

Vergaderjaar 2014–2015

**34 169**

## **Initiatiefnota van het lid Ellemeet «Zorg in evenwicht. Keuzevrijheid centraal»**

**Nr. 2**

### **INITIATIEFNOTA**

#### **1. Inleiding**

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn grote beloften gedaan en verwachtingen gewekt bij zowel verzekerden als patiënten. In het nieuwe zorgstelsel zou de basisverzekering voor iedereen toegankelijk zijn, zouden zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling concurreren op kwaliteit en zou de verzekerde of patiënt voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders centraal staan. Dat verzekerden kunnen stemmen met de voeten, zou zorgverzekeraars een stimulans bieden om zich van elkaar te onderscheiden op kwaliteit en aanbod.

Toch staan we anno 2015 nog ver af van deze verwachtingen. Er is weinig vertrouwen tussen de betrokken partijen in de zorg. Patiënten en verzekerden vertrouwen hun verzekeraar niet en verzekeraars en zorgverleners vertrouwen elkaar niet. De kosten staan centraal bij inkoop van zorg in plaats van de kwaliteit en desondanks is de zorg in Nederland bovengemiddeld duur. Daarnaast is er voor patiënten en zorgverzekeraars nog weinig inzicht in de kwaliteit van de aangeboden zorg. De vrijheid van verzekerden om een polis te kiezen lijkt nu vooral nog op schijnkeuzevrijheid, omdat de polissen en zorgverzekeraars moeilijk op inhoud te onderscheiden zijn. Polissen worden gekozen op basis van prijs en niet op basis van kwaliteit. Zorgverzekeraars lijken een steeds groter machtsblok te vormen ten opzichte van de aanbieders en hebben te kampen met een groot legitimiteitsprobleem. Zorgaanbieders zijn een groot deel van hun tijd kwijt aan bureaucratie door de vele uiteenlopende contracteisen en invuldocumenten van zorgverzekeraars en gemeenten. Patiënten voelen zich in het krachtenveld van de zorg niet, of nauwelijks gehoord.

Eén van de meest fundamentele principes van het stelsel is vanaf de start veronachtzaamd: voor een goed werkend zorgstelsel heb je drie sterke partijen nodig. De zorgverlener, de patiënt dan wel verzekerde en de zorgverzekeraar zijn alle drie nodig, om de juiste zorg tegen de beste prijs te hebben. De patiënt en zorgverlener stellen vast wat goede zorg is. De verzekerde houdt de zorgverzekeraar scherp op het inkoopbeleid en het aanbod van zorgpolissen. De zorgverzekeraar en zorgverlener zijn

verantwoordelijk voor een goed en verantwoord aanbod van zorg en een deugdelijke financiering. Iedere partij draagt een eigen eindverantwoordelijkheid en voert daarop de regie. Bij de juiste machtsbalans van deze partijen, herstelt het vertrouwen in het zorgstelsel en draait het om goede zorg tegen een goede prijs.

De afgelopen kabinetten hebben eenzijdig op kostenbeheersing gestuurd, waarbij de regierol is toegedicht aan de zorgverzekeraar. Daardoor is de driehoek van zorgpartijen uit balans geraakt, met alle gevolgen van dien. De vraag is wat we moeten veranderen, zodat het stelsel haar aanvankelijke beloftes kan waarmaken. Zijn er mogelijkheden om op kwaliteit te sturen en dus niet meer eenzijdig op de kosten? Kunnen meerdere zorgverzekeraars werken aan een «race-to-the-top» op kwaliteit in plaats van een «race-to-the-bottom» op prijs? Een geld- en energieverslindende stelselwijziging helpt ons niet verder, maar ingrijpen is wel nodig om onze gezondheidszorg tot een (groot) succes te maken.

In deze nota doet de initiatiefnemer een aantal voorstellen, welke kunnen bijdragen aan het herstel van de balans in de zorg en aan een goede inzet van de kennis en kunde van zorgverleners, patiënten en verzekerden en zorgverzekeraars.

De maatregelen in deze nota dragen bij aan het verstevigen van de randvoorwaarden van een goed functionerend zorgstelsel: patiënten en verzekerden hebben invloed en keuzemacht, zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen vanuit een gelijkwaardige positie, en kwaliteit en prijs zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden bij zorgcontractering.

## **2. Probleemanalyse**

### *2.1 Voorgeschiedenis*

In de jaren veertig werd het Ziekenfondsstelsel ingevoerd. Op grond van de Ziekenfondswet waren mensen en hun gezinsleden met een inkomen onder de loongrens verplicht verzekerd bij een Ziekenfonds. Mensen met een hoger inkomen en ambtenaren konden zich bij een particuliere verzekeraar verzekeren tegen ziektekosten.

