

De Zorgverzekeringsmarkt

Masterclass NieuweZorg
7 april 2022
Wim Groot



Onderwerpen

- De zorgverzekeringsmarkt
- De uitgaven aan zorg
- Zorginkoop: dure geneesmiddelen
- Marktwerving in de zorg
- De legitimiteit van zorgverzekeraars

De zorgverzekeringsmarkt



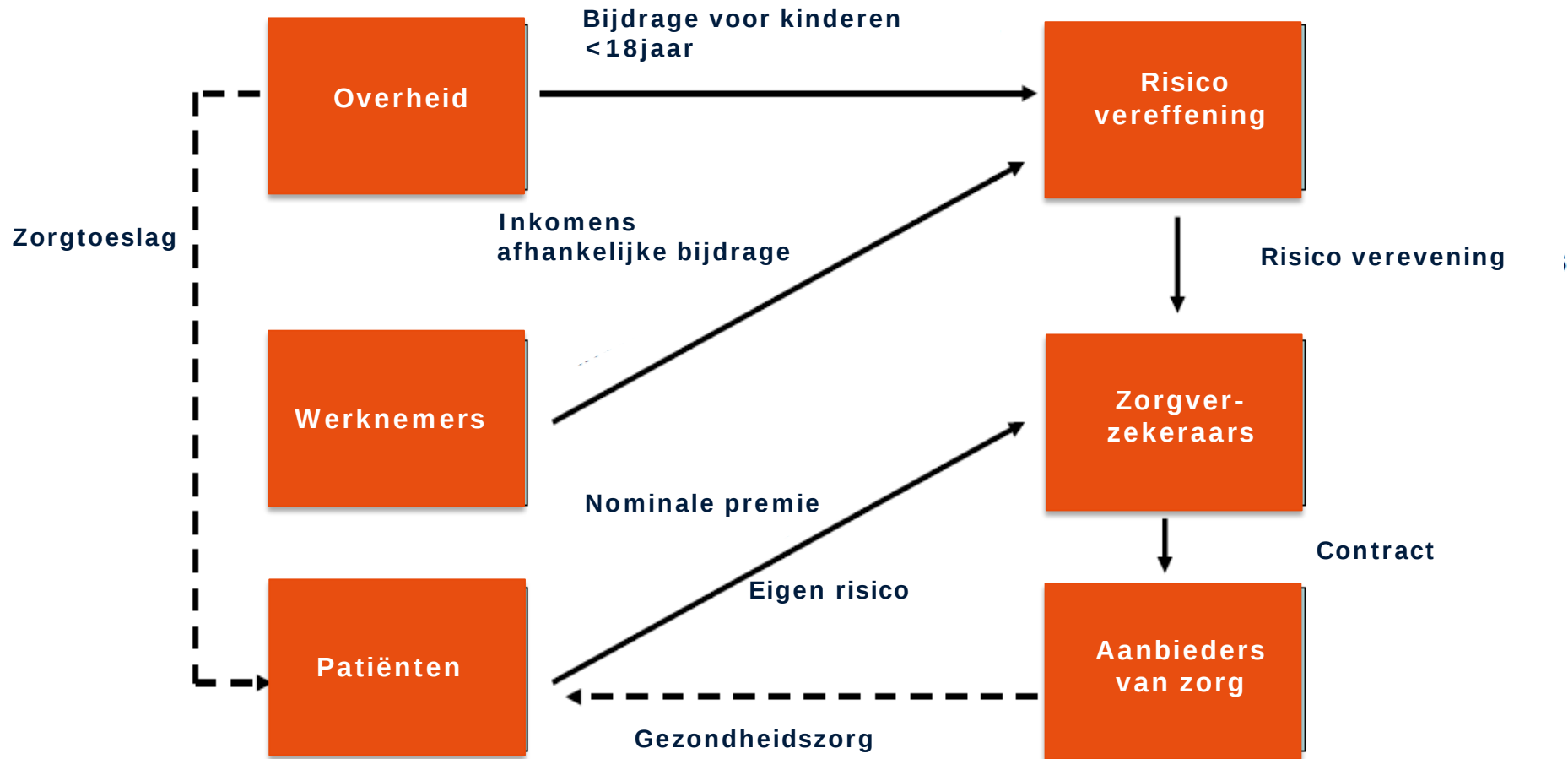
2022: 16 jaar Zvw

- Combineert voordelen competitie met solidariteit
- Sterke kanten
 - Keuzevrijheid
 - Toegankelijkheid en solidariteit
- Zwakke kanten
 - Mogelijkheden tot kostenbeheersing zijn beperkt
 - Selectieve zorginkoop op kwaliteit en doelmatigheid is weinig/anders van de grond gekomen
 - Op onderdelen gebrekkige transparantie
 - Legitimiteit stelsel staat ter discussie

Ontwikkeling Zvw

- Hoofdpijnenakkoorden
- De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZoJP)
 - Duurdere zorg voorkomen
 - Zorg verplaatsen en rondom patient organiseren
 - Inzet eHealth en slimme zorg
- Regiobeelden
- Van concurrentie naar tegenmacht
- Verschillen in toegang en kwaliteit

Zvw Geldstromen (naturapolis)



Risicoverevening

- Inkomensafhankelijke bijdragen Zvw worden gestort in risicovereveningsfonds
- Zorgverzekeraars krijgen uitkering uit risicovereveningsfonds op basis risicoprofiel verzekerden (ex ante compensatie)
- Doelen risicoverevening:
 - Creëren gelijk speelveld tussen verzekeraars
 - Voorkomen risicoselectie

Verzekerde 1:
Jonge, gezonde student uit Rotterdam

Vereveningskenmerk		Somatisch	GGZ	Totaal
Geslacht/leeftijd	Man, 19 jaar	1755	328	
Aard van het inkomen	Student	-182	-54	
Sociaal-economische status	Zeer laag	15	3	
Regio	Rotterdam	66	94	
Personen per adres	Meerpersoonshuishouden	-3	-12	
Diagnosekostengroep somatisch primair	Geen	-203		
Diagnosekostengroep somatisch secundair	Geen	-90		
Farmaciekostengroep somatisch	Geen	-295		
Hulpmiddelenkostengroepen	Geen	-51		
Meerjarig hoge kosten somatisch	Geen	-571		
Gebruikersgroep fysiotherapie	Geen	-22		
Gebruikersgroep wijkverpleging	Geen	-185		
Diagnosekostengroep GGZ	Geen		-123	
Farmaciekostengroep GGZ	Geen		-23	
Meerjarig hoge kosten GGZ	Geen		-63	
Verwachte zorgkosten		234	150	385
Raming eigen risico				
Geslacht/leeftijd	Man, 19 jaar			132
Aard van het inkomen	Student			-11
Regio	Rotterdam			7
Meerjarig hoge kosten somatisch	Geen			-29
Verwachte opbrengst eigen risico				98
Premie				1324
Totale bijdrage Zvw				-1037

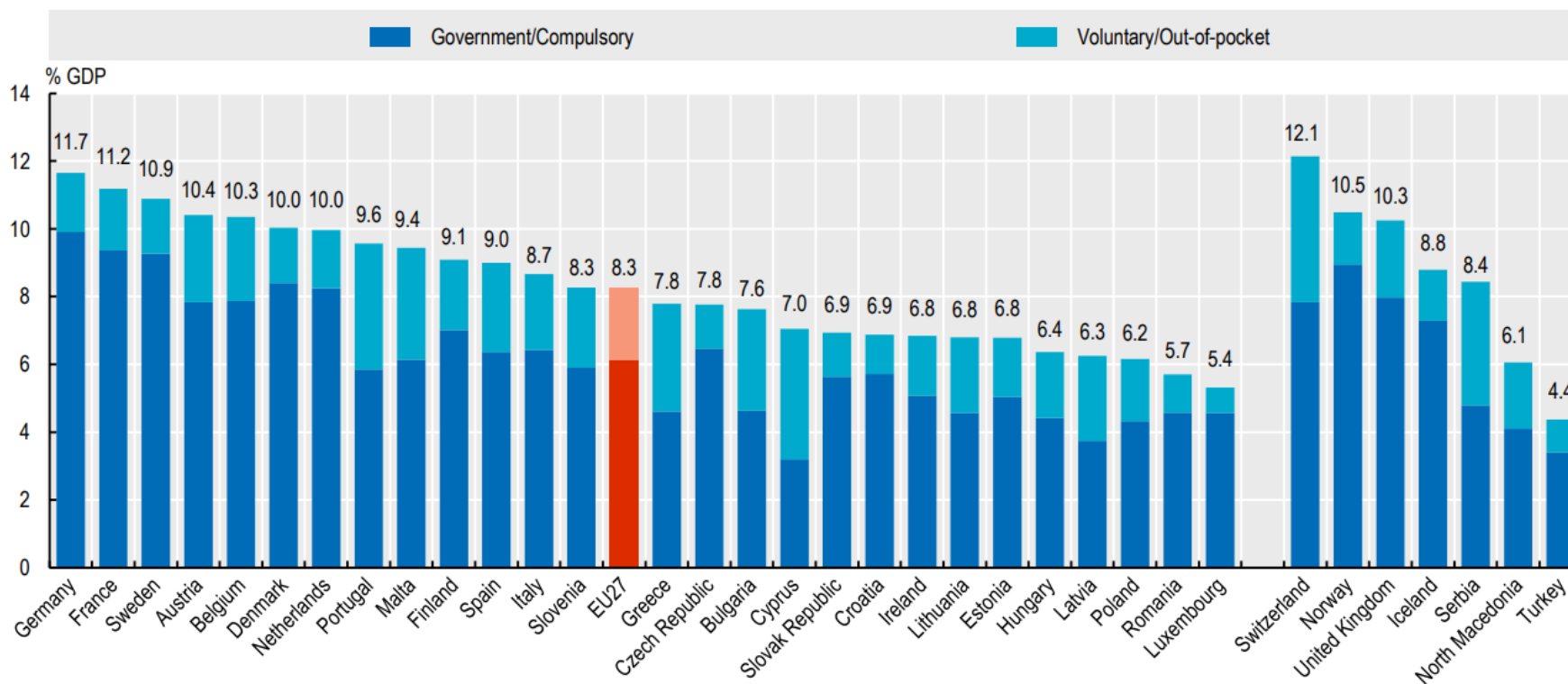
Verzekerde 2:**Oude dame met Parkinson, diabetes en hypertensie uit Naarden-Bussum**

