

DEEERSTE LIJNS

platform voor
strategie
en innovatie

EDITIE 10 JAARGANG 5
DECEMBER 2013

Kim Putters (SCP):
**'Wacht tekentafelplannen
van gemeente niet af'**

Christel van Vugt (VHN):
**'Hoe de huisartsenpost
zijn plaats krijgt'**

- Is er marktwerking in de zorg?
- Huisarts als coördinator van zorg

Interview met de voorzitter,
Martin Bontje: 'De naam is InEen'

ineen
ORGANISEERT DE EERSTE LIJN

Is er marktwerking in de zorg?

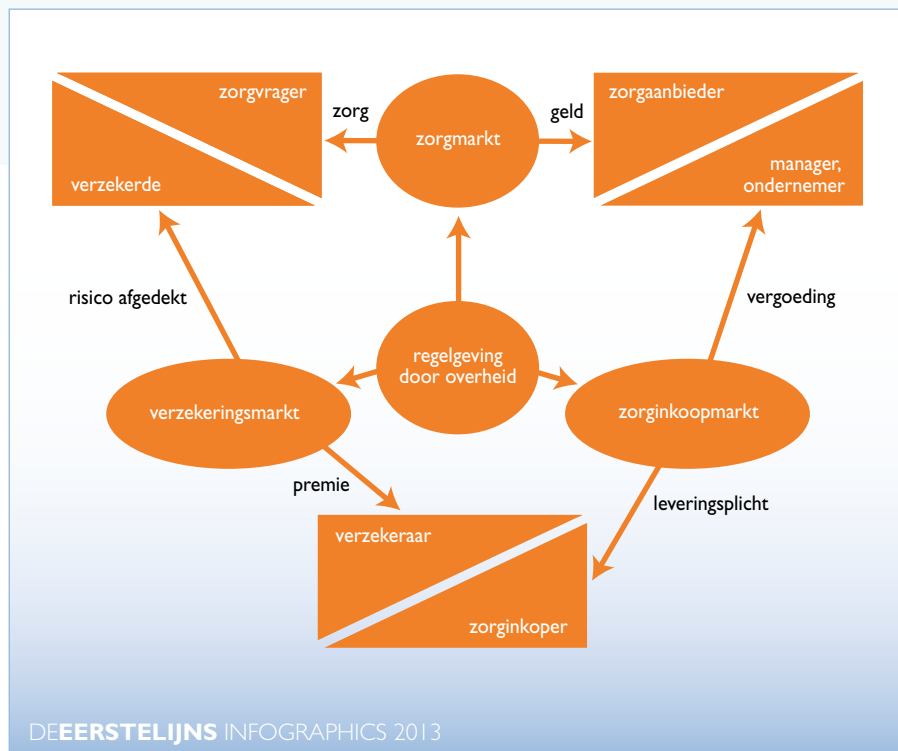
In de zorg kennen we drie samenhangende markten: de zorgmarkt, de verzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Door de regels van de overheid spreken we vaak van gereguleerde marktwerking. Maar is nu daadwerkelijk sprake van marktwerking in de zorg? Een paar opvallende zaken, zonder daaruit harde conclusies te trekken.

Op de zorgverzekeringsmarkt stappen naar verwachting ruim 1,5 miljoen verzekerden over.

Dat beeld is wat vertekend, want soms stapt men over binnen een concern, bijvoorbeeld naar een internetlabel. Die overstappers worden ook meegeteld. Toch wordt aangenomen dat de dreiging van overstappen al tot het gewenste marktgedrag leidt. Er zijn wel enkele vreemde markteffecten. Als een van de kleinste zorgverzekeraars zet DSW jaarlijks de toon met de premie voor de basisverzekering. Ook voor 2014. Daarna zweten alle grote zorgverzekeraars om met een premie te komen die niet te veel afwijkt, want dan stappen verzekerden over; dat noemen ze prijselasticiteit. Een prijsdaling kon bij andere zorgverzekeraars dan ook niet uitblijven. De premie daalt in 2014 met maximaal elf procent.

Het effect is voorspelbaar op de zorginkoopmarkt.

De zorgaanbieders moeten bloeden met lagere vergoedingen. In de ziekenhuissector betekent de lagere premie gemiddeld lagere productieafspraken die passen bij de krimp in die sector. De eerstelijnszorg moet nog meer gaan doen tegen minder meer opbrengsten. Deze bewegingen zouden de marktwerking op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten stimuleren. Maar de mogelijkheden zijn beperkt. De eerstelijnszorg is gefragmenteerd en dan is het "tekenen bij het kruisje". De landelijke partijen mogen niet meer onderhandelen in het kader van de Mededingingswet. Bij een marktconcentratie groter dan 55 procent, zoals bij zorggroepen, zijn er beperkingen aan de onderhandelingsvrijheid. De WGBO verbiedt het stoppen van een



In de zorg is de zorgvrager ook verzekerde, is de zorgaanbieder ook ondernemer en is de verzekeraar ook zorginkoper.

bestaande behandelrelatie, ook al wil de zorgverzekeraar niet betalen.

