

Vergaderjaar 2007–2008

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 216**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 juli 2008

Met deze brief geef ik u mijn reactie op het advies over zorginkoop dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) op 19 maart heeft uitgebracht<sup>1</sup>. Het belang van zorginkoop is nauw verweven met het concept van de herziening van het zorgstelsel. De gedachtevorming over zowel de door de RVZ genoemde belemmeringen voor zorginkoop als de aanbevelingen ter verbetering hangt direct samen met de rollen die zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten en de overheid in het stelsel hebben. Daarom begin ik mijn reactie op het advies van de Raad met mijn zienswijze op die verantwoordelijkheidsverdeling en de wijze waarop het stelsel zich sinds 2006 ontwikkeld heeft. De inleidende paragraaf (1) heeft betrekking op de plaats van zorginkoop in het concept van de herziening van het zorgstelsel. In paragraaf 2 wordt dit geplaatst in het perspectief van de transitiefase waarin de zorgsector nu verkeert. In paragraaf 3 reageer ik in hoofdlijnen op de door RVZ geduide belemmeringen voor zorginkoop in wet- en regelgeving en de vraag hoe die weg te nemen. Paragraaf 4 behandelt meer specifieke onderdelen van het RVZ-advies die in het voorgaande nog niet aan de orde zijn geweest.

**1. Het belang van zorginkoop**

Zorginkoop is het proces waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar op de zorginkoopmarkt afspraken maken over prijs, volume, kwaliteit of andere elementen van de zorg aan patiënten. De partijen op die markt kunnen daarvoor de grotere bewegingsvrijheid gebruiken die zij door de herziening van het zorgstelsel hebben gekregen. Die vrijheid geeft ruimte voor onderscheid en diversiteit op de zorginkoopmarkt: er valt wat te onderhandelen en over de uitkomst dragen partijen risico. De verzekeraar die erin slaagt kwalitatief goede zorg voor een goede prijs in te kopen is aantrekkelijk voor verzekerden; zorgaanbieders willen een aantrekkelijke onderhandelingspartner zijn en worden geprikkeld die goede zorg voor een goede prijs te leveren.

<sup>1</sup> Het advies van de RVZ heb ik bij brief van 3 april 2008 aan de Eerste en Tweede Kamer toegezonden. (29 689, nr. 182).

Van selectieve zorginkoop is sprake als een zorgverzekeraar de geboden bewegingsvrijheid gebruikt om met de ene zorgaanbieder wel afspraken te maken en met de andere niet, of door slechts een deel van de zorg van een zorgaanbieder in te kopen, of door bijvoorbeeld bij de diverse zorgaanbieders te differentiëren in prijs of volume. Zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder krijgen er daardoor belang bij dat verzekerden daadwerkelijk gebruik maken van de gecontracteerde zorg. Mede daarom hebben zij er dan ook belang bij om (organisaties van) verzekerden en patiënten te betrekken bij de kwaliteit en doelmatigheid van de gecontracteerde zorg.

Zorgverzekeraars zijn op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet verplicht zich te onderscheiden met zorginkoop. Zij kunnen er ook voor kiezen geen zorg in te kopen (en de kosten te vergoeden die de verzekerde heeft gemaakt bij de zorgaanbieder van zijn of haar keuze), of ongedifferentieerd alle zorg van alle zorgaanbieders te contracteren. Het aanbod op de verzekeringsmarkt van polissen met of zonder gecontracteerde zorg is divers, maar mijn beeld is – nu de eerste ervaringen zijn opgedaan met de nieuwe verhoudingen in de zorgsector – dat meer zorgverzekeraars een sterker accent gaan leggen op selectieve zorginkoop, en nieuwe samenwerkingsvormen en afspraken zoeken met zorgaanbieders. In dit verband kijk ik, in overleg met de NZa, ook goed naar de ontwikkelingen bij de zorgverzekeraars rond collectiviteitscontracten waarvan er eind van dit jaar een groot aantal afloopt. Het gaat dan in het bijzonder om de effecten op het overstappen door verzekerden en om de afspraken in de nieuwe collectiviteiten over het zorgaanbod.

Selectieve zorginkoop neemt in het concept van de Zvw en de verantwoordelijkheidsverdeling in de gezondheidszorg een belangrijke plaats in. Ook de dreiging van selectieve zorginkoop kan overigens al effect hebben. De inzet van dat instrument voorkomt dat de door burgers opgebrachte premies gaan fungeren als exploitatiegarantie en louter hun bestemming vinden als middel ter bekostiging of instandhouding van het zorgaanbod. De herziening van het stelsel is er daarom in het belang van de verzekerde in sterke mate op gericht (via zorgverzekeraars) de zorgaanbieders te prikkelen tot innovatie en tot het bieden van op de vraag afgestemde doelmatige zorg van goede kwaliteit, waarbij de prijs wordt afgestemd op de prestaties van de zorgaanbieders.

Tegen deze achtergrond onderschrijf ik het oordeel van de RVZ dat zorginkoop een centraal instrument is voor het ten volle realiseren van de met de stelselherziening beoogde doelen. Ik zal dat, zoals de Raad adviseert, met overtuiging blijven uitdragen. De (deel)belangen van zowel zorgverzekeraars, zorgaanbieders als verzekerden en patiënten lopen niet als vanzelf parallel. Zorginkoop is de katalysator van het proces waarin die belangen met elkaar geconfronteerd worden om tot betere uitkomsten te komen. Zo bezien kan zorginkoop een belangrijke plaats innemen in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen deze drie partijen, zoals die uit de stelselherziening voortvloeit. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht jegens de verzekerden en kan daaraan mede vormgeven door zorginkoop. De verzekerden dwingen de zorgverzekeraars door (de dreiging van) een overstap naar een concurrerende zorgverzekeraar, tot een verzekeringsaanbod met een goede prijs-kwaliteitsverhouding. Risicodragende zorgaanbieders worden door deze ontwikkeling in toenemende mate gedwongen rekening te houden met de eisen van verzekeraars en verzekerden. Daardoor worden zorgaanbieders geprikkeld vraaggerichte zorg van goede kwaliteit te leveren, en daarbij te concurreren met andere zorgaanbieders. De overheid richt zich op de borging van de publieke doelstellingen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid door goede randvoorwaarden en de juiste gedragsprikkel te creëren voor de verhoudingen tussen partijen. De overheid is daarbij nauw betrokken wat betreft de

stroomkant van het stelsel, maar biedt partijen de ruimte die zij nodig hebben, en zal zich overigens zo veel van interventies onthouden als, gelet op haar verantwoordelijkheid voor die publieke doelstellingen, verantwoord is. Waar nodig neemt de overheid maatregelen, zoals bijvoorbeeld ten aanzien van wanbetalers en onverzekerden.