Vereveningskenmerk		Somatisch	GGZ	Totaal
Geslacht/leeftijd	Vrouw, 91 jaar	4998	251	
Aard van het inkomen	65+	0	0	
Sociaal-economische status	Hoog	-278	-4	
Regio	Naarden-Bussum	-35	-16	
Personen per adres	Dit jaar in Wlz-instelling opgenomen	5169	234	
Diagnosekostengroep somatisch primair	Nr 3	1131		
Diagnosekostengroep somatisch secundair	Geen	-90		
Farmaciekostengroep somatisch	Parkinson, diabetes, hypertensie	2936		
Hulpmiddelenkostengroepen	Geen	-51		
Meerjarig hoge kosten somatisch	3x top 10%	3689		
Gebruikersgroep fysiotherapie	Nr 4	10200		
Gebruikersgroep wijkverpleging	top 0,5%	12464		
Diagnosekostengroep GGZ	Geen		-123	
Farmaciekostengroep GGZ	Geen		-23	
Meerjarig hoge kosten GGZ	Geen		-63	
Verwachte zorgkosten		40134	257	40391
Raming eigen risico				
Geslacht/leeftijd				
Aard van het inkomen				
Regio				
Verwachte opbrengst eigen risico				362
Premie				1324
Totale bijdrage Zvw				38705

De uitgaven aan zorg



Figure 5.3. Health expenditure as a share of GDP, 2019 (or nearest year)

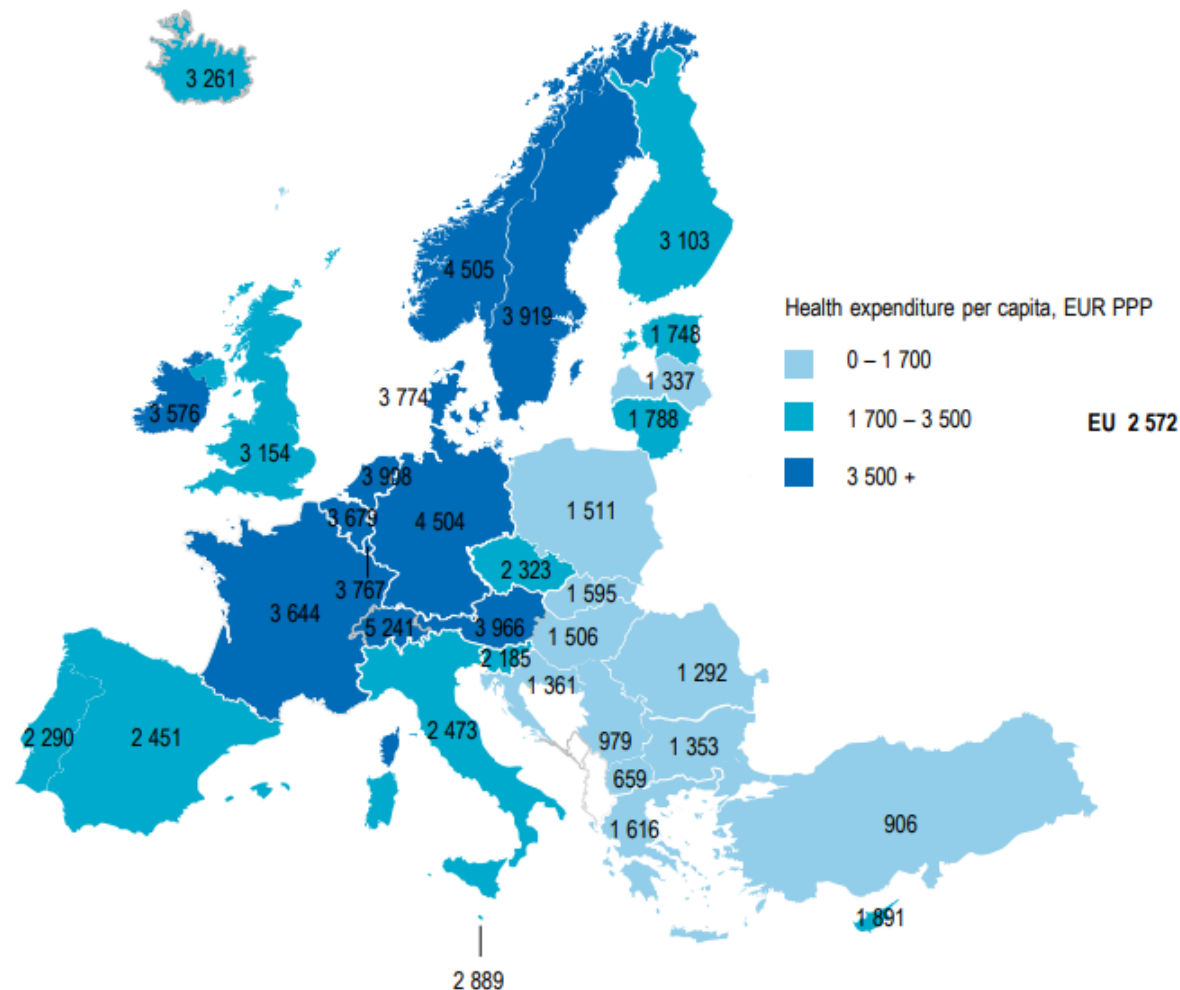


Note: The EU average is unweighted.

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <https://stat.link/urm8qw>

Figure 5.1. Health expenditure per capita, 2019 (or nearest year)

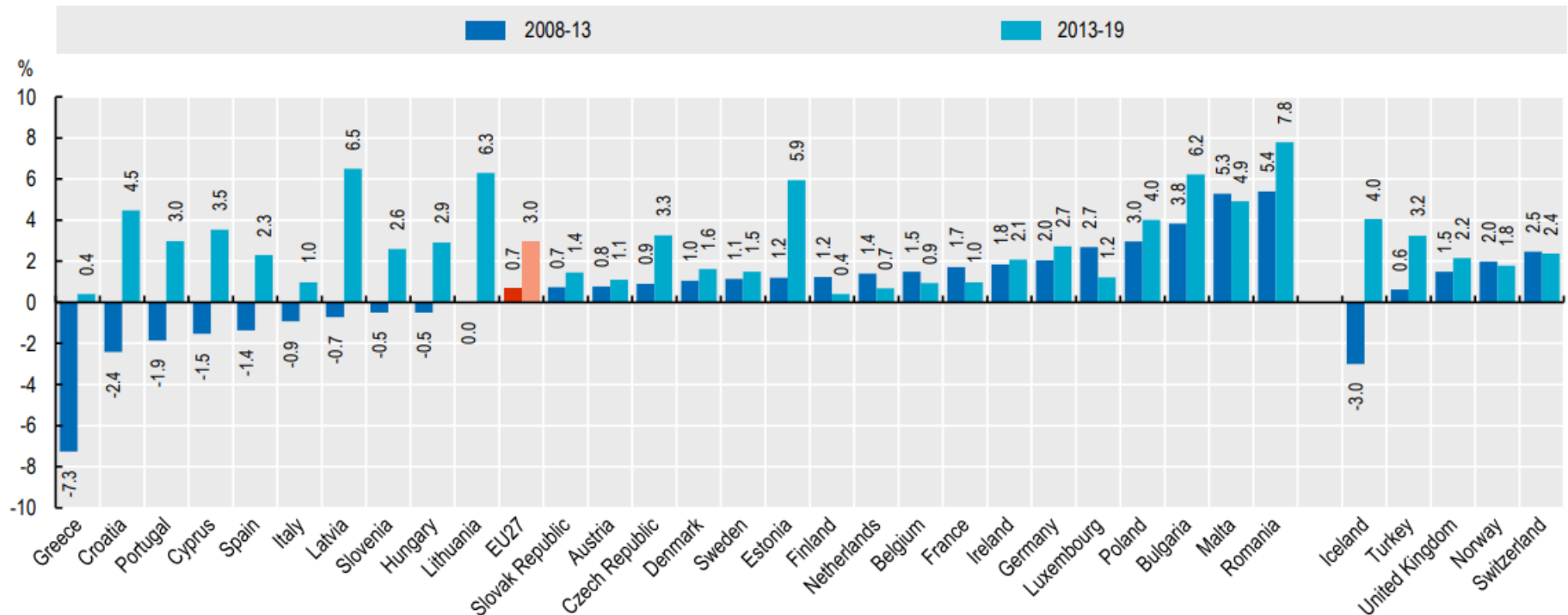


Note: The EU average is unweighted.

Sources: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <https://stat.link/2n9apk>

Figure 5.2. Annual average growth rate (real terms) in per capita health spending, 2008-19 (or nearest year)

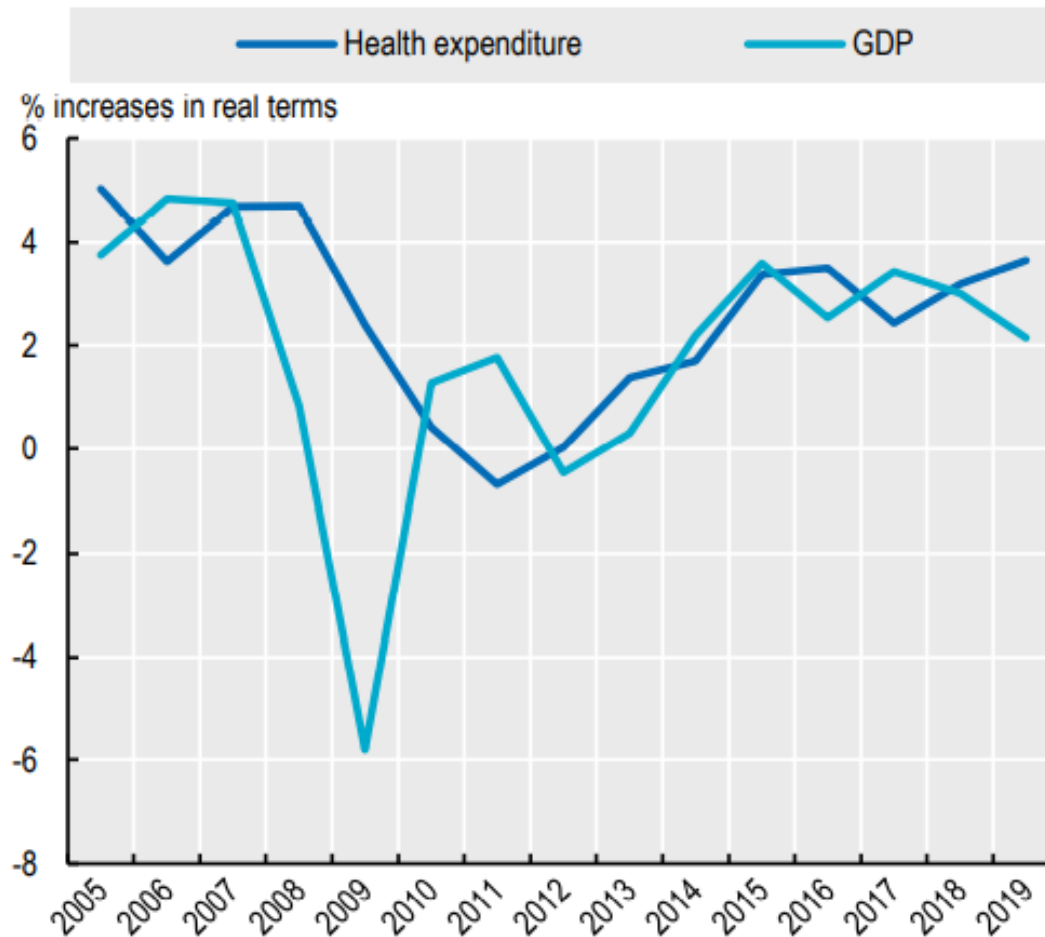


Note: The EU average is unweighted. Growth rates and time periods may have been adjusted by the OECD Secretariat to take account of breaks in series.

