

Frans van de Pol

Artikel voor *Het Medisch Jaar 2007*, volume 33 hoofdstuk Concurrenieren in de GGZ.
Verschijnt zomer 2007

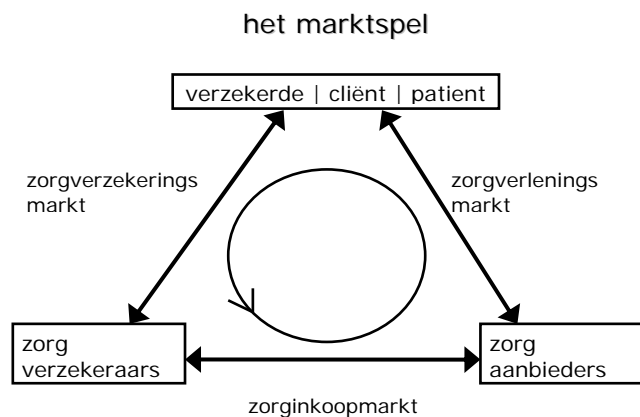
Concurrentie in de GGZ

Het kabinet is voorstander van meer marktwerking in de zorg en creëert een beleids- en wetgevend kader dat concurrentie tussen zorgaanbieders maar ook tussen zorgverzekeraars moet stimuleren. Ze denkt hiermee een antwoord gevonden te hebben op de problemen in de zorg, zoals de oplopende kosten. Ook verwacht ze dat concurrentie zal leiden tot meer vraaggerichtheid en een hogere kwaliteit van zorg.

De invoering per 1 januari 2006 van de zorgverzekeringswet, waar straks ook een groot deel van de GGZ onder valt, is een belangrijke mijlpaal in de stimulering van marktwerking. Binnen de AWBZ is sinds 1998 het roer omgegaan. In het kader van het programma *Modernisering AWBZ* zijn belangrijke stappen gezet om concurrentie tussen zorgaanbieders te stimuleren.

Het marktspel

In de discussie over marktwerking gaat het om de aloude relatie tussen de drie belangrijkste partijen: de cliënten/verzekerden, de zorgaanbieders/professionals en de zorgverzekeraars. Door deze relaties nu in meer in markttermen te typeren, komt het accent te liggen op de condities en omgeving waarbinnen de partijen elkaar treffen, en minder op de inhoud van die relatie.



De onderlinge relaties zijn in drie te onderscheiden markten te schetsen: de zorgverleningsmarkt waarin cliënten en zorgaanbieders elkaar ontmoeten, de zorgverzekeringsmarkt waarin verzekeraars hun polissen aan verzekerden aanbieden, en de zorginkoopmarkt waarin zorgverzekeraars en zorgkantoren de benodigde zorg bij zorgaanbieders inkopen. De gehele markt wordt bewaakt door de Nederlandse Zorgautoriteit. Dit is een krachtige bundeling van het voormalige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het voormalige College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). [1]

Ik zal me in dit artikel vooral concentreren op de ontwikkelingen binnen de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. Het is vooral op deze terreinen waarin de concurrentie in de ggz haar beslag krijgt.

Zorginkoopmarkt

De zorginkoopmarkt wordt gereguleerd door de wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI), de opvolgers van de wetten die

gericht zijn op beheersing van het aanbod: de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (wzv) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De twee nieuwe wetten vormen de belangrijkste pijlers om marktwerking én kostenbeheersing mogelijk te maken.

De wmg bevat de belangrijkste delen uit de WTG en geeft vws en de Zorgautoriteit de mogelijkheid om net als nu de prijzen volledig te reguleren. Maar ook de mogelijkheid om de prijs volledig vrij te laten.

Daar waar vws vrije prijsvorming mogelijk acht, krijgt de Zorgautoriteit de opdracht om als marktmeester te interveniëren indien partijen zich niet aan de spelregels houden en bijvoorbeeld misbruik dreigen te maken van hun eventuele marktmacht.

De WTZI eist dat zorginstellingen toegelaten moeten zijn om zorg te mogen leveren. De wet regelt de voorwaarden waaraan deze zorgaanbieders moeten voldoen. Zo worden eisen gesteld aan het bestuur en transparantie (verantwoordingsplicht). De WTZI voorziet net als de wzv in de mogelijkheid om allerlei voorschriften te verbinden aan de bouw maar maakt het ook mogelijk om deze bouwregulering volledig los te laten. Anders dan nu het geval is, komt het afgeven van toelatingen volledig bij het ministerie van vws te liggen. Stimuleren van marktwerking en centralisatie kunnen in de optiek van het ministerie hand in hand gaan.

