



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Samen kom je verder

De eerste lijn en de GGZ over mededinging in de zorg

Samen kom je verder

De eerste lijn en de GGZ over mededinging in de zorg

In de debatten tijdens de rondgang over het mededingingstoezicht in de zorg gaat het vooral over de onmacht die veel beroepsbeoefenaren zeggen te ervaren in de relatie met de grote zorgverzekeraars en, in mindere mate, de zorggroepen. Tegelijkertijd blijkt dat zorgaanbieders die samenwerken verder komen. Ook blijkt dat het mededingingstoezicht samenwerking en innovatie niet in de weg staat. Een verslag van vier discussieavonden met zorgaanbieders uit de eerste lijn en GGZ en zorgverzekeraars.

Minister Schippers wil weten of het mededingingstoezicht in de zorg een obstakel vormt voor gewenste samenwerking in het belang van de patiënt en innovatie en is hierover in gesprek gegaan met bestuurders en professionals uit het veld. In totaal zijn er zes bijeenkomsten geweest, waarvan vier met vrije beroepsbeoefenaren uit de eerste lijn en GGZ-instellingen en twee met specialisten en bestuurders uit de tweede lijn. Op de bijeenkomsten waren ook de zorgverzekeraars vertegenwoordigd, alsmede de toezichthouders NZa en ACM en het ministerie van VWS. Minister Schippers was aanwezig op de eerstelijns bijeenkomst in Amsterdam en de tweedelijns bijeenkomst in Den Haag. De andere bijeenkomsten vonden plaats in Den Bosch, Utrecht en twee keer in Zwolle.

Het mededingingstoezicht lijkt op zichzelf geen belemmering te vormen voor samenwerking en innovatie. Op de bijeenkomsten gaat het dan ook over meer dan alleen mededinging. De ervaren macht van de grote zorgverzekeraars is op alle bijeenkomsten het meest besproken onderwerp. Zelfstandige zorgprofessionals in de eerste lijn geven uitdrukking aan hun gevoelens van machteloosheid. Zij zoeken naar een betere balans tussen de macht van de zorgverzekeraar en de macht van de individuele beroepsbeoefenaren. Zij vragen om de steun van de toezichthouders om daarin mee te denken.

Dit is ook meteen het grote verschil met de bijeenkomsten met de tweede lijn. Die hebben een andere dynamiek. Zorgaanbieders in de tweede lijn opereren op een andere schaalgrootte en staan daardoor sterker in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar.

De eerstelijners zeggen dat er van gelijkwaardige contractonderhandelingen met zorgverzekeraars geen sprake is. De zorgverzekeraar gaat niet met elke beroepsbeoefenaar in gesprek over zijn geleverde kwaliteit, zijn plannen voor het komende jaar en zijn doelmatigheid. In hoeverre koopt een zorgverzekeraar dan in op basis van kwaliteit? Omdat er vele tienduizenden beroepsbeoefenaren zijn in Nederland en een fysiek gesprek met al deze beroepsbeoefenaren apart daardoor onmogelijk is moeten hiervoor oplossingen worden gezocht. Sommige deelnemers noemen de positie van de zorgverzekeraar een vorm van aanmerkelijke marktmacht en begrijpen niet waarom de toezichhouders hier niet op ingrijpen.

Hierin schuilt een cruciaal misverstand. Vertegenwoordigers van de NZa leggen uit dat zij zich bij het toezicht houden laten leiden door het publieke belang van betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor de patiënt. Oftewel: het consumentenbelang. De NZa geeft aan dat er geen aanwijzingen zijn dat de inkoopmacht van verzekeraars het consumentenbelang bedreigt. De NZa publiceert goed contracting practises voor professionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars om beter voorbereid het onderhandelingsproces in te gaan. Daarnaast zegt de NZa toe komend jaar eerder beleidsregels te publiceren.



Spraakverwarring

Terug naar de vraag of zorgverzekeraars kleine zorgpartijen benadelen. In de discussies worden hierop enkele belangrijke nuances aangebracht. Bijvoorbeeld: niet iedere zorgverlener is even ontevreden. In de relatie met een zorgverzekeraar bestaan tussen de disciplines grote verschillen. Een huisarts en apotheker hebben een andere positie dan een oefentherapeut, doordat ze veelal een langdurige relatie hebben met hun patiënten. Verder blijken samenwerkende eerstelijners over het algemeen een betere positie te hebben ten opzichte van zorgverzekeraars dan de zelfstandigen.

