
LINKSE TOEKOMST VOOR DE ZORG

Zo op het oog gaat het wel goed met de zorg: geen eindeloze wachtlijsten, lagere zorgpremies en teruglopende kosten. Een rechts waanidee vindt **EVELIEN TONKENS** het. Die premies zijn bijvoorbeeld alleen maar zo laag doordat essentiële zorg als fysiotherapie uit het basispakket is gehaald. En ook die wachtlijsten voor onrendabele behandelingen komen gewoon terug als we doorgaan met de ongecontroleerde concurrentie tussen de in financieel zwaar weer verkerende ziekenhuizen. De macht van de verzekeraars, minister en NZa is dus te groot; die van patiënten en zorginstellingen te klein. Hoe kijken wij als premiebetaler daar eigenlijk tegenaan? **RENTSJE DE GRUYTER** vroeg het en kwam er onder meer achter dat we, zolang de premies niet stijgen, alles wel best vinden en zelfs de voorheen vrije artsenkeuze zonder morren aan de verzekeraars laten.



Tijd voor een links antwoord op marktwerking in de zorg

Marktwerking in de zorg een succes, nou nee. We hebben het de afgelopen tien jaar amper over de patiënt gehad, die door de ‘kostenbesparingen’ steeds meer zorg uit eigen zak moet ophoesten. Ook is er nauwelijks aandacht voor de dreigende halvering van het aantal ziekenhuizen.

EVELIEN TONKENS

Redacteur S&D, hoogleraar aan de Universiteit voor Humanistiek en toezichthouder in de zorg

De politieke zorgagenda wordt al geruime tijd gedomineerd door rechts. Dit geldt bijvoorbeeld voor de langdurige zorg, waarbij participatie een fraai woord voor het wegsnijden van betaald werk is. Maar de discussie over het zorgstelsel en de ziekenhuizen wordt zo mogelijk nog meer gedomineerd door de marktadepaten.

Rechts wilde marktwerking, heeft deze gekregen en wordt in de ontwikkeling daarvan geen strobreed in de weg gelegd. Zorginstellingen worden afgerekend op productie, moeten zowel concurreren als winst maken en moeten als de PvdA niet snel tot inkeer komt binnenkort ook nog eens winst uitkeren. De rechtse zorgagenda wordt zorgvuldig afgewerkt. Geen enkele stap hierin stuit op serieuze tegenstand, ook niet als het om punten gaat die bij de behandeling van de wetgeving in 2006 voor links nog cruciaal waren zoals winstuitkering, minder keuzevrijheid van zorgverleners voor arme mensen en een fors eigen risico.

Het stelsel wordt ook in de media voornamelijk beoordeeld op het rechtse criterium

van beheersing van de collectieve kosten. Deze focus is rechts, aangezien nooit meegewogen wordt in hoeverre collectieve kostenbeheersing tot individuele kostenstijging leidt. Als we van alles uit het verzekerde pakket gooien, is rechts trots op kostenbeheersing. Links zou daartegen in moeten brengen dat dit leidt tot tweedeling in de zorg, omdat zorgbehoevende mensen deze onverzekerde ingrepen voortaan zelf moeten bekostigen.

Kosten zorg sinds marktwerking alleen maar gestegen

De dominantie van de rechtse agenda wordt perfect geïllustreerd door het artikel van Rentsje de Gruyter. De Gruyter volgt deze agenda en beoordeelt het succes van het zorgstelsel op basis van twee criteria: kostenbeheersing en het machtsevenwicht tussen met name overheid, instellingen en verzekeraars. De toegankelijkheid en kwaliteit van en het werken in de zorg blijven onbesproken.

Evelien Tonkens *Tijd voor een links antwoord op marktwerking in de zorg*

De geïnterviewden denken verschillend over de vraag of marktwerking heeft geleid tot kostenbeheersing. Zelf trekt De Gruyter geen conclusies. Het CBS kan hier uitsluitsel geven. Uit hun cijfers blijkt dat de zorgkosten in brede zin gestegen zijn van € 52,5 miljard in 2001 – het moment waarop elementen van marktwerking gaandeweg werden geïntroduceerd – tot € 92,3 miljard in 2012.¹ Met name na de wettelijke overgang naar een stelsel gebaseerd op ‘gereguleerde marktwerking’ in 2006 stegen de kosten sterk.²

Sinds 2012 lijken de collectieve kosten te stabiliseren, maar dit heeft vermoedelijk minder met marktwerking te maken dan met budgetbeperkingen³ en pakketmaatregelen als ingrepen in het basispakket en de AWBZ. Zo is er flink bezuinigd op de thuiszorg en hebben patiënten bijvoorbeeld geen recht meer op dagbesteding en fysiotherapie.

Dit mag tot rechtse tevredenheid stemmen, maar links moet hier kritisch tegenover staan. Hoewel de kosten vanuit het collectief bezien beheerst worden, kunnen ze op individueel niveau enorm stijgen. De kosten van dergelijke hulp zijn immers voor de eigen portemonnee. Veel mensen kunnen dit niet betalen en zullen daarom van hulp afzien. Het drukt met andere woorden de kosten van verzekeraars en premiebetalers, niet die van patiënten. Daarbij maakten verzekeraars forse winsten: bijna € 1,2 miljard in 2012, en € 1,4 miljard in 2013.⁴

Kortom: marktwerking leidt niet tot kostenbeheersing, maar slechts tot kostenverschuiving. Voor zover er collectieve kostenbeperking is, is dit dankzij individuele kostenstijging en door ingrijpen van de minister.

Ongelijk speelveld: verzekeraars hebben alle touwtjes in handen

Is er dan een machtsevenwicht ontstaan tussen verzekeraars, zorginstellingen, professionals en patiënten? Een echt evenwicht is er niet, concludeert De Gruyter, maar het is ‘nog

steeds mogelijk (...) de “balance of power” in eigen voordeel te verschuiven’. Dit blijkt echter niet te gelden voor kleine zorgaanbieders, die zomaar uit het basispakket gehaald zijn en daartegen niet veel protesteerden. Toen de psychotherapeuten, psychiaters en psycholo-

Sinds introductie marktwerking stegen zorgkosten met € 39,8 miljard

gen de euvele moed hadden zich publiekelijk uit te spreken tegen het besluit om mensen, die na een scheiding, het overlijden van een dierbare of seksueel misbruik, ernstige psychische problemen kregen niet meer te verzekeren, was de enige reactie van de verzekeraars: strengere controles.

Grote aanbieders hebben meer macht en zijn met verzekeraars in een wedloop verwikkeld over wie het snelst het grootst en machtigst kan worden. De Gruyter suggereert dat zorginstellingen deze wedstrijd momenteel winnen, en een fusiestop daarom goed zou kunnen zijn.

Niets wijst echter op een machtsevenwicht tussen zorginstellingen en verzekeraars. Verzekeraars kunnen geheel eenzijdig normen afkondigen. Zo leggen zij met steun van de minister budgetbeperkingen op waarover instellingen niets te zeggen hebben. Tegenover een verzekeraar met vier miljoen verzekerden en een navenant budget kan een ziekenhuis eenvoudigweg geen tegenmacht bieden.

