



cutting through complexity



Evaluatie Zorgverzekeringswet

Eindrapportage
September 2014



Disclaimer

De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst juist blijft.

Voor de totstandkoming van dit document hebben wij onder meer tijdens focusgroepen gesprekken gevoerd met experts. De resultaten van deze focusgroepen hebben wij verwerkt. De gesprekspartners zijn op geen enkele wijze verantwoordelijk voor de uitkomsten en de getrokken conclusies in dit rapport.

Opstellers

Dit rapport is opgesteld aan de hand van een systematische review van (inter)nationale literatuur en gesprekken met experts door KPMG Plexus in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Systematische review

De systematische review van de literatuur en documenten die zijn gebruikt voor deze evaluatie heeft plaatsgevonden volgens een transparante en (inter)nationaal geaccepteerde methode voor systematische review. Daarmee is het document te beschouwen als een zo objectief mogelijke weergave van de op dit moment beschikbare evidence ten aanzien van de werking van de Zorgverzekeringswet.

Managementsamenvatting



In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Met het instellen van de Zvw is getracht het zorgstelsel te verbeteren, met als uiteindelijk doel de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in Nederland te verhogen. In navolging van de evaluatie van de Zvw in 2009, heeft KPMG Plexus de werking van de Zvw geëvalueerd. Vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn de volgende drie vragen centraal gesteld in de evaluatie:

1. Hebben de risico's / knelpunten die geconstateerd zijn in de evaluatie in 2009 zich sindsdien voorgedaan dan wel doen deze zich nog steeds voor, en welke ontwikkelingen hebben hierop plaatsgevonden sinds 2009?
2. Welke invloed heeft de Zvw gehad op de zorginkoop door zorgverzekeraars en in welke mate sturen verzekeraars nu meer op doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorg dan voorheen?
3. Hoe hebben de drie spelers (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden/patiënten) hun beoogde rol binnen de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt opgepakt en wat is het gewicht van de drie spelers hierbij? Is er sprake van een 'balance of power' (balans in (markt)macht tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt/verzekerde)?

Met behulp van documentanalyse, interviews, data-analyse en focusgroepen zijn deze deelvragen beantwoord. In deze managementsamenvatting worden per deelvraag de belangrijkste conclusies en aanbevelingen beschreven.

1. Ontwikkelingen op risico's/knelpunten zoals geconstateerd in evaluatie 2009

Ten tijde van de evaluatie van de Zvw in 2009 zijn diverse risico's en knelpunten gesignaleerd. Ten opzichte van de risico's en knelpunten zoals gesignaleerd ten tijde van de evaluatie van de Zvw in 2009, zijn verbeteringen opgetreden, echter, enkele risico's/knelpunten doen zich nog steeds voor. Over het algemeen kan dan ook gesteld worden dat de werking van de Zvw is verbeterd en dat tegelijkertijd verdere verbeteringen noodzakelijk zijn voor een optimale werking van de Zvw. Hieronder wordt per risico/knelpunt beschreven of dit risico/knelpunt zich heeft voorgedaan dan wel of dit zich nog voordoet en wat aanbevelingen zijn voor verdere verbetering¹.

De ex ante risicoverevening

In de evaluatie in 2009 is aangegeven dat de ex ante risicoverevening nog niet optimaal is en dat dit leidt tot een risico van groepselectie door zorgverzekeraars. De ex ante risicoverevening is aangepast en verder ontwikkeld, maar nog niet optimaal. Op bepaalde doelgroepen verzekerden worden door de zorgverzekeraars nog steeds voorspelbare winsten of verliezen gemaakt. Dit heeft echter niet geleid tot directe groepselectie door zorgverzekeraars, want zorgverzekeraars voldoen aan de acceptatieplicht. Wel is er sprake van indirecte groepselectie, bijvoorbeeld via internetlabels, via modules in de aanvullende verzekering (AV) die dagelijks of maandelijks uitgezet kunnen worden of via exclusieve labels voor studenten, hoogopgeleiden en young professionals. Hoewel dit juridisch toegestaan is, kan het de toegankelijkheid van het zorgstelsel verminderen en hiermee het draagvlak voor de rol van de zorgverzekeraar in het huidige zorgstelsel ondermijnen, zeker omdat de basisverzekering (BV) en de AV in de beleving van de consument in belangrijke mate gekoppeld zijn. Om indirecte groepselectie te verminderen, verdient het aanbeveling om verder te gaan met het optimaliseren van het ex ante risicovereveningsmodel.

¹ In de evaluatie van 2009 is ook een risico geconstateerd ten aanzien van zorginkoop, dit wordt behandeld onder deelvraag 2.

Tevens verdient het aanbeveling om te onderzoeken in welke mate zogenaamde zorgvraagvariabelen als DKG's en FKG's beïnvloed worden door aanbodgeïnduceerde vraag c.q. praktijkvariatie. Sinds enkele jaren wordt uit steeds meer onderzoek² duidelijk dat praktijkvariatie – ook na correctie voor zorgzwaarte – in belangrijke mate voorkomt ook bij DKG- en FKG-variabelen waarbij men dit a priori wellicht niet of slechts beperkt zou verwachten. In welke mate deze praktijkvariatie – grotendeels veroorzaakt door beslissingen van het zorgaanbod o.a. ten gevolge van richtlijnen die ruimte voor interpretatie laten – effect heeft op het risicovereveningsmodel is momenteel onbekend. Het risico bestaat dat impliciet aanbodfactoren verevend worden, hetgeen een belangrijke rem kan vormen op doelmatige zorginkoop. Het verdient aanbeveling de omvang van dit mogelijke effect te onderzoeken.

Daarnaast verdient het aanbeveling om te onderzoeken of het mogelijk is om eventuele aanbodgerelateerde risicovereveningscriteria uit het ex ante model te verwijderen. Specifiek gaat het om het regiocriterium en de meerjarig hoge kosten criteria. Deze mogelijke aanbodgerelateerde risicovereveningscriteria kunnen een rem vormen op doelmatige zorginkoop. Hierbij is het van belang een afweging te maken tussen de voordelen van de voorspelkracht van deze criteria versus de verevening van aanbodfactoren.

De aanvullende verzekering

Ten tijde van de evaluatie van 2009 is beschreven dat de regelgeving van de AV de mobiliteit van verzekerden beperkt. De evaluatie van 2009 gaf aan dat het overstapgedrag onder ouderen en chronisch zieken laag was. Voor de AV geldt geen verbod op premiedifferentiatie en geen acceptatieplicht. In de evaluatie in 2009 is aangegeven dat dit verzekerden ervan weerhield om over te stappen (uit angst niet geaccepteerd te worden of een hogere premie te moeten afdragen). De regelgeving met betrekking tot de AV is niet veranderd ten opzichte van 2009. Het overstapgedrag onder verzekerden is tussen 2009 en 2013 toegenomen en in 2014 licht gedaald. De verzekerdenmobiliteit van chronisch zieken en ouderen blijft relatief laag. Wel blijken in de praktijk verzekeraars slechts beperkte acceptatie-eisen te stellen.

Het verdient aanbeveling om de (dreiging van) mobiliteit onder verzekerden te vergroten, door een brug te slaan tussen de perceptie (angst om niet geaccepteerd te worden en hogere premie) en de praktijk (vrijwel iedereen wordt geaccepteerd en premieverschillen voor gezondheidsprofielen zijn minimaal). Een mogelijkheid om dit te doen, is door vanuit de overheid en zorgverzekeraars in te zetten op de communicatie over de praktijk van acceptatie en premieverschillen voor de AV.

Effectiviteit eigen risico

In de evaluatie in 2009 is aangegeven dat de effectiviteit van het eigen risico gering is. Hoewel het aantal mensen met een vrijwillig eigen risico en de gemiddelde hoogte van het vrijwillig eigen risico is toegenomen en gesuggereerd wordt dat de verhoging van het eigen risico in 2012 en 2013 een oorzaak zou zijn geweest van de teruglopende groei van de ziekenhuisproductie, is de relatie tussen de hoogte van het eigen risico en zorggebruik niet eenduidig aangetoond. Wel leidt de toename van het eigen risico tot een financieringsverschuiving, waardoor meer kosten privaat door gebruikers worden betaald en de collectieve zorgkosten dalen.

De prikkel van het eigen risico op zorggebruik kan versterkt worden door tarieven – na afronding van de onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder – transparant te maken. Door tarieven transparant te maken hebben patiënten de mogelijkheid een afweging te maken tussen de kosten van een behandeling en kunnen zij kiezen naar welke aanbieder ze gaan. Hiervoor zijn verschillende vormen denkbaar, variërend in gradatie van openbaarheid: het plaatsen van tarieven in webportals van zorgverzekeraars ofwel het geheel openbaar maken van tarieven. Bij het plaatsen van tarieven in webportals van zorgverzekeraars zijn de tarieven alleen inzichtelijk voor hun verzekerden (maar

² Zie o.a. de praktijkvariatie studies in de electieve en parkinsonzorg die beschikbaar zijn op de ZN website, praktijkvariatie studies in de GGZ uitgevoerd door Coöperatie VGZ, en verschillende analyses door zorgverzekeraars in het kader van zorginkoop op verschillende diagnose gebieden (Dementie, COPD, Diabetes, Hartfalen, etc.).

kunnen zij die informatie natuurlijk wel delen met anderen). Verzekerden kunnen de webportal van hun zorgverzekeraar raadplegen voor extra informatie voor het maken van hun keuze voor zorg. Bij het geheel openbaar maken worden de tarieven voor een ieder inzichtelijk en toegankelijk. Wij adviseren het transparant maken van de werkelijke tarieven voor verzekerden via de webportals van zorgverzekeraars, omdat de tarieven op deze wijze overzichtelijk gepresenteerd kunnen worden aan verzekerden (hoewel dit theoretisch ook zou kunnen bij algehele openbaarheid). De transparantie van werkelijke tarieven leidt tot een prikkel voor zorgaanbieders tot dynamische efficiëntie, namelijk om flexibel in te spelen op veranderende marktomstandigheden en hierbij zorg te blijven leveren tegen concurrerende prijzen.

Het belangrijkste tegenargument voor openbaarheid van tarieven lijkt te zijn dat de onderhandelde tarieven als concurrentiegevoelige informatie beschouwd worden, waardoor de werking van de gereguleerde markt zou worden tegengegaan. Het lijkt aannemelijk dat zorgaanbieders hun prijzen zullen afstemmen op die van hun concurrenten en dat transparante tarieven daarmee een effect hebben. Maar het is de vraag of dit daadwerkelijk tot een belemmering leidt. Immers, in vele andere markten (zoals supermarkten, verzekeringen, etc.) zien concurrenten eveneens elkaars tarieven. Daarnaast is het transparant maken van tarieven een stimulans tot accurate kostprijsberekeningen van ziekenhuizen, wat volgens onderzoek een van de cruciale elementen is voor doelmatigheidsverbeteringen.

Een andere mogelijkheid betreft het afspreken van vaste tarieven voor behandelingen (bijvoorbeeld een vast bedrag per consult of per opname ongeacht de werkelijke prijs). Dit zou een prikkel kunnen geven tot bewust zorggebruik. Nadeel is dat hiermee de noodzaak tot adequate kostprijzen en daarmee goede DOT (DBC's op weg naar Transparantie)-prijzen wegvalt doordat een 'work-around' wordt ingesteld, hetgeen dynamische efficiëntie wegneemt. Daarom achten wij deze variant niet wenselijk.

Collectiviteiten

In de evaluatie van de Zvw in 2009 werd gewaarschuwd dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie kunnen uithollen. Zorgverzekeraars zouden via kortingen op overige verzekeringsproducten, hogere kortingen dan de toegestane 10% aan kunnen bieden aan collectief verzekerden. Collectief verzekerden blijken inderdaad een hogere korting te kunnen bedingen dan individueel verzekerden, maar niet meer dan de toegestane 10%. In 2013 betaalden collectief verzekerden gemiddeld 4,6% minder voor hun premie dan individueel verzekerden. Het risico dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentie uithollen heeft zich dan ook niet voorgedaan.

Het in 2009 gesignaleerde risico dat door het ontbreken van een acceptatieplicht voor collectiviteiten de collectiviteiten voor slechts een klein deel van de markt toegankelijk zijn heeft zich niet voorgedaan. Het aandeel collectief verzekerden neemt jaarlijks toe en collectiviteiten zijn voor grote groepen verzekerden toegankelijk. In 2014 is het aandeel collectief verzekerden 71%. Tevens is in de evaluatie van 2009 aangegeven dat voorkomen moet worden dat premiekortingen voor collectiviteiten gefinancierd worden door individuele polissen. Deze zogenoemde zero sum game, waarbij kortingen voor het collectief ten koste gaan van de hoogte van de premie van individueel verzekerden, zonder daadwerkelijke besparingen in zorgkosten, lijkt inderdaad op te treden. Een belangrijke bevinding uit ons onderzoek is namelijk dat de kortingen die gegeven worden aan collectief verzekerden meestal niet zijn gekoppeld aan de gezondheidswinst die geboekt wordt, al besteden werkgeverscollectiviteiten wel aandacht aan gezondheidsstimulerende programma's en voegen daarmee in potentie wel waarde toe. Ook blijkt dat het contracteren van collectiviteiten niet leidt tot minder administratiekosten.

Vanuit maatschappelijk perspectief voegt de manier van contracteren tussen partijen zonder afspraken over verbeteringen in de gezondheidswinst weinig toe; het gaat om een zero sum game waar de korting van de een de premiestijging van de ander is. Gezien het feit dat de huidige markt van collectiviteiten beperkt waarde toevoegt lijkt het aantrekkelijk om bijvoorbeeld het maken van afspraken over gezondheidswinst verplicht te stellen. Nadeel van deze benadering is de beperkte uitvoerbaarheid hiervan; hoe wordt immers getoetst op de naleving van dergelijke verplichtingen?

Tegelijkertijd is er nog een ontwikkeling gaande op dit vlak waarbij verschillende zorgverzekeraars pilots draaien met collectiviteiten over het meten en verbeteren van gezondheidswinst en zijn er geen evidente nadelen voor de burger in de huidige situatie aangezien de toegankelijkheid van de collectiviteiten groot is. Gelet op deze situatie adviseren we de ontwikkeling van de collectiviteitenmarkt te monitoren om te bezien of het beoogde doel van het behalen van gezondheidswinst in de loop der jaren beter behaald wordt. Indien dit niet het geval is, zou men kunnen overwegen de collectiviteitenkorting af te schaffen.

Zorgplicht

In de evaluatie van 2009 is aangegeven dat de zorgplicht niet helder genoeg is omschreven. Met de komst van het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars, zoals geformuleerd in 2012 en gewijzigd in 2014, blijkt dat zorgverzekeraars voldoende houvast hebben om de zorgplicht te vervullen. Zorgverzekeraars hebben zich de afgelopen jaren aan de zorgplicht gehouden, hoewel er op sommige punten discussie bestaat over de omvang van de ingekochte zorg (bijvoorbeeld de transgenderzorg in het VUmc). Om voor verzekerden de zorgplicht van verzekeraars nader inzichtelijk te maken, verdient het aanbeveling om de transparantie en informatievoorziening vanuit zorgverzekeraars ten aanzien van het polisaanbod te versterken. Met name de verschillen tussen restitutiepolis en naturapolis zijn op dit moment niet helder voor veel verzekerden.

Nominale premie en zorgtoeslag

In de evaluatie van de Zvw is aangegeven dat het leek dat de combinatie van een hoge nominale premie en zorgtoeslag als ongunstig neveneffect had, dat het een sterke prikkel geeft aan mensen met een laag inkomen om hun premie niet te betalen of zich in het geheel niet te verzekeren. Sinds de evaluatie van de Zvw in 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering in werking getreden. Ook is de nominale premie verder gestegen tussen 2009 en 2012 en in 2013 en 2014 is de nominale premie gedaald. Tussen 2009 en 2013 zijn de uitgaven aan de zorgtoeslag toegenomen. Tegelijkertijd zijn sinds 2012 stappen ondernomen om de toewijzing van zorgtoeslag te beperken.

Tussen 2009 en 2013 is het aantal geregistreerde wanbetalers toegenomen. Deze toename ligt echter voornamelijk in de wijze van registratie. Het aantal wanbetalers is sinds 2010 redelijk stabiel, en lijkt geen relatie te hebben met de hoogte van de nominale premie. Dit is echter moeilijk precies aan te geven, omdat de nominale premie wel enigszins gefluctueerd heeft de afgelopen jaren, maar grosso modo gelijk is gebleven. Dit tezamen maakt dat het lijkt dat het knelpunt zoals in de evaluatie in 2009 gesignaleerd, inzake de relatie tussen nominale premie en wanbetalers, zich niet heeft voorgedaan, maar dat we dit niet met zekerheid kunnen stellen. Indien de nominale premie in de toekomst wel sterk zou stijgen, is het raadzaam om het risico op toename in wanbetalers in het oog te houden.

2. Ontwikkelingen in zorginkoop en factoren die zorginkoop beïnvloeden

De laatste jaren heeft de zorginkoop zich verder en positief ontwikkeld. We zien dit tevens terug in de afname in de groei in zorgkosten tussen 2009 en 2013. Hoewel de zorguitgaven nog steeds toenemen is de groei in zorguitgaven sinds 2009 afgezwakt. In 2013 was de door het CBS verwachte groei in zorguitgaven 1,6%, wat de laagste groei is in de afgelopen vijftien jaar. Hoewel ontwikkelingen in zorginkoop niet de enige verklaring zijn voor de afname in groei, heeft de ontwikkeling van zorginkoop mede door introductie van omzetplafonds en aanneemsommen bijgedragen aan een afname van de groei in zorgkosten.

Belangrijke factoren die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling in de zorginkoop betreffen onder andere:

- *Het afschaffen van het representatiemodel.* Tot 2012 gold het representatiemodel in het A-segment van medisch-specialistische zorg en tot 2014 in de curatieve geestelijke gezondheidszorg bij gebudgetteerde GGZ-instellingen. In de praktijk bleek dat het

representatiemodel leidde tot minder concurrentie tussen zorgverzekeraars en daarmee tot verminderde focus op doelmatige zorginkoop.

- *Het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars door het afschaffen van de ex post risicoverevening.* Het huidige kabinetsbeleid is erop gericht ex post compensatiemechanismen af te schaffen, zodat zorgverzekeraars volledig risicodragend worden en hiermee gestimuleerd worden te investeren in goede zorginkoop en beheersing van zorgkosten.
- *De gesloten hoofdlijnenakkoorden.* In juli 2011, juni 2012 en juli 2013 zijn hoofdlijnenakkoorden gesloten tussen het Ministerie van VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In deze akkoorden zijn bijvoorbeeld voor zorginkoop afspraken gemaakt dat zorgverzekeraars de selectieve inkoop van zorg zouden uitbreiden, onder andere door zich te committeren aan spreiding en concentratie van zorg voor bijvoorbeeld de spoedzorg. Ook vormen deze akkoorden een richtsnoer voor de groei ruimte tijdens onderhandelingen.
- *Toename van de vrije prijzen in de eerste en tweede lijn.* In een deel van de eerstelijnszorg worden vrije prijzen gehanteerd. In de tweedelijnszorg is het aandeel behandelingen met vrije prijzen in de medisch-specialistische zorg toegenomen. Hoewel de toename van vrije prijzen in theorie de mogelijkheid tot selectieve inkoop vergroot, is dit effect in de praktijk nog niet zichtbaar, aangezien de selectieve inkoop slechts mondjesmaat plaatsvindt.
- *De toename van kwaliteitsindicatoren.* Een belangrijke factor die van invloed is op de trend van selectieve zorginkoop op basis van kwaliteit, is de inzichtelijkheid in kwaliteit. De afgelopen jaren is de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsindicatoren toegenomen. Er is echter ook nog (aanzienlijke) ruimte voor verbetering van de inzichtelijkheid in kwaliteit; nog steeds zijn uitkomsten (ook die wel reeds beschikbaar zijn) niet transparant, simpelweg omdat aanbieders deze niet publiceren (zie ook belemmerende factoren).
- *Kwaliteitsnormering door beroepsgroepen.* De laatste jaren is een ontwikkeling in gang gezet, waarbij naast en met de normeringen vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), kwaliteitsnormen zijn opgesteld door (wetenschappelijke verenigingen van) beroepsgroepen. Deze normeringen worden opgenomen in de zorginkoopspecificaties en vormen zo een onderdeel van het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Tegelijkertijd zien we dat de zorginkoopmarkt nog niet optimaal functioneert en dat bijvoorbeeld selectieve zorginkoop in beperkte mate van de grond komt. Belemmerende factoren voor zorginkoop zijn:

- *Artikel 13 van de Zvw.* Ook in de aangepaste vorm van artikel 13 blijven groepen zorgaanbieders uitgesloten van mogelijke selectieve inkoop. Dit vormt een rem op doelmatigheid van zorg.
- *De late beleidscyclus.* Wijzigingen in het beleid na 1 juli zorgen voor onzekerheid bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders over het gevoerde beleid waarmee rekening gehouden dient te worden in de contracten. Deze onzekerheid kan van invloed zijn op de voortgang van het contracteerproces.
- *Gebrek aan transparantie in kwaliteit.* Ondanks de ontwikkeling in kwaliteitsindicatoren, blijkt dat het gebrek aan transparantie over de kwaliteit nog een belemmering vormt voor zorginkoop op basis van kwaliteit of het belonen van goed presterende aanbieders. Veel indicatoren zijn reeds beschikbaar in klinische registraties, maar simpelweg niet transparant.
- *Kwaliteit: bureaucratie versus transparantie van uitkomsten.* Het blijkt dat vanuit zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders de hoeveelheid kwaliteitsindicatoren (via Zichtbare Zorg³) niet in verhouding staat tot het beperkte nut van deze structuur- en procesindicatoren. Indien zorgaanbieders transparant worden over de kwaliteit (uitkomsten) van de geleverde zorg kan een groot deel van de kwaliteitsindicatoren komen te vervallen.

³ Het programma Zichtbare Zorg ondersteunde van 2007 tot en met 2012 sectoren in de zorg bij het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg. De resultaten zijn overgedragen aan het Kwaliteitsinstituut.

- *Fusies en concentraties van zorg.* Mogelijk nadeel van fusies en concentraties van zorg betreft de rem op concurrentie. Bij fusies en concentratie van zorg is de kunst te 'laveren' tussen het risico op prijsstijgingen en de te behalen kwaliteit en doelmatigheidswinst. De doelmatigheidswinst moet hierbij worden omgezet in daadwerkelijke premiedaling via lagere zorgkosten voor de zorgverzekeraar, alleen dan is de maatschappelijke businesscase werkelijk positief. Proactieve monitoring of deze doelmatigheidswinst feitelijk optreedt en ook terugvloeit naar zorgverzekeraars (en uiteindelijk verzekerden) is vereist en gebeurt nu te beperkt.
- *De angst van zorgverzekeraars voor reputatieschade.* Het blijkt dat angst voor reputatieschade bestaat bij zorgverzekeraars voor het selectief contracteren van zorgaanbieders. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het primair gaat over de angst voor reputatieschade. In de focusgroepen is aangegeven dat er in de praktijk, ondanks dreigingen, nog weinig aanwijzingen zijn dat zorgverzekeraars ook daadwerkelijk (grootschalig) verzekerden verliezen als gevolg van selectief contracteren.
- *De huidige bekostiging in de GGZ.* In de dagelijkse praktijk van de twee grootste deelmarkten in de Zvw (specialistische GGZ en medisch-specialistische zorg) kent de vigerende bekostiging volop 'fee for service'-elementen, in de GGZ is een volledig fee for service-systeem onder de noemer 'DBC's' (Diagnose Behandel Combinaties) ingevoerd. Op termijn dient de bekostiging in de GGZ aangepast te worden. Eerste stappen hierin worden momenteel gezet. Door de NZa wordt in samenwerking met veldpartijen gewerkt aan een inhoudelijk verbeterde productstructuur voor de gespecialiseerde GGZ. De nieuwe productstructuur zal in 2017 de bestaande DBC's GGZ vervangen.

Op basis van deze bevindingen formuleren we de volgende aanbevelingen om de zorginkoop verder te optimaliseren:

- *Artikel 13.* Het wijzigen van artikel 13 van de Zvw, waarbij zorgverzekeraars vrij zijn de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen, draagt bij aan het verbeteren van de zorginkoop. In een recente kamerbrief heeft minister Schippers laten weten dat zorgverzekeraars met de wijziging van artikel 13 kunnen variëren in het polisaanbod. Zorgverzekeraars kunnen met de wijziging van artikel 13 echter naturapolissen aanbieden "waar de zorgverzekeraar op basis van prijs- en kwaliteitsafspraken contracten afsluit met zorgverleners, en de verzekerde hier naar toe probeert te sturen, door de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager vast te stellen, bijvoorbeeld op 50%, 30% of zelfs 0%". Op 19 juni 2014 is het wijzigingsvoorstel van artikel 13 van de Zvw¹ door de Tweede Kamer aangenomen en het wordt nu voorgelegd aan de Eerste Kamer.

Bij dit wijzigingsvoorstel zijn tevens enkele amendementen opgenomen. Zo is de volgende zorg uitgesloten van selectieve inkoop: zorg die huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefentherapie, farmaceutische zorg, mondzorg (met uitzondering van de tandheelkundige hulp van specialistische aard) kraamzorg en dieetadvisering alsmede verpleging en verzorging². Dit sluit aan bij de analyse van de balance of power (zie voor meer informatie hoofdstuk 5), waar we aangeven dat de disbalans van marktmacht op de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt aanwezig is, hoewel een generieke aanpassing van artikel 13 (zonder uitzonderingsposities) de voorkeur had gehad voor het beter functioneren van de zorginkoop.

- Verhogen transparantie kwaliteit door inzet artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en regie op snelheid van transparantie door het Kwaliteitsinstituut⁴. Transparantie van kwaliteitsindicatoren is van belang om zorg in te kunnen kopen. Deze transparantie is beperkt en moet én kan op korte termijn verbeterd worden. We adviseren hierbij de volgende aanpak:

⁴ Eind 2013 heeft de Eerste Kamer ingestemd met een wetsvoorstel waarmee het Kwaliteitsinstituut gestart kon worden. Het Kwaliteitsinstituut heeft als doel de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg te helpen verbeteren. Het Kwaliteitsinstituut richt zich onder andere op het inzichtelijk en transparant maken van kwaliteit van zorg.

1. De eerste stap betreft een aanwijzing van het Ministerie van VWS aan het Kwaliteitsinstituut of aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) via artikel 38 Wmg om reeds lang beschikbare databronnen voor kwaliteit per direct (ons inziens moet publicatie uiterlijk in 2015 plaatsvinden) openbaar te maken.
 - Het gaat hier om databronnen die reeds vele jaren gemeten worden en waarvan de relevantie voor patiënten en verzekerden evident is. Het niet openbaren van deze gegevens maakt dat het niet goed registreren eindeloos voortgezet kan worden⁵.
 - Wel kan het zo zijn dat een nog niet volledig betrouwbare registratie reden kan zijn om afspraken te maken met zorgverzekeraars over een gefaseerd gebruik in de zorginkoop, bijvoorbeeld het eerste jaar na openbaring alleen als informatie voor dialoog, het tweede jaar als informatie voor verbeterafspraken en het derde jaar voor resultaatafspraken inclusief eventuele financiële consequenties. En daarnaast is een goede uitleg over wat de data wel en niet zeggen essentieel bij publicatie.
 - Tot slot is het van belang om openbaring gepaard te laten gaan met checks op de betrouwbaarheid van de kwaliteitsdata, bijvoorbeeld door assuranceverplichtingen op te leggen aan de beheerders van deze databases.
2. De tweede stap – die gelijktijdig met de eerste stap kan plaatsvinden – bestaat uit een aanwijzing vanuit VWS aan het Kwaliteitsinstituut om samen met veldpartijen (aanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties) onder regie van het Kwaliteitsinstituut een roadmap op te stellen waarin per zorgvraag/diagnose (voor alle deelmarkten in de Zvw) wordt aangegeven welke uitkomsten gewenst zijn, en in welke databases deze uitkomsten beschikbaar zijn c.q. hoe deze gemeten moeten gaan worden indien nog niet beschikbaar. Deze roadmap moet tijdlijnen kennen en uiterlijk medio 2015 beschikbaar zijn. Hierbij dient tevens aandacht te zijn voor de inrichting van de governance van de data en de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen. Een deel van de beschreven uitkomsten in deze roadmap zal dan reeds transparant zijn of op korte termijn worden, door de genomen actie vanuit VWS onder stap 1. De focus van de roadmap zal dan dus ook liggen op nog te ontwikkelen of de in ontwikkeling zijnde uitkomsten van zorg. Indien veldpartijen niet of niet tijdig deze roadmap opstellen dan doet het Kwaliteitsinstituut dit eigenstandig. Het is van belang om aan te geven dat de ervaring leert dat het een aantal jaar kan duren om uitkomsten te ontwikkelen, dus voor diagnoses/zorgvragen waarvoor nu nog helemaal geen uitkomsten beschikbaar zijn (hetgeen een minderheid is), is het denkbaar dat deze pas ruim later dan 2015 bekend zijn, maar de route daarnaartoe dient dus per medio 2015 bekend te zijn.
3. De NZa behoudt hierbij haar verantwoordelijkheid om zelf actie te ondernemen indien uitkomsten niet of niet snel genoeg openbaar worden, maar het primaat van het opstellen van de roadmap ligt bij het Kwaliteitsinstituut.

Het niet of niet snel genoeg opvolgen van deze aanbeveling leidt tot een suboptimale kwaliteit van zorg en een concurrentie op prijs in plaats van op waarde van zorg en ondermijnt daarmee de werking van het zorgstelsel in belangrijke mate.

- *Naar een andere manier van toezicht op fusies.* Fusies moeten begeleid worden door dwingende businesscases waardoor doelmatigheidswinsten ook daadwerkelijk terugvloeien naar de premiebetaler én uitkomsten dienen transparant te worden om zo de reisbereidheid en restconcurrentie te verhogen en daarmee prijseffecten zo veel mogelijk te mitigeren.

⁵ Voorbeelden (niet uitputtend) hiervan zijn: de Nederlandse Kankerregistratie met 1/3/5-jaars overlevingscijfers per kankersoort per ziekenhuis, en klinische registraties zoals de Landelijke Trauma Registratie met 30-daagse overleving na traumata, BHN met informatie over sterfte na cardiochirurgie, PRN met de cijfers over babysterfte, de DSCA met cijfers over complicaties en overleving bij darmkanker, en een aantal reeds beschikbare PROM's rondom electieve aandoeningen. Het gaat hier ook om bijvoorbeeld declaratiegegevens zoals de DIS-registraties van ziekenhuizen en GGZ aanbieders, die ook een goed inzicht kunnen geven in de doelmatigheid per zorgaanbieder en op onderdelen ook inzicht geven in kwaliteitsaspecten per zorgaanbieder.

- *Vervroegen beleidscyclus.* Door de beleidscyclus te vervroegen hebben zorgverzekeraars en -aanbieders meer tijd om zorg tijdig en zorgvuldig te contracteren.
- *Meerjarencontracten.* Meerjarencontracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen, in combinatie met een kwaliteitsagenda en een strategische agenda, bijdragen aan de ontwikkeling van zorginkoop.
- *Uitkomstbepaling.* De huidige manier van het contracteren van ziekenhuizen door zorgverzekeraars kan worden geoptimaliseerd door uitkomsten centraal te zetten, en/of instrumenten zoals shared savings in te zetten. Om daadwerkelijk de waarde van de zorg te verbeteren, dienen integrale uitkomsten van zorg gecontracteerd te worden en niet inspanningen die (mogelijk) leiden tot deze uitkomsten. Hierbij is er voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders een belangrijke rol weggelegd om uitkomstbepaling te realiseren.
- *Versterken sturing op gepast gebruik bij zorginkoop.* De nadruk op het belang van gepast gebruik van zorg is het afgelopen jaar sterk toegenomen. Door met zorginkoop meer te sturen op gepast gebruik kan de zorginkoop verder verbeterd worden, met als doel de kwaliteit en doelmatigheid verder te verhogen.

3. Balance of power gezien vanuit de patiënt/verzekerde

In dit deel van het onderzoek zijn we ingegaan op de machtsbalans tussen de verschillende actoren in het zorgstelsel. Het blijkt dat de balance of power zich lastig exact in kaart laat brengen. Zo is marktmacht niet alleen afhankelijk van het marktaandeel van een partij. Ook spelen de informatiepositie en competenties van medewerkers een belangrijke rol in het daadwerkelijk kunnen uitoefenen van een eventuele machtspositie die voort kan komen uit het marktaandeel. Daarnaast is het zo dat de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt en zorgverzekeringmarkt interafhankelijk zijn.

In het publieke debat wordt in het kader van balance of power vaak verwezen naar de gevolgen van mogelijke disbalansen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor zorgaanbieders (zogenaamd 'tekenen bij het kruisje' van contracten in met name de eerste lijn). Hoewel dit frustrerend kan zijn voor zorgaanbieders, dient de balance of power niet te worden gezien vanuit zorgaanbieders (of zorgverzekeraars), maar vanuit het perspectief van de eindgebruiker: de patiënt/verzekerde. De optimale balance of power betreft dan ook het optimum van betaalbaarheid en kwaliteit gezien vanuit de verzekerde/patiënt. De patiënt/verzekerde staat hiermee dan ook centraal in de uitkomsten van de balans tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt/verzekerde op de zorgverzekeringmarkt en zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt.

Allereerst wordt de balance of power op de zorgverzekeringmarkt beschreven en vervolgens de balance of power op de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt. De balance of power op de zorgverleningsmarkt valt buiten de scope van de evaluatie van de Zvw.

Zorgverzekeringmarkt. Op basis van de analyses lijkt er geen uiting zichtbaar van een disbalans tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Zo lijkt de marktmacht tussen zorgverzekeraars en patiënt/verzekerde in balans, kijkend naar de relatief hoge waardering van verzekeraars door verzekerden, de geleverde kwaliteit door zorgverzekeraars en de lagere beheerskosten ten opzichte van de ziekenfondstijd. Wel neemt het aantal klachten van verzekerden over zorgverzekeraars toe. Ook vloeit niet al het positieve resultaat in 2012 en 2013 terug naar verzekerden. Zorgverzekeraars stellen dat dit het gevolg is van onzekerheid rondom de hoogte van de premie in verband met de overhevelingen vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), onzekerheid rondom de bijdrage uit het risicovereveningsfonds en houden daarmee een vrijwillige solvabiliteit aan. Dit effect zou tijdelijk moeten zijn en daarmee moet over de komende jaren duidelijk worden of het positieve resultaat daadwerkelijk volledig terugvloeit naar de verzekerden en of er sprake is van een volledige balance of power. We adviseren deze ontwikkeling te volgen om te bezien of er daadwerkelijk een balance of power is.

De afgelopen jaren zijn de mogelijkheden voor invloed van verzekerden toegenomen, onder andere doordat een toenemend aantal verzekerden zich collectief verzekert. De invloed van verzekerden via

collectiviteiten op zorgverzekeraars richt zich echter met name op de hoogte van de premie en nog weinig op gezondheidswinst en kwaliteit van zorg(inkoop). De mate van invloed lijkt samen te hangen met de omvang van het collectief en lijkt over het algemeen tamelijk beperkt te zijn in de vorm van een adviesfunctie over met name het aanvullend pakket. Ook via patiëntenverenigingen hebben verzekerden invloed op zorgverzekeraars, op de inhoud van aanvullende pakketten en het kwaliteitsdenken vanuit patiëntenperspectief en dit betrekken in de zorginkoop. In hoeverre deze invloed 'voldoende' is, is moeilijk vast te stellen omdat de exacte omvang van de invloed lastig te duiden is net zoals dat het lastig is om een norm te definiëren over wat het gewenste niveau van invloed zou moeten zijn. Op basis van interviews die gehouden zijn, blijkt verder dat de invloed van verzekerden via ledenraden meer een klankbordfunctie betreft dan beïnvloeding van beleid van de zorgverzekeraar.

Ten slotte hebben verzekerden invloed op zorgverzekeraars via (dreiging tot) overstappen. Tussen 2009 en 2013 is het aantal mensen dat overstapt naar een andere zorgverzekeraar licht toegenomen. Opvallend hierbij is tevens dat het aantal verzekerden dat overstapt naar een individuele verzekering daalt en het aantal verzekerden dat naar een collectieve zorgverzekering overstapt stijgt. Collectiviteiten blijken als geheel weinig over te stappen, maar de dreiging tot overstappen door een geheel collectief heeft een groter effect dan voor individueel verzekerden.

Zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt. De marktmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars lijkt in disbalans ten faveure van zorgaanbieders, kijkend naar de meerjarige 'excess growth' in de verschillende deelmarkten. Excess growth betreft de som van de volumeontwikkeling die niet door demografie kan worden verklaard en de prijsontwikkeling die niet door cao-loonontwikkeling kan worden verklaard. De excess growth was tussen 2000 en 2009 gemiddeld 2,1% per jaar. In 2010, 2011 en 2012 is een trendbreuk zichtbaar, waarbij de excess growth afneemt en in 2012 zelfs negatief was. Dit is met name het gevolg van besparingen die gerealiseerd worden via het preferentiebeleid in de farmacie. Over de hele Zvw is de excess growth in 2000-2013 2,0% per jaar.

De kosten van bijvoorbeeld ziekenhuizen groeiden ook in 2013 met zo'n 5%, harder dan voorspeld op grond van loonstijgingen en demografie. Een deel van deze onverklaarde groei in zorgkosten over de jaren kan wellicht deels worden verklaard door andere factoren dan verhoging van aanbodgeïndiceerde volumegroei door aanbieders, zoals technologische ontwikkelingen of olopende consumentenverwachtingen en eisen, waarbij de technologie met name een rol speelt in de curatieve zorg, specifiek de ziekenhuizen. Daarnaast liggen de Nederlandse ziekenhuiskosten rond het EU gemiddelde.

Echter, bij de berekening van de excess growth van 2,1% voor de ziekenhuissector nog geen rekening gehouden met de productiviteitswinsten die in de zorg zijn gerealiseerd. Specifiek voor de ziekenhuissector geldt dat de productiviteit bijvoorbeeld in de periode tussen 2006 en 2009 jaarlijks met 2 tot 4,6% is gestegen. Indien het percentage excess growth gecorrigeerd zou worden voor deze productiviteitswinst, zou de excess growth dus fors hoger zijn, waardoor de gepresenteerde 2,1% een onderschatting is, waarschijnlijk ook indien technologische ontwikkelingen voor een deel de groei in zorgkosten kunnen verklaren. Alhoewel het dus lastig is om de exacte omvang van de excess growth in te schatten, met name voor de ziekenhuissector waar technologie een grotere rol speelt, is het op basis van de informatie die beschikbaar is aannemelijk dat er ook in de ziekenhuissector sprake is van excess growth. Ook het feit dat de volumegroei na het afsluiten van hoofdlijnenakkoorden substantieel minder is geworden, zonder tekenen van wachtlijsten of teruglopende toegankelijkheid is een indicator voor het bestaan van excess growth.

Andere indicatoren van de disbalans betreffen het hoge loonniveau van specialisten en huisartsen, het gebrek aan transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg en het persisteren van praktijkvariatie op zowel het gebied van kwaliteit als doelmatigheid in zowel de MSZ als GGZ. Het argument dat tegen een disbalance of power pleit is het hoge niveau van de geleverde zorg in Nederland in internationaal perspectief. Echter, gelet op de meerjarige excess growth, het hoge loonniveau van specialisten en huisartsen, het gebrek aan transparantie en de bestaande praktijkvariatie, concluderen we dat op de zorginkoopmarkt er een – vanuit maatschappelijk

perspectief bezien – onwenselijke grote macht bij zorgaanbieders is, specifiek de tweedelijns-GGZ, huisartsen en de ziekenhuizen.

De excess growth voor de hele Zvw tussen 2000 en 2013 heeft geresulteerd in een totaal van 29%⁶ van onverkleerde groei van de totale zorguitgaven in de periode 2000-2013. Ook indien we hierbij rekening houden met andere ontwikkelingen, zoals technologische ontwikkelingen en ontwikkelingen in productiviteit, blijkt deze excess growth substantieel en wellicht zelfs een onderschatting te kunnen zijn.

Samenvattend is de balance of power bezien vanuit de verzekerde/patiënt niet optimaal. Bij het selecteren van een verzekeringspolis kan de informatieverstrekking op vergelijkingssites beter en eenduidiger. Tot slot, blijkt dat zorgaanbieders slechts beperkt transparant zijn over hun zorguitkomsten en dat het aannemelijk is dat zorgaanbieders door hun marktmacht ten opzichte van zorgverzekeraars de kosten harder laten stijgen dan noodzakelijk op basis van demografie. Dé route naar een betere balance of power bezien vanuit het oogpunt van de verzekerde/patiënt is het versterken van zijn informatiepositie, zodat 'stemmen met de voeten' beter mogelijk wordt; zowel op het moment dat de verzekerde zijn polis kiest, als op het moment dat de zorgverzekeraar namens de patiënt de zorg inkoop. Om de balance of power op de zorgverzekeringsmarkt te optimaliseren adviseren wij:

- eenduidige vergelijkingen in het premieseizoen mogelijk te maken. Nu rapporteren verschillende vergelijkingssites vaak verschillende uitkomsten en is onduidelijk wat de criteria zijn waarop de vergelijkingen gebaseerd zijn;
- de komende jaren te monitoren hoe zorgverzekeraars omgaan met de opgebouwde reserves en of deze terugvloeien naar verzekerden;
- meer transparantie in de informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan verzekerden over polisvoorwaarden en kwaliteit van zorgaanbod.

Om de balance of power op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseren wij:

- artikel 13 van de Zvw verder aan te passen zonder uitzonderingsposities voor bepaalde aanbieders;
- uitkomstindicatoren versneld en verplicht transparant te maken via artikel 38 van de Wmg en/of via het Kwaliteitsinstituut.

⁶ Berekening: 2,0% op jaarbasis tot de macht 13 = 29% van de totale kosten anno 2013.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	2
1 Inleiding en vraagstelling	15
1.1 Inleiding	15
1.2 Vraagstelling	15
1.3 Scope van de opdracht	16
1.4 Leeswijzer	16
2 Methode	18
2.1 Onderzoeksmethode	18
2.2 Systematische literatuurreview	19
2.3 Interviews	19
2.4 Focusgroepen	19
3 Evaluatie Zvw: Terugblik evaluatie 2009	22
3.1 Inleiding	22
3.2 Ex ante risicoverevening	23
3.3 Aanvullende verzekering	28
3.4 Eigen risico	31
3.5 Collectiviteiten	35
3.6 Zorgplicht	40
3.7 Zorginkoop	43
3.8 Nominale premie en zorgtoeslag	44
3.9 Conclusie	47
3.10 Aanbevelingen	48
4 Evaluatie Zvw: Zorginkoop	51
4.1 Inleiding	51
4.2 Ontwikkelingen in zorginkoop	52

4.3	Factoren die ontwikkeling in zorginkoop stimuleren	58
4.4	Factoren die optimale zorginkoop belemmeren	61
4.5	Conclusie	69
4.6	Aanbevelingen	69
5	Evaluatie Zvw: Balance of power	75
5.1	Inleiding	75
5.2	Conceptueel kader: balance of power	76
5.3	Positionering van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden	77
5.4	Balance of power op de zorgverzekeringsmarkt	82
5.5	Balance of power op de zorginkoopmarkt	86
5.6	Conclusie	91
5.7	Aanbevelingen	92
Bijlage 1	Deelnemers focusgroepen	94
Bijlage 2	Interviews collectiviteiten, ledenraden, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars	96
Bijlage 3	Verwijzingen wetsteksten	97



Inleiding en vraagstelling

1 Inleiding en vraagstelling



1.1 Inleiding

De behoefte aan zorg zal verder toenemen, onder andere door de vergrijzing, sociaaleconomische en technologische ontwikkelingen. De druk op een optimaal presterend zorgstelsel is daardoor hoog. Vanaf 2006 heeft het zorgstelsel van centrale overheidssturing plaatsgemaakt voor een meer decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde concurrentie. In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd om deze wijziging in de sturing van de zorg te ondersteunen.

Met de Zvw wordt beoogd "*gelijke condities voor verzekeraars en verzekerden te scheppen en rollen van zowel burgers, zorgaanbieders als zorgverzekeraars te versterken, opdat zij worden aangemoedigd zo doelmatig mogelijk om te gaan met de gezondheidszorg*"³ te bewerkstelligen. De basisgedachte is dat de doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg gestimuleerd worden, door verzekerden meer financiële verantwoordelijkheden, meer invloed en reële keuzevrijheden te geven bij het bepalen van hun zorgverzekering. Daarnaast zou onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars tot een gunstige prijs-prestatieverhouding van zorgverzekeringspolissen leiden en tevens een stimulans vormen voor effectieve zorginkoop en efficiënte uitvoering daarvan, waardoor de toegevoegde waarde van de zorg als geheel toeneemt. Ook werd verwacht dat dit ervoor zorgt dat zorgaanbieders de prikkel krijgen om meer prestatiegericht te werken en om zorg te bieden die aansluit bij de behoeften en wensen van verzekerden.

Aansluitend aan de invoering van de Zvw is de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) ingevoerd. De Wzt is ingevoerd om de financiële toegankelijkheid van de zorg te borgen en voorziet in een tegemoetkoming in de kosten van de verplichte zorgverzekering.

1.2 Vraagstelling

De evaluatie van de Zvw spitst zicht toe op een aantal specifieke vragen en wordt in twee delen opgesplitst; enerzijds een terugblik op de evaluatie van 2009⁴ en anderzijds een verdieping op de gevolgen van de Zvw op de zorginkoop en de balance of power (machtsbalans) tussen de drie spelers binnen het zorgstelsel. Specifiek luiden de onderzoeksvragen als volgt:

- 1) Hebben de risico's/knelpunten die geconstateerd zijn in de evaluatie in 2009 zich sindsdien voorgedaan dan wel doen deze zich nog steeds voor, en welke ontwikkelingen hebben hierop plaatsgevonden sinds 2009?
- 2a) Welke invloed heeft de Zvw gehad op de zorginkoop door zorgverzekeraars en in welke mate sturen verzekeraars nu meer op doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorg dan voorheen?
- 2b) Welke factoren (bijvoorbeeld wijziging van wet- en regelgeving) van buiten de Zvw hebben invloed gehad op de zorginkoop door zorgverzekeraars?
- 2c) Hoe kan de zorginkoop verder ontwikkeld worden en hoe kan de overheid verder bijdragen aan het stimuleren van zorginkoop die doelmatig en kwalitatief verantwoorde zorg oplevert, rekening houdend met de eigen verantwoordelijkheid van de private zorgverzekeraars?
- 3a) Hoe hebben de drie spelers (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden/patiënten) hun beoogde rol binnen de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt opgepakt en wat is het gewicht van de drie spelers hierbij? Is er sprake van een balance of power tussen de drie spelers?

3b) Wat zijn de effecten na zes jaar Zvw op de toegankelijkheid van de zorgverzekering vanuit het perspectief van de verzekerde?

3c) Wat zijn de effecten na zes jaar Zvw op de kwaliteit van de zorgverzekering?

1.3 Scope van de opdracht

We maken in dit onderzoek gebruik van bestaand materiaal. De reeds uitgevoerde onderzoeken vormen dan ook de basis voor de evaluatie van de Zvw. Waar nodig is aanvullend materiaal verzameld. Het onderzoek focust zich op de periode van 2009-2014. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en aanpalende onderwerpen vallen buiten scope van deze evaluatie.

1.4 Leeswijzer

Deze rapportage is opgebouwd langs de drie deelvragen die centraal staan in de evaluatie. Voorafgaand aan de beantwoording van de deelvragen, geeft hoofdstuk 2 een beschrijving van de gebruikte onderzoeksmethode. Vervolgens geeft hoofdstuk 3 antwoord op deelvraag 1 (terugblik op evaluatie in 2009). Hoofdstuk 4 beschrijft de beantwoording van deelvraag 2 (zorginkoop) en hoofdstuk 5 geeft inzicht in de balance of power (deelvraag 3).



Methode

2 Methode



Dit hoofdstuk beschrijft de gebruikte onderzoeksmethode in de evaluatie. Eerst wordt een overkoepelend overzicht gegeven van de gebruikte methoden. Vervolgens wordt elke methode nader uitgelegd.

2.1 Onderzoeksmethode

Voor de evaluatie wordt gebruikgemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de onderzoeksmethode per onderzoeksvraag, waarbij de 'harvey ball' de relatieve omvang van de onderzoeksmethode per onderzoeksvraag aangeeft. Bij de evaluatie is zo veel mogelijk gebruikgemaakt van bestaand materiaal en alleen waar nodig is aanvullende informatie verzameld via interviews en thematische focusgroepen. Tot slot hebben overkoepelende focusgroepen plaatsgevonden ter validatie van de bevindingen.

Tabel 2.1: Overzicht methoden per onderzoeksvraag

Methoden voor beantwoording onderzoeksvragen	Systematische literatuurreview	Interviews	Thematische focusgroepen	Overkoepelende focusgroepen
1. Terugblik evaluatie 2009 Zvw: Hebben de risico's/knelpunten die geconstateerd zijn in de evaluatie in 2009 zich sindsdien voorgedaan dan wel doen deze zich nog steeds voor, en welke ontwikkelingen hebben hierop plaatsgevonden sinds 2009?				
2.a Welke invloed heeft de Zvw gehad op de zorginkoop door zorgverzekeraars en in welke mate sturen verzekeraars nu meer op doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorg dan voorheen?				
2.b Welke factoren (bijvoorbeeld wijziging van wet- en regelgeving) van buiten de Zvw hebben invloed gehad op de zorginkoop door zorgverzekeraars?				
2.c Hoe kan de zorginkoop verder ontwikkeld worden en hoe kan de overheid verder bijdragen aan het stimuleren van zorginkoop die doelmatig en kwalitatief verantwoorde zorg oplevert, rekening houdend met de eigen verantwoordelijkheid van de private zorgverzekeraars?				
3. a Hoe hebben de drie spelers (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden/patiënten) hun beoogde rol binnen de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt opgepakt en wat is het gewicht van de drie spelers hierbij? Is er sprake van een balance of power tussen de drie spelers?				

Methoden voor beantwoording onderzoeksvragen	Systematische literatuurreview	Interviews	Thematische focusgroepen	Overkoepelende focusgroepen
3. b Wat zijn de effecten na zes jaar Zvw op de toegankelijkheid van de zorgverzekering vanuit het perspectief van de verzekerde?				
3. c Wat zijn de effecten na zes jaar Zvw op de kwaliteit van de zorgverzekering?				

Onderstaande paragrafen geven een nadere beschrijving van de gebruikte onderzoeksmethoden.

