebleken.

De Zorgverzekeringswet gaat er van uit dat verzekeraars selectief zorg inkopen in het belang van de patiënt/consument. Dat is in de huisartsenzorg niet gebeurd en het zal ook niet gebeuren. Delen van de Nederlandse bevolking zouden of geen huisarts hebben of grote afstanden moeten reizen om ergens anders huisartsenzorg te krijgen. Binnen een goed functionerende zorgmarkt van volkomen vrije mededinging mag geen informatieachterstand bestaan. Het is zelfs voor

zorgverzekeraars echter vrijwel ondoenlijk de dynamiek binnen de huisartsenzorg te volgen. De ontwikkelingen zijn divers en volgen elkaar in rap tempo op. Het is inherent aan een generalistische medische discipline die zich nationaal en internationaal razendsnel ontwikkelt. Geen wonder, gezien het grote belang: het gaat wereldwijd altijd om wat ons het meest dierbaar is en dat is uiteindelijk onze gezondheid. Het is voor de beroepsgroep al een hele klus de ontwikkelingen te volgen en te vertalen naar de dagelijkse praktijk, laat staan voor de verzekeraars, die als zorginkoper met de huisarts van doen hebben. Wat te denken van de informatiebehoefte van marktmeester Nza als toezichthouder op beide partijen? Is die toereikend ingevuld, om de functie waar te maken?

Dat toezicht en het bewaken van het functioneren van de zorgmarkt, hoe verhoudt zich dat tot het vertrouwen waar de zorgsector op is gebaseerd? Nog afgezien van het hierboven gesignaleerde onvermijdelijke gebrek aan kennis en inzicht, dat niet voortvloeit uit onwil, maar uit capaciteitsgebrek; is het wel mogelijk parameters te duiden en te beoordelen die echt inzicht bieden in het functioneren van de huisartsenzorg binnen de zorgmarkt? Datzelfde geldt overigens voor het beoordelingsvermogen van de patiënt. Het is een illusie dat dat zelfs met een vergaande vorm van transparantie te realiseren is, omdat generalistische, integrale zorg amper met variabelen te meten valt. Het verklaart de huidige toevlucht tot het beoordelen van zaken die service betreffen (telefonische bereikbaarheid, bejegening). Uiteraard niet onbelangrijk, maar het leidt af van de essentie en helpt niet om de benodigde dynamiek in de markt aan te jagen door de juiste prikkels. De toekomstige marktmeester dient zich terdege te buigen over meetbare, relevante indicatoren in het licht van te beoordelen functioneren en zich niet laten verleiden en afleiden door politieke of andere motieven.

Als we tot slot nog iets kunnen leren van de afgelopen vijf jaar voor het in de toekomst optimaal functioneren van de NZa, dan betreft dat de huidige aantasting van het geloofwaardig onafhankelijk in de zorgmarkt kunnen opereren. Allereerst is daar de complicatie dat sprake is van één kapitein op meerdere schepen. Als onafhankelijk toezichthouder stelt de NZa regels en tarieven vast. Tegelijkertijd bewaakt zij samen met de partijen in de zorg het functioneren van de markt. Dergelijke functies zijn van oudsher terecht scherp van elkaar gescheiden binnen de trias politica in Nederland. Met meerdere petten op kan het verwijt ontstaan dat de onafhankelijkheid in het geding is. Nog complexer is het gegeven dat er twee kapiteins op één schip functioneren. De NZa ontwerpt de financieringssystematiek voor de zorg. Dat doet zij door middel van onderzoek naar prijs/kwaliteitverhoudingen in de zorg en naar benodigde inzet van menskracht en middelen. Dat alles tegen daarvoor geldende doordachte tarieven. Vervolgens doorkruist een minister vanuit een politiek motief de gedegen analyse en geeft een aanwijzing die haaks staat op wat de NZa kort daarvoor nog als rechtvaardig had verdedigd. Dus een overheid die de toezichthouder aan een lijntje heeft. Niet bij wijze van uitzondering, maar als patroon. Dat wringt toch met wat met de Zorgverzekeringswet is bedoeld.

