

De knelpunten voor selectieve contractering

Leidt een wijziging van de Zorgverzekeringswet tot de gewenste effecten op prijs en kwaliteit van ziekenhuiszorg?

Charlotte Sonneveld

358290

Erasmus Universiteit Rotterdam

Erasmus School of Economics

Begeleider: E. Van Doorslaer

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Het Nederlandse zorgstelsel sinds 2006.....	5
3. Wat zijn de ontwikkelingen op het gebied van selectieve contractering?.....	7
3.1 Hebben zorgaanbieders selectief gecontracteerd?.....	7
3.2 Allocatie van verzekerden.....	9
3.3 Wat was het effect voor de kostenefficiëntie bij ziekenhuizen?.....	12
4. Selectieve contractering in de Verenigde Staten.....	13
4.1 Ziekenhuiskosten.....	13
4.2 Concurrentie.....	14
4.3 Kwaliteit.....	17
5. Selecteren verzekeraars op basis van kwaliteit?.....	18
5.1 Interessante initiatieven.....	19
6. Conclusie.....	21
7. Literatuur.....	23

1. Inleiding

Sommige auteurs hebben beweerd dat het Nederlandse zorgstelsel het best presterende is van Europa (Laan, 2013) (NVZ, 2014). Toch is er nog genoeg ruimte voor verbetering op het gebied van efficiëntie in de zorg alsmede het verhogen en zichtbaar maken van kwaliteit van zorg. Lagere kosten en hogere kwaliteit in de zorg zijn nu precies het oogmerk van de voorgenomen wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet door de huidige minister van Volksgezondheid, waardoor de vrije artskeuze in Nederland zou worden beperkt en de macht van de zorgverzekeraar toeneemt. Nederland is een van de weinige landen dat via een systeem van gereguleerde concurrentie probeert efficiëntie in de zorg te bereiken, waarbij selectieve contractering wordt gezien als een belangrijk instrument.

In het huidige artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd dat zorgverzekeraars verplicht zijn om voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden (zorgplicht) en om de door niet-gecontracteerde zorgaanbieders verleende zorg te vergoeden met een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag. Echter, op basis van het arrest Müller/Fauré van het Europese Hof is een memorie van toelichting op art. 13 Zvw geformuleerd waarin wordt bepaald dat de vergoeding niet zó laag mag zijn dat deze voor de verzekerde een feitelijke 'hinderpaal' op zou leveren om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dit hinderpaal-criterium wordt nu aangemerkt als onderdeel van geldend recht. Op dit moment geldt 80% van het marktconforme tarief als een breed gedragen praktijknorm voor hoe laag de vergoeding mag zijn wil deze geen hinderpaal zijn. In een enkel geval wordt ook 60% gehanteerd.

De minister deed in 2012 een voorstel om art. 13 Zvw zo te wijzigen dat het zogenoemde hinderpaal-criterium wordt weggenomen, waardoor verzekeraars volledige vrijheid hebben in het bepalen van de vergoeding en waardoor vervolgens de keuzevrijheid van patiënten voor zorgaanbieders wordt beperkt. Op 5 juni 2014 bereikte de minister een akkoord met oppositiepartijen D66, ChristenUnie en SGP over dit voorstel. Een stap in de richting van een wetswijziging is gezet. Wel moeten de Eerste en Tweede Kamer nog over het voorstel stemmen. De argumenten voor de wetswijziging zijn dat op deze manier lagere prijzen voor tenminste even hoge kwaliteit bij ziekenhuizen moeten worden bereikt door verzekeraars door hun verbeterde onderhandelingspositie.

Zorgverzekeraars krijgen door deze stelselwijziging nog meer vrijheid bij de zorginkoop dan ze al hadden sinds het nieuwe zorgstelsel van 2006. De vrijheid om namens hun verzekerden te onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van de aangeboden zorg wordt nog verder vergroot, wat zou kunnen leiden tot meer doelmatige zorgverlening. Verzekeraars worden op hun beurt nog meer gestimuleerd tot doelmatige zorginkoop om zo onderling te concurreren voor nieuwe verzekerden.

Omtrent deze ontwikkelingen op het gebied van het Nederlandse zorgstelsel bestaat veel discussie tussen de verschillende belanghebbenden. Verzekeraars zien de selectieve contractering als een kans om de kwaliteit van de zorg in Nederland te verbeteren en om de kosten sterk te verlagen (Olsthoorn, 2013). Ook zou het nieuwe systeem innovatie stimuleren. Zorgondernemers zijn daarentegen bang dat zorgvernieuwers geen kans meer krijgen van verzekeraars, wat leidt tot minder innovatie. De schade als gevolg van dit laatste zou de minimale kostenbesparingen teniet doen, aangezien slechts een klein deel van de jaarlijkse zorgkosten buitencontractuele zorg zou betreffen. Bovendien kan het beoogde systeem alleen goed functioneren als informatie over kwaliteit van zorg beschikbaar is voor zorgverzekeraars en via hen uiteindelijk ook inzichtelijk en begrijpelijk is voor verzekerden.

Gezien de voortdurende discussie omtrent dit onderwerp is het interessant om te onderzoeken of een systeem van gereguleerde concurrentie waarbij selectieve contractering een grote rol speelt, leidt tot meer efficiënte zorgverlening. De vraag die in deze scriptie wordt onderzocht luidt:

Wat zijn de consequenties voor de prijzen en kwaliteit van ziekenhuiszorg door de afschaffing van het hinderpaal-criterium?

Allereerst is het van belang om te weten of verzekeraars na de wetswijziging selectief zullen gaan contracteren, waarbij ze niet-gecontracteerde zorg slechts gedeeltelijk vergoeden. Vervolgens is het de vraag wat deze selectieve contractering voor invloed heeft op de prijzen en kwaliteit van ziekenhuiszorg. Dit onderzoek probeert meer duidelijkheid te krijgen over wat de gevolgen zullen zijn van de verdere uitbreiding van de selectieve zorginkoop van zorgverzekeraars voor de verschillende belanghebbenden. Of de beoogde kostenreductie en kwaliteitsverhoging plaats zal vinden als gevolg van de hervormende maatregel moet empirisch worden onderzocht. Om toch een voorspelling te doen over de processen die zullen plaatsvinden op de Nederlandse zorg inkoopmarkt wordt in deze paper gekeken naar wat verzekeraars reeds hebben gedaan op het gebied van selectieve contractering sinds 2006 en hoe de keuzes van verzekerden zijn beïnvloed. Daarnaast zal een vergelijking worden gemaakt met de Verenigde Staten, waar sinds een aantal decennia een soortgelijk stelsel geldt. Tot slot wordt onderzocht of selectieve contractering op basis van kwaliteit wel een realistisch oogmerk is. Ondanks verschillende initiatieven om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, blijft het lastig om eenduidige maatstaven van kwaliteit van zorg te ontwikkelen. Daarnaast moet er zorg worden gedragen voor voldoende concurrentie tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Om te beginnen wordt in kaart gebracht hoe het Nederlandse zorgstelsel in 2006 is hervormd en wat het belang is van selectieve contractering in een stelsel van gereguleerde concurrentie.

2. Het Nederlandse zorgstelsel sinds 2006

Op 1 januari 2006 is het Nederlandse zorgstelsel ingrijpend hervormd door de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), die in de plaats kwam van de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekering. Hiermee werd een stelsel van centrale overheidssturing vervangen door een gedecentraliseerd stelsel van gereguleerde concurrentie. Iedere burger was vanaf dat moment verplicht een basisverzekering af te sluiten met een particuliere zorgverzekeraar tegen een nominale premie. Deze premies zijn goed voor de financiering van de helft van deze basisverzekering. De andere helft wordt betaald door inkomensafhankelijke bijdragen door werknemers en belastingopbrengsten.