Het Ziekenfondsstelsel bood iedereen de toegang tot een verzekering voor zorg, maar kende meerdere tekortkomingen. De steeds sneller oplopende kostenstijgingen waren een probleem. Mede dankzij de groeiende welvaart in de jaren vijftig en zestig ontwikkelde de geneeskunde zich snel, waardoor de zorgkosten snel stegen. De ziekenfondsen bekostigden de zorgaanbieders op basis van budgetfinanciering. Door de budgettering bleven de uitgaven weliswaar binnen de gestelde grenzen, maar de nadelen daarvan waren groot. De zorg verschaalde en personeelstekorten ontstonden in de zorg. Wanneer budget-plafonds bereikt waren, ontstonden wachttijden en wachtlijsten voor die zorg. Wie het zelf kon betalen of particulier verzekerd was, kon die wachtlijsten vaak wel vermijden.

Vanwege de toenmalige budgetfinanciering was er weinig bekend over de dienstverlening van zorgaanbieders en was er geen goede registratie van de kwaliteit en de uitkomsten van de zorg. Wat zich binnen de meeste zorginstellingen afspeelde was een black box, met weinig transparantie over kwaliteit en kosten van de zorg. Ook was bureaucratie een groot probleem. De onderhandelingen tussen de Ziekenfondsverzekeraars en zorgaanbieders verliepen bovendien moeizaam en werden voor een groot deel gedaan door een ministerie op afstand. Er ontstond een tweedeling tussen mensen met een ziekenfonds of particuliere verzekering. De

kostenbeheersing en solidariteit stonden onder druk. Die tekortkomingen leidden tot een stelselbesluit, met als uitkomst de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet.

## *2.2 Zorg vanaf 2006*

Een grote verandering van de Zorgverzekeringswet ten opzichte van de Ziekenfondswet, is de verplichting voor iedereen om zich bij private zorgverzekeraars te verzekeren voor de basisverzekering. De zorgverzekeraars hebben voor de basisverzekering een acceptatieplicht en een zorgplicht, zodat gewaarborgd is dat iedereen – ongeacht welke polis zij afsluiten – gelijke toegang heeft tot die verzekering en tot noodzakelijke zorg. Wie dat wil, kan zich aanvullend verzekeren voor zorg, die niet in het basispakket is opgenomen.

De wet is sinds 2006 in de kern gelijk gebleven. Wel is de no-claim inmiddels vervangen door het eigen risico, zijn steeds meer prijzen vrij onderhandelbaar voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en lopen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook meer financieel risico door de onderlinge afspraken.

Door de invoering van de Zorgverzekeringswet is er zonder meer het een en ander verbeterd. Wachtlijsten in de zorg komen niet of nauwelijks meer voor. Er is meer inzicht in de zorgkosten en er wordt meer kwaliteitsinformatie ontwikkeld. Er zijn een aantal indrukwekkende resultaten geboekt op het gebied van kostenbeheersing door de zorgverzekeraars, zoals het terugdringen van de prijzen van generieke geneesmiddelen en de daling van de vrij onderhandelbare prijzen in de ziekenhuiszorg. De groei van de zorgkosten neemt sinds kort af. Nederland scoort goed in internationale vergelijkingen, wanneer het gaat om de stand van de Nederlandse gezondheidszorg.

## *2.3 Tekortkomingen huidige stelsel*

Het Zorgverzekeringsstelsel heeft een einde gemaakt aan een groot deel van de tekortkomingen van het Ziekenfondsstelsel. Toch gaan er nog een aantal belangrijke zaken mis. Door de grote en tot nu toe eenzijdige aandacht voor kostenbeheersing, staat de zorg onder druk. Zorgverzekeraars en grote zorgaanbieders domineren het zorglandschap en gaan in hun onderlinge machtsstrijd voorbij aan de wensen en inzichten van de patiënt, de verzekerde, de individuele beroepsbeoefenaar en de kleinere zorginstelling. Goede zorg wordt nog te weinig beloond en minder goede zorg nog te weinig teruggedrongen.

### *Positie zorgverzekeraars*

De machtspositie van zorgverzekeraars is de afgelopen jaren toegenomen, onder andere door de snelle uitbreiding van vrije prijsvorming en door fusies. Inmiddels hebben vier grote zorgverzekeringsconcerns samen 90% van de verzekerdenmarkt in handen.<sup>1</sup> Toezichthouder NZa uitte onlangs zorgen over de toegenomen machtsconcentratie bij zorgverzekeraars en de gevolgen daarvan voor het stelsel.<sup>2</sup> Misbruik van de inkoopmacht kan volgens de NZa leiden tot een (te) lage kwaliteit van zorg, wanneer uitsluitend ingekocht wordt op een lage prijs en niet naar de kwaliteit van zorg gekeken wordt.