Professionals en patiënten kunnen al helemaal niets tegen de verzekeraars inbrengen. Patiënten zijn sowieso de grote afwezigen in veel verhalen over de zegeningen van marktwerking, zo ook in het verhaal van De Gruyter. Zij heeft het uitsluitend over consumenten en

daarmee doelt zij op alle verzekerden: gezonde mensen, die ik hierna de premiebetalers zal noemen, én de patiënten, die beroep moeten doen op zorg die door kostenbesparingen plotseling buiten het basispakket valt.

De terminologie van consumenten verhult een verschil in belangen; in een sociaal systeem overbrugt solidariteit deze belangen, maar in een context van marktwerking wordt dit een belangenconflict. De premiebetalers wil een kleiner pakket als dit een lagere premie impliceert, de patiënt heeft zorg nodig en dus een ruimer pakket.

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) signaleert dit verschil niet, aangezien zij stelt dat de inkoopmacht van de verzekeraars nuttig is 'zolang de gevolgen ten goede komen aan de consument'. Bedoelt de NZa hier de premiebetalers of de patiënt? Vermoedelijk de eerste; maar door het onderscheid niet te maken raken de mensen die zorg nodig hebben buiten beeld. Het lijkt erop dat het hele stelsel voor de premiebetalers is ingericht, waarbij de patiënt op zijn best een stoorzender is in een anders zo soepel lopend systeem.

Ziekenhuizen slachtoffer van grillige en regressieve maatregelen

Het ontbrekende machtsevenwicht geeft dus ruim baan aan grillig, onvoorspelbaar en bemoeizuchtig beleid van verzekeraars, de regering en de NZa. Maatregelen die soms na jaren met terugwerkende kracht worden toegepast. De afgelopen jaren hebben ziekenhuizen met meerdere administratieve financiële systemen moeten werken: het oude (pre-markt) systeem van de functionele bekostiging (FB's), het nieuwe systeem van de inmiddels alweer meerdere keren aangepaste diagnose-behandelcombinaties (DBC's) en recentelijker nog de DOT's.

Dat deze DOT's konden worden ingevoerd zonder hoon en spot van cabaretiers en cartoonisten is op zich al een wonder. De afkorting staat namelijk voor 'DBC's Op weg naar

Transparantie'. De term geeft dus impliciet aan dat de DBC ondoorzichtig en onbegrijpelijk is. Gevolg is dat ziekenhuizen een dubbele of soms zelfs driedubbele administratie hebben moeten voeren. Het verrekensystematiek van de FB naar DOT/DBC, de 'grouper', was onbetrouwbaar en maakte fouten, die op rekening van de zorginstellingen kwamen.

Minister Schippers deinsde er intussen niet voor terug om met terugwerkende kracht grote bedragen van de ziekenhuizen te verlangen. In haar brief van 15 februari 2012 over hun jaarrekeningen meldt ze 'dat er in 2014 volledig zicht zal zijn op alle gedeclareerde DBC's van 2012' (p. 3). Op dat moment zal er een 'definitieve vaststelling van de transitiebedragen' komen. In gewoon Nederlands ontvangen de ziekenhuizen in 2014 hun definitieve eindafrekening over 2012 en weten ze dan pas of ze extra geld moeten betalen of juist terugkrijgen.

In 2014 heeft de NZa bovendien met terugwerkende kracht preciezere definities omtrent de DBC's en de DOT's vastgesteld. De regelgeving was op dit punt namelijk nogal vaag. Zorgaanbieders, verzekeraars en de NZa interpreteerden haar ieder op hun eigen manier. Bij de definitie Dagverpleging leidde dit bijvoorbeeld tot grote onduidelijkheid. In de nieuwe richtlijnen werd daarom besloten, dat een groot deel van de dagverplegingen voortaan als het goedkopere poliklinisch consult zou worden beschouwd. Ziekenhuizen moesten deze nieuwe richtlijnen met terugwerkende kracht toepassen. Hetgeen in de praktijk betekende, dat de hele administratie van de afgelopen jaren moest worden nagelopen. De inkomstendelving plus de kosten van deze arbeidsintensieve klus kwamen voor rekening van de zorginstelling zelf.

Ook de minister heeft zich de afgelopen jaren schuldig gemaakt aan onvoorspelbare budget- en groeibeperkingen. Het hoofdlijnenakkoord beperkte de groei van ziekenhuiszorg tussen 2012 en 2014 tot 2,5%.⁵ Feitelijk een bezuiniging, aangezien slechts de inflatie gedeckt wordt en de ziekenhuizen vanwege de

Evelien Tonkens *Tijd voor een links antwoord op marktwerking in de zorg*

vergrijzing en de solvabiliteitseis van 25% een substantiële kostengroei hebben. Een lagere productiegroei betekent minder inkomsten en dus grotere problemen om bijvoorbeeld leningen voor kapitaallasten terug te betalen, die doorgaans immers op hogere groeipercentages beraamd waren.

Het beleid van verzekeraars is eveneens grillig en onzeker. Vaak horen ziekenhuizen pas in de loop van het jaar, hoeveel van welke behandelingen ze van de verzekeraars mogen

Ziekenhuizen moeten soms een driedubbele administratie voeren

verrichten. In 2012 was dat voor veel zorginstellingen bijvoorbeeld pas in november. Verzekeraars hebben geen haast met het afsluiten van dergelijke contracten. Ziekenhuizen wel, want zij moeten elke maand salarissen uitbetalen en de operatiekamers, medische apparatuur en laboratoria draaiende houden om de kosten daarvan te kunnen dekken. Daardoor is sprake van een ongelijk speelveld.

Overheid en verzekeraars leggen ziekenhuizen ook andere administratieve verplichtingen op, die duur, arbeidsintensief en ook nog eens grotendeels zorgextern zijn. Zo moeten de zorginstellingen rapporteren over de mate waarin en de wijze waarop ze voldoen aan 1700 kwaliteitsindicatoren. Daarnaast vormt de uitleg over rekeningen aan patiënten een nieuwe en aanzienlijke administratieve belasting. In het kader van transparantie en fraudebestrijding krijgen patiënten immers sinds kort rekeningen te zien voor behandelingen. Met de verhoging van het eigen risico leidt dit tot veel vragen bij ziekenhuizen (en overigens ook bij verzekeraars). Dus moeten er weer extra administratieve medewer-

kers worden aangenomen om deze vragers en klagers te helpen.

Daarbij zijn de financiële risico's van ziekenhuizen sterk toegenomen, doordat ze de 'kapitaallasten' sinds kort zelf moeten betalen. Waar de overheid tot een aantal jaar terug de gebouwen zelf bekostigde, moeten de kosten nu geheel uit behandelingen gefinancierd worden. Bij een gewoon bedrijf bepaalt de vraag uit de markt hoeveel je kunt produceren en kun je dus investeringen doen op basis van vraagprognoses. In de zorg is dat onmogelijk doordat niet de vraag maar de minister en de verzekeraars de toegestane productie bepalen.