Het centrale idee van een stelsel van gereguleerde concurrentie is dat zorgverzekeraars de relatief zwakke machtspositie van consumenten versterken door namens hen zorg in te kopen bij zorgaanbieders. De prijzen en hoeveelheden van het zorgaanbod moesten minder door de overheid en meer via onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot stand komen. Zorgverzekeraars worden gestimuleerd om zich van elkaar te onderscheiden door onderlinge concurrentie bij de inkoop en het organiseren van doelmatige zorg voor hun verzekerden. Hiertoe sluiten zij (selectief) inkoopcontracten met zorgaanbieders, waardoor naast de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt nu ook een zorg-inkoopmarkt ontstaat binnen het Nederlandse zorgstelsel.

Zorgverzekeraars zijn vrij om contracten te sluiten met alle zorgaanbieders en de hoogte van hun premies te bepalen. Daarnaast zijn zij verplicht iedere zorgvrager te accepteren. Zo wordt voorkomen dat verzekeraars uitsluitend mensen selecteren met een klein risico op schade. Verzekeraars worden onderling gecompenseerd voor verschillen in risicoprofielen door middel van een systeem van risico-egalitatie. Deze compensatie wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds waarin door werkgevers de inkomensafhankelijke bijdragen worden gestort. Een dergelijk systeem van risicoverevening is van belang, omdat bij een gebrek hieraan verzekeraars niet worden gestimuleerd om te investeren in hoog-complexe zorg. Verzekeraars zullen in dat geval niet onderling concurreren op basis van doelmatigheid, maar hun risico's met betrekking tot uitkeringen willen verkleinen door verzekerden aan te trekken met een laag risicoprofiel.

Zorgverzekeraars konden dus reeds selectieve contracten sluiten met zorgaanbieders sinds 2006 en zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bepalen op grond van art.13 Zvw. In 2007 bepaalde de NZa dat zij bij de beoordeling van modelpolissen 'de stelregel hanteert dat elke restitutievergoeding acceptabel is, mits voor de verzekerden transparant is welke vergoeding de verzekeraar hanteert als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat' (NZa, 2007). De rechter achtte echter in juli 2013 de memorie van

toelichting, die was geformuleerd door de wetgever en die stelde dat de vergoeding niet zó laag mag zijn dat deze voor de verzekerde een feitelijke 'hinderpaal' op zou leveren om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, als Nederlands geldend recht. Een vergoeding door de verzekeraar van minder dan (ongeveer) 80% van de verleende zorg door niet-gecontracteerde aanbieders was door dit hinderpaal-criterium dus niet meer mogelijk.

Het doel van het mechanisme van gereguleerde concurrentie is dus het bereiken van doelmatigheidswinsten door zorgaanbieders te prikkelen om prestatie- en vraaggericht te werken en het behalen van concurrentie tussen zorgaanbieders om gunstige contracten met zorgverzekeraars af te kunnen sluiten. Om dit doel te bereiken is het van groot belang dat selectieve contractering door verzekeraars plaatsvindt. De selectieve contractering zorgt voor de prikkels voor zorgaanbieders om hun efficiëntie te verhogen.

Een verdere uitbreiding van de selectieve contractering van zorgverzekeraars door het hinderpaal-criterium te schrappen en verzekeraars daardoor niet langer verplicht te stellen niet-gecontracteerde zorg te vergoeden, verandert de economische prikkels voor verzekeraars én zorgaanbieders. Het zou kunnen betekenen dat zorgaanbieders nog meer met elkaar gaan concurreren op basis van prijs dan nu omdat zij aan de hand van onder andere prijs en kwaliteit al dan niet worden gecontracteerd door zorgverzekeraars, die hierbij een sterkere onderhandelingspositie innemen. Het is hierbij de vraag of de lagere prijzen die hiervan het gevolg zijn, zullen worden doorberekend aan de verzekerden. Dit zal alleen het geval zijn als er echt concurrentie bestaat tussen verzekeraars om de gunst van verzekerden op basis van de hoogte van de premie. Daarnaast zal de verleende zorg door zorgaanbieders vaak slechts gedeeltelijk worden vergoed door verzekeraars, omdat zij 'overbodige' zorgverlening voor risico laten vallen van de zorgaanbieder. Dit zorgt voor extra druk op zorgaanbieders om hun kosten te reduceren en de efficiëntie te verhogen.

3. Wat zijn de ontwikkelingen op het gebied van selectieve contractering?

Om de beoogde doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars en het afdwingen van hogere kwaliteit en lagere prijzen bij ziekenhuizen te bereiken, wordt verzekeraars de mogelijkheid geboden om selectief contracten te sluiten. In dit hoofdstuk wordt in kaart gebracht of en hoe verzekeraars sinds de hervormingen in de zorg in 2006 hun rol als zorginkopers hebben vervuld. Onderhandelen zij daadwerkelijk over prijs en kwaliteit met zorgaanbieders om zo te kunnen concurreren voor verzekerden? Sluiten zij selectieve contracten met zorgaanbieders en sturen ze hun verzekerden naar voorkeursaanbieders? En is de efficiëntie binnen ziekenhuizen toegenomen als gevolg van prijs concurrentie? Een goed beeld van hoe de situatie zich heeft ontwikkeld na 2006 kan bijdragen aan het antwoord op de vraag hoe de ontwikkelingen zullen zijn als de selectieve contractering nog verder wordt doorgevoerd.

Een van de gevolgen van de hervormingen was een sterke concentratie van de zorgverzekeringsmarkt. Sinds 2009 zijn er nog slechts 4 grote verzekeraars die 90% van de markt bepalen met 7 kleine verzekeraars (Boonen & Schut, 2011). Deze samenwerking was volgens zorgverzekeraars nodig om hun onderhandelingspositie ten opzichte van zorgaanbieders te versterken.

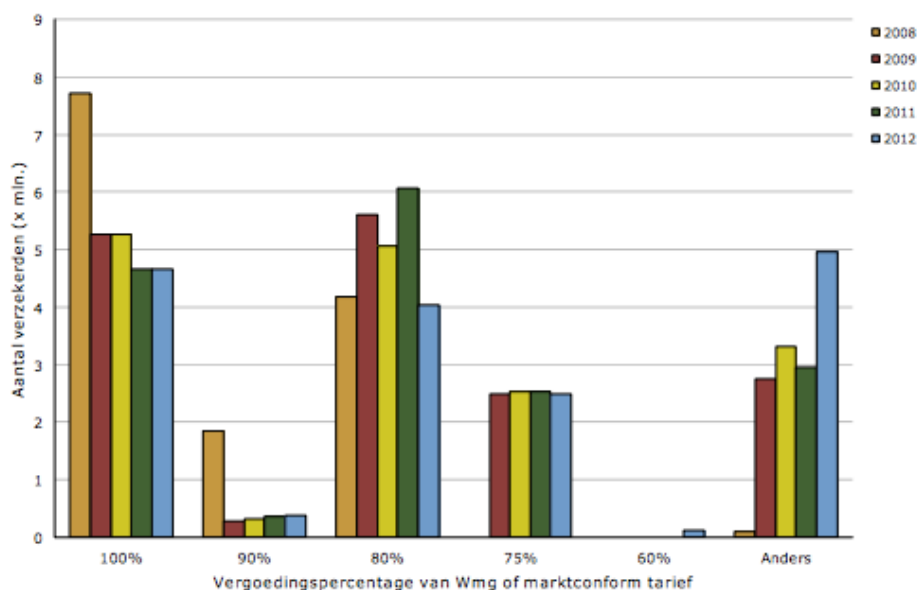
3.1 Hebben zorgaanbieders selectief gecontracteerd?

