

Voorkeursaanbieders: Selectief contracteren in het nieuwe verzekeringsstelsel

P.P. Groenewegen
J.D. de Jong
J.J. Kerssens

Utrecht, 2002

Nivel - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 27 29 700 - Fax 030 27 29 729

ISBN 90-6905-548-1

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Probleemstelling	8
1.2 Aanpak	9
1.3 Opbouw van het rapport	10
2 Voorkeursaanbieders in de nota <i>Vraag aan bod</i>	11
2.1 Globale schets van het voorgestelde stelsel	11
2.1.1 Problemen	12
2.1.2 Oplossingen	12
2.1.3 De implementatie van het nieuwe stelsel	13
2.2 Voorkeursaanbieders	14
2.2.1 Begripsomschrijving	14
2.2.2 Problemen die ermee moeten worden opgelost	15
2.2.3 Achterliggende waarden	15
2.2.4 Veronderstelde causale relaties	15
2.2.5 Veronderstelde finale relaties	16
2.3 Beschouwing	16
3 Preferred providers in de internationale literatuur	17
3.1 Definities en afbakening van andere geïntegreerde zorg- en verzekeringsvormen	17
3.1.1 Health Maintenance Organization (HMO)	18
3.1.2 Point Of Service (POS) arrangementen	18
3.1.3 Preferred Provider Organization (PPO)	19
3.2 Effecten van voorkeursaanbiedersarrangementen	21
3.3 Preferenties van verzekerden	23
3.3.1 Lage premie	23
3.3.2 Keuzevrijheid	24
3.3.3 Kwaliteit van zorgaanbieders	25
3.3.4 Transparantie	25
3.4 Conclusies	25
4 Voorkeursaanbieders in enkele Europese landen	29
4.1 Zwitserland	22
4.1.1 Gezondheidszorgsysteem	29
4.1.2 Verhouding tussen verzekeraars en aanbieders	31
4.1.3 Basis van concurrentie tussen zorgverzekeraars	31
4.1.4 Ervaringen met selectieve contracten	32

4.1.5	Beschouwing	33
4.2	Duitsland	33
4.2.1	Gezondheidszorgsysteem	33
4.2.2	Verhouding tussen verzekeraars en aanbieders	34
4.2.3	Basis van concurrentie tussen zorgverzekeraars	34
4.2.4	Ervaringen met selectieve contracten	34
4.2.5	Beschouwing	36
4.3	België	37
4.3.1	Gezondheidszorgsysteem	37
4.3.2	Verhouding tussen verzekeraars en aanbieders	38
4.3.3	Basis van concurrentie tussen zorgverzekeraars	38
4.3.4	Ervaringen met selectieve contracten	39
4.3.5	Beschouwing	40
4.4	Conclusie	40
5	Voorkeursaanbieders en het Nederlandse verzekeringsstelsel	43
5.1	Het Nederlandse ziekenfonds: een HMO?	43
5.2	Selectief contracteren met ziekenhuizen: ervaringen in de voorbereidingsfase	45
5.3	Selectief contracteren: een aanzet	46
5.4	Conclusie	48
6	Invoeringscondities en onbedoelde gevolgen	49
6.1	Invoeringscondities	49
6.1.1	Verzekerden	49
6.1.2	Verzekeraars	50
6.1.3	Zorgaanbieders	51
6.1.4	Onderlinge relaties	51
6.2	Mogelijke onbedoelde gevolgen	52
6.2.1	Verschuiving in relatieve aantrekkelijkheid	52
6.2.2	Onderlinge afhankelijkheid	52
6.2.3	Onjuiste inschatting van gedrag	53
6.2.4	Verschillen in decentrale uitvoering	53
7	Samenvatting en beschouwing	54
7.1	Samenvatting	54
7.2	Beschouwing	57
	Literatuur	61

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van een deskresearch naar de inpasbaarheid van zogenaamde 'preferred provider arrangementen' (voorkeursaanbiedersarrangementen) in Nederland, in het licht van de recente kabinetsplannen voor het nieuwe verzekeringsstelsel, zoals die zijn verwoord in de nota *Vraag aan bod*. Dit onderzoek is in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen door het Nivel uitgevoerd.

Onze hartelijke dank gaat uit naar onze informanten: Drs. Paul Baartmans, Helsana Versicherungen AG, Afdeling Managed Care, Zürich; John Paget, Nivel, Utrecht; Dipl. Kaufman Frank Bausch, AOK Bundesverband, Bonn; Dr. Stefan Greß, Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald; Jos Kesenne, nationaal secretaris landsbond van Christelijke Mutualiteiten, Brussel; Katalin van Bakel en Angeline Nielen, beiden van Zorginkoop & Produktontwikkeling, VGZ alsmede Joop Hendriks, lid van de Raad van Bestuur AGIS groep.

Ook willen wij vanaf deze plaats dhr. N. Puijssers, mevr. dr.F. Rikken, mevr. drs. P.A.W. van Hessen en dhr. J.W.J. Siebers, allen van het College voor Zorgverzekeringen, hartelijk bedanken voor hun stimulerende inbreng bij de totstandkoming van dit rapport.

Utrecht, december 2001

P.P. Groenewegen

J.D. de Jong

J.J. Kerssens

1 Inleiding

Onlangs heeft het Ministerie van VWS de contouren van een nieuw verzekeringsstelsel voor ziektekosten gepubliceerd onder de titel 'Vraag aan bod' (VWS, 2001)¹. Met het nieuwe verzekeringsstelsel wordt beoogd een aantal problemen in het huidige stelsel op te lossen die samenhangen met schotten tussen verschillende onderdelen van de verzekering. Het nieuwe verzekeringsstelsel moet een versterking bewerkstelligen van het vraaggerichte karakter van de zorg. De regie komt te liggen bij de verzekeraars. Een element van het nieuwe verzekeringsstelsel is dat de mogelijkheid wordt gecreëerd voor zorgverzekeraars om zogeheten 'preferred provider arrangementen' met zorgaanbieders af te spreken.

Dit element staat centraal in dit onderzoek. Preferred provider arrangementen (ofwel afspraken met voorkeursaanbieders) zijn - de term wijst er al op - overgenomen uit het buitenland, met name de Verenigde Staten. In de nota *Vraag aan bod* worden voorkeursaanbieders als volgt omschreven:

'Een preferred provider arrangement is een door de zorgverzekeraar getroffen selectieve regeling met aanbieders van zorg. In een dergelijk arrangement kan de zorgverzekeraar afspraken maken met de zorgaanbieders over aspecten die aansluiten bij de wensen van verzekerden (zoals de mate van luxe bij de zorgverlening, of een levensbeschouwelijke oriëntatie van de zorg), maar ook over een doelmatige en doeltreffende zorgverlening, zodat noodzakelijke zorg tegen een lagere prijs kan worden verstrekt. De verzekerde betaalt een lagere nominale premie wanneer hij of zij kiest voor zo'n arrangement (Nota Vraag en Aanbod, p.61).'

In het kader van zijn advisering over het nieuwe verzekeringsstelsel heeft het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) het Nivel opdracht gegeven een desk-onderzoek uit te voeren naar de inpasbaarheid van dergelijke arrangementen in de Nederlandse situatie.

Het doel van het onderzoek is de plaats van voorkeursaanbiedersarrangementen in het nieuwe verzekeringsstelsel duidelijk te maken. Daarvoor is het nodig om de achterliggende ideeën in de nota *Vraag aan bod* te reconstrueren en die te vergelijken met de manier waarop dit begrip wordt gebruikt in de bakermat van 'preferred provider arrangementen', de VS. Voor de Nederlandse situatie is het van belang nader in te gaan op de mogelijkheden tot selectief contracteren, de condities waaronder selectieve contracten kunnen worden afgesloten en de eventuele onbedoelde gevolgen ervan te onderzoeken. Analyses van internationaal gezondheidszorgbeleid hebben immers aangetoond dat elementen uit het ene gezondheidszorgsysteem niet zonder meer kunnen worden overgeplaatst naar een ander systeem (Kimberly, De Pouverville, 1993; Ros e.a., 2000). Wel is het belangrijk om kennis te nemen van ervaring in ons omringende landen voor zover daar wordt gewerkt met selectieve contracten en 'preferred providers'.

¹ In de tekst zal hiernaar verder worden verwezen als 'de Nota'.

1.1 Probleemstelling

Een eerste stap om de bovenomschreven doelstelling te bereiken is dat duidelijk wordt gemaakt op welke wijze het begrip voorkeursaanbieders wordt gebruikt in de nota *Vraag aan bod* en wat de achterliggende ideeën over de werking ervan zijn (de zogenaamde beleidstheorie, verg. Leeuw, 1989). De eerste vraag die we in dit rapport zullen beantwoorden gaat hierover:

- 1 *'Hoe wordt het begrip voorkeursaanbieders in de nota Vraag aan bod gebruikt en welke verwachtingen en veronderstellingen over de werking ervan worden gehanteerd?'*

Voorkeursaanbiedersarrangementen zijn vooral bekend geworden in de Amerikaanse situatie. Naast zogeheten 'Preferred Provider Organizations' (PPOs) bestaan er nog diverse andere zorg- en verzekeringsarrangementen die ook elementen van selectief contracteren in zich hebben. Een bekend voorbeeld wordt gevormd door de 'Health Maintenance Organizations' (HMOs). Het is belangrijk om in samenhang met de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag na te gaan hoe dergelijke zorg- en verzekeringsarrangementen worden gedefinieerd, waarin ze zich van elkaar onderscheiden en welke het best aansluiten bij het gedachtegoed van de nota *Vraag aan bod*.

De tweede onderzoeksvraag luidt daarom:

- 2 *'Op welke wijze worden PPOs gedefinieerd, hoe verhouden deze zich tot andere verzekeringsarrangementen, zoals HMOs, en welke van deze arrangementen sluiten het best aan bij de nota Vraag aan bod?'*

In de nota *Vraag aan bod* wordt de mogelijkheid van voorkeursaanbiedersarrangementen geplaatst in het perspectief van het tot stand komen van een meer doelmatige zorgverlening doordat zorgverzekeraars selectief contracteren om een bepaald prijs-kwaliteitsniveau te realiseren dat aantrekkelijk is voor verzekerden. Bestudering van de internationale literatuur kan aanwijzingen geven over de te verwachten effecten:

- 3 *'Wat is er in de internationale literatuur bekend over de effecten van voorkeursaanbiedersarrangementen op het gebied van doelmatigheid van de zorgverlening? Bestudering van de internationale literatuur kan ook antwoord geven op de vraag in hoeverre verzekerden bereid zijn tot het afsluiten van voorkeursaanbiedersarrangementen in vergelijking tot de vraag naar andersoortige ziektekostenverzekeringen.'*

Ervaringen uit andere Europese landen kunnen inzicht geven in de condities waaronder voorkeursaanbiedersarrangementen al of niet werken.

- 4 *'Welke ervaringen zijn er in andere Europese landen met selectieve contracten en voorkeursaanbieders?'*

Zoals gezegd kunnen elementen van buitenlandse gezondheidszorgsystemen niet zonder meer worden overgeplaatst naar de Nederlandse situatie. Daaruit komen de onderzoeksvragen 5 en 6 voort:

5 *'Op welke wijze kunnen ideeën over voorkeursaanbiedersarrangementen vorm krijgen in een nieuw verzekeringsstelsel in Nederland?'*

Het is belangrijk om goed oog te hebben voor de condities waaronder de eventuele positieve effecten optreden in andere systemen en de vraag of dezelfde condities ook in de Nederlandse situatie bestaan. Daarnaast kunnen er in de Nederlandse situatie ook condities bestaan die onbedoelde en ongewenste effecten tot gevolg hebben. Bij dergelijke condities kan men denken aan de marktposities van verzekeraars en zorgaanbieders (bij de huidige krapte aan zorgaanbieders zijn bij voorbeeld de mogelijkheden tot selectief contracteren beperkter dan bij een ruim aanbod). Een ander aspect betreft de voorkeuren van verzekerden. Zij zijn het die uiteindelijk de keuze moeten maken voor een arrangement met of zonder voorkeursaanbieders.

6 *'Onder welke condities zouden de gevonden effecten van deze arrangementen ook in de Nederlandse situatie gerealiseerd kunnen worden en welke onbedoelde effecten zouden kunnen optreden bij toepassing in de Nederlandse situatie?'*

1.2 Aanpak

Het onderzoek kan worden aangeduid als een *a priori* beleidsanalyse van een onderdeel van het voorgenomen beleid met betrekking tot het verzekeringsstelsel.

Deze beleidsanalyse wordt uitgevoerd langs een aantal stappen. De veronderstellingen achter het idee van voorkeursaanbieders zijn gereconstrueerd; er wordt nagegaan in hoeverre er in de literatuur onderbouwing voor deze veronderstellingen is te vinden; en er wordt een inventarisatie van de relevante invoeringscondities en van mogelijke onbedoelde gevolgen gemaakt. Ten slotte worden de uitkomsten getoetst aan een beoordelingskader voor zogenoemde beleidstheorieën.

De informatie die nodig is om de onderzoeksvragen te beantwoorden is merendeels via desk research verzameld. Er is literatuuronderzoek gedaan om de kenmerken van preferred provider arrangementen te inventariseren en af te bakenen van andere vormen (tweede onderzoeksvraag). Het literatuuronderzoek is gebruikt om de mogelijke effecten op doelmatigheid van het verzekeringsstelsel te inventariseren en de preferenties van verzekerden na te gaan (derde onderzoeksvraag). Deze literatuur heeft bijna uitsluitend betrekking op de Amerikaanse gezondheidszorg. Bij de omvangrijke literatuur over effecten van verzekeringsarrangementen hebben we ons beperkt tot overzichtsartikelen waarin de resultaten van een aantal afzonderlijke situaties zijn samengenomen.

Voor de eerste, de vierde en de vijfde vraagstelling ligt het accent op de veldkennis en het analytisch vermogen van de onderzoeksgroep. Daarbij is ook gebruik gemaakt van een beperkt aantal gesprekken met sleutelfiguren in het huidige verzekeringsstelsel. In de betreffende paragrafen worden deze personen genoemd.

Ervaringen in enkele Europese landen met preferred provider arrangementen of daarop gelijkende arrangementen worden naast veldkennis van de Nederlandse situatie gebruikt om zicht te krijgen op de werkingscondities van dergelijke arrangementen (vijfde onderzoeksvraag). Er is gekozen voor een korte beschrijving van ervaringen in Zwitserland, Duitsland en België.

1.3 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt het gebruik van het begrip voorkeursaanbieders en de daarachter liggende ideeën in de nota *Vraag aan bod* geanalyseerd. De tweede en derde vraagstelling, over de definities van 'Preferred Provider Organizations' en aanverwante zorg- en verzekeringsarrangementen in de internationale literatuur en over de effecten van dergelijke arrangementen komen in hoofdstuk 3 aan de orde.

In hoofdstuk 4 worden de ervaringen in drie Europese landen beschreven. Hoe dergelijke arrangementen kunnen worden vormgegeven in de Nederlandse situatie wordt in hoofdstuk 5 behandeld. Het zesde hoofdstuk gaat over de werkingscondities en de eventuele onbedoelde gevolgen van de invoering van voorkeursaanbieders in het nieuwe verzekeringsstelsel. Het rapport wordt afgesloten met een concluderend hoofdstuk.

2 Voorkeursaanbieders in de nota *Vraag aan bod*

In dit hoofdstuk wordt de eerste onderzoeksvraag behandeld. Deze betreft de vraag hoe het begrip voorkeursaanbieders in de discussie over het nieuwe stelsel wordt gebruikt. We geven eerst een korte schets van het beoogde nieuwe verzekeringsstelsel. Daarna gaan we specifiek in op het idee van voorkeursaanbieders. We gaan daarbij in op elementen van de beleidstheorie die achter dit idee ligt en die kan worden gereconstrueerd op basis van de documenten over het nieuwe verzekeringsstelsel.

De beleidstheorie die achter een bepaald beleidsonderdeel steekt, is niet een theorie die door de ontwerpers van het beleid is opgesteld en expliciet wordt gehanteerd. Het is veeleer een reconstructie op grond van een analyse door de onderzoekers op basis van het opgestelde beleid. Bij een *a priori* beleidsanalyse wordt uitgegaan van het beleid op papier en eventueel van gesprekken met de beleidsmakers.

In de beleidstheorie komen de volgende elementen aan de orde:

- S** De omschrijving van het beleidsprobleem: welke problemen worden verondersteld opgelost te worden door het nieuwe beleid?
- S** Doelen en achterliggende waarden die daarbij een rol spelen: een beleidsprobleem wordt gedefinieerd als een discrepantie tussen een feitelijke en een gewenste situatie. Omschrijving van de gewenste situatie veronderstelt de specificatie van wenselijkheden of waarden.
- S** De reconstructie van causale relaties. Deze relaties hebben de volgende vorm: als een bepaald onderdeel van het beleid wordt uitgevoerd, dan wordt een bepaald doel van het beleid bereikt. In een voorbeeld: als een eigen risico van f 200,- wordt ingevoerd, dan zullen het gebruik van medische zorg en de daaraan verbonden kosten verminderen.
- S** De reconstructie van finale relaties. Deze relaties hebben de volgende vorm: als men een bepaald beleidsdoel wil bereiken, dan moet men deze of gene stappen ondernemen. Finale relaties zijn idealiter gebaseerd op valide causale relaties (evidence-based policy). Zij zijn van belang bij de analyse van implementatietrajecten en onbedoelde gevolgen van beleid.

2.1 Globale schets van het voorgestelde stelsel

De stelselwijziging van het verzekeringsstelsel die wordt geschetst in de nota *Vraag aan bod* is bedoeld om een aantal problemen op te lossen in het huidige stelsel. Die problemen hangen enerzijds samen met de sturing van de Nederlandse gezondheidszorg (dominantie van aanbodsturing) en anderzijds met de vormgeving en aansluiting van de ziekenfondsverzekering, de particuliere verzekering en de AWBZ.

2.1.1 Problemen

Problemen in het huidige stelsel zijn (Nota, p.11-12):

- S** onvoldoende ruimte en prikkels voor kwalitatief hoogwaardig en doelmatig functioneren en gebrekkige aansluiting van het aanbod bij de vraag;
- S** gebrek aan doelmatigheid bij zorginkoop en zorgregie bij verzekeraars, weinig keuzemogelijkheden voor verzekerden, gebrekkige solidariteit ten aanzien van gezondheidsrisico's;
- S** gebrek aan samenhang in het zorgaanbod en afwentelingsmechanismen tussen delen van de zorgverzekering.

De probleembeschrijving signaleert dat deze problemen voortkomen uit het feit dat de gezondheidszorg als geheel sterk vanuit het aanbod wordt gestuurd, en uit het feit dat het verzekeringsstelsel verschillende compartimenten kent met binnen en tussen de compartimenten financiële, organisatorische en bestuurlijke schotten en verschillen in uitvoeringsstructuur. Van in het zicht springende concrete problemen van dit moment, zoals de problematiek van wachtlijsten en de arbeidsmarktproblematiek in de zorg wordt gezegd dat deze op zijn minst voor een deel samenhangen met de genoemde algemene problemen van het stelsel (Nota, p.12).

De gesignaleerde problemen moeten, aldus de nota, worden gezien tegen de achtergrond van een aantal ontwikkelingen die bepaalde waarden in gevaar brengen dan wel accentueren. Voorbeelden hiervan zijn een stijgende zorgvraag en stijgende kosten van de zorg die de bestendigheid van het systeem in gevaar brengen en individualisering en toegenomen welvaart die maken dat mensen meer waarde hechten aan keuzevrijheid in de gezondheidszorg.

2.1.2 Oplossingen

De belangrijkste elementen van het nieuwe verzekeringsstelsel zijn:

- S** één algemene zorgverzekering voor alle Nederlanders (Nota, p.46);
- S** een vast basispakket waarin de noodzakelijke zorg is ondergebracht, naar keuze uit te breiden met een variabel aanvullend pakket (Nota, p.53);
- S** functioneel gedefinieerde zorgaanspraken (Nota, p.57);
- S** vrijwillig eigen risico aan de voet (Nota, p.60);
- S** acceptatieplicht van de zijde van de verzekeraars, gekoppeld aan risicoverevening tussen verzekeraars (Nota, p.46-47);
- S** verbod op premiedifferentiatie (Nota, p.46);
- S** zorgplicht voor de verzekeraar (Nota, p.47);
- S** een nominale premie die voldoende groot is om concurrentie te stimuleren en een eigen risico (Nota, p.56);
- S** de verzekering krijgt een publiekrechtelijk karakter bij privaatrechtelijke uitvoering (Nota, p.47).

In het nieuwe verzekeringsstelsel wordt geprobeerd om enerzijds een uniforme verzekering tot stand te brengen en daarin anderzijds toch keuzevrijheid aan de verzekerden te geven. Een element waarin deze keuzevrijheid tot uiting zou moeten komen, is de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om zogeheten 'preferred provider arrangementen' met zorgaanbieders af te spreken. Verzekerden kunnen dan kiezen voor zorgverzekeraars die dergelijke arrangementen

aanbieden en bij die zorgverzekeraars voor zo'n arrangement kiezen. Dit is het element van het nieuwe stelsel dat in dit rapport centraal staat.

De ideeën voor een nieuw verzekeringsstelsel moeten bestaande problemen oplossen, bestendigheid van het systeem garanderen en dus voorzienbare problemen in de toekomst oplossen, en aansluiten bij veranderingen in waardepatronen in gezondheidszorg en samenleving. De opgesomde elementen van het nieuwe verzekeringsstelsel proberen zowel tegemoet te komen aan de wens om mensen meer eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid te geven als aan de meer traditionele waarden van gelijkheid en solidariteit (die overigens voor een deel ook een voorwaarde zijn om de andere waarden te kunnen uitoefenen).

2.1.3 De implementatie van het nieuwe stelsel

Het gaat hier zowel om verandering van het algemene sturingssysteem als specifieke invoering van elementen van het verzekeringsstelsel. Veranderingen van het algemene sturingssysteem vragen een gefaseerd en goed begeleid transformatieproces om ongewenste neveneffecten van marktverstoringen en kostenstijging te voorkomen. Hierin schuilt een aantal condities voor het optreden van onbedoelde gevolgen. Voorbeeld: als verzekeraars moeten reageren op de keuzes van verzekerden, dan veronderstelt dit dat verzekerden voldoende informatie hebben om hun keuze te maken. Voor invoering van bepaalde elementen van concurrentie tussen verzekeraars moet aan die voorwaarde zijn voldaan. Zo niet, dan treedt het veronderstelde, gewenste effect niet op en treden niet-gewenste effecten wellicht wel op.

Voor de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing worden in de nota zes parallelle trajecten genoemd:

- S** meer concurrerende en klantgerichte verzekeraars;
- S** vergroting van de transparantie bij verzekeraars en zorgaanbieders;
- S** betere verantwoording door zorgverzekeraars en zorgaanbieders;
- S** meer vrije prijsvorming;
- S** meer vrije investeringsbeslissingen;
- S** globalere kostenbeheersing.