Met zoveel onzekerheid en turbulentie kunnen accountants eigenlijk niet met goed fatsoen verklaren dat alles onder controle is. Ze hebben dit in het voorjaar van 2014 ook ingezien en hebben massaal geweigerd accountantsverklaringen af te geven. Het probleem ligt bij overheid en verzekeraars, maar accountants leggen hiermee de verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen.

In plaats van de overheid ter verantwoording te roepen dat men door de wirwar van regeltjes geen deugdelijk werk meer kan afleveren, worden ziekenhuizen daarmee met nog een probleem opgezadeld. Zonder accountantsverklaring is de kans namelijk groot dat banken meer rente over de leningen gaan vragen, waardoor die ineens duurder worden. Kortom: grillig en ondoorzichtig beleid van overheid en verzekeraars leidt slechts tot slapeloze nachten en forse kostenstijgingen bij zorginstellingen. Hier mist een machtige partij die de minister en verzekeraars tot de orde kan roepen.

Van machtsevenwicht door marktwerking is dus totaal geen sprake. Verzekeraars zijn oppermachtig, terwijl de NZa en de minister ook nog een behoorlijke vinger in de pap hebben. Alle drie gebruiken de premiebetaler als mascotte – 'wat wij doen is goed voor de mensen, want lekker goedkoop' – om de zorgverleners, zorginstellingen en patiënten voor het

Evelien Tonkens *Tijd voor een links antwoord op marktwerking in de zorg*

blok te zetten en de mond te snoeren. De premiebetaler ('consument') als woordvoerder voor de gezonde mensen ontnemt patiënten de legitimiteit en ruimte om hun stem te verheffen.

De toekomst zonder links alternatief

Rechts voert dus ongehinderd de eigen agenda uit. De toekomstvisie is duidelijk: meer markt en wantrouwen jegens zorgverleners en patiënten, en ruim baan voor de verzekeraars en aandeelhouders. Links heeft vooralsnog echter geen verhaal. Dat zo'n alternatief er moet komen, is duidelijk. Niet alleen vanwege de rechtse dominantie van marktwerking, maar ook omdat er de komende jaren in de curatieve zorg grote veranderingen op stapel staan. We staan aan de vooravond van majeure veranderingen in het ziekenhuislandschap. Te vrezen valt een herhaling van eind vorige eeuw, toen de politiek hierop te laat, te populistisch, te ad hoc en te grillig reageerde. Om dat te voorkomen is het zaak juist nu, in relatieve rust, de ontwikkeling van de ziekenhuiszorg te overdenken en daarin een strategie te bepalen.

Ziekenhuizen zullen zich onder druk van een curieuze cocktail van marktwerking en kwaliteitsbeleid meer gaan specialiseren. Zowel (wetenschappelijke) beroepsverenigingen van artsen zelf als overheid en verzekeraars sturen aan op specialisatie en concentratie van ziekenhuiszorg. De belangrijkste reden hiervoor is kwaliteitsverbetering. De risico's op complicaties en medische fouten zijn groter, wanneer een ziekenhuis met gecompliceerde behandelingen weinig -recente- ervaring heeft. Omgekeerd verkleinen de risico's, wanneer men er routine in opbouwt. Daarom wordt bij steeds meer gecompliceerde behandelingen de voorwaarde van een minimum aantal behandelingen per jaar gesteld. Dit quotum gaat bovendien jaarlijks omhoog en zal naar verwachting blijven stijgen.

Vanuit kwaliteitsoogpunt bekeken is dit

een goede ontwikkeling, die zal bijdragen aan het tegengaan van medische missers en onnodige sterfte. Deze ontwikkeling drijft ziekenhuizen echter wel in elkaars armen. Om aan deze eisen te kunnen blijven voldoen moeten veel ziekenhuizen namelijk groter worden, en dat kan alleen via fusies en overnames. Deze tendens wordt nog eens aangevuurd door de dure medische technologie. Apparatuur zoals PET-MRI-scans zijn alleen rendabel als deze veel gebruikt worden. Kleine ziekenhuizen trekken hiervoor vaak te weinig patiënten. In combinatie met de komst van een veel nieuwe medisch-technologische apparatuur - die grotendeels al ontwikkeld is en alleen nog wacht op goedkeuring - zal de noodzaak tot concentratie alleen maar groter worden.

Schaalvergroting lijkt dus onvermijdelijk. Terwijl tot voor kort een adherentie-gebied van 200.000 à 300.000 patiënten als een goede basis voor een ziekenhuis gold, schuift deze norm momenteel op naar 500.000 à 600.000. In de medische wereld wordt dan ook verwacht, dat de komende jaren minstens de helft van de ziekenhuizen zal verdwijnen door fusie, overname of faillissement. Zonder marktwerking had men over dit alles onderling afspraken kunnen maken, maar in het huidige stelsel moet het via concurrentie uitgevochten worden.

Drie scenario's voor noodzakelijke specialisatie

Het adviesbureau Boston Consulting Group (BCG) heeft becijferd dat uit kwaliteitsoogpunt 15% van de behandelingen op slechts een derde van de huidige ziekenhuislocaties geconcentreerd moet worden. Dit betekent dat deze behandelingen in de overige ziekenhuizen zullen verdwijnen. Tegelijkertijd moeten de specialismen, om die overige 85% behandelingen te blijven verrichten, wel volwaardig blijven bestaan. Dit wordt 'een moeilijke puzzel', aldus BCG. Want 'wanneer een ziekenhuis bijvoorbeeld op diabetes wil

Evelien Tonkens *Tijd voor een links antwoord op marktwerking in de zorg*

focussen, zijn niet alleen internisten en diabetesverpleegkundigen nodig. Ook is er, maar in mindere mate, orthopedische en vaatchirurgische zorg nodig' (p.27-8). De vraag is dus welke plek je deze 'tweede orde specialisten' wilt geven, of die plek bij verschillende ingrepen hetzelfde is en of de specialisten in kwestie zo'n rol op het tweede plan überhaupt willen spelen.

BCG schetst drie mogelijke scenario's voor die noodzakelijke specialisatie. Ten eerste via overheidssturing, waarbij de overheid op landelijk niveau het ziekenhuislandschap opnieuw intekent. BCG acht deze beleidslijn niet erg waarschijnlijk, omdat zulke keuzes bij artsen geen draagvlak zullen hebben. De auteurs achten het echter wel 'wenselijk dat de overheid deze rol blijft vervullen en wellicht zelfs uitbreidt' met garanties voor kwaliteit en het vaststellen van locaties voor topklinische en academische zorg.

Daarnaast is er de mogelijkheid dat ieder ziekenhuis zijn eigen keuzes maakt. 'Na verloop van tijd zal, gedreven door competitie, een nieuw zorglandschap ontstaan' (p.25). Dit is min of meer het scenario van dit moment. Maar dat heeft 'enkele grote nadelen': ziekenhuizen in dezelfde regio zullen deels dezelfde keuzes maken, waardoor overcapaciteit ontstaat. Hierdoor kunnen zij onmogelijk de gewenste verdriedubbeling van het volume van die behandelingen bereiken. Een ander gevaar is dat geen enkel ziekenhuis in één regio een bepaalde behandeling selecteert en die zorg daar dus ontbreekt.

