

PROF. DR. EMILE CURFS

Regierol verzekeraars: een fictie?

Open Universiteit
www.ou.nl



Prof. dr. Emile Curfs

Regierol zorgverzekeraar: een fictie?

Zorgverzekeraars en hun regierol in het zorgstelsel

Maatschappelijk ondernemen door zorgverzekeraars

Open Universiteit
www.ou.nl



© E. Curfs, 2018

All rights reserved. No part of this publication may reproduced, stored, in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the publishers.

Ontwerp omslag en binnenwerk:

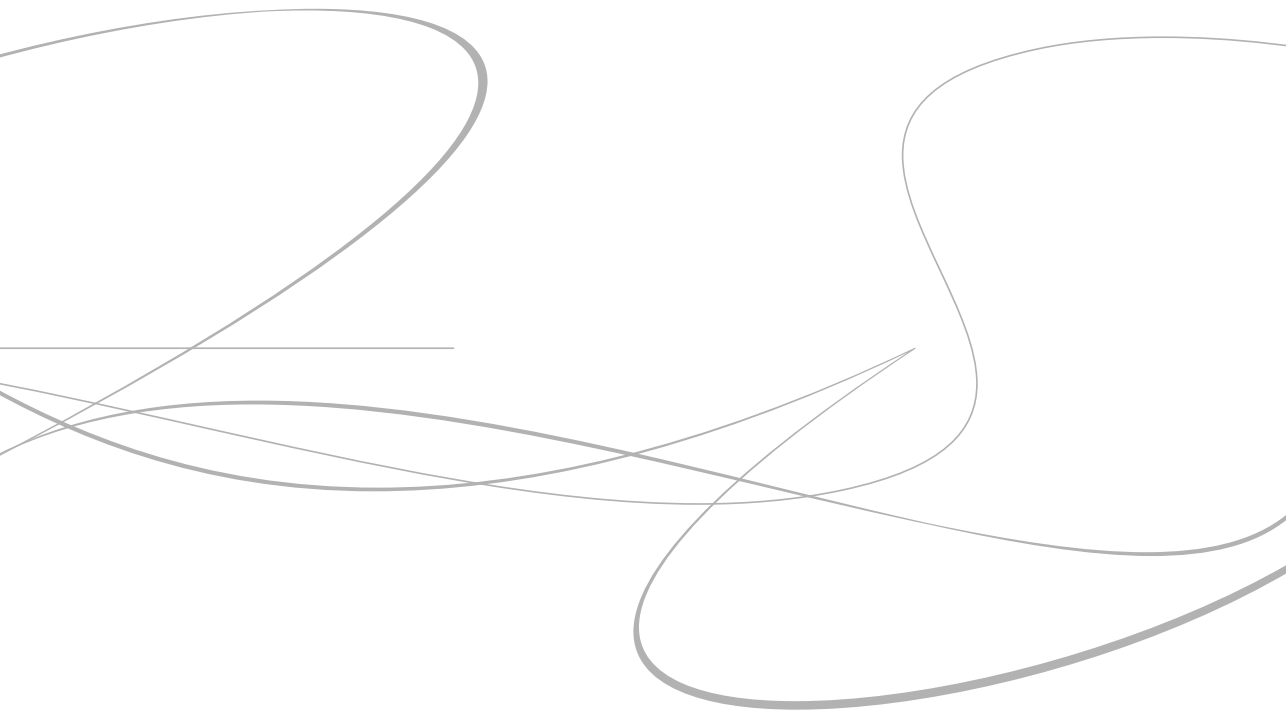
Vivian Rempelberg, Visuele communicatie, Open Universiteit

ISBN 978 94 92739 08 7

Inhoud

Regierol zorgverzekeraar: een fictie?	7
2006: Nieuw zorgstelsel	11
Hoe ziet het zorgstelsel eruit?	13
Werkt het zorgstelsel zoals beoogd?	19
Conclusies over de deelmarkten van het zorgstelsel	49
Regierol mislukt?	52
Conclusies en aanbevelingen	62
Toekomstige regierol zorgverzekeraars	67
Tot slot	73
Dankwoord	75
Literatuurverwijzingen	77





Regierol zorgverzekeraar: een fictie?

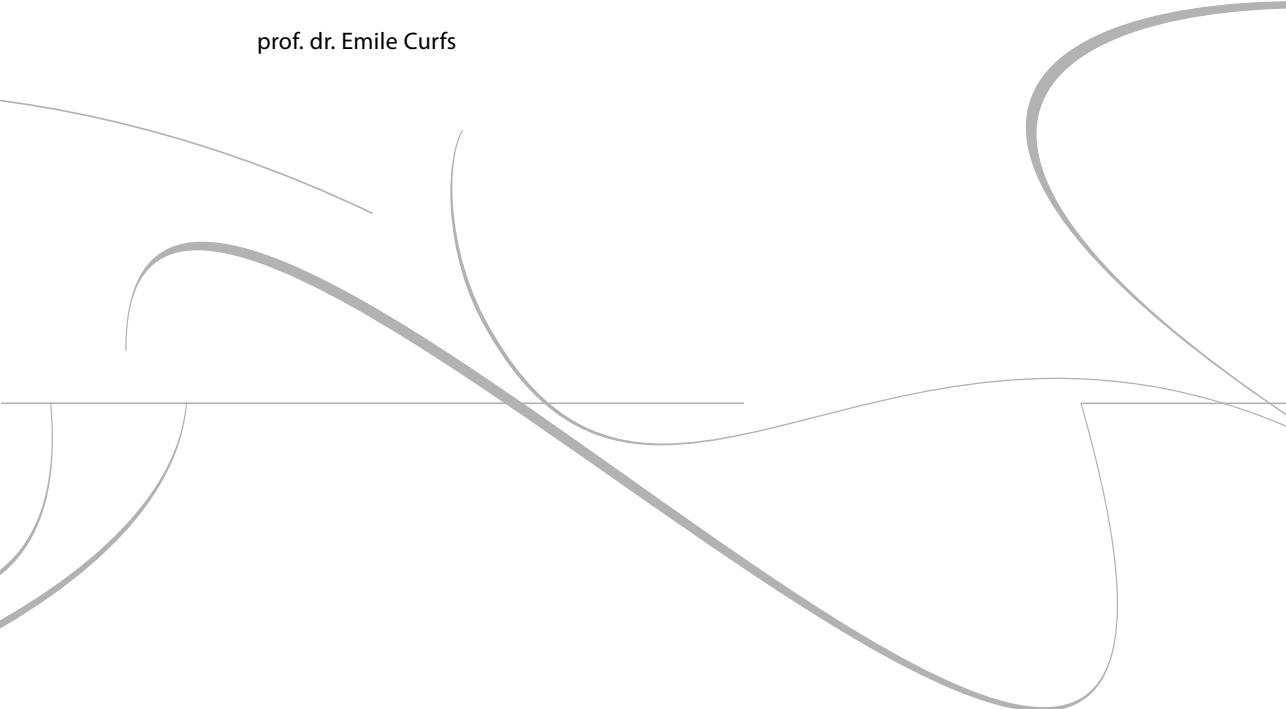
Zorgverzekeraars en hun regierol in het zorgstelsel

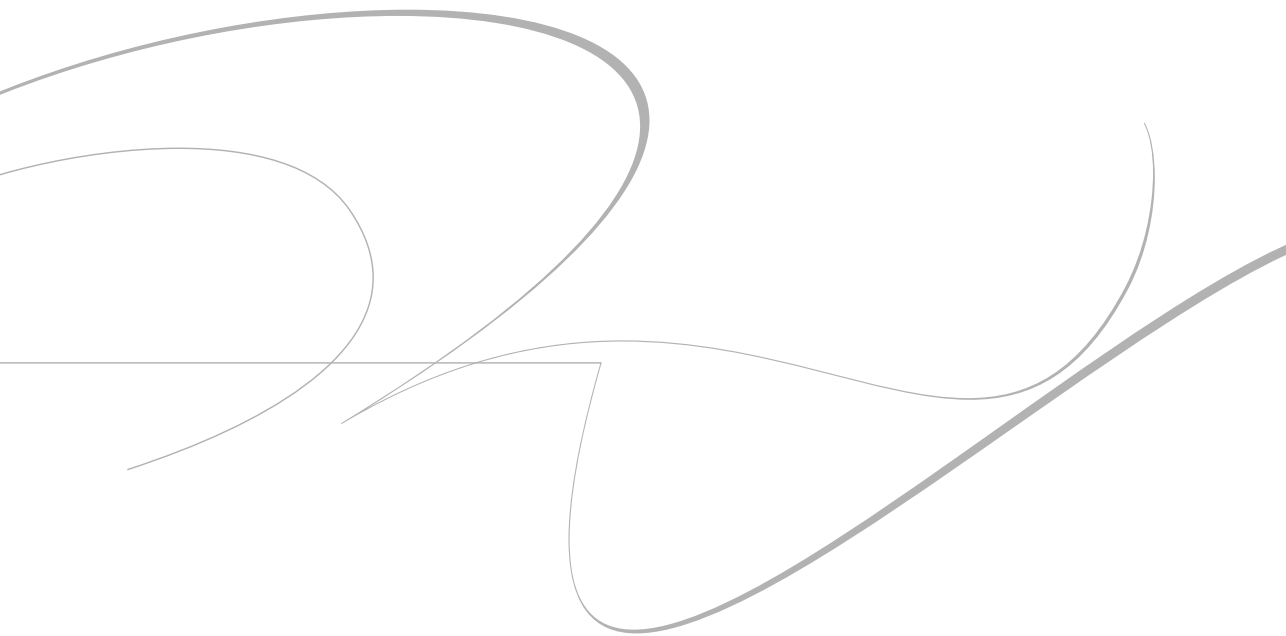
Rede

in verkorte vorm uitgesproken bij het afscheid van het ambt van hoogleraar
Maatschappelijk ondernemen door zorgverzekeraars bij de Open Universiteit
op vrijdag 26 januari 2018

door

prof. dr. Emile Curfs





Regierol zorgverzekeraar: een fictie?

Geachte rector magnificus, decaan, beste collega's, familie, vrienden en gewaardeerde toehoorders,

Kernvraag

Is de regierol¹ van zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel een fictie? Zijn zorgverzekeraars in staat om Nederland van een duurzame zorg te voorzien? Een zorg van hoge kwaliteit die, ook in de toekomst, betaalbaar en toegankelijk blijft voor alle Nederlanders? Dat is de kernvraag in mijn afscheidsrede.

Betaalbaarheid

Deze vraag is maatschappelijk zeer relevant. Zorg is immers belangrijk voor ons welzijn, onze kwaliteit van leven en ons werk. Nederlanders wijzen gezondheid aan als de belangrijkste voorwaarde voor een goed leven (2). Maar mensen zien de gezondheidszorg ook steeds vaker als belangrijkste maatschappelijk probleem. Vooral de ouderenzorg leidt tot ongerustheid (3). Mede daardoor vinden ze dat de regering ook meer geld aan zorg moet uitgeven (3). Maar er gaat al veel geld om in de zorg. In 2016 gaven we volgens het CBS € 96 miljard uit. Een stijging van 40% in tien jaar tijd (4). Dat heeft positieve effecten voor onze welvaart, want er werken bijna 1,2 miljoen mensen in de zorg (inclusief verzorging en welzijn), waaronder 938.000 vrouwen (4). Maar die grote hoeveelheid geld is tegelijkertijd ook een grote maatschappelijke zorg. Want, anders dan mensen misschien denken, is het niet de regering die de zorg betaalt, maar de burgers zelf. En zeker op de langere termijn is de betaalbaarheid van de zorg volgens recente berekeningen van het RIVM niet vanzelfsprekend gewaarborgd (5). Zo verwacht de RIVM dat we in 2040 € 174 miljard uitgeven aan zorg. Die kostenstijging komt niet, zoals u misschien zult denken, voornamelijk door de vergrijzing van de bevolking. 'Slechts' een kwart ervan wordt hieraan toegeschreven (6). Driekwart komt door de toenemende welvaart, technologische ontwikkelingen en prijsstijgingen vanwege o.a. achterblijvende productiviteit in de care (Baumol-effect). € 174 miljard komt overeen met 16,5% van het bruto binnenlandse product (bbp). In 2015 was dat nog 12,7%. Dat betekent dat de zorgkosten sneller stijgen dan de economie. Toegegeven, je kunt niet helemaal blind varen op voorspellingen: Het CPB voorspelde in 2011 nog dat in 2040 de zorguitgaven zouden liggen tussen de 19-31% van het bbp (7).

Effect op andere sectoren

Hoe dan ook, stijgende zorguitgaven zorgen er ook voor dat minder geld beschikbaar is voor andere collectief gefinancierde sectoren die wij als burger belangrijk vinden zoals sociale zekerheid, cultuur, veiligheid en onderwijs. Daarbij kunnen nadelige effecten voor de economie ontstaan, zoals een afname van de totale werkgelegenheid die door het CPB geschat wordt op 5% (8).

¹ Regierol: verantwoordelijkheid voor toegankelijkheid, kwaliteit en beheersing van kosten van de zorg (De Groot, 2005 (1))

Solidariteit en toegankelijkheid

Stijgende zorguitgaven veroorzaken een toenemende discrepantie tussen opbrengst en kosten tussen rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek waardoor de solidariteit onder druk komt te staan (8). Vooral maatregelen die als gevolg van (te) hoge zorguitgaven worden genomen, zoals (een verhoging van) eigen bijdragen en eigen betalingen, hogere nominale premies of een kleiner basispakket, vergroten het risico dat voor minder bedeelde groepen in de maatschappij de toegang tot de zorg sterk afneemt. Alleen al daarom is een beheersing van de zorgkosten gewenst. Maar het gaat niet alleen om kosten en betaalbaarheid. Het gaat ook over de verhouding tussen kosten en kwaliteit. Zo stelt Wester (9) vast dat de zorg in Nederland relatief duur is omdat medisch-specialisten die in maatschappen werken internationaal gezien bovengemiddeld veel verdienen.

Kwaliteit van zorg en zorgkosten

Maar het gaat bij het beheersen van kosten en dus ook in de regierol van zorgverzekeraars vooral om kwaliteit van de zorg. Dat is misschien een verrassende uitspraak, want gelukkig krijgen we in Nederland waar voor ons geld. Het Nederlandse zorgstelsel staat internationaal hoog aangeschreven als het gaat om kwaliteit en toegankelijkheid (10). Dit heeft echter wel een prijs. Afgemeten aan de internationale definitie van zorg heeft Nederland de op één na duurste zorg ter wereld (11). Onze zorg hoort weliswaar tot de duurste maar ook tot de beste in de wereld (12). Dus toch weer focus op alleen kosten? Nee, want naar schatting tussen de 25 en 40% van de behandelingen zijn volgens Grol (13) overbodig of zelfs schadelijk. Klink, nu bestuurder bij zorgverzekeraar VGZ, schrijft in 2012 dat 'afzien van overbodige en ondoelmatige behandelingen bij patiënten, jaarlijks tussen de € 4 en € 8 miljard euro aan zorgkosten scheelt' (14). Hoewel zijn artikel niet alleen enthousiast wordt ontvangen, geeft hij ondoelmatigheid in de zorg wel een prijs. En hiermee stuiten we op de wonderlijke parabool van kosten en kwaliteit in de zorg. Want als het percentage ondoelmatige behandelingen aanmerkelijk gereduceerd kan worden, neemt daardoor de kwaliteit van de zorg in Nederland toe, stijgt de kwaliteit van leven van patiënten en dalen de kosten. Zorgverleners en zorgvragers aanmoedigen en faciliteren om deze ondoelmatigheid samen aan te pakken en daarmee te streven naar een zinnige zorg, lijkt een uitstekende manier om de regierol van zorgverzekeraars vorm te geven.

Conclusie

De vraag of de regierol van zorgverzekeraars een fictie is, is dus uitermate relevant. Zowel voor de kosten/betalbaarheid van de zorg als voor de kwaliteit in termen van doelmatigheid of zinnige zorg.

Evaluatie zorgstelsel

Uiteenlopende conclusies

Bij de aanvaarding van mijn ambt in 2010 stelde ik de vraag of de regierol van de zorgverzekeraar een feit of een fictie was (15). Daar kon ik toen geen antwoord op geven. Er was onvoldoende onderzoek voorhanden en zorgverzekeraars hadden nog

te weinig tijd gehad om hun rol waar te maken. Nu zijn er voldoende onderzoeken uitgevoerd. Het zorgstelsel is bestudeerd en geëvalueerd en ook in de Academische Onderzoekwerkplaats Zorgverzekeraars van mijn leerstoel (AOZ)² is relevant onderzoek verricht. Bovendien hebben zorgverzekeraars nu ook 12 jaar de tijd gehad om hun regierol waar te maken. Al die onderzoeken en evaluaties geven, ik zeg het nu al, geen eensluitend antwoord. Het valt kennelijk nog niet mee om objectief en integraal het zorgstelsel en daarbinnen de regierol van de zorgverzekeraar te analyseren. Er zijn grofweg twee partijen. Die met een overwegend positieve houding over het zorgstelsel concluderen, begrijpelijkerwijs, meer positief over de zorgverzekeraars en hun regierol. Wel geven ze verbeteradviezen die vaak betrekking hebben op randvoorwaarden van het stelsel. Die met een meer negatieve beleving van het zorgstelsel zien het liefst een terugkeer naar het 'oude' stelsel met de ziekenfondsen als uitvoerend orgaan. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) adviseert een andere rolverdeling bij de zorginkoop binnen het huidige zorgstelsel, zonder selectieve zorginkoop, waarbij vooral zorgvragers en zorgverleners aan zet zijn (16). Daarover later meer.

Feiten, meningen, verklaringen en adviezen

In deze afscheidsrede hoort u mijn antwoord op de kernvraag, voorzien van mijn persoonlijke overwegingen, analyses en adviezen. Op weg daarnaartoe neem ik u mee langs feiten, meningen en verklaringen van belanghebbenden in de zorg over de regierol van zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel. Op die tocht houd ik me niet altijd aan wetenschappelijke conventies in die zin dat ik niet gestructureerd en schematisch via een probleem- en vraagstelling hypothesen voor uw voeten werp die ik met specifieke methoden en technieken ga onderzoeken, verdedigen of bewijzen. Eerder probeer ik gaandeweg een aantal van belang zijnde items te verduidelijken om u daarmee meer inzicht te verschaffen in waarom zaken bij de uitvoering van ons zorgstelsel gebeuren zoals ze gebeuren. Ook zal ik niet altijd de chronologische lijn in mijn verhaal respecteren. Waar ik bijvoorbeeld van mening ben dat een advies prioriteit verdient boven het netjes afronden van de opbouw van het verhaal, zal ik u dat advies niet onthouden. Wel maak ik uiteraard gebruik van wat andere onderzoekers hebben aangetoond. Deze afscheidsrede is echter geen allesomvattende samenvatting van alle onderzoeken, evaluaties en meningen in Nederland over het zorgstelsel en de regierol die de zorgverzekeraars daarbinnen hebben. Dat is ondoenlijk en in mijn ogen ook niet nodig. En het is ook geenszins een poging om u een mening op te dringen over het zorgstelsel of de regierol van zorgverzekeraars. Net zo min als dat het mijn bedoeling is zorgverzekeraars of zorgverleners op een onaantastbaar voetstuk te plaatsen. Als ik al een groep op een voetstuk zou willen plaatsen, dan zouden dat de zorgvragers zijn. Als u zich in deze laatste rol kunt verplaatsen, en menigeen kan dat, dan hoop ik dat u vanuit die positie na mijn oratie meer zicht heeft op hoe zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel functioneren. Het liefst zou ik zien dat door mijn verhaal overheid, zorgverzekeraars, zorgverleners, adviesorganen en wetenschappers worden aangemoedigd om, meer dan men nu wil, kan en mag, samen met zorgvragers daadwerkelijk aan de slag te gaan op weg naar een meer duurzame zorg in Nederland.

² De AOZ is een samenwerkingsverband van de Open Universiteit, zorgverzekeraar VGZ en onderzoeksinstituut NIVEL.



Een duurzame zorg die gekarakteriseerd wordt door een zorg van hoge kwaliteit en toegankelijkheid tegen een betaalbare prijs. Een zorg waarin zorgverleners voldoende aandacht aan zorgvragers kunnen schenken en mede daardoor ondoelmatige en schadelijke zorg kunnen voorkomen. Een doel dat alleszins de moeite waard is.

Focus oratie

Ik neem het advies van Goethe 'In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister' ter harte. Deze oratie richt zich daarom vooral op de regierol van zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel die zij bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw, 17), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg, 18) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi, 19) in 2006 kregen toegewezen. De in 2015 doorgevoerde hervorming van de langdurige zorg, waarbij met name de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is opgesplitst in de Wet langdurige zorg (Wlz, 20), de Zvw, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, 21) en de Jeugdwet (Jw, 22), is slechts beperkt meegenomen. Na deze hervorming in de langdurige zorg, met als doel transformatie van aanbod naar vraaggestuurde zorg, kregen ook gemeenten een inkooprol terwijl die van zorgkantoren veranderde. De neiging om aan deze oratie de vraag 'Regierol gemeenten of regierol zorgkantoren: een fictie?' toe te voegen, was groot, want interessant en van belang voor de duurzaamheid van de zorg. Maar ook hiervoor geldt dat gemeenten nog onvoldoende tijd hadden om deze doelstelling waar te maken en er is, zo stelt ook het CPB vast, zeker nog te weinig onderzoek naar verricht (23). Voor de regierol van zorgkantoren gelden deze argumenten minder omdat zij voor 2015 al de AWBZ uitvoerden. Echter, de eisen van de overheid en de omstandigheden waaronder de regierol moet worden uitgevoerd zijn sinds 2015 wel veranderd.

Inhoud afscheidsrede

In deze afscheidsrede schets ik eerst in het kort wanneer en hoe de regierol van zorgverzekeraars in het zorgstelsel tot stand is gekomen, hoe het Nederlandse zorgstelsel is opgebouwd en welke veronderstellingen aan de gereguleerde marktwerking ten grondslag liggen. Daarna confronteer ik u met de uitspraak van de RVZ (24) dat selectieve zorginkoop de *conditio sine qua non* is van het zorgstelsel en dat de mogelijkheid om verzekerden te kunnen sturen hieraan nauw verwant is. Vervolgens verken ik de vraag of de voorwaarden in het zorgstelsel voldoende zijn om de regierol van zorgverzekeraars op deze wijze uit te voeren. Ik besteed ook aandacht aan welke andere vormen van regievoeren door zorgverzekeraars mogelijk zijn en welke kunnen worden aanbevolen. Waar van belang passeren de uitkomsten van diverse onderzoeken en evaluaties van het zorgstelsel de revue. Daarbij wordt ook gekeken naar hoe zij de regierol van zorgverzekeraars en het zorgstelsel hebben onderzocht. Tussendoor is er specifieke aandacht voor wat enkele toonaangevende zorgverzekeraars zelf vinden van hun regierol. Ten slotte wil ik graag een aantal bevindingen, conclusies en aanbevelingen met u delen.

2006: Nieuw zorgstelsel

Regierol zorgstelsel naar zorgverzekeraars

Gereguleerde concurrentie

In 2006 wordt eindelijk het Nederlandse zorgstelsel, na decennia van gesteggel en uitstel, grondig hervormd (25). Doelmatigheid en keuzevrijheid zijn belangrijke kernwoorden in de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw). Het zorgstelsel wordt geliberaliseerd³ om daarmee de kwaliteit⁴, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren (24, 27). De overheid gebruikt daarvoor het model van de gereguleerde concurrentie. Concurrentie, tussen zorgverzekeraar en tussen zorgverleners, heeft volgens Van Kleef et al tot doel: 'het creëren van permanente prikkels tot doelmatigheidsverbetering' (26). Daarmee ontstaan mogelijkheden voor het bieden van kwalitatief goede zorg tegen een zo laag mogelijke prijs. En de regulering van de markt heeft volgens deze auteurs als doel 'solidariteit en toegankelijkheid te garanderen en marktfalen tegen te gaan' (26).

Nieuwe zorgstelsel: het 'beste' van links en rechts

Het poldermodel (overleg tussen en binnen overheid, politieke partijen, zorgverleners, zorgverzekeraars en zorgvragers) heeft er toe geleid dat het nieuwe zorgstelsel is samengesteld uit het 'beste' van de vrije marktprincipes en overheidsplanning. Het combineerde zowel 'linkse' (identieke basisverzekering voor alle Nederlanders en solidariteit) als 'rechtse' ('marktwerking' en private uitvoering als verbeteringsmotor) doelstellingen. Dat lijkt een mooie vondst, maar werkt dat wel? Heeft zo'n stelsel dan geen last van tegenstrijdige wensen, doelstellingen, voorwaarden en maatregelen? De politiek verpakt immers wel vaker doelstellingen in een terminologie waar niemand tegen kan zijn. Want wie wil er nu geen kwalitatief, betaalbaar en toegankelijk zorgstelsel met waarborgen voor solidariteit? En iedereen wil toch participeren in de maatschappij of zo lang mogelijk thuis wonen (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Wet langdurige zorg (Wlz)). Maar wie oog heeft voor de uitvoerbaarheid van deze wetten, kan niet anders concluderen dan dat die op zijn minst zeer uitdagend is te noemen en meer dan eens botst met de geschetste doelstellingen.

Regierol bij zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars krijgen in 2006 van de overheid de regierol. Zij moeten ervoor zorgen dat binnen de spelregels van het geliberaliseerde zorgstelsel de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg toeneemt zodat Nederlanders ook in de toekomst kunnen rekenen op een duurzame zorg. Dat de overheid die regierol in het zorgstelsel bij de zorgverzekeraars neerlegt, is volgens Van de Ven te danken aan het falen van de overheidsregie in de eerste jaren van de twintigste eeuw met als gevolg

³ Liberalisatie houdt in dat voor zorgverleners en zorgverzekeraars meer vrijheidsgraden zijn gecreëerd om te onderhandelen over de prijs, kwaliteit en de organisatie van de zorg.

⁴ Waaronder ook de subdoelstelling om de aanbodgerichte zorg te transformeren naar vraaggestuurde zorg.

een sterke stijging van de zorgkosten (29). Voor 2006 lag de regie van het zorgstelsel immers bij de centrale overheid met ziekenfondsen als uitvoeringsorgaan. Voor de kostenbeheersing was dit systeem met een open-eind financiering geen groot succes. Van de Ven noemt het zelfs 'het echec van de centrale aansturing' (29). Het kabinet-Balkenende II verwoordt dit zo: 'de centrale aansturing is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord vervangen door gereguleerde marktwerking.' Blinkhof (25) en Okma (30) wijzen erop dat die kostenbeheersing al veel langer een groot probleem was. Zij stellen dat in de daaraan voorafgaande 60 jaar het kostenprobleem hardnekkiger bleek dan de talrijke oplossingen uit de overheidsmaatregelen. Maatregelen overigens die vaak het resultaat waren van compromissen tussen verschillende opvattingen en belangen van politieke partijen, het 'polderen' tussen stakeholders als overheid, zorgverzekeraars en zorgverleners (5, 30). Telkens bleken ingrepen en wijzigingen niet te leiden tot beheersing van zorgkosten en ook niet tot gewenste verbetering van kwaliteit. Nooit werd het credo achter de overheidsmaatregelen 'door meer kwaliteit minder kosten' bewaarheid. Daarnaast is bij de creatie van het nieuwe zorgstelsel ook onmiskenbaar de tijdsgeest te herkennen van wereldwijd verspreide filosofieën als liberalisering van overheidstaken om grote maatschappelijke problemen van een adequate oplossing te voorzien (31). Met een kleine, maar niet onbelangrijke kanttekening. Bij de invoering van de Zvw was al duidelijk dat liberalisering van andere overheidstaken, om het met gevoel voor understatement te zeggen, lang niet altijd succesvol was.

Hoe ziet het zorgstelsel eruit?

Verplichte basisverzekering voor iedereen

Je zou het bijna vergeten als je alle kritiek op zorgverzekeraars, ziekenhuizen en de minister hoort. Op het huidige zorgstelsel werd decennialang gebroed. Het systeem met een basispolis voor iedereen is bedacht in de polder en leidde tot een breed gedragen initiatief van werkgevers, werknemers, politiek en een colonne denktanks. Het stelsel van een ziekenfonds voor de lagere inkomens en een particuliere verzekering voor de hogere inkomens was niet meer houdbaar. Vergrijzing en kostenstijgingen zouden de zorguitgaven onbeheersbaar maken. Een tweedeling tussen eerste- en tweedeklaszorg dreigde te ontstaan: de minima met goedkope zorg, de elite met de beste zorg en de middeninkomens die het vooral betaalden. De maatschappelijke solidariteit stond op het spel, de wachtlijsten waren lang, mede doordat ziekenhuizen en artsen te weinig vanuit de patiënt dachten. De centraal geleide planeconomie begon steeds meer te knellen. Kortom, een situatie waar niemand met gezond verstand, behalve de SP, naar terug verlangt.