De aanpassing van het verzekeringsstelsel omvat vier stadia:

- S** invoering van een algemene verzekering curatieve zorg;
- S** uitvoering van de AWBZ van zorgkantoren naar zorgverzekeraars;
- S** domeinafbakening van de AWBZ;
- S** integratie van de AWBZ en de algemene verzekering curatieve zorg.

Deels is het de bedoeling dat deze aanpassingen geleidelijk en gefaseerd plaatsvinden. Voor de invoering van een algemene verzekering curatieve zorg wordt in de nota gekozen voor een 'goed voorbereide invoering ineens' (Nota, p.85). Achtergrond is dat geleidelijke invoering van de algemene verzekering niet afgerond zou zijn binnen één regeerperiode. Het gevaar bestaat dat een geleidelijke invoering hetzelfde lot zal treffen als het plan Dekker/Simons eind jaren '80 en begin jaren '90 (Subcommissie Willems, 1993-1994; Van der Grinten, 1997; Groenewegen, 1992).

2.2 Voorkeursaanbieders

In deze paragraaf wordt ingegaan op wat er onder voorkeursaanbieders wordt verstaan in de nota *Vraag aan bod* en wordt ingegaan op de achterliggende beleidstheorie.

2.2.1 Begripsomschrijving

Een voorkeursaanbiedersarrangement is een door de zorgverzekeraar getroffen selectieve regeling met aanbieders van zorg. 'In een dergelijk arrangement kan de zorgverzekeraar afspraken maken met de zorgaanbieders over aspecten die aansluiten bij de wensen van verzekerden (zoals de mate van luxe bij de zorgverlening, of een levensbeschouwelijke oriëntatie van de zorg), maar ook over een doelmatige en doeltreffende zorgverlening, zodat noodzakelijke zorg tegen een lagere prijs kan worden verstrekt. De verzekerde betaalt een lagere nominale premie wanneer hij of zij kiest voor zo'n arrangement.' (Nota, p.61). Uit dit citaat komt naar voren dat voorkeursaanbiedersarrangementen enerzijds kunnen aansluiten op bepaalde wensen van patiënten en anderzijds op de wens van verzekeraars om doelmatige zorg in te kopen. Als aansluiting bij de wensen van patiënten impliceert dat luxere verzorging wordt ingekocht, kan er een inconsistentie optreden met een algemeen uitgangspunt van het nieuwe verzekeringsstelsel. Dit uitgangspunt luidt dat noodzakelijke zorg wordt opgenomen in het basispakket en niet-noodzakelijke zorg in het aanvullende pakket. Deze redenering volgend zou de mate van luxe van de verzorging eerder een plaats vinden in het aanvullende pakket dan in voorkeursaanbiedersarrangementen met betrekking tot het basispakket. Wij gaan er in het vervolg van dit rapport vanuit dat voorkeursaanbiedersarrangementen betrekking hebben op zorg die tot het basispakket behoort.

Onder voorkeursaanbieders worden niet zonder meer alle aanbieders verstaan die een contract hebben met een bepaalde verzekeraar. Aangezien verzekeraars een zorgplicht hebben zullen zij contracten moeten hebben met aanbieders om de zorgplicht waar te kunnen maken. Aangezien verzekerden vrijheid van keuze van zorgverzekeraar hebben en de verzekeraar een acceptatieplicht heeft, zullen verzekeraars *de facto* met nagenoeg alle aanbieders een contract moeten hebben. In het geval van voorkeursaanbieders zal er derhalve sprake moeten zijn van een contract dat verdergaande afspraken omvat. In de nota wordt de mogelijkheid open gehouden dat er een keuze is tussen het natura-systeem en het restitutiesysteem, waarbij de zorg door voorkeursaanbieders in natura plaats vindt, terwijl bij andere zorgaanbieders met restitutie wordt gewerkt (Nota, p.55).

In principe zou een zorgverzekeraar met een willekeurige aanbieder een voorkeurscontract kunnen sluiten, maar het ligt het meest voor de hand dat dit zal gebeuren met aanbieders die zorg verlenen in of in de nabijheid van concentraties van verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar. Verder is het denkbaar dat voorkeursaanbiedersarrangementen zich niet beperken tot contracten met individuele zorgaanbieders, maar dat ook afspraken met ketens van zorgaanbieders worden gemaakt. Dit zouden zorgketens kunnen zijn die zich op bepaalde categorieën verzekerden richten, zoals een diabetesnetwerk.

2.2.2 Problemen die ermee moeten worden opgelost

Het idee van voorkeursaanbieders sluit vooral aan op de regiefunctie van verzekeraars. Versterking van deze functie is gebaat bij vergroting van de mogelijkheden van zorgverzekeraars om selectief contracten af te sluiten. Tegelijk is het van belang dat verzekeraars klantgericht werken en de keuzemogelijkheden zo groot mogelijk laten. Werken met voorkeursaanbieders laat in principe de mogelijkheid open dat verzekerden hun zorg bij andere aanbieders dan de voorkeursaanbieders krijgen, maar dan zonder korting op hun premie.

Afhankelijk van de invulling van het begrip voorkeursaanbieders kan dit bijdragen aan een oplossing van het probleem van een te zwak ontwikkelde regiefunctie van zorgverzekeraars en het probleem van een gebrekkige samenhang in de gezondheidszorg. Afspraken met ketens van zorgaanbieders zouden de samenhang van de zorg kunnen verbeteren.

2.2.3 Achterliggende waarden

Zoals in de vorige paragraaf kort is aangegeven, poogt het nieuwe verzekeringsstelsel aan te sluiten bij een aantal waarden die aan belang hebben gewonnen in de afgelopen decennia, en tegelijk een aantal meer traditionele waarden in stand te houden. Meer specifiek rond het idee van voorkeursaanbieders zijn de waarden van verzekerden, van zorgverzekeraars en van zorgaanbieders van belang. Voor verzekerden zijn de relevante waardenparen eigen verantwoordelijkheid en solidariteit, en gelijkheid en keuzevrijheid. Voor verzekeraars gaat het om klantgerichtheid en rationeel inkoopbeleid, en voor zorgaanbieders om professionele autonomie en standaardisering/protocollering (zie ook VWS, 2001 Zorg met toekomst). Voor verzekerden betekent de keuze voor voorkeursaanbieders een (overwogen) beslissing voor minder keuzevrijheid waar financieel voordeel tegenover staat (eigen verantwoordelijkheid). Voor zorgverzekeraars betekenen afspraken met voorkeursaanbieders een mogelijkheid om rationeel inkoopbeleid te voeren, maar met het risico dat dit ten koste van klantgerichtheid gaat. De zorgaanbieders, ten slotte, geven wellicht professionele autonomie prijs op het moment dat voorkeursaanbiedersarrangementen voorwaarden bevatten omtrent de uitvoering van de zorg.

2.2.4 Veronderstelde causale relaties

In de nota *Vraag aan bod* zijn vele uitspraken te vinden die zich laten lezen als veronderstelde causale relaties. De meeste daarvan hebben betrekking op de werking van het nieuwe verzekeringsstelsel in het algemeen of op specifieke aspecten daarvan, bij voorbeeld de invloed van een eigen risico aan de voet op het gedrag van verzekerden. Enkele uitspraken betreffen specifiek het idee van voorkeursaanbieders. Deze hebben betrekking op het keuzegedrag van verzekerden en op het inkoopbeleid van verzekeraars.

- S** Als verzekerden de keuze hebben tussen een beperkte keuzevrijheid van zorgaanbieders onder een naturasysteem en een ruimere keuzevrijheid onder een restitutiesysteem, dan zullen zij voor beperktere keuzevrijheid onder een naturasysteem kiezen (Nota, p.55).
- S** Als verzekerden de keuze hebben tussen een beperkte keuzevrijheid van zorgaanbieders bij een lagere nominale premie en een ruimere keuzevrijheid bij een hogere nominale premie,

dan zullen zij voor beperktere keuzevrijheid bij een lagere nominale premie kiezen (Nota, p.61).

- S Als verzekeraars voorkeursaanbiedersarrangementen afspreken, dan realiseren zij kostenbesparing door doelmatigheidswinsten, kwantumafspraken en dergelijke (Nota, p.61).

Gegeven de aanvullende interpretatie die wij hebben gegeven bij de begripsomschrijving (mogelijkheid van afspraken met zorgketens en voorkeursafspraken rond concentraties van verzekerden), kunnen ook de volgende causale relaties worden verondersteld:

- S Als verzekeraars voorkeursovereenkomsten sluiten met ketens van zorgvoorzieningen, dan verbetert de samenhang in de zorg (niet in Nota).
- S Als verzekeraars voorkeursaanbiedersarrangementen afspreken en als verzekerden in grote getale daarvan gebruik maken, dan zijn verzekeraars beter in staat om het gedrag van zorgaanbieders te monitoren (niet in Nota).

2.2.5 Veronderstelde finale relaties

De regiefunctie van zorgverzekeraars is gediend bij selectief contracteren met zorgaanbieders. Selectief contracteren met voorkeursaanbieders komt de doelmatigheid van de zorgverlening ten goede (Nota, p.61).

2.3 Beschouwing

In de nota *Vraag aan bod* is een schets gegeven van een nieuw verzekeringsstelsel. De nota richt zich inhoudelijk vooral op de eerste stap, namelijk de invoering van een algemene verzekering voor curatieve zorg. De mogelijkheid dat zorgverzekeraars specifieke contracten afsluiten met bepaalde (groepen) zorgaanbieders en dat verzekerden bij raadpleging van die zorgaanbieders bepaalde voordelen genieten, is aangeduid met de term voorkeursaanbiedersarrangementen. Heel veel wordt er in de nota niet over gezegd. Op grond van wat er in de nota staat (en enkele aanvullende veronderstellingen) hebben we aangegeven welke ideeën over waarden, causale relaties en finale relaties hierachter zouden kunnen liggen. In de nota staan veel meer veronderstellingen, maar die hebben betrekking op de verandering van het verzekeringsstelsel in het algemeen en niet specifiek op het aspect van voorkeursaanbieders. Deze veronderstellingen zijn in dit hoofdstuk niet gereconstrueerd.

3 Preferred providers in de internationale literatuur

In dit hoofdstuk wordt de tweede onderzoeksvraag beantwoord. Deze betreft de vraag op welke wijze Preferred Provider Organizations (PPOs) worden gedefinieerd in de internationale literatuur en hoe deze zich verhouden tot andere verzekeringsarrangementen, zoals Health Maintenance Organizations (HMOs) en Point of Service (POS) arrangementen. Ook bij deze verzekeringsarrangementen wordt selectief gecontracteerd en de keuzevrijheid van verzekerden wordt in meer of mindere mate beperkt. De soms subtiele onderscheidingen tussen de verschillende verzekeringsarrangementen worden in het kader van de Nederlandse discussie niet altijd gemaakt en zijn ook niet altijd relevant.

We zullen beschrijven wat in Amerikaanse literatuur met verschillende verzekeringsarrangementen wordt bedoeld. Daarna wordt ingegaan op de effecten van de beschreven verzekeringsarrangementen en de preferenties van de verzekerden.

3.1 Definities en afbakening van andere geïntegreerde zorg- en verzekeringsvormen

Managed care systemen zijn in de Verenigde Staten opgekomen om de kosten van de gezondheidszorg te kunnen beheersen. In het oorspronkelijke systeem, waarbij verzekerden zelf konden kiezen of en wanneer ze een specialist consulteerden, was keuzevrijheid maximaal. In dit systeem, dat bekend staat als fee-for-service (FFS) worden artsen per verrichting beloond. Het fee-for-service systeem bevat geen prikkels tegen overgebruik van zorg en heeft geleid tot enorme kosten. Met de komst van managed care systemen is de keuzevrijheid voor verzekerden beperkt, bovendien worden artsen gestimuleerd om niet meer te doen dan strikt noodzakelijk.

PPOs, HMOs en POS arrangementen zijn voorbeelden van verzekeringsarrangementen die aangeduid worden als managed care systemen (HIAA, 2001). Het begrip managed care is niet eenduidig en verschillende mensen hechten er verschillende betekenissen aan. Wij hanteren een ruime definitie waarbij met het begrip managed care alle arrangementen worden bedoeld waarbij selectief gecontracteerd wordt met zorgverleners op basis van een normbudget of kortingen op het verrichtingentarief en monitoring van de kwaliteit en het gebruik van zorg plaatsvindt (Block, 1997). De eenvoudigste definitie van managed care is zorgverlening waarbij kosten worden beheerst. Beheersing van de kosten wordt bereikt door invoering van marktmechanismen op verschillende niveaus, waarbij de kwaliteit van zorg behouden blijft of zelfs verbeterd wordt (Prince, 1987). Achterliggende gedachte is dat er door concurrentie tegen lagere kosten een goede kwaliteit van zorg aangeboden wordt (Hadley en Langwell, 1991). Het managen van de zorgverlening begint met de selectie van zorgverleners en dit is dan ook een belangrijk element bij managed care systemen. Op deze stap zal hier worden ingegaan. Er zijn contracten met bepaalde artsen, ziekenhuizen en andere zorgverleners om zorg te verlenen aan verzekerden tegen gereduceerde tarieven. Verzekerden worden financieel gestimuleerd om artsen te kiezen die een contract hebben met de zorgverzekeraar.

3.1.1 Health Maintenance Organization (HMO)

Een HMO is de oudste vorm van een verzekeringsarrangement dat de zorgverlening en betaling van zorg combineert. In de oorspronkelijke vorm krijgen de zorgverleners een normuitkering, gebaseerd op het aantal verzekerden om zorg te verlenen aan een groep verzekerden. De zorgverleners hebben daarbij een financieel risico: meer zorggebruik door de verzekerden gaat ten koste van de winst. HMOs worden op deze manier gestimuleerd om verzekerden zo gezond mogelijk te houden, waarbij onnodig zorggebruik wordt vermeden (onder andere Block, 1997). Er zijn ook HMOs die zorgverleners per verrichting betalen of per diagnose. Hierbij kan de zorgverlener een financieel risico hebben, doordat een deel van de betaling door de verzekeraar achtergehouden wordt en alleen uitgekeerd wordt aan de zorgverlener indien deze binnen een bepaald budget is gebleven (risk-sharing withhold). Verschillende vormen van HMOs komen voor. Bij een staff-model zijn artsen in dienst van de HMO en ze bevinden zich op een centraal medisch centrum. Andere HMOs contracteren groepen artsen of individuele artsen met een privé praktijk. Dit worden dan Individual Practice Associations (IPAs) of netwerken genoemd. Verzekerden van een HMO moeten een primary care physician kiezen, meestal een huisarts, internist of kinderarts, uit artsen die een contract hebben met de HMO. Deze primary care physician is de arts naar wie de verzekerde in eerste instantie gaat; deze coördineert de zorg voor de verzekerde en kan verwijzen naar andere artsen binnen de HMO (HIAA, 2001). Soms betaalt de verzekerde een kleine bijdrage voor het bezoek aan een arts, soms niet. Bij de meeste HMOs wordt specialistische zorg alleen vergoed als de primary care physician de verzekerde heeft verwezen. Voor het overige wordt alleen de zorg verleend door artsen binnen de HMO vergoed, tenzij een bepaalde vorm van zorg niet door de HMO wordt verleend en de verzekerde door de primary care physician is verwezen naar een arts buiten de HMO. Als een verzekerde zelf een arts buiten het netwerk kiest moet deze alles zelf betalen.

3.1.2 Point Of Service (POS) arrangementen

Net als bij een HMO moeten ook verzekerden van een POS arrangement een primary care physician kiezen binnen het netwerk. In tegenstelling tot een HMO hoeft in geval van een POS-arrangement de verzekerde niet de hele rekening te betalen wanneer een arts buiten het netwerk wordt geraadpleegd. Ook bij het kiezen van een arts buiten het netwerk zijn er verschillende mogelijkheden die voor de verzekerde verschillende bijdragen met zich meebrengen. Een verzekeraar kan verschillende arrangementen aanbieden en een verzekerde met een POS arrangement kan een arts kiezen die wel een contract heeft met de verzekeraar, maar voor een ander arrangement. In dat geval betaalt de verzekeraar een deel en de verzekerde het deel tot het afgesproken bedrag dat die arts zou krijgen volgens het arrangement waarvoor die arts gecontracteerd is. Als een verzekerde een arts kiest die helemaal geen contract met de verzekeraar heeft, betaalt de verzekeraar een deel en de verzekerde vult aan tot het gevraagde bedrag.

Een arts vraagt voor een bezoek bijvoorbeeld f 100,-. Wanneer dit een arts is die binnen het netwerk hoort betaalt de verzekeraar f 80,-, volgens het contract dat de verzekeraar met deze arts heeft.

Betreft het een arts die wel een contract heeft met de verzekeraar, maar niet voor het arrangement waarvoor de verzekerde heeft gekozen, dan betaalt de verzekeraar f 70,- en de verzekerde f 10,-.

Is het een arts die helemaal geen contract heeft met de verzekeraar dan betaalt de verzekeraar f 70,- aan de verzekerde en de verzekerde is f 100,- aan de arts verschuldigd (eigen bijdrage is dan dus f 30,-).

Veel HMOs bieden POS arrangementen aan. De primary care physicians van de POS arrangementen verwijzen meestal naar andere artsen binnen het netwerk, maar bij een POS arrangement heeft de verzekerde altijd de mogelijkheid om zelf naar een arts buiten het netwerk te gaan. Ook de primary care physician kan verwijzen naar een arts buiten het netwerk. In dat geval wordt het grootste gedeelte of de gehele rekening vergoed. Wanneer de verzekerde zichzelf verwijst buiten het netwerk moet deze daarvoor een groter deel zelf betalen.

De rol van de primary care physician in zowel HMO- als POS arrangementen is die van poortwachter, die helpt voorkomen dat overbodige zorg wordt verleend. In het ideale geval helpt de primary care physician de verzekerde bij het nemen van medische beslissingen en wijst hem/haar de weg in de medische wereld (Fabius, 1997).

POS arrangementen zijn in het leven geroepen om verzekerden meer keuze te bieden. Een verzekerde van een POS-plan kan ervoor kiezen naar een primary care physician te gaan voor zorg en verwijzing naar een specialist tegen volledige vergoeding, of voor directe toegang naar een andere zorgaanbieder in combinatie met een hogere eigen bijdrage en aanvullende verzekering (Fabius, 1997; Gabel e.a., 1997). Dit arrangement combineert twee werelden: keuzevrijheid en toegang tot een 'credentialed' goedkoper netwerk. Probleem is dat de meeste verzekerden wel meer keuzevrijheid willen, maar daarvoor niet meer willen betalen, dit kan soms tot frustratie onder verzekerden van een POS arrangement leiden (Fabius, 1997).

3.1.3 Preferred Provider Organization (PPO)

Bij een PPO kan de verzekerde zowel artsen binnen als buiten het netwerk kiezen en is het ook niet noodzakelijk om door een primary care physician verwezen te worden. Een PPO contracteert artsen, ziekenhuizen en andere zorgverleners om tegen een lager tarief zorg te verlenen aan verzekerden van de PPO (Rice e.a., 1985). De zorgverzekeraar monitort de kwaliteit en het zorggebruik (Scott e.a., 2000; HIAA, 1999). De verzekerde betaalt een klein bedrag voor een bezoek aan de arts en voor een prescriptie. Indien de verzekerde artsen buiten het netwerk raadpleegt, moet deze daarvoor een groter deel zelf betalen.

In een PPO arrangement wordt nog steeds onbeperkt zorggebruik aangeboden aan de verzekerden, zij het bij een beperkte keuze uit artsen. Een verzekerde kan elke arts kiezen die deelneemt aan de PPO en een korting op het verrichtingentarief geaccepteerd heeft in de hoop meer verzekerden te krijgen of te behouden (Rice e.a., 1985; Fabius, 1997). Het financiële risico blijft bij de zorgverzekeraar en wordt niet doorvertaald naar de zorgverlener. Artsen worden betaald per verrichting en overgebruik van zorg wordt dus beloond. Het is niet zo dat

PPOs per definitie de kosten van de gezondheidszorg verlagen. Dat gebeurt alleen als ook bij een PPO onnodig gebruik wordt teruggedrongen door monitoring van en toestemming voor gebruik van zorg et cetera. De meeste moderne PPOs doen dit.

Het verschil in keuzemogelijkheden voor de verzekerde bij HMOs, PPOs en POS arrangementen is terug te vinden in de premie die moet worden betaald: voor HMOs is dit in het algemeen minder dan voor POS arrangementen en voor POS arrangementen minder dan voor PPOs.

Bij de genoemde arrangementen wordt de zorgverlening door de verzekeraar gecontroleerd. Eén aspect daarvan is de verplichting dat verzekerden in eerste instantie naar hun primary care physician gaan, zoals het geval is bij HMOs en POS arrangementen. Een aspect dat ook voor (moderne) PPO arrangementen geldt is monitoring van gebruik, waarbij achteraf gekeken wordt of de verleende zorg medisch noodzakelijk was en of efficiënt gebruik wordt gemaakt van diagnostische en therapeutische middelen. Zorgverleners worden gestimuleerd de meest efficiënte behandeling, dat wil zeggen de goedkoopste behandeling met behoud van kwaliteit van de zorg, te kiezen. Ook dit kan worden vertaald in een financieel risico voor de zorgverlener, omdat de verzekeraar niet betaalt wanneer zorg is verleend waarvoor niet van tevoren toestemming aan de verzekeraar is gevraagd en die niet medisch noodzakelijk was. Daarmee is meteen een derde aspect genoemd, namelijk de toestemming die de zorgverlener aan de verzekeraar moet vragen voor behandeling van de verzekerde. Aangezien in de Nederlandse situatie de huisarts altijd deel uitmaakt van het pakket, zal, waar in de nota wordt gesproken over preferred providers, derhalve niet gedacht moeten worden aan wat in de Verenigde Staten onder Preferred Provider Organizations wordt verstaan.

Tabel 3.1 Enkele belangrijke verschillen tussen de genoemde vormen van managed care

	Health Maintenance Organization (HMO)	Point Of Service (POS)	Preferred Provider Organization (PPO)	Fee For Service (FFS)
Poortwachter (primary care physician)	Ja	Ja	Nee	Nee
Gezinspremie ¹	\$440	\$467	\$471	\$486
Keuzevrijheid	A	B	C	D
Prikkels voor Kosten-effectiviteit	D	C	B	A
Marktaandeel van werknemers ²	30%	22%	34%	14%

A is minder dan B, B is minder dan C, en C is minder dan D.

¹ HIAA, 2001 p26. Maandelijkse premie. Aandeel werkgever varieert zeer sterk.

² HIAA, 2001 p60.

