

INZICHT IN KWALITEIT KAN DYNAMIEK IN ZORGVERZEKERINGSMARKT VERGROTEN

ROTTERDAM, 1 DECEMBER 2009

Zorgverzekeraars slagen er niet in om een onderscheidend aanbod te doen met hun basispolis, zo werd recent in de pers geconstateerd.¹ Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is dat de zorgverzekeraars selectief inkopen en verzekeren naar voorkeursaanbieders kunnen gidsen. Om deze beweging op gang te brengen moeten verschillen in kwaliteit van het zorgaanbod transparanter worden gemaakt, moeten zorginstellingen en zorgverzekeraars voordeel hebben van een voorkeursrelatie en zullen verzekeren bereid moeten zijn zich door zorgverzekeraars te laten gidsen. Hieraan is nu nog niet voldaan, maar de voortekenen zijn gunstig. Dat dit nog niet zichtbaar is in de polissen, wil niet zeggen dat er niet al hard aan wordt gewerkt. Inzicht in kwaliteit is daarbij cruciaal.

De belangrijkste voorwaarde voor een onderscheidend aanbod door zorgverzekeraars is dat kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders bekend zijn. Zo kunnen er geen knollen voor citroenen worden verkocht.² De meting van kwaliteit van zorg is lastig en staat nog in de kinderschoenen. Ranglijsten die regelmatig in de media verschijnen, zoals de top 10 van 'beste' ziekenhuizen, helpen daar niet bij. Het gaat om meer detailinformatie per aandoening. Een ziekenhuis kan bijvoorbeeld heel goed zijn op longgeneeskunde, en niet op orthopedie.³ Voor één aandoening zijn meerdere indicatoren nodig die iets zeggen over de zorg. Om gedragen sets van indicatoren te ontwikkelen, is samenwerking tussen medisch specialisten, ziekenhuizen, verzekeraars, patiëntenvertegenwoordigers en de overheid nodig. Investerings hierin zullen zich dubbel en dwars terugbetalen in een beter werkende zorgmarkt. In Nederland wordt er, bijvoorbeeld met ondersteuning van het programmabureau Zichtbare Zorg, hard aan gewerkt om dat verder te verbeteren. Zorgverzekeraars kunnen die informatie gebruiken om, per aandoening, selectief te contracteren. Omdat verschillende ziekenhuizen verschillende sterktes hebben, kunnen nog steeds veel ziekenhuizen worden gecontracteerd.

¹ Zie bijvoorbeeld het Financieele Dagblad van 11 en 17 november 2009.

² Zie voor een overzicht
<http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/Programma%20Zichtbare%20Zorg/Landenstudie.pdf>

³ De intraziekenhuis correlaties van 15 aandoeningsspecifieke indicatoren zijn bijna allemaal kleiner dan 0,2.

Ex-ante risicoverevening is een belangrijke en internationaal geprezen pijler van het Nederlandse zorgstelsel. Hierdoor worden verzekeraars gestimuleerd om hun inspanningen niet alleen op jonge, gezonde verzekerden te richten, maar ook werk te maken van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor oudere en relatief ongezonde klanten. Nu VWS de ex-post nacalculatie van de kosten ziekenhuiszorg verder afbouwt ontstaan ook steeds sterkere prikkels om ziekenhuizen en andere zorgaanbieders op kwaliteit te selecteren. Van elke euro aan extra zorguitgaven in de basispolis komt nu al 67 cent ten laste van het financieel resultaat van verzekeraars. Dit zogenaamde verzekeraarrisico zal de komende jaren (in 2010 tot ongeveer 75%) nog verder toenemen.⁴ Overigens duurt voor verzekeraars de feedbacklus tussen initiatieven om selectief in te kopen, patiënten beter te laten helpen en daar financieel voordeel mee te behalen, nu te lang. Experimenteren met inkoop is dus lastig. De afbouw van de ex-post nacalculatie en verdere verbetering van de ex-ante risicoverevening moet daarom gepaard gaan met een kortere feedbacklus.⁵