Ook het in 2007 door de NZa uitgebrachte rapport over keuzeondersteuning van verzekerden wijst op het belang van zorginkoop voor het borgen van de publieke doelstellingen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het is dan ook logisch dat de nauwe samenhang tussen zorginkoop en de werking van de zorgverzekeringsmarkt de NZa er toe gebracht heeft de monitoractiviteiten op deze terreinen te integreren (zie de Monitor zorgverzekeringsmarkt 2008 van de NZa).

Het advies van de RVZ en dit standpunt hebben betrekking op de zorginkoop in het kader van de Zvw. Ook in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is de zorginkoop een factor van betekenis. In de brief «Zeker van zorg, nu en straks» van 13 juni 2008 heeft het kabinet zijn beleidsvoornemens verwoord op het terrein van de AWBZ waaronder de zorginkoop<sup>1</sup>. Hoewel de situatie in de Zvw uiteraard niet één op één is te vertalen naar de AWBZ, zullen de ervaringen met zorginkoop in de Zvw worden betrokken bij de uitwerking van de beleidsvoornemens voor de AWBZ.

## **2. Zorginkoop in transitiefase**

De RVZ concludeert dat de Zvw twee jaar na invoering goed werkt, maar dat de zorginkoop nog in de kinderschoenen staat. De Raad heeft zich verdiept in de achtergronden daarvan en mogelijkheden tot verbetering geformuleerd. Daarbij heeft de Raad zich geconcentreerd op kwaliteit, ketenzorg en de rol van de patiënt. Om de zorginkoop sneller van de grond te laten komen moet volgens de RVZ het volgende gebeuren:

1. meer focus van zorgverzekeraars om zich te onderscheiden door zorginkoop;
2. opheffen van belemmeringen in wet- en regelgeving;
3. coalitievorming van verzekeraar en patiënt.

De Raad richt zijn advies daarom terecht aan de overheid én aan de zorgsector.

Voor een evenwichtig antwoord op de vraag of de ontwikkeling van de zorginkoop op koers ligt, wil ik die ontwikkeling in het juiste perspectief plaatsen.

De invoering van de Zvw in 2006 staat niet op zichzelf maar is onderdeel van een breder georiënteerde wijziging van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling van de gezondheidszorg, die deels al voor 2006 is ingezet. Die wijziging is bedoeld om de positie van de verzekerde en patiënt ten opzichte van zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder te versterken met het oog op een kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorgverlening. In de herziening staan daarom mechanismes centraal die vraagsturing bevorderen en die partijen er een groter belang bij geven om te handelen in het belang van de verzekerde patiënt. Tegen die achtergrond komt in het nieuwe stelsel een belangrijke rol toe aan vergroting van risicodragendheid van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders (contracteervrijheid, prestatiebekostiging, prijsliberalisering, ex ante risicoverevening). Het optimaliseren van het zorgaanbod, het vervallen van toelatingsvereisten en het versterken van de positie van de verzekerde en patiënt zijn eveneens belangrijke elementen. Deze elementen zijn medebepalend voor de betekenis van zorginkoop. Het is evident dat deze overgang op verantwoorde wijze moet worden gerealiseerd, en dat

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 30 597, nr. 15.

daarmee tijd is gemoeid. Dat betekent dat in de transitiefase waarin we nu verkeren nog niet alle prikkels waaronder de zorginkoop volledig tot wasdom komt, optimaal zijn vormgegeven.

De Raad komt tot de conclusie dat zorgverzekeraars de thans al aanwezige ruimte en mogelijkheden van zorginkoop nog maar beperkt benutten en dat het grote effect dat een relatief kleine beperking van de schadelast door zorginkoop kan hebben op het bedrijfsresultaat van de zorgverzekeraar, nog geen rol van betekenis speelt. Ik deel die zienswijze. Verder ben ik met de Raad van mening dat ook (organisaties van) patiënten en verzekerden daarbij vooralsnog onvoldoende worden betrokken, al zijn er positieve signalen dat zich op dit terrein een kentering begint te voltrekken. In dit verband roept de RVZ de zorgverzekeraars op stevig te investeren in de zorginkoopfunctie. Ik deel het oordeel van de Raad dat investeringen nodig zijn, en ik verwacht dat die er ook zullen komen, mede onder invloed van een betere werking van de randvoorwaarden voor de werking van het stelsel.

Naar mijn waarneming zijn de partijen in de zorgsector zich in toenemende mate strategisch aan het oriënteren op de zorginkoop, en zijn er op dit vlak meer en meer goede initiatieven zichtbaar. Dit ondanks het feit dat de voorwaarden voor zorginkoop nog niet optimaal zijn. Waar de Raad een aantal belemmeringen formuleert die moeten worden weggenomen, komt nadrukkelijk de rol van de overheid in beeld. Ik zal nader ingaan op de door de RVZ genoemde tekortkomingen en aangewezen verbeteringen in paragraaf 3.

Alvorens dat te doen, wil ik het verwachtingspatroon in een reëel perspectief plaatsen. Met de RVZ ben ik van oordeel dat in de komende jaren een omslag tot stand moet komen naar uitbouw van de zorginkoopfunctie. Tegelijkertijd moet ten behoeve van een evenwichtig beeld, onder ogen gezien worden dat sinds de invoering van de Zvw nog maar twee jaren zijn verstreken. Ook de RVZ onderkent en onderstreept dit.

Van zorgverzekeraars is in het invoeringstraject veel gevraagd om alle bedrijfsprocessen op orde te krijgen en te houden. Het mechanisme van zorginkoop vormt een fundamentele verandering waaraan de zorgsector moet wennen. Dat vergt tijd.