In tabel 3.1 worden enkele belangrijke verschillen tussen de genoemde vormen van managed care weergegeven. Ter verduidelijking is ook het traditionele systeem van fee-for-service in het schema opgenomen.

3.2 Effecten van voorkeursaanbiedersarrangementen

In de Amerikaanse literatuur worden de effecten van managed care systemen altijd gemeten ten opzichte van de traditionele situatie, waarbij de verzekeraar de rekening kreeg en deze meestal ook volledig betaalde. Met de komst van managed care systemen is de keuzevrijheid, die maximaal is in de traditionele situatie, voor verzekerden beperkt; bovendien worden artsen gestimuleerd om minder te doen. De mogelijkheid om voor een traditionele verzekering te kiezen bestaat echter nog wel.

Managed care systemen zijn opgekomen om de kosten voor de gezondheidszorg te beheersen (onder andere Block, 1997; Hadley en Langwell, 1991). De kosten voor zowel verzekerden als verzekeraars kunnen in theorie worden gereduceerd, doordat overgebruik afneemt en de zorg systematischer en efficiënter kan worden verleend (Hadley en Langwell, 1991). Hierbij zou de kwaliteit van de zorg behouden en soms zelfs verbeterd worden (Prince, 1987). Het beheersen van de kosten kan echter op gespannen voet komen te staan met het behoud van de kwaliteit. Zorgverleners worden gestimuleerd om hun beslissingen zorgvuldiger te nemen. Wanneer de incentives echter te sterk worden en een grote invloed hebben op het inkomen van de zorgverlener kunnen ze leiden tot ondergebruik (Mechanic, 2000). Kerr e.a. (1995) vinden bij 62% van de 94 groepen die meededen aan hun onderzoek dat financiële controle de belangrijkste factor is voor de manier waarop zorggebruik wordt gemanaged. Slechts 23% noemde de kwaliteit van de zorg als belangrijkste factor.

Voorkeursaanbiedersarrangementen zeggen kosten te besparen door monitoring van de zorg, het selecteren van goedkope zorgverleners en/of door kortingen op het verrichtingentarief van zorgverleners te bedingen, in ruil voor meer patiënten die op hun beurt gestimuleerd worden om voorkeursaanbieders te kiezen. Verzekerden zouden op basis van het verschil in tarieven tussen voorkeursaanbieders en andere (niet-voorkeurs)aanbieders bereid zijn om naar een voorkeursaanbieder te gaan en daarbij af te zien van het consulteren van een (niet-voorkeurs) aanbieder waarmee de verzekerde al bekend was. Het is de vraag of dit inderdaad het geval is (Peebles, 1992).

In de literatuur komt naar voren dat het effect van verzekeringsarrangementen die managed care technieken gebruiken, vooral toegeschreven moet worden aan de monitoring van het gebruik. Meer aandacht voor monitoring gaat samen met meer besparingen (Rice e.a., 1985; Smith, 1997; Rice e.a., 1990; Miller en Luft, 1991). Ook bij traditionele arrangementen blijkt monitoring effect te hebben (Smith, 1997). De monitoring kan bestaan uit het terugkoppelen van gegevens van de zorgverlening aan de individuele zorgverleners. Zo krijgt in de Verenigde Staten een arts gegevens over de gemiddelde ligduur van zijn of haar patiënten en indien dit boven het algemeen gemiddelde van bij voorbeeld het ziekenhuis ligt, wordt de arts gevraagd hier iets aan te doen. Bovendien kan het zo zijn dat er voor verwijzingen naar specialisten, opnames en andere vormen van behandeling van tevoren toestemming van de verzekeraar moet worden gevraagd (Grembowski e.a., 2000). Een hele strikte vorm van monitoring die in sommige gevallen wordt toegepast, is dat medewerkers van de verzekeraar in het ziekenhuis in de gaten houden wanneer de verzekerden ontslagen kunnen worden.

Naast monitoring blijkt een financieel risico voor zorgverleners effectief voor het beheersen van de kosten (Kralewski e.a., 2000, Kerr e.a., 1995, Miller en Luft, 1991). Ook het gebruik maken van profielen van individuele artsen ten aanzien van het gebruik van laboratoriumtesten, ziekenhuis et cetera blijkt, evenals het gebruik van klinische richtlijnen, te leiden tot een afname van de kosten (Kralewski e.a., 2000).

Het effect van het selecteren van bepaalde zorgverleners en kortingen op het verrichtingstarief blijft onduidelijk. Voorkeursaanbiedersarrangementen blijken alleen belangrijke kortingen te kunnen bedingen onder marktomstandigheden waarbij het aannemelijk is dat patiënten kunnen worden verschoven (Smith, 1997). Wanneer er veel managed care systemen op de markt zijn is het de vraag of kortingen nog van belang zijn. Bovendien suggereert Smith (1997) dat de meeste besparingen worden gerealiseerd door een afname in het gebruik en niet door lagere kosten per claim. Dit laatste zou betekenen dat kortingen op het verrichtingstarief geen effect hebben.

De gezondheidsuitkomsten geven geen eenduidig beeld van de effecten van managed care (Block, 1997; Miller en Luft, 1995). HMO-verzekerden zeggen minder tevreden te zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg en de arts-patiënt interactie, maar meer tevreden met de kosten. Dit geeft aan dat voor sommige verzekerden het kostenvoordeel opweegt tegen de ervaren nadelen (Miller en Luft, 1995).

HMOs blijken wel succesvol te zijn in het beheersen van ziekenhuiskosten, het terugdringen van niet-noodzakelijke opnames en het verkorten van de ligduur (Finkel, 1993). Er wordt door HMO-verzekerden minder vaak gebruik gemaakt van dure behandelingen en tests, maar zij gaan vaker naar een spreekuur en er wordt meer aan preventie gedaan (Miller en Luft, 1995). Dit zou een gevolg kunnen zijn van het feit dat HMO-verzekerden verplicht zijn een primary care physician te kiezen en deze ook in eerste instantie te consulteren. Het zou echter ook samen kunnen hangen met de verzekerden zelf. Miller en Luft (1995) hebben geen premieverschillen tussen verschillende arrangementen kunnen vinden in peer-reviewed literatuur, wanneer gecorrigeerd werd voor leeftijd, geslacht, gezondheidstoestand, verzekeringspakket en andere relevante kenmerken van personen en arrangementen. Aangezien er voor correctie wel premieverschillen zijn, geeft dit aan dat er een vorm van selectie is waarbij het vooral de jonge, gezonde mensen zijn die voor HMOs kiezen. Dit laatste wordt bevestigd in een studie beschreven door Block (1997). Hellinger (1995) concludeert op basis van een literatuurstudie dat bij alle arrangementen waarbij de keuzevrijheid van verzekerden ingeperkt wordt, er sprake is van selectie van de meest gezonde verzekerden.

Voor PPOs is er geen effect op kostenbeheersing gevonden; het blijkt uit sommige studies zelfs dat de kosten zijn toegenomen (Finkel, 1993). Wat bespaard wordt in de vorm van kortingen, wordt weer uitgegeven door een toename van het volume als gevolg van meer consumptie bij een lager tarief (Finkel, 1993; Hadley en Langwell, 1991).

Hoewel managed care systemen in theorie kosten kunnen besparen, blijft het onduidelijk of dit tot een besparing van de totale kosten van de gezondheidszorg leidt. De kosten van gezondheidszorg blijven stijgen, ondanks het feit dat een aanzienlijk deel van de bevolking in de Verenigde Staten te maken heeft met managed care (Finkel, 1993; Hadley en Langwell, 1991). Een aantal oorzaken die Hadley en Langwell (1991) noemen voor het uitblijven van besparingen is dat niet alle managed care arrangementen even effectief zijn en dat er weinig bewijs is dat verzekeringsvormen waar zorg slechts in beperkte mate gemanaged wordt tot besparingen leiden. Juist arrangementen die beperkt managen zijn sterk opgekomen. Ook zijn er aanzienlijke administratieve kosten gemoeid met managed care en deze kosten zouden wel

eens zo hoog kunnen zijn dat ze de besparingen teniet doen. Als laatste reden wordt genoemd dat het voor zorgverleners mogelijk is om het aantal verrichtingen en de tarieven voor andere verzekerden toe te laten nemen. Dit kan tot gevolg hebben dat de totale kosten voor de gezondheidszorg toenemen. Finkel (1993) noemt nog dat de toenemende kosten van extramurale zorg, die een deel van de intramurale zorg vervangt, en diagnostische verrichtingen de besparingen kunnen overstijgen. Kosten die buiten het managed care systeem worden gemaakt kunnen niet worden gecontroleerd en dit kan er de oorzaak van zijn dat de totale kosten toenemen. Verzekerden kunnen uit de managed care arrangementen stappen, wanneer zij meer zorg nodig hebben. Bij voorbeeld ouderen die meer zorg gebruiken en vaker opgenomen worden kiezen vaak niet voor een managed care arrangement. Managed care heeft geen invloed op administratieve kosten, arbeidskosten en kosten voor medische technologie. Bovendien wegen de kosten als gevolg van de bureaucratie van managed care nauwelijks op tegen de besparingen (Finkel, 1993). Het beoogde doel van managed care systemen, namelijk het beheersen van de kosten voor de gezondheidszorg, is niet bereikt. Ziekenhuizen reageren op de mogelijke dreiging van managed care door alvast meer diensten aan te bieden. Op deze manier probeert een ziekenhuis zich in te dekken tegen de mogelijke gevolgen die managed care zou kunnen hebben. Ze proberen gezien te worden als een onmisbare, veelomvattende zorgaanbieder om zo een contract met een managed care systeem binnen te halen (Zhang e.a., 1999). Het is belangrijk voor een ziekenhuis om veelomvattende zorg aan te bieden, zodat verwijzingen binnen het ziekenhuis kunnen plaatsvinden. Bovendien is service mix belangrijk voor het aantrekken van patiënten en artsen.

Managed care systemen waarbij artsen gestimuleerd worden om minder te doen genieten niet veel vertrouwen van verzekerden en ook artsen zijn weinig tevreden omdat zij een deel van hun autonomie verliezen (Mechanic, 2000).

3.3 Preferenties van verzekerden

Sinds de invoering van de HMOs, ongeveer dertig jaar geleden, is in de Verenigde Staten ook veel onderzoek gedaan naar factoren die de vraag naar verzekeringen met voorkeursaanbieders beïnvloeden. In deze paragraaf zullen we ons concentreren op de belangrijkste voor- en nadelen van voorkeursaanbiedersarrangementen vanuit het perspectief van de verzekerden. Het belangrijkste voordeel bestaat uit een lagere premie. Ook in de Nota wordt premiekorting als een voordeel genoemd. Belangrijke nadelen zijn de beperkte keuzevrijheid van verzekerden en de onbekendheid van de verzekerden met de gecontracteerde zorgaanbieders. Deze onbekendheid brengt ook met zich mee dat de vergelijking van verschillende ziektekostenverzekeringen nog ingewikkelder wordt dan hij al is. Vandaar dat er informatiesystemen zijn die trachten de transparantie van verzekeringen te vergroten.

3.3.1 Lage premie

Veel artikelen beschrijven studies die de keuze voor een verzekering in het algemeen als een functie zien van financiële variabelen, zoals eigen bijdragen, de hoogte van het eigen risico of procentuele bijbetalingen. Deze studies laten vaak andere variabelen weg, zoals het aantal voorkeursaanbieders waaruit kan worden gekozen, kwaliteit van de verzekering en het gemak

waarmee hulp gezocht kan worden, die belangrijk zijn in een omgeving van concurrerende managed care arrangementen, maar minder betekenis hebben in het traditionele Amerikaanse systeem van fee-for-service (Scanlon e.a., 1997). Niettemin hebben bijna alle bestaande studies gevonden dat 'prijs' een statistisch significant negatief effect heeft op de kans een bepaalde verzekering te kiezen (Buchmueller and Feldstein, 1996; Barringer and Mitchell, 1994; Feldman e.a., 1989; Short and Taylor, 1989; Long e.a., 1988; Welch, 1986; McGuire, 1981).

Toch is het niet zo dat een verhoging van premie recht evenredig is aan de mate waarin verzekerden van polis veranderen. Buchmueller and Feldstein (1996) beschrijven de veranderingen die zich voordeden bij de Universiteit van California toen de universiteit de vergoedingen aan de werknemers voor ziektekostenverzekeringen veranderden. Gemiddeld verminderde de vergoeding van een van de fee-for-service polissen met \$70 per maand en steeg dus het aandeel dat werknemers zelf moesten betalen, waarop 42% een andere verzekering koos. Van een andere fee-for-service polis verminderde de vergoeding met \$162 per maand, waarop 75% een andere verzekering koos. Van een HMO-verzekering die \$19 dollar per maand steeg koos 22% een andere polis, terwijl van een andere HMO-verzekering die ook \$19 steeg maar liefst 67% van verzekering veranderden. De meeste mensen die van verzekering veranderen, kozen voor een gelijksoortige polis die qua voorwaarden overeen kwam met hun oude polis. En zelfs binnen gelijksoortige polissen zijn de verschillen groot. Consumenten zijn het meest prijs-sensitief als de nieuwe polis sterk lijkt op de oude polis (Buchmueller and Feldstein, 1996). Ook onderzoek van Feldman e.a. (1989) wijst uit dat prijsveranderingen vooral leiden tot wisselingen tussen gelijksoortige verzekering. Daarnaast concludeert hij dat HMO-verzekerenden meer prijs-sensitief zijn dan verzekerden in de traditionele fee-for-service verzekeringen.

Het is moeilijk om de uiteenlopende schattingen van prijs-elasticiteiten van verschillende studies met elkaar te vergelijken. Ten eerste is 'prijs' geen eenduidig begrip en wordt op verschillende wijze geoperationaliseerd. Ten tweede verschillen de alternatieve keuzemogelijkheden steeds. In de ene studie kiezen de mensen uit verschillende HMOs, in een andere studie kiezen zij tussen HMOs en fee-for-service verzekeringen et cetera (Scanlon e.a., 1997).

3.3.2 Keuzevrijheid

Naast de premie spelen er dus ook andere aspecten mee. In verschillende studies is onderzocht welke criteria verzekerden aanleggen in de beoordeling van een ziektekostenverzekering. Uit al die studies blijkt dat verzekerden tal van zaken belangrijk vinden, zoals de prijs van de verzekering, de kwaliteit van de zorgaanbieders, keuzevrijheid voor artsen, en de dekking voor allerlei voorzieningen, (Gibbs e.a., 1996; Robinson en Brody, 1997; Hibbard en Jewett, 1997; Booske e.a., 1999). Slechts enkele studies hebben adequaat gecontroleerd voor al deze factoren (Hershey e.a., 1984; Chakraborty e.a., 1994) al gaat het in deze studies wel steeds om hypothetische keuzes. Dat wil zeggen dat personen telkens een keuze moesten maken uit een aantal verzekeringen zonder dat zij daadwerkelijk een verzekering afsloten. Chakraborty e.a. (1994) rapporteren dat complete dekking voor ziekenhuiskosten het meest belangrijke aspect is. Gevolgd door keuzevrijheid voor artsen, premie, dekking voor tandheelkunde, en keuzevrijheid voor ziekenhuizen (in die volgorde). Ook in het eerder genoemde onderzoek van Feldman e.a. (1989) bleek de mogelijkheid voor verzekerden om hun eigen arts te kiezen een

belangrijke voorspeller voor de keuze van een verzekering. Dus naast een lage premie is ook de keuzevrijheid voor artsen zeer aantrekkelijk voor verzekerden.

3.3.3 Kwaliteit van zorgaanbieders

Wanneer mensen een verzekering met voorkeursaanbieders gaan afsluiten zijn zij niet altijd op de hoogte van de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders. Dit kan de animo om een dergelijke polis af te sluiten doen verminderen. De kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders is namelijk van belang voor de vraag naar een verzekering (Tumlinson e.a., 1997). Verzekerden willen graag informatie over de kwaliteit van de zorgaanbieders (Edgman-Levitan and Cleary, 1996; Isaacs, 1996; Hibbard and Jewett, 1997). Er is geen onderzoek gevonden naar de relatie tussen de kwaliteit van de zorgaanbieders en de vraag naar verschillende verzekeringsproducten.

3.3.4 Transparantie

Om een goede keuze te kunnen maken tussen ziektekostenverzekeringen, waaronder een verzekering met voorkeursaanbieders, moeten verzekerden de implicaties kunnen overzien. Daarom hebben verzekerden informatie nodig over allerlei verschillende aspecten van de verzekering. In Amerika heeft men een systeem ontwikkeld om de verzekerden behulpzaam te zijn bij het maken van vergelijkingen tussen ziektekostenverzekeringen (Hibbard and Jewett, 1997). Dit systeem heet HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set - in de VS loopt de vraag naar ziektekosten heel vaak via de werkgever). Het biedt een uitgebreid scala aan kwaliteitsindicatoren. Chernew and Scanlon (1998) onderzochten in hoeverre kwaliteitsindicatoren samenhangen met de keuze van werknemers uit een groot aantal ziektekostenverzekeringen. De resultaten waren niet eenduidig. Sommige kwaliteitsindicatoren bleken een klein positief te hebben, anderen indicatoren daarentegen niet. De kwaliteit van de artsen bijvoorbeeld had geen relatie met de keuze voor een ziektekostenverzekering (Chernew and Scanlon, 1998). Volgens Robinson and Brody (1997) spelen kwaliteitsindicatoren op het gebied van preventie (vaccinatiegraad van kinderen of de screening op cholesterol) een grotere rol dan de tevredenheidsscore van de verzekering, het percentage verzekerden dat uit ontevredenheid van verzekering wisselt, of de accreditatie van een verzekering.

3.4 Conclusies

Er zijn in de Verenigde Staten verschillende verzekeringsarrangementen die aangeduid worden als managed care systemen. Deze arrangementen kunnen gebruik maken van selectief contracteren, voorbeelden zijn PPOs, HMOs en POS arrangementen. De verschillende arrangementen vertegenwoordigen verschillende gradaties van managed care. De mate van managed care is bij HMOs het grootst, bij POS arrangementen kleiner en bij PPOs het kleinst. POS arrangementen vormen een combinatie van HMO- en PPO-kenmerken. POS-verzekerden hebben de mogelijkheid tegen een hogere eigen bijdrage buiten het voorkeursaanbieder-netwerk een andere aanbieder te consulteren, maar zij zijn wel verplicht een primary care physician te

kiezen. De beperking van keuzevrijheid van verzekerden loopt gelijk op met de mate van managed care.

Aangezien in de nota *Vraag aan bod* de huisarts altijd deel uitmaakt van het pakket, gaat het bij het spreken over voorkeursaanbieders om arrangementen die lijken op HMOs. Bij HMOs is men verplicht om eerst naar de primary care physician te gaan. Deze verwijst, indien noodzakelijk altijd naar een voorkeursaanbieder. Behandeling door specialisten die niet tot de voorkeursaanbieders behoren wordt niet vergoed, tenzij er geen voorkeursaanbieder is die de noodzakelijke behandeling aanbiedt. Aangezien in Nederland de huisarts al de functie van poortwachter heeft, zullen de besparingen gehaald moeten worden uit het traject na de huisarts.

Waar in de nota over preferred providers wordt gesproken, wordt in elk geval niet datgene bedoeld wat in de Verenigde Staten onder PPOs wordt verstaan, een arrangement waarbij een poortwachter ontbreekt.

Managed care systemen zijn vooral gericht op het beheersen van de kosten en minder op de kwaliteit van de zorgverlening.

Over de effecten van POS arrangementen is weinig bekend, de meeste studies hebben betrekking op HMOs en PPOs. Uit de literatuur komt naar voren dat arrangementen waarbij de zorgverleners een financieel risico hebben, en dan met name indien gewerkt wordt met een budget (Kralewski e.a., 2000), het meeste effect hebben op de beheersing van de kosten. Hier staan kwaliteit van zorg en financiën echter op gespannen voet, wat leidt tot minder vertrouwen bij verzekerden. Verschillen in gezondheidsuitkomsten tussen verzekerden van traditionele en managed care arrangementen worden echter in onderzoek niet teruggevonden.

Monitoring van de zorg heeft een afname van zorggebruik tot gevolg, dit is ook het geval bij traditionele arrangementen. Arrangementen waarbij een primary care physician niet verplicht is, zoals bij PPOs het geval is, blijken de kosten niet te kunnen beheersen. Kortingen op het verrichtingentarief hebben niet het gewenste gevolg van kostenbeheersing, door een toename van het volume zijn de totale kosten in sommige gevallen zelfs gestegen. Voorkeursaanbiedersarrangementen, waarvoor een lagere premie wordt gerekend, worden voornamelijk gekozen door gezonde verzekerden, die weinig zorg gebruiken. Ondanks de toename van het aantal verzekerden in managed care systemen zijn de kosten van de gezondheidszorg gestegen. Dit kan het gevolg zijn van de hoge kosten die managed care systemen met zich meebrengen, zoals kosten voor de monitoring.

De levensvatbaarheid van arrangementen met voorkeursaanbieder in een verzekeringsstelsel waarin verzekerden kunnen kiezen blijkt volgens het literatuuronderzoek af te hangen van een aantal factoren. Als verzekerden voor voorkeursaanbieders kiezen moeten zij nagaan in hoeverre het voordeel van de lagere nominale premie opweegt tegen het nadeel van de beperkte keuzevrijheid. Naast een lage premie is ook de keuzevrijheid voor artsen zeer aantrekkelijk voor verzekerden, zo blijkt uit veel studies. Lagere premies leiden vooral tot veranderingen binnen gelijksoortige arrangementen, bijvoorbeeld binnen HMOs en weinig tot verandering van fee-for-service naar HMOs. Omdat de verzekeringen met voorkeuraanbieders nieuwe voorwaarden in het Nederlandse verzekeringsstelsel introduceert en tot een andersoortige polis leidt dan de polissen die wij nu kennen, zal de prijs-sensitiviteit niet groot zijn. Dat zou betekenen dat in het nieuwe stelsel de premieverschillen tussen een verzekering zonder en met voorkeursaanbieders aanzienlijk moeten zijn. Anders zullen waarschijnlijk niet veel verzekerden bereid zijn om een verzekering met voorkeursaanbieders af te sluiten. Daar staat tegenover dat in een aantal

gevallen mensen van polis kunnen veranderen zonder van zorgverzekeraar te veranderen. Als zij vertrouwen hebben in hun zorgverzekeraar is het denkbaar dat de barrière om te veranderen dan minder groot is.

4 Voorkeursaanbieders in enkele Europese landen

In verschillende landen in Europa zijn ontwikkelingen gaande die relevant kunnen zijn voor de Nederlandse discussie. Een inperking van de landen die relevant zijn wordt in de eerste plaats gevormd door het vigerende systeem van gezondheidszorg en in de tweede plaats door de praktische mogelijkheden om in beperkte tijd informatie over gezondheidszorgsystemen te verzamelen. Vanwege deze laatste beperking is dit hoofdstuk beperkt tot drie landen.