<sup>1</sup> Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt 2014 – NZa, augustus 2014.

<sup>2</sup> Stand van de zorgmarkten 2014 – NZa, november 2014.

In de afgelopen jaren is het aantal zorgverzekeraars door fusies afgenomen en is er geen enkele nieuwe zorgverzekeraar bijgekomen. Nieuwe toetreding is toegestaan, maar de toetredingsdrempels, zoals de solvabiliteitseisen van De Nederlandse Bank, de benodigde aanvangsinvesteringen, de regeldruk, de gevolgen van risicoverevening, het grote aantal collectiviteiten en de benodigde (regionale) inkoopmacht, belemmeren de toegang voor nieuwe zorgverzekeraars, zo concludeerde de NZa al in 2012.<sup>3</sup>

Inkoop op kwaliteit en voldoen aan de zorgplicht voor verzekerden horen de kerntaak te zijn van zorgverzekeraars. Verzekeraars zijn verplicht een minimum aan reserves op te bouwen, maar hebben vaak meer reserves dan vereist volgens de solvabiliteitsnormen. Steeds weer terugkerende discussies over de gewenste inzet van winsten en reserves, ondermijnt ook de legitimiteit van zorgverzekeraars. Ondertussen is er nauwelijks sprake van de beloofde toename van keuzevrijheid voor verzekerden.

#### *Positie zorgaanbieders*

De macht van zorgaanbieders is zeer wisselend. Door fusies hebben, onder andere ziekenhuizen en grote GGZ-instellingen, een groot blok kunnen vormen ten opzichte van zorgverzekeraars. Dit leidt tot een steeds grotere druk op andere instellingen om ook op te schalen en op die manier een concurrerende positie te houden. In 2014 steeg het aantal zorgfusies naar 63, in 2013 waren dat er nog 41. In de GGZ-sector is de stijging het grootst<sup>4</sup>. Patiënten krijgen te maken met steeds grotere, meer anonieme zorginstellingen.

Veel tijd en daarmee geld en energie van zorgaanbieders, gaat op aan contractonderhandelingen en contracteisen van zorgverzekeraars. Met name voor kleinere zorgaanbieders en individuele beroepsbeoefenaren, levert dit een hoop frustratie op. Het lukt hen niet een gelijkwaardige onderhandelingspositie ten opzichte van zorgverzekeraars in te nemen. Zij ervaren het inkoopbeleid van zorgverzekeraars als «tekenen bij het kruisje» en ervaren dat er weinig tot geen mogelijkheden zijn, om zelfstandig met zorgverzekeraars afspraken te maken, ook niet over kwaliteit of zorgvernieuwing. De peiling uitgevoerd door de Landelijke Huisartsenvereniging over de contractering voor 2015, wees uit dat huisartsen geen gelijkwaardige positie ten opzichte van zorgverzekeraars ervaren. Volgens hen komt er geen echt gesprek op gang en is het voor 92% van de respondenten geen optie om het contract niet te tekenen, ook niet als men het er inhoudelijk mee oneens is.<sup>5</sup> Ook de NZa signaleert dat het contracteerproces in de zorg beter kan, bijvoorbeeld door zorgaanbieders voldoende tijd te geven om te reageren op contractvoorstellen van zorgverzekeraars.<sup>6</sup> Terwijl zorgaanbieders moeite hebben om tot goed overleg met zorgverzekeraars te komen, ervaren zij tegelijkertijd ook dat zij door mededingingsregels worden belemmerd om zich te verenigen, voor het maken van afspraken met verzekeraars. De machtspositie van kleine en individuele aanbieders wordt hierdoor behoorlijk beperkt.

<sup>3</sup> Monitor toetredingsdrempels zorgverzekeringmarkt – NZa, april 2012.

<sup>4</sup> Fusies en overnames in de gezondheidszorg onderzoek 2015 – Boer&Croon, januari 2015.

<sup>5</sup> <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-erg-ontevreden-over-contact-met-zorgverzekeraar>.

<sup>6</sup> Stand van de zorgmarkten 2014 – NZa, november 2014.

In het ongelijke speelveld is de rol van de patiënt of verzekerde het meest ondergeschikt geraakt. Het zogenaamde «stemmen met de voeten» wordt vaak aangehaald, om aan te tonen dat de positie van de verzekerde er toe doet in het stelsel, dat zij keuzemacht hebben. Of de keuzevrijheid van «stemmen met de voeten» ook echt praktijk is valt te betwijfelen.

