

Gereguleerde marktwerking in de eerstelijnszorg?

Dreiging zorgt al voor deining!

Versie 2.4.

Status: concept

1. Hoofdstuk 1

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding, de vraagstelling, het theoretisch kader, de definitie van *gereguleerde marktwerking in de eerstelijnszorg* en de onderzoeksmethode beschreven.

Inleiding:

Commonsense heeft ten behoeve van de NPCF onderzoek verricht naar de mate van marktwerking in de gezondheidszorg medio juli 2007. De NPCF daarnaast onderzoek laten verrichten naar de inhoud van contracten en de bevindingen gepubliceerd in het rapport "....." dat in september 2007 is gepubliceerd en via de website van de NPCF te vinden. In deze versie van Commonsense heeft Frederik Vogelzang van de NPCF een belangrijke bijdrage geleverd aan het aanvullen van informatie en redigeren van de tekst. Deze versie wijkt aanzienlijk af van de NPCF publicatie.

Kader:

De begrippen gereguleerd, marktwerking en eerstelijnszorg dienen als kader voor het onderzoek en worden in het theoretische kader nader omschreven. Het gaat om een beschrijvend onderzoek dat betrekking heeft op de periode januari 2006 tot en met juni 2007. Concrete wijziging van wet/regelgeving (bijvoorbeeld GGZ 1 jan 2008) is in dit onderzoek meegenomen, omdat dit nu al effect heeft op het gedrag van partijen)

Vraagstelling

In hoeverre is er sprake van het ontstaan of bestaan van gereguleerde marktwerking in de eerstelijnszorg?

Theoretisch kader

De opvattingen over marktwerking in de gezondheidszorg lopen sterk uiteen. De discussies leiden vaak tot een Babylonische spraakverwarring. Het ontbreken van een eenduidige definitie van het begrip marktwerking is één van de oorzaken. Marktwerking kent tal van definities:

- Onbelemmerde confrontatie van vraag en aanbod (Van Dale 2005)
- Vrijgeven voor onderlinge concurrentie (liberalisering) en/of het overbrengen van de publieke naar de private sector (Raad voor Verkeer en Waterstaat 2004)
- Vrijheid aan de vraag en aanbodzijde (Brandsen 2000)
- Marktwerking staat voor private spelers, de werking van het prijsmechanisme en open concurrentie (Katholieke Universiteit van Leuven 2004)
- Marktwerking is als er concurrentie bestaat (Putters 2001)

Gemakshalve wordt bij veel discussies over marktwerking in de gezondheidszorg vaak vergeten dat de recente stelselwijziging gericht is op het invoeren van 'gereguleerde' marktwerking. Een belangrijke toevoeging die enige richting kan geven aan het duiden van de ontwikkelingen.

Het onderzoek van Commonsense naar het ontstaan of bestaan van gereguleerde marktwerking in de eerste lijn heeft niet de pretentie een einde te maken aan deze begripsverwarring, maar voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is het uiteenrafelen van de ogenschijnlijke kluwen wel een noodzakelijke eerste stap. Het beschrijven van de van de belangrijkste elementen van de begrippen uit de vraagstelling kan helpen om inzicht te krijgen in de gevolgen van de stelselwijziging voor eerstelijnszorg. De onderzoekers streven daarbij niet naar eenduidige en breed gedragen definities, maar

benoemen de belangrijkste elementen, zodat de Gordiaanse knoop enigszins kan worden ontward.

De invoering van gereguleerde marktwerking is erop gericht om een nieuwe balans te vinden tussen de doelmatigheid en rechtvaardigheid van het gezondheidszorg- en verzekeringsstelsel in Nederland. In de internationale literatuur omschreven als: het bereiken van een optimale trade-off tussen efficiency en equity. Overheidsregulatie is noodzakelijk om het hoofd te bieden aan dreigend marktfalen en omgekeerd zou marktwerking het optreden van overheidsfalen moeten voorkomen. Regulering en marktwerking zijn in het nieuwe stelsel onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Overheidsregulatie

De rol van de overheid in het nieuwe stelsel is erop gericht een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen te garanderen. Bij verdelingsvraagstukken zijn publieke en patiëntenbelangen in het geding, zoals: kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid (beleidsagenda, VWS 2007). Via wet- en regelgeving kan de overheid voorwaarden en prikkels creëren die deze kernwaarden waarborgen.

Regulering van de 3 zorgmarkten vindt plaats door de overheid of overheidsgerelateerde partijen als politiek, het ministerie van VWS, de NZa, de NMa, CVZ, inspectie van Volksgezondheid en adviesorganen als RVZ en gezondheidsraad.

De basis voor het huidige zorgstelsel in het publieke domein wordt gevormd door de zorgverzekeringswet (ZVW), algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), wet markt ordening gezondheidszorg (WMG) en de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). In dit onderzoek worden de voorwaarden en prikkels als gevolg van wet- en regelgeving en overheidsbeleid die relevant zijn voor het ontstaan/bestaan van marktwerking in de eerstelijnszorg in kaart gebracht.

Marktwerking

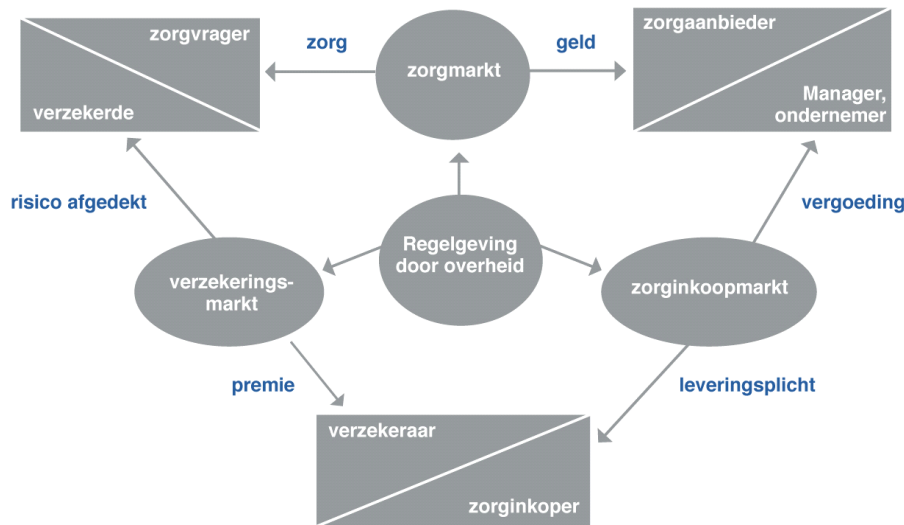
Zoals aangegeven beoogt de introductie van marktwerking de doelmatigheid van het stelsel te vergroten. Het doel van marktwerking in de (eerstelijns)zorg is het vergroten van de breuk tussen effectiviteit/kosten; dus meer effect per geïnvesteerde euro of op z'n minst hetzelfde effect voor minder euro's. De gedachte is dat de interactie tussen zorgvraag en zorgaanbod deze effecten bewerkstelligt.

Marktwerking speelt zich af op verschillende terreinen. De bekende driehoek van zorggebruikers/verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars (zie figuur) brengt drie markten in beeld:

- de zorgmarkt;
- de verzekeringsmarkt;
- de zorginkoopmarkt.

Dit model dient als ordeningsmodel voor het onderzoek en indeling van dit rapport. Dit zou kunnen suggereren dat de markten op zichzelf staan. Dit is zeker niet het geval. Er bestaat een grote onderlinge samenhang en beïnvloeding. Getracht is om dat aspect op de meest logische plaats in dit rapport te beschrijven.

Conceptueel model: Marktwerking in de zorg



In het onderzoek naar het ontstaan/bestaan van gereguleerde marktwerking in de eerste lijn wordt het marktgedrag van de genoemde partijen op de verschillende markten in kaart gebracht. We maken daarbij onderscheid naar voorgenomen gedrag en feitelijk gedrag.

Het *voorgenomen gedrag* komt tot uitdrukking in beleidsplannen, intentieverklaringen, mission statements, presentaties, brochures etc. Deze openbare uitingen van het *voorgenomen gedrag* worden in het onderzoek op een rij gezet. Om te beoordelen in hoeverre het voorgenomen gedrag ook in de praktijk naar voren komt, gaan de onderzoekers op zoek naar feitelijke gedragingen die tot uiting kunnen komen in: het aanbieden van innovatieve zorgproducten, ketenvorming, prijsontwikkeling, verzekeringspolissen, reclameboodschappen, premiestelling (en tussentijdse premieaanpassingen), zorginkoopcontracten, grootschalige fusies etc.

Eerstelijnszorg

Een verdere afbakening van de vraagstelling komt voort uit het speelveld waarop de genoemde partijen (zorggebruikers/verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars en overheid) actief zijn: de eerstelijnszorg. Er zijn op dit moment twee leidende indelingscriteria voor de eerstelijnszorg; de functionele indeling en de discipline indeling.

De eerstelijnszorg wordt omschreven vanuit het perspectief van de patient in de zorgfuncties. Deze indeling wordt in de zorgverzekeringswet aangehouden, wordt door het ministerie van VWS onderschreven en is recent omschreven door de NPCF¹:

- preventieve zorg
- generalistische medische zorg
- farmaceutische zorg
- beweging en mobiliteit
- mondzorg
- psychosociale zorg
- ouder en kindzorg
- zorg aan huis

¹ NPCF Eerstelijnszorg voorop 22 november 2006

Daarnaast wordt de meer traditionele indeling in disciplines in de eerstelijnszorg, zoals jarenlang gebruikelijk is geweest en nog steeds haar stempel drukt op de bestaande verdeling van de eerstelijnszorgmarkten. Deze indeling is in het verleden beschreven door de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)²:

- huisarts
- tandarts
- fysiotherapeut
- oefentherapeut Cesar/Mensendieck
- ergotherapeut
- logopediste
- apotheker
- wijkverpleegkundige/verzorgende
- dietiste
- verloskundige
- maatschappelijk werker
- eerstelijns psycholoog
- bedrijfsarts
- consultatiebureau
- artsenlaboratorium/diagnostisch centrum

Bij het beoordelen of er sprake is van gereguleerde marktwerking is de discipline indeling als uitgangspunt gehanteerd. In de dagelijkse praktijk, de organisatie van zorg en zorgverzekeraars en de belangenorganisaties van eerstelijns partijen is de discipline indeling veelal leidend. Daarom is voor de traditionele indeling gekozen. In het onderzoek zal het effect van de functionele benadering wel aan de orde komen.

Onderzoeksmethode

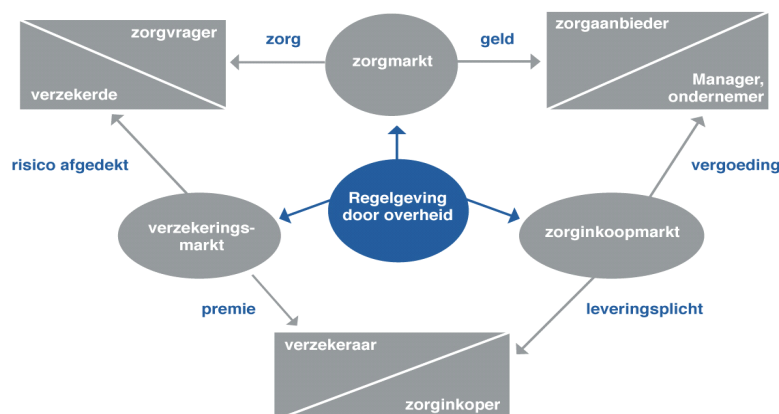
- een literatuurstudie van relevante beleidswijzigingen of organisatie van de eerstelijnszorg in relatie tot (gereguleerde) marktwerking
- een digitale inventarisatie onder actief in de eerstelijnszorg betrokken personen, van zorgaanbieders tot en met beleidsmakers uit alle partijen in de eerstelijnszorg (n = 104),
- interviews met vertegenwoordigers van VWS, ZN, NZa, LHV, LVG, KNMP, en KNGF
- een enquête onder vertegenwoordigers van alle andere landelijke eerstelijns vertegenwoordigers van zorgaanbieders en patienten
- praktijkervaring van Commonsense

²

www.lvg.org 2007

2. Hoofdstuk

De overheid



Regulering

In dit hoofdstuk wordt op basis van de indeling van het conceptueel model de regulering door de overheid nader uitgewerkt. Alleen de wet- en regelgeving die direct betrekking heeft op de regulering van de marktwerking is beschreven. De overheid is verantwoordelijk voor de borging van de kernwaarden kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid en creert hiervoor de randvoorwaarden c.q. het wettelijk kader³.

Inleiding

Regulering door de overheid vindt gefaseerd plaats. Te onderscheiden zijn:

- agendasetting
- formuleren van beleidsvoornemens
- inwinnen van advies
- besluitvorming
- uitvoering van het beleid

De regulering door de overheid en overheidsgerelateerde organisaties vindt in alle fases plaats. Het veranderingsproces van het systeem van centraal aanbod gestuurde zorg naar het systeem van vraaggerichte gereguleerde marktwerking in de zorg bevindt zich deels in de besluitvormingsfase (op deelaspecten of implementatie), maar grotendeels in de uitvoeringsfase. Gezien de complexiteit van het zorgsysteem en de onmogelijkheid om alle effecten te overzien bestaat het juridisch kader uit kaderwetten (ZVW, AWBZ, WMO, WMG), algemene maatregelen van bestuur (AMVB) en uitvoeringsregels (bijvoorbeeld beleidsregels Nza of aanwijzingen van de Inspectie van Volksgezondheid). Daarnaast wordt het wetgevend kader gevormd door jurisprudentie. Alhoewel langzaam is het wet- en regelgevend kader een dynamisch proces, waarin permanente ontwikkelingen plaatsvinden bijvoorbeeld door nieuwe adviezen van de gezondheidsraad of Raad voor Volksgezondheid of politieke interventies.

Politieke actualiteit:

Politiek bestaat er een minderheid die zich afzet tegen marktwerking in de zorg⁴. De coalitie van deze partijen is fundamenteel tegen liberalisering van de publieke functies waaronder de zorg. Door politieke interventies worden transitieproblemen van het gereguleerde marktwerkingsysteem ter discussie gesteld. Maar ook andere politieke partijen volgen het veranderingsproces op de voet. Dit leidt tot kritische beschouwingen en soms tot aanpassing of temporisering van de beleidsuitvoering (bijvoorbeeld bij de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

³ Wetten, algemene maatregelen van bestuur, beleidsregels, etc

⁴ www.dezorgisgeenmarkt.nl

Recent heeft minister van der Hoeven van economische zaken aangekondigd onderzoek te laten doen naar de effecten van marktwerking in de publieke sector op de burger in hun rol als consument en belastingbetaler⁵. Op basis van de uitkomst kan regulering aan de orde zijn. Ook binnen bijvoorbeeld de farmacie is er sprake van regulering. Een belangrijke toetredingsbelemmering is de kwaliteitseis dat er per apotheek een apotheker moet zijn. In de nieuwe geneesmiddelenwet die door de Tweede Kamer is goedgekeurd⁶ en nog in 2007 door de Eerste Kamer behandeld zal worden blijft deze bepaling van kracht.

Echter anno 2007 is de invoering van een andere zorgsysteem een feit. Er zijn al enkele belangrijke wetten ingevoerd of in verregaande fasering van invoering en uitvoeringsregels zijn al van toepassing. Vanuit dat perspectief is er sprake van een irreversibel proces van aanbodsturing naar vraagsturing; van overheidsregulering naar gereguleerde markt.

Financiële diversiteit:

De eerstelijnszorg kent een ingewikkeld en divers financieringskader. De eerstelijnszorg wordt gefinancierd uit verschillende bronnen; het basispakket binnen de zorgverzekeringswet (bijvoorbeeld huisarts), de aanvullende verzekeringen (eerstelijns psycholoog) of een gemengde financieringsvorm (fysiotherapeut of apotheek). Daarnaast bestaan er nog andere financieringsvormen als de AWBZ (thuiszorg en kraamzorg), het gemeentefonds (algemeen maatschappelijk werk – collectieve preventie), werkgevers financiering (bedrijfsarts) of private financiering (eigen bijdrage of zelfzorgmedicatie). Door aanpassingen in de wet/regelgeving wordt getracht om schotten in de financiering te slechten. Bijvoorbeeld door de kortdurende zorg in de AWBZ (< 1 jaar) over te hevelen naar de ZVW. Echter het is niet de verwachting dat de diversiteit van het financieringskader zal verdwijnen. Dit heeft invloed op het gedrag van alle marktpartijen en markten in de zorg en zal nader uitgewerkt worden wanneer dit aan de orde is.

