

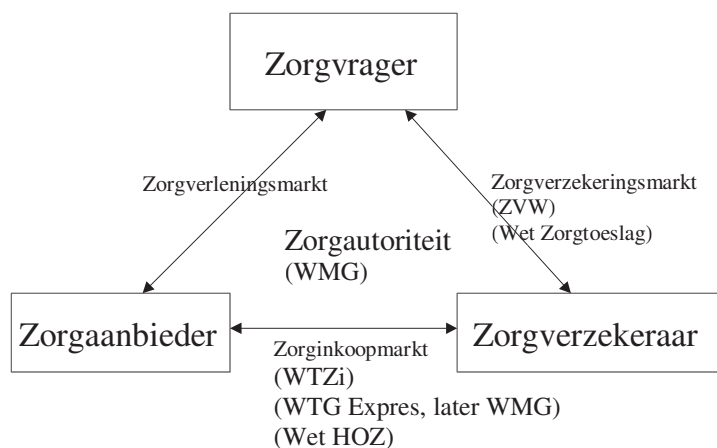
Yvonne van  
Kemenade

Werner Brouwer

# Lang verwacht en toch gekomen: de stelselherziening!

De Nederlandse zorg wordt grondig herzien. Alhoewel de nieuwe Zorgverzekeringswet de meeste aandacht krijgt, worden ook op andere vlakken belangrijke wijzigingen doorgevoerd om een goede invoering van een stelsel van gereguleerde concurrentie in de gezondheidszorg mogelijk te maken. In dit artikel wordt het samenhangende geheel van wijzigingen nader belicht.

De gezondheidszorg kent drie samenhangende markten: zorgverlening (het contact tussen verzekerde/patiënt en zorgaanbieder), zorginkoop (het contact tussen zorgaanbieder en verzekeraar) en zorgverzekering (het contact tussen verzekerde/patiënt en zorgverzekeraar). De drie markten beïnvloeden elkaar, doordat op elke markt twee van de drie belangrijke spelers actief zijn: de zorgvrager, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar (zie figuur 1).



Figuur 1: Wetgeving deelmarkten curatieve zorg vanaf 2005/2006

De voorgestelde vernieuwing van het zorgstelsel wordt veelal vereenzelvigd met de herziening van de zorgverzekeringsmarkt door de invoering van de nieuwe basisverzekering. Door de aanpassing van het verzekeringsstelsel, die wordt geregeld met de Zorgverzekeringswet (ZVW), kunnen verzekerden vrijelijk kiezen uit de beschikbare verzekeraars en verzekeringsvormen voor het basispakket aan zorg. De verzekerden zullen naar verwachting een verzekeraar kiezen op basis van de prijs-kwaliteitverhouding. Dat geeft de verzekeraar een directe prikkel om een goede inkoop van zorg te zijn.

Maar juist om dit mogelijk te maken moet ook de sturing van de zorg drastisch gewijzigd worden. Om goede marktwerking te verkrijgen is allereerst meer ruimte nodig voor onderhandeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en selectieve contractering. Dit wordt gerealiseerd door een drietal nieuwe wetten, die ingrijpen op de zorginkoopmarkt.

De WTG ExPres maakt deregulering van het prijsregime mogelijk, de Wet herzieningen overeenkomstenstelsel zorg (wet HOZ) heft grofweg de contracteerplicht op en zorgt voor een beter onderhandelingsklimaat tussen verzekeraar en aanbieder en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) zorgt ervoor dat zorginstellingen makkelijker kunnen toetreden en kunnen uitbreiden. Voor goede marktwerking en keuzevrijheid is voldoende aanbod immers onontbeerlijk. Deze wetten, die deels in 2005 van kracht zijn geworden en deels in 2006 in werking treden, zullen in de volgende paragraaf kort worden toegelicht. Het zijn veelal kaderwetten, die in de komende jaren door middel van beleidsregels en jurisprudentie nader ingevuld moeten gaan worden.