Alle modellen voor kostprijsprincipes en prijsonderbouwingen ten spijt, staat de toezichthouder de facto onder periodieke curatele van de politiek. Om het tweede lustrum van de NZa tot een groot feest te maken, zou het streven moeten zijn daarin verandering te brengen. Want dit correctiemechanisme maakt niet alleen de toezichthouder ongelukkig omdat zijn taak wordt uitgehold, ook de huisarts wordt hier niet blij van, omdat die na gedane arbeid wegens succes daarvan geld moet inleveren om de staatskas kloppend te maken. De tweede kapitein, die met de Haagse pet, zal van boord moeten. Daarvoor zal het nodig zijn dat er nieuwe mechanieken van tariefbepaling worden ontwikkeld die de geneigdheid van de politiek om te interveniëren doet verminderen.

Hoe ziet de wereld er over een jaar of tien uit? Zien we een patiënt in de spreekkamer met een iPad op schoot om de kwaliteitsindicatoren van de praktijk uit te lezen? Typt hij na het consult een rapportcijfer voor de dokter in? Ontwikkelen huisartsenpraktijken marketingplannen om patiënten van concurrenten af te snoepen? Probeert een huisarts zijn praktijk zo groot mogelijk te maken? Gooit hij behandelingen uit het assortiment die niet renderen? Zijn er andere zaken die we zien in andere dynamische markten waar ook de huisarts en de patiënt voor warm lopen?

Nee. Hoogstwaarschijnlijk niet. De patiënten zullen naar hun eigen dokter willen blijven komen en de dokter zal zijn eigen patiënten optimaal willen behandelen. Daarbij helpt het als er meer inzicht in eigen handelen van de huisarts is door het transparant maken van behandelingen. En ook zullen economische wetmatigheden blijven gelden, net zoals die hebben gegolden toen we nog geen Zorgverzekeringswet hadden en net als in de tijd der Romeinen.

Maar de echte, grote drijvende kracht in de zorg is en blijft de passie voor het werk die artsen en anderen ten toon spreiden. De vanbinnen uit komende aanjager van innovatie, toewijding en oprechte betrokkenheid bij het lot van de patiënt. Daar kan geen mechanisme, geen wet of wat dan ook tegenop. Een huisarts wordt beter van ervaring, (na-)scholingen, zelfstudie, intervisie, samenwerking, spiegelinformatie, patiëntreacties en wat dies meer zij. Niet door concurrentie en marktwerking. Een patiënt wordt beter van zo'n huisarts. Ik wens de jubilerende NZa toe dat de verrijkende wederzijdse kruisbestuiving tussen marktpartijen in de zorg en de marktmeester/toezichthouder ook op haar van toepassing mag zijn in de komende tijd.

3 MAAK HET VERSCHIL

De cijfers uit hoofdstuk 2 en de opiniërende bijdragen van kenners in de zorg laten zien wat de stand van de zorgmarkt is anno 2011 en welke stappen nog gezet moeten worden in de komende jaren om het verschil te maken. Het verschil om de zorg ook in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden.

3.1 HOUDBARE ZORG

Het overzicht van de stand van de zorgmarkten in het vorige hoofdstuk laat – net als de scenariostudies van het CPB – zien dat het geen sinecure zal zijn om de zorgkosten de komende jaren te beteugelen. Als de huidige groei zich voortzet, zal de bijdrage aan de zorgkosten door een gezin met twee modale inkomens oplopen van 24% van het bruto inkomen in 2011 naar 43% in 2040[48].

Het besef van de urgentie om de stijgende kosten een halt toe te roepen is in 2011 sterk toegenomen, ook door de huidige economische situatie in Nederland, die veel minder ruimte biedt voor groei van de publieke uitgaven dan in 2006. Dat besef is een eerste voorwaarde om naar alle partijen maar vooral naar de consument realistische verwachtingen te creëren.

Hoe blijft de zorg houdbaar voor de premiebetalende consument, houdbaar voor de huidige cliënten en patiënten in de zorg en houdbaar voor toekomstige generaties? Minder centrale sturing in de zorg en meer verantwoordelijkheden en risico's voor de verschillende partijen in de zorg is de gekozen weg om dat doel te bereiken, maar daarnaast zullen mogelijk aanvullende maatregelen nodig zijn om de collectieve zorgkosten in toom te houden. Dat vergt een kostenbewuste, actieve en ondernemende rol van alle partijen: van de consument, van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ook van de overheid en de NZa. Welke uitdagingen zijn het meest prangend de komende jaren?