Zorgverzekeringswet:

De zorgverzekeringswet (2006) is een verplichte basis ziektekostenverzekering voor alle in Nederland wonende of werkende mensen. De ZVW wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars die op basis van concurrentie tot de beste kwaliteit – prijs te komen en daarmee proberen om verzekerden aan zich te binden.

In de ZVW staat de functionele of functiegerichte omschrijving van de zorg. Dit houdt in dat de zorg omschreven staat en niet de zorgverlener. Dit is een van de belangrijkste voorwaarden om tot concurrentie te komen buiten het domein van één beroepsgroep⁷. Ook verdwijnt hiermee afgebakende budgettaire kaders tussen de eerste- en de tweede lijn. Er ontstaat in principe één curatief budget. Maar binnen het ministerie van VWS bestaat binnen het budgettaire kader zorg nog wel een macrokader per beroepsgroep en zijn de afspraken op onder/overschrijding nog niet in overeenstemming met het principe “*geld volgt zorg*”. Hierdoor oefent de overheid invloed uit op de mate van marktwerking. Een voorbeeld hiervan is het beleidsvoornemen van minister Klink om de huisartsen te korten op de budgetoverschrijving van 2006⁸. Indien geëffectueerd kan dit een aanzienlijke invloed hebben op het gedrag van marktpartijen.

I.v.m. de overheidsverantwoordelijkheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het zorgsysteem zijn in de wet bepalingen opgenomen; bijvoorbeeld iedereen > 18 verplicht verzekerd en acceptatieplicht voor het basispakket, de zorgplicht van de verzekeraars, WGBO voor zorgverleners. Dit zijn voorbeelden van regulering gericht op de kernwaarden vanuit publiek en patientenbelang (kwaliteit, toegankelijkheid). Maar ook bepalingen op het gebied van eigen risico. Het eigen risico is wettelijk gemaximeerd, terwijl

⁵ Ministerie van Economische Zaken 31 mei 2007

⁶ Ministerie van VWS 21 april 2007 Veranderingen in de zorg 2007

⁷ In de Ziekenfondswet waren bepaalde aanspraken gebonden aan bepaalde zorgaanbieders; bijvoorbeeld huisarts of verloskundige.

⁸ Elsevier 26 mei 2007 Citaat uit nog niet gepubliceerde Voorjaarsnota

eigen risico (financieel nadeel) economisch de beste methode blijkt om zorgconsumptie te beïnvloeden⁹. Dit is ook een vorm van regulering van de marktwerking (betaalbaarheid). Slechts 7 % van de verzekerden heeft een eigen risico¹⁰.

Het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ)¹¹ is de onafhankelijke pakketbeheerder voor de ZBW en de AWBZ. In het basispakket kunnen jaarlijks aanpassingen voorkomen. Het CVZ hanteert hiertoe een aantal maatstaven en wordt hiertoe inhoudelijk geadviseerd door de Gezondheidsraad en Raad Voor Volksgezondheid. Ook de politiek heeft invloed op de samenstelling van het basispakket. In de onderzoeksperiode (2006 – juni 2007) hebben de volgende aanpassingen plaatsgevonden of zijn definitief aangekondigd per 1 januari 2008.

In het basispakket van de ZVW is vanaf 2006 dieetadvisering (4 uur per jaar) als functie opgenomen. Vanaf 2008 zal de eerstelijns psycholoog (8 behandelingen) onderdeel worden opgenomen. In de uitwerking van het regeerakkoord is ook de terugkeer van de halfjaarlijkse tandartscontrole in het basispakket aangekondigd en de uitbreiding van het aantal uren kraamzorg. De (verwachte) effecten van deze uitbreiding van het basispakket zullen verder in deze rapportage worden uitgewerkt.

AWBZ:

De AWBZ (1967) is een verplichte volksverzekering voor onverzekerbare ziekte risico's voor in Nederland wonende of werkende mensen. Door uitbreiding van het pakket en het aantal mensen dat een beroep deed op de AWBZ zijn de kosten de laatste decennia steeds verder gestegen. Dit heeft er toe geleid dat de AWBZ gefaseerd wordt aangepast en beperkt. Instrumenten hiervoor zijn het beperken van de omvang van de aanspraken (bijvoorbeeld het stoppen van subsidies) door overheveling naar de ZVW (kortdurende zorg < 1 jaar), AV of private financiering (rollators). Een andere vorm is het reguleren van de toegang tot de AWBZ (indicatiestelling) of differentiatie in de financiering (zorgzwaarte pakketten). Door deze maatregelen tracht de overheid haar verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid waar te maken.

De AWBZ kent 6 functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. De huishoudelijke verzorging is per 1 januari 2006 overgeheveld naar de WMO. Een deel van deze 6 functies wordt uitgevoerd in de eerstelijnszorg. Bij de uitvoering kan gekozen worden voor zorg in natura of een persoonsgebonden budget.

De AWBZ wordt uitgevoerd door zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor alle inwoners van een bepaald gebied (AWBZ regio). Inwoners van een bepaalde regio hebben geen keuze inzake het zorgkantoor (verzekeringsmarkt). Er is geen concurrentie tussen de zorgkantoren (verzekeringsmarkt), wel zijn er beheersinstrumenten als contracteerruimte, maatstafconcurrentie, benchmark, wachtlijstbeheer en aanbesteding zorgaanbieders (zorginkoopmarkt).

In de AWBZ is de Wet Toegelaten Zorginstellingen (WTZi 2006) van invloed op de organisaties in de eerstelijnszorg. De WTZi heeft als doelstelling om minder overheidsbemoeienis te krijgen met de capaciteit en de bouw van zorginstellingen¹². Om een adequaat beleid te laten plaatsvinden zijn er regels gesteld ten aanzien van bestuur, toezicht, positionering van cliënten en (maatschappelijke) verantwoording. Door de (gedeeltelijke) overheveling van de thuiszorg naar commerciële organisaties heeft dit invloed op de marktwerking – positionering van de eerstelijnszorg.

De ontmanteling of dreigende ontmanteling van de AWBZ (huishoudelijke zorg naar de WMO per 2006; kortdurende GGZ < 1 jaar naar de ZVW) zorgt voor aanzienlijke dynamiek

⁹

¹⁰ NZa/NIVEL Monitor zorgverzekeringsmarkt deelrapportage Overstapedrag chronisch zieken 2006

¹¹ www.cvz.nl Functie en missie CVZ 2007

¹² www.minvws.nl Wet Toegelaten Zorginstellingen 2007

op de zorgmarkt. De aanbesteding binnen de huishoudelijke zorg heeft tot veel commotie geleid. De overheveling van de kortdurende GGZ resulteert in strategische herpositionering van met name tweedelijns GGZ instellingen en nieuwe toetreders¹³. Per 2008 zal de Advies Instructie en Voorlichting (AIV) regeling in de AWBZ vervallen. Dit heeft vooral effect op de inzet van de gespecialiseerde verpleegkundigen in de eerstelijns chronische ketenzorg als diabetes en astma COPD.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning:

De WMO (2007) heeft als doelstelling dat iedereen, jong oud, ziek gezond, kan participeren in de maatschappij. De WMO ontstaat door samenvoeging van de welzijnswet, wet voorzieningen gehandicapten, een aantal subsidieregelingen uit de AWBZ (bijvoorbeeld mantelzorgondersteuning), AWBZ huishoudelijke verzorging, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Door de WMO krijgen gemeenten een belangrijkere rol in het lokaal gezondheidsbeleid. Belangrijk verschil is dat er in de WMO geen aanspraken zijn, maar gemeentelijk politiek beleid, maar later maakt het een integraal onderdeel uit van het gemeentefonds. De gemeente kan zelf bepalingen stellen aan de toekenningen van de WMO uitkeringen. Hierdoor zullen minder draagkrachtige mensen op de lange duur meer profiteren van de WMO en is daarmee de maatschappelijke solidariteit op lokaal niveau gewaarborgd. De WMO kent 9 prestatievelden¹⁴. Door de WMO zal naar verwachting de lokale samenhang met de eerstelijnszorg worden vergroot.

Risicoverevening afbouwen:

Risicoverevening is een pijler in het zorgsysteem om de toegankelijkheid en solidariteit te waarborgen. Risicoverevening zorgt er voor dat de zorgverzekeraar voor voorspelbaar verliesgevend verzekerden gecompenseerd wordt.

De noodzaak voor een dergelijk systeem komt voort uit de acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie. De risicoverevening van zorgverzekeraars vindt met name plaats in de tweedelijnszorg. De zorgverzekeraars lopen daar ca 50 % risico op de variabele kosten. In de eerstelijnszorg zijn de zorgverzekeraars 100 % risicodragend. Daarnaast vindt een ex ante en ex post verevening plaats, waarmee het veranderingsproces van overheid – aanbod - gestuurde zorg naar vraaggerichte - markt - gestuurde zorg zonder al te grote maatschappelijke effecten kan worden ingevoerd met behoud van solidariteit en marginaliseren van risicoselectie.

Door de functionele omschrijving ontstaat bij de zorgverzekeraars in principe de mogelijkheid om tot substitutie van zorg van de tweede- naar de eerstelijnszorg over te gaan. Dit wordt echter geremd door het systeem van risicoverevening en heeft dus een dempend effect op marktwerking.

In het coalitieakkoord¹⁵ staat aangegeven dat de risicoverevening aangepast zal gaan worden, zodat de zorgverzekeraars meer risico gaan lopen in de tweede lijn en er meer marktwerking zal ontstaan op de zorginkoopmarkt. De concrete uitwerking van dit beleidsvoornemen is nog niet bekend. De NPCF hecht er grote waarde aan dat de doelstelling van de risicoverevening “het voorkomen van risicoselectie door zorgverzekeraars en behoud van solidariteit” ook in de toekomst behouden blijft.

Invoering verrichtingenfinanciering:

De invoering van DBC¹⁶ financiering in de ziekenhuizen en specialistische GGZ zal naar verwachting in combinatie met het afbouwen van risicoverevening tot betere marktwerking op de zorginkoopmarkt leiden. Op dit moment behoort slechts 10 % van de verrichtingen in de ziekenhuizen tot het zogenaamde B segment (vrije prijzen). De overige 90 % financiering van de ziekenhuizen vindt plaats op basis van de functiegerichte bekostiging. De

¹³ Artikel GGZ Medisch Contact 2007 (titel) de Wildt, Janssen en Pop (in bewerking)

¹⁴ LVG WMO en de eerste lijn; over samenwerking tussen gemeenten en eerstelijns organisaties 2007

¹⁵ Coalitieakkoord CDA, PVDA en CU 7 februari 2007

¹⁶ Diagnose Behandel Combinatie is een verrichtingenfinanciering

vrijgevestigde medisch specialisten worden bekostigd op basis van een lumpsum financiering. Dit houdt in dat in de specialistische zorg nog maar beperkt sprake is van marktwerking. Echter in het coalitieakkoord wordt tevens aangegeven dat het B segment per 1 januari 2008 uitgebreid zal worden naar 20 % en in de komende jaren verder uitgebouwd zal worden naar 70 – 80 % van de ziekenhuisverrichtingen. Hierdoor ontstaat er meer marktwerking (substitutie) tussen de tweede- en de eerstelijnszorg. De NZa heeft recent in een uitvoeringstoets over financiering van ziekenhuizen¹⁷ deze beleidslijn nader uitgewerkt en geadviseerd aan het ministerie van VWS om dit beleid door te zetten. Het effect hiervan is dat de ziekenhuizen en medisch specialisten niet meer “automatisch” kunnen rekenen op financiering, maar dat dit gekoppeld wordt aan DBC verrichtingen. Zorgverzekeraars zullen beoordelen of bepaalde routinematige en planbare zorg niet beter in de eerste lijn kan worden ingekocht (substitutie)¹⁸.

Financiering huisartsenzorg:

De financiering van de huisartsenzorg is per 2006 aanzienlijk gewijzigd. De afspraken die hierover zijn gemaakt zijn een vorm van regulering¹⁹. Voor 2006 was er sprake van een abonnementsysteem waarin geen enkele prikkel tot productie van toepassing was. Vanaf 2006 is er een combinatiesysteem van een inschrijftarief (vaste component), consulten en modules (variabele componenten). Er is nauwelijks vrije prijsvorming (alleen bij de module M&i). Door de nieuwe financiering worden huisartsen geprikkeld om tot een hogere productie te komen. Er is vooral concurrentie op volume. Ten aanzien van de modules praktijkondersteuning en modernisering en innovatie is tevens afgesproken dat er een open eind financiering (geen macrokader) van toepassing zal zijn. De nieuwe financiering levert over 2006 de volgende resultaten op:

Activiteit	Begroot 2006	Gedeclareerd over 2006 ^a	Saldo
Verrichtingen	513	596	+ 83
Inschrijvingen	840	777	- 63
Passanten	25	7	- 18
Digitaal declareren	15	15	0
Populatiegebonden	25	22	- 3
Praktijkondersteuning	tenminste 49	75	+ 26
Modernisering en innovatie	tenminste 75	101	+ 26
Totaal	1541	1593	+52

^a Na correcties voor dubbeldeclaraties, “switchers” en andere administratieve problemen. Volgens Vektis betreft dit de betaalbaar gestelde declaraties

Tabel 2 Kosten huisartsenzorg 2006 exclusief Avond Nacht en Weekenddiensten (in miljoenen)
Bron: Vektis 2007

Geconcludeerd kan worden dat de huisartsen op drie productiegebonden onderdelen (consulten, praktijkondersteuning en modernisering & innovatie) een hogere productie hebben gerealiseerd. Daaruit kan opgemaakt worden dat financieringsprikkels marktgedrag van de huisartsen hebben beïnvloed. Er zijn ten gevolge van het nieuwe financieringssysteem problemen geweest bij de invoering en er bestaat nog steeds discussie over de juistheid en volledigheid van de declaraties.

¹⁷ NZA Op weg naar vrije prijzen 19 april 2007

¹⁸ Maes – de Wildt Medisch Contact Meer accent op de eerste lijn september 2006

¹⁹ Vogelaarakkoord tussen VWS, LHV en ZN 13 juni 2005

VWS beleid versterking eerste lijn:

Het ministerie van VWS faciliteert al enkele jaren het programma versterking eerstelijns zorg door het LOVE²⁰. Alle eerstelijns partijen participeren in dit overleg en bespreken maatregelen om de eerstelijnszorg te versterken. Een belangrijke taak van VWS is het stimuleren van de verbetering van de transparantie aangezien de informatieproblematiek een negatief effect heeft op de marktwerking.

LOVE ontwikkelt ondermeer instrumenten om de vraagsturing te stimuleren; in dit kader is de Vraag en Aanbod Analyse Monitor²¹ van belang. Op basis van de zorgvraag gegevens kunnen voorspellingen worden gedaan over de verwachte zorgvraag en hiermee rekening te houden met de planning. De eerste openbare Internet versie van de VAAM is in 2006 in gebruik genomen; per juni 2007 zal een nieuwe verbeterde versie beschikbaar zijn. Ook heeft het ministerie van VWS de opdracht gegeven om een samenwerkingsmonitor te ontwikkelen voor de eerste lijn²² aangezien er geen inzicht bestaat in de mate van samenwerking in de eerste lijn. Met dit instrument kan beter ingeschat worden hoe de partijen reageren op de veranderende marktomstandigheden.

Het ministerie van VWS investeert ook in de verbetering van de informatievoorziening aan burgers. Op www.kiesbeter.nl kunnen zorgverzekeraars vergeleken worden en www.zorgindebuurt.nl wordt door het RIVM opgezet om de informatie over zorgaanbieders te verbeteren. Overigens functioneren deze Internet instrumenten nog niet voldoende door respectievelijk gebruikersproblemen (ouderen gehandicapten) of het gebrek aan informatie. Het stimuleren van het ontwikkelen van de CQ index²³ is ook een onderdeel geweest van het beleid om de klantpositie in de zorgmarkt te verbeteren. Daarnaast heeft VWS aan diverse koepelorganisaties subsidies toegekend om deelprojecten ter versterking van de eerstelijnszorg te bevorderen. Bijvoorbeeld het project Eerstelijnscentra door cliënten bekeken (ECB)

Het experiment benchmark huisartsenzorg is afgerond en medio 2007 is het ministerie van VWS samen met de LHV/NHG het project de nieuwe praktijk gestart²⁴. In dit project waarin huisartsen elkaar kunnen stimuleren tot innovatie in de huisartsenpraktijk.

Het ministerie van VWS heeft in oktober 2006²⁵ extra ruimte geschapen om de marktwerking te stimuleren. In een brief aan de NZa geeft VWS een aanwijzing om innovaties gemakkelijker en sneller te kunnen realiseren. De NZa heeft deze aanwijzing verwerkt in de module innovatie en geïntegreerde eerstelijnszorg.