Sources: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

StatLink  <https://stat.link/3arsjh>

Figure 5.4. Annual growth in per capita health expenditure and GDP, EU27, 2005-19

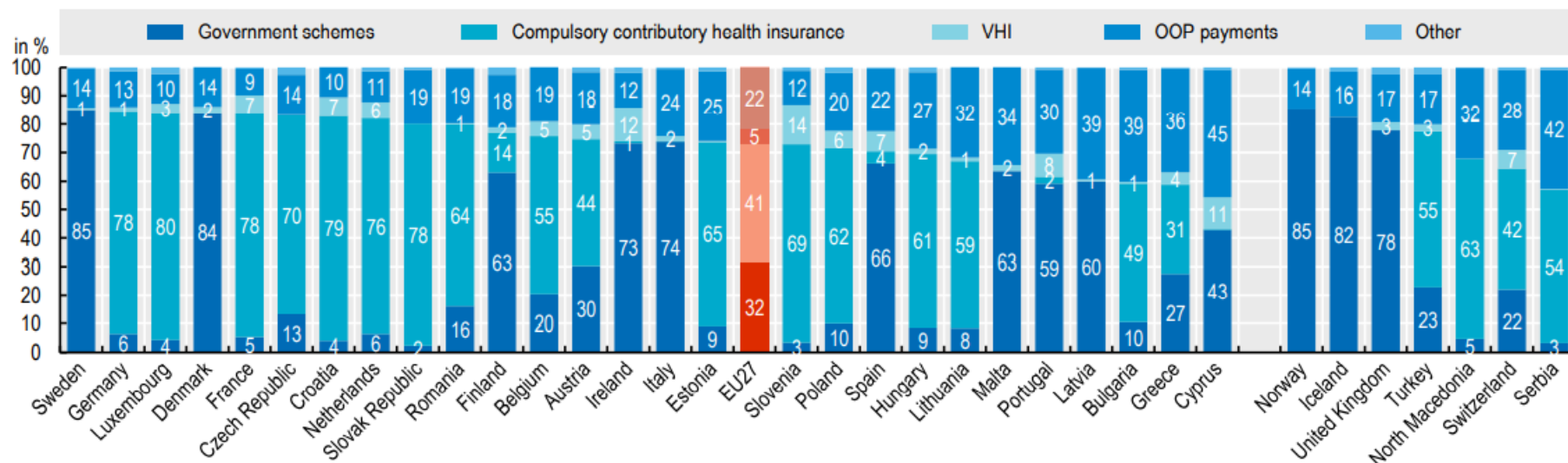


Note: The EU average is unweighted.

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

StatLink  <https://stat.link/jaso6k>

Figure 5.6. Health expenditure by type of financing, 2018 (or nearest year)

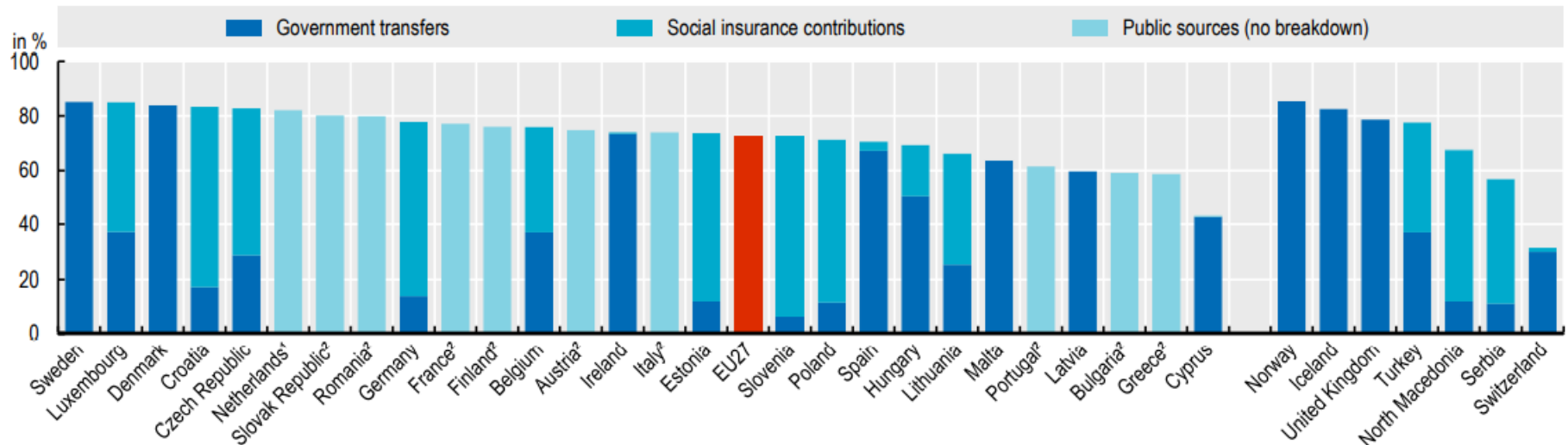


Note: Countries are ranked by government schemes and compulsory health insurance as a share of health expenditure. The EU average is unweighted. "VHI" stands for voluntary health insurance. The "Other" category refers to charities, corporations, foreign and undefined schemes.

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <https://stat.link/4rljp5>

Figure 5.7. Health expenditure from public sources as share of total health spending, 2018 (or nearest year)

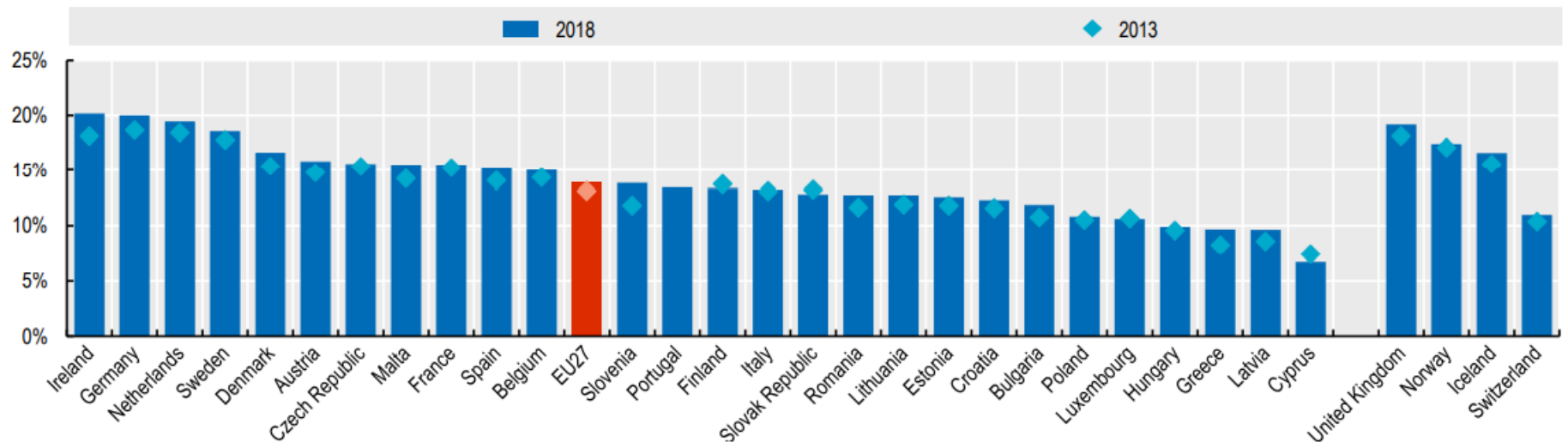


Note: The EU average is unweighted. 1. Public sources include spending by government schemes, social health insurance and compulsory private insurance. 2. Public sources include spending by government schemes and social health insurance schemes.

Source: OECD Health Statistics 2020; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <https://stat.link/4w2q7p>

Figure 5.8. Health expenditure from public sources as a share of total government expenditure, 2013 and 2018 (or nearest year)

