

VEEL DOELSTELLINGEN ZIJN NIET BEREIKT

Tien jaar Zorgverzekeringswet

Tien jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet blijkt de jubilaris niet helemaal aan de hooggespannen verwachtingen van destijds te voldoen.

Toen in 2006 de nieuwe zorgverzekeringswet van kracht werd was de hoop dat invoering op den duur de stijging van de zorgkosten zou dempen, dat zorgverzekeraars selectief en dan met name op basis van kwaliteit zorg zouden gaan inkopen, dat de wet innovatie zou bevorderen en risicoselectie zou uitbannen en dat er een gelijk speelveld zou ontstaan van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten. Een terugblik en een stand van zaken.

Waarom was een nieuwe zorgverzekeringswet ook alweer nodig?

Eind jaren negentig kraakte het oude zorgstelsel, bestaande uit ziekenfonds én particuliere zorgverzekering, in zijn voegen: de centrale aanbodsturing gaf partijen in de zorg wel érg weinig ruimte en het zorgaanbod was onvoldoende op de vraag gericht. Bovendien waren er flinke wachtlijsten.

Al eerder was nagedacht over een nieuw zorgstelsel. Zo adviseerde een commissie onder leiding van voormalig Philips-topman Wisse Dekker in 1987 om de gezondheidszorg te onderwerpen aan een systeem van gereguleerde concurrentie.

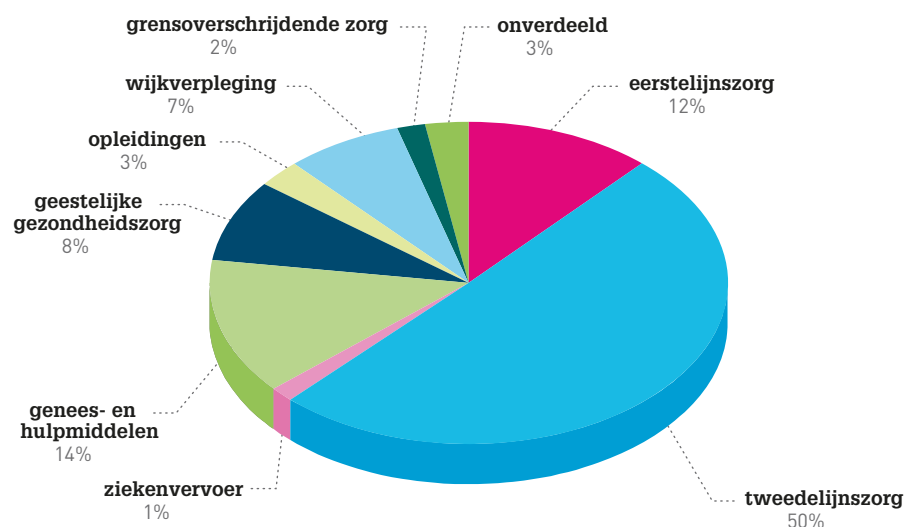
Kernwoorden: een terughoudende overheid, geloof in marktwerking en vertrouwen in de kracht van het ondernemerschap. Maar pas onder druk van de wachtlijsten maakte het tweede kabinet-Kok – ‘Paars II’ –, dat in de zomer van 1998 aantrad, er concreet werk van: er werd een projectgroep binnen VWS geformeerd, naast een groep van directeuren-generaal van de betrokken ministeries. Hun taak was na te denken over een zorgsysteem dat dynamischer zou zijn dan het oude, meer gericht op innovatie en op de voorkeuren van de patiënt. Een goedkoper eindresultaat zou natuurlijk mooi meegenomen zijn, maar dat het nieuwe systeem tot extra uitgaven zou

Eind jaren
negentig kraakte
het oude
zorgstelsel

kunnen leiden, werd geaccepteerd. Zou een combinatie van acceptatieplicht en zorgplicht – zorgverzekeraars moesten alle patiënten aannemen en geïndiceerde zorg vergoeden – de zorg duurder maken, zo was de simpele gedachte, dan zou zich dat eenvoudigweg vertalen in een premieverhoging.