Tegen die achtergrond moet onderkend worden dat in deze transitiefase al veel gebeurt. Sommige zorgverzekeraars richten zich in toenemende mate op zorginkoop als middel om zich met kwalitatief goede, doelmatige en betaalbare zorg van de concurrent te onderscheiden, en onderhandelen ook over kwaliteitsaspecten met zorgaanbieders. Ook plegen zorgverzekeraars meer inspanningen om verzekerden in de richting van voorkeursaanbieders te geleiden. Ook is het ene zorgsegment het andere niet: bijvoorbeeld bij fysiotherapeuten speelt zorginkoop (met gedifferentieerde vergoedingen) al een veel belangrijker rol dan bij de ziekenhuiszorg. Uit onderzoek<sup>1</sup> blijkt ook dat een groot gedeelte van de verzekerden wel naar een voorkeursaanbieder wil als zij een prijsprikkel hebben. Na een aarzelend begin komen er meer initiatieven waarbij patiënten of hun vertegenwoordigers worden betrokken bij zorginkoop en bij de eisen die vanuit hun perspectief moeten worden gesteld aan de in te kopen zorg.

Die ontwikkelingen krijgen langzaam ook hun weerslag op het verzekeringsaanbod, getuige de op de markt verschenen Zekur-polis van Univé, waarin selectieve zorginkoop voor zo ver het gaat om farmacie, ziekenhuiszorg en huisartsenzorg nadrukkelijk aan de orde is. Ook andere (grote) zorgverzekeraars maken in toenemende mate afspraken met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en doelmatigheid van zorg (zoals garantie-

<sup>1</sup> Zie visiedocument NZa «Richting geven aan keuzes» uit 2007.

overeenkomsten), die het voor hun verzekerden aantrekkelijk maken voor voorkeursaanbieders te kiezen. Bij de toetsing van deze vormen van gerichte zorginkoop zijn toegankelijkheid van zorg, het voorkomen van risicoselectie en transparante informatievoorziening aan verzekerden de uitgangspunten. De NZa volgt deze ontwikkelingen in haar monitor zorgverzekeringmarkt.

Ook de oprichting van meer eerstelijns gezondheidscentra kan als initiatief genoemd worden. Of het door een zorgverzekeraar uitgezette aanbestedingstraject voor een aantal diagnosebehandelingscombinaties (dbc's) in het segment met vrije prijzen, het zogenaamde B-segment, waarbij zorgaanbieders die een hogere kwaliteit bieden een hogere prijs krijgen.

Verder geeft het ingevoerde verplichte eigen risico de zorgverzekeraars vanaf 2009 de ruimte het eigen risico geheel of gedeeltelijk te verlagen als de verzekerde naar een gecontracteerde aanbieder gaat of bepaalde werkzame, maar goedkopere, medicijnen afneemt<sup>1</sup>. Het ontwerp van de algemene maatregel van bestuur waarin dit is geregeld is aan de Tweede Kamer gezonden.

Afgezet tegen de ruime ervaring die vóór 2006 decennialang is opgedaan met de tekortkomingen van aanbodsturing in de gezondheidszorg, ben ik van oordeel dat zich nu in een heel korte tijd verschillende veranderingen ten goede voltrekken en dat in de zorgsector sprake is van een toenemend kosten- en kwaliteitsbewustzijn. Die omslag zal zich naar mijn verwachting verder doorzetten. Het is, zo zeg ik de RVZ na, belangrijk dat de partijen in de zorg de tijd, de ruimte en het vertrouwen gegund wordt om hun verantwoordelijkheid te nemen en hun rol te vervullen. Ik zal mij daarvoor inzetten.

### **3. Analyse en advies RVZ op hoofdlijnen**

Ik heb de ambitie om betere condities te creëren voor zorginkoop, zodat dat instrument zijn potentie kan waarmaken. In deze paragraaf reageer ik op de hoofdlijnen van de zienswijze van de RVZ op belemmeringen voor zorginkoop in wet- en regelgeving en de vraag hoe die weg te nemen.

De analyse van de RVZ houdt, heel kort samengevat, in dat zorginkoop wordt belemmerd door:

- 1) Onvoldoende transparantie van de kwaliteit van zorg. Door het ontbreken van objectieve kwaliteitsstandaarden en door een weinig transparant zorgaanbod, mist de zorginkoper het zicht op de kwaliteit van de zorg, en komt de rol van de patiënt evenmin uit de verf.
- 2) Financiële randvoorwaarden stimuleren zorginkoop onvoldoende.
- 3) Het ontbreken van zorgstandaarden voor ketenzorg (vooral voor diabetes, COPD en hartfalen)<sup>2</sup> bemoeilijkt het maken van prijsafspraken op ketenniveau. Ook schotten in de financiering (Zvw, AWBZ, WMO) en een te klein aantal keten-DBC's bemoeilijken inkoop en bestoelgiging van ketenzorg.

De uitkomst van de RVZ-analyse sluit nauw aan bij het oordeel dat ook ik mij (deels al eerder) heb gevormd over wat er nodig is om zorginkoop op een hoger plan te brengen. Ook in andere (onderzoeks)literatuur worden vergelijkbare conclusies getrokken. Aangezien de analyse van de belemmeringen betrekkelijk eensluidend is, bestaat ook over de wijze waarop die belemmeringen moeten worden weggenomen, een grote mate van gelijkgezindheid. De hoofdrichting van het hiertoe al in gang gezette beleid wordt vrij breed gedragen; de nuances zitten vooral in de opvattingen over tempo en maatvoering. Hieronder ga ik nader in op de maat-

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 29 689, nr. 198.

<sup>2</sup> Voor diabetes bestaat overigens al enige jaren een zorgstandaard, voor COPD en hartfalen is die er nog niet maar wel in ontwikkeling.

regelen die naar mijn oordeel nodig zijn om te bevorderen dat het zorgstelsel de juiste impulsen geeft aan zowel de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders als de patiënten.

### 3.1 Transparantie van de kwaliteit van zorg

#### *Beschikbaarheid kwaliteitsinformatie*

De RVZ adviseert kwaliteitsinformatie van zorgaanbieders af te dwingen. Ik onderschrijf het belang daarvan. De roep om adequate kwaliteitsinformatie is naar mijn oordeel nauw verbonden met de verantwoordelijkheid die de zorgsector zelf met de stelselwijziging heeft gekregen. Zoals in paragraaf 1 al is opgemerkt, wil de overheid de voorwaarden scheppen die partijen helpen die verantwoordelijkheid te nemen. De beschikbaarheid van adequate kwaliteitsinformatie is een voorwaarde voor zorginkoop, en zorgt ervoor dat de prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieder beter objectief toetsbaar en vergelijkbaar worden. Daarmee wordt tevens het vertrouwen van verzekerden in hun zorgverzekeraar versterkt, en ook het vertrouwen van zorgverzekeraar en zorgaanbieder in elkaar.