Ook de positie van de zorgverzekeraars kan verschillen. Restitutieverzekeraars laten een ander geluid horen dan de natura-verzekeraars, doordat zij veelal wel bereid zijn het maximum NZa-tarief te betalen, terwijl natura-verzekeraars een lager tarief bedingen.

Sommigen stellen de vraag of de sterke positie van met name de preferente zorgverzekeraar, de verzekeraar met het grootste aandeel verzekerden in een regio, nog wel in het belang is van de verzekerden. De NZa geeft aan dat zij tot dusver geen concrete aanwijzingen heeft dat kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg in het geding zouden zijn. Wel is waakzaamheid geboden. De NZa laat weten iedere melding van machtsmisbruik serieus te nemen.

Op alle bijeenkomsten is een toelichting nodig geweest op het verschil tussen de publiekrechtelijke basisverzekering, die democratisch tot stand komt, en de privaatrechtelijke aanvullende verzekering, waarin zorgverzekeraars de vrije hand hebben. Belangrijk voor het begrip van de discussie is dat de professionals uit de eerste lijn vragen hebben over de werking van het zorgstelsel en de rol van de zorgverzekeraar. Vertegenwoordigers van VWS, ACM en NZa lichten toe dat zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de gunst van de verzekerde en daarom in het belang van die verzekerden dienen in te kopen. Wanneer een zorgverzekeraar ten behoeve van zijn verzekerden door een stevige positie ten opzichte van de zorgaanbieder een betere prijs-kwaliteit kan afspreken, is dat volgens de toezichthouders dan ook juist wenselijk. Belangrijk is dat in het systeem zoals we dat hebben afgesproken een verzekeraar extra kwaliteit of service kan vragen voor zijn verzekerden. Veel beroepsbeoefenaren zijn niet gewend zichzelf aan te prijzen of zijn van mening dat hun beroepskwalificatie voldoende moet zijn. Ook hier moet worden gezocht naar wegen die objectief en efficiënt aangeeft wat de beroepsbeoefenaar biedt en kan bieden en wat de verzekeraar verlangt.



Samen kom je verder: samenwerken is goed mogelijk

Sommigen stellen de vraag of zorgaanbieders zichzelf niet tekort doen? Zij kunnen zich namelijk wel degelijk sterker positioneren in de relatie met de zorgverzekeraar.

Een aantal zorgaanbieders ervaart dat een bagatel van maximaal acht ondernemingen geen soelaas biedt. Het is in hun ogen nog steeds te klein om door de zorgverzekeraars te worden gezien als onderhandelingspartij. Ook de maximale gezamenlijke jaaromzet van 1,1 miljoen euro vinden zij te laag. Enkele zorgverzekeraars geven aan geen bezwaar te hebben tegen grotere verbanden van zorgaanbieders. Wellicht is hier een andere maatvoering wenselijk.

Toch hebben zorgaanbieders in de eerste lijn meer mogelijkheden om samen te werken dan ze in eerste instantie denken. Enkele goede voorbeelden komen ter sprake. Zoals PACT, een coöperatie van niet-concurrerende apothekers, waaraan zelfs concurrenten kunnen deelnemen, zolang patiënten en zorgverzekeraars hiermee instemmen. Of klankborden waarin zorgaanbieders gezamenlijk met de zorgverzekeraar overleggen over de taakverdeling tussen zorgaanbieders, over de noodzakelijke capaciteit en zelfs over de kostprijzen in een bepaalde regio om aan een aanbod te kunnen voldoen. Ook hier weer onder de voorwaarde dat patiënt en zorgverzekeraar het laatste woord hebben. Sommige medici geven aan hun patiënten te adviseren over geschikte verzekeraars – die stemmen tenslotte met hun voeten. Niets staat de zorgaanbieder in de weg deze klantbeweging te mobiliseren, mits de advisering op een objectieve wijze plaatsvindt en de zorgaanbieder de verzekerde wijst op zijn keuzevrijheid. Een ander voorbeeld is een stichting waarin zelfstandigen zijn verenigd met het doel de kwaliteit van de door hen geleverde zorg te verhogen.