Nederlandse Zorgautoriteit:

De NZa is een van de toezichthouders die in dit onderzoek zijn betrokken. De NZa is formeel in oktober 2006 van start gegaan. De NZa heeft voor haar taak een aantal instrumenten ter beschikking:

Ten eerste het opstellen van beleidsregels. Eind 2006 is de beleidsregel module innovatie en geïntegreerde eerstelijnszorg van kracht geworden²⁶. Hiermee kan zonder formele toetsing vooraf een op de zorginkoopmarkt overeengekomen innovatief initiatief tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar gedurende 3 jaar experimenteel worden opgezet. In een eerste evaluatie van de beleidsregel blijken er vooral operationele bezwaren. Er bestaat geen inzicht in de hoeveelheid aanvragen van deze module. Uit een eerste analyse blijken vooral voormalige RIZ projecten²⁷ omgezet te worden. Per augustus 2007 is de beleidsregel aangepast²⁸

²⁰ LOVE Landelijk overleg versterking eerstelijnszorg VWS directie curatieve zorg 2004

²¹ NPCF project in samenwerking met het NIVEL 2 juni 2006

²² NIVEL L. Hingstman Samenwerkingsmonitor eerstelijnszorg 2006

²³ CQ index (consumer quality) met de klantervaringen in de zorg

²⁴ Ministerie VWS 12 juni 2007

²⁵ Ministerie van VWS 31 oktober 2006 Eenvoudig innovatief zorgaanbod inkopen

²⁶ NZa december 2006 beleidsregel modernisering, innovatie en geïntegreerde eerste lijn

²⁷ CVZ regeling 2003 Regeling initiatiefruimte ziekenfondswet

²⁸ NZa 1 augustus 2007

Ten tweede het opstellen van uitvoeringstoetsen om te adviseren over beleid en regelgeving (gevraagd en ongevraagd) bijvoorbeeld over de financiering van de praktijkondersteuner GGZ; een nieuwe functie in de huisartsenpraktijk per 2008.

Ten derde het bepalen van algemene condities voor het functioneren en/of reguleren van de markten; zoals het opstellen van prestatiebeschrijvingen, kostentoerekenprincipes, prijsplafonds en toezichtregels. Bijvoorbeeld de prestatiebeschrijving psychologische hulp die vanaf 2008 in het basispakket komt (8 sessies ELP met een eigen bijdrage van € 10 per sessie).

Ten vierde kwalitatief onderzoek naar het functioneren van de marktwerking; bijvoorbeeld de monitor Zorgverzekeringsmarkt²⁹ of de monitor Experiment vrije prijzen fysiotherapie³⁰

Ten vijfde gerichte controle naar aanleiding van klachten over bijvoorbeeld misleidende reclame of misbruik van aanmerkelijke marktmacht NMa; bijvoorbeeld een ziekenhuis die aan prijsdumping doet om de diabetesketenzorg aan het ziekenhuis te binden en hiermee oneerlijk concurreert met een huisartsenlaboratorium.

Ten zesde beleidskaders, richtlijnen en instrumenten om veldpartijen kaders te geven waarbinnen de (gereguleerde) marktwerking plaats dient te vinden; bijvoorbeeld het Richtsnoer informatieverstrekking. Hiermee wil de NZa de informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan verzekerden op de verzekeringsmarkt verbeteren; bijvoorbeeld over specifieke service door zorgaanbieders of wachttijden.

Door het korte bestaan van de NZa (1-10-2006) bestaat er nog geen inzicht in de hoeveelheid en aard van de klachten die betrekking hebben op de (gereguleerde) marktwerking in de eerstelijnszorg.

De NZa en NMa begeven zich deels op gelijksoortige gebieden en hebben hiertoe werkafspraken gemaakt³¹. Voor de toekomst wordt uitgegaan van een fusie tussen de NMa en de NZa.

Nederlandse Mededingingsautoriteit:

De NMa is de uitvoeringsorganisatie voor de Mededingingswet (1998). De NMa heeft 4 specifieke taken:

- ziet toe op eerlijke concurrentie
- bestrijdt partijen die kartels vormen en prijsafspraken maken
- bestrijdt misbruik van economische machtsposities
- toetst overnames en fusies

De NMa stelt beleidskaders op die ook van toepassing zijn op de (eerstelijns)zorg; bijvoorbeeld de Richtsnoeren zorg (2002), waarin vastgelegd is wat partijen in de zorg wel en niet mogen in het kader van eerlijke concurrentie. Voor de eerstelijnszorg specifiek is de groepsvrijstellingsregeling van belang, omdat hierin beschreven wordt op welke wijze meerdere zelfstandig gevestigde zorgaanbieders gezamenlijk mogen onderhandelen op de zorginkoopmarkt. Maar de NMa toetst ook de overnames en fusies bijvoorbeeld door zorgverzekeraars (VGZ – Univé – Trias - IZZ³² of Achmea – AGIS of CZ - DLO³³) Maar ook zorgorganisaties die (deels) actief zijn in de eerstelijnszorg (stichting Pantein en STBNO³⁴).

Inspectie van Volksgezondheid:

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg en bewaakt de rechten van de patiënt. De IGZ richt zich specifiek op de zorgmarkt. De IGZ kent algemeen toezicht en thematisch toezicht. In 2006 heeft de IGZ onderzoek gedaan naar diverse onderdelen van de eerstelijnszorg; bijvoorbeeld de huisartsenposten en het weigeren

²⁹ NZa De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt juni 2006

³⁰ NZa Monitor fysiotherapie juni 2007???

³¹ NMa/NZA werkafspraken 27 – 10 - 2007

³² NMa geeft groen licht voor twee fusies in de zorgverzekeringsmarkt 10 – 10 - 2006

³³ NMa keurt fusie CZ en DLKO goed 21 augustus 2007

³⁴ NMa gaat fusie zorginstellingen Noord Brabant onderzoeken 11 – 07 - 2006

van medische zorg aan onverzekerden. In 2007 heeft de IGZ een waarschuwing gericht aan burgers over Internet medicijnen en Internet dokters. De IGZ is voornemens om een risico detectie project te starten om de effecten van marktwerking op de kwaliteit van de zorg te onderkennen en monitoren.

Conclusie:

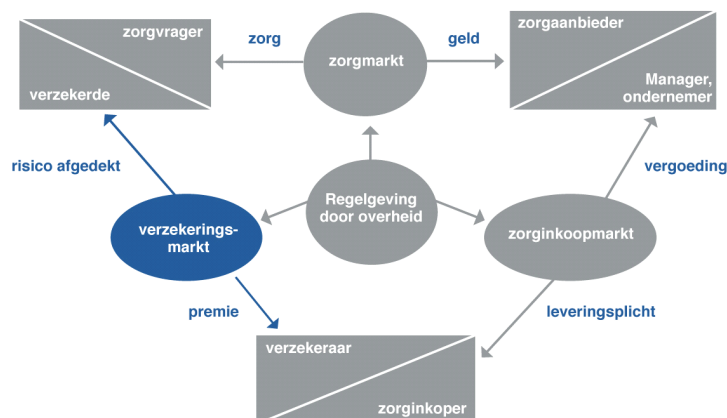
Door de nieuwe wet/regelgeving is er veel dynamiek ontstaan in het zorgsysteem in zijn algemeenheid. Vooral de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet heeft directe impact gehad op burgers, zorgaanbieders en organisaties.

Belangrijkste probleem is de complexiteit van de informatievoorziening en effecten van de veranderingen in wet/regelgeving voor de burgers. Het beleid van VWS is er dan ook op gericht om vooral de transparantie te stimuleren en de informatie voor de burgers te vergroten. Er is in de onderzoeksperiode een belangrijke ontwikkeling ingezet om de klantervaringen op een eenduidige manier te gaan meten (CQ index) en daarmee de klantpositie te verbeteren. Aandachtspunt is de positie van de patient in het nieuwe zorgsysteem.

Een tweede belangrijk probleem is de kostenontwikkeling. De komende jaren zal moeten blijken of de wet/regelgeving voldoende invloed heeft op een beperkte kostenontwikkeling. Het fundament van de juridische infrastructuur is gelegd, de implementatie en de aanpassing bij geconstateerde problemen is in volle gang.

H 3. Verzekeringsmarkt:

De verzekeringsmarkt



Op de verzekeringsmarkt zijn een aantal gedragingen op te merken die achtereenvolgens worden beschreven.

Premieontwikkeling en overstapgedrag 2006

Op de verzekeringsmarkt is in 2006 een groot aantal mutaties geweest. Ongeveer 18 % van de verzekerden is in 2006 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar³⁵. De redenen hiervoor zijn de grote publiciteit voor de nieuwe zorgverzekeringswet:

- het reclamebudget van de zorgverzekeraars in 2005 was een factor 1,5 hoger dan het jaar daarvoor (totaal € 74 miljoen)³⁶
- de voorlichtingscampagnes van de overheid

³⁵ NZa/NIVEL Tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt juni 2006

³⁶ Deloitte en Touch april 2006 Onderzoek naar effectiviteit reclame zorgverzekeraars

- het ontbreken van overstapbelemmeringen voor verzekerden
- de forse toename van collectiviteiten (55 % van de verzekerden was in 2006 collectief verzekerd).

De reguliere nominale premie was bij alle zorgverzekeraars ongeveer even hoog (€ 85 per verzekerde per maand), maar door collectiviteitkortingen en koppelingen met aanvullende verzekeringen zijn grotere prijsverschillen aan de orde geweest. Daarom is de rol van de collectiviteiten zo groot geweest. Het grote aantal mutaties wordt door veel partijen gezien als de ultieme toets dat er marktwerking is/was op de zorgverzekeringsmarkt.

Ook chronisch zieken hebben weinig problemen gekend met overstappen³⁷. Een uitzondering hierop vormden chronisch zieken met een hulpmiddel. De reden hiervoor was angst voor de administratieve rompslomp die gepaard zou gaan met een overstap.

Het vervolg in 2007: nadruk op collectiviteiten

In 2007 is het aantal verzekerden dat is overgestapt nog maar 6 %³⁸. Het aantal collectiviteiten is verder toegenomen naar 63%. Dat er minder overstappers zijn geweest had enkele redenen:

- er is minder reclamebudget besteedt dan het jaar daarvoor. Uit onderzoek in 2006 is gebleken dat de reclame naar patiënten weinig effect heeft gehad vanwege de collectiviteiten³⁹. Voor 2007 is meer ingezet op business-to-business.
- de uitvoering verschilt nog nauwelijks per zorgverzekeraar en de prijs (nominale premie) is nagenoeg gelijk (ca € 95 per volwassene per maand).
- verzekerden hebben aangegeven “overstapmoe” te zijn
- de collectiviteiten tussen zorgverzekeraars en werkgevers hebben over het algemeen een langere looptijd (verzekerden kunnen dan wel switchen, maar hebben hier nauwelijks gebruik van gemaakt). In de VS is dit fenomeen onder de naam ‘joblock’ al langer bekend en blijven mensen vanwege hun ziektekostenverzekering zelfs bij hun werkgever hangen⁴⁰.

De informatie asymmetrie is van cruciaal belang op de verzekeringsmarkt. Verzekerden hebben onvoldoende vergelijkingsinformatie over polissen, dekkingen, kwaliteit en service van zorgverzekeraars. Er zijn wel vergelijkingssites, maar het blijkt toch een hele opgave om daarin een goede keuze te maken. Zorgverzekeraars trachten wel om de informatie aan verzekerden te verbeteren bijvoorbeeld de (digitale) CZ zorgatlas.

De populariteit van de collectiviteiten is een aanwijzing dat veel verzekerden het keuzeproces uitbesteden aan de werkgever (72 % van de collectiviteiten is een werkgeverscollectiviteit en in veel sectoren maakt het ziekteverzuimbeleid integraal onderdeel uit van de arbeidsvoorwaarden of CAO).

Bij werkgeverscollectiviteiten speelt dat de werkgever 50 % van de premie betaalt en dus financieel voordeel heeft van de lagere premie. Daarnaast kiest de werkgever vaker een aanvullende pakket dat (in zijn bedrijf veelvoorkomende) beroepsziekten extra verzekerd. En daarmee voordeel wil behalen door verzuimreductie of snelle reïntegratie (bijvoorbeeld door uitgebreide fysiotherapie of psychosociale zorg).

Rekenvoorbeeld 2006: een bedrijf met 10.000 werknemers betaald ongeveer € 1000 aan premie per jaar aan werkgeversbijdrage zorgverzekeringen (€85 x 12 maanden). Ofwel € 10 miljoen per jaar. Elke extra korting d.m.v. een collectiviteit van 1 % levert € 100.000 op.

³⁷ NZA Overstap gedrag chronisch zieken 2006

³⁸ NIVEL Factsheet Percentage overstappers van zorgverzekeraar valt terug

³⁹ Deloitte en Touch april 2006 Onderzoek naar effectiviteit reclame zorgverzekeraars

⁴⁰ Bron???

Uit onderzoek naar collectiviteiten⁴¹ is gebleken dat patiëntenverenigingen zich focussen op de kwaliteit van de zorg bij een keuze voor een collectieve zorgverzekering. Reden hiervoor is dat patiënten meer waarde hechten aan de kwaliteit en minder aan de kosten en dat werkgevers zich focussen op een lagere prijs c.q. een hogere korting

Een andere belangrijke collectiviteit zijn de gemeenten. Specifiek ten behoeve van uitkeringsgerechtigden sluiten gemeenten collectiviteiten af. Daarmee zorgen zij er voor dat uitkeringsgerechtigden verzekerd zijn (en zelfs vaak aanvullend verzekerd zijn met belangrijke elementen voor die doelgroep) en ten tweede regelen zij door middel van een rechtstreekse verrekening de premies met de uitkering. Hierdoor voorkomen ze op dit onderdeel schuldproblematiek. Door de marktwerking ontstaan soms afstemmingsproblemen. Een voorbeeld hiervan is de collectiviteit die de gemeente Den Haag heeft afgesloten met VGZ, terwijl DLO en Azivo in de regio preferente zorgverzekeraars zijn.

De populariteit van de collectiviteiten op de verzekeringsmarkt komt tot uitdrukking door het opzetten van een eigen collectiviteit door de zorgverzekeraars voor “*mensen zonder een collectiviteit*”⁴². Collectiviteiten zijn HET instrument op de verzekeringsmarkt. Het prijseffect zal wegvallen als “iedereen” een collectiviteit en maximale korting heeft, dan zal het onderscheidend vermogen kwaliteit en service worden.

De belangen van collectiviteiten komen tot uitdrukking in de verzekeringsparadox: zieke verzekerden (patiëntenverenigingen) letten met name op de kwaliteit en gezonde verzekerden (werkgevers) met name op de prijs.

Er heeft onderzoek plaatsgevonden naar kruissubsidiering van collectiviteiten en individuele polishouders⁴³. Geconcludeerd wordt dat dit niet het geval is.

Marktwerking in aanvullende pakketten en extra voorzieningen/produkten

De aanvullende verzekeringen zijn in 2006 op gelijk niveau gebleven met de voorgaande jaren; 94 % van de verzekerden heeft naast een basisverzekering ook een aanvullende verzekering⁴⁴. De aanvullende verzekering is daarmee een belangrijk product op de verzekeringsmarkt.

De aanvullende verzekeringen kennen differentiatie in polissen bijvoorbeeld door preferred providers als Het Huis een voordeel regeling bij opticiens.

Op de verzekeringsmarkt melden zich ook nog steeds steeds nieuwe partijen aan (nieuw toetreders); bijvoorbeeld Kruidvat tandarts verzekeringen. Dit soort verzekeringen brengen onder eigen label een verzekering naar buiten, maar laten de uitvoering aan een bestaande zorgverzekeraar over (Ohra). Dit is een goed voorbeeld van marktwerking in de verzekeringsmarkt.

Zorgverzekeraars worden uitgedaagd om de uitgangspunten van de basisverzekering (doelmatige – noodzakelijke zorg) en de uitgangspunten van de aanvullende verzekering (vraaggericht – economisch rendabel) met elkaar te combineren. In de eerste lijn leidt dit bijvoorbeeld tot beleid inzake health- en body checks. Deze maken geen onderdeel uit van het basispakket. Het College Voor Zorgverzekeringen stelt strenge voorwaarden aan de samenstelling van het basispakket; wetenschappelijk bewezen meerwaarde, maatschappelijke toegevoegde waarde en niet privaat te betalen. Health en body checks maken daarom geen onderdeel uit van het basispakket. De patient/consument hecht grote waarde aan zijn gezondheid en vraagt om health en body checks.