2.2 Systematische literatuurreview

Gezien de grote hoeveelheid aan bestaand materiaal, vormen de bestaande publicaties de belangrijkste input voor de evaluatie van de Zvw. Deze publicaties zijn geanalyseerd met behulp van een systematische literatuurreview⁵. Hierbij zijn de volgende stappen doorlopen: zoektocht, kwaliteitstoets, inhoudelijke synthese, aanvullend onderzoek en outputsynthese.

- *Zoektocht.* Een diepgaande zoektocht naar bestaande data en publicaties van zowel 'grijze' literatuur, publicaties uit het veld, kamerstukken en Nederlandse rapporten. Deze 'grijze' literatuur is aangevuld met een zoektocht in PubMed en Google Scholar naar relevante wetenschappelijke publicaties.
- *Kwaliteitstoets.* Vervolgens zijn de publicaties onderworpen aan een kwaliteitseis, om zo te borgen dat de input voor de analyse betrouwbaar is.
- *Inhoudelijke synthese.* De publicaties die voldoen aan de kwaliteitseis zijn geanalyseerd in de inhoudelijke synthese. De bevindingen uit de publicaties worden schematisch in een matrix gerangschikt en vervolgens zijn de bevindingen vergeleken en gecombineerd.
- *Aanvullend onderzoek.* Waar nodig is aanvullende data verzameld. Zo is voor de beantwoording van deelvraag 2a aanvullende data over zorginkoop verzameld en geanalyseerd. Deze data is verzameld bij zorgverzekeraars en betrof inkoopcontracten per deelmarkt, zorginkoopbeleid per deelmarkt en gegevens over omvang selectieve zorginkoop per deelmarkt.
- *Outputsynthese.* In de outputsynthese worden de kwalitatieve en kwantitatieve bevindingen geanalyseerd en verwerkt tot een antwoord op de onderzoeksvragen.

2.3 Interviews

Voor de beantwoording van deelvraag 3a zijn interviews afgenomen. De interviews zijn semigestructureerd gehouden aan de hand van een interviewleidraad. Er zijn interviews gehouden met patiëntenverenigingen, collectiviteiten en ledenraden. Tijdens deze interviews is gevraagd naar de invloed van deze partijen op het beleid van zorgverzekeraars, waarbij is gekeken naar de wijze van contractering, de gesprekken die gevoerd worden tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten en de contracten tussen collectiviteiten en zorgverzekeraars. Bijlage 2 geeft een overzicht van de geïnterviewden.

2.4 Focusgroepen

2.4.1 Thematische focusgroepen

Er zijn thematische focusgroepen geformeerd ter verdieping op onderwerpen waarover relatief beperkt informatie beschikbaar was in de literatuur. Specifiek gaat het hier om twee thematische focusgroepen om de zorginkoop nader in kaart te brengen (deelvraag 2). Bijlage 1 geeft een overzicht van de deelnemers aan de focusgroepen.

Tijdens de thematische focusgroepen die hebben plaatsgevonden over zorginkoop is in één thematische focusgroep nader ingegaan op de factoren die van invloed zijn op zorginkoop, waarbij onderscheid is gemaakt tussen verschillen tussen deelmarkten. Tijdens deze focusgroep is met directeuren zorginkoop en aanbieders uit verschillende deelmarkten gekeken naar factoren die van invloed zijn op zorginkoop en naar de wijze waarop deze invloed hebben. In de andere thematische focusgroep over zorginkoop is gekeken naar de ontwikkelmogelijkheden van zorginkoop. In deze focusgroep is nader ingegaan op de ontwikkelmogelijkheden van zorginkoop en de wijze waarop de overheid deze ontwikkelmogelijkheden kan stimuleren. Deelnemers aan deze focusgroep waren directeuren zorginkoop uit verschillende deelmarkten, aanbieders uit verschillende deelmarkten en patiëntenverenigingen.

2.4.2 Overkoepelende focusgroepen

Tot slot is een focusgroep geformeerd met experts vanuit verschillende deelmarkten en disciplines, waarbij de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen van de evaluatie zijn besproken.



**Evaluatie Zvw: Terugblik
evaluatie 2009**

3 Evaluatie Zvw: Terugblik evaluatie 2009



3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de huidige stand van zaken van de risico's en knelpunten die in 2009 in de evaluatie van de Zvw zijn geconstateerd. Dit hoofdstuk beantwoordt daarmee onderzoeksvraag 1 van de evaluatie:

Hebben de risico's/knelpunten die geconstateerd zijn in de evaluatie van de Zvw in 2009 zich sindsdien voorgedaan dan wel doen deze zich nog steeds voor, en welke ontwikkelingen hebben hierop plaatsgevonden sinds 2009?

De volgende risico's en knelpunten worden in de evaluatie van de Zvw uit 2009 beschreven⁶:

1. De ex ante risicoverevening is nog niet optimaal.
2. De aanvullende verzekering (AV) belemmert chronisch zieken en ouderen om van zorgverzekeraar te veranderen.
3. De effectiviteit van het eigen risico is gering.
4. Risico dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie uithollen.
5. De zorgplicht voor zorgverzekeraar is niet helder genoeg omschreven.
6. De zorginkoop door zorgverzekeraars, zoals bedoeld bij de stelselwijziging, komt slechts langzaam van de grond.
7. Door stijging van de nominale premie na invoering van de Zvw neemt het aantal wanbetalers en onverzekerden toe.

3.1.1 Leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt per risico/knelpunt⁷ een toelichting gegeven op het risico/knelpunt zoals in de evaluatie van 2009⁷ is vastgesteld. Vervolgens worden de ontwikkelingen beschreven die zich sinds 2009 hebben voorgedaan en wordt aangegeven of dit risico/knelpunt zich nog steeds voordoet. Dit hoofdstuk beperkt zich tot het beschrijven van de ontwikkelingen met betrekking tot de risico's/knelpunten zoals geïdentificeerd in de evaluatie in 2009. De informatie weergegeven in dit hoofdstuk is dan ook niet uitputtend en omvat niet alle aan de Zvw gerelateerde onderdelen die benoemd zijn in de evaluatie van 2009.

⁷ Een knelpunt betreft een effect van de Zvw dat niet beoogd was en nadelig is. Een risico daarentegen betreft een mogelijk effect van de Zvw dat niet beoogd is en nadelig is. Bij een risico heeft het effect zich niet voorgedaan, maar is er een mogelijkheid dat dit effect zich voordoet.

3.2 Ex ante risicoverevening

Als onderdeel van de Zvw is risicoverevening ingevoerd om zorgverzekeraars te compenseren voor verzekerden met hogere gezondheidsrisico's. Zorgverzekeraars zijn door het verbod op premiedifferentiatie gehouden aan gelijke premies voor de basisverzekering (BV), onafhankelijk van gezondheidsrisico's van verzekerden. Om te compenseren voor variaties in zorgkosten, ontvangt een zorgverzekeraar middels ex ante risicoverevening gedurende het betreffende kalenderjaar een voorschot op de risicovereveningsbijdrage vanuit het zorgverzekeringsfonds (ZVF). Deze ex ante bijdrage berust op een schatting van de voorspelbare zorgkosten van de zorgverzekeraar in dat jaar, die is gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekerden (onder andere gezondheidskenmerken, leeftijd en geslacht). De ex ante risicoverevening beoogt zorgverzekeraars voor kostenverschillen als gevolg van onbeïnvloedbare verschillen in risicoprofielen in hun zorgverzekerdenportefeuilles te compenseren, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie worden gebracht en daardoor eerlijk met elkaar kunnen concurreren⁸.

Om te voorkomen dat zorgverzekeraars in één keer volledig risicodragend werden en daarmee het voorkomen van een 'schok' in het systeem zijn naast ex ante risicoverevening, ook ex post risicovereveningsmechanismen ontworpen. In 2009 bestonden vier maatregelen voor ex post risicoverevening: macronacalculatie, hogekostencompensatie (HKC), nacalculatie en bandbreedteregeling⁹.

De volgende paragraaf beschrijft het risico zoals beschreven in de evaluatie van 2009. Vervolgens worden de ontwikkelingen tussen 2009 en 2014 en de huidige stand van zaken op het gebied van ex ante risicoverevening beschreven. Tevens wordt aangegeven in hoeverre het risico zoals in 2009 gesignaleerd zich tussen 2009 en 2014 heeft voorgedaan.

3.2.1 Risico zoals beschreven in evaluatie 2009: ex ante risicoverevening niet optimaal

Uit de evaluatie van 2009¹⁰, bleek dat de ex ante risicoverevening niet optimaal werkte; zorgverzekeraars maakten op groepen verzekerden voorspelbare verliezen. Een belangrijke mogelijke negatieve consequentie die Van de Ven et al. noemden betreft het risico op groepselectie, doordat zorgverzekeraars voorspelbare winsten en verliezen maken op groepen verzekerden. Dit kan leiden tot verminderde toegankelijkheid voor chronisch zieken. In reactie op de evaluatie¹¹ heeft het kabinet in 2009 aangegeven dat er wordt gestreefd naar verdere verbetering van de ex ante risicoverevening, zie de volgende paragrafen.

3.2.2 Ontwikkelingen in ex ante risicoverevening

De ex ante risicoverevening is in ontwikkeling. Ook tussen 2009 en 2014 zijn nieuwe criteria toegevoegd aan het ex ante risicovereveningsmodel. Zo is in 2012 de meerjarig hoge kosten component toegevoegd (MHK)¹². Deze MHK betreft een indeling in zeven klassen op basis van de hoogte van de kosten in de drie voorgaande jaren. In tabel 3.1 wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen in de ex ante risicoverevening tussen 1993 en 2012. In de eerste rij zijn de gemiddelde gerealiseerde zorgkosten weergegeven in een situatie zonder risicoverevening voor 45 groepen verzekerden die naar verwachting verliesgevend zijn. In de volgende rijen zijn stap voor stap de risicovereveningskenmerken toegevoegd en wordt het risicovereveningsresultaat weergegeven.

Tabel 3.1: Ontwikkelingen in ex ante risicoverevening 1993-2012¹³

Jaar	Risicovereveningskenmerken die zijn toegevoegd	Gemiddeld gewogen voorspelbaar risicovereveningsresultaat voor 45 subgroepen ⁸ per verzekerde (in €)	Daling van het gemiddeld gewogen voorspelbaar risicovereveningsresultaat ten opzichte van geen risicoverevening (in %)
-	Geen	-1.439	-
1993	Leeftijd en geslacht	-842	41
1995	Regio	-835	42
	Aard van het inkomen (AVI)	-736	49
2002	Farmaciekostengroep (FKG)	-475	67
2004	Diagnosekostengroep (DKG)	-429	70
2008	Sociaal-economische status	-426	70
2012	Meerjarig hoge kosten	-333	77

Ook zijn enkele criteria die gebruikt worden voor de berekening van de ex ante risicoverevening verbeterd. In 2013 waren belangrijke wijzigingen bijvoorbeeld het vervallen van de FKG-klasse 'Reuma TNF alfa-remmers', waardoor er nog 24 FKG-classes voor verschillende aandoeningen overbleven; het uitbreiden van de DKG's met twee klassen voor verschillende aandoeningengroepen; het uitbreiden van de FKG psychische aandoeningen met twee klassen; en het verlagen van de drempel 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van € 550 naar € 400¹⁴. Daarnaast is het risicovereveningscriterium MHK aangepast voor de klasse verzekerden die twee jaar achter elkaar hoge kosten hadden, zodat het criterium beter aansluit op de groep verzekerden met een chronische aandoening. Ook geldt vanaf 2013 één ex ante risicovereveningsmodel voor kosten vrije segment ziekenhuiszorg en variabele kosten gereguleerde segment ziekenhuiszorg¹⁵. Wat betreft de GGZ wordt in het ex ante risicovereveningsmodel in het risicovereveningscriterium psychische FKG's sinds 2013 beter rekening gehouden met de zwaarte van de stoornis psychose en de bipolaire stoornis. Daarnaast is de over te hevelen zorg vanuit de AWBZ ingepast in het risicovereveningssysteem^{16,17}.

De komende jaren staan tevens nog enkele wijzigingen gepland ten aanzien van de ex ante risicoverevening, waarmee getracht wordt de risicoverevening verder te optimaliseren:

- In 2014 is een criterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik toegevoegd aan het ex ante risicovereveningsmodel somatische zorg (hulpmiddelenkostengroep, HKG)¹⁸.
- In 2014 is een klasse 'student' toegevoegd aan het risicovereveningscriterium AVI, omdat uit het rapport 'Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet' van de commissie-Don bleek dat de groep studenten voorspelbaar winstgevend is in het ex ante risicovereveningsmodel. Deze toevoeging geldt zowel voor de somatische zorg als de geneeskundige GGZ¹⁹.
- In 2014 is een geneeskundig GGZ-specifiek vereveningscriterium geïntroduceerd gebaseerd op diagnose-informatie uit de DBC-declaraties: psychische DKG. Dit criterium zal zorgverzekeraars naar verwachting vooral voor dure geneeskundige GGZ-cliënten ex ante beter compenseren²⁰.
- In het ex ante vereveningsmodel 2015 worden twee criteria toegevoegd: 1) een zorgzwaarte-indicator waardoor het model naast diagnose-informatie ook rekening houdt met de zwaarte van zorg en 2) meerjarig hoge kosten waardoor expliciet rekening gehouden wordt met chronisch gebruik van GGZ²¹.

⁸ Gemiddelde vereveningsresultaat gewogen naar het aantal verzekerden van een risicodragers voor 45 subgroepen die naar verwachting verliesgevend zijn.

- Het somatische model wordt verbeterd door de herintroductie van een FKG voor specifiek geneesmiddelengebruik voor reuma en een wijziging van de indeling van sociaal-economische status zodat de kwaliteit en stabiliteit van dit vereveningscriterium verbeteren. Daarnaast worden de kosten voor geriatrische revalidatiezorg en de per 2015 uit de AWBZ over te hevelen extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten aan het somatische model toegevoegd. Verder onderzoekt minister Schippers nog de mogelijkheid van de introductie van een criterium in het model voor 2015 dat rekening houdt met hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken en ouderen²².

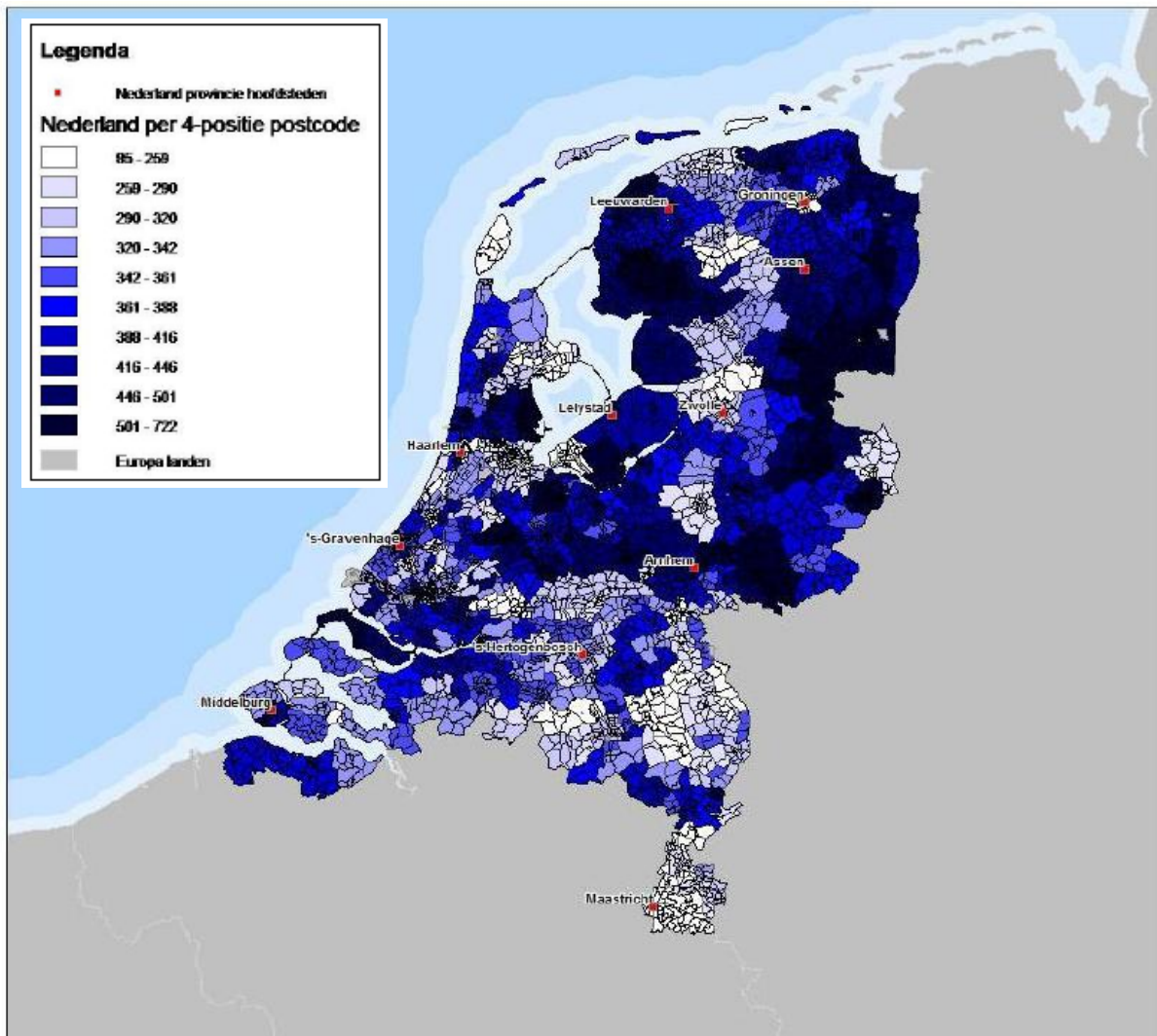
3.2.3 Twee problemen ten aanzien van huidige ex ante risicovereveningsmodel: voorspelkracht en aanbodfactoren

Het ex ante risicovereveningsmodel is de afgelopen jaren ontwikkeld. Uit de literatuur komen twee problemen ten aanzien van het functioneren van het huidige ex ante risicovereveningsmodel naar voren: de voorspelkracht en de aanwezigheid van aanbodfactoren in het risicovereveningsmodel.

- *Prikkels voor indirecte risicoselectie.* Ten aanzien van het functioneren van het ex ante risicovereveningsmodel heeft onderzoek van de commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw²³ in 2012 vergelijkbare conclusies ten aanzien van het ex ante risicovereveningssysteem, als de evaluatie van de Zvw in 2009. Zo constateert de commissie dat *“het verfijnde systeem van risicoverevening zoals dat in Nederland functioneert, niet voorkomt dat groepen verzekerden, sommige van aanzienlijke omvang, te vinden zijn waarop zorgverzekeraars voorspelbare winsten maken of verlies lijden”*²⁴. Ook recent onderzoek²⁵ laat zien dat de risicoverevening anno 2014 goed is, maar nog niet goed genoeg. *“Dit laatste blijkt uit het feit dat verzekeraars nog steeds worden ondergecompenseerd voor bepaalde groepen van hoogrisicoverzekerden en overgecompenseerd voor bepaalde groepen van laagrisicoverzekerden”*²⁶. Dit werkt door in het beleid van zorgverzekeraars. Zo is tijdens de focusgroepen door deelnemers aangegeven dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie voor groepen verzekerden die ondergecompenseerd worden.
- *Aanbodfactoren.* Het huidige risicovereveningsmodel bevat aanbodgerelateerde risicovereveningscriteria die prikkels voor doelmatige zorginkoop verminderen²⁷. Zo is bijvoorbeeld de regiofactor (net zoals de MHK), deels aanbodgerelateerd, waarbij zorgverzekeraars via de postcode van de verzekerde een extra bijdrage krijgen, bijvoorbeeld voor verzekerden uit achterstandswijken. Echter, ook hele andere factoren spelen een rol in het bepalen van de zorgkosten per postcode die geen enkele relatie hebben met de zorgvraag. Voorbeelden hiervan zijn hogere concentraties zorgaanbieders in sommige steden of zorgaanbieders die hoog scoren op praktijkvariatie²⁸, omdat ze (te) laagdrempelig indiceren. Hiermee verevent het risicovereveningsmodel in belangrijke mate voor aanbodgeïnduceerde vraag, waardoor doelmatige zorginkoop wordt afgeremd. In figuur 3.2 wordt een voorbeeld gegeven van de praktijkvariatie voor cataract tussen regio's in Nederland. Soortgelijke variatie treedt ook op voor andere ziektebeelden zoals depressie en de oncologie. Figuur 3.2 laat zien dat het aantal uitgevoerde operaties per 100.000 inwoners sterk varieert in Nederland. Ook indien enige vertroebeling van de resultaten door mogelijk doorverwijsgedrag wordt meegenomen, kan geconstateerd worden dat er substantiële verschillen bestaan in het aantal uitgevoerde operaties per 100.000 inwoners per regio, die grotendeels verklaard worden door het aanwezige zorgaanbod en niet door de zorgvraag.

Onderzoek moet uitwijzen wat de impact is van eventuele aanbodgerelateerde risicovereveningscriteria en het effect van praktijkvariatie op het ex ante model, om zo te bezien of prikkels voor ondoelmatige zorginkoop verder verminderd kunnen worden. Bij dit onderzoek moeten de voor- en nadelen van de eventuele vermindering van de voorspelkracht worden afgewogen tegen de doelstellingen van de risicoverevening, waaronder het beperken van risicoselectie.

Figuur 3.2: Resultaten praktijkvariatie voor cataract op gemeenteniveau. Aantal operaties per 100.000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd en inkomen. Gemiddelde: 875 operaties per 100.000 inwoners. De gemeenten op de landkaart zijn opgedeeld in 10 groepen van gelijke grootte²⁹.



3.2.4 Indirecte groepselectie aanwezig

Onderzoeken^{30,31,32,33,34,35,36} naar de mate waarin het risico van groepselectie zich daadwerkelijk heeft voorgedaan laten zien dat zorgverzekeraars groepen verzekerden waarop verlies wordt geleden niet ontmoedigen zich bij hen te verzekeren. Zo stelt de Commissie Evaluatie Risicoverevening³⁷ dat er "geen aanwijzingen zijn gevonden dat zorgverzekeraars op grote schaal groepen verzekerden waarop verlies wordt geleden, ontmoedigen zich bij hen te verzekeren." Wel laten diverse onderzoeken^{38,39,40,41,42,43,44} zien dat zorgverzekeraars indirecte groepselectie (cream skimming) toepassen. Indirecte groepselectie is een marketingstrategie, waarbij zorgverzekeraars hun marketing richten (of juist niet richten) op specifieke doelgroepen, omdat bij deze groepen relatief veel winst (of verlies) te behalen is^{45,46}. Indirecte groepselectie gebeurt op verschillende wijzen:

- Via internetlabels, waarbij verzekerden (meestal) exclusief via internet met de zorgverzekeraar communiceren. Hiermee vindt indirect doelgroepselectie plaats op verzekerden met een voorkeur om zaken via internet te regelen en voor wie een aantrekkelijk premiebedrag een sterke prikkel vormt om van zorgverzekeraar te veranderen.
- Via modules binnen de AV, die dagelijks of maandelijks opgezegd kunnen worden. Een voorbeeld is de zorgverzekering van FBTO, die bestaat uit een basisverzekering en aanvullende modules die

per maand aan- en uitgezet kunnen worden⁴⁷. Hiermee vindt indirect doelgroepselectie plaats, doordat dit vooral verzekerden aantrekt met een laag gezondheidsrisico.

- Via exclusieve labels voor studenten, hoogopgeleiden en young professionals, die door de zorgverzekeraars via een tussenpersoon als een eigen gesloten collectiviteit opgezet zijn.

Deze zorgverzekeringen, die gericht zijn op specifieke doelgroepen, zijn in theorie voor iedereen toegankelijk. Echter, ondanks dat iedere Nederlander toegang heeft tot deze zorgverzekeringen, wordt er door zorgverzekeraars wel een drempel opgeworpen voor personen die niet tot de doelgroep behoren en de zorgverzekering af willen sluiten^{48,49}. Dit gebeurt onder meer via informatieverstrekking, marketing en de mate van vindbaarheid van polissen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft aan dat *“de wijze waarop dit gebeurt voor zover ons bekend juridisch toegestaan is, maar drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegankelijkheid en keuzevrijheid van consumenten”*⁵⁰. Een voorbeeld van een drempel is het leiden van verzekerden naar een ander deel van de website voor de AV voor zestigplussers. Hoewel dit juridisch toegestaan is, kan het toegankelijkheid belemmeren en hiermee het draagvlak voor de rol van de zorgverzekeraar in het huidige zorgstelsel ondermijnen, zeker omdat BV en AV in belangrijke mate gekoppeld zijn.

3.2.5 Conclusie en aanbevelingen

Tussen 2009 en 2014 is de ex ante risicoverevening aangepast en verder ontwikkeld. Desondanks kan geconcludeerd worden dat de ex ante risicoverevening nog niet optimaal is, omdat a priori duidelijk is dat sommige doelgroepen hoe dan ook verlieslatend zijn. Dit heeft niet geresulteerd in het schenden van de acceptatieplicht, echter, er is wel sprake van indirecte groepselectie. De NZa geeft aan dat *“de wijze waarop dit gebeurt voor zover ons bekend juridisch toegestaan is, maar drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegankelijkheid en keuzevrijheid van consumenten”*. Een ander aandachtspunt is de aanwezigheid van aanbodfactoren in het risicovereveningsmodel, waardoor ondoelmatige zorginkoop gestimuleerd wordt. Dit leidt tot de volgende aanbevelingen:

- Blijf het risicovereveningssysteem optimaliseren om tot een betere voorspelkracht te komen. In het huidige systeem zijn een aantal ‘zieke’ doelgroepen a priori verlieslatend hetgeen indirecte risicoselectie stimuleert^{51,52}.
- Tevens verdient het aanbeveling om te onderzoeken in welke mate zogenaamde zorgvraagvariabelen als DKG’s en FKG’s beïnvloed worden door aanbodgeïnduceerde vraag c.q. praktijkvariatie. Sinds enkele jaren wordt uit steeds meer onderzoek⁹ duidelijk dat praktijkvariatie – ook na correctie voor zorgzwaarte – in belangrijke mate voorkomt ook bij DKG- en FKG-variabelen waarbij men dit a priori wellicht niet of slechts beperkt zou verwachten. In welke mate deze praktijkvariatie – grotendeels veroorzaakt door beslissingen van het zorgaanbod o.a. ten gevolge van richtlijnen die ruimte voor interpretatie laten – effect hebben op het risicovereveningsmodel is momenteel onbekend. Het risico bestaat dat impliciet aanbodfactoren verevend worden, hetgeen een belangrijke rem kan vormen op doelmatige zorginkoop. Het verdient aanbeveling de omvang van dit mogelijke effect te onderzoeken.
- Daarnaast verdient het aanbeveling om te onderzoeken of het mogelijk is om eventuele aanbodgerelateerde risicovereveningscriteria uit het ex ante model te verwijderen. Specifiek gaat het om het regiocriterium en de meerjarig hoge kosten criteria. Deze mogelijke aanbodgerelateerde risicovereveningscriteria kunnen een rem vormen op doelmatige zorginkoop. Hierbij is het van belang een afweging te maken tussen de voordelen van de voorspelkracht van deze criteria versus de verevening van aanbodfactoren.

⁹ Zie o.a. de praktijkvariatie studies in de electieve en parkinsonzorg die beschikbaar zijn op de ZN website, praktijkvariatie studies in de GGZ uitgevoerd door Coöperatie VGZ, en verschillende analyses door zorgverzekeraars in het kader van zorginkoop op verschillende diagnose gebieden (Dementie, COPD, Diabetes, Hartfalen, etc.).

3.3 Aanvullende verzekering

Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht om een BV af te sluiten. De BV dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. De AV dekt (een deel van de) zorg die niet in de BV wordt vergoed, bijvoorbeeld vergoeding van fysiotherapie of de tandarts. Voor de BV geldt dat zorgverzekeraars verplicht zijn om iedereen (met uitzondering van personen met een verleden als wanbetaler of fraudeur) te accepteren en premiedifferentiatie is niet toegestaan⁵³. Voor de AV gelden andere voorwaarden dan de BV. Zo is de AV niet verplicht, geldt er voor zorgverzekeraars geen acceptatieplicht en is premiedifferentiatie toegestaan.

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van het knelpunt zoals gesignaleerd in de evaluatie in 2009⁵⁴. Tevens wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen tussen 2009 en 2014. Meer specifiek wordt ingegaan op koppelverkoop en mobiliteit voor de AV. Tot slot wordt aangegeven in hoeverre het gesignaleerde knelpunt zich nog voordoet.

3.3.1 Knelpunt zoals beschreven in evaluatie 2009: de AV belemmert chronisch zieken en ouderen om van zorgverzekeraar te veranderen

In de evaluatie van de Zvw in 2009⁵⁵ is geconcludeerd dat de koppelverkoop van de BV en de AV de mobiliteit van chronisch zieken en ouderen kan beperken. Mobiliteit van verzekerden is belangrijk voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt. (Dreiging tot) verzekerdenmobiliteit vormt voor zorgverzekeraars een belangrijke prikkel voor doelmatige en kwalitatief goede zorginkoop. Tevens is het voor een goed werkende zorgverzekeringsmarkt belangrijk dat de groep verzekerden die overstapt, een heterogene groep is qua zorgbehoefte en die per jaar wisselt van samenstelling⁵⁶. De evaluatie van 2009 gaf aan dat de mobiliteit onder chronisch zieken en ouderen laag is. De zogenoemde onopzegbaarheidsclausule wordt in de evaluatie van 2009 als een van de oorzaken van het probleem aangegeven. In 2006 en 2007 zijn de BV en de AV aangeboden met een onopzegbaarheidsclausule. Met de onopzegbaarheidsclausule kon de zorgverzekeraar na afloop van de verzekeringstermijn de verzekerde opnieuw voor de AV accepteren tegen de standaardvoorwaarden en (mits de zorgverzekering niet wordt opgezegd) voor de standaardpremie. Chronisch zieken en ouderen zouden bij andere zorgverzekeraars niet tegen dergelijke gunstige voorwaarden worden geaccepteerd en zouden daardoor niet van zorgverzekering veranderen.

In de Zvw is een artikel (artikel 120) opgenomen dat voorkomt dat verzekerdenmobiliteit wordt beperkt ten aanzien van de AV. Met dit artikel wordt het zorgverzekeraars verboden om de AV te beëindigen, wanneer de verzekerde de BV opzegt⁵⁷. In de evaluatie Zvw 2009⁵⁸ wordt echter geconcludeerd dat het wettelijk verbod geen effectieve oplossing biedt voor koppelverkoop, omdat bij opzegging van de BV de aanvullende polis wordt voortgezet, maar niet noodzakelijkerwijs tegen dezelfde voorwaarden. Dit kan de mobiliteit voor verzekerden belemmeren. Voorbeelden van deze belemmeringen die in 2008 zijn gesignaleerd, zijn een toeslag op de premie van de AV als de BV wordt opgezegd (bij vijf zorgverzekeraars gesignaleerd in 2008), de eis een BV af te sluiten als een AV wordt afgesloten (bij zeven zorgverzekeraars gesignaleerd in 2008) en een toeslag als alleen een AV wordt afgesloten (bij negen zorgverzekeraars gesignaleerd in 2008)⁵⁹.

3.3.2 Regelgeving ten aanzien van aanvullende verzekering onveranderd

De regelgeving ten aanzien van de AV is niet gewijzigd sinds 2009. Voor de BV geldt nog steeds een acceptatieplicht: verzekeraars zijn verplicht om iedereen (met uitzondering van personen met een verleden als wanbetaler of fraudeur) te accepteren en premiedifferentiatie is niet toegestaan⁶⁰. Via artikel 120 van de Zvw wordt het zorgverzekeraars nog steeds verboden om de AV te beëindigen wanneer de verzekerde de BV opzegt. Wel is in het regeerakkoord van 2012 opgenomen dat de BV werd beperkt tot naturapolissen en de restitutiepolis naar de AV ging⁶¹. Onder andere met het bestuurlijk akkoord van juli 2013 is besloten dit onderdeel van het regeerakkoord niet uit te voeren⁶².

3.3.3 Verzekerde blijft kiezen voor BV en AV bij dezelfde zorgverzekeraar

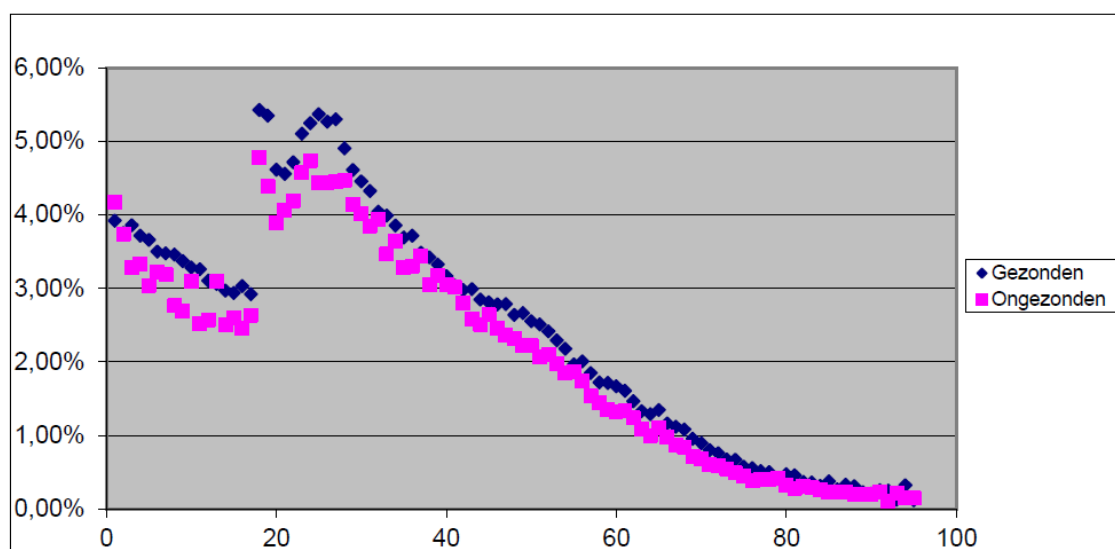
De BV en AV worden nog steeds veelal gezamenlijk aangeboden en ingekocht door verzekerden. Wettelijk is de verkoop van de BV en AV niet gekoppeld, maar vanwege lagere transactiekosten en

een goede afstemming van zorgvormen is koppelverkoop voor de zorgverzekeraar en verzekerde nog steeds aantrekkelijk⁶³. Vrijwel alle verzekerden met een AV hebben de BV afgesloten bij dezelfde zorgverzekeraar⁶⁴. Hoewel in 2013 iets meer dan 85% van de verzekerden een AV heeft, betreft het aantal verzekerden dat een AV heeft afgesloten bij een andere zorgverzekeraar dan waarbij de BV is afgesloten in 2013 maar 0,19% van de verzekerden⁶⁵. Ter vergelijking: in 2010 had bijna 90% van de verzekerden een AV en had 0,3% van de verzekerden de AV afgesloten bij een andere zorgverzekeraar dan de BV^{66,67}. Verzekerden hebben wel de mogelijkheid om de AV apart af te sluiten⁶⁸.

3.3.4 Mobiliteit verzekerden voor AV is niet optimaal

Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel stapte begin 2006 bijna 20% van de verzekerden over⁶⁹. Tussen 2006 en 2009 nam het aantal overstappers licht af van 4,5% in 2007 naar 3,5% in 2008 en 2009⁷⁰. Tussen 2009 en 2014 heeft de mobiliteit onder verzekerden gefluctueerd tussen de 3,3% en 7,2%. Tussen 2009 en 2013 nam de mobiliteit onder verzekerden toe. Tussen 2013 en 2014 nam het aantal overstappers af met 0,7%. In 2014 stapte 6,5% van de verzekerden over naar een andere zorgverzekering^{71,72}. Sinds de invoering van de Zvw is driekwart van de verzekerden nog niet overgestapt. Verzekerden die weinig overstappen hebben relatief hoge zorgkosten, zijn relatief oud en wonen vaak in de meer dunbevolkte gebieden van het land. Jongeren en gezonde verzekerden stappen vaker over^{73,74}. Figuur 3.3 geeft een overzicht van het overstapgedrag in 2009 van gezonde en ongezonde verzekerden uitgezet naar leeftijd^{75,76,77}. In dit figuur wordt het overstapgedrag naar leeftijd weergegeven en niet naar schadelast van de overstappers.

Figuur 3.3: Percentage overstappers op 1 januari 2009 per leeftijd uitgesplitst naar gezonde verzekerden en ongezonde verzekerden⁷⁸.



Er zijn verschillende redenen waarom verzekerden wel of niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar⁷⁹. Van de overstappers noemt het grootste deel (52,8%) de premie als belangrijkste reden om over te stappen. Ook de dekking van de AV (15,6%), collectiviteitskorting (11,0%), welkomstacties (6,9%) en zorginkoopbeleid (3,8%) worden door overstappers genoemd als reden om voor een nieuwe zorgverzekeraar te kiezen. Van de niet-overstappers geeft 38,0% aan geen voordelen te zien van overstappen⁸⁰. Een andere oorzaak van de lage mobiliteit onder ouderen en chronisch zieken, zoals ook in de evaluatie van de Zvw in 2009 is genoemd⁸¹, is dat bij de invoering van de Zvw in 2006 een acceptatieplicht gold voor de BV en de AV.

Zorgverzekeraars hebben in 2006 en 2007 toegezegd iedere verzekerde op non-selecte basis voor de AV te zullen accepteren tegen de standaardvoorwaarden en standaardpremie. Uitzondering hierop was de uitgebreide tandartsverzekering⁸². Na 2007 hebben zorgverzekeraars deze toezegging niet meer gedaan en sindsdien gelden de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie alleen voor de BV⁸³. Een andere belangrijke oorzaak voor de lage mobiliteit vormen de verwachtingen en

'angst' van verzekerden om niet geaccepteerd te worden indien zij overstappen naar een andere zorgverzekeraar en de hogere premie^{84,85}. Onderzoek uit 2014 laat zien dat dit voor 15% van de ouderen een belangrijke reden was om niet te wisselen van zorgverzekeraar⁸⁶. In de praktijk blijkt deze angst niet gegrond: verzekerden blijken altijd geaccepteerd te worden voor de BV en de premie voor de BV is niet afhankelijk van het gezondheidsrisicoprofiel van de verzekerde. Met andere woorden: in praktijk houden zorgverzekeraars zich aan het verbod op premiedifferentiatie en acceptatieplicht⁸⁷. Voor de AV kan – zoals wettelijk toegestaan – de premie variëren en kan een verzekerde geweigerd worden. Ondanks het ontbreken van een acceptatieplicht voor de AV en ondanks de mogelijkheid tot premiedifferentiatie, concludeert de NZa⁸⁸ dat de AV zeer toegankelijk is. In 2012 stelden zorgverzekeraars voor 42% van de AV acceptatievoorwaarden⁸⁹; voor meer dan de helft van de verzekeringen werden geen aanvullende voorwaarden gesteld. In de praktijk betekende dit dat bij het afsluiten van een AV bij 5,5% van de verzekerden acceptatievoorwaarden werden gesteld⁹⁰. Tweederde van deze mensen werd uiteindelijk geaccepteerd voor de aangevraagde AV, maar van hen kreeg de helft wel te maken met een hogere premie of aanvullende voorwaarden. Om te beoordelen of verzekerden voldoen aan de acceptatievoorwaarden, moeten zij vaak vragen beantwoorden over hun gezondheid. Voor een aanvullende tandartsverzekering bestaat de acceptatieprocedure vaak uit het inleveren van een verklaring van de tandarts⁹¹. Tussen 2012 en 2014 is het aantal zorgverzekeraars dat acceptatievoorwaarden stelt verder gedaald. In 2012 gold voor 42% van de verzekerden dat aanvullende voorwaarden werden gesteld⁹². Onderzoek van de Consumentenbond laat zien dat in 2014 nog maar vier van de 35 zorgverzekeraars (11%) een medische acceptatieprocedure voor bepaalde AV's hanteren. De overige zorgverzekeraars accepteren elke aanvraag voor een AV. Een uitzondering hierop zijn tandartsverzekeringen. Voor de tandartsverzekeringen hanteren 18 van de 35 (51% van de) zorgverzekeraars een acceptatieprocedure. Echter, deze acceptatieprocedure geldt meestal alleen voor de meest uitgebreide pakketten⁹³.

3.3.5 Conclusie en aanbevelingen

De regelgeving met betrekking tot de AV is niet veranderd ten opzichte van 2009. Voor een optimale werking van het stelsel is (dreiging van) verzekerdenmobiliteit van belang. De mobiliteit onder verzekerden is tussen 2009 en 2013 toegenomen en in 2014 weer licht gedaald. De mobiliteit onder chronisch zieken en ouderen ligt ook in 2014 nog lager dan voor jonge en gezonde verzekerden. Er zijn verschillende redenen waarom verzekerden wel of niet overstappen naar een nadere zorgverzekeraar. Zo lijken bijvoorbeeld het verlies van verworven voordelen bij de huidige zorgverzekeraar, zoals kortingen en bonuspunten, een rol te spelen bij het niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar⁹⁴. Een andere oorzaak betreft de angst voor hogere premie en de angst om niet geaccepteerd te worden voor de AV bij een andere zorgverzekeraar^{95,96}. Voor deze mensen is het ontbreken van een acceptatieplicht voor de AV een beperkende factor voor mobiliteit⁹⁷, welke ook een effect heeft op de mobiliteit van de BV, aangezien de meeste mensen de BV en AV afsluiten bij dezelfde zorgverzekeraar. De beleving van verzekerden komt echter niet overeen met de praktijk. In de praktijk blijkt namelijk dat in 2014 maar vier van de 35 zorgverzekeraars voor een deel van de AV aanvullende vragen stellen voorafgaand aan de toelating. De toegankelijkheid van de BV en AV worden door de NZa als goed aangeduid⁹⁸. Het in 2009 geformuleerde knelpunt dat de AV chronisch zieken en ouderen belemmert om van zorgverzekeraar te veranderen lijkt daarmee in 2014 nog steeds actueel, hoewel er verschillende redenen zijn die het overstapgedrag van verzekerden verklaren.

In onderzoeken wordt ervoor gewaarschuwd dat de lage mobiliteit van chronisch zieken en ouderen op termijn kan leiden tot een lagere prikkel bij zorgverzekeraars tot concurrentie om voor chronisch zieken en ouderen de beste zorg tegen de laagste prijs te bieden. De afwezigheid van deze prikkel tot kwaliteit en doelmatigheid leidt mogelijk tot lagere kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor chronisch zieken en ouderen. Onderzoeken benadrukken dit risico, maar geven geen indicatie dat dit tussen 2009 en 2013 heeft gespeeld^{99,100} hoewel het aantonen hiervan, mocht dit wel het geval zijn, niet eenvoudig is. Het is immers lastig om aan te tonen dat zorgverzekeraars in hun zorginkoop minder aandacht besteden aan de kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor specifieke doelgroepen (zie ook hoofdstuk 4).

De (dreiging van) mobiliteit onder (alle) verzekerden kan verbeterd worden door een brug te slaan tussen de perceptie (angst om niet geaccepteerd te worden en hogere premie) en de praktijk (vrijwel iedereen wordt geaccepteerd en premieverschillen voor gezondheidsprofielen zijn minimaal). Een mogelijkheid om dit te doen, is door vanuit de overheid en zorgverzekeraars in te zetten op de communicatie over de praktijk van acceptatie en premieverschillen voor de AV. Dit kan de mobiliteit onder verzekerden, ook voor de BV, vergroten.

3.4 Eigen risico

Voor de BV geldt een verplicht eigen risico¹⁰¹. Naast het verplicht eigen risico kan een verzekerde ervoor kiezen het eigen risico te verhogen met een vrijwillig eigen risico. Afhankelijk van de hoogte van het vrijwillig eigen risico, neemt de premie voor de BV af. Zorgkosten komen als eerste ten laste van het verplicht eigen risico, daarna ten laste van het vrijwillig eigen risico en ten slotte ten laste van de zorgverzekering. Enkele kosten vallen buiten het eigen risico (bijvoorbeeld huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg)¹⁰². Een belangrijk doel van het eigen risico is het bevorderen van kostenbewust gebruik van de zorg. Een ander belangrijk doel is een financieringsverschuiving waarmee ongezonde verzekerden meer bijdragen aan de zorg dan gezonde verzekerden (en daarmee vergroting solidariteit).

In de volgende paragraaf wordt eerst het knelpunt beschreven zoals in de evaluatie in 2009¹⁰³ benoemd. Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkelingen van het eigen risico tussen 2009 en 2014 en de relatie tussen het eigen risico en de zorgvraag. Tot slot wordt aangegeven in hoeverre het knelpunt zoals beschreven in de evaluatie in 2009¹⁰⁴ zich nog voordoet.

3.4.1 Knelpunt zoals beschreven in evaluatie 2009: effectiviteit van het huidige eigen risico is gering

In de evaluatie van 2009¹⁰⁵ werd geconcludeerd dat het gewenste remgeldeffect nauwelijks werd bereikt met het eigen risico. Redenen die hiervoor werden gegeven waren:

- Er is nauwelijks een remgeldeffect voor chronisch zieken en ouderen, terwijl deze groep een groot deel van de zorgkosten veroorzaakt. Deze groep weet vrijwel zeker dat de zorguitgaven boven het eigenrisicobedrag uitkomt. Ter indicatie: in 2005 maakten kosten voor zorg voor chronisch zieken naar schatting 17% uit van de totale zorguitgaven¹⁰⁶ en in 2011 werd ongeveer 37% van de zorgkosten gemaakt door verzekerden van 65 jaar en ouder¹⁰⁷.
- Weinig mensen (5%) kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

In de evaluatie 2009¹⁰⁸ werd geadviseerd een (leeftijdafhankelijk) verschoven eigen risico in te voeren, waarbij het eigen risico niet geldt voor kosten vanaf € 0, maar bijvoorbeeld vanaf € 1.000. Deze maatregel zou leiden tot minder eigen betalingen voor chronisch zieken en ouderen en tot een groter remgeldeffect. Het kabinet heeft deze aanbeveling niet overgenomen, omdat het van mening was dat leeftijd niet altijd verklaart of iemand chronisch ziek is en omdat het doel van het eigen risico een financieringsverschuiving is zowel richting de verzekerde (in plaats van via de collectieve middelen) als richting de gebruiker van zorg.

3.4.2 Toename verplicht eigen risico en toename gebruik vrijwillig eigen risico

De omvang van het verplicht eigen risico en het aantal mensen met een vrijwillig eigen risico zijn tussen 2009 en 2014 gestegen. Meer specifiek, het verplicht eigen risico is gestegen van € 150 in 2008 tot € 360 in 2014 (zie tabel 3.4)^{109,110}. De 'Compensatie eigen risico' (Cer) is ook gestegen, maar niet in dezelfde mate als het verplicht eigen risico. De Cer is gestegen van € 47 in 2009, € 50 in 2009 naar € 99 in 2013 (zie tabel 3.5)¹¹¹. De Cer is per 1 januari 2014 afgeschaft (zie tabel 3.5), omdat uit onderzoek bleek dat de Cer ongericht en ondoelmatig was¹¹². De opties voor een aanvullend vrijwillig eigen risico zijn ongewijzigd sinds 2009. De opties voor een vrijwillig eigen risico betreffen € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500, met een oplopende korting op de premie van de BV.

Tabel 3.4: Hoogte verplicht eigen risico tussen 2008-2014 (in €)^{113,114}

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hoogte verplicht eigen risico	150	155	165	170	220	350	360

Tabel 3.5: Hoogte Compensatie eigen risico 2009-2013 (in €)¹¹⁵

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hoogte Compensatie eigen risico	47	50	54	56	85	99

Het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico is gestegen van 6% in 2012 naar iets minder dan 10% in 2013 en 10% in 2014^{116,117}. Ook de gemiddelde hoogte van het vrijwillig eigen risico neemt toe¹¹⁸. In 2013 kiest 6,2% van de verzekerden voor de hoogste categorie van € 500 vrijwillig eigen risico, in 2012 was dit 3,6%¹¹⁹.

Deze toename in aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico en de omvang van vrijwillig eigen risico kan mogelijk verklaard worden door de toename van de premiekorting. Uit onderzoek van de NZa in 2013 blijkt dat de gemiddelde premiekorting die zorgverzekeraars aanbieden voor een vrijwillig eigen risico de afgelopen jaren licht is gestegen¹²⁰. Tevens gaat de toename van het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico samen met een verhoging van het verplicht eigen risico in 2013 met € 130¹²¹.

De toename in verplicht eigen risico draagt bij aan verschuiving van collectieve zorguitgaven naar private zorguitgaven¹²². Bij een verplicht eigen risico van € 150 in 2008 wordt geschat dat een financieringsverschuiving van € 1,3 miljard gerealiseerd kan worden. Dit betekent dat € 1,3 miljard aan zorgkosten privaat door gebruikers gefinancierd wordt in plaats van publiek, waardoor de collectieve zorguitgaven afnemen.

3.4.3 Eigen risico en zorggebruik

De relatie tussen de hoogte van het verplicht en vrijwillig eigen risico en het zorggebruik is in diverse onderzoeken geanalyseerd, waaruit eerste voorzichtige conclusies volgen. Enerzijds lijkt de verhoging van verplicht en vrijwillig eigen risico te leiden tot een verlaging van de zorgvraag^{123,124}. Het effect zou het sterkst zijn voor farmacie en ziekenhuiszorg¹²⁵. Onderzoek uit 2011¹²⁶ laat zien dat de vermeden zorgkosten ten gevolge van het verplicht eigen risico tussen de € 69 en € 772 miljoen per jaar liggen, zonder dat een negatief effect op gezondheid kan worden aangetoond. Indien verzekerden een hoger vrijwillig eigen risico hadden, werd minder zorg gebruikt die onder het verplicht eigen risico viel¹²⁷. In 2009 bleek 5,4% van de respondenten minder medische zorg te gebruiken omdat een deel van de kosten voor eigen rekening kwam¹²⁸. Deze resultaten suggereren dat een hoger eigen risico samenhangt met een afname van de zorgvraag.