3.2 UITDAGINGEN VOOR DE CURE: VERLAAT DE SPAGAAT

In de cure zijn de eerste stappen gezet van bekostiging op basis van vaste budgetten naar bekostiging op basis van geleverde prestaties. De tarieven in de fysiotherapie zijn vrij, farmacie en mondzorg volgen per 2012. Voor de farmaceutische zorg is ook een facultatieve prestatie opgenomen, zodat aanbieders en verzekeraars zelf niet alleen kunnen onderhandelen over prijzen en kwaliteit, maar ook over de

48 http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/ >> Health spending and public finance what will bring future.

verrichtingen die worden gedeclareerd. Dit is bevorderend voor het ondernemerschap en de innovatie in die sector.
In de ziekenhuissector wordt in 2012 prestatiebekostiging ingevoerd en wordt het bekostigingssysteem vereenvoudigd. Daarnaast wordt het B-segment, dat deel van de ziekenhuiszorg waar vrije prijzen gelden, fors uitgebreid. Maar de weg naar volledige prestatiebekostiging met integrale tarieven is in deze sector nog lang. Zo zal nog twee jaar een tijdelijke overgangsregeling gelden voor de ziekenhuizen en is de introductie van integrale tarieven (waarbij er geen apart honorariumtarief meer geldt voor medisch specialisten) uitgesteld tot 2015. Een dergelijke overgangsregeling kan noodzakelijk zijn, maar een systeem met een dubbele bekostiging (vergoeding op basis van daadwerkelijk geleverde zorg én vergoeding op basis van een vast budget) is niet alleen om administratieve redenen onwenselijk. Ook de drive om te innoveren, om goede en zinnige zorg te bieden tegen een redelijke prijs wordt hierdoor bemoeilijkt. Een dergelijke spagaat moet niet te lang duren. De urgentie tot vernieuwing en efficiëntie blijkt ook uit de convenanten die de minister in 2011 sloot met verzekeraars, ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en medisch specialisten. De jaarlijkse groei van de uitgaven aan ziekenhuiszorg moet verlaagd worden van 6 tot 7% naar iets meer dan 5%.[49] Wat helpt om deze efficiëntie- en vernieuwingsslag versnellen?

De zorgverzekeraar heeft bij deze veranderingen uiteraard een belangrijke rol door daadwerkelijk selectief te gaan inkopen. Voor de zorgaanbieders zelf is de belangrijkste opdracht om keuzes te maken in hun zorgaanbod en zich te concentreren op hun sterkste punten. Alleen zo kan een proces van 'creatieve destructie' leiden tot efficiëntie- en kwaliteitsverbetering, waarbij kansrijke innovaties sneller geïntroduceerd worden, maar waarbij zorgaanbieders met een minder onderscheidend zorgaanbod ook sneller zullen verdwijnen.

De NZa ziet daarnaast drie mogelijke maatregelen die hieraan bij kunnen dragen. Allereerst is een vlotte introductie van innovatieve prestaties noodzakelijk. Dit kan door ook in het B-segment van de ziekenhuiszorg een facultatieve prestatie op te nemen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen dan zelf afspraken maken over de prestatie die wordt geleverd. Ten tweede kan de dynamiek in de ziekenhuissector vergroot worden door in de overgangsperiode tot 2015 de honorariaplafonds voor medisch specialisten niet meer te berekenen op basis van historische cijfers, maar op basis van de zorg die de zorgverzekeraars nu inkopen bij de ziekenhuizen, de zelfstandige behandelcentra en de eerste lijn. Tot slot laten de cijfers in hoofdstuk 2 zien dat vooral in de cure de kapitaalbehoefte de komende jaren naar verwachting niet meer opgevangen kan worden door de overheid of door banken. De NZa heeft al eerder geadviseerd om te experimenteren met private investeerders in ziekenhuizen. Ook dat kan bijdragen aan een versnelling van de innovatie in de sector. Een pragmatische discussie concentreert zich dan op de twee vragen die daarbij een rol spelen: hoe regel je private financiering en wat zijn de randvoorwaarden?

3.3 UITDAGINGEN VOOR DE CARE: KEUZES VOOR HET INDIVIDU

In de intramurale zorg zijn stappen gezet naar meer vraagsturing. De invoering van de zorgzwaartebekostiging was een eerste stap, inmiddels is deze systematiek uitgebreid met de kapitaallasten tot integrale tarieven.