Iedereen hetzelfde wettelijk vastgestelde basispakket zorg

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet vervalt het onderscheid tussen de particuliere ziektekostenverzekeringen en ziekenfondsen. Hierdoor geldt voor iedere burger dezelfde verzekering, met hetzelfde wettelijk vastgestelde basispakket. Alle ingezetenen in Nederland zijn wettelijk verplicht deze basisverzekering af te sluiten (verzekeringsplicht). De Rijksoverheid bepaalt jaarlijks de inhoud van het basispakket. Die inhoud bestaat uit medisch noodzakelijke zorg waar iedereen recht op heeft, bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. Voor elke verzekeraar geldt de acceptatieplicht: zij mogen niemand weigeren voor de basisverzekering. Voor de meeste zorg in het basispakket geldt een eigen risico, die door de overheid jaarlijks wordt vastgesteld. Voor bepaalde zorg geldt geen eigen risico, zoals huisartsenzorg of verloskundige zorg. Er kunnen ook nog eigen bijdragen gelden. De overheid bepaalt voor welke zorg een eigen bijdrage moet worden betaald. De eigen bijdrage staat helemaal los van het eigen risico.

Vrijwillige aanvullende verzekering

Een aanvullende verzekering, met een nominale premie, dekt (een deel van de) zorg die niet in het basispakket zit. Bijvoorbeeld extra vergoeding voor een behandeling bij de tandarts. Zorgverzekeraars bepalen zelf welke zorg in aanvullende verzekeringen wordt opgenomen. Een aanvullende verzekering is niet verplicht.

Solidariteit

Solidariteit is een noodzakelijke voorwaarde voor een duurzame zorg. Zonder solidariteit zou immers de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg niet voor iedereen zijn gewaarborgd. De gewenste solidariteit in het stelsel wordt onder andere geborgd door het verbod op premiedifferentiatie: iedereen met dezelfde polis betaalt daarvoor, ongeacht leeftijd, geslacht of gezondheid, hetzelfde bedrag⁵. Wetmatig is vastgelegd dat 50% van de uitgaven in de Zvw vanuit inkomensafhankelijke bijdragen gefinancierd worden. De overige 50% wordt gefinancierd uit de nominale premies (maandelijkse premie aan zorgverzekeraar), aangevuld met eigen betalingen (voornamelijk het eigen risico) en rijksbijdragen. Dit resulteert in een relatief hoge nominale premie. Maar wie niet voldoende inkomsten heeft om de zorgpremie zelf te betalen, kan een inkomensafhankelijke zorgtoeslag krijgen⁶. Voor de zorg in zijn geheel, dus inclusief Wmo en Wlz, geldt dat de nominale premie ongeveer een kwart van de kosten uit Zvw en Wlz dekt. De overheid int middels de belastingen een inkomensafhankelijke bijdrage aan de zorg, zowel voor de Zvw als voor de Wlz⁷ en verdeelt die over vooral zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Mijden van zorg

Nominale premies voor basis- en aanvullende verzekeringen, het eigen risico en de eigen bijdragen zijn in principe niet-solidaire betalingen in het zorgstelsel. In 2008 is een verplicht eigen risico ingesteld in de zorg. In 2008 bedroeg dit eigen risico € 150 en inmiddels is dit eigen risico € 385 per jaar. In de zorgtoeslag is ook rekening gehouden met eigen risico's en eigen bijdragen. Toch lijken eigen risico's en eigen bijdragen invloed te hebben op het consumeren van zorg. Daardoor is discussie ontstaan over de toegankelijkheid van de zorg voor burgers. Immers, de kans bestaat dat een stijging van het eigen risico of eigen bijdragen zal leiden tot het mijden van zorg. Toch is dat niet onomstreden aangetoond. Van Esch et al concluderen dat 3% van de mensen afziet van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen, maar geven ook aan dat dit percentage door de jaren heen niet toeneemt. Wel waarschuwen ze ervoor dat hun resultaten wellicht een onderschatting zijn omdat de meest kwetsbare groepen ontbreken in hun onderzoek (32). TNS/NIPO meldt dat 5% van de mensen in hun onderzoek zorg hebben uitgesteld of gemeden omdat zij het niet konden betalen (33). Dat komt deels, aldus TNS/NIPO, omdat zorgvragers niet zo goed weten welke zorg uitgezonderd is van het eigen risico. Zo bestond de zorg die gemeden werd omdat de zorgvrager zegt 'ik kon het niet betalen' voor een belangrijk deel uit 'huisartsbezoek'. Sommige mijders en uitstellers noemen zorg die niet of deels binnen het basispakket vallen, zoals fysiotherapie, brillen of een hoortoestel. Dit laat zien dat zorg mijden of uitstellen niet altijd te maken heeft met het eigen risico (33). De toegankelijkheid van

⁵ Wel mogen er voor collectiviteiten kortingen van maximaal 10% worden geboden.

⁶ Bijna 60 procent van de Nederlandse huishoudens ontving in 2013 zorgtoeslag. Voor de mensen die zorgtoeslag kregen, compenseerde dat 41 procent van de zorgpremie. In 2013 is € 5,1 miljard aan zorgtoeslag uitgekeerd. De overheid stelt de hoogte van de zorgtoeslag vast.

⁷ In Nederland kennen we de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zvw en de inkomensafhankelijke premie voor de Wlz. Mensen met een hoger inkomen dragen, tot een bepaalde maximumgrens, meer bij dan mensen met een lager inkomen.

zorg als fysiotherapie of tandzorg is voor een deel gekoppeld aan het hebben van een aanvullende verzekering. De vraag is of hier dan geen sprake is van noodzakelijke zorg die in het basispakket thuishoort? Voor het antwoord daarop moet u bij de overheid zijn: die beslist wat noodzakelijke zorg is.

Hogere inkomensafhankelijke premie?

In beginsel betaalt in Nederland iedereen mee aan de zorgverzekering en heeft het zorgstelsel, zeker in vergelijking met zorgstelsels in het buitenland, een hoog solidair gehalte. Dat neemt niet weg dat door gebrekkige communicatie door zorgverleners, zorgverzekeraars en overheid, maar vooral ook door eigen risico's, eigen bijdragen en stijgende premies voor basisverzekering en aanvullende verzekeringen zorgvragers noodzakelijke zorg mijden of uitstellen. Een voor de hand liggende oplossing voor dit ernstige probleem is om de zorgpremie nog meer dan nu het geval is inkomensafhankelijk te maken. Dit leidt tot meer solidariteit, want daarmee komen de zwaarste lasten op de sterkste schouders. Ten minste als de drempel in de regeling waarboven geen premie wordt betaald hoog genoeg wordt. Daarmee kunnen ook de kosten en problemen, zoals een verkeerd gebruik, bij de uitkering van de zorgtoeslag in een klap worden opgelost. Een ander voordeel is dat concurrentie op prijs tussen zorgverzekeraars groter wordt als de hoogte van de nominale premie daalt. Helaas is hiervoor in Nederland waarschijnlijk (nog) geen meerderheid te vinden.

Gereguleerde concurrentie

Solidariteit is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor een duurzame zorg. De kwaliteit wordt er bijvoorbeeld niet mee geregeld. En als het stelsel in zijn totaliteit te duur en (mede daardoor) onbetaalbaar en ontoegankelijk is, schiet ook solidariteit tekort. Daarom heeft de overheid voor de inrichting en uitvoering van het zorgstelsel gekozen voor het model van gereguleerde concurrentie. Hiermee wordt, aldus de overheid, behalve de solidariteit ook de betaalbaarheid en kwaliteit bevorderd. Althans, dat is de opzet.

Deelmarkten zorgstelsel

Het model van het zorgstelsel onderscheidt drie markten waarin de volgende veronderstelde mechanismen plaatsvinden (zie figuur 1: Model gereguleerde marktwerking in het Nederlandse zorgstelsel). In de zorgverzekeringsmarkt strijden zorgverzekeraars onderling om de gunst van verzekerden. Dat doen ze door kwalitatief goede zorg tegen een relatief lage prijs in te kopen (zorginkoopmarkt) en die tegen de beste premie aan te bieden aan de verzekerden. Dat kunnen ze alleen als ze voldoende macht, onder andere voldoende verzekerden⁸, hebben. Zorgvragers kiezen in deze theorie in de zorgmarkt slechts voor zorgverleners die kwalitatief goede zorg leveren. Door die goede kwaliteit zorg tegen betaalbare prijzen te leveren (zorgverkoopmarkt) strijden zorgverleners om de gunst van de zorgverzekeraars. Hoe eenvoudig kan het zijn?

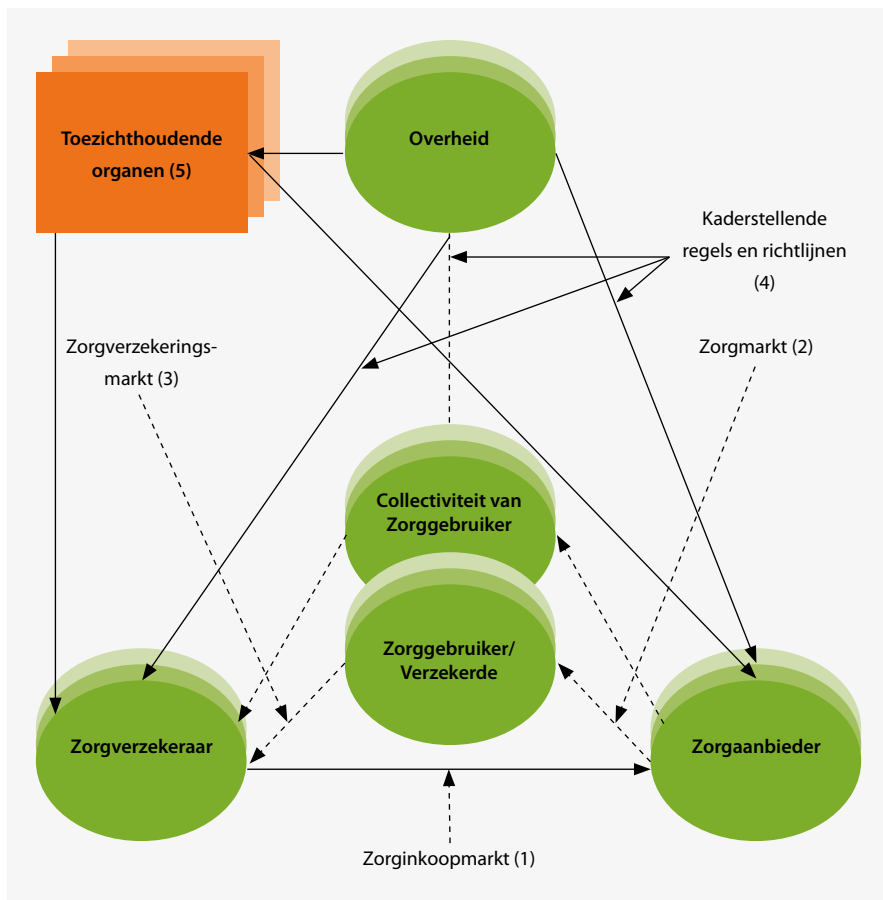
⁸ Wat voldoende verzekerden zijn, is niet duidelijk.

Concurrentie: noodzakelijk en risicovol?

De overheid vindt concurrentie tussen zorgverzekeraars, maar ook tussen zorgverleners in het zorgstelsel dus een noodzakelijke voorwaarde voor het bereiken van een duurzame zorg. De autoriteiten Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Autoriteit Consument en Markt (ACM) zien hierop streng toe. Meer nog, zij leggen een belangrijke focus op het aanmoedigen van verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Maar aangezien verzekerden deze keuze nauwelijks kunnen maken op basis van kwaliteit van de ingekochte zorg – daarover is te weinig informatie bekend – heeft deze aanmoediging vrijwel uitsluitend tot gevolg dat op prijs wordt geconcurrerd. Dat heeft zeker positieve effecten. Zo zijn de beheerskosten van zorgverzekeraars sinds de invoering behoorlijk gedaald en besteden veel zorgverzekeraars hun winst en reserves om de prijs van de zorgpolissen (relatief) laag te houden. Het meeste geld kan echter door zorgverzekeraars worden ‘verdiend’ door de kosten van de zorg zelf te beïnvloeden. Als dat plaatsvindt door de (doelmatigheid of de zinnigheid van de) kwaliteit te verbeteren en daardoor de kosten te verlagen, is dat toe te juichen. Als echter alleen maar op kosten wordt gestuurd, zal de kwaliteit van de zorg verminderen met als gevolg uiteindelijk een verhoging van kosten. Bovendien zouden zeker autoriteiten zicht moeten hebben op de consequenties van hun adviezen. Want stel nu dat verzekerden hun advies opvolgen en zich massaal aanmelden bij de goedkoopste zorgverzekeraar. Dan moeten deze autoriteiten toch de financiële consequenties kennen voor die succesvolle verzekeraar. Door de reserves die deze moet aanleggen voor de nieuwe verzekerden, zo’n € 850 per verzekerde, zal de premie van deze ‘uitverkoren’ verzekeraar het volgende jaar waarschijnlijk door het plafond schieten!

Erger nog is dat de genoemde autoriteiten zo sterk op concurrentie focussen dat ze daardoor ook samenwerking tussen zorgverleners, maar ook tussen zorgverzekeraars, zo schadelijk vinden dat ze die verbieden. En dat terwijl de zorg almaar complexer wordt en juist veel samenwerking vraagt voor een zo goed mogelijke behandeling met zo weinig mogelijk kosten. Maar ook de kwaliteit en betaalbaarheid van de voor de zorg noodzakelijke, consequentrijke veranderingen in de structuur, behandelwijze en financiering vereisen een langer durende samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgverleners (ook onderling). Dat mogelijk maken zou pas een echte regulering zijn van de zorgmarkt. Een regulering die zorgverzekeraars en zorgverleners niet dwingt, maar verleidt tot de juiste keuzes op weg naar een duurzame zorg.

Het voortzetten, door de autoriteiten, van hun huidig beleid op dit onderwerp is niet anders te kwalificeren dan een volstrekt fout signaal dat indruist tegen alles waar men feitelijk voor staat. Het moet dus, zo is mijn dringend advies, zo snel mogelijk worden ingetrokken.



Figuur 1 Model gereguleerde marktwerking in het Nederlandse zorgstelsel

Legenda:

- (1) *Zorgverleners* strijden om de gunst van de zorgverzekeraars
- (2) *Zorgverleners* strijden om de gunst van zorgvragers
- (3) *Zorgverzekeraars* strijden om de gunst van de verzekerden/collectiviteiten
- (2) en (3) *Zorgvragers* kiezen zorgverzekeraar en zorgverleners
- (4) *Overheid* stelt de kaders waarbinnen de gereguleerde marktwerking moet functioneren (NZa en ACM)
- (5) *Toeziethouders* houden toezicht op de uitvoering van de gereguleerde marktwerking

Zorgplicht

In het Nederlandse zorgstelsel hebben zorgverzekeraars een zorgplicht die ze op grofweg drie manieren kunnen uitvoeren. De verzekerde kiest zelf zijn zorgverlener en de verzekeraar restitueert de kosten aan de verzekerde. De tweede manier is dat de zorg vooraf door de zorgverzekeraar gecontracteerd is. In dat geval betaalt de zorgverzekeraar de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener. De derde manier is een mengvorm

van de twee voorgaande. De risicoverevening zorgt ervoor dat verzekeraars voor oude en zieke verzekerden een hogere vergoeding uit het zorgverzekeringsfonds ontvangen. Hierdoor zijn er voor zorgverzekeraars minder prikkels voor risicoselectie en wordt een gelijk speelveld gecreëerd met prikkels voor doelmatigheid. Dat lijkt een begrijpelijke en logische overheidsregel die overigens pas recentelijk is aangescherpt. Voorheen was het profijtelijk zo veel mogelijk gezonde, jonge verzekerden te werven. Dat was ook af te lezen aan polissen als ZEKUR en Promovendum.

Echt verstandig zou zijn om de risicoverevening zo in te richten dat het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker wordt om oude en zieke verzekerden te werven. Vooral in die doelgroepen kan de regierol van de zorgverzekeraars immers substantieel meer resultaat opleveren op weg naar een duurzame zorg. Feitelijk geldt hetzelfde voor het opnemen van preventie in de risicoverevening. De huidige regeling bevat een negatieve prikkel omdat zorgverzekeraars in de risicoverevening hiervoor volledig risicodragend zijn. Daardoor is het voor zorgverzekeraars niet aantrekkelijk om in preventie te investeren: ze hebben een premieverhogend effect. Daar staat tegenover dat een zorgverzekeraar die geen werk maakt van preventie winst maakt op de risicoverevening (wel vereveningsbijdrage, geen kosten) en zijn premie kan verlagen. Dat is ongewenst. VGZ heeft daar in het recente verleden een mooi voorstel voor gelanceerd dat nog steeds waardevol is. Onder het kopje Preventie wordt dit voorstel verderop uitvoeriger toegelicht.

Werkt het zorgstelsel zoals beoogd?

Dat is een belangrijke vraag in relatie tot de kernvraag 'Regierol zorgverzekeraar, een fictie?' Zeker als de regierol als een randvoorwaarde wordt gezien voor het laten slagen van de veronderstellingen in het zorgstelsel. Dit neemt niet weg dat het theoretisch mogelijk is dat het zorgstelsel toch slaagt in zijn opzet om duurzame zorg te bewerkstelligen zonder dat de (beoogde) regierol van zorgverzekeraars tot stand komt en/of wordt uitgevoerd. Maar in eerste instantie is het van belang vast te stellen of de veronderstellingen over de drie deelmarkten – zorginkoop/zorgverkoopmarkt, zorgmarkt en verzekeringsmarkt – in het zorgstelsel juist zijn. Als dat niet zo is, is het immers maar zeer de vraag of het zorgstelsel functioneert zoals beoogd. Bij de bespreking van de veronderstellingen per deelmarkt komen ook andere aspecten over de deelmarkten aan bod. Zo passeren in de zorginkoop/zorgverkoopmarkt een aantal alternatieven voor selectieve zorginkoop als middel om de regie te voeren de revue.

De zorginkoop/zorgverkoopmarkt

Deze rede richt zich vooral op de regierol van de zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel. Die regierol komt voornamelijk tot stand in de deelmarkt zorginkoop c.q. zorgverkoopmarkt, afhankelijk van of je de markt beziet vanuit de zorgverzekeraar of de zorgverlener. Die komt daarom hier het meest uitgebreid aan bod. Maar de onlosmakelijke samenhang met de andere markten verplicht toch ook om die, zij het kort, mee te nemen. En dan ligt de focus vooral op aspecten die niet los zijn te zien van de regierol van de zorgverzekeraars.

RVZ: selectieve zorginkoop 'conditio sine qua non'

Als een zorgverzekeraar vooraf zorgverleners contracteert, stelt dit hem in staat zijn zorglicht met eigen beleid aan te vullen. Dan kunnen bijvoorbeeld met zorgverleners afspraken worden gemaakt over kwaliteit, doelmatigheid of transparantie. Deze financiële relatie tussen zorgverzekeraar en zorgverlener noemt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) zorginkoop als bedoeld in de Zvw (24). De RVZ heeft ook een uitgesproken idee hoe met die afspraken de regierol door zorgverzekeraars praktisch moet worden ingevuld: door selectieve zorginkoop⁹. 'Het is niet overdreven om selectieve zorginkoop tot *conditio sine qua non* van de Zvw uit te roepen.' Door selectieve zorginkoop, van alleen goede en doelmatige zorg, dwingt, aldus de RVZ, de zorgverzekeraar zorgverleners de kwaliteit te leveren die nodig is en die de zorggebruiker vraagt. Verzekerden hebben volgens de RVZ slechts behoefte aan zorg die verantwoord, veilig, klantvriendelijk en doelmatig is. Zo dwingen zij de zorgverzekeraar de gewenste kwaliteit in te kopen, anders vertrekken ze naar een andere zorgverzekeraar: 'stemmen met de voeten'. De inkoopende zorgverzekeraar is de vertegenwoordiger van zijn verzekerden, gezond of ziek (24). Dit wordt noodzakelijk geacht

⁹ Onder selectieve zorginkoop wordt verstaan dat niet alle zorgverleners worden gecontracteerd of dat niet alle zorg van een zorgverlener wordt gecontracteerd.

omdat patiënten deze inkooprol niet zelf objectief kunnen oppakken. Zij zijn als patiënt te afhankelijk van zorgverleners en hebben doorgaans te weinig zicht op en informatie over de professionele kwaliteit en doelmatigheid van aangeboden behandelingen. Ook missen zij de benodigde ‘macht’ om in hun eentje met zorgverzekeraars over de kwaliteit en kosten van behandelingen te onderhandelen.

Regierol zorgverzekeraars: selectieve zorginkoop

In de opvatting van het zorgstelsel kopen zorgverzekeraars in de zorginkoopmarkt alleen betaalbare zorg van goede kwaliteit in, waarbij de zorgplicht niet veronachtzaamd mag worden. Zo moeten verzekeraars ervoor zorgen dat verzekerden de zorg krijgen waar ze behoefte aan en aanspraak op hebben. Het gaat hierbij niet alleen om inhoud en omvang van de verzekerde zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. Bovendien moeten ze voldoende zorgverleners contracteren (34). Hoe dit ook juridisch verantwoord kan worden uitgevoerd, schetst Geerts als volgt. In principe leidt dit, zoals ook door de RVZ onderbouwd, bijna als vanzelf tot selectieve zorginkoop: de zorgverzekeraar hoeft niet elke zorgverlener en ook niet alle zorg van een zorgverlener in te kopen. Behalve op de prijs is de kwaliteit van de zorg een belangrijk inkoopcriterium. Uitgangspunt bij (selectieve) zorginkoop is contracteervrijheid: iedereen is vrij om wel of niet een overeenkomst aan te bieden of aan te gaan en de voorwaarden daarvan te bepalen. Er zijn, zo vermeldt Geerts, enkele rechtsbeginselen waar zorgverzekeraars zich aan moeten houden. ‘Het inkoopbeleid van een verzekeraar moet ‘transparant, objectief en non-discriminatoire’ zijn. De wijze waarop onder welke voorwaarden en bij wie bepaalde zorg wordt ingekocht, moet duidelijk zijn; de criteria dienen objectief te zijn en op gelijke wijze toegepast te worden.’ Daarnaast mogen volgens Geerts de gehanteerde eisen niet onredelijk en willekeurig zijn en geen beperking van de mededinging meebrengen. Zorgverzekeraars moeten over selectieve inkoop duidelijk communiceren in hun polisvoorwaarden. Want alleen dan weet een verzekerde dat hij van een beperkt aanbod kan gebruikmaken als hij zijn behandeling volledig vergoed wil (34). Vertaald naar selectieve inkoop zou in de polisvoorwaarden moeten staan, dat de verzekeraar bepaalde zorg bij een selectief aantal aanbieders heeft ingekocht; de verzekerde voor deze zorg ook die aanbieders moet bezoeken om de kosten voor rekening van verzekeraar te laten vallen; de verzekerde – als hij een andere aanbieder bezoekt – de nota zelf moet betalen en daarvan het restitutietarief vergoed krijgt. Als dit niet goed is gecommuniceerd, moet de consequentie zijn dat de niet-geselecteerde zorgaanbieder de zorg mag leveren en de verzekerde het gecontracteerde tarief vergoed krijgt (34).

Sturing van verzekerden, noodzaak bij selectieve zorginkoop

In de praktijk moet, volgens de RVZ, selectieve zorginkoop samengaan met het ‘sturen’ van verzekerden door de verzekeraar, anders werkt het principe niet. Sturen kan geschieden door zowel harde als zachte maatregelen. Bij harde maatregelen als eigen betalingen of eigen risico's wordt de verzekerde financieel gestraft of beloond via sturing. Zo is de polis goedkoper als die bestaat uit selectief ingekochte zorg of hoeft

een verzekerde geen eigen risico te betalen als hij gebruik maakt van zorg die (selectief) gecontracteerd is. En als hij toch zorg haalt bij een niet-gecontracteerde zorgverlener, betaalt hij een eigen bijdrage. Bij zachte maatregelen wordt de verzekerde beloond voor het opvolgen van het sturingsadvies van zijn zorgverzekeraar. Daarbij komt de vrijheid van keuze niet in het geding. Hij kan het advies immers ook negeren. Er zijn, ook bij selectieve zorginkoop, meer keuzemogelijkheden voor de zorgvrager als de zorgverzekeraar niet een, maar meer kwalitatief goede aanbieders in een bepaald gebied contracteert (24).

Restitutie ongeschikt voor regierol

Feitelijk zegt de RVZ dat als de zorgplicht wordt ingevuld door het uitsluitend restitueren van door de zorgvrager zelf gekozen zorgverleners, dit niet past binnen de (bedoelingen) van de Zvw. En daarmee ook niet zal leiden tot een adequate invulling van het model van de gereguleerde concurrentie. En logischerwijs zullen dan de gewenste doelen van dit zorgstelsel niet worden behaald. Het is daarom opmerkelijk dat de Zvw ook ruimte biedt om de restitutievariant toe te passen. Die ruimte is in de polder afgedwongen door restitutieverzekeraars, zorgverleners en politieke partijen onder het mom van 'vrije artsenuitvoering', wat een groot en bijna onbetwistbaar goed lijkt te zijn. Feitelijk gaat het volgens Van de Ven vooral om financieel gewin door zorgverleners die bang zijn om niet gecontracteerd te worden (29). Van de Ven typeert dit als 'het welbegrepen eigenbelang van zorgverleners, gecombineerd met een effectieve lobby- en mediacampagne' (29). Ik voeg daar op persoonlijke titel aan toe dat dit eigenbelang zich ook uitstrekt tot politieke partijen om daarmee goedgelovige kiezers te verwerven en tot zorgverzekeraars die hun zorgplicht alleen via restitutie willen uitvoeren.

Selectieve zorg, wie wil dat?

De filosofie waarop het Nederlandse zorgstelsel is gebouwd en de daaruit afgeleide veronderstellingen over de deelmarkten pleiten er nadrukkelijk voor – en de RVZ heeft dat ook onmiskenbaar zo verwoord – dat selectieve zorginkoop hét instrument is om de regierol van de zorgverzekeraar in het stelsel waar te maken. Wordt selectieve zorginkoop daadwerkelijk zo ingezet en benut? Bij het onderzoek daarnaar onder belanghebbenden in het stelsel stuit je opmerkelijk vaak op kritiek. Daarom eerst de (meervoudige) vraag: 'selectieve zorginkoop, wie wil dat?'

Selectieve zorginkoop: wil de overheid dit wel?

Alleen al door restitutieverzekeraars toe te staan in het zorgstelsel kan worden getwijfeld aan de oprechtheid van een overheid die zich met grote voorkeur uitsprekt voor het toepassen van selectieve zorginkoop. Dan zou je op grond van wat het zorgstelsel en daarmee de overheid verlangt van zorgverzekeraars verwachten dat de natura-variant maximaal ondersteund wordt door overheid en regelgeving. Zeker als je de uitspraken van de RVZ, toch een 'spreekbuis' van de overheid, daarin meeneemt. Die ondersteuning is er niet. Kennelijk tilt de overheid toch niet zo zwaar aan het kunnen

uitvoeren van selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars. Immers, de Eerste Kamer heeft de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, ingediend door minister Schippers, geblokkeerd. Met de wijziging beoogde de minister dat zorgverzekeraars zelf mogen bepalen hoeveel ze vergoeden wanneer verzekerden naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaan. Het argument dat hiermee de keuzevrijheid te veel zou worden beperkt, noemt Van de Ven oneigenlijk (29). Oneigenlijk omdat elke burger volgens hem een restitutiepolis kan kiezen voor een prijs die nauwelijks duurder is dan een naturapolis. Er bestaat dus geen hinderpaal, zegt Van de Ven. Bovendien is in de meeste naturapolissen ruim 95% van alle zorgverleners gecontracteerd waardoor ook hierin een zeer hoge mate van vrije artsenukeuze bestaat. En bovendien, zo stelt Van de Ven, kan, als er een tweedeling in de zorg dreigt waarbij alleen verzekerden met een restitutiepolis onbeperkt toegang zouden hebben tot (alle) zorgverleners, de minister met artikel 12 van de Zvw hierin handelend optreden. Van de Ven appelleert ook aan het feit dat de zorgplicht zorgverzekeraars letterlijk verplicht om ook in een naturapolis voldoende zorgverleners te contracteren op redelijke afstand van de verzekerden. En ten slotte, zo stelt hij, kan elke verzekerde jaarlijks een nieuwe poliskeuze maken. Een vrije artsenukeuze is in Nederland dus niet in het geding, maar wordt als gelegenheidsargument misbruikt (29).

De SP en 50PLUS zijn tegen het huidige zorgstelsel en selectieve zorginkoop. De argumentatie waarom ze tegen zijn is, zoals vaak bij politieke partijen, eerder schreeuwerig dan sterk. Zij grijpen elke gelegenheid aan om hun 'tegen' te benadrukken en hiermee gratis de aandacht van (publieke) media te trekken. Zoals de SP als zij bij monde van Van Gerven (arts) en Leijten, in oktober 2015 aan minister Schippers vragen stellen naar aanleiding van de berichtgeving over het gegeven dat Zilveren Kruis Achmea niet gelooft in selectieve zorginkoop vanuit het oogpunt van kwaliteit en dit wil gaan beperken. De vraag is vooral belangrijk omdat de overheid zich in het antwoord op de vraag van de SP'ers pal opstelt achter selectieve zorginkoop. SP: 'Bent u nog altijd van mening dat juist selectieve zorginkoop één van de belangrijkste instrumenten is voor het welslagen van dit zorgstelsel?' Waarop minister Schippers antwoordt: 'Ja, het is mijn overtuiging dat selectieve zorginkoop een van de belangrijkste instrumenten is voor een betere en betaalbare zorg van de patiënt. De werkwijze van Zilveren Kruis onderschrijft dit.' De PvdA wil af van de marktwerking en een uniforme polis voor de basisverzekering, zodat zorgverzekeraars hierop niet meer kunnen concurreren. Daarmee zegt de PvdA niet dat selectieve zorginkoop moet verdwijnen, maar het komt er wel op neer. De huidige regeringspartijen willen het zorgstelsel handhaven en verbeteren. Hoe is nog niet precies duidelijk. De Partij voor de Dieren is een voorstander van het aanbieden van gezondheidszorg op een kleinschalig en regionaal niveau, en ook van een inkomensafhankelijke premie en eigen risico. Over afschaffen van het huidige zorgstelsel en de selectieve zorginkoop wordt niet gesproken. PVV en Groen Links zijn beide voor het handhaven van het huidige zorgstelsel maar er moeten wel verbeteringen komen zoals het eigen risico afschaffen, Groen Links wil de macht van de zorgverzekeraars inperken.