De machtspositie van verzekerden wordt deels bepaald door de mate waarin verzekerden kunnen kiezen uit verschillende polissen. In 2014 konden verzekerden kiezen uit 70 verschillende polissen voor de basisverzekering.<sup>7</sup>

Het is de vraag of dit grote aantal polissen recht doet aan de verschillende voorkeuren van verzekerden, of dat het juist wijst op een gebrek aan concurrentie en op risicoselectie, zo vraagt ook de NZa zich af.<sup>8</sup> Het feit dat slechts negen zorgverzekeringsconcerns de zorginkoop doen die de kern van de polis bepaalt, vertekent het aanbod. Negen zorgverzekeringsconcerns verdelen het polisaanbod over zesentwintig verschillende zorgverzekeraars. Elf van die zorgverzekeraars hebben hun modelpolis vervolgens bij verschillende labels ondergebracht. Dit zijn varianten van een modelpolis die onder een eigen naam worden aangeboden en die zich richten op specifieke doelgroepen, zoals jongeren of gezinnen. Het is de vraag of de polissen die onder de verschillende labels worden aangeboden inhoudelijk echt verschillen, of dat deze zich vooral onderscheiden door prijs of marketing. Met het aanbod van de basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn volgens de consumentenbond 3.500 polisvarianten mogelijk.<sup>9</sup> Dit alles maakt de zorgverzekeringsmarkt voor verzekerden onoverzichtelijk. Het grote aantal polissen leidt bovendien tot een keuze van polis op prijs en niet op inhoud. Verzekeraars worden door het ruime aanbod niet gedwongen om een scherp kwaliteitsaanbod te maken.

Een goede vergelijking tussen de verschillende polissen en voorwaarden is onder de huidige omstandigheden zo goed als onmogelijk. Omdat het lastig is een goede vergelijking te kunnen maken tussen het polisaanbod, is onafhankelijke informatie en keuzeondersteuning noodzakelijk. Helaas is de onafhankelijkheid van de verschillende vergelijkingssites, die nu in die informatiebehoefte voorzien, op zijn zachtst gezegd schimmig en is niet transparant hoe een vergelijkingssite tot een advies komt. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de juistheid van de informatie op de sites, maar hebben er zelf belang bij zo goed mogelijk uit de vergelijking te komen.

Sommige zorgverzekeraars proberen financieel aantrekkelijke doelgroepen te selecteren, bijvoorbeeld door het aanbieden van bepaalde polissen alleen via internet of door verschillen in aanmelding voor verzekerdersgroepen. De NZa kondigde daarom in november 2014 aan onderzoek te gaan doen naar risicoselectie door zorgverzekeraars, omdat ook zij signaleren dat zorgverzekeraars steeds vaker verzekerden proberen te selecteren.<sup>10</sup>

Keuzevrijheid dreigt afhankelijk te worden van inkomen en daarmee niet veel meer voor te stellen. Steeds meer mensen kiezen voor een budgetpolis, waarbij voor niet gecontracteerde zorg een aanzienlijk lagere

<sup>7</sup> Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt 2014 – NZa, augustus 2014.

<sup>8</sup> Brief NZa aan Minister Schippers, 2 december 2014.

<sup>9</sup> Er moet nader onderzoek worden gedaan naar mogelijke risicoselectie op de basispolis via de aanvullende verzekering met bijbehorende polissen.

<sup>10</sup> <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-risicoselectie-door-verzekeraars-is-ongewenst/>.

vergoeding geldt. Voor jong en gezond is dit een aantrekkelijke polis vanwege de lage premiekosten. Voor mensen met een laag inkomen is de budgetpolis een minder vrijwillige keuze, omdat zij bij polissen met meer keuzevrijheid voor (te) hoge kosten worden gesteld. Keuzevrijheid om zelf een arts te kiezen wordt daardoor steeds meer bepaald door iemands portemonnee.

Veel zorgverzekeraars bieden verzekerden een lagere premie in ruil voor een hoger vrijwillig eigen risico. Dit betekent voor jonge, gezonde verzekerden een aantrekkelijk aanbod, omdat zij verwachten geen zorg nodig te hebben en dus het eigen risico niet vol maken. Dit heeft weinig met keuzevrijheid te maken, maar komt neer op een financiële beloning in de strijd om financieel aantrekkelijke verzekerden.