De zorgverzekeraar heeft meer instrumenten gekregen om scherp te kunnen onderhandelen met zorgaanbieders. Daar moeten immers de *doelmatigheidswinsten* vandaan komen. Dit geldt ook voor het zorgkantoor – de door VWS geselecteerde zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ. Ook die beschikken over een vergelijkbaar instrumentarium.

Concurrentie wordt vaak gekoppeld aan de zorgverzekeringswet en aan de invoering van de DBC-systematiek. Ten onrechte. Binnen de AWBZ zijn de zorgkantoren al volop bezig om de concurrentie binnen de ambulante ggz vorm te geven.

In beide verzekeringsregimes geldt het beleid dat zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders zelf kunnen onderhandelen over de prijs, kwaliteit en volume van de zorg. De mate van vrijheid daarin wordt gereguleerd door het ministerie van vws. De overheid zal zich terughoudend gaan opstellen als er voldoende prikkels aanwezig zijn die er toe leiden dat de prijs per behandeling omlaag gaat terwijl de kwaliteit zelfs beter wordt. De 'markt' moet daar zorg voor dragen.

De ervaring in veel markten leert dat concurrentie leidt tot een lagere prijs en tegelijk ook tot een hogere kwaliteit. Deze ervaring wordt redelijk kritiekloos ook op de zorg geprojecteerd. Inmiddels roepen ministers en zorgverzekeraars in koor dat een lagere prijs tot een hogere kwaliteit in de zorg zal leiden.

Tussen de zorgverzekeringswet en de AWBZ bestaat een belangrijk verschil.

In de zorgverzekeringswet staan verzekeraars onder druk om de prijs zo laag mogelijk te houden. Dit wordt afgedwongen door de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

Verzekerden letten scherp op de prijs van de zorgpolis. De eerste ervaring in 2006 heeft laten zien dat deze prijsconcurrentie werkt. Verzekeraars met lagere prijzen kregen er veel verzekerden bij ten koste van verzekeraars met hogere prijzen.

Zorgverzekeraars zijn door de lage prijs of door omzetverlies gedwongen om de kosten naar beneden te brengen door in eigen vlees te snijden (terugdringen beheerskosten) maar vooral ook door lagere prijsafspraken bij de inkoop van zorg.

De AWBZ kent geen zorgverzekeringsmarkt die de druk op de totale prijs van de zorgkosten regelt. Hier vult de overheid dat gemis in. Zorgkantoren hebben wettelijk een zorgplicht en moeten dit waarmaken binnen een door de overheid vastgestelde financiële contracteerruimte. Dit budget gaat slechts ten dele uit van de ontwikkeling van de vraag en is vooral begrensd door politieke beleidskeuzes. Dit mechanisme dwingt zorgkantoren om een toenemende vraag op te vangen door lagere prijsafspraken met zorgaanbieders.

Waaruit bestaat nu dat instrumentarium dat zorgverzekeraars en zorgkantoren in staat moeten stellen om tegen een scherpe prijs zorg in te kunnen kopen?

- *opheffen contracteerplicht.*
Het zorgkantoor heeft de nodige vrijheid gekregen om zelf te bepalen met welke toegelaten zorgaanbieder zij contracten wil aangaan. Binnen de AWBZ is per 1 september 2004 de contracteerplicht voor de extramurale zorg opgeheven. Voor de intramurale zorg zal dit gebeuren na invoering van een nieuwe AWBZ-brede bekostigingssystematiek (de zorgzwaartebekostiging). Voor de gehele klinische zorg ontwikkelt de overheid een bekostiging die uitgaat van integrale tarieven waarin ook alle huisvestingskosten (kapitaallasten) zijn verdisconteerd. Ook dit faciliteert het opheffen van de contracteerverplichting.
- *individuele overeenkomsten*
Zorgkantoren en zorgverzekeraars gaan individuele overeenkomsten aan met de zorgaanbieder. Tot februari 2005 was sprake van een door landelijke partijen opgestelde overeenkomst. Het onderlinge verkeer tussen zorgkantoor en instelling was geregeld in de zogenoemde Uitkomst van Overleg (voorheen modelovereenkomst). Hierin werd het onderlinge overleg geregeld, de wijze van betaling, de uitwisseling van informatie e.d. In het kader van de herziening overeenkomstenstelsel (HOZ) is de uvo per 1 februari 2005 komen te vervallen. Zorgkantoor/zorgverzekeraar en aanbieders zullen nu zelf overeenkomsten moeten opstellen. Dit geeft zorgkantoren en zorgverzekeraars meer vrijheid om zelf invulling aan de overeenkomst te geven en om met zorgaanbieders verschillende afspraken te maken
- *prestatiebekostiging*
In de vorige eeuw kwam het budget van de zorgaanbieder tot stand op basis van productieafspraken. Afgelopen jaren is dit vervangen door wat de overheid *het boter bij de vis principe* noemde, ofwel prestatiebekostiging: een zorgaanbieder krijgt betaald voor de activiteiten die geleverd zijn. Begrenzing hierbij is nog wel de gemaakte afspraak: een hogere realisatie is voor eigen rekening van de instelling, een lagere realisatie leidt tot een lager budget.
- *maximumtarieven*
De vergoedingen zijn gebaseerd op beleidsregels van de Nederlandse zorgautoriteit. Hiervoor zijn destijds via onderzoek naar de werkelijke kosten gemiddelde prijzen berekend. Deze prijzen zijn nu ambtelijk tot maximumprijzen verheven. Zorgkantoren worden gestimuleerd om onder dit maximumtarief te gaan contracteren.