De uitvoering van AWBZ wordt vanaf 2013 overgedragen aan zorgverzekeraars . Hierdoor wordt de zorgverzekeraar het aanspreekpunt voor de cliënt. Onduidelijk is nog hoe ver deze ontwikkelingen gaan: worden zorgverzekeraars risicodragend? Op dit moment worden verzekeraars volledig gecompenseerd bij overschrijdingen, zodat de verzekeraar zijn verplichtingen naar de zorgaanbieders kan nakomen. Overschrijdingen van het macrobudget worden vervolgens gecompenseerd door de overheid, die de zorgaanbieders een korting op kan leggen om de overschrijding terug te halen. Dit neemt de prikkel bij de verzekeraar weg om doelmatig in te kopen: de overheid en de zorgaanbieders lossen het probleem dan voor hem op. Als verzekeraars wel risico's dragen bij de uitvoering van de AWBZ, bijvoorbeeld door het instellen van verzekeraarsbudgetten of parallelle budgettering van zorgaanbieders en verzekeraars, wordt een duidelijke prikkel ingebouwd om binnen de contracteerruimte te blijven. Een vraag die dan ook beantwoord zal moeten worden, is welke langdurige zorg we willen blijven reguleren. Welk pakket aan zorg- en dienstverlening is geschikt voor onderlinge concurrentie tussen aanbieders? En welke delen van de AWBZ zijn geschikt voor overheveling naar de Zvw, om daar risicodragend te worden uitgevoerd?

In de extramurale zorg AWBZ geldt dat zorgaanbieders nog vooral op basis van uurtarief werken. Ook voor deze zorg moet bekeken worden of de bekostiging persoonsvolgend kan worden, dat wil zeggen met de vraag van de cliënt als uitgangspunt.

49 Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

Het verminderen van het aantal persoonsgebonden budgetten in de AWBZ werpt daarnaast een nieuw vraagstuk op in deze sector. Zal de druk op de intramurale zorginstellingen hierdoor navenant toenemen? Of kunnen de huidige zorgverleners zich aanmelden als 'nieuwe toetreder' in de extramurale AWBZ om zo via de zorgkantoren hun diensten aan te kunnen blijven bieden? In het najaar van 2011 zal duidelijk worden of hiervoor wettelijke regelingen aangepast gaan worden en wat de rol van de NZa daarbij is.

Ook in de AWBZ blijft transparante kwaliteitsinformatie één van de belangrijkste voorwaarden om de individuele consument een keuze te geven: deze kan pas kiezen tussen aanbieders als daar heldere informatie beschikbaar is over het zorg- en dienstenaanbod, prijzen voor aanvullende dienstverlening en een goed overzicht van wachttijden. Ook de zorgkantoren moeten over adequate inkoopinformatie kunnen beschikken voor een optimale inkoop van zorg. De NZa zal de komende jaren ook in deze sector meer gebruik maken van haar bevoegdheid om transparantieverplichtingen op te leggen aan zorgaanbieders.

3.4 UITDAGINGEN VOOR DE ZORGVERZEKERAARS: SELECTIEF ZORG INKOPEN EN RISICO'S DRAGEN

Zorgverzekeraars vervullen een cruciale rol bij het doorvoeren van meer vrijheden en meer vraagsturing in de zorg. Zij zijn het die de belangen van de consumenten kunnen behartigen door de best mogelijke zorg (efficiënt en effectief) in te kopen en een onderscheidend verschil te maken in hun polissen. Zodat de premiebetalers daadwerkelijk een keuze krijgen voor welke soorten zorg zij zich willen verzekeren, welke risico's zij daarbij willen afdekken en welke niet. Selectieve zorginkoop kan op allerlei manieren: bijvoorbeeld op kwaliteit, op prijs, op uitkomsten van zorg, op service, op innovatieve behandelmethoden of op doelgroepen. Uiteraard moet alle geboden zorg aan de normen voor verantwoorde zorg voldoen zoals de IGZ die stelt. Maar verder zijn de mogelijkheden legio, zoals ook de wensen en behoeften van de verzekerden.
Zoals blijkt uit de 'Stand van de zorgmarkten' in hoofdstuk 2, zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog steeds voorzichtig in hun onderhandelingen. Vooral het afgelopen jaar is hier vooruitgang geboekt, bijvoorbeeld doordat bepaalde verzekeraars niet meer alle ziekenhuiszorg contracteren.