## Nieuwe wetgeving<sup>1</sup>

### ZVW

De nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) is veel besproken. In het kort regelt de wet dat iedere Nederlander zich verplicht dient te verzekeren voor een basispakket aan zorg, voor een nominale premie, bij een private verzekeraar naar eigen keuze. Dit pakket zou sterk moeten lijken op het huidige Ziekenfondspakket. De ZVW zal vervolgens worden verbreed met de daarvoor in aanmerking komende zorg uit het eerste compartiment (de op genezing gerichte zorg uit de AWBZ)<sup>2</sup> De zorgtoeslag moet de verzekering voor iedereen betaalbaar houden.

Daarnaast kent de ZVW een inkomensgerelateerde verzekerdenbijdrage. Deze wordt in feite door de werkgevers betaald en gestort in een op te richten Zorgverzekeringsfonds. Uit dit fonds ontvangen zorgverzekeraars een aan het risicoprofiel van hun verzekerden gerelateerde bijdrage<sup>3</sup>. Elke verzekeraar is verplicht om iedereen die zich voor de basisverzekering aanmeldt en binnen zijn werkgebied woont te accepteren. Ook de premiehoogte voor eenzelfde polis mag niet variëren tussen verzekeraars.

den, alleen bij een collectieve verzekering mag korting (tot tien procent) worden gegeven. Verder geldt voor de verzekeraars een zorgplicht, waardoor verzekerden recht hebben op zorg of recht op restitutie van zorgkosten.

Om dit systeem van keuze in de verzekeringsmarkt goed te laten werken is het nodig dat verzekeraars hun regie- en inkooprol kunnen waarmaken. Daartoe zijn ingrijpende maatregelen nodig in de zorginkoopmarkt, voornamelijk geregeld in hierna volgende wetten.

#### *Wet HOZ*

De wet Herziening Overeenkomsten Zorg (wet HOZ) reguleert de contractering van zorgaanbieders door zorgverzekeraars en vergroot de onderhandelingsmogelijkheden op de zorginkoopmarkt. Dat was ook nodig, omdat voorheen hiervoor maar weinig ruimte bestond, ook vanwege de contracteerplicht en de landelijke binding van de uitkomsten van overleg. De HOZ maakt dan ook een einde aan deze beide zaken. Er ontstaat dus meer ruimte voor verzekeraars om aanbieders wel of niet te contracteren en per aanbieder te onderhandelen over de voorwaarden waaronder deze contractering plaatsvindt. Hiervoor wordt de contracteervrijheid voor verzekeraars en zorginstellingen vergroot door de contracteerplicht voor bepaalde vormen van zorg en categorieën van zorginstellingen af te schaffen. Dit laatste is uiteraard ook van belang voor de verdere invoering van outputfinanciering en de onderhandeling over prijzen voor DBC's.

#### *WTZi*

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) regelt onder meer de verdere deregulering van het bouwregime. Kernelement van de WTZi is de toelating van aanbieders tot de zorgmarkt. Voor toelating blijven uiteraard wel eisen bestaan, vooral op het gebied van goed bestuur en waarborgen voor spreiding en toegankelijkheid. Eenmaal op de markt worden zorgaanbieders meer zelf verantwoordelijk voor hun infrastructuur en de investeringsbeslissingen. Uitgangspunt is dat het zoveel mogelijk aan marktpartijen moet worden overgelaten om zelf te beslissen over toetreding, investeringen en de vormgeving van gebouwen en instellingen. Hierbij gaat het in eerste instantie om zorgsectorgewijs dereguleren van het bouwregime. Als tweede gaat het om de mogelijkheid de instellingen toe te staan om risicodragend kapitaal aan te trekken. Om de vrijheid van instellingen nog verder te vergroten heeft de minister afgelopen maart aangegeven voornemens te zijn de kapitaallasten die gemoeid zijn met bouwen integraal onderdeel te maken van de tarieven.

#### *WTG ExPres*

De WTG ExPres is al in werking getreden en dereguleert het prijsregime, wat nodig is om ruimte te geven voor onderhandeling en het nieuwe bekostigingsmodel voor