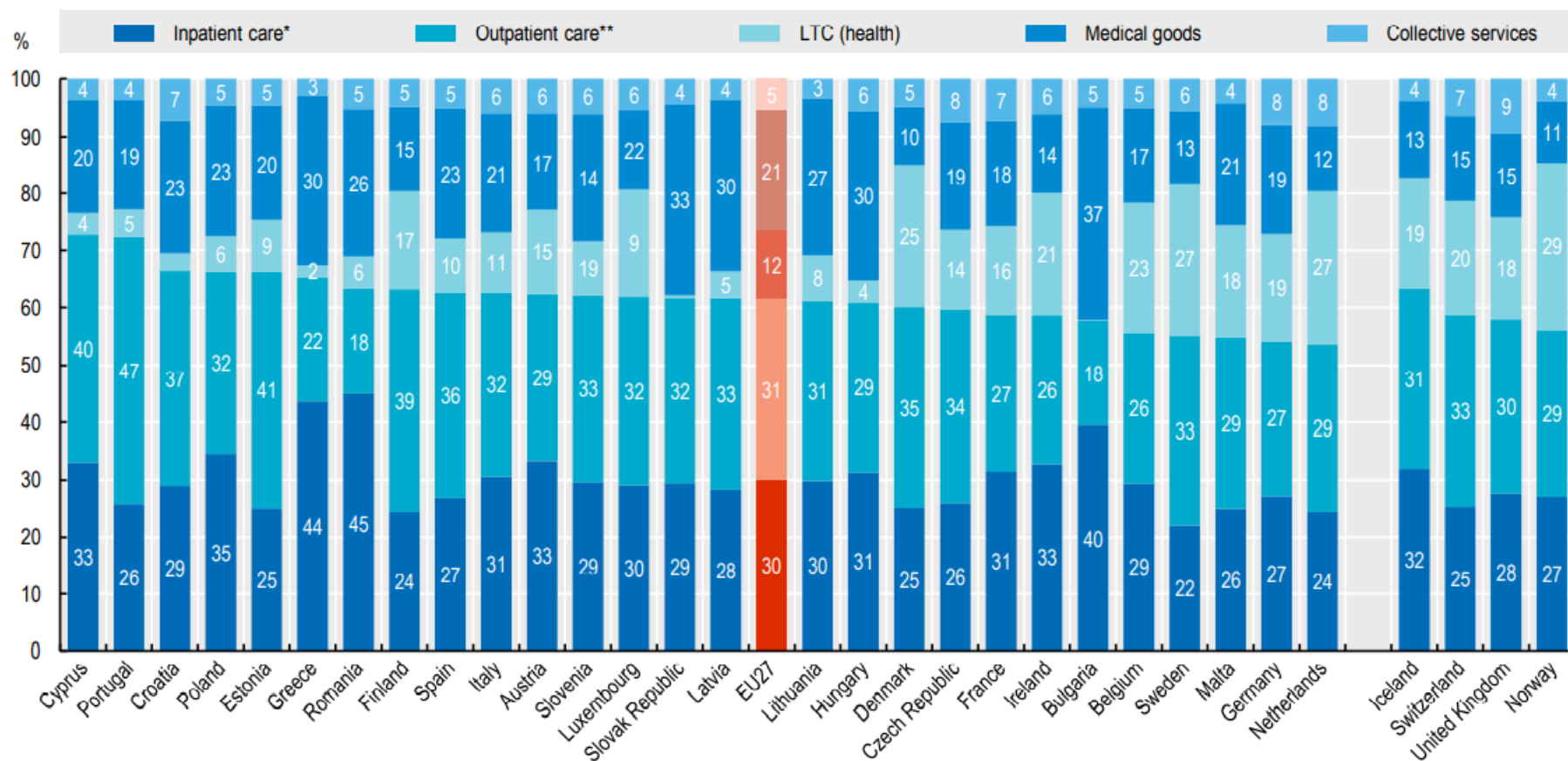


Note: For those countries without information on sources of revenues, data from financing schemes is used. No comparable data for Portugal for 2013. The EU average is unweighted.

Source: OECD Health Statistics 2020; OECD National Accounts Database; Eurostat database.

StatLink  <https://stat.link/shr2g1>

Figure 5.9. Health expenditure by function, 2018



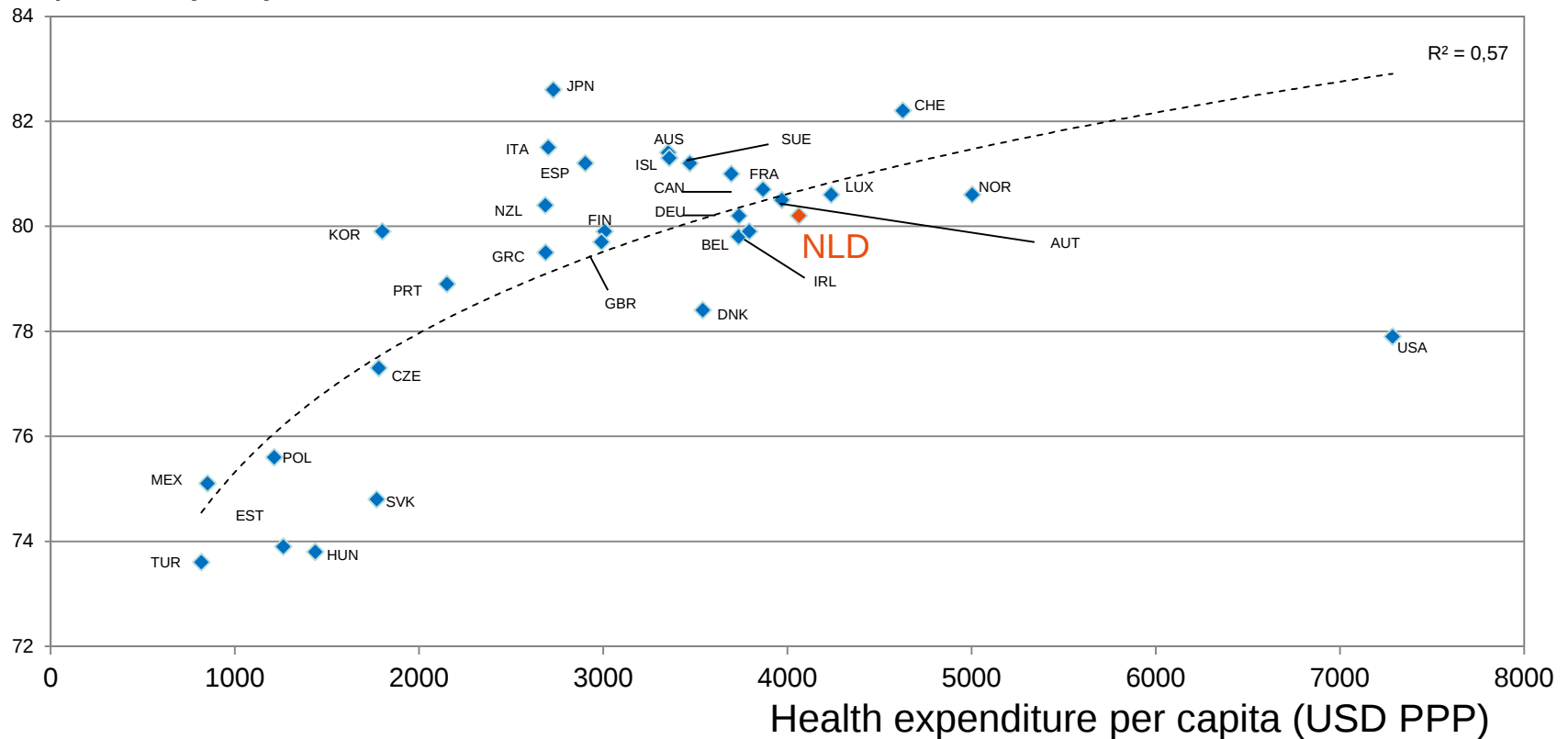
Note: Countries are ranked by curative-rehabilitative care as a share of health expenditure. The EU average is unweighted. * Refers to curative-rehabilitative care in inpatient and day care settings. ** Includes home care and ancillary services and can be provided in ambulatory care settings or hospitals.