Kort en goed: niet de hele overheid heeft kennelijk sympathie voor het instrument 'selectieve zorginkoop'.

Selectieve zorginkoop: willen de verzekerden dit wel?

De belangrijkste belanghebbenden in het zorgstelsel zijn zonder twijfel de verzekerden c.q. de zorgvragers. Hebben die dan sympathie voor selectieve zorginkoop? Anders gezegd: accepteren ze selectief contracteren door (hun) zorgverzekeraars?

Onderzoek in de AOZ door Bes et al. (35, 36, 38) toont aan dat selectief contracteren een negatieve ontwikkeling is in de ogen van verzekerden, omdat het hun keuzevrijheid voor zorgverleners beperkt. Beperkingen in keuzevrijheid voor zorgverleners kunnen leiden tot een langere reistijd naar zorgverleners en als verzekerden naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaan, kan dit leiden tot extra kosten. Een voordeel voor verzekerden is dat restrictieve zorgverzekeringen goedkoper zijn, vergeleken met zorgverzekeringen die vrije keuze bieden. Strikt genomen, en volgens de veronderstellingen van het stelsel, zouden restrictieve zorgverzekeringen ook kwalitatief beter moeten zijn.

Maar dan speelt aldus Bes et al. (36, 37) ook vertrouwen in de zorgverzekeraar een belangrijke rol bij de acceptatie van selectief contracteren. 'Vertrouwen in zorgverzekeraars is in het algemeen redelijk laag. Dit zou kunnen verklaren waarom verzekerden zo negatief zijn over selectief contracteren. Verzekerden vertrouwen er niet op dat hun zorgverzekeraar het beste met hen voor heeft en goede kwaliteit zorg voor hen zal inkopen. En zelfs verzekerden die wel vertrouwen hebben in hun zorgverzekeraar én aan hen informatie over het contracteren van zorgverleners is verstrekt – wat van belang is – zijn verzekerden nog steeds negatief over financiële prikkels en beperkingen in hun keuzevrijheid. Autonomie is een belangrijke waarde voor mensen. Wanneer de zorgverzekeraar zich gaat bemoeien met de keuzen voor een zorgverlener zouden verzekerden zich beperkt kunnen voelen in hun autonomie. Deze psychologische aspecten zijn overigens, aldus Bes et al. voor een zorgverzekeraar moeilijk te beïnvloeden in de praktijk' (36).

Kortom: Verzekerden zijn geen warme voorstander van selectieve zorginkoop.

Selectieve zorginkoop: willen zorgverleners dit wel?

Behalve zorgvragers/verzekerden hebben zorgverleners een groot belang bij het selectief contracteren door zorgverzekeraars. Hoe staan zij tegenover selectieve zorginkoop?

Bos, voorzitter van de raad van bestuur van het VU medisch centrum, denkt 'dat het idee dat er ooit selectieve inkoop komt voor het hele zorgportfolio, een illusie is.' Zijn argument daarvoor ontkracht de veronderstelde werking van selectieve zorginkoop niet maar richt zich, verrassenderwijs, op randvoorwaarden van de zorginkoop: 'ook

al omdat verzekeraars aan de onderhandelingstafel niet genoeg mensen op de been kunnen brengen met zorginhoudelijk voldoende kennis van zaken.' Bovendien heeft selectieve zorginkoop volgens Bos ook een kwalijk gevolg: 'Dokters moeten patiënten vragen bij wie en waarvoor ze verzekerd zijn. Geen arts vindt dat prettig. Bovendien: we kunnen hier in huis onze zorgpaden alleen optimaliseren als we dat voor iedereen op dezelfde manier doen. Dus niet voor elke verzekeraar een ander zorgpad.' (39). Ook dit laatste is een verrassend argument. Als de door Bos bedoelde zorgpaden immers zowel kwalitatief als kostentechnisch de beste behandeling zijn, waarom zouden andere zorgverzekeraars dan iets anders willen inkopen? Of, waarom zou hij dan aan andere zorgverzekeraars zorg willen verkopen die minder goed is?

Hoe dan ook: 'op kwaliteit inkopen zal een globalere doelstelling blijven dan we aanvankelijk dachten,' verwacht Bos. 'Het cynische is wel dat naarmate inkoop op kwaliteit steeds moeilijker valt waar te maken aan de onderhandelingstafel, we zo van een stelsel waarin het budget door de overheid werd verdeeld terechtkomen in een stelsel waarin de verzekeraars het budget verdelen. De vraag is dan natuurlijk wel wat er nou helemaal veranderd is.' Dat verraadt toch de linkse politicus in hem, want eerder prees hij het zorgstelsel nog om zijn solidariteit maar ook dat 'veel zorgverleners gedwongen zijn veel beter na te denken over wat ze aanbieden in termen van kwaliteit en prijs.' Je kunt ook vraagtekens zetten bij waarom hij denkt dat zorginkoop op kwaliteit steeds moeilijker valt waar te maken. Jammer genoeg laat hij zich daarbij kennelijk niet leiden door de mogelijkheid dat zorgverleners samen met zorgverzekeraars de weg verkennen naar een beter en betaalbare zorg voor iedereen. Dat zou toch zeker voor een aanhanger van de linkse politiek een wenkend perspectief moeten zijn.

Volgens Van de Ven willen veel zorgverleners de verzekeraar niet als zorginkoper. Veel artsen willen niet, onterecht volgens Van de Ven, dat zij bij hun medisch handelen geconfronteerd worden met financiële prikkels (29).

In het kort:

Uit veel meer uitspraken dan die van Bos en Van de Ven blijkt dat veel zorgverleners in principe weinig enthousiasme voelen voor selectieve zorginkoop.

Selectieve zorginkoop: willen zorgverzekeraars het wel?

Selectieve zorginkoop is bepaald geen common practice bij zorgverzekeraars in Nederland. Restitutieverzekeraars passen uit principe geen selectieve zorginkoop toe. Maar ook naturaverzekeraars komen er (deels) van terug. Zo kondigt Kliphuis, bestuursvoorzitter van VGZ, de tweede zorgverzekeraar van Nederland, in 2015 in het Financieele Dagblad aan te stoppen met het opleggen van hoge kwaliteitsnormen aan zorgverleners. Hij gaat zich uitsluitend concentreren op het in de perken houden van de kosten. 'We vinden goede zorg nog steeds belangrijk, maar wij willen niet meer degene zijn die bepaalt wat dat is (40)'. Zorgverzekeraars hebben in het stelsel echter twee belangrijke taken: het in de hand houden van de kosten én het sturen op

kwaliteit van de zorg. Met deze uitspraak geeft Kliphuis de rol van 'regisseur van de zorg' deels terug. Hij doet dit omdat 'we moeten constateren dat de buitenwereld ons die rol (van bewaker van de kwaliteit van zorg) helemaal niet gunt. We willen voortaan liever samen met de artsen overleggen over hoe de zorg beter kan. Onze voornaamste taak is het betaalbaar houden van de zorg. Kostenstijgingen zoals we die in het verleden hadden van 7% tot 8% per jaar, daar moeten we de rem op zetten.' En als je zorgt dat de zorg betaalbaar blijft, stut je ook de solidariteit in het systeem.' Dat laatste is zeker waar, maar wie uitsluitend op kosten stuurt, benadeelt de kwaliteit van de zorg ook. Waarschijnlijk bedoelt hij het ook genuanceerder dan hij zegt. Immers, als hij zegt dat hij samen met artsen gaat overleggen hoe de zorg beter kan, ondersteunt hij daarmee toch ook de kwaliteit van de zorg? En dat beoogt VGZ toch met zinnige zorg, waarbij zinnig toch ook een aspect van kwaliteit is? Misschien moet Klink nog net even beter zijn best doen om dit principe aan zijn collega uit te leggen. Het zou immers jammer zijn als ten onrechte de verkeerde indruk zou kunnen ontstaan dat zorgverzekeraars zich niet bekommeren om kwaliteit van de zorg die ze inkopen. En als dat wel zo is, moet ook dat klip en klaar zijn. Dat bekommeren om kwaliteit kan en moet ook op een ordentelijke manier gebeuren waarbij de professionaliteit van de zorgverleners wordt gerespecteerd én benut om de zorg kwalitatief beter en betaalbaarder te houden.

Zilveren Kruis Achmea stelt vast dat selectieve zorginkoop vanuit het oogpunt van kwaliteit vaak onvoldoende oplevert (41). Dat is één van de lessen die Zilveren Kruis Achmea trekt uit het programma 'Kwaliteit van zorg'. De gedachte dat als zorgverzekeraars onvoldoende presterende aanbieders links laten liggen ten faveure van betere concurrenten de achterblijvers vanzelf hun prijs en kwaliteit gaan verbeteren, werkt vaak niet zo, aldus Achmea. Het uitsluiten van aanbieders die ondermaatse kwaliteit leveren, zorgt er niet voor dat de zorgverlening in den brede beter wordt. Slechter scorende aanbieders voelen zich gefrustreerd als ze in het inkoopproces meteen worden afgestraft in plaats van te worden uitgedaagd om te verbeteren. Aantoonbaar goede aanbieders voelen zich gefrustreerd als ze hetzelfde gesprek moeten voeren als minder presterende aanbieders. Selectieve zorginkoop is echt een last resort. Het is vaak niet mogelijk en levert te weinig op.' Wat dan wel? 'Geen naming and shaming, maar bovengemiddelde kwaliteit belonen en bij ondergemiddelde kwaliteit prikkels inbouwen om verbetering te realiseren', aldus Olivier Gerrits, directeur Zorginkoop Zilveren Kruis (41). Een belangrijke voorwaarde is wel dat het registreren van kwaliteitsinformatie door professionals makkelijker wordt. Mede om deze reden trekken de zorgverzekeraars steeds meer gezamenlijk op, zodat professionals straks niet meer te maken hebben met verschillende uitvragen. Volgens Gerrits is het ook een zaak van geloofwaardigheid om de samenwerking tussen zorgverzekeraars aan te halen. 'Het is niet uit te leggen aan verzekerden als twee verzekeraars een verschillend oordeel hebben over de kwaliteit van zorg bij één en dezelfde aanbieder'. 'Kwaliteitsindicatoren zijn van het veld en zijn geen onderwerp van onderlinge concurrentie tussen verzekeraars. Verzekerde én verzekeraar hebben baat bij uniformiteit van informatie.

We blijven de verdere ontwikkeling van uitkomst-indicatoren faciliteren, maar doen dat voortaan samen met de andere zorgverzekeraars.' Dat lijkt allemaal heel logisch maar zijn woorden geven toch tegelijkertijd blijk van een op zijn minst gemankeerde of gebrekkige opvatting. Namelijk over hoe bij de zorginkoop de onderliggende samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgverleners gestalte moet krijgen om het beste resultaat voor zijn verzekerden te bewerkstelligen. Dat hij waarde hecht aan samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling is te prijzen ook al zullen de autoriteiten als NZa en ACM hier volstrekt anders over denken. Maar als het bij deze samenwerking blijft, ontstaat er eerder een ongewenst machtsblok dan een uitnodigende sfeer waarbinnen zorgverleners zich uitgedaagd voelen om actief en positief mee te denken over hoe zorg in kwalitatief beter en meer betaalbaar wordt. Waarbij tegelijkertijd de werkomstandigheden voor zorgverleners worden verbeterd.

CZ koopt een deel van de zorg selectief in en blijft dat ook doen. 'Dan sluiten we alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan onze kwaliteitseisen. Dat doen we bijvoorbeeld voor de behandeling van bariatric, schisis, basaal- en/of plaveiselcelcarcinoom in het gelaat door Mohs' chirurgie en langdurige infectie na heup of knieprothese (infectieprothesiologie)'. Dat geldt ook voor 'de behandeling van etalagebenen door een gespecialiseerde fysiotherapeut, net als de behandeling van ernstige eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen door een GGZ-zorgaanbieder', aldus Van der Meeren (42). Dat is duidelijke taal. En als er nog aan kan worden toegevoegd dat de kwaliteitseisen van zorgverleners hiervoor worden gehanteerd en nog beter, zij er stevig over mee mogen praten, klinkt het al wat minder bars en meer begrijpelijk. Als ik een inschatting mag maken over de hoeveelheid zorg die CZ op deze manier selectief inkoop, denk ik dat CZ daarmee de 3%-grens van het totale budget niet overschrijdt.

Menzis zette in 2011 vol in op selectieve zorginkoop. Inmiddels is daarvoor in de plaats gekomen dat zij samen met zorgverleners en zorgverzekerden werken aan waardegerichte zorg voor verzekerden (43). Afspraken met zorgverleners moeten waarde toevoegen aan de zorg voor patiënten. Het doel is betere gezondheidsuitkomsten tegen, waar mogelijk, lage(re) kosten. Dit voornemen van Menzis lijkt goed te passen in wat ik noodzakelijk acht voor de regierol van zorgverzekeraars bij de zorginkoop. De kunst is nu echter om samen te werken – waar nodig, nuttig en mogelijk ook met andere zorgverzekeraars – én daadwerkelijk door te pakken en de vertaling te maken naar wat dit betekent voor de verschillende zorgsoorten. Dat lijkt me nog een echte uitdaging.

Het lijkt er dus op dat selectieve zorginkoop slechts mondjesmaat wordt toegepast. Mede omdat het geen groot succes is. Daarop is echter ten minste één uitzondering: het preferentiebeleid bij de inkoop van geneesmiddelen. Een, volgens Broeren, voorheen adviserend apotheker bij VGZ, enorm succes. 'Behoorde Nederland in 2007 op het gebied van deze geneesmiddelen nog bij de duurste landen in Europa, op dit moment hoort Nederland bij de goedkoopste landen in Europa. Het preferentiebeleid in de huidige vorm resulteert in een jaarlijkse besparing van momenteel € 700 tot € 750 miljoen op de zorgkosten in Nederland. Door het aflopen van patenten eind 2017 en begin 2018 komt er in 2018 nog eens € 100 miljoen per jaar bij. Vanaf 2019 zal dat jaarlijks

structureel ongeveer € 130 miljoen meer zijn (44). Die opbrengst alleen al zorgt ervoor dat de zorgpremie van Nederlanders met ongeveer € 5 a € 6 per maand daalt (op een totaal van ongeveer € 100).

Waarom is het preferentiebeleid geneesmiddelen een succes? Waarschijnlijk door een mix van verklaringen. Zo is het preferentiebeleid voor een deel te typeren als strategische zorginkoop. Het is immers vorm gegeven door het verstrekkingenbesluit Ziekenfondswet in 2002 zo aan te passen dat zorgverzekeraars zelf middelen op de GVS-lijst van de overheid mochten aanwijzen waarop hun verzekerden aanspraak hadden. En dat onder uitsluiting van alle andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof. Van iedere tot het GVS toegelaten werkzame stof moest ten minste een geneesmiddel aangewezen worden. Deze regelgeving is een-op-een overgenomen in de Zvw. Zorgverzekeraars hoefden niet meer met apothekers tot overeenstemming te komen. Er werd immers gestuurd via de aanspraken van de verzekerde. Vanaf dat moment ligt de beslissing voor de keuze van een geneesmiddel niet meer alleen bij apothekers. En, aldus Broeren, 'kortingen gaan altijd naar de partij die beslist.' In dit geval dus niet meer naar de apotheek, maar naar de zorgverzekeraar. In het begin voerden zorgverzekeraars een gezamenlijk preferentiebeleid. Door die gezamenlijkheid was men echter gebonden aan complexe procedures. Die verhinderden een scherpe inkoop. Vanaf 2008, toen de kortgedingrechter in Breda de gezamenlijke inkoop voor nieuwe middelen in het preferentiebeleid verbood, voeren zorgverzekeraars een individueel preferentiebeleid. Met succes! De opbrengsten werden fors hoger door sterk dalende prijzen. Feitelijk is vanaf dit moment sprake van selectieve zorginkoop. Het grote succes van de inkoop verklaart Broeren als volgt. 'Essentieel voor het succes van het preferentiebeleid op de langere termijn is dat verschillende zorgverzekeraars verschillende keuzes maken. Daardoor blijven er meerdere firma's in de markt en blijft er onderlinge concurrentie tussen de verschillende fabrikanten. Een fabrikant die bij de ene zorgverzekeraar verliest, heeft zo een nieuwe kans bij een volgende zorgverzekeraar.'

Dat leidt meteen tot de vraag waarom kan op het gebied van geneesmiddelen, gerevend vanuit financiën én kwaliteit, wel zo succesvol selectief ingekocht worden en elders niet of veel minder? Dat heeft waarschijnlijk te maken met hoe apothekers door verzekerden worden gezien: als grootverdieners en volks gezegd zelfs als 'graaiers' door zo buitengewoon veel te verdienen aan het 'simpel' overhandigen van medicamenten. Die perceptie is mijns inziens fors versterkt toen Broeren in januari 2009 van Antoinette Hertsenberg in Radar het podium kreeg uit te leggen hoe het preferentiebeleid de torenhoge prijzen van medicijnen aanpakte. En Hertsenberg gecharmeerd bleek van dit beleid. Daar komt bij dat verzekerden feitelijk weinig last hebben van de maatregel. Ze krijgen nog steeds hun medicamenten die ze nodig hebben in dezelfde apotheken. Een bijkomende verklaring is dat de machtspositie van zorgverzekeraars, gesteund hierin door de overheid, ten opzichte van de groep apothekers groot is. Maar ook dat de 'aanhankelijkheid' en afhankelijkheid van verzekerden ten opzichte van apothekers beduidend kleiner is dan van bijvoorbeeld huisartsen en medisch specialisten. Mede daardoor is het preferentiebeleid niet zonder meer toe te passen op selectieve zorginkoop van andere zorgsoorten.

Maar het succes van het preferentiebeleid geneesmiddelen werkt kennelijk ook niet op een erkend probleemgebied als de verwerving van nieuwe dure specialistische medicijnen die vooral in ziekenhuizen worden gebruikt. Hier wordt immers een volstrekt ander en beduidend minder succesvol traject afgelegd. Zodanig minder succesvol dat zelfs de minister er zich nu mee moet bemoeien. Broeren licht toe: 'In dit traject hebben zorgverzekeraars nu, via Zorgverzekeraars Nederland (ZN), een afspraak gemaakt met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) voor de centrale inkoop van dure geneesmiddelen bij een specifieke indicatie. Algemene ziekenhuizen hebben zich hierbij grotendeels aangesloten. Niet uit te sluiten valt dat hier eenmalig een goede prijs verworven wordt.' Maar of dit leidt tot structurele voordelen, in casu lagere prijzen, voor de toekomst, betwijfelt Broeren. 'De inkoop is gedelegeerd aan een drietal ziekenhuisapothekers, die vervolgens ook bepalen volgens welke verdeelsleutel een eventueel inkoopvoordeel wordt verdeeld tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De farmaceut die als winnaar uit deze procedure komt, weet zich verzekerd van een marktaandeel gedurende een lange termijn die veel verder gaat dan de periode van aanbesteding. En daarmee wordt geen blijk gegeven van (maatschappelijk) ondernemerschap door zorgverzekeraars. Met als gevolg dat mogelijke besparingen niet of onvoldoende worden gerealiseerd.'

Kortom: Sommige zorgverzekeraars kopen wel en andere volstrekt niet selectief in. Maar het gaat, medicamenten uitgezonderd, nog om beperkte hoeveelheden en vaak geringe financiële opbrengsten. Wel is het zo dat CZ bij zijn selectieve zorginkoop kwalitatieve criteria hanteert ook al valt dat vooral bij zorgverleners niet altijd in goede aarde. VGZ laat zien dat bij de inkoop steeds meer wordt samengewerkt met zorgverleners en zij nemen de zinnigheid van de zorg vaker als uitgangspunt. Zowel de samenwerking met zorgverleners als het hanteren van zinnigheid kan worden gezien als het betrekken van kwaliteitscriteria bij de zorginkoop. Ook zijn binnen VGZ (succesvolle) experimenten uitgevoerd met sturing van verzekerden naar geprefereerde zorgverleners op basis van advies (45).

Op de geringe effectiviteit van selectieve zorginkoop wijzen ook Wammes et al. (46). Zij wijzen naast het geringe vertrouwen van verzekerden in zorgverzekeraars en het hinderpaalcriterium ook het gebrekkige DBC/DOT-systeem aan als oorzaken hiervan, en tevens het gegeven dat de ziekenhuisbekostiging niet samenhangt met kwaliteit en/of uitkomsten. Schijnbaar is deze conclusie in tegenspraak met het feit dat de zorguitgaven in de jaren 2013 tot en met 2015 (en waarschijnlijk ook in 2016) minder sterk toenamen dan in de vijftien jaar daarvoor en ook minder dan de stijging van de Nederlandse economie (gemiddeld 0,9 procent per jaar versus de Nederlandse economie met gemiddeld 1,7 procent per jaar). Maar die prestatie is niet te danken aan selectieve zorginkoop, maar eerder aan de Hoofdlijnakkoorden die op initiatief van de overheid met zorgverleners en zorgverzekeraars vanaf 2011 zijn gesloten.

Selectieve zorginkoop: afschaffen of handhaven

Selectieve zorginkoop wordt slechts door weinig belanghebbenden in de zorg met enthousiasme ontvangen. Maar na 12 jaar Zvw beginnen sommige zorgverzekeraars, ieder op zijn eigen manier, wel werk te maken van hun regierol. Dan gaat het bijvoorbeeld over samen met zorgverleners te werken aan een duurzame zorg. Een zorg die meer bijdraagt aan de kwaliteit van leven van patiënten, met behoud of zelfs toename van inhoudelijke kwaliteit. Een zorg die zinnig is en daardoor de kosten beheerst. Een zorg ook die recht doet aan het verlangen van artsen en andere zorgverleners om meer aandacht te kunnen schenken aan hun patiënten. En die aandacht verange-naamt ook hun eigen werk.

En net op dat moment komt de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS), de opvolger van de RVZ(!), in oktober 2017 met een aanbeveling om de selectieve zorginkoop af te schaffen (16). De vrije keuze van de verzekerde moet voortaan het uitgangspunt zijn bij de inkoop van zorg. Meurs, voorzitter RVS, beargumenteert dit door te stellen dat 'inkopen op kwaliteit onvoldoende van de grond is gekomen. De vraag 'Wat heeft deze patiënt in deze situatie nodig?' is naar de achtergrond geraakt. De nadruk is vooral op prijs en doelmatigheid komen te liggen. Uniforme regelingen hebben de overhand gekregen, voor de specifieke noden van de patiënt is te weinig ruimte. Het huidige proces van zorginkoop vraagt bovendien om een strakke en uitgebreide verantwoording met hoge administratieve lasten tot gevolg. Het is tijd om een andere weg in te slaan.' Feitelijk is dit een publiek pleidooi om de license to operate van zorgverzekeraars in te trekken. De raad pleit voor een andere kijk op zorginkoop als sturend instrument. 'Zorginkopers en zorgverleners zouden als partners moeten optrekken in een streven naar goede, passende zorg. Jaarlijkse onderhandelingen tussen zorginkoper en aanbieder over prijzen en volumes horen daar niet bij (16).'

Niet iedereen is het eens met het advies van de RVS. Sterker nog, het kan rekenen op veel onbegrip. De Groot, hoogleraar gezondheidseconomie Maastricht University, stelt dat het advies van de RVS over het afschaffen van selectieve zorginkoop onsamenhangend en tegenstrijdig is (47). 'De naturapolis in de zorgverzekering zou moeten verdwijnen, evenals de zorgkantoren. De zorgverzekeraars zouden verder de verpleeghuiszorg moeten gaan regelen. Deze stelselwijzigingen mogen echter van de RVS geen stelselwijzigingen worden genoemd. En dat is typerend voor dit advies ... De RVS wil dat zorgverzekeraars 'stoppen met de jaarlijkse (dreiging van) selectieve inkoop'. Selectieve zorginkoop gaat volgens de RVS 'voorbij aan de professionele verantwoordelijkheid van zorgverleners en aan de zeggenschap van patiënten over de keuze voor de zorgaanbieder'. In de ogen van de RVS moeten patiënten en zorgverleners volledige vrijheid hebben om te kiezen ook als de zorg van slechte kwaliteit is en moet de zorgverzekeraar dat allemaal vergoeden. Tegelijkertijd constateert de RVS dat patiënten helemaal niet belemmerd worden door selectieve zorginkoop van verzekeraars. Sterker nog, de RVS constateert dat 'er een vrijwel volledige keuzevrijheid bestaat'.

De RVS merkt ook op dat selectieve zorginkoop veel voordelen heeft opgeleverd. Zo noemt de RVS dat door selectieve inkoop de kwaliteit van borstkankerzorg is verbeterd en dat door het preferentiebeleid de kosten van geneesmiddelen zijn gedaald'. De Groot, die zelf jarenlang deel uitmaakte van de RVZ, verwijt de RVS dat 'een advies zo verwordt tot een mening van een willekeurige groep mensen die in een adviesraad zitten'. En verder stelt hij dat 'het huidige advies van de RVS nog meer inconsistenties bevat. Zo benadrukt de RVS de noodzaak van beheerste kostenontwikkeling. Hoe dat moet als zorgverleners en patiënten volledige vrijheid hebben en zorgverzekeraars de optie wordt ontnomen om zorgverleners die te duur zijn of onvoldoende kwaliteit leveren niet te contracteren, wordt niet duidelijk gemaakt. Volgens de RVS zouden de kosten in de spreekkamer besproken moeten worden en zou kosteneffectiviteit onderdeel moeten worden van de geneeskundeopleiding. Ik denk niet dat er ook maar iemand is die denkt dat hierdoor de kosten beheerst zullen worden. De RVS voelt kennelijk ook wel aan dat volledige keuzevrijheid en het afschaffen van selectieve contractering tot een kostenexplosie kan leiden. Als de kosten uit de hand lopen kan de minister volgens de RVS ingrijpen door aanbieders een korting op te leggen, de eigen bijdrage of het eigen risico te verhogen, of het pakket te verkleinen. Het meest waarschijnlijke gevolg van volledige keuzevrijheid, een flinke stijging van de zorgverzekeringspremie, vergeet de RVS te noemen'. Aldus trekt De Groot van leer.

En zo zijn de meningen van De Groot en Meurs over selectieve zorginkoop niet alleen verdeeld maar staan ze ook loodrecht op elkaar. Dat is begrijpelijk maar ook jammer. Het is, om het zo maar eens te zeggen, academisch 'hullie-zullie-denken'. En in die polarisatie is er slechts oog voor wat niet bevalt en wordt er daardoor per definitie te weinig aandacht geschonken aan opmerkingen die wel hout snijden. Zorgvragers schieten hier in elk geval weinig tot niets mee op.

Van Wijck, onder andere columnist in *Arts & Auto* (VVAA) sluit zich aan bij de kritiek van De Groot op het advies van de RVS. Hij citeert Knotnerus die volgens hem terecht op Twitter stelde dat 'het lijkt alsof de RVS niet héél diep heeft nagedacht over de zorgeconomische aspecten' (48). En, zo vervolgt hij: 'Voorzitter Pauline Meurs heeft natuurlijk gelijk als ze stelt dat inkopen op kwaliteit onvoldoende van de grond is gekomen. Ze gaat echter voorbij aan de reden waarom dit zo is. Over de kwaliteit van zorg was bij de start van het huidige zorgstelsel nog nauwelijks wat bekend. Inkopen op kwaliteit heeft hierdoor lange tijd simpelweg niet de ruimte gekregen om van de grond te komen. Inmiddels begint over die kwaliteit wel veel meer informatie beschikbaar te komen. Dit schept ruimte voor meerjarencontracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Contracten waarmee direct ook een ander wezenlijk doel kan worden gediend, namelijk gefaseerde krimp. Nu pleiten voor een model van zorginkoop waarbij de patiënt samen met de zorgverlener mag bepalen welke zorg nodig is en wie die het best kan geven, is dan ook contraproductief' volgens Van Wijck. 'Waar blijft dan de druk op kwaliteit(verbetering)', vraagt hij zich af? Of is het de bedoeling dat de patiënt aan de arts gaat vragen hoe zijn kwaliteit van zorg zich verhoudt tot die van zijn collega's? Waar blijft bovendien de druk op de financiën? Of moet de patiënt aan de arts gaan vragen: 'Wat kost die behandeling bij u en hoe verhoudt dit

zich tot de benchmark?’ En hij besluit met de woorden: ‘Het is dus te hopen dat Edith Schippers dit rapport in de onderste bureaula legt voordat ze haar taken aan haar opvolger overdraagt.’