De “markt” dwingt zorgverzekeraars om health- en bodychecks te gaan uitvoeren. In 2006/2007 is duidelijk waar te nemen dat alle zorgverzekeraars health/bodychecks in de

⁴¹ Zekere Zorg (fonds PGO) 20 maart 2007

⁴² Vektis Verzekerden mobiliteit 2007

⁴³ NZA Kruissubsidiering in de zorgverzekeringsmarkt januari 2007

⁴⁴ NIVEL factsheet 2007 Groenewegen & de Jong

aanvullende verzekering zijn gaan aanbieden. Dit staat haaks op het beleid dat de zorgverzekeraars richting de eerstelijns zorgaanbieders heeft in het basispakket en waarin doelmatigheid zeer belangrijk is (bijvoorbeeld voorschrijfbeleid medicijnen en verwijzbeleid richting tweede lijn).

De health en body checks passen daarom ook niet in de beroepsopvatting van met name huisartsen; de “gezond tenzij” filosofie conflicteert met de health en body checks. Toch worden deze producten door zorgverzekeraars massaal aangeboden in de aanvullende verzekering. Daarmee is het een vrijwillige keuze voor de verzekerde, maar blijft het voor de zorgverzekeraars aan huisartsen lastig uit te leggen dat in de basisverzekering “bewezen doelmatigheid” uitgangspunt is en in de aanvullende verzekering klantpreferenties. Toch is dit een duidelijk voorbeeld van marktwerking. Daarnaast kunnen health checks wel een toegevoegde waarde hebben bij het ontdekken van bepaalde aandoeningen; bijvoorbeeld bij erfelijk verhoogde cholesterol⁴⁵.

Ook cross-selling is een vorm van marktwerking. Verzekerden met een basisverzekering kunnen producten/diensten afnemen met korting. Dat betreft in ca 50 % van de gevallen gezondheid en leefstijl gerelateerde producten als dieetproducten (Becel actie VGZ) of beautyfarms, maar ook recreatiearrangementen of reisverzekeringen van hetzelfde label. Het draagt bij aan het imago van de zorgverzekeraar en biedt financieel voordeel voor de verzekerde. Alle zorgverzekeraars kennen deze vorm van cross-selling.

Opvallend is de actie van ONVZ⁴⁶ om ten gevolge van tegenvallende resultaten de aanspraken en voorwaarden tussentijds aan te passen. De verzekerden claimden veel meer zorg/producten en diensten dan vooraf ingeschat⁴⁷ en de verzekeraar ONVZ dreigde in financiële problemen te komen. De verzekerden/patienten vertegenwoordigt door de Consumentenbond en NPCF hebben op 24 mei j.l een kort geding aangespannen om naleving van de overeengekomen voorwaarden te vorderen. De rechter heeft verboden om de polisvoorwaarden tussentijds aan te passen⁴⁸.

Onverzekerden:

Vastgesteld is dat er anno 2007 241.000 onverzekerden zijn⁴⁹. Dit is ca 1,5 % van de Nederlandse bevolking en minder dan ten tijde van de ziekenfondswet (2 – 3 %). Allochtonen en kinderen komen relatief veel voor in de groep onverzekerden. Het betreft grotendeels mensen in de leeftijdscategorie 20 – 40 jaar. Als iemand zich niet verzekerd, riskeert hij een boete van 130% maal de premie. Wanneer eerstelijns zorgaanbieders toch zorg aanbieden verrichten vanuit medisch ethische en sociale overwegingen kunnen zij voor betaling van oninbare vorderingen een beroep doen op het Koppelingsfonds. Voor de tweedelijns zorg is er het fonds Dubieuze Debiteuren. VWS wil daarnaast nog een apart fonds oprichten voor zorg aan illegalen. Er is momenteel discussie over welke zorg verleend moet worden aan onverzekerden. Gesproken wordt over de plicht 'medische noodzakelijke zorg' te verlenen. Echter verschillende partijen hebben een verschillende mening over wat daaronder zou vallen. Het ministerie heeft een commissie in het leven geroepen om een advies uit te brengen over wat er onder 'medisch noodzakelijke zorg' zou moeten vallen⁵⁰.

Wanbetalers:

⁴⁵ www.bloedlink.nl patienten netwerk erfelijke bloed- en vaatziekten

⁴⁶ ONVZ 23 maart 2007

⁴⁷ Dit verschijnsel staat bekend als “moral hazard” ofwel de redenering dat als er al betaald is voor een verzekeringspremie, de verzekerde geen belemmering heeft om onbeperkt te claimen. Volgens de NPCF is hier sprake van de mythe van de ongeremde vraag (“rupsje nooit genoeg”).

⁴⁸ De volledige uitspraak staat als persbericht op www.npcf.nl

⁴⁹ CBS 2 mei 2007

⁵⁰ Ministerie van VWS commissie Klazinga 18 december 2006

Het aantal wanbetalers bedraagt eveneens ca 240.000 mensen. Wettelijk is voorzien dat wanbetalers na 3 maanden uit een zorgverzekering kunnen worden gezet. Nieuwe zorgverzekeraars hebben echter een acceptatieplicht en zouden deze wanbetalers weer moeten accepteren, waardoor er een carroussel wanbetalers op gang zou komen. Vooralsnog is er daarom een afspraak tussen VWS en ZN over het niet royeren, verzekeraars krijgen wanneer 6 maanden of langer geen premie is betaald hiervoor een gedeeltelijke compensatie. Verzekeraars moeten zich inspannen de premie via een incassotraject binnen te halen.

Op het gebied van onverzekerden en wanbetalers is de gezondheidszorg een specifieke “markt”. Zorgaanbieders hebben een zorgplicht. Zorgaanbieders zijn verplicht om medische zorg te verlenen ook als de patient als dubieuze debiteur te boek staat. Hierdoor loopt men financieel risico. In (achterstandswijken) kan dat incasso risico oplopen tot 5 – 10 % van de praktijkomzet.

Voor mensen met een bijstandsuitkering hebben gemeenten een eigen collectiviteit die als belangrijkste kenmerk heeft dat de premie ingehouden wordt op de uitkering. Dit is een vorm van regulering, omdat de maatschappelijke en gezondheidseffecten van een disfunctionerende verzekeringsmarkt bij deze groep te groot zijn.

Druk op de verzekeringsmarkt leidt tot fusies en schaalvergroting

Zorgverzekeraars ervaren de druk op de verzekeringsmarkt. De polissen worden onder de kostprijs verkocht. Het gezamenlijk verlies van de zorgverzekeraars in 2006 was € 320 miljoen op de basisverzekering en € 40 miljoen op de aanvullende verzekering⁵¹. Schijnbaar is het verwerven van marktaandeel, cross selling (verkoop van andersoortige verzekeringsproducten), verwachtingen over besparingen op de zorginkoopmarkt en bedrijfsvoering voor zorgverzekeraars een belangrijke reden om onder de kostprijs polissen aan te bieden. Een aantal zorgverzekeraars hanteert het prijsinstrument vanuit de wetenschap dat er een riante algemene reserve is die substantieel hoger is dan die van de concurrentie. Uit analyses blijkt dat het prijsinstrument op de markt voor collectiviteiten tot grote verschuivingen heeft geleid. In dit verband kan gewezen worden op het ontbreken van een level playing field tussen verzekeraars op het moment dat de Zorgverzekeringswet werd ingevoerd. Hierover zijn kamervragen gesteld aan minister Hoogervorst⁵², maar dit heeft niet tot beleidswijzigingen geleid.

De verzekeringsmarkt heeft zich in 2006 en 2007 ook gekenmerkt door schaalvergroting en samenwerkingsverbanden om daarmee de (toekomstige) concurrentie beter aan te kunnen gaan; VGZ – Unive - TRIAS; CZ – OZ, Achmea - Agis en CZ - DLO. Schaalvergroting kan op de korte termijn gezien worden als strategie om de concurrentie te verminderen. Daarnaast kan het vooruitzicht van kostenbesparing door schaalvergroting een doelstelling om de marktpositie te behouden of verbeteren⁵³. Kostenbeheersing is noodzakelijk aangezien zorgverzekeraars in 2006 en 2007 massaal verlies hebben geleden⁵⁴. Het verlies van alle zorgverzekeraars samen bedroeg over 2006 bijna € 600 miljoen. Veel zorgverzekeraars maken deel uit van financiële conglomeraten en verliezen kunnen worden gecompenseerd in andere bedrijfsonderdelen. Toch zal op termijn de premie gaan stijgen is de verwachting van Wynand van de Ven hoogleraar sociale ziektekostenverzekering aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Door de juiste partnerkeuze kan ook strategische meerwaarde verkregen worden. Bijvoorbeeld: door de fusie met Menzis, AGIS en Delta Lloyd Ohra werden sociale

⁵¹ De Nederlandse Bank december 2006

⁵² Zorgvisie maart 2006

⁵³ Strikwerda Meedogenloze marktleiders 2006

⁵⁴ De Nederlandse Bank maart 2007 Statistisch bulletin “verliezen zorgverzekeraars”

zorgverzekeraars sterk op de voormalige ziekenfondsmarkt gekoppeld aan sterke zakelijke marktpartijen. In 2006 – 2007 zijn al deze diverse strategien aan de orde geweest. Tegelijk is er een tendens om zorgverzekeringen en andersoortige verzekeringen als arbeidsongeschiktheid- en inkomensverzekeringen binnen een concern aan te bieden. Er treedt een vervlechting op van financiële- en verzekeringsdiensten en –producten met als doelstelling synergie-effecten. Deskundigen voorspellen dat alleen daarmee de internationale concurrentie en globalisering het hoofd kan worden geboden. Op dit moment maken alle grote zorgverzekeraars met uitzondering van CZ en Menzis onderdeel uit van een groter conglomeraat⁵⁵, al bestaan er wel samenwerkingsrelaties. Een apart fenomeen binnen de verzekeringsmarkt betreffen de volmachthouders. Deze tussenpersonen fungeren als inkopers op de verzekeringsmarkt en hebben vanwege het volume aanzienlijke invloed op de verzekeringsmarkt. Het marktaandeel van tussenpersonen groeit⁵⁶

De differentiatie in de verzekerde zorg in het basispakket is niet gestructureerd onderzocht voor zover bekend. Er zijn ook geen signalen van differentiatie in polissen met betrekking tot het basispakket; het basispakket is voor alle verzekerden nagenoeg gelijk en de zorgmarkt heeft nog onvoldoende creativiteit en ondernemerschap om gedifferentieerde zorg aan te bieden. Op zich bieden de functionele aanspraken in de Zorgverzekeringswet deze mogelijkheden wel, maar dat deze mogelijkheden tot op heden nog niet ten volle benut lijken te worden.

Daarnaast zijn de zorgverzekeraars zich aan het prepareren op de sterkere marktwerking vanaf 2008 en de jaren daarna en is de zorginkoopafdeling onvoldoende sterk geëquipeerd.

Een nieuwe fenomeen is wel de grotere aandacht voor klantonderzoek en klantervaringen. Door het ontbreken van goede, betrouwbare objectieve prestatieindicatoren is er veel meer aandacht voor de klantervaringen ofwel subjectieve beleving van de patienten.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerste lijn ontwikkelen de CQ index; de NPCF meet de klantervaringen in apotheken en gezondheidscentra.

Op de verzekeringsmarkt zelf is ook sprake van een CO index over de klantervaringen van de verzekerden over de zorgverzekeraars⁵⁷. In zijn algemeenheid zijn verzekerden tevreden over de zorgverzekeraars met gemiddeld een ruime voldoende. Belangrijkste aandachtspunten zijn:

- wachten op toestemming van de zorgverzekeraar voor een medische behandeling mag beginnen
- onduidelijkheid over bijbetalingen door de verzekerde
- klantenservice

Dit onderzoek vindt jaarlijks plaats en wordt gepubliceerd op www.kiesbeter.nl

Conclusie:

Het ontbreken van transparantie is het grootste probleem op de verzekeringsmarkt. Voor individuele burgers is het nauwelijks mogelijk om onderscheid te maken. Aangezien het basispakket hetzelfde is en er geen zicht bestaat op de service en dienstverlening van de zorgverzekeraar, kiezen de verzekerden meestal op prijs. Niet duidelijk is of er verschil is in de polissen van de zorgverzekeraars.

Door de complexiteit van de verzekeringsmarkt en de kortingen maken steeds meer verzekerden gebruik van een collectiviteit. Bij de collectiviteiten zijn werkgevers, patientenorganisaties en gemeenten de belangrijkste partijen. Collectiviteiten zorgen voor marktwerking (switchen) op de verzekeringsmarkt. Om een positie te verwerven hebben zorgverzekeraars bij collectiviteiten een hogere korting gegeven dan bedrijfseconomisch verantwoord was. Getracht wordt om de verzekerden te binden om op termijn winst te maken

⁵⁵ Ministerie van sociale zekerheid en werkgelegenheid 2003 “Rapport sociale zekerheid en zorg”

⁵⁶ Bureau D en O Marktaandeel tussenpersonen van 5,6 naar 10,5 % edecember 2006

⁵⁷ Ervaringen van verzekerden met de zorg en met zorgverzekeraars 2006 Damman e.a.

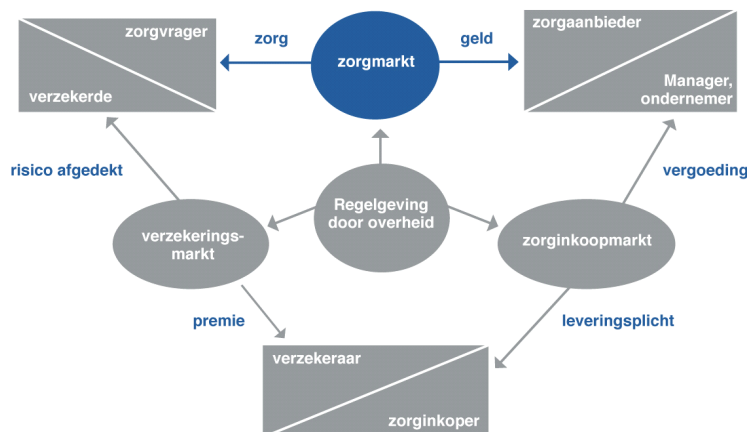
of verliezen te compenseren in andere bedrijfsonderdelen (indien een zorgverzekeraar onderdeel uitmaakt van een financieel bankverzekeringsconglomeraat) of verliezen tijdelijk te compenseren vanuit de algemene reserve.

Bij de aanvullende zorgverzekeringen is er zeker sprake van marktwerking vanuit verzekerdenperspectief. Er bestaat keuzevrijheid, er zijn prijsverschillen en gedifferentieerde pakketten. Vrijwel alle Nederlanders zijn aanvullend verzekerd. Zorgverzekeraars laten zich bij de samenstelling van de aanvullende pakketten leiden door de “needs and demands” van de verzekerden.

Een ontwikkeling die nog moeilijk te duiden is, is de schaalvergroting van de zorgverzekeraars. Er bestaan anno juni 2007 feitelijk nog maar 4 grote zorgverzekeraars (met diverse labels) die meer dan 80 % van de verzekeringsmarkt in handen hebben. Het is nog maar de vraag wat voor uitwerking dat zal hebben op de marktwerking in zijn algemeenheid en eerste lijn specifiek.

H4. Zorgmarkt:

De zorgmarkt



Algemeen:

Vrijwel alle landelijke koepels van eerstelijns beroepsbeoefenaren of organisaties organiseren bijeenkomsten en bij/nascholingen op het gebied van (gereguleerde) marktwerking als antwoord op de vragen van leden. Dit is een signaal dat de eerstelijns zorgaanbieders(organisaties) zich in dit thema verdiepen. In een steekproef onder huisartsen⁵⁸ is vastgesteld dat huisartsen slechts in 5 % van de gevallen meer ondernemer voelden dan huisarts. Vergelijkbaar onderzoek van andere eerstelijns disciplines is niet bekend. In de meeste (inhoudelijke) opleidingen wordt slechts beperkt aandacht besteed aan praktijkvoering en ondernemen. Daarnaast hebben individuele beroepsbeoefenaren veelal onvoldoende ondernemerskapitaal, nauwelijks of geen overhead en geen ondersteuningsapparaat als (tweedelijns) organisaties. Banken en financiers zijn terughoudend met het verstrekken van risicokapitaal en vraagt privé vermogen als dekking. Bij schaalvergroting of zelfstandige juridische rechtspersonen leverde dit financieringsproblemen op. Wel komen er steeds meer private en commerciële financiers (zorgorganisaties of zorgondernemers bijvoorbeeld apothekers).

Ook hebben veel zorgaanbieders last van het verschijnsel "gelijkheidsparadigma"; alle patiënten met dezelfde klachten hebben recht op dezelfde behandeling. Ook als deze patiënt niet aanvullend verzekerd is of bij een zorgverzekeraar die extra zorg niet vergoed. Door dit gelijkheidsparadigma hebben zorgaanbieders moeite met het aanbieden van exclusieve programma's voor een bepaalde zorgverzekeraar, terwijl de zorgverzekeraar zich hiermee juist wil onderscheiden.