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

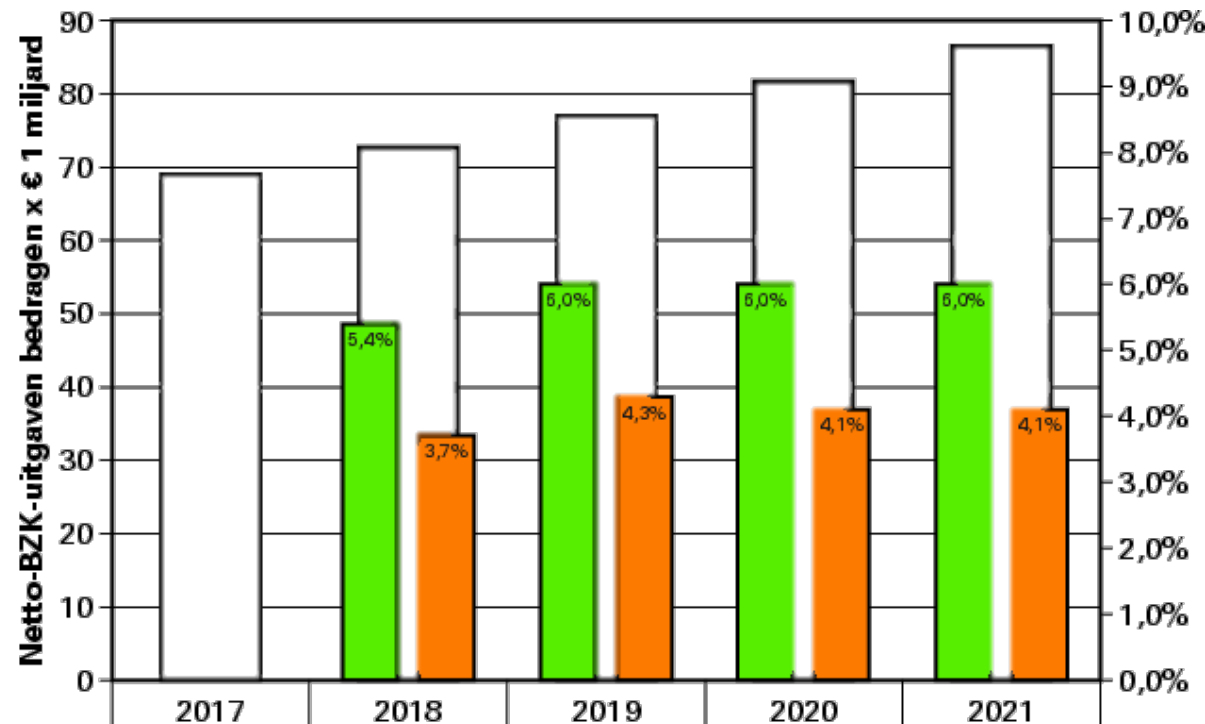
StatLink  <https://stat.link/aruk46>

More health spending does not necessarily mean more health

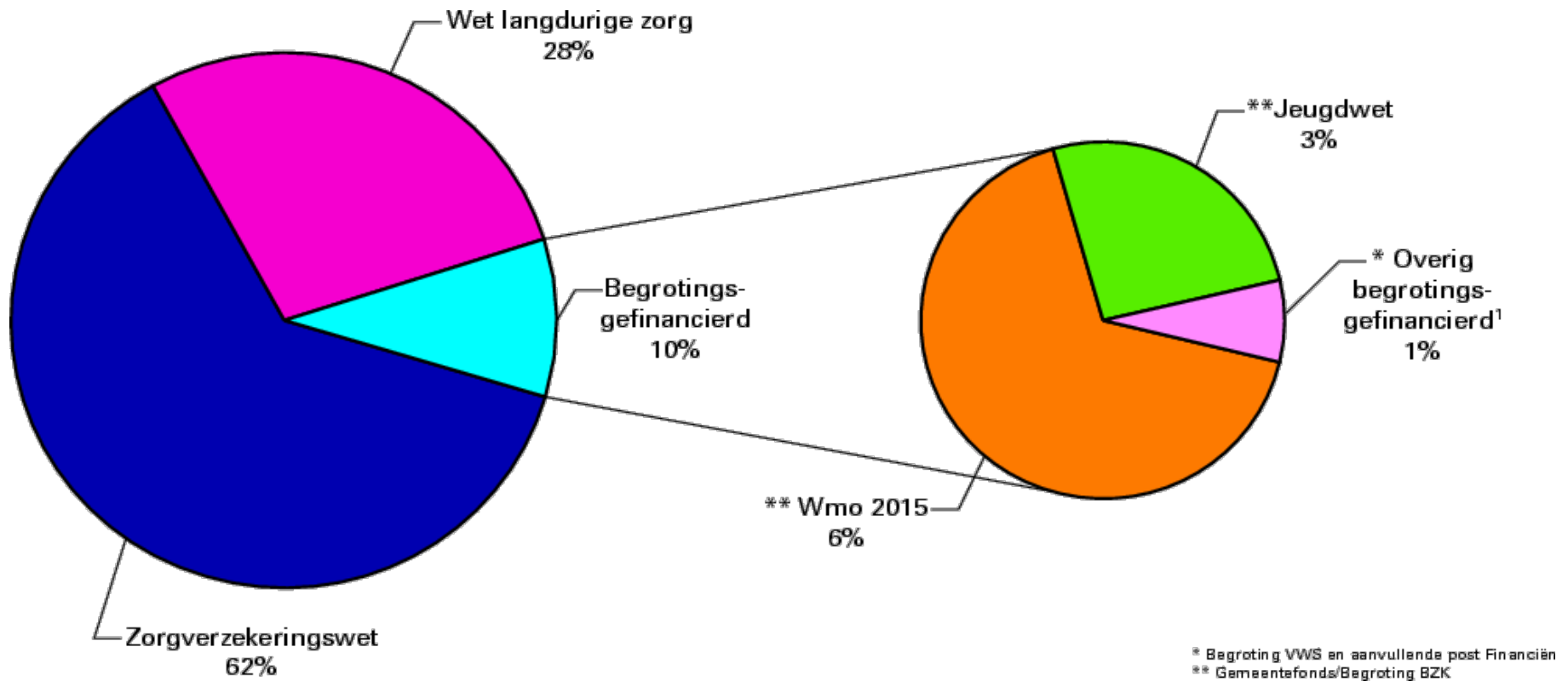
Life expectancy in years

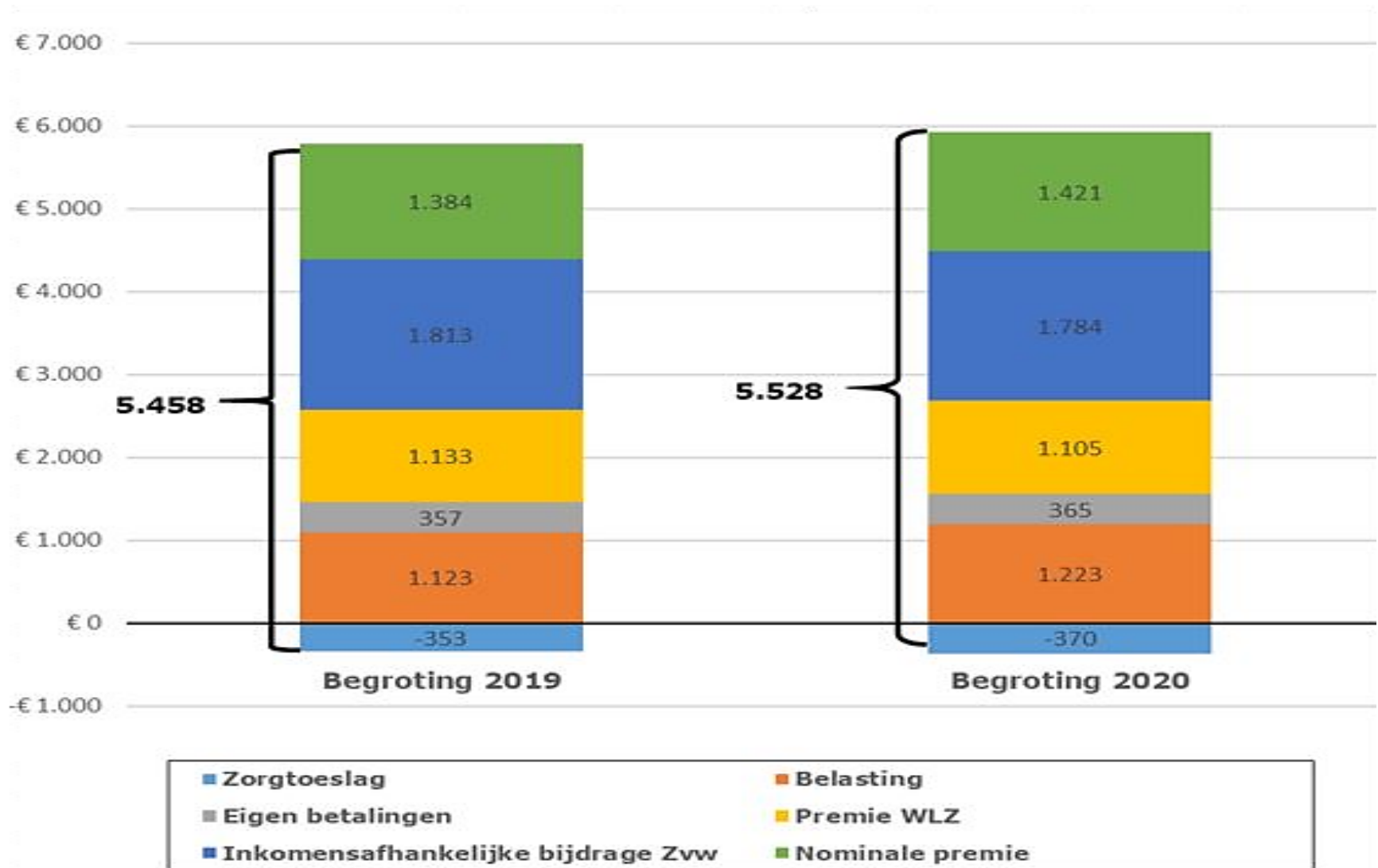


Source: OECD Health Data 2010.



Netto-BKZ-uitgaven[1]	69,0	72,7	77,1	81,7	86,6
Nominale groei		5,4%	6,0%	6,0%	6,0%
Reële groei		3,7%	4,3%	4,1%	4,1%





Maximum premies zorg in 2022

Regeling	Percentage	Inkomensgrens	Maximum bijdrage
Wlz	9.65%	€35.472	€ 3.423
Zvw- percentage	6.75%	€59.706	€ 4.030
Zvw-verschil nominale premie en zorgtoeslag	Zorgtoeslag: maximaal €1.332; nominale standaard premie incl. eigen risico € 1.749	Voor zorgtoeslag: € 31.998 (alleenstaande)	€ 1.749
Maximum bijdrage:			€ 9.202

Maximum premies zorg in 2014

Regeling	Percentage	Inkomensgrens	Maximum bijdrage
AWBZ	12,15%	€33.863	€ 4.243
Zvw-procentueel	7,1%	€50.064	€ 3.554
Zvw-saldo nominale premie en zorgtoeslag	Zorgtoeslag: maximaal € 900; nominale standaardpremie incl eigen risico € 1.402	Voor zorgtoeslag: €28.482 (alleenstaande)	€ 1.402
Maximumbijdrage totaal:			€ 8.997

Langdurige zorg is duur, uitgaven curatieve zorg gemiddeld

- **Curatieve zorg**
 - Uitgaven niet bovengemiddeld in Europa
 - Gebruik huisarts, geneesmiddelen en ziekenhuiszorg beneden gemiddeld
 - Gebruik GGZ bovengemiddeld
 - Prijs is hoog (m.n. inkomen artsen)
- **Langdurige zorg**
 - Uitgaven en gebruik hoog
 - Uitgebreid verstrekkingenpakket, gebrekkige controle op zorgtoewijzing in het verleden, zorgbehoefte stond centraal

De waardering van de inkomens- en risico-solidariteit is hoog, maar er zijn wel verschillen:

Mening van	Over de Zvw-premie voor	omhoog	gelijk	omlaag
18+ bevolking	ouderen	8%	60	32
	lage inkomens		42	58
	hoge inkomens	55	41	4
	niet zo gezonde mensen	4	82	14
	mensen die vaak naar de huisarts gaan	19	74	7
Niet-rokers	mensen die roken	65	32	3
Matige drinkers	zware drinkers	62	33	5
Regelmatige sporters	mensen die onvoldoende bewegen	32	64	4

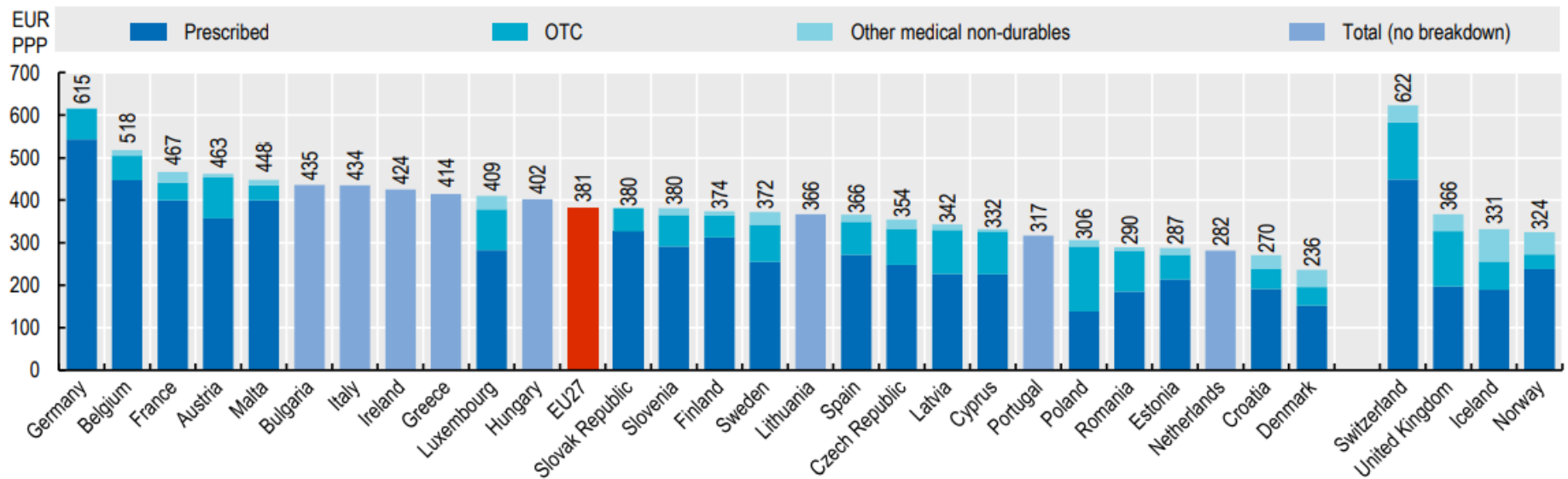
Onderwerpen

- De uitgaven aan zorg
- ZORGINKOOP: DURE GENEESMIDDELEN
- Marktwerving in de zorg
- De legitimiteit van zorgverzekeraars