Gijzen, directeur zorg van CZ, ‘herkent zich volstrekt niet in de probleemanalyse van het rapport. Het is te eenzijdig en leidt tot verkeerde conclusies.’ Maar hij heeft wel gevoel bij delen van de beschreven ontwikkelrichting. ‘Wij (CZ) geloven niet dat ‘de markt’ in alle gevallen de ziekenhuiszorg goed kan disciplineren, zeker niet in een tijdperk waarin de DOT-systematiek averechts kan werken als er krimp/beperkte groei aan de orde is. In ons eigen beleid zoeken we op dit moment, uiteraard afhankelijk van onze marktpositie in de MSZ (Medisch Specialistische Zorg, EC, red), naar verdergaande vormen van ‘co-makership’, terwijl in regio’s met beperkte marktaandeelen we toch echt blijven inzetten op de klassieke (zvw) inkoopfunctie (49).’

Balance of power in de zorginkoop/zorgverkoopmarkt

Selectieve zorginkoop is dus moeilijk uitvoerbaar omdat verzekerden onvoldoende vertrouwen dat zorgverzekeraars goede zorg voor hen inkopen. En ook omdat er restitutieverzekeraars zijn en blijven. En het helpt ook niet echt dat verzekeraars nog steeds te weinig zicht hebben op de geleverde kwaliteit van zorg. Bovendien hebben verschillende grote zorgverzekeraars niet al te beste ervaringen met selectieve zorginkoop – het levert te weinig op – en beraden ze zich op (vaak mooie) alternatieven. En last, but not least, maar weinig zorgverleners zijn echte voorstanders van selectieve zorginkoop. In dit laatste geval dient zich trouwens een interessant probleem aan. Stel, zorgverleners willen niet deelnemen, hoe groot is dan de noodzakelijk geachte (50) (doorzettings)macht van zorgverzekeraars om toch selectieve zorginkoop uit te voeren?

Anders gevraagd: hoe groot is de macht van zorgverleners? Artsen genieten, aldus Van de Ven, een groot vertrouwen en maatschappelijk aanzien. Hun ‘license to operate’ staat niet ter discussie in tegenstelling tot die van zorgverzekeraars. De maatschappelijke druk om als maatschappelijke onderneming te functioneren, is voor hen dan ook geringer dan voor de verzekeraars. Dit kan mogelijk verklaren waarom zorgaanbieders hun eigen belang zo krachtig kunnen behartigen. Dit geldt des te meer indien in het publiek debat met termen als ‘vrije artsenuitvoering’, ‘de kwaliteit van zorg’ en ‘het patiëntenbelang’ een appel wordt gedaan op het maatschappelijke belang en het welbegrepen eigenbelang wordt versluierd (29). Van de Ven en ook KPMG/Plexus (27) onderstrepen dat huisartsen veel macht bezitten die ze ook zouden kunnen gebruiken in hun onderhandelingen met zorgverzekeraars. Daarnaast concludeert KPMG/Plexus dat op de zorginkoopmarkt er een – vanuit maatschappelijk perspectief bezien – onwenselijke grote macht bij de tweedelijns-GGZ en medisch-specialistische zorg ligt.

En toch is dat niet het beeld dat huisartsen zelf hebben. In zijn eentje is en voelt een huisarts zich immers niet echt machtig. En dat beeld wordt fors versterkt door de Mededingingswet, waaronder huisartsen merkwaardigerwijs vallen. Een gegeven dat mijns inziens kan worden gezien als een uitwas van de gereguleerde marktwerking in de zorg. Binnen die Mededingingswet wordt de macht van de huisarts danig ingeperkt door de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Die heeft specifiek beschreven welke samenwerkingsvormen en gedragingen wel en niet zijn toegestaan op basis van de Mededingingswet. Zo mogen huisartsen in zorggroepen niet gezamenlijk onderhandelen over de prijs. Ze mogen een door verzekeraar of zorggroep aangeboden (standaard)contract niet collectief boycotten en moeten individueel besluiten of ze akkoord gaan met de contractvoorwaarden, de prijs en het te bieden kwaliteits- en serviceniveau. De LHV kan geen adviestarieven afgeven aan haar leden, daar waar deze adviezen leiden tot onderlinge afstemming van de eindprijzen of uitwisseling van commercieel gevoelige informatie. Dan is het niet gek dat de huisarts zich niet echt machtig voelt, toch?

Samengevat zou het kunnen betekenen dat huisartsen (te) veel macht hebben maar desondanks een onmachtig gevoel hebben. Croonen schrijft daarover in Medisch Contact (51): '... dat is opmerkelijk, in het licht van de protesterende huisartsen die juist te weinig onderhandelruimte ervaren en niet meer willen 'tekenen bij het kruisje'. Tegelijkertijd stellen KPMG/Plexus een gebrek aan countervailing power vanuit zorgverzekeraars vast (27). Uitgezonderd in sommige regio's en/of deelmarkten (bijvoorbeeld de fysiotherapie). KPMG adviseert daarom artikel 13 van de Zvw verder aan te passen. Inmiddels weten we hoe dat is afgelopen. Ook adviseert KPMG/Plexus om uitkomstindicatoren versneld en verplicht transparant te maken via artikel 38 van de Wmg en/of via het Kwaliteitsinstituut. Ook dit advies is niet als zodanig opgevolgd. Er zijn kennelijk bewegingen en acties als 'Het roer moet om' nodig om deze macht weer terug te krijgen, c.q. om huisartsen het gevoel te geven dat ze macht hebben. Als ze die nu gebruiken om de samenwerking met zorgverzekeraars te verstevigen, en hiermee te streven naar een gemeenschappelijke doelstelling als duurzame zorg, zou dat winst zijn. Helaas lijkt het erop dat de toegenomen macht eerder tot polarisatie leidt. Maar misschien is dit een noodzakelijke fase die overwonnen moet worden alvorens men gelijkwaardig met elkaar de zorgagenda voor de toekomst kan gaan invullen. Hoe dan ook, wat zouden zorgverzekeraars moeten beginnen zonder huisartsen in het Nederlandse zorgstelsel?¹⁰

Ziekenhuizen hebben meer macht en zijn zich, zeker na een fusie, daarvan waarschijnlijk het beste bewust. Vooral als er in hun regio verder weinig te kiezen valt. En het valt op dat vooral ziekenhuizen met oud-bestuurders van zorgverzekeraars aan het roer onbevreesd de strijd met zorgverzekeraars aangaan. Zo verhullen het Martini-ziekenhuis in Groningen en het MST in Twente, met respectievelijk Feenstra en Leerink als bestuurders, hun kritiek op zorgverzekeraars bepaald niet. Maar of dat bijdraagt aan een duurzame zorg?

¹⁰ De huisarts functioneert als een spin in een web in het Nederlandse zorgstelsel. De huisarts functioneert als een eerste aanspreekpunt voor patiënten. En vaak ook voor zorgpartners, zoals wijkverpleegkundigen, specialisten, gemeenten en GGD'en (52). In een praktijk werkt de huisarts veelal samen met andere hulpverleners, zoals doktersassistenten en praktijkondersteuners (POH) (52).

De krachten van het marktmechanisme in het zorgstelsel heeft volgens Wester (9) geleid tot een golf van ziekenhuisfusies. 'Dit machtsspel heeft in het hele land geleid tot weinig vragers (de verzekeraars) en weinig aanbieders (de ziekenhuizen). Gezonde marktwerking is weggefuseerd. Wie groot genoeg is, is vanzelf onmisbaar en verzekerd van een (royaal) jaarcontract met de zorgverzekeraars. Waar wel gezonde marktwerking bestaat, zijn de apothekers de grote verliezers. Zij zijn stevig aangepakt door de verzekeraars bij de inkoop van geneesmiddelen. Apothekers waren in de loop van de jaren steeds meer gaan verdienen aan de handel in pillen in plaats van aan de bereiding ervan.'

Ook als zorgverzekeraars nauwelijks selectieve zorginkoop toepassen, is het van belang dat de door KPMG en Loozen et al. genoemde balance of power aanwezig is. Nog belangrijker is echter dat er niet zo zeer vanuit een machtspositie wordt onderhandeld, maar dat de krachten worden gebundeld op weg naar een voor zorgvragers en zorgverleners duurzame zorg. Dat betekent dat nog eens goed moet worden gekeken naar de noodzaak van het zo rigide vasthouden aan de filosofie van concurrentie zoals die bijvoorbeeld in de Wet mededinging is vastgelegd. Maar ook dat meer aandacht nodig is van zorgverzekeraars en overheid voor het begeleiden en faciliteren van noodzakelijke veranderingen, in de structuur en organisatie waarmee zorgverleners geconfronteerd worden als ze, door minder of anders te behandelen, meewerken aan een duurzame zorg. Al is het maar door het aanbieden van meerjarige contracten waarmee in elk geval meer rust en (onderling) vertrouwen wordt gecreëerd en uitgesproken. Anders gezegd er moeten voldoende garanties zijn dat zorgverleners hun professionele kennis en kundigheid kunnen blijven toepassen ten faveure van zorgvragers terwijl tegelijkertijd hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een duurzame zorg meer en meer wordt ontwikkeld.

Alternatieven voor selectieve zorginkoop

Als de 'pure' selectieve zorginkoop zoals ooit door de RVZ in 2008 werd aanbevolen geen brede toepassing en nog minder resultaat kent, te weinig draagvlak verwerft onder zorgverleners en zorgvragers en de balance of power tussen zorgverzekeraars en zorgverleners niet altijd optimaal is, is het op zijn minst interessant om alternatieven voor de regierol van zorgverzekeraars te verkennen. Alternatieven die wel kunnen rekenen op de steun van zorgverleners, zorgvragers, overheid en zorgverzekeraars. En die bovendien bewijzen succesvol te (kunnen) zijn. De onderstaande alternatieven sluiten elkaar overigens niet uit.

Strategische zorginkoop

Een alternatief, dat overigens al langer wordt toegepast, is strategische zorginkoop. Feitelijk een herrangschikking van (zorg)structuren, systemen of een wijziging van wetten waardoor bijna als vanzelf een aantal producten, diensten of zorgverleners geen onderdeel meer uitmaken van in te kopen zorg. Dat leidt vaak tot een zowel financieel als kwalitatief goed resultaat. Voorbeelden hiervan zijn de door de overheid geïnitieerde Hoofdlijnakkoorden en het preferentiebeleid geneesmiddelen. Maar ook de herallocatie van financiële middelen waardoor superspecialismen en ook minder

voorkomende zorg geconcentreerd worden, waardoor ook het voor het handhaven en verbeteren van de kwaliteit noodzakelijk minimumaantal behandelingen gegarandeerd wordt.

Preventie

Ook preventie kan worden beschouwd als een vorm van strategische zorginkoop. Door maatregelen nu te nemen, voorkom je immers dat er later meer of duurdere behandelingen nodig zijn en ingekocht moeten worden. Preventie is dus in die zin nuttig en lonend. Echter, onder het regime van het huidige vereveningssysteem wordt een zorgverzekeraar feitelijk bestraft voor het uitvoeren, inkopen of mogelijk maken van preventie. Om zorgverzekeraars te stimuleren 'werk te maken van preventie' moet de risicovereveningssystematiek daarom aangepast worden. Immers, op dit moment worden de kosten van preventie binnen de Zorgverzekeringswet verantwoord als reguliere zorgkosten. In de risicoverevening zijn de zorgverzekeraars daar volledig risicodragend voor. Vanuit financieel oogpunt is het voor een zorgverzekeraar daardoor niet aantrekkelijk om in preventie te investeren. De kosten worden immers via het gemiddelde normbedrag vergoed en als een zorgverzekeraar extra wil investeren in preventie dan betekent dit dat hij op korte termijn tekort komt aan zijn vereveningsbijdrage. Dit zal dus een premieverhogend effect hebben. Hier tegenover staat dat een zorgverzekeraar die 'geen werk maakt van preventie' winst maakt op de risicoverevening (wel vereveningsbijdrage, maar geen kosten) en zijn premie kan verlagen.

De risicoverevening kent dus voor zorgverzekeraars een negatieve prikkel om in preventie te investeren die volgens Mol (53) echter eenvoudig geëlimineerd kan worden. Hiervoor dient een preventieprogramma als indicator van zorgkosten gezien te worden. Per preventieprogramma wordt een normbedrag vastgesteld. In het ex ante-model van de vereveningssystematiek krijgt de zorgverzekeraar de normatieve bijdrage op basis van verwachte preventieprogramma's. Dit wordt achteraf aangepast op de werkelijk uitgevoerde preventieprogramma's. Het preventieprogramma is de indicator voor het extra normbedrag voor de verzekeraar. Het voorstel sluit aan bij andere parameters in de vereveningssystematiek zoals Farmacie Kosten Groepen (FKG's) en Diagnose Kosten Groepen (DKG's). Als voor verschillende soorten preventie verschillende normbedragen worden afgegeven, dan ontstaat er een systeem dat in de risicoverevening als Preventie Kosten Groepen (PKG's) opgenomen kan worden. Hierbij is het van belang dat zorgverzekeraars een normatieve bijdrage ontvangen voor de werkelijk uitgevoerde preventieprogramma's en geen normatieve bijdrage voor een normatief aantal programma's. Immers, dan zou direct weer de prikkel ontstaan om niets te doen (53).

In het systeem van PKG's zijn de negatieve prikkels geëlimineerd. Als een zorgverzekeraar niets doet, krijgt hij vooraf nog wel een bijdrage, maar deze bijdrage wordt achteraf gecorrigeerd tot nul. Een zorgverzekeraar die extra aan preventie doet, zal achteraf ook extra vereveningsbijdragen krijgen. Daarnaast ontstaat er nog een extra positieve prikkel. Door preventieactiviteiten efficiënt in te kopen, worden kosten bespaard.

Het positieve resultaat komt ten goede aan de zorgverzekeraar en in het verlengde daarvan de verzekerde. Een prima voorstel dat echter nog niet gehonoreerd is.

Soeters et al. bevestigen in een analyse van de problematiek van preventie in de Nederlandse zorg dat het advies van VGZ een goede mogelijkheid is om de financiering van preventie te verbeteren (54). Daarnaast geven ze ook een aantal alternatieven voor de financiering van preventie die echter verder afstaan van de regierol van zorgverzekeraars.

Sturen door te adviseren

Verzekerden zijn niet zo enthousiast over selectieve zorginkoop omdat ze het belangrijk vinden dat ze zelf hun zorgverlener kunnen kiezen. Dan is het volgens Bes et al. een logische stap om te onderzoeken hoe verzekerden naar geprefereerde zorgverleners te sturen zonder dat hun keuzevrijheid wordt beperkt. Feitelijk stelt zij dus voor om te bezien of de regierol van zorgverzekeraars op een andere wijze dan door selectieve zorginkoop wel succesvol kan worden uitgevoerd. En dan met name op de mogelijkheid om verzekerden te 'sturen' naar geprefereerde zorgverleners. Dat 'sturen' is belangrijk omdat daarmee bereikt kan worden dat verzekerden een betere kwaliteit zorg wordt aangeboden tegen een (beter) betaalbare prijs. Onderzoek in de AOZ door Bes et al. (45), gebaseerd op een pilot bij VGZ, laat zien dat het mogelijk is om verzekerden naar geprefereerde zorgverleners te sturen door hen advies aan te bieden bij het kiezen van een zorgverlener. Hierbij werd uitgelegd waarom sommige zorgverleners beter werden gevonden dan anderen. Op deze manier is de keuzevrijheid niet beperkt, aangezien verzekerden zelf kunnen kiezen of ze het advies opvolgen of niet. Daar zitten geen negatieve financiële consequenties aan vast. Als dit type zorgsturing effectief is, zullen zorgverleners waarschijnlijk nog steeds een prikkel krijgen om met elkaar te concurreren om een geprefereerde, en dus geadviseerde, zorgverlener te zijn. Dat leidt tot een hogere garantie op inkomsten.

Dit is mijns inziens een mooie invulling van de regierol van zorgverzekeraars en een prima instrument op weg naar het verbeteren van kwaliteit van zorg terwijl de kosten tegelijkertijd worden beheerst. Deze manier van sturen bereikt echter niet alle verzekerden. Veel verzekerden kiezen een zorgverlener zonder dat ze eerst contact opnemen met hun zorgverzekeraar. Daarom is het, in het kader van een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie, belangrijk dat meer van dit soort zachte sturingsmethoden worden ontwikkeld en onderzocht op resultaten.

Zinnige zorg

VGZ speelt sinds enige tijd de troefkaart van 'zinnige zorg' en zet hiermee in op facilitering van doelmatigheid en zinnigheid in de zorg. De doelstelling is om hiermee de kosten van de zorg beter beheersbaar te maken. Kwaliteit is hierbij een belangrijke driver om de zorg betaalbaar te houden, zoals ook in het Rapport Kwaliteit als Medicijn is beschreven (55). Visser et al. stellen in dit rapport vast dat door het huidige fee for service-systeem veel onnodige zorg en verrichtingen in het systeem zijn geslopen.

Dat vergt een focus op zinnige en gepaste zorg. Door overbehandeling en praktijkvariatie te verminderen, patiënten te laten meebeslissen over medische keuzes en de organisatie van de zorg te verbeteren, kunnen volgens Visser et al. € 4 tot 8 miljard worden bespaard. Hiervoor moeten innovaties op het gebied van zorg, zorgprocessen, logistiek en bekostiging plaatsvinden. Dit lukt alleen, zo stelt VGZ, in samenwerking van aanbieders met dezelfde visie waarmee VGZ innovaties identificeert, implementeert, evalueert en opschaaft naar andere ziekenhuizen. Het bestrijden van ondoelmatigheid of – positief geformuleerd – het focussen op doelmatigheid, is daadwerkelijk te beschouwen als het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Immers, ondoelmatigheid is niet alleen overbodig, maar kan zelfs de kwaliteit van het leven van zorgvragers schade toebrengen. Maar de potentiële financiële opbrengst is ook niet mis.

De kritiek hierop, vooral van artsen is niet mals. Het rapport van Booz & Company onder redactie van oud-minister Klink bevat een goede beschrijving van enkele grote problemen in de zorg, aldus de artsorganisatie KNMG, maar biedt geen oplossing. De Groot en Maassen beweren dat de voorgespiegelde besparingen door Klink nooit zullen worden gerealiseerd (56). Ze verwijten hem dat de besparingen nergens worden onderbouwd. Kalshoven (de Volkskrant) schrijft dat Klink c.s. wel duidelijk maken dat er grote besparingen in de zorg te realiseren zijn, maar niet hoe (57). In tegenstelling tot De Groot en Maassen ondersteunen – zo is in het rapport te lezen – andere wetenschappers, waaronder de hoogleraren Berden en De Jong, evenals een aantal bestuursvoorzitter van ziekenhuizen wel de beweringen van Visser et al. (55). De Groot en Maassen denken dat de voorstellen van Klink de zorg eerder duurder maken door het betalen van ‘kijk- en luistergeld’ voor communicatie met patiënten. Zij vrezen dat dit zal leiden tot overcommunicatie. Recente onderzoeken aan de Radbouduniversiteit, Bernhoven en RIVAS ontkrachten echter in grote lijnen deze beweringen over overcommunicatie van de economen De Groot en Maassen. Is het dan toch waar dat economen (te) weinig verstand van zorg hebben? Daarmee is nog niet gezegd dat de enorme besparingen van Klink voor het oprapen liggen, maar de weg ernaartoe is zeker niet louter fantasie. Dit initiatief past ook in de filosofie Value-Based Health Care (patiëntwaarde), die Porter in zijn boek *Redefining Health Care* beschrijft en bepleit (58).

Het lijkt erop dat, zij het met enige schroom, zorgverleners, politiek, overheid, media en zorgvragers(organisaties) sympathiek staan tegenover dit initiatief. Het is ook een mooi en vooral welkom initiatief. Welkom omdat tot op de dag van vandaag kostenbeheersing in de zorg nog niet gelukt is. Ook niet door op kwaliteit te focussen. En in die situatie is iedereen, de overheid voorop, blij met het verhaal van Klink c.s., ook al noemen anderen dit een sprookje. Toch verdient dit initiatief een kans. Niet in de laatste plaats omdat VGZ dit samen met zorgverleners wil organiseren. VGZ stimuleert zorgverleners hiertoe door het aanbieden van best practices en de goede resultaten hiervan breeduit te communiceren.

En, laten we eerlijk zijn, na 12 jaar zorgstelsel wordt het wel eens tijd dat er serieus werk wordt gemaakt van de maatschappelijke doelstellingen van zorgverzekeraars.

Maar het zou ook zo maar kunnen dat sommige randvoorwaarden van het huidige zorgstelsel door hun perverse prikkels ook dit initiatief onvoldoende ondersteunen. Aanpassing van die randvoorwaarden blijft dus zeker nodig. Waarbij de perverse prikkel die artsen aanmoedigt te veel zorg te verlenen, het fee for service-principe, met stip staat genoteerd.

Het initiatief wordt in elk geval niet beperkt door een tekort aan ruimte voor doelmatigheid in de zorg. In navolging van Berwick, Schellekens, Berg en Grol vindt ook Kliphuis, bestuurder van VGZ dat 'er op de lange termijn 20 tot 25 procent 'lucht' in de zorg zit' (59). Zo veel geld geven we onnodig uit, zegt hij in een interview in de Volkskrant. Dat komt door een combinatie van 'zo doen we het altijd'-gewoonten, verkeerde financiële prikkels waarbij extra behandelingen tot meer inkomsten leiden, onnodige diagnoses en inefficiëntie. Hij voorspelt '... een kostenstijging in de zorg van 6 á 7 procent per jaar' en zegt: 'Het gevoel van urgentie moet omhoog, maar het omgekeerde gebeurt. Omdat de economie aantrekt, mogen we wel wat meer uitgeven, lijkt de gedachte.' Hij denkt dat zijn uitspraken wel tot een 'hoop controverser' zal leiden. Waarom is niet duidelijk. Hij zegt immers niets nieuws.

Dat de kosten in de zorg te sterk stijgen, mede door het zorgstelsel(!), daarover zijn de zorgverzekeraars het wel met elkaar eens. In hetzelfde interview benoemt Van der Meeren, bestuursvoorzitter CZ, een zwakke plek in het stelsel: 'Veel prikkels in de zorg zijn verkeerd. Hoe meer behandelingen, hoe hoger de verdiensten. Daarom verlenen artsen en zorginstellingen in Nederland veel te veel zorg.' Hij stelt vast dat 'zorg een koekoeksjong is dat de andere overheidsuitgaven het nest uitdrukt'. (59) Ook CZ hecht, waar dat mogelijk is, aan co-makership met de zorgverlener op weg naar een duurzame zorg.

Ook bestuurders van de andere twee grote zorgverzekeraars waarschuwen voor de sterk stijgende kosten in de zorg. Fijneman (Zilveren Kruis) stelt: 'We gaan richting onbetaalbaarheid van de zorg (59)'. Wenselaar (Menzis) constateert dat ook de toegankelijkheid in de verdrukking komt: 'De betalingsbereidheid neemt af. De kwetsbaren in onze samenleving worden daarvan de dupe, want zij hebben het meeste zorg nodig. De solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen – of tussen arm en rijk – moet in stand blijven (59).'

Zorgmarkt: de keuze van zorgverleners door zorgvragers

Keuze op kwaliteit

Na de zorginkoopmarkt nu naar de zorgmarkt. Het zorgstelsel veronderstelt dat zorgvragers een actieve keuze maken voor de beste zorgverlener, gebaseerd op vergelijkingsinformatie over toegankelijkheid, prijs en kwaliteit. Verwacht wordt dat actief kiezende patiënten zorgaanbieders ertoe aanzetten met elkaar te concurreren op basis van deze kenmerken. Hierdoor zal de kwaliteit van de zorg omhoog gaan en zullen de kosten beperkt worden, zo wordt verondersteld. Om dat te kunnen doen,

moet daarover wel voldoende begrijpelijke en betrouwbare informatie beschikbaar zijn. Maar het is toch ook zo dat zorgvragers alleen de beste kwaliteit zorg kunnen kiezen als ze weten welke zorg ze nodig hebben en wie die benodigde zorg met de beste kwaliteit kan aanbieden. En vervolgens als ze die zorgverlener ook mogen kiezen en zijn behandeling kunnen betalen. Het is aannemelijk dat zorgvragers dit keuzeproces vaak niet zonder hulp kunnen doorlopen. Vaak zullen ze daarin ondersteund worden door hun huisarts. Maar het is ook denkbaar dat zorgverzekeraars en zorgkantoren daar een rol in verwerven.

Victoor (60) heeft in haar proefschrift de beleidsaannames met betrekking tot de keuze van patiënten voor een zorgaanbieder getoetst aan de realiteit. Uit haar onderzoek blijkt dat de afstand tot zorgaanbieders, de beschikbaarheid van keuzealternatieven en het advies dat gegeven wordt door de huisarts de belangrijkste factoren zijn die de keuze van patiënten voor een zorgaanbieder bepalen. De meeste patiënten maken geen actieve keuze voor een zorgaanbieder. In plaats daarvan gaan zij simpelweg naar de voor de hand liggende zorgaanbieder, bijvoorbeeld de dichtstbijzijnde of degene waar ze eerder geweest zijn. In de literatuur worden verschillende oorzaken genoemd voor dit gedrag, namelijk:

- dat patiënten loyaal zijn aan hun huidige of lokale zorgaanbieder
- dat patiënten vaak geen keuzemogelijkheid hebben
- dat patiënten vaak geen reden hebben om een actieve keuze te maken
- dat mensen over het algemeen niet in staat zijn om volledig rationele keuzes te maken.

Victoor stelt vast dat het 'kiezen' niet in de zorg lijkt te passen. 'De 'logica van het zorgen' van Annemarie Mol lijkt een betere manier om de manieren van denken en doen in de zorg te beschrijven dan de 'logica van het kiezen'. De logica van het zorgen gaat ervan uit dat het in de zorg niet om kiezen gaat, maar om zorgen. Zorgen is geen product maar een proces dat patiënten doorlopen vanaf hun eerste vraag naar zorg tot het einde van hun behandeling, het zorgtraject genoemd. In de zorg richten patiënten hun tijd en energie op hun zorgvraag, terwijl ze erop vertrouwen dat hun artsen de expertise en wens hebben om ze zo goed mogelijk te behandelen. Ten slotte zijn mensen over het algemeen niet in staat om rationeel te kiezen.'

Of de patiëntenkeuze echt werkt als instrument om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, kan Victoor niet zeggen. Daarvoor zou de relatie tussen het keuzeproces van patiënten en de kwaliteit van zorg nader onderzocht moeten worden.

Welke zorg past?

Er zijn mijns inziens wel degelijk patiënten die zelf weten welke zorg bij hen het beste past. Dat is vooral het geval als er chronische klachten zijn. De meesten echter hebben hulp nodig van hun huisarts. Als de gevraagde zorg door hun huisarts kan worden verstrekt, eindigt daar (meestal) het (impliciete) besluitvormingstraject.

In Nederland kunnen mensen, ongeacht de polisvoorwaarden van de verzekeraar, altijd kiezen voor een eigen huisarts¹¹. En huisartsen mogen, zelfs zonder specifieke contracten, vrijwel alle gebruikelijke behandelingen tegen betaling door de zorgverzekeraar, uitvoeren.

Advies aan zorgvragers

Zelfs als een zorgvrager zelf wil kiezen, gaat hij waarschijnlijk toch eerst te rade bij zijn huisarts. Vervolgens kan hij op zoek gaan naar ervaringen van andere patiënten bij medisch specialisten/ziekenhuizen. Zorgkaart Nederland van de Patiëntenfederatie Nederland biedt dat inzicht, maar nog slechts beperkt. Stehmann et al. (61) onderzochten de representativiteit van Zorgkaart Nederland en concludeerden dat ZorgkaartNederland.nl in haar huidige vorm (nog) niet voldoet als valide kwaliteits-instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg van een medisch specialist. Maar Delnoij is optimistischer over de (toekomstige) mogelijkheden ervan (62). De CQ-index en de overzichten van PROM-onderzoeken zijn ook behulpzaam. De vraag is echter of patiënten deze onderzoeksresultaten zonder hulp van een (huis)arts goed kunnen beoordelen. Kortom, nog lang niet alle zorgverleners in Nederland zijn in beeld, een volledig beeld van de kwaliteit van zorgverleners is nog niet voorhanden en het is maar de vraag hoeveel zorgvragers op basis hiervan zorgverleners goed kunnen vergelijken en daarmee een gerichte keuze kunnen maken.

Een andere mogelijkheid is dat zorgvragers bij hun zorgverzekeraar terecht kunnen met de vraag naar welke zorgverlener ze het beste kunnen gaan. Maar daar zat nog een probleempje met het vertrouwen van verzekerden in zorgverzekeraars. Onderzoek in de AOZ wijst uit dat slechts weinig mensen hun zorgverzekeraar raadplegen bij de keuze voor een zorgaanbieder. De gangbare mening lijkt nog steeds te zijn dat mensen liever geen bemoeienis van de zorgverzekeraar willen bij hun keuze voor een zorgverlener. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat 55% van de mensen hierin inderdaad liever geen invloed van de zorgverzekeraar wil (63). Zij maken liever zelf een keuze en ze twijfelen aan de intenties van de zorgverzekeraar. Maar tegen de verwachting in geeft toch bijna 40% aan het prettig te vinden als de verzekeraar advies geeft, en 60% vindt het prettig als de verzekeraar contracten afsluit met kwalitatief goede zorgverleners. Degenen die meer openstaan voor invloed van de zorgverzekeraar zijn vooral de gezonde mensen en ouderen. De Jong: 'Het is onduidelijk wat hier precies aan ten grondslag ligt. Voor gezondere mensen zal het iets zijn waar ze nog niet mee te maken hebben. Ze hebben immers nog nergens last van. Bij ouderen zal het anders liggen. Mogelijk hebben zij meer vertrouwen in hun zorgverzekeraar of zijn ze afhankelijker van advies of inmenging door de zorgverzekeraar omdat ze zelf de informatie niet kunnen vinden. Bijvoorbeeld doordat ze nog niet zo thuis zijn op internet.'