Collectiviteitspolissen zouden een middel zijn om goed zorgaanbod voor verzekerdersgroepen te stimuleren. Collectiviteiten zouden als een katalysator op de zorginkoop en dus op het systeem moeten werken, omdat collectiviteiten de zorgverzekeraar sterker kunnen aansturen, aldus de onderbouwing van het amendement waarmee de collectiviteitspolis in de Zorgverzekeringswet mogelijk werd gemaakt.<sup>11</sup> Echter, de collectiviteiten verschillen met name van individueel afgesloten polissen op de bedongen premie en op gunstige betalingsvoorwaarden en niet op maatregelen gericht op gezondheidswinst of betere kwaliteit van zorg. In de evaluatie van de Zorgverzekeringswet signaleert KPMG<sup>12</sup> dat de bedongen korting nauwelijks effect heeft op de gezondheidswinst. Ook signaleert KPMG dat de korting op collectieve premies een verhoging van individuele premies tot gevolg heeft. Verzekerden met een individuele polis betalen extra premie om de korting voor de 71% van de verzekerden die via een collectiviteit verzekerd zijn te compenseren. Zonder dat dit aantoonbaar leidt tot gezondheids- of kwaliteitswinst en minder administratiekosten, want die blijken voor collectief en individueel verzekerden gelijk. Ook KPMG concludeert dat de kortingen op collectiviteiten ten koste gaan van individuele polissen. In de praktijk ondermijnen collectiviteitspolissen dus de solidariteit en leiden tot een vermindering van keuzevrijheid in de zorg.

Verzekerden hebben nauwelijks invloed op het (inkoop-)beleid van zorgverzekeraars. De RVZ heeft onlangs het advies «De stem van verzekerden» uitgebracht, waarin dit gesignaleerd wordt. Hoe meer leden, des te kleiner de invloed van individuele verzekerden, stelt de RVZ.<sup>13</sup> Dat is zorgelijk, zeker gezien het feit dat 90% van de verzekerden bij de vier grootste zorgverzekerings-concerns is verzekerd. Het is dus niet alleen de vraag hoe beperkt de invloed van de mogelijkheid tot «stemmen met de voeten» is, maar ook wat de positie van de verzekerde binnen de eigen zorgverzekeraar voorstelt.

Wat goede zorg is kan niet goed worden vastgesteld zonder het perspectief van degene voor wie de zorg bedoeld is hierbij te betrekken. Het is om die reden belangrijk dat verzekerden een stempel drukken op het beleid van zorgverzekeraars. Een geformaliseerde inbreng van verzekerden bij zorgverzekeraars is nodig. Maar de grote winst is te behalen bij het betrekken van de patiënt bij het vaststellen en toepassen van het begrip goede zorg. Het patiëntperspectief voorkomt onnodige zorg – zorg waar de patiënt geen behoefte aan heeft, dan wel de kwaliteit van leven vermindert – en vormt een aanvulling op het soms eenzijdig klassiek-medische perspectief van de zorgverlener.

<sup>11</sup> Amendement Schippers C.S. (29 763, nr. 67).

<sup>12</sup> Evaluatie Zorgverzekeringswet – KPMG, september 2014.

<sup>13</sup> De stem van verzekerden – RVZ, 2014.

Het is van belang dat patiënten samen met zorgaanbieders kwaliteitsnormen uitwerken en betrokken zijn bij de evaluatie van zorg. Het is ook van belang dat patiënten een sterke en onafhankelijke positie hebben binnen zorginstellingen.

### *Kwaliteit*

De kwaliteit van zorg staat nu veel te weinig centraal. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars concurreren nog nauwelijks op kwaliteit. Bij de inkoop van zorg speelt onderhandelen op kwaliteit nauwelijks een rol, zo wordt ook geconcludeerd in de in 2014 verschenen evaluatie van het zorgstelsel en de risicoverevening.<sup>14</sup> De NZa geeft aan dat het zwaartepunt van onderhandelingen in 64% van de gevallen bij de prijs ligt en in 14% van de gevallen bij de kwaliteit.<sup>15</sup> Dit heeft verschillende oorzaken. Zo zijn er nog te weinig uniforme kwaliteitsnormen ontwikkeld door beroepsgroepen en patiënten. Zorgverzekeraars vragen nu zelf kwaliteitsinformatie uit en leggen eigen kwaliteitsnormen op, soms tegenstrijdig aan de normen van de beroepsgroepen. Dit leidt tot bureaucratie, onbegrip en frustratie bij zorgaanbieders. Voor verzekerden en patiënten is de kwaliteitsinformatie onoverzichtelijk en onbegrijpelijk is. De huidige selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars leidt mede daardoor tot verzet. In de evaluatie van het zorgstelsel wordt ook geconcludeerd dat het risico bestaat dat het zorgstelsel zich in toenemende mate uitsluitend richt op kostenreductie, als er de komende jaren niet een belangrijke inhaalslag gemaakt wordt op kwaliteit. Kwaliteit heeft overigens alles te maken met duurzame zorg, het tegengaan van verspilling in de zorg op allerlei gebieden. Er worden veel ongebruikte medicijnen verspild, veel medische ingrepen aan het einde van het leven hebben geen enkele of zelfs negatieve waarde voor de kwaliteit van leven, en met betrekking tot energieverbruik is in de zorgsector nog veel winst te behalen.

### *Concluderend: Machtsbalans herstellen*

Het stelsel schiet op dit moment tekort door de scheve machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten en verzekerden. Er moet een gezond evenwicht gecreëerd worden tussen de betrokken partijen.