Bovenstaand instrumentarium maakt het mogelijk om te gaan onderhandelen over de prijs, kwaliteit en het volume van de zorg.

De zorgkantoren zijn voor de zorginkoop 2007 volop gebruik gaan maken van de nieuwe mogelijkheden. Ter illustratie schets ik in het kort hoe de zorginkoop 2007 voor de ambulante GGZ vorm heeft gekregen.

Bij de zorginkoop gaat het om de aspecten van volume, prijs en kwaliteit. Door de zorgkantoren is dit trio samengevat in de volgende opdracht: inkoop van voldoende zorg, kwalitatief passende zorg en doelmatige zorg. Bij de inkoop van de extramurale zorg (waarvoor geen contracteerplicht geldt) is uitgegaan van de spelregels van aanbesteding. Om de continuïteit van de zorg niet teveel in gevaar te brengen (zie de ervaring met de aanbestedingen in het kader van WMO) is gewerkt met garantiebudgetten. Een beperkt deel wordt "in de markt gezet". Afhankelijk van het zorgkantoor gaat het om 5% tot 20% van het extramurale productievolume. Via aanbesteding kunnen zorgaanbieders die goed scoren op kwaliteit én doelmatigheid dit volume (terug)verdienen.

De doelmatigheid komt vooral tot uiting in een lagere prijs per verrichting maar ook in bijvoorbeeld het gemiddelde aantal (relatief dure) diagnostische verrichtingen per behandeling. Een aantal zorgkantoren heeft op voorhand aangegeven alleen zorg te contracteren onder het maximumtarief (met een prijskorting van minimaal 2,5%). Andere zorgkantoren laten het kortingspercentage over aan de zorgaanbieder. In de

beoordeling van de offerte wordt het prijsvoorstel van de zorgaanbieder zwaar meegeteld. Op deze wijze wordt de prijskorting afgedwongen. Immers, niet meebewegen betekent een lagere productieafpraak (minder volume).

Bij de kwaliteit gaat het om verschillende zaken. Instellingen zullen bijvoorbeeld moeten beschikken over een werkend kwaliteitssysteem dat blijkt uit het bezitten van een kwaliteitscertificaat. Ook zal de zorg permanent geëvalueerd moeten worden met een cliënttevredenheidsonderzoek. Resultaten hiervan dienen openbaar te zijn. Zorgkantoren hechten ook veel waarde aan de terugdringing van de wachttijden. Wachttijden die ook via publicatie op het internet bekend moeten zijn bij cliënten en verwijzers zodat zij dit in hun keuze voor een zorgaanbieder mee kunnen laten wegen.

Zorgkantoren hanteren verschillende methoden om de aspecten kwaliteit en doelmatigheid te wegen. De onder Agis vallende zorgkantoren gaan uit van een wegingscore verdeeld over kwadranten. Hierbij komen alleen instellingen in aanmerking voor groei die én goed op de kwaliteits-as scoren én op de doelmatigheids-as.

De komst van de DBC-systematiek in de GGZ zal een nieuwe impuls geven aan de afweging tussen prijs en kwaliteit. Nu hanteert het zorgkantoor een vrij bot instrument: sturen op verlaging van de prijs per verrichting. Met de komst van de DBC-systematiek wordt onderhandeld over de prijs per behandeling. Dit geeft mogelijkheden om meer gerichte prijsafspraken te maken, bijvoorbeeld t.a.v. bepaalde doelgroepen. Ook biedt de DBC-systematiek mogelijkheden voor verzekeraars om beter een vergelijking van de kosten tussen instellingen te maken en deze informatie te benutten in de onderhandelingen met zorgaanbieders.

Zorgaanbieders beginnen langzamerhand te reageren op de nieuwe omstandigheden. Dit komt onder meer tot uiting in een nieuwe fusiegolf die de GGZ-sector overspoelt. De eerdere fusiegolf, die uit de jaren negentig, was vooral ingegeven door een betere samenhang in de zorg. Het samengaan van RIAGG's en psychiatrische ziekenhuizen maakte het mogelijk om meer geïntegreerde zorg aan te bieden.