Transparantie van kwaliteit is een belangrijk speerpunt van het huidige kabinet. Kwalitatief goede zorg is zorg die patiëntgericht, effectief, veilig en op tijd is en die toegesneden is op de behoeften van de individuele patiënt en cliënt. Ik ben het met de RVZ eens dat het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg en van verschillen in kwaliteit een prioriteit is voor de werking van het nieuwe zorgstelsel. Alleen met vergelijkbare en betrouwbare informatie kunnen prestaties van zorgaanbieders met elkaar worden vergeleken. Patiënten willen kiezen voor de beste zorg, zorgverzekeraars willen zorg inkopen op basis van een goede prijs-kwaliteit verhouding en zorgaanbieders moeten zich onderling kunnen vergelijken en profileren op de zorg die zij leveren. In mijn brief aan de Tweede Kamer van 23 mei 2008<sup>1</sup> heb ik mijn voornemen gepresenteerd om het recht op keuze-informatie van de cliënt als een individueel afdwingbaar recht in wetgeving te verankeren. Daarnaast lopen er diverse initiatieven om kwaliteitsinformatie beschikbaar te krijgen.

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg transparant te maken werken verzekeraars, zorgaanbieders, patiënten- en cliëntenorganisaties en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) samen. Zij stellen gezamenlijk vast over welk aanbod de kwaliteit als eerste zichtbaar moet worden en zij zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Om de zorgsectoren te ondersteunen bij het bereiken van deze ambitieuze doelstelling heeft de IGZ in opdracht van het ministerie van VWS in april 2007 het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit opgericht. Het bureau ondersteunt de sectoren en verbindt de ontwikkelingen en zet zich in om te waarborgen dat de gepubliceerde informatie valide, betrouwbaar en daadwerkelijk vergelijkbaar is. Het project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen heeft als doel kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen zichtbaar te maken. Om dat te meten worden verschillende meetinstrumenten ingezet: zorginhoudelijke indicatoren bij een specifieke aandoening, vragenlijsten over de organisatie van de zorg bij een specifieke aandoening, en vragenlijsten over patiëntervaringen. De NPCF, Consumentenbond, NFU, NVZ, IGZ, OMS, V&VN en ZN<sup>2</sup> hebben het meten van kwaliteitsprestaties gebundeld onder één bestuurlijke structuur. Daarnaast heeft de IGZ in opdracht van het ministerie van VWS de website [zichtbarezorg.nl](http://zichtbarezorg.nl) opgericht. Deze website ondersteunt zorgaanbieders bij het inzichtelijk maken van de eigen kwaliteitsprestaties. Voor zorgaanbieders is betrouwbare kwaliteitsinformatie van belang om de werkwijzen voortdurend te kunnen verbeteren. Het Centrum Klantervaringen Zorg bewaakt de betrouwbaarheid van

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 31 476. nr. 1.

<sup>2</sup> NPCF: Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie; NFU: Nederlandse federatie van Universitair Medische Centra; NVZ: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen; IGZ: Inspectie voor de Gezondheidszorg; OMS: Orde van Medisch Specialisten; V&VN: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland; ZN: Zorgverzekeraars Nederland.

metingen van ervaringen van cliënten met de gezondheidszorg met de CQ-index<sup>1</sup>.

Daarnaast acht ik het noodzakelijk, zoals ik eerder heb laten weten, dat er op structurele basis zorginhoudelijke richtlijnen (wat is veilige en verantwoorde zorg?) worden ontwikkeld en onderhouden door de partijen in de zorg zelf. Dergelijke richtlijnen kunnen ook voor de IGZ een basis vormen voor explicitering van zijn handhavingkaders. Minstens zo belangrijk is dat die richtlijnen, als ze eenmaal ontwikkeld zijn, hun weg vinden op de werkvloer. Ook voor de ontwikkeling en onderhoud van kwaliteitsindicatoren, het bewaken van de (blijvende) samenhang van de indicatoren met de richtlijnen en de informatievoorziening is een goed fundament nodig. De mogelijkheden om te bevorderen dat een structurele aanpak tot stand komt, worden op dit moment in mijn opdracht onderzocht. Ik verwacht u daarover aan het einde van het jaar nader te kunnen informeren. Bij die gelegenheid zal ik nader ingaan op het advies van de RVZ om door het veld ontwikkelde (en voor patiënten kenbare) normen voor medische zorg te laten autoriseren door een gezaghebbende, onafhankelijke en openbare instelling.

#### *Rol IGZ en NZa*

De RVZ bepleit een model waarin de IGZ de beste en slechtst presterende zorgaanbieders openbaar maakt op een toegankelijke website, waarna de zorgverzekeraars met de slechtst presterende zorgaanbieders niet of restrictief dienen te contracteren. In het voorstel toetst de NZa (en maakt openbaar) of zorgverzekeraars zich aan deze inkooplijn houden.

Dit voorstel spreekt mij niet aan. Zorgaanbieders zijn verplicht verantwoorde zorg te leveren en zijn voor de veiligheid/kwaliteit van zorg onderworpen aan toezicht door de IGZ. Wanneer een zorgaanbieder daar niet aan voldoet, staan de IGZ handhavingmaatregelen ter beschikking om de aanbieder via drang en dwang tot naleving te bewegen. Buiten dit kader acht ik het niet gewenst dat een zorgaanbieder die (eventueel voor verbetering vatbare) verantwoorde zorg levert, door actieve bemoeienis van de IGZ van zorgcontractering zou worden uitgesloten. In een dergelijk geval ligt het veeleer op de weg van de zorgverzekeraar om op basis van de beschikbare kwaliteitsinformatie af te wegen of en onder welke voorwaarden (eventueel gericht op kwaliteitsverhoging) zorg wordt gecontracteerd met een zorgaanbieder met een lagere kwaliteitsscore. Over de rol die de IGZ en de NZa vervullen op het gebied van kwaliteitsinformatie en de wijze waarop zij daarbij samenwerken bevat mijn brief over de cliëntenrechten in de zorg van 23 mei 2008 nadere informatie<sup>2</sup>.