instellingen (DBC's). De WTG ExPres beoogt een 'snel, soepel maar ook beheerst loslaten' van de overheidsbemoedening met de prijsvorming, terwijl de mogelijkheid tot bijsturen blijft bestaan. Door speelruimte te bieden aan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en onnodige overheidsregulering te schrappen, ontstaat meer ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid van beiden en de invoering van een meer prestatiegerichte beloningsstructuur. Ook wordt expliciet de ruimte geboden voor experimenten op kleinere schaal met de bekostigingssystematiek, om de innovatie hierin te bevorderen. In de WTG waren beleidsregels algemeen geldend en daardoor uitzonderingen lastig<sup>4</sup>. De nieuwe wet tracht verder zoveel mogelijk onnodige administratie en bureaucratie tegen te gaan (bijvoorbeeld in het proces van aanvragen van een tarief of prestatiebeschrijving) en waarborgen in te bouwen die fraude moeten voorkomen. Met het inwerking treden van de WMG zal de WTG (ExPres) komen te vervallen. Belangrijke bepalingen hieruit zijn in de WMG opgenomen.

#### *WMG*

De minister schrijft in de memorie van toelichting<sup>5</sup> over de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) dat deze voorziet in spelregels voor marktwerking en het bijbehorend toezicht om een veilige overstap naar meer marktwerking te kunnen maken. De wet bevordert dat:

- waar dat *kan*, marktwerking op gang wordt gebracht en gehouden (wordt per zorgsector beoordeeld);
- waar dat *moet*, de overheid prijzen en prestaties kan reguleren (via bepalingen die vroeger in de WTG (ExPres) waren opgenomen);
- zorgaanbieders en zorgverzekeraars de consument goede informatie geven, zodat hij kan kiezen bij welke zorgaanbieder hij het beste terecht kan, met welke verzekeraar hij het beste in zee kan gaan en welke polis voor hem het meest geschikt is;
- er samenhang is in de regulering van en het toezicht op de zorgmarkten.

De WMG regelt zo het toezicht en de bijsturingmogelijkheden op de zorgmarkt nieuwe stijl. In de WMG worden enkele bestaande instrumenten (aangepast) gehandhaafd, vooral om te bewaken dat de consument krijgt waar hij recht op heeft, om niet (volledig) geliberaliseerde deelmarkten te reguleren en om de betaalbaarheid van de gezondheidszorg als geheel in goede banen te leiden<sup>6</sup>. De nieuwe instrumenten in de WMG zijn er vooral op gericht om marktwerking te bevorderen en om goede informatie voor de consumenten te waarborgen.

Verder werkt de WMG de taken voor de nieuwe Nederlandse Zorgautoriteit nader uit en legt deze vast. De NZa wordt een zeer belangrijke toezichthouder in de zorg. Hierin zullen de huidige Colleges tarieven gezondheidszorg (CTG) Toezicht op de Zorgverzekering (CTZ)

opgaan, terwijl gegeven de grotere vrijheden (en risico's) voor aanbieders het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) en het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) op termijn zullen verdwijnen. Het toezicht op de kwaliteit van zorg blijft bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg rusten, terwijl het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zich onder andere zal bezighouden met pakketbeheer en het beheer van het Zorgverzekeringsfonds.

In tabel 1 worden de belangrijkste wetten kort samengevat.

**Discussie** De stelselherziening wordt vaak gelijkgesteld aan de veranderingen in de verzekeringsmarkt, maar is in feite veel breder en raakt ook zeer sterk aan de zorginkoopmarkt en indirect aan de zorgverleningsmarkt.<sup>7</sup> Uiteindelijk moet het geheel van veranderingen leiden tot een situatie waarin de door de consument gewenste zorg van goede kwaliteit tegen een scherpe prijs wordt ingekocht door de zorgverzekeraar

en geleverd door de zorgaanbieder. Daarmee wordt de doelmatigheid vergroot, terwijl de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg gewaarborgd moeten blijven. Dat is een nobel streven, maar toch bestaan er nog vele vraagtekens rond de exacte invulling en uitwerking van sommige regels en ook over de uiteindelijke uitkomsten van marktwerking. Die onzekerheid treft in feite alle betrokken partijen - van verzekerde tot zorgaanbieder. Ook de invoering van de veranderingen heeft veel voeten in de aarde, getuige bijvoorbeeld de invoering van DBC's en de inspanningen die moeten worden geleverd om alle onderdelen van de zorgverzekering per 2006 in haar nieuwe vorm(en) volledig operationeel te hebben.