### **3. Naar een solidair kwaliteitsstelsel**

Het zorgstelsel kan en moet meer uitgaan van vertrouwen en ook meer vertrouwen wekken dan het nu doet. Dit vertrouwen ontstaat als de betrokken partijen vanuit gelijkwaardige posities, in goed onderling overleg, werken aan goede en betaalbare zorg. Een herverdeling van macht en invloed tussen de partijen leidt tot betere zorg. Hiervoor hoeft geen compleet nieuw systeem opgetuigd te worden, dat zichzelf weer opnieuw moet bewijzen. De machtsstrijd tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet plaats maken voor een sterke positie van patiënt en verzekerde in relatie tot de zorgverlener en tot de zorgverzekeraar. Dan kan het gaan om echte keuzevrijheid gebaseerd op solidariteit. En kan er gewerkt worden vanuit het besef dat kwaliteit leidt tot kostenbeheersing. De enorme verspilling van geld en tijd aan bureaucratie, welke veroorzaakt wordt door de uiteenlopende informatievragen van verzekeraars en gemeenten, kan drastisch worden ingeperkt. Kleinere zorginstellingen en individuele beroepsbeoefenaars verdienen meer ruimte en een betere onderhandelingspositie en mogen niet langer

<sup>14</sup> Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening – Dr. Richard van Kleef, Prof.dr. Erik Schut en Prof. Dr. Wynand van de Ven, maart 2014.

<sup>15</sup> Stand van de zorgmarkten 2014 – NZa, november 2014.

weggedrukt worden door zorgverzekeraars en kolossale zorgaanbieders. Daarvoor moeten drie randvoorwaarden op orde zijn: keuzemacht voor patiënt en verzekerde, gelijkwaardige onderhandelingsposities voor zorgverzekeraars en aanbieders, kwaliteit als kern van het stelsel.

### *3.1 Van schijnkeuzevrijheid naar keuzemacht voor patiënt en verzekerde*

Hoewel keuzevrijheid van verzekerden en patiënten uitgangspunt van het stelsel is, stelt deze vrijheid nu in de praktijk veel te weinig voor. Wat houdt keuzevrijheid in als polissen zich vooral onderscheiden op prijs in plaats van op dienstverlening door zorgverzekeraars en de keuzemacht vooral lijkt voorbehouden aan diegene, die daar extra voor kunnen betalen. Dat roer moet drastisch om. De invloed van verzekerden en patiënten wordt versterkt en de keuzevrijheid gegarandeerd. Daartoe stelt de initiatiefnemer de volgende maatregelen voor:

- De budgetpolis wordt afgeschaft, waardoor keuzevrijheid tussen zorgverleners blijft gegarandeerd, ongeacht de keuze voor de polis. Daarom wordt ook bij niet gecontracteerde zorg minimaal 80% van de zorg vergoed, die volgens de IGZ voldoet aan de basiskwaliteitseisen. Het hinderpaalcriterium in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet wordt daarop aangepast.
- Voor de basisverzekering wordt het polisaanbod beperkt tot één naturapolis en één restitutiepolis per verzekeraar. Verzekeraars krijgen de mogelijkheid voor deze polissen meerjarige contracten aan te bieden. Het aanbieden van een polis is daarbij alleen toegestaan voor verzekeraars, die ook daadwerkelijk zorg inkopen.
- Collectiviteitspolissen worden verboden, met uitzondering van collectiviteiten met zorginhoudelijk profiel getoetst door de NPCF.
- Verzekeraars mogen niet langer de mogelijkheid bieden tot het vrijwillig verhogen van het eigen risico.
- Patiëntenorganisaties worden gefinancierd uit de zorgpremie en krijgen daarmee een sterke en autonome positie.
- Verzekerden kunnen zich bij klachten over het polisaanbod melden bij een daarvoor ingericht klachtenloket bij de NZa.
- Met zorgverzekeraars worden afspraken gemaakt over terugdringen van hun marketingkosten, met als doel in drie jaar tijd het totale budget te halveren. En met als doel een deel van het marketingbudget te investeren in betere contacten en communicatie tussen zorgverzekeraars en zorgverleners.
- Verzekerden kunnen zorgpolissen eenvoudig vergelijken. Transparantie staat daarbij voorop. Daarom komt er een verbod op provisie voor vergelijkingssites, stelt de NZa jaarlijks een raamwerk voor vergelijkinginformatie op die verzekeraars moeten aanleveren en garandeert de overheid een onafhankelijke vergelijkingssite. Daarnaast wordt het voor verzekeraars verboden om met cadeaus verzekerden aan zich te binden.
- Verzekerden krijgen de bevoegdheid om een vertegenwoordiger af te vaardigen in de Raad van Toezicht van hun zorgverzekeraar. Daarnaast wordt de positie van de verzekerdenraad versterkt door adviesrecht, ten aanzien van inkoopvoorwaarden en polisvoorwaarden.
- Om de toetreding van nieuwe zorgverzekeraars te stimuleren voert de regering druk uit op Europese regelgeving om de solvabiliteitseisen voor nieuwe zorgverzekeraars te verlagen.