De stelselhervormingen veroorzaakten sterke prijsconcurrentie tussen verzekeraars (Schut & Ven, 2011). Verzekeraars gingen scherp geprijsde programma's aanbieden, met name door middel van kortingen op groepscontracten. Door de sterke prijsconcurrentie tussen verzekeraars begonnen bijna alle verzekeraars verliezen te lijden op basisverzekeringen. Opvallend is dat de beoogde selectieve contractering met ziekenhuizen volgens het onderzoek van Schut en Van De Ven (2011), die van belang is bij een stelsel van gereguleerde concurrentie, nauwelijks bleek te zijn bewerkstelligd. Zorgverzekeraar Univé heeft als enige Nederlandse zorgverzekeraar selectieve contracten gesloten met ziekenhuizen, waardoor niet-gecontracteerde zorg voor slechts 80 procent werd vergoed in een polis met een voordeligere premie. Dit programma was met name gericht op jongeren met lage risico's op ziekten. 1300 mensen meldden zich voor deze polis aan in 2008 waarvan 75% tussen de 18 en 30 jaar oud was (NZa, 2007). Het is te verwachten dat vooral jongeren zullen deelnemen aan dergelijke programma's, gezien het feit dat zij vaak nog relatief lage inkomens hebben en weinig risico op ziekten. Een dergelijk programma lijkt echter meer te berusten op risicoselectie dan op

bevordering van doelmatige zorginkoop. Door middel van het eerder genoemde risicovereveningssysteem zouden de mogelijke voordelen voor verzekeraars die deze vorm van risicoselectie toepassen moeten worden afgezwakt. Het is dus van belang dat selectieve contractering wordt gericht op alle risico- en leeftijdsgroepen.

Ook het onderzoek van Boonen en Schut (2011) wees uit dat zorgverzekeraars gedurende de eerste 4 jaar na de hervormingen weinig gebruik maakten van de mogelijkheden van selectieve contractering (Boonen & Schut, 2011). De angst voor reputatieschade leed ertoe dat weinig verzekeraars zorgaanbieders uitsloten van hun contracten. Ook is het mogelijk dat de terughoudendheid van zorgverzekeraars in het selectief contracteren een gevolg is van de onduidelijkheid bij verzekeraars over de vraag in hoeverre verzekeraars niet-gecontracteerde zorg moeten vergoeden (Ven & Schut, 2010). Nadat minister Schippers in 2012 een voorstel indiende om het hinderpaal-criterium van art. 13 Zvw af te schaffen, liet de NZa weten dat het hinderpaal-criterium geen geldend recht meer was. Door het voorstel tot wetswijziging bestond er echter nog slechts een voornemen tot het schrappen van dit criterium.

Hoewel er dus over het algemeen terughoudend wordt omgegaan met het selectief contracteren door verzekeraars, was er een kleine toename waar te nemen in het gebruik van de mogelijkheden om via contractuele afspraken met betrekking tot de uitkeringen voor niet-gecontracteerde zorg de doelmatigheid van de zorg te beïnvloeden. In onderstaande figuur is te zien dat sinds 2008 het aantal verzekerden dat aanspraak maakte op een beperkte vergoeding bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg is toegenomen (NZa, 2012). Dit wordt waarschijnlijk vooral veroorzaakt door de categorie ‘Anders’ waarin de beperking in vergoeding wordt bepaald door een vastgestelde lijst met maximum vergoedingen voor bepaalde medische zorg.



Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Bron: NZa (2012) Marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2008-2012.

Er moet echter worden opgemerkt dat nagenoeg alle aanbieders van medisch specialistische zorg in Nederland gecontracteerd bleven door verzekeraars. De kleine toename in vergoedingsbeperkingen heeft daardoor nauwelijks effect gehad op de medisch specialistische zorg in Nederlandse ziekenhuizen, maar had vooral betrekking op privéklinieken. Met ingang van 2011 zijn verzekeraars echter wel bepaalde specifieke ingrepen alleen gaan contracteren bij ziekenhuizen die voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen, met name het aantal jaarlijkse verrichtingen van de betreffende ingrepen (NZa, 2012).

Wel probeerden verzekeraars hun verzekerden te sturen in de richting van voorkeursaanbieders door het verstrekken van informatie over kwaliteit van ziekenhuizen en door slechts de helft van het verplichte eigen risico aan verzekerden te berekenen als verzekerden een voorkeursaanbieder bezoeken (Schut & Ven, 2011). Dit laatste is verzekeraars sinds 2009 toegestaan. Deze vorm van sturing van patiënten waarbij patiënten door middel van positieve prikkels worden gestimuleerd om te kiezen voor voorkeursaanbieders kan worden gezien als een alternatief voor selectief contracteren. In dat geval wordt de onderhandelingspositie van verzekeraars versterkt door het vermogen om patiënten succesvol te sturen naar hun voorkeursaanbieders. Het is interessant om te weten hoe groot de effecten van een dergelijke vorm van patiëntallocatie zijn in vergelijking met selectieve contractering als instrument voor doelmatigheidsverbetering. Hier wordt in het volgende gedeelte op ingegaan.

3.2 Allocatie van verzekerden

Uit onderzoek is gebleken dat grotere kortingen bij ziekenhuizen worden bereikt in zorgstelsels waarbij patiënten succesvol worden gealloceerd (Wu V. , 2009). Een succesvolle allocatie van patiënten wil zeggen dat patiënten naar die ziekenhuizen worden gestuurd en ook daadwerkelijk gaan waarmee verzekeraars voordelige afspraken hebben gemaakt (voorkeursaanbieders). Selectieve contractering is een manier om dit te bereiken, maar zoals eerder gezegd, wordt dit nog weinig gedaan (Schut & Ven, 2011) (Eijkenaar, 2012). Daarnaast zijn er andere vormen van patiëntsturing, bijvoorbeeld via het eigen risico zoals hiervoor besproken, die alternatieven vormen.

Onderzoek naar de gevoeligheid van consumenten voor patiëntsturing door verzekeraars in de richting van voorkeursaanbieders toonde aan dat consumenten gevoeliger zijn voor negatieve dan voor positieve prikkels (Boonen, Donkers, & Schut, 2011). Dit onderzoek werd echter gedaan aan de hand van vragenlijsten en dus niet door middel van experimenten met bepaalde vormen van patiëntsturing. Welke vormen van patiëntallocatie het meest effectief zijn is daarom aan de hand van dit onderzoek niet te zeggen. Een onderzoek naar het effect van het niet in rekening brengen van het eigen risico door verzekeraars als verzekerden kiezen voor een door de verzekeraar geselecteerde aanbieder bevestigt de zojuist besproken bevinding slechts

gedeeltelijk. Een experiment waarbij dit sturingsinstrument van positieve prikkels (verzekerden worden als het ware beloond als zij naar een voorkeursaanbieder gaan in plaats van gestraft als zij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan) is ingezet, toonde in eerste instantie een bescheiden effect op de keuzebeïnvloeding van patiënten (Geest & Varkevisser, 2010). Onderzocht werd namelijk of zorgaanbieders van spataderbehandelingen en staarbehandelingen die in 2009 door De Friesland Zorgverzekeraar werden aangewezen als voorkeursaanbieder hierdoor een groter marktaandeel verkregen. Hierbij werd gecorrigeerd voor trendmatigheden en voor de reputatie van ziekenhuizen als mogelijke externe variabele. Uit de geanalyseerde data bleek dat het marktaandeel van aanbieders van spataderbehandelingen en staarbehandelingen in 2009 was toegenomen met 2,1 en 0,1 procentpunt respectievelijk. Vervolgens bleek uit de regressie dat deze toename in marktaandeel voor staarbehandelingen niet het gevolg was van de verkregen status van voorkeursaanbieder. Bij spataderbehandelingen was dit wel het geval. Een van de mogelijke verklaringen die werd gegeven voor dit verschil was dat de markt voor staarbehandelingen veel sterker geconcentreerd is dan die van spataderbehandelingen, waardoor het potentiële effect van dit sturingsinstrument bij voorbaat kleiner is. Hoe effectief patiëntsturing via het eigen risico is hangt dus onder andere af van het type behandeling en de bijbehorende marktomstandigheden. Om de effectiviteit van een dergelijk sturingsinstrument te vergelijken met die van selectieve contractering is het dus van belang om een onderscheid te maken tussen typen behandelingen.