Ondanks alle onzekerheid zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars toch moeten gaan anticiperen op mogelijke marktontwikkelingen. Dat betekent in eerste instantie dat ze zullen moeten proberen om patiënten/verzekerden te behouden en aan te trekken. Voor de zorgaanbieders betekent dit bijvoorbeeld dat in kaart moet worden

Tabel 1: De veranderende wetgeving in de curatieve zorg in schema

Nieuwe wet	Vervangt/wijzigt	Bedoeling
Zorgverzekeringswet (ZVW)	ZFW, WTZ, en particuliere verzekering	Regelt een uniforme, verplichte basisverzekering voor alle burgers, tegen betaling van een inkomensafhankelijke premie met keuzevrijheid m.b.t. verzekeraar en verzekeringsvorm. De verzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering. Zij concurreren o.b.v. prijs en kwaliteit en kopen zorg in bij de aanbieders.
Wet herzieningen overeenkomstenstelsel zorg (HOZ)	ZFW, AWBZ	Regelt contractering en onderhandelingsmogelijkheden. Oude concurrentieverminderende regels vervallen (bindendheid van uitkomsten van overleg, contracteerplicht, etc) waardoor meer ruimte ontstaat voor onderhandeling tussen verzekeraar en aanbieder
Wet Tarieven Gezondheidszorg ExPres (WTG ExPres)	WTG	Vrije onderhandelingen moeten ook de prijs kunnen betreffen (wanneer de markt voldoende werkt). De WTG ExPres dereguleert het prijsregime, waarmee ook de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel van instellingen (DBC's) wordt gefaciliteerd. De deregulering zal per sector worden bezien. De WTG ExPres vervalt met het inwerking treden van de WMG.
Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)	WVZ	Deze wet reguleert de toelating van aanbieders op de zorgmarkt. Nieuwe toetreders en meer aanbod zijn belangrijk voor marktwerking. Marktpartijen moeten zoveel mogelijk zelf beslissen over toetreding, investeringen en de vormgeving van gebouwen en instellingen. Het verbieden van een nieuwe instelling of uitbreiding van een bestaande instelling wordt enkel gebruikt wanneer publieke belangen aantoonbaar worden aangetast.
Wet marktordening gezondheidzorg (Wmg)	Bepalingen toezicht	Met deze wet wordt het toezicht geregeld op de gezondheidszorgmarkt, zowel op de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) krijgt hierin een belangrijke rol en moet toezien op de adequate werking van de markt, de prijsvorming, etc. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal blijven toezien op de kwaliteit van zorg.
Flankerend beleid, o.a. Wet op Zorgtoeslag	Inkomensafhankelijke premies	Moet voorkomen dat zorgverzekering te duur wordt voor bepaalde groepen als gevolg van inkomensafhankelijke nominale premie die verzekerden aan de zorgverzekeraar van hun keuze moeten betalen.

gebracht wie hun klanten exact zijn en met welke (zorg)vragen deze zich tot de aanbieder wenden. Ook zal moeten worden gezien hoe deze vraag het beste kan worden beantwoord, op een wijze die ook goed aan de wensen en behoeften van de patiënten tegemoet komt. Daarnaast moet de macht van de patiëntenverenigingen niet worden onderschat. Zij lijken een actievere en duidelijkere rol te gaan spelen, waardoor ze hun achterban kunnen sturen, bijvoorbeeld door ranglijsten te maken van aanbieders en zorgverzekeraars en door het afsluiten van collectieve contracten.

---

## De macht van patiëntenverenigingen moet niet worden onderschat


---

Naast de (potentiële) patiënten zijn ook de verwijzers van cruciaal belang voor de zorgaanbieders en is het zaak met hen een goede relatie te onderhouden. Tevens moeten de zorgaanbieders terdege beseffen dat zij deel uit maken van (vele) ketens van zorg en dat hun functioneren en de continuïteit van de zorgverlening en het belang van hun patiënten ook samenhangt met de andere schakels in deze keten. Het kiezen van goede partners is daarbij van groot belang.