### *3.2 Gelijkwaardige onderhandelingsposities*

Een gelijkwaardige onderhandelingspositie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders leidt tot betere kwaliteit van zorg en goede zorg voor patiënten. De balans tussen de posities van zorgaanbieders en zorgverze-



keren wordt hersteld. Daartoe stelt de initiatiefnemer de volgende maatregelen voor:

- Zorgverzekeraars bieden iedere zelfstandige beroepsbeoefenaar de mogelijkheid van een individueel gesprek over contractering.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders spreken gezamenlijk over gepaste zorg op regionaal niveau.
- Geld in de zorg is publiek opgebracht geld, via premies. Daar moeten we zuinig op zijn. Daarom worden inkomens van zorgverzekeraars en zorgverleners, waaronder medisch specialisten, gemaximeerd volgens de Wet normering topinkomens.
- Verdere machtsconcentratie bij verzekeraars wordt niet toegestaan. Er wordt streng toegezien op (bestuurlijke) samenwerking en het marktaandeel van zorgverzekeraars wordt gemaximeerd. Neemt de concentratie verzekeren toe, dan wordt de verzekeraar opgeknipt.
- Zorgverzekeraars bieden inzicht in hun tarieven en leggen verantwoording af over de relatie tussen kwaliteit en de hoogte van het tarief.
- Samenwerking tussen zelfstandige en kleine zorgaanbieders bij contractonderhandelingen met zorgverzekeraars wordt vergemakkelijkt, door een uitzondering op de mededingingsregels voor eerstelijns zorg. Individuele beroepsbeoefenaars en kleine zorginstellingen mogen samenwerken of zich laten vertegenwoordigen, wanneer het gaat om het contact met zorgverzekeraars over kwaliteit, aanbod en prijs.

### *3.3 Kwaliteit centraal*

Sinds de invoering van het huidige stelsel heeft de focus in de zorg eendimensionaal op de kosten van de zorg gelegen. Kwaliteit is lange tijd te veel buiten beeld gebleven, terwijl met inzet op betere kwaliteit van zorg juist kosten bespaard kunnen worden. Voor inzet op kwaliteit zijn definities nodig voor goede zorg. Wat goede zorg is, kan het best bepaald worden door beroepsgroepen die zorg verlenen en patiënten die zorg nodig hebben. En die normen moeten door iedereen in de zorg gebruikt worden, ook door zorgverzekeraars. Om kwaliteit meer centraal te stellen, stelt de initiatiefnemer de volgende maatregelen voor:

- Zorgverzekeraars hanteren uniforme kwaliteitsnormen bij de inkoop van zorg en zij staken de eigen uitvraag van kwaliteitsinformatie over de hele linie van zorg.
- Kwaliteitsnormen zijn gericht op basiskwaliteit, waarop wordt toegezien door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars werken gezamenlijk aan de ambitie om verspilling in de zorg tegen te gaan, onder meer op het gebied van medicatie, medische verrichtingen en energieverbruik. VWS faciliteert deze aanpak.
- Zorgaanbieders en verzekeraars hebben hinder van het steeds aanpassen van declaratiesysteem en beleidsregels. Er is grote behoefte aan rust op dit front. De komende twee jaar worden de beleids- en declaratieregels niet opnieuw gewijzigd. Regels kunnen wel geschrapt worden waarmee de bureaucratie wordt teruggedrongen en er meer tijd en geld besteedbaar is voor goede zorg.
- Zorgverzekeraars richten zich nu vooral op winstgevendende doelgroepen. Het risicovereveningssysteem moet zo aangescherpt worden, dat er voor zorgverzekeraars geen financieel profijt te maken is op specifieke groepen verzekerden.