Het derde scenario is regionale afstemming, waarbij ziekenhuizen en maatschappen binnen een bepaalde regio met elkaar in gesprek gaan en afspraken maken over verdeling en samenwerking. Deze visie geniet de voorkeur van de auteurs, aangezien dit hun het meeste werk oplevert. Het is echter moeilijk voorstelbaar hoe de elkaar op leven en dood beconcurrerende ziekenhuizen en maatschappen in een goed gesprek van concurrentie afzien, vredig de essentiële taken verdelen en

vervolgens gaan samenwerken. Hier mist overheidssturing.

Dit scenario heeft volgens BCG wel een aantal voorwaarden, namelijk dat de zorg voldoende bereikbaar blijft, dat de concurrentie per behandeling niet wegvalt en dat het zorgaanbod binnen elke regio en elk ziekenhuis consistent is (p.26-7). Dit soort voorwaarden kan alleen de overheid regelen.

De politiek zal zich hier hoe dan ook over moeten uitspreken. Gebeurt dit niet, dan gaan we door met het tweede scenario: een harde concurrentiestrijd, waarin ten aanzien van sommige behandelingen overcapaciteit ontstaat en dure, door iedereen aangeschafte technologie nauwelijks gebruikt wordt. Tegelijkertijd zullen sommige behandelingen te weinig worden aangeboden, waar we vanwege het gebrek aan zicht op de onafhankelijk opererende ziekenhuizen bovendien te laat achter zullen komen, met als gevolg wachtlijsten. Daarnaast gaat in deze concurrentiestrijd minstens de helft van de ziekenhuizen verdwijnen, wat lokaal de nodige onrust zal geven en waarop vooral linkse politici bij gebrek aan visie en strategie ad hoc en populistisch op zullen reageren.

Conclusie

De rechtse agenda van meer marktwerking, en ruim baan voor verzekeraars wordt niet gehinderd door linkse oppositie. Links heeft geen verhaal. Marktwerking lijkt een succes, doordat het grillige, bemoeizuchtige en wantrouwige beleid tegenover instellingen en zorgverleners voor het brede publiek vrijwel onzichtbaar blijft. De hogere kosten worden eveneens nauwelijks opgemerkt; door kostenverschuiving van premiebetaler naar patiënt lijkt er zelfs van kostenbeheersing sprake.

Dat verzekeraars miljardenwinsten maken, terwijl patiënten cruciale behandelingen ontzegd worden, leidt niet tot massale verontwaardiging. Waarom klinkt er zo weinig protest? Als je dit aan artsen, bestuurders en

Evelien Tonkens *Tijd voor een links antwoord op marktwerking in de zorg*

managers van zorginstellingen vraagt, zeggen ze meestal dat de sector al zo in het defensief zit. De samenleving zal in hun protest vooral egoïstisch gezeur van zakkenvullers zien, zo vreest men.

De sector wordt gelukkig nog steeds gedragen door loyale en toegewijde zorgverleners. Zij zouden samen met de patiënten de spil moeten zijn van een linkse visie. Hoe versterk

je die enorme inzet en motivatie? Wat hebben patiënten (niet te verwarren met premiebetaalers) nu echt nodig? Wat kunnen we van hun ervaringen leren om de zorg te verbeteren? Hoe kan de macht van de verzekeraars worden ingeperkt en de zorg voor iedere patiënt – arm of rijk- toegankelijk blijven? Haast is geboden, want de marktwerking raast ongehinderd verder.

Literatuur

Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord

2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2011, www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/07/05/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord-2012-2015.html

Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Gezondheid, leef-*

stijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81628NE&D1=85&D2=a&VW=T

Kuunen, J.W. (2010), *Kiezen voor kwaliteit. Porfoliokeuzes van ziekenhuizen zorg voor hogere kwaliteit en lager kosten.* Boston Consulting Group. www.bcg.nl/documents/file65689.pdf

Maarse, H. (2011). *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.* Maas-

tricht: University/ZonMW Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Onderhandelingsresultaten Schippers met ziekenhuizen, medisch specialisten, zelfstandige behandelcentra, GGZ en huisartsen. Groei zorguitgaven verder teruggeschroefd, extra besparing van circa 1 miljard.* www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2013/07/16/onderhandelingsresultaten-schippers-met-ziekenhuizen-medisch-specialisten-zelfstandige-behandelcentra-ggz-en-huisartsen.html

Noten

- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers*
- 2 Zie www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance.htm
- 3 Maarse, H. (2011). *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Onderhandelingsresultaten Schippers met ziekenhuizen, medisch specialisten, zelfstandige behandelcentra, GGZ en huisartsen.*

ming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Onderhandelingsresultaten Schippers met ziekenhuizen, medisch specialisten, zelfstandige behandelcentra, GGZ en huisartsen.*

- 4 Zie www.nrcq.nl/2014/05/23/zorgverzekeraars-houden-miljarden-achter-de-hand-en-www.nu.nl/economie/3395280/zorgverzekeraars-maakten-14-miljard-winst.html
- 5 Zie www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord

Winnaars en verliezers van het nieuwe zorgstelsel

Hoe staat de zorg er acht jaar na de invoering van de geregleerde marktwerking voor? De overheid deed een stap terug; verzekeraar, consument en zorgaanbieder zouden er prima samen uit kunnen komen. Een rondgang langs patiëntenorganisaties, verzekeraars, zorgaanbieders en toezichthouders.

RENTSJE DE GRUYTER

Freelance journalist bij Mooie Verhalen

Acht jaar geleden werd een zorgstelsel van geregleerde marktwerking ingevoerd. Of het systeem zou functioneren zoals de ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bedacht hadden, was vooraf onmogelijk te voorspellen. Het zit namelijk wezenlijk anders in elkaar: het gaat uit van een machtsevenwicht van verzekeraars, zorgaanbieders (artsen, ziekenhuizen) en patiënten, dat gefaciliteerd wordt door geregleerde marktwerking. In het oude stelsel begon en eindigde alles bij de overheid: die maakte het beleid, was verantwoordelijk voor de uitvoering én voor de centen. Na acht jaar is het de vraag of het nieuwe concept in de praktijk ook werkt. Is de macht inderdaad gespreid? En voeren de zorgverzekeraars als zorginkopers wel de regie, maar krijgen zij toch voldoende tegenwicht van consumenten en zorgaanbieders? Of hebben ze daarbij toch meer de sturende, regulerende hand van de overheid nodig dan aanvankelijk werd gedacht?

Die vragen kunnen niet worden beantwoord zonder eerst te kijken of de zorgverze-

kerars slagen in het realiseren van hun voornaamste taak: het beheersbaar maken van de kosten. Daarna komt ter sprake hoe de verhouding is tussen hen en de partijen bij wie zij zorg inkopen, zoals huisartsen, medisch specialisten en ziekenhuizen. Hebben zij inderdaad te veel macht gekregen, vooral ten opzichte van kleinere zorgaanbieders, zoals je vaak hoort? Of is machtsoverwicht geoorloofd zolang de consument daarvan profiteert?