Verzekeringsarrangementen, zoals voorkeursaanbieders, zijn alleen relevant in stelsels die op (sociale) verzekering zijn gebaseerd. Zwitserland is een voorbeeld van een land waarin het afgelopen decennium veel experimenten met verschillende verzekeringsarrangementen mogelijk zijn gemaakt (Baur, Hunger, e.a., 1997; Baur en Eyett, 1997; Delnoij e.a., 2001).

Verzekerden hebben daar ook de mogelijkheid gekregen om voor een HMO te kiezen. Behalve Zwitserland is ook Duitsland interessant vanwege de opkomst van het verschijnsel van netwerken van zorgaanbieders (Praxisnetze) en pogingen om integratie van ambulante en intramurale zorgverlening tot stand te brengen (Integrierte Versorgung). Ten slotte besteden we aandacht aan België waar, evenals in Duitsland en in tegenstelling tot Nederland, contracten tussen individuele aanbieders en ziekenfondsen niet gebruikelijk zijn, maar nu afspraken tot stand komen in het kader van de aanvullende verzekering.

4.1 Zwitserland²

4.1.1 Gezondheidszorgsysteem

Zwitserland is een federale republiek, opgebouwd uit 26 soevereine eenheden (23 kantons waarvan er 3 gesplitst zijn), en heeft iets meer dan zeven miljoen inwoners. Er is een sterk gedecentraliseerd gezondheidszorgsysteem. Kantons en gemeenten zijn verantwoordelijk voor regulering en financiering. Twee overkoepelende instanties zijn actief op het vlak van de gezondheidszorg. Dit zijn de federale dienst voor sociale verzekeringen (BSV, Bundesamt für Sozialversicherung) en de federale dienst voor volksgezondheid (BAG, Bundesamt für Gesundheit). De eerste is verantwoordelijk voor de sociale verzekering en het belangrijkste instrument is LAMal (Loi fédérale sur l'Assurance Maladie), de wet op de ziektekostenverzekering. Bovendien is het BSV verantwoordelijk voor supervisie en subsidiëring van ziektekostenverzekeraars. De verplichte verzekering wordt gesubsidieerd door middel van een bedrag dat berekend is op basis van het inkomen en vermogen van verzekerden. Dit wordt gefinancierd door de belastingen (European Observatory on Health Care Systems, 2000). De tweede instantie, het BAG, ziet toe op de toepassing van de federale wetgeving, met betrekking tot bij voorbeeld artsen, infectieziekten, preventie en geneesmiddelen, door de verschillende

² Met dank aan:
Paul Baartmans, Helsana Versicherungen AG, Afdeling Managed Care, Zürich
John Paget, Nivel, Utrecht

kantons en gemeenten. Het gezondheidszorgsysteem wordt voornamelijk gefinancierd door de premies van de voor iedereen verplichte basisverzekering. Deze premies zijn niet inkomensgerelateerd.

Iedereen die woonachtig is in Zwitserland is verplicht zich tegen ziektekosten te verzekeren (LAMal, art. 3 §1, geciteerd uit De Graeve e.a., 2001) en het basispakket is nauwkeurig omschreven. Verzekerden kunnen binnen een kanton vrij kiezen bij welk ziekenfonds ze zich aansluiten (LAMal, art. 4 §1, geciteerd uit De Graeve e.a., 2001). Binnen een ziekenfonds wordt voor iedere volwassene eenzelfde premie gerekend. Risicocompensatie gebeurt per kanton op basis van leeftijd en geslacht. Afhankelijk van het soort verzekering dat de verzekerden kiezen betalen ze een deel van de gemaakte kosten in de vorm van een eigen risico. Verzekerden hebben de mogelijkheid zich aanvullend te verzekeren. Verzekerden betalen altijd een eigen bijdrage voor de zorg die zij gebruiken. Deze eigen bijdrage is verplicht gesteld en mag niet herverzekerd worden (De Graeve e.a., 2001).

Verzekerden mogen in principe hun zorgverleners zelf kiezen, maar ze kunnen deze keuzevrijheid ook beperken. In dat geval krijgen ze een korting op de premie. De betaling van de zorgverlening kan op twee manieren gebeuren, direct aan de zorgverlener 'tiers payant', of via de verzekerden 'tiers garant', een restitutie-systeem. Verzekerden kunnen van verzekeraar veranderen wanneer er veranderingen zijn in bij voorbeeld de premie en afhankelijk van de verzekeraar gedurende een bepaalde periode van het jaar. Het is verzekeraars wettelijk niet toegestaan om, voor de basisverzekering, verzekerden te selecteren op basis van hun gezondheidstoestand. Verzekeraars mogen de premie niet corrigeren voor risico, ze mogen geen mensen weigeren of anderszins onderscheid maken tussen verzekerden in de basisverzekering. Op de aanvullende verzekering mag winst worden gemaakt, de premies mogen risicoafhankelijk zijn en slechte risico's mogen worden geweigerd. De aanvullende verzekering moet vaak worden afgesloten voor een looptijd van twee tot vijf jaar. Verzekeraars die de basisverzekering willen aanbieden moeten geautoriseerd worden door het BAG (Colombo, 2001). In 2000 waren er 101 verzekeraars die de verplichte basisverzekering aanboden. Van de geregistreerde aanbieders waren er (1998) 63 die ook een aanvullende verzekering aanboden, dit werd ook gedaan door 61 niet geregistreerde verzekeraars (European Observatory on Health Care Systems, 2000).

De meeste artsen die in een ziekenhuis werken zijn in dienst van dat ziekenhuis en ontvangen een salaris (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Deze artsen ontvangen extra inkomsten wanneer ze verzekerden behandelen die aanvullend verzekerd zijn. Een deel van deze extra inkomsten moet echter worden afgestaan aan het ziekenhuis. Artsen in de ambulante sector worden per verrichting betaald, behalve wanneer zij deel uitmaken van een HMO, en ontvangen soms een soort bonus wanneer een bepaald doel, zoals een besparing, is gehaald. Artsen in dienst van een HMO ontvangen een salaris (European Observatory on Health Care Systems, 2000). HMOs bestaan meestal uit groepspraktijken in eigendom van de verzekeraar. Verzekeraars kunnen ook arrangementen aanbieden volgens een huisartsenmodel. Verschil met HMOs is dat verzekerden niet beperkt worden in de keuze van zorgverleners, het is wel verplicht om naar de huisarts te gaan en deze kan verwijzen naar een specialist.

Er zijn ook verzekeringsarrangementen die verzekerden stimuleren om zo min mogelijk zorg te gebruiken. Dit zijn arrangementen waarbij een korting op de premie wordt gegeven wanneer geen zorg gebruikt wordt, de korting neemt toe met het aantal jaren dat geen zorg gebruikt wordt. Een ander arrangement is er een waarbij gekozen kan worden voor een lagere premie in combinatie met een hogere eigen bijdrage (Baur en Eyett, 1997).

4.1.2 Verhouding tussen verzekeraars en aanbieders

Verzekeraars hebben zich verenigd in kantonale en interkantonale organisaties. Ook de artsen zijn georganiseerd in organisaties op kantonnaal niveau. Alle verzekeraars zijn lid van de Association of Swiss Health Care Insurance Companies. Voor artsen is het lidmaatschap van een kantonale medische organisatie niet verplicht, behalve wanneer men lid is van de Swiss Medical Association. Het zijn meestal deze organisaties van verzekeraars en artsen die met elkaar onderhandelen over de tarieven voor de zorgverlening (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Deze tarieven worden vastgesteld per kanton. Wanneer zorgverleners en verzekeraars het niet eens worden over de vergoeding, kan het kanton de vergoeding vastleggen. De uitkomsten van de onderhandelingen moeten overigens altijd worden goedgekeurd door het kanton. Met de oprichting van santésuisse hebben de kantonale organisaties het karakter van agentschappen gekregen. Santésuisse heeft de onderhandelingspositie overgenomen en bestaat uit 4 regio's. Voor de aanvullende verzekering mogen op een lager niveau prijsafspraken worden gemaakt, maar deze zijn meestal gebaseerd op de nationaal overeengekomen tarievenlijst. Er is zo'n lijst voor alle medische professies en hierover wordt jaarlijks met de betreffende organisaties onderhandeld (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Aan de invoering van een soort puntensysteem wordt gewerkt en dit (Tarmed) is voor een deel van de medische professies al ingevoerd. Ook publieke en publiek gefinancierde ziekenhuizen hebben organisaties op kantonnaal niveau die onderhandelen over de prijzen. Meestal zijn ook private ziekenhuizen lid van deze organisaties.

Verzekeraars zijn verplicht om te contracteren met alle zorgaanbieders, maar het is mogelijk dat deze contracterplicht met ingang van 1 januari 2003 wordt opgeheven, zodat de mogelijkheid bestaat om selectief te contracteren.

Ziekenhuizen en verpleeghuizen worden alleen betaald als zij voorkomen op een lijst die door het kanton is opgesteld (European Observatory on Health Care Systems, 2000). De manier waarop ziekenhuizen worden betaald verschilt tussen de kantons en tussen de ziekenhuizen. Er kan per ligdag betaald worden en soms wordt een bepaald bedrag voor een behandeling betaald en een bedrag per ligdag dat afneemt voor elke extra ligdag. Voor behandelingen die onder de verplichte verzekering vallen liggen de vergoedingen per ligdag lager dan wanneer deze onder de aanvullende verzekering vallen.

4.1.3 Basis van concurrentie tussen zorgverzekeraars

Er is alleen sprake van concurrentie tussen verzekeraars binnen een kanton, het is verzekerden niet toegestaan om hun basisverzekering in een ander kanton dan hetgeen waarin zij wonen of werken af te sluiten. De meeste verzekeraars opereren wel in meerdere kantons. Concurrentie is mogelijk in de aanvullende verzekering, maar slechts een vijfde van de bevolking is aanvullend verzekerd. Voor het basispakket is concurrentie mogelijk op de premie, maar niet op de inhoud van het pakket. Dit kan op vier manieren (Colombo, 2001). Ten eerste kunnen verzekerden die aanvullend verzekerd zijn tegen bij voorbeeld ongevallen, een korting vragen op de premie voor de basisverzekering, waarin kosten als gevolg van ongevallen ook gedekt zijn. Ten tweede mag een verzekeraar binnen een kanton voor drie verschillende regio's verschillende premies vragen. Deze premieverschillen zouden overeen moeten komen met de kosten van de zorgverlening. Ten derde mag een verzekeraar verschillende premies vragen voor drie verschillende leeftijdsgroepen,

kinderen (0-18 jaar), scholieren/studenten (19-25 jaar) en volwassenen. Ten vierde kunnen verzekerden die kiezen voor een bepaalde vorm van de basisverzekering, bij voorbeeld met beperkte keuzevrijheid voor zorgverleners zoals in HMOs, een korting op de premie krijgen. Als gevolg van deze mogelijkheden kunnen er grote premieverschillen zijn, zowel binnen als tussen kantons. Hoewel concurrentie op basis van prijs en kwaliteit aangemoedigd wordt, zijn er geen aanwijzingen dat dit ook gebeurt. Het lijkt er eerder op dat er concurrentie is via risicoselectie (Colombo, 2001). De mogelijkheden voor concurrentie op basis van de kwaliteit van zorg zijn beperkt, omdat er per kanton een lijst is waarop staat in welke ziekenhuizen de zorg door welke ziekenfondsen wordt vergoed (Delnoij e.a., 2001). Bovendien is er vanuit de zorgverleners weerstand tegen het transparant maken van de prestaties.

4.1.4 Ervaringen met selectieve contracten

In Zwitserland worden HMO arrangementen aangeboden. Eind 1998 had 6,8% van alle verzekerden een HMO arrangement (Colombo, 2001). Verzekerden van een HMO hebben de verplichting om eerst een arts in de HMO-praktijk te bezoeken. Deze arts beslist of verwijzing naar een specialist of ziekenhuis noodzakelijk is. Verzekerden hebben minder keuzevrijheid met betrekking tot artsen en in ruil daarvoor betalen zij een lagere premie en waren er tot 1994 geen eigen bijdragen. Artsen in een HMO krijgen een vast bedrag per verzekerde en worden dus niet per verrichting betaald. Artsen worden op deze manier gestimuleerd goede en goedkope zorg te leveren. HMOs in Zwitserland zijn dus opgezet naar voorbeeld van HMOs in de VS.

Achterliggend idee bij dit arrangement is dat de aanbodzijde van de markt voor zorgverlening individueel gestuurd wordt en dat hier economische sturingselementen worden ingebouwd. Zorgverleners worden gestimuleerd om verzekerden met zo efficiënt mogelijk gebruik van de middelen zo gezond mogelijk te houden. Om dit te bereiken heeft de arts naar wie de verzekerde in eerste instantie toe moet gaan de functie van poortwachter. De verzekerde heeft derhalve minder keuzevrijheid (kan niet meteen naar een specialist), maar betaalt ook een lagere premie. Gemeenschappelijk bij de concrete invulling van de arrangementen met beperkte keuzevrijheid is poortwachterfunctie (Baur, Hunger e.a., 1997). De eerste HMOs in Zwitserland zijn zogenaamde staff-model HMOs. Deze bestaan uit een groepspraktijk, in eigendom van de verzekeraar, waarin de primaire zorgverlening als mede de medische verrichtingen die de HMO zelf wil aanbieden, plaatsvinden. De HMO verwijst de verzekerde voor specialistische verrichtingen die niet in de praktijk worden aangeboden naar andere praktijken/instituten. Deze brengen de HMO daarvoor een bedrag in rekening. HMOs beschikken over een bepaald budget dat vastgesteld wordt aan de hand van het aantal verzekerden. Met dit budget moeten zij zowel hun eigen kosten als rekeningen van externe praktijken/instituten (na verwijzing van een verzekerde) financieren. Sinds 1994 zijn ook IPAs (Independent Practice Associations, zie paragraaf 3.2) ingevoerd, waarbij verschillende praktijken betrokken zijn.

In Zwitserland blijkt, net als in de Verenigde Staten, dat het vooral de gunstige risico's zijn die kiezen voor een HMO arrangement.

4.1.5 Beschouwing

In Zwitserland bestaat de mogelijkheid van selectief contracteren nog niet, maar is concurrentie mogelijk op basis van kwaliteit en de premie, zowel in de verplichte basisverzekering als in de aanvullende verzekering. Bovendien is er concurrentie mogelijk in de aanvullende verzekering op basis van het aangeboden pakket. Alleen voor dit aanvullende pakket kan ook met de zorgverlener over de prijs worden onderhandeld. Dit laatste blijkt niet tot prijsverschillen te leiden. Wel zijn er premieverschillen tussen verzekeraars, maar omdat dit niet tot gevolg heeft dat verzekerden massaal overgaan op de verzekeraar met de laagste premie gaat hier weinig effect op de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit. Wellicht ten gevolge van het invoeren van de mogelijkheid van concurrentie zijn er de afgelopen jaren veel fusies geweest, waardoor er een toename is van grote verzekeraars die in alle kantons verzekerden hebben. Hoewel risicoselectie vermeden wordt door acceptatieplicht voor de verplichte basisverzekering, lijkt het erop dat er nog steeds sprake is van risicoselectie. In HMOs blijken meer verzekerden met een gunstig risico-profiel voor te komen.

4.2 Duitsland³

4.2.1 Gezondheidszorgsysteem

Het Duitse gezondheidszorgsysteem is een sociaal-verzekeringstelsel met een verplicht ziekenfonds-lidmaatschap voor mensen beneden de loongrens en vrijwillig lidmaatschap dan wel particuliere verzekering voor mensen boven de loongrens (Bertels, 1994; Kesteloot e.a., 2001). De loongrens ligt bij circa €37.500. De sociale verzekering omvat behalve gezondheidszorg ook loonderving bij ziekte en arbeidsongeschiktheid en pensioenen. De verzekering wordt uitgevoerd door een groot (maar afnemend) aantal ziekenfondsen. Het lidmaatschap van de ziekenfondsen was traditioneel gebaseerd op de plaats waar men woonde of het bedrijf of de sector waarin men werkte (Bertels en Cocquyt, 1995). Sinds het midden van de jaren negentig is er vrije keuze van ziekenfonds voor de verzekerden.

De Duitse gezondheidszorg kent een strikte scheiding tussen ambulante zorg en ziekenhuiszorg (Lorenz e.a., 2000; WHO, 1999). De ambulante zorg wordt uitgevoerd door zelfstandig-gevestigde huisartsen en specialisten. De ambulante specialisten hebben geen ziekenhuispraktijk. De ziekenhuisspecialisten zijn in dienst van de ziekenhuizen en voeren geen ambulante praktijk. Hierdoor treden coördinatieproblemen op en vindt dubbel werk plaats (Lorenz e.a., 2000; Van der Zee, 2000; Delnoij e.a., 2001; Kesteloot e.a., 2001).

Meer dan in Nederland is in Duitsland het reilen en zeilen van de ziektekostenverzekering wettelijk vastgelegd (Sozialgesetzbuch V). Verder heeft de uitvoering een corporatistische structuur waarin wat wij zouden noemen het maatschappelijk middenveld een sterke invloed heeft (de verenigingen van artsen die toegelaten zijn om ziekenfondspatiënten te behandelen en de organisaties van de ziekenfondsen). Daardoor is de flexibiliteit van het systeem gering.

³ Met dank aan:
Dipl. Kaufman Frank Bausch, AOK Bundesverband, Bonn
Dr. Stefan Greß, Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald

4.2.2 Verhouding tussen verzekeraars en aanbieders

Deze verhouding is in het Duitse systeem grotendeels niet geregeld via contracten tussen individuele ziekenfondsen en individuele aanbieders van zorg, maar via intermediaire organisaties op een hoger niveau (Bertels en Cocquyt, 1995). De ambulante artsen die toegelaten zijn om ziekenfondspatiënten te behandelen, zijn verenigd in zogeheten Kassenärztliche Vereinigungen die onderhandelen met de samenwerkingsverbanden van ziekenfondsen. De overeenkomsten worden meestal per deelstaat afgesloten. Van selectieve contracten kan daardoor in het algemeen geen sprake zijn. De Kassenärztliche Vereinigungen beheren het budget dat ter beschikking is voor de geneeskundige verzorging van ziekenfondspatiënten. Het budget wordt verdeeld over de artsen op basis van gedeclareerde verrichtingen.

De ziekenhuizen sluiten wel overeenkomsten met zorgverzekeraars waarbij de onderhandelingen worden over het volume aan zorg en de hoogte van de verpleegdagtarieven weer op het niveau van de deelstaten plaatsvindt. Met uitzondering van een deel van de privé-klinieken, behandelen alle ziekenhuizen ziekenfondspatiënten en hebben een overeenkomst met ziekenfondsen. Er is een contracteerplicht met alle ziekenhuizen die zijn toegelaten op grond van de ziekenhuisplanning van de deelstaat.

4.2.3 Basis van concurrentie tussen zorgverzekeraars

De Duitse ziekenfondsen concurreren met elkaar op basis van de inkomensafhankelijke premie. De premieverschillen zijn groot, zeker in vergelijking met de Nederlandse situatie. Het systeem waarmee de verschillen tussen ziekenfondsen in de samenstelling van het verzekerdenbestand worden gecorrigeerd (het normuitkeringsstelsel) is verre van perfect. Hierdoor hebben de ziekenfondsen meer incentives om aan risicoselectie te doen dan om kwaliteits- en efficiëntieverbeteringen door te voeren (Greß e.a., in druk).

4.2.4 Ervaringen met selectieve contracten

Er wordt in Duitsland al lang gesproken over de wenselijkheid van het introduceren van contracteervrijheid voor de ziekenfondsen. Tot op heden zijn daar binnen de normale ziekenfondsverzekering geen mogelijkheden voor.

Een eerste stap in de richting van selectieve contracten werd gezet in het begin van de jaren negentig toen het verschijnsel Praxisnetze opkwam. Dit zijn netwerken van ambulante artsen die kwaliteits- en imagoverbetering tot doel hadden. Ziekenhuizen maakten geen deel uit van deze netwerken. De Praxisnetze hadden geen wettelijke basis in het Sozialgesetzbuch V waardoor de speelruimte voor zorgverzekeraars minimaal was. Vergoeding aan de artsen bleef gebaseerd op betaling per verrichting en er waren geen contracten tussen de afzonderlijke netwerken en de ziekenfondsen. De Praxisnetze waren daarom gebaseerd op overeenkomsten op deelstaatniveau tussen de organisaties van ziekenfondsen en de Kassenärztliche Vereinigung. In deze verenigingen zitten alle ambulante artsen die toegelaten zijn om ziekenfondspatiënten te behandelen, huisartsen en specialisten dus, waarbij de laatste een meerderheid hebben, waardoor vernieuwingen als de invoering van een positie voor de huisartsen als poortwachter voor specialistische hulp moeilijk te realiseren zijn.

De mogelijkheden tot verdergaande veranderingen waren daardoor beperkt.

Een voorwaarde voor selectieve contracten is dat er ruimte komt voor onderhandeling op een lager niveau dan de deelstaten. Die ruimte is geschapen als onderdeel van de hervormingswet van de toenmalige minister van gezondheid, Fischer, in 2000. Op grond van deze hervormingswet is een raamovereenkomst gesloten tussen de landelijke organisaties van ziekenfondsen en de aanbieders (Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß §140d Sozialgesetzbuch V). Daarnaast moeten ook op het niveau van de deelstaten raamovereenkomsten worden gesloten. Binnen het kader van die raamovereenkomsten kunnen specifieke overeenkomsten worden afgesloten. Deze specifieke overeenkomsten betreffen niet de individuele zorgaanbieders, maar samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders.

Op dit moment staat vooral de zogeheten Integrierte Versorgung in de belangstelling. Daaronder wordt verstaan: de in een overeenkomst geregelde samenwerking tussen verschillende aanbieders met als doel de zorgcoördinatie te verbeteren. Van Integrierte Versorgungsnetwerken kunnen niet alleen ambulante werkende artsen, maar ook ziekenhuizen deel uitmaken. In de context van het Duitse gezondheidszorgsysteem met zijn strikte scheiding tussen ambulante en intramurale zorg is dat een belangrijke ontwikkeling. De overeenkomst tussen het ziekenfonds en de samenwerkende aanbieders regelt een budget voor de zorg van de deelnemende aanbieders, inclusief de vergoeding van diensten van zorgaanbieders buiten het samenwerkingsverband, voor zover dat in de overeenkomst wordt vastgelegd. Het samenwerkingsverband is dus budgethouder, ook voor dat deel van de zorg die door anderen daarbuiten wordt geleverd, voor zover in het budget meegenomen.