¹¹ Geldt ook voor een wijkverpleegkundige, verloskundige of tandarts. Ook bij spoedeisende hulp kunnen zij overal terecht. Mocht een spoedeisend scenario zich voordoen, dan wordt de patiënt geholpen door het dichtstbijzijnde ziekenhuis, en worden de kosten, ongeacht de afspraken met verzekeraars, volledig vergoed.

Dat ouderen advies van een zorgverzekeraar op prijs stellen, blijkt ook uit een pilot in het zorgkantoor van VGZ waarbij verzekerden ondersteund worden bij de keuze van zorg uit de Wlz. De zorgvragers hebben, vrijwel zonder uitzondering, veel waardering voor de ondersteuning en het advies van het zorgkantoor. Het lijkt erop dat advisering van zorgvragers een adequaat instrument kan zijn om de regierol van zorgverzekeraars ten uitvoer te brengen.

Wie kiest de medisch specialist: de huisarts of de patiënt?

In aanvulling op Victorioor blijkt uit onderzoek van Noordman et al. (64) dat patiënten in meer dan 60% van de huisartsenconsulten geen tot weinig inbreng hebben in de keuze voor een zorgverlener waarnaar moet worden verwezen. In 93% van de consulten geeft de huisarts een voorkeur voor een verwijsoptie. Zelden helpen huisartsen patiënten een keuze te maken door ze te wijzen op de onderlinge (kwaliteits) verschillen, hun voorkeuren te achterhalen of verschillende verwijsopties te bespreken. Feitelijk bepaalt bij doorverwijzing de huisarts dus vaak de 'keuze' van de patiënt.

Volgens Wammes et al. (46) 'laat recent onderzoek zien dat ongeveer 5% van de patiënten actief een zorgverlener kiezen.' En ook 'is het niet bekend hoeveel patiënten zich als bewuste consumenten moeten gedragen om een netto-effect, zoals verondersteld in het zorgstelsel, binnen het totale zorgaanbod te bewerkstelligen.' ... 'Bovendien realiseren Nederlanders zich lang niet allemaal dat er kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen bestaan. Serieuze media besteden in toenemende mate aandacht aan de keuzemogelijkheden van de patiënt, vaak in relatie tot prijs. Het is nog niet bekend of en in hoeverre dit de zorgverleningsmarkt zou kunnen versterken.'

Dat betekent dat het verondersteld mechanisme in het zorgstelsel dat zorgvragers zelf zorgverleners kiezen vanwege de kwaliteit vrijwel niet functioneert. Slechts betrekkelijk weinig zorgvragers kiezen zelf hun zorgverlener op basis van kwaliteit. En als zorgvragers een zorgverlener kiezen op basis van kwaliteit, staat niet vast of dit een positieve uitwerking heeft op de kwaliteit van zorg en zorgverleners in zijn geheel.

Keuze op prijs

Wat patiënten niet individueel kunnen, is onderhandelen over de beste prijs. Dat delegeren ze in het Nederlandse zorgstelsel aan zorgverzekeraars. Zij kunnen wel de resultaten hiervan vergelijken. Behalve op basis van kwaliteit kan een zorgvrager immers ook zijn keuze baseren op de prijs van aangeboden zorg. Dat kan interessant zijn met betrekking tot het eigen risico. Daarvoor is het nodig dat zorgvragers kennis hebben van ten minste tarieven van behandelingen die de hoogte van het verplichte eigen risico (nu € 385), eventueel aangevuld met het maximaal vrijwillig te kiezen eigen risico (€ 500) niet overschrijden. Verschillende zorgverzekeraars hebben ervoor gekozen om de gemiddelde prijzen van veelvoorkomende eenvoudige behandelingen tot het maximale eigen risico van € 885 openbaar te maken. De vraag is of veel zorgvragers hierin geïnteresseerd zijn en meer nog, hoeveel zorgvragers deze informatie daadwerkelijk gaan gebruiken. Hoe dan ook, publicatie van deze tarieven geeft meer transparantie.

Het aantal zorgvragers dat zijn zorgverzekeraar of zorgkantoor om advies vraagt bij de keuze van een zorgverlener, neemt langzaam toe, vooral in de langdurige zorg en bij de keuze van een PGB. Dan is er de mogelijkheid om prijs of kosten (hoogte eigen risico of eigen bijdrage bijvoorbeeld) een onderdeel te laten zijn van dit advies. Maar altijd in combinatie met de kwaliteit van de behandeling. Dit past prima binnen de regierol van de zorgverzekeraar.

Eerder onderzoek (65) toont aan dat tweederde van de patiënten vooraf een indicatie wil van de verwachte zorgkosten, in veel gevallen vanwege het eigen risico (66). In de praktijk blijkt echter dat een relatief kleine groep patiënten (14%) ook echt daadwerkelijk de gewenste actieve keuze rol op zich neemt (60). De rest had vaak geen keuzemoment ervaren. Onder andere doordat zij het idee hadden dat de huisarts of het ziekenhuis waar ze kwamen al voor hen gekozen had, of omdat duidelijke vergelijkingsinformatie ontbrak (60).

Uit onderzoek in de AOV (67) blijkt dat ongeveer de helft (49%) van de leden van het NIVEL Verzekerdenpanel informatie van hun zorgverzekeraar over prijzen van behandelingen tot aan de eigenrisicogrens belangrijk vindt bij het kiezen van een zorgaanbieder. Echter, 'slechts' 44% van de panelleden is ervan op de hoogte dat hun zorgverzekeraar deze prijsinformatie openbaar heeft gemaakt. Wanneer de panelleden op de aanwezigheid van deze informatie worden gewezen, zoals in dit onderzoek, geeft 62% van de ondervraagden aan de prijs van een behandeling in de toekomst (waarschijnlijk) op te zoeken wanneer zij zorg nodig hebben en 46% van de ondervraagden geeft aan (waarschijnlijk) van plan te zijn om deze prijzen te vergelijken tussen verschillende zorgaanbieders om een keuze tussen hen te maken. Lager opgeleide panelleden nemen zich dat minder vaak voor dan panelleden met een hoger opleidingsniveau. Nog onbekend is of verzekerden zich in de praktijk daadwerkelijk zo gedragen.

Wordt elke keuze voor een ziekenhuis of medisch specialist vergoed?

In beginsel wel, maar niet elke keuze kan rekenen op volledige vergoeding door zorgverzekeraars. Bij een restitutieverzekering doorgaans wel, bij de meeste natura-polissen zeker ook, bij select-polissen minder. Beperkt dit de keuzevrijheid? In letterlijke zin wel, in de praktijk blijkt er voldoende keuze te zijn omdat ook in naturapolissen meer dan 90% van de zorgverleners in de nabijheid van zorgvragers is gecontracteerd. En ervaart een zorgvrager dit toch als een te beperkte keuzemogelijkheid, dan kan hij aan het eind van elk jaar kiezen voor een restitutiepolis.

Het verondersteld mechanisme in het zorgstelsel dat zorgvragers zelf zorgverleners kiezen vanwege de kwaliteit, functioneert vrijwel niet. Slechts betrekkelijk weinig zorgvragers kiezen zelf hun zorgverlener op basis van kwaliteit. En als zorgvragers een zorgverlener kiezen op basis van kwaliteit, staat niet vast of dit een positieve uitwerking heeft op de kwaliteit van zorg en zorgverleners in zijn geheel.

Het mechanisme dat zorgvragers door hun eigen vrije keuze voor kwalitatieve zorg zorgverleners prikkelen tot het leveren van kwalitatief goede zorg die betaalbaar is, is vooralsnog een fictie. Niet duidelijk en mijns inziens ook twijfelachtig is of hiermee het mechanisme wordt versterkt dat zorgverleners hierdoor hun tarieven, nog los van de kwaliteit van de verstrekte zorg, in neerwaartse richting aanpassen. Mogelijk dat in combinatie met het advies van hun zorgverzekeraar of zorgkantoor over kwaliteit en prijs op den duur zorgvragers wel enige invloed op prijs en kwaliteit van behandelingen kunnen uitoefenen. Maar ook daarover is nog weinig tot niets bekend.

Zorgvragers kiezen zelden of nooit zelf hun zorgverlener op basis van kwaliteit. Of zorgvragers hun recht op vrije keuze voor zorg die goedkoper is, in de praktijk brengen, is nog onzeker. Er is wel, zo blijkt uit onderzoek van Potappel et al. (67), een voornemen om dat te doen, maar de tijd zal leren of dat ook daadwerkelijk plaatsvindt.

Zorgverzekeringsmarkt

In de zorgverzekeringsmarkt concurreren zorgverzekeraars om de gunst van de verzekerde. Deze markt is sterk gereguleerd door het landelijk vastgestelde basispakket, het verbod op premiedifferentiatie, acceptatieplicht en verzekeringsplicht. Een goed functioneren van de zorgverzekeringsmarkt is, volgens de filosofie van het zorgstelsel, noodzakelijk omdat dit verzekeraars prikkelt om polissen met hoge kwaliteit tegen een lage prijs aan te bieden. In het zorgstelsel wordt aangenomen dat verzekerden een zorgverzekeraar kiezen op basis van prijs van de polis en kwaliteit van de ingekochte zorg. Maar is dit wel zo? Als dat zo zou zijn, dan zou het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt onder andere zijn af te meten aan het aantal overstappers. Verschillende AOZ- en NIVEL-onderzoeken (60, 68) laten echter zien dat verzekerden vrijwel nooit een andere zorgverzekeraar kiezen vanwege de (betere) kwaliteit van zorginkoop. Het is, zoals Wester (8) zich afvraagt: 'Hoe kun je een verzekeraar uitkiezen op een ziekte die je nog niet hebt?' Bijna altijd is de reden de prijs van de polis. De meeste verzekerden blijven bij hun zorgverzekeraar om de doodeenvoudige reden dat ze daar al lang bij zijn verzekerd (68).

Stemmen met de voeten

In de AOZ is jarenlang het overstappen van verzekerden onderzocht. Niet alleen de aantallen die overstapten werden geregistreerd, maar ook was het door de trendmatige benadering van de onderzoeksgegevens vaak met verbluffend succes mogelijk om de overstapperpercentages van de komende jaarovergang te voorspellen (68). Die overstapperpercentages schommelen de laatste jaren rond de 7%. Dat lijkt niet zo veel, maar het gaat dan toch telkens om ruim 1 miljoen verzekerden die worden uit- en ingeschreven. In het AOZ-onderzoek zijn ook jarenlang de beweegredenen om wel of niet over te stappen als ook de informatiebronnen die deze keuze ondersteunden, bevraagd en onderzocht. In het algemeen twijfelen in november en december nog zo'n 20% van de verzekerden of ze wel of niet zullen overstappen. Uiteindelijk blijkt

dat hiervan slechts een klein deel (tussen 2 en 4%) zich voegt bij de verzekerden die in de laatste maanden van het jaar al zeker weten dat ze over zullen stappen.

Redenen om niet over te stappen

De redenen om uiteindelijk toch niet over te stappen (68) zijn uiteenlopend: van 'het leverde bij nader inzien toch geen voordeel op' tot 'ik heb er de tijd niet voor genomen om nog eens te kijken'. Een aantal verzekerden dat over wil stappen komt er op terug nadat ze een beter aanbod van hun zorgverzekeraar hebben ontvangen (retentie). Verreweg – zo'n 80% van de ondervraagden geeft dit aan – de belangrijkste reden dat mensen niet overstappen is dat ze tevreden zijn over hun zorgverzekeraar. Die tevredenheid gaat dan vaak over de dekking van de polis en vooral die van de aanvullende verzekering. Een aanvullende verzekering die, vooral door informatie vanuit consumentenorganisaties en het daaruit volgend calculerend gedrag steeds meer op een abonnement dan op een verzekering begint te lijken. Verzekerden calculeren steeds meer of ze de zorg uit de AV zullen consumeren. Als dat niet zo is, nemen ze geen AV. Dan resteren vooral de verzekerden die zorg consumeren en stijgen de gemiddelde kosten en daarmee de premie. Die verhoogde premie leidt weer tot nieuwe opzeggingen en nadert dan ook steeds meer de werkelijke kosten van de behandelingen waar verzekerden vanuit de AV een beroep op doen. Dat leidt uiteindelijk onvermijdelijk tot het failliet van de AV. En daarmee toch ook weer tot een afname van de solidariteit in de zorg. Immers, zorgvragers die zorg uit de AV nodig hebben, gaan daar zelf (inkomensonafhankelijke en vaak leeftijdsgebonden premie) (aanzienlijk) meer voor betalen.

En dan heb ik nog niet genoemd dat in diezelfde tijd opticiens en audiciens miljoenen aan advertenties en andere reclame-uitingen besteden om verzekerden erop te attenderen dat ze misschien nog niet het budget voor een bril of hoorapparaat hebben aangesproken. Wat opnieuw leidt tot het besteden van onnodig zorggeld.

Collectiviteiten

Ook over de korting binnen hun collectiviteit zijn verzekerden vaak dermate tevreden dat ze niet overstappen. Meer dan 70% van alle verzekerden profiteren van de lagere tarieven in een collectiviteit. Het is eigenlijk heel bijzonder dat er nog verzekerden zijn die niet bij een collectiviteit zijn aangesloten. Nogal wat verzekerden denken dat ze niet beter af zijn bij een andere zorgverzekeraar en blijven omdat ze bij hun huidige verzekeraar weten wat ze kunnen verwachten. Zo'n 5% denkt dat ze, om allerlei redenen, niet over kunnen stappen en 10% vindt het gewoon te veel moeite om over te stappen.

Redenen om wel over te stappen

De redenen om wel over te stappen zijn vooral de prijs en, in mindere mate de service van de zorgverzekeraar en de dekking van polissen. Overstappen naar een andere zorgverzekeraar omdat die kwalitatief betere zorg inkoop, wordt niet of nauwelijks als reden vermeld (68).

Informatiebronnen om over te stappen

Internet is de belangrijkste informatiebron voor verzekerden die zich willen oriënteren over zorgverzekeringen, op enige afstand gevolgd door informatie van de eigen zorgverzekeraar, vooral via inbellen of brochures. Voor advies door zorgverleners is slechts een bescheiden rol weggelegd (68).

Geen invloed op kwaliteit, wel op de prijs van de polis

Overstappers letten dus niet of nauwelijks op de kwaliteit van de ingekochte zorg, maar des te meer op de prijs van de polis. Daardoor zorgen verzekerden er wel voor dat de prijs van de polis, voor zover dat mogelijk is, zo laag mogelijk blijft. Daarvoor is volgens Van de Ven (29) geen hoger percentage overstappers nodig. Bekend is dat zorgverzekeraars hiervoor deels hun winsten en reserves voor benutten. Er zijn verschillende signalen die hier positief op duiden. Een aantal zorgverzekeraars, vooral die zonder winstbejag, besteden aantoonbaar een deel van hun winst om de premie voor de basisverzekering te verlagen. Ook als er in een jaar geen winst is, worden gelden vanuit de reserves aangewend om de premie te drukken. Omdat de basisverzekering overal dezelfde inhoud heeft, zal door de relatieve prijsdaling de value for money omhoog gaan.

Overstappen is handel geworden

Op het eind van elk jaar brandt er een voor velen onbegrijpelijke en moeilijk te verklaren, en in mijn ogen onnuttige, strijd om de verzekerden los. Onnuttig omdat zorgverzekeraars de voor veel geld bij andere zorgverzekeraar weggekaapte verzekerden niet nodig hebben voor hun machtspositie in de onderhandelingen met zorgverleners. En onnuttig ook omdat de overstap geen positieve invloed uitoefent op de kwaliteit van de zorgverlening en de inkoop daarvan. Er is slechts een positief en zeer relatief effect op de hoogte van de premie. Want in die strijd is de hoogte van de basispremie cruciaal. Zo cruciaal dat de bestuursvoorzitter van VGZ 'tjakka' roept als blijkt dat 'zijn' premie 5 eurocent goedkoper is dan die van concurrent CZ.

Aan de prijs wordt veel media-aandacht geschonken. Consumentenprogramma's als Kassa en Radar vullen hiermee een deel van hun doelstelling om consumenten naar de goedkoopste aanbieder te leiden in. Maar deels ook omdat consumentenorganisaties en vergelijkingssites hiermee tientallen miljoenen binnenhalen door hun 'bemiddeling' van overstappers. Dat geldt zeker ook voor andere bemiddelaars als werknemersbonden, banken en zelfs warenhuizen. Wisselen van zorgverzekeraar is handel geworden. Dat de jaarlijkse wissel van zorgverzekeraar van financieel belang is voor bemiddelingsbureaus en tal van andere organisaties die hier financieel beter van worden, is dus helder.

Op het eind van het jaar verschijnen ook altijd weer publicaties in de media die erop wijzen dat 'dit jaar er weer meer verzekerden zullen overstappen', hetgeen overigens zelden overeenkomt met de werkelijkheid. Vaak zijn deze publicaties alleen bedoeld

om het aantal overstappers te vergroten om daarmee de inkomsten aan bemiddelingskosten te vergroten. Waardoor de premies overigens weer stijgen. Ook zorgverzekeraars zelf doen een flinke duit in het zakje. Zo staat DSW erom bekend altijd als eerste zijn zorgpremie bekend te maken. Dat is dan meteen het startschot voor de 'overstapkermis'. En ook de media zelf vinden 'nieuws' dat de lezers belangrijk vinden, interessant genoeg om te publiceren. Elke krant heeft wel een of meer journalisten die in de laatste maand van het jaar een overzichtsartikel plaatsen met vergelijkingen tussen zorgverzekeraars. En ook in die vergelijkingen gaat het zelden of nooit over het verschil in kwaliteit van zorg dat zorgverzekeraars inkopen, maar altijd over de prijs.

Veel aandacht door wetenschappers

Heel bijzonder is dat ook veel wetenschappers, zelfs in de AOV en bij NIVEL, (veel) waarde hechten aan het recht van verzekerden om op het eind van het jaar te kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Ondanks dat slechts weinig verzekerden overstappen vanwege de kwaliteit van de ingekochte zorg en daarmee dus geen druk op zorgverzekeraars wordt uitgeoefend om betere kwaliteit van zorg in te kopen. Ondersteunen wetenschappers dan klakkeloos dit mechanisme? Of vinden ze het mechanisme werkzaam als verzekerden alleen vanwege de prijs overstappen? Ik heb zo het vermoeden dat de ene onderzoeker het onderwerp ongegeneerd en onnadenkend overneemt van de ander. Hoe dan ook, de mogelijkheid om over te stappen vormt de bron van inspiratie voor veel onderzoeken.

In deze onderzoekslijn constateert KPMG/Plexus (27) dat de aanvullende verzekering (AV) de mobiliteit van verzekerden beperkt. Met name ouderen en chronisch zieken zijn bang dat ze niet door de nieuwe zorgverzekeraar voor de AV geaccepteerd worden of dat ze een hogere premie moeten afdragen. Dit blijkt meer angst dan werkelijkheid trouwens. En dat is de reden dat KPMG/Plexus adviseert '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)'. Zo, die zit!

Waarschijnlijk als rechtvaardiging van hun onderzoek rapporteren onderzoekers dat ook verzekerden veel waarde hechten aan keuzevrijheid voor verzekeraars. Dat die waarde veel meer zegt over de aard van Nederlanders – vrijheid om te kiezen uit wat dan ook altijd belangrijk wordt gevonden – dan over het intrinsieke nut voor het zorgstelsel, hoor je niet. Over dat nut heenstappend, en dus in mijn ogen een wetenschappelijk loopje nemend met de wetenschappelijke relevantie van het onderzoek, hebben onderzoekers veel belangstelling voor wat verzekerden verhindert om over te stappen. En hoe het hun gemakkelijker kan worden gemaakt om over te stappen. Ik ben van mening dat wetenschappers zich vaak te veel focussen op het onderzoek van een onderdeel van het stelsel zonder zich daarbij rekenschap te geven van het feit dat het bestudeerde aspect slechts van belang is als de werking van het bovenliggend mechanisme is aangetoond. Als dus de veronderstelling dat verzekerden niet van

zorgverzekeraars wisselen vanwege de kwaliteit van de ingekochte zorg en daarmee de belangrijkste veronderstelling uit deze deelmarkt van het stelsel logenstraffen, is het niet zo nuttig – of zelfs onbelangrijk – om te bezien wat verzekerden belemmert over te stappen. En als alleen de bedoeling is om de overstap te onderzoeken in het licht van ‘invloed uitoefenen op de prijs van de polis’, moet dit wel zo worden benoemd. Waarbij ook aandacht moet worden geschonken aan de (relatieve) omvang hiervan. Anders is het onderzoek niet echt logisch en deugdelijk te noemen.

Waarom vindt een zorgverzekeraar nog meer verzekerden belangrijk?

Blijft de vraag waarom zorgverzekeraars zo tuk zijn op meer verzekerden. Voor een betere machtspositie ten opzichte van zorgverleners of ten opzichte van elkaar is geen echt valide reden. Misschien dat meer verzekerden in een bepaalde regio zoden aan de dijk zet? Maar daarop is een wervingscampagne zelden gefocust. Hooguit zou je kunnen beargumenteren dat een zorgverzekeraar graag nieuwe verzekerden aantrekt uit een segment dat door de ex ante-verevening meer geld opbrengt dan in werkelijkheid wordt uitgegeven. Nu de verevening is aangepast en ook de zorgkosten van ouderen en chronisch zieken beter worden verevend, zou ook daarin echter geen argument meer te vinden zijn voor dit gedrag.

Overcompensatie verevening ouderen en chronisch zieken gewenst

Je zou overigens wensen dat de zorgkosten van ouderen en chronisch zieken overgecompenseerd worden en daarmee aantrekkelijker zijn voor zorgverzekeraars. Een idee waar ook Van de Ven op duidde. Dat kan niet alleen heel prettig zijn voor zorgvragers in deze doelgroepen maar ook voor alle overige verzekerden. Immers, omdat er veel en daarmee waarschijnlijk ook veel ondoelmatige zorg in deze doelgroepen wordt verstrekt en geconsumeerd loont het voor zorgverzekeraars om kwalitatief goede zorg tegen betaalbare prijzen in te kopen. Om met andere woorden bijvoorbeeld zinnige zorginkoop uit te voeren. De mogelijke arrangementen, indien toegespitst op de wensen van zorgvragers, die zorgverzekeraars (samen met zorgverleners) specifiek voor deze doelgroepen kunnen ontwikkelen, kunnen ertoe leiden dat verzekerden daadwerkelijk van zorgverzekeraar gaan wisselen vanwege de kwaliteit van zorg die door zorgverzekeraars wordt ingekocht. Ook de adviesfunctie van zorgverzekeraars richting de zorgvragers in deze doelgroepen zal inhoudelijk relevanter kunnen zijn. En indien de zorgverzekeraar erin slaagt op deze wijze aantoonbare kwaliteit in te kopen, wordt hij beloond in de vorm van winst die hij weer kan gebruiken om de zorgpremie van (al) zijn verzekerden te verlagen. In deze constellatie zijn de voorwaarden dan veel beter ingevuld dan tot nu toe toegepast in het gehele zorgstelsel. Met als gevolg dat hierdoor ook de veronderstelde mechanismen meer kans van slagen hebben. Dat betekent dus ook dat de mechanismes en veronderstellingen niet op zich wel of niet deugen, maar slechts tot hun recht komen indien de omstandigheden en randvoorwaarden op een juiste wijze zijn ingevuld. En voor de helderheid: dat is nu nog slechts zelden het geval.

Status van zorgverzekeraars en bestuurders

Kortom, er zijn maar weinig legitieme redenen te benoemen waarom elk jaar dit hele switchcircuit nodig is en wordt uitgevoerd. Dan rest vrijwel alleen nog de status van zorgverzekeraars en vooral hun bestuurders als verklarende variabele. Met daaraan toegevoegd de verklaring die Adolfsen, oud bestuurder van zorgverzekeraar AGIS, geeft in een recent interview dat bestuurders van zorgverzekeraars door hun raad van commissarissen vooral worden afgerekend op bedrijfsvoering (winst) en aantallen verzekerden. Voor zover bekend is hier nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar verricht. Een uitdaging dus die op zijn minst interessant en relevant is, en derhalve aan te bevelen.

Dure eindejaarsrally

Daarnaast kost deze eindejaarsrally enorm veel geld. De tientallen miljoenen voor bemiddelingsbureaus, vergelijkingssites, vakbonden, warenhuizen, tussenpersonen, volmachten zijn al genoemd. Daarnaast worden er door zorgverzekeraars miljoenen gespenseerd aan advertenties en andere reclame-uitingen. Bovendien zijn er administratiekosten voor het in- en uitschrijven van de miljoen verzekerden die wisselen in een kort tijdsbestek. En ook de callcenters zijn in deze tijd van het jaar extra bemenst door duizenden medewerkers. Voorts zijn er ook immateriële kosten zoals overlast, ongerustheid en ergernis over gemaakte fouten of veronderstelde toezeggingen bij het oversluiten. En zelfs retentie – zowel de verbeterde aanbieding als de administratie eromheen – kan in dit verband worden gerubriceerd als onnodige kosten. Ook de omvang van commerciële afdelingen wordt voor een belangrijk deel bepaald door dit fenomeen in het zorgstelsel. Veel geld zonder dat hiervan duidelijk is aan te geven of en hoe het de kwaliteit van zorg bevordert of bijdraagt aan de totstandkoming van duurzame zorg.

Samengevat

Dat verzekerden wisselen van zorgverzekeraar vanwege de kwaliteit van de ingekochte zorg is (nu nog) een fictie. Dat het wisselen van zorgverzekeraar (enigszins) kan bijdragen aan het laag houden van de premie is aannemelijk. Zorgverzekeraars zullen de hoogte van de premie zo laag mogelijk houden om zo veel mogelijk verzekerden te kunnen winnen. Dat doen ze door hun winst of reserves deels hieraan te spenderen. De winst of de opbouw van de reserves komen slechts tot stand als de inkomsten, premies en overheidsbijdragen, groter zijn dan de uitgaven aan zorg en de beheerskosten. Zorgverzekeraars hebben relatief geringe overheadkosten, ongeveer 3%. Dat komt omdat in het afgelopen decennium hun administraties door digitalisatie fors aan efficiëntie hebben gewonnen. Een kleine 97% gaat naar de zorg. Verdere besparingen op de overheadkosten om de premie te verlagen worden steeds moeilijker en zetten ook weinig zoden aan de dijk. Premies kunnen daarom alleen worden verlaagd, bij ongewijzigde inhoud en kosten van de zorg, als er na verevening een besparing op de zorgkosten plaatsvindt waardoor winst en reserves kunnen toenemen. Als zorgkosten worden bespaard door volumes en tarieven te verminderen, komt de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in het geding. Daarmee win je ook geen verzekerden.

De enige (goede) mogelijkheid is dus een kostenbesparing realiseren over de boeg van kwaliteitsverbetering c.q. het verhogen van doelmatigheid en zinnigheid van de zorg, in nauwe samenwerking met zorgverleners. Dat kan het beste als de verevening ouderen en chronisch zieken overcompenseert in het vereveningssysteem. Waar veel zorg wordt gegeven kan het beste gestuurd worden op doelmatigheid en zinnigheid waarbij tegelijkertijd de kwaliteit van leven van zorgvragers wordt verbeterd. Als niet alle zorgverzekeraars daarin slagen, neemt door de verevening toch de 'winst' toe van de zorgverzekeraars die er wel in slagen. Die kunnen dan hun premies verlagen en daarmee de overstap van verzekerden bevorderen. Als alle zorgverzekeraars daarin slagen – vanuit zorgvragersoptiek de ideale situatie – dan zal de verevening geen extra winst meer boeken, maar zal de premie toch lager worden omdat de totale kosten van de zorg afnemen. De overstap van verzekerden zal dan misschien veel meer bepaald worden door bijvoorbeeld de kwaliteit van (arrangementen in) de zorg of van de service van de zorgverzekeraar. Een bijkomend voordeel is dat hierdoor het mechanisme in het stelsel dat zegt dat verzekerden de zorgverzekeraar uitkiezen die de beste kwaliteit zorg inkoopt tegen betaalbare prijzen, daadwerkelijk gaat functioneren. De regierol van zorgverzekeraars kan in deze situatie eveneens worden versterkt door het adviseren van (potentiële) zorgvragers. Indien zorgverzekeraars erin slagen aantoonbaar goede kwaliteit van zorg in te kopen en tegelijkertijd de premies laag weten te houden, zal immers het vertrouwen van verzekerden in hun zorgverzekeraar toenemen waardoor de adviesfunctie door zorgverzekeraar meer geaccepteerd zal worden en met betere resultaten uitgevoerd kan worden. Waardoor weer het vertrouwen in de zorgverzekeraar zal groeien.

Conclusies over de deelmarkten van het zorgstelsel

De kernvraag of de regierol van de zorgverzekeraars een fictie is, hangt nauw samen met de vraag of de mechanismen van het zorgstelsel in de drie deelmarkten zorginkoop-, zorg- en verzekeringsmarkt daadwerkelijk functioneren. Hieronder per deelmarkt de conclusies over de (vermeende) werking van die mechanismen in relatie tot de regierol van zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel. Aangevuld met aanbevelingen.