Wat kan en mag er dan wel?

Het enige wat echt werkt, is helemaal geen contract meer sluiten en de praktijk sluiten voor nieuwe patiënten van een onwillige zorgverzekeraar. Een andere optie is om patiënten massaal door te verwijzen naar de helpdesk van de zorgverzekeraar of een social media offensief te starten, waarmee het imago van de zorgverzekeraar onder druk komt. Patiënten doorverwijzen naar het ziekenhuis is met de invoering van een eigen risico van € 360 in 2014 een onmenselijke optie geworden. Een vergelijkingssite vanuit het perspectief

van zorgaanbieders, zoals in dit blad de Zorgverzekeringsanalyse tool van de Service Apotheek, is een interessant nieuw verschijnsel. Duidelijk is wel: alle acties leiden tot reacties, ze moeten goed doordacht zijn en men moet bereid zijn om de consequenties te accepteren. Ze zijn nodig om de grenzen van het speelveld te bepalen.

Continuïteit is voor verzekerden cruciaal

Een positief effect op de positie van zorgaanbieders is de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben: juist dat kunnen eerstelijns zorgaanbieders bieden. Continuïteit voor verzekerden is cruciaal voor zorgverzekeraars; dat geeft zorgaanbieders die in aantal schaars zijn, zoals huisartsen, een veel sterkere positie dan men vaak zelf in de gaten heeft. Dat wordt nog versterkt doordat de zorgverzekeraars jaarlijks

voor 19 november openbaar moesten maken met wie men wel en met wie men geen contract heeft gesloten. Dat kan de keuze van zoekende verzekeren gaan beïnvloeden.

Door de crisis zijn verzekerden extra alert op lagere premies.

De prijs bepaalt in 90 procent van de gevallen of verzekerden overstappen. Het onderscheid tussen zorgverzekeraars is in het basispakket immers heel klein. Aangezien 80 procent van de mensen vooral verzekerde is, zijn zorgverzekeraars zeer gevoelig voor die grootste groep. Patiënten zijn meer geïnteresseerd in goede zorg dan in een lage premie, maar zij vormen maar 20 procent van de populatie. Dat noemen ze de verzekeraarsparadox. Het zijn zorgverzekeraars, maar de meeste mensen kiezen niet op zorg maar op premie. Het risico bestaat dat het meer om verzekeren dan zorg gaat, vooral als de zorgverzekeraar onderdeel uitmaakt van een conglomeraat met auto-, woonhuis-, arbeidsongeschiktheid- of uitvaartverzekeringen. Waar mensen wel steeds vaker voor kiezen, is een hoger eigen risico. Dat geeft een wat lagere premie. Maar dit is alleen haalbaar voor gezonde verzekerden. In de autoverzekeringen kent men een no-claim beschermer om die risico's af te kunnen dekken en die zou er op de zorgverzekeringsmarkt ook zomaar kunnen komen. Biedt dit meer marktwerking?

Een andere reden waarom mensen niet kunnen kiezen is de informatie-asymmetrie.

De polisvoorwaarden zijn lastig te lezen en te begrijpen. Salliant detail is dat een grote "onafhankelijke" vergelijkingswebsite voor zorgverzekeringen het eigendom is van de grootste zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars die niet willen betalen voor een "onafhankelijke" vergelijking worden niet opgenomen in het advies. Dat is bij het publiek niet algemeen bekend; het blijft vreemd dat het ministerie van VWS dit accepteert.

In de aanvullende verzekeringen

werkt de markt volop. Steeds minder mensen kiezen voor de aanvullende verzekering of kunnen deze niet meer betalen. De concurrentie neemt dus toe. Mede door de media-aandacht neemt de solidariteit af en beslist men als homo-economicus. Ofwel op basis van een kosten-baten analyse. De vraag naar aanvullende verzekeringen neemt daardoor af. Hierin zit juist het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars.

Een markt werkt als nieuwe toetreders een kans krijgen.

Dat was de bedoeling met ANNO2012, maar dat is mislukt. De toetredingsdrempels waren hoog; met name strenge eisen aan het eigen vermogen van deze nieuwe partij en de bureaucratie vergden het uiterste van deze nieuwe zorgverzekeraar. De bestaande zorgverzekeraars konden met de winsten uit de voorgaande jaren stunten met de premies voor 2014. Daar kon deze nieuwe zorgverzekeraar niet tegenop. Wat dat betreft, werkt de markt dus niet en blijven er een minimaal aantal zorgverzekeraars over. Opvallend: de NZa onderzoekt het functioneren van de zorgverzekeraarsmarkt, maar maakt als marktmeester onderdeel uit van het systeem.

De zorgmarkt komt verder in beweging.