Bij het opstellen van richtlijnen voor kwaliteit zijn bij de meeste eerstelijns disciplines vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties betrokken. Op deze manier hebben patiënten een mate van invloed op de zorgmarkt.

Bij organisaties of disciplines waar het aanbod van zorg groter is dan de vraag naar zorg (verloskundigen) of de financiële belangen zeer groot zijn (apothekers) of de strategische belangen groot zijn (diagnostiek) is de marktwerking sterker dan bij tegenovergestelde. Bij meer (lokale) marktwerking zijn verschijnselen van bedrijfstijdverlenging (avondsprekeuur,

⁵⁸ Representatieve steekproef voorjaar 2006 Voorlichtingsbijeenkomsten LHV/Pfizer uitgevoerd door Commonsense (nog niet gepubliceerd)

zaterdagopenstelling) en verbeteringen van de toegankelijkheid (E mail consult, teleconsult, Internet afspraken) meer waar te nemen.

Op de zorgmarkt is een belangrijke ontwikkeling te zien in de vorm van nieuwe toetreders in de eerstelijnszorg. Vrijwel alle organisaties en disciplines in de eerstelijnszorg hebben hier in meer of mindere mate mee te maken gekregen. Dit is een direct uitvloeisel van de functionele omschrijving in de zorgverzekeringswet die een einde heeft gemaakt aan de vaste domeinen in de eerstelijnszorg.

Gezondheidscentra:

De gezondheidscentra zijn geconfronteerd met een aantal nieuwe aanbieders, nieuwe toetreders op de zorgmarkt. Merken als Independer, Vitea en Symphony zetten franchiseketens op in de vorm van gezondheidscentra nieuwe stijl en hebben een eigen benadering. Met hogere service in de vorm van telefonische bereikbaarheid, Internet afspraken en avond spreekuren onderscheiden zij zich van de traditionele aanbieders. Ook zorgverzekeraars Menzis en Salland richten zich op het aanbieden van eerstelijnszorg door eigen centra of partnerships met bestaande zorgaanbieders. Daarnaast zijn er meer lokale aanbieders die zich als gezondheidscentrum presenteren.

Dit is vaak een directe reactie op de veranderende financiering. Vanaf 2007 is de subsidie op gezondheidscentra gestopt. Er bestaat een afbouwregeling die de bestaande centra in 2007 90 % en in 2008 60 % van het subsidiebedrag van 2005 garandeert. In 2009 is er geen afbouwregeling meer. Gezondheidscentra moeten dan op basis van een zorgaanbodplan trachten extra financiering te verwerven van de gemeenschappelijke activiteiten. Het voormalig subsidiebudget van macro € 33 miljoen is overgeheveld naar de zorgverzekeraars en maakt integraal onderdeel uit van het curatieve budget. De nieuwe aanbieders – franchise en lokale aanbieders – dienen ook verzoeken in voor extra financiering uit hetzelfde budget en zorgverzekeraars contracteren hen ook (in beperkte mate). Er ontstaat druk op het budget aangezien zorgverzekeraars het macrobudget als uitgangspunt nemen. In Rotterdam bestaat een initiatief voor een Turks gezondheidscentrum. In veel aandachtswijken is er al sprake van multiculturele centra, waarin specifiek aanbod wordt geleverd dat aansluit bij de allochtone vraag; bijvoorbeeld Rubenshoek in Den Haag⁵⁹. Gezondheidscentra proberen de kwaliteit inzichtelijk te maken. Er zijn nog geen eenduidige prestatieindicatoren voor geïntegreerde zorg. Gezondheidscentra meten klantervaringen door het project “gezondheidscentra door cliënten bekeken” dat de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn en de NPCF gezamenlijk hebben opgestart.

Verpleeg/verzorgingshuizen:

Ook verpleeg- en verzorgingshuizen begeven zich op de markt van de eerstelijnszorg. Door het aanbieden van extramurale verpleging en verzorging, maar ook extramurale paramedische zorg. Door de functionele omschrijving is er geen belemmering voor de intramurale zorg om ook extramurale zorg aan te bieden. Ergotherapeuten en logopedisten klagen dat de zorgaanbieders in het verpleeg/verzorgingshuis al starten met de behandeling en deze dan extramuraal voorzetten. In het verleden werd dan verwezen naar extramurale zorgaanbieders. Er wordt geklaagd over oneerlijke concurrentie.

Verpleeg/verzorgingshuizen ontwikkelen ook vaak nieuwe gebouwen en gaan samenwerkingsverbanden aan met de huisartsen. Soms vrijwillig soms afgedwongen door de dreiging om met andere nieuwe huisartsen zorg te gaan aanbieden.

Ziekenhuizen:

Ziekenhuizen betreden de eerstelijns zorgmarkt om hun strategische belangen veilig te stellen (voorwaartse integratie). De reden is gelegen in de financiering. Ziekenhuizen worden vanaf 2008 gefinancierd op basis van DBC financiering (20 %) en maatstaf concurrentie ofwel verrichtingen financiering en vergelijking met andere ziekenhuizen. Daarmee wordt het

⁵⁹ In 2006 onderscheiden door de NPCF als best practices op het gebied van eerstelijnszorg

voor ziekenhuizen van groot belang om de adherentie en toestroom van de patienten veilig te stellen. Ziekenhuizen ontwikkelen in een snel tempo eerstelijns aanbod in de vorm van academische huisartsenpraktijken, poliklinieken voor alle vormen van (chronische) zorg, binden huisartsengroepen aan zich door middel van extra service en dienstverlening of het goedkoop aanbieden van eerstelijns diagnostiek. Ziekenhuizen sluiten samenwerkingsovereenkomsten af met thuiszorgorganisaties (Groningen – Den Haag - Leiden) om chronische zorg aan te gaan bieden.

GGZ:

Tweedelijns GGZ instellingen krijgen net als de ziekenhuizen te maken met DBC financiering en hebben dezelfde strategische belangen om over te gaan tot voorwaartse integratie. Deze GGZ instellingen en eerstelijns GGZ aanbieders concurreren vanaf 2008 om de kortdurende zorg (< 1 jaar). Doordat de overheveling van de kortdurende GGZ zorg van de AWBZ in 2008 naar de ZVW kunnen zowel eerstelijns- als tweedelijns partijen een zorgaanbod doen. GGZ instellingen anticiperen door massaal SPV-ers aan te bieden in de huisartsenpraktijk⁶⁰. Daarnaast gaat de tweedelijnszorg ook zelf eerstelijnszorg aanbieden. Meestal in de vorm van een nieuwe organisatie, bijvoorbeeld PsyQ – Indigo, Emergis of Firense. Deze organisaties maken reclame of presenteren zich in Medische vakbladen en werken dus bewust aan marketing en naamsbekendheid.

Of de concurrentie in de kortdurende GGZ een hoge vlucht neemt of dat het wel mee zal vallen is de vraag; volgens onderzoek is er nog steeds sprake van een grote onderconsumptie en slecht onderkende psychosociale klachten. Het effect van de overheveling zal waarschijnlijk pas na 2008 duidelijk worden⁶¹.

Eerstelijns psychologen (ELP) reageren ambivalent op de marktwerking in de GGZ. Sommige ELP trachten een gezamenlijke organisatie op te zetten om zich daarmee een betere marktpositie te verwerven. Andere eerstelijns psychologen onderkennen de marktwerking, hebben voldoende vraag en voelen geen sense of urgency om tot verandering (van aanbod) te komen. ELP worden momenteel gefinancierd uit de aanvullende of private financiering en hebben slechts deels te maken met gereguleerde marktwerking. De belangrijkste kracht is de oneerlijke concurrentie die de ELP ervaren van SPV-ers in de huisartsenpraktijk gefinancierd vanuit de tweedelijns GGZ instellingen ofwel de AWBZ. Door deze constructie heeft de tweedelijns GGZ een vooruitgeschoven post in de verwijzende huisartsenpraktijk. Naar schatting zijn er in Nederland ca 1250 ELP ofwel gezondheidspsychologen met de eerstelijns kwalificatie van het NIP. Met behulp van het in 2006 opgerichte Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen (LINEP) worden prestatie-indicatoren ontwikkeld en gestructureerd gegevens verzameld. Daarnaast wordt in een advies aan het ministerie van VWS⁶² gepleit om de prestatie-indicatoren in de eerstelijns GGZ te gaan ontwikkelen.

Algemeen maatschappelijk werk (AMW) heeft een status aparte qua financiering in de zorg. AMW wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds. Door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ontstaat er wel geleidelijk meer aandacht voor de eerstelijnszorg in combinatie met preventie en Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg, maar bestaat er een aanzienlijk financieel risico c.q. druk op het gemeentefonds⁶³. Tot slot bestaat er een groot verschil tussen de WMO en de ZVW. De WMO kent geen aanspraken, maar is uitvloeisel van gemeentelijk/politiek beleid. Er is dus beleidsvrijheid die ook AMW betreft. Eerder is gebleken dat gemeenten zich focussen op materiele taken⁶⁴ en/of een eigen bijdrage gaan invoeren voor AMW waardoor er feitelijk minder capaciteit beschikbaar komt.

⁶⁰ Nivel GGZ consultaties aan de eerstelijnszorg december 2005

⁶¹ Artikel GGZ????????

⁶² Referentiemodel informatie eerstelijns GGZ mei 2007 Boer, van den Berg en de Wildt

⁶³ VNG 6 oktober 2006 Verdeelmodel WMO

⁶⁴ Diabolo Versterking eerstelijns GGZ 2005

Bij AMW is er geen sprake van marktwerking, maar van gemeentelijk overheidsbeleid. Hoe zich dat gaat verhouden tot financiering van geïntegreerde eerstelijns GGZ vanuit de ZVW is de vraag.

Thuiszorg:

Thuiszorgorganisaties bieden als diensten kraamzorg, huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, gespecialiseerde verzorging, verpleging, voeding & dieetadvies, uitleen verpleeg- & hulpmiddelen, preventie & voorlichting en servicediensten (cursussen, maaltijdservice, klussendiensten). Het grootste deel van deze activiteiten valt onder de AWBZ een deel valt onder private financiering (lidmaatschap thuiszorg + bijbetaling bij afname). Binnen de AWBZ zijn een aantal zorgkantoren de afgelopen jaren gestart met aanbestedingen van de zorg. Thuiszorgorganisaties dingen steeds vaker mee naar aanbestedingen buiten hun primaire werkgebied. Na de gunning worden onderaannemers gecontracteerd (bestaande zorgaanbieders) die de werkzaamheden uit mogen voeren. De prijs staat dan sterk onder druk. De aanbesteding heeft de prijs gedrukt en er moet ook nog een bepaalde marge worden gemaakt. De zorgkantoren maken ook steeds vaker gebruik van aanbestedingsprocedures voor de thuiszorg. Daarnaast vinden experimenten plaats door middel van veiling van thuiszorg (www.zorgveiling.nl). Door de marktwerking en schaalvergroting ontstaan zeer grote organisaties als Sensire, Zorggroep Noord Limburg en NaViVa in Twente.

De contracteerplicht is afgeschaft en er wordt een systeem van zorgzwaartefinanciering ingevoerd. Tussen thuiszorgorganisaties is concurrentie ontstaan.

Door het persoonsgebonden budget ontstaat er ook de mogelijkheid voor patiënten om zelf te kiezen. Hoewel dit voor een beperkt aantal (jongere) patiënten van toepassing is, heeft het PGB veel positief effect gehad op de klantgerichtheid en de kwaliteit van zorg⁶⁵. Het PGB ontwikkelt zich van een marktaandeel van 2% in 2000 (ten op zichte van de reguliere verpleging en verzorging) tot 7,5 % in 2005 (€ 859.000.000)⁶⁶. Zorg in natura heeft door het PGB op onderdelen een geduchte concurrent erbij gekregen.

Met ingang van 2007 is de huishoudelijke zorg overgeheveld van de AWBZ naar de WMO. Hierdoor zijn de gemeenten verantwoordelijk geworden voor het contracteren van de huishoudelijke zorg. Gemeenten hebben de huishoudelijke dienst aanbesteed op basis van de mededingingswet. De gemeenten hebben daarbij twee invalshoeken gekozen. Ten eerste de huishoudelijke zorg is een onlosmakelijk onderdeel van de zorg en ten tweede de huishoudelijke zorg is een op zichzelf staande servicedienst. In het eerste geval is de huishoudelijke zorg gecontracteerd bij een thuiszorgorganisatie (niet per definitie uit de eigen regio) en in het tweede geval zijn er bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven gecontracteerd. Los van de inhoudelijke keuze kan worden vastgesteld dat er op het gebied van huishoudelijke zorg zeker marktwerking is. De overheid intervenueert om de effecten van de invoering te marginaliseren door éénmalig € 20 miljoen ter beschikking te stellen om de personele gevolgen van de invoering van de WMO te beperken en hiermee medewerkers van de thuiszorg voor de sector te behouden⁶⁷.

Verpleeg- en hulpmiddelen worden massaal via het Internet distributiekanaal aangeboden. Slechts 20 % van de ouderen maakt gebruik van Internet⁶⁸, maar ouderen krijgen bij Internet vaak ondersteuning van kinderen.

Vanaf 2008 stopt de financiering van de diabetesverpleegkundige middels de AIV financiering. De thuiszorgorganisaties trachten met andere zorgaanbieders tot chronische zorgarrangementen te komen om de zorg en werkgelegenheid te behouden.

⁶⁵ Hoeksema, Homans & Menting juli 2006 De kwaliteit van zorg ingekocht met een persoonsgebonden budget

⁶⁶ CVZ zorgcijfers Uitgaven van de Ziekenfondswet en AWBZ juli 2006

⁶⁷ Ministerie van VWS 19 juni 2007

⁶⁸ CBS juni 2005 onderzoek Internetgebruik

Kraamzorg:

De kraamzorg is al jaren een concurrerende markt. Er zijn geen of nauwelijks toetredingsdrempels. Er is al sinds meerdere jaren een concurrerende markt waarin twee soorten partijen te onderscheiden zijn; de thuiszorg/kraamzorg die traditioneel het aanbod leverde en de nieuwe (van de thuiszorg afgescheiden “commerciële”) organisaties. Eind jaren negentig waren er diverse faillissementen in de kraamzorg. In 2005 ontstond ophef rond het experiment Internet veiling van kraamzorg door Achmea en Menzis. Binnen de kraamzorg onderscheiden zorgaanbieders zich door middel van kwaliteitskeurmerken als HKZ, ISO en keurmerk kwaliteit.

Diëtisten:

Diëtisten zijn een geregistreerd beroep. Door de marktwerking krijgen ze te maken met gewichtsconsulenten die een deel van de zorg aan willen bieden. Dit kan effect hebben op de kwaliteit (weglekeffecten). Behandeling kan zonder verwijzing, maar hierbij is sprake van private betaling door de patient. Niet bekend is of zorgverzekeraars gewichtsconsulenten ook contracteren.

Daarnaast zijn zelftesten en publiekstesten (gewicht – body mass index) waarmee het zelfmanagement van de patienten vergroot kan worden. Het is echter de vraag of dit als concurrentie voor de diëtiste betiteld kan worden. Tussen de intramurale en extramurale diëtisten is de concurrentie merkbaar. Diëtisten “klagen” over de rol en inzet van intramurale diëtisten in de keten DBC's. Om de opbrengst te verhogen worden de kosten van de diëtiste als onderaannemers zo laag mogelijk te houden. Zorggroepen hebben liefst te maken met één onderaannemer en zoeken daarom de thuiszorg of samenwerkingsverbanden van diëtisten. Naar verwachting zal schaalvergroting hierdoor in de hand worden gewerkt. Diëtisten zijn een van de disciplines waarover eind 2007 besloten zal worden over vrije prijsvorming. Daarnaast wordt onderzocht of prestatiehonorering per aandoening in plaats kan komen van de huidige maximale 4 uur bekostiging.

Huisartsenzorg:

De huisartsenzorg als product ontwikkelt zich geleidelijk aan. De NHG en LHV maken in de toekomstvisie op de huisartsenzorg⁶⁹ een onderscheid in het zorgaanbod van de huisarts (basisaanbod, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod). Daarbij wordt aangestuurd op separate betaling van extra diensten (waaronder substitutie vanuit de tweede lijn). Dit is al (deels) aan de orde bij M&I verrichtingen.

Vanaf 2005 bestaat er een keurmerk voor huisartsenpraktijken (NHG accreditatie), waarmee huisartsen zich kunnen onderscheiden. Diverse zorgverzekeraars vergoeden de kosten van de accreditatie en geven een (beperkte) toeslag op contract.