Daarnaast is in onderzoek en diverse mediaberichten^{129,130,131,132} gesuggereerd dat de verhoging van het eigen risico in 2012 en 2013 een belangrijke oorzaak zou zijn geweest in de teruglopende groei van de ziekenhuisproductie. Uit onderzoek¹³³ onder verzekerden blijkt dat er wellicht een remmend effect uitgaat van het eigen risico, maar dat dit effect beperkt lijkt. Zo blijkt dat als gevolg van de verhoging van het verplicht eigen risico minder dan 1% van de respondenten (circa 0,25%) heeft afgezien van zorg. Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat circa 2% van de respondenten waarschijnlijk wel eens ongewenst heeft afgezien van zorg vanwege de (vermeende) kosten^{134,135}. Het valt hierbij op dat voor verzekerden die afzien van zorg, de zorgkosten een grotere rol speelden in 2012 dan in 2013. Ondanks het feit dat het verplicht eigen risico per 2013 verhoogd is, speelden zorgkosten een grotere rol in 2012 dan in 2013¹³⁶. Het gaat dan om de kosten van de zorg, niet specifiek om het verplicht eigen risico. Ook recent onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS laat zien dat er geen eenduidige relatie is tussen verzekerd pakket, eigen betalingen en zorggebruik¹³⁷. Een mogelijke

verklaring voor het beperkte effect is dat er veel onduidelijkheid is over de kosten van de zorg en ook over welk deel tot het eigen risico wordt gerekend¹³⁸. Hoewel de kosten voor de behandeling samenhangen met de kosten die de verzekerde maakt vanuit het eigen risico, weten verzekerden van tevoren niet wat een behandeling kost en ervaren zij dus ook geen doelmatigheids prikkel¹³⁹.

Er zijn diverse onderzoeken verricht naar mogelijkheden om de prikkel van het eigen risico op het zorggebruik te versterken. Een mogelijkheid betreft het onderbrengen van de huisartsenzorg in het verplicht eigen risico. Dit kan een positief effect hebben op het kostenbewustzijn van patiënten^{140,141}. Tevens draagt het bij aan de financieringsverschuiving van publiek naar privaat¹⁴². Een nadeel van deze verbetermogelijkheid betreft de mogelijke afname van preventieve zorg en toename van zorgmijding en daarmee een mogelijke toename in zorgkosten. Ook de rol van poortwachter wordt daarmee minder sterk, doordat de prikkel voor patiënten om direct naar een specialist of naar de eerste hulp te gaan wordt verhoogd. Tot slot, aangezien in 2015 een nieuwe huisartsenbesteding wordt ingevoerd waarbij de betaling per consult verdwijnt is het ook onlogisch om nu een eigen risico voor de huisartsenzorg in te voeren.

Een andere afgewogen mogelijkheid om de prikkel van eigen risico op zorggebruik te verhogen, betreft het invoeren van een gedeeltelijk eigen risico^{143,144,145}. Bij dit gedeeltelijk eigen risico draagt de premiebetaler 36% (of een ander te kiezen percentage) van de eerste € 1.000 aan zorgkosten zelf. Hierdoor blijft het totale eigen risico nog steeds maximaal € 360 (of zoveel hoger als men kiest tot maximaal € 860), maar zou de prikkel van remgeld langer aanwezig zijn. Onderzoek laat echter tegenstrijdige gedragseffecten zien. Zo blijkt uit het Amerikaanse RAND Health Insurance Experiment dat een gedeeltelijk eigen risico ook een drukkend effect heeft op zorgkosten, terwijl de gezondheid van de populatie gelijk blijft¹⁴⁶. Het experiment heeft daarnaast aangetoond dat een procentuele eigen bijdrage met een maximum effectiever kan zijn in het verlagen van de zorgvraag¹⁴⁷. Ook de Nationale DenkTank becijfert¹⁴⁸ dat (in vergelijking met de huidige situatie) 2,3 miljoen mensen extra een financieel belang krijgen om zuiniger met zorg om te gaan. Deze prikkel kan versterkt worden door de tarieven van de zorg inzichtelijk te maken voor consumenten, bijvoorbeeld via publicatie op een webportal van de zorgverzekeraar. Door de combinatie van transparantie van de kosten van zorg (en van verschillen in tarieven) en het meebetalen aan de zorg ontstaat voor consumenten een doelmatigheids prikkel en daarmee ook voor ziekenhuizen die relatief duurdere behandelingen aanbieden. Er zijn echter ook onderzoeken die wijzen op de nadelen van het invoeren van een gedeeltelijk eigen risico. Zo is een mogelijk nadeel van deze maatregel dat het absolute eigen risico verhoogd dient te worden aangezien de budgettaire opbrengsten van het eigen risico lager zijn. Mensen met lagere zorgkosten betalen immers minder zorgkosten zelf¹⁴⁹. In eerste instantie zal een gedeeltelijk eigen risico dan ook extra kosten met zich meebrengen voor de zorgverzekeraar, doordat de zorgverzekeraars een groter deel van de zorgkosten zelf betalen¹⁵⁰. Tevens zijn er waarschijnlijk uitvoeringskosten verbonden aan deze slimmere wijze van eigen risico. Omdat verzekerden langer meebetalen, maken verzekerden gedurende het gehele jaar een bijdrage over naar de zorgverzekeraar. Ook vraagt het gedeeltelijk eigen risico een uitgebreidere registratie van zorgverzekeraars. De administratieve lasten van het gedeeltelijk eigen risico zijn daarmee groter dan voor de huidige regeling¹⁵¹. Om deze extra uitvoeringskosten en lagere budgettaire opbrengsten te compenseren zijn gedragseffecten nodig, die leiden tot een afname van zorggebruik. Echter, onderzoek van het CPB¹⁵² wijst uit dat een gedeeltelijk eigen risico niet leidt tot een groter gedragseffect en afname van het zorggebruik dan een eigen risico van 100%. Het gedragseffect lijkt juist af te nemen naarmate het bijbetalingspercentage lager is of het risico hoger is¹⁵³. Dit leidt ertoe dat wij concluderen dat de voordelen van het invoeren van een gedeeltelijke eigen risico ongewis zijn.

Een andere mogelijkheid betreft het afspreken van vaste tarieven voor behandelingen (bijvoorbeeld een vast bedrag per consult of per opname ongeacht de werkelijke prijs). Hierdoor zouden verzekerden vooraf weten welke kosten verbonden zijn aan een behandeling en daarmee de afweging kunnen maken of zij de behandeling vinden opwegen tegen het aanspreken van hun eigen risico. Ter voorbeeld, een poliklinische behandeling zou bijvoorbeeld € 100 van het eigen risico kosten en een opname € 500. Hiermee wordt de financiering van zorg voor verzekerden begrijpelijk en overzichtelijk gemaakt. Dit zou een prikkel kunnen geven tot bewust zorggebruik. Nadeel is dat hiermee de noodzaak tot adequate kostprijzen en daarmee goede DOT-prijzen wegvalt doordat een 'work-around'

wordt ingesteld, hetgeen dynamische efficiëntie wegneemt. Daarom achten wij deze variant niet wenselijk.

3.4.4 Conclusie en aanbevelingen

Hoewel het aantal mensen met een vrijwillig eigen risico en de gemiddelde hoogte van het vrijwillig eigen risico toenemen en gesuggereerd wordt dat de verhoging van het eigen risico in 2012 en 2013 een oorzaak zou zijn geweest in de teruglopende groei van de ziekenhuisproductie, is de relatie tussen de hoogte van het eigen risico en zorggebruik nog niet eenduidig aangetoond. Wel leidt de toename van het eigen risico tot een financieringsverschuiving, waardoor meer kosten privaat door gebruikers van zorg worden betaald en de collectieve zorgkosten dalen.

De prikkel van eigen risico op zorggebruik kan versterkt worden door tarieven – na afronding van de onderhandeling tussen zorgverzekeraar en -aanbieder – transparant te maken. Hiervoor zijn twee vormen denkbaar, variërend in gradatie van openbaarheid: het plaatsen van tarieven in webportals van zorgverzekeraars ofwel het algeheel openbaar maken van tarieven. Bij het plaatsen van tarieven in webportals van zorgverzekeraars zijn de tarieven alleen inzichtelijk voor hun verzekerden (maar kunnen zij die informatie natuurlijk wel delen met anderen). Verzekerden kunnen deze webportal van hun zorgverzekeraar raadplegen voor extra informatie voor het maken van hun keuze voor zorg. Bij het algeheel openbaar maken worden de tarieven voor een ieder inzichtelijk en toegankelijk. Wij adviseren het transparant maken van de werkelijke tarieven voor verzekerden via de webportals van zorgverzekeraars, omdat de tarieven op deze wijze ook overzichtelijk gepresenteerd kunnen worden aan verzekerden (hoewel dit theoretisch ook zou kunnen bij algehele openbaarheid). Voor beide alternatieven zijn voor- en nadelen aan te wijzen. Het voordeel van de tarieven in webportals boven het algeheel openbaar maken, is dat dit voor verzekerden waarschijnlijk een overzichtelijkere en betrouwbaardere wijze van publicatie van tarieven betreft, omdat zorgverzekeraars dit als een service aan hun klanten kunnen aanbieden, wellicht aangevuld met beschikbare kwaliteitsinformatie per behandeling per zorgaanbieder. Tegelijkertijd is het transparant maken van tarieven voor verzekerden waarschijnlijk slechts een tussenstap, waardoor indirect ook de tarieven algeheel openbaar gemaakt worden. Verzekerden kunnen de tariefinformatie immers delen. De transparantie van werkelijke tarieven leidt tot een prikkel voor zorgaanbieders tot dynamische efficiëntie, namelijk om flexibel in te spelen op veranderende marktomstandigheden en hierbij zorg te blijven leveren tegen concurrerende prijzen. Uit Amerikaans onderzoek – dat uiteraard niet een-op-een vergelijkbaar is met de Nederlandse context – blijkt dat verzekerden bereid zijn te kiezen voor goedkopere aanbieders en dat ziekenhuizen daarmee worden aangezet tot doelmatigheid. Momenteel wordt door het Ministerie van VWS bekeken welke mogelijkheden er zijn om patiënten vooraf inzicht te geven in de kosten van zorg die zij gaan consumeren^{154,155,156}. Vooral voor behandelingen waar vooraf duidelijk is wat er moet gebeuren en in gevallen waar meerdere behandelingen met dezelfde uitkomst mogelijk zijn, lijkt het mogelijk en waardevol vooraf een prijsopgave te geven. Uit onderzoek van de NZa¹⁵⁷ blijkt ook dat verzekerden behoefte hebben aan informatie over kosten voordat zij van zorg gebruikmaken. Driekwart van de respondenten heeft aangegeven de informatie te willen hebben, ongeacht of de kosten (deels) voor eigen rekening komen. Een kwart van de respondenten gaf aan de informatie alleen te willen als ze (een deel van de) kosten zelf moet betalen. De NZa heeft aangegeven in 2014 het toezicht op heldere informatie over zorgkosten te verscherpen. Zo moeten zorgaanbieders *“in begrijpelijke taal meer informatie op de zorgnota's zetten en verzekeraars moeten die informatie doorgeven aan de verzekerden. Dit is ook belangrijk om beter te kunnen controleren of de zorgnota's correct zijn”*¹⁵⁸. Dit houdt in dat tarieven op termijn hoe dan ook openbaar worden voor verzekerden, waardoor het eventuele argument van het verminderen van de concurrentie tussen zorgaanbieders door transparantie over de tarieven aan kracht verliest (nog los van het feit dat ons hier geen studies van bekend zijn die dit anticoncurrentieel effect beschrijven)¹⁵⁹.

Het belangrijkste tegenargument voor openbaarheid van tarieven lijkt te zijn dat de onderhandelde tarieven als concurrentiegevoelige informatie beschouwd worden, waardoor de werking van de gereguleerde markt wordt tegengegaan. Het lijkt aannemelijk dat zorgaanbieders hun prijzen zullen afstemmen op hun concurrenten en dat transparante tarieven daarop een effect hebben. Maar het is de vraag of dit daadwerkelijk tot een belemmering leidt. Immers, in vele andere markten (zoals supermarkten, verzekeringen, etc.) zien concurrenten eveneens elkaars tarieven. Daarnaast kan het

transparant maken van tarieven bijdragen aan de stimulans tot accurate kostprijberekeningen van ziekenhuizen, wat volgens onderzoek een van de cruciale elementen is voor doelmatigheidsverbeteringen¹⁶⁰. In de Verenigde Staten is begin 2014 door een aantal aanbieders overgegaan tot het inzichtelijk maken van de prijzen, onder andere via diverse organisaties die applicaties op de mobiele telefoon aanbieden¹⁶¹.

3.5 Collectiviteiten

Verzekerden kunnen individueel een polis afsluiten bij een zorgverzekeraar of kunnen als groep/collectief een contract afsluiten. Zorgverzekeraars mogen via een collectief afgesloten BV een maximale korting van 10% op de nominale jaarpremie geven¹⁶². De collectieve verzekeringen zijn bedoeld om als verzekerden meer invloed uit te kunnen oefenen op de zorgverzekeraar: via collectiviteiten kan de concurrentie tussen zorgverzekeraars gestimuleerd worden en kunnen verzekerden hun inkoopkracht bundelen. Tevens werd bij de invoering verwacht dat collectieve zorgverzekeringen niet alleen zouden leiden tot afspraken over premiekorting, maar ook tot vraaggerichtheid van de zorgverzekeraar met maatwerkafspraken over zorgverzekeringen¹⁶³. Tegelijkertijd kan de zorgverzekeraar via collectiviteiten gezondheid stimuleren, door via werkgeverscollectiviteiten bijvoorbeeld werkgevers te stimuleren pakketten aan te bieden om hun medewerkers gezond te houden.

Verzekerden kunnen zich bij verschillende typen collectiviteiten aansluiten¹⁰: (i) werkgeverscollectiviteiten (een collectiviteit van de organisatie waar een verzekerde werkzaam is); (ii) patiëntencollectiviteiten (een collectiviteit gericht rondom een specifieke aandoening, bijv. astma); (iii) gelegenheidscollectiviteit (een collectiviteit zonder specifieke doelgroep). Uit de interviews die gehouden zijn in het kader van deze evaluatie (zie bijlage 2 voor een overzicht van de respondenten) blijkt dat – op hoofdlijnen – deze drie typen collectiviteiten elk een ander belang dienen.

Werkgeverscollectiviteiten hebben een gezamenlijk belang met de zorgverzekeraar: vitale werknemers. Het bevorderen van gezondheid draagt voor de werkgever bij aan een afname van verzuim en een hogere productiviteit. Voor de zorgverzekeraar levert het bevorderen van gezondheid een lagere schadelast op. Zorgverzekeraars en werkgeverscollectiviteiten hebben aangegeven dat het belang van arbeidsgerelateerde gezondheid steeds belangrijker wordt en daarom ook meer benadrukt wordt in de relatie tussen zorgverzekeraars en werkgeverscollectiviteiten. Patiëntencollectiviteiten vertegenwoordigen een achterban van patiënten en hebben als belang het samenstellen van een aantrekkelijk pakket voor deze achterban. Gelegenheidscollectiviteiten vertegenwoordigen vaak een brede, diverse doelgroep. Het belang van gelegenheidscollectiviteiten ligt met name in het bedingen van een zo hoog mogelijke korting voor de leden.

In onderstaande paragraaf worden de gesignaleerde risico's ten aanzien van collectiviteiten beschreven zoals in de evaluatie in 2009¹⁶⁴ benoemd. Vervolgens worden de ontwikkelingen ten aanzien van de toegankelijkheid en premiekortingen van collectiviteiten beschreven. Tot slot wordt aangegeven of de risico's ten aanzien van collectiviteiten, zoals gedefinieerd in de evaluatie in 2009, zich hebben voorgedaan. In hoofdstuk 5 wordt verder ingegaan op de invloed van collectiviteiten en ledenraden op het (inkoop)beleid van zorgverzekeraars, waarbij tevens aandacht is voor de invloed via overstapgedrag van individueel en collectief verzekerden.

3.5.1 Risico zoals beschreven in 2009: Collectiviteiten kunnen het verbod op premiedifferentiatie uithollen en zero sum game

In de evaluatie van 2009 is aangegeven dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie kunnen uithollen. Zorgverzekeraars zouden via kortingen op overige verzekeringsproducten, hogere kortingen

¹⁰ In de rapportage worden drie typen collectiviteiten onderscheiden, omdat deze drie typen in de praktijk zichtbaar zijn.

Formeel zijn er echter maar twee rechtspersonen die een collectiviteit kunnen afsluiten: een werkgever en een rechtspersoon met betrekking tot de verzekering van natuurlijke personen wier belangen die rechtspersoon behartigt (Zorgverzekeringswet, artikel 18). Onder deze laatste categorie vallen patiëntencollectiviteiten en gelegenheidscollectiviteiten.

dan de toegestane 10% aan kunnen bieden aan collectief verzekerden. Tevens is in de evaluatie van 2009 aangegeven dat door het ontbreken van een acceptatieplicht voor collectiviteiten risicoselectie plaats kan vinden. Ook werd aangegeven dat voorkomen moet worden dat premiekortingen voor collectiviteiten gefinancierd worden door individuele polissen. Deze zogenoemde zero sum game, waarbij kortingen voor het collectief ten koste gaan van de hoogte van de premie van individueel verzekerden, zonder daadwerkelijke besparingen in zorgkosten, zijn een ongewenste kruissubsidiëring¹⁶⁵. In paragraaf 3.5.2 gaan we nader in op het eerste gesignaleerde risico, dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie uithollen, en bespreken we de hoogte van de premiekortingen die door collectiviteiten verstrekt worden. Paragraaf 3.5.3 geeft inzicht in de toegankelijkheid van de collectieve verzekeringen en gaat daarmee in op het tweede risico dat genoemd is, namelijk dat risicoselectie plaats kan vinden via collectiviteiten. Paragraaf 3.5.4 gaat nader in op de zero sum game. Tot slot worden conclusies en aanbevelingen gegeven (paragraaf 3.5.5.).

3.5.2 Hoogte van de premiekorting voor collectiviteiten fluctueert over de jaren en verschilt tussen collectiviteiten

Collectiviteiten kunnen onder de Zvw een maximale korting krijgen van 10% op de nominale jaarpremie. Premiekortingen spelen voor verzekerden een belangrijke rol in de keuze voor een zorgverzekeraar (zie ook paragraaf 5.3.3). Zowel collectief verzekerden als individueel verzekerden kunnen een korting ontvangen op hun zorgverzekering, bijvoorbeeld door meerdere verzekeringen bij één zorgverzekeraar af te sluiten.

Uit onderzoek blijkt dat tussen 2009 en 2013 de korting die collectiviteiten ontvangen is toegenomen van 6,9% in 2009 naar 7,7% in 2013¹⁶⁶. Deze korting zit hiermee onder de toegestane 10%. Wel zouden zorgverzekeraars via kortingen bovenop de collectiviteitskortingen, bijvoorbeeld via stapelkortingen met andere verzekeringsproducten of via aanvullende kortingen via een intermediair, de hoogte van de totale premiekorting kunnen ophogen. Dit betreft dan niet de collectiviteitskorting, maar een korting op de premie in aanvulling op de collectiviteitskorting. De omvang van dit eventuele effect is ons onbekend.

De hoogte van de gemiddelde betaalde premie van individueel en collectief verzekerden varieert, waarbij de hoogte van de gemiddelde betaalde premie voor individueel verzekerden hoger is dan voor collectief verzekerden¹⁶⁷. Tabel 3.6 geeft een overzicht van het procentuele verschil tussen de betaalde premie van collectiviteiten ten opzichte van de betaalde premie van individueel verzekerden tussen 2009 en 2014.

Tabel 3.6: Verschil in kortingspercentage tussen collectief en individueel verzekerden 2009-2014^{168,169}

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Procentueel verschil in betaalde premie individueel verzekerden en betaalde premie collectief verzekerden	5,3%	5,9%	5,7%	5,8%	5,7%	4,6%

Hoewel de gemiddelde betaalde premie voor individueel verzekerden hoger is dan voor collectief verzekerden, blijkt het op individueel niveau wel mogelijk een lagere premie te betalen als individueel verzekerde dan als collectief verzekerde. Dit kan bijvoorbeeld door het afsluiten van een (goedkope) internetverzekering.

Naast de verschillen in premiekorting tussen individueel en collectief verzekerden, verschilt de hoogte van de korting op de nominale premie ook per type collectiviteit en per doelgroep. Onderzoek van de NZa laat zien dat werkgeverscollectiviteiten een hogere korting bedingen dan gelegenheidscollectiviteiten (zie Tabel 3.7).

Tabel 3.7: Prijsvoordeel per jaar collectieve versus individuele verzekering¹⁷⁰

Type collectief	2009	2010	2011	2012	2013
Werkgeverscollectief	€68	€74	€79	€81	€81
Patiëntencollectief	€38	€50	€50	€52	€57
Anders	€51	€56	€61	€65	€62
Totaal	€58	€67	€71	€74	€72

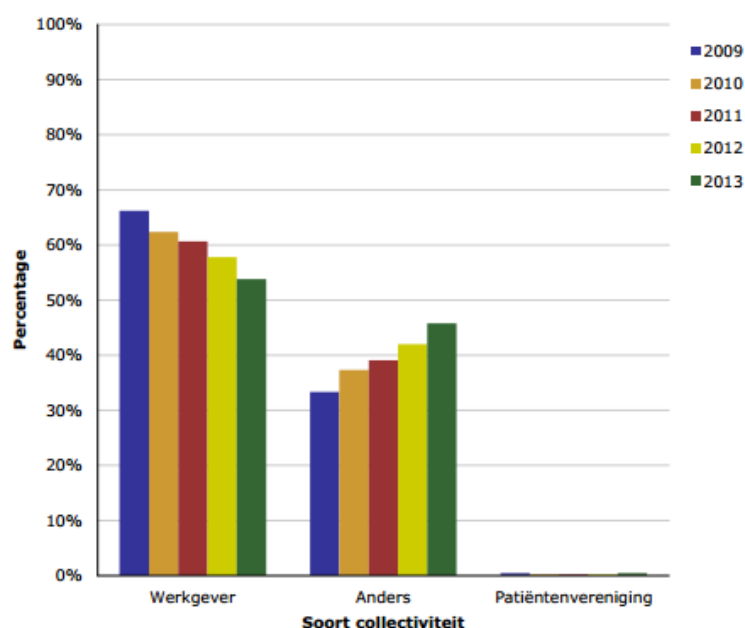
Ook uit de interviews blijkt dat gelegenheidscollectiviteiten en werkgeverscollectiviteiten een hogere korting bedingen dan patiëntencollectiviteiten. Een belangrijke reden hiervoor is dat de meeste gelegenheidscollectiviteiten en werkgeverscollectiviteiten relatief gezien meer leden hebben dan patiëntencollectiviteiten. Deze bevinding uit de interviews wordt ook gestaafd door onderzoek waaruit blijkt dat de hoogte van de premiekorting samenhangt met de inkoopmacht (omvang) van de collectiviteit, waarbij grote collectiviteiten relatief hoge premiekortingen kunnen bedingen¹⁷¹.

Naast de omvang van de collectiviteiten speelt mogelijk ook de inzet van de onderhandelingen een rol. Gelegenheidscollectiviteiten geven in de interviews aan dat zij tijdens onderhandelingen de focus volledig leggen op premie, terwijl patiëntencollectiviteiten ook inzetten op samenstelling van de pakketten in de AV en mogelijkheden verkennen om bijvoorbeeld arbeidsparticipatie te verhogen.

3.5.3 Collectiviteiten zijn voor grote groepen toegankelijk, maar er bestaan verschillen in kenmerken van individueel en collectief verzekerden

De toegankelijkheid van collectiviteiten is goed. Zo is tussen 2009 en 2014 het aandeel collectief verzekerden jaarlijks toegenomen, met gemiddeld 2% per jaar. In 2013 is ruim 69% collectief verzekerd^{172,173}. In 2014 is het aandeel collectief verzekerden verder gestegen tot 71%¹⁷⁴. Het aantal collectief verzekerden via een gelegenheidscollectief neemt sinds de invoering van de Zvw toe (zie ook figuur 3.8). Het aantal verzekerden via een werkgeverscollectiviteit neemt daarentegen af. In 2013 was iets meer dan de helft van de verzekerden die collectief verzekerd zijn, verzekerd via een werkgeverscollectiviteit (6,1 miljoen verzekerden) en iets minder dan de helft bij een gelegenheidscollectiviteit (5,2 miljoen verzekerden) (categorie anders in figuur 3.8). Het aantal verzekerden dat bij een patiëntencollectief is aangesloten is sinds de invoering van de Zvw gelijk gebleven¹⁷⁵.

Figuur 3.8 Aandeel collectief verzekerden naar type collectief tussen 2009 en 2013¹⁷⁶



Er blijken enige verschillen te zijn in leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van individueel en collectief verzekerden (zie ook tabel 3.9). Tabel 3.9 laat zien dat in 2009 de individueel verzekerden iets jonger zijn dan collectief verzekerden en dat het opleidingsniveau redelijk vergelijkbaar is. Ook laat de tabel zien dat de gezondheidsprofielen van collectief verzekerden enigszins verschillen van individueel verzekerden. Zo blijkt dat in 2009 verzekerden binnen patiënten- en gelegenheidscollectiviteiten minder gezond waren dan verzekerden binnen een werkgeverscollectief en individueel verzekerden¹⁷⁷.

Tabel 3.9 Kenmerken collectief en individueel verzekerden in 2009 (N=1733)^{178,*}

	Werkgevers- collectiviteit (N=778)	Patiënten- en gelegenheids- collectiviteiten (N=394)	Individueel verzekerde (N=561)
Leeftijd			
18-39 jaar	20,3% (158)	18,8% (74)	31,0% (174)
40-59 jaar	42,9% (334)	36,5% (144)	36,2% (203)
60+	36,8% (286)	44,7% (176)	32,8% (184)
Geslacht			
Man	57,7% (449)	52,0% (205)	53,1% (298)
Vrouw	42,3% (329)	48,0% (189)	46,9% (263)
Opleidingsniveau			
Laag	27,5% (214)	37,6% (148)	34,1% (190)
Middel	32,1% (250)	27,4% (108)	30,3% (169)
Hoog	39,7% (309)	33,0% (130)	35,0% (195)
Geen / Anders	0,6% (5)	2,0 (8)	0,5% (3)
Algemene gezondheid			
Slecht / Matig	13,7% (106)	22,8% (89)	16,0% (89)
Goed	57,0% (441)	55,8% (218)	53,1% (295)
Zeer goed	23,9% (185)	17,1% (67)	23,9% (133)
Uitstekend	5,4% (42)	4,3% (17)	7,0% (39)
Contact met huisarts			
0 keer	27,6% (214)	21,2% (83)	30,2% (168)
1 keer	27,6% (214)	25,1% (98)	22,8% (127)
2 of 3 keer	30,1% (233)	31,2% (122)	30,8% (171)
4 keer of meer	14,6% (113)	22,5% (88)	16,2% (90)
Contact met tandarts			
0 keer	17,3% (134)	27,9% (109)	21,8% (121)
1 keer	26,9% (208)	26,1% (102)	26,8% (149)
2 of 3 keer	51,0% (395)	41,2% (161)	46,2% (259)
4 keer of meer	4,8% (37)	4,9% (19)	4,9% (27)
Contact met psychische hulpverleners			
0 keer	96,0% (742)	93,9% (367)	93,0% (517)

	Werkgevers- collectiviteit (N=778)	Patiënten- en gelegenheids- collectiviteiten (N=394)	Individueel verzekerd (N=561)
1, 2 of 3 keer	1,3% (10)	1,0% (4)	3,6% (20)
4 keer of meer	2,7% (21)	5,1% (20)	3,4% (19)

*Aantal respondenten staat tussen haakjes

Qua toegankelijkheid van collectiviteiten blijkt verder dat in 2009 meer dan de helft (60%) van de verzekerden aangaf te moeten voldoen aan één of meer eisen voor toegang tot een collectiviteit. Van de verzekerden die moesten voldoen aan een eis, geeft iets minder dan driekwart (72%) aan dat zij een lidmaatschap van een bepaalde vereniging moesten hebben. Ongeveer 15% geeft aan dat de collectiviteit alleen toegankelijk was voor bepaalde (patiënten)doelgroepen, zoals studenten, 50-plusser of diabetespatiënt. De overige verzekerden die aangaven dat zij aan bepaalde eisen moesten voldoen, noemden het invullen van gezondheidsvragen als gestelde eis voor toegang tot de collectiviteit. In het onderzoek wordt echter geconcludeerd dat het niet aannemelijk is dat de gezondheidsvragen als selectiemiddel worden gebruikt¹⁷⁹. Deze resultaten laten zien dat de toegankelijkheid per collectiviteit varieert, maar niet gerelateerd is aan gezondheidsspecifieke eisen. Tevens heeft elke verzekerde heeft toegang tot een gelegenheidscollectiviteit.

3.5.4 Merendeel collectiviteiten leidt niet tot betere betaalbaarheid van zorg; zero sum game

Om inzicht te geven in de mate waarin premiekortingen voor collectiviteiten worden gefinancierd door individuele polissen, wordt eerst inzicht gegeven in de mate waarin de premiekortingen gekoppeld zijn aan lagere kosten (door middel van gezondheidswinst en daarmee een daling van zorgkosten of door middel van lagere administratieve lasten) en vervolgens wordt inzicht gegeven in hoeverre de premiekortingen doorberekend worden aan individueel verzekerden.

Uit interviews met zowel zorgverzekeraars als collectiviteiten, bleek dat de kortingen die geboden worden aan collectiviteiten voor het merendeel niet gerelateerd zijn aan de bijdrage die het collectief levert aan het realiseren van lagere zorgkosten van de leden van het collectief. Ook uit de contractteksten van contracten tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten, die in het kader van dit onderzoek zijn toegelicht, bleek dat er geen afspraken zijn gemaakt over de gezondheidswinst die collectiviteiten al dan niet realiseren. Het is hierbij wel van belang op te merken dat we een beperkte selectie van contracten hebben ingezien, waardoor het mogelijk zo is dat dergelijke afspraken wel gemaakt worden, alhoewel deze ons ook niet ter ore zijn gekomen in de interviews.

Uit interviews blijkt dat er wel verschil is tussen verschillende typen collectiviteiten en de aandacht voor gezondheidswinst. Zo richten de meeste gelegenheidscollectiviteiten zich inderdaad niet op preventie of het bevorderen van gezondheid van hun leden. Sommige werkgeverscollectiviteiten (waar 50% van de collectief verzekerden is verzekerd) maken tezamen met de zorgverzekeraar wel afspraken over gezondheidsstimulerende programma's, zoals programma's gericht op omgang met stress of levensstijlprogramma's gericht op obesitas. Alhoewel we niet weten in welke mate deze programma's succesvol zijn, en ons geen voorbeelden bekend zijn van programma's die daadwerkelijk gezondheidswinst realiseren, hebben deze programma's minimaal de potentie om waarde toe te voegen. Het is ons niet bekend hoeveel van de werkgeverscollectiviteiten deze gezondheidsstimulerende programma's afsluiten met zorgverzekeraars.

Patiëntencollectiviteiten richten zich primair op het optimaliseren van het aanvullend pakket voor hun achterban en maken meestal geen afspraken over levensstijlprogramma's. De geïnterviewde collectiviteiten, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen verwachten dat het aandeel gelegenheidscollectiviteiten sterk toe zal nemen en het aandeel werkgeverscollectiviteiten en patiëntencollectiviteiten zal afnemen. Deze trend is de laatste jaren reeds zichtbaar geweest (zie figuur 3.8) en verwacht wordt dat deze trend zich doorzet. De nadruk op de gezondheidswinst van leden komt hiermee naar verwachting meer naar de achtergrond.

In theorie zouden collectiviteiten voor zorgverzekeraars kunnen leiden tot lagere administratieve lasten, omdat een grote groep verzekerden wordt bereikt. Daarnaast kan de collectiviteit (administratieve) activiteiten uitvoeren die anders door de zorgverzekeraar uitgevoerd zouden moeten worden. Echter, in de interviews hebben zorgverzekeraars aangegeven geen lagere administratieve lasten te ervaren door collectiviteiten. Sommige zorgverzekeraars hebben zelfs aangegeven meer administratieve lasten te ervaren.

Vanuit maatschappelijk perspectief voegt de manier van contracteren tussen partijen zonder afspraken over verbeteringen in de gezondheidswinst weinig toe; het gaat om een zero sum game waar de korting van de een de premiestijging van de ander is.

3.5.5 Conclusies en aanbevelingen

In de evaluatie van de Zvw in 2009 werd gewaarschuwd dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie kunnen uithollen. Onderzoek laat zien dat collectief verzekerden een hogere korting kunnen bedingen dan individueel verzekerden. Tegelijkertijd blijft deze premiekorting onder de grens van de toegestane 10%. Daarnaast bestaan er voor individueel verzekerden mogelijkheden een lagere premie te krijgen dan collectief verzekerden, bijvoorbeeld via een internetverzekering. Het risico dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie uithollen heeft zich dan ook niet voorgedaan.

Het in 2009 gesignaleerde risico dat door het ontbreken van een acceptatieplicht voor collectiviteiten risicoselectie plaats kan vinden, heeft – voor zover wij kunnen beoordelen – zich eveneens niet voorgedaan. Het aandeel collectief verzekerden neemt jaarlijks toe en collectiviteiten zijn voor grote groepen verzekerden toegankelijk. Individueel en collectief verzekerden vertonen kleine verschillen in demografische factoren en gezondheidsprofielen.

Tot slot, de kortingen die gegeven worden aan collectief verzekerden zijn vaak niet gekoppeld aan de gezondheidswinst die geboekt wordt, al besteden werkgeverscollectiviteiten wel aandacht aan gezondheidsstimulerende programma's en voegen daarmee in potentie wel waarde toe. Vanuit maatschappelijk perspectief voegt de manier van contracteren tussen partijen zonder afspraken over verbeteringen in de gezondheidswinst weinig toe; het gaat om een zero sum game waar de korting van de een de premiestijging van de ander is.

Gezien het feit dat de huidige markt van collectiviteiten beperkt waarde toevoegt lijkt het aantrekkelijk om bijvoorbeeld het maken van afspraken over gezondheidswinst verplicht te stellen. Nadeel van deze benadering is de beperkte uitvoerbaarheid hiervan; hoe wordt immers getoetst op de naleving van dergelijke verplichtingen? Tegelijkertijd is er nog een ontwikkeling gaande op dit vlak waarbij verschillende zorgverzekeraars pilots draaien met collectiviteiten over het meten en verbeteren van gezondheidswinst en zijn er geen evidente nadelen voor de burger in de huidige situatie aangezien de toegankelijkheid van de collectiviteiten groot is. Gelet op deze situatie adviseren we de ontwikkeling van de collectiviteitenmarkt te monitoren om te bezien of het beoogde doel van het behalen van gezondheidswinst in de loop der jaren beter behaald wordt. Indien dit niet het geval is, zou men kunnen overwegen de collectiviteitenkorting af te schaffen.

3.6 Zorgplicht

Een van de doelen van de Zvw is het waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De zorgplicht is een middel om te borgen dat verzekerden toegang hebben tot zorg; hierbij gaat het zowel om de 'inhoud en omvang' van verzekerde zorg als om (verantwoording over) aspecten van zorg als kwaliteit, bereikbaarheid, tijdigheid en veiligheid¹⁸⁰. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in deze zorgplicht, namelijk in de betaling van kosten en het werkelijk kunnen verkrijgen van verzekerde zorg door burgers. Zorgverzekeraars kunnen hun zorgplicht invullen door middel van¹⁸¹:

- Naturapolissen: de verzekerde heeft recht op de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. De zorgplicht is in dit geval een resultaatverplichting;

- Restitutiepolissen: de verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten waar hij behoefte aan heeft, alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. De zorgplicht is in dit geval een inspanningsverplichting¹⁸².

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van het knelpunt ten aanzien van zorgplicht zoals gesignaleerd in de evaluatie in 2009¹⁸³. Vervolgens worden de ontwikkelingen tussen 2009 en 2014 op het gebied van zorgplicht beschreven. Meer specifiek wordt ingegaan op het vernieuwde Toezichtkader zorgplicht en op onduidelijkheid over en onbekendheid met polissen. Tot slot wordt aangegeven of het knelpunt zich heeft voorgedaan tussen 2009 en 2014.

3.6.1 Risico zoals beschreven in evaluatie 2009: de zorgplicht voor zorgverzekeraar is niet helder genoeg omschreven

In de evaluatie 2009¹⁸⁴ werd geconcludeerd dat de zorgplicht nog niet voldoende uitgekristalliseerd was. In het geval van restitutiepolissen werd de zorgplicht door zorgverzekeraars slechts ingevuld als een inspanningsverplichting om, desgevraagd, te bemiddelen dat zorg wordt verleend. De kwaliteit, bereikbaarheid, tijdigheid en veiligheid zijn hierbij onderbelicht. De conclusie in 2009 was dan ook dat zorgplicht op deze manier onvoldoende garantie biedt dat verzekerden met een restitutiepolis daadwerkelijk de benodigde zorg krijgen. In het geval van naturapolissen werd in de evaluatie 2009 aangegeven dat de leveringsplicht die voortvloeit uit naturapolissen in de praktijk nog onvoldoende ingevuld was, waardoor onduidelijk was waar verzekerden hun verzekeraar precies op aan konden spreken.

Ook bleek uit de evaluatie 2009¹⁸⁵ dat verzekerden onvoldoende op de hoogte waren van en niet adequaat werden geïnformeerd over verschillen tussen naturapolissen en restitutiepolissen. Hierdoor konden verzekerden geen optimale keuze maken voor het type polis. Dit kan een risico zijn, te meer omdat het voor zorgverzekeraars aantrekkelijk kan zijn om alleen restitutiepolissen aan te bieden. Op deze manier kunnen zij zich onttrekken aan een leveringsplicht zoals opgenomen in naturapolissen; bij de restitutiepolis worden lichtere eisen gesteld aan de zorgverzekeraar dan op basis van de naturapolis. Tevens werd in de evaluatie van 2009¹⁸⁶ geconcludeerd dat er onduidelijkheid bestond over wat de leveringsplicht bij naturapolissen precies inhoudt en waar zorgverzekeraars precies verantwoordelijk voor zijn. Hierdoor was het voor verzekerden onduidelijk waar zij hun zorgverzekeraar precies op aan kunnen spreken.

3.6.2 Nieuw Toezichtkader zorgplicht biedt zorgverzekeraars voldoende houvast om zorgplicht te vervullen

Tussen 2009 en 2014 hebben zich diverse ontwikkelingen voorgedaan op het gebied van zorgplicht, waarvan de belangrijkste de invoering van het nieuwe Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars¹⁸⁷ is. Dit Toezichtkader is een concretisering van de zorgplicht zoals vastgelegd in de Zvw, mede naar aanleiding van de evaluatie van de Zvw in 2009. Met deze concretisering verwacht de NZa beter te kunnen toezien op de naleving van de zorgplicht. Het Toezichtkader is gebaseerd op verplichtingen en normen die de NZa heeft opgesteld en plaatst de publieke belangen centraal¹⁸⁸. Verder is in 2013 de beleidsregel 'Overmacht continuïteit van zorg'¹⁸⁹ ingevoerd. De beleidsregel geeft aan op welke wijze zorgverzekeraars een situatie van overmacht in het nakomen van de zorgplicht (bijvoorbeeld bij faillissement van een zorgaanbieder) kunnen melden en hoe de NZa de situatie toetst. De beleidsregel is van toepassing op cruciale zorg (ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en zorg in de AWBZ)¹⁹⁰.

Reeds voor de invoering van het Toezichtkader bleek dat zorgverzekeraars in 2010 al meer afspraken maakten over het gebruik van indicatoren en over kwaliteit van zorg, en daarmee meer uiting gaven aan het bredere begrip van zorgplicht¹⁹¹. Ook bleek dat in 2010 zorgverzekeraars prikkels hadden ingebouwd om kwaliteit te verhogen en het nakomen van afspraken te stimuleren. Wel gaven zorgverzekeraars aan dat het gebruik van indicatoren per zorgsector verschilde. Ook bleek dat zorgverzekeraars bij hun inkoopafspraken aangaven waaraan de *omvang* van zorg moest voldoen en de afspraken ook controleerden. Ten slotte hanteerden bijna alle zorgverzekeraars *tijdigheids- en bereikbaarheidsnormen* voor zorg. De mate waarin deze normen door zorgverzekeraars werden

gehanteerd verschilde echter. Veel zorgverzekeraars hanteerden slechts een beperkt aantal normen of alleen de Treeknormen¹¹, maar er waren ook zorgverzekeraars die meerdere eigen normen hanteerden ten aanzien van bereikbaarheid en tijdigheid; hierbij gaat het bijvoorbeeld om normen van 15 minuten tot eerste (telefonisch) contact bij verloskundige zorg en maximaal drie weken wachttijd tot de basis-GGZ¹⁹².

Naar aanleiding van het onderzoek in 2010 formuleerde de NZa de volgende aandachtspunten met betrekking tot de invulling van de zorgplicht:

- Zorgverzekeraars moeten bepalen wat zij voldoende (gecontracteerde) zorg vinden (omvang).
- Zorgverzekeraars moeten definiëren wat zij onder bereikbare en tijdige zorg verstaan.
- Zorgverzekeraars moeten een rol nemen in het ontwikkelen van transparante kwaliteitsinformatie.
- Als zorgaanbieders onvoldoende kwaliteit bieden volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), moeten zorgverzekeraars hier consequenties aan verbinden in de contractering.
- Als het zorgaanbod niet toereikend is om voldoende kwalitatief goede zorg te bieden aan de verzekerdenpopulatie, moeten zorgverzekeraars naar alternatieven zoeken.

Met de invoering van het Toezichtkader in 2012¹⁹³ (en de update van december 2013¹⁹⁴) is voor een deel invulling gegeven aan bovenstaande aandachtspunten. Ten aanzien van de omvang van gecontracteerde zorg kopen zorgverzekeraars voldoende zorg in om aan de zorgplicht te voldoen¹⁹⁵. Met betrekking tot toegankelijkheid blijkt dat zorgverzekeraars breed contracteren en er geen problemen bestaan om de verzekerdenpopulatie de benodigde zorg te leveren^{196,197}. Zorgverzekeraars geven ook aan voldoende voorbereid te zijn op eventuele continuïteitsproblemen bij zorgaanbieders en op knelpunten in beschikbaarheid van zorgvormen in de regio¹⁹⁸. Zo bleek bij het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis¹⁹⁹ de continuïteit van zorg in de regio niet in het geding te komen, door het overbrengen van de zorg naar andere zorgaanbieders in de regio. Ook de financiële problemen in ziekenhuis De Sionsberg lijken, ondanks het sluiten van een aantal afdelingen en een afname van het aantal patiënten, niet geleid te hebben tot problemen in de continuïteit van zorg.

In 2012 heeft de NZa een consultatieronde gehouden onder zorgverzekeraars om te onderzoeken hoe zij omgaan met de open normen voor de zorgplicht voor medisch specialisten. Uit het onderzoek werd geconcludeerd dat de normen op dat moment voldoende houvast boden om het naleven van de zorgplicht te borgen²⁰⁰. Zorgverzekeraars gaven daarnaast aan weinig tot geen behoefte te hebben aan een nadere invulling van de normen voor zorgplicht zoals gedefinieerd in het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars²⁰¹.

Echter, hoewel zorgverzekeraars aan hun zorgplicht lijken te voldoen en de kaders voor zorgplicht steeds duidelijker worden, zijn recent enkele voorbeelden naar voren gekomen die wederom de inkadering van zorgplicht onder de aandacht brengen. Zo meldde het VUmc begin 2014 voorlopig geen nieuwe genderpatiënten en transgenders meer te behandelen. Het ziekenhuis gaf aan te weinig geld te krijgen van zorgverzekeraars om patiënten kostendekkend te kunnen behandelen. Het VUmc heeft ongeveer 85% van het marktaandeel voor deze behandelingen²⁰². Zorgverzekeraars geven aan dat er middelen voor transgenderzorg worden bekostigd vanuit de academische component. Daarbij geven zorgverzekeraars aan dat zij alleen zicht hebben op de zorgvraag van de eigen verzekerden en niet op het totaal van de beschikbare middelen, waardoor het voor zorgverzekeraars niet helder is of de vergoedingen daadwerkelijk niet kostendekkend zijn²⁰³. Een ander voorbeeld is het geschil tussen het Radboudumc Nijmegen en Achmea. In september 2013 verwachtte het Radboudumc een overschrijding op de inkoopafpraak met Achmea, waarbij het ziekenhuis tot het einde van het jaar geen nieuwe patiënten aannam die een zorgverzekering hadden bij Achmea. Inmiddels is uit onderzoek gebleken dat de hoge kosten waren ontstaan door een groei van het aantal Achmea-

¹¹ Afspraken die zorgaanbieders en verzekeraars in het jaar 2000 met elkaar hebben gemaakt over de maximaal aanvaardbare wachttijden in de zorg.

verzekerden en hoger uitgevallen kosten voor patiënten. In 2014 is het geschil bijgelegd en betaalt Achmea ruim € 6,4 miljoen aan het Radboudumc²⁰⁴. Casussen als deze brengen de discussie op gang of zorgverzekeraars wel voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden en of deze voorbeelden al dan niet een uiting zijn van het niet voldoen aan de zorgplicht en tegelijkertijd maken ze helder dat de bekostiging van umc's weinig transparant is²⁰⁵. Toezicht op Zorgplicht is eveneens onderdeel van de evaluatie Wmg.

3.6.3 Ondanks onbekendheid met en onduidelijkheid over polissen bij verzekerden, bieden zorgverzekeraars niet uitsluitend of meer restitutiepolissen aan

Tussen 2009 en 2013 is de onduidelijkheid over de polissen vergelijkbaar gebleven. In september 2013 weet een deel van de verzekerden niet wat voor type polis zij hebben. Zo weet in 2013 36% van de verzekerden niet of ze een natura- of restitutiepolis hebben. Dit komt deels doordat de informatie die zorgverzekeraars verstrekken niet altijd volledig is²⁰⁶. Meer specifiek, de informatieverstrekking van zorgverzekeraars met betrekking tot het gecontracteerde zorgaanbod en het preferentiebeleid geneesmiddelen was niet altijd volledig. Tevens informeerden in september 2013 zorgverzekeraars hun verzekerden alleen reactief over de gevolgen van selectief contracteren (de situatie na september 2013 is nog niet inzichtelijk). De keuze voor het type polis wordt door verzekerden dan ook met name gemaakt op basis van totaalprijs, de collectiviteitskorting, de premie van de BV en de dekking van de AV. Op basis van deze criteria komt de naturapolis meestal als voordeligste keus naar voren²⁰⁷.

Het aandeel verzekerden met een naturapolis is tussen 2009 en 2013 gestegen²⁰⁸. In 2013 had iets meer dan de helft van de verzekerden een naturapolis. Het aantal restitutiepolissen is daarentegen gedaald, waarbij in 2013 iets minder dan een kwart van de verzekerden een restitutiepolis had en eveneens iets minder dan een kwart van de verzekerden een combinatiepolis had²⁰⁹.

3.6.4 Conclusie en aanbevelingen

Geconcludeerd kan worden dat het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars, zoals geformuleerd in 2012, zorgverzekeraars voldoende houvast biedt om de zorgplicht te vervullen. Zorgverzekeraars hebben zich de afgelopen jaren aan de zorgplicht gehouden, hoewel er op sommige punten discussie bestaat over de omvang van de ingekochte zorg (bijvoorbeeld de transgenderzorg in het VUmc).

Onbekendheid met en onduidelijkheid over polissen bestaat nog steeds en verzekerden kiezen hun polis dan ook voornamelijk op basis van prijs. Toch is het aandeel restitutiepolissen gedaald, wat erop wijst dat zorgverzekeraars hun leveringsplicht niet omzeilen door meer of uitsluitend restitutiepolissen aan te bieden.

Het verdient aanbeveling om de transparantie en informatievoorziening vanuit zorgverzekeraars ten aanzien van het polisaanbod te versterken. Met name de verschillen tussen restitutiepolis en naturapolis zijn op dit moment niet helder voor veel verzekerden.

3.7 Zorginkoop

In het Nederlandse zorgstelsel van gereguleerde concurrentie hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol als inkopers van zorg. Door kritische zorginkoop ten behoeve van verzekerden moeten zorgverzekeraars doelmatigheid van zorg bevorderen²¹⁰. Zorginkoop is een belangrijk instrument voor zorgverzekeraars om te waarborgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor verzekerden. Daarnaast biedt zorginkoop de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de prijs en kwaliteit van de geboden zorg. Een belangrijk instrument voor het bevorderen van doelmatigheid is (selectief) contracteren. Zorgaanbieders kunnen contractuele afspraken maken met zorgaanbieders over de prijs, het volume, de kwaliteit en de organisatie van zorg. Zorgverzekeraars kunnen ook contracten afsluiten met een selectie van zorgaanbieders²¹¹.

In deze paragraaf wordt het knelpunt beschreven zoals ten tijde van de evaluatie in 2009²¹² gesignaleerd en wordt aangegeven of dit knelpunt zich heeft voorgedaan. In hoofdstuk 4 van deze rapportage wordt specifiek ingegaan op dit knelpunt en de recente ontwikkelingen op het gebied

van zorginkoop; dit knelpunt wordt niet verder besproken in dit hoofdstuk. Ook wordt in hoofdstuk 4 ingegaan op artikel 13 van de Zvw.

3.7.1 Knelpunt zoals beschreven in evaluatie 2009: de zorginkoop door zorgverzekeraars, zoals bedoeld bij de stelselwijziging, komt slechts langzaam van de grond

In de evaluatie van de Zvw 2009²¹³ werd geconcludeerd dat zorgverzekeraars tot dan toe huiverig waren voor het selectief contracteren van zorg. Zorgverzekeraars verwachtten dat, zolang niet op basis van prestatie-indicatoren aangetoond kon worden dat de geselecteerde aanbieders kwalitatief goed waren, de beperking van toegang tot niet-gecontracteerde zorg kon leiden tot reputatieschade bij verzekerden. Toch leken zorgverzekeraars steeds meer gebruik te maken van mogelijkheden om via contractuele afspraken doelmatigheid van zorg te beïnvloeden. In plaats van selectieve contracten maakten zorgverzekeraars in toenemende mate gebruik van gedifferentieerde contracten, waarbij voorkeursaanbieders gunstiger contractvoorwaarden kregen aangeboden. Zorgverzekeraars probeerden verzekerden naar deze voorkeursaanbieders te sturen, bijvoorbeeld door middel van telefonisch advies aan verzekerden over de keuze voor een zorgaanbieder.

In de evaluatie 2009²¹⁴ werd aanbevolen om 1) de uniforme ex post kostencompensatie aan zorgverzekeraars te verminderen, zodat er een prikkel ontstond voor doelmatige zorginkoop, 2) de *uniforme* ex post kostencompensatie te vervangen door een *gedifferentieerde* ex post kostencompensatie voor hoogrisicoverzekerden (en/of hoge risicoverevening) en 3) het verminderen van ex post kostencompensatie aan zorgverzekeraars in combinatie met minder strikte premieregulering.