Patiënten realiseren zich dat zorg niet gratis is door het eigen risico dat sinds 2013 serieuze vormen heeft aangenomen. Men is kritisch op rekeningen voor een bezoek aan de SEH, een eigen bijdrage voor behandelingen of kosten voor een SOA-onderzoek. Vooral de ziekenhuizen hebben door de eigen bijdrage te maken met een productiedip, al komt dat ook door minder geboortegerelateerde zorg, patiënten die kiezen voor een behandeling in Duitsland of België. Om het kritisch consumentengedrag verder te stimuleren, worden de eisen aan transparantie over de aard van de ziekenhuisbehandeling en factuur in 2014 verder opgeschroefd.

In de eerstelijnszorg zijn de apothe-

kers, fysiotherapeuten, eerstelijns psychologen en logopedisten er wel achter wat marktwerking betekent. De strategische reactie van alle partijen is schaalvergroting, zoals zorggroepen van huisartsen. Daarmee ontstaat een onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars. Tegelijk kan de collectieve kwaliteit verbeterd en aangetoond worden en de bedrijfsvoering worden geprofessionaliseerd. Om de unieke positie van de eerstelijnszorg naar de patiënten vast te houden, is het de kunst om grootschalig te organiseren en kleinschalig te blijven uitvoeren.

Er is duidelijk sprake van gereguleerde marktwerking.

Het eerstelijns convenant van 16 juli tussen VWS, ZN, LHV, LVG, LOK en VHN bepaalt voor een deel de speelruimte, de macro-budgettaire ruimte en de koers voor de komende jaren. Ook geeft de NZa met maximumtarieven en norminkomens voor vrije beroepsbeoefenaren de omlijnning van het "speelveld" aan. Naast de formele opgelegde regels zijn er onderlinge afspraken tussen het zorgveld en zorgverzekeraars. Zoals de spelregels tussen de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg met de zorgverzekeraars VGZ en Menzis. Deze afspraken gaan over onderling gedrag. Ik ben dan ook geneigd om te beweren dat de zorgverzekeringsmarkt functioneert. De zorgmarkt is nog niet transparant genoeg; dat moet beter. Op de zorginkoopmarkt zijn nog te veel obstakels om de ambities voor de eerstelijnszorg te kunnen realiseren. Een oproep aan alle partijen om als opmaat naar de nieuwe bekostiging in 2015 hierin verdere stappen te zetten.

Jan Erik de Wildt, Commonsense

Alstublieft, voor uw praktijkondersteuner of longverpleegkundige!



Vraag nu de 'Bijwerkingen vragenlijst' (de verkorte ICQ -vragenlijst) gratis aan via onderstaand antwoordnummer. Maar u kunt ook mailen naar: info@textuuronline.nl Telefonisch bestellen kan ook: 0172 509704

Takeda Nederland bv
t.a.v Petra van der Vlugt
Antwoordnummer 30006
2450 VB Leimuiden

'Meer dan 35% van de patiënten met astma heeft last van stem- en/of keelproblemen bij gebruik van inhalatiecorticosteroiden (ICS)'^{1 2}

De Rijksuniversiteit Groningen heeft de verkorte-ICQ vragenlijst³ opgesteld en is speciaal ontwikkeld om bijwerkingen van ICS te meten.

De verkorte ICQ-vragenlijst meet 15 lokale en systemische bijwerkingen: stemproblemen, oropharynx-problemen, jeuk in mond of keel, schimmelinfectie, een onprettige smaak, veranderde smaaksensatie, dorst, gezichtsoedeem, blauwe plekken, stemmingswisselingen, achteruitgang ogen, zweten, achteruitgang tanden en droge ogen.

'De meeste patiënten accepteren bijwerkingen van ICS vanwege de voordelen van deze behandeling, maar dit zou onze bereidheid om hen te helpen deze bijwerkingen te voorkomen niet mogen beïnvloeden'

(Prof. Dr. T. van der Molen)⁴

De uitkomsten van de ICQ-vragenlijst stellen u in staat om het ICS-gebruik bij uw patiënten te evalueren. Hiermee heeft u een extra hulpmiddel om de compliance verder te verbeteren.

Meer informatie vindt u op www.ics-bijwerkingen.nl



Deze ICQ-vragenlijst wordt u aangeboden door Takeda Nederland bv.

Samenwerken is bij ons een één-tweetje.

Als zorgverleners in de keten samenwerken, is **informatie-uitwisseling** van groot belang.

In een multidisciplinaire zorggroep bijvoorbeeld, kan de integrale keten van tijdige diagnose, preventie, zelfmanagement en zorg met ICT worden ondersteund. Relevante informatie wordt binnen de keten gedeeld en de huisarts houdt regie.

PharmaPartners biedt samen met ICT-partners ketenoplossingen die de chronische zorg beter en effectiever maken.

Het draait allemaal om de patiënt.

www.pharmapartners.nl > producten en diensten > geïntegreerde eerstelijnszorg



medicom