Maximumtarieven, budgetplafonds en andere zorgpunten

Speciale aandacht is er voor de rol van de zorggroep. Er zijn klachten van individuele zorgaanbieders die geen contract krijgen of die vinden dat bij hen te weinig zorg wordt ingekocht om de zorgstandaard te kunnen leveren. Ook zijn er klachten over het gebrek aan transparantie over de contracten met zorgverzekeraars en de verdeelsleutel over deelnemende zorgaanbieders binnen de keten. De zorgverzekeraars moeten toezien op de risico's wanneer monopolistische zorggroepen beperkt inkopen bij de kleinere zorgaanbieders. Het is dan de vraag of die zorggroepen de voordelen van scherpe inkoop nog wel doorgeven aan de zorgverzekeraar. Verzekeraars vinden dat verzekerden gestimuleerd moeten worden om misstanden bij hen te melden, zodat zij het kunnen oppakken met de zorggroep. De NZa laat weten in de tweede helft van 2014 onderzoek te doen naar de macht en het gedrag van zorggroepen.

Een ander punt van zorg zijn de maximumtarieven die de NZa vaststelt. Sommige aanbieders lijken over het hoofd te zien dat het hier gaat om een maximumtarief, niet om een vast tarief. De NZa geeft aan dat het zorgverzekeraars vrij staat een lager tarief uit te onderhandelen. Anderen uiten hun principiële bezwaar tegen het regulerende karakter van een maximumtarief. Zorgverzekeraars gaan onder het tarief zitten en dat heeft volgens sommigen “kaalslag” tot gevolg. De NZa zegt hiervan echter geen concrete aanwijzingen te hebben, maar zegt in te grijpen als kwaliteit en toegankelijkheid in het geding zou komen. De discussie verlegt zich naar de vraag of er wellicht sprake is van een overaanbod in bepaalde zorgsegmenten en dat daar nu een correctie plaatsvindt in de vorm van lagere tarieven. De eerstelijners vinden van niet en spreken van een “varkenscyclus”. De natura-zorgverzekeraars zeggen te sturen op prijs en met beter presterende zorgaanbieders een hogere prijs af te spreken. De aanwezige restitutie-zorgverzekeraar laat weten voor alle aanbieders het maximum tarief te vergoeden.

Ook vragen de zorgverleners aandacht voor de consequenties van een aantal stelselontwikkelingen en beleidsvoornemens. In het bijzonder de substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn en de budgetplafonds in de eerste lijn. Over de budgetplafonds is uitvoerig gesproken. Er is onduidelijkheid onder de aanbieders en het lijkt een vrij nieuw fenomeen te zijn, dat verzekeraars in hun contractering zijn gaan gebruiken. Verzekeraars stellen een financieel plafond in per aanbieder in de eerste lijn voor het aantal behandelingen dat zij mogen verrichten. Dat zou ertoe leiden dat beroepsbeoefenaren patiënten moeten weigeren en dit is volgens de professionals in strijd met het basisrecht van vrijeartsenkeuze.

Tot slot wordt nog de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) genoemd. Er zijn aanbieders die suggereren dat dit leidt tot “de afschaffing van de zorgplicht voor zorgverzekeraars”. Vanuit het ministerie van VWS wordt uitgelegd, dat het op voorhand juist meer duidelijkheid geeft aan verzekerden waarop zij recht hebben. En er zijn vragen over de relatie tussen de Zvw en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).



Wel de transparantie, niet de administratieve lasten

De controle op kwaliteit en output leidt volgens zorgaanbieders tot ongewenste bureaucratie. ‘Mijn opleiding, registratie en herregistratie en mijn patiënten borgen kwaliteit’, stelt een GGZ professional. Tegelijkertijd is er erkenning vanuit de zaal dat niet alle zorgaanbieders even goed zijn omdat ze dezelfde opleiding hebben gehad. Er zijn wel degelijk verschillen tussen zorgaanbieders en die zouden zichtbaar moeten worden. Hier heeft de zorgverzekeraar een belangrijke taak.

Zorgverzekeraars sluiten zogenaamde plus-contracten af; die “plus” zou volgens verzekeraars slaan op kwaliteit. Volgens sommige aanbieders betekent het vooral extra formulieren. De verzekeraar zet daar tegenover dat hun klanten om duidelijkheid en eenduidigheid vragen. Daarmee raakt het inzichtelijk maken van kwaliteit het thema bureaucratie.