3.7.2 Zorginkoop is in ontwikkeling

De adviezen uit de evaluatie van 2009²¹⁵ ten aanzien van het aanpassen van de ex post kostencompensatie om zo doelmatigheid van zorginkoop te vergroten, zijn grotendeels opgevolgd. De ex post kostencompensatie wordt afgebouwd, waardoor de risicodragendheid van verzekeraars is toegenomen tot 94% in 2014 (tegenover 50% in 2006) (zie voor een beschrijving van de afbouw van ex post kostencompensatie hoofdstuk 4, paragraaf 4.3.2). Door de afbouw van de ex post risicoverevening neemt de risicodragendheid van zorgverzekeraars toe, wat leidt tot een stimulans voor doelmatige zorginkoop, zo geven zorgverzekeraars ook aan tijdens de focusgroepen^{216,217}.

Ook andere factoren zijn van invloed geweest op de ontwikkeling van zorginkoop, bijvoorbeeld het afschaffen van het representatiemodel, de hoofdlijnenakkoorden, de invoering van omzetplafonds, de toename van vrije prijzen en de toename van kwaliteitsindicatoren (zie ook hoofdstuk 4). Al met al heeft de zorginkoop zich de laatste jaren verder en positief ontwikkeld. Tegelijkertijd blijkt dat de zorginkoopmarkt nog niet optimaal functioneert en dat bijvoorbeeld selectieve zorginkoop mondjesmaat van de grond komt. Zie hoofdstuk 4 van deze evaluatie voor een uitgebreidere weergave van de ontwikkeling van zorginkoop.

3.8 Nominale premie en zorgtoeslag

Verzekerden zijn verplicht om een financiële bijdrage te leveren aan de zorg, via een nominale premie die zij betalen voor hun zorgverzekering. Met behulp van een nominale premie wordt getracht om verzekerden bewust te maken van de zorgkosten en concurrentie tussen zorgverzekeraars te stimuleren.

In onderstaande paragraaf wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen en huidige stand van zaken met betrekking tot de nominale premie en wanbetalers. Een overzicht van de gevolgen van nominale premie op onverzekerden wordt gegeven in de evaluatie van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (Ovoz).

3.8.1 Knelpunt zoals beschreven in evaluatie 2009: door stijging van de nominale premie na invoering van de Zvw, lijkt het aantal wanbetalers en onverzekerden toe te nemen

In de evaluatie van de Zvw²¹⁸ is aangegeven dat het leek dat de combinatie van een hoge nominale premie en zorgtoeslag als ongunstig neveneffect had, dat het een sterke prikkel geeft aan mensen met een laag inkomen om hun premie niet te betalen of zich in het geheel niet te verzekeren. De nominale premie in de Zvw is gestegen van circa € 350 per jaar in 2005 (ziekenfonds) tot circa € 1.050 per jaar in 2006 (Zvw). Wel bestond in de jaren 2006 en 2007 een no-claimregeling, waarbij een verzekerde die in 2006 geen zorg genoot, € 255 terugkreeg van zijn zorgverzekeraar. In 2008 is deze regeling vervangen door het verplicht eigen risico²¹⁹. Ter compensatie van de hogere nominale premie (in relatie tot het huishoudinkomen) ontving daarnaast tweederde van alle huishoudens in 2009 een zorgtoeslag. Volgens de evaluatie in 2009 heeft de stijging van de nominale premie (ondanks de zorgtoeslag) geleid tot een toename van het aantal wanbetalers en onverzekerden tussen 2006 en 2008²²⁰.

In 2009 werd dan ook geadviseerd de nominale premie te verlagen. Het kabinet heeft besloten om de nominale premie niet te verlagen. In Duitsland is in 2009 een gemiddelde zorgpremie van € 0 ingesteld, waarbij vrijwel alle zorgverzekeraars afzagen van het vragen van positieve premies, uit angst voor verlies van verzekerden²²¹. Gedachte hierachter is, dat verzekerden zeer prijsgevoelig zijn voor een premieverhoging ten opzichte van een referentiepunt waarbij zij zelf niks hoeven te betalen. Een zorgpremie van € 0 zou dan ook tot maximale premiegevoeligheid leiden bij verzekerden²²².

3.8.2 Ontwikkelingen in nominale premie sinds 2009

Sinds 2009 heeft het kabinet de nominale premie niet verlaagd, omdat het acht dat door een hoge nominale premie: 1) mensen zich realiseren dat zorg niet gratis is, 2) consumenten gestimuleerd worden een bewuste keuze te maken tussen zorgverzekeraars en 3) budgettaire en koopkrachteffecten gemitigeerd worden. Bovendien worden wanbetalers en onverzekerden met andere maatregelen effectief aangepakt²²³. De nominale premie is tussen 2009 en 2012 gestegen²²⁴ en in 2013 en 2014 is de nominale premie gedaald²²⁵. Tabel 3.10 geeft een overzicht van de nominale premie tussen 2009 en 2014.

Tabel 3.10: Hoogte nominale premie tussen 2009-2014 (in €)^{226,227}

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gemiddelde nominale premie voor verzekerden	1.059	1.095	1.199	1.226	1.213	1.100

In 2012 was in het nieuwe regeerakkoord opgenomen dat de zorgpremie inkomensafhankelijk zou worden²²⁸. Enkele dagen na de presentatie van het regeerakkoord is besloten dat deel van het regeerakkoord niet uit te voeren²²⁹.

3.8.3 Zorgtoeslag onder Wzt: uitgaven aan zorgtoeslag zijn gestegen

Op grond van de Wzt hoeft niemand een groter deel van zijn inkomen aan ziektekostenpremie te betalen dan wat aan de hand van het voorstel als aanvaardbaar wordt berekend. De lasten van premies die daarbovenuit stijgen, komen in aanmerking voor compensatie via de zorgtoeslag. Het doel van de wet is het borgen van financiële toegankelijkheid²³⁰.

Zoals in paragraaf 3.8.2 beschreven, is de nominale premie tussen 2009 en 2013 gestegen en in 2014 afgenomen. Ook de zorgtoeslag is tussen 2009 en 2012 gestegen. In tabel 3.11 is te zien dat de uitgaven aan zorgtoeslag sinds 2006 zijn toegenomen. Tussen 2006 en 2012 is een aanzienlijke stijging van bijna 90% zichtbaar. De stijging van de kosten wordt grotendeels veroorzaakt door een stijging van de nominale premie²³¹. Ook het aantal en aandeel huishoudens dat een zorgtoeslag ontvangt is tussen 2006 en 2012 toegenomen. In 2006 ontvingen 4 miljoen huishoudens (56%) een zorgtoeslag en in 2012 is dat aantal 4,6 miljoen (62%)²³². Tevens is de gemiddelde toeslag per

huishouden toegenomen. In 2006 ontving een huishouden met zorgtoeslag gemiddeld € 550 en in 2011 gemiddeld € 1.000²³³.

Tabel 3.11: Uitkering zorgtoeslag door Nederlandse overheid²³⁴

Jaar	Uitkering zorgtoeslag door Nederlandse overheid (in € miljoen)	Aantal huishoudens dat zorgtoeslag ontvangt (in € 1.000)	Percentage huishoudens dat zorgtoeslag ontvangt
2006	2.503	4.011	56
2007	2.706	3.945	55
2008	3.357	4.124	57
2009	3.570	4.195	57
2010	3.835	4.326	59
2011	4.714	4.539	61
2012	4.589	4.606	62

3.8.4 Zorgtoeslag wordt komende jaren beperkt

De zorgtoeslag wordt berekend op basis van een normpremie, het huishoudinkomen, het wettelijk minimumloon, een normpercentage en een afbouwpercentage. De zorgtoeslag is daarnaast afhankelijk van de huishoudsamenstelling²³⁵.

In het regeerakkoord van 2010²³⁶ zijn maatregelen voorgesteld om de toewijzing van zorgtoeslag te beperken. De percentages waarop de zorgtoeslag gebaseerd is, worden in vier stappen verhoogd tussen 2012 en 2015. Meer specifiek, tussen 2012 en 2015 wordt het normpercentage jaarlijks met 0,2 procentpunt extra verhoogd voor alleenstaande verzekerden en met 0,5 procentpunt voor meerpersoonshuishoudens. Het afbouwpercentage wordt daarnaast jaarlijks met 0,375 procentpunt extra verhoogd²³⁷.

Een andere maatregel om de toewijzingscriteria van zorgtoeslag aan te scherpen, betreft de invoering van de vermogenstoets. Per 1 januari 2013 is een vermogenstoets ingevoerd voor zorgtoeslag. Als een huishouden een vermogen heeft dat hoger is dan het heffingsvrije vermogen in box 3 van de inkomensbelasting plus € 80.000, dan heeft het huishouden geen recht op zorgtoeslag²³⁸.

Naast de aanscherping, zorgen twee maatregelen voor een hogere zorgtoeslag voor huishoudens met een lager inkomen en voor minder zorgtoeslag voor huishoudens met een middeninkomen. Ten eerste is in de voorjaarsnota van 2012 afgesproken dat personen met een laag inkomen via de zorgtoeslag worden gecompenseerd voor verhoging van het eigen risico²³⁹. Ten tweede is in het Begrotingsakkoord 2013 opgenomen dat huishoudens met een laag inkomen worden gecompenseerd voor verhoging van de btw²⁴⁰.

3.8.5 Invoering Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering

Per 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering in werking getreden²⁴¹. Met deze wet is door de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid gecreëerd om aan wanbetalers een preferente bestuursrechtelijke premie op te leggen zodra een betalingsachterstand is ontstaan ter hoogte van zes maanden nominale premie. Deze bestuursrechtelijke premie is hoger dan de (niet betaalde) nominale premie en wordt (waar mogelijk) rechtstreeks ingehouden op loon, pensioen of uitkering van de wanbetaler. Zowel voor de verwerking van de bestaande wanbetalers als voor het versnellen van betaling van de zorgpremie door wanbetalers, blijkt de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering een goede werking te hebben²⁴².

3.8.6 Correlatie tussen premiehoogte en wanbetalers onduidelijk

Tussen 2009 en 2013 is het aantal geregistreerde wanbetalers toegenomen^{243,244}. Deze toename ligt echter voornamelijk in de wijze van registratie. Met de inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering²⁴⁵ in 2009 zijn de reeds bestaande wanbetalers via het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)(met ingang van 1 april 2014 Zorginstituut Nederland (ZiNL)) aangeschreven en in beeld gebracht. De reeds bestaande wanbetalers (die sinds 2006) waren tot 2009 grotendeels onbekend. Dit verklaart ook de grote stijging in het aantal wanbetalers tussen 2009 en 2010²⁴⁶. Het aantal wanbetalers tussen 2009 en 2013 is weergegeven in tabel 3.12.

Tabel 3.12: Ontwikkeling aantal wanbetalers tussen 2010-2013²⁴⁷.

Jaar	2010	2011	2012	2013
Aantal wanbetalers	267.058	304.226	300.270	313.778

Tabel 3.12 laat zien dat sinds 2011 het aantal wanbetalers redelijk is gestabiliseerd. Een relatie met de hoogte van de nominale premie is lastig te leggen, doordat de nominale premie met name is gestegen tussen 2009 en 2011 en de onbetrouwbaarheid van de registratie van het aantal wanbetalers tot 2010. Tussen 2011 en 2013 lijkt er geen relatie te zijn tussen de hoogte van de premie en het aantal wanbetalers²⁴⁸. Zo is tussen 2011 en 2012 de nominale premie gestegen en in 2013 en 2014 is deze gedaald. Het aantal wanbetalers en onverzekerden nam juist in 2012 af en in 2013 toe. Er zijn geen onderzoeken bekend naar de exacte correlatie tussen premiehoogte en wanbetalers. Dit tezamen met de onbetrouwbaarheid van data tot 2010, maakt dat het lijkt dat het knelpunt inzake de relatie tussen nominale premie en wanbetalers, zoals in de evaluatie in 2009²⁴⁹ gesignaleerd, zich niet heeft voorgedaan. Indien de nominale premie in de toekomst wel sterk zou stijgen, is het raadzaam om het risico op toename in wanbetalers in het oog te houden.

3.8.7 Conclusie

Sinds de evaluatie van de Zvw in 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering in werking getreden, is de nominale premie verder gestegen tussen 2009 en 2012 en is de nominale premie in 2013 en 2014 gedaald. Tussen 2009 en 2013 zijn de uitgaven aan de zorgtoeslag toegenomen. Tegelijkertijd zijn sinds 2012 stappen ondernomen om de toewijzing van zorgtoeslag te beperken.

Tussen 2009 en 2013 is het aantal geregistreerde wanbetalers toegenomen. Deze toename komt echter voornamelijk door de wijze van registratie van de wanbetalers. Het aantal wanbetalers is sinds 2010 redelijk stabiel, en lijkt geen relatie te hebben met de hoogte van de nominale premie. Dit is echter moeilijk precies aan te geven, omdat de nominale premie wel enigszins gefluctueerd heeft de afgelopen jaren, maar grosso modo gelijk is gebleven. Dit tezamen met de onbetrouwbaarheid van data tot 2010, maakt dat het lijkt dat het knelpunt inzake de relatie tussen nominale premie en wanbetalers, zoals in de evaluatie in 2009 gesignaleerd, zich niet heeft voorgedaan. Indien de nominale premie in de toekomst wel sterk zou stijgen, is het raadzaam om het risico op een toename in wanbetalers in het oog te houden.

3.9 Conclusie

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de trends en stand van zaken van de risico's en knelpunten zoals geformuleerd in de evaluatie in 2009²⁵⁰. Ten opzichte van de risico's en knelpunten zoals gesignaleerd ten tijde van de evaluatie van de Zvw in 2009, zijn verbeterlagen gemaakt.

Zo hebben enkele risico's die in 2009 zijn gesignaleerd, zich in 2014 niet voorgedaan. Meer specifiek:

- Het aandeel collectief verzekerden neemt jaarlijks toe en collectiviteiten zijn voor grote groepen verzekerden toegankelijk. In 2009 werd geconstateerd dat collectiviteiten het verbod op premiedifferentiatie kunnen uithollen, maar recente onderzoeken laten geen aanwijzingen zien dat dit gebeurt.

- Ten aanzien van het risico dat de zorgplicht niet helder genoeg is omschreven, blijkt dat het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars, zoals geformuleerd in 2012, zorgverzekeraars voldoende houvast biedt om de zorgplicht te vervullen. Zorgverzekeraars hebben zich de afgelopen jaren aan de zorgplicht gehouden, hoewel er op sommige punten discussie bestaat over de omvang van de ingekochte zorg (bijvoorbeeld de transgenderzorg in het VUmc).
- Het aantal wanbetalers is sinds 2010 redelijk stabiel, en lijkt geen relatie te hebben met de hoogte van de nominale premie. Dit is echter moeilijk precies aan te geven, omdat de nominale premie wel enigszins gefluctueerd heeft de afgelopen jaren, maar grosso modo gelijk is gebleven. Dit tezamen met de onbetrouwbaarheid van data tot 2010, maakt dat het lijkt dat het knelpunt inzake de relatie tussen nominale premie en wanbetalers, zoals in de evaluatie in 2009 gesignaleerd, zich niet heeft voorgedaan. Indien de nominale premie in de toekomst wel sterk zou stijgen, is het raadzaam om het risico op toename in wanbetalers in het oog te houden.

Andere risico's zijn in 2014 nog steeds relevant:

- De ex ante risicoverevening is verder verbeterd, maar nog niet optimaal. Dit heeft echter niet geleid tot groepselectie door verzekeraars, al is er wel sprake van indirecte groepselectie.
- De regelgeving met betrekking tot de AV is niet veranderd ten opzichte van 2009. De mobiliteit van verzekerden is tussen 2009 en 2013 gestegen en in 2014 gedaald. De mobiliteit van chronisch zieken en ouderen blijft bijvoorbeeld laag. Wel blijken in praktijk verzekeraars slechts beperkte acceptatie-eisen te stellen, en wordt de toegankelijkheid van de BV en de AV door de NZa als goed aangeduid. In onderzoeken wordt gewaarschuwd voor het risico op lagere kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor chronisch zieken en ouderen. Onderzoeken benadrukken dit risico, maar geven geen indicatie dat dit tussen 2009 en 2014 heeft gespeeld, hoewel dit ook moeilijk aan te tonen was geweest.
- De effectiviteit van het eigen risico is nog steeds gering. Hoewel het aantal mensen met een vrijwillig eigen risico en de gemiddelde hoogte van het vrijwillig eigen risico toenemen, is de relatie tussen de hoogte van het eigen risico en zorggebruik niet eenduidig aangetoond. Wel leidt de toename van het eigen risico tot een financieringsverschuiving, waardoor meer kosten privaot worden betaald en de collectieve zorgkosten dalen.

3.10 Aanbevelingen

De aanbevelingen ten aanzien van de in 2009 gesignaleerde risico's en knelpunten betreffen:

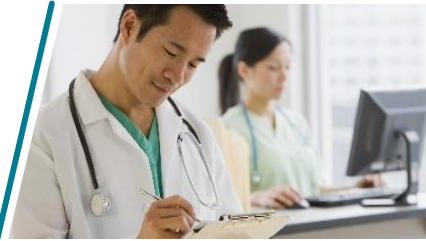
- Om indirecte groepselectie te verminderen, verdient het aanbeveling om verder te gaan met het optimaliseren van het ex ante risicovereveningsmodel. Tevens verdient het aanbeveling om te starten met het zo veel mogelijk verwijderen van aanbodgerelateerde risicovereveningscriteria in het ex ante model, waarbij onder andere gekeken dient te worden naar het regiocriterium en dat de zorgconsumptie van voorgaande jaren als uitgangspunt wordt gebruikt bij de risicoverevening. Daarnaast dient onderzocht te worden wat het effect van praktijkvariatie is op de verevening. Hierbij is het van belang een afweging te maken tussen de voordelen en de mogelijke nadelige gevolgen van een goede voorspellende kracht ten gevolge van het mee-verevenen van aanbodfactoren zoals de regiofactor of de kosten van voorgaande jaren.
- Zet in op het vergroten van de mobiliteit onder (alle) verzekerden, door een brug te slaan tussen de perceptie (angst om niet geaccepteerd te worden en hogere premie) en de praktijk (vrijwel iedereen wordt geaccepteerd en premieverschillen voor gezondheidsprofielen zijn minimaal). Een mogelijkheid om dit te doen, is door vanuit de overheid en zorgverzekeraars in te zetten op de communicatie over de praktijk van acceptatie en premieverschillen voor de AV.
- Versterk de prikkel van eigen risico op zorggebruik, door tarieven transparant te maken. Dit kan via het geheel openbaar maken ofwel het plaatsen van tarieven in webportals van zorgverzekeraars. Op deze wijze kunnen verzekerden vooraf meer inzicht krijgen in de kosten van zorg. Patiënten hebben op deze manier de mogelijkheid een afweging te maken tussen de kosten van een behandeling en kunnen kiezen naar welke aanbieder ze gaan.

- Om de effectiviteit van collectiviteiten in het stelsel te verbeteren, verdient het aanbeveling om te onderzoeken hoe de kortingen die geboden worden aan collectiviteiten beter ingezet kunnen worden om zorgkosten te verlagen of andersom om de arbeidsparticipatie te verhogen.
- Om voor verzekerden de zorgplicht van verzekeraars nader inzichtelijk te maken, verdient het aanbeveling om de transparantie en informatievoorziening vanuit zorgverzekeraars ten aanzien van het polisaanbod te versterken. Met name de verschillen tussen restitutiepolis en naturapolis zijn op dit moment niet helder voor veel verzekerden.



Evaluatie Zvw: Zorginkoop

4 Evaluatie Zvw: Zorginkoop



4.1 Inleiding

Met de invoering van de Zvw in 2006 is de zorginkoop door zorgverzekeraars geïntroduceerd²⁵¹. Een goed ontwikkelde zorginkoop door zorgverzekeraars vormt een belangrijk onderdeel van de stelselwijziging. Met zorginkoop worden drie hoofddoelen beoogd²⁵²:

1. Waarborgen van de publieke doelstellingen van de zorg: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.
2. Doelmatigheid van zorg bevorderen.
3. Zorg dragen voor countervailing power richting zorgaanbieders en het vertegenwoordigen van de klant.

In de evaluatie van de Zvw 2009²⁵³ is aangegeven dat de zorginkoop zich sinds de invoering van de Zvw heeft ontwikkeld, maar dat zorginkoop nog niet de centrale rol inneemt zoals beoogd²⁵⁴. Meer specifiek, in de evaluatie in 2009 is aangegeven dat er sprake was van een "geleidelijke overgang van 'centrale aanbodsturing door de overheid' naar 'zorginkoop door zorgverzekeraars'. Enerzijds ontplooiën de zorgverzekeraars in toenemende mate zorginkoopactiviteiten, vooral in de extramurale zorg, maar anderzijds wordt een belangrijk gedeelte van de zorg, vooral de intramurale zorg (het A-segment binnen de ziekenhuiszorg) en de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ), nog steeds beheerst door centrale aanbodsturing." Ook werd in de evaluatie van 2009 opgemerkt dat zorgverzekeraars tot dan toe huiverig waren voor het selectief contracteren van zorg²⁵⁵.

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen in zorginkoop tussen 2009 en 2014, de factoren die invloed hebben gehad op de zorginkoop en de wijze waarop zorginkoop verder ontwikkeld kan worden. Dit hoofdstuk beantwoordt daarmee onderzoeksvraag 2 a, b en c van de evaluatie:

- 2a) Welke invloed heeft de Zvw gehad op de zorginkoop door zorgverzekeraars en in welke mate sturen verzekeraars nu meer op doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorg dan voorheen?
- 2b) Welke factoren (bijvoorbeeld wijziging van wet- en regelgeving) van buiten de Zvw hebben invloed gehad op de zorginkoop door zorgverzekeraars?
- 2c) Hoe kan de zorginkoop verder ontwikkeld worden en hoe kan de overheid verder bijdragen aan het stimuleren van zorginkoop die doelmatig en kwalitatief verantwoorde zorg oplevert, rekening houdend met de eigen verantwoordelijkheid van de private zorgverzekeraars?

4.1.1 Leeswijzer

Dit hoofdstuk start met een beschrijving van de ontwikkelingen in de zorginkoop; vervolgens worden de factoren beschreven die een 'optimale' zorginkoop stimuleren en daarna wordt ingegaan op factoren die een 'optimale' zorginkoop belemmeren¹². Tot slot volgen conclusie en aanbevelingen.

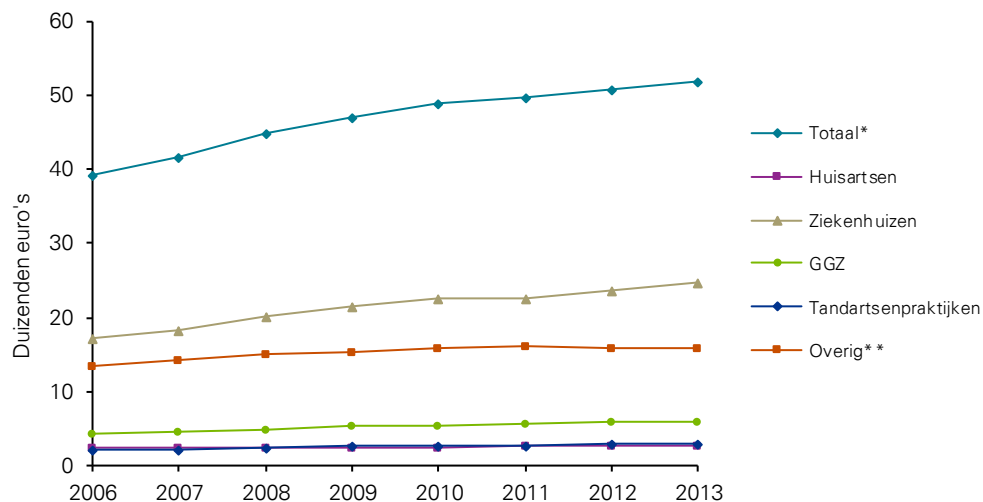
¹² Het is van belang om aan te geven dat we bij de beoordeling van stimulerende en belemmerende factoren redeneren vanuit het perspectief van de eindgebruiker (de verzekerde/patiënt) en bezien in welke mate de huidige wijze van zorginkoop bijdraagt aan optimale borging van de publieke belangen.

4.2 Ontwikkelingen in zorginkoop

Zorginkoop heeft zich de laatste jaren ontwikkeld op verschillende aspecten^{256,257}. Zo is het contracteerproces vervroegd en vindt inkoop van zorg op enkele onderdelen selectief plaats zonder dat verzekeraars daarbij hun zorgplicht (zie hoofdstuk 3) uit het oog verliezen²⁵⁸. De volgende paragrafen gaan hier dieper op in.

4.2.1 Ontwikkeling: afname in groei in zorgkosten

Een belangrijke ontwikkeling is de afname in de groei in zorgkosten tussen 2009 en 2013. De trend in de groei in zorguitgaven is weergegeven in figuur 4.1 en tabel 4.2. Figuur 4.1 laat zien dat, hoewel de zorguitgaven nog steeds toenemen, sinds 2009 de groei in zorguitgaven is afgezwakt. In 2013 was de door het CBS ingeschatte groei in zorguitgaven 1,6%^{13,14}, wat de laagste groei is in de afgelopen 15 jaar²⁵⁹. In tabel 4.2, waarin de groeivoet per jaar per sector is weergegeven, is zichtbaar dat met name de laatste twee jaar de groei in zorguitgaven is gedaald tot een halvering van de groei (van 4% naar 2%). Hoewel ontwikkelingen in zorginkoop niet de enige verklaring zijn voor de afname in groei (zo kan de dalende economische groei bijvoorbeeld een reden zijn voor afnemende zorgkostengroei), heeft de ontwikkeling van zorginkoop mede door introductie van omzetplafonds en aanneemsommen bijgedragen aan een afname van de groei in zorgkosten²⁶⁰. Dit wordt ook gedeeld door de deelnemers aan de focusgroepen die hebben plaatsgevonden in het kader van deze evaluatie.



Bron: CBS Zorgrekeningen 2006-2013 (lopende prijzen)

* Excl. paramedische praktijken, (overige) welzijnszorg (omvat onder meer instellingen voor kinderopvang, jeugdzorg, internaten, sociaal-cultureel werk, maatschappelijk werk, opvanghuizen, asielzoekerscentra).

** Bevat onder meer Arbodiensten en re-integratiebedrijven, levering van genees- en therapeutische middelen door o.a. apotheken en apotheekhoudende huisartsen, drogisten en opticiens, bloedbanken, medische laboratoria en ondersteunende diensten, alternatieve gezondheidszorg.

¹³ Dit is inclusief AWBZ.

¹⁴ Dit betreffen lopende prijzen. Lopende prijzen geven aan hoe hoog de kosten zijn in prijzen van het betreffende jaar en geven dus de waardeontwikkeling weer.

Tabel 4.2: Groei zorguitgaven 2006-2013 (in %)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totaal*	4	7	7	4	4	2	1	1
Huisartsen	13	6	1	1	1	8	-2	2
Ziekenhuizen	4	6	11	6	6	-1	5	5
GGZ	5	8	6	8	2	5	3	1
Tandartsenpraktijken	6	8	9	6	3	3	4	-1
Paramedische praktijken	14	9	6	7	5	6	2	0
Leveranciers van geneesmiddelen	2	7	1	2	2	0	-8	-5
Overig**	2	6	5	2	4	2	-1	-1

Bron: CBS Zorgrekeningen 2006-2013 (lopende prijzen)

* Excl. paramedische praktijken, (overige) welzijnszorg (omvat onder meer instellingen voor kinderopvang, jeugdzorg, internaten, sociaal-cultureel werk, maatschappelijk werk, opvanghuizen, asielzoekerscentra)

** Bevat onder meer Arbodiensten en re-integratiebedrijven, levering van genees- en therapeutische middelen door o.a. apotheken en apotheekhoudende huisartsen, drogisten en opticiens, bloedbanken, medische laboratoria en ondersteunende diensten, alternatieve gezondheidszorg.

4.2.2 Ontwikkeling: contracteerproces vervroegd

Ten tijde van de evaluatie in 2009 onderhandelden zorgverzekeraars en zorgaanbieders veelal gedurende datzelfde jaar en soms tot aan het einde van het voorjaar van het jaar, voor het reeds lopende jaar. Dit had nadelige effecten voor de zorginkoop en raakte zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Wanneer men over het lopende jaar onderhandelt, is het lastig c.q. onmogelijk om echt (selectief) in te kopen: immers, een deel van die onderhandelingen is reeds ingehaald door de werkelijkheid. Voor zorgaanbieders is een dergelijke situatie ook onwenselijk, aangezien eventuele financiële tegenvallers voortkomend uit de onderhandelingen die betrekking hebben op het lopende jaar in een zeer beperkt tijdsbestek moeten worden opgevangen. Dit vermindert de mogelijkheden qua bestuurbaarheid van de organisatie.

Het vervroegen van het contracteerproces was dan ook een van de adviezen van de commissie-Baarsma²⁶¹. De commissie-Baarsma noemde het vervroegen van het contracteerproces niet alleen als voorwaarde voor het optimaliseren van de zorginkoop, maar ook als een van de aanvullende maatregelen om marktpartijen te stimuleren binnen het Budgettair Kader Zorg¹⁵ te blijven en daarmee het toepassen van het macrobeheersinstrument te beperken²⁶². Door het naar voren halen van het contracteerproces kan op basis van het macrokader zorg ingekocht worden, waardoor de kosten van de zorg beter beheerst kunnen worden²⁶³.

In reactie op het advies van de commissie-Baarsma is de start van het contracteerproces de laatste jaren verschoven naar een eerder moment in het jaar. Waar in 2011 en 2012 verzekeraars soms nog laat in het jaar (oktober of later) contracten aanboden aan zorgaanbieders, is de zorginkoop in 2014 significant vervroegd en zijn alle zorgverzekeraars voor de zomer van 2014 gestart met de zorginkoop van 2015^{264,265}. Het aantal overeenkomsten voor het daaropvolgende jaar dat in november 2013 tussen zorgaanbieder en verzekeraar was gesloten, lag in november 2013 hoger dan in november 2012. Zo gaf een zorgverzekeraar bijvoorbeeld aan in de eerste helft van november 2013 met ruim 80% van de huisartsen een (mondelinge of schriftelijke) overeenkomst te hebben. In 2012 was dit op hetzelfde moment 1%²⁶⁶. In de zorgmonitor rapporteert de NZa op basis van interviews gehouden met zorgverzekeraars en een enquête gehouden onder zorgaanbieders. Er zijn geen kwantitatieve analyses gedaan, bijvoorbeeld op basis van contracten. Dit onderzoek van de NZa²⁶⁷ laat zien dat er

¹⁵ Het Budgettair Kader Zorg omvat deze omvat de zorguitgaven die behoren tot het verzekerde pakket van de AWBZ en de Zvw, en de uitgaven van gemeenten in het kader van de Wmo (gemeentefonds). Aanvullend verzekerde zorg valt buiten het BKZ.

weinig verschillen zijn tussen deelmarkten, ten aanzien van de snelheid van het contracteerproces. Zorgverzekeraars zijn in 2013 en 2014 in alle deelmarkten eerder begonnen met onderhandelingen en het afsluiten van contracten²⁶⁸. Ook de wetwijzigingen voor artikel 13 van de Zvw zullen invloed hebben op de fasering van het contracteerproces. Zorgverzekeraars moeten voor 1 april aangeven hoe ze gaan inkopen en wat hun criteria zijn. Zes weken voor de overstapperiode moet voor verzekerden duidelijk zijn wie is gecontracteerd. Dit zal het contracteerproces verder naar voren halen.

4.2.3 Ontwikkeling: Invoering omzetplafonds

Voor 2006 werd bij zorginkoop gewerkt met budgetten per zorgaanbieder. Tussen 2006 en 2011 werd niet meer gewerkt via budgetten, maar werd gewerkt via zogenaamde p*q-financiering met meestal openeindefinanciering in de GGZ en medisch-specialistische zorg. Sinds 2012 wordt weer gebruikgemaakt van budgetten, waarbij zowel de variant van de aanneemsom (een bedrag ongeacht de daadwerkelijk geleverde productie) als een omzetplafond bestaat (een plafond van het te declareren bedrag op basis van daadwerkelijke productie)^{269,270,271,272}. In de focusgroepen is aangegeven dat deze aanneemsommen resulteerden in een situatie waarbij bijvoorbeeld ziekenhuizen minder productie draaiden, zonder dat dit vertaald werd in lagere zorgkosten. Ook is in de focusgroepen door zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars aangegeven dat het stopzetten van open einde financiering via het invoeren van omzetplafonds mede heeft bijgedragen aan de kostenbeheersing zoals beschreven in paragraaf 4.2.1. Ook wordt aangegeven dat de maximale groeirimte zoals afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden richting geeft aan de groeirimte in de onderhandelingen en daarmee ook bijdraagt aan kostenbeheersing.

Echter, er lijkt ook een keerzijde te zitten aan deze wijze van contractering. Door deze manier van onderhandelen wordt doelmatigheid op productniveau minder gestimuleerd, omdat er op aanbieder niveau afspraken gemaakt worden en echte prijs- en kwaliteitonderhandelingen op zorgproductniveau geremd worden. Tevens is het zo dat deze wijze van contracteren een drempel kan vormen voor nieuwe toetreders aangezien budgetten op een vroeger moment worden gealloceerd en dan niet meer kunnen worden aangewend voor nieuwe toetreders^{273,274}. Dit punt werd tevens signaleerd in de focusgroepen. Met de vrijwillige budgettering is daarmee bijgedragen aan de zogenaamde statische efficiëntie, maar wordt er een rem gezet op de dynamische efficiëntie. Om deze laatste efficiëntie te stimuleren is (geleidelijke) afbouw van de vrijwillige budgettering noodzakelijk.

4.2.4 Ontwikkeling: selectieve inkoop maakt beperkte groei door

Selectieve inkoop betreft het selecteren van zorgaanbieders voor een zorgsoort door een verzekeraar voor de verzekerde. Selectieve inkoop wordt verondersteld een van de drijvende krachten voor doelmatigheid van zorg te zijn, doordat zorgverzekeraars druk kunnen uitoefenen op de aanbieders om de kosten beheersbaar te maken en om hogere kwaliteit te leveren²⁷⁵. Selectie kan dan plaatsvinden op basis van prijs, volume, locatie en kwaliteit.

Uit onderzoek van de NZa in 2014 blijkt dat selectieve zorginkoop een voorzichtige groei doormaakt²⁷⁶. De NZa geeft aan dat selectieve inkoop onder meer plaatsvindt bij specifieke behandelingen in de medisch-specialistische zorg zoals borstkankeroperaties en bariatrische ingrepen^{277,278}. Uit het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars blijkt dat zij ook selectief zorg inkopen voor andere aandoeningen, waaronder heupvervangingen, blaasverwijderingen en hernia's²⁷⁹. Een aantal zorgverzekeraars koopt deze zorg alleen nog in bij ziekenhuizen die voldoen aan de eisen van de beroepsgroep, vaak met name gericht op het aantal ingrepen dat een behandelteam per jaar verricht. Daarnaast geeft de NZa aan dat er "*regelmatig aanvullende eisen gesteld [worden] aan zorgverleners om in aanmerking te komen voor extra vergoeding en een aanbeveling van de zorgverzekeraar aan haar verzekerden*"²⁸⁰.

Voor de huidige evaluatie van de Zvw hebben we aanvullende gegevens opgevraagd bij zorgverzekeraars ten aanzien van zorginkoop om de trend in zorginkoop nader te duiden. Om selectieve inkoop te kunnen operationaliseren in kwantitatieve cijfers is selectieve inkoop gedefinieerd als: "het percentage van de omzet waar door zorgverzekeraars bij minder dan 90% van de aanbieders zorg wordt ingekocht". Tevens is gevraagd wat de redenen waren voor het niet

inkopen van zorg bij zorgaanbieders. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen prijs, volume, kwaliteit en andere aspecten (bijvoorbeeld locaties). Uit analyse van gegevens van zorgverzekeraars blijkt dat selectieve zorginkoop de afgelopen jaren inderdaad licht is toegenomen, maar dat deze nog zeer beperkt is. Zo is de selectieve inkoop zelden hoger dan 5%. In veel deelmarkten wordt zorg nog helemaal niet selectief ingekocht (zie paragraaf 4.2.5 voor een beschrijving van selectieve zorginkoop per deelmarkt).

Het is moeilijk te zeggen op basis van de beschikbare gegevens of de huidige selectieve inkoop voornamelijk door prijs, kwaliteit of een combinatie van beide wordt gedreven. De NZa laat in haar onderzoek in 2010 zien dat toentertijd door zorgverzekeraars het selectief inkopen op prijs het meest werd toegepast^{281,282}. Tegelijkertijd blijkt anno 2014 kwaliteit bij de zorginkoop een steeds grotere rol te spelen, waarbij zorgverzekeraars via zorginkoopspecificaties expliciet eisen opnemen ten aanzien van de kwaliteit. Wel gaat het in alle gevallen nog om volume, structuur- en procesmaten. Het contracteren van uitkomsten van zorg vormt de uitzondering. Dit blijkt ook uit het onderzoek van de NZa in 2014, waarin vermeld staat dat de aandacht voor kwaliteit tijdens zorginkoop weliswaar licht toeneemt, maar nog steeds minimaal is²⁸³.

De mate van selectieve inkoop verschilt per zorgverzekeraar en soms per label. Al is de trend richting selectieve inkoop bij alle zorgverzekeraars zichtbaar in bijvoorbeeld het polisaanbod van verzekeraars. Zo bieden zorgverzekeraars steeds vaker een budgetpolis aan^{284,285,286} en in 2014 werd door vrijwel alle zorgverzekeraars een budgetpolis aangeboden²⁸⁷. In dergelijke polissen zijn a priori een aantal zorgaanbieders uitgesloten en kunnen verzekerden kiezen uit een selectie van ongeveer dertig tot veertig ziekenhuizen voor planbare zorg. In ruil voor een lagere premie kan de verzekerde voor niet-spoedeisende zorg bij een beperkte selectie van (gecontracteerde) zorgaanbieders terecht. Voor zorg die verzekerden met een budgetpolis afnemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, moeten zij zelf een deel betalen. Voor de budgetpolis van Zilveren Kruis Achmea is dit bijvoorbeeld 30% van het gemiddelde Achmea-tarief. Voor verzekerden kunnen budgetpolissen aantrekkelijk zijn, doordat de premie lager is dan de premie voor een 'standaard'-zorgverzekering²⁸⁸. In 2014 koos ongeveer 6% van de verzekerden voor een budgetpolis²⁸⁹. Zorgverzekeraars verwachten dat het aantal verzekerden dat een budgetpolis afsluit de komende jaren (beperkt) zal stijgen, onder andere door scherper kostenbewustzijn van verzekerden²⁹⁰.

4.2.5 Selectieve inkoop verschilt per deelmarkt

De mate en vorm van selectief inkopen verschillen per deelmarkt en ook de mate waarin juist op prijs of meer op kwaliteit wordt geselecteerd²⁹¹. Uit de aanvullende gegevens ten aanzien van zorginkoop die we hebben opgevraagd bij zorgverzekeraars blijkt dat de selectieve inkoop in sommige deelmarkten tussen 2009 en 2012 licht is toegenomen, bijvoorbeeld in de medisch-specialistische zorg, verloskunde en paramedische zorg, en in andere deelmarkten voorbereidingen worden getroffen om selectieve zorginkoop in te voeren, bijvoorbeeld in de GGZ. In deze paragraaf wordt per deelmarkt een nadere toelichting gegeven op de selectieve inkoop.

In 2013 gaven vijf van de tien zorgverzekeraars aan selectief medisch-specialistische zorg in te kopen voor een beperkt aantal aandoeningen²⁹². Tegelijkertijd blijkt dit nog zelden te leiden tot het inkopen van zorg bij minder dan 90% van zorgaanbieders²⁹³. Verzekeraars hebben aangegeven dat wanneer medisch-specialistische zorg selectief werd ingekocht, dit het meest werd toegepast bij algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC)²⁹⁴. Uit onze inventarisatie bij zorgverzekeraars blijkt dat bij ZBC's vaker selectief wordt ingekocht dan bij ziekenhuizen²⁹⁵. Voor medisch-specialistische zorg vindt selectieve inkoop onder meer plaats bij specifieke behandelingen, zoals borstkankeroperaties, bariatrische ingrepen, heupvervangingen, blaasverwijderingen en hernia's^{296,297}. Zorgverzekeraars hanteren hierbij veelal normeringen die opgesteld zijn door beroepsgroepen²⁹⁸. Voor borstkankeroperaties wordt bijvoorbeeld een norm van minimaal vijftig behandelingen gehanteerd, voor bariatrische chirurgie en blaasverwijdering een norm van minimaal tien behandelingen²⁹⁹. ZINL heeft daarnaast een kwaliteitsvisie spoedzorg opgesteld, waarin onder andere kwaliteitsindicatoren zijn opgenomen voor spoedeisende zorg. Op basis van dit document voeren zorgverzekeraars gesprekken in regio's over de herinrichting van de spoedeisende zorg³⁰⁰. Recent heeft de ACM – in tegenstelling tot haar eerder gepubliceerde informatiekaart – aangegeven dat dit traject mogelijk

mededingingsrisico's kent. Als reactie hierop hebben zorgverzekeraars het Kwaliteitsinstituut gevraagd om met onafhankelijke kwaliteitsstandaarden voor de spoedzorg te komen³⁰¹.

Andere selectiecriteria die gehanteerd worden bij selectieve inkoop van medisch-specialistische zorg zijn kwaliteit, patiëntveiligheid, prijs, dienstverlening en samenwerking met andere zorgaanbieders³⁰². Bij selectieve inkoop op basis van prijs, voeren zorgverzekeraars voornamelijk onderhandelingen met als maximumkader het hoofdlijnenakkoord. Wat betreft kwaliteit, worden kwaliteitseisen in contracten opgenomen, zoals keurmerken, zorginhoudelijke aspecten, het aanleveren van data en de wijze waarop de aanbieder de inkoper dient te informeren³⁰³. Uit de analyse van contracten van zorgverzekeraars blijkt bijvoorbeeld dat van ziekenhuizen deelname vereist wordt aan verschillende registraties, waaronder klinische registraties van Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) en National Cardiovascular Data Registry (NCDR). Daarnaast worden ziekenhuizen verplicht informatie aan te leveren met betrekking tot bijvoorbeeld onderhanden werk, prestatie-indicatoren en minimumnormen³⁰⁴. Ten slotte worden in de medisch-specialistische zorg door verzekeraars benchmarks ingezet, om inzicht te verkrijgen in verschillen in kwaliteit, gebruik en/of kosten tussen ziekenhuizen. Een voorbeeld is een initiatief van Multizorg VRZ, waarbij op basis van een opgestelde benchmark concrete en bindende afspraken worden gemaakt met ziekenhuizen. De geleverde kwaliteit wordt hierbij gekoppeld aan tarieven³⁰⁵. Ook worden op basis van benchmarks voorkeursaanbieders geselecteerd, om zo kwaliteit en doelmatigheid van zorg te stimuleren³⁰⁶.

In de huisartsenzorg anticiperen verzekeraars en huisartsen op de nieuwe bekostiging per 2015, waardoor er op dit moment weinig selectieve of op resultaat gerichte zorginkoop plaatsvindt³⁰⁷. In de nieuwe bekostiging wordt de mogelijkheid via het zogenaamde segment 3 gecreëerd om goed presterende huisartsen op het gebied van verwijzen, diagnostiek en voorschrijven extra te belonen. Door een enkele zorgverzekeraar worden sinds 2009 aanvullende eisen gesteld voor specifieke Modernisering en Innovatie (M&I)-verrichtingen, zoals het aanmeten en plaatsen van een pessarium, abdominale echografie en audiometrie. Eisen die gesteld worden hebben betrekking op NHG-standaarden¹⁶, samenwerking, registratie en volume. Tussen 2009 en 2013 werd bij ongeveer 2,5% van de omzet van huisartsenzorg bij minder dan 90% van de aanbieders zorg ingekocht³⁰⁸.

In 2013 gaven drie van de tien zorgverzekeraars aan selectief GGZ-zorg in te kopen³⁰⁹. Hoewel zorgverzekeraars aangeven selectieve inkoop in GGZ op te starten, is dit nog niet duidelijk terug te zien in een toename in het percentage zorgaanbieders dat niet gecontracteerd wordt³¹⁰. Het merendeel van de zorgverzekeraars geeft aan tussen 2009 en 2013 niet tot minimaal (maximaal 1%) van de zorg in de GGZ selectief ingekocht te hebben, dat wil zeggen bij minder dan 90% van de zorgaanbieders. Wel sluiten enkele zorgverzekeraars geen contract met bepaalde aanbieders van verslavingszorg³¹¹. De selectieve inkoop in de GGZ betreft met name aanvullende eisen, bijvoorbeeld ten aanzien van hoofdbehandelaarschap³¹². Zorgverzekeraars geven aan dat in 2014 gestart is met selectieve inkoop, meer op basis van kwaliteit en prijs. Zo blijkt uit een analyse van contracten van zorgverzekeraars dat de gespecialiseerde GGZ-behandelingen die niet onder de stand van de wetenschap en praktijk vallen niet gecontracteerd worden, en dat wordt verwacht dat zorgaanbieders zorgprogramma's en zorgpaden hebben ontwikkeld en geïmplementeerd voor alle stoornissen die door de aanbieder behandeld worden. Ook worden door zorgverzekeraars eisen gesteld aan de aanwezigheid van een verwijzing (van bijvoorbeeld de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist)³¹³. Tegelijkertijd geven zorgverzekeraars aan weinig zicht te hebben op de kwaliteit van de ingekochte zorg in de GGZ³¹⁴. De kwaliteitsmaten zoals ingevuld in de Routine Outcome Measurement-vragenlijsten (ROM) is potentieel een manier om inzicht te geven in de kwaliteit en effectiviteit van behandeling. Stichting Benchmark GGZ (SBG) verzamelt deze kwaliteitsinformatie en heeft als doel behandelresultaten en verschillen tussen locaties, afdelingen en therapeuten in kaart te brengen³¹⁵. De ROM is echter nog in ontwikkeling, waardoor een goede interpretatie van en vergelijking van de data nog niet goed mogelijk is³¹⁶.

¹⁶ De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van veel aandoeningen die in de huisartsenpraktijk voorkomen, zoals hoge bloeddruk, suikerziekte en acne.

In de mondzorg¹⁷ vindt vrijwel geen zorginkoop op kwaliteit en prijs plaats, onder andere door de invloed van het vrijeprijzenexperiment dat werd teruggedraaid, een gebrek aan inzicht in kwaliteit en praktijkverschillen en de lage contracteergraad in deze deelmarkt³¹⁷. Daarnaast geeft de NZa in onderzoek in 2010 aan dat zorgverzekeraars aangeven dat het lastig is om met sommige aanbieders van mondzorg een contract te sluiten. Met deze aanbieders proberen zorgverzekeraars administratieve overeenkomsten te sluiten en passen zij geen vergoedingsbeperking toe richting verzekerden³¹⁸. Ook uit onze data-uitvraag blijkt dit beeld, al geeft een enkele zorgverzekeraar aan wel selectief te contracteren op implantologie.

De zorginkoop in de deelmarkten fysiotherapie en logopedie is de laatste jaren sterk ontwikkeld. Dit uit zich bijvoorbeeld in maatwerkcontracten voor grotere aanbieders en in prijsdruk bij de onderhandelingen³¹⁹. Uit een analyse van contracten van een zorgverzekeraar die zijn gedeeld voor deze evaluatie blijkt bijvoorbeeld dat voor fysiotherapie voorkeursaanbieders worden onderscheiden. Deze voorkeursaanbieders moeten voldoen aan bepaalde eisen op het gebied van kwaliteit, afspraken maken, toegangstijden en het milieu³²⁰. Daarnaast koopt een zorgverzekeraar geen fysiotherapie in bij zorgaanbieders die een behandelindex (gemiddeld aantal behandelingen verleend door de zorgaanbieder vergeleken met het gemiddeld aantal behandelingen aangeboden bij andere zorgaanbieders) hebben boven een bepaalde normwaarde. Ook koopt een verzekeraar fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en oefentherapie voor de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson alleen in bij zorgaanbieders die aangesloten zijn bij ParkinsonNet. Fysiotherapie voor patiënten met een diagnose bekkenbodemregio of lymfevataandoeningen wordt alleen ingekocht bij aanbieders geregistreerd bij het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR)³²¹. Ten slotte is in overeenkomsten opgenomen dat zorgaanbieders spiegelinformatie ontvangen op basis van ingediende declaraties. Het doel van de spiegelinformatie is inzicht geven in kwantitatieve prestaties en aanbieders de mogelijkheid bieden tot benchmarking³²². Ook werken het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), ZN en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) gezamenlijk aan het ontwikkelen van één landelijk geaccepteerd kwaliteitssysteem, waarin de kwaliteit van fysiotherapie inzichtelijk wordt gemaakt³²³.

Bij de extramurale farmacie zijn de zorgverzekeraars voornemens de verschillende prestaties uit het basispakket vaker afzonderlijk te contracteren, dit in tegenstelling tot 2012 en 2013. Het preferentiebeleid wordt gecontinueerd om zo prijsconcurrentie te behouden³²⁴. Het preferentiebeleid heeft tot nu toe tot een flinke besparing geleid. In de afgelopen vijf jaar hebben verzekeraars met het preferentiebeleid tussen de € 0,75 en € 0,9 miljard bespaard³²⁵. Uit analyse van contracten blijkt dat selectieve zorginkoop bij een verzekeraar vorm krijgt door op basis van de CQ-index apothekers in te delen in categorieën, die onderdeel kunnen vormen van het onderhandelingskader. De omvang van de selectieve inkoop, uitgedrukt in het percentage van de omzet van een zorgverzekeraar waarbij minder dan 90% van de zorgaanbieders is ingekocht, is in de deelmarkt farmacie de afgelopen jaren weliswaar licht gestegen bij enkele zorgverzekeraars, maar is nog steeds nihil (maximaal 0,5 %). Een ander voorbeeld van selectieve zorginkoop in farmacie is gestart in 2014, waarbij getracht wordt verzekerden naar apotheken met online faciliteiten te leiden³²⁶. Verder bleek uit de focusgroep dat het proces van inkoop van dure geneesmiddelen door ziekenhuizen momenteel nog niet optimaal werkt, waardoor door ziekenhuizen soms nog te hoge prijzen worden betaald. Een verzekeraar heeft in het inkoopbeleid 2015 de mogelijkheid opgenomen om samen met zorgaanbieders dure geneesmiddelen in te kopen (bijvoorbeeld TNF- α -remmers en hemostatica)³²⁷. Een overweging is om bij de dure geneesmiddelen eenzelfde aanpak als het preferentiebeleid te ontwikkelen om zo de inkoopmacht van zorgverzekeraars te gebruiken om prijzen te drukken. De verwachting in de focusgroep is namelijk dat zorgverzekeraars hier succesvoller in kunnen zijn dan individuele ziekenhuizen.