Een contract voor Integrierte Versorgung kan zowel voor ziekenfondsen en hun verzekerden als voor de aanbieders aantrekkelijk zijn als er door betere aansluiting van de zorg kwaliteitsverbetering optreedt en de zorgverleners doelmatiger werken. Het ziekenfonds kan dan een budget overeenkomen met de samenwerkende aanbieders dat geringer is dan de opgetelde uitgaven voor de verzorgde verzekerden in de situatie voor de Integrierte Versorgung en kan dit voordeel doorsluizen naar de verzekerden in de vorm van een premiekorting. De samenwerkende aanbieders kunnen binnen het overeengekomen budget een overschot realiseren door doelmatig te werken en als poortwachter te fungeren voor zorg die buiten het samenwerkingsverband wordt geconsumeerd (zie schema 4.1). In de raamovereenkomst is vastgelegd dat huisartsen deel moeten uitmaken van aanbiedersnetwerken in het kader van Integrierte Versorgung. Als dat niet mogelijk is, is er de plicht tot informatie-uitwisseling en samenwerking met huisartsen.

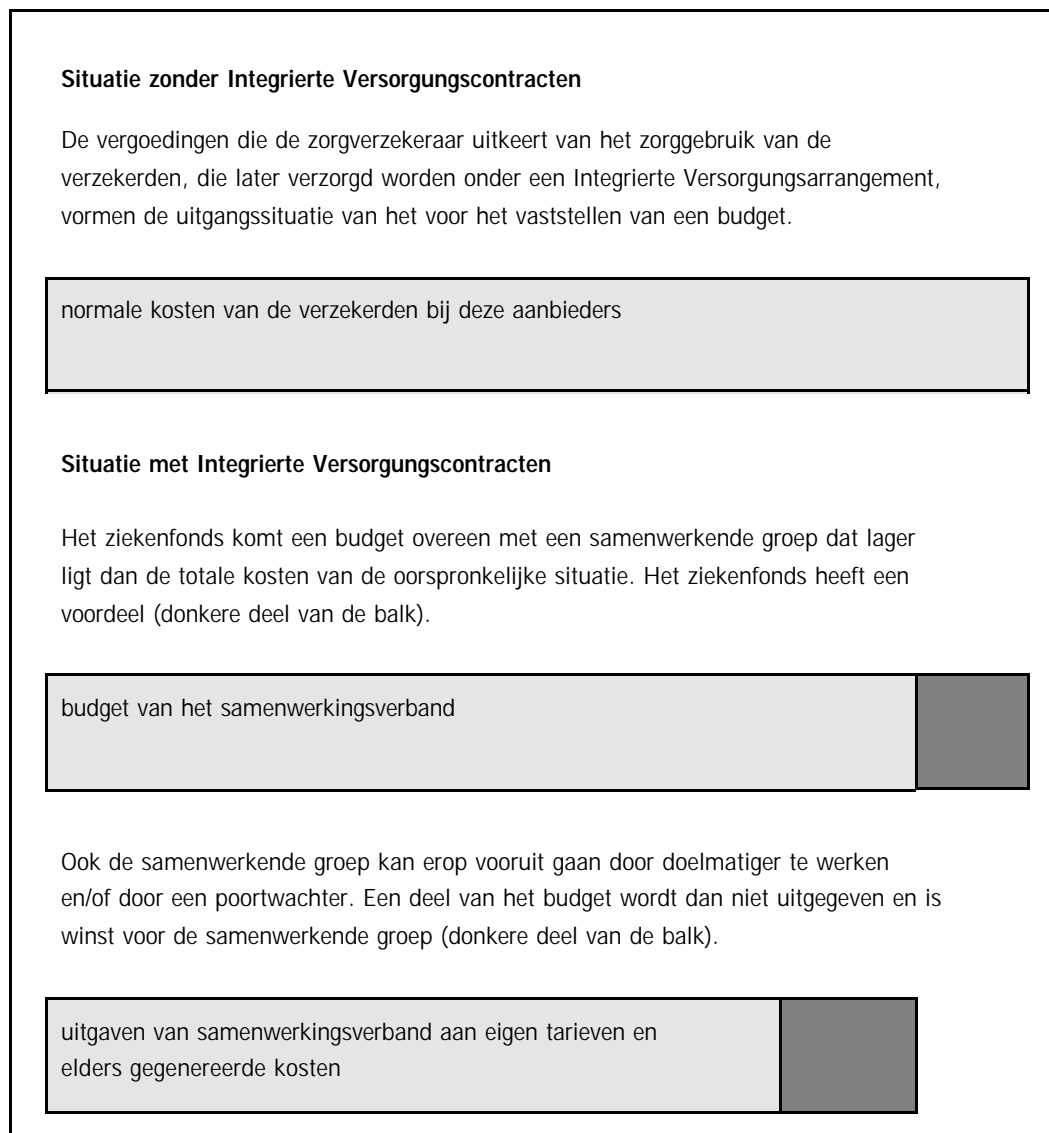
In eerste instantie is een overeenkomst met een netwerk van zorgaanbieders vooral aantrekkelijk voor zorgaanbieders met een regionale concentratie van verzekerden, wat bijvoorbeeld het geval is bij Betriebskrankenkassen die de ziekenfondsverzekering voor de werknemers van een groot bedrijf uitvoeren.

De gedachte is dat Integrierte Versorgung de ziekenfondsen zowel als de aanbieders ervaring moet opleveren met samenwerking, het sluiten van overeenkomsten en het berekenen en afspreken van geïntegreerde budgetten.

Het budget voor een samenwerkingsverband moet komen uit het totale budget dat is overeengekomen met de Kassenärztliche Vereinigung - vandaar ook dat er een raamovereenkomst moet zijn op het niveau van de deelstaten. Een mogelijk negatief effect voor de artsen die niet deelnemen aan een samenwerkingsverband treedt op als het samenwerkingsverband de gunstige risico's naar zich toetrekt (waarvoor op basis van ervaringen in Zwitserland en VS wel

aanwijzingen zijn). De kwaliteit van zorg voor de verzekerden die hun zorg krijgen van een samenwerkingsverband zou gevaar kunnen lopen als de financiële prikkels al te veel invloed hebben.

Schema 4.1 Financieel voordeel Integrierte Versorgungscontracten



4.2.5 Beschouwing

Er is een aantal beperkingen in de Duitse gezondheidszorg om te komen tot voorkeursaanbiedersarrangementen (Delnoij e.a., 2001). De structuur en de machtspositie van de Kassenärztliche Vereinigungen maakt het moeilijk om tot veranderingen te komen; beperking van de vrije artskeuze die een element is van voorkeursaanbiedersarrangementen, ligt erg gevoelig in Duitsland; en de monitoring van behandelprocessen door ziekenfondsen wordt beperkt door wetgeving op het gebied van de privacy-bescherming.

Vooral door de ziekenfondsen werd de speelruimte die zij hadden met de Praxisnetze als te gering beschouwd. De speelruimte die de Integrierte Versorgung biedt is zonder meer groter, maar de praktische uitvoering loopt nu vast op een aantal omstandigheden:

- S** In de wet (Sozialgesetzbuch V, §140b) wordt de eis gesteld dat aanbieders feitelijk al vergaand als geïntegreerde groep moeten functioneren voor er een overeenkomst kan worden gesloten.
- S** De onderhandelingsruimte van de ziekenfondsen is beperkt, doordat men geen conflicten met de Kassenärztliche Vereinigungen wil aangaan.
- S** Men heeft geen ervaring met selectieve contractering en de berekening van de benodigde budgetten.
- S** Selectieve contractering wordt beperkt door de eis in de raamovereenkomst (Sozialgesetzbuch V, §4) dat Integrierte Versorgungs-overeenkomsten geen bepalingen mogen bevatten waardoor andere ziekenfondsen niet kunnen aansluiten bij de overeenkomst. Aan de kant van de zorgaanbieders regelt de 'Berufsordnung' van de Bundesärztekammer dat de deelname van artsen aan samenwerkingsverbanden niet mag worden beperkt, tenzij er objectieve, niet-discriminerende criteria voor uitsluiting zijn.

Het Duitse systeem blijkt zeer weerbarstig te zijn. Op zich zijn de mogelijkheden voor selectieve contractering groot in Duitsland doordat er een groot aanbod aan ziekenhuizen en artsen bestaat. Toch zijn er tot nu toe niet of nauwelijks overeenkomsten in het kader van Integrierte Versorgung tot stand gekomen. De gedachte om contracten te sluiten met zorgketens is ook voor de Nederlandse situatie een bruikbare gedachte.

4.3 België⁴

4.3.1 Gezondheidszorgsysteem

Ook de Belgische gezondheidszorg is gebaseerd op een sociaal-verzekeringssysteem, maar het wijkt af van het Duitse (en Nederlandse) doordat het nagenoeg de hele bevolking dekt. Wel is het zo dat er een onderscheid is in verzekeringspakket tussen werknemers en zelfstandigen. Voor de laatste is het pakket beperkt tot de grote risico's, terwijl zij zich vrijwillig kunnen bijverzekeren tot het volledige pakket (Bertels en Cocquyt, 1995). Net als in Duitsland valt de uitkering bij loonderving door ziekte en arbeidsongeschiktheid onder het deel van de sociale verzekering dat wordt uitgevoerd door de ziekenfondsen.

De sociale verzekering wordt op nationaal niveau geregeld door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De uitvoering van de verzekering geschiedt door ziekenfondsen (mutualiteiten) die verenigd zijn in vijf koepels of landsbonden van ziekenfondsen (Bertels en Cocquyt, 1995). Deze koepels volgen deels het patroon van verzuiling dat karakteristiek is voor België (Christelijke mutualiteiten, socialistische mutualiteiten, neutrale mutualiteiten, liberale mutualiteiten et cetera) (Hamers, 1993). Het aantal afzonderlijke ziekenfondsen is de laatste jaren afgenomen. In een woonplaats heeft men keuze uit ziekenfondsen van verschillende landelijke koepels, maar niet uit verschillende ziekenfondsen van dezelfde landelijke signatuur.

In België bestaat vrijheid van keuze van ziekenfonds al veel langer dan in Nederland en

⁴ Met dank aan:

Jos Kesenne, nationaal secretaris landsbond van Christelijke Mutualiteiten, Brussel

Duitsland. Veranderingen van ziekenfonds binnen dezelfde landelijke koepel (in de praktijk bij verhuizing) zijn elke maand mogelijk; veranderingen tussen ziekenfondsen van verschillende signatuur zijn elk kwartaal mogelijk maar niet vaker dan eenmaal per jaar.

In tegenstelling tot de situatie in Duitsland en Nederland kent België geen naturastelsel maar een restitutiesysteem. Verzekerden betalen de kosten van behandeling uit eigen zak, ontvangen van de behandelaar een bewijs dat ze een bepaalde dienst hebben genoten en kunnen tegen inlevering van dat bewijs restitutie krijgen van gemaakte kosten onder aftrek van de eigen bijdrage (het remgeld) bij hun lokale ziekenfonds (Maarse e.a., 2000; WHO, 1998; Bertels en Cocquyt, 1995). Los van de wettelijke remgelden kunnen ziekenhuizen en specialisten honorarium- en materiaalsupplementen vragen. Zo worden er in veel ziekenhuizen materiaal-supplementen gevraagd voor endoscopisch onderzoek en honorariumsupplementen voor specialisten bij een consult op afspraak en bij verblijf in een één- of tweepersoonskamer (Bertels en Cocquyt, 1995).

4.3.2 Verhouding tussen verzekeraars en aanbieders

De ziekenfondsen en aanbieders hebben geen contracten in de verplichte ziektekostenverzekering. Ziekenfondsen zijn voor zover het de verplichte verzekering betreft verplicht om met alle aanbieders samen te werken. Onderhandelingen over tarieven vinden in het Belgische systeem plaats tussen het RIZIV en de landelijke vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en van de zorgaanbieders. De daaruit voortvloeiende overeenkomsten zijn geldig indien een bepaald percentage van de individuele aanbieders zich ermee akkoord verklaard heeft.

4.3.3 Basis van concurrentie tussen zorgverzekeraars

De ziekenfondsen concurreren hoofdzakelijk met elkaar in de aanvullende verzekering (Hamers, 1993). Deze bestaat uit verschillende onderdelen. In de eerste plaats is er de aanvullende verzekering voor zelfstandigen om hun pakket op het niveau van dat van de werknemers te brengen. In de tweede plaats is er de Aanvullende Vrije Verzekering (AVR). Deze dekt zorg die niet in het wettelijk verplichte pakket is verzekerd. Deze aanvullende verzekering is minder vrijwillig dan de naam doet vermoeden. Hij is namelijk verankerd in de statuten van de individuele ziekenfondsen en ieder die voor een bepaald ziekenfonds kiest, verplicht zich tot deelname aan de AVR. Het pakket hiervan kan van ziekenfonds tot ziekenfonds verschillen (ook binnen de ziekenfondsen die deel uitmaken van dezelfde landelijke koepel). De AVR is net als de wettelijke verzekering gebaseerd op solidariteit (acceptatieplicht en geen premiedifferentiatie). In de derde plaats is er nog een facultatieve aanvullende verzekering. Deze kent wel acceptatievrijheid en premiedifferentiatie.

De AVR is in de loop van de tijd belangrijker geworden doordat er geleidelijk een discrepantie is ontstaan tussen de kosten die in rekening worden gebracht door de aanbieders en de vergoedingen op basis van de wettelijke verzekering. Dit is vooral bij ziekenhuiszorg en specialistische zorg het geval (materiaal- en honorariumsupplementen).

4.3.4 Ervaringen met selectieve contracten

Selectief contracteren in de wettelijk verplichte verzekering is niet mogelijk. In de aanvullende verzekering is dat wel mogelijk. Daarnaast is het mogelijk aanvullende voorwaarden te stellen waaronder de aanvullende verzekering uitkeert. Binnen die voorwaarden kan de keuze geheel aan de verzekerden worden overgelaten of kunnen er onderhandelingen plaatsvinden en overeenkomsten gesloten worden met de zorgaanbieders.

Een voorbeeld van het eerste is de vergoeding die verzekerden ontvangen voor orthodontische behandeling. Daarvan wordt ongeveer eenderde gerestitueerd door de verplichte wettelijke verzekering, eenderde door de AVR en de rest is voor rekening van de verzekerde. Aan restitutie door de AVR is de voorwaarde gesteld dat de behandeling gedaan wordt door een tandarts met een universitaire orthodontie-opleiding dan wel een bepaald minimum volume aan behandelingen per jaar. Hier wordt de voorkeur van de verzekeraar voor bepaalde aanbieders geregeld in de relatie verzekeraar - verzekerde.

Een voorbeeld dat een stap verder gaat betreft de vergoeding voor materiaalsupplementen bij operaties en endoscopieën. Deze supplementen worden verzekerd onder de AVR tot een maximumbedrag per eenheid. Er is een lijst opgesteld met maximumprijzen die is voorgelegd aan de ziekenhuizen in de vorm van een overeenkomst waarin de ziekenhuizen zich vastleggen niet meer dan deze maximumprijzen in rekening te brengen voor de producten in de lijst en geen supplementen te vragen voor alle operaties in dezelfde lichaamsstreek. In de praktijk bleken alle ziekenhuizen akkoord te gaan met de voorgestelde maximumprijzen, waardoor er geen selectiviteit tot stand kwam.

Een derde voorbeeld waarin wel contracten worden gesloten met ziekenhuizen op basis van onderhandelingen betreft een initiatief van de Christelijke Mutualiteiten in het Waalse deel van België. Daar is binnen de AVR een aanvullende verzekering ontwikkeld ter dekking van materiaal- en honorariumsupplementen bij ziekenhuisverblijf voor zover die supplementen een bedrag van 10.000 BEF (€ 248) overschrijden (SOLIMUT, Hospi solidaire is de aanduiding voor deze verzekering). De contracteringsactiviteiten bestaan eruit dat er met ziekenhuizen budgetafspraken worden gemaakt voor de totale omvang van de supplementen boven de 10.000 BEF die onder de 'hospi solidaire'-verzekering vallen. Dit budget wordt dan rechtstreeks door het ziekenfonds aan het ziekenhuis betaald hetgeen voor het ziekenhuis administratie- en inningskosten bespaart. Voor de verzekerden is de regeling via een budget prettig omdat zij dan niet eerst zelf de supplementen hoeven voor te schieten om die vervolgens bij hun ziekenfonds terug te vragen. De ziekenfondsen leveren spiegelinformatie aan de ziekenhuizen met welke zij een contract hebben en hopen door daarover in gesprek te gaan ook kwaliteitsverbetering te bereiken. Er wordt nu twee tot drie jaar met deze vorm van contractering gewerkt. Naast de AVR kunnen verzekerden vrijwillig voor een nog grotere dekking kiezen (Hospi facultative de base en Hospi facultative globale). Ongeveer 30% van de verzekerden kiest voor deze facultatieve aanvulling. Het is niet duidelijk of Hospi solidaire verzekerden heeft weten te trekken van ziekenfondsen die tot andere koepels horen.

In lijn met de Belgische tradities van verzuijing zijn het vooral de christelijke ziekenhuizen die contracten sluiten met de christelijke mutualiteiten. De uitwerking van het contracteringsmodel kost meer aan werkingsmiddelen dan het klassieke restitutiemodel met nationale overeenkomsten.

4.3.5 Beschouwing

Ofschoon België qua aantal zorgaanbieders in een situatie verkeert waarin selectieve contractering zeer wel mogelijk zou zijn, gebeurt er in de praktijk niet zo veel. Deels is dat omdat er in de wettelijke verzekering helemaal niet met overeenkomsten tussen ziekenfondsen en aanbieders wordt gewerkt. Deels is er politiek gezien ook weerstand tegen de macht die de grote koepels van ziekenfondsen zouden krijgen. In het Belgische systeem hebben de regionale ziekenfondsen niet zo veel te zeggen en is de zeggenschap geconcentreerd in de landsbonden. Contracteervrijheid zou de machtspositie van de christelijke zuil vergroten, indien de grootste landsbond, die der Christelijke Mutualiteiten, overwegend contracten zou afsluiten met ziekenhuizen binnen de eigen zuil.

De kostenontwikkeling in de Belgische gezondheidszorg zet op dit moment druk op de betrokken partijen om nieuwe wegen te vinden tot kostenbeheersing door betere verdeling van verantwoordelijkheden. Daarin zouden ook verzekeringsarrangementen met een poortwachter een plaats kunnen hebben.

Voor verzekerden in België kunnen voorkeursaanbiederscontracten aantrekkelijk zijn als dat betekent dat zij niet zelf eerst de kosten hoeven voor te schieten (het restitutiesysteem), maar dat het ziekenfonds ze rechtstreeks aan de zorgverlener vergoed (naturasysteem).

4.4 Conclusie

Wat betreft de mogelijkheden tot selectief contracteren valt op dat er in het Zwitserse model voor de basisverzekering een contracteerplicht bestaat, maar dat er wel ruimte is voor HMOs, naast de contracten met alle andere aanbieders in een kanton. In Duitsland en België bestaan eigenlijk geen contracten tussen individuele ziekenfondsen en individuele aanbieders. Zeker de ziekenfondsen zouden wel graag naar een situatie willen waarin dat mogelijk is.

Zwitserland haalt de winst uit zijn HMO-model uit twee omstandigheden. Enerzijds zijn de verzekerden die kiezen voor het HMO-model over het algemeen een gezondere selectie uit de bevolking (een fenomeen dat ook in de Amerikaanse HMOs speelt). Anderzijds leidt het poortwachtersmodel dat in de HMOs wordt gehanteerd tot lagere kosten. Alleen dit laatste draagt bij aan de doelmatigheid van het gezondheidszorgsysteem. In de Nederlandse situatie wordt er vooralsnog van uitgegaan dat de poortwachtersfunctie van de huisarts ook in een nieuw verzekeringsstelsel wordt gehandhaafd (Nota, p.50). De mogelijkheid om doelmatigheidswinst te behalen door de huisarts als poortwachter te laten functioneren bestaat in Nederland, in tegenstelling tot de hier beschreven landen, dus niet.

In Duitsland ligt op dit moment de nadruk in de discussie op de Integrierte Versorgung. Er is nog geen enkel zicht op in hoeverre dit kan leiden tot verzekeringsarrangementen die doelmatigheidsvoordelen hebben die naar de verzekerden kunnen worden doorgesluisd in de vorm van een lagere premie. Wel is het punt van de gebrekkige aansluiting van verschillende zorgsoorten ook in Nederland een probleem en als zodanig ook benoemd als knelpunt in de Nota *Vraag aan Bod*. De mogelijkheden om specifieke afspraken te maken met zorgketens kunnen ook in de Nederlandse situatie worden geëxploreerd.

In België gaat de aandacht uit naar verhoging van de doelmatigheid in de aanvullende verzekering. Dat hangt samen met het achterblijven van de dekking van de wettelijke verzekering bij de ontwikkelingen in kosten en technologie, waardoor de financiële dekking van de wettelijke

verzekering in de loop van de tijd is gedaald. Indien de pakketdiscussie in de Nederlandse situatie zo uitpakt dat daarin grotere delen van de zorg buiten het basispakket gaan vallen, zal de aanvullende verzekering belangrijker worden in de concurrentie tussen verzekeraars en is het denkbaar dat er sterkere prikkels ontstaan voor zorgverzekeraars om rond de zorg in het aanvullende pakket selectieve afspraken met aanbieders te maken.

5 Voorkeursaanbieders en het Nederlandse verzekeringsstelsel

Het nieuwe verzekeringsstelsel dat wordt voorgesteld in de nota *Vraag aan bod* verschilt op bepaalde onderdelen fundamenteel van het huidige stelsel en op andere punten is er eerder sprake van continuïteit. De belangrijkste veranderingen zijn er voor de particulier verzekerden en de particuliere verzekeraars. De ziekenfondsverzekering laat veel meer continuïteit zien. Onderdelen waar continuïteit bestaat, zijn het bestaan van ziekenfondsen/zorgverzekeraars, die een acceptatieplicht hebben, die een zorgplicht hebben voor de verzekerden en die aan die zorgplicht invulling geven door met zorgaanbieders contracten te sluiten. Gegeven deze continuïteit is het ook mogelijk om op voorhand aan te geven hoe het idee van voorkeursaanbieders aansluit op het Nederlandse ziekenfondsstelsel. Hierover gaat de eerste paragraaf van dit hoofdstuk.

Ziekenfondsen oriënteren zich al langer op de mogelijkheden om selectief contracten te sluiten met aanbieders. In de tweede en derde paragraaf van dit hoofdstuk geven we kort de ervaringen weer van twee zorgverzekeraars. Het aanbieden van verschillende polissen binnen de wettelijke ziekenfondsverzekering is op dit moment niet mogelijk. Over polisdifferentiatie is dan ook nog weinig te zeggen op basis van ervaringen binnen het huidige stelsel.