**Maatschappelijke ondernemers** Door de opkomende markt in de gezondheidszorg worden zorgaanbieders en verzekeraars eigenlijk genoodzaakt zich op te stellen als maatschappelijk ondernemer. Kenmerken als transparantie (verantwoording afleggen over doen en laten), *trust* (vertrouwen van en tussen relaties) en toezicht (controleerbaar opereren en verantwoording afleggen, intern en extern) zijn daarbij belangrijk<sup>8</sup>. Door internetsites zoals kiesbeter.nl en de prestatie-indicatoren van de Inspectie zal de transparantie van prestaties de komende jaren waarschijnlijk een vlucht nemen. In andere landen is men in dat opzicht soms al veel verder (zoals in de Verenigde Staten). Zoals hierboven al beschreven wordt het voeren van een stakeholderbeleid<sup>9</sup> steeds belangrijker. Daarvoor is het nodig de relevante stakeholders te identificeren en keuzes te maken in hoeverre deze stakeholders bij de eigen beleidsvoering betrokken moeten en kunnen worden.

Ook voor zorgverzekeraars zal het maatschappelijk ondernemerschap hoog in het vaandel moeten staan. Belangrijk is het om beter zicht te krijgen op de wijze waarop verzekerden keuzes maken en welke criteria zij daarbij hanteren. Ook zullen naar verwachting niet alle groepen verzekerden even mobiel zijn op de verzekeringsmarkt. De strijd om de verzekerde is al begonnen, maar zal waarschijnlijk verder verhevigen.

Het komt er dus eigenlijk op neer dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich zullen moeten gaan onderscheiden op de markt, hetgeen kan worden bereikt door kostenreducties en scherpe prijs-kwaliteitverhoudingen voor bestaande prestaties, maar ook door innovatie, specialisatie en differentiatie. Juist daarmee kan beter tegemoet worden gekomen aan de uiteenlopende wensen van zorgconsumenten.

Al met al staat er de komende tijd veel te gebeuren. Voor velen is het nog de vraag of met al deze op stapel staande veranderingen er werkelijke verbeteringen zullen optreden in de Nederlandse gezondheidszorg. Die garantie wordt niet bijgeleverd, maar laten we hopen dat we over enige tijd kunnen constateren dat het medicijn van de stelselherziening een aantal belangrijke klachten heeft kunnen verminderen, zonder al te veel negatieve bijwerkingen. 

---

### Auteurs

**Dr. Y.W. van Kemenade** is beleidsadviseur in het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht en is zelfstandig adviseur.

**Dr. W.B.F. Brouwer** is als universitair hoofddocent gezondheids-economie verbonden aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC te Rotterdam.

### noten

1. Een uitgebreidere beschrijving van de ZVW, WTG ExPres, wet HOZ, WTZI en de WMG is te vinden op **Kemenade van Y.W.**, Nieuwsbrief: Natuurlijk in beweging. Themanummer stelselherziening. Biomet.nl.
2. Daarnaast zal de Wmo naar verwachting in 2006 worden ingevoerd (gefaseerd). In de Wmo gaan de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en delen van de AWBZ op, met als gevolg dat meer verantwoordelijkheid bij gemeenten komt te liggen. Hierop gaan we in dit artikel niet verder in.
3. Hierdoor zou het selecteren van verzekerden op basis van hun risico-profiel moeten worden voorkomen en alsmede de verzekeraars adequaat moeten vergoeden voor het gedragen risico zonder dat de door de verzekerde betaalde premie risico-gerelateerd is.
4. Per 1 februari 2005 is het eerste experiment goedgekeurd: de St Maartenskliniek gaat volledig over op DBC's (uitgezonderd medisch specialisten) en ook in de thuiszorg worden wellicht twee innovatieve experimenten gestart. (CTG-Zaio Beleidsregel CI-795).
5. VWS. Memorie van toelichting bij WMG. VWS, Den Haag, 2005.
6. VWS. Memorie van toelichting bij WMG. VWS, Den Haag, 2005.
7. Zie bijvoorbeeld **W.B.F. Brouwer en F.F.H. Rutten**, Optimale zorg dient onafhankelijk te worden vastgesteld, juist nu! TSG 2005; 83(5): 326-329.
8. **Kemenade van Y.W., Aanen D.K.**, Wie wil ondernemen moet controleerbaar (durven) zijn. Health Management Forum, juni 2003, 43-45.
9. **Aanen D.K., Kemenade van Y.W.**, Een wederkerige relatie. Stakeholdermanagement voor ziekenhuizen. ZM 2003, nr:5, blz 15-19.