Uit het onderzoek bleek ook dat de bereidheid van consumenten om te veranderen van zorgaanbieder laag is, ook als hen een beter alternatief wordt aangeboden (Boonen, Donkers, & Schut, 2011). Deze loyaliteit van patiënten staat een wellicht optimale allocatie in de weg. Een stelsel met vergaande selectieve contractering, zou deze allocatie als het ware afdwingen, omdat de vrije keuze voor een niet-gecontracteerde aanbieder verdwijnt. Niet-gecontracteerde aanbieders zullen de betreffende zorg namelijk niet verlenen, omdat zij hiervoor geen vergoeding meer ontvangen.

Uit een ander onderzoek bleek ook dat het vertrouwen in verzekeraars een belangrijk vereiste is voor het slagen van selectieve contractering (Bes, Wendel, Curfs, Groenewegen, & Jong, 2013). Dit is een op zichzelf aannemelijke gedachte. Daar waar onzekerheid heerst, is vertrouwen nodig. In hoeverre vertrouwen nodig is voor het slagen van selectieve contractering is echter moeilijk te zeggen. Het betreft hier opnieuw een onderzoek dat gedaan is aan de hand van ingevulde vragenlijsten door verzekerden, geen onderzoek naar de impact van een interventie. Bovendien is het lastig te bepalen aan de hand van welke factoren vertrouwen te meten is. De belangrijkste reden die Nederlandse verzekeraars geven voor het feit dat ze terughoudend zijn met het

implementeren van selectieve contracten is dat ze verwachten dat hun verzekerden niet het vertrouwen in hen hebben dat ze namens hen kunnen optreden als goede zorginkopers (Boonen & Schut, 2011). Een gebrek aan vertrouwen maakt het dus lastig voor verzekeraars om in het huidige stelsel hun verzekerden naar de door hen geselecteerde zorgaanbieders te sturen. Echter, het lage vertrouwen in verzekeraars is wellicht niet altijd terecht. Het is van belang dat verzekerden het vertrouwen in verzekeraars krijgen dat zij de goede keuzes kunnen maken in de plaats van de verzekerden. Om dit vertrouwen te winnen is het nodig dat verzekeraars hun keuzes voor zorgaanbieders goed kunnen motiveren aan verzekerden aan de hand van de kwaliteit van de geselecteerde zorg. Het meten van kwaliteit is en blijft echter lastig. Als verzekerden het vertrouwen in hun verzekeraar hebben, dan is een keuzebeperking door de verzekeraar ook meer acceptabel. Een stelsel waarbij verzekeraars selectieve contractering kunnen implementeren zonder de verplichting te hebben om niet-gecontracteerde zorg te vergoeden, zou dit vertrouwensprobleem bovendien verplaatsen van de verzekeraar naar de verzekerde. Verzekeraars worden niet langer geconfronteerd met de gevolgen van dit probleem, omdat verzekerden ongeacht hun vertrouwen in hun verzekeraar zullen kiezen voor gecontracteerde zorgaanbieders om een beperkte vergoeding te voorkomen. Voor verzekerden blijft dit vertrouwensprobleem wel bestaan als verzekeraars hun verzekerden niet goed kunnen overtuigen van hun vermogen om voor hen op te treden als goede zorginkoper.

De toegenomen beperking van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg tussen 2008 en 2012 heeft wellicht wel invloed gehad op het overstapedrag van consumenten tussen verzekeraars in het algemeen. Wat blijkt is dat in die periode steeds meer mensen overstapten op een andere zorgverzekeraar (NZa, 2012). Dit zegt nog niets over de vraag of verzekerden vooral overstapten naar verzekeraars die niet selectief contracteren, maar alleen iets over het overstapedrag van verzekerden in het algemeen. Verder bleek dat de leeftijdscategorie 18-45 jaar de meeste overstappers kende en dat deze groep met name naar de prijs van de verzekering keek bij het overstappen. Hoe hoger de leeftijd van de verzekerde, hoe minder prijs en hoe meer kwaliteit belangrijk is bij het overstappen op een andere verzekeraar (NZa, 2012).

Uit onderzoek door het NIVEL bleek ook dat het percentage overstappers van zorgverzekeraar toenam tussen 2007 en 2011, waarbij de hoogte van de premie de belangrijkste reden bleek te zijn en ook steeds belangrijker werd om te wisselen (Rooijen, Brabers, & Jong, 2011). Ook hier bleek dat jongeren (18-39 jaar) relatief het meest overstapten. Deze resultaten geven aanwijzingen dat er met name sprake is van prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en geeft aanleiding tot de gedachte dat nog weinig op basis van kwaliteit wordt geconcurrereerd. Als dit het geval is, zou dit kunnen betekenen dat weinig prikkels worden gevormd voor zorgaanbieders om betere kwaliteit tegen een scherpe prijs te leveren. Het is van belang dat

kwaliteit van zorg een rol speelt in de keuze van verzekerden voor hun verzekeraar om de prijs-kwaliteit verhouding te verbeteren.

3.3 Wat was het effect op de kostenefficiëntie van ziekenhuizen?

Doordat verzekeraars steeds meer druk zetten op zorgaanbieders om hun prijzen te verlagen, doordat zij selectieve contracten kunnen sluiten met zorgaanbieders, zouden ziekenhuizen worden geprikkeld om de efficiëntie te verhogen. Opvallend is dat uit het onderzoek van Schut en Van De Ven (2011), waaruit ook bleek dat selectieve contractering met ziekenhuizen nauwelijks plaatsvond, bleek dat ziekenhuisprijzen in de jaren 2006-2009 in het segment waar geen vaste prijzen gelden minder sterk toenamen dan in het gereguleerde-prijs segment (Schut & Ven, 2011; KNMG, 2002). Dit is opvallend. Eerder in deze paper namen we namelijk aan dat het belang van selectieve contractering in een stelsel van gereguleerde concurrentie ligt in het feit dat selectieve contractering de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars versterkt en zorgt voor prikkels voor zorgaanbieders om hun efficiëntie te verhogen.

Uit onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (2010) blijkt verder dat algemene ziekenhuizen over het algemeen een contractprijzdaling kennen tussen 2005 en 2008 (NZa, 2010). Onderzocht is echter niet of dit een gevolg was van selectieve contractering door verzekeraars sinds 2006. Wellicht speelden andere factoren hierin een rol of is sprake van een trendmatigheid. Het is beter om te kijken naar empirisch onderzoek naar de effecten op doelmatigheid van een bepaalde medische behandeling. Heijink en Mosca (2012) deden onderzoek naar de effecten van de hervormingen in 2006 op de prijs-kwaliteit verhoudingen van staaroperaties, waarbij gebruik werd gemaakt van contractprijzen en twee soorten openbare kwaliteitsinformatie (Heijink & Mosca, 2012). Zij vinden geen samenhang tussen prijs en kwaliteit wat zorgt voor onzekerheid over de vraag in hoeverre verzekeraars een goede afweging maken tussen prijs en kwaliteit bij de zorginkoop. Tekortkomingen van dit onderzoek zijn echter dat niet wordt gekeken naar de significantie van gevonden resultaten en ook niet wordt onderzocht of er daadwerkelijk een causaal verband is tussen de hervormingen en de prijs- en kwaliteitsvariatie.

4. Selectieve contractering in de Verenigde Staten

Om een voorspelling te kunnen doen over de mogelijke gevolgen in Nederland van het wegnemen van het hinderpaal-criterium van art. 13 Zvw en waardoor dus de macht van de zorgverzekeraars verder uitbreidt, kan een vergelijking worden gemaakt met de situatie in de Verenigde Staten.

In de Verenigde Staten wordt op uitgebreide schaal een sturingsmechanisme, het zogenoemde 'managed care' systeem toegepast in de gezondheidszorg (KNMG, 2002). Bij managed care is er naast de arts en de patiënt sprake van een derde partij die een sturende rol inneemt in het gebruik van zorg (KNMG, 2002). Deze sturing vindt plaats door middel van beïnvloeding van het keuzeproses van patiënten (allocatie van patiënten) en het beslissingsproces van de zorgaanbieders. Het beoogde systeem in Nederland kan ook worden gezien als een vorm van managed care.