Zorginkoopmarkt: regierol door selectieve zorginkoop is een fictie

Als de regierol van zorgverzekeraars moet worden beoordeeld op basis van hoe selectieve zorginkoop is uitgevoerd – de *conditio sine qua non* voor het zorgstelsel aldus de RVZ in 2008 – dan is de conclusie simpel: het is een fictie.

Het toepassen van selectieve zorginkoop kan op weinig sympathie rekenen. Verzekerden hechten aan keuzevrijheid en vertrouwen er (nog) niet op dat hun verzekeraar de beste zorg voor hun inkoopt. Veel zorgverleners vinden selectieve zorginkoop bedreigend en de overheid biedt onvoldoende randvoorwaarden voor de uitvoer ervan. Sommige zorgverzekeraars kopen wel en andere volstrekt niet selectief in en de meeste zorgverzekeraars zelf zien onvoldoende resultaat. Een uitzondering hierop is het preferentiebeleid geneesmiddelen, dat overigens voor een belangrijk deel kan worden aangeduid als strategische zorginkoop. Wel zijn vooral de grote zorgverzekeraars naarstig op zoek naar een andere of betere manier om hun regierol waar te maken. Er zijn een aantal potentieel kansrijke alternatieven om de regierol, anders dan met selectieve zorginkoop, meer inhoud te geven.

Een daarvan is strategische zorginkoop. Een alternatief dat al langer, vaak succesvol, wordt toegepast. Het is feitelijk een herrangschikking van (zorg)structuren, systemen of een wijziging van wetten waardoor bijna als vanzelf een aantal producten, diensten of zorgverleners geen onderdeel meer uitmaken van in te kopen zorg. Voorbeelden van strategische zorginkoop zijn de door de overheid geïnitieerde hoofdlijnakkoorden, (deels) het preferentiebeleid geneesmiddelen en de herallocatie van financiële middelen om superspecialismen en ook minder voorkomende zorg op basis van kwaliteit te concentreren.

Ook preventie kan worden beschouwd als een vorm van strategische zorginkoop. Door maatregelen nu te nemen, voorkom je immers dat er later meer of duurere behandelingen nodig zijn en ingekocht moeten worden. Preventie is dus in die zin nuttig en lonend. Daarover is iedereen het wel eens. Maar de uitvoer stagneert.

Daarvoor moet de huidige vereveningssystematiek in het stelsel worden aangepast waardoor het uitvoeren van preventie door zorgverzekeraars wordt aangemoedigd in plaats van bestraft, zoals nu het geval is. VGZ heeft daar een aantoonbaar goede voorzet voor gegeven.

Sturen door te adviseren is een alternatief dat het mogelijk maakt om verzekerden te sturen naar geprefereerde zorgverleners zonder dat hun keuzevrijheid wordt beperkt. Dat 'sturen' is belangrijk omdat daarmee bereikt kan worden dat verzekerden een betere kwaliteit zorg wordt aangeboden tegen een (beter) betaalbare prijs. Onderzoek in de AOZ door Bes et al. (45), gebaseerd op een pilot bij VGZ, laat zien dat dit alternatief mogelijk is en succesvol kan zijn. Het is belangrijk om meer van dit soort zachte sturingsmethoden te ontwikkelen en te onderzoeken op resultaten.

Ook zinnige zorg is een potentieel succesvol alternatief. Vooral VGZ heeft hier vol op ingezet. Zinnige zorg is gericht op facilitering van doelmatigheid en zinnigheid in de zorg. Als gevolg hiervan zijn de kosten van de zorg beter beheersbaar. Het potentieel hiervan is hoog: door overbehandeling en praktijkvariatie te verminderen, patiënten te laten meebeslissen over medische keuzes en de organisatie van de zorg te verbeteren, kunnen volgens Visser et al. € 4 tot 8 miljard worden bespaard. Hiervoor moeten innovaties op het gebied van zorg, zorgprocessen, logistiek en bekostiging plaatsvinden. Dat alles in nauwe samenwerking met zorgverleners. Er is veel kritiek op dit alternatief, maar het wint tegelijkertijd aan impact en sympathisanten.

Al met al bieden de ontwikkelingen in de regierol van zorgverzekeraars hoopvolle verwachtingen. Maar de eerlijkheid biedt te zeggen dat er nog een hele lange weg te gaan is. En voor de dag van vandaag verandert dat niets aan de conclusie dat de regierol van zorgverzekeraars (nog) meer een fictie dan een feit is.

Zorgmarkt: zorgvragers kiezen hun zorgverlener zelden op basis van kwaliteit

De meeste zorgvragers maken, zo blijkt uit onderzoek van Victoor (60), geen actieve keuze voor een zorgaanbieder. In plaats daarvan gaan zij simpelweg naar de voor de hand liggende zorgaanbieder, bijvoorbeeld de dichtstbijzijnde of degene waar ze eerder geweest zijn. Afstand tot zorgaanbieders, de beschikbaarheid van keuzealternatieven en het advies dat gegeven wordt door de huisarts zijn de belangrijkste factoren die de keuze van patiënten voor een zorgaanbieder bepalen (60). Het is volgens Wammes et al. (46) ook 'niet bekend hoeveel patiënten zich als bewuste consumenten moeten gedragen om een netto-effect, zoals verondersteld in het zorgstelsel, binnen het totale zorgaanbod te bewerkstelligen'.

Dat betekent dat het verondersteld mechanisme in het zorgstelsel dat zorgvragers zelf zorgverleners kiezen vanwege de kwaliteit, vrijwel niet functioneert. Slechts betrekkelijk weinig zorgvragers kiezen zelf hun zorgverlener op basis van kwaliteit. En als zorgvragers een zorgverlener kiezen op basis van kwaliteit, staat niet vast of dit een positieve uitwerking heeft op de kwaliteit van zorg en zorgverleners in zijn geheel.

Het mechanisme dat zorgvragers door hun eigen vrije keuze voor kwalitatieve zorg zorgverleners prikkelen tot het leveren van kwalitatief goede zorg die betaalbaar is, is vooralsnog een fictie. Niet duidelijk, en mijns inziens ook twijfelachtig, is of hiermee het mechanisme wordt versterkt dat zorgverleners hierdoor hun tarieven, nog los van de kwaliteit van de verstrekte zorg, in neerwaartse richting aanpassen. Mogelijk dat in combinatie met het advies van hun zorgverzekeraar of zorgkantoor over kwaliteit en prijs op den duur zorgvragers wel enige invloed op prijs en kwaliteit van behandelingen kunnen uitoefenen. Maar ook daarover is nog weinig tot niets bekend.

Zorgvragers kiezen dus zelden of nooit zelf hun zorgverlener op basis van kwaliteit. Of zorgvragers hun recht op vrije keuze voor zorg die goedkoper is, in de praktijk brengen, is nog onzeker. Er is wel, zo blijkt uit onderzoek van Potappel et al. (67), een voornemen om dat te doen, maar de tijd zal leren of dat ook daadwerkelijk plaatsvindt.

Zorgverzekeringsmarkt: dat verzekerden wisselen van zorgverzekeraar vanwege de kwaliteit van de ingekochte zorg, is (nu nog) een fictie

Dat het wisselen van zorgverzekeraar (enigszins) kan bijdragen aan het laag houden van de premie is aannemelijk. Zorgverzekeraars zullen de hoogte van de premie zo laag mogelijk houden om zo veel mogelijk verzekerden te kunnen winnen. Dat doen ze door hun winst of reserves deels hieraan te spenderen. De winst of de opbouw van de reserves komen slechts tot stand als de inkomsten, premies en overheidsbijdragen, groter zijn dan de uitgaven aan zorg en de beheerskosten. Premies kunnen vrijwel alleen nog worden verlaagd, bij ongewijzigde inhoud en kosten van de zorg, als er na verevening een besparing op de zorgkosten plaatsvindt waardoor winst en reserves kunnen toenemen. Als zorgkosten worden bespaard door volumes en tarieven te verminderen, komt de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in het geding. Dat is dus af te raden. Daarmee maak je geen vrienden en win je ook geen verzekerden.

De enige mogelijkheid is dus een kostenbesparing over de boeg van kwaliteitsverbetering, c.q. het verhogen van doelmatigheid en zinnigheid van de zorg, in nauwe samenwerking met zorgverleners. Dat kan het beste als de verevening ouderen en chronischzieken overcompenseert in het vereveningssysteem. Een bijkomend voordeel is dat hierdoor het mechanisme in het stelsel dat zegt dat verzekerden de zorgverzekeraar uitkiezen die de beste kwaliteit zorg inkoop tegen betaalbare prijzen, daadwerkelijk gaat functioneren. De regierol van zorgverzekeraars kan in deze situatie eveneens worden versterkt door het adviseren van (potentiële) zorgvragers.

Regierol mislukt?

De RVZ beweerde dat de regierol van zorgverzekeraars niet goed kon worden uitgevoerd zonder selectieve zorginkoop. Inmiddels heb ik voldoende woorden besteed om uit te leggen dat selectieve zorginkoop geen brede toepassing kent en voor zover het al is uitgevoerd ook, behalve bij het preferentiebeleid geneesmiddelen, nauwelijks grote successen heeft geboekt. Dat betekent theoretisch nog niet dat de regierol van de zorgverzekeraars is mislukt. En zeker niet dat het zorgstelsel is mislukt of (volstrekt) niet heeft geleid tot verbeteringen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Theoretisch is het zelfs mogelijk dat er ondanks of juist dankzij het niet toepassen van selectieve zorginkoop goede resultaten behaald. En zelfs al zouden zorgverzekeraars geen of nauwelijks regie hebben gevoerd, dan zou het nog zo kunnen zijn dat het zorgstelsel niet is mislukt.

Waarom ik dit zo benoem, is dat een gerespecteerd wetenschappelijk onderzoeker als Van de Ven van mening is dat Nederland het beste zorgstelsel in de wereld heeft. Reden genoeg om daar op in te zoemen en ook ons oor te luister te leggen bij een aantal andere belanghebbenden van de regierol in het zorgstelsel, zoals de overheid en de zorgverzekeraars.

Wat vinden deskundigen ervan?

Nederland heeft het beste zorgstelsel ter wereld (Van de Ven)

Prof. dr. W. van de Ven stelt dat Nederland het beste zorgstelsel van de wereld heeft. Het zijn wel grote woorden, want zegt zijn uitspraak niet meer over de andere zorgstelsels dan over het Nederlandse? Bovendien, de argumenten voor zijn conclusie komen voor een groot wetenschapper wel heel erg uit zijn persoonlijk observeringskader. Hij verwoordt het als volgt: 'beroepsmatig heb ik in veel landen het zorgstelsel bestudeerd en hierover geadviseerd, op alle continenten. ... In alle lage-inkomenslanden ... was mijn standaardvraag ... : 'Stel u krijgt een ernstige ziekte en u kunt het niet zelf betalen: welke zorg krijgt u dan?' Het antwoord was iedere keer verontrustend en varieerde van 'no pay, no cure' tot 'een publieke gezondheidsdienst met lange wacht-tijden en lange reistijden.' En voegt daaraan toe: 'Ik ken geen ander land dat zo egalitair is. Natuurlijk, criticasters kunnen altijd wel minpuntjes van ons zorgstelsel vinden. Tegen hen zou ik willen zeggen: kijk eens hoe het elders in de wereld is, en vertel dan welk land een beter zorgstelsel heeft. Laten we niet de problemen verheerlijken, maar ons zorgstelsel koesteren!'

Enfin, hij heeft het volste recht om zijn eigen mening te uiten en daar een conclusie aan te verbinden. En hij heeft ook veel stelsels gezien. Bovendien, het is relatief geweldig dat wij in Nederland het beste zorgstelsel hebben. Maar – en ik ben gewoon een criticaster – waar het mij om gaat, is niet zo zeer dat we over pakweg 10 à 20 jaar nog het beste zorgstelsel zijn, maar eerder dat ons zorgstelsel dan duurzaam is. Van

een hoge kwaliteit, toegankelijk voor elke Nederlander en betaalbaar. Maar ook als hij beweert dat: 'Het Nederlandse zorgstelsel een hoge mate van solidariteit kent', dan zijn daar wel kanttekeningen bij te maken. Vergeleken met de meeste andere zorgstelsels in de wereld is het Nederlandse zorgstelsel solidair te noemen, dat is zeker waar. Maar wij zijn zeker niet het enige land met een solidair zorgstelsel. In Frankrijk is de solidariteit, vooral met zieken, groter. En dan blijft die solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel een punt van aandacht. Met de stijging van niet-solidaire kosten als eigen risico, eigen bijdrage, eigen betalingen voor zorg die niet (meer) in de basisverzekering zit, premies voor aanvullende verzekeringen en onder een regering van politici die steeds meer de rechterflank bestrijken, zullen sommige zorgvragers waarschijnlijk meer en meer noodzakelijke zorg gaan mijden of uitstellen. Daarom blijft mijn advies voor een ruimere invulling van inkomensafhankelijke premies overeind, waarbij de drempel voor die premies wordt verhoogd, zodat ook de hogere inkomens een bijdrage gaan leveren aan de solidariteit.

Maar ondanks de glorie die hij het Nederlandse zorgstelsel toedicht, is Van de Ven – gelukkig – toch zelf ook een criticaster. Zo vindt hij dat in het stelsel randvoorwaarden als de prikkels voor risicoselectie, de gebrekkige transparantie van de kwaliteit van zorg, de gebrekkige bekostigingssystemen voor zorgverleners, de ineffectieve fusietoetsing en het hinderpaalcriterium moeten verbeteren. Impliciet bevestigt hij hiermee dat de regierol van zorgverzekeraars nog te weinig manifest aanwezig is of kan zijn. En feitelijk zegt hij hiermee ook dat je ook zonder de regierol van zorgverzekeraars het beste stelsel van de wereld kunt zijn.

Ook Van de Ven vindt dat het risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars moet worden aangepast: 'Het verdient aanbeveling om in het Besluit Zorgverzekeringen als randvoorwaarde bij het berekenen van de vereveningsbijdragen op te nemen dat zolang nog sprake is van over/ondercompensatie van selecte groepen verzekerden, het beter is om niet de gezonden (zoals thans het geval) maar juist de ongezonden te overcompenseren.'

Van de Ven is voor het handhaven van de regierol van zorgverzekeraars. Hij zegt dat als volgt en dient tegenstanders die verkeerde argumenten gebruiken, fors van repliek: 'Willen we de verzekeraar wel als zorginkoper? Veel artsen willen niet dat zij bij hun medisch handelen geconfronteerd worden met financiële prikkels. Dit is een illusie. Elke honoreringwijze bevat financiële prikkels (bijvoorbeeld salaris, abonnement, budget, betaling-per-verrichting). Voorts blijkt op overtuigende wijze uit de literatuur dat artsen – al dan niet bewust – ook gevoelig zijn voor financiële prikkels. Het is daarom beter bewust de juiste financiële prikkels te kiezen die (ook) in het belang van de patiënt zijn, dan het bestaan van financiële prikkels te ontkennen.' ... 'Vooral de VVAA, een belangenorganisatie van ruim 100.000 medici, paramedici en zorginstellingen, heeft in het publieke debat een leidende rol gespeeld, en heeft daarbij een onjuiste voorstelling van zaken gegeven en ten onrechte angst gezaaid bij de bevolking.' En daarin verenigen zich onze meningen.

Hoe ziet Van de Ven nu echt de successen van het 'beste zorgstelsel ter wereld' in (causale) relatie tot de gevoerde regierol van zorgverzekeraars? Daarvoor moet je wel tussen zijn regels door lezen. Van de Ven typeert de regierol van zorgverzekeraars als moeilijk. De positie van de zorgverzekeraar tegenover zorgvragers en zorgverleners beschrijft hij meesterlijk. 'Zorginkoop is een ondankbare taak', stelt hij. 'De patiënt wil de beste zorg en de zorgaanbieder wil een goed inkomen. Samen vormen aanbieders en patiënten een natuurlijke coalitie als het gaat om kritiek op de zorginkoper, of dit nu de overheid of een verzekeraar is. Iemand moet die ondankbare taak van zorginkoop vervullen, zeker in een systeem met vrije prijsvorming en vrije vestiging van zorgaanbieders, waar het prijsmechanisme vrijwel geheel is uitgeschakeld ('winkelen zonder kassa') en aanbod-geïnduceerde vraag moet worden tegengegaan. In de laatste decennia van de vorige eeuw richtte die kritiek zich op de overheid (als 'zorginkoper') en nu op de verzekeraar. Voor de premiebetalende burgers zou het pas echt zorgelijk worden als alle rekeningen onvoorwaardelijk zouden worden betaald en als zorgaanbieders geen enkele kritiek op de zorginkopers zouden hebben.' Om dan bijna impliciet te beschrijven dat selectieve zorginkoop een wezenlijk onderdeel is van de regierol van zorgverzekeraars. Maar hij duidt ook aan hoe selectieve zorginkoop wordt tegengewerkt door zorgverleners en ontbrekende randvoorwaarden in het stelsel. En dat sommige zorgverzekeraars geen selectieve zorginkoop willen uitvoeren. Met andere woorden: zijn kwalificatie van 'het beste zorgstelsel ter wereld' is niet echt tot stand gekomen door het effectief uitvoeren van selectieve zorginkoop binnen de regierol van zorgverzekeraars.

Van de Ven vindt de vrije zorgverzekeraarskeuze van verzekerden een essentieel onderdeel van het stelsel. Elk jaar stappen ruim 1 miljoen verzekerden over en die houden volgens hem de verzekeraars scherp (29). Ook verzekerden die niet overstappen (de free-riders), profiteren evenveel van het beter functioneren van zorgverzekeraars als degenen die overstappen. Maar hoe goed je ook leest, nergens toont hij aan dat dit scherp houden leidt tot een inkoop van een kwalitatief betere zorg. Wel dat het leidt tot lagere premiekosten. Dat is op zich waar, maar de vraag is of dit ook niet kan worden bewerkstelligd zonder dat verzekerden elk jaar kunnen kiezen voor een andere zorgverzekeraar. Natuurlijk is het mooi dat, zoals Van de Ven zegt, 'iedere burger vrij een zorgpolis kan kiezen'. Dat willen veel burgers in Nederland ook graag (36). Maar dat leidt nog allerminst tot waar de regierol van zorgverzekeraars voor bedoeld was: een duurzame zorg. Het leidt in elk geval tot hoge kosten die zeker niet meer in de zorg kunnen worden besteed.

Kortom, Van de Ven vindt dat we het beste zorgstelsel van de wereld hebben, maar dat meerdere randvoorwaarden van het stelsel noodzakelijk verbeterd moeten worden. Hij hecht aan de regierol van zorgverzekeraars en daarbinnen aan het uitvoeren van selectieve zorginkoop. Hij geeft ook aan dat selectieve zorginkoop binnen de huidige randvoorwaarden van het stelsel moeilijk kan worden uitgevoerd, mede omdat er bewust door zorgverleners verkeerde beelden worden geschetst van

de rol van zorgverzekeraars (framing). Maar ook omdat noodzakelijke randvoorwaarden nog onvoldoende zijn ingevuld. De successen die Van de Ven toeschrijft aan het zorgstelsel kunnen dus slechts in bescheiden mate worden toegeschreven aan de regierol van zorgverzekeraars in het stelsel en nog minder aan selectieve zorginkoop.

Schellekens is niet onverdeeld gelukkig met het functioneren van het zorgstelsel

Een andere gerespecteerde grootheid in de zorg is Schellekens. Hij was huisarts en ziekenhuisbestuurder, leidde het kwaliteitsinstituut CBO en was vier jaar lang hoofdinspecteur curatieve zorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Nu is hij lid van twee raden van toezicht en adviseur. Schellekens is, in tegenstelling tot Van de Ven, niet onverdeeld gelukkig met het functioneren van het zorgstelsel. Zorgverzekeraars kunnen daar volgens hem hun leidende rol niet goed spelen omdat ze in de praktijk worden gewantrouwd. Schellekens: 'Gebrek aan vertrouwen, van zorgverleners en verzekeren, is als een motor zonder olie. Het knarst en het schuurt.' Hij vindt ook dat zij hun nieuwe rol nog niet hebben kunnen waarmaken: 'Onder de Zorgverzekeringswet zouden verzekeraars contracteren op basis van prijs en kwaliteit. Maar dat laatste is mislukt, en dus wordt voornamelijk gecontracteerd op een zo laag mogelijke prijs.' ... 'De macht van de zorgverzekeraars', oordeelt hij, 'is niet gebaseerd op gezag dat voortkomt uit visie, competentie, integriteit en compassie (69).'

Dat de stijging van de kosten onder de nieuwe wet afneemt, is nauwelijks de verdienste van de zorgverzekeraars, stelt Schellekens: 'Het lukt hen niet om substitutie voor elkaar te krijgen. Dat komt omdat zij huisartsen en ziekenhuizen nog apart contracteren, met voor iedere sector afzonderlijke accounthouders, die intern worden afgerekend op de financiële afspraken die zij maken. Als de eerste lijn terrein wint, hebben de ziekenhuizen minder productie. Vroeger had dat geen gevolgen voor het vastgoed, want dat werd separaat door de overheid betaald. Maar nu is een deel van het verrichtingentarief bedoeld om er de "stenen" mee te betalen. Minder productie betekent dus: minder dekking voor het vastgoed. Zolang de zorgverzekeraars dat probleem niet hebben opgelost, komt er van substitutie niets terecht. Want je kunt de kosten van het vastgoed niet overhevelen!' ... 'Zorgverzekeraars willen klanten trekken door te laten zien dat zij betere zorgaanbieders contracteren, maar dat functioneert voor geen meter. Vrijwel alle zorgaanbieders krijgen een contract, kwaliteit speelt nauwelijks een rol.'

Op de vraag of het oude stelsel, met het ziekenfonds, dan beter was, zegt Schellekens: 'Ik denk van niet. Mits het publieke belang van de burger leidend wordt, en niet het private belang van zorgverzekeraars. Mits professionals de ruimte krijgen, binnen de grenzen van een kwaliteitssysteem. En mits patiënten actief betrokken worden bij zorg en zorgbeleid. Alleen door zo vertrouwen te herstellen, komen we af van controle-drift en bureaucratie.' Dat spreekt voor zich. Schellekens adviseert om te investeren in vertrouwen. En dat kan door meer samen te werken en door zorgverleners meer ruimte en verantwoordelijkheid te geven als het gaat om de kwaliteit van zorg en door zorgvragers meer actief te betrekken bij zorg en zorgbeleid.

Een mooie invulling van dit laatste vindt plaats in de AOZ en het daaraan gelieerde Verzekerdenpanel van NIVEL door de meer dan 13.000 leden van het panel actief te bevragen over en te betrekken bij het zorgbeleid en de uitvoering daarvan door VGZ en het Zorgkantoor. Het is daarom uiterst jammer dat VGZ om moverende redenen ervoor kiest om na 2018 geen gebruik meer te maken van deze unieke en waardevolle onderzoeksomgeving.

Wat vindt de overheid ervan?

KPMG/Plexus

De overheid heeft een groot belang bij een goedwerkend zorgstelsel. Uit kostenoverwegingen: zorg drukt zwaar op de collectieve middelen en dus op de belastingbetalers. Maar ook economisch is de zorg belangrijk. Er werken veel mensen in de zorg en de zorg zorgt ervoor dat zorgvragers weer aan het werk kunnen. Maar ook gelet op het (maatschappelijk) welzijn: zorg draagt in belangrijke mate bij aan de kwaliteit van leven van burgers. Reden waarom het ministerie van VWS KPMG/Plexus de opdracht geeft om een evaluatieonderzoek uit te voeren van het zorgstelsel.

KPMG voerde eerder, in 2009, een evaluatie van het zorgstelsel uit waarin destijds een aantal risico's en/of knelpunten zijn geconstateerd. KPMG/Plexus beantwoordt in dit onderzoek (27) twee vragen die van belang zijn voor de beantwoording van de kernvraag in mijn afscheidsrede. De eerste luidt: '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?' De tweede: '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? Het antwoord op de laatste vraag heb ik, net als sommige andere bevindingen, al meegenomen in de schets over de machtspositie van zorgverleners en zorgverzekeraars.

Wat opvalt is dat KPMG/Plexus in dit onderzoek als vanzelfsprekend ervan uitgaat dat de veronderstellingen over de mechanismen in de onderscheiden deelmarkt van het zorgstelsel juist zijn (27). Die mechanismen functioneren echter niet alle zoals bedacht. Dat ligt voor een deel aan ontbrekende of ontoereikende randvoorwaarden. Maar soms berusten de veronderstellingen in het stelsel op een misinterpretatie van mechanismen over bijvoorbeeld hoe keuzeprocessen door zorgvragers verlopen. Of op aannames van gedrag dat sommige zorgverzekeraars om uiteenlopende redenen niet vertonen, zoals selectieve zorginkoop. Of op een ratio die er lang niet altijd is, zoals dat zorgvragers altijd kiezen voor de beste kwaliteit van zorg. Dat kan dus betekenen dat, ook al verbeteren randvoorwaarden – bijvoorbeeld op basis van de adviezen uit deze evaluatie van KPMG/Plexus – de werking van het stelsel nog steeds niet overeenkomt met de oorspronkelijke bedoeling. Verder valt op dat deze evaluatie meer lijkt op een accountantscontrole dan op een wetenschappelijk onderzoek. Het is meer een afvinklijst dan een creatieve zoektocht naar de mogelijke oorzaken van het

(nog) niet goed functioneren van het zorgstelsel. Daardoor is de blik in deze evaluatie ook niet zo zeer gericht op het toewerken naar een duurzame zorg. Het gaat meer om het creëren van omstandigheden die verhinderen dat er ook maar een euro de verkeerde weg inslaat. Of dat er ongemerkt een van de partijen enig voordeel zou genieten ten koste van een andere. Het mist hierdoor de flair en de creativiteit die nodig is om de 'marktpartijen' te verleiden een extra stap te zetten op weg naar een duurzaam betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve zorg. Dat wordt mijns inziens goed in beeld gebracht door de volgende citaten. 'In de risico's/knelpunten zoals geconstateerd in evaluatie 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.' ... '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. Hierbij is het van belang een afweging te maken tussen de voordelen van de voorspelkracht van deze criteria versus de verevening van aanbodfactoren (27).'

Volstrekt onbegrijpelijk is de redenering van KPMG/Plexus over het eigen risico. Ook zij constateren dat de relatie tussen de hoogte van het eigen risico en zorggebruik niet eenduidig is aangetoond. Desondanks varen ze stoer door op de gedachte dat het eigen risico onnodig zorggebruik afremt. En ze zien nog een voordeel: zorggebruikers gaan door het eigen risico, ten minste als tarieven transparant zijn, zelf op zoek naar de goedkoopste zorgverlener (27). Dit blijkt dus niet zo te zijn.

Tekenend voor de aard van de evaluatie is ook het gezeur over collectiviteiten. Waar marktwerking alom en soms ten onrechte en te veel wordt gepropagandeerd, geldt dat kennelijk niet als het om collectiviteiten gaat. Hier toont KPMG/Plexus zich van zijn beste bureaucratische, betweterige en bedilligere kant. Want stel je voor dat korting voor de collectiviteiten ten koste gaat van de individuele verzekerde! Tegelijkertijd stellen ze vast dat 71% van de verzekerden is aangesloten bij een collectiviteit. Het probleem is dus opgelost als je iedereen lid van een collectiviteit maakt, toch? Een plan dat ik al jaren geleden bij VGZ heb geïntroduceerd en dat nu kennelijk weer wordt opgepakt. Dat is in elk geval een betere oplossing dan de losse-flodder-opmerking om 'het maken van afspraken over gezondheidswinst verplicht te stellen'. Bijna grappig is dat ze zelf de onuitvoerbaarheid hiervan inzien: 'Nadeel van deze benadering is de beperkte uitvoerbaarheid hiervan; hoe wordt immers getoetst op de naleving van dergelijke verplichtingen (27)?'

Volgens KPMG/Plexus heeft de zorginkoop zich verder de laatste jaren positief ontwikkeld. Dat zou blijken uit de afname in de groei in zorgkosten tussen 2009 en 2013. Ondanks de toevoeging dat zorginkoop hiervoor niet de enige verklaring is en selectieve zorginkoop slechts mondjesmaat plaatsvindt, is dit toch al te snel geconcludeerd. Bovendien is het maar zeer de vraag of zorginkoop op basis van omzetplafonds en aanneemsommen wel de meest geëigende wijze is om kwaliteit van de zorg te bevorderen. De gesloten Hoofdlijnenakkoorden tussen het ministerie van VWS,

zorgaanbieders en zorgverzekeraars tussen 2011 en 2013 hebben meer dan door KPMG/Plexus gesuggereerd, bijgedragen aan de beperkte kostengroei in de zorg. KPMG/Plexus constateert ook dat 'er ook nog (aanzienlijke) ruimte voor verbetering van de inzichtelijkheid in kwaliteit bestaat. Uitkomsten zijn niet transparant, simpelweg omdat aanbieders deze niet publiceren'. Maar ook dat 'het blijkt dat vanuit zowel zorg-verzekeraars als zorgaanbieders de hoeveelheid kwaliteitsindicatoren (via Zichtbare Zorg) niet in verhouding staat tot het beperkte nut van deze structuur- en proces-indicatoren (27)'.