Halverwege 2001 lag er een blauwdruk klaar voor het nieuwe stelsel, een jaar later was de nieuwe wet in beginsel klaar. De hoofdlijnen: zorgverzekeraars kregen een sturende rol, het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekerden werd opgeheven, de zorg werd voor de helft betaald uit inkomensafhankelijke premies, voor de andere helft uit de nominale premies van de zorgverzekeraars. In de jaren daarna is het plan van Paars eigenlijk niet meer ter discussie gesteld. Maar door de perikelen in het eerste kabinet-Balkenende (2002-3) liep het proces vertraging op. Pas onder VVD'er Hans Hoogervorst, VWS-minister in het tweede kabinet-Balkenende, werd er echt vaart achter gezet. In vier jaar tijd trok hij de wet er ‘bijna militair’ doorheen, zodat deze in 2006 van kracht werd. Zonder noemenswaardig politiek verzet, en met een brede reikwijdte (zie *diagram*). Opvallend genoeg waren de zorgverzekeraars aanvankelijk niet allemaal enthousiast over de hen toebedeelde rol. Er bestond huijver over toekomstige politieke besluiten, maar er waren ook zorgverzekeraars die weinig voelden voor een

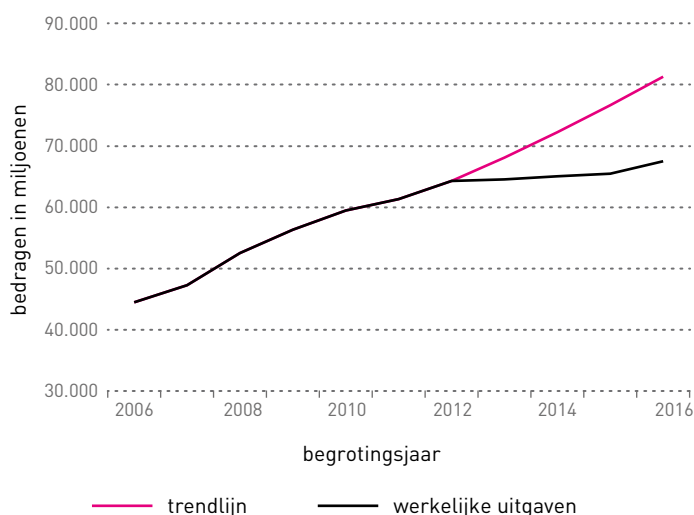
Waar gaat het geld van de Zvw naar toe?



Samenstelling in 2016 van de uitgaven onder de Zorgverzekeringswet.
Totaal 44,4 miljard.

Afvlakkende zorgkosten

Ontwikkeling van de zorguitgaven 2006-2016



totale herziening van het verzekeringsstelsel; zij wilden af van de centrale tarieven en van de al te strakke regulering van het aanbod. Een minderheid van particuliere zorgverzekeraars, zei bijvoorbeeld topman Louw de Graaf van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in 2003, wilde 'het liefst een soort schadeverzekering voor hun portefeuille zorgverzekering houden'. Er was de nodige over-redingskracht voor nodig om hen over de streep te trekken. Niet voor niets worden de eerste vijf jaren van het nieuwe stelsel wel als 'verloren jaren' beschouwd, waarin de zorgverzekeraars bijvoorbeeld hun inkoopafdelingen op orde moesten krijgen.

Zijn de zorgkosten sinds de invoering van de Zvw inderdaad getemperd?

Ja, dit jaar bleek dat zorguitgaven voor het eerst in decennia zijn afgevlakt (zie *grafiek*). Dat lijkt een mooi resultaat, maar het komt niet alleen op het conto van de herinrichting. Immers, toen de kosten een paar jaar na invoering van de nieuwe wet te hard dreigden te stijgen, werden de oude sturingselementen in de vorm van door de minister opgelegde budgetten toch weer uit de kast gehaald. Ook de economische teruggang speelde een rol: zorgkosten plegen nu eenmaal – zij het met een lichte vertraging – omhoog te gaan als het economisch goed gaat, en omlaag in tijden van crisis.