Managed care werd in de Amerikaanse gezondheidszorg als eerste in de staat Californië geïmplementeerd in 1982, binnen het programma 'Medicaid' waarbij de selectieve contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders sterk werd gestimuleerd. Verzekeraars konden bepalen welke zorgaanbieders onder hun dekking zouden vallen en contracten sluiten met deze specifieke aanbieders. Een verplichting voor de zorgverzekeraar om niet-gecontracteerde zorg te vergoeden was hierbij niet aanwezig. Onderzoek naar de effecten van managed care kan daarom bijdragen aan een voorspelling van de effecten van de stelselwijziging in Nederland.

4.1 Ziekenhuiskosten

Naar de gevolgen van de selectieve contracteringsprogramma's in de Verenigde Staten is in de afgelopen decennia al veelvuldig onderzoek gedaan. Voornamelijk de gevolgen voor de ziekenhuiskosten zijn onderzocht.

Uit onderzoek van Zwanziger en Melnick (1994) bleek dat ziekenhuizen, die gelegen waren in gebieden met meer concurrentie in Californië, minder snel stijgende kosten hadden nadat zij waren onderworpen aan het nieuwe zorgstelsel met selectieve contractering (Zwanziger & Al., 1994). In lijn met deze bevindingen bleek uit onderzoek van Robinson en Phibbs (1989), waarvoor andere data en methoden gebruikt werden, dat het selectief contracteren door Medicaid in Californië leidde tot een verlaging van de gemiddelde kosteninflatie per opname en per opnamedag, terwijl de gemiddelde opnameduur enigszins toenam (Robinson & Phibbs, 1989). Volgens dit onderzoek bedroegen de kostenbesparingen in ziekenhuizen 1986 als gevolg van Medicaid 836 miljoen dollar in vergelijking met wat de kosten zouden zijn geweest zonder het Medicaid programma. Deze kostenbesparingen zouden volgens dit onderzoek het gevolg zijn

van veranderingen in de uitgaven per opnamedag en niet door veranderingen in het aantal opnamedagen per patiënt.

Ook uit onderzoek van Bamezai, Zwanziger en anderen (1999), waarbij data gebruikt werden over de periode 1989-1994, bleek dat gebieden waar het Medicaid programma was doorgedrongen ziekenhuizen significant lagere kostinflaties vertoonden (Bamezai, Zwanziger, & Al., 1999). Dit onderzoek onderscheidt zich van andere studies omdat het onderzocht wat het samenhangende effect was van de mate van concurrentie tussen ziekenhuizen en de mate waarmee managed care was doorgedrongen in bepaalde gebieden op de kostinflatie bij Amerikaanse ziekenhuizen. Andere studies concentreerden zich namelijk enkel op het effect van de marktstructuur óf de mate waarmee managed care was doordrongen. Een interessante bevinding was dat de mate waarin programma's zoals Medicaid de stijging van ziekenhuiskosten konden afzwakken sterk afhangt van de mate waarin ziekenhuizen concurreren. Dit werd getest aan de hand van een cross-sectie model waarbij de mate van concurrentie werd aangegeven door de Hirschman-Herfindahl index en een combinatie van variabelen de mate bepaalde waarmee managed care was doorgedrongen in de markt. De Hirschman-Herfindahl index geeft de mate van concentratie in een bedrijfstak aan en kan daardoor worden gebruikt om indirect de concurrentie binnen de bedrijfstak aan te geven. Het geschatte negatieve effect van Medicaid op de ziekenhuiskosten was alleen significant in gebieden waar sterke concurrentie tussen ziekenhuizen bestond.

4.2 Concurrentie

Om de beoogde kostenbesparingen in de Nederlandse zorg te bewerkstelligen, zal er dus sprake moeten zijn van een hoge mate van concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen. Deze marktwerking zal alleen ontstaan als de partijen in de zorgsector, de aan hen toebedeelde rol vervullen. Voor ziekenhuizen betekent dit, dat zij onafhankelijk van elkaar opereren. Dit is niet altijd vanzelfsprekend in Nederland (Heemskerk, Hendriks, & Wats, 2010). Concurrentie in de laagcomplexere zorg (algemene ziekenhuiszorg) vindt tot nu toe alleen op regionaal niveau plaats. Nationale concurrentie ligt vooralsnog alleen voor de hand voor hoogcomplexere zorg in bijvoorbeeld academische centra en topklinische ziekenhuizen. Om meer concurrentie tussen ziekenhuizen te laten plaatsvinden zou ook de laagcomplexere zorg op nationaal niveau moeten concurreren. Allereerst kan men zich afvragen of concurrentie in de zorg op nationaal niveau wel gewenst is, aangezien wellicht problemen kunnen ontstaan voor de toegankelijkheid van de zorg. Als alle ziekenhuizen in Nederland namelijk met elkaar gaan concurreren zullen patiënten door hun verzekeraars ook gealloceerd worden door heel Nederland en niet meer in een bepaalde regio. Aan de andere kant zou nationale concurrentie in de zorg juist in een klein land

als Nederland een grote kans van slagen kunnen hebben. De maximale afstand die patiënten zouden moeten afleggen voor zorg zijn in Nederland klein genoeg.

De (regionale) concurrentie kan worden belemmerd, als bestuurders van ziekenhuizen netwerken vormen, wat hen de mogelijkheid biedt om hun acties en gedrag te coördineren. Als zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid gaan selecteren op basis van (onder andere) het aantal verrichtingen van bepaalde ingrepen per jaar, ligt het voor de hand dat bestuurders van ziekenhuizen of maatschappen van medisch specialisten zullen gaan samenwerken en afspraken zullen maken om ervoor te zorgen dat zij niet worden uitgesloten van contracten met verzekeraars. Dit belemmert de concurrentie op de ziekenhuismarkt en maakt het lastig om de stijging van ziekenhuiskosten tegen te gaan. Het is van belang dat de mate van concurrentie op de ziekenhuismarkt in de gaten wordt gehouden, zodat eventueel actie kan worden ondernomen om de concurrentie op pijl te houden.

Uit onderzoek naar de netwerken van de in totaal 23 ziekenhuizen van Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Friesland blijkt dat alle ziekenhuizen, op één na, met elkaar zijn verbonden in een sociaal netwerk van bestuurders en toezichthouders (Heemskerk, Hendriks, & Wats, 2010). Veertien van de onderzochte ziekenhuizen maken deel uit van een zogenaamd duurzaam netwerk, waarbij ziekenhuizen via meer dan drie organisaties met elkaar verbonden zijn (Heemskerk, Hendriks, & Wats, 2010). Deze hechte netwerken belemmeren de marktwerking en concurrentie in de zorg. Het is dus zeer de vraag of de beoogde (regionale) concurrentie tussen ziekenhuizen, die de doelmatigheid en kwaliteit van zorgverlening moet verhogen, zal ontstaan.

Daarnaast is er voldoende aanbod van zorgaanbieders en zorgverzekeraars nodig om concurrentie in de zorg te bewerkstelligen. Zoals eerder genoemd is het aanbod van verzekeraars in de afgelopen jaren sterk afgenomen door recente fusies (Boonen & Schut, 2011). Zorgverzekeraars zijn steeds meer gezamenlijk zorg in gaan kopen (NZa, 2010). Toch lijkt er nog steeds sprake van voldoende concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt (Varkevisser & Schut, 2008). Deze bewering wordt echter niet verder onderbouwd en zou verder onderzocht moeten worden. Daarnaast moet er voldoende aanbod van zorgaanbieders zijn, zodat verzekeraars kritisch kunnen inkopen. Daarvoor is het van belang dat er kritisch wordt toegezien op fusies tussen ziekenhuizen. Zorgaanbieders moeten hun fusieplannen ter goedkeuring aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) voorleggen, maar in een onderzoek in 2008 werd gesteld dat de effecten van ziekenhuisfusies op de concurrentie en machtsverhoudingen nog onvoldoende kritisch werden beoordeeld (Varkevisser & Schut, 2008). De ondergrens voor effectieve concurrentie op de ziekenhuismarkt die door de NMa is opgesteld leek namelijk bij een aantal gevallen te worden gepasseerd. Hierdoor vonden tussen 2004 en 2008 vier ziekenhuisfusies plaats, waarbij onderzoek naar de gevolgen voor de effectieve concurrentie om

volgens deze onderzoekers onjuiste redenen achterwege bleef. De onderzoekers zijn van mening dat voorgenomen ziekenhuisfusies strenger moeten worden getoetst en vaker moeten worden geweigerd door de NMa. Tegelijkertijd erkennen zij ook dat het beoordelen van ziekenhuisfusies erg ingewikkeld is en dat jurisprudentie over dit soort beslissingen ontbreekt. Wellicht is het beter om ziekenhuisfusies niet strenger te reguleren, maar om de prikkels voor ziekenhuizen om te fuseren te verminderen.