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om bij naturapolissen de consument bewust te maken van de kosten die verbonden zijn aan keuzevrijheid. Als een verzekeraar selectief contracteert en bijvoorbeeld ook degressieve tarieven afspreekt, kan dat voordeel worden doorberekend in de premie. Uiteraard moet de polis dan volledig transparant zijn over de gecontracteerde zorgverleners. De huidige Zorgverzekeringswet bevat in artikel 13 de plicht om ook bij een volledige naturapolis een vergoeding te bieden voor niet gecontracteerde zorgverleners, maar het staat de verzekeraar vrij om de hoogte van deze vergoeding te bepalen, als dit maar duidelijk in de polis opgenomen wordt.

3.5 UITDAGINGEN VOOR DE OVERHEID: ZEKERHEDEN LOSLATEN, KOSTEN BEHEERSEN

De maatregelen voor 2012 zijn forse stappen naar meer vraagsturing in de zorg, met de kanttekening dat de noodzakelijke overgangsregelingen niet te lang mogen duren. De overheid staat daarbij voor de uitdaging om tegelijkertijd zekerheden los te laten en vorm te geven aan de noodzakelijke beheersing van de kosten. Op welke manier zou die kostenbeheersing kunnen plaatsvinden in een decentraal gestuurd zorgstelsel? In het BKZ wordt nu per sector een kostenplafond gedefinieerd. Als verzekeraars succesvol en onderscheidend contracteren, blijft sturing via een BKZ dan houdbaar?
Ter illustratie: verzekeraars kunnen op macroniveau kosten besparen door zorg te verplaatsen van de tweede naar de eerste lijn. Een gewenste ontwikkeling, maar met het BKZ als instrument ontstaat dan de complicatie van een overschrijding in de eerstelijnszorg.

Als zorgverzekeraars selectiever zorg gaan inkopen, kunnen er grotere prijsverschillen ontstaan tussen natura- en restitutiepolissen. Bij de beheersing van de kosten kan dan ook de prijsontwikkeling van de goedkoopste polis als uitgangspunt worden genomen. Dankzij de acceptatieplicht is deze polis voor iedereen toegankelijk en daarmee een goed uitgangspunt. Met het BKZ als instrument leiden namelijk ook de kosten die samenhangen met individuele keuzes van de consument (bijvoorbeeld voor een uitgebreidere, duurdere polis) tot beheersingsmaatregelen, terwijl die niet strikt noodzakelijk zijn om een betaalbare toegang tot de basisverzekering te garanderen.

In het huidige regeerakkoord worden twee mogelijke routes geschetst om de zorgkosten te beheersen. De eerste is een heffing achteraf bij alle zorgaanbieders als de grens van het Budgettair Kader Zorg wordt overschreden (het macrobeheersingsinstrument).

De tweede route die wordt voorgesteld, is het aanpassen van de omvang van het wettelijk verzekerde pakket, via pakketverkleining of via verhoging van eigen bijdragen.[50]

Als marktmeester ziet de NZa risico's bij de toepassing van de eerste route, omdat dit het toetreden van nieuwe zorgaanbieders bemoeilijkt en daarmee de dynamiek van vraagsturing kan verstoren. In de overgangsfase waarin er nog geen sprake is van optimale concurrentieverhoudingen, kan dit Macro Beheers Instrument een bruikbaar sturingsinstrument zijn. Als de vraagsturing volledig is ingevoerd zal dit instrument vooral onzekerheid creëren en een rem zetten op noodzakelijke investeringen in innovatie.

3.6 UITDAGINGEN VOOR DE NZa: TERUGTREDEN EN OPTREDEN

Tot nu toe stak de NZa veel energie in haar regulerende taken. Het verrichten van kostenonderzoeken, het vaststellen van tarieven en prestaties en het opstellen van beleidsregels. In sectoren waar de prijzen niet vrij zijn, zal de NZa tarieven en prestaties blijven vaststellen. Er zal altijd zorg blijven waarvoor vaste tarieven noodzakelijk zijn, zoals het calamiteitenhospitaal of traumahelikopers. De NZa past de manier waarop zij de tarieven berekent aan de veranderingen in wet- en regelgeving aan.