Als we het toch over de consument hebben: heeft die de invloed gekregen die vooraf was beloofd? En is het daarvoor voldoende dat hij elk jaar van verzekeraar kan veranderen? Of is het voor de 'balance of power' cruciaal dat hij zijn eigen ziekenhuis en medisch specialist kan blijven kiezen? Een actuele kwestie nu VWS een wetswijziging heeft ingediend die al door de Tweede Kamer is goedgekeurd. Als de Eerste Kamer ook akkoord gaat, bepalen verzekeraars voortaan welke artsen of ziekenhuizen zij een contract geven en wie zij uitsluiten. Dat beperkt de vrije artsenkeuze van de consument.

Rentsje de Gruyter *Winnaars en verliezers van het nieuwe zorgstelsel*

Zorgverzekeraars: goede kosten-beheersers?

Volgens Frank de Grave is helder wat het kabinet-Balkenende II voor ogen stond bij invoering van het huidige stelsel: kostenbeheersing. De Grave was destijds de eerste voorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), in 2006 opgericht om toezicht te houden op de nieuwe markt. 'Destijds namen de zorguitgaven jaarlijks zeven procent toe,' legt hij uit. 'Het Centraal Planbureau had uitgerekend dat als we een zorgstelsel wilden houden dat ook in 2040 nog betaalbaar was en dat burgers gelijke toegang bood tot goede zorg, de uitgaven voortaan jaarlijks nog hooguit 2,5 procent mochten stijgen.'

Om dat te bereiken kregen de zorgverzekeraars vanaf 2006 de regie: zij moesten voortaan alle zorg inkopen. Tegelijk werd de verantwoordelijkheid voor het stelsel gespreid over drie partijen. Verzekeraars, zorgaanbieders en consumenten zouden gezamenlijk voor evenwicht moeten zorgen en elkaar op basis van transparante informatie over de kosten en kwaliteit van de zorg moeten aanzetten tot verantwoorde keuzes. De overheid zou naar de achtergrond verdwijnen, al bleef voor haar een belangrijke taak weggelegd als regulator van de marktwerking, door middel van wetten en regels. Ook bleef zij eindverantwoordelijk voor toezicht op het nieuwe systeem, bijvoorbeeld door te controleren of onafhankelijke toezichthouders als de NZa hun werk goed doen.

Als De Grave het huidige stelsel moet beoordelen op zijn taak als kostenbeheerser, vindt hij het een succes. 'De totale zorgkosten groeien veel minder hard dan vóór 2006, de laatste jaren zelfs minder dan 2,5 procent per jaar,' zegt de huidige voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten en Eerste Kamerlid voor de VVD. Hij wijst erop hoe goed de convenanten werken waarin vertegenwoordigers van de drie partijen plus de overheid sinds 2011 met elkaar afspreken hoeveel de kosten mogen stijgen. Stond in het eerste convenant

dat de totale uitgaven aan zorg het jaar erop niet meer dan 2 procent mochten stijgen, inmiddels is dat 1,5 procent, en van 2015 tot en met 2017 zelfs maar 1 procent. Tot nog toe houdt iedereen zich keurig aan die afspraken.

Maar die convenanten, vindt Erik Schut, hoogleraar gezondheidseconomie aan de Erasmus Universiteit, zijn juist het bewijs dat het nieuwe stelsel nog niet naar behoren werkt. 'De bedoeling was dat de zorgverzekeraars de regie namen: zij moesten als zorginkopers zorgen voor die kostenbeheersing. Dat is ze niet gelukt. De totale uitgaven in de curatieve zorg stegen vrolijk door na 2006. Het kantelpunt kwam pas in 2012, nadat minister Schippers van Volksgezondheid ingreep en met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan tafel ging zitten. Zij rustte niet tot het eerste convenant op tafel lag.'

Kostenbesparingen kwamen er pas nadat Schippers had ingegrepen

Hugo Keuzenkamp, econoom en directeur van het Westfriesgasthuis in Hoorn, is het met Schut eens. 'De nieuwe spelregels zijn dat VWS zich op de achtergrond houdt en niet tussenbeide komt, ook niet als de verzekeraars hun werk niet goed doen. Dan verstoort je het nieuwe rollenspel.' Maar de meningen over de precieze rol van de overheid verschillen. Ab Klink, CDA-minister van Volksgezondheid tussen 2007 en 2010, vindt het juist 'uitermate verstandig dat Schippers in deze beginfase van gereguleerde marktwerking ingrijpt als dat noodzakelijk is'. Volgens Klink, sinds begin dit jaar bestuurslid bij VGZ, een van de grootste zorgverzekeraars, is het onvermijdelijk dat er nog zwakke plekken zitten in het nieuwe systeem. 'De convenanten maskeren die en fun-

Rentsje de Gruyter *Winnaars en verliezers van het nieuwe zorgstelsel*

geren als een noodverband.' Daar is niks mis mee, vindt hij, zeker omdat de verzekeraars zulke hulp op termijn niet meer nodig zullen hebben. Ook De Grave vindt 'dat een beetje hulp best mag, al hoort het in theorie misschien niet dat de minister zich hiermee bemoeide'. De zorgverzekeraars komen immers van ver en hebben sinds 2006 een totaal andere rol dan ze gewend waren. 'Geef ze tijd om te groeien.'

Zijn de zorgverzekeraars te machtig?

De felste kritiek op de verzekeraars komt van zorgverleners als logopedisten, fysiotherapeuten en psychotherapeuten – zzp'ers of in dienst van kleine zorginstellingen. Volgens hen hebben de verzekeraars te veel macht gekregen en misbruiken ze die bij de zorginkoop. Eind mei kregen ze steun uit onverwachte hoek, toen Chris Oomen, bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar DSW uit Schiedam, een open brief schreef aan minister Schippers. Daarin zei hij dat het machtsverwicht tussen verzekeraar, zorgaanbieder en consument zoek is.

Een van de belangrijkste oorzaken daarvan is volgens hem dat vier zorgverzekeraars zo'n 90 procent van de markt in handen hebben, na vele fusies en overnames in de afgelopen twee decennia. 'In bijna elke regio hebben een of twee verzekeraars een monopolie,' zegt Oomen. 'De "Big Four" – Achmea, CZ, VGZ en Menzis – kunnen daardoor in de regio's die zij domineren eenzijdig hun voorwaarden bij de inkoop van zorg opleggen aan zorgaanbieders.' Dat resulteert volgens de NZa, die er dit jaar onderzoek naar deed, in standaardcontracten voor kleine zorgaanbieders, waarbij niet of amper over de prijs te onderhandelen valt. Bij ziekenhuizen en andere grotere partijen gaat dat anders: met hen wordt wél uitgebreid onderhandeld.

Logisch dus dat kleine zorgaanbieders het hardst klagen. Bovendien mogen verzekeraars voor bepaalde typen zorg vrij onderhandelen en legt de NZa hen sinds 2008 geen richtlijnen

of tarieven meer op. Dat geldt bijvoorbeeld bij fysiotherapie, logopedie en psychotherapie. De fysiotherapeuten verkeren wel in een heel andere situatie dan bijvoorbeeld de huisartsen. Die hebben ook veel klachten over verzekeraars, maar zij hebben een redelijk stabiel basisinkomen – ze krijgen een vast, gereguleerd bedrag per patiënt per jaar. Ook bestaat er geen overschot aan huisartsen. Dat is wel zo bij fysiotherapeuten en het ondermijnde hun machtspositie tegenover verzekeraars. Maar de doodsclap kwam toen de overheid fysiotherapie een paar jaar geleden bijna helemaal uit het basispakket haalde. Sindsdien is hun inkomen simpelweg een kwestie van vraag en aanbod, ofwel van marktwerking zonder dat die gereguleerd is.