Onderzoek heeft dus aangetoond dat managed care in de Verenigde Staten de toename in ziekenhuisuitgaven afzwakte in de jaren '90. Eerder onderzoek vond dat dit effect veroorzaakt werd door een lagere intensiteit van de zorgverlening, maar uit meer recent onderzoek bleek dat de oorzaak lag in lagere prijzen (Altman, Cutler, & R.Zeckhauser, 2003). De prijzen in stelsels van managed care lagen tot wel 40% lager, terwijl geen aanwijzingen werden gevonden voor lagere kwaliteit. De studies die deze resultaten vonden verschillen van eerdere studies omdat zij het verschil in ziekenhuiskosten tussen managed care programma's en traditionele programma's toewijzen aan ziekenhuisprijzen, intensiteit van zorgverlening én de verschillen in de combinatie van verzekerden tussen de programma's. Eerdere studies wezen de kostenverschillen alleen toe aan de intensiteit van zorgverlening. De prijsreducties worden volgens een andere studie voornamelijk veroorzaakt door het selectief contracteren door verzekeraars doordat selectieve contractering werkt als een soort volume-korting strategie (Wu V. Y., 2009). Kortingen worden bereikt doordat verzekeraars een groot volume aan patiënten beloven aan zorgaanbieders en dreigen hen uit te sluiten van hun netwerken als zij geen gunstige prijzen hanteren.

Hoe de onderhandelingsmacht van verzekeraars in managed care wordt beïnvloed is ook onderzocht. Uit onderzoek blijkt dat kortingen bij ziekenhuizen kunnen worden bereikt doordat grote verzekeraars grote volumes inkopen en door het vermogen om patiënten succesvol te alloceren naar voorkeursaanbieders, waardoor patiënt allocatie door verzekeraars een 'credible threat' vormt voor zorgaanbieders (Wu V. Y., 2009). Het verschil met andere studies is dat dit onderzoek niet alleen naar selectieve contractering als onderhandelingsmacht voor verzekeraars kijkt, maar ook alternatieven voor patiëntsturing binnen deze selectieve netwerken als optie beschouwt. Om het vermogen van patiëntsturing door verzekeraars te meten, is bovendien in dit onderzoek een index ontwikkeld. De significante relatie die wordt gevonden tussen de grootte van verzekeraars en de hoogte van de bereikte kortingen toont het belang aan dat verzekeraars zich gaan verenigen, zoals in Nederland ook is gebeurd. Dit onderzoek neemt echter niet in ogenschouw dat ook voldoende concurrentie nodig is tussen verzekeraars om een effect van managed care te bereiken op ziekenhuiskosten.

4.3 Kwaliteit

Het belangrijkste oogmerk van de gereguleerde concurrentie en selectieve zorginkoop op de zorgmarkt is betere kwaliteit tegen dezelfde of een lagere prijs. Een empirisch onderzoek naar het effect van concurrentie en managed care op de kwaliteit van zorg in Amerika nam waar dat voor bepaalde kwaliteitsmaatstaven de kwaliteit van zorg toenam naarmate managed care sterker was doorgedrongen (Sari, 2002). Daarnaast bleek dat concentratie op de ziekenhuismarkt en een hoger marktaandeel van ziekenhuizen gerelateerd waren met lagere kwaliteit van zorg. Fusies en overnames op de ziekenhuismarkt zijn wellicht positieve ontwikkelingen voor de ziekenhuisprijzen en kosten doordat schaalvoordelen kunnen worden behaald, maar blijken een ongewenst effect te hebben op kwaliteit. Dit kan ook te maken hebben met de eerder genoemde positieve relatie tussen de hoogte van kostenbesparingen bij ziekenhuizen en de mate van concurrentie tussen ziekenhuizen. Vanuit die bevinding werd beargumenteerd dat concentratie op de ziekenhuismarkt leidt tot lagere kostenbesparingen bij ziekenhuizen. Dezelfde redenering kan worden toegepast op het behalen van betere kwaliteit van zorg. Een hogere concentratie op de ziekenhuismarkt en een hoger marktaandeel van ziekenhuizen betekent namelijk minder concurrentie tussen ziekenhuizen, waardoor ook minder prikkels voor verbetering van kwaliteit ontstaan voor ziekenhuizen.

Het is echter lastig om te onderzoeken wat het effect is van managed care op kwaliteit. Zo blijkt ook uit onderzoek van Miller en Luft (1997) dat managed care leidt tot betere, slechtere en gelijke kwaliteit van zorg, afhankelijk van de specifieke organisatie, de specifieke ziektes en de specifieke maatstaven waarmee kwaliteit gemeten wordt (Miller & Luft, 1997). Uitspraken over kwaliteit van zorg zijn dus lastig te doen, ook omdat het subjectief is wat van belang wordt geacht bij het meten van kwaliteit.

5. Selecteren verzekeraars op basis van kwaliteit?

Kwaliteit speelt een toenemende rol in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het centrale idee van selectieve contractering in het kader van een gereguleerde concurrentie in de zorg is dat verzekeraars op basis van kwaliteit van de zorg selectief zorg inkopen en zo hun verzekerden naar hun geselecteerde zorgaanbieders sturen. Onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (2010) toont echter aan dat, hoewel bij de meeste contractuele beslissingen initiatieven om de kwaliteit te verhogen worden betrokken, de meeste kwaliteitsindicatoren die gebruikt worden gerelateerd zijn aan de structuur en het proces van de zorg en dat het aantal uitkomstindicatoren nog laag is (NZa, 2010). Dit is waarschijnlijk het geval omdat het ontwikkelen van dergelijke uitkomstindicatoren erg moeilijk is en ook zal blijven. Een ander onderzoek stelt dat een effectieve zorginkoop wordt belemmerd doordat er te weinig publiek toegankelijke informatie over zorg en kwaliteit beschikbaar is (Boonen & Schut, 2009). Hierdoor is sprake van een vertrouwensprobleem bij verzekerden jegens verzekeraars. Een van de redenen voor de terughoudendheid van verzekeraars om selectief te contracteren lijkt dus dat er nog weinig betrouwbare informatie beschikbaar is over kwaliteit van zorg.

Dat het ontwikkelen van objectieve kwaliteitsindicatoren van belang is voor het slagen van doelmatige zorginkoop wordt ook beargumenteerd door Eijkenaar(2012).