De regulerende taak van de NZa zal uiteraard kleiner worden bij meer vrije prijzen en wellicht ook vrije prestaties. In een vrijere markt staat de NZa voor nieuwe uitdagingen. Het verminderen van de regeldruk bijvoorbeeld (waaronder de ontschotting tussen de verschillende zorgsectoren) en de invoering van goede bekostigingssystemen met integrale tarieven op basis van daadwerkelijk geleverde zorg. De komende jaren staan de overheid en ook de NZa in ieder geval voor de belangrijke opdracht om tijdelijke tussenstappen daarbij zo snel als mogelijk te beëindigen.

Ook is het wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving een belangrijk speerpunt voor de NZa de komende tijd. Dit betekent daar waar mogelijk een verschuiving van een 'verbodstelsel' (alles is verboden, tenzij de NZa het goedkeurt), naar een 'gebodstelsel' (alles is toegestaan, als het maar binnen de grenzen van de wet valt).

50 In het financieel kader bij Regeer- en gedoogakkoord staat op p.18: Om de macrobeheersbaarheid van de zorguitgaven te realiseren resteren ten principale nog twee instrumenten: verkleinen van de collectieve pakketaanspraken en het verhogen van eigen betalingen. Verder wordt het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) doorgezet waar mee wordt beoogd de macrobeheersing van de uitgaven in ieder geval in de transitiefase te versterken.

Minder regeldruk en toenemende specialisatie en concentratie van zorgaanbieders stellen de NZa voor concrete uitdagingen op het gebied van toezicht en marktmeesterschap, zoals:

- Het voorkomen en bestrijden van fraude en misbruik. Zorgaanbieders en verzekeraars moeten doen wat is afgesproken en moeten zich houden aan wet en regelgeving.
- Het opleggen van transparantieverplichtingen aan zorgaanbieders om kwaliteitsinformatie beschikbaar te maken voor de consument en verzekeraars. Vooral bij sectoren waar vrije prijzen gelden is het van belang dat er kwaliteitscriteria komen die nodig zijn voor de consument ook echt ondersteunen in zijn keuze.
- Scherper toezicht op marktmacht. Wanneer er meer onderhandelingsruimte ontstaat voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, wordt het toezicht op marktmacht relevanter. De NZa kan zorgaanbieders verplichtingen opleggen wanneer door Aanmerkelijke Marktmacht de betaalbaarheid, kwaliteit of toegankelijkheid van zorg in het geding komt. De komende jaren zal de NZa dit instrument vaker inzetten.

3.7 DE BELANGRIJKSTE UITDAGING: EEN BEWUSTE, ACTIEVE CONSUMENT

Al deze maatregelen neemt de NZa met maar één doel: ervoor zorgen dat de zorg voor de consument betaalbaar, van goede kwaliteit en toegankelijk blijft. De komende jaren zal de consument dan ook bewuster en actiever moeten gaan kiezen tussen zorgverzekeraars en tussen verschillende polissen. Welke risico's wil hij verzekerd hebben, welke niet en welke mate van keuzevrijheid wil hij daarbij hebben?

Hierbij is het ook van belang dat consumenten meer kostenbewust worden. In Nederland wordt het kostenbewustzijn van consumenten beperkt doordat de zorg vooral gefinancierd wordt uit verzekeringen en premies die nauwelijks zichtbaar zijn voor de consument. De consument wordt daardoor niet uitgedaagd om kostenbewust en doelmatig om te gaan met zijn zorggebruik. Er ontstaat vaak zelfs een gevoel dat de zorg gratis is.

Een zelfbewuste, kostenbewuste consument is een voorwaarde om de vraagsturing in de zorg te realiseren en tegelijk de zorgkosten te beheersen.

COLOFON

Uitgave van de Nederlandse Zorgautoriteit, oktober 2011
Met dank aan Zorgmarktadvies

Fotografie
Michel Groen

Ontwerp en Vormgeving
Optima Forma bv, Voorburg

Drukwerk
Opmeer Drukkerij bv, Den Haag

NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT (NZa)

Postbus 3017
3502 GA Utrecht
www.nza.nl