5.1 Het Nederlandse ziekenfonds: een HMO?

In hoofdstuk 3 zijn we teruggegaan naar de wortel van het begrip 'Preferred providers' die in de Amerikaanse gezondheidszorg ligt. We hebben geconcludeerd dat wat onder de term preferred providers valt naar Nederlandse begrippen nog erg ruim is, veel ruimer dan wat nu gebruikelijk is in de Nederlandse ziekenfondsverzekering. De Health Maintenance Organizations komen meer in de richting van wat in de nota *Vraag aan bod* wordt verstaan onder een voorkeursaanbiedersarrangement.

Als we echter bezien hoe HMOs zijn gedefinieerd, dan blijkt dat ze in hun manier van werken veel gemeen hebben met ziekenfondsen in het huidige (en voorgenomen) Nederlandse stelsel. Belangrijke overeenkomsten en verschillen met HMOs zijn:

- S** Ziekenfondsen sluiten, net als HMOs, contracten met zorgaanbieders. In de mate waarin die contracten selectief zijn, verschillen ziekenfondsen van HMOs. In de Nederlandse situatie is er nu nog nauwelijks sprake van selectieve contracten, deels door schaarste aan zorgaanbieders (zoals het geval is bij huisartsen), en deels doordat er voor bepaalde aanbieders nog een contracteerplicht bestaat.
- S** Ziekenfondsen spreken, net als HMOs, een normbudget af met de zorgaanbieders. Dat heeft de vorm van abonnement bij huisartsen en van een budget, gebaseerd op productieafspraken met de ziekenhuizen.
- S** Ziekenfondsen hebben in tegenstelling tot HMOs niet of nauwelijks zelf zorgaanbieders in

dienst (verticale integratie). 'Individuele' zorgaanbieders hebben contracten met ziekenfondsen en vormen dus een netwerk, vergelijkbaar met Individual Practice Associations in de sfeer van de HMOs.

- S** Ziekenfondsverzekerden moeten zich, net als HMO-verzekerden inschrijven bij een huisarts die als poortwachter voor andere voorzieningen geldt. De poortwachtersfunctie is het belangrijkste verschil tussen HMOs en PPOs in de Verenigde Staten.
- S** Ziekenfondsen monitoren het zorggebruik van verzekerden dan wel het declaratiegedrag van de aanbieders en proberen invloed uit te oefenen op de kwaliteit van zorg door stimulering van specifieke activiteiten en het leveren van spiegelinformatie.

In de huidige Nederlandse situatie hebben de ziekenfondsen dus veel weg van HMOs. De zorgaanbieders met een contract zou men voorkeursaanbieders kunnen noemen. Nu is het echter nog zo dat ziekenfondsen voor het grootste deel van de zorg met alle aanbieders contracten (moeten) sluiten. In het nieuwe stelsel zou daarin meer differentiatie kunnen komen. Die differentiatie zal dan vooral in de inhoud van de contracten zitten en veel minder in het feit dat er met sommige aanbieders wel een contract gesloten wordt en met anderen niet. Er zou dan in het nieuwe stelsel een situatie kunnen ontstaan waarin zorgverzekeraars met veel aanbieders een relatief globale overeenkomst hebben en met een beperkter aantal een verder uitgewerkte overeenkomst. Dit laatste zou een selectieve overeenkomst kunnen worden genoemd.

Op grond van de acceptatieplicht en de zorgplicht zullen verzekeraars gedwongen zijn contracten te sluiten met nagenoeg alle aanbieders (landelijke dekking en keuzevrijheid voor verzekerden). Immers, als een verzekerde, waar dan ook in Nederland wonend, zich aanmeldt bij een ziekenfonds, moet dit de verzekerde accepteren en heeft het een zorgplicht voor die verzekerde. Deze situatie kennen we nu ook bij de huisartsen onder de term 'verre verzekerden'. Indien de contracten van een ziekenfonds met aanbieders die slechts weinig verzekerden van dit ziekenfonds verzorgen, een globaal karakter hebben, kunnen de transactiekosten beperkt blijven, vergelijkbaar met de nu gangbare praktijk van de marktleidervolgende contracten (Groenewegen en Greß, 2000). Daarnaast zou selectief kunnen worden gecontracteerd met zorgaanbieders in het geografische zwaartepunt van de verzekerdenmarkt van de betreffende verzekeraar. Daarbij kunnen zowel aspecten van professioneel gedefinieerde kwaliteit (bij voorbeeld werken volgens standaarden) als van door patiënten gedefinieerde kwaliteit (service, bejegening en wachttijden) worden opgenomen.

De monitoring van de afspraken in selectieve contracten vereist dat ziekenfondsen over informatie over de aanbieders van zorg beschikken. Als ziekenfondsen een regionaal zwaartepunt hebben, bestaat het grootste deel van het patiëntenbestand van de zorgaanbieders uit verzekerden van één ziekenfonds. In dat geval kan het ziekenfonds op basis van administratieve gegevens en declaraties zich een goed beeld vormen van het gedrag van de aanbieders. Op grond van dat beeld kan het ziekenfonds door terugkoppeling van informatie en eventueel bespreking daarvan proberen het gedrag van de zorgaanbieder te beïnvloeden - een gebruikelijke praktijk in de Nederlandse situatie. Als echter de verzekerden van één ziekenfonds verspreid zijn over veel meer aanbieders en als deze verzekerden slechts een kleine fractie van het aantal patiënten van deze zorgaanbieder vormen, dan is het veel moeilijker om een juist beeld van het gedrag van de zorgaanbieder te vormen. Dan is bij voorbeeld samenvoeging van informatie van verschillende ziekenfondsen nodig om een volledig beeld te krijgen, maar juist in een competitieve markt zal dat moeilijk te realiseren zijn (Groenewegen en Greß, 2000).

De nota *Vraag aan bod* laat de mogelijkheid open om te kiezen voor een natuurasysteem of een restitutiesysteem. Het is in verband met voorkeursaanbiedersarrangementen denkbaar dat een natuurasysteem wordt afgesproken met de verzekerden die gebruik maken van de voorkeursaanbieders en een restitutiesysteem voor de verzekerden die geen gebruik maken van de voorkeursaanbieders. Als het onderscheid tussen deze categorieën verzekerden samenvalt met het onderscheid tussen verzekerden die in het regionaal zwaartepunt van een ziekenfonds wonen of daarbuiten, dan kan de vraag worden gesteld of dit wel bijdraagt aan de keuzevrijheid van verzekerden. Immers, een gelijkwaardige keuze is er dan niet.

Al met al lijkt het zeer wel mogelijk dat ziekenfondsen met zorgaanbieders binnen hun geografische zwaartepunt verdergaande afspraken maken dan met zorgaanbieders daarbuiten. Dergelijke afspraken kunnen zich richten op de toegankelijkheid (wachtlijsten), kwaliteit en doelmatigheid. In de volgende paragraaf wordt daarvan een voorbeeld gegeven. Daarnaast is het denkbaar dat contracten worden gesloten met zorgnetwerken. Een van de problemen waarvoor het nieuwe verzekeringsstelsel een oplossing zou moeten vormen, betreft de gebrekkige samenhang in het zorgstelsel. Doordat schotten tussen verzekeringsonderdelen worden opgeheven is er meer ruimte om integraal inkoopbeleid te realiseren. Deze mogelijkheid wordt vooral van belang als op termijn ook de AWBZ of delen daarvan wordt geïntegreerd in de verzekering.

Bij de uitwerking van de wijze van contracteren in het nieuwe verzekeringsstelsel moet ook rekening worden gehouden met de beperking die de Mededingingswet en de besluiten van de NMa opleggen. Marktledervolgende contracten lijken daarin niet toegestaan, evenmin als landelijke overeenkomsten die als globale (niet verder uitgewerkte) contracten zouden kunnen functioneren.

5.2 Selectief contracteren met ziekenhuizen: ervaringen in de voorbereidingsfase⁵

Een voorbeeld van een verzekeraar die bezig is met het voorbereiden van selectief contracteren is VGZ. VGZ is met ruim 1,8 miljoen verzekerden een van de grootste zorgverzekeraars van Nederland. Verzekerden zijn voornamelijk te vinden in het zuiden en zuidoosten van het land.

Het idee van voorkeursaanbieders is volgens VGZ toepasbaar in de ziekenhuiszorg. Hiertoe moet de relatie met de zorgaanbieder wel zakelijker worden. Een belangrijke stap in deze veranderde relatie zal het transparant maken van de prestaties van ziekenhuizen zijn.

Er wordt nu ongeveer een jaar intern aan de ontwikkeling van plannen met betrekking tot voorkeursaanbieders gewerkt. Bij het formuleren van de voorwaarden waaraan voorkeursaanbieders moeten voldoen, wordt de behoefte van de verzekerden als uitgangspunt genomen. Die behoefte zal worden vastgesteld door onder meer klantonderzoek en klantenpanels. Voorkeursaanbiedersarrangementen zullen pas worden aangeboden, wanneer er contracten zijn

⁵ Met dank aan:
Katalin van Bakel, Zorginkoop & Produktontwikkeling, VGZ
Angeline Nielen, Zorginkoop & Produktontwikkeling, VGZ

met zorgketens en besparingen kunnen worden doorberekend in een premie-voordeel voor de verzekerden.

Het totstandkomen van voorkeursaanbiedersarrangementen wordt gezien als een tienjarenplan.

Door het inkopen van doelmatige zorg worden lagere kosten verwacht. Bovendien verwacht VGZ een zekere kwaliteit van de zorg te kunnen garanderen, doordat voorkeursaanbieders gemonitord worden. Om voorkeursaanbiedersarrangementen mogelijk te maken zal er draagvlak onder zorgaanbieders moeten zijn. Dit kan bereikt worden door ziekenhuizen in een vroeg stadium te betrekken bij de ontwikkeling van de plannen. De veronderstelling van VGZ is dat ook zorgaanbieders voorstander van voorkeursaanbiedersarrangementen zijn, omdat ook zij gebaat zijn bij doelmatige zorgverlening. Door te beginnen met voorkeursaanbiedersarrangementen zal de markt in beweging worden gebracht; zorgaanbieders die doelmatige zorg leveren worden beloond en er zijn dus incentives om doelmatiger zorg te gaan leveren. Een aanbieder die niet wordt aangemerkt als voorkeursaanbieder zal proberen daar verandering in te brengen.

Een van de speerpunten waar VGZ zich op richt is het verkorten van de wachtlijsten. Ziekenhuizen die doelmatige zorg leveren, zullen de mogelijkheid krijgen hun wachtlijsten te verkorten, doordat zij financiële middelen krijgen om meer volume te kunnen leveren. Op deze manier worden aanbieders van doelmatige zorg beloond. Het is niet mogelijk om alleen VGZ-verzekerden hiervan te laten profiteren. Andere verzekeraars liften mee. VGZ ziet dit punt niet als probleem, omdat zij de inspanning leveren in gebieden waar ze veel verzekerden hebben. In gebieden waar ze weinig verzekerden hebben zullen ze meeliften met de inspanningen van verzekeraars daar. Er wordt verondersteld dat andere verzekeraars soortgelijke inspanningen leveren in gebieden waar ze veel verzekerden hebben. Er zou echter meer marktwerking in de zorg kunnen komen wanneer de overheid de regels zodanig aanpast dat het mogelijk wordt gemaakt om bij voorbeeld voor VGZ-verzekerden te onderhandelen over kortere wachttijden. Dergelijke voorkeursbehandelingen zijn nu niet mogelijk.

VGZ zal de afspraken met voorkeursaanbieders vastleggen in contracten en gezien de zakelijke relatie die zij heeft met de zorgaanbieders wordt verwacht dat beide partijen, VGZ en de zorgaanbieder, het contract naleven. Achteraf zal gekeken worden of dit inderdaad het geval is.

5.3 Selectief contracteren: een aanzet⁶

AGIS is een fusie van ZAO, ANOVA en ANOZ. In het westen en midden van het land ligt het geografische zwaartepunt van het verzekerdenbestand van AGIS. Met betrekking tot selectief contracteren zijn twee ervaringen van AGIS vooral relevant. De eerste betreft de activiteiten in Amsterdam waar ZAO de grootste zorgverzekeraar was. De tweede ervaring betreft de gezondheidszorg in 'nieuwe gebieden', namelijk Almere en de VINEX-locaties Leidsche Rijn en IJburg. Op beide zal hier worden ingegaan.

In Amsterdam, het zwaartepunt van ZAO, is in de afgelopen jaren veel energie gestoken in de ontwikkeling van afspraken met zorgaanbieders. Een voorbeeld daarvan is het zogeheten Amsterdams Dienstenmodel voor de fysiotherapie (Van Ravensberg, Van Berkel, 2000). Dit is indertijd ontwikkeld als een inhoudelijk alternatief voor de beperkende maatregel fysiotherapie.

⁶ Met dank aan de heer Joop Hendriks, lid van de Raad van Bestuur AGIS groep.

De beperkende maatregel legt (met een aantal uitzonderingen) een beperking op van het aantal zittingen fysiotherapie dat ten laste van de wettelijke ziekenfondsverzekering kan komen. Verdere behandeling moet dan door de patiënt zelf of door de aanvullende verzekering worden betaald. Het Amsterdams Dienstenmodel gaat uit van methodisch werken door fysiotherapeuten en een onderverdeling in drie hoofdgroepen van diensten: 'verfijnen probleem- of indicatiestelling', 'begeleiden/ondersteunen' en 'behandelen'. Voor elk van deze diensten zijn weer subdiensten gedefinieerd waarvoor een bepaald aantal zittingen geldt. De financiering van de fysiotherapeutische zorg geschiedt niet afzonderlijk uit de basisverzekering (eerste negen zittingen) en aanvullende verzekering (verdere zittingen), maar uit een geïntegreerd budget. Het model is ontwikkeld in samenspraak met de fysiotherapeuten en het werken volgens dit model is opgenomen in de overeenkomsten met de fysiotherapeuten. Het Amsterdams Dienstenmodel kan model staan voor selectieve, op kwaliteit en doelmatigheid gerichte afspraken met aanbieders van zorg. Het is ook denkbaar, maar in de praktijk niet toegepast, dat verzekerden de keus zouden hebben uit een polis met en zonder het Amsterdams Dienstenmodel.

Ook met andere categorieën zorgaanbieders in de regio Amsterdam wordt getracht afspraken te maken in het kader van doelmatige zorginkoop. Er is nu weliswaar geen situatie van een groot zorgaanbod waarin zorgverzekeraars gemakkelijk specifieke afspraken kunnen afdwingen, maar dat zou in de toekomst wel het geval kunnen zijn. Mede met het oog op de toekomst worden via positieve prikkels (bij voorbeeld in de vorm van langere termijn afspraken en administratiekosten besparende afspraken) de relaties met zorgaanbieders onderhouden en verbeterd. Op de lange termijn is dat gunstig als er veranderingen komen in de aanbodsverhoudingen. Daarnaast worden binnen AGIS normen ontwikkeld voor de redelijke termijn waarop bepaalde vormen van zorg geleverd moeten kunnen worden. Dergelijke initiatieven worden gecommuniceerd naar de verzekerden om de binding van verzekerden aan AGIS te versterken. In de huidige situatie is het nog niet mogelijk om voordelen die te behalen zijn door selectieve, doelmatige inkoop door te vertalen naar premie-differentiatie. Dat laatste wordt wel als een voorwaarde gezien voor een werkbaar systeem van voorkeursaanbieders.

Door de regionale concentratie van de verzekerden van AGIS zijn investeringen in de relaties met zorgaanbieders en in goede zorginkoopcontracten verantwoord. Voor zogenoemde verre verzekerden geldt dat die aanspraak kunnen maken op de zorg volgens de normen die AGIS ontwikkelt, bij voorbeeld met betrekking tot de snelheid van behandeling, maar dat er niet wordt geïnvesteerd in verder gaande overeenkomsten met de zorgaanbieders van wie de verre verzekerden hun zorg betrekken. Het is denkbaar dat deze situatie verandert wanneer ook zorgaanbieders gaan anticiperen op verhoudingen in een nieuw verzekeringsstelsel en bij voorbeeld franchise-achtige ketens ontwikkelen die in het hele land actief zijn.

De regionale concentratie speelt ook een rol bij de activiteiten van AGIS in nieuwe woongebieden - de VINEX locaties en Almere. In het oog springend is de Almere Polis. Dat is nu nog een polis voor particulier verzekerden en een aanvullende verzekering voor ziekenfondspatiënten. In het nieuwe stelsel zou de Zorggroep Almere een voorkeursaanbieder zijn waarin samenhangende zorg kan worden gecontracteerd. Ook op de VINEX-locaties, vooral uitgewerkt in het geval van IJburg, wordt uitgegaan van overeenkomsten voor een functioneel samenhangend pakket van zorg. In het geval van IJburg wordt geëxperimenteerd met openbare aanbesteding van dergelijke zorgpakketten. Ook hier geldt dat in het huidige systeem premie-differentiatie niet mogelijk is.

Voor zover nu valt te overzien verdienen investeringen in doelmatige zorginkoop zichzelf terug. Selectieve overeenkomsten vereisen een goede relatie met de zorgaanbieders die is gebaseerd

op wederzijds vertrouwen. Dergelijke overeenkomsten zijn moeilijk kopieerbaar door verzekeraars met veel verspreide verzekerden door de hoge relatie specifieke investeringen en problemen met adequate monitoring. Bij monitoring zullen in toenemende mate de oordelen van verzekerden worden gebruikt.

5.4 Conclusie

Paragraaf 5.1 heeft een vraag in de titel: zijn Nederlandse ziekenfondsen eigenlijk HMOs? Die vraag kan positief worden beantwoord. Het is echter ook een kwestie van de mate waarin ze zich kunnen en willen opstellen als HMO. Het kunnen slaat op de beperkte mogelijkheden om selectief te contracteren en op de onmogelijkheid in de huidige situatie om enerzijds aan de premiekant en anderzijds aan de aansprakenkant te differentiëren. Het willen heeft betrekking op verschillen tussen zorgverzekeraars in de mate waarin zij investeren in specifieke overeenkomsten met zorgaanbieders. Daarbij lijkt de regionale positie van een verzekeraar een rol te spelen; verzekeraars maken binnen hun geografisch zwaartepunt verdergaande afspraken dan daarbuiten.

6 Invoeringscondities en onbedoelde gevolgen

In dit hoofdstuk behandelen we enkele condities waaraan voldaan moet zijn om selectief contracteren van zorgverzekeraars met voorkeursaanbieders tot een succes te maken.

Daarnaast gaan we in op de mogelijkheid dat er onbedoelde effecten optreden bij het invoeren van selectief contracteren met voorkeursaanbieders.

6.1 Invoeringscondities

Zoals al eerder is aangegeven wijst het woordgebruik 'preferred providers' op het overnemen van gedachtegoed, in dit geval uit de VS. Bij hervormingen in gezondheidszorgsystemen en zeker als daarbij wordt geprobeerd om elementen van andere gezondheidszorgsystemen over te nemen, dient men zich ervan bewust te zijn dat gezondheidszorgsystemen een complex geheel vormen van samenhangende elementen die in de loop van een lange historie zijn gegroeid. Sommige structurelementen van gezondheidszorgsystemen komen vooral in combinatie voor waardoor de werking van de afzonderlijke elementen moeilijk in te schatten is (Ros e.a., 2000; Delnoij e.a., 2000). Verder werken bepaalde elementen van een gezondheidszorgsysteem soms wel in een geleidelijk gegroeide situatie, maar niet in situaties waarin veel veranderingen plaats vinden. Marktomstandigheden en het gedrag van marktpartijen zijn van belang omdat ze de uitvoerbaarheid van selectieve contracten beïnvloeden. De machtsverhoudingen tussen de partijen - zorgverzekeraars, aanbieders en verzekerden - worden beïnvloed door regulering en getalsverhoudingen. We zullen in deze paragraaf eerst op elk van deze partijen afzonderlijk ingaan en daarna op de onderlinge relaties.

6.1.1 Verzekerden

Een belangrijke invoeringsconditie van verzekeringen met voorkeursaanbieders is dat een voldoende groot aantal mensen bereid is een dergelijke polis af te sluiten. De aantrekkelijkheid van de polis bestaat uit een lagere premie in combinatie met de belofte van hogere kwaliteit. De onaantrekkelijkheid van de polis - vanuit het perspectief van de verzekerden in het huidige stelsel - bestaat uit de beperking van de keuzevrijheid. Een beperkte keuzevrijheid kan om twee redenen belangrijk nadelig zijn. Ten eerste kan het zo zijn dat zorgaanbieders met wie de verzekerden een goede relatie hebben geen deel uitmaken van de gecontracteerde voorkeursaanbieders. Ten tweede kan het zo zijn dat verzekerden de gecontracteerde voorkeursaanbieders niet kennen. Omdat zij dan ook niet kunnen weten of het goede zorgaanbieders zijn, zal de animo om een arrangement af te sluiten met voorkeursaanbieders waarschijnlijk niet groot zijn. Een beperking van de keuzevrijheid is een element dat traditioneel in Nederland meer geaccepteerd is dan in andere landen. De vrije artskeuze is weliswaar een belangrijk goed, maar in de praktijk is die ingeperkt door de inschrijving van ziekenfondspatiënten bij een

specifieke huisarts en de poortwachtersfunctie van de huisarts. De algemene maatschappelijke tendens is evenwel in de richting van voorkeur voor meer keuzevrijheid.

Het is van groot belang dat verzekerden makkelijk kunnen beschikken over de informatie waarop zij de keuze voor een ziektekostenverzekering kunnen baseren (al of niet met voorkeursaanbieders). Dat wil zeggen dat de markt van verzekeringsproducten in voldoende mate voor de verzekerden transparant moet zijn. Omdat die transparantie over het algemeen niet zo groot is, zijn het vooral jonge, gezonde verzekerden die van ziekenfonds wisselen of voor een HMO-constructie kiezen.

Uit Amerikaans onderzoek (zie hoofdstuk 3) komt naar voren dat de premie een van de belangrijkste determinanten voor de keuze is. Het is de vraag in hoeverre dit door te trekken is naar de West-Europese situatie. Het Centraal Planbureau concludeert dat zonder aanvullend beleid de vraag naar zorgverzekering in het nieuwe stelsel relatief prijsinelastisch zal zijn (CPB, 2001). Dat wil zeggen dat verzekerden zich niet of nauwelijks laten leiden door de hoogte van de premie. Over de doorwerking van premieverschillen weten we iets op basis van onderzoek naar het wisselen van ziekenfonds. In de Nederlandse situatie zijn de verschillen in nominale premie niet zo groot dat er veel wisselingen bestaan. Het is daarom van belang dat er schattingen komen van de omvang van premieverschillen die wel tot meer wisselingen aanleiding geven. In het geval van voorkeursaanbiedersarrangementen geldt wel dat verzekerden daarvoor kunnen kiezen zonder van verzekeraar te veranderen, hetgeen drempelverlagend kan werken. Overigens geldt dit ook voor de Zwitserse situatie, maar daar is toch het aantal mensen dat voor een HMO-constructie kiest gering. De omvang van premieverschillen kan in de Nederlandse situatie nooit heel erg groot zijn doordat in de basisverzekering al een aantal doelmatigheidselementen zit ingebouwd (huisarts als poortwachter, inkoopbeleid van zorgverzekeraar, monitoring).