Om dit aan te tonen wordt een vergelijking gemaakt tussen de deelmarkt van huisartsenzorg en de fysiotherapeutische deelmarkt en blijkt dat de gewenste zorginkoop-functie beter wordt gerealiseerd naarmate de speelruimte voor verzekeraars bij het onderhandelen over prijzen binnen een deelmarkt groter is (Eijkenaar, 2012). De mogelijkheden voor doelmatige zorginkoop zijn binnen de huisartsenzorg erg beperkt. Redenen hiervoor zijn dat er nauwelijks betrouwbare informatie over kwaliteit beschikbaar is en de prijzen en tarieven van huisartsen zorg voor het grootste deel wettelijk zijn vastgelegd. Onderhandelingen over prijs en kwaliteit kunnen dus bijna niet plaatsvinden. De markt voor fysiotherapeutische zorg biedt meer ruimte voor onderhandelingen. Zo zijn de prijzen op deze markt vrij sinds 2005 en is er een ruim aanbod. Voor fysiotherapeutische zorg zijn mede hierdoor wel kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Zo zijn er basiscriteria en een basisset kwaliteitsindicatoren ontwikkeld aan de hand waarvan oplopende contracten worden aangeboden die gepaard gaan met oplopende privileges. Selectief contracteren is echter ook op deze markt lastig. Verzekeraars zijn nog terughoudend met het aanbieden van selectieve contracten, omdat ze vrezen voor imagoschade. Restrictieve netwerken worden namelijk lager gewaardeerd door consumenten dan open netwerken, omdat men door het gebrek aan kwaliteitsindicatoren niet weet of verzekeraars alleen op kosten of ook op kwaliteit selecteren (Miller N. , 2006). Het inkoopbeleid bij fysiotherapie, waarbij aan de hand

van kwaliteitsindicatoren verschillende contracten worden aangeboden, blijkt echter wel een doelmatige zorginkoop te realiseren. Praktijken die de hoogste kwaliteit bieden hebben bijna 9,5 procent minder behandelingen per patiënt nodig dan basispraktijken (Eijkenaar, 2012).

5.1 Interessante initiatieven

Stappen om toegankelijke en betrouwbare kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen zijn al gezet door verschillende instanties. De Inspectie voor Gezondheidszorg brengt jaarlijks een verslag uit van de prestaties van *ziekenhuizen* op basis van 20 ontwikkelde kwaliteitsindicatoren die betrekking hebben op de patiëntveiligheid en klinische effectiviteit (Berg, et al., 2005). De kwaliteitsindicatoren werden in samenwerking met de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) en de Nederlandse Orde voor Medisch Specialisten ontwikkeld.

Ook aan de kant van de *verzekeraars* tracht men kwaliteitsmaatstaven te ontwikkelen. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) publiceert jaarlijks een gids voor ziekenhuisdiensten waarin indicatoren van ziekenhuisprestaties zijn opgenomen. Ook heeft de ZN in 2012 bij alle Nederlandse ziekenhuizen de kwaliteit van 18 specifieke hoog-complexe ingrepen in kaart gebracht. De kwaliteit is bepaald aan de hand van minimum kwaliteitseisen die zijn ontwikkeld door de wetenschappelijke beroepsverenigingen van medisch specialisten. Uit inventarisatie van zorgverzekeraars bleek dat bij 10 van deze gekwalificeerde ingrepen sterke concentratie plaatsvond in ziekenhuizen. Een substantieel aantal ziekenhuizen dat aangaf niet te voldoen aan de kwaliteitsnormen besloot de betreffende behandelingen niet meer aan te bieden (Zorgverzekeraars Nederland, 2012). Dit is een interessante bevinding, omdat het lijkt dat enkel het geven van informatie over kwaliteit al leidt tot een selectie van ziekenhuizen, zonder dat zorgverzekeraars direct selectief contracteren. Deze stap in de richting van 'super-specialisme' zou kunnen leiden tot betere kwaliteit van zorg. Echter, de toegankelijkheid van zorg zou in het geding kunnen komen. Een vergaande specialisering van medisch specialistische zorg brengt daarnaast met zich mee dat medisch specialisten niet langer over de kennis en vaardigheden zullen beschikken over de hele breedte van hun specialisme.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft een zogenoemd 'kwaliteitsvenster' ontwikkeld om de kwaliteit van ziekenhuizen inzichtelijk te maken door met name te kijken naar de *resultaten* van de zorgverlening (NVZ, 2014). Dit is vernieuwend op het gebied van kwaliteitsindicatie, omdat eerder vooral de structuur en het proces van de zorg werden betrokken in het bepalen van kwaliteit (NZa, 2010). Ook betreft het hier een heel ander, veel algemener soort kwaliteitsindicatoren dan die van bijvoorbeeld ZN. De gehele breedte van de zorgverlening, zoals patiëntervaringen, wachttijden maar ook het sterftcijfer, wordt als het ware betrokken, niet alleen de behandelingen zelf. Het kwaliteitsvenster van de NVZ bevat

kwaliteitsindicatoren verdeeld over 10 thema's die relevant zijn voor patiënten. De resultaten van ziekenhuizen worden per thema weergegeven en afgezet tegen het landelijk gemiddelde. Ziekenhuizen publiceren hun kwaliteitsvenster, indien ze ervoor kiezen om deel te nemen, op hun eigen website en kunnen hierbij een toelichting geven. Zo wordt het gevaar voor misinterpretatie kleiner. Er is echter nog weinig informatie over uitkomsten van zorgverlening beschikbaar en de administratieve lasten van het registreren en verzamelen hiervan liggen hoog (NVZ, 2014). Dit maakt het nog lastig om op deze manier een compleet beeld te geven van de kwaliteit van zorg.

6. Conclusie

Het lijkt erop dat in de nabije toekomst art. 13 van de Zorgverzekeringswet zal worden gewijzigd, door het hinderpaal-criterium af te schaffen en daarmee de vrije artskeuze van patiënten te beperken en de onderhandelingsmacht van verzekeraars te vergroten. Of de beoogde effecten op de kwaliteit en de kosten van zorg zullen worden bereikt zal de tijd uit moeten wijzen. Op basis van de beschikbare literatuur tracht dit onderzoek een voorlopig antwoord te geven op deze vraag.

Uit onderzoek naar de Amerikaanse zorgmarkt bleek dat een vergelijkbaar systeem van managed care leidde tot vermindering van de kosteninflatie in ziekenhuizen, doordat verzekeraars lagere prijzen bereikten in hun onderhandelingen met ziekenhuizen. Het realiseren van deze kortingen op ziekenhuisprijzen berust op het mechanisme van selectieve contractering door verzekeraars waarbij twee aspecten van belang zijn: 1) hoe groter de verzekeraar, hoe groter de kortingen zijn die door deze kunnen worden behaald, 2) patiënt allocatie door verzekeraars vormt een 'credible threat' in hun onderhandelingen met zorgaanbieders. Bovendien bleek dat de hoogte van de kostenbesparingen in Amerikaanse ziekenhuizen sterk afhangt van de mate van concurrentie tussen ziekenhuizen.

In Nederland zijn verzekeraars sinds 2006 sterk gaan fuseren wat leidde tot een markt die gedomineerd wordt door 4 grote verzekeraars en een aantal kleinere. Dit zou dus een positieve bijdrage kunnen leveren aan het behalen van kortingen door verzekeraars, omdat zij hiermee hun onderhandelingspositie versterken. Men moet echter opmerken dat een té vergaande concentratie op de zorgverzekeringsmarkt de concurrentie tussen verzekeraars in de weg staat. Wil daarnaast patiënt allocatie echter een 'credible threat' zijn in de onderhandelingen door verzekeraars met zorgaanbieders, dan zullen een aantal *knelpunten* moeten worden opgelost. Allereerst bestaat er een *vertrouwensprobleem* tussen verzekeraars en verzekerden doordat er nog weinig betrouwbare informatie beschikbaar is over kwaliteit van zorg. Dit maakt het lastig voor verzekeraars om patiënten succesvol te sturen naar voorkeursaanbieders. Ook kan de loyaliteit van patiënten een goede allocatie nog in de weg staan.

De concurrentie tussen ziekenhuizen in Nederland wordt op twee manieren belemmerd. Allereerst vormen bestuurders van ziekenhuizen (hechte) netwerken met elkaar waardoor het mogelijk is voor hen om acties en gedrag van ziekenhuizen onderling te coördineren. Daarnaast leidden recente ziekenhuisfusies tot een vermindering van het aanbod van zorgaanbieders.