#### *Financiële steun aan patiëntenverenigingen.*

De RVZ beveelt aan de rol van de patiënt te versterken door patiëntenverenigingen financieel te ondersteunen zodat zij de hen toebedeelde rol in het stelsel kunnen vervullen. De patiënt is de natuurlijke partner voor de zorgverzekeraar bij het inkoopbeleid, of zou dat althans in de toekomst moeten zijn. Door de ervaringen met zorg van de patiënt heeft deze een eigen perspectief op verbetering van de zorgverlening. Dat perspectief geeft inzicht in aan de zorg te stellen eisen, die voor de zorgverzekeraar van grote waarde zijn bij de zorginkoop. Wanneer de zorgverzekeraar patiëntenverenigingen bij de inkoop betreft, ligt het voor de hand dat daarbij ook de kosten van de door de patiëntenverenigingen geleverde bijdrage een rol spelen en (deels) door de zorgverzekeraar worden vergoed. In de praktijk zijn daar ook al voorbeelden van. Daarnaast hebben de Staatsecretaris en ik structureel € 10 miljoen extra per jaar beschikbaar gesteld voor de versterking van patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (pgo). Per 2009 wordt een nieuwe subsidie-systeem voor deze organisaties ingevoerd. Een van de criteria voor de

<sup>1</sup> CQ-index: Consumer Quality Index. De CQ-index is een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. Op dit moment gaat het binnen de CQ-index vooral om schriftelijke vragenlijsten die de concrete ervaringen van patiënten/cliënten met de zorg meten. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg. De resultaten van de landelijke metingen van de CQ-index worden via kiesbeter.nl gepubliceerd.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 31 476, nr. 1.

toewijzing van deze aanvullende middelen zal zijn: de wijze waarop de pgo-organisaties in hun vierjarenplannen aandacht besteden aan de thema's «kwaliteit en transparantie», «maatschappelijke participatie» en «kennis en informatie»<sup>1</sup>. Ik heb dus al maatregelen in gang gezet die in lijn zijn met dit advies van de Raad.

### 3.2 Financiële belemmeringen

De RVZ benoemt in zijn analyse een aantal belemmeringen van financieel-technische aard die verbeterd zouden moeten worden om selectieve zorginkoop te bevorderen:

- a) Schotten in de financiering van ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg bemoeilijken substitutie van (duurdere) ziekenhuiszorg door (goedkopere) eerstelijnszorg.
- b) Er zijn onvoldoende bedrijfsrisico's bij zorgaanbieders (te groot A-segment), waardoor er voor verzekeraars nog te weinig echt valt te onderhandelen.
- c) Onvoldoende bedrijfsrisico's bij zorgverzekeraars (door ex-post verevening van risico's van zorgverzekeraars ontbreekt het motief om scherp in te kopen).
- d) De dbc-structuur; het aantal dbc's is voor adequate zorginkoop veel te groot en het aantal ketendbc's is veel te klein.
- e) De afreken- en verantwoordingscyclus sluit onvoldoende aan op de dynamiek van het zorginkoopproces. De periode tussen medische behandeling en verwerking van de DBC-declaratie is te lang.

#### Ad a

De aanbeveling van de Raad om de mogelijkheden voor substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bevorderen onderschrijf ik. De aanbeveling valt samen met de motie Omtzigt waar ik in een afzonderlijke brief aan de Tweede Kamer op inga. Samengevat geef ik in die reactie aan dat de belangrijkste belemmeringen voor de gewenste substitutie zijn: het verschil in de wijze waarop de eerste en tweede lijn worden bekostigd en het verschil in risicodragendheid van zorgverzekeraars voor beide vormen van zorg.

- Wat de bekostiging betreft heb ik in mijn reactie aan de TK aangegeven dat ik mij ervoor ga inspannen dat voor gelijksoortige prestaties gelijksoortige tarieven worden gehanteerd, ongeacht de zorgaanbieder. Verruiming van het vrije B-segment met zorg waarvoor in de eerste lijn vrije prijzen gelden en die ook als los declarabele prestaties door ziekenhuizen worden aangeboden, is één manier om dit te bereiken. Een andere manier is een verruiming van de mogelijkheden van functionele bekostiging van de eerstelijnszorg. Daarover zal ik de NZa dit najaar een uitvoeringstoets vragen.
- Wat betreft het meer risicodragend maken van zorgverzekeraars wil ik per 2009 weer een stap zetten in het minder risicodempend maken van de risicoverevening voor wat betreft de kosten van ziekenhuiszorg. De twee voornemens die ik concreet in mijn brief noem zijn het beëindigen van de zogenoemde bandbreedteregeling en – in samenhang met de bekostiging – het risicodragend maken van de ziekenhuisproductie in het B-segment.

#### Ad b, c en d

Met de samenvatting van mijn reactie op de motie Omtzigt ben ik in feite ook ingegaan op de onvoldoende bedrijfsrisico's bij zowel zorgverzekeraars als bij ziekenhuizen, twee zaken die de RVZ ook apart nog noemt als belemmeringen voor een scherpere zorginkoop. Voor een uitvoerige toelichting op de stand van zaken en mijn plannen op dit gebied verwijs ik tevens naar mijn brief van 28 mei jl. (Kamerstukken II, 2007–2008, 29 248, nr. 47). Belangrijkste boodschap voor de bekostiging van ziekenhuizen

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 29 214, nr. 30.



daarin is dat een verdere verruiming van het B-segment zal plaatsvinden. Op basis van de NZa monitor Ziekenhuiszorg 2008, acht ik het verantwoord het B-segment per 1 januari 2009 uit te breiden. Voor mijn reactie op de NZa monitor Ziekenhuiszorg 2008, verwijs ik u naar mijn brief van 18 juli jongstleden (29 248, nr. 49). De komende jaren zal per jaar worden bezien of ontwikkelingen in het B-segment aanleiding geven tot verdere uitbreiding van het B-segment. Indien de ontwikkelingen in het B-segment in 2009 (voor wat betreft volume en/of prijs) toch minder gunstig zijn dan bij het vaststellen van het budgettair kader voor 2009 aan dat segment kan worden toegerekend en daardoor (mede) oorzaak van een overschrijding van het budgettair kader, dan ben ik voornemens om het volledige B-segment onder een prijsbeheersings-/maatstaferegime te brengen. Ook de door de Raad gewenste vereenvoudiging van de dbc-structuur (ad c) komt in deze brief uitgebreid aan de orde. Mijn aanvankelijke ambitie om die vereenvoudiging al in 2009 bereikt te hebben, heb ik moeten bijstellen naar 2010.