Zorginkoop: dure geneesmiddelen



Figure 5.15. **Expenditure on retail pharmaceuticals per capita, 2018**

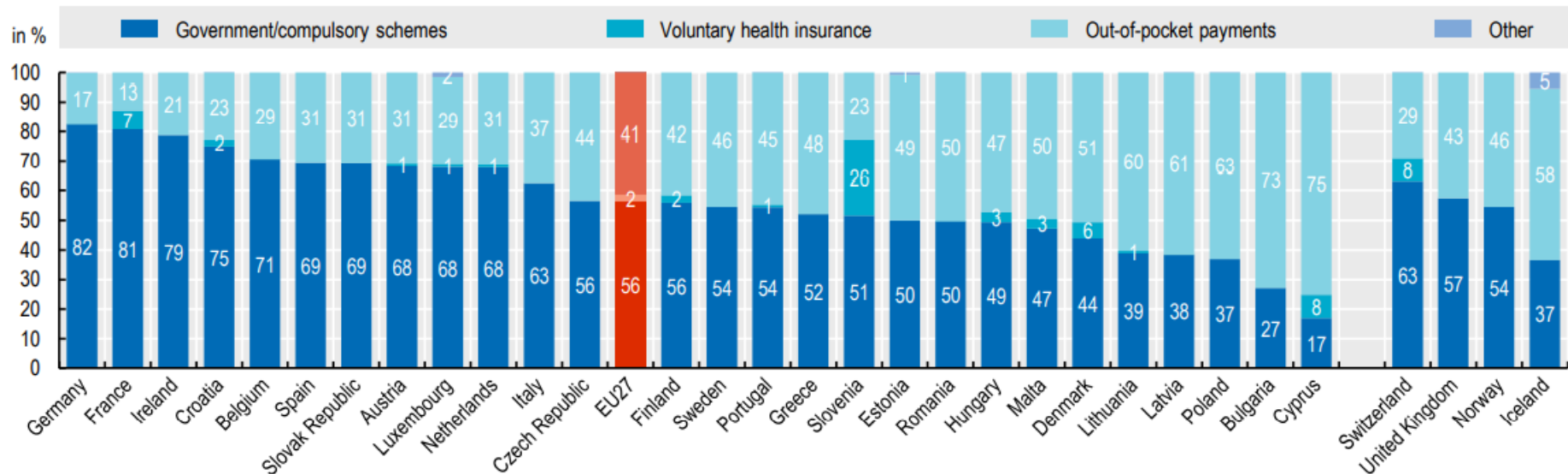


Note: The EU average is unweighted.

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

StatLink  <https://stat.link/84ynae>

Figure 5.16. Expenditure on retail pharmaceuticals by type of financing, 2018

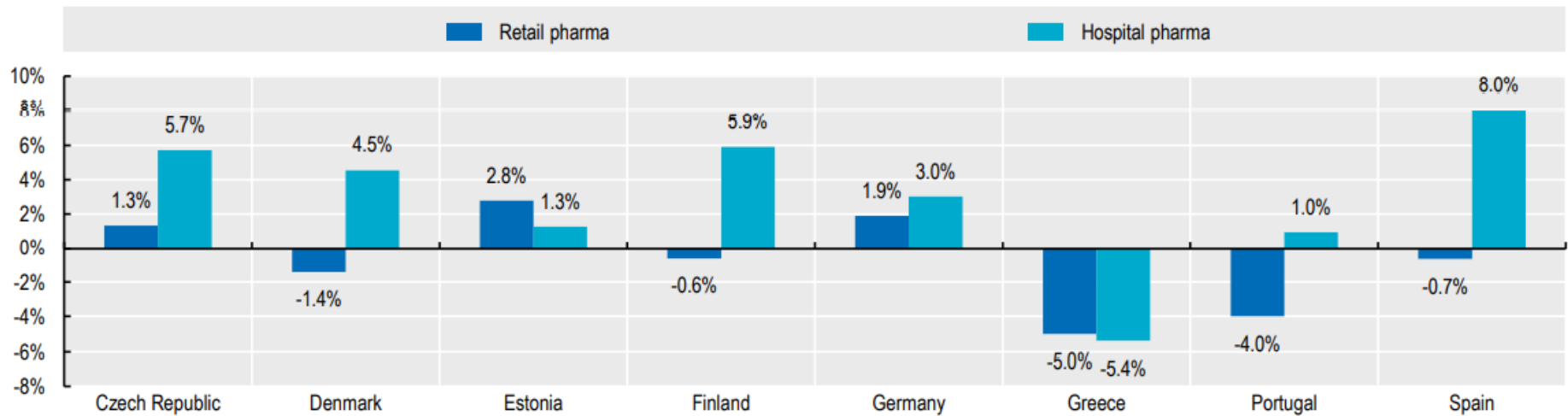


Note: The EU average is unweighted. The category 'Other' includes non-profit-schemes, enterprises and rest of world.

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

StatLink  <https://stat.link/92znry>

Figure 5.17. **Annual average growth in retail and hospital pharmaceutical expenditure, in real terms, 2008-18 (or nearest year)**

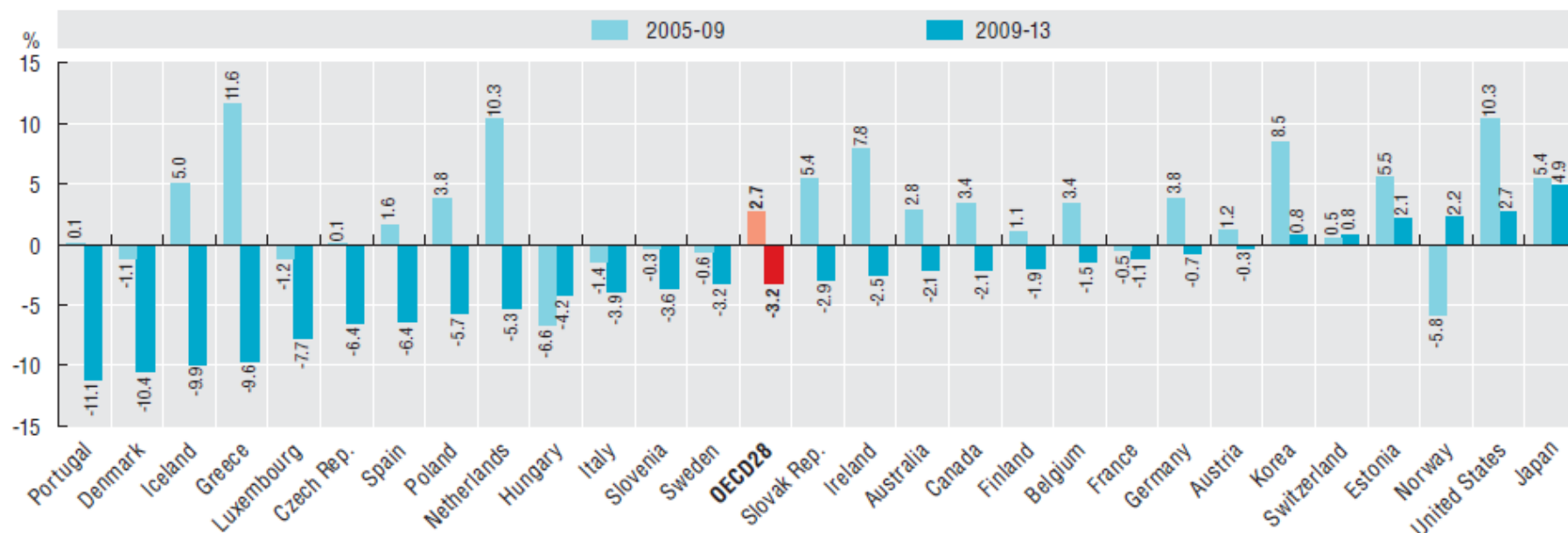


Note: Growth rates and time periods may have been adjusted by the OECD Secretariat to take account of breaks in series.

Source: OECD Health Statistics 2020.

StatLink  <https://stat.link/f6bowg>

10.5. Average annual growth in public pharmaceutical expenditure¹ per capita, in real terms, 2005-09 and 2009-13 (or nearest periods)