Bovendien is het belangrijk om te weten of verzekeraars na de wetswijziging gebruik gaan maken van de mogelijkheid om selectief te contracteren en het uitkeren van beperkte

vergoedingen. Tot nu toe werd van deze mogelijkheid namelijk nog weinig gebruik gemaakt. Een belangrijke reden hiervoor is een gebrek aan goede beschikbare kwaliteitsindicatoren. Verzekeraars zijn bang voor imagoschade omdat restrictieve netwerken nog relatief lager worden gewaardeerd door verzekerden doordat informatie over kwaliteit ontbreekt. Het ontwikkelen van goede kwaliteitsindicatoren en het ter beschikking stellen van kwaliteitsinformatie is dus van essentieel belang, wil het systeem van managed care in Nederland doeltreffend zijn. Er zijn inmiddels wel al een aantal initiatieven op te noemen van verzekeraars en zorgaanbieders die de ontwikkeling van toegankelijke en betrouwbare kwaliteitsmaatstaven in gang hebben gezet.

Als meer en betere informatie beschikbaar is over zorgkwaliteit, waardoor selectieve contractering beter mogelijk is, zal ook de allocatie van patiënten beter slagen gezien de bevindingen dat consumenten over het algemeen gevoeliger zijn voor negatieve prikkels.

Of een optimalere verhouding tussen prijs en kwaliteit van ziekenhuiszorg wordt gerealiseerd door het beleid van selectieve contractering in Nederland is lastig te bepalen. Resultaten uit Amerikaans onderzoek zijn niet eenduidig, met name vanwege het feit dat de hoogte van kwaliteit afhankelijk is van hoe en aan de hand waarvan kwaliteit gemeten wordt. Verder is het zo dat verbetering van kwaliteit slechts kan optreden wanneer verzekerden ook daadwerkelijk een verzekeraar kiezen op basis van kwaliteit naast de hoogte van de premie. Het idee is namelijk dat prijsconcurrentie en concurrentie op basis van kwaliteit prikkels vormen voor zorgaanbieders om betere kwaliteit tegen scherpere prijzen te bieden. Tot nu toe kiezen verzekerden hun verzekeraar nog nauwelijks op basis van kwaliteit.

Wellicht heeft het een met het ander te maken. Uit het voorafgaande blijkt dat een belangrijk knelpunt voor het realiseren van lagere kosten een gebrek aan betrouwbare en beschikbare informatie over kwaliteit van zorg is. Daarnaast is het van belang dat verzekerden hun verzekeraar gaan kiezen op basis van kwaliteit, wil men verbetering van kwaliteit realiseren door middel van concurrentie tussen zorgaanbieders. Wellicht speelt kwaliteit nog te weinig een rol in de keuze van verzekerden, gezien het feit dat er nog zo weinig toegankelijke en betrouwbare kwaliteitsindicatoren in de zorg bestaan. Het lijkt dat een gebrek aan informatie over kwaliteit een knelpunt is voor zowel het behalen van lagere kosten als het realiseren van betere kwaliteit van zorg. De initiatieven van verzekeraars en zorgaanbieders bieden mogelijk een oplossing voor dit knelpunt.

7. Literatuur

- Altman, D., Cutler, D., & Zeckhauser, R. (2003). Enrollee mix, treatment intensity and cost in competing indemnity and HMO plans. *Journal of Health Economics*, 22 (1), 23-45.
- Bamezai, A., Zwanziger, J., & Al. (1999). Price competition and hospital cost growth in the United States. *Health Economics*, 8 (3), 233-243.
- Berg, M., Meijerink, Y., Gras, M., Goossensen, A., Schellekens, W., Haeck, J., et al. (2005). Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. 75 (1), 59-73.
- Bes, R. E., Wendel, S., Curfs, E. C., Groenewegen, P. P., & Jong, J. D. (2013). Acceptance of selective contracting: The roll of trust in the health insurer. *BMC Health Service Research*, 13, 375.
- Boonen, L. H., Donkers, B., & Schut, F. T. (2011). Channeling Consumers to Preferred Providers and the Impact of Status Quo Bias: Does Type of Provider Matter? 46 (2), 510-530.
- Boonen, L., & Schut, E. (2009). Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem. *Economisch-Statistische Berichten*, 94 (4572), 678-681.
- Boonen, L., & Schut, F. (2011). Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. 6 (2), 219-235.
- Capps, C., Dranove, D., Greenstein, S., & Satterthwaite, M. (2001). The silent majority fallacy of the Elzinga-Hogarty criteria: a critique and new approach to analyzing hospital mergers. *The national bureau of economic research* (8216).
- Eijkenaar, F. (2012). Inkoop huisartsenzorg nog een gok. *Medisch Contact*, 7, 392-395.
- Geest, S. v., & Varkevisser, M. (2010). Keuzebeïnvloeding via eigen risico werkt, maar kan beter. *TPEdigitaal*, 4 (4), 34-48.
- Heemskerk, E., Hendriks, T., & Wats, M. (2010). Vormen de 'Old Boys' een gevaar voor marktwerking in de zorg? *Goed Bestuur*, 4, 48-55.
- Heijink, R., & Mosca, I. (2012). Prijs en kwaliteit van onderhandelbare ziekenhuiszorg. *ESB Gezondheidszorg*, 97 (4627), 42-44.
- KNMG. (2002). Managed Care. 4 (3), 3-14.
- Laan, S. v. (2013, november 28). Onderzoek: Nederland heeft beste gezondheidszorg van Europa. *Elsevier*, pp. 8-9.
- Miller, N. (2006). Insurer-provider integration, credible commitment and managed-care backlash. 25, 861-876.
- Miller, R. H., & Luft, H. S. (1997). Does Managed Care Lead To Better Or Worse Quality Of Care? 16 (5), 7-25.
- NVZ. (2014). *Kwaliteit op de kaart, Ontwikkelingen en resultaten op het gebied van ziekenhuiszorg*.

- NZa. (2012). *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt. Weergave van de markt 2008-2012.*
- NZa. (2010). *Monitor Medisch Specialistische Zorg 2010.*
- NZa. (2007). *Richting geven aan keuzes Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?*
- NZa. (2007). *Richting Geven aan Keuzes. Kunnen Verzekeraars Consumenten Stimuleren naar Gecontracteerde Voorkeursaanbieders te Gaan?*
- Olsthoorn, S. (2013, mei 12). Ondernemer bezorgd, verzekeraar optimistisch over vrijeartsenkeuze. *Financieel Dagblad*, p. 7.
- Robinson, J. C., & Phibbs, C. S. (1989). An evaluation of Medicaid selective contracting in California. *Journal of Health Economics*, 8 (4), 437-455.
- Rooijen, M. R.-v., Brabers, A., & Jong, J. d. (2011). Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen. *NIVEL*, 1-6.
- Sari, N. (2002). Do competition and managed care improve quality? *Health Economics*, 11 (7), 571-584.
- Schut, F. T., & Ven, W. P. (2011). Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? *Health Economics, Policy and Law*, 6 (1), 109-123.
- Town, R., & Vistnes, G. (2001). Hospital competition in HMO networks. *Journal of Health Economics*, 20 (5), 733-753.
- Varkevisser, M., & Schut, E. (2008). *NMa moet strengere zijn bij toetsen ziekenhuisfusies.* ESB.
- Ven, W. v., & Schut, E. (2010). *Evaluatie Zorgverzekeringswet.* VGE Bulletin.
- Wu, V. Y. (2009). Managed care's price bargaining with hospitals. (28), 350-360.
- Zorgverzekeraars Nederland. (2012, Oktober). *Nieuwe kwaliteitsnormen leiden tot verdere concentratie van ziekenhuiszorg.* Opgehaald van Zorgverzekeraars Nederland: <https://www.zn.nl/concept/nieuws/pers/persbericht/?newsId=69668b5d-0185-451d-9160-b4f810bbea53>
- Zwanziger, J., & Al. (1994). How Hospitals Practice Cost Containment With Selective Contracting and the Medicare Prospective Payment System. *Medical Care*, 32 (11), 1153-1162.