Hierdoor ontstaan enige inhoudelijke differentiatie tussen de huisartsen onderling. Door M&I verrichtingen of door specialisatie in groepsverband is een licht onderscheid waarneembaar. Voor patienten is dit niet of nauwelijks inzichtelijk vanwege het ontbreken van concrete informatie. In 2007 is de LHV gestart met een registratie van bijzondere verrichtingen. In het project Zorg in de Buurt (RIVM ©) worden tot op heden alleen NAW gegevens van de huisartsen vermeld. Op de website van Independer wordt meer informatie gegeven over de praktijken.

Huisartsen zien een aantal partijen op de voorheen gesloten huisartsenmarkt komen:

- Organisaties als Vitea die huisartsenpraktijken van oudere huisartsen “opkopen” en vervolgens met een vaste formule in de markt zetten. De overheid zag in 2005 geen aanleiding om dit soort privaatrechtelijke overeenkomsten te verbieden⁷⁰ en er is dus geen sprake van regulering. In 2007 zijn hierover opnieuw kamervragen gesteld⁷¹. De minister heeft aangegeven dat huisartsen die een overeenkomst

⁶⁹ LHV- NHG 30 mei 2002 Toekomstvisie huisartsenzorg

⁷⁰ Ministerie van VWS Antwoord op kamervragen over opkopen van huisartsenpraktijken augustus 2005

⁷¹ SP Van Gerven 23 april 2007 actie tegen betaling goodwill voor huisartsenpraktijk

hebben met het Goodwill fonds geen goodwill mogen ontvangen; voor overige huisartsen is er geen beperking. Volgens de minister komt het betalen van goodwill zeer beperkt voor⁷²

- De eerder genoemde gezondheidscentra waarin de huisartsenzorg een prominente plaats inneemt.
- Soms bieden huisartsenposten overdag zorg aan. Maar huisartsenposten fungeren ook als overloop van de drukbezette huisartsenzorg overdag.
- Academische huisartsenpraktijken in of op het ziekenhuisterrein die zich positioneren met snelle verwijzing naar de tweede lijn.
- Ook zien we fysiotherapeuten die middels de directe toegankelijkheid patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat rechtstreeks (zonder verwijzing van de huisarts) behandelen (check polis onderzoek).
- En apotheken die een rol claimen bij de advisering van chronisch zieken, herhaalmedicatie en ketenzorg.
- In 2006 hebben een aantal arbocuratieve experimenten in de eerstelijnszorg plaatsgevonden. Dit kan gezien worden als differentiatie in het zorgaanbod.

Maar het heeft nog niet geleid tot substantieel andersoortige contractering door de zorgverzekeraars.

Maar ook huisartsen onderling veranderen. De lokale en subregionale afhankelijkheidsrelatie is door de opkomst van de huisartsenposten veranderd. Daardoor kunnen huisartsen meer eigen keuzes maken. Er wordt voorzichtig experimenterend reclame gemaakt door huisartsen. Door de nieuwe financiering zijn vrijwel alle huisartsenpraktijken “open” ofwel laten nog nieuwe patiënten toe. Er is een licht overschot aan huisartsen (op vacatures komen vaak 30 of meer reacties). Er is een flexibele inzet (waarnemers) van naar schatting 1000 – 1250 huisartsen⁷³. Het aantal huisartsen op 1 januari 2006 bedroeg 8495; een toename van 87 (+ 1 %) ten opzichte van 2005. Een uiting van het lichte overschot is een toename van “vrije vestigingen”. Dit betreffen huisartsen die al dan niet gesteund door externe partijen/financiers zonder afstemming vooraf met de zittende huisartsen een huisartsenpraktijk openen (bijvoorbeeld in Mook 2006).

Huisartsenpraktijken zijn vanaf 2006 grotendeels “open” voor nieuwe patiënten (uit de buurt). Dit kan als gevolg van de nieuwe financiering worden bestempeld, eind 2005 waren nog veel huisartsenpraktijken “dicht” voor nieuwe patiënten.

Anderzijds bestaan er ook nog oude onderlinge gewoontes tussen huisartsen. Uit meldweken blijkt dat het in bepaalde regio's nog steeds moeilijk is voor patiënten om over te stappen naar een huisarts naar keuze. Dan bestaan er onderlinge afspraken om geen patiënten van elkaar over te nemen.

Een relatief nieuw fenomeen dat vanaf 2007 massaal wordt geïntroduceerd is de zorggroep voor chronische zorg, veelal diabeteszorg. Huisartsengroepen variërend van 12 tot 150 personen richten een rechtspersoon op waarmee zorgverzekeraars een contract sluiten om binnen een bepaald gebied de chronische zorg te leveren. De zorggroep heeft vervolgens aansluitcontracten met de huisartsen als uitvoerders van de zorg. Ook met andere zorgaanbieders worden contracten afgesloten. Deze aandoeningsspecifieke zorggroepen zijn een reactie op de gewenste schaalvergroting in de eerstelijnszorg en de mogelijkheid om tot substitutie van chronische zorg te komen van de tweede naar de eerste lijn.

Rekenvoorbeeld: type 2 diabetes heeft een DBC tarief van ca € 700 per patient per jaar in het ziekenhuis; in de experiment eerstelijns diabetesketenzorg⁷⁴ kost een DBC ca € 450 per patient per jaar. Op basis van 16 miljoen Nederlanders en een prevalentie van 3,5 % type 2 is 560.000 type 2 patienten. Schattingen over type 2 diabetes in de tweede lijn gaan uit van 20 – 30 %, terwijl medisch inhoudelijk 10 % geïndiceerd specialistische zorg nodig heeft. Dat

⁷² Ministerie van VWS Antwoord op kamervragen van Van Gerven 16 juli 2007

⁷³ NIVEL Inventarisatie vraag en aanbod van waarnemers in huisartsenpraktijk 2006

⁷⁴ ZON MW onderzoek diabetesketenzorg 2005 - 2008

zou inhouden dat tussen de 56.000 en 112.000 patiënten kwalitatief verantwoorde diabeteszorg in de eerste lijn zouden kunnen krijgen in plaats van in het ziekenhuis ofwel een macro-economische besparing van € 14 tot € 28 miljoen per jaar.

Naar verwachting zal eind 2007 > 50 % van de huisartsen deel uit maken van een diabeteszorggroep of een geïntegreerd samenwerkingsverband (bijvoorbeeld een gezondheidscentrum). Deze schaalvergroting geeft de huisartsen een goede positie op de zorgmarkt alhoewel ziekenhuis-thuiszorgcombinaties ook trachten om deze zorg aan te bieden. Marktpartijen die afhankelijk zijn van huisartsen (ziekenhuizen, apotheken, diagnostiek, verwijzers) proberen op allerlei (semi) legale manieren om de huisartsen aan zich te binden. In 2006 heeft de rechter zich gebogen over het betalen van goodwill door een apotheker aan huisartsen in een Medisch Centrum. De rechter oordeelde dat er geen wetten of gedragsregels zijn die dit verbieden⁷⁵. Goodwill is een methode om de distributiekanaalen te beïnvloeden en maakt onderdeel uit van marktwerking.

Apotheken:

De apothekers en farmaceutische zorg kenmerkt zich door schaalvergroting. Er komen steeds meer grootschalige apotheekketens – organisaties. Dit is een direct gevolg van marktwerking. Individuele apotheken mogen geen prijsafspraken maken, ketens wel (NMa kartelregeling). Ook hebben ketens een sterkere positie en meer organisatiekracht en deskundigheid bij aanbestedingen.

In de periode 2003 – 2006 is in de gehele keten van geneesmiddelen een besparing gerealiseerd van ca € 1,2 miljard. De traditionele bedrijfsvoering van zelfstandig gevestigde apothekers heeft nu een andere uitvoeringsvariant de franchiseformule; bijvoorbeeld Kringapotheken⁷⁶ met > 300 apotheken. Er zijn in 2006 52 nieuwe openbare apotheken bijgekomen op een totaal van 1784⁷⁷ (ca 3 % groei; ten op zichte van 2000 een stijging van ca 10 %); ook in 2007 is deze groeiende trend voortgezet. De markt verdicht zich. Apotheken trachten zich te onderscheiden door kwaliteit en serviceverlening; er zijn inmiddels apotheken op zaterdag open en er bestaan ook medicijnkluisjes of robots waar de patient buiten sluitingstijd medicijnen kan halen. In samenwerking met de NPCF is het project “apotheken door cliënten bekeken” opgezet.

Met name op het gebied van de logistiek en distributie vinden er nog steeds nieuwe experimenten plaats. Er zijn een aantal particuliere initiatieven bijvoorbeeld Mijnapotheek.nl. Maar ook zorgverzekeraar CZ heeft een samenwerking met een Internetapotheek opgezet (Nationale-apotheek.nl). Hetzelfde geldt voor De Friesland die samenwerkt met e-farma en per Internet bestelde medicijnen thuis laat bezorgen.

Ziekenhuizen ontwikkelen steeds vaker politheken (in de hal van het ziekenhuis) om daarmee een deel van de extramurale markt te verkrijgen. Ook hierin bestaan al franchiseformules. Door openbare apotheken wordt gesproken over oneerlijke concurrentie vanwege de inkoopvoordelen die ziekenhuisapotheken krijgen.

Binnen de categorie zelfzorgmedicatie (OTC - Over The Counter) zal het aantal distributiepunten aanzienlijk toenemen (benzinepompen, supermarkt). Dit betreft medicatie zonder recept voor eigen rekening van de patienten.

Maar ook apothekers proberen om huisartsen aan zich te binden. Het aantal A- hoeden of centra neemt nog steeds hand over hand toe. Voor patienten een goede service verlening (one-stop-shopping), voor de apothekers een verzekering van de afzet van medicatie.

Anonieme bronnen geven aan dat bij dit soort nieuwe vestigingen tienduizenden tot honderdduizenden Euro's geïnvesteerd wordt in de huisartsenpraktijken die jaarlijks per praktijk ca € 400.000 tot € 500.000 omzet genereren voor de apotheek. Dit is wettelijk niet verboden⁷⁸ en een duidelijke uiting van marktwerking. In 2006 heeft het gerechtshof in Den

⁷⁵ Medisch Contact Uitspraak gerechtshof te Arnhem februari 2006

⁷⁶ Kringapotheken maakt onderdeel uit van Alliance Healthcare

⁷⁷ KNMG januari 2006

⁷⁸ 12 april 2006 Uitspraak gerechtshof in Den Bosch inzake apotheek Boxmeer - huisartsen

Bosch⁷⁹ een aantal huisartsen opgelegd om hun exploitatie in een apotheek in Boxmeer te staken. Argumentatie hiervoor is het financieel voordeel dat de huisartsen behalen in deze constructie en de oneerlijke concurrentie ten op zichte van de openbare apotheek in Boxmeer.

Tandarts:

Tandheelkundige zorg of mondzorg is al geruime tijd in ontwikkeling. Er vindt schaalvergroting plaats en differentiatie. De traditionele solo tandartsenpraktijk krijgt steeds vaker te maken met grootschalig opgezette praktijken met meerdere disciplines (tandartsen, mondhygienisten, tandarts/preventieassistenten, tandprotheticen en tandtechnici. Deze grootschalige praktijken richten zich voorzichtig aan ook kaakchirurgie ofwel substitutie vanuit de tweede lijn. Daarnaast ontstaat er meer differentiatie en specialisatie door bijvoorbeeld specifieke aandacht voor ouderen. Het aantal ouderen neemt toe en het aantal ouderen met een eigen gebit neemt toe. Het aantal tandartspraktijken (+ 0,7 %), tandartsen (+ 1,8 %) en tandartsassistenten (+ 8,5 %) neemt nog steeds toe. Uit deze trend⁸⁰ blijkt de schaalvergroting en taakdifferentiatie. Regionaal zijn er toegankelijkheidsproblemen voor patiënten. Door de relatieve schaarste bestaat er weinig marktwerking op de zorgmarkt.

Fysiotherapeuten:

Fysiotherapeuten bereiden zich sinds begin van deze eeuw voor op (gereguleerde) marktwerking. In 2001 is vastgesteld dat de tarieven voor de fysiotherapie te laag waren (macro € 48 miljoen)⁸¹. In 2004 is de fysiotherapie uit het basispakket gehaald onder voorwaarde dat in 2005 een experiment met vrije prijzen zou starten⁸². In 2006 is gestart met directe toegankelijkheid (DTO) van de fysiotherapie. Door de vrije prijzen zijn de tarieven met 23 % gestegen⁸³. De vrije prijzen werden door de markt gecorrigeerd. Aangezien de fysiotherapie in de AV was ondergebracht zijn deze hogere prijzen direct doorberekend aan de verzekeren. In 2007 zijn de tarieven ongeveer met de prijsindexering gestegen en kan geconstateerd worden dat de inhaalslag is afgerond. Door de hogere tarieven en de marktwerking zijn er enkele reacties waar te nemen;

1. er treedt schaalvergroting en samenwerking op bij innovatie & kwaliteit (onderscheidend vermogen)
2. er treedt samenwerking op met backoffice activiteiten (administratie – telefonische bereikbaarheid – baliediensten). Fysiotherapeuten investeren meer in ICT.
3. er wordt geïnvesteerd om de service en het product meer aan de klant aan te passen (private nevenactiviteiten als fitness nemen een grote vlucht)

Fysiotherapeuten ontwikkelen innovatieve producten die aansluiten bij de wensen van de patiënten. Een goed voorbeeld is het Big Move project dat op innovatieve wijze een bewegingsprogramma als brand in de markt heeft gezet.

Zorgverzekeraars zouden bereid zijn om deze innovatieve projecten te contracteren. Dit wordt in het veld niet in die mate herkend naar oordeel van de KNGF. Het belangrijkste probleem is het ontbreken van prestatiebeschrijvingen voor innovaties (bijvoorbeeld video-teleconsult – fysiotherapie in de geriatrie of toepassing van specifieke – dure – apparatuur in de bekkenbodempysiotherapie). Geen prestatiebeschrijving betekent geen tarief. De module innovatie (ingevoerd per 2007) wordt hierbij nog niet of nauwelijks gebruikt. Hoewel er dus een experiment is met vrije prijzen wordt de fysiotherapie markt begrensd door productbeschrijvingen. Kwaliteitsregistratie vindt plaats voor het KNGF keurmerk, HKZ en een register voor gespecialiseerde fysiotherapie. Deze informatie is echter voor patiënten nog niet goed toegankelijk of beschikbaar.

⁷⁹ 12 april 2006 Uitspraak gerechtshof in Den Bosch inzake apotheek Boxmeer - huisartsen

⁸⁰ Ministerie van VWS Brancherapport algemene mondzorg mei 2005

⁸¹ Deloitte & Touch Bakkenist 14 november 2001

⁸² Motie Schippers 9 december 2003 TK 29200

⁸³ Ministerie van VWS Eerstelijnszorg fysiotherapie www.minvws.nl 2006

De transparantie in de fysiotherapie behoeft nog verbetering. Daarom is een project gestart waarin de NZa, IGZ, ZN, KNGF en NPCF prestatie-indicatoren ontwikkelen om de transparantie te vergroten.

Er bestaat nog nauwelijks concurrentie in de fysiotherapie. Het is over het algemeen een lokale markt waarin fysiotherapeuten al jaren lang samenwerken op het gebied van kwaliteit (IOF); dit zou de onderlinge concurrentie kunnen beperken. En er lijkt een redelijk evenwicht tussen vraag en aanbod. Eind 2007 valt een besluit over voorzetting van de vrije prijzen in de fysiotherapie. De NZa heeft een positief advies uitgebracht⁸⁴

Oefentherapeuten – Cesar en Mensendieck:

Oefentherapeuten – Cesar - Mensendieck (OCM) houden zich eveneens bezig met het houding- en bewegingsapparaat, maar hebben een andere opleiding en uitgangspunten als de fysiotherapie. Door de functionele omschrijving in de ZVW wordt het onderscheid marginaal. OCM merken dat fysiotherapeuten zich meer op de markt van oefentherapie gaan bewegen en hierin ook aanbod ontwikkelen.

Aan de andere kant kan juist de marktwerking voor een specifieke positionering zorgen. Naar verwachting zal OCM vanaf 2008 ook onder de DTO en het experiment vrije prijzen gaan vallen⁸⁵.

Verloskundigen:

Verloskundigen zijn door externe factoren meer aangezet tot marktgericht denken en doen. De normpraktijk per verloskundige per jaar is in 2000 verlaagd tot 120 bevallingen per jaar. Tegelijk zijn er meer verloskundigen opgeleid; van 120 naar 160 en later naar 254 per jaar⁸⁶. Het aantal geboortes is gedaald: Volgens mij kan de tabel er wel uit. De simpele constatering dat het aantal geboortes afneemt lijkt mij voldoende.