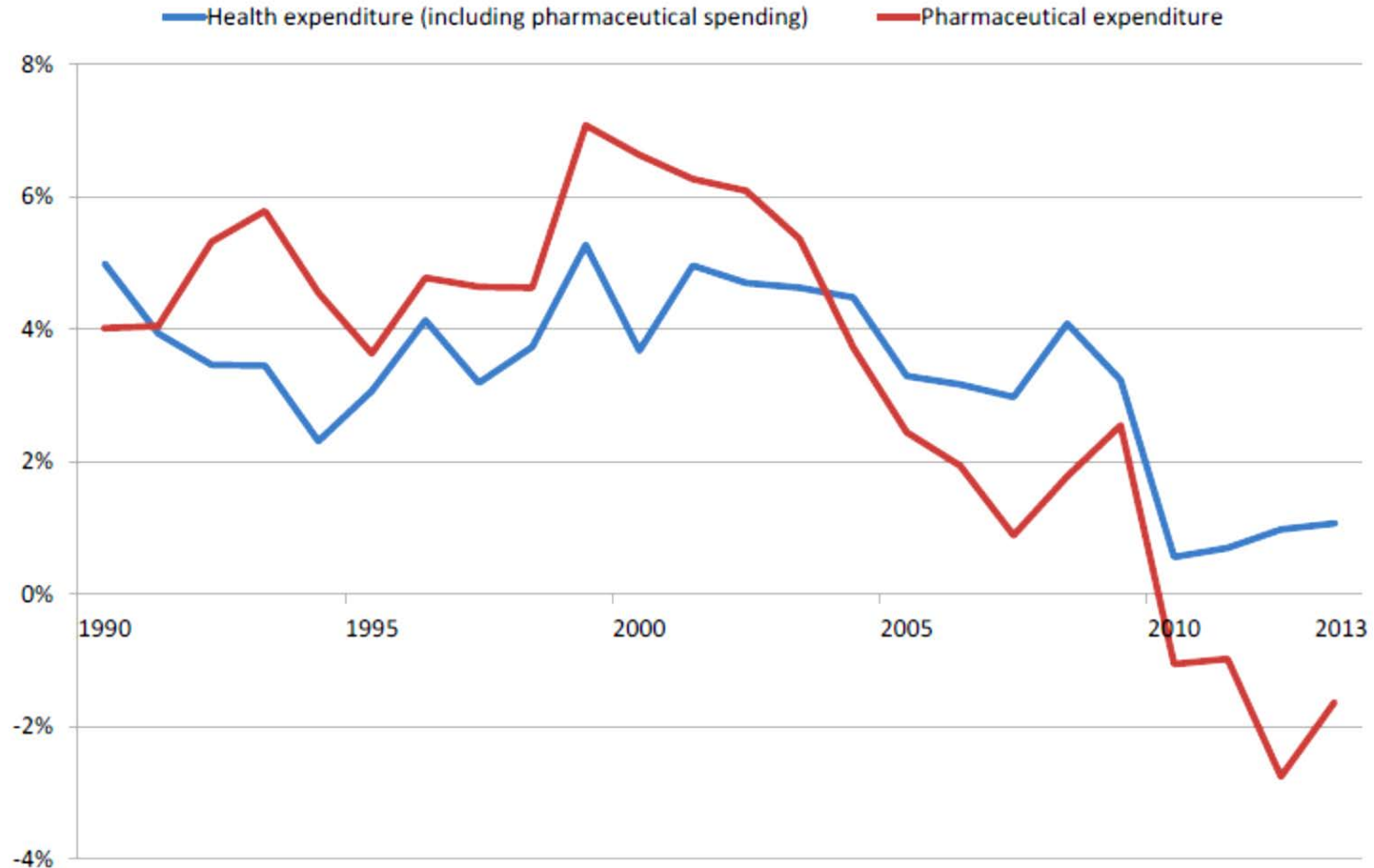


1. Includes medical non-durables.

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933281325>

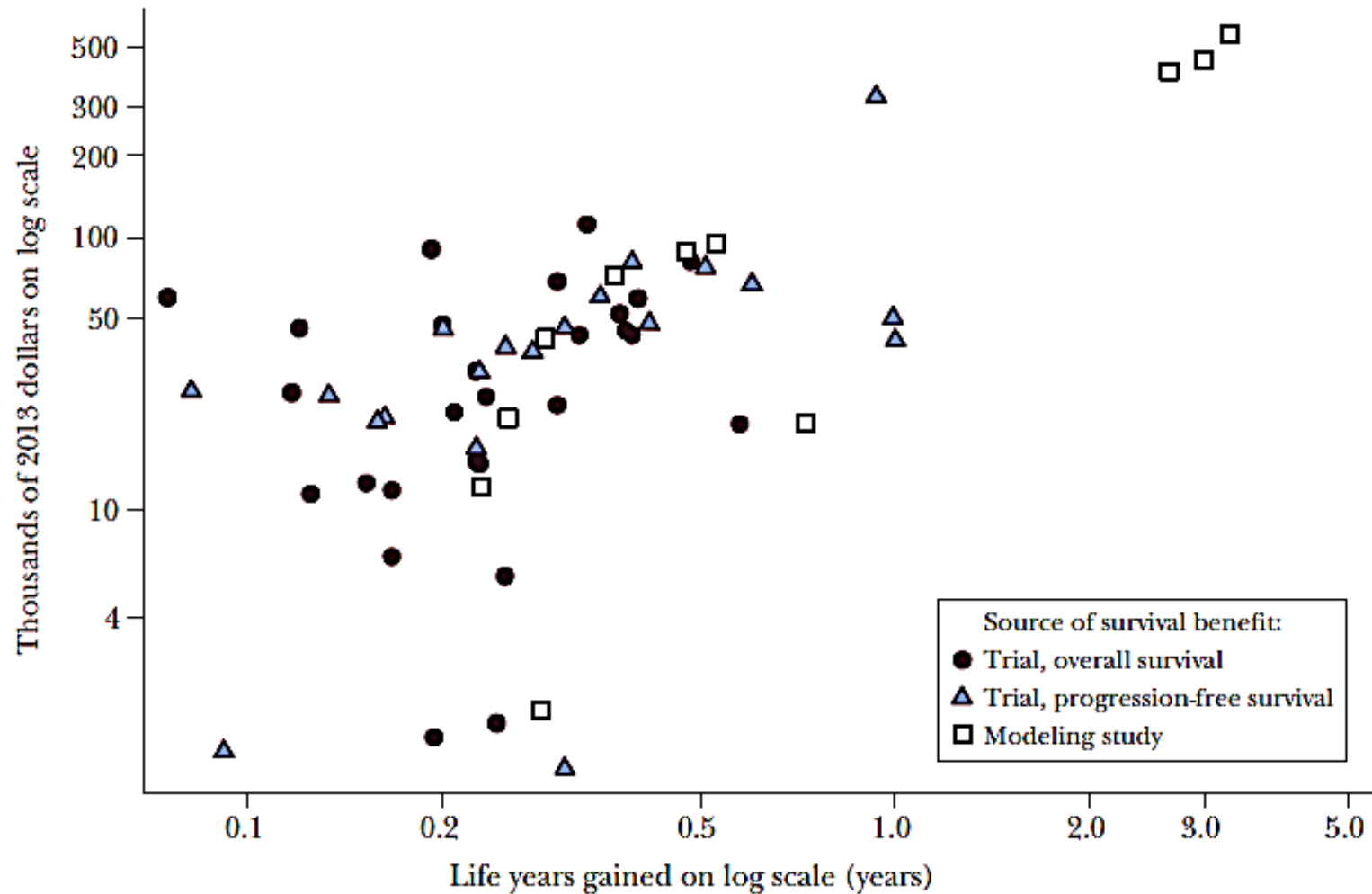
Growth in total health care and pharmaceutical spending



Discussie over dure geneesmiddelen

- Wereldwijde markt voor antikanker medicijnen groeide van \$71 miljard in 2008 tot \$91 miljard in 2013
- Ongeveer een derde van de markt is in de VS
- Introductieprij van antikanker medicijnen nam tussen 1995 en 2013 met gemiddeld 10% (\$8.500) per jaar toe (Howard et. al. 2015)
- Lijkt vooral gevolg van beleid fabrikanten om prijs nieuwe producten net iets boven prijs bestaande geneesmiddelen te leggen ('reference pricing')
- Ook lijken farmaceutische bedrijven steeds vaker value based pricing toe te passen

Figure 1
Drug Prices versus Life Years Gained

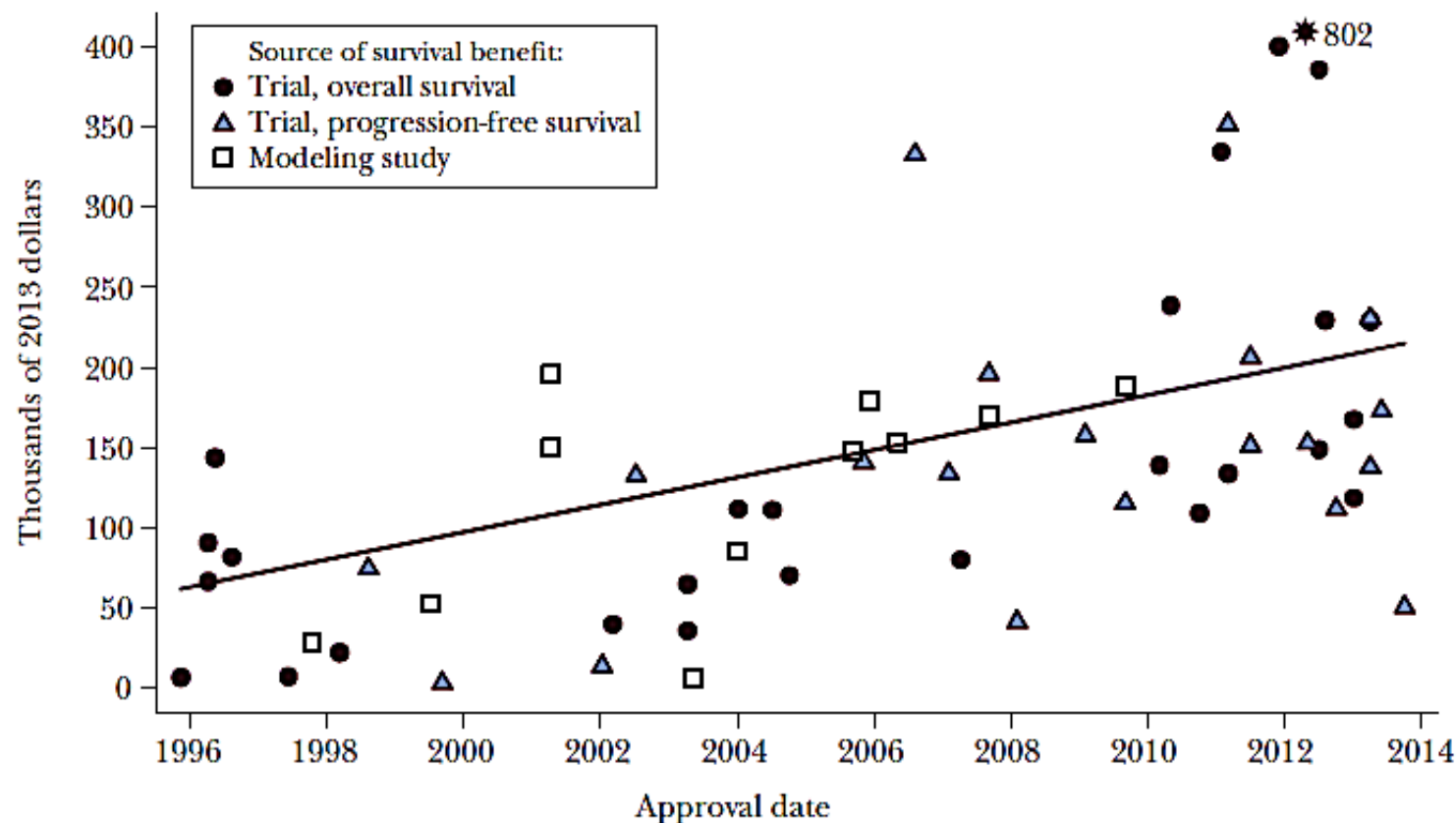


Geneesmiddelenprijzen v. extra levensverwachting

- Gemiddelde prijs antikanker medicijn is \$65.900 (in 2013 \$)
- Gemiddelde extra levensverwachting is 0.46 jaar
- Correlatie tussen prijs en extra levensverwachting is 0.9
- Prijs stijgt met gemiddeld 120% voor elk extra jaar levensverwachting (= \$75.000 per extra jaar levensverwachting) (Howard et. al 2015)
- Opmerkelijk: prijzen correleren met gezondheidswinst (je zou verwachten met ontwikkelkosten)

Figure 2

Drug Price per Life Year Gained versus Drug Approval Date



Source: Authors.