Nu ligt het motief voor schaalvergroting veel meer in het versterken van de verkoopmacht richting zorgkantoor/zorgverzekeraar maar ook in het vergroten van haar kracht op de zorgverleningsmarkt. Ook hier zien we nieuwe vormen van concurrentie ontstaan.

Daar waar instellingen niet kiezen voor fusies zien we andere vormen van samenwerking ontstaan zoals consortia, verkoopcombinaties e.d.

Zorgverleningsmarkt

De marktwerking beoogt meer keuzevrijheid voor cliënten. De toelatingsdrempel voor nieuwe zorgaanbieders in de ambulante zorg is daarom verlaagd. Nieuwe aanbieders melden zich al bij het zorgkantoor. Bestaande zorgaanbieders kunnen nu buiten de eigen sector gaan kijken en hun zorg uitbreiden naar andere doelgroepen (bijvoorbeeld dagbesteding door een instelling voor verstandelijk gehandicapten aan GGZ-cliënten). Belangrijker wellicht is dat de grotere GGZ-aanbieders buiten hun oorspronkelijke regio actief worden. Dit doen ze op eigen houtje door het openen van poliklinieken buiten hun voormalige werkgebied of door het gezamenlijk exploiteren van nieuwe zorgvormen of zorgconcepten, al dan niet in franchisevorm.

Zorgkantoren willen ook graag dat er meer keuzevrijheid komt en willen in hun regio voor iedere zorgvorm minstens twee zorgaanbieders contracteren die de betreffende zorg kunnen leveren. Dit geldt overigens niet voor de topreferente zorg, bijzondere doelgroepen en acute zorg. Voor deze doelgroepen is keuzevrijheid geen of een minder relevant onderwerp. Ook willen ze zich meer laten leiden door de voorkeur van cliënten. Het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg verwachten hierbij veel van prestatie-indicatoren en het op basis hiervan opstellen van een soort rapportcijfer voor de instelling. Dit zou cliënten in staat moeten stellen om beter te kunnen kiezen.

Voor veel zorgaanbieders zijn deze ontwikkelingen reden om zich te bezinnen op hun positie op de zorgverleningsmarkt en het aanbod dat ze (wensen te) leveren.

Een goede professionele kwaliteit van de zorg blijft hierbij van belang maar is nauwelijks een punt waarop je onderscheid kunt maken. Zorgverzekeraars gaan er vanuit dat die kwaliteit bij alle gecontracteerde aanbieders op orde is en dat er gewerkt wordt conform de state of the art.

Andere aspecten zoals toegankelijkheid en bejegening worden van groter belang. Al dan niet met behulp van technieken uit de marketing wordt het zorgaanbod opnieuw gepositioneerd waarbij beter gelet wordt op de wensen van de cliënt en die van de verwijzer. Met name de huisarts kan als belangrijkste 'toeleverancier' rekenen op hernieuwde aandacht.

Om dit te benadrukken wordt de zorg in een ander jasje gegoten of als een nieuw merk op de markt gezet. *PsyQ* van de Parnassiagroep is hiervan een voorbeeld. Het gaat hierbij niet om oude wijn in nieuwe zakken. Er worden wel degelijk nieuwe kwaliteitsaspecten toegevoegd. Naast de vanouds goede hulp worden beloften gedaan t.a.v wachttijden en worden de actuele wachttijden gepubliceerd, de openingstijden zijn verruimd, er wordt inzicht gegeven in behandelresultaten en de tevredenheid van cliënten. Intern worden afspraken gemaakt over bejegening e.d.

Voor andere aanbieders heeft deze herbezinning ook geleid tot het scherper neerzetten van haar zorgconcept. Altrecht is daar met *Indigo* een voorbeeld van. Deze aanbieder heeft samen met Emergis en De Gelderse Roos de *stepped-care* en *community mental health care* filosofie verder uitgewerkt. Onderdeel hiervan is een onderscheid tussen generalistische en specialistische GGZ. Cliënten dienen eerst zo dicht mogelijk bij hun eigen leefomgeving te worden behandeld. Pas als dit niet effectief is komt specialistische zorg in ogenschouw. De generalistische GGZ wordt hierbij zo dicht mogelijk bij de cliënten en de huisarts gepositioneerd.

Nu zijn veel van die ontwikkelingen niet afhankelijk van de in gang gezette marktwerking. Wel heeft de concurrentie binnen de GGZ deze ontwikkelingen versneld en meer focus gegeven.

[1] Zie verder het artikel Van de Pol, F. Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *MGV* 2005;60:1095-1107. Hierin worden de drie zorgmarkten uitgebreider beschreven.

Frans van de Pol

© januari 2007