Jaar	Geboortes per jaar	Index
2000	207.000	100
2001	203.000	98
2002	202.000	98
2003	200.000	97
2004	194.000	94
2005	188.000	91
2006	185.000	89

Bron CBS 2007

Door deze omstandigheden is een (licht) overschot aan verloskundigen ontstaan. Dit heeft er toe geleid dat er in een aantal gebieden verloskundigen zich vrij gevestigd hebben en er concurrentie plaats vindt om de zwangere vrouwen aan de praktijk te binden. De aandacht voor marketing en PR is aanzienlijk toegenomen. Vrijwel elke praktijk beschikt inmiddels over een website. Vanaf begin 2007 staan alle verloskundigen op de website www.zorgindebuurt.nl (RIVM).

De organisatievorm heeft zich als volgt ontwikkeld:

	2000	2001	2002	2003	2004	gem.jr.gr. (%)
Solopraktijk	133	119	110	113	110	-4,6
Duopraktijk	121	118	118	107	110	-2,4
Groepspraktijk	199	218	220	228	230	3,7
Totaal	453	455	448	448	450	-0,2

⁸⁴ NZa 26 juni 2007 Markt voor fysiotherapie klaar voor vrije prijzen

⁸⁵ NZa Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg 2006

⁸⁶ Ministerie van VWS Brancherapport verloskundige zorg en kraamzorg mei 2005

Minder solopraktijken, meer groepspraktijken. Het aantal verloskundigen per praktijk is ook toegenomen; van gemiddeld 3,48 verloskundigen per praktijk naar 4,34 verloskundigen per praktijk⁸⁷.

In 2006 is de tweede trimester echo onderdeel geworden van het basispakket van de zorgverzekeringswet en hebben de meeste zorgverzekeraars de prenatale screening (screening op Down Syndroom en lichamelijke afwijkingen) opgenomen in de aanvullende verzekering. Ook is er meer aandacht gekomen voor preconceptueel advies. Door de schaalvergroting ontstaat er meer differentiatie en specialisatie, maar dit komt nog niet of nauwelijks tot uiting in contracten met de zorgverzekeraars.

Door de aanpassing van het basispakket ontstonden er nieuwe kansen en mogelijkheden voor de verloskundigen. Vanaf eind 2005 tot heden zijn er in Nederland een aantal eerstelijns prenatale screeningscentra opgericht. In de meeste gevallen hebben groepen verloskundigen zich verenigd om op eigen initiatief of ondersteunt door ziekenhuizen, eerstelijns diagnostische centra of de landelijke organisatie voor facilitering en ondersteuning van eerstelijns verloskunde⁸⁸.

Ook ziekenhuizen zijn actief geworden op het gebied van de eerstelijns bevallingen door verloskamer capaciteit aan te bieden aan verloskundigen en daarmee de verwijfsstroom naar de gynaecoloog te behouden (indien nodig), maar ook door verloskundigen in het ziekenhuis aan te stellen voor eerstelijns bevallingen. Door het teruglopende aantal bevallingen is ook het ziekenhuis gefocust op de "gezonde" zwangere vrouwen.

In de loop van 2007 zal door de NZa onderzocht worden of de verloskundige markt zich leent voor vrije prijsvorming.

Eerstelijns diagnostiek:

Eerstelijns diagnostiek is in 2006 en 2007 een echte markt geworden⁸⁹. Nieuwe toetreders in de vorm van buitenlandse aanbieders, betaling van huisartsen en verloskundigen om de bloedmonsters te verkrijgen in de vorm van een – verboden - kick back fee (betaling voor aanlevering van monsters)⁹⁰, semi-aanbestedingen, klachten en juridische procedures⁹¹. Eerstelijns diagnostische centra en huisartsenlaboratoria breiden hun werkgebied uit om de kostprijs van de laboratorium diagnostiek te verlagen en daarmee de (buitenlandse) concurrentie aan te kunnen. Ziekenhuizen bieden service en diensten aan huisartsen en verloskundigen aan om de adherentie en strategische belangen van de ziekenhuizen veilig te stellen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de marge van de tweedelijns diagnostiek (vaste hogere prijzen) en kruisfinanciering vanuit het A segment. De SAN geeft aan dat er geen same level playing field bestaat⁹². In november 2007 heeft de SP kamervragen gesteld over de eerstelijnsdiagnostiek⁹³. De eerstelijns diagnostiek staat in de belangstelling van (buitenlandse) private investers die zich toegang tot de zorgmarkt willen verschaffen.

Conclusie:

Op delen van de zorgmarkt is sprake van gereguleerde marktwerking Weliswaar in een beginnende fase, maar een aantal aspecten van gereguleerde marktwerking scoren positief: nieuwe toetreders, concurrentie, beheersen van de distributiekanaal (verwijzingen), reclame maken, differentiatie van het aanbod, kwaliteitskeurmerken als onderscheidend vermogen, schaalvergroting, extra productie als reactie op financiële prikkels en het ontwikkelen van transparantie, resultaat en prestatie-indicatoren.

⁸⁷ Geen correctie voor geregistreerde verloskundigen zonder praktijk

⁸⁸ STBN

⁸⁹ Medisch Contact aug 2006 Voor een prikje De Wildt - Janssen

⁹⁰ NZa Brief aan de SAN 7 december 2006

⁹¹ SAN juni 2006 Kort geding tegen DCN en/of NZa inzake verboden kick back fees

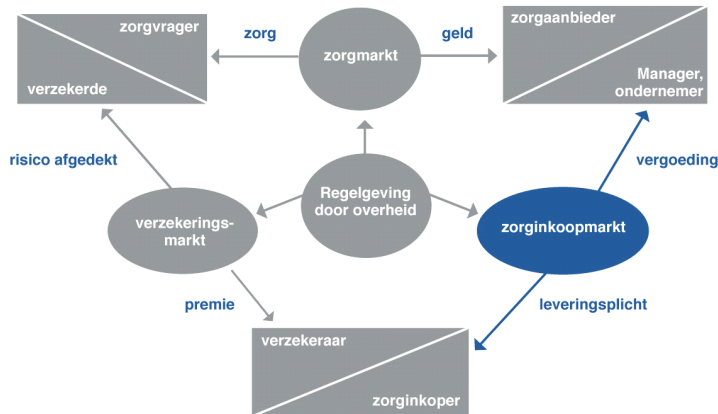
⁹² SAN oktober 2006 Brief aan de NZa inzake ongelijke marktposities

⁹³ SP Kamervragen aan minister Hoogervorst 16 november 2006

Daar staat tegenover dat op delen van de eerstelijns zorgmarkt nog geen sprake is van marktwerking en scoren een aantal aspecten negatief: informatie assymetrie waardoor de patient/consument niet of nauwelijks kan kiezen, het ontbreken van vrije prijzen, het ontbreken van resultaatindicatoren, het ontbreken van het ondernemerschap bij grote groepen met name vrij gevestigde eerstelijns beroepsbeoefenaren en de beperkte bereidheid bij zorgaanbieders om verschillende soorten zorg aan te bieden aan patienten met dezelfde klachten, omdat men (ergens) anders verzekerd is.

H 5. Zorginkoopmarkt:

De zorginkoopmarkt



De zorginkoopmarkt is ingedeeld per financieringsvorm. Op de zorginkoopmarkt is het van belang om onderscheid te maken in de wijze van financiering van de eerstelijnszorg. Zoals eerder beschreven wordt de eerstelijnszorg gefinancierd uit de AWBZ, basispakket, aanvullende verzekering, gemeentefonds, werkgeversfinanciering en private financiering. Deze versnipperde financiering heeft met name invloed op het gedrag van zorgverzekeraars en andere financiers op de zorginkoopmarkt. Het is interessant om kosten af te wentelen op andere financieringsstromen in de vorm van afwenteling en kruisfinanciering. De meeste disciplines (en soms soort zorg) zijn (grotendeels) onder te brengen in een van de financieringsvormen. In eerste instantie worden een aantal algemene bevindingen gepresenteerd over het gedrag van zorgverzekeraars en andere financiers op de zorginkoopmarkt.

Algemeen:

Zorgverzekeraars hebben over het algemeen een beleid om de eerstelijnszorg te versterken. Daarbij spelen kwaliteit en economische motieven een rol. Een zorgverzekeraar ontwikkelt eigen centra als deze niet spontaan in de eerste lijn ontstaan. Er worden onderzoeken gehouden naar de meerwaarde van geïntegreerde eerstelijnszorg⁹⁴ en er wordt geëxperimenteerd met gedifferentieerde beloning voor huisartsen en fysiotherapeuten⁹⁵. Zorgverzekeraars stimuleren huisartsen om zich te organiseren in diabeteszorggroepen en daarmee een grotere contracteerbare eenheid te vormen⁹⁶. Zorgverzekeraars ontwikkelen substituutdiensten voor de eerstelijnszorg in de vorm van Internet dienstverlening of callcenter ondersteuning of versterking van het zelfmanagement.

Zorgverzekeraars proberen om met name huisartsen te beïnvloeden in hun gedrag. Niet de directe kosten van de huisarts zijn hoog, maar wel de vervolgcosten. Daarom proberen de zorgverzekeraars invloed uit te oefenen op kwaliteit en doelmatigheid van huisartsen door:

- generiek voorschrijven van medicijnen
- minder verwijzen naar tweede lijn
- minder aanvragen van onderzoeken
- systematische behandeling en begeleiding van chronisch zieken

⁹⁴ Achmea en AGIS 2007

⁹⁵ CZ/VGZ transparantieproject 2006

⁹⁶ CZ beleid DZG maart 2007

In contracten met huisartsen worden hiertoe door alle onderzochte zorgverzekeraars bepalingen opgenomen⁹⁷.

Zorgverzekeraars stimuleren nieuwe zorgaanbieders op de eerstelijnsmarkt actief te worden en bieden redelijk gemakkelijk contracten aan; enerzijds om voldoende zorg in te kopen en te voldoen aan de zorgplicht en anderzijds om wat meer dynamiek te krijgen in de zorgmarkt. In de eerstelijns diagnostiek heeft een zorgverzekeraar zelfs een nieuwe aanbieder gecontracteerd die evident duurder is dan bestaande aanbieders terwijl er een gelijkwaardig kwaliteitsniveau bestaat. Dit heeft tot onderzoek van de NZa geleid⁹⁸.

Zorgverzekeraars gebruiken elkaars netwerken om efficiency winst te behalen bij de zorginkoop. Het systeem van regiovertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland is hierop gebaseerd. Daarmee laten zorgverzekeraars zich collectief vertegenwoordigen in gebieden waar men geen marktleider is. Daarmee kan men ook aan de wettelijke verplichting voldoen om een landelijke dekking aan te bieden. Kleinere zorgverzekeraars hebben zich verenigd in de Vereniging Regionale Zorgverzekeraars (1,1 miljoen verzekerden).

Zorgverzekeraars stimuleren de integratie van spoedeisende eerste hulp en huisartsenposten tot spoedzorgposten op één lokatie om hiermee dubbele infrastructurele en personele kosten te drukken en de patiënten beter van dienst te kunnen zijn.

Zorgverzekeraars zullen in de toekomst volgens NZa verzekerden gaan ondersteunen bij keuzes⁹⁹. Er is nog te weinig variatie in contracten met zorgaanbieders en er zijn nog te weinig impulsen voor verzekerden om naar bepaalde zorgaanbieders te gaan. Verzekerden zijn ook nog niet echt geïnteresseerd. Resultaten uit een onderzoek naar verzekerden gedrag; slechts 26 % van de Nederlanders vergelijkt zorgaanbieders op

- * kwaliteit van de geleverde zorg
- aanwezigheid van een specialisme
- reputatie van de zorgaanbieder
- wachttijd van de instelling

Alle zorgverzekeraars bieden passieve keuze ondersteuning (wachttijst bemiddeling), maar onderscheiden zich (nog) niet door verzekerden “te sturen” naar zorgaanbieders. Vanuit meldweken van zorgbelang komen signalen dat verzekerden zich wel gestuurd “voelen”.

Een groep patientenorganisaties (n = 25) lobbyen bij zorgverzekeraars om *bewegen voor chronische patienten* in te kopen. Deze groep lobbyt ook bij de overheid, CVZ en ZN om deze zorg op te nemen in het basispakket.

Gereguleerde marktwerking op de zorginkoopmarkt naar financieringsvorm:

Om de gereguleerde marktwerking op de zorginkoopmarkt te beschrijven is een indeling gemaakt naar financieringsvorm.

Basispakket ZVW

De Zorgverzekeringswet heeft betrekking op zorg uit het basispakket. Alle zorgverzekeraars zijn gehouden aan het basispakket. Door middel van een gerichte zorginkoop bij zorgaanbieders kunnen zij zich op de zorgmarkt onderscheiden op kwaliteit, kosten en service aan verzekerden. Dit onderscheidend vermogen zouden zorgverzekeraars dan terug moeten zien in door een groter aandeel op de verzekeringsmarkt. De contractering van eerstelijnszorg is hieronder in algemene termen omschreven.

⁹⁷ NPCF onderzoek contracten zorgverzekeraars – huisartsen juli 2007

⁹⁸ Nza Fiod ECD onderzoek naar eerstelijns diagnostiek DCNed en AGIS

⁹⁹ NZa Utrecht 2007 Richting geven aan keuzes

De zorginkoop in de eerstelijnszorg binnen het basispakket vertoont de volgende algemene kenmerken:

- de meeste zorgaanbieders krijgen een standaard contract; er vindt nog weinig differentiatie plaats in de contracten Over deze contracten vindt wel afstemming plaats (vooroverleg met delegaties van zorgaanbieders en presentaties voor alle zorgaanbieders), maar geen of nauwelijks contractonderhandelingen (prijsonderhandelingen). Bij veel disciplines worden maximum tarieven betaald en vind dus geen onderhandeling plaats. Wel zijn er zorgaanbieders met wie aanvullende contractsafspraken worden gemaakt en waarmee wel onderhandeld wordt over een bonus (bijvoorbeeld in de fysiotherapie zorgprogramma's als lage rugpijn, COPD of reuma of gezondheidscentra die aan de topzorg criteria van Menzis voldoen).
- Zorgverzekeraars sluiten met (vrijwel) alle eerstelijns zorgaanbieders contracten af (90 % en meer) en oefenen geen of weinig invloed uit op de verzekerden bij de keuze van zorgaanbieder¹⁰⁰. Uitzonderingen zijn bepaalde eerstelijns zorgaanbieders waarbij het aanbod groter is dan de vraag; bijvoorbeeld verloskundigen of oefentherapie Cesar Mensendieck.
- Het systeem van 'volgen' van contracten leidt er toe dat er geen of nauwelijks onderscheid is tussen de zorgaanbieders. Uit efficiency overwegingen onderhandelen 'verre' zorgverzekeraars niet of nauwelijks met zorgaanbieders, maar betalen de hen aangeboden tarieven (bijvoorbeeld bij M&I). Indien de marginale transactiekosten hoger zijn dan de marginale opbrengst uit onderhandelingen dan wordt vanuit economische overwegingen NIET onderhandeld; dit kan beschouwd worden als marktwerking¹⁰¹.
- Met een groot deel van de eerstelijns disciplines vindt afstemming plaats over de ontwikkeling van prestatieindicatoren. Het komen tot eenduidige betrouwbare meetbare indicatoren is een langdurig complex proces. Voorbeeld is het transparantieproject huisartsenzorg van CZ/VGZ. Huisartsen krijgen op basis hiervan bonussen. In de tussentijdse periode maken zorgverzekeraars gebruik van structuur- en procesindicatoren; bijvoorbeeld door keurmerken en accreditatie en kwaliteitstrajecten (HKZ, VIA (NHG), NPCF instrumenten (ACB en ECB).
- Zorgverzekeraars hebben nog maar in beperkte mate preferred providers contracten. Enerzijds bestaan er nog geen of weinig objectieve, uniforme, transparante en kwaliteit gerichte beoordelingscriteria en anderzijds willen zorgaanbieders zich niet exclusief binden aan de zorgverzekeraar (gelijkheidsparadigma¹⁰²) Het ontbreken van preferred providers maakt het voor zorgverzekeraars lastiger om zich te onderscheiden..
- Zorgverzekeraars richten zich massaal op de door de klant gepercipieerde zorg. Klantervaringsonderzoeken en verbeterprocessen door zorgaanbieders worden gestimuleerd en gefaciliteerd. De uitkomsten van klantervaringsonderzoeken worden steeds nadrukkelijker betrokken bij het inkopen van (eerstelijns)zorg. Dit geldt o.a. voor de uitkomsten van de CQ-index en de uitkomsten van Apotheken door Clienten Bekeken (ACB) en Eerstelijnscentra door Clienten Bekeken (ECB).
- Zorgverzekeraars vergoeden (vrijwel) alle zorg ook als niet vastgesteld kan worden of de kwaliteit gegarandeerd kan worden. Zorgplicht is hiervoor de belangrijkste reden hiervoor. Daarnaast beschikken zorgverzekeraars niet over het instrumentarium en capaciteit om kwaliteit te controleren

Aanvullende verzekering

In de aanvullende verzekering is de zorginkoop van groot belang. Klantpreferenties bepalen het succes van de aanvullende verzekering. In de collectiviteiten wordt zoals al eerder

¹⁰⁰

¹⁰¹ Algemene economie van de gezondheidszorg Lapre e.a. Elsevier 2006

¹⁰² Zorgaanbieders willen (liever) geen onderscheid maken op basis van de soort verzekering

beschreven invloed uitgeoefend door de onderhandelaar over de collectiviteit (werkgever of patiëntenbeweging). Bij individuele aanvullende verzekeringen trachten zorgverzekeraars interessante pakketten samen te stellen; bijvoorbeeld health checks. Juist ten behoeve van aanvullende verzekeringen zijn innovaties van belang, omdat dit als uitbreiding gepresenteerd kan worden. Zo heeft de Nederlandse Coeliakie vereniging in een collectief contract met Trias een vergoeding voor speciale dieetvoeding laten opnemen. Zorgverzekeraars lopen op het gehele aanvullende pakket 100 % risico, omdat zowel de prijzen als de inhoud van de het productenpakket helemaal vrij zijn. Daarmee kan de markt van aanvullende verzekeringen als een vrije markt worden aangeduid.