Naast deze financiële prikkel hebben veel verzekeraars – bijna allemaal onderlinge waarborgmaatschappij en een groot deel voormalig ziekenfonds – ook een intrinsieke motivatie om de kwaliteit van het zorgaanbod te verbeteren. Zo ontplooiën zij nu wel degelijk initiatieven om speciale contracten met voorkeursziekenhuizen af te sluiten. Dat gebeurt overigens vooral in het geliberaliseerde deel van de markt, het zogenaamde B-segment. Dat is ongeveer een derde van de omzet van ziekenhuizen. Vooral in het B-segment hebben ziekenhuizen voordeel van extra volume aan geleverde zorg en dus een prikkel om zich te onderscheiden. Verdere uitbreiding van het B-segment maakt selectieve zorginkoop interessanter voor de ziekenhuizen. Ook de verantwoordelijkheid voor de kapitaallasten, die een ziekenhuis vroeger gegarandeerd vergoed kreeg, zorgt dat een ziekenhuis een sterkere prikkel heeft om voldoende patiënten te behandelen. Het wordt dus steeds interessanter om voorkeursaanbieder te zijn en zodoende meer zorg te kunnen leveren.

⁴ De percentages verzekeraarrisico in 2009 en 2010 (exclusief de geneeskundige GGZ en de bandbreedteregeling) zijn gebaseerd op de rapportages 389b en 471 van de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening. Zie ook www.risicoverevening.nl voor antwoorden op de 10 meest gestelde vragen over nut en noodzaak van het Nederlandse systeem van risicoverevening.

⁵ Zie ook 'Onderhandelen met zorg', RVZ, <http://www.rvz.net/data/download/publo8-07.pdf>

Ten slotte de mogelijkheden om patiënten te sturen. Hoopgevend is dat verzekerden kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders blijken te ervaren. Verder is een kwart van de Nederlanders bovendien bereid om het advies van de zorgverzekeraar over ziekenhuis- en apotheekkeuze in acht te nemen. Dit percentage was een paar jaar geleden overigens hoger. Als ze ervan overtuigd zijn dat de zorgverzekeraar de voorkeursziekenhuizen heeft gecontracteerd op basis van kwaliteit, is ruim 75% bereid te switchen als daarmee hun eigen risico wordt kwijtgescholden.⁶ Uit onderzoek naar verschuivingen op de ziekenhuismarkt blijkt dat patiëntenstromen al beginnen te verschuiven. Dit geldt bijvoorbeeld voor oogheelkunde en orthopedie en dan voornamelijk in gebieden met relatief veel zorgaanbieders.⁷

Er is nog veel werk aan de winkel om de dynamiek in de zorgverzekeringmarkt te vergroten. Cruciaal hierbij is betrouwbare en begrijpelijke informatie voor consumenten over de kwaliteit van de zorg. Daarnaast is het vergroten van het belang van selectieve contracten voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten een voorwaarde. In aanvulling op de feitelijke constatering dat er nog voldoende ruimte voor verbetering aanwezig is, hebben wij hier de hoopvolle ontwikkelingen willen benoemen. Er is vandaag geen pasklare oplossing te vinden voor de uitdagingen van morgen, want transformaties kosten nu eenmaal tijd en iedereen moet wennen aan de nieuwe rollen. Maar genoemde initiatieven in de goede richting verdienen het om met beide handen te worden aangegrepen en ondersteund. Zodat verzekeraars en zorgaanbieders aan hun verzekerden en patiënten hoge kwaliteit van zorg kunnen bieden. Want daar gaat het ons allen om.

Jan-Peter Heida (jp.heida@sirm.nl)

Piet Stam (piet.stam@sirm.nl)

Lieke Boonen (lieke.boonen@sirm.nl)

Een samenvatting van dit artikel is op 1 december 2009 gepubliceerd op de pagina Zorg & Markt van het Financieele Dagblad. Zie de website www.sirm.nl voor meer informatie over kwaliteitsindicatoren, risicoverevening en consumentensturing.

⁶ 'Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem', L. Boonen en F. Schut, ESB 94(4572), p. 678-681.

⁷ 'Vizier op vertrouwen', NVZ 2009. http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/Configuratie/Themavlak/Direct__naar/Brancherapport__2009