Maar dat is niet het hele verhaal. De kosten zijn ook minder hard gegroeid doordat de eigen bijdrage werd verhoogd. En ten slotte speelden – zoals de bedoeling was – de aard van de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vermoedelijk een rol. Vermoedelijk, want het is moeilijk na te gaan of zorgaanbieders inderdaad – zoals wel is geopperd – worden gedwongen om onder de kostprijs te werken. Ziekenhuizen hebben de grootste moeite om hun kosten in goede kostprijzen te vertalen. En de verzekeraars werken doorgaans met 'referentieprijzen', die veelal zijn afgeleid van tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit. De grote prijsverschillen tussen zorgproducten van het ene en het andere ziekenhuis zijn

vaak het gevolg van het gebruik van deze ‘verzonnen prijzen’.

‘Prijzen’ is geen hard criterium om contracten op te baseren, evenmin als dat andere belangrijke element – ‘kwaliteit’. Voor de meeste behandelingen bestaan nog geen kwaliteitscriteria, en ook als ze er wel zijn – denk bijvoorbeeld aan de indicatoren van DICA of Meetbaar Beter – is onduidelijk welke rol ze spelen bij de inkoop van zorg door de verzekeraars. Maar er komt verandering: het Zorginstituut Nederland kan veldpartijen dwingen om tempo te maken met het formuleren van kwaliteitscriteria als zij dat zelf onvoldoende doen.

In het nieuwe stelsel zouden patiënten bewust kiezen voor een huisarts of een ziekenhuis, en dus voor een verzekeraar die hen contracteert. Doen zij dat?

Nee, zo werkt het niet. Dat bleek onlangs nog uit een promotieonderzoek van het Nivel. Een derde van de patiënten kán helemaal niet bewust kiezen, al was het maar omdat zij op het beslissende moment nog niet weten wat hun precies mankeert. Uiteindelijk is slechts 5 procent echt actief: die wikt en weegt, en kiest bewust voor een bepaald ziekenhuis. Ook de aard van de zorg speelt natuurlijk een rol. In de acute zorg is ‘kiezen’ nauwelijks aan de orde, snelheid is dan veel belangrijker. In de chronische zorg is daarentegen de relatie met de behandelaar juist leidend – en die wordt dan ook niet snel ingeruild voor een ander. Die schamele 5 procent uit het Nivel-onderzoek zal dan ook betrekking hebben op een afgebakende groep patiënten: voor electieve zorg, *once in a lifetime*, zal de jongere, goedopgeleide patiënte wel willen nadenken over de beste keuze. Als verzekerde wil de gemiddelde mens een zo goed mogelijke polis, tegen een zo laag mogelijke prijs. Als hij of zij patiënt wordt, verandert het perspectief: dan gaat het om zo goed mogelijke zorg, ongeacht de kosten. Het probleem zit in dat woord ‘goed’: als patiënten al willen en vooral kunnen kiezen, hoe weten ze dan waar zij met hun probleem het best naartoe kunnen gaan? Een van de mogelijkheden is

het bekijken van het Kwaliteitsvenster, dat inmiddels is te vinden op de websites van ruim 110 ziekenhuizen en revalidatiecentra; het geeft enig inzicht in de kwaliteit, aan de hand van tien ziekenhuisbrede onderwerpen, zoals gemiddelde wachttijden, het voorkomen van infecties en medicijncontrole bij opname. Een initiatief van de overheid is KiesBeter, maar ook daar is vergelijken niet in een handomdraai mogelijk. Dat gaat beter met commerciële sites als Zorgkiezer, van DGN Finance, of Independer. Maar de gegevens zijn summier, en de herkomst niet direct duidelijk.

Bij chronisch zieken zouden zorgverzekeraars aan risicoselectie doen. Hoe zit dat?