Of de dominantie van verzekeraars over kleine zorgaanbieders een probleem is dat opgelost gaat worden, is de vraag. Oomen noemt kleine, zelfstandige zorgaanbieders 'slachtoffer van het huidige systeem' en heeft weinig vertrouwen dat dit nog verandert. 'Het is niet realistisch dat verzekeraars met duizenden individuele zorgverleners zouden moeten onderhandelen over tarieven,' vindt hij. Dat zou te veel mankracht en dus geld kosten.

Van de NZa hebben de kleine zorgaanbieders weinig te verwachten: het is onwaarschijnlijk dat die verzekeraars op de vingers gaat tikken. In een recent rapport over de zorginkoop was zij duidelijk: de inkoopmacht van de verzekeraars is 'nuttig zolang de gevolgen ten goede komen aan de consument'.

Dat is het geval: de afgelopen twee jaar daalden de premies van de basispolis, omdat verzekeraars efficiënter zorg inkochten en minder geld uitgaven. (Overigens kondigde VGZ onlangs aan de premie voor 2015 flink te verhogen.) De daling van de afgelopen twee jaar zorgde er wel voor dat zij de afspraken uit het laatste covenant konden nakomen. Je zult de NZa niet horen klagen over hun macht, zolang verzekeraars voldoende zorg inkopen en consumenten niet voor een dichte deur staan als zij medische hulp nodig hebben. Je

Rentsje de Gruyter *Winnaars en verliezers van het nieuwe zorgstelsel*

zou dus ook kunnen zeggen dat het belang van de consument het gewonnen heeft van dat van de kleine zorgaanbieders.

Want anders dan verzekeraars vaak verweeten wordt, geven zij niet zoveel uit aan hun bedrijfsvoering. Vijf procent van de inkomsten, inclusief de salariskosten van bestuursleden (die meestal veel meer dan de balkenendenorm verdienen). Dat staat op zorgverzekeraars.nl, de voorlichtingssite voor consumenten die de koepelorganisatie van zorgverzekeraars half september lanceerde. De beschuldiging dat verzekeraars geld dat zij besparen door efficiënte inkoop grotendeels toevoegen aan hun reserves, klopt evenmin. Jaarlijks gaat daar maar één procent van de inkomsten naartoe.

Grote zorgaanbieders als machtsblok: is dat erg?

Grote zorgaanbieders maken zich óók zorgen over de toegenomen macht van de verzekeraars. Dat verklaart het grote aantal fusies en overnames in die hoek van de laatste jaren. Het lijkt een probate reactie: hoe groter de zorgaanbieder wordt, des te beter zijn onderhandelingspositie. Maar nu de overnamegolf aanhoudt, maken niet alleen verzekeraars zich zorgen. Onderzoekers van de Erasmus Universiteit noemden afgelopen voorjaar in een rapport het tempo waarin bijvoorbeeld ziekenhuizen fuseren en zorgmolochs vormen een van de vier grootste problemen van het zorgstelsel. De onderzoekers, onder wie Erik Schut, verbaast het dat de toezichthouder – in dit geval de Autoriteit Consument en Markt (ACM) – alle fusies en overnames onvoorwaardelijk goedkeurt, ondanks het gevaar van kartel- en monopolievorming.

‘In sommige regio’s is de consolidatie al zo ver doorgesloten dat dat het een fait accompli is waar niets meer aan te doen valt,’ zegt Schut. Dat is volgens hem een groter probleem dan regionale dominantie van zorgverzekeraars. ‘Als de inkoper te veel macht heeft, kan

hij een lagere prijs bedingen bij aanbieders. Dat is tenminste goed voor de consument. Andersom heeft een dominante zorgaanbieder niet alleen de macht om te hoge prijzen te eisen, waardoor de kosten voor consumenten stijgen, maar loop je ook het risico dat hij zorg van mindere kwaliteit gaat leveren.’ Dat beaamt Oomen van DSW: ‘Als organisaties te groot worden en er onvoldoende concurrentie overblijft, krijgen ze geen prikkels meer om hun kwaliteit te verbeteren.’

Volgens Schut is het probleem niet dat ACM over onvoldoende middelen beschikt om fusies tegen te houden: ‘Hun instrumentarium is prima, ACM wil niet ingrijpen.’ Omdat het een onafhankelijk orgaan is dat bovendien niet onder VWS maar onder Economische Zaken valt, kan minister Schippers daar weinig aan doen. Of liever gezegd: het kan wel, maar daar is groot overheidsingrijpen voor nodig – en dat wil de liberale Schippers alleen als het echt niet anders kan. Wat ze kan doen is verordonneren dat fusies in de zorg voortaan getoetst worden door de NZa – die wél onder haar ministerie valt. ‘Als de Tweede Kamer akkoord gaat, kan de minister de NZa zelfs inlijven bij haar ministerie,’ zegt Schut. Maar de kans dat dit gebeurt is klein; zeker na de recente kritiek van de commissie-Borstlap, die het functioneren van de toezichthouder analyseerde en concludeerde dat VWS te veel invloed uitoefent op de NZa. Schippers beloofde toen beterschap en heeft nu dus weinig bewegingsruimte.

De consument: keus uit tien zwarte dozen

Is de machtsverhouding tussen zorgverzekeraar en consument wél zoals die zou moeten zijn? Voorstanders van gereguleerde marktwerking benadrukten destijds dat verzekerden de macht zouden krijgen ‘met de voeten te stemmen’, zoals dat heet, en zorgverzekeraars te corrigeren. Dat was een sterk argument, want in het oude stelsel ontbrak die invloed goeddeels. Wie in het ziekenfonds zat – de

Rentsje de Gruyter *Winnaars en verliezers van het nieuwe zorgstelsel*

meerderheid van de bevolking — had sowieso niets te kiezen. Sinds 2006 kunnen burgers vrij kiezen tussen circa 25 zorgverzekeraars, die vaak meerdere polissen aanbieden en hen niet mogen weigeren voor de basispolis.

Slechts een kwart van de bevolking heeft sinds 2006 gekozen voor een andere zorgverzekeraar

Een groot goed, maar in de praktijk maken weinig mensen er gebruik van. In 2014 stapte slechts 6,5 procent over naar een andere zorgverzekeraar en bijna driekwart van de totale bevolking deed dat sinds 2006 helemaal niet, blijkt uit cijfers van Vectis, de club die voor de zorgverzekeraars hun declaraties en data over verzekeren beheert. Directeur Wilma Wind van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) wijst erop dat ongeveer 70 procent van de bevolking een collectieve zorgpolis heeft. Dat betekent dat van de circa 1,1 miljoen Nederlanders die dit jaar van verzekeraar wisselden, de meeste die keus niet zelf maakten, uit overtuiging. Zij volgden gewoon hun werkgever, die in de meeste gevallen 'vooral wil dat de polis goedkoop is', aldus Wind.