6.1.2 Verzekeraars

Voordat verzekeraars polissen kunnen aanbieden met voorkeursaanbiedersarrangementen zal moeten worden nagegaan hoe dat moet worden verankerd in de nieuwe wetgeving met betrekking tot de algemene verzekering. Het is de vraag of er nadere voorwaarden moeten worden verbonden aan de aard van dergelijke arrangementen, bij voorbeeld ter voorkoming van ongewenste risico-selectie (zie ook paragraaf 7.2). In Duitsland blijkt een van de redenen waarom Integrierte Versorgungsarrangementen nog niet echt tot stand komen te liggen in de wettelijk vastgelegde voorwaarden.

Een belangrijke invoeringsconditie voor voorkeursaanbiedersarrangementen is hoe de verzekeringsmarkt zich zal ontwikkelen rond de invoering van de nieuwe algemene verzekering. Twee elementen zijn van belang in het toekomstige 'verzekeringslandschap', in de eerste plaats het aantal verzekeraars en in de tweede plaats de mate waarin verzekeraars regionale accenten leggen. Er zijn nu nog zo'n 25 ziekenfondsen en de vraag is of (anticipatie op) de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel leidt tot een sterke vermindering van dit aantal. Nu hebben de meeste ziekenfondsen een bewust gekozen of historisch gegroeid zwaartepunt in bepaalde regio's. Het maakt nogal wat uit of er straks nog vijf grote zorgverzekeraars over zijn met nauwelijks regionale accenten of een wat groter aantal die een regionaal zwaartepunt hebben.

In het vorige hoofdstuk is al aangegeven dat uitgebreidere contracten vooral interessant zijn met zorgaanbieders die veel verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar behandelen.

In Duitsland kwam naar voren dat Integrierte Versorgung wellicht gemakkelijker te regelen is in situaties van regionale concentraties van verzekerden. Regionale concentratie kan echter ook tot een als politiek ongewenst bestempelde machtsconcentratie leiden; een van de redenen waarom contracteervrijheid in België tot nu toe niet tot stand is gekomen.

6.1.3 Zorgaanbieders

Een belangrijke conditie is de aanwezigheid van een voldoende groot zorgaanbod. In situaties met een dreigend artsentekort en een concentratie van het aantal ziekenhuizen zijn de mogelijkheden voor selectieve contracten met voorkeursaanbieders anders dan in situaties met een artsenoverschot en een veelheid aan ziekenhuizen in hetzelfde marktgebied. De nota *Vraag aan bod* zegt hierover: 'Eveneens cruciaal voor de hier beschreven rol van de verzekeraars is dat er qua omvang en variatie voldoende aanbod van zorg kan ontstaan, zodat zij de zorg scherp kunnen inkopen op basis van goede prijs-kwaliteitsverhouding. De huidige situatie van zorgschaarste zal hiertoe dus omgebogen moeten worden naar een toereikende capaciteit.'(Nota, p.31). Dat wil niet zeggen dat het ook in de huidige Nederlandse aanbodsituatie niet mogelijk zou zijn selectieve contracten te sluiten. Echter, zorgverzekeraars zullen zich in deze situatie meer bewust moeten zijn hoe ze het voor zorgaanbieders aantrekkelijk kunnen maken om deel te nemen in selectieve contracten. Deels kan dat lopen door in selectieve contracten voorwaarden te scheppen voor professioneel handelen en door als klemmend ervaren regels te beperken.

De mogelijkheid om selectieve contracten met zorgketens te sluiten vraagt op zijn minst dat er bereidheid is onder aanbieders om samen te werken, maar daarin kan de verzekeraar ook stimulerend en faciliterend werken.

6.1.4 Onderlinge relaties

Ook in de onderlinge relaties tussen zorgverzekeraars, aanbieders van zorg en verzekerden liggen voorwaarden opgesloten voor succesvolle invoering van selectieve contracten met voorkeursaanbieders. In de relatie *verzekerden-verzekeraars* moet voldoende vertrouwen zijn opdat verzekerden durven overstappen naar andere verzekeringsarrangementen. In de relatie tussen *zorgaanbieders-verzekeraars* moet een vruchtbare balans bestaan van ruimte voor professionals en monitoring door verzekeraars. Monitoring heeft de neiging om zich te richten op meetbare indicatoren, zoals volumina en kosten, waardoor andere belangrijke aspecten van de zorg, bij voorbeeld die met betrekking tot kwaliteit, minder aandacht krijgen. In de beleidsliteratuur staat dit bekend als de 'performance paradox' (Smith, 1995): beschikbare indicatoren worden gebruikt bij gebrek aan beter, maar oefenen een sturende werking op actoren uit die tot ongewenste uitkomsten leidt. In de relatie tussen *verzekerden en aanbieders* is van belang dat selectieve contracten niet de vertrouwensbasis in de relatie ondermijnen. Dit kan optreden door (te) sterke inperking van de keuzevrijheid van verzekerden en door te veel nadruk op financiële incentives in de overeenkomsten tussen verzekeraars en aanbieders.

6.2 Mogelijke onbedoelde gevolgen

In de laatste onderzoeksvraag komen ook onbedoelde gevolgen van de introductie van voorkeursaanbiedersarrangementen aan de orde. In de vorige paragraaf is daar op enkele punten al op gepreludeerd. Hier gaan we er expliciet op in. In een *a priori* beleidsanalyse is de analyse van onbedoelde gevolgen een belangrijk onderdeel. Bronnen van onbedoelde gevolgen zijn in zijn algemeenheid (Delnoij e.a., 1998; Wippler, 1981; Boudon, 1982):

- S** verschuiving van de aantrekkelijkheid of kosten van opties, leidend tot substitutie of tot selectie;
- S** onderlinge afhankelijkheid van het gedrag van partijen, zoals free rider gedrag;
- S** onjuiste inschatting van het gedrag van actoren, bij voorbeeld de bereidheid van verzekerden om van verzekeringsarrangement te veranderen;
- S** verschillen in decentrale uitvoering van beleid.

6.2.1 *Verschuiving in relatieve aantrekkelijkheid*

De introductie van polissen met de mogelijkheid voor voorkeursaanbieders te kiezen bij een lagere nominale premie brengt een verschuiving aan in de aantrekkelijkheid van de opties die verzekerden hebben. Voor sommige verzekerden is de verschuiving groter dan voor anderen. Uit onderzoek is gebleken dat gezonde, jonge verzekerden meer op premieverschillen reageren dan oudere of chronisch zieke verzekerden. Dat betekent dat er een zelfselectie plaats vindt van de meer gunstige risico's. De nota *Vraag aan bod* zegt daarover: 'De vraag is bij voorbeeld hoe de aangeboden arrangementen en de daarbij behorende premiekortingen transparant zijn te houden, zodat ze niet kunnen worden misbruikt voor verkapte vormen van risicoselectie.' (Nota, p.61). Transparantie is daar niet voldoende voor. Immers, premieverschillen kunnen met zekerheid worden vastgesteld, terwijl de kwaliteitsbelofte in de toekomst waargemaakt moet worden en niet met zekerheid kan worden vastgesteld.

6.2.2 *Onderlinge afhankelijkheid*

De positieve gevolgen van activiteiten die een verzekeraar onderneemt om door afspraken met aanbieders verbeteringen in de zorg tot stand te brengen worden niet alleen geconsumeerd door de verzekerden van de actieve verzekeraar, maar ook door de verzekerden van diens concurrenten. Er vindt dus een zekere mate van 'free riding' plaats. Afhankelijk van hoe het 'verzekeringslandschap' eruit gaat zien, heeft dit meer of minder vergaande gevolgen. Bij een situatie waarin verzekeraars regionale zwaartepunten hebben, vindt free riding wel plaats, maar de verzekeraar heeft een overwegend belang om te investeren in de (relaties met de) zorgaanbieders in 'zijn' regio. Echter, in een situatie met een beperkt aantal grote verzekeraars wier verzekerden verspreid zijn over het land bestaat de mogelijkheid van een patstelling waarbij geen van allen meer investeert in verdergaande afspraken met aanbieders. Een uitweg in dit soort gevallen is uitsluiting van verzekerden van andere verzekeraars van de positieve gevolgen van de activiteiten van de ene verzekeraar. Dit zou bij voorbeeld kunnen leiden tot voorkeursbehandeling van bepaalde verzekerden en de vraag is of dat voor zorgaanbieders werkbaar en aanvaardbaar is en of het politiek aanvaardbaar is.

6.2.3 Onjuiste inschatting van gedrag

Indien contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders financiële incentives voor terughoudend medisch beleid bevatten, bestaat het risico dat verzekerden hun vertrouwen in de zorgaanbieders verliezen. Zij weten dan niet hoe zij een bepaald advies van hun arts moeten interpreteren, namelijk of het advies de arts (financieel) ten goede komt of hun eigen gezondheid.

6.2.4 Verschillen in decentrale uitvoering

Ervan uitgaande dat de mogelijkheid van het afsluiten van selectieve contracten met voorkeursaanbieders niet te zeer aan voorwaarden moet worden gebonden, is het te verwachten dat er verschillende arrangementen tot stand komen, die in verschillende mate en op verschillende manieren worden gemonitord door zorgverzekeraars. Een sterk accent op financiële en volumeparameters (bij gebrek aan zinnigere parameters) zou tot een performance paradox kunnen leiden waarbij aanbieders hun gedrag ook op die parameters gaan richten. Verschillen tussen zorgverzekeraars in hun wijze van monitoren van selectieve contracten zou kunnen leiden tot onderscheidelijke nadruk op financiële sturing van het aanbod in plaats van de gewenste vraaggerichte regiefunctie van verzekeraars.

Een punt dat in dit rapport nog niet aan de orde is gesteld is de relatie tussen voorkeursaanbiedersarrangementen en collectieve contracten. Ook in het nieuwe stelsel zijn collectieve contracten met bij voorbeeld bedrijven mogelijk om de werknemers te verzekeren. Door de natuurlijke concentratie van dergelijke verzekerden zou dit in het geval van grote bedrijven misschien ook goede mogelijkheden voor voorkeursaanbiedersarrangementen bieden. De toenmalige Philips Medische Dienst met zijn gezondheidscentra in Eindhoven is daar een vroeg voorbeeld van.

De vraag is of er onbedoelde gevolgen kunnen optreden bij koppeling van collectieve contracten en voorkeursaanbieders. Het Amerikaanse verzekeringssysteem is sterk opgehangen aan de plaats waar mensen werken. In situaties dat werkgebonden collectieve contracten in combinatie met voorkeursaanbiedersarrangementen tot grote voordelen voor verzekerden leiden, kan de arbeidsmarktmobiliteit worden beïnvloed. Los hiervan kunnen werkgebonden collectieve contracten in combinatie met voorkeursaanbiedersarrangementen gevolgen hebben door integratie van algemene gezondheidszorg en arbeidsplaatsgebonden zorg. Over de positieve of negatieve gevolgen daarvan valt op voorhand niet zoveel te zeggen.

7 Samenvatting en beschouwing

In dit slothoofdstuk geven we een samenvatting van de voorgaande hoofdstukken en een beschouwing over de mogelijkheden van voorkeursaanbieders in het nieuwe stelsel van zorgverzekering.

7.1 Samenvatting

In deze samenvatting volgen we de vragen die in hoofdstuk 1 zijn gesteld.

1 'Hoe wordt het begrip voorkeursaanbieders in de nota Vraag aan bod gebruikt en welke verwachtingen en veronderstellingen over de werking ervan worden gehanteerd?'

In de nota *Vraag aan bod* wordt met de term voorkeursaanbiedersarrangementen bedoeld dat zorgverzekeraars specifieke contracten afsluiten met bepaalde (groepen) zorgaanbieders en dat verzekerden bij raadpleging van die zorgaanbieders bepaalde voordelen genieten. Uit de nota zijn de volgende veronderstelde causale relaties af te leiden met betrekking tot het keuzegedrag van verzekerden en het inkoopbeleid van verzekeraars:

S verzekerden geven de voorkeur aan beperkte keuzevrijheid van zorgaanbieders onder een naturasysteem boven een ruimere keuzevrijheid onder een restitutiesysteem;

S verzekerden geven de voorkeur aan een beperkte keuzevrijheid van zorgaanbieders bij een lagere nominale premie boven een ruimere keuzevrijheid bij een hogere nominale premie;

S verzekeraars realiseren kostenbesparing door doelmatigheidswinsten, kwantumafspraken en dergelijke, wanneer zij voorkeursaanbiedersarrangementen afspreken.

Buiten deze uitspraken die terug te vinden zijn in de nota kunnen ook nog de volgende causale relaties worden verondersteld:

S door het afspreken van voorkeursovereenkomsten met ketens van zorgvoorzieningen verbetert de samenhang in de zorg;

S verzekeraars zijn beter in staat om het gedrag van zorgaanbieders te monitoren wanneer verzekeraars voorkeursaanbiedersarrangementen afspreken en verzekerden daar in grote getale gebruik van maken.

2 'Op welke wijze worden PPOs gedefinieerd, hoe verhouden deze zich tot andere verzekeringsarrangementen, zoals HMOs, en welke van deze arrangementen sluiten het best aan bij de nota Vraag aan bod?'

Met PPOs (Preferred Provider Organizations) worden in de Verenigde Staten arrangementen bedoeld waarbij verzekerden een korting krijgen wanneer ze naar een voorkeursaanbieder gaan. Ze mogen echter, tegen een hogere betaling, ook kiezen voor een andere aanbieder. Een primary care physician is niet verplicht bij een PPO verzekering. Van de verschillende managed care systemen, HMOs, POS arrangementen en PPOs, is de keuzevrijheid voor de verzekerden in PPOs het grootst. Voor zowel HMOs als POS-arrangementen zijn de verzekerden verplicht een

primary care physician te kiezen, maar bij POS arrangementen hebben verzekerden nog wel de mogelijkheid om direct een specialist te consulteren. Aangezien in de Nederlandse situatie de huisarts in het pakket blijft opgenomen en de functie van poortwachter zal vervullen sluit het idee van de HMOs het beste aan bij wat bedoeld wordt met voorkeursaanbiedersarrangementen in de nota.

3 *'Wat is er in de internationale literatuur bekend over de effecten van voorkeursaanbiedersarrangementen op het gebied van doelmatigheid van de zorgverlening? Bestudering van de internationale literatuur kan ook antwoord geven op de vraag in hoeverre verzekerden bereid zijn tot het afsluiten van voorkeursaanbiedersarrangementen in vergelijking tot de vraag naar andersoortige ziektekostenverzekeringen.'*

In theorie zouden voorkeursaanbiedersarrangementen leiden tot een doelmatige zorgverlening doordat zorgverzekeraars selectief contracteren om een bepaald prijs-kwaliteitsniveau te realiseren dat aantrekkelijk is voor verzekerden. Uit de Amerikaanse literatuur komt naar voren dat monitoring een afname van het zorggebruik tot gevolg heeft. Verder blijken arrangementen waarbij de zorgverleners een financieel risico lopen het meeste effect te hebben. Hier is er echter spanning tussen financiën en kwaliteit, wat leidt tot verlies van vertrouwen in zorgverleners bij verzekerden. Verschillen in gezondheidsuitkomsten tussen verzekerden van traditionele en voorkeursaanbiedersarrangementen worden in onderzoek echter niet teruggevonden. In zowel de Amerikaanse als de Zwitserse literatuur is te vinden dat er risicoselectie plaatsvindt. De effecten van voorkeursaanbiedersarrangementen zijn derhalve deels terug te voeren op de gunstigere risico's die dergelijke arrangementen aantrekken.

Ondanks de toename van het aantal verzekerden in managed care arrangementen in de Verenigde Staten zijn de totale kosten van de gezondheidszorg gestegen. Dit zou kunnen voortkomen uit de hoge kosten die dergelijke arrangementen met zich meebrengen, zoals kosten voor de monitoring. Verzekerden zullen het voordeel van een lagere premie af moeten wegen tegen het nadeel van een beperkte keuzevrijheid. Lagere premies leiden vooral tot veranderingen binnen gelijksoortige arrangementen (bijvoorbeeld binnen HMOs). In het nieuwe stelsel zullen de premieverschillen tussen een verzekering met en zonder voorkeursaanbieders aanzienlijk moeten zijn, anders zullen verzekerden waarschijnlijk niet bereid zijn om een verzekering met voorkeursaanbieders af te sluiten. Het is echter ook mogelijk om een dergelijke verzekering af te sluiten zonder van zorgverzekeraar te veranderen en dit kan drempelverlagend werken.

4 *'Welke ervaringen zijn er in andere Europese landen met selectieve contracten en voorkeursaanbieders?'*

In Zwitserland is er een verplichte basisverzekering en er is ruimte voor HMOs, naast de contracten met alle andere aanbieders in een kanton. De kostenbesparingen van de HMOs worden gerealiseerd door de zelf-selectie van gezonde mensen en door het instellen van een poortwachter, wat leidt tot meer doelmatigheid in het gezondheidszorgsysteem. Nederland zal geen doelmatigheidswinst kunnen halen uit het laten fungeren van een huisarts als poortwachter, omdat dat een situatie is die al bestaat en ook zal blijven bestaan.

In België en Duitsland zijn er geen contracten tussen individuele ziekenfondsen en individuele aanbieders. Ziekenfondsen zouden dit wel graag willen en er zijn in beide landen voldoende zorgaanbieders om selectief te kunnen contracteren. In Duitsland richt de discussie zich voornamelijk op de Integrierte Versorgung. Integrierte Versorgung moet zowel de ziekenfondsen als de zorgaanbieders ervaring opleveren met samenwerking, het sluiten van overeenkomsten

en het berekenen en afspreken van geïntegreerde budgetten. Er is nog geen zicht op in hoeverre dit kan leiden tot verzekeringsarrangementen die doelmatigheidsvoordelen hebben die naar de verzekerden kunnen worden doorgesluisd in de vorm van een lagere premie. De mogelijkheden om specifieke afspraken te maken met zorgketens kunnen ook in de Nederlandse situatie worden geëxploreerd. In België concurreren de ziekenfondsen op de aanvullende verzekering en de aandacht gaat uit naar verhoging van de doelmatigheid in deze verzekering. Als in Nederland de pakketdiscussie zo uitpakt dat grotere delen van de zorg buiten het basispakket vallen, zal de aanvullende verzekering belangrijker worden in de concurrentie tussen verzekeraars en is het denkbaar dat er sterkere prikkels ontstaan voor zorgverzekeraars om rond de zorg in het aanvullende pakket selectieve afspraken met aanbieders te maken.

5 'Op welke wijze kunnen ideeën over voorkeursaanbiedersarrangementen vorm krijgen in een nieuw verzekeringsstelsel in Nederland?'

In de huidige situatie hebben ziekenfondsen veel weg van HMOs: er worden contracten afgesloten met zorgaanbieders, normbudgetten afgesproken met zorgaanbieders en inschrijving van verzekerden bij een huisarts is verplicht. Bovendien monitoren ziekenfondsen het zorggebruik van verzekerden dan wel het declaratiegedrag van de aanbieders en proberen ze invloed uit te oefenen op de kwaliteit van zorg door stimulering van specifieke activiteiten en het leveren van spiegelinformatie. Ziekenfondsen contracteren, in tegenstelling tot HMOs, in de praktijk nauwelijks selectief en hebben niet of nauwelijks zelf zorgaanbieders in dienst. In het nieuwe stelsel zou er meer differentiatie kunnen komen in het contracteren van zorgaanbieders. Op grond van de acceptatieplicht zullen alle ziekenfondsen nog wel gedwongen zijn met veel, zo niet alle aanbieders een contract te sluiten. Er zou selectief gecontracteerd kunnen worden met zorgaanbieders in het geografisch zwaartepunt van het ziekenfonds. Een natuursysteem zou kunnen worden afgesproken met verzekerden die gebruik maken van voorkeursaanbieders, een restitutie-systeem voor degenen die dat niet doen. De monitoring van de afspraken vereist dat ziekenfondsen over informatie over de zorgaanbieders beschikken. Dit is het eenvoudigst in het geografische zwaartepunt.

VGZ is een voorbeeld van een ziekenfonds dat plannen met betrekking tot voorkeursaanbieders ontwikkelt. Zij proberen in hun geografisch zwaartepunt afspraken te maken met zorgaanbieders, om de zorgverlening doelmatiger maken. Het maken van deze afspraken om te komen tot het aanbieden van voorkeursaanbiedersarrangementen vergt veel tijd. Ziekenfondsen die verzekerden hebben in de regio profiteren van de inspanningen van VGZ, maar VGZ profiteert in andere regio's weer van de inspanningen van ziekenfondsen als die daar afspraken maken. Een ander voorbeeld is zorgverzekeraar AGIS. Deze heeft twee ervaringen met betrekking tot selectief contracteren; het Amsterdamse Dienstenmodel kan model staan voor selectieve, op kwaliteit en doelmatigheid gerichte afspraken met aanbieders van zorg (fysiotherapeuten); in 'nieuwe gebieden' zoals Almere en de VINEX-locaties Leidsche Rijn en IJburg wordt uitgegaan van overeenkomsten voor een functioneel samenhangende pakket van zorg

6 'Onder welke condities zouden de gevonden effecten van deze arrangementen ook in de Nederlandse situatie gerealiseerd kunnen worden en welke onbedoelde effecten zouden kunnen optreden bij toepassing in de Nederlandse situatie?'

Een belangrijke invoeringsconditie voor het tot stand komen van voorkeursaanbiedersarrangementen is dat voldoende mensen bereid zijn een dergelijke polis af te sluiten. Deze moeten een lagere prijs in combinatie met de belofte van hogere kwaliteit afwegen tegen een beperking van

de keuzevrijheid.

Het is van groot belang dat de verzekeringsproducten in voldoende mate transparant zijn voor de verzekerden, zodat zij gemakkelijk kunnen beschikken over de informatie waarop zij hun keuze voor een bepaalde ziektekostenverzekering kunnen baseren.

Uit Amerikaans onderzoek komt naar voren dat de premie een van de belangrijkste determinanten voor de keuze is. De omvang van de premieverschillen zal in de Nederlandse situatie echter nooit heel groot worden, doordat in de basisverzekering al een aantal doelmatigheidselementen zit ingebouwd.

Voordat verzekeraars polissen kunnen aanbieden met voorkeursaanbiedersarrangementen zal moeten worden nagegaan hoe dat moet worden verankerd in de nieuwe wetgeving met betrekking tot de algemene verzekering. Hoe de verzekeringsmarkt zich zal gaan ontwikkelen rond de invoering van de nieuwe algemene verzekering vormt ook een belangrijke invoeringsconditie. Het aantal verzekeraars is hierbij van belang en de mate waarin zij regionale accenten leggen.