¹⁷ Tandheelkundige zorg voor volwassenen zit niet in de BV. In 2008 is mondzorg voor jongeren van 18 tot 21 jaar in de BV opgenomen. In 2011 is dit weer komen te vervallen. Voor kinderen en jongeren tot 18 jaar vergoedt de basisverzekering de meeste tandartsbehandelingen.

Analyse van de zorginkoopspecificaties op de deelmarkt verloskunde laat zien dat zorgverzekeraars kwaliteitseisen stellen aan verloskundige zorg en dat dit resulteert in selectieve inkoop. De kwaliteitseisen aan verloskundige zorg betreffen onder meer de samenwerking en continuïteit, bevoegdheid en registraties en preventie. Zo stelt een zorgverzekeraar bijvoorbeeld eisen aan echografisch onderzoek, waarbij personeel gekwalificeerd moet zijn om de echografie uit te voeren³²⁸.

4.3 Factoren die ontwikkeling in zorginkoop stimuleren

Diverse aspecten hebben de ontwikkeling van optimale zorginkoop gestimuleerd:

- Afschaffen representatiemodel
- Risicodragendheid verzekeraars vergroot
- Hoofdlijnenakkoorden
- Toename vrije prijzen
- Kwaliteitsindicatoren
- Kwaliteitsnormen

In paragraaf 4.3.1 tot en met 4.3.7 wordt een nadere beschrijving van de factoren gegeven. Het is hierbij van belang om op te merken dat een aantal factoren rechtstreeks afkomstig zijn uit wet- en regelgeving en daarmee dus ook eenduidig zijn toe te schrijven aan de werking van de Zvw of aanpalende wetgeving. Andere factoren (bijvoorbeeld normering vanuit beroepsgroepen) zijn wellicht gestimuleerd door de invoering van de Zvw, maar hadden wellicht ook plaatsgevonden zonder de Zvw.

4.3.1 Afschaffen representatiemodel verzekeraars geeft prikkel tot doelmatige zorginkoop

De afschaffing van het representatiemodel leidt tot een grotere prikkel voor doelmatige zorginkoop. Tot 2012 gold het representatiemodel in het A-segment van medisch-specialistische zorg en tot 2014 in de curatieve geestelijke gezondheidszorg bij gebudgetteerde GGZ-instellingen. Voor deze zorg onderhandelden de verzekeraars met het grootste marktaandeel en een vertegenwoordiger van de anderen zorgverzekeraars met ziekenhuizen en GGZ-instellingen over de kwaliteit en het volume van zorg. Uitgangspunt was dat op deze wijze tijd en transactiekosten bespaard konden worden. In de praktijk bleek dat het representatiemodel tevens leidde tot minder concurrentie tussen zorgverzekeraars en daarmee tot verminderde focus op doelmatige zorginkoop³²⁹. Het representatiemodel in het A-segment is daartoe in 2012 en in de GGZ in 2014 afgeschaft. Zorgverzekeraars mogen alleen nog gezamenlijk inkopen onder strikte voorwaarden. Zo mag bijvoorbeeld hun gezamenlijk marktaandeel op de inkoop- en op de verzekeringsmarkt niet meer zijn dan 15%. Alleen bij de spoedeisende medisch-specialistische zorg zijn de mogelijkheden voor gezamenlijke inkoop veel ruimer³³⁰. Met de afschaffing van het representatiemodel wordt de concurrentie en daarmee doelmatige zorginkoop gestimuleerd, zo geven ook zorgverzekeraars aan tijdens de focusgroepen^{331,332}.

4.3.2 Vergroten risicodragendheid geeft prikkel tot doelmatige zorginkoop

Een andere factor die van invloed is op de zorginkoop door verzekeraars is de afbouw van de ex post risicoverevening. Met de ex post kostencompensatie werden gerealiseerde kosten (deels) vergoed en behaalde winsten afgeroomd³³³. Hierdoor was er niet of nauwelijks stimulans voor verzekeraars om doelmatig zorg in te kopen.

Het huidige kabinetsbeleid is erop gericht ex post compensatiemechanismen verder af te bouwen en af te schaffen, zodat zorgverzekeraars volledig risicodragend worden en hiermee gestimuleerd worden te investeren in goede zorginkoop en beheersing van zorgkosten³³⁴. Het kabinet is voornemens voor somatische zorg vanaf 2015 geen ex post compensatie meer te laten bestaan en voor de GGZ vanaf 2017 geen ex post compensatie meer te laten bestaan³³⁵.

Sinds 2012 wordt de ex post compensatie van de somatische zorg afgebouwd. In 2012 is de macronacalculatie, die in 2011 nog 30% was, geheel afgebouwd. Ook is in 2012 de hogekostencomponent (HKC) afgeschaft³³⁶. In 2013 gold de bandbreedteregeling als enige overgebleven ex post compensatie in de *somatische zorg*. De bandbreedteregeling is een vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen, begrensd worden. Deze bandbreedteregeling wordt in 2014 verder afgebouwd³³⁷. Het kabinet wil in 2015 de bandbreedteregeling voor de variabele kosten van medisch-specialistische zorg laten vervallen³³⁸. De afbouw van de bandbreedteregeling voor somatische zorg is weergegeven in tabel 4.3.

Tabel 4.3: Bandbreedteregeling somatische zorg (variabele kosten ziekenhuiszorg) (in €)^{18,339,340,341}

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bandbreedte regeling	35	35	40	45	45	45	45	50	80

Voor de *geneeskundige GGZ* bestonden in 2013 nog twee ex post compensaties: de hogekostencomponent (HKC) en de bandbreedteregeling³⁴². Het kabinet is voornemens de HKC in 2015 af te schaffen. In plaats hiervan worden in 2014 psychische diagnosekostengroepen (DKG's) ingevoerd waarmee de voorspelbaarheid van kosten voor chronisch zieke patiënten toeneemt. Tevens wordt in 2015 een vorm van meerjarig hoge kosten (MHK) als risicovereveningscriterium in het ex ante model opgenomen. Ten slotte wordt in 2017 de bandbreedteregeling voor geneeskundige GGZ afgeschaft³⁴³.

Door de afbouw van de ex post risicoverevening neemt de risicodragendheid van zorgverzekeraars toe, wat leidt tot een stimulans voor doelmatige zorginkoop^{344,345}, zo geven zorgverzekeraars ook aan tijdens de focusgroepen^{346,347}. Voor zorgverzekeraars geldt dat de financiële prikkels tot doelmatigheid sinds 2006 sterk zijn toegenomen. Onderzoek³⁴⁸ laat zien dat sinds 2006 het financieel risico voor verzekeraars is toegenomen van ongeveer 50% in 2006, tot 70% (somatische zorg) en 50% (ziekenhuiszorg) in 2009 en tot 94% in 2014. Anno 2014 worden zorgverzekeraars dus niet langer gecompenseerd wanneer de totale zorguitgaven die door de Zvw worden gedekt hoger uitvallen dan de raming op basis van de totale risicovereveningsbijdrage. Zorgverzekeraars lopen hierdoor zowel een individueel als gezamenlijk financieel risico³⁴⁹.

4.3.3 Hoofdlijnenakkoorden en selectieve inkoop

In juli 2011, juni 2012 en juli 2013 zijn hoofdlijnenakkoorden gesloten tussen het Ministerie van VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over een beheerste kostenontwikkeling in de ziekenhuiszorg en in de GGZ. In deze akkoorden is via bestuurlijke route verder bijgestuurd in het stelsel van gereguleerde marktwerking. Tevens zijn in de akkoorden maximale groeiafspraken gemaakt en is de wijziging van artikel 13 vastgelegd en als voorwaarde verbonden aan de wijzigingen in de akkoorden^{350,351,352,353}.

Voor zorginkoop zijn afspraken gemaakt dat zorgverzekeraars de selectieve inkoop van zorg zouden uitbreiden, o.a. door zich te committeren aan spreiding en concentratie van zorg voor bijvoorbeeld de spoedzorg. Waar selectieve inkoop in de reguliere zorginkoop nog tamelijk beperkt is – ook in de periode na het hoofdlijnenakkoord – heeft ZN een landelijke kwaliteitsvisie voor spoedzorg ontwikkeld. In deze kwaliteitsvisie zijn voor een van de eerste keren niet alleen minimale, maar ook *optimale* kwaliteitseisen geformuleerd voor een reeks aandoeningen (o.a. aneurysma aorta abdominalis (AAA), cerebrovasculair accident (CVA), acuut myocard infarct (AMI), IC-functie, geboortezorg, traumazorg, SEH-functie)³⁵⁴. Op basis van deze landelijke kwaliteitsvisie zijn regioplannen ontwikkeld die vanaf eind 2013 in dialoog besproken zijn met de ziekenhuizen. De verwachting is dat later in 2014 de contouren van de plannen voor de herstructurering per regio van dit traject bekend zijn, waarbij de

¹⁸ Valt het verschil tussen de gemiddelde uitgaven per verzekerde en het gemiddelde herberekende ex ante budget per verzekerde voor een deelbedrag buiten een bepaalde bandbreedte, dan calculeert de overheid het bedrag dat buiten de bandbreedte valt voor 90% na.

daadwerkelijke invoering in de komende jaren plaatsvindt. Het lijkt erop dat het hoofdlijnenakkoord deze beweging van met name concentratie en wellicht selectieve inkoop versneld heeft³⁵⁵.

4.3.4 Toename vrije prijzen vergroot mogelijkheid selectieve inkoop

In de eerste lijn golden in 2012 vrije prijzen voor eerstelijnspsychologie; farmacie; fysiotherapie, oefentherapie of diëtiëk in (of door) instellingen; tandartsen, orthodontisten, mondhygiënist en tandprothetici³⁵⁶. Hoewel voor eerstelijnspsychologische zorg vrije prijzen golden, is met de introductie van de Generalistische Basis GGZ in 2014 door de NZa één maximumtarief vastgesteld voor iedere integrale prestatie³⁵⁷.

Met betrekking tot tweedelijnszorg, is het aandeel behandelingen met vrije prijzen in de medisch-specialistische zorg toegenomen. Per 1 januari 2012 is 70% van de omzet in de medisch-specialistische zorg in het vrije prijssegment opgenomen (behalve voor de honorariumcomponent). De NZa beveelt vrije prijzen in de gehele curatieve zorg aan, mits bepaalde controlemechanismen ingebouwd worden. Nader onderzoek moet uitwijzen hoe deze controlemechanismen ingebouwd kunnen worden. De NZa verwacht dat vrije prijzen zorgaanbieders prikkelen om zich te onderscheiden qua prijs (doelmatigheid) en kwaliteit³⁵⁸. Dit vergroot de mogelijkheid voor selectieve inkoop. Hoewel de toename van vrije prijzen in theorie de mogelijkheid tot selectieve inkoop vergroot, is dit effect in de praktijk nog niet zichtbaar, aangezien de selectieve inkoop slechts mondjesmaat plaatsvindt.

4.3.5 Kwaliteitsindicatoren verbeteren mogelijkheid selectieve inkoop op basis van kwaliteit

Een belangrijke factor die van invloed is op de trend van selectieve zorginkoop op basis van kwaliteit, is de inzichtelijkheid in kwaliteit. Om bij de zorginkoop te kunnen selecteren op basis van kwaliteit, is een voorwaarde dat kwaliteit meetbaar en transparant is. De afgelopen jaren zijn de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsindicatoren toegenomen. Een voorbeeld van de toename in ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is dat declaratiegegevens worden geanalyseerd, klinische registraties (bijvoorbeeld door Meetbaar Beter en DICA) worden uitgebouwd en Patient Reported Outcome Measures (PROM's) zijn geïntroduceerd^{359,360,361}. Ook zorgverzekeraars geven aan dat er steeds meer spiegelinformatie beschikbaar is die zorginkoop op basis van kwaliteit mogelijk maakt (o.a. via het programma kwaliteit van zorg door ZN en het kwaliteitsprogramma van Achmea, doelmatigheid en service)³⁶².

Zorgverzekeraars blijken niet alleen gebruik te maken van openbare bronnen, maar ook te werken met informatie die zij zelf verzamelen en waarmee zij onderscheidend kunnen zijn. Zo bracht ZN bijvoorbeeld de praktijkvariatie met betrekking tot rughernia en andere electieve aandoeningen³⁶³ en GGZ³⁶⁴ in kaart. Voor sommige deelmarkten is hierdoor betere spiegelinformatie aanwezig, waardoor het gesprek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer gaat over prestatie van een aanbieder ten opzichte van andere zorgaanbieders.

Er is echter nog (aanzienlijke) ruimte voor verbetering van de inzichtelijkheid in kwaliteit (zie ook paragraaf 4.4.4 en 4.1)³⁶⁵. Zo worden bijna alleen proces- en structuurindicatoren gebruikt in de zorginkoop, en is het gebruik van uitkomsten van zorg in de zorginkoop uiterst beperkt^{366,367}, voornamelijk door de gebrekkige transparantie vanuit zorgaanbieders.

Ook wordt kwaliteit nog vaak gemeten vanuit aanbiederperspectief. In het programma Zichtbare Zorg dat zich richtte op sectoren (ziekenhuiszorg, GGZ, huisartsenzorg, etc.), stond bijvoorbeeld niet de patiënt centraal, maar de zorgaanbieder³⁶⁸.

4.3.6 Kwaliteitsnormering door beroepsgroepen stimuleert selectieve zorginkoop

De laatste jaren is een ontwikkeling in gang gezet, waarbij naast en met de normeringen vanuit de IGZ, kwaliteitsnormen zijn opgesteld door (wetenschappelijke verenigingen van) beroepsgroepen. Diverse beroepsgroepen, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde³⁶⁹, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie³⁷⁰ en de Nederlandse Vereniging voor Urologie³⁷¹, hebben kwaliteitsnormen opgesteld. Deze kwaliteitsnormen zijn een aanvulling op richtlijnen voor medische

behandeling en zijn veelal voor hoogcomplexere behandelingen opgesteld. Veel van deze normen hebben ook een volumecomponent.

Een voorbeeld van een minimumkwaliteitsnorm is de norm voor slokdarmkanker. De IGZ heeft bepaald dat niet alle ziekenhuizen slokdarmkanker mogen behandelen. Als kwaliteitsnorm is een minimum van twintig slokdarmoperaties per jaar vastgesteld³⁷². Ziekenhuizen met minder dan twintig slokdarmoperaties per jaar mogen deze voortaan niet meer uitvoeren. Voor zorgverzekeraars bieden deze kwaliteitsnormen een handvat voor selectieve zorginkoop. De normering wordt opgenomen in de zorginkoopspecificaties en vormt zo een onderdeel van het contract tussen verzekeraar en aanbieder³⁷³.

4.4 Factoren die optimale zorginkoop belemmeren

Naast de genoemde factoren die een positief effect hebben op zorginkoop, zijn er ook diverse factoren die een optimale zorginkoop belemmeren. Deze paragraaf geeft een overzicht van de belangrijkste factoren die optimale zorginkoop belemmeren³⁷⁴:

- Huidig artikel 13
- Onzekerheid over beleid
- Gebrek aan transparantie in kwaliteit
- Bureaucratie versus transparantie van uitkomsten
- Fusies en concentratie van zorg
- (Verwachte) reputatierisico's zorgverzekeraars
- Huidige bekostiging GGZ (en medisch-specialistische zorg)

4.4.1 Huidig artikel 13 belemmert adequate werking zorginkoop

In de memorie van toelichting van het huidige artikel 13 van de Zvw (zoals geldend in juni 2014), is beschreven dat zorgverzekeraars verplicht zijn een substantieel deel van de kosten voor niet-gecontracteerde zorg te vergoeden. De rechter heeft in een aantal zaken besloten dat vergoedingen lager dan 75% tot 80% voor niet-gecontracteerde zorg een hinderpaal vormen om zorg af te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Op basis van dit 'hinderpaalargument' heeft de rechter vergoedingen lager dan 75 tot 80% niet toegestaan³⁷⁵. Uitzondering hierop vormt de uitspraak van een rechter in mei 2014, waar in een casus een vergoeding van 60% voor niet-gecontracteerde zorg is goedgekeurd.

Zorgverzekeraars ervaren het huidige artikel 13 van de Zvw als een belemmering voor het selectief inkopen van zorg. Voor een deel van de zorgaanbieders blijkt met een vergoeding van 75% nog steeds een haalbare businesscase mogelijk, waardoor het niet contracteren van deze aanbieders de facto geen effect heeft. Zorgverzekeraars verliezen hierdoor hun belangrijkste sturingsinstrument om selectief zorg in te kopen³⁷⁶ en daarmee wordt een adequate werking van het zorgstelsel ondermijnd. Het wijzigen van artikel 13 kan dan ook het rendement voor zorgverzekeraars verhogen om selectief zorg in te kopen en daarmee te sturen op kwaliteit en kosten.

Zorgaanbieders wijzen echter op de nadelen van het wijzigen van het huidige artikel 13 van de Zvw. Zorgaanbieders geven aan dat artikel 13 van de Zvw van belang is om de zorgkeuze van patiënten te borgen. Echter, met de beoogde wijziging van artikel 13 wordt deze keuzevrijheid voor de patiënten behouden, mits zij daarvoor kiezen. Verzekerden die kiezen voor een naturapolis waarbij niet-gecontracteerde zorg niet of voor een klein gedeelte vergoed wordt, krijgen minder keuze voor zorgprofessionals en krijgen in ruil daarvoor een lagere premie.

Tevens geven zorgaanbieders aan dat de marktmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in disbalans is, waarbij zorgverzekeraars te veel macht hebben. Zo vrezen zorgaanbieders dat wijziging van artikel 13 ertoe leidt dat nieuwe toetreders beperkte mogelijkheid krijgen om de zorgmarkt te betreden. Zorgaanbieders geven aan dat met de voorgenomen wetswijziging het voor nieuwe

toetreders financieel niet meer haalbaar is om toe te treden tot de zorgmarkt. Deze macht zou door het wijzigen van artikel 13 verder toenemen. Hoofdstuk 5 van deze rapportage geeft een nadere toelichting op de verdeling van de marktmacht op de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt. Analyses in hoofdstuk 5 laten zien dat er ruimte is voor nieuwe toetreders op de zorgaanbiedersmarkt, mits deze onderscheidend zijn op kwaliteit en prijs. Deze ruimte kan door wijziging van artikel 13 van de Zvw verder toenemen, doordat selectieve inkoop verder toe kan nemen, waardoor concurrentie op prijs en kwaliteit meer toe kan nemen. Het wordt mogelijk dat zorgverzekeraars slecht presterende aanbieders korten in hun contractruimte ten faveure van nieuwe toetreders. Ook laat hoofdstuk 5 zien dat de marktmacht van zorgverzekeraars niet groter is dan die van zorgaanbieders. Sterker, het omgekeerde lijkt waar, waarbij de zorgaanbieders meer marktmacht hebben dan zorgverzekeraars. Zie hoofdstuk 5 voor een uitgebreide analyse van de balance of power. Wel is het hierbij van belang dat de kwaliteit van zorg transparant moet worden vanuit zorgaanbieders en de inkoopcriteria vanuit zorgverzekeraars (zie ook paragraaf 4.4.4 en 3.4.4) ook helder zijn, zodat verzekerden weten welke polis zij kunnen kiezen.

In maart 2012 heeft minister Schippers in een kamerbrief laten weten artikel 13 te willen wijzigen³⁷⁷, waarbij zorgverzekeraars vrij zijn de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen. Een vergoeding van € 0 is dan toegestaan. Ten tijde van deze evaluatie is een wetsvoorstel in ontwerp, waarbij via amendementen voorstellen van VVD, PvdA, D66, CU en SGP zijn ingewilligd. In de bestuurlijke en hoofdlijnenakkoorden^{378,379,380} is reeds opgenomen dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenvertegenwoordigers de wijziging van artikel 13 steunen³⁸¹.

In een kamerbrief van 4 juni 2014³⁸² heeft minister Schippers laten weten dat zorgverzekeraars met de wijziging van artikel 13, kunnen variëren in het polisaanbod van naturapolissen. Waarbij bij sommige naturapolissen, een breed aanbod van zorg is gecontracteerd en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gemiddeld ligt op 75 à 80%. Zorgverzekeraars kunnen met de wijziging van artikel 13 echter ook naturapolissen aan gaan bieden, "waar de zorgverzekeraar op basis van prijs- en kwaliteitsafspraken contracten afsluit met zorgverleners, en de verzekerde hier naar toe probeert te sturen, door de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager vast te stellen, bijvoorbeeld op 50%, 30% of zelfs 0%"³⁸³.

Op 19 juni 2014 is het wijzigingsvoorstel van artikel 13 van de Zvw³⁸⁴ door de Tweede Kamer aangenomen (zie ook bijlage 3 van deze rapportage). Bij dit wijzigingsvoorstel zijn tevens enkele amendementen opgenomen. Zo is de volgende zorg uitgesloten van deze 0%-vergoeding: zorg die huisartsen en verloskundigen plegen te bieden, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefentherapie, farmaceutische zorg, mondzorg (met uitzondering van de tandheelkundige hulp van specialistische aard), kraamzorg en dieetadvisering alsmede verpleging en verzorging die niet gepaard gaan met verblijf als bedoeld in artikel 10, onderdeel g, van de Zvw³⁸⁵. Dit sluit aan bij de analyse van de balance of power (zie voor meer informatie hoofdstuk 5), waar we aangeven dat de disbalans op de zorgverkoopmarkt/zorginkoopmarkt aanwezig is, hoewel een generieke aanpassing van artikel 13 (zonder uitzonderingsposities) de voorkeur had gehad voor het beter functioneren van de zorginkoop. Ook zijn diverse amendementen aangenomen, waarbij is aangegeven dat zorgverzekeraars vóór 1 april het inkoopbeleid en de procedure van zorginkoop inzichtelijk hebben³⁸⁶. Ook dienen zorgverzekeraars inzicht te geven in de wijze waarop geborgd wordt dat zorgaanbieders non-discriminatoir behandeld worden³⁸⁷ en informatie openbaar te maken over de wijze waarop zij bij de zorginkoop ruimte bieden aan nieuwe innovatieve toetreders in de markt van zorgaanbieders³⁸⁸.

4.4.2 Onzekerheid over beleid bemoeilijkt zorginkoop

Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders gaven tijdens de focusgroepen aan dat zij onzekerheid over het beleid als knelpunt ervaren in het contracteren. Het komt voor dat zorgverzekeraars aanbiedingen voor contracten uitwerken en inkoopbeleid vastleggen, terwijl na 1 juli nog beleidswijzigingen plaatsvinden met betrekking tot tarieven, prestaties en beleidsregels. Wijzigingen in het beleid na 1 juli zorgen voor onzekerheid bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders en deze onzekerheid kan van invloed zijn op de voortgang van het contracteerproces. Dit knelpunt wordt sinds 2010 vaker gesignaleerd. In reactie op de klachten, heeft de NZa aangekondigd om haar beleidscyclus in 2014 vóór 1 juli af te ronden^{389,390}.

4.4.3 Gebrek aan transparantie in kwaliteit belemmering selectieve zorginkoop

Zoals in paragraaf 4.3.6 aangegeven, dragen kwaliteitsindicatoren bij aan het verhogen van (selectieve) inkoop op basis van kwaliteit. Ondanks de ontwikkeling in kwaliteitsindicatoren, blijkt dat het gebrek aan transparantie over de kwaliteit nog een belemmering vormt voor inkoop op basis van kwaliteit³⁹¹ of het belonen van goed presterende aanbieders. Dit werd ook bevestigd door de deelnemers aan de focusgroep. Er zijn wel recente initiatieven die de transparantie vergroten, zoals het recente initiatief van ziekenhuizen, waarbij de kwaliteit van tien zinvolle ziekenhuisbrede thema's zichtbaar zijn, zoals infectiepreventie en tevredenheid van patiënten. Maar ook de Algemene Rekenkamer geeft aan dat, hoewel kwaliteitsindicatoren meer ontwikkeld en gebruikt worden, de kwaliteit van zorg niet transparant genoeg is om als verzekerde een keuze voor een zorgaanbieder op te baseren en voor zorgverzekeraars om te sturen bij zorginkoop³⁹². Minister Schippers heeft op het rapport van de Algemene Rekenkamer gereageerd door aan te geven dat "*het glas halfvol is*", omdat in de afgelopen jaren stappen zijn genomen en er voor de toekomst perspectief is voor verbetering³⁹³. Echter, ook recent onderzoek van iBMG laat het volgende zien: "*Wanneer hier de komende jaren niet een belangrijke slag wordt gemaakt, bestaat het risico dat het zorgstelsel zich in toenemende mate uitsluitend richt op kostenreductie en niet op een goede kwaliteit/prijsverhouding.*"³⁹⁴ Het vaart maken met transparantie van uitkomsten van zorg is dus geen vrijblijvende zaak.

Het uitvragen van de data bij aanbieders (zoals gebeurde via het programma Zichtbare Zorg) staat ten principale haaks op de wens om *uitkomsten* van zorg te verkrijgen. Aangezien het bij uitvragen bij zorgaanbieders altijd gaat om tellers en noemers, zonder de records op patiëntniveau, is correctie zorgzwaarte onmogelijk, waardoor casemixcorrectie niet kan, die randvoorwaardelijk is voor het meten van uitkomsten. Daarnaast is adequate borging van de betrouwbaarheid van de gegevens heel lastig vorm te geven. De scores die met deze data zijn gecreëerd, dragen hierdoor niet bij aan de gewenste inzichten, terwijl het aanleveren van de tellers en noemers wél aanzienlijke inspanningen kost. Daarnaast sluit de huidige data-uitvraag niet aan op de wens om richting uitkomstindicatoren te bewegen.

Op basis van de gesprekken tijdens de focusgroepen lijken drie bronnen geschikt voor uitkomstindicatoren: klinische registraties, PROM's en declaratiegegevens³⁹⁵. Slimme keuzes in het combineren van databronnen vergroten de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van de informatie. Door declaratiegegevens te verbinden met klinische registratiegegevens, kan de betrouwbaarheid van beide bronnen verder worden gevalideerd. Ook wordt het mogelijk om uitkomstmaten te bepalen buiten het bereik van de klinische registratie. Andersom kan een klinische registratie bij uitkomstindicatoren verbeteren, omdat preciezere diagnosestelling en zorgzwaarte beschikbaar worden. Een voorbeeld hiervan kan zijn de klinische registratie voor CVA-zorg die nu wordt opgezet. Hierin is opgenomen wat de ernst van de beroerte en de mate van bewustzijn zijn als de patiënt het ziekenhuis in komt. Hierdoor is een betere zorgzwaartecorrectie mogelijk dan nu het geval is op basis van declaratiegegevens waarbij gekeken wordt naar leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en de ziektegeschiedenis. Andersom kunnen declaratiegegevens meerjarige uitkomsten in kaart brengen (leeft iemand na vijf jaar nog?) en informatie verschaffen over het traject na het ziekenhuis (is iemand opgenomen in een verpleeghuis of juist thuiswonend?). Dit soort slimme keuzes verminderen ook de administratieve lasten. Dat wat in de ene registratie al is vermeld, hoeft niet meer separaat te worden uitgevraagd. Daar waar declaratiegegevens samen met een PROM voldoen, is een additionele uitvraag niet meer nodig.

Waar het dus duidelijk is *wat* er moet gebeuren, blijkt in de praktijk dat de transparantie over kwaliteitsindicatoren onvoldoende is. Kwaliteitsindicatoren van bijvoorbeeld klinische registraties (denk aan de Nederlandse Kankerregistratie, DICA-data, de Landelijke Trauma Registratie, etc.) die direct of indirect gefinancierd worden vanuit publieke middelen, zijn niet of slechts zeer beperkt openbaar (uitzonderingen zoals de IVF-registratie daargelaten), waar dit op veel plekken in het buitenland wel gebruikelijk is³⁹⁶. Ook is er kritiek dat declaratiedata en PROM's niet vrij toegankelijk zijn³⁹⁷. Zolang kwaliteitsindicatoren niet openbaar zijn, kunnen kwaliteitsindicatoren niet gebruikt worden door zorgverzekeraars bij de zorginkoop. Daarnaast kan de informatie niet gebruikt worden door verzekerden om een keuze voor een zorgaanbieder op te baseren. Kader 4.1 geeft een (niet uitputtend) overzicht van de registraties die nog niet openbaar zijn.

Kader 4.1 Niet openbare klinische registraties (niet uitputtend)

- Nederlandse Kankerregistratie (NKR) voor alle oncologische diagnoses (de facto dus vele klinische registraties in één).
- Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA – zie clinicalaudit.nl). Op dit moment zijn geen van de 17 klinische registraties openbaar. Wel zijn er plannen om op korte termijn de DSCA (Darmkanker) en Borstkanker (DBCA) openbaar te maken. De planning van de transparantie van de overige 15 klinische registraties is ons niet bekend.
- Perinatale Registratie Nederland (PRN)
- Orthopedische implantaten (LROI)
- Cardiovasculaire Data Registratie (NCDR)
 - ICD en pacemaker (DIPR)
 - Cardiovasculaire Interventies (CIDR)
- Hartchirurgie (BHN)
- Landelijke Trauma Registratie
- Cataract chirurgie (LCR)
- Renine - Dialyse (Hans Mak instituut)
- Cystic Fybrosis

Eind 2013 heeft de Eerste Kamer ingestemd met een wetsvoorstel waarmee het Kwaliteitsinstituut gestart kon worden. Het Kwaliteitsinstituut heeft als doel de kwaliteit van de zorg in Nederland te verbeteren. Het Kwaliteitsinstituut richt zich onder andere op het inzichtelijk en transparant maken van kwaliteit van zorg, waardoor het voor zorgverzekeraars makkelijker moet worden om bij de zorginkoop te selecteren op kwaliteit en voor patiënten makkelijker een keuze te maken voor een zorgaanbieder op basis van kwaliteit^{398,399}. Hoewel de tijdslijn voor resultaten vanuit het Kwaliteitsinstituut nog niet duidelijk is, wordt verwacht dat de oprichting van het Kwaliteitsinstituut, onder andere via zijn doorzettingmacht, zal bijdragen aan het openbaar maken van kwaliteitsinformatie.

In de Wmg is opgenomen dat de NZa regels kan opstellen voor overeenkomsten in de zorg die gaan over de levering van zorg en/of de tarieven daarvoor⁴⁰⁰. Meer specifiek, op basis van o.a. artikel 38 van de Wmg, heeft de NZa de bevoegdheid om zorgaanbieders te dwingen openheid van zaken te geven over kwaliteitsinformatie⁴⁰¹. Dit kan zowel op eigen initiatief of na een aanwijzing vanuit het Ministerie van VWS⁴⁰². Op basis van artikel 38 van de Wmg zijn ziekenhuizen bijvoorbeeld verplicht sterftecijfers (Hospital Standardized Mortality Ratio) per aandoening op hun eigen website te publiceren en aan te leveren bij de NZa. Hoewel ziekenhuizen verplicht waren uiterlijk 1 maart 2014 hun sterftecijfers over 2012 openbaar te maken, hadden eind maart 11 ziekenhuizen hun sterftecijfers nog niet gepubliceerd⁴⁰³.

Concluderend is er op het dossier van transparantie van kwaliteit veel ingezet, maar moet er vooral nog veel gebeuren, zo wordt ook beaamd in de focusgroepen. Veel indicatoren zijn reeds beschikbaar, maar simpelweg niet transparant. Dit vormt een belemmering voor een goed functionerende zorginkoopmarkt en zet een rem op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Een actieve rol van het Kwaliteitsinstituut en/of de route via de Wmg artikel 38 lijken noodzakelijk om de evident bruikbare kwaliteitsindicatoren in het publieke domein te krijgen. Een goed voorbeeld hiervan is de Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg vanuit ZN waar tellers en noemers van uitkomstindicatoren inclusief beschikbare bron (Landelijke Trauma Registratie, Perinatale Registratie Nederland, etc.) voor

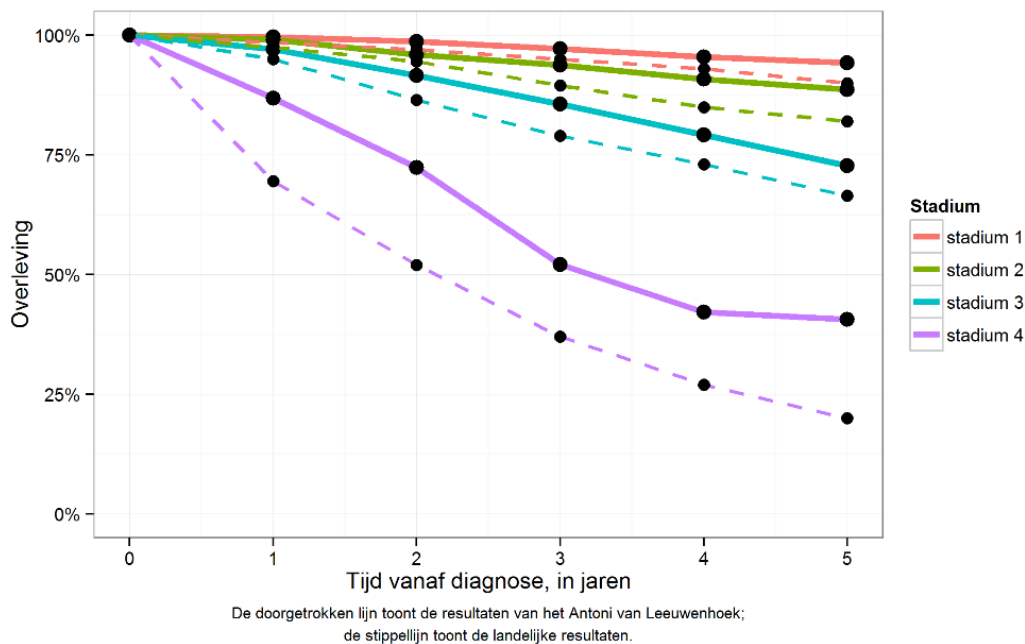
een reeks aandoeningen beschreven staan, maar waar zorgverzekeraars en het publiek simpelweg geen toegang toe hebben¹⁹, omdat aanbieders dat niet toelaten.

4.4.4 Kwaliteit: bureaucratie versus transparantie van uitkomsten

Indien zorgaanbieders transparant worden over de kwaliteit van de geleverde zorg kan tevens een groot deel van de kwaliteitsindicatoren komen te vervallen. Op dit moment wordt een groot aantal kwaliteitsindicatoren gebruikt met als doel om de kwaliteit van zorg te meten^{404,405}. Tijdens de focusgroep werd gesproken van meer dan duizend Zichtbare Zorg-indicatoren. Door zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders is tijdens de focusgroepen aangegeven dat de hoeveelheid kwaliteitsindicatoren niet in verhouding staat tot het beperkte nut van deze structuur- en proces-indicatoren.

Een voorbeeld van de wijze waarop de kwaliteit inzichtelijk gemaakt kan worden via een eenvoudigere set aan kwaliteitsindicatoren, is de recente publicatie van oncologie-uitkomsten door het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis (AVL). Het AVL heeft op zijn website een grafiek gepubliceerd met het overlevingspercentage van borstkankerpatiënten na vijf jaar behandeling, waarbij onderscheid is gemaakt tussen verschillende stadia van borstkanker (zie figuur 4.4). Deze transparantie geeft inzicht in de geboden kwaliteit. Het gebrek aan transparantie door andere zorgaanbieders maakt het vergelijken van dergelijke overlevingspercentages nu nog niet mogelijk. Zolang kwaliteitsindicatoren niet openbaar zijn, kunnen kwaliteitsindicatoren niet gebruikt worden door zorgverzekeraars bij de zorginkoop. Daarnaast kan de informatie niet gebruikt worden door verzekerden om een keuze voor een zorgaanbieder op te baseren. Dit vormt een belemmering voor een goed functionerende zorginkoopmarkt.

Figuur 4.4: Percentage overlevende patiënten borstkanker na vijf jaar in verschillende stadia (de gestippelde lijnen tonen per stadium het landelijk gemiddelde; de doorgetrokken lijnen de overleving van AVL-patiënten)⁴⁰⁶



¹⁹ Dit onderwerp is ook onderdeel van de evaluatie van de Wmg.

4.4.5 Fusies en concentratie van zorg kunnen selectief contracteren belemmeren²⁰

De afgelopen jaren hebben diverse fusies plaatsgevonden in het Nederlandse zorglandschap. Tussen 2009 en 2012 daalde het aantal zelfstandige ziekenhuizen bijvoorbeeld van 116 naar 111. Ook in 2013 is deze trend doorgezet en zijn verschillende voorgenomen samenwerkingsverbanden daadwerkelijk gerealiseerd of verregaand in gang gezet. In 2013 was het aantal ziekenhuisorganisaties verminderd tot 107. Vooruitkijkend naar de nog geplande fusies, wordt verwacht dat het aantal zelfstandige ziekenhuizen verder af zal nemen tot 95⁴⁰⁷. De grote zorgverzekeraars worden steeds meer betrokken in de vormgeving van de samenwerking tussen zorgaanbieders. Zorgverzekeraars nemen hiermee langzaam maar zeker hun regierol in het Nederlandse zorglandschap in. Een voorbeeld hiervan betreft Friesland Voorop, waarbij onder opdrachtgeverschap van De Friesland Zorgverzekeraar wordt toegewerkt naar een andere indeling van het zorglandschap in Friesland. Doel van deze herindeling is om preventie en zelfmanagement te stimuleren, substitutie naar de eerste lijn te realiseren, concentratie van complexe zorg te bewerkstelligen en nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders via netwerken te organiseren. Soortgelijke trajecten lopen ook in andere regio's, waarbij zorgverzekeraars in samenwerking met zorgaanbieders proberen te komen tot een andere ordening van het zorgaanbod.

Net als in het voorbeeld van Friesland Voorop, gaat met een fusie van ziekenhuizen veelal ook een selectie op zorgaanbod gepaard, waarbij concentratie plaatsvindt van complexe zorg⁴⁰⁸, wat kan leiden tot kwaliteitswinst. Echter, deze kwaliteitswinst treedt alleen op voor de complexe zorg, terwijl sommige fusies betrekking hebben op het integrale ziekenhuis. Andere minder vergaande samenwerkingsvormen, waarbij aandacht is voor onderscheid in onder meer hoog complexe en laag complexe zorg, lijken hierdoor meer gepast⁴⁰⁹. Tevens beogen ziekenhuizen doelmatigheidswinst te realiseren, o.a. via het realiseren van schaalvoordelen. Een belangrijk risico als gevolg van een fusie of samenwerking is een prijsstijging en afname van prikkels op kwaliteit, doordat concurrentie belemmerd kan worden. Een fusie of samenwerking kan concurrentie belemmeren, ondanks dat onder de Zvw gereguleerde concurrentie geldt: Concurrentie met doelmatigheid als doel en regulering met solidariteit en toegankelijkheid als doel. Om concurrentie in de zorg te laten leiden tot kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke zorg, moet aan bepaalde voorwaarden worden voldaan. Eén van deze voorwaarden is een effectief mededingingsbeleid, met als toezichthouder de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de NZa. Zo houdt de ACM toezicht op ongewenste kartels en op het tegengaan van monopolies en misbruik van economische machtspositie, zodat voldoende concurrentiedruk blijft bestaan en zorgverzekeraars en zorgaanbieders geprikkeld worden beter te presteren⁴¹⁰.

Tot op heden is een groot deel van de fusies tussen zorgverzekeraars en tussen ziekenhuizen goedgekeurd door de ACM²¹. Economische modellering vanuit de NZa bij recente ACM-besluiten laten het risico op prijsstijgingen zien⁴¹¹. Een voorbeeld van een fusie die geleid heeft tot een monopoliepositie zijn de Zeeuwse ziekenhuizen en een voorbeeld van een fusie die naar verwachting leidt tot een marktaandeel van meer dan 50% zijn de Tilburgse ziekenhuizen. Centraal in de redenering van de ACM is dat zorgverzekeraars aangeven de ziekenhuizen ook in de situatie na fusie verwachten te kunnen disciplineren, waardoor eventuele prijseffecten gemitigeerd kunnen worden. Op basis van de literatuur blijkt dit echter niet het geval^{412,413}. In 2014 is uit bezorgdheid over de gevolgen van een fusie voor de kwaliteit van zorg een zorgspecifieke fusietoets ingesteld⁴¹⁴, waarbij fusies eerst beoordeeld moeten worden door de NZa voor ze aangemeld kunnen worden bij de ACM. Op deze wijze worden stakeholders eerder betrokken in het proces. Wel wordt verwacht dat de fusietoets fusies vertraagt en dat de toets niet zal leiden tot afstel van fusies en daarmee mogelijk tot verhoging van administratieve lasten leidt⁴¹⁵. In de nu lopende evaluatie van de Wmg wordt bekeken wat de eerste uitwerkingen hiervan zijn in de praktijk. De resultaten van de uitwerking in de praktijk dienen tevens als input voor de verdere verbetermogelijkheden.

²⁰ In de evaluatie van de Wmg die begin september verschijnt, wordt ook nader ingegaan op fusies en concentraties van zorg.

²¹ Begin april 2014 is de fusie tussen AMC en VUmc afgekeurd, op basis van juridische gronden.

De kunst is dus te 'laveren' tussen het risico op prijsstijgingen en de te behalen kwaliteit en doelmatigheidswinst, waarbij de doelmatigheidswinst moet worden omgezet in daadwerkelijke premiedaling via lagere zorgkosten voor de zorgverzekeraar. Alleen dan is de maatschappelijke businesscase daadwerkelijk positief. Proactieve monitoring of deze doelmatigheidswinst daadwerkelijk optreedt en ook terugvloeit naar zorgverzekeraars (en uiteindelijk verzekerden) is vereist en gebeurt nu niet. Recent onderzoek⁴¹⁶ doet – naast een oproep tot kritische beoordeling van integrale ziekenhuisfusies om monopoliesituaties te voorkomen – de volgende aanbevelingen richting zorgverzekeraars en de ACM indien een fusie goedgekeurd wordt:

- Het contractueel vastleggen door zorgverzekeraars en daarmee incasseren van de beoogde doelmatigheidswinst door upfront eisen te stellen aan businesscase van fuserende partijen. De ACM dient toezicht te houden op de uitvoering hiervan.
- Het eisen dat uitkomsten van zorg openbaar worden, zodat de reisbereidheid van patiënten toeneemt, en de restconcurrentie groter wordt, waarmee eventuele prijseffecten zo veel mogelijk gemitigeerd worden.

4.4.6 (Verwachte) reputatierisico's zorgverzekeraars belemmering zorginkoop

In het model van gereguleerde concurrentie is aan de zorgverzekeraars de rol toebedeeld om als kritische inkopers van zorg ten behoeve van hun verzekerden de doelmatigheid in de zorg te bevorderen. Tegelijkertijd blijkt echter dat wanneer keuzes rondom de inkoop door zorgverzekeraars gemaakt worden er vaak lokaal weerstand ontstaat. Dit kan leiden tot reputatierisico's voor zorgverzekeraars. Ook in de evaluatie van de Zvw in 2009 werd aangegeven dat zorgverzekeraars huiverig waren voor selectief contracteren, omdat zij bang waren voor reputatieschade als zij hun keuze voor bepaalde zorgaanbieders niet konden onderbouwen met objectieve prestatie-indicatoren⁴¹⁷.

De angst voor reputatieschade blijkt nog steeds te bestaan onder zorgverzekeraars, zo stellen zij in de focusgroepen, en dit wordt bevestigd door andere veldpartijen. Zorgverzekeraars zijn bang dat verzekerden overstappen als de zorgaanbieder van hun voorkeur niet is gecontracteerd⁴¹⁸. Daarnaast zien zorgverzekeraars een risico voor reputatieschade, bijvoorbeeld als verzekerden publiciteit opzoeken als de zorgaanbieder van hun voorkeur niet gecontracteerd is⁴¹⁹. Ook kan reputatieschade plaatsvinden als er discussie ontstaat over een selectie criterium als kwaliteit, als andere zorgverzekeraars een bepaalde zorgaanbieder nog wel contracteren⁴²⁰. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het primair gaat over de *angst* voor reputatieschade. In de focusgroepen is aangegeven dat er in de praktijk nog weinig aanwijzingen zijn dat zorgverzekeraars ook daadwerkelijk verzekerden verliezen als gevolg van selectief contracteren. Wel zijn er dreigingen geweest, zoals naar aanleiding van het bericht dat de klinische geboortezorg bij De Sionsberg in Dokkum werd afgebouwd⁴²¹. Of dit daadwerkelijk heeft geresulteerd in opzeggingen bij De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) is echter niet duidelijk. Een ander voorbeeld betreft de ophef die ontstaan is bij verzekerden na het bericht dat Achmea (uiteindelijk tijdelijk) het Slotervaartziekenhuis niet heeft gecontracteerd. Ook toen gaven veel verzekerden aan dat zij hun zorgverzekering bij Achmea wilden opzeggen⁴²², het is ons echter niet bekend of dit daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Uit interviews met collectiviteiten bleek wel dat selectief contracteren niet gepercipieerd wordt als uiting van kwaliteitsselectie, maar vooral als uiting van kostenbesparing. Dit punt benadrukt nogmaals het belang van transparantie van kwaliteit van zorg (zie ook paragraaf 4.4.4).

In de focusgroepen is besproken in welke mate dit risico een optimale zorginkoop belemmert en zo ja, in welke mate. De deelnemers aan de focusgroepen bevestigen dat (de angst voor) het risico nog steeds actueel is. In welke mate dit een rol speelt bij beslissingen wisselt per situatie en het is moeilijk een generieke uitspraak hierover te doen. De (partiële) remedie die naar voren kwam in de focusgroepen is het meer en uitgebreider communiceren door zorgverzekeraars en overheid over het doel van selectief contracteren en de criteria voor het al dan niet contracteren van zorgaanbieders.

4.4.7 Huidige bekostiging specialistische GGZ (en medisch-specialistische zorg)

Waar deze evaluatie zich primair richt op de zorginkoop en niet zozeer op de bekostiging van zorg, blijken deze twee onderwerpen in de praktijk sterk verwant aan elkaar. Het type bekostiging bepaalt in sterke mate de sturingsmogelijkheden tijdens de zorginkoop en het gedrag dat gedurende het jaar gestimuleerd of juist geremd wordt. Eén van de gedachtes bij de invoering van de Zvw was dat aanbieders via prestatiebekostiging gestimuleerd werden tot het leveren van doelmatige zorg en dat door deze productstandaardisatie ook de kwaliteit per product inzichtelijk werd⁴²³. Kenmerkend voor prestatiebekostiging is dat niet de individuele handeling betaald wordt, maar dat betaald wordt voor het integrale product van zorg. Hierdoor wordt de zorgaanbieder gestimuleerd tot het leveren van doelmatige zorg.

In de dagelijkse praktijk van de twee grootste deelmarkten in de Zvw (specialistische GGZ en medisch-specialistische zorg) zien we dat de vigerende bekostiging nog 'fee for service'-elementen kent, die haaks staan op de gedachte van prestatiebekostiging. Zo wordt in de medisch-specialistische zorg via DOT's extra betaald voor langere opnames of extra polikliniekbezoeken. Tegelijkertijd zijn er in de DOT-systematiek ook kenmerken van prestatiebekostiging te vinden, doordat veel delen van de behandeling integraal betaald worden en heropnames binnen een bepaalde periode binnen dezelfde DOT voor rekening van de aanbieder zijn. Maar ook bij de prestatiebekostiging, door middel van bijvoorbeeld DOT-zorgproducten, is de prikkel voor volume beperking beperkt: hoe meer zorgproducten worden geleverd, hoe meer omzet er wordt gegenereerd. Sturing op praktijkvariatie rondom de indicatiestelling door zorgverzekeraars blijft daarmee essentieel.

In de specialistische GGZ is een volledig 'fee for service'-model ingevoerd onder de noemer van DBC's. Het lijkt erop dat bij de invoering van bekostigingssystemen uiteindelijk de wens van kostenhomogeniteit prevaleert boven het standaardiseren van prestaties waarbij prijs en kwaliteit goed inzichtelijk worden⁴²⁴. Nu is dit bij de zorginkoop deels te ondervangen door het werken met 'mandjes' van zorgproducten en zo ook inzicht te krijgen in de zogenaamde productmix van zorgaanbieders. Om dit te kunnen doen is echter enige mate van juiste segmentering/stagering/profilering een vereiste. Dit is in de specialistische GGZ momenteel afwezig, waardoor de zorginkoop bemoeilijkt wordt. Daarom lijkt het wenselijk dat in de specialistische GGZ een ander bekostigingssysteem wordt ingevoerd, waarbij de zorgvraag leidend is in plaats van de behandelvariatie in het aanbod, zoals dat op dit moment het geval is. Momenteel wordt door zorgverzekeraars en aanbieders gewerkt aan een betere segmentatie van patiënten in de specialistische GGZ via het zo goed mogelijk berekenen van de zorgvraagwaarde, waarbij een grove segmentatie plaatsvindt⁴²⁵. Daarnaast is er met de verwachte overheveling naar de langdurige GGZ in 2017, een weg ingeslagen naar meer producten naar zorgvraag in plaats van tijd. Het lijkt raadzaam om de resultaten en ontwikkelingen te betrekken bij een nieuw te ontwerpen bekostigingssystematiek voor de specialistische GGZ ergens in de komende jaren²². Eerste stappen hierin worden momenteel gemaakt. Door de NZa wordt in samenwerking met veldpartijen gewerkt aan een inhoudelijk verbeterde productstructuur voor de gespecialiseerde GGZ. In deze nieuwe productstructuur is beter een relatie te leggen tussen de zorgvraag van een patiënt en de behandelinzet dan in de huidige DBC's GGZ. Het streven is dat de gehele gespecialiseerde GGZ op termijn wordt bekostigd op basis van één bekostigingssysteem. De nieuwe productstructuur zal over enkele jaren de bestaande DBC's GGZ vervangen. De NZa richt zich daarbij op eerste stappen in de productstructuur voor een of twee diagnosegroepen per 2016 met een vervolg voor de rest van de gespecialiseerde GGZ in 2017⁴²⁶.

Een wijze van bekostiging die zowel kwaliteit als doelmatigheid stimuleert en volumegroeibelemerend werkt is uitkomstbekostiging: bekostiging op basis van uitkomstmaten. Door het kabinet is aangegeven dat uitkomstbekostiging de gewenste richting is qua bekostigingssystematiek^{427,428,429}. Ook in verschillende onderzoeken wordt uitkomstbekostiging gezien als *"een methode waarmee de volumegroei van onnodige zorg en van zorg waarvoor doelmatiger*

²² In de evaluatie van de Wmg, die begin september verschijnt, wordt tevens ingegaan op de bekostigingssystematiek in de specialistische GGZ.