Haar verbaast het niet dat zo weinig consumenten van hun 'stemrecht' gebruikmaken. Dat komt volgens haar niet omdat ze weinig belangstelling hebben voor hun zorgpolis. 'In 2006 was er nul transparantie, behalve over de prijs van polissen. Wat het verschil in kwaliteit was tussen verschillende polissen — geen idee. Ze konden kiezen uit tien zwarte dozen.'

Vooraf de laatste jaren is volgens Wind wel verbetering geboekt. Maar de informatie over kwaliteit die verzekeren bij de selectie van een polis ter beschikking staat noemt ze 'nog steeds volstrekt onvoldoende. Er is niet zozeer

sprake van een machtsevenwicht tussen drie partijen, zoals vooraf beoogd, maar tussen twee. De verzekeraars en grote zorgaanbieders hebben het grotendeels voor het zeggen.' Dat ligt in de ogen van ziekenhuisdirecteur Keuzenkamp en VGZ-bestuurder Klink genuanceerder, maar ook zij vinden dat de consument nog onvoldoende invloed heeft.

Zij geloven echter heilig dat dit gaat verbeteren, en dat de relatie tussen verzekeraars en kleine zorgaanbieders mettertijd óók evenwichtiger wordt. Maar hoe? Het toverwoord is op het moment 'kwaliteit'. Alle partijen — en ook VWS — zijn ervan overtuigd dat bij de inkoop kwaliteit een steeds belangrijker selectie-criterium wordt. En omdat ook consumenten steeds meer informatie zullen krijgen over die kwaliteit, zal de consument op termijn echt met de voeten kunnen stemmen, denken zij.

De kwaliteitsrevolutie: oplossing in bange tijden?

Tot nog toe concentreerden verzekeraars zich bij de inkoop vooral op de prijs — het belangrijkste doel was immers de kosten omlaag krijgen. Maar sinds een jaar of twee investeren zij veel in het boven water krijgen van de kwaliteit van zorg. Makkelijker gezegd dan gedaan: veel informatie ontbreekt, omdat artsen en zorginstellingen die niet systematisch verzamelden. Zo weten verzekeraars meestal niet wat het resultaat is van wat artsen doen: van welke behandeling knapt een patiënt het beste op? Ook verschilt per ziekenhuis en per arts vaak sterk hoe hij handelt: de een gaat opereren, de ander laat dat bewust na. Dat in kaart brengen is al een gigantische klus. Laat staan om alle huisartsen en medisch specialisten op één lijn te krijgen en hen te laten uitzoeken welke richtlijnen ze als beroepsgroep voortaan volgen.

Daarmee is iedereen nu druk bezig. Zo worden vragenlijsten ontwikkeld die patiënten moeten invullen na een behandeling in het ziekenhuis. Sommige beroepsgroepen, zoals

Rentsje de Gruyter *Winnaars en verliezers van het nieuwe zorgstelsel*

oncologisch chirurgen en orthopeden, zijn al een eind op weg in het meetbaar maken van de uitkomst van hun werk en het verkleinen van de lang niet altijd rationeel te verklaren behandelingsvariatie. 'Het kost artsen gigantisch veel tijd,' benadrukt De Grave. 'Er zit een hele bureaucratie en papierwinkel omheen. Die ziet de buitenwereld niet, maar het is wel nodig om de kwaliteit van zorg transparant te maken. Maar de tijd dat een arts daarmee bezig is, kan hij niet aan patiënten besteden.'

Ruim drie kwart van de artsen vindt marktwerking in de zorg maar niks

Voor hen geldt bovendien dat niet alleen de verzekeraars maar ook de toezichthouders NZa en ACM allerlei regels opleggen die de nodige administratie vergen. Dat verklaart wellicht deels waarom zoveel artsen negatief zijn over het nieuwe systeem: ruim driekwart vindt dat de marktwerking in de zorg afgeschaft moet worden, bleek twee jaar geleden uit een enquête in vakblad *Medisch Contact*.

Verzekeraars vormen de stuwende kracht achter de kwaliteitsrevolutie. Tegelijk zijn zij beducht de druk op artsen te ver op te voeren: de administratieve rompslomp roept veel weerstand op. Deze klus kan alleen geklaard worden als artsen er ook in geloven en mee-werken, weten zij. Dat leidt er volgens Gert Westert, hoogleraar kwaliteit van zorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen toe 'dat er vooral gepraat wordt en snelle vooruitgang nodeloos lang op zich laat wachten'. Dat kunnen de verzekeraars doorbreken, zegt hij, door de data waarover zij beschikken vrij te geven. Al jaren is hij bezig een 'nationale zorgatlas' samen te stellen waarin de regionale verschillen staan in medische behandeling, en de kos-

ten en effectiviteit daarvan. Bij Vectis ligt een belangrijk deel van de benodigde data: de declaraties van alle zorgaanbieders en artsen. Maar verzekeraars stellen die volgens Westert amper beschikbaar.

Hij heeft nu de krachten gebundeld met de NPCF, voor wie hij dit jaar de praktijkvariatie en beste behandeling in kaart brengt van zeventien veelvoorkomende aandoeningen, zoals staar. Uiteindelijk wil de NPCF op zorgkaart-nederland.nl zo'n overzicht voor alle ziektes waarvan de behandeling sterk varieert. Op deze consumentensite verzamelde zij de afgelopen vier jaar ruim 187.000 recensies van patiënten over hun ervaringen met artsen en zorginstellingen. Maar de 52-jarige Westert vreest dat 'als het in dit tempo blijft gaan, dat niet voor mijn pensioen lukt'. Navraag leert dat de verzekeraars – waaronder VGZ – de data bij Vectis zelf ook willen gebruiken voor eigen, online consumenteninformatiesystemen. Maar het duurt lang, zegt bestuurslid Klink, voordat VGZ de data kan ontsluiten. Eerst wil hij bij zorginstellingen nagaan waarom zij bepaalde operaties bijvoorbeeld vaker uitvoeren, of hogere kosten rekenen dan andere ziekenhuizen. 'Al met al duurt het nog wel tien jaar voor de kwaliteit van zorg werkelijk meetbaar en transparant is,' denkt Keuzenkamp. Lang dus. Hij gelooft wel dat verzekeraars nu zoveel doen dat de zoektocht naar transparantie en kwaliteit niet zal stranden. De NPCF noemt dit zelfs 'een onomkeerbaar proces'.

Power to the people of de consument als speelbal?

Of consumenten werkelijk aan macht winnen als zij meer informatie krijgen over de kwaliteit van zorg, is maar de vraag. Zullen zij als het zover is die informatie ook gebruiken en dan wél de moeite nemen polissen van verzekeraars te vergelijken? Eén ding is zeker: als burgers zo weinig blijven overstappen naar andere verzekeraars als de afgelopen acht jaar, blijft hun macht beperkt en kunnen zij verze-

Rentsje de Gruyter *Winnaars en verliezers van het nieuwe zorgstelsel*

keraars maar gedeeltelijk corrigeren. Keuzenkamp heeft er nauwelijks vertrouwen in: 'Ook hoger opgeleiden zullen die nauwelijks gaan gebruiken, zeker als ze die van de verzekeraars krijgen. Want die wantrouwen ze.'