Omdat chronisch zieken méér zorg gebruiken, worden zorgverzekeraars in principe voor deze patiëntengroep gecompenseerd. Zorgverzekeraars met veel chronisch zieken in hun verzekerdenbestand komen daardoor niet op achterstand te staan ten opzichte van de andere verzekeraars, en hoeven dus ook geen hogere nominale premie te vragen. Maar die compensatie is onvoldoende, waardoor deze categorie verzekerden nog altijd verliesgevend is. Gevolg: verzekeraars trekken liever geen chronisch zieken aan, en worden onvoldoende geprikkeld om goede, doelmatige zorg voor hen in te kopen. Remedie: de risicoverevening zo verbeteren dat verzekeraars die het aandurven chronisch zieke verzekerden aan te trekken, worden beloond. Dat gaat gebeuren, zo heeft de minister aangekondigd.

Gaan meer concurrentie en markt wel samen met de eis om juist tot meer samenwerking te komen in de zorg?

Nee, als tien jaar Zorgverzekeringswet iets heeft duidelijk gemaakt, dan is dat wel dat ‘concurrentie’ ‘samenwerking’ dreigt te verdringen. Huisartsen zijn gebaat bij onderlinge samenwerking, zoals de huisartsenactie ‘Het roer moet om’ laatst nog met succes heeft duidelijk gemaakt. Ook ziekenhuizen stemmen onderling af welk type (dure) zorg waar wordt aangeboden, en samenwerking

Het beeld is dat zorgverzekeraars geld oppotten

tussen medisch specialisten in verschillende ziekenhuizen is allang gemeengoed. Zelfs de grenzen tussen eerste en tweede lijn worden vager – getuige de vormen van anderhalvelijnszorg en het meekijkconsult – en ook de kwaliteit van de spoedzorg zal niet verbeteren zonder dat artsen, ziekenhuizen en verzekeraars met elkaar samenwerken. Patiënten, ten slotte, hebben evenmin behoefte aan afgeschermdes hokjes: zij maken hun eigen tocht door het zorglandschap, en zijn gebaat bij samenwerking tussen partijen.

Het nieuwe stelsel zou innovatie bevorderen. Is dat gelukt?

Ook voor innovatie is samenwerking nodig. Voor een optimale inzet van ICT bijvoorbeeld is standaardisatie een voorwaarde: er moeten afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld de te gebruiken software, alleen al om te voorkomen dat iedereen het wiel opnieuw uitvindt. De wetgever biedt alle ruimte voor dergelijke ‘precompetitieve’ samenwerking, maar daarvan wordt nog te weinig gebruikgemaakt.

De zorgverzekeraars beheren veel geld en zijn machtig; té machtig, vindt menigeen. Wie vormen de tegenmachten?

Het beeld is inderdaad dat zorgverzekeraars geld oppotten of uitgeven aan node-loze bureaucratie en marketing. Maar in de afgelopen jaren is een substantieel deel van de winst via premieverlagingen ten goede gekomen aan de verzekerden: in 2012 en 2013 maakten de grote vier plus het kleine DSW samen bijna 2,6 miljard euro winst, meldde het Financieel Dag-