AWBZ:

Het zorgkantoor heeft als taak het uitvoeren van de AWBZ voor alle inwoners van een bepaalde regio. AWBZ is een verplichte volksverzekering. Er is geen keuzevrijheid voor de patient voor een zorgkantoor, er vindt geen onderlinge concurrentie plaats tussen zorgkantoren. Zorgkantoren hebben een budget en moeten doelmatig zorg inkopen. Bij algemene budgetoverschrijdingen wordt de premie AWBZ verhoogd of wordt het pakket beperkt. De functie van zorgkantoor wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars die een concessie hebben voor een bepaalde periode. Dit systeem bestaat sinds 1998 en de concessies zijn sinds die tijd niet veranderd.

Door de indicatiestelling van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) wordt objectief vastgesteld of een patient aanspraak heeft op zorg. Daarna heeft de patient voor een aantal functies de keuze of de zorginkoop in natura plaatsvindt of op basis van een persoonsgebonden budget. In het laatste geval fungeert de patient zelf als zorginkoper. In de AWBZ hanteert het zorgkantoor met enige regelmaat marktwerkinginstrumenten als aanbesteding, veiling en maatstafconcurrentie om de zorgaanbieders tot een betere kwaliteit – prijs verhouding te dwingen. Sinds een aantal jaren zijn de vaste werkgebieden van AWBZ zorgaanbieders losgelaten en daardoor kunnen ook andere zorgaanbieders uit andere regio's meedingen. Uit de AWBZ gefinancierde eerstelijnszorg heeft hierdoor te maken met marktwerking.

Zorgkantoren zijn zelfstandig opererende organisaties, maar zorgverzekeraars kunnen belang hebben bij het afwentelen van zorgkosten uit de eerste lijn naar de AWBZ. Dit speelt ondermeer bij de diabeteszorg (AIV financiering uit de AWBZ in plaats van POH financiering uit het basispakket ZVW) en kortdurende GGZ (SPV financiering uit de AWBZ in plaats van ELP financiering uit de aanvullende verzekering). Dit is een van de aanleidingen om de AWBZ te ontmantelen en er naar te streven dat alle kortdurende zorg (< 1 jaar) onderdeel wordt van de ZVW. Na de overheveling van de eerstelijns GGZ naar de Zorgverzekeringswet ontstaat er op dit gebied meer eenduidigheid en lijkt de kans op afwenteling op de andere financieringsbronnen een stuk kleiner, want er is sprake van zorgplicht en een aanspraak op zorgverzekeraars.

Alle zorgkantoren hanteren dezelfde criteria voor toegankelijkheid in de vorm van TREEKnormen¹⁰³ waarin maximale wachttijden zijn vastgelegd. Treeknormen hebben betrekking op de maximale toegangstijden tot de zorg

In de AWBZ is beperkt sprake van marktwerking in verband met het ontbreken van concurrentie en keuzevrijheid. Er worden wel instrumenten ingezet om de marktwerking te stimuleren; maatstafconcurrentie¹⁰⁴, benchmark en aanbesteding. Het instrument voor vraagsturing in de AWBZ is het PGB, maar dit wordt tot op heden relatief weinig benut.

¹⁰³ TREEK normen 2000

¹⁰⁴ CPB zorgaanbieders worden afgerekend op basis van hun relatieve prestaties ten op zichte van andere soortgelijke zorgaanbieders

Gemeentefonds:

Algemeen maatschappelijk werk wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds. Delen van AMW vallen onder de WMO (bijvoorbeeld schuldsanering) en delen onder de ZVW (kortdurende GGZ).

“Kort geleden is een rapport opgeleverd over de inhoud van het AMW. Het producten aanbod is in de vorm van modules beschreven¹⁰⁵. Hiermee wordt de transparantie naar potentiële inkopers (zorgverzekeraars en gemeenten) vergroot.”

Vanaf 2007 is de WMO een belangrijk speerpunt geworden voor de gemeenten. Er kan gemeentelijk beleid worden bepaald, maar ook zorgverzekeraars zouden de handschoen kunnen oppakken. De ervaring met de financiering van allochtone zorgconsulent beloven niet veel zicht op een goede afloop¹⁰⁶. In 2006 is er tussen zorgverzekeraars en gemeenten gediscussieerd over de financiering van deze functie en er is nog steeds geen structurele oplossing. Op een aantal plaatsen hebben de zorgverzekeraars en de gemeenten gezamenlijk de verantwoordelijkheid genomen. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben er beiden belang bij om elkaar de kosten in de schoenen te schuiven

De financieringschotten die ontstaan door de ZVW en de WMO hebben ook effect op de preventie. Zowel gemeenten als zorgverzekeraars hebben belang bij preventie, maar wie financiert? Bij zorgverzekeraars is op het gebied van preventie het overstapgedrag van verzekerden in relatie tot de mogelijke gezondheidswinst als een issue aangeduid met de 'preventieparadox'. Bij gemeenten zijn er wettelijke taken, maar het budget is beperkt. Preventie is in 2006 en 2007 veelvuldig in het nieuws geweest, maar speelt slechts een zeer bescheiden rol op de collectief gefinancierde zorginkoopmarkt.

Werkgeversfinanciering:

Sinds 1 juli 2005 is de Arboret aangepast om beter te voldoen aan de Europese normen¹⁰⁷. Met de wijziging per [1 juli 2005](#) vervalt de plicht voor ondernemers om aangesloten te zijn bij een [Arbodienst](#). Een ondernemer mag nu ook zelf de arbotaken uitvoeren, al blijven er taken waarvoor hij een bedrijfsarts in moet schakelen. Deze wetwijziging heeft er voor gezorgd dat bedrijven zich zijn gaan oriënteren op de vorm en inhoud van de ARBO zorg in combinatie met de zorgverzekeringen. Navraag bij de BOA-BOREA (branchevereniging voor arbo en reïntegratie levert geen trendmatige gegevens op). De arbo branche is een commerciële branche met veel marktwerking.

De verzekeringsmarkt wordt beïnvloed door de collectiviteiten, waarvan het merendeel werkgeverscollectiviteiten. Werkgevers betalen 50 % van de kosten van de zorgverzekering in de vorm van premies, daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor het arbobeleid. Op basis van risico-inventarisatie en analyse van verzuim zijn werkgevers goed op de hoogte van de redenen en kosten van verzuim. In een aantal gevallen zijn werkgevers ook nog (deels) verantwoordelijk voor de kosten van inkomen- en inkomendervingverzekering. Het is daarom voor werkgevers aantrekkelijk om op de verzekeringsmarkt via de zorgverzekeraars invloed uit te oefenen op de kwaliteit en service van de zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt. Zo bestaat er een collectief contract in de bouwbranche met snelle reïntegratie bij rugklachten¹⁰⁸. Daarnaast merken werkgevers voor het deel dat zij zelf moeten financieren (bijvoorbeeld arbozorg) positieve (financiële) effecten van de combinatie van zorgverzekeringen, ARBO en inkomens(schade)verzekeringen. Door de werkgeverscollectiviteiten en –financiering ontstaat er een vorm van marktwerking in de basis en aanvullende verzekering.

¹⁰⁵ Movisie Scholte e.a. Aanbod verhelderen mei 2007

¹⁰⁶ NIZW sociaal beleid oktober 2006 P. van Leeuwen Naar de structurele financiering van allochtone zorgconsulenten in de eerste lijn ?!

¹⁰⁷ "Kaderrichtlijn veiligheid en gezondheid van werknemers op het werk" (nummer 89/391/EEG).

¹⁰⁸ NVAB juni 2007

Private financiering:

Bij private financiering valt op dat bepaalde zorg wel en andere zorg niet zondermeer vrij te verkrijgen is. Ook niet als de patient het zelf wil/moet betalen. Zelfzorgmedicatie (OTC) is veelal zorg die ruimschoots te verkrijgen is en hierbij zullen de inkoopmogelijkheden nog verder toenemen. Maar als een patient een bepaalde behandeling wil die niet in een prestatiebeschrijving is opgenomen en geen tarief voor vastgesteld door de NZa, dan mag de zorgaanbieder deze zorg niet verlenen. Ook niet als de patient zelf wil betalen. De patient is dan aangewezen op het alternatieve circuit.

Conclusie:

De eerstelijns zorginkoopmarkt functioneert nog niet voldoende. Er zijn organisatorische belemmeringen als het ontbreken van contracteerbare eenheden en organisatiekracht binnen de eerstelijnszorg, afwentelmogelijkheden naar aanpalende financieringsbronnen, medisch wetenschappelijke redenen, organisatorische beslommeringen, reorganisaties, segmentering en culturele blokkades bij zorgverzekeraars, patienten en zorgaanbieders. De belangrijkste reden voor het suboptimaal functioneren van de zorginkoopmarkt lijkt toch het ontbreken van financiële prikkels en de rudimentaire ontwikkelde zorginkoop van de zorgverzekeraars te zijn.

Hoofdstuk 6 discussie en conclusie

De marktwerking in de basisverzekering functioneert beperkt. Hiervoor zijn een aantal redenen aan te voeren.

Ten eerste bij de zorgverzekeraars:

- Zij hebben zich in 2006 vooral gefocust op de verzekeringsmarkt. Elke zorgverzekeraar heeft geprobeerd om zoveel mogelijk verzekerden te krijgen. Daarbij was een positief imago belangrijk.
- Daarnaast heeft de (dreigende) marktwerking geleid tot fusies en reorganisaties bij zorgverzekeraars, waardoor er (te) weinig aandacht is besteed aan de zorginkoop.
- Ook voor de zorgverzekeraars is het inkopen van zorg een relatief nieuwe ervaring en het was dus noodzakelijk om op veel deelgebieden nog beleid te ontwikkelen.
- De eerste lijn is op zich belangrijk als toegangspoort voor de tweede lijn en de zorgverzekeraars zijn 100 % risicodragend voor de eerste lijn, maar het gaat in verhouding met andere dossiers om relatief weinig verzekeringsbudget. Ook andere dossiers (DBC ontwikkeling en overheveling van de AWBZ) vragen aandacht.
- Door het zorgvereveningsfonds en de risicoverevening bij ziekenhuiszorg ontbreken de mogelijkheden om zorg al echt te substitueren en is er ook geen harde (concurrentie) noodzaak om het zorginkoopbeleid te optimaliseren.
- De interne organisatie van de zorgverzekeraars was veelal sector of discipline gericht, maar door de functionele omschrijving in de zorgverzekeringswet, moesten nu de accountmanagers van de 1^e en de 2^e lijn het curatieve beleid gaan bepalen. Dit vergt afstemming en dus tijd.

Ten tweede bij de patienten:

- Patienten(groepen) zijn niet allemaal goed (genoeg) georganiseerd om zich op de verzekeringsmarkt te profileren en hun eisen neer te leggen bij de zorgverzekeraars.
- Er bestaan geen patientenorganisaties die zich specifiek op de eerstelijnszorg richten
- Patientenorganisaties hebben beperkte capaciteit, deskundigheid en ervaring om hun positie op de verzekeringsmarkt waar te maken

- De hoeveelheid patientengroepen is dusdanig groot dat de zorgverzekeraars gekozen hebben voor het overleg met enkele grote patientenorganisaties van veelkomende aandoeningen (bijvoorbeeld Nederlandse diabetesfederatie of Astma COPD fonds)
 - De expliciete wens van veel verzekerden om naar hun “eigen” vertrouwde zorgaanbieder te gaan
 -
- Ten derde bij de zorgaanbieders:
- zorgaanbieders in de eerste lijn zijn onvoldoende georganiseerd om zich op de zorginkoopmarkt te profileren; de eerste lijn bestaat hoofdzakelijk uit MKB bedrijven en is daardoor niet goed contracteerbaar voor zorgverzekeraars
 - zorgaanbieders richten zich bij schaalvergroting meestal op monodisciplinaire organisatie als diabetesgroepen voor huisartsen of cooperaties voor fysiotherapeuten of labels voor apotheken
 - eerstelijns zorgaanbieders zijn onvoldoende deskundig om zich te presenteren en onderhandelen met zorgverzekeraars (uitzondering vormen bijvoorbeeld de apothekers)
 - bij de zorgaanbieders in de eerste lijn bestaat nog onvoldoende ondernemerscultuur en mentaliteit en de focus ligt op de zorginhoud
 - zorgaanbieders werden geconfronteerd met andere belangrijke zaken als nieuwe financiering of administratieve effecten van de ZVW (huisartsen – fysiotherapeuten), waardoor er weinig of geen aandacht bestond voor het positioneren op de zorginkoopmarkt.

Discussie/advies/conclusie: (rijp en groen – nog nader uitwerken)

1. Eerstelijnszorg moet zich snel organiseren tot contracteerbare eenheden voor alle aspecten van de chronische zorg. Bestaande en nieuwe organisaties met een goed business concept, organisatiekracht en financiering positioneren zich in de eerstelijnszorg.
2. De eerstelijnszorg zal in samenwerking met andere ketenpartners concepten moeten ontwikkelen om de integraliteit en de continuïteit van zorg voor patienten te garanderen zonder dat deze effect van diverse financieringsstromen ervaren.
3. Marktwerking vindt met name vanuit economisch perspectief plaats en minder vanuit patientenperspectief. Er zijn waarborgen nodig om die invalshoek te bewaken.
4. De overheid kent diverse stadia in haar beleidsvormingsproces. Beïnvloeding door het patientenperspectief te versterken kan in alle stadia plaatsvinden.
5. Samenhang in de eerstelijnszorg blijft door de gescheiden financiering op onderdelen een lastige opgave. Samenvoeging van ZVW en kortdurende zorg uit de AWBZ (< 1 jaar GGZ, thuiszorg) is een goede ontwikkeling, maar de waterscheiding met de WMO blijft aanwezig.
6. Proportionele toepassing wet/regelgeving: voldoende bescherming aan zwakkere groepen; opletten dat afbouw bevoogding centrale overheid niet wordt overgenomen door nieuwe bastions als NZa. Actal toets op wetgeving in nieuwe uitvoeringsvorm ook voor regelgeving.
7. Zwakste partij in het nieuwe zorgstelsel is de patient. Door het ontbreken van transparantie en organisatiegraad bestaat er onvoldoende counter vailing power. Dit wordt

door het ministerie van VWS onderkend; in de zomer 2007 is € 10 miljoen structureel toegekend om de patientenorganisaties te versterken¹⁰⁹

8. Databeheer chronische zorg en EPD gegevens zijn de collectieve marketing gegevens voor de zorg; bestaande zorgaanbieders (zeker in de eerstelijnszorg) zijn uitermate naïef en maken hierover geen afspraken (separaat artikel met juriste in de maak).

9. OR betrekken bij werkgevers collectiviteiten – werknemers belangen (kwaliteit en toegankelijkheid) waarborgen, omdat de economische belangen (korting) kunnen prevaleren als de werkgevers alleen de collectiviteiten sluiten.

10. Het zorgstelsel is een samenhangend stelsel. Veranderingen werken op elkaar in en door. Daarnaast maakt het zorgstelsel onderdeel uit van de economische maatschappelijke realiteit. Veranderingen kunnen de vormgeving van het zorgstelsel beïnvloeden.

¹⁰⁹ Ministerie van VWS Brief aan de Tweede Kamer 23 juli 2007