*alternatieven voorhanden zijn beperkt kan worden*⁴³⁰. Om uitkomstbepaling te bewerkstelligen is inzicht in kwaliteitsindicatoren essentieel (zie hiervoor ook paragraaf 4.3.6 en 4.4.4). In kader 4.2 wordt een overzicht gegeven van ontwikkelmogelijkheden richting uitkomstbepaling.

4.5 Conclusie

Concluderend blijkt dat de laatste jaren de zorginkoop zich verder en positief heeft ontwikkeld. We zien dit tevens terug in de afname in de groei in zorgkosten tussen 2009 en 2013. Hoewel de zorguitgaven nog steeds toenemen is de groei in zorguitgaven sinds 2009 afgezwakt. In 2013 was de door het CBS verwachte groei in zorguitgaven 1,6%, wat de laagste groei is in de afgelopen vijftien jaar. Hoewel ontwikkelingen in zorginkoop niet de enige verklaring zijn voor de afname in groei, heeft de ontwikkeling van zorginkoop mede door introductie van omzetplafonds en aanneemsommen bijgedragen aan een afname van de groei in zorgkosten.

Belangrijke factoren die hebben bijgedragen aan deze ontwikkeling betreffen onder andere het afschaffen van het representatiemodel, het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars en de gesloten hoofdlijnenakkoorden. Ook de toename van de vrije prijzen in de eerste en tweede lijn en de toename van kwaliteitsindicatoren en kwaliteitsnormen hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van selectieve inkoop.

Tegelijkertijd zien we dat de zorginkoopmarkt nog niet optimaal functioneert en dat bijvoorbeeld selectieve zorginkoop mondjesmaat van de grond komt. Belemmerende factoren voor zorginkoop zijn: huidige weergave van artikel 13 van de Zvw en de late beleidscyclus waardoor er gedurende het jaar nog onzekerheid is over het beleid. Ook het gebrek aan transparantie in kwaliteit en de grote hoeveelheid kwaliteitsindicatoren vormen een belemmering voor de zorginkoop. Daarnaast spelen fusies en concentratie van zorg, de angst voor reputatieschade van zorgverzekeraars en de huidige bekostiging in de GGZ (en medisch-specialistische zorg) die voornamelijk gebaseerd is op fee for service een belemmerende rol voor de zorginkoop. Van deze belemmeringen verdienen het aanpassen van artikel 13 van de Zvw en het afdwingen van transparantie van uitkomsten van zorg de hoogste prioriteit de komende jaren.

4.6 Aanbevelingen

Op basis van onze bevindingen formuleren we de volgende aanbevelingen om de zorginkoop verder te optimaliseren:

- *Huidig artikel 13*. Het wijzigen van artikel 13 van de Zvw, waarbij zorgverzekeraars vrij zijn de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen – zonder uitzonderingsposities – draagt bij aan het verbeteren van de zorginkoop.
- Verhogen transparantie kwaliteit door inzet artikel 38 Wmg en regie op snelheid van transparantie door het Kwaliteitsinstituut. Transparantie van kwaliteitsindicatoren is van belang om zorg in te kunnen kopen. Deze transparantie is laag, en moet én kan op korte termijn verhoogd worden. We adviseren hierbij de volgende aanpak:
 1. De eerste stap betreft een aanwijzing van het Ministerie van VWS aan het Kwaliteitsinstituut of aan de NZa via artikel 38 Wmg om reeds lang beschikbare databronnen voor kwaliteit per direct (onzes inziens moet publicatie uiterlijk in 2015 plaatsvinden) openbaar te maken:
 - a) Het gaat hier om databronnen die reeds vele jaren gemeten worden en waarvan de relevantie voor patiënten en verzekerden evident is. Voorbeelden (niet uitputtend) hiervan zijn: de Nederlandse Kankerregistratie met 1/3/5-jaars overlevingscijfers per kankersoort per ziekenhuis, en klinische registraties zoals de Landelijke Trauma Registratie met 30-daagse overleving na traumata, BHN met informatie over sterfte na cardiochirurgie PRN met de cijfers over babysterfte, de DSCA met cijfers over complicaties en overleving bij darmkanker, en een aantal reeds beschikbare PROM's rondom electieve aandoeningen. Het gaat hier ook om bijvoorbeeld declaratiegegevens zoals de DIS-registratie, die ook een goed inzicht kunnen geven in de doelmatigheid per zorgaanbieder en op onderdelen ook inzicht geven in de kwaliteitsaspecten per zorgaanbieder.

- b) Een veel gehoord tegenargument tegen snelle openbaring is dat de genoemde databronnen nog niet 100% betrouwbaar zijn, omdat registraties soms niet volledig of onjuist worden ingevuld. Praktijkervaringen (o.a. de openbaring van de HSMR) laten nu juist exact het tegenovergestelde effect zien: juist door openbaring gaan zorgaanbieders aan de slag met het verbeteren en juist registreren van gegevens. Het niet openbaren van deze gegevens maakt dat het niet goed registreren eindeloos voortgezet kan worden.
 - c) Wel kan het zo zijn dat een nog niet volledig betrouwbare registratie reden kan zijn om afspraken te maken met zorgverzekeraars over een gefaseerd gebruik in de zorginkoop, bijvoorbeeld het eerste jaar na openbaring alleen als informatie voor dialoog, het tweede jaar als informatie voor verbeterafspraken en het derde jaar voor resultaatsafspraken incl. eventuele financiële consequenties. En daarnaast is een goede uitleg over wat de data wel en niet zeggen essentieel bij publicatie.
 - d) Tot slot is het van belang om openbaring gepaard te laten gaan met checks op de betrouwbaarheid van de kwaliteitsdata, bijvoorbeeld door assuranceverplichtingen op te leggen aan de beheerders van deze databases.
2. De tweede stap – die gelijktijdig met de eerste stap kan plaatsvinden – bestaat uit een aanwijzing vanuit VWS aan het Kwaliteitsinstituut om samen met veldpartijen (aanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties) onder regie van het Kwaliteitsinstituut een roadmap op te stellen waarin per zorgvraag/diagnose (voor alle deelmarkten in de Zvw) wordt aangegeven welke uitkomsten gewenst zijn, en in welke databases deze uitkomsten beschikbaar zijn c.q. hoe deze gemeten moeten gaan worden indien nog niet beschikbaar. Deze roadmap moet tijdlijnen kennen en uiterlijk medio 2015 beschikbaar zijn. Hierbij dient tevens aandacht te zijn voor de inrichting van de governance van de data en de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen. Een deel van de beschreven uitkomsten in deze roadmap zal dan reeds transparant zijn of op korte termijn worden, door de genomen actie vanuit VWS onder stap 1. De focus van de roadmap zal dan dus ook liggen op nog te ontwikkelen of de in ontwikkeling zijnde uitkomsten van zorg. Indien veldpartijen niet of niet tijdig deze roadmap opstellen dan doet het Kwaliteitsinstituut dit eigenstandig.
- Het is van belang om aan te geven dat de ervaring leert dat het een aantal jaar kan duren om uitkomsten te ontwikkelen, dus voor diagnosen/zorgvragen waarvoor nu nog helemaal geen uitkomsten beschikbaar zijn (hetgeen een minderheid is), is het denkbaar dat deze pas ruim later dan 2015 bekend zijn, maar de route daarnaartoe dient dus per medio 2015 bekend te zijn.
3. De NZa behoudt hierbij haar verantwoordelijkheid om zelf actie te ondernemen indien uitkomsten niet of niet snel genoeg openbaar worden, maar het primaat van het opstellen van de roadmap ligt bij het Kwaliteitsinstituut.

Het niet of niet snel genoeg opvolgen van deze aanbeveling leidt tot een suboptimale kwaliteit van zorg en een concurrentie op prijs in plaats van waarde van zorg.

- *Naar een andere manier van toezicht op fusies.* Fusies moeten begeleid worden door dwingende businesscases waardoor doelmatigheidswinsten ook daadwerkelijk terugvloeien naar de premiebetaler én uitkomsten dienen transparant te worden om zo de reisbereidheid en restconcurrentie te verhogen en daarmee prijseffecten zo veel mogelijk te mitigeren.
- *Vervroegen beleidscyclus.* Door de beleidscyclus te vervroegen hebben zorgverzekeraars en aanbieders meer tijd om zorg tijdig en zorgvuldig te contracteren.
- *Uitkomstbepaling.* De huidige manier van het contracteren van ziekenhuizen door zorgverzekeraars kan worden geoptimaliseerd door uitkomsten centraal te zetten, en/of instrumenten zoals shared savings in te zetten. Om daadwerkelijk de waarde van de zorg te verbeteren dienen integrale uitkomsten van zorg gecontracteerd te worden en niet inspanningen die (mogelijk) leiden tot deze uitkomsten⁴³¹. Hierbij is er voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders een belangrijke rol weggelegd om uitkomstbepaling te realiseren. Deze aanbeveling is nader uitgewerkt in kader 4.2.

- *Meerjarencontracten.* Meerjarencontracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen, in combinatie met een kwaliteitsagenda en strategische agenda, bijdragen aan de ontwikkeling van zorginkoop. Deze aanbeveling is nader uitgewerkt in kader 4.3.
- *Versterken sturing op gepast gebruik bij zorginkoop.* De nadruk op het belang van gepast gebruik van zorg is het afgelopen jaar sterk toegenomen. Door met zorginkoop meer te sturen op gepast gebruik kan de zorginkoop verder verbeterd worden, met als doel de kwaliteit en doelmatigheid verder te verhogen. Deze aanbeveling is nader uitgewerkt in kader 4.4.

Kader 4.2 Uitkomstbekostiging

Tijdens de focusgroepen is uitkomstbekostiging besproken als een van de routes voor ontwikkeling van de zorginkoop, waarbij er voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders een belangrijke rol is weggelegd om dit te realiseren. Veldpartijen zien dit als een reële mogelijkheid, maar geven daarbij wel aan dat bepaalde onderdelen van zorg (bijv. hulpmiddelen) zich minder lenen voor uitkomstbekostiging. In onderstaand kader beschrijven we een mogelijk stappenplan voor het vormgeven van uitkomstbekostiging, gebaseerd op het rapport *Betalen voor Kwaliteit – aan de slag met uitkomstbekostiging (KPMG Plexus, 2014)*.

Stap 1 Definiëren van uitkomsten

De eerste stap is om kwaliteit te definiëren in termen van uitkomsten van zorg. Lang is gedacht dat het erg moeilijk is om juiste uitkomsten te definiëren. Maar als het patiëntenperspectief centraal staat, in plaats van het aanbiedersperspectief, blijkt dit juist heel goed te lukken. Typen gewenste uitkomsten blijken zeer overeen te komen per groepen van diagnoses/populaties. In de huisartsenzorg is het doel bijvoorbeeld dat wordt voorkomen dat chronische ziekten ontsporen en dat ziekenhuisopnames voor bijvoorbeeld diabetes, COPD en hartfalen uitblijven. In de electieve zorg gaat het om een goede indicatiestelling (praktijkvariatie) in combinatie met een goede verschilscore op de *Patient Reported Outcome Measures* (PROM's) voor en na de operatie. In de oncologische zorg en de complexe spoedzorg gaat het om overleving en om voorkoming van diagnosespecifieke morbiditeit zoals heroperaties. In het sociaal domein tellen zowel maatschappelijke doelen als resultaten voor de individuele burger, zoals bevordering van zelfredzaamheid en arbeidsparticipatie en vermindering van schooluitval of percentages kinderen in gesloten jeugdzorg.

Stap 2 Meten van uitkomsten

De tweede stap naar betalen voor kwaliteit is de gedefinieerde uitkomsten meten. Uitkomsten moeten vergelijkbaar zijn, en dus is zorgzwaartecorrectie essentieel. En verschillen in scores moeten berusten op verschillen in kwaliteit, en niet op meetproblemen of toeval. Door de meest waardevolle databronnen (declaratiegegevens, klinische registraties en PROM's) slim te combineren, blijkt het merendeel van de gewenste uitkomsten in de cure anno 2014 al beschikbaar te zijn. Het belangrijkste aandachtspunt is het publiek maken van deze gegevens, die nu vaak alleen voor zorgaanbieders toegankelijk zijn.

Stap 3 Contracteren van uitkomsten

De grote uitdaging zit in de volgende stap: dat zorgfinanciers en zorgaanbieders uitkomsten contracteren, waarbij het betalen voor het *niet* behandelen (zogenaamd 'kijk- en luistergeld') uiteraard onderdeel is om gepast gebruik van zorg te stimuleren. Om aanbieders te belonen voor excellente uitkomsten, is het nodig dat financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) samen met aanbieders beschrijven wat de huidige en gewenste prestaties zijn, zowel absoluut (de score van een aanbieder) als relatief (vergeleken met de benchmark). Onderdeel hiervan zijn uiteraard ook afspraken over integrale kosten: de prijs en het volume van de zorg; en indien relevant (bijvoorbeeld bij chronische zorg) ook de kosten van patiënten door de hele keten.

Transparantie

Bij het contracteren van uitkomsten is transparantie naar de financier en naar het publiek een

vanzelfsprekendheid. Uitkomsten zijn niet statisch, maar worden geëvalueerd, en waar nodig ook aangepast: bijvoorbeeld als verbetering op een indicator niet langer mogelijk is. In onze ervaring zijn bilaterale afspraken tussen individuele zorgverzekeraars en (een groep van) aanbieder(s) over welke uitkomsten betrokken worden in een contract, vaak de snelste en meest vruchtbare route naar overeenstemming. Hierbij kan natuurlijk gebruik worden gemaakt van uitkomstensets die al beschikbaar zijn vanuit landelijke initiatieven, zoals klinische registraties en programma's vanuit de zorgverzekeraars. Contracteren op uitkomsten is een langetermijnafspraak. Financiers en aanbieders gaan gezamenlijk het traject in om de zorg beter te maken, maar het is een illusie om te denken dat die verandering van de ene op de andere dag zal optreden. Alleen door continu te sturen op goede uitkomsten kunnen, non-stop, verbeterlagen worden gemaakt.

Wijze van betalen

Tot slot moeten contractueel afspraken worden gemaakt over de wijze van betalen voor kwaliteit. Grofweg bestaan hier twee routes voor: het marktaandeel van excellente aanbieders vergroten via gedifferentieerde inkoop; of aanbieders belonen via een hoger tarief bij meer kwaliteit. Bij de eerste optie stijgen de inkomsten voor de aanbieder doordat de marginale kosten van extra patiënten lager zijn dan de additionele inkomsten, waardoor de marge stijgt. Bij de optie van een hoger tarief is een belangrijke voorwaarde dat elders in de keten de kosten dalen, opdat de integrale kosten niet toenemen.

Verbinding tussen financieringskaders

Een groot deel van het betalen voor kwaliteit vindt plaats binnen een financieringskader (Wmo, Zvw, AWBZ/Wlz, Jeugdwet) en daarmee vallen investeringen en opbrengsten ten deel aan dezelfde financier (zorgkantoor, gemeente of zorgverzekeraar). Denk aan uitkomstbeposting voor chronische ziekenhuiszorg: hiervan profiteert de zorgverzekeraar, die ook de betalende partij is. Echter, door bijvoorbeeld te investeren in wijkverpleging kunnen opnames in de Wlz voorkomen worden, waarbij het schot in de financiering ertoe leidt dat de zorgverzekeraar wellicht afziet van zo'n investering. Immers, de revenuen vallen in dit geval bij de overheid, terwijl de kosten liggen bij de zorgverzekeraar. Er zijn meer van dit soort voorbeelden. Denk aan de relatie tussen sociale wijkteams (gemeente) en de inzet van de huisarts (zorgverzekeraar). Het is daarom van belang om op lokaal niveau afspraken te maken over het 'shared savings'-model, waarbij de investerende partij gecompenseerd wordt door de 'ontvangende' partij.

Definitie van prestatie voor verschillende typen zorg

De definitie van een prestatie (of zorgproduct) is afhankelijk van het type zorg. De uitkomsten voor een electieve, geboorten, oncologische én/of complexe spoedzorgingreep beslaan een beperkt tijdspad, waardoor betaling 'per case' in de rede ligt. Voorwaarde is dan wel dat alle verrichtingen gerelateerd aan die case, inclusief bijvoorbeeld een heroperatie, deel uitmaken van het zorgproduct. Bij chronische zorg is er geen afgebakend tijdspad, wat betalen per case lastig maakt. Een abonnementstarief met daarbovenop betalen voor goede uitkomsten is hier een logische stap richting uitkomstbeposting, omdat op deze manier afgestapt wordt van 'fee for service'-elementen. Bij eerstelijnszorg (inclusief basisspoedzorg) biedt populatiebeposting een goede mogelijkheid tot uitkomstbeposting. Zorgaanbieders krijgen dan een bepaald bedrag per inwoner of verzekerde in hun populatie, ongeacht of die zorg gebruikt wordt of niet⁴³².

Kader 4.3 Meerjarencontracten

Tijdens de focusgroepen zijn ook meerjarencontracten besproken als één van de routes voor verdere ontwikkeling van de zorginkoop. Meerjarencontracten kunnen, in combinatie met een kwaliteitsagenda en strategieagenda, bijdragen aan de ontwikkeling van zorginkoop, doordat meerjarencontracten bijdragen aan het verminderen van transactiekosten. Tevens kunnen meerjarencontracten bijdragen aan de stabiliteit.

Meerjarencontracten komen nu vaak weinig tot stand door onzekerheid over het beleid de komende jaren, waardoor er veel onzekerheid in de markt is, waardoor meerjarencontracten te veel risico inhouden. Daarnaast is het zo dat meerjarencontracten alleen van toepassing kunnen zijn op spelers waarvan zorgverzekeraars denken dat ze ook een partij zijn die meerjarig een partner kan zijn op het gebied van prijs en kwaliteit. Dit is niet het geval voor alle aanbieders. Verder wisselen verzekerden ook mogelijk eens per jaar van zorgverzekeraar, hetgeen het voor zorgverzekeraars ook lastiger maakt om meerjarig te contracteren. Een van de opties ter stimulering van de totstandkoming van meerjarencontracten, die gesuggereerd werd in de focusgroep, is om patiënten/verzekerden de optie te bieden om zich meerdere jaren aan een zorgverzekeraar te binden. Hierdoor wordt investeren in preventie en innovatie voor zorgverzekeraars aantrekkelijker. De NZa heeft in een notitie aan de Minister aangegeven dat zij weinig voordelen zien in het mogelijk maken van meerjarige polissen voor verzekerden⁴³³. Tevens neemt dit voorstel de beleidsonzekerheid voor de toekomst niet weg die nu vaak juist de drempel is voor meerjarige contracten.

Kader 4.4 Gepast gebruik en zorginkoop

Bij zorginkoop wordt nog weinig gestuurd op het daadwerkelijk inkopen van gepast gebruik van zorg. De afgelopen jaren zijn diverse initiatieven opgericht om gepast gebruik van zorg te vergroten. Een voorbeeld hiervan zijn de Verstandige Keuzes die zijn opgesteld vanuit het initiatief Verstandig Kiezen, waarmee medisch specialisten en patiënten handvatten geboden worden voor gepast gebruik van zorg. Verstandige Keuzes geven aan welke zorg op basis van evidence-based onderzoek gepast is bij de zorgvraag van patiënten⁴³⁴. Hieronder wordt de richtlijn gegeven van de Verstandige Keuze voor rughernia⁴³⁵:

- Opereer niet wanneer er alleen sprake is van rugpijn.
- Opereer niet wanneer de beenpijn kort (<6 weken) duurt, maar wacht ook niet te lang (>6 maanden).
- Vraag geen MRI aan tijdens de natuurlijke herstelperiode of na een herniaoperatie.
- Opereer niet wanneer het dermatoom niet klopt met de beknelde zenuw.
- Pas nieuwe operatietechnieken voor lage rughernia uitsluitend toe in klinische trials.

Met zorginkoop sluit men aan bij dergelijke initiatieven van gepast gebruik, bijvoorbeeld door alleen zorg te vergoeden waarbij voldaan wordt aan de richtlijnen Verstandig Kiezen. Op deze wijze wordt geminimaliseerd dat zorg wordt ingekocht die niet past bij de huidige stand van de wetenschap. Dit draagt bij aan het vergroten van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Ten tijde van schrijven van deze evaluatie is voor een beperkt aantal aandoeningen een Verstandige Keuze-richtlijn beschikbaar. Het verdient dan ook aanbevelingen om dergelijke initiatieven van operationalisering van gepast gebruik te versnellen en te koppelen aan zorginkoop door zorgverzekeraars.



**Evaluatie Zvw:
Balance of power**

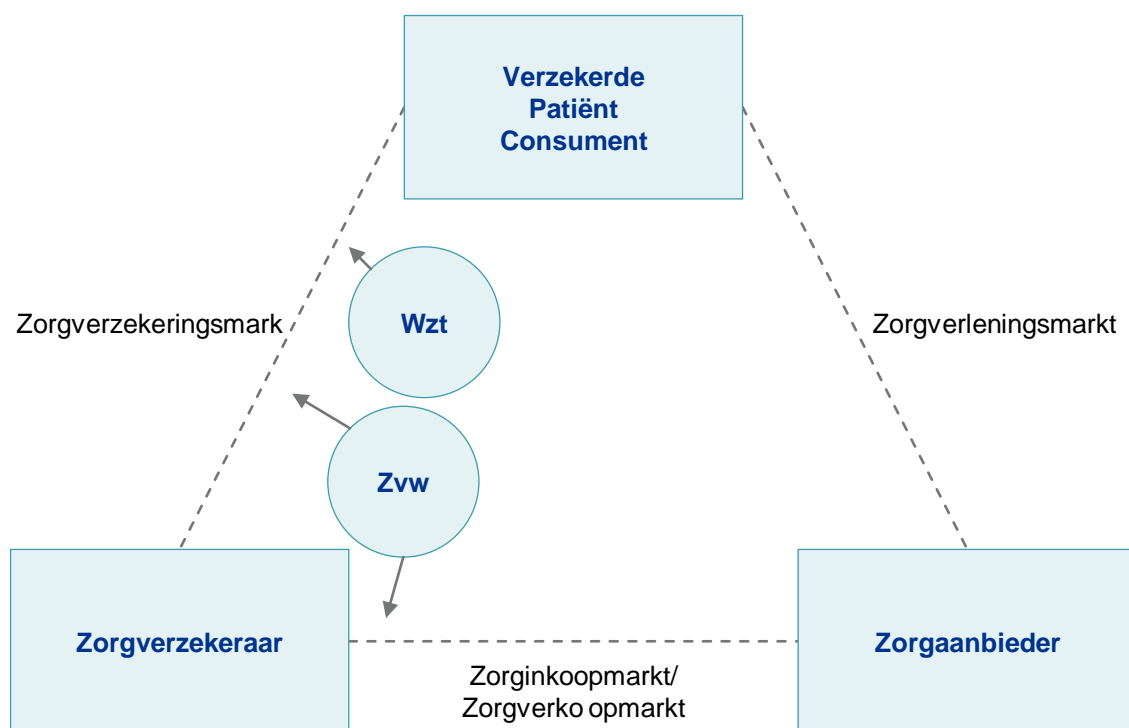
5 Evaluatie Zvw: Balance of power



5.1 Inleiding

Het zorgstelsel bestaat uit drie markten: de zorgverzekeringsmarkt, zorgverleningsmarkt en zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt. De Zvw heeft invloed op de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt (zie ook figuur 5.1).

Figuur 5.1: Zorgverzekeringsmarkt, zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt en zorgverleningsmarkt



Dit hoofdstuk beschrijft de balans tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt en zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt. De balans tussen verzekerden en zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt valt buiten de scope van deze evaluatie. Dit hoofdstuk beantwoordt daarmee onderzoeksvraag 3 a, b en c van de evaluatie:

- 3a) Hoe hebben de drie spelers (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden/patiënten) hun beoogde rol binnen de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt opgepakt en wat is het gewicht van de drie spelers hierbij? Is er sprake van een balance of power tussen de drie spelers?
- 3b) Wat zijn de effecten na zes jaar Zvw op de toegankelijkheid van de zorgverzekering vanuit het perspectief van de verzekerde?
- 3c) Wat zijn de effecten na zes jaar Zvw op de kwaliteit van de zorgverzekering?

5.1.1 Leeswijzer

De balans in (markt)macht tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt/verzekerde op de zorgverzekeringsmarkt en zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt laat zich lastig exact in kaart brengen. Zo is marktmacht niet alleen afhankelijk van het marktaandeel van een partij. Ook spelen de informatiepositie en competenties van medewerkers een belangrijke rol in het daadwerkelijk kunnen uitoefenen van een eventuele machtspositie die voort kan komen uit het marktaandeel. Daarnaast is het zo dat de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt in figuur 5.1 weliswaar zijn weergegeven als aparte markten, maar in de praktijk zijn deze markten niet los van elkaar te zien doordat zij interafhankelijk zijn: gebeurtenissen en de dynamiek op de zorgverzekeringsmarkt zijn van invloed op de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt en vice versa.

Ook wordt in het publieke debat vaak verwezen naar mogelijke disbalansen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Echter, een echte balance of power moet niet worden gezien vanuit zorgaanbieders (of zorgverzekeraars), maar vanuit het perspectief van de eindgebruiker: de patiënt/verzekerde. De patiënt/verzekerde staat hiermee dan ook centraal in de uitkomsten van de balans tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt/verzekerde op de zorgverzekeringsmarkt en zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt.

Tot slot dient het abstracte begrip balance of power worden uitgedrukt in maat en getal. We doen dit door in dit hoofdstuk te kijken naar de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg vanuit het perspectief van de patiënt/verzekerde. In paragraaf 5.2 wordt een nadere beschrijving gegeven van het conceptueel kader dat gebruikt wordt bij de analyse van de balance of power. Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 een overzicht gegeven van de positionering van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden/patiënten. In paragraaf 5.4 wordt de marktmacht op de zorgverzekeringsmarkt vanuit het gezichtspunt van de patiënt/verzekerde bekeken en in paragraaf 5.3.3, 5.4.4 en 5.4.5 wordt tevens antwoord gegeven op deelvraag 3 b en 3 c. In paragraaf 5.5 wordt een beschrijving gegeven van de marktmacht op de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt vanuit het gezichtspunt van de patiënt/verzekerde. Het hoofdstuk sluit af met conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de balance of power in het stelsel.

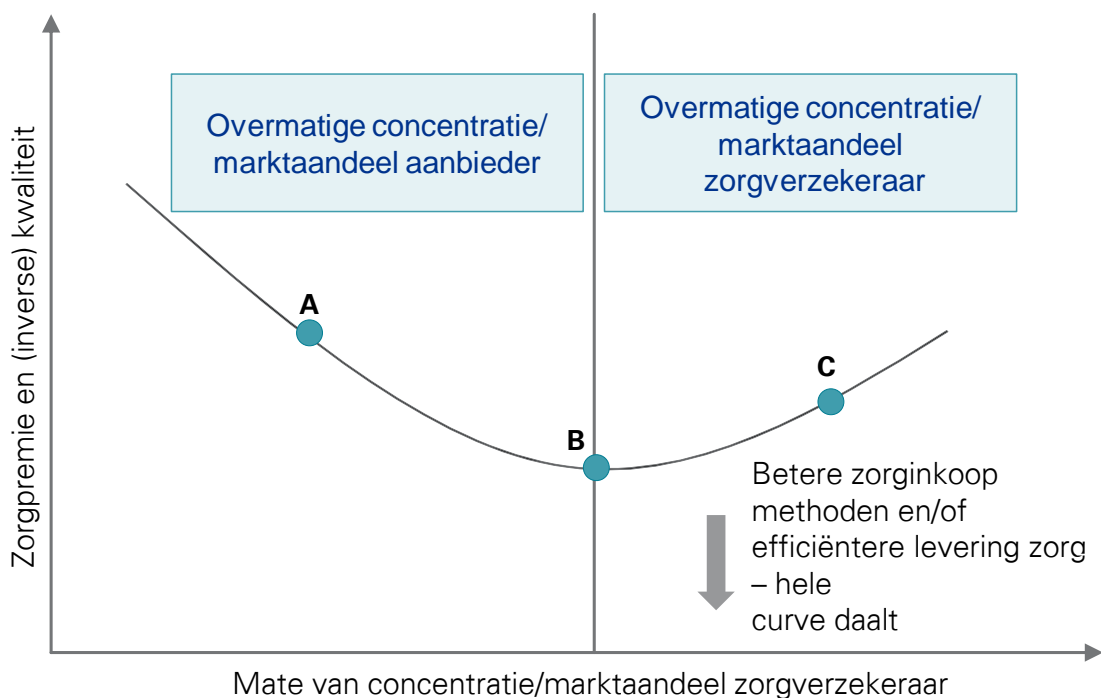
5.2 Conceptueel kader: balance of power

In de zorg betreft de balance of power een resultante van de machtsbalans (o.a. het marktaandeel, maar ook de informatievoorziening) van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de machtsbalans tussen zorgverzekeraars en verzekerde. Het hier beschreven denkkader is uiteraard een schematische beschrijving van de werkelijkheid, maar biedt aanknopingspunten om de deelvragen uit dit hoofdstuk systematisch en in samenhang met elkaar te analyseren.

In figuur 5.2 is de balance of power schematisch weergegeven door het optimum van betaalbaarheid en kwaliteit (y-as) als functie te zien van de mate van concentratie/marktaandeel van de zorgverzekeraar, uitgaande van een vaststaande mate van aanbiederconcentratie (x-as). Bij punt A is het marktaandeel van de zorgverzekeraar relatief gering ten opzichte van de zorgaanbieders. Ten gevolge van deze verdeling van marktaandeel loopt de premie (onnodig) op ten gevolge van ondoelmatigheid bij de zorgaanbieders. Ook de druk van kwaliteit van zorg op zorgaanbieders neemt af, waardoor mogelijk ook kwaliteit suboptimaal is. Bij punt B is sprake van een optimale 'balance of power' waarbij de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid voor de verzekerden optimaal zijn. Naarmate het marktaandeel van de zorgverzekeraar verder toeneemt (punt C), geldt dat de betaalbaarheid afneemt (en de premie oploopt), en de kwaliteit afneemt.

Door de ontwikkeling van zorginkoop (zie ook hoofdstuk 4) kan de hele curve zich omhoog bewegen: er is een toename van betaalbaarheid en kwaliteit. Ook onder invloed van innovaties die bijdragen aan het leveren van efficiëntere zorg, kan de gehele curve omhoog bewegen. Een vergelijkbare curve is te maken voor de zorgverzekeringsmarkt.

Figuur 5.2: Conceptueel kader balance of power (y-as gaat primair uit van de hoogte van de zorgpremie, kwaliteit heeft een inverse schaal op de y-as).



5.3 Positionering van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden

Zoals in het conceptueel kader is besproken, is de positionering van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënt/verzekerde van belang voor de balance of power op de zorgverzekeringsmarkt en zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt. Indien zorgaanbieders of zorgverzekeraars een te grote marktmacht hebben, kan dit leiden tot een disbalans en daarmee verminderde druk op kwaliteit en doelmatigheid. Deze paragraaf geeft achtereenvolgens een beschrijving van de positionering van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/verzekerden. Daarna gaan we in op de balance of power op de twee onderzochte deelmarkten: de zorginkoop- en zorgverzekeringsmarkt.

5.3.1 Vier grote zorgverzekeraars hebben een gezamenlijk marktaandeel van 90%, wel ruimte voor nieuwe toetreders

In 2013 waren op de zorgverzekeringsmarkt 26 zorgverzekeraars actief, verdeeld over negen concerns. De vier grootste concerns, Achmea, VGZ, CZ en Menzis, hadden in 2013 respectievelijk ongeveer 32%, 25%, 20% en 13% marktaandeel. Gezamenlijk bezitten deze vier grote verzekeraars ongeveer 90% van de zorgverzekeringsmarkt. De overige verzekeraars hebben alle een marktaandeel van 0,5% tot 3%⁴³⁶.

De concentratiegraad van zorgverzekeraars is in Nederland tussen 2011 en 2012 toegenomen als gevolg van fusies. Vooral in de provincie Friesland is de concentratiegraad relatief hoog⁴³⁷.

Voor een evenwichtige markt zijn er voor nieuwe toetreders geen belemmeringen en voor bestaande marktpartijen (bijvoorbeeld bij verlieslatendheid) geen belemmeringen om de markt te verlaten. Op deze wijze wordt gestimuleerd dat indien een zorgverzekeraar zijn premie zou verhogen om excessieve winst te maken, een nieuwe toetreders de markt zal betreden om de concurrentie op prijs aan te gaan en deze winst terug zal dringen⁴³⁸. Er zijn geen nieuwe toetreders op de zorgverzekeringsmarkt. Zo is een poging van zorgverzekeraar Anno12 om de zorgverzekeringsmarkt te betreden, gestrand. Het bleek voor Anno12 niet mogelijk om net als de andere zorgverzekeraars de verlaging van de nominale premie in 2013 te kunnen bieden⁴³⁹ (zie ook tabel 3.10). Wel worden

jaarlijks nieuwe labels geïntroduceerd, zoals de HEMA-zorgverzekering via Menzis. De Zvw staat nieuwe toetreding van zorgverzekeraars wel toe en in het geval van uittreding is de positie van de verzekerden op grond van artikel 31.1 Zvw volledig gewaarborgd⁴⁴⁰. De belangrijkste barrière voor nieuwe toetreders is een solvabiliteitseis. De solvabiliteitseis is wenselijk, vanuit het oogpunt om een financieel gezonde markt te behouden. Ook de NZa⁴⁴¹ constateert dat *“er op de zorgverzekeringsmarkt ruimte is voor toetreding en kleine spelers met een duidelijk eigen gezicht”* en dat het voor nieuwe zorgverzekeraars mogelijk is om binnen *“enkele jaren een minimaal noodzakelijke schaal te bereiken”*. Wel geeft de NZa⁴⁴² aan dat er drempels zijn voor nieuwe toetreders, zoals solvabiliteitseisen van De Nederlandsche Bank (DNB) en de benodigde aanvangsinvesteringen, de afschaffing van ex post compensaties (door de kleine schaal zijn nieuwe toetreders relatief gevoelig voor specifieke populaties die niet volledig ex ante verevend worden), het grote aantal collectiviteiten en de benodigde (regionale) inkoopmacht. Maar zoals onderzoek van iBMG ook aangeeft: *“Deze toetredingsdrempels zijn echter voor een belangrijk deel inherent aan het model van gereguleerde concurrentie zelf.”*⁴⁴³

5.3.2 Toename samenwerking tussen zorgaanbieders

De verdeling van marktaandeelen van zorgaanbieders verschilt per deelmarkt en regio. Het aantal ziekenhuizen neemt in Nederland de laatste jaren af; wel zijn er nieuwe toetreders, waaronder ZBC's⁴⁴⁴. In 2013 waren in Nederland 107 ziekenhuizen, terwijl er in 2009 nog 116 ziekenhuizen waren. Deze afname is het gevolg van samenwerking tussen ziekenhuizen. Er zijn vele vormen van samenwerking tussen ziekenhuizen zichtbaar (o.a. fusie, coöperatievorming en gezamenlijke inkoopfunctie). Uitgangspunten van de samenwerking vormen veelal regionaal gebaseerde herverdelingen van zorg, waarmee ziekenhuizen hun zorgportfolio willen optimaliseren door middel van samenwerking⁴⁴⁵ (zie ook hoofdstuk 4, paragraaf 4.4.5). Wat betreft de omvang van marktaandeelen van aanbieders blijkt dat het marktaanbod divers is en verdeeld is over verschillende ziekenhuizen. Zo laat onderzoek van de NZa⁴⁴⁶ zien dat *“ruim 90 procent van de landelijke ziekenhuisomzet is verspreid over specialismen die door meer dan 80 ziekenhuizen worden aangeboden”*. Ook de verdeling qua specialismen is gelijkmatig.⁴⁴⁷ De liquiditeit en solvabiliteit van aanbieders van medisch-specialistische zorg zijn de laatste jaren verbeterd⁴⁴⁸. De samenwerking tussen ziekenhuizen wordt door de ACM (en vanaf 2014 ook door de NZa) getoetst aan de wet van gereguleerde marktwerking. Het doel van deze toets is dat het speelveld van gereguleerde concurrentie wordt behouden. In de praktijk blijkt wel dat, ondanks deze toets, het risico op een te grote marktmacht ten gevolge van een fusie niet altijd juist wordt ingeschat⁴⁴⁹. Ook laat onderzoek bij recente ACM-besluiten het risico op prijsstijgingen zien⁴⁵⁰. Ook zijn er praktijkvoorbeelden van fusies die geleid hebben tot een monopoliepositie (Zeeuwse ziekenhuizen) of fusies die naar verwachting leiden tot een marktaandeel van meer dan 50% (Tilburgse ziekenhuizen) (zie ook hoofdstuk 4, paragraaf 4.4.5)²³.

In de eerstelijnszorg is er over het algemeen een groot aanbod en een beperkte marktconcentratie⁴⁵¹. Meer specifiek, in de paramedische zorg is het zorgaanbod zeer gefragmenteerd. Grotere aanbieders van bewegingszorg krijgen in toenemende mate meer invloed op de contractering met zorgverzekeraars, terwijl kleinere aanbieders te maken hebben met *“scherpe inkoop van zorgverzekeraars gezien het overaanbod in deze markt en de daarbij behorende standaardcontracten”*⁴⁵². In de tandartsenzorg is eerder een onderaanbod dan een overschot. De contracteergraad bij tandartsen ligt ook laag. De NZa geeft aan dat *“tandartsen nauwelijks contracten tekenen, ook als zorgverzekeraars daar wel de mogelijkheid toe bieden”*⁴⁵³. In de farmacie hebben zorgverzekeraars in 2013 gemiddeld met 94% van de apotheken en apotheehoudende huisartsen een contract⁴⁵⁴. In de huisartsenzorg is het aanbod ook gefragmenteerd. Er wordt door zorgverzekeraars niet onderhandeld over inschrijftarieven en tarieven voor consulten⁴⁵⁵.

²³ Zie voor een meer gedetailleerd overzicht van de fusies en de fusietoets de evaluatie van de Wmg welke in het najaar 2014 verschijnt.

In de curatieve GGZ-zorg is sprake van een hoge marktconcentratie⁴⁵⁶. Wel komen er steeds meer instellingen bij. In 2010 zijn 24 nieuwe (niet-gebudgetteerde) instellingen toegetreden. Er zijn in 2010 89 niet-gebudgetteerde GGZ-aanbieders en in 2012 waren er 178 gebudgetteerde instellingen⁴⁵⁷.

5.3.3 Positie van verzekerden en de rol van collectiviteiten

Verzekerden worden in het stelsel in toenemende mate gepositioneerd als consumenten in het zorgstelsel⁴⁵⁸. De vraag is of verzekerden wel altijd voldoen aan het ideaalbeeld van kritische zorgconsumenten⁴⁵⁹. Uit onderzoek van Nivel⁴⁶⁰ blijkt dat er duidelijke verschillen zijn in voorkeuren, behoeften en mogelijkheden van verzekerden. Vooral ouderen, lager opgeleiden en mensen met een laag inkomen willen of kunnen geen actieve rol vervullen in hun ziekte en zorg. Bijna de helft van de Nederlanders heeft bijvoorbeeld onvoldoende kennis, motivatie en zelfvertrouwen om een grotere, actievere rol te krijgen in de omgang met hun gezondheid en ziekte; 40% van de chronisch zieken mist de vaardigheden voor 'zelfmanagement'; en lichamelijk gehandicapten en ouderen hebben niet altijd financiële middelen en toegankelijkheid tot voorzieningen om te participeren in de samenleving⁴⁶¹.

5.3.3.1 Invloed van verzekerde via collectiviteit

Door zich als verzekerde aan te sluiten bij een collectiviteit kan de invloed van verzekerden worden vergroot. In 2014 was ruim 71% van de verzekerden collectief verzekerd. Zorgverzekeraars zijn in hoge mate afhankelijk van collectiviteiten. Ruim tweederde van de zorgverzekeraars heeft in 2012 en 2013 een collectiviteitsgraad van meer dan 50% (percentage collectief verzekerden ten opzichte van het totaal aantal verzekerden van de zorgverzekeraar)⁴⁶². Daarbovenop is de collectiviteitenmarkt extra belangrijk, omdat de contracten tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten vaak voor meerdere jaren worden afgesloten en daarmee een stabiel deel vormen van de verzekerdenpopulatie van een zorgverzekeraar. Wel kunnen verzekerden hun verzekering via het collectief elk jaar opzeggen en overstappen. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars via collectiviteiten grote groepen (potentiële) verzekerden bereiken. Via werkgeverscollectiviteiten kunnen zorgverzekeraars ook de gezondheid van werknemers beïnvloeden, wat bij kan dragen aan afname van de schadelast.

De wijze van invloed van collectiviteiten op zorgverzekeraars verschilt sterk per (type) collectiviteit. Zoals eerder beschreven (zie paragraaf 3.5.4), lijkt de nadruk tijdens onderhandelingen tussen collectief en zorgverzekeraar met name op premie te liggen en in mindere mate op gezondheidswinst en kwaliteit van zorg(inkoop). Het is van belang om aan te geven dat de nadruk op premie tijdens onderhandelingen aan lijkt te sluiten bij de belangen van verzekerden. Onderzoek uit 2009⁴⁶³ laat zien dat voor ruim 90% van de collectiviteiten de korting op de premie van de BV en de AV belangrijk is in de keuze voor een zorgverzekeraar, terwijl zorginhoudelijke aspecten minder belangrijk worden gevonden.

De mate van invloed op het beleid van zorgverzekeraars hangt met name samen met de omvang van het collectief. De omvang van gelegenheidscollectiviteiten is meestal groter dan van patiëntencollectiviteiten en werkgeverscollectiviteiten (vanwege de selectere doelgroep). Uit onze interviews blijkt dat zorgverzekeraars voornamelijk een standaardkortingsbeleid hanteren. Afhankelijk van de omvang van het collectief wordt een standaardkorting toegepast: hoe groter de omvang van het collectief, hoe groter de invloed (zie ook paragraaf 3.5.5). Wel bestaat (enige) onderhandelingsruimte over de korting, de inhoud van het aanvullend pakket en dienstverlening van de zorgverzekeraar. Zo biedt een zorgverzekeraar bijvoorbeeld sportfysiotherapie aan een collectiviteit voor sporters en heeft een zorgverzekeraar een speciaal pakket samengesteld voor een collectiviteit waar in de AV aanvullende afspraken over alternatieve geneeswijzen zijn opgenomen.

5.3.3.2 Voor- en nadelen van collectiviteiten

In de interviews zijn diverse voor- en nadelen van het bestaan van collectiviteiten genoemd. Geïnterviewden benoemden als voordeel dat collectiviteiten een stem geven aan individuen door belangen te vertegenwoordigen. Zowel zorgverzekeraars als collectiviteiten gaven aan dat het bestaan van collectiviteiten de mogelijkheid biedt een inhoudelijk dialoog met elkaar aan te gaan, bijvoorbeeld over de mogelijkheden voor de inhoud van de AV. Ook worden de meerjarige contracten die vaak

worden afgesloten met collectiviteiten door zorgverzekeraars als positief ervaren. Werkgeverscollectiviteiten en zorgverzekeraars geven beide aan dat zij via deze constructie (potentieel) in staat worden geacht samen te werken aan arbeidsgerelateerde gezondheid, wat de werkgever, de zorgverzekeraar, en ook de werknemer ten goede kan komen.

Collectiviteiten hebben echter – in de huidige vorm – ook nadelen. In de huidige vorm is er voor een belangrijk deel sprake van een zero sum game die geen daadwerkelijke waarde toevoegt, omdat de focus van een groot deel van de collectiviteiten uitsluitend ligt op het behalen van een premiekorting. Daarnaast kan het zo zijn dat collectiviteiten de mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt beperken omdat leden van collectiviteiten wellicht minder geneigd zijn over te stappen, alhoewel hier slechts beperkt onderzoek naar gedaan is.

5.3.3.3 Invloed van verzekerde via patiëntenverenigingen

Uit de interviews blijkt dat patiëntenverenigingen, al dan niet via het patiëntencollectief, invloed uitoefenen op de zorgverzekeraars via lobbywerkzaamheden (gesprekken met zorgverzekeraars en met politieke partijen), via publicatie van onderzoeken, via publicatie van ervaringen van patiënten, via de media en via deelname aan de Hoofdlijnenakkoorden. De invloed richt zich op de samenstelling van de aanvullende pakketten, kwaliteitsdenken vanuit patiëntenperspectief en dit betrekken in de zorginkoop. Een voorbeeld hiervan is de Dwarslaesie Organisatie Nederland de Zorgstandaard Dwarslaesie⁴⁶⁴ opgesteld, waarin richtlijnen voor inkoop van dwarslaesie zorg zijn opgesteld voor zorgverzekeraars. Een ander voorbeeld is het project 'Sterker op drie fronten', waarin negen huidpatiëntenverenigingen sinds 2013 samenwerken aan het versterken van de positie van huidpatiënten bij zorgverzekeraars, door het vergroten van transparantie, volledigheid en eenduidigheid van vergoedingen in de BV en de AV⁴⁶⁵. Tevens is de website Zorgkaart Nederland opengesteld, waar vergelijkingen tussen zorgaanbieders kunnen plaatsvinden en waardoor indirect invloed wordt uitgeoefend op de nadruk op kwaliteit en de zorginkoop van zorgverzekeraars. De daadwerkelijke invloed van patiëntenverenigingen lijkt echter ook samen te hangen met de omvang van de patiëntenvereniging; zo geven partijen aan tijdens de gesprekken.

Al met al, lijkt op basis van onze interviews dat er zeker sprake is van (enige) invloed op het beleid van zorgverzekeraars vanuit patiëntenverenigingen/collectieven. In hoeverre deze invloed 'voldoende' is, is moeilijk vast te stellen omdat de exacte omvang van de invloed lastig te duiden is net zoals dat het lastig is om een norm te definiëren over wat het gewenste niveau van invloed zou moeten zijn.

5.3.3.4 Ledenraden

Op basis van de interviews die gehouden zijn, blijkt de invloed van verzekerden via ledenraden⁴⁶⁶ meer een klankbordfunctie te betreffen dan beïnvloeding van beleid van de zorgverzekeraar. Ledenraden komen gemiddeld twee tot drie keer per jaar bij elkaar en houden dan gezamenlijk met de raad van bestuur een vergadering van ongeveer twee tot drie uur. De leden van de ledenraden zijn verzekerden van de zorgverzekeraar, veelal gepensioneerde leden die een bijdrage willen leveren aan de zorg. Tijdens de vergaderingen wordt gesproken over de hoogte van de premie, de aanvullende pakketten en wordt de jaarrekening besproken. Ledenraden hebben een formele adviesfunctie binnen zorgverzekeraars. De ledenraad geeft bijvoorbeeld advies over het benoemen van bestuursleden. Daarnaast heeft de ledenraad, vanuit het oogpunten van verzekerden, een adviserende rol in het beleid van een zorgverzekeraar. Dit advies is niet bindend. Uit interviews blijkt dat de rol van ledenraden met name is om de stem vanuit de praktijk bij de zorgverzekeraars onder de aandacht te brengen. Er lijkt dus geen sprake van consequente invloed of sturing op het beleid van zorgverzekeraars, hetgeen alleen al door de frequentie van de bijeenkomsten moeilijk is vorm te geven.

5.3.3.5 Invloed van verzekerde via (dreiging) tot overstappen

Verzekerden (al dan niet in collectief) kunnen naast de invloed via onderhandelingen en via ledenraden, ook invloed uitoefenen op zorgverzekeraars door (dreiging) van overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Door (dreiging) tot over te stappen, zorgen verzekerden voor druk op premie en kwaliteit van zorgverzekeraar. Deze dreiging is het grootst indien een collectief van verzekerden

dreigt over te stappen, aangezien daarmee grotere aantallen van verzekerden zijn gemoeid. De afgelopen jaren lijkt het aantal verzekerden dat overstapt toe te nemen, alhoewel er sprake is van fluctuatie per jaar. Een belangrijke reden voor de toename is het inzicht in premieverschillen, onder andere door vergelijkingswebsites (zie ook paragraaf 3.5).

Tussen 2009 en 2013 is het aantal mensen dat overstapt naar een andere zorgverzekeraar toegenomen, waarbij in 2009 3,6% van de verzekerden instroomde bij een andere zorgverzekeraar en in 2013 8,3% (zie ook paragraaf 3.3.4). Opvallend hierbij is tevens dat het aantal verzekerden dat overstapt naar een individuele verzekering daalt en het aantal verzekerden dat naar een collectieve zorgverzekering overstapt stijgt. Het aantal overstappers naar individuele verzekeringen daalde tussen 2012 en 2013 van 2,1% naar 1,9%. Het aantal overstappers naar collectieve verzekeringen steeg in dezelfde periode van 3,9% naar 6,3% en daarmee nam ook het aantal collectief verzekerden toe.

Het aantal verzekerden dat binnen een zorgverzekeraar overstapt ligt lager: 1,1% van de verzekerden stapte in 2013 over van een individuele naar een collectieve verzekering en 0,4% van de verzekerden stapte in 2013 over van een collectieve naar een individuele verzekering. Met de toename van het aantal collectief verzekerden, wordt de instroom en uitstroom van verzekerden bij een zorgverzekeraar in toenemende mate bepaald door de mobiliteit van collectiviteiten⁴⁶⁷. Zo was in 2011 en 2012 tweederde van het totaal aantal overstappers verzekerd via een collectief⁴⁶⁸.

In de interviews is aangegeven dat collectiviteiten als geheel weinig overstappen. Uit onderzoek van de NZa blijkt dat het overstappen van een collectiviteit door werkgevers en andere partijen als te belastend wordt gezien ten opzichte van de te behalen resultaten. Daarnaast zijn veel collectiviteiten geen zuivere collectiviteiten, maar faciliteren zij individuele deelnemers. Bij een overstap zouden deze collectiviteiten alle individuele deelnemers om toestemming moeten vragen⁴⁶⁹. Toch stappen wel enkele collectiviteiten als geheel over. In 2013 is 8,3% van de verzekerden ingestroomd bij een andere zorgverzekeraar. Hiervan omvat 1,1 procentpunt de overstap van een label en een aantal collectiviteiten naar een andere zorgverzekeraar⁴⁷⁰.

Tegelijkertijd is het effect van (de dreiging tot) overstappen door een collectief hoger, gezien de grote aantallen verzekerden die hiermee gemoeid zijn. Interviews onderbouwen deze conclusies. Zorgverzekeraars geven aan dat collectiviteiten niet vaak overstappen. Vaak bestaan langetermijncontracten tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten (contracten van drie jaar lijken gangbaar). Dit geldt vooral voor werkgeverscollectiviteiten. Zorgverzekeraars en collectiviteiten geven aan dat de langetermijnrelaties voordelen bieden. Zo worden samenwerkingsrelaties opgebouwd en wordt voor werkgeverscollectiviteiten gezondheidsbeleid opgesteld. Ook worden zorgverzekeraars hiermee meer gestimuleerd om zorgspecifieke vragen vanuit hun leden te vertalen in hun zorginkoop. Deze investeringen zijn lonender door de langeretermijnverbintenis. Andere collectiviteiten en zorgverzekeraars vinden meerjarencontracten echter te risicovol, door continu veranderende omstandigheden. Wel geven zorgverzekeraars aan dat collectiviteiten, al dan niet verplicht, om een aantal jaar offertes opvragen of een aanbesteding uitschrijven; daarmee lijkt de dreiging van een overstap wel aanwezig.