#### 4. Beslispunten

In het derde hoofdstuk van deze nota zijn maatregelen voorgesteld die bijdragen aan het herstel van de balans tussen zorgpartijen. Concluderend leidt dit tot de volgende voorstellen, waarmee de initiatiefnemer de Kamer vraagt in te stemmen:

1. De Kamer verzoekt de regering wetgeving voor te bereiden waarmee in artikel 13 het hinderpaalcriterium wordt ingevuld met een vast percentage voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg.
2. De Kamer verzoekt de regering om de NZa opdracht te geven instrumentarium te ontwikkelen om zorgverzekeraars na verdere concentratie op te kunnen knippen en voor strenger toezicht op bestuurlijke samenwerking.
3. De Kamer verzoekt de regering om in samenspraak met NZa en zorgverzekeraars maatregelen te nemen om zo nodig via wetgeving:
  - het toegestane aantal polissen te beperken per verzekeraar;
  - het aanbod van collectiviteitspolissen in te perken;
  - de mogelijkheid om vrijwillig het eigen risico te verhogen te schrappen;
  - te komen tot een raamwerk voor vergelijkingsinformatie die verzekeraars moeten aanleveren voor de vergelijking van zorgverzekeringpolissen;
  - een laagdrempelig klachtenloket bij de NZa in te stellen voor het melden van klachten over het polisaanbod door verzekerden;
  - wijzigingen in beleidsregels terug te dringen en deze in ieder geval de komende twee jaar zonder uitdrukkelijk overleg met zorgaanbieders niet te wijzigen.
4. De Kamer verzoekt de regering om afspraken te maken met zorgverzekeraars over:
  - het hanteren van uniforme kwaliteitsnormen bij de inkoop van zorg en het staken van de eigen uitvraag van kwaliteitsinformatie;
  - de inzet van winsten voor de financiering van patiëntenverenigingen en over het terugdringen van marketingkosten, met als doel in drie jaar tijd het totale budget te halveren en een deel te investeren in betere contacten en communicatie tussen zorgverzekeraars en zorgverleners;
  - het bieden van inzicht in tarieven en afleggen van verantwoordelijkheid over de relatie tussen kwaliteit en de hoogte van het tarief;
  - het bieden van de mogelijkheid voor een individueel gesprek over contractering voor iedere zelfstandige beroepsbeoefenaar.
5. De Kamer verzoekt de regering om maatregelen te nemen voor een verbod op provisie voor vergelijkingsites en het binden van verzekerden door middel van het aanbieden van cadeaus.
6. De Kamer verzoekt de regering om maatregelen te nemen om verzekerden de bevoegdheid te geven om een vertegenwoordiger af te vaardigen in de Raad van Toezicht van hun zorgverzekeraar en hen adviesrecht te geven over inkoopvoorwaarden en polisvoorwaarden.
7. De Kamer verzoekt de regering om zich in Europees verband in te zetten voor in de solvabiliteitseisen voor nieuwe zorgverzekeraars te verlagen.
8. De Kamer verzoekt de regering om, zo mogelijk in navolging van het onderzoek naar aanleiding van de motie Leijten en Dik-Faber<sup>16</sup>, maatregelen voor te bereiden om een uitzondering op de mededingingsregels voor eerstelijnszorg mogelijk te maken en het voor individuele beroepsbeoefenaars en kleine zorginstellingen meer mogelijkheden te bieden te mogen samenwerken of zich te laten vertegenwoordigen wanneer het gaat om het contact met zorgverzekeraars.

<sup>16</sup> Kamerstuknummer 29 689, nr. 581.

9. De Kamer verzoekt de regering om de beloning van zorgverzekeraars en zorgverleners onder de Wet Normering Topinkomens te brengen, zo nodig met wetgeving.
10. De Kamer verzoekt de regering om maatregelen voor te bereiden om te faciliteren dat patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars gezamenlijk werken aan de ambitie om verspilling in de zorg tegen te gaan, onder meer op het gebied van medicatie, medische verrichtingen en energieverbruik.
11. De Kamer verzoekt de regering om maatregelen voor te bereiden om het risicovereveningssysteem zo aan te scherpen dat er voor zorgverzekeraars geen financieel profijt te maken is op specifieke groepen verzekerden.
12. De Kamer verzoekt de regering om bij de begroting voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor 2015 voorstellen te doen om patiëntenorganisaties te financieren uit de zorgpremie.

## **5. Financiële consequenties**

De verwachting is, dat de voorgestelde maatregelen bijdragen aan een betere houdbaarheid van de zorgbegroting. De maatregelen dragen bij aan een betere kwaliteit van zorg en minder bureaucratie, waardoor kosten bespaard kunnen worden. Daarnaast worden verschillende maatregelen voorgesteld, die bijdragen aan doelmatigheid in de omgang met zorggeld, zoals het oppotten van winsten van zorgverzekeraars.

Verschiedende maatregelen kunnen gevolgen hebben voor de hoogte van de premie, doordat met verschillende maatregelen kortingen op de premie tegengegaan wordt. Echter is het nu zo dat bijvoorbeeld waar het gaat om collectiviteiten, individueel verzekerden meebetalen aan de korting voor verzekerden, die zich hebben aangesloten bij een collectiviteit. Dat vervalt. Naast de mogelijke positieve effecten op de houdbaarheid van de zorgkosten, is daarom de verwachting dat het effect op de hoogte van de premie nihil zal zijn.

Ellemeet