Ad e

Een laatste financiële belemmering voor zorginkoop die de RVZ signaleert is de te trage afreken- en verantwoordingscyclus. Ook hier snijdt de RVZ een terecht, hoewel niet nieuw, punt aan. Om goed te kunnen inkopen is het voor een zorgverzekeraar belangrijk te weten wat de schadeontwikkeling van die zorg in het voorafgaande jaar is geweest en wat in het licht van de opbrengst van de nominale premie en bijdrage uit het vereveningsfonds zijn inkoopbudget is. Dat die snelheid nu tekort schiet is voor een zeer belangrijk deel debet aan de nog te onstabiele dbc-structuur in de afbouwfase van de budgetfinanciering van de ziekenhuizen. Het duidelijkst is dit tot uiting gekomen in de zogenoemde overfinanciering van de ziekenhuizen in de jaren 2005, 2006 en 2007. De onder a t/m d gegeven toelichting op de verbeteringstrajecten hebben dus ook betrekking op de versnelling van de afreken en verantwoordingscyclus.

### 3.3 Ketenzorg

Een onderwerp waarvoor de RVZ in zijn advies veel aandacht vraagt is de inkoop van ketenzorg. Begrijpelijk dat het RVZ deze aandacht vraagt want er is een belangrijke kentering in de vraag naar gezondheidszorg gaande: de toename van chronische aandoeningen. In mijn recente brief Programmatische aanpak van chronische ziekten<sup>1</sup> sta ik uitvoerig stil bij deze kentering en bij uitdaging die deze aan de gezondheidszorg stelt. Nu al wordt het grootste deel van het zorgbudget in Nederland besteed aan chronische aandoeningen en de komende decennia zal dat aandeel alleen maar toenemen. Zoals de titel al zegt wordt in de genoemde brief een programmatische aanpak voorgesteld.

Centraal in deze aanpak staat dat mensen met een chronische ziekte door middel van zorgstandaarden weten wat kwalitatief goede zorg is die bij hun ziekte past. Kenmerk van de zorg voor chronische aandoeningen is dat deze vrijwel altijd door een multidisciplinair team van zorgverleners (ook wel aangeduid als zorggroep) wordt verstrekt. Twee principes staan daarin centraal. Het eerste is dat de patiënt wordt gesteund en getraind om zo goed mogelijk met zijn ziekte te leven. Om dit goed te kunnen doen is een tweede principe van belang: namelijk dat de patiënt te maken heeft met één aanspreekpunt dat de activiteiten van het multidisciplinaire team of zorggroep coördineert<sup>2</sup>.

De programmatische aanpak is inmiddels het verst gevorderd voor de aandoening Diabetes. Onder impulsen van de Nederlandse Diabetes Federatie is de diabeteszorgstandaard ontwikkeld. Onder begeleiding van ZonMW zijn op een tiental plaatsen zorggroepen begonnen integrale diabeteszorg te verstrekken. Verzekeraars doen hieraan mee door de

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 31 200 XVI, nr. 155.

<sup>2</sup> Dit principe heb ik ook benoemd als één van de zeven rechten van de patiënt in mijn brief over cliëntenrechten in de zorg van 23 mei 2008 (Kamerstukken II, 2007/08, 31 476, nr. 1).

diabeteszorg integraal in te kopen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van experimentele vormen van bekostiging, tot aan diabetesketen-dbc's toe. Deze ontwikkelingen in de diabeteszorg zijn vanuit mijn ministerie gestimuleerd en financieel gesteund met de bedoeling om ervaring op te doen die kan worden gebruikt bij de behandeling van andere chronische aandoeningen zoals hartfalen, CVA, depressie, palliatieve zorg, gewrichtsklachten en COPD. Samen met ZonMW en de patiëntenorganisaties stimuleer ik de totstandkoming van zorgstandaarden. Dat is ook wat de RVZ adviseert. Zorgstandaarden zijn als ondergrens voor goede zorg belangrijk als kwaliteitsbakens en bevorderen daarmee de door velen bepleite transparantie.

De zorgstandaard is feitelijk nog maar het begin van de (inkoop van de) ketenzorg. Het vervolg is niet eenvoudig en niet eenduidig. Hieronder sta ik daar wat uitvoeriger bij stil. Ik doe dat om de verwachtingen van snelle successen op dit terrein en de verwachtingen ten aanzien van de rol van de overheid te temperen. We staan aan het begin van een interessante maar complexe ontwikkeling. Mijn ministerie wil met onderzoekers en partners in de gezondheidszorg deze ontwikkeling mede vorm geven door het steunen van onderzoek en – uiteraard – door het wegnemen van mogelijke belemmeringen. Uiteindelijk zijn het echter de zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties die tot werkzame oplossingen moeten komen.

Daarvoor moeten enkele hindernissen genomen worden. Zoals gezegd is dat niet eenvoudig. Om te beginnen is er het verschijnsel van co- of zelfs multimorbiditeit, dat is het gelijktijdig voorkomen van verschillende aandoeningen bij één persoon: bijvoorbeeld hartfalen, diabetes en depressie. Hoe spelen zorggroepen daar op in? Wie coördineert de zorg voor deze patiënten? Lenen deze gevallen zich voor aparte inkoop door zorgverzekeraars? Los van deze complicatie vereisen de chronische aandoeningen onderling naar hun aard ook een verschillende aanpak. Het begrip ketenzorg is in die zin enigszins misleidend omdat het zorg suggereert, die verleend wordt als volgtijdelijke schakels aan een ketting, met een begin en een eind. Bij CVA en bepaalde vormen van depressie is dit beeld wellicht goed van toepassing, maar bij aandoeningen als diabetes en COPD is veeleer sprake van continue, naast elkaar te verlenen vormen van zorg. Deze verschillen hebben gevolgen voor de wijze waarop de coördinatie van de zorgverlening plaatsvindt.