Daarom heeft hij weinig moeite met de aanpassing van de Zorgverzekeringswet, die consumenten vanaf 2016 het recht ontnemt om met een standaardpolis zelf een specialist of ziekenhuis te kiezen. Gezien de passieve houding van de meeste burgers is hun zorgverzekeraar de beste zaakwaarnemer, denkt Keuzenkamp.

Een onzinnige gedachte volgens zorgverzekeraar Oomen: 'De bedoeling van de Zorgverzekeringswet was in 2006 juist dat de verzekerde meer keuzevrijheid kreeg.' Dat de minister die wet nu heeft aangepast, vindt hij een slecht teken. Begin juni keurde de Tweede Kamer de wetswijziging goed, nu is de Eerste Kamer aan zet. Zegt die ook 'ja', dan mogen zorgverzekeraars voortaan selectief contracten aanbieden aan zorginstellingen en artsen. In hun polisvoorwaarden staat vaak al dat ze zich dat recht voorbehouden, maar in de praktijk doen ze het amper — aangezien ze nog slecht kunnen vergelijken in hoeverre de kwaliteit van zorg verschilt tussen ziekenhuizen en artsen. Maar dat is een kwestie van tijd.

Grote verontwaardiging over de voorgestelde wetswijziging bleef uit. Er was een demonstratie, georganiseerd door huisartsen, maar echt storm liep het daar niet. Daarna liet de Tweede Kamer het wetsvoorstel aanpassen, zodat burgers hun huisarts wél mogen blijven kiezen, waarmee voor deze beroepsgroep de kous af was. Voor medisch specialisten is de wetswijziging evenmin een heikel punt, volgens ingewijden omdat zij niet verwachten dat de maatregel hen financieel schaadt. Zij zouden denken dat de patiënten evengoed wel komen, omdat verzekeraars alle ziekenhuizen en klinieken contracteren — tot nu toe althans. Volgens De Grave ziet de Orde van Medisch Specialisten het afschaffen van de vrije artsenuitvoering 'niet als inperking van de consumenten-

macht. Burgers die daar moeite mee hebben, kunnen toch voor een paar euro meer een restitutiepolis nemen? Die vergoedt nota's van alle zorgaanbieders.'

Maar zo simpel ligt het volgens Oomen niet. Vooral kleinere zorgaanbieders zullen omvallen als een in hun regio dominante verzekeraar hun geen contract meer aanbiedt, zegt hij. 'Het gevolg is dat er een schraler aanbod overblijft — óók voor de restitutiepolis,' zegt Oomen. 'En als de wetswijziging door de Eerste Kamer komt, zullen nog meer zorgaanbieders gaan fuseren, uit angst om bankroet te gaan. De spelers die overblijven worden dus steeds groter.'

Oomens voornaamste bezwaar is dat zorgverzekeraars dit extra wapen van selectief contracteren niet nodig hebben om kwalitatief goede zorg af te dwingen. 'Daar hebben we al genoeg andere middelen voor. We kunnen artsen bijvoorbeeld meer of minder betalen, afhankelijk van de kwaliteit die ze leveren. En we kunnen controleren of zorg doelmatig is of gepast.' Maar Oomen lijkt een roepende in de woestijn. Afgezien van hem geloven alle zorgverzekeraars dat zij de strijd om transparantie en kwaliteit niet kunnen winnen zonder strengere sancties. Schut is het daar mee eens: 'Als zij zorgaanbieders geen contract hoeven te geven, is dat de ultieme stok achter de deur.'

Nieuwe kansen voor kleine zorgaanbieders?

Voorstanders van selectieve contractering geloven dat kleine zorgaanbieders er juist op vooruitgaan en meer invloed krijgen als het plan doorgaat. 'Als we straks bij de inkoop de kwaliteit van zorg kunnen meewegen, hebben we meer aanknopingspunten om artsen of ziekenhuizen die goed werk leveren beter te belonen,' zegt Klink.

Zo zijn er meer mogelijkheden om de balans te herstellen tussen verzekeraar en kleine aanbieder. Dat dit gebeurt, zegt hij 'wel van belang te vinden'.

Rentsje de Gruyter *Winnaars en verliezers van het nieuwe zorgstelsel*

Hij kan zich ook voorstellen dat verzekeraars aparte tarieven introduceren voor zorg die zorgvuldige beslissingen over een behandeling stimuleren. 'Zoals voor artsen die patiënten zorgvuldig voorlichten of voor collegiaal overleg over een patiënt.' Nu worden zij alleen betaald voor uitgevoerde behandelingen, wat tot onnodige zorg en onnodige kosten leidt.

Klink lijkt het de verantwoordelijkheid van de verzekeraars te vinden — als regisseurs van het stelsel — om iets te doen aan de scheefgetrokken verhouding en geringe invloed van kleine zorgaanbieders. 'Zij hebben toch beperkte mogelijkheden om zich te organiseren en gezamenlijk op te trekken bij onderhandelingen,' zegt hij. Hij doelt op de beperkingen die de NZa stelt. De toezichthouder deed in 2010 een inval bij de Landelijke Huisartsenvereniging en legde die later een megaboete op wegens (onder andere) kartelvorming.

Anderen denken dat kleine zelfstandigen zoals fysiotherapeuten en huisartsen zich zelf meer in moeten spannen om hun macht te vergroten. 'Ik ben ervan overtuigd dat er organisatievormen te bedenken zijn die de NZa wél toestaat,' zegt Keuzenkamp. 'Bijvoorbeeld een die lijkt op de franchiseformule.' Zo zou-

den huisartsen twee vliegen in één klap kunnen slaan: 'Ze zouden dan ook de administratieve lasten kunnen delen die zijn toegenomen door het nieuwe stelsel.' Maar of het ervan komt, weet hij niet. 'Ze moeten wel bereid zijn om ook financieel te investeren in zo'n samenwerking. En het werkt ook niet als ze in elk opzicht aan hun zelfstandigheid vasthouden en elke huisartsenpraktijk zijn eigen iT-systeem wil houden.'

Huisartsen zouden een voorbeeld kunnen nemen aan de tactische zetten van de medisch specialisten: die vormden de afgelopen jaren in rap tempo 'regiomaatschappen' met collega's in andere ziekenhuizen. Zo is het voor zorgverzekeraars en ziekenhuisbestuurders moeilijker geworden hen financieel tegen elkaar uit te spelen, en staan zij sterker bij onderhandelingen. Als die zet iets leert, dan wel dat het nog steeds mogelijk is de balance of power in eigen voordeel te verschuiven — zelfs al sta je tegenover Goliath. Maar of de kleine zorgaanbieders en consumenten erin zullen slagen hun invloed te vergroten, is de vraag. Voor consumenten is het om te beginnen te hopen dat de NPCF een sterke lobby opzet bij de Eerste Kamer, en zich hard maakt voor behoud van de vrije artsenkeuze.