Samenvattend: KPMG/Plexus constateert dat het stelsel beter functioneert dan in 2009, dat selectieve zorginkoop slechts mondjesmaat wordt toegepast en dat er nog voldoende verbeteringen mogelijk zijn in de randvoorwaarden om de rollen van zorgverzekeraars, zorgverleners en zorgvragers te verbeteren.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa is als toezichhoudende autoriteit, vooral voor de overheid, een belangrijke speler in het zorgstelsel. De NZa houdt regelmatig onderzoek naar de resultaten in het stelsel en publiceert deze in de Monitor Zorginkoop. Belangrijke conclusie uit de Monitor van 2014 is dat de zorginkoop goed werkt (70). Het bewijs voor deze conclusies baseert de NZa op het gegeven dat de zorgverzekeraars voldoende zorg voor hun verzekerden inkopen. Volgens mij is dat nu juist het issue: zorgverzekeraars kopen, onder druk van zorgverleners en zorgvragers, te veel onnodige en ondoelmatige zorg in. Het aanbod van zorg wordt niet door zorgverzekeraars gecreëerd of zelfs maar gereguleerd, laat staan geregisseerd. Het aanbod komt van zorgverleners, meestal uit grote zorginstellingen die daarmee hun organisatie levensvatbaar houden. Jongen, bestuursvoorzitter van de Zuyderland-ziekenhuizen, wil vooral een ding: een stijgende zorgproductie van vooral winstgevende behandelingen. Hij noemt in dit verband knie- en heupoperaties cash-cows. Als zijn ziekenhuis 'van de 21e eeuw' in Sittard-Geleen wat bescheidener vorm was gegeven, had hij misschien minder behoefte gehad aan dit soort zorgonwaardige uitspraken.

De NZa constateert dat de inkoop van zorg selectief plaatsvindt en dat daarbij zorgverzekeraars hun zorgplicht niet uit het oog verliezen (70). Dit alles heeft een gunstig effect op de premies voor de consument. Dat zorginkoop selectief plaatsvindt, is een boude bewering die de NZa uitspreekt na het constateren dat zorgverzekeraars tijdens onderhandelingen inzetten op stevige kortingen ten opzichte van het Hoofdlijnenakkoord en de maximum tarieven van de NZa. Maar dat is nog geen selectieve zorginkoop. Daarvoor moet er slechts goede kwaliteit tegen een betaalbare prijs worden ingekocht. En de NZa constateert nu juist dat kwaliteit, innovatie en service in de inkoop een minder belangrijke rol spelen.

De NZa sluit aan in een lange rij adviseurs die aanbevelen artikel 13 uit te leggen zoals het nu al is opgeschreven in de wet, namelijk dat de verzekeraar vrij is om zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen. Hetgeen dus

niet is doorgevoerd. Ik meld hier nog maar eens dat de Eerste Kamer deze randvoorwaarde om twijfelachtige redenen heeft geblokkeerd. Een demonstratie van improductief en inconsequent beleid.

Wat vinden zorgverzekeraars ervan?

En wat vinden de verzekeraars er zelf van? Je hoort geen verzekeraar beweren dat hun rol in het stelsel mislukt is. Ze claimen, zoals hiervoor geciteerd, dat ze de problematiek goed in het vizier hebben en geven ook richting aan hun oplossing (59). Kliphuis (VGZ) wil de inefficiënte zorg eruit halen door zinnige zorg en de zorgkosten niet harder laten groeien dan de economische groei. Op zich heeft hij een punt dat het een bijzondere gedachtegang is dat de uitgaven aan zorg gekoppeld mogen worden aan economische voorspoed in een land. Maar het is, ongeacht de oorzaken ervan, wel een gegeven waar ook een zorgverzekeraar rekening mee moet houden.

Van der Meeren (CZ) pleit ervoor dat de overheid minder geld uit geeft aan de zorg en meer aan het maatschappelijk welzijn, aan participatiebanen. Hij zet in op het verbeteren van de gezondheid en het inkomen van vooral laagopgeleiden. Dat leidt ertoe dat deze mensen minder snel gebruikmaken van de zorg. Dat is zeker een innovatieve gedachte die het verdient nader te worden uitgewerkt en beproefd.

Wenselaar (Menzis) ziet de oplossing niet in minder geld voor de zorg, maar in verbetering van technologie waardoor mensen minder snel (zware) zorg nodig hebben. Fijneman (Zilveren Kruis Achmea) vindt dat de zorg doelmatiger moet en pleit voor meer extramurale zorg bij de patiënt thuis in plaats van in een ziekenhuis.

Tegelijkertijd stellen de vier vast dat de randvoorwaarden in het stelsel verbetering behoeven. Van der Meeren en Kliphuis stellen vast dat de financiële prikkels in de zorg (ver)leiden tot meer behandelingen dan nodig en gewenst. Kliphuis pleit voor meer tijd voor artsen per patiënt. Dat leidt volgens hem tot minder behandelingen. Wenselaar wijst op de aantasting van veel bestaande belangen als succesvolle projecten op grote schaal ingevoerd moeten worden. En evenals Kliphuis wijst hij op het gebrek aan samenwerking in de zorg. Mede daardoor wordt 'het wiel in de zorg telkens opnieuw uitgevonden', aldus Wenselaar. Volgens hem moeten zorgverzekeraars de verplichting krijgen 'een geslaagd experiment van een concurrent een op een over te nemen'. Een waardevolle suggestie, lijkt mij. Kliphuis wijst erop dat de zorg niet gewend is aan bezuinigingen en dat er daardoor nooit een prikkel is geweest om op efficiëntie te letten.

Geen van de verzekeraars zegt iets over het succes van hun regierol, of het ontbreken daarvan, in de afgelopen twaalf jaar. Maar allen geven (indirect) wel aan dat de doelstellingen in die jaren niet zijn gehaald en ook niet zijn veranderd.

Dit interview in *de Volkskrant* is geen wetenschappelijk artikel, maar geeft wel enig inzicht in hoe de vier grote zorgverzekeraars hun regierol zien en oppakken. En voor wie zojuist het symposium over Soft Signals in de zorg heeft bezocht, is dit interview een rijke casus over de problematiek bij de uitoefening van die regierol.

Kortom:

Haperende randvoorwaarden zorgstelsel

Uit vrijwel alle onderzoeken en interviews blijkt dat de regierol van zorgverzekeraars geen gemakkelijke is. Het zorgstelsel biedt onvoldoende randvoorwaarden. Kliphuis en Van der Meeren noemden al een belangrijke: de financiële prikkels in de zorg zijn verkeerd. Zorgverleners verdienen meer als ze meer behandelen. Ook als die behandelingen niet nodig zijn. Hoe los je dat dan op? Een ding is duidelijk: niet in een situatie waarin twee machtsblokken – zorgverleners en zorgverzekeraars – recht tegenover elkaar staan. Dat is in het afgelopen decennium wel bewezen. Samenwerken is niet gemakkelijk zeker als de beoogde doelstellingen uit elkaar dreigen te lopen. Maar is extra moeilijk als de randvoorwaarden van het zorgstelsel er bijna toe dwingen. In een gereguleerde concurrentie mogen concurrenten niet samenwerken, niet aan de zorgverzekeraarskant en ook niet aan de zorgverlenerskant. Daar zien autoriteiten als de ACM en NZa strikt op toe. En in dat spel waarin samenwerking absoluut noodzakelijk is maar niet van de grond kan of mag komen, is er snel sprake van een hulliezullic-verhouding waarin respect en vertrouwen in elkaar ver zijn te zoeken. En waarin verzekerden snel de kant van zorgverleners zullen kiezen en van daaruit zorgverzekeraars ook niet zonder meer hun vertrouwen schenken. Het vertrouwen dat nodig is om verzekerden te kunnen sturen.

Verder met dit zorgstelsel

Al biedt het zorgstelsel onvoldoende randvoorwaarden voor de regierol van zorgverzekeraars en al is die rol in de afgelopen 12 jaar – mede daardoor – nog niet goed uit de verf gekomen, vrijwel iedereen wil wel door met dit zorgstelsel. Al is de een er wat meer enthousiast over dan de ander. En iedereen vindt ook dat randvoorwaarden (verder) moeten verbeteren. Maar niet iedereen is het eens over alle randvoorwaarden die aangepast moeten worden. Mijn voorstellen voor een hogere inkomensafhankelijke premie, het afschaffen van de eindejaarsrally, het opheffen van het verbod op samenwerken in het stelsel en een 'terugkeer' naar één representatieve zorginkoper per regio zullen wel nooit een meerderheid halen. Het is überhaupt de vraag of en welke verbeteringen er op korte termijn komen. Zie hoe het met artikel 13 is afgelopen. En het is ook, theoretisch, nog maar zeer de vraag of de gewenste veranderingen in de voorwaarden wel degelijk gaan leiden tot een duurzame zorg. Ook met de juiste voorwaarden zal de regierol van zorgverzekeraars niet gemakkelijk zijn. Tot nog toe is die in ieder geval nog niet goed uit de verf gekomen.

Concurrentie verdringt samenwerking

Als tien jaar Zorgverzekeringswet iets heeft duidelijk gemaakt, dan is dat wel dat concurrentie de samenwerking dreigt te verdringen. Huisartsen zijn gebaat bij onderlinge samenwerking, zoals de huisartsenactie 'Het roer moet om' laatst nog met succes heeft duidelijk gemaakt. Ook ziekenhuizen stemmen onderling af welk type (dure) zorg waar wordt aangeboden, en samenwerking tussen medisch specialisten in verschillende ziekenhuizen is allang gemeengoed. Zelfs de grenzen tussen eerste en tweede lijn worden vager – getuige de vormen van anderhalvelijnszorg en het meekijkconsult – en ook de kwaliteit van de spoedzorg zal niet verbeteren zonder dat artsen, ziekenhuizen en verzekeraars met elkaar samenwerken. Patiënten, ten slotte, hebben evenmin behoefte aan afgeschermd hokjes: zij maken hun eigen tocht door het zorglandchap en zijn gebaat bij samenwerking tussen partijen. Kennelijk is samenwerken in een echte markt gemakkelijker dan in een gereguleerde concurrentie.

Vertrouwen in zorgverzekeraars laag

Nu, in 2018, moet ik constateren dat het vertrouwen van zorgvragers en vooral zorgverleners in zorgverzekeraars nog steeds laag is (37, 63). En juist dat vertrouwen is noodzakelijk als verzekeraars een belangrijk deel van hun regierol, de (selectieve) zorginkoop en daarmee het doorverwijzen van hun verzekerden naar gecontracteerde zorgverleners, daadwerkelijk gestalte willen geven. Het een (de selectieve zorginkoop) noch het andere (het vertrouwen winnen van zorgvragers en zorgverleners) is de zorgverzekeraars in de afgelopen jaren gelukt. Maar ook als ze hun regierol op een andere wijze vorm willen geven, is vertrouwen nodig van zorgverleners en zorgvragers/verzekerden om met hen samen te streven naar een duurzame zorg.

Conclusies en aanbevelingen

We zijn, in elk geval voor vanmiddag, nu aangekomen aan het eind van onze reis door het Nederlandse zorgstelsel en ikzelf aan het eind van mijn werkzame leven als hoogleraar. Tijd dus voor conclusies en aanbevelingen.

Een krakkemikkig zorgstelsel

De eerste conclusie is dat we in Nederland een tamelijk krakkemikkig zorgstelsel hebben. Een zorgstelsel waarin niet bewezen en soms aantoonbaar onjuiste veronderstellingen uit de filosofie van gereguleerde concurrentie onder de bezielende regie van zorgverzekeraars moeten leiden naar een kwalitatief uitstekende zorg. Een duurzame zorg die betaalbaar en toegankelijk blijft voor alle ingezetenen van Nederland. Ongeacht of ze rijk of arm, jong of oud, ziek of gezond, vrouw, man of genderneutraal zijn. Het is nog allerminst duidelijk of en hoe de regierol van de zorgverzekeraars daarin succesvol kan of zal bijdragen. Wel is duidelijk dat de zorgverzekeraars er tot nu toe niet in zijn geslaagd hun regierol zo vorm te geven dat daarmee de veronderstellingen in het zorgstelsel werden waargemaakt. In dit opzicht is de regierol een fictie gebleken.

En indien die regierol van de zorgverzekeraars nu en in de toekomst noodzakelijk wordt geacht, dan is de constatering dat het stelsel die rol nu onvoldoende ondersteunt met daarvoor noodzakelijke randvoorwaarden. In de veronderstelde mechanismen in het zorgstelsel is bovendien ook onvoldoende rekening gehouden met wat verzekerden wel of niet willen. Zo wensen verzekerden niet te worden aangetast in hun autonomie om zelf hun zorgverlener te kunnen kiezen. En dan gaat het vooral om het gevoel daarvan. Want feitelijk kiezen zorgvragers zelden zelf hun zorgverlener omdat ze daar vaak onvoldoende toe in staat zijn. Zij varen blind op het advies van hun huisarts.

De overheid heeft gekozen voor een zorgstelsel dat eclecticisch is samengesteld met het beste uit verschillende denkrichtingen: de door links gewilde solidariteit en de door rechts begeerde concurrentie als middel om de zorg beter en goedkoper te maken. In theorie kan dat, maar in werkelijkheid is na 12 jaar zorgstelsel wel de kwaliteit en vooral de toegankelijkheid, maar niet de betaalbaarheid van de zorg verbeterd. Waarbij de toegankelijkheid juist door meer geld is opgelost. Betaalbaarheid blijft daardoor nog steeds een onopgelost probleem. Het kan dan ook geen verrassing zijn dat zorgverzekeraars het bereiken van betaalbaarheid van de zorg in Nederland als hun grootste uitdaging zien.

De solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel is, in vergelijking met andere zorgstelsels hoog. Maar juist door het niet oplossen van de toekomstige betaalbaarheid van het stelsel zal de solidariteit onder druk komen te staan waardoor de noodzakelijke zorg

voor de zwakkeren in de samenleving, in het bijzonder chronisch zieken, in gevaar komt. Dit door een opstapeling van eigen risico, eigen bijdragen en hogere nominale premies voor de basisverzekering. En ook door fors stijgende premies voor aanvullende verzekeringen, als ze zich deze al kunnen permitteren. Die stijgen immers extra hard voor deze doelgroepen door calculerende verzekerden, waardoor de solidariteit in de aanvullende verzekeringen vermindert. Bovendien hebben de aanvullende verzekeringen vaak leeftijdsafhankelijke premies en ook dat vermindert de solidariteit omdat veel chronisch zieken ook ouder zijn.

De betaalbaarheid van de zorg wordt door zorgverzekeraars en zorgverleners nog onvoldoende gerelateerd aan de efficiency van de zorg. Een zorg overigens die professioneel, ook in vergelijking met andere landen, van een hoog niveau is en die ook, dankzij forse inspanningen van patiëntenorganisaties heeft geleid tot een hogere patiëntgerichte kwaliteit. Maar ook een zorg die juist door het productiebevorderend fee for service-systeem van het zorgstelsel ervoor zorgt dat minstens 25% van de zorg die in Nederland wordt aangeboden, overbodig en soms zelfs schadelijk is. Een inefficiëntie die nog onvoldoende kan worden aangepakt mede door het rigide hanteren van de concurrentie in het zorgstelsel. Dat zorgt ervoor dat er tot op de dag van vandaag onvoldoende kan worden samengewerkt tussen zorgverleners, zorgverzekeraars en zorgvragers.

Bij elkaar opgeteld: het bemoeilijken of ook soms het niet willen of kunnen uitvoeren van een succesvolle regie en het onvoldoende kunnen en willen samenwerken, leiden onvoldoende snel tot een betere betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg in Nederland. En dat gaat leiden tot een afnemende solidariteit in en toegankelijkheid van de zorg. Maar ook voor minder beschikbaar geld voor bijvoorbeeld onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid in Nederland. Een van de redenen daarvoor is dat we in polderland Nederland gewend zijn om met compromissen te leven en daarbij kennelijk een slechter resultaat voor lief nemen.

Selectieve zorginkoop is niet gelukt

Wat betekent dit voor het antwoord op de vraag of de regierol van zorgverzekeraars een fictie is? Het stelsel hecht er veel waarde aan dat zorgverzekeraars hun regierol in de vorm van selectieve zorginkoop uitvoeren. Ik herinner u aan de uitspraak van de RVZ in 2008: 'Selectieve zorginkoop is de conditio sine qua non van ons zorgstelsel'. Een uitspraak die deze raad overigens zelf, maar dan onder de nieuwe naam RVS in 2017 om zeep helpt. Kort door de bocht: Nederland moet af van selectieve zorginkoop.

Het antwoord kan niet anders zijn dan dat de regierol van de zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel, zoals bedoeld door de RVZ in 2008, mislukt is en dus als een fictie kan worden getypeerd. Selectieve zorginkoop is immers niet of nauwelijks toegepast en indien wel dan leidde dit, refererend aan de veronderstellingen in het zorgstelsel, slechts een enkele maal, zoals (deels) in het preferentiebeleid



geneesmiddelen, tot een succes. Voor het overige is er met behulp van selectieve zorginkoop slechts in geringe mate bijgedragen aan de maatschappelijke doelstelling: het bereiken van een duurzame zorg.

Zolang restitutieverzekeraars hun gang mogen gaan, leidt het toepassen van uitsluitend selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars immers tot een zekere mate van zelfdestructie. En bij de selectieve zorginkoop ten behoeve van de zogenoemde selectpolis was het niet zo zeer de bedoeling om hiermee de kwaliteit van zorg te bevorderen, maar eerder om commercieel een goedkope polis in de markt te zetten. En zelfs dan bemoeide de politiek er zich in ruime mate mee.

Maar het zijn niet alleen de zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor het niet uitvoeren van selectieve zorginkoop. Vooral ontbrekende randvoorwaarden in het stelsel verhinderen het uitvoeren van selectieve zorginkoop in ernstige mate. En ook een poging om selectieve zorginkoop nog enigszins mogelijk te maken door afschaffing van het hinderpaalcriterium, artikel 13 van de Zvw, werd effectief in de kiem gesmoord door de Eerste Kamer. Geholpen door wat Van de Ven zo mooi beschrijft als 'het welbegrepen eigenbelang van zorgverzekeraars, gecombineerd met een effectieve lobby- en mediacampagne'. En als er al op grotere schaal een bepaalde zorg niet meer werd vergoed, kwam dat niet door selectieve zorginkoop maar door een soort van strategische inkoop. Zoals (deels) bij het preferentiegebruik geneesmiddelen of, nog saillant, bij de Hoofdlijnakkoorden zorg, in gang gezet door de minister van VWS. Hoofdlijnakkoorden zijn feitelijk niets anders dan het opleggen van een budget. Het verschil met de budgettering in de zorg voor 2006 is dat als de budgetten nu binnen het Hoofdlijnakkoord worden overschreden, niet de overheid maar de zorgverleners zelf de financiële consequenties hiervan dragen. De Hoofdlijnakkoorden leveren wel een fikse besparing op van de zorguitgaven, maar leiden niet tot een kwaliteitsverbetering van de zorg. En bij de hoofdlijnakkoorden is het zo langzamerhand wel duidelijk dat het hier vooral gaat om een tijdelijke beheersingsmaatregel die in de loop van de komende jaren zeker een inhaalslag zal opleveren.

En zelfs als de randvoorwaarden er wel zouden zijn, dan nog zou de selectieve zorginkoop niet enthousiast door verzekeren/zorgvragers (36) en ook niet door zorgverleners geaccepteerd worden. In dat opzicht heeft de RVS in 2017 een punt als ze zegt dat selectieve zorginkoop geen bijdrage levert in de regierol in de zorg. Maar overigens zijn de uitspraken van de RVS in 2017 zeer discutabel. Terug naar een situatie waarin de regierol bij de zorgverleners ligt, weliswaar in samenspraak met zorgvragers, leidt volgens onder andere De Groot, Van Wijck en Knottnerus tot een net zo ongecontroleerde financiële situatie als voor de invoering van de Zvw in 2006. En daar kan niemand het oneens mee zijn. Er is dan te weinig countervailing power georganiseerd voor zorgverleners om met vol vertrouwen te geloven in een betaalbare zorg. Wat je hiervan ook mag denken, het leidt niet tot een duurzame zorg.

Veranderingen in de regierol van de zorgverzekeraars en/of verbeteringen van het zorgstelsel

Daarom is het noodzakelijk over de vraag na te denken hoe de regie van zorgverzekeraars anders dan met of in elk geval aanvullend op selectieve zorginkoop vorm kan worden gegeven. En welke noodzakelijke aanpassingen in het stelsel moeten worden aangepast om beter de route naar duurzame zorg te faciliteren. En welke bestaande conventies, in de zin van vigerende afspraken en opvattingen over bijvoorbeeld concurrentie en samenwerken, moeten worden aangepast. Dat is zeker nodig omdat selectieve zorginkoop te veel als eenrichtingsverkeer wordt ervaren. Als die suggestie, zoals hier geformuleerd, verstoort is in het relaas van de RVS, dan zijn er zeker aanknopingspunten.

In 2010 beklemtoonde ik in mijn oratie dat het streven naar een duurzame zorg niet iets is van één partij of belanghebbende in de zorg, maar dat dit doel alleen bereikt kan worden als alle partijen intensief met elkaar samenwerken. Dat is in de afgelopen jaren onvoldoende tot stand (kunnen) komen. En dat is meer dan jammer. Want in beginsel zouden zorgvragers, zorgverleners, zorgverzekeraars en zeker de politiek, ieder vanuit zijn eigen belang en motivatie, duurzame zorg als een gemeenschappelijk belangrijke maatschappelijke doelstelling moeten omarmen. Elke andere optie doet immers afbreuk aan de uiteindelijke opbrengst voor elk van de partijen. Elke andere strategie kan alleen als kortzichtig of incapabel worden aangeduid. Incapabel als het gaat om over de eigengerichte kortetermijnbelangen heen te stappen.

Het beste zorgstelsel in de wereld

Maar is een (nieuwe) regierol wel nodig? Want, dit door mij als krakkemikkig betitelde zorgstelsel is volgens Van de Ven wel het beste ter wereld. Vat dit echter maar op als een retorische vraag. Het predicaat 'beste ter wereld' steunt immers, naast een persoonlijke overtuiging van Van der Ven, vooral op de constatering dat de toegankelijkheid van noodzakelijke zorg in Nederland relatief groot en de professionele kwaliteit hoog is. Van de Ven vindt aanpassing van het stelsel daarom niet nodig, wel het verbeteren van de randvoorwaarden. De meest genoemde aanpassingen van het zorgstelsel zijn aanpassing van artikel 13, verbeteringen in het vereveningssysteem ten gunste van bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken, inwisselen van het fee for service-systeem voor outcome-financiering, het aantrekkelijk maken van preventie en verplichting tot publiceren van kwaliteit en tarieven van zorg. Er is volgens Van de Ven ook geen alternatief (nodig) voor het huidige zorgstelsel. Maar dat sluit mijns inziens nog niet uit dat er veel moet worden verbeterd. Ook het beste zorgstelsel ter wereld garandeert immers nog geen duurzame zorg. Want de waardering 'het beste' zegt toch vooral veel over de, in onze ogen, mankementen van die andere stelsels en daarmee, al of niet opzettelijk, wordt te weinig benadrukt dat ons zorgstelsel, met als doelstelling een duurzame zorg, sterk moet en kan worden verbeterd.

Er zijn in de komende jaren dus nog voldoende uitdagingen van uitzonderlijk formaat. Immers, in de zorg zijn veel 'spelers' met evenzoveel uiteenlopende belangen. Belangen die eerder geprojecteerd zijn op het eigen belang op korte termijn dan op het gemeenschappelijke belang, dat op langere termijn voor iedereen waardevoller is. En bovendien mengt zich de overheid met graagte in dit belangrijk publiek domein, net vanwege beoogde opbrengsten op korte termijn. Kortom: een formidabele uitdaging dus.

Op weg naar een duurzaam stelsel

En dan: wie kan er nu iets op tegen hebben dat ons zorgstelsel steeds beter en betaalbaarder wordt en daarmee in de wereld ook daadwerkelijk het beste wordt of blijft? Daarbij is het van belang de overgang van het huidige stelsel naar het toekomstige ideaal in kleine stapjes, zoals Borst indertijd introduceerde, in samenhang met alle partijen in de zorg, uit te voeren. Waarbij er volop gelegenheid moet zijn om ongestraft en in een milder en op andere grondslagen gevoerd autoriteitenbeleid te experimenteren. De uitvoering hiervan vindt dan misschien niet van vandaag op morgen plaats, maar wel gestaag en doelgericht. Met andere woorden, neem voldoende tijd. Maar of je dat van de overheid en de politiek mag verwachten? Hier wreekt zich immers dat de politiek slechts leeft van belangen op korte termijn met slechts een doel: meer stemmen voor de eerstvolgende verkiezing. Maar, is mijn oproep, laten we dan het begin maken zonder de politiek. Anders en misschien netter uitgedrukt: laat de politiek dan volgend zijn. Dat doen ze echt wel als daar hun eigenbelang mee is gediend. Zie het voorbeeld van de belangenbehartigers van patiënten. Zij hebben in de afgelopen jaren forse stappen voorwaarts gezet zonder dat ze konden leunen op een machtsbolwerk. En langzamerhand bewegen de andere partijen toch duidelijk hun kant op.

Toekomstige regierol zorgverzekeraars

Hoe kan de toekomstige regierol van zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel eruitzien? Hieronder een aantal voorstellen en mogelijkheden daarvoor.

Strategische zorginkoop

In de (toekomstige) regierol van de zorgverzekeraar mag strategische zorginkoop niet ontbreken. Feitelijk is strategische zorginkoop een herrangschikking van (zorg) structuren, systemen of een wijziging van wetten waardoor bijna als vanzelf een aantal producten, diensten of zorgverleners geen onderdeel meer uitmaken van in te kopen zorg. Dat leidt vaak tot een positief financieel maar soms ook kwalitatief resultaat. Voorbeelden hiervan zijn de door de overheid geïnitieerde Hoofdlijnakkoorden en het preferentiebeleid geneesmiddelen. Maar ook de herallocatie van financiële middelen waardoor superspecialismen en ook minder voorkomende zorg geconcentreerd worden, waardoor ook het voor het handhaven en verbeteren van de kwaliteit noodzakelijk minimaal aantal behandelingen gegarandeerd wordt.

Zinnige zorg: meer samenwerken

Ook zinnige zorg, waarmee VGZ zich na de fusie en defusie met Univé nu positief manifesteert, kan getypeerd worden als een vorm van strategische zorginkoop die zich richt op facilitering van doelmatigheid en zinnigheid in de zorg. Met als doelstelling om hiermee de kosten van de zorg beter beheersbaar te maken. Kwaliteit is hierbij een belangrijke driver om de zorg betaalbaar te houden, zoals ook in het rapport Kwaliteit als medicijn is beschreven (55). Visser et al. stellen in dit rapport vast dat door het huidige fee for service-systeem veel onnodige zorg en verrichtingen in het systeem zijn geslopen. Dat vergt een focus op zinnige en gepaste zorg. VGZ lijkt daarmee de sleutel in handen te hebben op weg naar een met zorgverleners en zorgvragers gemeenschappelijke beleving van wat zinnig en onzinnig is in de zorg. In de uitvoering daarvan speelt tijd en aandacht voor zorgvragers een grote rol. En het lijkt er warempel op dat de regering hierin enigszins een meegaande beweging vertoont en dit streven eerder aanmoedigt dan verbiedt.

Jammer dat VGZ in de eigen publicaties op dit moment zo de nadruk legt op de financiële kant van dit initiatief. Betaalbaarheid is, zoals ik zelf ook bepleit, zeker een belangrijk beoogd resultaat van dit beleid, maar de focus ligt wel degelijk op doelmatigheid en zinnigheid van de zorg. Zinnig en doelmatig zijn in deze context aspecten van de kwaliteit van de zorg. En minder schadelijk of overbodig is immers beter voor de kwaliteit van leven van zorgvragers? Waarbij kwaliteit van leven kan worden opgevat als de ultieme weergave van kwaliteit voor zorgvragers. Dat je je dus samen met zorgverleners op deze kwaliteitsaspecten richt, is dan toch geen schande of taboe?

Schoorvoetend, aarzelend of net iets anders verwoord maar desalniettemin veelbelovend volgen andere partijen dit of soortgelijke voorbeelden. En de uitingen in de media worden talrijker en enthousiaster. Recent, in de wekelijkse uitgave *Sir Edmund* van de *Volkskrant* (70) kwam het zinnige zorgverhaal van VGZ onder de kop 'Een goed gesprek bespaart zorgkosten' prominent onder de aandacht. Maar het zal nog jaren duren voor dit gemeengoed is in Nederland, al was het alleen maar omdat daarvoor wettelijke randvoorwaarden en uitgangspunten opnieuw moeten worden bijgesteld.

Dat geldt ook voor het toezicht in Nederland door onder andere de NZa en ACM. Want dat toezicht, gebaseerd op de neoliberale veronderstellingen in de Zvw, gooit nog behoorlijk roet in het eten. Slechts met hele kleine pasjes schuiven ze bijvoorbeeld op in de richting van gedogen van samenwerking tussen zorgpartijen. En dat terwijl onomstotelijk vaststaat dat samenwerking in de zorg, op welk niveau dan ook, geen optie is maar een must.