Zoals eerder beschreven kan de invloed van verzekerden versterkt worden via collectiviteiten. Het aandeel collectief verzekerden neemt toe, en hiermee neemt het belang van collectiviteiten meer toe. Ook vindt de invloed van verzekerden op zorgverzekeraars ook plaats via (de dreiging tot) overstappen. Wel blijken collectiviteiten als geheel weinig over te stappen, maar de dreiging tot overstappen door een geheel collectief heeft een groter effect dan voor individueel verzekerden.

5.3.4 Conclusie

De marktaandelen van zorgverzekeraars zijn in 2014 zo verdeeld dat vier zorgverzekeraars het grootste deel van de markt bezitten. Aangezien het hier gaat om een landelijke markt, zijn deze marktaandelen niet te vergelijken met die van zorgaanbieders die opereren op een lokale en soms regionale markt.

De marktmacht van zorgaanbieders verschilt per regio en per deelmarkt. Zo zijn er landelijk gezien voldoende aanbieders van medisch-specialistische zorg, maar verschilt de concentratie van medisch-specialistische zorg sterk per regio. In de eerstelijnszorg is er over het algemeen voldoende aanbod en een beperkte marktconcentratie. In de curatieve GGZ-zorg is sprake van een hoge marktconcentratie.

De afgelopen jaren zijn de mogelijkheden voor invloed van verzekerden toegenomen, onder andere doordat een toenemend aantal verzekerden zich collectief verzekert. De invloed van verzekerden via collectiviteiten op zorgverzekeraars richt zich echter met name op de hoogte van de premie en nog weinig op gezondheidswinst en kwaliteit van zorg(inkoop). De mate van invloed lijkt samen te hangen met de omvang van het collectief. Ook via patiëntenverenigingen hebben verzekerden invloed op zorgverzekeraars, bijvoorbeeld op de inhoud van aanvullende pakketten, kwaliteitsdenken vanuit patiëntenperspectief en dit betrekken op zorginkoop. In hoeverre deze invloed 'voldoende' is, is moeilijk vast te stellen omdat de exacte omvang van de invloed lastig te duiden is net zoals dat het lastig is om een norm te definiëren over wat het gewenste niveau van invloed zou moeten zijn. Op basis van de interviews die gehouden zijn, blijkt verder dat de invloed van verzekerden via ledenraden meer een klankbordfunctie betreft dan beïnvloeding van beleid van de zorgverzekeraar. Ten slotte hebben verzekerden invloed op zorgverzekeraars via (dreiging tot) overstappen. Tussen 2009 en 2013 is het aantal mensen dat overstapt naar een andere zorgverzekeraar toegenomen. Opvallend hierbij is tevens dat het aantal verzekerden dat overstapt naar een individuele verzekering daalt en het aantal verzekerden dat naar een collectieve zorgverzekering overstapt stijgt. Collectiviteiten blijken als geheel weinig over te stappen, maar de dreiging tot overstappen door een geheel collectief heeft een groter effect dan voor individueel verzekerden.

5.4 Balance of power op de zorgverzekeringsmarkt

Bij een disbalans in de marktmacht op de zorgverzekeringsmarkt, waarbij zorgverzekeraars relatief veel marktmacht hebben ten opzichte van de patiënt/verzekerde, zal voor zorgverzekeraars de prikkel voor het borgen van goede prijs/kwaliteit afnemen (zie ook figuur 5.2). Om zicht te krijgen op de marktmacht op de zorgverzekeringsmarkt worden prijs en kwaliteit geoperationaliseerd zoals geleverd door de zorgverzekeraar gezien vanuit de verzekerde/patiënt. Dit gebeurt aan de hand van de volgende indicatoren²⁴:

■ Prijs:

- Premie van zorgverzekeringen voor verzekerden en invloed van verzekerden op premie, als indicatie van (sturing op) doelmatigheid.
- Beheerskosten.
- Omzet en exploitatieresultaat zorgverzekeraars, als inzicht in de mate waarin verzekeraars doelmatigheid terugvloeien naar verzekerden:
 - Voor dit onderdeel gaan we ervan uit dat uiteindelijk alle winsten van zorgverzekeraars zouden moeten terugvloeien naar de premiebetalers, aangezien het overgrote merendeel van de zorgverzekeraars non-profit werkt.

■ Kwaliteit:

- Kwaliteit van zorgverzekering en mogelijkheden beïnvloeding kwaliteit door verzekerden.
- Kwaliteit van dienstverlening.
- Klachten over zorgverzekeraars.

²⁴ De prijs en de kwaliteit van de zorgverzekeringsmarkt worden in deze paragraaf besproken. De toegankelijkheid van de zorgverzekeringsmarkt is in hoofdstuk 3 beschreven bij de beschrijving van de acceptatieplicht (paragraaf 3.3) en zorgplicht (paragraaf 3.6).

In de volgende paragrafen worden prijs en kwaliteit zoals geleverd door zorgverzekeraars, nader beschreven vanuit het perspectief van de verzekerde/patiënt.

5.4.1 Prijs: premie zorgverzekering na jaarlijkse toename licht gedaald in 2013

Door doelmatiger te werken (door optimale zorginkoop of door efficiëntere inrichting van eigen organisatie) kan de zorgverzekeraar de nominale premie verlagen. Indien we kijken naar de trend in nominale premie, dan blijkt dat de gemiddeld betaalde nominale premie tussen 2009 en 2012 is gestegen, zowel voor individueel verzekerden als voor collectief verzekerden. Tussen 2009 en 2012 nam de premie met ongeveer 13% toe. In 2013 is de gemiddeld betaalde nominale premie met 1% gedaald⁴⁷¹, ondanks stijgingen in de zorgkosten van ongeveer 1% (zie paragraaf 4.2.1). In 2014 is de gemiddelde nominale premie verder gedaald met 9,7%. Deze daling wordt vooral veroorzaakt door de verwachting voor 2012 en 2013 dat de zorgkosten binnen de basisverzekering lager zullen uitvallen dan ingeschat⁴⁷². De gemiddelde betaalde nominale premie is weergegeven in tabel 5.3. De mate waarin de verzekeraar deze doelmatigheidswinst daadwerkelijk vertaalt in de nominale premie is weergegeven in paragraaf 5.4.2.

Tabel 5.3: Gemiddelde nominale premie op jaarbasis 2009-2014 (in €)^{473,474}

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Individueel verzekerden	1.094	1.137	1.245	1.275	1.262	1.111
Collectief verzekerden	1.036	1.070	1.174	1.201	1.190	1.060
Alle verzekerden	1.059	1.095	1.199	1.226	1.213	-

Onderzoek van de NZa⁴⁷⁵ laat zien dat de nominale premie bij de vier grootste zorgverzekeraars (Achmea, VGZ, CZ en Menzis) iets lager is dan bij de kleinere zorgverzekeraars. De verschillen bedragen ongeveer € 10 op jaarbasis. De toename in gemiddelde nominale jaarpremie tussen 2009 en 2012 kan verschillende oorzaken hebben. Voorbeelden van oorzaken zijn een afname van (de sturing op) doelmatigheid door verzekeraars, een toename in kosten, een toename van de opbouw van solvabiliteit en volumestijgingen.

Verzekerden hebben via collectiviteiten de gelegenheid om te onderhandelen met zorgverzekeraars over de prijs. Onderhandelingen richten zich bijvoorbeeld op korting op de premie van de AV. Vrijwel alle collectiviteiten hebben afspraken gemaakt over premiekortingen⁴⁷⁶.

5.4.2 Prijs: beheerskosten

Indien we kijken naar de bedrijfskosten²⁵ (voornamelijk beheers- en personeelskosten) per verzekerde, is zichtbaar dat de bedrijfskosten in 2007 relatief hoog waren en in 2008 sterk daalden. Onderzoek laat ook zien dat de beheerskosten van zorgverzekeraars daalden met de fusie tussen ziekenfondsverzekeraars en particuliere verzekeraars. Tussen 2006 en 2008 daalden de bedrijfskosten gemiddeld met 4,5% per jaar. Dit is onder andere toe te schrijven aan de fusiegolf tussen zorgverzekeraars die schaalvoordelen heeft opgeleverd, ten gevolge van geïntroduceerde concurrentie tussen zorgverzekeraars. De besparing op bedrijfskosten van zorgverzekeraars is ongeveer € 380 miljoen met de Zvw in 2008 ten opzichte van de ZFW⁴⁷⁷. Sinds 2010 nemen de bedrijfskosten per verzekerde licht toe (zie ook tabel 5.4). Dit kan duiden op een lichte afname van de interne doelmatigheid ten opzichte van de voorgaande jaren of bijvoorbeeld op extra kosten die de verzekeraar maakt per verzekerde. De bedrijfskosten afgezet tegen de premie (tabel 5.5), laat een redelijk vergelijkbare trend zien.

²⁵ De bedrijfskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken, exclusief de schadeafhandelingskosten.

Tabel 5.4: Gemiddelde ontwikkeling bedrijfskosten BV en AV, teruggerekend naar BV-verzekerde (in €)⁴⁷⁸

Per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011	2012 voorlopig
Grootste 4 concerns	126	112	115	115	119	119
Overige concerns	149	157	147	126	126	146
Totaal	128	116	118	116	120	122

Tabel 5.5: Bedrijfskosten als percentage van de premie-inkomsten (BV+AV)⁴⁷⁹

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 voorlopig
Grootste 4 concerns	5,4	4,3	4,3	4,0	4,2	4,1
Overige concerns	6,4	5,7	5,1	4,5	4,3	5,2
Totaal	5,4	4,4	4,3	4,1	4,2	4,2

5.4.3 Prijs: exploitatieresultaat zorgverzekeraars neemt toe

De omzet en het exploitatieresultaat van zorgverzekeraars geven inzicht in de mate waarin zorgverzekeraars doelmatigheid hebben doorvertaald in de nominale premie voor verzekerden. Tussen 2009 en 2013 is de totale omzet van zorgverzekeraars gestegen⁴⁸⁰. Zo nam de omzet toe van € 38,9 miljard in 2009 tot € 45,7 miljard in 2013. Tabel 5.6 geeft een overzicht van de omzet van zorgverzekeraars per jaar.

Tabel 5.6: Omzet zorgverzekeraars (in € miljard)⁴⁸¹

Soort	2009	2010	2011	2012	2013
Nominale premie	13,8	14,4	15,9	16,7	16,9
Eigen risico	1,4	1,5	1,6	2,0	2,9
Overige baten				0,1	0,2
Uitkeringen Zorgverzekeringsfonds	19,5	20,3	19,8	19,9	20,6
Subtotaal basisverzekering	34,7	36,3	37,3	38,7	40,6
Premie aanvullende verzekeringen	4,2	4,3	4,6	5,0	5,1
Totaal	38,9	40,6	41,9	43,7	45,7

Het gemiddelde exploitatieresultaat (resultaat van alle inkomsten en kosten) per verzekerde van de BV en de AV is gestegen tot € 82 in 2012 (zie ook tabel 5.7).

In 2012 voldeden alle zorgverzekeraars ook aan de solvabiliteitseisen. Zorgverzekeraars hanteren intern een minimale solvabiliteitsratio (aanwezige solvabiliteit / vereiste solvabiliteit) van circa 150% als norm. In 2012 voldeden alle concerns ruimschoots aan de solvabiliteitsnorm⁴⁸².

Tabel 5.7: Gemiddeld exploitatieresultaat BV en AV, teruggerekend naar BV-verzekerde (in €)⁴⁸³

Exploitatieresultaat Zvw + AV per verzekerde 18+	2007	2008	2009	2010	2011	2012 voorlopig
Grootste 4 concerns	-22	15	41	24	25	83
Overige concerns	-29	36	6	34	55	81
Totaal	-23	17	38	25	28	82

In 2012 is een sterke stijging zichtbaar in het exploitatieresultaat van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben bij de premiecalculatie voor 2012 rekening gehouden met stijgende zorgkosten, met tekorten op risicovereveningsbijdragen, met het vervallen van macronacalculatie en met toenemende solvabiliteitseisen. Achteraf bleek echter dat de zorgkosten in 2012 aanzienlijk minder zijn toegenomen dan verwacht. Zorgverzekeraars hebben in reactie op het hoge exploitatieresultaat in 2013 een lagere opslag in hun nominale premie opgenomen dan in 2012, "waardoor een groot deel van het positieve resultaat over 2012 in 2013 naar verwachting weer terugvloeit naar de verzekerden"⁴⁸⁴ (zie tabel 5.7). Ook in 2013 hebben zorgverzekeraars een positief resultaat geboekt. Het is lastig in te schatten voor de hele markt welk deel van dit positieve resultaat is teruggevloeid naar verzekerden. VGZ rapporteert dat iets meer dan de helft van dit positieve resultaat is teruggevloeid naar verzekerden⁴⁸⁵. Een mogelijke verklaring voor het niet uitkeren van het volledige positieve resultaat door zorgverzekeraars betreft de onzekerheden over de toekomstige premie (o.a. door de overheveling van de AWBZ), waardoor zorgverzekeraars 'vrijwillige' solvabiliteit zeggen op te bouwen of een eventuele disbalance of power. Ook geven zorgverzekeraars aan dat de strengere eisen door Solvency II bijdragen aan de olopemde solvabiliteit⁴⁸⁶. Per januari 2016 zijn de Solvency II-richtlijnen van kracht voor Europese verzekeraars⁴⁸⁷. De richtlijn stelt onder andere eisen aan solvabiliteit, transparantie en intensivering van groepstoezicht. Voor verzekeraars houdt dit een verzwaring in ten opzichte van het huidige regime⁴⁸⁸.

5.4.4 Kwaliteit: kwaliteit van dienstverlening van zorgverzekeraars volgens verzekerden

De kwaliteit van de zorgverzekering en de dienstverlening van zorgverzekeraars voor verzekerden is eveneens een indicator van de marktmacht van verzekeraars: indien de marktmacht van verzekeraars hoog is, kan de prikkel op de kwaliteit van de zorgverzekering en dienstverlening afnemen. De kwaliteit wordt in kaart gebracht aan de hand van de beoordeling van de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars, de kwaliteit van de zorgverzekering, en de klachten van verzekerden over zorgverzekeraars.

De kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars is redelijk stabiel tussen 2010 en 2013. Tussen zorgverzekeraars blijkt er echter een relatief groot verschil in waardering van de dienstverlening^{489,490}. Uit onderzoek van het Nivel⁴⁹¹ blijkt dat verzekerden de dienstverlening van de zorgverzekeraar waardeerden variërend tussen een 7,1 en 8,8. Dit sluit aan bij de bevindingen in het onderzoek van Marketresponse⁴⁹², waar verzekerden gemiddeld een 7,8 gaven voor de dienstverlening van zorgverzekeraars (variërend tussen 7,4 en 8,1). Het onderzoek laat daarnaast zien dat verzekerden weinig problemen ervaren met het vinden van informatie en de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice van de zorgverzekeraar. Een deel van de verzekerden gaf wel aan te moeten wachten op toestemming van de zorgverzekeraar en hierdoor zorg uit te moeten stellen (waarvan het merendeel meer dan vier weken). Ongeveer een kwart van deze groep ervoer dit als groot probleem.⁴⁹³

5.4.5 Kwaliteit: klachten van verzekerden over zorgverzekeraars

De klachten die verzekerden indienden bij zorgverzekeraars varieerden in 2007⁴⁹⁴ van 3 klachten per 10.000 verzekerden tot 152 klachten per 10.000 verzekerden. Deze verschillen zijn deels te verklaren vanuit verschillen in de gehanteerde definities van een klacht. Verzekerden kunnen ook een klacht indienen bij Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Het aantal klachten dat verzekerden bij SKGZ indienden is sinds 2010 gestegen van 1751 tot 2342 klachten in 2013⁴⁹⁵. Hoe

deze toename te duiden is, is onduidelijk. Er kunnen verschillende redenen schuilgaan achter deze stijging, waaronder toename van ontevredenheid van verzekerden, bijvoorbeeld over de stijging van het eigen risico (het aantal klachten over het eigen risico steeg van 120 in 2012 naar 204 klachten in 2013⁴⁹⁶). Ook een verbeterde informatievoorziening over de mogelijkheid van het indienen van klachten heeft bijgedragen aan een toename van het aantal klachten. In 2013 is ongeveer driekwart van de klachten binnen de gestelde termijn van acht weken afgehandeld. Dit is vergelijkbaar met eerdere jaren⁴⁹⁷.

5.4.6 Conclusie zorgverzekeringsmarkt

Op basis van de gegevens die beschikbaar zijn, lijkt er geen uiting zichtbaar van een disbalans tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Zo vloeit een deel van het positieve resultaat over 2012 in 2013 naar verwachting weer terug naar de verzekerden en geven verzekerden een relatief goede waardering aan de geleverde kwaliteit door zorgverzekeraars. Wel neemt het aantal klachten over zorgverzekeraars toe. Ook is de laatste jaren zichtbaar, dat het positieve resultaat uit 2012 en 2013 niet in zijn geheel terugvloeit naar verzekerden. Zorgverzekeraars stellen dat dit het gevolg is van onzekerheid rondom de hoogte van de premie in verband met de overhevelingen vanuit de AWBZ, onzekerheid rondom de bijdrage uit het risicovereveningsfonds en houden daarmee een vrijwillige solvabiliteit aan. Dit effect zou tijdelijk moeten zijn en daarmee moet over de komende jaren duidelijk worden of het positieve resultaat daadwerkelijk volledig terugvloeit naar de verzekerden en of er sprake is van een volledige balance of power. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de positieve resultaten bij zorgverzekeringen substantieel lager liggen dan in andere verzekeringsmarkten; dat pleit tegen het aanwezig zijn van een disbalance of power.

Het verdient aanbeveling om nader te onderzoeken of de concurrentie tussen zorgverzekeraars en de positie van de verzekerden mogelijk versterkt kan worden door eenduidige vergelijkingen in het premieseizoen mogelijk te maken, zowel op prijs als op kwaliteit van zorgaanbod door verzekeraars. Nu rapporteren verschillende vergelijkingssites vaak verschillende uitkomsten, doordat vergeleken wordt op verschillende aspecten. Voor verzekerden is echter niet inzichtelijk welke vergelijkingscriteria worden vergeleken⁴⁹⁸. Tevens verdient het aanbeveling om het belang van transparantie van zorgverzekeraars over hun contracten met zorgaanbieders en de vergoedingen te benadrukken; dit betreft tevens transparantie van kwaliteit van zorgaanbod.

5.5 Balance of power op de zorginkoopmarkt

De marktmacht van de zorgaanbieder op de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt is, net als voor de zorgverzekeraar, onder andere afhankelijk van de grootte van het marktaandeel (ten opzichte van zorgverzekeraars en het aantal verzekerden): hoe groter het marktaandeel van zorgaanbieders hoe groter de marktmacht. Bij een disbalans in de marktmacht, waarbij zorgaanbieders relatief veel marktmacht hebben ten opzichte van verzekeraars, zal de prikkel op doelmatigheid en kwaliteit voor zorgaanbieders afnemen (zie ook figuur 5.2). Zorgaanbieders zullen bijvoorbeeld minder geprikkeld worden in het bieden van kwalitatief hoogwaardige zorg, omdat de concurrentie tussen zorgaanbieders lager is. De kwaliteit en prijs op de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt zoals geleverd door zorgaanbieders gezien vanuit de eindgebruiker, worden geoperationaliseerd aan de hand van de volgende aspecten²⁶:

■ Prijs:

- Groei zorgkosten zorgaanbieders: 'excess growth' per deelmarkt (als indicator voor doelmatigheid).
- Loonniveaus van specialisten en verpleegkundigen (als indicator voor doelmatigheid).

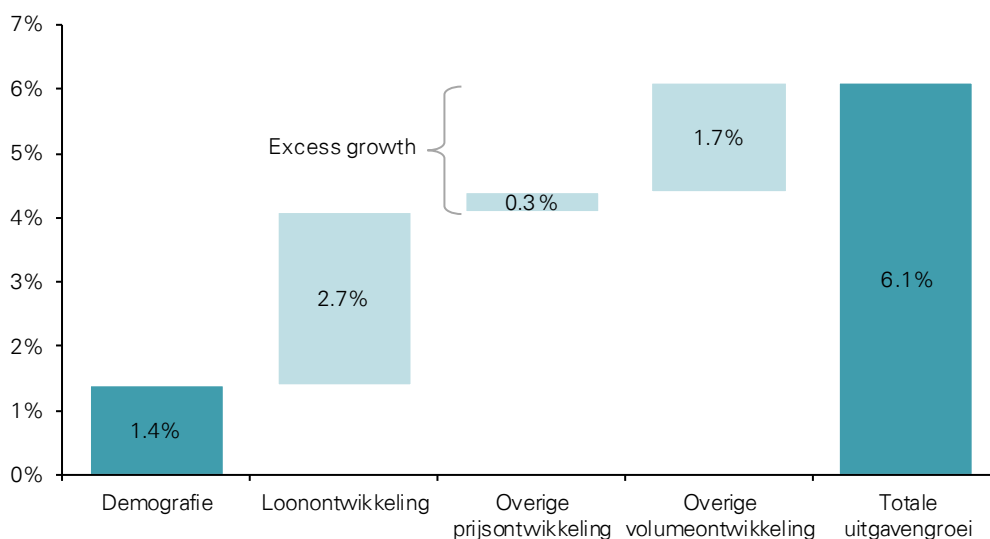
²⁶ In deze paragraaf wordt ingegaan op prijs en kwaliteit op de zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt. Toegankelijkheid van zorg voor verzekerden is beschreven in hoofdstuk 3 (onder andere in paragraaf 3.3 en 3.6). Het aanbod van zorgaanbieders voor zorgverzekeraars wordt besproken in hoofdstuk 4. Toegankelijkheid van collectiviteiten is besproken in paragraaf 5.3.3.

- Prijs zorgproducten.
- Kwaliteit:
 - Kwaliteit van zorg.
 - Transparantie in kwaliteit van zorg.

5.5.1 Prijs: excess growth

Een indicatie van de marktmacht van zorgaanbieders betreft de mate waarin zorgaanbieders hun totale inkomsten kunnen verhogen. De maximalisering van de totale inkomsten van zorgaanbieders betreffen de marge (omzet minus kosten) en de volumegroei die aanbodgeïnduceerd is. De volumegroei die aanbodgeïnduceerd is, betreft de groei in volume die niet door demografische ontwikkelingen en epidemiologische ontwikkelingen verklaard kan worden. Excess growth betreft daarmee de som van de volumeontwikkeling die niet door demografie kan worden verklaard en de prijsontwikkeling die niet door cao-loonontwikkeling kan worden verklaard⁴⁹⁹.

Figuur 5.8: Gemiddelde jaarlijkse groei uitgaven zorg en welzijn (2000-2013)⁵⁰⁰



Een analyse van de ontwikkeling van de zorgkosten laat zien dat de zorgkosten in Nederland tussen 2000 en 2013 jaarlijks met gemiddeld 6,1% groeiden (zie ook figuur 5.8). Een belangrijk deel (zo'n 4,1%) van deze groei kan verklaard worden uit volumegroei vanuit demografische kenmerken en kostengroei door cao-loonontwikkeling. Zo wordt 1,4% van de gemiddelde jaarlijkse groei in zorgkosten verklaard door demografische kenmerken, inclusief vergrijzing. Loonontwikkeling zorgt voor een gemiddelde jaarlijkse stijging van 2,7% van de zorgkosten. De overige 2% van prijs- en volumegroei per jaar kan echter niet verklaard worden uit volumegroei vanuit demografische kenmerken of loonontwikkeling. Dit betreft de jaarlijkse zogenaamde excess growth en is een weergave van de onverklaarde kostengroei, die een indicatie vormt voor de maximalisering van de totale inkomsten van zorgaanbieders door middel van een combinatie van verhoging van marge (omzet minus kosten) en mogelijke aanbodgeïnduceerde volumegroei. Analyse laat zien dat de solvabiliteit van zorginstellingen sinds 2008 stijgende is⁵⁰¹ en dat een deel van de marges hiervoor ingezet worden, alhoewel de rentabiliteit in dezelfde periode ongeveer stabiel lag rond de 2%⁵⁰².

De jaarlijkse excess growth is in de ziekenhuizen en specialistenpraktijken het hoogst, rond de 2,1%. De excess growth in huisartsenpraktijken tussen 2000 en 2010 ligt iets lager rond de 1,8%. In 2010, 2011 en 2012 is een trendbreuk zichtbaar, waarbij de excess growth afneemt en in 2012 negatief

was²⁷. Dit is met name het gevolg van besparingen die geboekt worden via het preferentiebeleid in de farmacie. De kosten van bijvoorbeeld ziekenhuizen groeiden ook in 2013 met zo'n 5%; harder dan voorspeld op grond van loonstijgingen en demografie.

Een deel van deze onverklaarde groei in zorgkosten over de jaren kan wellicht deels worden verklaard door andere factoren dan verhoging van aanbodgeïndiceerde volumegroei door aanbieders, zoals voorkeuren van consumenten ('consumentisme') of technologische ontwikkelingen, waarbij de technologie met name een rol speelt in de curatieve zorg, specifiek de ziekenhuizen. De gevolgen van technologische ontwikkelingen op volume kunnen zowel besparend zijn (eerdere preventie mogelijk) als volumeverhogend zijn (voor aandoeningen die voorheen niet behandeld konden worden), maar worden over het algemeen als kostenstijgend beschouwd⁵⁰³.

Voor de ziekenhuissector kan een deel van de 2,1% dus mogelijk verklaard worden door technologische vooruitgang. Daarnaast liggen de Nederlandse ziekenhuiskosten rond het EU gemiddelde. Echter, bij de berekening van de excess growth van 2,1% is nog geen rekening gehouden met de productiviteitswinsten die in de ziekenhuiszorg zijn geboekt⁵⁰⁴. Diverse studies laten bijvoorbeeld zien, dat specifiek voor de ziekenhuissector de productiviteit in bijvoorbeeld de periode tussen 2006 en 2009 jaarlijks met 2 tot 4,6% is gestegen^{505,506,507,508}. Indien het percentage excess growth gecorrigeerd zou worden voor deze productiviteitswinst, zou de excess growth dus hoger zijn, waardoor de gepresenteerde 2,1% een onderschatting is, ook indien technologische ontwikkelingen voor een deel de groei in zorgkosten kunnen verklaren.

Alhoewel het dus lastig is om de exacte omvang van de excess growth in te schatten, met name voor de ziekenhuissector waar technologie een grotere rol speelt, is het op basis van de informatie die beschikbaar is zeer aannemelijk dat er ook in de ziekenhuissector sprake is van excess growth. Ook het feit dat de volumegroei na het afsluiten van hoofdlijnenakkoorden substantieel minder is geworden, zonder tekenen van wachtlijsten of teruglopende toegankelijkheid, is een indicator voor het bestaan van excess growth.

De excess growth tussen 2000 en 2013 heeft geresulteerd in een totaal van 2% van onverklaarde groei van de totale zorguitgaven in de periode 2000-2013. De excess growth is daarmee tussen 2000 en 2013 gelijk aan 29% over de hele Zvw^{12,28}. Ook indien we hierbij rekening houden met andere ontwikkelingen, zoals technologische ontwikkelingen en ontwikkelingen in productiviteit, blijkt deze excess growth substantieel en wellicht zelfs een onderschatting te kunnen zijn.

5.5.2 Prijs: loonniveaus stijgen iets harder dan andere sectoren en loonniveaus van specialisten zijn relatief hoog

Zoals weergegeven in bovenstaande paragraaf (5.5.1), verklaart de loonontwikkeling in de zorg bijna de helft van de jaarlijkse groei (ter vergelijking: demografie is verantwoordelijk voor 1,2% groei per jaar in de Zvw). Loonniveaus zijn lastig direct te beïnvloeden door de zorgaanbieders. Zo worden de lonen vastgesteld tijdens onderhandelingen tussen o.a. vakbonden en zorgaanbieders. Echter, indien de budgetten van ziekenhuizen onder druk staan, zullen ziekenhuizen en andere zorgaanbieders een grotere prikkel hebben tot het versterken van de inzet op het verlagen van de loonniveaus. Maar, indien we deze loonontwikkeling staven aan de loonontwikkeling in andere sectoren, valt op dat de lonen in de zorg over de afgelopen tien jaar gemiddeld gesproken iets harder zijn gestegen dan in de marktsector⁵⁰⁹. Ook de in 2010 opgelegde nullijn voor ambtenaren, gold niet voor de mensen werkzaam in de zorg.

De loonniveaus in Nederland liggen ook in internationaal vergelijkend perspectief redelijk hoog⁵¹⁰. Tot 2011 konden medisch specialisten alle behandelingen declareren; dit leidde tot een prikkel tot overconsumptie van zorg en tot hoge lonen van specialisten. Sinds 2012 is dit voor medisch

²⁷ Analyse op basis van CBS Statline, Zorgrekeningen - uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering.

²⁸ Berekening: 2,0% op jaarbasis tot de macht 13 = 29% van de totale kosten anno 2013.

specialisten niet meer mogelijk en wordt gewerkt met een maximumbedrag dat gedeclareerd kan worden⁵¹¹.

Desondanks, behoren de gemiddelde inkomens van vrijgevestigde specialisten tot de hoogste ter wereld^{512,513}. Ook medisch specialisten in loondienst bevinden zich wat betreft hun gemiddelde inkomen internationaal gezien in de hoogste regionen⁵¹⁴. Deze conclusies houden ook stand na de recente tariefkortingen en onder het in 2012 ingevoerde beheersmodel en de aangepaste berekening van tarieven van de inkomens van medisch specialisten in 2012⁵¹⁵. Ook huisartsen scoren hoog in internationale vergelijkingsstudies. In 2010 was het inkomen van zelfstandige huisartsen in Nederland bijvoorbeeld drie keer zo hoog als het gemiddelde loon in Nederland van fulltime en parttime medewerkers in alle sectoren. Een internationale vergelijking laat zien dat deze ratio tussen het inkomen van een zelfstandige huisarts en het gemiddelde loon alleen hoger is in Groot-Brittannië⁵¹⁶. De relatief hoge loonniveaus in Nederland kunnen een uiting zijn van een lage prikkel tot kostenbeheersing. Dit duidt op een te grote marktmacht voor aanbieders.

5.5.3 Prijs: prijs zorgproducten

Vanuit sommige zorgaanbieders wordt aangegeven dat zij geen onderhandelruimte ervaren bij zorgverzekeraars en dat er gewerkt wordt met standaardcontracten, waar slechts op hoofdonderdelen variatie is (bijvoorbeeld de zogenaamde ('top'- of 'plus'-contracten). Deze klacht komt met name vanuit zorgaanbieders in de eerste lijn, waar gewerkt wordt met een groot aantal zelfstandig werkende aanbieders⁵¹⁷. De NZa⁵¹⁸ geeft aan dat 39% van de door hen geënquêteerde aanbieders spreekt van "een 'slikken-of-stikken-contract' of 'tekenen bij het kruisje'". Hiervan betreft 93% een aanbieder van eerstelijnszorg. Voor de deelmarkten fysiotherapie en logopedie is bijvoorbeeld prijsdruk zichtbaar in de onderhandelingen. Ook zijn maatwerkcontracten voor grote aanbieders geïntroduceerd⁵¹⁹. Dit wijst op een balance of power op de zorginkoopmarkt voor deze deelmarkten. Deze marktmacht wordt ook door de NZa – in lijn met het hierboven beschreven kader voor balance of power – niet als bezwaarlijk beschouwd, zolang de voordelen daarvan worden doorgegeven aan de consument en de kwaliteit van de zorg niet verschaalt⁵²⁰. Dat deze situatie mogelijk suboptimaal aanvoelt voor de zorgaanbieders zelf kunnen we ons daarentegen wel degelijk voorstellen, maar dit is voor de eindgebruiker dus niet relevant zolang er een goede prijs/kwaliteit van zorg tot stand komt.

Ook wordt door sommige aanbieders aangegeven dat de tarieven onder de maximumtarieven liggen. Onderzoek van de NZa laat zien dat zorgverzekeraars steeds vaker contracteren onder de maximumtarieven die de NZa vaststelt⁵²¹.

5.5.4 Kwaliteit: kwaliteit van zorg in Nederland relatief hoog

Er zijn diverse onderzoeken die aangeven dat de kwaliteit van de Nederlandse zorg goed is. De kwaliteit van de zorg in Nederland is vergelijkbaar met de kwaliteit van zorg in andere rijke, westerse landen. De Eurobarometer laat zien dat 91% van de Nederlanders de kwaliteit van zorg aanduidt als goed. Dit is vergelijkbaar met het percentage in Frankrijk. Alleen in Finland, Oostenrijk en België ligt dit percentage hoger. In de andere Europese landen ligt dit percentage tussen de 25% en 90%⁵²².

Tevens plaatsen diverse internationale onderzoeken de Nederlandse zorg in de top van kwaliteit van zorg in internationaal perspectief^{523,524}. Zo plaatst het jaarlijkse onderzoek van de Commonwealth Fund de kwaliteit van de zorg in Nederland op de eerste plaats⁵²⁵. Ook wordt de Nederlandse zorg veelal als voorbeeld aangedragen om topkwaliteit te realiseren⁵²⁶.

Ook een analyse van kwaliteitsindicatoren van de zorg op macroniveau laat zien dat Nederland hoog scoort op kwaliteit, bijvoorbeeld ten aanzien van de effectiviteit van preventie, effectiviteit van curatieve zorg en de patiëntveiligheid. Zo is de preventieve zorg van hoge kwaliteit. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in de hoge deelname aan preventieve screening, de hoge vaccinatiegraad, de preventieve hulp bij depressie en preventieprogramma's op scholen⁵²⁷. Ten aanzien van effectiviteit van curatieve zorg is zichtbaar dat de vijfjaarsoverleving bij kanker in Nederland internationaal gezien hoog is en ook het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen komen in Nederland weinig voor vergeleken met de meeste andere Europese landen. Er zijn ook aspecten waarop Nederlandse zorg lager scoort, zo is de

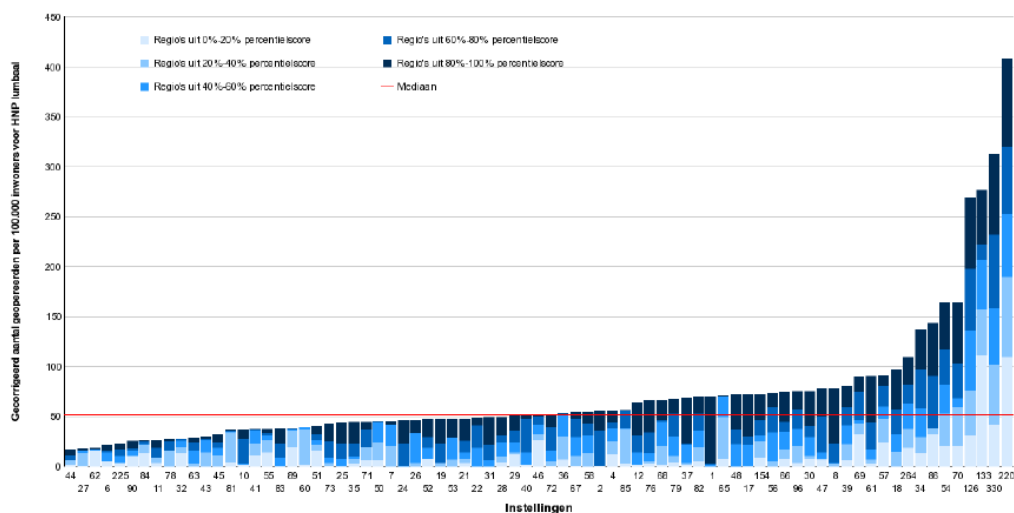
dertigdagensterfte na ziekenhuisopname voor acuut hartinfarct of beroerte in Nederland ongeveer tweemaal zo hoog als in Europese landen met de laagste dertigdagensterfte. Ten aanzien van patiëntveiligheid laat onderzoek zien dat, naar oordeel van chronisch zieke patiënten, Nederland een relatief laag percentage van fouten heeft bij behandelingen⁵²⁸.

De relatief hoge kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg lijkt erop te duiden dat de stimulans op kwaliteit hoog is, duidend op voldoende prikkels voor innovatie en daarmee een balance of power.

5.5.5 Kwaliteit en prijs: praktijkvariatie en aanbodgeïnduceerde vraag

In een markt met voldoende countervailing power vanuit zorgverzekeraars ervaren zorgaanbieders een grote prikkel om ongewenste praktijkvariatie op kwaliteit en/of doelmatigheidsgebied snel aan te passen omdat ze anders snel 'out of business' zijn. Uit tal van onderzoeken in de GGZ en medisch-specialistische zorg (zie o.a. de website van Zorgverzekeraars Nederland www.zn.nl) is de laatste jaren significante praktijkvariatie naar voren gekomen bij verschillende behandelingen en aandoeningen. Ook uit de resultaten van klinische registraties (kijk bijvoorbeeld naar de IVF-registratie op <http://www.nvog.nl>) of de resultaten rondom de oncologie (zie de publicaties vanuit het Antoni Van Leeuwenhoek-ziekenhuis waarin de vijfjaarsoverleving per tumorsoort per stadium gepresenteerd wordt) blijken er aanzienlijke en significante verschillen aanwezig tussen aanbieders die vele jaren persisteren. In sommige gevallen blijkt het moeilijk om een normstelling te hanteren, waardoor het logisch is dat enige mate van praktijkvariatie aanwezig is. Echter, de kwaliteitsverschillen persisteren en de omvang van sommige praktijkvariatie loopt op tot een factor 13 voor bijvoorbeeld herniachirurgie. Dit betekent dat voor rughernia door de instelling die het meest opereert 12,95 keer meer verzekerden per 100.000 verzekerden zijn geopereerd dan door de instelling die de minste operaties uitvoert (waarbij werd uitgegaan van het 5%- en 95%-percentiel). Figuur 5.9 geeft een overzicht in de praktijkvariatie rughernia van zorgaanbieders in Nederland. Ook voor andere aandoeningen is praktijkvariatie aanwezig, bijvoorbeeld bij Carpaal Tunnel Syndroom was de factor van spreiding 3,58, voor cataract 2,22, voor galblaasverwijdering 1,94, voor heupvervanging vanwege artrose 2,02, voor knie vervanging vanwege artrose 2,55, voor liesbreuk 1,75 en voor rughernia 12,95⁵²⁹. Deze praktijkvariatioes zijn een aanwijzing voor een disbalance of power in het voordeel van zorgaanbieders.

Figuur 5.9: Gecorrigeerd aantal geopereerden per 100.000 inwoners voor rughernia per ziekenhuis in 2011⁵³⁰



5.5.6 Conclusie zorginkoopmarkt/zorgverkoopmarkt

Allereerst is het van belang om te constateren dat er moeilijk gesproken kan worden van 'de' balance of power op de zorginkoopmarkt aangezien die wisselt per deelmarkt en per regio. Het volgende wordt wel zichtbaar uit onze analyse:

- De verschillende deelmarkten in de zorg kennen meerjarige excess growth, duidend op een disbalans ten faveure van zorgaanbieders.
- Ook de loonniveaus van specialisten en verpleegkundigen liggen relatief hoog, zowel internationaal gezien als gezien vanuit de ontwikkeling van lonen van andere overheidssectoren, duidend op een disbalans ten faveure van zorgaanbieders.
- De kwaliteit van zorg is daarentegen hoog. Internationaal behoort de kwaliteit van de Nederlandse zorg tot de top. Dit is een uiting van een adequate balance of power.
- Tegelijkertijd wordt zichtbaar dat praktijkvariatie in bijna alle delen van de zorg meerjarig prevalent is. Dit duidt op een gebrek aan countervailing power vanuit zorgverzekeraars en potentieel om te verbeteren.
- Ook is het feit dat aanbieders zichzelf niet gedwongen zien tot het publiceren van uitkomsten een uiting van een mogelijke disbalance of power.

Concluderend zijn er aanwijzingen dat er sprake is van een disbalance of power op de zorginkoopmarkt ten faveure van zorgaanbieders, alhoewel dit in sommige regio's en/of deelmarkten (bijvoorbeeld de fysiotherapie) anders is en er wel sprake is van een balance of power.

Om de balance of power op de zorginkoopmarkt te optimaliseren, adviseren wij het huidige artikel 13 van de Zvw verder aan te passen (zie ook hoofdstuk 4). Tevens adviseren wij om uitkomstindicatoren versneld en verplicht transparant te maken via artikel 38 van de Wmg en/of via het Kwaliteitsinstituut, waarbij een eerste stap is om een roadmap te maken om te komen tot deze transparantie in kwaliteit en de rollen en verantwoordelijkheden hierbij te definiëren (zie ook hoofdstuk 4).

5.6 Conclusie

Op basis van de gegevens die beschikbaar zijn, lijkt er geen uiting zichtbaar van een disbalans tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Zo lijkt de marktmacht tussen zorgverzekeraars en verzekerden/patiënten in balans, kijkend naar de relatief hoge waardering van verzekerden voor dienstverlening van zorgverzekeraars, (naar verwachting) terugvloeien van een deel van het positieve resultaat naar de verzekerden, de geleverde kwaliteit door zorgverzekeraars en de lagere beheerskosten ten opzichte van de ziekenfondstijd. Tegelijkertijd vloeit niet al het positieve resultaat in 2012 en 2013 terug naar de verzekerden, lijkt de invloed van verzekerden met name gericht op de premie en neemt het aantal klachten over zorgverzekeraars toe (waarbij het onhelder is of dit daadwerkelijk meer klachten zijn of dat dit komt door een grotere bereikbaarheid van helpdesks). Over de komende jaren wordt helder of het positieve resultaat daadwerkelijk volledig terugvloeit naar de verzekerden en of er sprake is van een volledige balance of power in de zorgverzekeringsmarkt.

De marktmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars lijkt in disbalans, kijkend naar de meerjarige excess growth in de verschillende deelmarkten, het hoge loonniveau van specialisten, het gebrek aan transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg en het persisteren van praktijkvariatie op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid. Het argument dat tegen een disbalance of power pleit is het hoge niveau van de geleverde zorg in Nederland in internationaal perspectief. Echter, gelet op het meerjarige karakter en de veelheid van argumenten dat pleit voor een disbalance of power, concluderen we dat op de zorginkoopmarkt er een – vanuit maatschappelijk perspectief gezien – onwenselijke grote macht bij zorgaanbieders is, specifiek de tweedelijns-GGZ, huisartsen en medisch-specialistische zorg.

5.7 Aanbevelingen

Om de balance of power op de zorgverzekeringsmarkt te optimaliseren adviseren wij:

- eenduidige vergelijkingen in het premieseizoen mogelijk maken. Nu rapporteren verschillende vergelijkingssites vaak verschillende uitkomsten en is niet duidelijk op basis van welke criteria er vergeleken wordt;
- de komende jaren te monitoren hoe zorgverzekeraars omgaan met de opgebouwde reserves en of deze terugvloeien naar verzekerden;
- meer transparantie in de informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan verzekerden over polisvoorwaarden en kwaliteit van zorgaanbod.

Om de balance of power op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseren wij:

- artikel 13 van de Zvw verder aan te passen (zie ook hoofdstuk 4);
- uitkomstindicatoren versneld en verplicht transparant te maken via artikel 38 van de Wmg en/of via het Kwaliteitsinstituut, waarbij een eerste stap is om een roadmap te maken om te komen tot deze transparantie in kwaliteit en de rollen en verantwoordelijkheden hierbij definiëren (zie ook hoofdstuk 4).



Bijlage

Bijlage 1 Deelnemers focusgroepen

Onderstaand zijn de deelnemers van de drie focusgroepen weergegeven. Wij danken de deelnemers hartelijk voor hun bijdrage aan de evaluatie. Resultaten uit de focusgroepen zijn verwerkt in de rapportage. De auteurs zijn verantwoordelijk voor de inhoud van de rapportage.

Focusgroep 1 Ontwikkelingen zorginkoop en de rol van de overheid

Deelnemer	Organisatie
Mw. S. de Vries	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Dhr. A. Zanen	ONVZ
Dhr. T. van Houten	Zorg en zekerheid
Dhr. W. van der Meeren	CZ
Mw. J. Horlings-Koetje	VGZ
Dhr. G. van Berlo	Maxima Medisch Centrum
Dhr. P. van Rooij	GGZ Nederland
Mw. C. Kramer	Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
Dhr. B. van Pagée	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Dhr. A. Rijnsburger	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
Mw. W. Toersen	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
Mw. J. Veenendaal	Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP)
Dhr. J. Hermans	De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
Dhr. R. Haeck	Ministerie van VWS

Focusgroep 2 Factoren van invloed op zorginkoop

Deelnemer	Organisatie
Mw. J. Lensink	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Dhr. W. Koelewijn	ASR
Dhr. P. van Weerd	CZ
Dhr. E. van der Meer	CZ
Dhr. D. Schuhmacher	VGZ
Mw. S. Faber	Zorg en zekerheid
Dhr. J. Berkelmans	ONVZ
Mw. K. Hoekstra	Achmea
Dhr. M. Kirch	Rijnstate
Dhr. R. van Duuren	Hagaziekenhuis
Dhr. P. Meijs	VUmc
Dhr. P. van Rooij	GGZ Nederland
Dhr. J. Arend	Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)

Deelnemer	Organisatie
Dhr. H. Redeker	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Dhr. A.J. Rijnsburger	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
Dhr. J. Hermans	De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
Mw. M. de Jong	Ministerie van VWS

Focusgroep 3 Overkoepelende focusgroep

Deelnemer	Organisatie
Dhr. H. Limberger	Zorg en Zekerheid
Dhr. A. van Son	CZ
Dhr. E. Kleijnenberg	ONVZ
Dhr. A. Klink	VGZ
Dhr. M. Tieleman	Menzis
Dhr. J. Duister	Menzis
Mw. M. van de Starre	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Dhr. R. Janssen	Altrecht
Dhr. P. van Rooij	GGZ Nederland
Dhr. X. Koolman	VU
Mw. L. Kok	UvA
Mw. D. Delnoij	CVZ - kwaliteitsinstituut
Dhr. P. Hasekamp	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Mw. J. Boer	VWS

Bijlage 2 Interviews collectiviteiten, ledenraden, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars

Onderstaand zijn de deelnemers van interviews weergegeven. De interviews hadden betrekking op de balance of power tussen verzekerden en zorgverzekeraars. Meer specifiek is tijdens de interviews ingegaan op de invloed van ledenraden, patiëntenverenigingen en collectiviteiten op het beleid van zorgverzekeraars. Wij danken de deelnemers hartelijk voor hun bijdrage aan de evaluatie. Resultaten uit de interviews zijn verwerkt in de rapportage. De auteurs zijn verantwoordelijk voor de inhoud van de rapportage.

Type geïnterviewde	Organisatie
Collectiviteiten	Actor
	Dwarslaesie Organisatie Nederland
	Stichting Crohn en Colitis Ulcerosa Fonds Nederland
	United Consumers
	Werkgevers in de sport
Ledenraad	CZ
	VGZ
Patiëntenvereniging	NPCF
Zorgverzekeraar	Achmea
	ASR
	CZ
	Menzis
	ONVZ
	VGZ
Zorgautoriteit	NZa

Zorgverzekeringswet⁵³¹**Artikel 3**

1. Een zorgverzekeraar is verplicht met of ten behoeve van iedere verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied woont alsmede met of ten behoeve van iedere verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, desgevraagd een zorgverzekering te sluiten.
2. Indien een zorgverzekeraar in een provincie verschillende varianten van de zorgverzekering aanbiedt, kan voor iedere in die provincie wonende verzekeringsplichtige uit alle varianten worden gekozen.
3. De zorgverzekeraar stelt alle varianten van de zorgverzekering die hij in een provincie aanbiedt, in de vorm van modelovereenkomsten ter beschikking aan personen die overwegen ten behoeve van een in die provincie wonende verzekeringsplichtige een zorgverzekering met die verzekeraar te sluiten, alsmede, indien de zorgverzekeraar varianten toevoegt of wijzigt, aan de verzekeringnemers die ten behoeve van een in die provincie wonende verzekeringsplichtige een zorgverzekering met hem hebben gesloten.
4. In afwijking van het eerste lid is een zorgverzekeraar niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige:
 - a) die reeds krachtens een zorgverzekering verzekerd is, of
 - b) wiens eerdere zorgverzekering hij of de verzekeringnemer binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de verzekering, heeft opgezegd of ontbonden wegens:
 - i) 1°. opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer of de verzekerde, of
 - ii) 2°. het niet betalen van de premie, bedoeld in artikel 17, vijfde lid.
5. In afwijking van het tweede lid kan ten behoeve van een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige worden gekozen tussen alle varianten van de zorgverzekering die een zorgverzekeraar in Nederland aanbiedt.
6. In afwijking van het derde lid worden degene die ten behoeve van een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige een zorgverzekering wenst te sluiten alle modelovereenkomsten die de zorgverzekeraar in Nederland hanteert ter beschikking gesteld, en worden, indien eenmaal een zorgverzekering is gesloten, de verzekeringnemer alle toegevoegde of gewijzigde varianten die die zorgverzekeraar aanbiedt ter beschikking gesteld.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a) de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b) vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a) vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b) de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, nader wordt geregeld;
 - c) nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Huidig artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

Wijzigingsvoorstel artikel 13⁵³²

1. Voor zover de zorgverzekeraar dit in de modelovereenkomst heeft bepaald, worden zorg of andere diensten die verzekerd zijn op de in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, bedoelde wijze, in een door de zorgverzekeraar te bepalen mate vergoed indien de verzekerde deze niet heeft betrokken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of diensten en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of, indien zijn zorgverzekeraar over een ontheffing als bedoeld in artikel 49 van de Wet marktordening gezondheidszorg beschikt, van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is.
2. Zonodig in afwijking van het eerste lid heeft een verzekerde als bedoeld in dat lid recht op de in het derde lid, in combinatie met, indien van toepassing, het vierde lid bedoelde vergoeding van de voor de zorg of andere dienst gemaakte kosten indien:
 - a) sprake was van een behoefte aan acute zorg of een acute andere dienst,

- b) de zorg of andere dienst niet op redelijke termijn of afstand beschikbaar was bij een zorgaanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst als bedoeld in het eerste lid heeft gesloten of bij een bij hem in dienst zijnde zorgaanbieder,
 - c) een overeenkomst tussen zijn zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid is beëindigd nadat de zorg of andere dienst waaraan de verzekerde behoefte had, reeds bij die zorgaanbieder was aangevangen, of
 - d) niet ten minste zes weken voorafgaande aan het kalenderjaar waarin de verzekerde de zorg of andere dienst genoot, op voor verzekeringplichtigen eenvoudige wijze kenbaar was van welke gecontracteerde zorgaanbieders een verzekerde de zorg of dienst zou kunnen betrekken met daarbij de verschillen ten opzichte van het voorgaande kalenderjaar.
3. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is gelijk aan de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte kosten, verminderd met een bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, voor de genoten vorm van zorg of andere dienst verschuldigd bedrag dat voor rekening van de verzekerde komt of met een bedrag dat op grond van artikel 19 of 20 voor eigen risico van de verzekerde blijft.
4. In de situatie, bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, worden van de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte kosten buiten beschouwing gelaten de kosten die uitgaan boven hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
5. Zo nodig in afwijking van het eerste lid behoudt een verzekerde als bedoeld in dat lid zijn bestaande vergoeding voor de desbetreffende niet-gecontracteerde zorg tot en met de dag waarop die zorg is geëindigd, indien zijn zorgverzekeraar de mate van vergoeding vermindert nadat de niet-gecontracteerde zorg waaraan de verzekerde behoefte had, reeds bij die zorgaanbieder was aangevangen.
6. De zorgverzekeraar neemt in de modelovereenkomst op:
- a) de wijze waarop hij de vergoeding, bedoeld in het eerste lid, berekent, waarbij hij ervoor zorgt dat de berekeningswijze voor alle verzekerden als bedoeld in dat lid die een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is,
 - b) de uitzonderingen, bedoeld in het tweede lid, met de daarvoor geldende vergoeding, en
 - c) de wijze waarop hij bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, bepaalde eigen bijdragen in de vergoeding verwerkt.