Recent hebben Donkers, Bras en Van Dingeren in Medisch Contact vanuit hun praktijk in de Goudse regio drie modellen van zorgverlening beschreven die – beter dan het enkele woord ketenzorg – recht doen aan de verschillende situaties waarin patiënten zich kunnen bevinden.

- In het orkestmodel heeft de patiënt gelijktijdig contact met verschillende zorgverleners, waarvan er één eindverantwoordelijke is (de dirigent). De samenwerking bij de zorgverlening is gericht op de uitvoering van een zorgprogramma dat zoveel mogelijk is gericht op zelfmanagement van de patiënt. Diabeteszorg is hiervan een goed voorbeeld.
- Het estafettemodel is vooral gericht op herstel van de patiënt, waarbij de verantwoordelijkheid voor de behandeling stapsgewijs wordt overgedragen van de ene behandelaar op de andere. CVA is hiervan een goed voorbeeld.
- Het kluwenmodel tenslotte is de naam voor situaties waarin patiënten geleidelijk aan de regie over hun leven verliezen en waarvan het verloop – in ieder geval individueel – moeilijk in te schatten is. Vaak is er sprake van een toenemend aantal zorgverleners dat elkaar inschakelt. Dementie geven zij hier als voorbeeld en zogenoemde casemanagers zouden in deze situaties wel eens het meest aangewezen kunnen zijn om de coördinerende rol te spelen.

Met de beschrijving van deze modellen hebben de auteurs weliswaar nog geen pasklare operationele modellen voor bekostiging en organisatie op tafel gelegd, en ook op vraag hoe het moet met de co- en multimorbiditeit hebben zij nog geen antwoord, maar met hun beschrijving structureren zij wel op een aansprekende manier het denken over deze materie. Dat is welkom in een situatie waarin er inmiddels vele ketenbloemen aan het groeien, en soms zelfs al bloeien, zijn.

Mede door de impuls van het ZonMw programma «Diabetes ketenzorg», waarin is gestart met 10 diabeteszorggroepen, zijn er op veel plaatsen in Nederland nieuwe initiatieven genomen op het gebied van ketenzorg. Zoals hiervoor al genoemd is diabeteszorg bij uitstek een voorbeeld van ketenzorg dat langs de lijnen van het orkestmodel georganiseerd kan worden. Om meer zicht te krijgen deze initiatieven heb ik opdracht gegeven voor een onderzoek. Naar verwachting is het onderzoek in augustus gereed. Onder voorbehoud geven de eerste resultaten het volgende beeld:

Er zijn op dit moment circa 80–100 zorggroepen. Het aantal huisartsen varieert van 6–200 per groep. Overigens zijn ze op uiteenlopende wijzen juridisch georganiseerd (met en zonder aparte rechtspersonen). Alle zorggroepen zijn bezig met diabeteszorg hetzij in de uitvoering (circa 75%) hetzij in de voorbereiding. Gemiddeld ligt het aantal patiënten per zorggroep op 11 000 en circa 600 000 diabetespatiënten krijgen zorg of gaan zorg krijgen via een zorggroep. In deze zorggroepen wordt circa 40% van de diabeteszorg bekostigd via de NZa beleidsregel modernisering en innovatie, 25% via een integrale dbc, 25% via een onvolledige dbc (d.w.z. zonder farmacie, diagnostiek en thuiszorg) en van de rest wordt alleen de overhead gefinancierd. Bij meer dan 50% van de zorggroepen is naast diabeteszorg ook een tweede zorgprogramma in voorbereiding.

Uit bovenstaande kan in ieder geval worden geconcludeerd dat de overheid, als het om ketenzorg voor diabetes gaat, een aantal algemene aanbevelingen van de RVZ al heeft opgevolgd nog voordat deze waren gedaan: Houd afstand, geef contractpartijen maximale ruimte, geef de professionals meer ruimte, start pilots in regio's om te experimenteren met zorginkoopmodaliteiten. Vanuit de diabetes zorggroepen ontstaan nu ook initiatieven voor andere chronische aandoeningen.

Naast het bevorderen van zorgstandaarden beveelt de RVZ ter stimulering van de inkoop van ketenzorg nog het volgende aan:

- a. hef de schotten op in de financiering van ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg die de substitutie van de eerst (duurdere) door de tweede (goedkopere) bemoeilijken;
- b. verminder het aantal dbc's in zijn algemeenheid maar vergroot juist het aantal keten-dbc's;

In algemene zin heb ik me over deze aanbevelingen hierboven al uitgelaten bij de financiële belemmeringen. Onmiskenbaar heeft het diabetesprogramma een substitutie teweeggebracht van de tweede naar de eerste lijn. Vrijwel in alle zorggroepen wordt de zorg gecoördineerd via huisartsen of gezondheidscentra en veel van de eigenlijke zorgverlening wordt gedaan door huisartsen, gespecialiseerde verpleegkundigen en paramedici. De toepassing van de beleidsregel modernisering en innovatie heeft in dit geval een deel van de belemmeringen als gevolg van financieringschotten weggenomen. Of keten-dbc's een goed of zelfs beter alternatief zijn is op dit moment moeilijk te zeggen. Belangrijk is dat er goede zorgstandaarden komen waarin de coördinatie in de keten van zorg helder is. Duidelijk is dat ketenzorg hoe dan ook een kwestie van maatwerk is. Voor bepaalde aandoeningen is dat op cliëntniveau al het geval. In zijn algemeenheid is dat ook regionaal en lokaal het geval. Verzekeraars hebben zorgplicht, maar dat hoeft niet uit te monden in dezelfde zorg voor iedere

verzekerde. Die is namelijk ook afhankelijk van de beschikbare zorgaanbieders in de regio. De functionele aanspraken in de Zvw maken dat ook mogelijk. Daarnaast spelen marktverhoudingen een rol. Een verzekeraar zal zich sterker in een regio inspannen om ketenzorg te organiseren naarmate het aantal van zijn verzekerden daar groter is of wanneer de verzekeraar daar wil investeren om zijn marktaandeel te vergroten. Verzekeraars met een lage concentratie aan verzekerden in bepaalde regio's zullen vermoedelijk meer volgend of met behulp van een inkooporganisatie deze zorg inkopen.