Een belangrijke conditie voor selectief contracteren is de aanwezigheid van een voldoende groot aanbod. Voor het sluiten van selectieve contracten met zorgketens is verder in elk geval de bereidheid onder aanbieders om samen te werken noodzakelijk, maar daarin kan de verzekeraar ook stimulerend en faciliterend werken.

In de relatie verzekerden-verzekeraar moet voldoende vertrouwen zijn om over te stappen naar een ander arrangement. In de relatie zorgaanbieder-verzekeraar moet er een balans zijn tussen ruimte voor professionals en monitoring door de verzekeraar. In de relatie tussen verzekerden en aanbieders is het van belang dat de selectieve contracten niet de vertrouwensbasis in de relatie ondermijnen.

Mogelijke onbedoelde gevolgen zijn:

- S** risico-selectie/zelfselectie;
- S** afhankelijkheid van de verzekeringsmarkt: optreden van free riding, of er gebeurt helemaal niets (patstelling);
- S** verlies van vertrouwen van verzekerden in de zorgverleners;
- S** aanbieders gaan hun gedrag richten op beperkte monitoring (performance paradox).

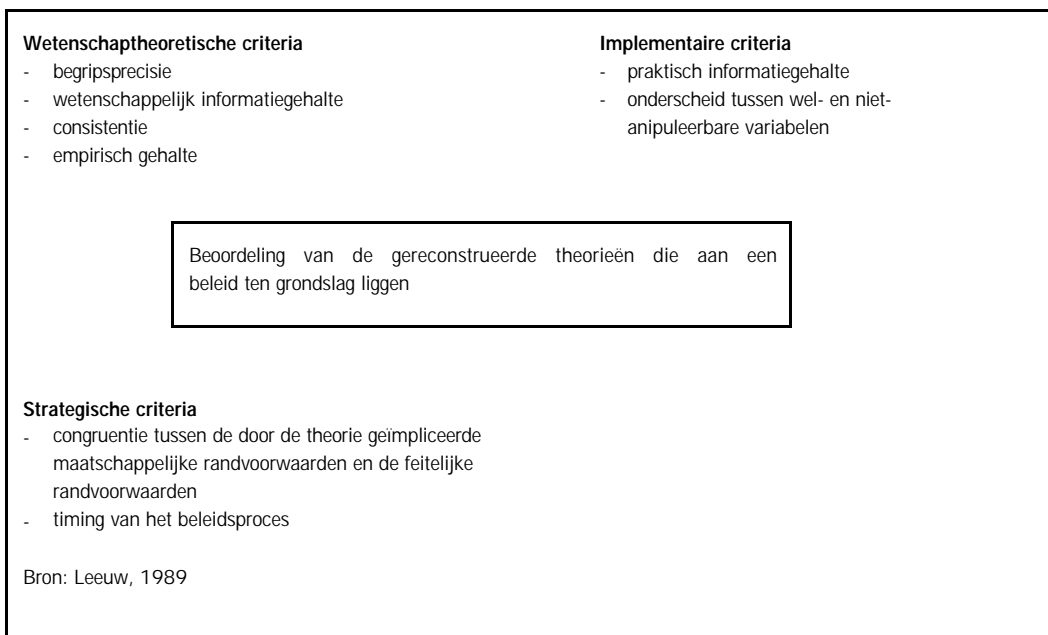
7.2 Beschouwing

We hebben in deze studie een *a priori* beleidsanalyse uitgevoerd van een onderdeel van de plannen voor een nieuw verzekeringsstelsel, namelijk de mogelijkheid van voorkeursaanbiedersarrangementen. Dit neologisme wordt in de nota *Vraag aan bod* niet gebruikt, maar het lijkt een betere term dan de ook wel gebruikte term 'preferred provider' arrangementen, omdat de laatste in de Amerikaanse literatuur een betekenis hebben die minder goed aansluit bij de ideeën in de nota *Vraag aan bod*. In deze beschouwing moeten we rekening houden met twee omstandigheden. De eerste is dat er in de nota *Vraag aan bod* slechts zeer beperkt aandacht wordt besteed aan voorkeursaanbiedersarrangementen. De nota noemt de mogelijkheid enkele malen en besteedt er welgeteld één paragraaf van driekwartpagina aan. Er valt natuurlijk veel meer over te zeggen (dat blijkt ook wel uit dit rapport) en een uitgebreider beleidsstuk over het onderwerp zou wellicht een specifiekere uitwerking hebben opgeleverd van bij voorbeeld de condities waaronder dergelijke arrangementen werken. Toch is het wel belangrijk dat er

beleidsanalytische aandacht aan wordt besteed, omdat het idee van selectief contracteren wat ten grondslag ligt aan voorkeursaanbiedersarrangementen een belangrijke basis is van het beleid met betrekking tot concurrentie tussen zorgverzekeraars. Een tweede beperking is gelegen in de omvang van de onderhavige studie. Het is een studie van beperkte duur en omvang die zich vooral heeft gericht op wat er bekend is in de literatuur en op enkele gesprekken met sleutelfiguren. De studie heeft niet de pretentie om een volledig overzicht te geven van de ervaringen van zorgverzekeraars tot nu toe met selectief contracteren.

In deze studie hebben we de gedachtegang achter het idee van voorkeursaanbiedersarrangementen gereconstrueerd, we hebben gekeken naar de empirische evidentie ervoor, naar ervaringen in het buitenland, invoeringscondities in Nederland en onbedoelde gevolgen. Alles bij elkaar vormt dit een reconstructie van de beleidstheorie achter dit stukje beleid. Hoe moeten we het resultaat nu beoordelen? Leeuw (1989) onderscheidt drie groepen criteria (zie schema 7.1).

Schema 7.1 Beoordeling beleidstheorie



De informatie met betrekking tot de wetenschappelijke beoordelingscriteria is vooral in hoofdstuk 2 en 3 van het rapport te vinden. De *begripsprecisie* is niet erg hoog. Het begrip 'preferred providers' wordt in een losse betekenis gebruikt die niet overeenstemt met de connotatie in de Amerikaanse situatie waaraan het begrip is ontleend. De HMOs die qua opzet dicht bij de bedoelde betekenis zitten blijken in de Amerikaanse situatie het element van een arts als poortwachter in zich te hebben. Ook in Zwitserland waar specifieke ervaring is opgedaan, blijkt een onderscheidend element de huisarts als poortwachter te zijn.

Het *informatiegehalte* van de achterliggende causale relaties is wisselend. Het informatiegehalte heeft betrekking op de weerlegbaarheid van achterliggende causale relaties. Onweerlegbaarheid treedt bij voorbeeld op indien veel assumpties over andere belangrijke condities niet

worden gespecificeerd (*ceteris paribus* clausules). Een deel van de hypothesen is sterk onvolledig. Vooral de centrale finale relatie dat voorkeursaanbiedersarrangementen leiden tot meer doelmatigheid, vraagt om nadere specificatie van andere determinanten van doelmatigheid. Deze verdere specificaties verlagen het informatiegehalte. Immers, er zijn meer 'ontsnappingsmogelijkheden voor het geval de relatie uiteindelijk in de werkelijkheid bij invoering van voorkeursaanbiedersarrangementen niet wordt gevonden.

De *interne consistentie* heeft betrekking op interne tegenspraken tussen de achterliggende causale uitspraken. Inconsistentie kan optreden bij de uitwerking van voorkeursaanbiedersarrangementen; enerzijds wordt daarbij in de Nota (p.61) gewezen op bevordering van doelmatigheid van zorgverlening waardoor de verzekering wellicht tegen een lagere nominale premie kan worden geboden, terwijl anderzijds wordt gewezen op de mogelijkheid in voorkeursaanbiedersarrangementen tegemoet te komen aan specifieke wensen van verzekerden met betrekking tot luxe of levensbeschouwelijke oriëntatie. Dit laatste zal eerder tot een hogere nominale premie leiden.

Met het *empirisch gehalte* wordt bedoeld de mate waarin de achterliggende causale relaties door bestaand onderzoek worden weerlegd of bevestigd. Het empirisch gehalte blijkt gering te zijn. Als de poortwachtersfunctie van de huisarts in het nieuwe verzekeringsstelsel behouden blijft (waarvoor in de nota is gekozen), dan is de verwachte opbrengst van voorkeursaanbiedersarrangementen waarschijnlijk nihil. Wel zijn er onderzoeksresultaten die erop wijzen dat een sterkere monitoring van de zorgaanbieders door de zorgverzekeraars leidt tot meer doelmatigheid. Uit de internationale literatuur komt verder met betrekking tot de keuze van verzekerden naar voren dat die in zijn algemeenheid veel keuzevrijheid willen. Degenen die bereid zijn keuzevrijheid op te geven voor een langere premie, zijn vaak een gezonde selectie uit de bevolking.

De implementaire en strategische criteria waaraan de achterliggende ideeën kunnen worden getoetst, zijn vooral in de hoofdstukken 4, 5 en 6 aan de orde geweest. Wat betreft het *praktische informatiegehalte*, de mate waarin de condities voor invoering van het idee van voorkeursaanbiedersarrangementen zijn gespecificeerd, kan gesteld worden dat daaraan in de nota *Vraag aan bod* weinig aandacht is besteed. Deels zal dat komen doordat in de nota slechts zeer kort op het idee is ingegaan. In hoofdstuk 5 en 6 is uitvoeriger ingegaan op de inpassing in de Nederlandse situatie en de invoeringscondities. De combinatie van acceptatieplicht door de zorgverzekeraar van alle verzekerden en de zorgplicht, te garanderen door overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en voldoende zorgaanbieders, leidt ertoe dat de praktische mogelijkheden van selectieve contractering gering zijn. Ook informatie over hoe groot premieverschillen moeten zijn om verzekerden te laten kiezen voor voorkeursaanbiedersarrangementen, is nog niet beschikbaar. In de Nederlandse situatie zullen de premieverschillen nooit heel erg groot worden, doordat in de basisverzekering al een aantal doelmatigheidselementen zit ingebouwd.

De vraag in hoeverre de variabelen in de achterliggende causale relaties *wel of niet manipuleerbaar* zijn, is door de beperkte uitwerking van het idee van voorkeursaanbieders moeilijk te beantwoorden. Vooral bij de condities die besproken zijn in hoofdstuk 6, zijn er die door het beleid met betrekking tot het nieuwe verzekeringsstelsel niet manipuleerbaar zijn. Een voorbeeld is de conditie dat er een boeltoende aanbod aan zorgaanbieders moet zijn.

Wat betreft de *congruentie tussen veronderstelde maatschappelijke randvoorwaarden en de feitelijke randvoorwaarden* geldt dat die op centrale punten gering is. Een van deze centrale

punten is de beschikbaarheid van zoveel zorgaanbieders dat er selectief contracten kunnen worden afgesloten. Aan die conditie is voor belangrijke delen van de gezondheidszorg niet voldaan. Verder is een conditie voor goede werking van het systeem dat er transparante concurrentie is tussen zorgverzekeraars. Hoe de zorgverzekeringsmarkt zich onder het nieuwe stelsel zal ontwikkelen is nog onduidelijk.

Ten slotte de *timing van het beleidsproces*. Er is geen aparte tijdsplanning voor het onderdeel dat op voorkeursaanbiedersarrangementen betrekking heeft. Over de tijdsplanning van het nieuwe verzekeringsstelsel als geheel zijn in de nota wel opmerkingen gemaakt. Belangrijk punt is dat in de Nederlandse situatie over het algemeen de besluitvorming gefaseerd gaat en daardoor over de regeerperiode van een kabinet heen kan gaan. Daarom wordt voor de invoering van de algemene verzekering gekozen voor 'goed voorbereide invoering ineens'. (Nota, p.85). Daarmee wordt niet voorkomen dat door anticipatie van de betrokken partijen de invoeringscondities voortdurend veranderen.

Al met al is de mate van uitwerking van het idee van voorkeursaanbiedersarrangementen gering. Dat betekent dat vooral over de implementaire en strategische criteria ter beoordeling van de achterliggende beleidstheorie niet zoveel te zeggen valt. Belangrijk is dat de empirische basis voor het optreden van de veronderstelde effecten van voorkeursaanbiedersarrangementen slechts gering is, vooral door de aanwezigheid van een sterk element in het Nederlandse zorgstelsel: de huisarts als poortwachter. Er is een zekere spanning tussen dit element van de Nederlandse gezondheidszorg en het idee van sturing door de vraag. In de retoriek van vraagsturing wordt nog onvoldoende rekenschap gegeven van de mogelijke discrepantie tussen vraag in de betekenis van patiëntenwensen en vraag in de betekenis van professioneel gedefinieerde behoeften.

Literatuur

- Barringer MW, Mitchell OS. *Workers' preferences among company-provided health insurance plans*. Industrial and Labor Relations Review, 48 (1): 141-152, 1994
- Baur R, Eyett D. *Bewertung der ambulanten medizinische Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Neue Formen der Krankenversicherung. Untersuchungsbericht 2*. Studie durchgeführt in Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung durch die Prognos AG. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung, 1997
- Baur R, Hunger W, Kämpf, Stock J. *Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht*. Studie durchgeführt in Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung durch die Prognos AG. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung, 1997
- Bertels J, Cocquyt W. *De sociale gezondheidszorgstelsels in de landen van de Europese Unie*. Deel 1. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu uitgevers, 1995
- Bertels J. *De vrije gezondheidszorgverzekering. Vijf Europese landen belicht*. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu uitgevers, 1994
- Block LE. *Evolution, growth, and status of managed care in the United States*. Public Health Reviews, 25 (3/4):193-244, 1997
- Booske BC, Sainfort F, Hundt AS. *Eliciting consumer preferences for health plans*. Health Services Research, 34 (4): 839-54, 1999
- Boudon R. *The unintended consequences of social action*. London: MacMillan Press, 1982
- Buchmueller TC, Feldstein PJ. *Consumer's sensitivity to health plan premiums: evidence from a natural experiment in California*. Health Affairs, (Spring) 143-151, 1996
- Chakraborty G, Ettenson R, Gaeth G. *How consumers choose health insurance*. Journal of Health Care Marketing, 14 (1): 21-33,1994
- Chernew M, Scanlon DP. *Health plan report cards and insurance choice*. Inquiry, 35(1): 9-22, 1998
- Clement DG, Retchin SM, Brown RS, Stegall MH. *Access and outcomes of elderly patients enrolled in managed care*. Journal of the American Medical Association, 271 (19): 1487-92, 1994
- Colombo F. *Labour market and social policy-occasional papers no.53*, OECD, 2001

- CPB. *Premiehoogte en concurrentie in het nieuwe zorgstelsel*. Den Haag: Centraal Planbureau, 2001
- Delnoij DMJ, Groenewegen PP, Ros CC. *Een eigen bijdrage voor de huisarts en de inhoud van de zorg: een studie naar (on)bedeelde gevolgen*. Utrecht: Nivel, 1998
- Delnoij DMJ, Kulu Glasgow I, Klazinga NS, Custers T. *Gezondheid, zorg en stelsel*. Den Haag, Ministerie van VWS, 2001
- Edgman-Levitan S, Cleary PD. *What information do consumers want and need?* Health Affairs, 15(4):42-56, 1996
- European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition*. Switzerland. 2000
- Fabius R. *The spectrum of managed care model types*. Clinical Obstetrics and Gynaecology, 40 (2): 391-394, 1997
- Feldman R, Finch M, Dowd B, Casson S. *The demand for employment-based health care plans*. Journal of Human Resourcement 24: 115-42, 1989
- Finkel ML. *Managed care is not the answer*. Journal of Health Politics, Policy and Law, 28: 105-112, 1993
- Gabel J, Whitmore H, Bergsten Ch, Grimm LP. *Growing diversification in HMOs, 1988-1994*. Medical Care Research and Review, 54 (1): 101-117, 1997
- Gibbs DA, Sangl JA, Burrus B. *Consumer perspectives on information needs for health plan choice*. Health Care Financ Rev, 18(1):55-73, 1996
- Graeve D de, Hermann I, Kesteloot K, Jegers M, Gilles W. *Zwitserland*. Acta Hospitalia, 41: 25-39, 2001
- Grembowski DE, Diehr P, Novak LC, Roussel AE, e.a. *Measuring the "managedness" and covered benefits of health plans*. Health Services Research, 35: 707-734, 2000
- Greß S, Groenewegen PP, Kerssens JJ, Braun B, Wasem J. *Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands*. Health Policy, in press
- Grinten TED van der. Tien jaar hervormingsbeleid: pendelen tussen overheid, markt en middenveld. In: Elsinga E, Van Kemenade Y (red), *Van revolutie naar evolutie: 10 jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 1997
- Groenewegen PP. *Herstructurering van de gezondheidszorg: van imperfecte planning naar een imperfecte markt?* Utrecht: Nivel, 1992
- Groenewegen PP, Greß S. *Die Auswirkungen der wettbewerbsorientierten Reformen im niederländischen Gesundheitswesen auf die Beziehungen zwischen Hausärzten, Krankenkassen und Versicherten*. Das Gesundheitswesen, 62:568-576, 2000

- Hadley JP, Langwell K. *Managed care in the United States: promises, evidence to date and future directions*. Health Policy, 19: 91-118, 1991
- Hamers J. *Gezondheidszorg in België*. GGD-nieuws, 6:19-21, 1993
- Hellinger FJ. *Selection bias in HMOs and PPOs: a review of the evidence*. Inquiry, 32: 135-142, 1995
- HIAA. *Source book of health insurance data 1999-2000*. Washington: Health Insurance Association of America, 1999
- HIAA. <http://www.hiaa.org> 2001
- Hibbard JH, Jewett JJ. *Will quality report cards help consumers?* Health Affairs, 16(3):218-28, 1997
- Hill SC, Wolfe BL. *Testing the HMO competitive strategy: An analysis of its impact on medical care resources*. Journal of Health Economics, 16: 261-286, 1997
- Isaacs SL. *Consumer's information needs: results of a national survey*. Health Affairs, 15(4):31-41, 1996
- Kesteloot K, Gilles W, Jegers M, De Graeve D. *Duitsland*. Acta Hospitalia, 41: 25-39, 2001
- Kimberly JR, De Pourville G. *The migration of managerial innovation*. San Francisco: Jossey Bass, 1993
- Kralewski JE, Rich EC, Feldman R, Dowd BE, e.a. *The effects of medical group practice and physician payment methods on costs of care*. Health Services Research 35: 591-613, 2000
- Leeuw FL. *Beleids Theorieën: veronderstellingen achter beleid*. In: Hoogerwerf A (red). Overheidsbeleid. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1989
- Long SH, Settle RF, Wrightson CW. *Employee premiums, availability of alternative plans, and HMO disenrollment*. Medical Care, 26 (10): 927-938, 1988
- Lorenz KP, Mittelstaedt G von, Gaertner Th. *"Managed care"-Perspektiven in Deutschland*. Das Gesundheitswesen, 62: 127-129, 2000
- Maarse H, Nieboer A, Paulus A. *Gezondheidszorg in Nederland en België: een nieuwe vergelijking*. Acta Hospitalia, 41 (2): 53-66, 2001
- McGuire TG. *Price and membership in a prepaid group medical practice*. Medical Care, 19:(2):172-183, 1981
- Mechanic D. *Managed care and the imperative for a new professional ethic*. Health Affairs, 19 (5): 100-111, 2000

- Miller RH, Luft HS. *Managed care plan performance since 1980; A literature analysis*. Journal of the American Medical Association, 271 (18): 1512-19, 1994
- Ministerie van VWS. *Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Tweede kamer, 2000-2001; 27855: nrs. 1-2.
- Ministerie van VWS. *Zorg met toekomst: een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg*. Den Haag: SDU, 2001
- Peebles RJ. *Preferred provider organizations; a review and update part 2*. American College of Surgeons Bulletin, 77(10): 17-22, 1992
- Prince AJ. *Nieuwe Gezondheidszorg in de VS: Kostenbeheersing en kwaliteitsbewaking via 'managed care'*. Medisch Contact, 42 (8): 239-242, 1987
- Ravensberg CD van, Berkel DM van. *Fysiotherapeutische diagnose en het Amsterdams dienstenmodel*. Fysiopraxis, 12: 19-23, 2000
- Rice Th, Lissovoy G de, Gabel J, Ermann D. *The state of PPOs: results from a national survey*. Health Affairs, 4: 25-40, 1985
- Rice Th, Gabel J, Mick S, Lippert C, Dowd C. *Continuity and change in preferred provider organizations*. Health Policy, 16: 1-18, 1990
- Robinson S, Brodie M. *Understanding the quality challenge for health consumers: the Kaiser/AHCPH Survey*. Jt Comm J Qual Improv, 23 (5): 239-44, 1997
- Ros CC, Groenewegen PP, Delnoij DMJ. *All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems*. Health Policy, 52: 1-13, 2000
- Salemink GW. *Gezondheidszorg en marktmechanisme; Het Amerikaanse voorbeeld*. Medisch Contact, 42 (8): 233-238, 1987
- Scanlon DP, Chernew M, Lave JR. *Consumer health plan choice: current knowledge and future directions*. Annu Rev Public Health, 18:507-28, 1997
- Schut FT. *Health Maintenance Organizations*. Lochem-Gent: ZilverenKruisVGCN De Tijdstroom, 1986
- Scott WR, Ruef M, Mendel PJ, Caronna CA. *Institutional change and health care organizations: from professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press, 2000
- Short PF, Taylor AK. *Premiums, benefits and employee choice of health insurance options*. Journal of Health Economics, 8:293-311, 1989
- Smith DG. *The effects of preferred provider organizations on health care use and costs*. Inquiry, 34 (4): 278-287, 1997

- Subcommissie Willems. *Onderzoek besluitvorming volksgezondheid*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1993-1994, 23 666, nr. 1-3
- Tumlinson A, Bottigheimer H, Mahoney P, Stone EM, Hendriks A. *Choosing a health plan: what information will consumer's use?* Health Affairs, 16: 229-230, 1997
- Welch WP. *The elasticity of demand for health maintenance organizations*. The Journal of Human Resources, 21: 252-266, 1986
- WHO. *Highlights on health in Germany*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: 1999
- WHO. *Highlights on health in Belgium*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: 1998
- Wippler R. *Erklärung unbeabsichtigter Handlungsfolgen: Ziel oder Meilenstein soziologischer Theoriebildung?* In: Matthes J (ed). *Lebenswelt und soziale probleme*. Frankfurt: Campus, 1981
- Zee J van der. *Deutschland - Niederlande 2:1 bei den Krankenhausaufnahmen: ist der Grund dazu im niederländischen Hausärztesystem zu suchen?* In: *Krankenhausreport '99*, edited by M. Arnold, M. Litsch, and F. W. Schwartz, Stuttgart:Schattauer, p. 203-212, 1999
- Zhang N, Kohn L, McGarrah R, Anderson G. *The effect of managed care on hospital staffing and technological diffusion*. Health Policy, 48: 189-205, 1999