Na artikel 13 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 13aa

1. In afwijking van artikel 13, eerste lid, heeft de verzekerde voor zorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefentherapie, farmaceutische zorg, mondzorg, met uitzondering van de tandheelkundige hulp van specialistische aard, kraamzorg en dieetadvisering alsmede verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 10, onderdeel g, recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. In het geval, bedoeld in het eerste lid, behoeft de verzekerde voor zover hij behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 10, onderdeel g, daartoe voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar. Toestemming kan worden geweigerd indien daarvoor gewichtige redenen zijn.

Na artikel 13 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde voor zover die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 10, onderdeel g, desgevraagd in aanmerking komt voor een vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald:
 - a) onder welke voorwaarden de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb;
 - b) de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.

Artikel 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.
3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.
4. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 18, vierde lid, of artikel 20 geldt of zou gelden.
5. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekortingen, bedoeld in de artikelen 18, vierde lid, of 20, indien deze van toepassing zijn.
6. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer, en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op.
7. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 360 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.

4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft.
5. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.

Artikel 31

1. Indien jegens een zorgverzekeraar of een voormalige zorgverzekeraar de noodregeling is uitgesproken krachtens afdeling 3.5.5 van de Wet op het financieel toezicht of een voormalige zorgverzekeraar failliet is verklaard, voldoet het Zorginstituut aan de verzekerden jegens die zorgverzekeraar of voormalige zorgverzekeraar bestaande vorderingen ter zake van een recht op vergoeding als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, of artikel 13.
2. De vorderingen, bedoeld in het eerste lid, gaan bij wijze van subrogatie op het Zorginstituut over voor zover dat instituut deze heeft voldaan.
3. Het Rijk is tegenover het Zorginstituut aansprakelijk voor de betalingen, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 120

Een beding van een verzekeraar die een ziektekostenverzekering ter aanvulling van de zorgverzekering aanbiedt, inhoudende dat de ziektekostenverzekering eindigt of door de verzekeraar mag worden opgezegd indien met of ten behoeve van de verzekerde een zorgverzekering met een andere zorgverzekeraar wordt gesloten, is nietig.

Besluit Zorgverzekering⁵³³

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a) verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b) zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,
 - c) zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen, en
 - d) nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, onderdeel d, is verstreken.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a) de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder, of
 - b) de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c) de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.
4. In afwijking van het derde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de in het derde lid genoemde dag is ingediend.

Wet marktordening gezondheidszorg⁵³⁴

Artikel 38

1. Zorgaanbieders informeren hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.
2. Zorgaanbieders brengen een tarief in rekening onder vermelding van de daarbijbehorende prestatiebeschrijving.
3. De zorgautoriteit kan nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders:
 - a) bekendmaken van tarieven;
 - b) specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen.
4. Zorgaanbieders maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de tarieven en de kwaliteit van de aangeboden prestaties en diensten.
5. De zorgautoriteit kan, onverminderd de informatieverplichting die op grond van het vierde lid rust op zorgaanbieders, ten behoeve van de inzichtelijkheid van de markt periodiek informatie als bedoeld in het vierde lid openbaar maken.
6. Het vijfde lid geldt niet indien anderen reeds in voldoende mate in openbaarmaking van de daar bedoelde informatie voorzien.
7. De zorgautoriteit kan regels stellen betreffende de informatievoorziening, bedoeld in het vierde lid, met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.

Artikel 45

De zorgautoriteit kan, met het oog op de inzichtelijkheid van de zorgmarkten, de bevordering van de concurrentie of de tijdige signalering van risico's voor de continuïteit van de bij de algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg als bedoeld in artikel 56a, regels stellen betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en betreffende de voorwaarden in die overeenkomsten.

-
- ⁱ Zorgverzekeringswet, artikel 13aa. Tweede Kamer der Staten-Generaal (19 juni 2014). Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.
- ⁱⁱ Motie nr. 20, Amendement van het lid Slob c.s. bij wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.
- ³ Memorie van Toelichting bij de Zvw, p.2.
- ⁴ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ⁵ Cooper (2010): Research synthesis and meta-analysis.
- ⁶ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ⁷ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ⁸ Staatscourant, jaargang 2013, nummer 26839 (30 september 2013). Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 20 september 2013, kenmerk Z-151938-110091, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2014 (Regeling risicoverevening 2014).
- ⁹ Douven (2010), Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet.
- ¹⁰ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹¹ Ministerie van VWS (4 december 2009). Kamerbrief Evaluaties Zvw, Wzt, WMG, CVZ en NZa.
- ¹² NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹³ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹⁴ Staatscourant, jaargang 2012, nummer Nr. 19574 (28 september 2012). Concept voor de Regeling Risicoverevening 2013 ter zake van de Vereveningsbijdrage voor Zorgverzekeraars met betrekking tot het jaar 2013, zoals de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voornemens is deze vast te stellen nadat het besluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met actualisatie van de regels over de Risicoverevening in werking zal zijn getreden.
- ¹⁵ Ministerie van VWS (28 juni 2012). Kamerbrief Ex ante risicovereveningsmodel 2013.
- ¹⁶ Ministerie van VWS (25 juni 2014). Kamerbrief Risicovereveningsmodel 2015.
- ¹⁷ Ministerie van VWS (28 juni 2012). Kamerbrief Ex ante risicovereveningsmodel 2013.
- ¹⁸ Ministerie van VWS (14 juni 2013). Kamerbrief Risicovereveningsmodel 2014.
- ¹⁹ Ministerie van VWS (14 juni 2013). Kamerbrief Risicovereveningsmodel 2014.
- ²⁰ Tweede Kamer, 2013: 384.
- ²¹ Ministerie van VWS (25 juni 2014). Kamerbrief Risicovereveningsmodel 2015.
- ²² Ministerie van VWS (25 juni 2014). Kamerbrief Risicovereveningsmodel 2015.
- ²³ Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012). Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet.
- ²⁴ Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012). Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet, p. iii.
- ²⁵ iBMG (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?
- ²⁶ iBMG (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?, p. 5.
- ²⁷ PwC (2010). Internationale kwalitatieve evaluatie risicoverevening.
- ²⁸ Zie verschillende studies hiervan op de website van Zorgverzekeraars Nederland (www.zn.nl).
- ²⁹ KPMG Plexus (2010). Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling.
- ³⁰ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.

-
- ³¹ Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012). Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet.
- ³² Douven (2010). Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet.
- ³³ Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2011). Beperking keuzevrijheid door aanvullende verzekering. Economisch Statistische Berichten, 96 (4621).
- ³⁴ Duijmelinck, D.M.I.D., W. van de Ven, R. van Vliet en R. van Kleef (2013). Overstappedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt, iBMG.
- ³⁵ NZa (2014). Verdiepend onderzoek. Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars.
- ³⁶ iBMG (2014) Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?
- ³⁷ Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012). Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet, p. iv.
- ³⁸ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ³⁹ Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012). Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet.
- ⁴⁰ Douven (2010). Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet.
- ⁴¹ Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2011). Beperking keuzevrijheid door aanvullende verzekering. Economisch Statistische Berichten, 96 (4621).
- ⁴² Duijmelinck, D.M.I.D., W. van de Ven, R. van Vliet en R. van Kleef (2013). Overstappedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt, iBMG.
- ⁴³ NZa (2014). Verdiepend onderzoek. Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars.
- ⁴⁴ iBMG (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?
- ⁴⁵ Douven (2010) Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet.
- ⁴⁶ Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012). Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet.
- ⁴⁷ FBTO (2014). Zorgverzekering van FBTO.
- ⁴⁸ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁹ NZa (2014). Verdiepend onderzoek. Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars.
- ⁵⁰ NZa (2014). Verdiepend onderzoek. Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars.
- ⁵¹ Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012). Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet.
- ⁵² iBMG (2014) Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?
- ⁵³ Zorgverzekeringswet, artikel 3 en artikel 17.
- ⁵⁴ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ⁵⁵ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ⁵⁶ Vektis (2013). Zorgthermometer 2013 – Verzekerden in beweging 2013.
- ⁵⁷ Tweede Kamer der Staten-Generaal (1 juni 2005). Memorie van Toelichting, Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet).
- ⁵⁸ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ⁵⁹ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ⁶⁰ Zorgverzekeringswet, artikel 3 en artikel 17.
- ⁶¹ Regeerakkoord 'Bruggen slaan' (29 oktober 2012).
- ⁶² Rijksoverheid. (2013). Onderhandelingsresultaten Schippers met ziekenhuizen, medisch specialisten, ZBO's, GGZ en huisartsen.
- ⁶³ Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2011). Beperking keuzevrijheid door aanvullende verzekering. Economisch Statistische Berichten, 96 (4621).

⁶⁴ Duijmelinck, D.M.I.D., W. van de Ven, R. van Vliet en R. van Kleef (2013). Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt, iBMG.

⁶⁵ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.

⁶⁶ NZa (2010). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2010.

⁶⁷ NZa (2011). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2007-2011.

⁶⁸ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.

⁶⁹ Vektis (2014). Zorgthermometer 2014 – Verzekerden in beweging 2014.

⁷⁰ Vektis (2010). Zorgthermometer 2010 – Verzekerden in beweging 2010.

⁷¹ Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2011). Beperking keuzevrijheid door aanvullende verzekering. Economisch Statistische Berichten, 96 (4621).

⁷² Vektis (2014). Zorgthermometer 2014 – Verzekerden in beweging 2014.

⁷³ Vektis (2013). Zorgthermometer 2013 – Verzekerden in beweging 2013.

⁷⁴ Duijmelinck, D.M.I.D., I. Mosca, W.P.M.M. van de Ven en T. Laske-Aldershof (2014). Welke zorgverzekeraar?

Overstapbaten en overstapkosten ontrafeld, TSG, 92:5 (p. 193-203).

⁷⁵ Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012). Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet.

⁷⁶ Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2011). Beperking keuzevrijheid door aanvullende verzekering. Economisch Statistische Berichten, 96 (4621).

⁷⁷ Duijmelinck, D.M.I.D., W. van de Ven, R. van Vliet en R. van Kleef (2013). Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt, iBMG.

⁷⁸ Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2011). Beperking keuzevrijheid door aanvullende verzekering. Economisch Statistische Berichten, 96 (4621).

⁷⁹ Duijmelinck, D.M.I.D., I. Mosca, W.P.M.M. van de Ven en T. Laske-Aldershof (2014). Welke zorgverzekeraar?

Overstapbaten en overstapkosten ontrafeld, TSG, 92:5 (p. 193-203).

⁸⁰ Duijmelinck, D.M.I.D., I. Mosca, W.P.M.M. van de Ven en T. Laske-Aldershof (2014). Welke zorgverzekeraar?

Overstapbaten en overstapkosten ontrafeld, TSG, 92:5 (p. 193-203).

⁸¹ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut, en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.

⁸² Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2011). Beperking keuzevrijheid door aanvullende verzekering. Economisch Statistische Berichten, 96 (4621).

⁸³ NZa (2008). Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007.

⁸⁴ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.

⁸⁵ Duijmelinck, D.M.I.D., I. Mosca, W.P.M.M. van de Ven en T. Laske-Aldershof (2014). Welke zorgverzekeraar?

Overstapbaten en overstapkosten ontrafeld, TSG, 92:5 (p. 193-203).

⁸⁶ Duijmelinck, D.M.I.D., I. Mosca, W.P.M.M. van de Ven en T. Laske-Aldershof (2014). Welke zorgverzekeraar?

Overstapbaten en overstapkosten ontrafeld, TSG, 92:5 (p. 193-203).

⁸⁷ NZa (2012). Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012.

⁸⁸ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.

⁸⁹ NZa (2012). Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012.

⁹⁰ Consumentenbond (2014). Medische acceptatie bij aanvullende verzekeringen, Medische acceptatieprocedure voor 2014.

⁹¹ Consumentenbond (2014). Medische acceptatie bij aanvullende verzekeringen, Medische acceptatieprocedure voor 2014.

-
- ⁹² NZa (2012). Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012.
- ⁹³ Consumentenbond (2014). Medische acceptatie bij aanvullende verzekeringen, Medische acceptatieprocedure voor 2014.
- ⁹⁴ Duijmelinck, D.M.I.D., I. Mosca, W.P.M.M. van de Ven en T. Laske-Aldershof (2014). Welke zorgverzekeraar?
Overstapbaten en overstapkosten ontrafeld, TSG, 92:5 (p. 193-203).
- ⁹⁵ Duijmelinck, D.M.I.D., I. Mosca, W.P.M.M. van de Ven en T. Laske-Aldershof (2014). Welke zorgverzekeraar?
Overstapbaten en overstapkosten ontrafeld, TSG, 92:5 (p. 193-203).
- ⁹⁶ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁹⁷ Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2011). Beperking keuzevrijheid door aanvullende verzekering. Economisch Statistische Berichten, 96 (4621).
- ⁹⁸ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁹⁹ Duijmelinck, D.M.I.D. en W.P.M.M. van de Ven (2011). Beperking keuzevrijheid door aanvullende verzekering. Economisch Statistische Berichten, 96 (4621).
- ¹⁰⁰ Duijmelinck, D.M.I.D., W. van de Ven, R. van Vliet en R. van Kleef (2013). Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt, iBMG.
- ¹⁰¹ Zorgverzekeringswet, artikel 19.
- ¹⁰² Besluit zorgverzekering, artikel 2.17.
- ¹⁰³ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁰⁴ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁰⁵ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁰⁶ Nivel (2011). Zorg voor chronisch zieken – Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie.
- ¹⁰⁷ Nationaal Kompas Volksgezondheid (2013). Zorgkosten.
- ¹⁰⁸ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁰⁹ Ecorys (2011). Evaluatie naar verplicht eigen risico.
- ¹¹⁰ Vektis (2013). Zorgthermometer 2013 – Verzekerden in beweging 2013.
- ¹¹¹ CAK (2014). Compensatie eigen risico.
- ¹¹² Ministerie van VWS (20 juni 2012). Kamerbrief Analyse van regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten.
- ¹¹³ Ecorys (2011). Evaluatie naar verplicht eigen risico.
- ¹¹⁴ Vektis (2013). Zorgthermometer 2013 – Verzekerden in beweging 2013.
- ¹¹⁵ CAK (2014). Compensatie eigen risico.
- ¹¹⁶ Vektis (2013). Zorgthermometer 2013 – Verzekerden in beweging 2013.
- ¹¹⁷ BS Health Consultancy (2014). Zorgverzekerde kiest voor keuzevrijheid en prijs.
- ¹¹⁸ Consumentenbond (2014). Medische acceptatie bij aanvullende verzekeringen, Medische acceptatieprocedure voor 2014.
- ¹¹⁹ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹²⁰ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹²¹ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹²² Ecorys (2011). Evaluatie naar verplicht eigen risico.
- ¹²³ Ecorys (2011). Evaluatie naar verplicht eigen risico.
- ¹²⁴ Vektis (2013). Zorgthermometer 2013 – Verzekerden in beweging 2013.

-
- ¹²⁵ Ecorys (2011). Evaluatie naar verplicht eigen risico.
- ¹²⁶ Ecorys (2011). Evaluatie naar verplicht eigen risico.
- ¹²⁷ Vektis (2013). Zorgthermometer 2013 – Verzekerden in beweging 2013.
- ¹²⁸ Ecorys (2011). Evaluatie naar verplicht eigen risico.
- ¹²⁹ Skipr (8 oktober 2013). Patiënten mijden zorg vanwege kosten.
- ¹³⁰ Skipr (13 juni 2013). Winst ziekenhuizen stijgt bij dalende productie.
- ¹³¹ TNS NIPO (2013). Onderzoeksresultaten Zorgmonitor TNS NIPO herfst 2013.
- ¹³² Gupta Strategists (2013). Ziekenhuisomzetten half miljard lager dan verwacht door krimp in productie.
- ¹³³ GFK (2013). Keuzegedrag bij zorg.
- ¹³⁴ GFK (2013). Keuzegedrag bij zorg.
- ¹³⁵ Rijksoverheid (25 oktober 2013). Zorgmijding als gevolg van de verhoging van het eigen risico beperkt.
- ¹³⁶ Rijksoverheid (25 oktober 2013). Zorgmijding als gevolg van de verhoging van het eigen risico beperkt.
- ¹³⁷ Ministerie van VWS (2 juli 2014). Kamerbrief Onderzoeken naar verhoging eigen risico en zorgmijding.
- ¹³⁸ GFK (2013). Keuzegedrag bij zorg.
- ¹³⁹ Ikkersheim, D. (10 januari 2014). Kostentransparantie moet voor koop uit gaan.
- ¹⁴⁰ CPB (2008). Notitie Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw.
- ¹⁴¹ Ecorys (2011). Evaluatie naar het verplicht eigen risico.
- ¹⁴² Ecorys (2011). Evaluatie naar het verplicht eigen risico.
- ¹⁴³ Nationale DenkTank. 2013. Uitgedokterd.
- ¹⁴⁴ CPB (2013). Toekomst voor de zorg.
- ¹⁴⁵ Folmer, C. en E. Westerhout (2013). Naar een slimmer gebruik van eigen betalingen in de zorg, Tijdschrift Openbare Financiën, 45, 2.
- ¹⁴⁶ Newhouse, J.P., W.G. Manning et al. (1982). Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance.
- ¹⁴⁷ Manning, W. (1988). Health insurance and the demand for medical care.
- ¹⁴⁸ Nationale Denktank. 2013. Uitgedokterd.
- ¹⁴⁹ CPB (2008). Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw.
- ¹⁵⁰ Nationale DenkTank (2013). Gedeeltelijk eigen risico. Presentatie veelgestelde vragen.
- ¹⁵¹ Nationale DenkTank (2013). Gedeeltelijk eigen risico. Presentatie veelgestelde vragen.
- ¹⁵² CPB (2008). Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw.
- ¹⁵³ Shampanier K., N. Mazar en D. Ariely (2007). Zero as a special price. Marketing Science, vol. 26, 724-757.
- ¹⁵⁴ Ministerie van VWS (14 mei 2013). Kamerbrief Kostenbewustzijn.
- ¹⁵⁵ Ministerie van VWS (25 oktober 2013). Kamerbrief Voortgangsbrief kostenbewustzijn.
- ¹⁵⁶ Ministerie van VWS (2 juli 2014). Kamerbrief Stand van zaken kostenbewustzijn.
- ¹⁵⁷ NZa (2014). Transparantie voor consumenten.
- ¹⁵⁸ NZa (2014). Transparantie voor consumenten.
- ¹⁵⁹ NZa (2014). Transparantie voor consumenten.
- ¹⁶⁰ Porter en Kaplan (2011). How to solve the cost crisis in health care. Harvard Business Review.
- ¹⁶¹ Pai, A. (2014). Eight companies working on healthcare price transparency, Mobihealth news.
- ¹⁶² Zorgverzekeringswet, artikel 18.
- ¹⁶³ Nivel (2009). De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel.
- ¹⁶⁴ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁶⁵ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁶⁶ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹⁶⁷ Vektis (2013). Zorgthermometer.
- ¹⁶⁸ Vektis (2014). Zorgthermometer – Verzekerden in beweging.

-
- ¹⁶⁹ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹⁷⁰ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹⁷¹ iBMG (2009). Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF.
- ¹⁷² NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹⁷³ Vektis (2013). Zorgthermometer 2013 – Verzekerden in beweging 2013.
- ¹⁷⁴ BS Health Consultancy (2014). Zorgverzekerde kiest voor keuzevrijheid én prijs.
- ¹⁷⁵ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹⁷⁶ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹⁷⁷ iBMG (2009). Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF.
- ¹⁷⁸ iBMG (2009). Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF.
- ¹⁷⁹ iBMG (2009). Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF.
- ¹⁸⁰ NZa (2012). Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw).
- ¹⁸¹ Zorgverzekeringwet, artikel 11.
- ¹⁸² Zorgverzekeringwet, artikel 13.
- ¹⁸³ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁸⁴ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁸⁵ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁸⁶ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ¹⁸⁷ NZa (2012). Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw).
- ¹⁸⁸ NZa (2012). Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw).
- ¹⁸⁹ NZa (2013). Beleidsregel Overmacht continuïteit van zorg.
- ¹⁹⁰ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹⁹¹ NZa (2010). Thematisch onderzoek Zorgplicht.
- ¹⁹² NZa (2010). Thematisch onderzoek Zorgplicht.
- ¹⁹³ NZa (2012). Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw).
- ¹⁹⁴ NZa (2013). Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), (TH/BR-009).
- ¹⁹⁵ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ¹⁹⁶ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ¹⁹⁷ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ¹⁹⁸ NZa (2012). Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012.
- ¹⁹⁹ DVDW Advocaten (24 juni 2013). Faillissement Ruwaard van Puttenziekenhuis.
- ²⁰⁰ NZa (2012). Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringwet 2012.
- ²⁰¹ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ²⁰² NZa (2014). Brief aan Ministerie VWS: Transgenderzorg.
- ²⁰³ Ministerie van VWS (11 maart 2014). Kamerbrief Commissiebrief inzake Regeling van Werkzaamheden: over de behandelingsstop bij het VUmc voor patiënten met genderdysforie (Telegraaf.nl, 24 februari 2014).
- ²⁰⁴ Ministerie van VWS (2 juni 2014). Kamerbrief Toezegging recht op gecontracteerde zorg.
- ²⁰⁵ Ministerie van VWS (11 maart 2014). Kamerbrief Commissiebrief inzake Regeling van Werkzaamheden: over de behandelingsstop bij het VUmc voor patiënten met genderdysforie.
- ²⁰⁶ NZa (2012). Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012.

-
- ²⁰⁷ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ²⁰⁸ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ²⁰⁹ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ²¹⁰ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²¹¹ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²¹² Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²¹³ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²¹⁴ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²¹⁵ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²¹⁶ KPMG Plexus (2014). Focusgroep Factoren van invloed op zorginkoop. d.d. 25 april 2014.
- ²¹⁷ KPMG Plexus (2014). Focusgroep Ontwikkelmogelijkheden zorginkoop en de rol van de overheid. d.d. 24 april 2014.
- ²¹⁸ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²¹⁹ NZa (2012). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt Weergave van de markt 2008-2012.
- ²²⁰ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²²¹ Wasem, J. (2009). *Country update: Germany*, Presentation at the annual meeting of the Risk Adjustment Network, Jerusalem, 4-6 December 2009, Institute for Health Services Management, University of Duisburg-Essen.
- ²²² Buchmueller, T.C., P.J. Feldstein (1997). The effect of price on switching among health plans, *Journal of Health Economics*, vol. 16(2): 231-47.
- ²²³ Van de Ven, W.P.M.M. en F.T. Schut (2010). Is de Zorgverzekeringwet een succes?
- ²²⁴ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ²²⁵ BS Health Consultancy. (2014). Zorgverzekerde kiest voor keuzevrijheid én prijs.
- ²²⁶ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ²²⁷ BS Health Consultancy. (2014). Zorgverzekerde kiest voor keuzevrijheid én prijs.
- ²²⁸ NZa (2012). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2008-2012.
- ²²⁸ CPB (2012). Analyse economische effecten financieel kader Regeerakkoord, CPB Notitie, 29-10-2012.
- ²²⁹ Tweede Kamer der Staten-Generaal (13 november 2012). Motie van de leden Zijlstra en Samsom.
- ²³⁰ Tweede Kamer der Staten-Generaal (1 juni 2005). Memorie van Toelichting, Invoering van de Zorgverzekeringwet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringwet).
- ²³¹ CBS (2012). Fors hogere uitgaven zorgtoeslag in 2011.
- ²³² CBS Statline (25 juni 2014). Overheid, sociale uitkeringen 1987-2013, zorgtoeslag.
- ²³³ CBS (2012). Fors hogere uitgaven zorgtoeslag in 2011.
- ²³⁴ CBS Statline (25 juni 2014). Overheid, sociale uitkeringen 1987-2013, zorgtoeslag.
- ²³⁵ Wet op de zorgtoeslag, artikel 2.
- ²³⁶ Regeerakkoord (30 september 2010). Regeerakkoord Vrijheid en verantwoordelijkheid.
- ²³⁷ Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (20 december 2011). Besluit van 6 december 2011, houdende wijziging van de percentages van het drempel- en het toetsingsinkomen voor de berekening van de zorgtoeslag (Besluit percentages drempel- en toetsingsinkomen zorgtoeslag).

-
- ²³⁸ Rijksbegroting (2013).
- ²³⁹ Tweede Kamer der Staten-Generaal (25 mei 2012). Voorjaarsnota 2012.
- ²⁴⁰ Rijksbegroting (2013).
- ²⁴¹ Wijzigingswet Zorgverzekeringswet, Wet op de zorgtoeslag, enz. (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) (juli 2009).
- ²⁴² ZorgVuldig Advies en Berenschot (2011). Evaluatie van de wanbetalersregeling in de Zorgverzekeringswet "Kort op de bal".
- ²⁴³ ZorgVuldig Advies en Berenschot (2011). Evaluatie van de wanbetalersregeling in de Zorgverzekeringswet "Kort op de bal".
- ²⁴⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 33 683, nr. 3.
- ²⁴⁵ Wijzigingswet Zorgverzekeringswet, Wet op de zorgtoeslag, enz. (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) (juli 2009).
- ²⁴⁶ ZorgVuldig Advies en Berenschot (2011). Evaluatie van de wanbetalersregeling in de Zorgverzekeringswet "Kort op de bal".
- ²⁴⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 33 683, nr. 3.
- ²⁴⁸ ZorgVuldig Advies en Berenschot (2011). Evaluatie van de wanbetalersregeling in de Zorgverzekeringswet "Kort op de bal".
- ²⁴⁹ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²⁵⁰ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²⁵¹ Tweede Kamer der Staten-Generaal (1 juni 2005). Memorie van Toelichting, Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet).
- ²⁵² Tweede Kamer der Staten-Generaal (1 juni 2005). Memorie van Toelichting, Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet).
- ²⁵³ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²⁵⁴ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²⁵⁵ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.
- ²⁵⁶ iBMG (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?
- ²⁵⁷ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ²⁵⁸ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ²⁵⁹ CBS (2014). Laagste groei zorguitgaven in 15 jaar.
- ²⁶⁰ Jeurissen, P. en J. Trienekens (2013). Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg?
- ²⁶¹ Commissie-Baarsma (2012). Advies commissie macrobeheersinstrument.
- ²⁶² Commissie-Baarsma (2012). Advies commissie macrobeheersinstrument.
- ²⁶³ Commissie-Baarsma (2012). Advies commissie macrobeheersinstrument.
- ²⁶⁴ NZa (2014). Good contracting practices 2014.
- ²⁶⁵ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ²⁶⁶ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ²⁶⁷ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ²⁶⁸ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ²⁶⁹ Ministerie van VWS (2 juni 2014). Kamerbrief: Toezegging recht op gecontracteerde zorg.

-
- 270 Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 MSZ. Juli 2011.
- 271 Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014.
- 272 NZa (2011). Memo, Vaststelling omzetplafond 2012.
- 273 iBMG (2012). Uitkomstbesteding in de zorg.
- 274 KPMG Plexus (2014). Betalen voor kwaliteit.
- 275 NZa (2012). Voorzien de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel.
- 276 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 277 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 278 NZa (2013). Marktscan Medisch specialistische zorg 2009-2013.
- 279 Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- 280 NZa (2010). Zorgbalans – De prestaties van de Nederlandse zorg.
- 281 NZa (2010). Thematisch onderzoek zorgplicht.
- 282 NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- 283 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 284 Consumentenbond (2014). Budgetpolis zorgverzekering.
- 285 Zorgwijzer (2013). Budgetpolis zorgverzekering: wat wordt vergoed en wat zijn de verschillen?
- 286 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 287 Nivel (2014). Percentage overstappers afgenomen; keuzevrijheid minstens zo belangrijk als premie.
- 288 Consumentenbond (2014). Budgetpolis zorgverzekering.
- 289 Nivel (2014). Percentage overstappers afgenomen; keuzevrijheid minstens zo belangrijk als premie.
- 290 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 291 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 292 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 293 Analyse aangeleverde data zorgverzekeraars (mei 2014).
- 294 NZa (2013). Marktscan Medisch specialistische zorg 2009-2013.
- 295 Analyse aangeleverde data zorgverzekeraars (mei 2014).
- 296 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 297 NZa (2013). Marktscan Medisch specialistische zorg 2009-2013.
- 298 Zorgverzekeraars Nederland (2014). Minimum kwaliteitsnormen ziekenhuizen.
- 299 Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- 300 Zorgverzekeraars Nederland (2013). Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg.
- 301 Website ACM, Nieuwsbericht 16 juli 2014.
- 302 NZa (2013). Marktscan Medisch specialistische zorg 2009-2013.
- 303 Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- 304 Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- 305 Significant (2012). Doelmatigheid in de zorginkoop.
- 306 Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- 307 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 308 Analyse data zorgverzekeraars (mei 2014).
- 309 NZa (2014). Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg 2009-2013.
- 310 Analyse data zorgverzekeraars (mei 2014).
- 311 Analyse data zorgverzekeraars (mei 2014).
- 312 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 313 Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- 314 NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- 315 Stichting Benchmark GGZ (2014). Over SBG.

-
- ³¹⁶ Van Os J., R. Kahn, D. Denys, R.A. Schoevers, A.T.F. Beekman, W.J.G. Hoogendijk e.a. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over Routine Outcome Monitoring, Tijdschrift voor Psychiatrie, 54:3.
- ³¹⁷ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ³¹⁸ NZa (2010). Thematisch onderzoek zorgplicht.
- ³¹⁹ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ³²⁰ Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- ³²¹ Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- ³²² Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- ³²³ Stichting Kwaliteitsuitkomsten Fysiotherapie (2014). Programmaplan, structuur en procesinrichting, statuten en reglementen.
- ³²⁴ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ³²⁵ NZa (2013). Marktscan Extramurale farmaceutische zorg.
- ³²⁶ Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- ³²⁷ Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- ³²⁸ Analyse zorginkoopspecificaties zorgverzekeraars (mei 2014).
- ³²⁹ NZa (2010). Inkoopmacht en collectief onderhandelen.
- ³³⁰ ACM (2014). Informatiekaart samenwerking zorgverzekeraars.
- ³³¹ KPMG Plexus (2014). Focusgroep Factoren van invloed op zorginkoop. D.d. 25 april 2014.
- ³³² KPMG Plexus (2014). Focusgroep Ontwikkelmogelijkheden zorginkoop en de rol van de overheid. D.d. 24 april 2014.
- ³³³ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringmarkt 2009-2013.
- ³³⁴ Staatscourant, jaargang 2013, nummer 385 (17 oktober 2013). Besluit van 2 oktober 2013, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage.
- ³³⁵ Staatscourant, jaargang 2013, nummer 26839 (30 september 2013). Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 20 september 2013, kenmerk Z-151938-110091, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringwet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2014 (Regeling risicoverevening 2014).
- ³³⁶ Ministerie van VWS (5 september 2011). Kamerbrief Risicoverevening.
- ³³⁷ TK, 2013: 384.
- ³³⁸ TK, 2013: 384.
- ³³⁹ Douven, R. (2010). Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringwet.
- ³⁴⁰ Ministerie van VWS. Kamerbrieven risicoverevening 2011, 2012, 2013, 2014.
- ³⁴¹ Halbersma, R. en M. Mikkers (2010). Afschaffing macronacalculatie.
- ³⁴² TK (2013): 384.
- ³⁴³ Ministerie van VWS (14 juni 2013). Kamerbrief Risicovereveningsmodel 2014.
- ³⁴⁴ iBMG (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringwet: succes verzekerd?
- ³⁴⁵ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringmarkt 2009-2013.
- ³⁴⁶ KPMG Plexus (2014). Focusgroep factoren van invloed op zorginkoop. D.d. 25 april 2014.
- ³⁴⁷ KPMG Plexus (2014). Focusgroep Ontwikkelmogelijkheden zorginkoop en de rol van de overheid. D.d. 24 april 2014.
- ³⁴⁸ iBMG (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringwet: succes verzekerd?
- ³⁴⁹ iBMG (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringwet: succes verzekerd?
- ³⁵⁰ Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 MSZ. Juli 2011.

-
- ³⁵¹ Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014.
- ³⁵² Convenant Huisartsenzorg 2012-2013.
- ³⁵³ Jeurissen, P. en J. Trienekens (2013). Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg?
- ³⁵⁴ ZN (2013). Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg.
- ³⁵⁵ ZN (2013). Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg.
- ³⁵⁶ NZa (2012). Voor welke vrije beroepsbeoefenaren zijn de prijzen al vrijgegeven?
- ³⁵⁷ NZa. Beleidsregel BR/CU-5106, Generalistische basis GGZ, ingangsdatum 1 januari 2014.
- ³⁵⁸ NZa (2012). Voorzien de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel?
- ³⁵⁹ KPMG Plexus (2012). Meten van zorguitkomsten: de heilige graal binnen handbereik.
- ³⁶⁰ Algemene Rekenkamer (2013). Indicatoren voor kwaliteit in de zorg.
- ³⁶¹ Ministerie van VWS (18 juli 2014). Kamerbrief Transparantie van kwaliteit in curatieve zorg.
- ³⁶² NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ³⁶³ Zorgverzekeraars Nederland (2013). Praktijkvariatiereport Rughernia.
- ³⁶⁴ Zorgverzekeraars Nederland (2013). Kwaliteit en kosten van de geleverde zorg rond geestelijke gezondheidszorg.
- ³⁶⁵ Gezondheidsraad (2013). Publieke indicatoren voor kwaliteit in de curatieve zorg. De stand van zaken.
- ³⁶⁶ Algemene Rekenkamer (2013). Indicatoren voor kwaliteit in de zorg.
- ³⁶⁷ KPMG Plexus (2012). Meten van zorguitkomsten: de heilige graal binnen handbereik.
- ³⁶⁸ Algemene Rekenkamer (2013). Indicatoren voor kwaliteit in de zorg.
- ³⁶⁹ Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (2012). Normering Chirurgische Behandelingen 3.0.
- ³⁷⁰ Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (2011). Volume Normen Cardiologie.
- ³⁷¹ Nederlandse Vereniging voor Urologie (2012). Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom.
- ³⁷² Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (2012). Normering Chirurgische Behandelingen 3.0.
- ³⁷³ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ³⁷⁴ Mogelijke belemmeringen vanuit de Wmg op zorginkoop worden indien van toepassing onderzocht in de evaluatie van de Wmg (2014).
- ³⁷⁵ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ³⁷⁶ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ³⁷⁷ Ministerie van VWS (2012). Aanpassing artikel 13 van de Zvw.
- ³⁷⁸ Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014.
- ³⁷⁹ Convenant Huisartsenzorg 2012-2013.
- ³⁸⁰ Jeurissen, P. en J. Trienekens (2013). Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg?
- ³⁸¹ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ³⁸² Ministerie van VWS (2014). Commissiebrief over de verschillende polissen en het vergoeden van niet-gecontracteerde zorg, 4 juni 2014.
- ³⁸³ Ministerie van VWS (2014). Commissiebrief over de verschillende polissen en het vergoeden van niet-gecontracteerde zorg, 4 juni 2014, p. 1.
- ³⁸⁴ Zorgverzekeringswet, artikel 13aa. Tweede Kamer der Staten-Generaal (19 juni 2014). Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.
- ³⁸⁵ Motie nr. 20, Amendement van het lid Slob c.s. bij wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.
- ³⁸⁶ Motie nr. 19, Amendement van het lid Dijkstra c.s. bij wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.

-
- ³⁸⁷ Motie nr. 18, Amendement van het lid Van der Staaij c.s. bij wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.
- ³⁸⁸ Motie nr. 21, Amendement van het lid Dijkstra c.s. bij wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.
- ³⁸⁹ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ³⁹⁰ NZa (2014). Good contracting practices 2014.
- ³⁹¹ iBMG (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringwet: succes verzekerd?
- ³⁹² Algemene Rekenkamer (2013). Indicatoren voor kwaliteit in de zorg.
- ³⁹³ Ministerie van VWS (20 maart 2013). Conceptrapportage Indicatoren voor kwaliteit in de zorg.
- ³⁹⁴ iBMG (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringwet: succes verzekerd?
- ³⁹⁵ Zie o.a. KPMG Plexus (2014). Betalen voor Kwaliteit.
- ³⁹⁶ Swedish Association of Local Authorities and Regions (2011). Quality and efficiency in Swedish Cancer Care.
- ³⁹⁷ Zie o.a. website NPCF voor verschillende berichtgeving hierover.
- ³⁹⁸ Staatscourant, jaargang 2013, nummer 578 (23 december 2013). Wet van 11 december 2013 tot wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg.
- ³⁹⁹ Ministerie van VWS (18 juli 2014). Kamerbrief Transparantie van kwaliteit in curatieve zorg.
- ⁴⁰⁰ Wet marktordening gezondheidszorg, artikel 38.
- ⁴⁰¹ NZa (2009). Toepassing artikel 45 Wmg.
- ⁴⁰² Ministerie van VWS (18 juli 2014). Kamerbrief Transparantie van kwaliteit in curatieve zorg.
- ⁴⁰³ NZa (2014). Ziekenhuizen publiceren sterftcijfers na aanwijzing NZa.
- ⁴⁰⁴ ZGT (2012). Indicatoren Zichtbare Zorg Ziekenhuizen / Zorgverzekeraars Nederland / Klantpreferentievragen.
- ⁴⁰⁵ NVZ (2013). Zichtbare Zorg 2007-2012.
- ⁴⁰⁶ Antoni van Leeuwenhoek (2014). <http://www.avl.nl/topmenu/over-avl/kwaliteit-borstkanker/>.
- ⁴⁰⁷ KPMG Plexus (2013). Wie doet het met wie in de zorg.
- ⁴⁰⁸ KPMG Plexus (2013). Wie doet het met wie in de zorg.
- ⁴⁰⁹ KPMG Plexus (2013). Toepassing mededingingswet in de zorgsector.
- ⁴¹⁰ iBMG (2014). Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening.
- ⁴¹¹ KPMG Plexus (2013). Toepassing mededingingswet in de zorgsector.
- ⁴¹² iBMG (2014). Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening.
- ⁴¹³ KPMG Plexus (2013). Toepassing mededingingswet in de zorgsector.
- ⁴¹⁴ Rijksoverheid (9 mei 2012). Nieuwsbericht Continuïteit en fusietoetsing kwaliteit.
- ⁴¹⁵ iBMG (2014). Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening.
- ⁴¹⁶ KPMG Plexus (2013). Toepassing mededingingswet in de zorgsector.
- ⁴¹⁷ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ⁴¹⁸ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ⁴¹⁹ Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringwet en Wet op de zorgtoeslag.
- ⁴²⁰ NZa (2014). Monitor zorginkoop.
- ⁴²¹ Zorgvisie (2011). Friezen dreigen verzekering De Friesland op te zeggen.
- ⁴²² Independer (2013). Achmea-Slotervaart perikelen in Tros Radar.

-
- ⁴²³ Ministerie van VWS (2000). Vraag aan bod.
- ⁴²⁴ Ministerie van VWS (24 maart 2014). Kamerbrief Commissiebrief inzake SO Invoering integrale bekostiging specialistische zorg.
- ⁴²⁵ Cap Gemini (2013), Zorgvraagzwaarte GGZ.
- ⁴²⁶ Ministerie van VWS (24 maart 2014). Kamerbrief Voorhangbrief voorgenomen aanwijzing ex art. 8 Wmg betreft bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument.
- ⁴²⁷ Motie van het lid Smilde c.s., 10 november 2011, 33 000 XVI, Nr. 45.
- ⁴²⁸ Ministerie van VWS (20 maart 2014). Kamerbrief Proeftuinen, populatiekenmerken en uitkomstbekostiging.
- ⁴²⁹ Ministerie van VWS (4 juli 2013). Kamerbrief Uitkomstbekostiging in de curatieve zorg.
- ⁴³⁰ iBMG (2012). Uitkomstbekostiging in de zorg.
- ⁴³¹ Ikkersheim, 2013, Proefschrift the Dutch health system reform.
- ⁴³² KPMG (2014). Betalen voor kwaliteit.
- ⁴³³ NZa (2014). Notitie meerjarige polis, 31 maart 2014.
- ⁴³⁴ OMS en ZonMW (2013). Campagne Verstandig Kiezen.
- ⁴³⁵ Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (2013). Verstandige keuzes bij een lage rughernia.
- ⁴³⁶ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴³⁷ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴³⁸ iBMG (2014). Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening.
- ⁴³⁹ www.anno12.nl.
- ⁴⁴⁰ Zorgverzekeringswet, artikel 31.1.
- ⁴⁴¹ NZa (2012). Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt.
- ⁴⁴² NZa (2012). Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringsmarkt.
- ⁴⁴³ iBMG (2014). Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening.
- ⁴⁴⁴ KPMG Plexus (2013). Wie doet het met wie in de zorg?
- ⁴⁴⁵ KPMG Plexus (2013). Wie doet het met wie in de zorg?
- ⁴⁴⁶ NZa (2012). Marktscan Medisch specialistische zorg.
- ⁴⁴⁷ NZa (2012). Marktscan Medisch specialistische zorg.
- ⁴⁴⁸ NZa (2013). Stand van de zorgmarkten.
- ⁴⁴⁹ iBMG (2014). Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening.
- ⁴⁵⁰ KPMG Plexus (2013). Toepassing mededingingswet in de zorgsector.
- ⁴⁵¹ NZa (2013). Stand van de zorgmarkten.
- ⁴⁵² NZa (2014). Monitor Zorginkoop.
- ⁴⁵³ NZa (2014). Monitor Zorginkoop.
- ⁴⁵⁴ NZa (2013). Stand van de zorgmarkten.
- ⁴⁵⁵ NZa (2013). Stand van de zorgmarkten.
- ⁴⁵⁶ NZa (2013). Stand van de zorgmarkten.
- ⁴⁵⁷ NZa (2013). Stand van de zorgmarkten.
- ⁴⁵⁸ Grit, K., H. van de Bovenkamp en R. Bal (2008). De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel. iBMG.
- ⁴⁵⁹ Grit, K., H. van de Bovenkamp en R. Bal (2008). De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel. iBMG.
- ⁴⁶⁰ Nivel (2013). Kennissynthese – De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld.
- ⁴⁶¹ Nivel (2013). Kennissynthese – De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld.
- ⁴⁶² NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁶³ Nivel (2009). De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel.
- ⁴⁶⁴ Dwarslaesieorganisatie Nederland (2013). Zorgstandaard dwarslaesie.
- ⁴⁶⁵ Huidpatiënten Nederland (2014). Sterker op 3 fronten.

-
- ⁴⁶⁶ Door sommige verzekeraars ‘verzekerdenraad’ genoemd.
- ⁴⁶⁷ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁶⁸ Vektis (2012). Zorgthermometer – Verzekerden in beweging.
- ⁴⁶⁹ NZa (2012). Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringmarkt – Onderzoek naar belemmeringen voor toetreding en de positie van kleine zorgverzekeraars.
- ⁴⁷⁰ NZa (2013). Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁷¹ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁷² Vektis (2014). Zorgthermometer 2014 - Verzekerden in beweging 2014.
- ⁴⁷³ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁷⁴ Vektis (2014). Zorgthermometer 2014 - Verzekerden in beweging 2014.
- ⁴⁷⁵ NZa (2012). Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringmarkt.
- ⁴⁷⁶ Nivel (2009). De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel.
- ⁴⁷⁷ Ministerie VWS, Plexus en BKB (2010). Meer Tijd voor de Cliënt.
- ⁴⁷⁸ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁷⁹ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁸⁰ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁸¹ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁸² NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁸³ NZa (2013). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2009-2013.
- ⁴⁸⁴ NZa (2012). Monitor Toetredingsdrempels Zorgverzekeringmarkt.
- ⁴⁸⁵ Jaarcijfers VGZ, uitgebracht in mei 2014.
- ⁴⁸⁶ KPMG (2014). Solvency II: verplichting én kans.
- ⁴⁸⁷ Eerste Kamer der Staten Generaal (2012). Implementatiewet richtlijn solvabiliteit II.
- ⁴⁸⁸ Eerste Kamer der Staten Generaal (2012). Implementatiewet richtlijn solvabiliteit II.
- ⁴⁸⁹ MarketResponse en Jan M. De Mos Consultancy (2013). Klantenmonitor Zorgverzekeringen 2013.
- ⁴⁹⁰ Donselaar, C.G., D. de Boer, L. van der Hoek, M.W. Krol en J. Rademakers (2011). Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Nivel.
- ⁴⁹¹ Donselaar, C.G., D. de Boer, L. van der Hoek, M.W. Krol en J. Rademakers (2011). Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Nivel.
- ⁴⁹² MarketResponse en Jan M. De Mos Consultancy (2013). Klantenmonitor Zorgverzekeringen 2013.
- ⁴⁹³ Donselaar, C.G., D. de Boer, L. van der Hoek, M.W. Krol en J. Rademakers (2011). Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Nivel.
- ⁴⁹⁴ NZa (2007). Thematisch onderzoek verzekerdeninvloed.
- ⁴⁹⁵ SKGZ (2013). Jaarverslag 2013.
- ⁴⁹⁶ SKGZ (2013). Jaarverslag 2013.
- ⁴⁹⁷ SKGZ (2013). Jaarverslag 2013.
- ⁴⁹⁸ AFM (2012). Belangrijke informatie voor consumenten blijft lastig vindbaar op vergelijkingsites.
- ⁴⁹⁹ KPMG Plexus (2012). Excess growth.
- ⁵⁰⁰ CBS statline (2013).
- ⁵⁰¹ RIVM (2013). Solvabiliteit zorginstellingen. Bilthoven: Zorgbalans.
- ⁵⁰² RIVM (2013). Rentabiliteit zorginstellingen. Bilthoven: Zorgbalans.
- ⁵⁰³ Kommer, G., A. Wong en L. Slobbe. (2010). Determinanten van de volumegroei in de zorg.
- ⁵⁰⁴ Vandermeulen L.J.R., A. Beldman en A.J.J. van der Kwartel (2012). Productiviteitswinst in de zorg. Who gets what, when and how? Utrecht: Kiwa Prismant.
- ⁵⁰⁵ Blank, J., B. van Hulst en X. Koolman (2009). Development productivity Dutch hospitals 2003-2008. Delft: IPSE Studies, Delft University of Technology.
- ⁵⁰⁶ Plexus (2010). Working on health care – Costs & Quality. Breukelen: Plexus.
- ⁵⁰⁷ NVZ (2009). Year report 2009. Utrecht: Dutch association of hospitals.

-
- ⁵⁰⁸ Ikkersheim, D.E. (2013). The Dutch health system reform: creating value. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- ⁵⁰⁹ KPMG Plexus (2012). Excess growth.
- ⁵¹⁰ OECD (2013). Health at a glance 2013 – OECD Indicators.
- ⁵¹¹ Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 MSZ. Juli 2011.
- ⁵¹² Commissie inkomens medisch specialisten (2012). Gezond belonen.
- ⁵¹³ SEO (2012). Remuneration of medical specialists.
- ⁵¹⁴ SEO (2012). Remuneration of medical specialists.
- ⁵¹⁵ Commissie inkomens medisch specialisten (2012). Gezond belonen.
- ⁵¹⁶ OECD (2013). Health at a glance 2013 – OECD Indicators.
- ⁵¹⁷ NZa (2014). Monitor zorginkoop 2014.
- ⁵¹⁸ NZa (2014). Monitor zorginkoop 2014.
- ⁵¹⁹ NZa (2014). Monitor zorginkoop 2014.
- ⁵²⁰ NZa (2014). Monitor zorginkoop 2014.
- ⁵²¹ NZa (2014). Monitor zorginkoop 2014.
- ⁵²² Eurobarometer (2010). Patient safety and quality of healthcare.
- ⁵²³ Davis, K., C. Schoen en K. Stremikis (2010). 'Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally 2010 Update', The Commonwealth Fund. Verenigde Staten, juni 2010.
- ⁵²⁴ Health Consumer Power House (2012). Euro Health Consumer Index 2012 Report. Zweden, mei 2012.
- ⁵²⁵ Davis, K., C. Schoen en K. Stremikis (2010). 'Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally 2010 Update', The Commonwealth Fund. Verenigde Staten, juni 2010.
- ⁵²⁶ Health Consumer Power House (2012). Euro Health Consumer Index 2012 Report. Zweden, mei 2012.
- ⁵²⁷ RIVM (2010). Zorgbalans – De prestaties van de Nederlandse Zorg.
- ⁵²⁸ RIVM (2010). Zorgbalans – De prestaties van de Nederlandse Zorg.
- ⁵²⁹ ZN (2014). Praktijkvariatierapport 7 Electieve zorg aandoeningen.
- ⁵³⁰ ZN (2013). Praktijkvariatierapport Rughernia.
- ⁵³¹ Wetten.overheid.nl, Wetsteksten geldend op 26-06-2014.
- ⁵³² Zorgverzekeringswet, artikel 13aa. Tweede Kamer der Staten-Generaal (19 juni 2014). Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.
- ⁵³³ Wetten.overheid.nl, Wetsteksten geldend op 26-06-2014.
- ⁵³⁴ Wetten.overheid.nl, Wetsteksten geldend op 26-06-2014.

Contact

Karina Kuperus **KPMG Plexus**

T (070) 338 2110

E kuperus.karina@kpmgplexus.nl

David Ikkersheim **KPMG Plexus**

T (020) 656 4354

E ikkersheim.david@kpmgplexus.nl

Annemarije Oosterwaal **KPMG Plexus**

T (070) 338 2232

E oosterwaal.annemarije@kpmgplexus.nl

Lieke Ruigrok **KPMG Plexus**

T (020) 656 4354

E ruigrok.lieke@kpmgplexus.nl

www.kpmg.nl

www.kpmgplexus.nl