De zorgverzekeraars zien een tendens: de verzekerde laat zich steeds minder leiden door de prijs en steeds meer door kwaliteit. Er zit een paradox in deze discussie. Zorgaanbieders willen af van het “papierwerk”, tegelijkertijd is er, ook onder de aanbieders, brede consensus over het feit dat de transparantie over kwaliteit omhoog moet. Daarvoor zijn kwaliteitsmetingen nodig en dat veronderstelt registratie en administratie. De zorgverzekeraar heeft steeds meer informatie nodig om een goed en betaalbaar zorgpakket voor zijn verzekerden in te kopen.

De zorgverzekeraars zeggen te luisteren naar het oordeel van de consument en zeggen transparant te zijn over de kwaliteitscriteria die zij zorgaanbieders stellen. De aanwezige patiëntenorganisaties bevestigen dit. Zorgverzekeraars geven ook aan dat zij onderling meer uniformiteit in de criteria nastreven. Zorgverzekeraars werken nu nog met verschillende kwaliteitscriteria, wat het lastig maakt voor de aanbieders. Verzekeraars maken hierover afspraken in ZN-verband. Als voorbeeld noemen ze de somatische zorg.

Een terugkerende vraag in de gesprekken is hoe en aan welk kwaliteitscriterium de NZa toetst. Het antwoord hierop is dat zij hiervoor terugvalt op het oordeel van de IGZ. Dit gaat om verantwoorde zorg. Het staat de verzekeraars vrij om verdergaande eisen te stellen aan kwaliteit. En zij mogen dat zelf toetsen. Het Kwaliteitsinstituut zou hier veel meer eenduidigheid en transparantie in kunnen geven als zij richtlijnen en protocollen publiceert die tot stand komen met betrokkenheid van de zorgverzekeraars, die deze dan eenduidig kunnen betrekken bij hun inkoop.





Innovatie kan beter

Over de stand van innovatie in de zorg is de zaal redelijk positief en wordt geconstateerd dat het mededingingstoezicht hier geen belemmering voor vormt. Overigens valt in de discussie op dat de term innovatie gebruikt wordt als paraplubegrip voor meer dan alleen zorgvernieuwing. Ook reguliere investeringen worden soms innovaties genoemd.

Volgens de zorgprofessionals is er onvoldoende geld voor innovatie. Als het geld er wel is, is het lastig om een innovatie lonend te maken. Daardoor hebben sommige deelnemers de indruk dat goed gedrag niet beloond wordt. Iemand van de NZa merkt op dat de zorgverzekeraar inderdaad innovatie mag belonen, maar ook dat aanbieders meer moeite kunnen doen om een innovatie te verkopen aan de zorgverzekeraar.

Iemand van de NZa merkt op dat de zorgverzekeraar inderdaad innovatie mag belonen, maar ook dat aanbieders meer moeite kunnen doen om een innovatie te verkopen aan de zorgverzekeraar.

De schotten tussen de verschillende bekostigingssystemen vormen een obstakel. Zorgaanbieders vragen om meer regelvrije ruimte voor innovatieve experimenten. De proeftuinen worstelen ook met de schotten. Overigens krijgen de proeftuinen brede waardering. De NZa benadrukt de centrale rol van de zorgverzekeraars en herinnert de deelnemers aan de innovatiebeleidsregel die het mogelijk maakt nieuwe betaaltitels creëren.

Focus op het publieke belang

Uit de bijeenkomsten blijkt dat het zorgstelsel nog volop in beweging is. Voor alle partijen blijft het een zoektocht om binnen een systeem van concurrentieverhoudingen samen te werken, de prijzen laag te houden en de kwaliteit te verhogen.

Het mededingingstoezicht is niet het probleem. Dat het altijd beter kan, blijkt ook uit deze bijeenkomsten, maar de toezichthouders zijn transparant en staan open voor de dialoog. De actieve inzet van NZa en ACM om eventuele verwarring en misverstanden weg te nemen wordt zeer gewaardeerd.

In de bijeenkomsten komt naar voren dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars op het oog veelal tegengestelde belangen hebben. VWS, ACM en NZa benadrukken dat uiteindelijk één gemeenschappelijk publiek belang gediend wordt door alle partijen, en dat is goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor de patiënt. Hiervoor is de inzet, vertrouwen en creativiteit nodig van alle betrokken partijen.



Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Tekstschrijver

[...], aldus Loos

Fotografie

Ruud Gort

juli 2014