Preventie

Ook preventie kan worden beschouwd als een vorm van strategische zorginkoop. Door maatregelen nu te nemen voorkom je immers dat er later meer of duurdere behandelingen nodig zijn en ingekocht moeten worden. Preventie is dus in die zin nuttig en lonend. Echter onder het regime van het huidige vereveningssysteem wordt een zorgverzekeraar feitelijk bestraft voor het uitvoeren, inkopen of mogelijk maken van preventie. Om zorgverzekeraars te stimuleren 'werk te maken van preventie' moet de risicovereveningssystematiek voor zorgverzekeraars worden aangepast. In het voorstel van VGZ (53) zijn de negatieve prikkels geëlimineerd. Als een zorgverzekeraar niets doet, krijgt hij vooraf nog wel een bijdrage, maar deze bijdrage wordt achteraf gecorrigeerd tot nul. Een zorgverzekeraar die extra aan preventie doet, zal achteraf ook extra vereveningsbijdragen krijgen. Daarnaast ontstaat er nog een extra prikkel. Door preventieactiviteiten efficiënt in te kopen, worden kosten bespaard. Het positieve resultaat komt ten goede aan de zorgverzekeraar en in het verlengde daarvan, aan de verzekerde. Een prima voorstel dat echter nog niet gehonoreerd is.

Sturen door te adviseren

Verzekerden zijn niet zo enthousiast over selectieve zorginkoop omdat ze het belangrijk vinden dat ze zelf hun zorgverlener kunnen kiezen. Dan is het volgens Bes et al. (45) een logische stap om te onderzoeken hoe verzekerden naar geprefereerde zorgverleners te sturen zonder dat hun keuzevrijheid wordt beperkt. Onderzoek in de AOZ, gebaseerd op een pilot bij VGZ, laat zien dat het mogelijk is om verzekerden naar geprefereerde zorgverleners te sturen door hen advies aan te bieden bij het kiezen van een zorgverlener. Op deze manier is de keuzevrijheid niet beperkt, aangezien verzekerden zelf kunnen kiezen of ze het advies opvolgen of niet. Zo kunnen alsnog de doelen van het huidige zorgstelsel, namelijk verbeteren van kwaliteit van zorg terwijl de kosten worden beheerst, worden behaald (45).

Een mooie invulling dus op de regierol van zorgverzekeraars en een prima instrument op weg naar het verbeteren van kwaliteit van zorg, terwijl de kosten tegelijkertijd worden beheerst. Deze manier van sturen bereikt echter niet alle verzekerden. Veel verzekerden kiezen een zorgverlener zonder dat ze eerst contact opnemen met hun zorgverzekeraar. Daarom is het, in het kader van een zorgstelsel gebaseerd op gereuleerde concurrentie, belangrijk dat meer van dit soort zachte sturingsmethoden worden ontwikkeld en onderzocht op resultaten.

Ridicule eindejaarswisseling

Een van de pijlers van de gereuleerde concurrentie in de zorg is dat verzekerden vrijelijk een zorgverzekeraar kunnen kiezen. De veronderstelling is dat de verzekerden verzekeraars kiezen die een betere kwaliteit zorg inkopen tegen een betere prijs. Die stelling is een fictie. Verzekerden letten bij het wisselen van zorgverzekeraar vooral op de prijs van de polis.

Een andere, hiermee samenhangende stelling is het in leven gehouden fossiel van de liberale gedachte dat (nog meer) macht nodig is om zinnige afspraken in de zorg te maken. Terwijl die macht, ironisch genoeg, juist wordt ondermijnd door het systeem zelf (bijvoorbeeld door artikel 13). Hoe dan ook, aan het eind van elk jaar vindt er een ridicule vertoning plaats die erop neerkomt dat alles en iedereen binnen het zorgstelsel in het teken staat van de switch van verzekerden. Verzekerden mogen dan, in een redelijk kort tijdsbestek zo tussen half november en 31 december, van zorgverzekeraar wisselen. Zij mogen dan stemmen met de voeten. En ondanks dat Nederlanders graag hun eigen keuzes maken, ook in de zorg hechten zij aan hun eigen keuze voor zorgverleners en zorgverzekeraars, kiest 'slechts' 1 miljoen verzekerden jaarlijks daadwerkelijk een andere zorgverzekeraar. Wie overstapt, kiest meestal voor een polis met een lagere prijs.

Media smullen ervan en bemiddelingsbureaus verdelen jaarlijks naar schatting € 50 miljoen (of meer) met het bemiddelen van verzekerden tussen steeds weer dezelfde partijen. Zorgverzekeraars geven honderden miljoenen uit aan advertenties en andere reclame-uitingen, extra bemensing van callcenters, commerciële afdelingen en de administratie van gaande en komende verzekerden. Maar ook binnen zorgverzekeraars is het een jaarlijks hoogtepunt als op 1 februari blijkt dat het verzekerdenaantal van ettelijke miljoenen weer is gestegen met een fractie daarvan. Onbegrijpelijk feitelijk. Zowel uit het oogpunt van het (gefingeerde) machtsdenken – die paar verzekerden extra geven een zorgverzekeraar echt niet meer macht – als vanuit financieel oogpunt. Voor elke nieuwe verzekerde moet de verzekeraar een nieuwe reserve opbouwen van ongeveer € 850. Veel nieuwe verzekerden betekent dus een grote som geld die niet kan worden besteed aan het laag houden van premies. Hier moet dus wel iets van status of prestige spelen.

Autoriteiten als de NZa geven duur overheidsgeld uit aan advertenties om burgers op te roepen goed de zorgpolissen op kosten te vergelijken en er hun voordeel mee te doen. Een duidelijk advies om over te stappen dus. En ook wetenschappelijk onderzoekers laten zich verleiden door de onbewezen liberale veronderstelling dat het 'stemmen met de voeten', het switchen van verzekerden tussen zorgverzekeraars, bijdraagt aan een duurzame zorg. Ik zeg het nog maar eens: het is niet waar! Alleen de prijs speelt bij het switchen een rol, kwaliteit vrijwel nooit. En alleen op kosten sturen kan voor de kwaliteit van de zorg funest zijn. Feit is dat door dit hardnekkig uitgedragen neoliberale mechanisme in ons zorgstelsel honderden miljoenen nutteloos worden verbrast.

Onderzoekers hechten veel waarde aan het overstappen van verzekerden omdat ze het als een ijkpunt beschouwen om de werkzaamheid van het stelsel mee aan te tonen. Als in de ogen van onderzoekers relatief weinig verzekerden overstappen, is dat slecht voor de werkzaamheid van het zorgstelsel. En dat is de reden dat men zich telkens weer verdiept in manieren waarop die overstap gemakkelijker zou kunnen worden gemaakt. Ik verwonder me daarover en wacht met smacht op een serieus onderzoek dat aantoont dat die hele kermis aan het eind van het jaar nodig is om een duurzame zorg te verwezenlijken. Net omdat die overstap vrijwel altijd wordt gemaakt op basis van de hoogte van de premie, prikkelt dit zorgverzekeraars om vooral op de kosten te letten. En vaak in de verkeerde volgorde: eerst kosten en dan kwaliteit. Theoretisch kan het ook andersom. Maar slechts als het mechanisme van het zorgstelsel aanzienlijk worden versterkt met daarvoor betere randvoorwaarden. Wat in elk geval duidelijk is, is dat verzekerden zelden of nooit overstappen vanwege de kwaliteit van de ingekochte zorg. En dat was wel het gewenste effect van het door de RVZ geschetste mechanisme.

Ik wil, en dat kan geen verrassing zijn, pleiten voor afschaffing van dit kostbaar ritueel. Maar ik besef tegelijkertijd dat het idee dat mijn voorstel wordt aangenomen, een illusie is. Er zijn veel te veel belanghebbenden in en buiten de zorg die profiteren van deze jaarlijkse switch van verzekerden.

Inefficiënte landelijke zorginkoop

Een andere, geldverspillende en inefficiënte activiteit in ons zorgstelsel betreft de landelijke zorginkoop door zorgverzekeraars. Want zo zou ik de verplichting dat landelijk opererende zorgverzekeraars met alle zorgverleners (verschillende) contracten moeten afsluiten, zeker typeren. Het is toch bijna te absurd voor woorden dat huisartsen met in theorie tientallen zorgverzekeraars contractbesprekingen moeten voeren, ook al is hun verzekerdenbestand nagenoeg nul in hun praktijk? Het is, zo ben ik van mening, volslagen belachelijk dat zo veel zorgverzekeraars en zo veel zorgverleners en daarmee feitelijk ook zorgvragers zich bij herhaling moeten bezighouden met dezelfde gesprekken over dezelfde inhoud over feitelijk dezelfde bevolkingsgroep en meestal met hetzelfde resultaat als het jaar ervoor.

De kosten (veel zorginkopers die elkaars werk dubbelen) van deze landelijk opererende zorginkoop van zorgverzekeraars kunnen drastisch worden beperkt en vereenvoudigd terwijl tegelijkertijd de resultaten fors worden verbeterd. Dat kan als het land ten behoeve van de zorginkoop wordt verdeeld in regio's, bijvoorbeeld conform de regio's van de zorgkantoren. In die regio's komen (bestaande) zorgverzekeraars, bij voorkeur die met de meeste verzekerden in de regio, namens alle andere zorgverzekeraars, samen met zorgvragers en zorgverleners tot zinnige afspraken over de zorg die regionaal en landelijk het beste bijdraagt aan de duurzame behoeften van de bevolking. Niet alleen afspraken over cure, maar ook over care en preventie. En zeker ook over de samenhang hiertussen. Dus geen aparte zorginkoop meer voor Zvw en Wlz. En waar nodig ook in samenhang met de zorginkoop door gemeenten voor de Wmo. De suggestie van Menzis om successen van de ene zorgverzekeraar verplicht over te nemen door andere zorgverzekeraars, is constructief en kan hieraan worden toegevoegd. Bovendien is er in dergelijke regio's meer ruimte om te experimenteren met zinnige, soms out of the box-gedachten.

Veel van de eisen op het gebied van compliance en governance die nu al van toepassing zijn op zorgverzekeraars kunnen een op een worden overgenomen, zij het dat men de zorgverzekeraars, ook onderling, fors zal aanspreken op welke doelstellingen zijn bereikt in het kader van duurzame zorg. Als restitutieverzekeringen al passen in dit principe, dan moeten zij de inspanningen van andere zorgverzekeraars wel (gelde-lijk) honoreren. Bovendien zijn ook zij gehouden aan de uitvoering van de gemaakte afspraken.

De kwaliteit van de zorg wordt in dit voorstel fors verbeterd, door samenwerking met andere belanghebbenden en door het uitwisselen en implementeren van best practices. Maar ook door het verantwoorden van de zorginkoop in het perspectief van duurzame zorg. Als de kwaliteit op deze manier verbetert, dan kan ook de communicatie en verantwoording hierover – in het bijzonder met en door zorgverleners – meer transparant worden gevoerd. En ook over die verantwoording, de eenvoud, relevantie en zinnigheid ervan, zijn dan heldere afspraken te maken. De tijd die daarbij vrij wordt gespeeld, draagt weer bij aan kwaliteit en doelmatigheid en daarmee aan het beheersen van de kosten.

De keuzevrijheid van verzekerden blijft in stand, en daardoor de noodzaak om een zo laag mogelijke premie. En die wordt weer positief beïnvloed door de gezamenlijke afspraken. De invloed van verzekerden en zorgvragers kan regionaal effectiever worden georganiseerd en is in staat een betere bijdrage te leveren aan de verwezenlijking van het uiteindelijke doel: duurzame zorg. Tegelijkertijd zal (daarmee) het vertrouwen van verzekerden en zorgverleners in de zorg toenemen. Hierdoor zullen ook meer zorgverleners zinnige zorg aanbieden waardoor het aantal geprefereerde zorgverleners toeneemt. Daarmee wordt impliciet de sturing van verzekerden naar geprefereerde zorgverleners gemakkelijker en meer vanzelfsprekend. Ook hiermee – en dat beseft is er wel degelijk – worden niet alle problemen in de zorg en het zorgstelsel opgelost, maar het is meer dan een mooi begin. En ik ga er graag vanuit dat de meeste belanghebbenden hiervan zijn te overtuigen.

Meer solidariteit door inkomensafhankelijke premie

In beginsel betaalt in Nederland iedereen mee aan de zorgverzekering en heeft het zorgstelsel, zeker in vergelijking met zorgstelsels in het buitenland, een hoog solidair gehalte. Dat neemt niet weg dat door gebrekkige communicatie door zorgverleners, zorgverzekeraars en overheid, maar vooral ook door eigen risico's, eigen bijdragen en stijgende premies voor basisverzekering en aanvullende verzekeringen zorgvragers noodzakelijke zorg mijden of uitstellen. Een voor de hand liggende oplossing voor dit ernstige probleem is om de zorgpremie, nog meer dan nu het geval is, inkomensafhankelijk te maken. Dit leidt tot meer solidariteit want daarmee komen de zwaarste lasten op de sterkste schouders. Ten minste als de drempel in de regeling waarboven geen premie wordt betaald, hoog genoeg wordt. Daarmee kunnen ook de kosten en problemen, zoals een verkeerd gebruik, bij de uitkering van de zorgtoeslag in een klap worden opgelost. Een ander voordeel is dat concurrentie op prijs tussen zorgverzekeraars groter wordt als de hoogte van de nominale premie daalt. Het effect van de inkomensafhankelijke premie kan ook hier versterkt worden door de gewenste en voorgestelde overcompensatie van ouderen en chronisch zieken in de verevenings-systematiek voor zorgverzekeraars. Hierdoor worden zorgverzekeraars immers uit-gedaagd om samen met zorgverleners en zorgvragers meer en betere zorgarrangementen te organiseren. Helaas is daar in Nederland waarschijnlijk (nog) geen meerderheid voor te vinden.

Tot slot

Regierol van zorgverzekeraars is nog een fictie

De kernvraag in deze afscheidsrede of de regierol van zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel een fictie is, kan ik niet ontkennend beantwoorden. In de afgelopen 12 jaar was dat goeddeels het geval.

Als die regierol van zorgverzekeraars noodzakelijk is om in Nederland op termijn een duurzame zorg te verwezenlijken dan zijn alle partijen die ertoe doen in de Nederlandse zorg aan zet. De overheid zal (eindelijk) de noodzakelijke randvoorwaarden hiervoor moeten creëren. Zorgverleners, zorgvragers en zorgverzekeraars zullen veel meer dan nu moeten samenwerken om zo de formidabele uitdaging die een duurzame zorg steeds meer wordt, te verwezenlijken.

Maar het is toch vooral aan de zorgverzekeraars zelf om dit waar te maken. Zij moeten hun license to operate waarmaken. Zij moeten het initiatief nemen op weg naar een duurzame zorg. Hun verzekerden hebben daar recht op en het maatschappelijk welzijn vereist dit. Initiatief nemen is inherent aan het hebben van de regierol. Zorgverzekeraars moeten dus fors investeren om de regierol succesvol te kunnen uitvoeren. Dat is nodig om voldoende legitimiteit en vertrouwen van verzekerden te vergaren. Want ondanks dat het vertrouwen in zorgverzekeraars sedert kort licht begint toe te nemen, worden de activiteiten van zorgverzekeraars nog met veel huiver en wantrouwen bekeken. Maar het is wel twee voor twaalf. En de eerste stap is eerst maar eens regie te gaan voeren op de wijze waarop men met eensgezinde zorgverzekeraars een andere koers op dit gebied kan gaan varen zodat de noodzakelijke samenwerking met zorgverleners, zorgvragers en overheid tot stand gaat komen. Als dat al mag van de autoriteiten.

Zorgverleners hebben moeite met de regierol van zorgverzekeraars. Zij voelen zich niet altijd begrepen en ook beperkt in hun werkzaamheden en inkomsten. En zij ervaren de verantwoording hierover eerder als onnodige bureaucratie dan als vanzelfsprekend. In sommige vertegenwoordigingen van artsen proef je bijna letterlijk de vijandige houding ten opzichte van zorgverzekeraars. En toch komen er, langzaam maar gestaag, ook steeds meer zorgverleners die beseffen dat ook zij een onmisbare bijdrage moeten leveren aan de verwezenlijking van een duurzame zorg. Hun enthousiaste verhalen over behaalde successen zijn hard nodig om collega-zorgverleners, maar ook zorgvragers en wetenschappers te kunnen overtuigen van de juistheid van het ingezette zinnige-zorgbeleid. Maar die verhalen drogen op als zorgverzekeraars niet in staat zijn om het enthousiasme van zorgverleners te vertalen in termen van vertrouwen, respect en dankbaarheid.

De tegenwerking van de gewenste regierol voor zorgverzekeraars komt ook vanuit de eigen gelederen. Zorgverzekeraars met alleen restitutieverzekeringen hebben kennelijk weinig behoefte aan welke regie dan ook. En als free riders profiteren zij sowieso van de inspanningen van wat ik noem 'echte' zorgverzekeraars.

En dan is er nog de politiek. De huidige coalitie spreekt zich uit voor het huidige zorgstelsel, maar in de oppositie maken enkele partijen er geen geheim van af te willen van het huidige zorgstelsel. Hun geloof in de regierol van zorgverzekeraars lijkt gering. Hopelijk geloven zij meer in de noodzaak van het verwezenlijken van een duurzame zorg en zijn ook zij bereid om daar een positieve bijdrage aan te leveren.

Dankwoord

Aan het eind van deze rede past een woord van dank. Allereerst aan alle mensen die het mogelijk maakten dat ik sinds september 2009 mocht werken bij de Open Universiteit. Ik ben vereerd en ook dankbaar dat de meest betrokken mensen van toen ook vandaag hier aanwezig zijn: Herman en Roland. Mede door jullie inzet heb ik de afgelopen 9 jaren kunnen besteden aan interessant en relevant onderzoek. Omringd door fijne collega's en in een prettige sfeer. En dat ook nog in een faculteit die onlangs werd uitgeroepen tot topopleiding en de beste van Nederland. Je kunt het slechter treffen.

Ik dank VGZ dat zij mij al die tijd voor 60% van mijn tijd wilden uitlenen aan de Open Universiteit. Daarmee maakten zij de uitoefening van mijn hoogleraarschap financieel mogelijk. De samenwerking met veel collega's binnen VGZ maakten mijn werk betekenisvol voor zorgverzekeraars en vooral voor verzekerden en zorgvragers.

Veel dank aan de onderzoekers van NIVEL, in het bijzonder aan prof. dr. De Jong. Judith, onze samenwerking begon al voordat ik mijn leerstoel aanvaardde en overleefde vervolgens succesvol de hele duur van mijn werkzaamheden bij de Open Universiteit. Samen leidden wij de Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars (AOZ) en de tientallen onderzoeken in het Verzekerdenpanel. Samen bedachten wij mooie praktisch toepasbare onderzoeken, maar voerden ook minder interessante studies met veel plichtsbesef uit. Samen droegen we zo bij aan de ontwikkeling van VGZ en de maatschappij. Soms ontmoetten we daarbij een groot enthousiasme waarvan wij met volle teugen genoten, een andere keer bleef het moeizaam ploeteren vrijwel onbeloond. En in de tussentijd werd jij, terecht, ook hoogleraar Health Care System and Governance aan de Maastricht University.

Verder dank ik de discussiegroep 'Ons netwerk', waarbinnen op geregelde tijden tal van onderwerpen over de zorg vrijelijk, diepgaand en soms luidruchtig zijn besproken. Rob, Joost en Annemieke, mede door jullie denkkracht en doorzettingsvermogen hebben wij vandaag kunnen genieten van een prachtig symposium over 'Soft signals in de zorg'.

Een groot aantal mensen binnen en buiten de Open Universiteit heeft een bijdrage geleverd aan deze oratie. Ik bedank Marianne, die veel voor mij regelde, en Vivian voor de mooie omslag en vormgeving van het boek. Ruud zorgde ervoor dat ook mijn teksten netjes en overzichtelijk in mijn afscheidsoratie terechtkwamen.

Uiteraard dank aan José, Sven en Jorn. Zij hebben, ieder op hun eigen wijze, eraan bijgedragen dat ik al die jaren dit prachtige werk mocht uitvoeren. En dat ik tegelijkertijd mocht genieten van onze kleinkinderen Zoë, Niels, Tom en Maud.

En ten slotte, beste mensen, zonder u allen was deze dag niet geslaagd. Bedankt voor uw aanwezigheid en belangstelling hier vandaag.

Ik heb gezegd!

Literatuurverwijzing

- 1 De Groot, G.R.J. (2017). De zorgverzekeraar: spin in het web? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2005, 2927, 40-60.
- 2 GfK (2017). Good life factors. *Global GfK survey 2017*, 44-50.
- 3 Den Ridder, J., Dekker, P., Van Houwelingen (2017). *COB Burgerperspectieven 2017/3 2017*: 8-10.
- 4 Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Statline: Zorguitgaven 2016*.
- 5 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017). *Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*.
- 6 Centraal Planbureau (2016). *Middellangetermijnverkenning 2018-20121*, 36-39.
- 7 Van der Horst, A., Van Erp, F., & De Jong, J. (2011). Centraal Planbureau: *Deelrapport 1 van het onderzoeksprogramma 'Toekomst Zorg' Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg*, 38-41.
- 8 Van Ewijk, C., Van der Horst, A., Besseling, P. (2013). Centraal Planbureau: *Gezondheid loont: tussen keuze en solidariteit: toekomst voor de zorg*, 117-123.
- 9 Wester, J. (2016). Tien jaar zorgstelsel: dit leverde het op (NRC.nl).
- 10 Björnberg, A. (2016). *Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2015*, 22-27.
- 11 OECD (2017). *Health at a Glance: OECD Indicators 2017*, 96-102 en 132-133.
- 12 GBD (2015). Healthcare Access and Quality Collaborators: Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017, 390: 231–266.
- 13 Grol, R. (2003)., Wensing M: Leren implementeren. *Medisch Contact*.
- 14 Visser, S., Westendorp, R., Cools, K., Kremer, J., & Klink, A. (2012). Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten. *Booz & Co*.
- 15 Curfs, E. (2010). Regierol zorgverzekeraar: feit of fictie? Maatschappelijk ondernemen door zorgverzekeraars, *Inaugurale rede Open Universiteit*.
- 16 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: (2017). *Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop*.
- 17 Zorgverzekeringswet, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking 2005.
- 18 Wet Marktordening Gezondheidszorg, houdende regels inzake marktordening op het gebied van de gezondheidszorg 2006.
- 19 Wet Toelating Zorginstellingen, tot vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen 2005.
- 20 Wet langdurige zorg, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg 2014.
- 21 Wet maatschappelijke ondersteuning, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang 2014.

- 22 Jeugdwet: Wet inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen 2014.
- 23 Van Eijkel, R., Van der Torre, A., Kattenberg, M., & Eggink, E. (2017). *De markt voor huishoudelijke hulp: Gemeentelijk inkoopbeleid en gebruik door burgers onder de Wmo 2007*.
- 24 Raad voor de Volksgezondheid (2008). *Zorginkoop*.
- 25 Blinkhof, J.M. (2007). *De klantgerichte bureaucratie: zorgverzekeraar VGZ, een gevalstudie*, proefschrift.
- 26 Van Kleef, R.C.F.T., Schut, W.P.M.M., & Van de Ven, W. (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening. *Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?*
- 27 KPMG/Plexux (2014). *Evaluatie Zorgverzekeringswet Eindrapportage*.
- 28 Participatiewet, ter vereenvoudiging en verduidelijking van de regelgeving en ter versterking van de verantwoordelijkheid der gemeenten voor de ondersteuning bij arbeidsinschakeling en de verlening van bijstand gewenst is te komen tot een Wet werk en bijstand, waarin de Algemene bijstandswet, de Wet financiering Abw, IOAW en IOAZ, de Wet inschakeling werkzoekenden en het Besluit in- en doorstroombanen zijn geïntegreerd 2015.
- 29 Van de Ven, W. (2015). *Het beste zorgstelsel? Afscheidscollege*.
- 30 Okma, K.G.H. (2009). *Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate on Social Insurance?* New York University, New York.
- 31 Alexander, J.A., D'Aunno, T., Succi, M.J. (1996). Determinants of profound organizational change: Choice of conversion on closure among rural hospitals. *Journal of Health and Social Behavior*. 37(3), 238-251.
- 32 Van Esch, T.E.M., Brabers, W.E.M., Van Dijk, C., Groenewegen, P.P., De Jong, J.D. (2015). *Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. NIVEL.
- 33 TNS NIPO (2016). *Het eigen risico in de zorg*.
- 34 Geerts, L.(2016). *Openlijke en verholde selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars*.
- 35 Bes, R.E., Curfs, E.C., Groenewegen, P.P., & De Jong, J.D. (2017). Selective contracting and channeling patients to preferred providers: a scoping review. *Healthy Policy*, 121(5), 5040514.
- 36 Bes, R.E. (2017). *Selective contracting by health insurers: the perspective of enrollees*, proefschrift.
- 37 Bes, R.E., Wendel, S., Curfs, E.C., Groenewegen, P.P., & De Jong, J.D. (2013). Acceptance of selective contracting: the role of trust in the health insurer. *BMC Health Services research*, 13, 375.
- 38 Bes, R.E., Curfs, E.C., Groenewegen, P.P., & De Jong, J.D. (2017). Health plan choice in the Netherlands: restrictive health plans preferred by young and healthy individuals. *Health Economics, Policy and Law*, 1-18.
- 39 Bos, W. (2016). 'Selectieve inkoop voor de hele zorg is een illusie'. *Medisch Contact*, interview.
- 40 Kliphuis T: Zorgverzekeraar: kwaliteit verbeteren loont niet. *Interview fd 2015*.
- 41 Huisman, R., Van Duuren, F., & Te Velthuis, M. (2015). *Wat een uitkomst: vier jaar leren over kwaliteit van zorg*.

- 42 Van der Meeren, W. (2018). *Waarom we sommige zorg selectief inkopen*. CZ-website.
- 43 Van Eijck, J. (2017). *Menzis zet nieuwe stap op weg naar meer waardegerichte zorg*. Website Menzis.
- 44 Curfs, E.C. (2017). *Interview Broeren J.*
- 45 Bes, R.E., Curfs, E.C., Groenewegen, P.P., & De Jong, J.D. (2017). *Advice from the health insurer as a channeling strategy: a natural experiment at a Dutch health insurance company*.
- 46 Wammes, J.G., Stadhouders, W., Van Dijk, W., & Jeurissen, P.T. (2017). *Wat heeft tien jaar marktwerking in de zorg ons gebracht?*
- 47 De Groot, W. (2017). 'RVS-advies is onsamenhangend en tegenstrijdig'. *Zorgvisie*.
- 48 Van Wijck, F. (2017). Onderste bureaula. *Column ArtsenAuto*.
- 49 Curfs, E.C. (2017). *Vragenlijst Gijzen J.*
- 50 Loozen, E., Varkevisser, M., & Schut, E. (2016). *Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen: het belang van markt- en mededingingstoezicht binnen het Nederlandse zorgstelsel*.
- 51 Croonen, H. (2015). *Medisch Contact*.
- 52 Wessels K, Kraaijeveld K: Zo werkt de huisartsenzorg. *De Argumentenfabriek 2017*.
- 53 Mol, J. (2013). *VGZ Nationaal Preventieplan: wat is nodig om onze visie op preventie te realiseren?*
- 54 Soeters, M., & Verhoeks, G. (2015). Financiering van preventie: analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen. *ZorgmarktAdvies*.
- 55 Visser, S., Westendorp, R., Cools, K., Kremer, J., & Klink, A. (2012). Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten. *Booz & Co*.
- 56 De Groot, W., & Maassen, H. (2012). De miljarden van Klink komen er niet. *de Volkskrant*.
- 57 Kalshoven, F. (2012). 'Klink vergeet de winst te pakken'. *de Volkskrant*.
- 58 Porter, M.E., Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*.
- 59 Van der Geest, M. (2017). Top zorgverzekeraars: 'Er gaat te veel geld naar de zorg, kan minder'. *de Volkskrant*.
- 60 Victoor, A. (2015). *(How) do patients choose a healthcare provider? (Hoe) kiezen patiënten een zorgaanbieder?* Proefschrift Universiteit Tilburg.
- 61 Stehmann, T.A., Goudriaan, W.A., In 't Veen, W.C.C.M., Kollen, B.J., & Verheyen C.C.P.M. (2016). Hoe representatief is Zorgkaart Nederland? De waardering van specialisten door patiënten in beeld gebracht. *NTvG*.
- 62 Delnoij, D. (2016). Zorgkaart meten, daar valt meer over te zeggen. *NTvG*.
- 63 Bes, R.E., Wendel, S., & De Jong, J.D. (2012). Het vertrouwensprobleem van zorgverzekeraars. *ESB, Economisch Statistische Berichten*, 97, 4647:676-677.
- 64 Noordman, J., & Victoor, A. (2014). Huisarts speelt grote rol bij verwijzing. *Huisarts & Wetenschap*.
- 65 NZa (2014). Transparantie voor consumenten. De informatiebehoefte van consumenten en hun ervaringen met het zoeken naar informatie, toegespitst op financiële aspecten van curatieve zorg.

- 66 Nederlandse patiënten consumenten federatie (2015). *Meldactie Inzicht in Zorgkosten?*
- 67 Potappel, A., Victoor, A., Curfs, E.C., & De Jong J.D. (2017). *Informatie van zorgverzekeraars over prijzen van behandelingen bij verschillende zorgaanbieders: zijn verzekerden hiervan op de hoogte en vinden zij deze informatie belangrijk.* NIVEL.
- 68 Curfs, E.C. (2017). *Interne rapportage.* AOZ.
- 69 Schellekens, W. (2016). Macht zorgverzekeraars niet gebaseerd op gezag. *Medisch Contact interview.*
- 70 NZa (2014). *Monitor en beleidsbrief Zorginkoop.*
- 71 Een goed gesprek bespaart zorgkosten. *de Volkskrant , Sir Edmund (2017).*