PRAKTIJKPERIKEL

'KLOPPENDE' ADMINISTRATIE

blad. Om de premies van 2014 en 2015 te drukken zetten ze bijna dat hele bedrag ook weer in: zo'n 2,3 miljard euro. Ook zouden de strenge kapitaaleisen van de Nederlandsche Bank hen dwingen om een deel van hun winst als reserves voor slechte tijden te parkeren. Volgens het FD boekten de zorgverzekeraars in 2014 een recordwinst van 1,4 miljard en zouden ze samen ruim 9 miljard op de bank hebben: ruim twee keer meer dan de Nederlandse Bank formeel aan solvabiliteit eist. Wat de tegenmachters betreft: anno 2016 zijn de zorgverzekeraars ware molochs geworden. De grote vier – Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis – beheersen 90 procent van de markt. Dat is anders dan de initiatiefnemers van de Zorgverzekeringswet hadden verwacht, maar voldoet tegelijk aan een economische wet: op elke nieuwe markt zie je eerst een veelheid aan aanbieders, dan is er een *shake out*, gevolgd door fusies. Alleen de overheid biedt de overgebleven zorgverzekeraars nu nog enige tegenmacht, omdat zij de inhoud van de basisverzekering bepaalt en de verzekeraars zorgplicht oplegt. En hoewel er hoopvolle initiatieven zijn – het al genoemde 'Het roer moet om' is er één van – blijft de vorming van tegenmacht door de zorgaanbieders een probleem. 'Als zorgaanbieders meer macht hebben dan verzekeraars, ontstaat wat we noemen 'verkoopmacht', staat te lezen op de website van de NZa, en dat geldt niet als wenselijk: zij 'kunnen dan hun prijzen verhogen, zonder dat daar meer kwaliteit van zorg tegenover staat.'

Eigenlijk zouden de verzekeraars nog machtiger moeten worden

'Wij zijn een leverancier van infuuspompen en wij hebben in het verleden een infuuspomp geleverd aan een patiënt die onder uw behandeling viel.' Nog ben ik nietsvermoedend na het lezen van deze eerste zin; geen flauw idee waar deze brief mij uiteindelijk naartoe zal leiden.

'Aan de zorgverzekeraar zijn wij verplicht gesteld om (met terugwerkende kracht) een compleet dossier van de patiënt te kunnen overleggen, ook al zijn deze in sommige gevallen overleden...', zo gaat het verder. Als huisarts met een aantal jaren ervaring voel ik mijn barometer langzaam 'in de bureaucratische stand' schieten: zo dadelijk wordt er van mij een handeling gevraagd en met directe patiëntenzorg heeft die handeling niks van doen. 'Helaas blijkt dat wij een handtekening missen op het machtigingsformulier van de volgende patiënt: naam van patiënt B. en geboortedatum worden genoemd.' Uit mijn hoofd weet ik dat deze mevrouw B. al geruime tijd dood is. Longcarcinoom, veel pijn weet ik uit mijn hoofd. Meer dan veertien maanden is het nu alweer geleden, vertelt me mijn geraadpleegde mortaliteitsklappertje.

'Zou u zo vriendelijk willen zijn om het machtigingsformulier te e-mailen naar ... of faxen naar ...?' Pavloviaans zet ik mijn handtekening op het formulier en haal het door de fax. Mevrouw B. mag dan rusten, haar hart niet meer kloppen, als bij de zorgverzekeraar haar administratie maar klopt!

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

Eigenlijk zouden de verzekeraars nog machtiger moeten worden. Want volgens economen van de Erasmus Universiteit gaat de selectieve zorginkoop – toch de crux van de Zorgverzekeringswet – pas goed functioneren als inkopers van zorg geen rekening meer zouden hoeven houden met het 'hinderpaalcriterium'. Dat is de in het beruchte artikel 13 van de Zorgverzekeringswet vastgelegde regel dat verzekerden niet belemmerd mogen worden om ook niet-gecontracteerde zorgaanbieders te raadplegen. Afschaffing daarvan zou in essentie de patiënt in zijn vrije artskeuze beperken. De recente geschiedenis laat zien dat niet iedereen in het veld bereid is zorgverzekeraars zoveel macht te geven. ■

Dit artikel is gebaseerd op een reeks achtergrondgesprekken met onder anderen gezondheidseconomen en bestuurders in de zorg, artikelen uit onder meer Medisch Contact, Het Financieel Dagblad en ESB, en de afscheidsrede 'Het beste zorgstelsel?' door prof. dr. Wynand van de Ven (Erasmus Universiteit).

Zie ook het interview met oud-hoofdinspecteur IGZ Wim Schellekens op pagina 18.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de dossiers Zorgkosten en Artikel 13 vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.