Notes: The best fit line is: Price per life year gained = \$54,100 + \$8,500 × Approval Year. Approval Year = 0 for 1995, 1 for 1996, ... 19 for 2014. For purposes of display, we recoded one value from \$802,000 to \$400,000.

Geneesmiddelenbeleid

- Nieuwe businessmodellen
 - Verbinden van voorwaarden aan collectieve financiering van onderzoek
 - Bevorderen alternatieve businessmodellen (b.v. voor nieuwe antibiotica)
- Ongewenst hoge prijzen aanpakken
 - Faciliteren van samenwerking rond inkoop geneesmiddelen
 - Gezamenlijke inkoop
 - Wijzigingen in vergoedingssystematiek ('referentieprijzen') en pakketbeheer ('sluisconstructie')
 - Internationale samenwerking
- Gepast gebruik van geneesmiddelen

Dit moet bereikt worden door:

- Balans in farmaceutische marktstructuur aanbrengen
 - Beschermingsconstructies bovenop octrooirecht
 - Marktbescherming weesgeneesmiddelen
 - Oneigenlijk gedrag fabrikanten
- Toegankelijkheid innovatieve producten
 - Flexibele vormen van markttoelating
 - Aansluiten markttoelating en pakkettoelating
- Betere informatievoorziening
 - Registraties

Gaat dit werken?

- Nederland is kleine markt, belangrijker is wat VS doet
- Transparantie v. geheime prijsafspraken
- Kosten v. toegankelijkheid: de rol van de publieke opinie

Onderwerpen

- De uitgaven aan zorg
- Zorginkoop: dure geneesmiddelen
- MARKTWERKING IN DE ZORG
- De legitimiteit van zorgverzekeraars

Marktwerving in de zorg



WAT IS MARKTWERKING ?



Wat is marktwerking?

- Vrije toetreding tot de markt
- Keuzevrijheid patient (‘ vrije artsenkeuze’)
- Contracteervrijheid (‘ ongecontracteerde zorg’)
- Vrije prijsvorming
- Risico dragendheid instellingen en verzekeraars

Waarom hebben we marktwerking?

- Overheidsfalen
- Historie: ziekenfonds en particuliere verzekeraars
- Doet recht aan verschillen tussen (mondige) burgers/patiënten
- Creëert competitie tussen aanbieders: goed voor kwaliteit en lagere prijs
- Legt (financiële) risico's daar waar beslissing wordt genomen

Is er voldoende marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt?

- 10 Zorgverzekeraars
- Hoge concentratie zorgverzekeringsmarkt
- Sinds invoering Zvw slechts één nieuwe toetreders (IptiQ)
- Groot aantal polissen en labels, weinig transparantie

Is er voldoende marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt?

- Aanzienlijke premieverschillen door:
 - Zorgverzekeraar
 - Type polis (restitutie of natura)
 - Collectiviteitskorting
 - Vrijwillig eigen risico
- Behoorlijke winstgevendheid zorgverzekeraars
- Nog steeds geen volledige risico dragendheid
- Weinig tot geen concurrentie op kwaliteit zorginkoop

Einde aan de marktwerking?

- Nationaal zorgfonds, ziekenfonds terug?
- Ongecontracteerde zorg?
- Meer regels die marktwerking beperken
 - aanpassing Wtzi
 - beperking collectiviteitskorting
 - winstverbod zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

Onderwerpen

- De uitgaven aan zorg
- Zorginkoop: dure geneesmiddelen
- Marktwerving in de zorg
- DE LEGITIMITEIT VAN ZORGVERZEKERAARS

De legitimiteit van zorgverzekeraars



Dubbele rol zorgverzekeraar

- Verkopen verzekeringen
 - Kostenbeheersing
- Zorginkoop
 - Kwaliteit
 - Toegankelijkheid

De legitimiteit van de zorgverzekeraar staat ter discussie

- Hoge winsten, grote reserves
- Verplichte premiebetaling
- Gaat op de stoel van de arts zitten
- Rol zorgverzekeraar bij faillissement
MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen

De legitimiteit van de zorgverzekeraar staat ter discussie

- Naast verzekeraar ook zorginkoper
- Meer vrijheidsgraden en financiële risico's
- Legitimiteit zorgverzekeraar ter discussie, m.n. voor zorginkooprol

Investeren in bronnen van legitimiteit

Tabel 3.1: Voorbeelden van bronnen voor input- en output-legitimiteit

	input	output
Formele bronnen	Versterking invloed ledenraad	Verplichting om inzicht te geven in zorginkoopcriteria
Morele bronnen	Inzicht in borging publieke waarden	Aanpakken van verkapte risicoselectie
Kennis en ervaring	Inkoop op basis van kwaliteitscriteria en verzekerden actief betrekken bij de zorginkoop	Effectiviteit van zorginkoop en leerervaringen die gebruikt worden bij de volgende ronde
Prestaties	Verwachtingen ten aanzien van te leveren prestaties (consistentie)	Stemmen met de voeten en beoordeling van serviceniveau

Wat te doen

Versterk de input-legitimiteit

- Vergroot de betrokkenheid van verzekerden en patiënten bij (zorginkoop-)beleid
- Versterk de ledenraad

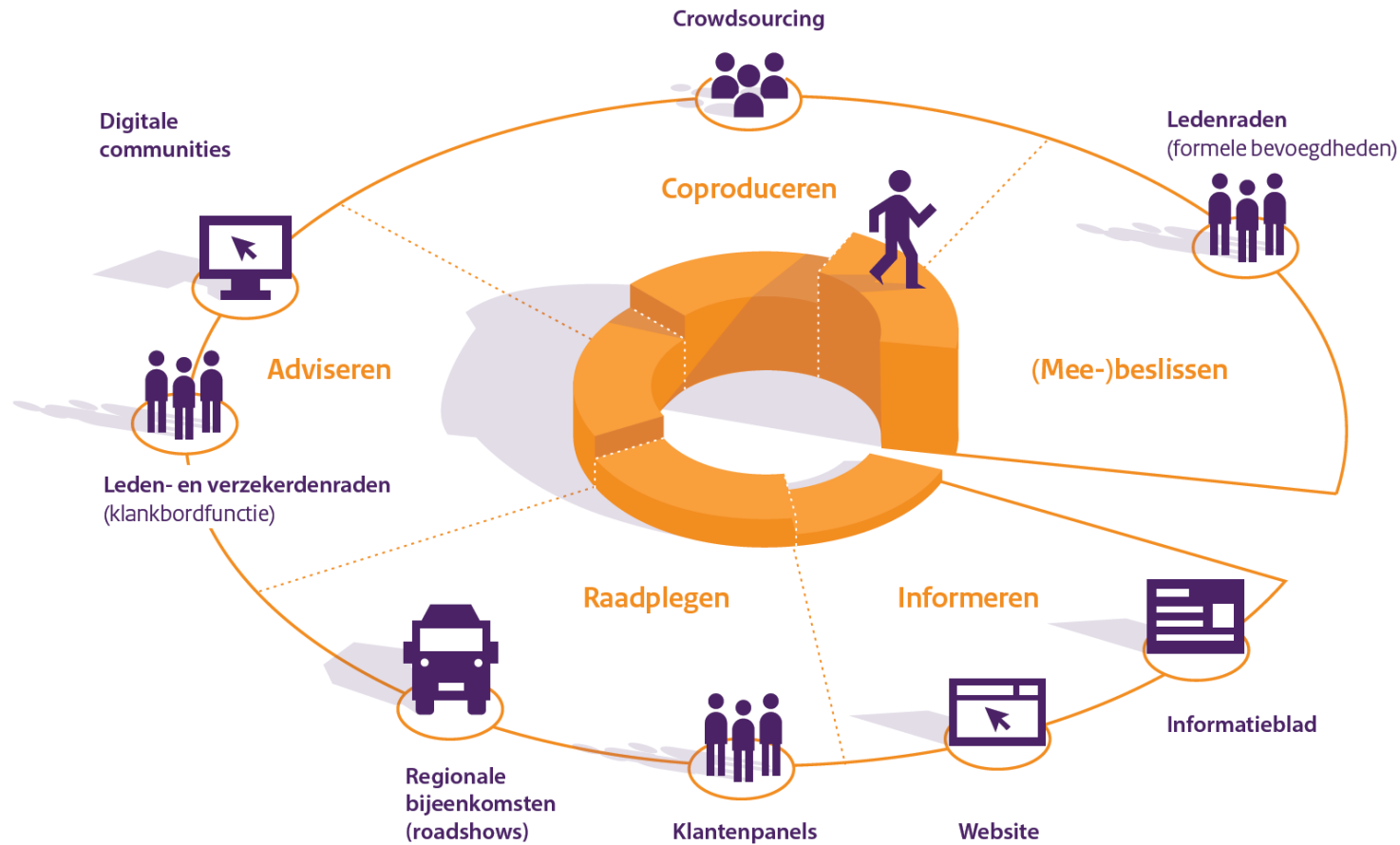
Versterk de output-legitimiteit

- Concurrentie op kwaliteit
- Ander extern toezicht

Geef verzekerden en patiënten meer invloed

- Meer zeggenschap
- Minder vrijblijvend
- Eerder in het proces

Niveau van de verzekeraar



Versterk de ledenraad

Voorwaarden voor een goed functionerende ledenraad



Onafhankelijk

Open en onafhankelijke kiesprocedure.

Eigen agenda, onafhankelijke voorzitter en onafhankelijke secretaris



Deskundig

Werkt met competentieprofielen

Er zijn middelen om de deskundigheid te vergroten (inwerktraject, opleiding en professionele ondersteuning)



Representatief

Afspiegeling van verzekerdenpopulatie

Voeling met de verzekerdenpopulatie



Lerend vermogen

(Zelf-) Evaluaties

Verantwoording

Concurrentie op kwaliteit

Vraagt om inzicht in:

- criteria en overwegingen bij de zorginkoop
- welke aanbieders waarvoor gecontracteerd zijn
- de betrokkenheid van patiënten en verzekerden bij het beleid
- wie bij volmachten en labels verantwoordelijk is voor de zorginkoop

Dank voor uw aandacht