Zoals gezegd zie ik als mijn belangrijkste rol in dit proces het steunen van onderzoek en het wegnemen van eventuele belemmeringen die het leveren van maatwerk voor ketenzorg kunnen bemoeilijken. In aanvulling op de eerdere onderzoeken en programma's start dit jaar in ieder geval nog een onderzoek naar de gevolgen van het werken met keten-dbc's. Dat onderzoek zal in 2009 gereed zijn. Daarnaast bereidt mijn ministerie de opdracht voor een «business-case-onderzoek» voor waarmee we de financiële en organisatorische consequenties van de programmatische aanpak van chronisch zieken beter in kaart willen brengen. Ook via het recent ingerichte Zorginnovatieplatform zullen belemmeringen en innovatieve ideeën over de organisatie van ketenzorg tevoorschijn komen.

#### **4. RVZ-advies op onderdelen**

##### *4.1 Meerjarencontracten*

De RVZ is van oordeel dat jaarlijks openbaar gemaakte inkoopprestaties van zorgverzekeraars op het terrein van kwaliteit en ketens systematisch vooraf zou moeten gaan aan de jaarlijkse overstap van verzekerden. Tegelijkertijd pleit de Raad ervoor dat zorgverzekeraars de wettelijke ruimte krijgen om meerjarige polissen aan te bieden tegen premiekorting, gekoppeld aan meerjarige contracten van zorgverzekeraars met aanbieders. Om te beginnen met dit laatste: er zijn geen specifieke belemmeringen voor zorgverzekeraars om meerjarige contracten met zorgaanbieders af te sluiten. Voor het sluiten van dergelijke contracten is geenszins vereist dat verzekeraars zelf meerjarige polissen met verzekerden kunnen afsluiten; de huidige (relatief bescheiden) mobiliteit van verzekerden biedt in elk geval geen aanknopingspunt.

Ook afgezien daarvan wil ik niet tornen aan de jaarlijkse overstapmogelijkheid van verzekerden. Naar mijn oordeel is de jaarlijkse mogelijkheid voor verzekerden om met de voeten te stemmen essentieel voor een goede werking van het verzekeringsstelsel. Ik zie geen aanleiding voor nadere regels op dit punt. Ik verwijs daartoe nog naar (bijlage 6 bij) de preventiebrief van 24 september 2007<sup>1</sup>, waarin het belang werd gerelativeerd van meerjarenpolissen voor preventie.

Ik twijfel er ten slotte niet aan dat transparantie van de kwaliteit van de zorg onvermijdelijk zal doorwerken naar transparantie van de inkoop door zorgverzekeraars.

##### *4.2 Vrije artskeuze*

De RVZ acht het «axioma» van de vrije artskeuze in zijn «absolute vorm» onverenigbaar met selectieve zorginkoop en roept mij op tot stellingname. In het verlengde hiervan doet de Raad een oproep om duidelijk te communiceren over de uitleg van de wet op het punt van de vergoeding van niet gecontracteerde zorg.

De spanning tussen selectieve zorginkoop enerzijds en «vrije artskeuze» anderzijds, moet naar mijn indruk worden gerelativeerd. De verzekerde die – op basis van adequate informatie van de zorgverzekeraar – kiest voor

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 22 894. nr. 134.

een polis met selectief gecontracteerde zorg, aanvaardt daarmee dat van de gekozen polis een (ook financiële) prikkel uitgaat om te kiezen voor een gecontracteerde zorgaanbieder. Ik vind dat passend bij de stelselherziening en waardeer dat positief.

Anderzijds is het niet zo dat een verzekerde met een dergelijke polis, niet langer zelf een keuze kan maken voor een zorgaanbieder. Wel kan de keuze voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder minder aantrekkelijk worden gemaakt. De zorgverzekeraar die de strategie richt op selectieve zorginkoop, zal daarbij rekening houden met de belangen en wensen van de verzekerden. De RVZ formuleert in het advies een aantal voorwaarden voor het succesvol «navigeren» van verzekerden. De rode draad daarin is dat het voor de verzekerde zichtbaar moet zijn dat het verzekerdenbelang bij de zorginkoop voorop heeft gestaan. De door de RVZ genoemde voorwaarden zijn: gecontracteerde zorg tast de professionele autonomie niet aan; de gecontracteerde zorg leidt aantoonbaar tot betere uitkomsten, de verzekerde beschikt zelf ook over informatie dat de gecontracteerde zorg het beste resultaat geeft; gecontracteerde zorg leidt tot een lagere premie; er bestaat een reële keuzemogelijkheid tussen polisvarianten en de verzekeraar communiceert daarover effectief. Verzekeraars zijn wettelijk verplicht tot verschaffing van transparante informatie over de zorgverzekering, zodat de verzekerde tevoren precies weet waar hij aan toe is. Verzekerden die daaraan de voorkeur geven kunnen kiezen voor een polis zonder gecontracteerde zorg.

Ik zie in selectieve zorginkoop geen bedreiging van het belang van de verzekerde, maar juist een versterking daarvan. De keuze is aan de verzekerde. Daarbij speelt bovendien een belangrijke rol dat de zorgtoeslag mensen in staat stelt een polis te kiezen die geen selectiviteit behelst. Het zonder meer tegenover elkaar plaatsen van selectieve zorginkoop en vrije artskeuze levert dan ook een schijntegenstelling op.

Wat betreft de hoogte van de vergoeding bij niet gecontracteerde zorg heb ik er naar aanleiding van het NZa-rapport «Richting geven aan keuzes» in juli 2007 op gewezen<sup>1</sup> dat een beperkte restitutievergoeding acceptabel is, mits de verzekeraar voldoet aan zijn zorgplicht (voldoende en kwalitatief toereikende zorg gecontracteerd heeft) en mits voor de verzekerde volstrekt duidelijk is welke vergoeding de zorgverzekeraar hanteert als de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

#### *4.3 Verticale integratie*

De RVZ meent dat vormen van verticale integratie van zorgaanbieder en verzekeraar behulpzaam kunnen zijn bij de omslag naar gerichte zorginkoop. Ik onderschrijf dat. Ik volg de RVZ op dit moment echter niet in zijn mening dat verzekeraars in de reguliere zorg geen eigen zorginstellingen zouden mogen hebben. In lijn met onze recente visie op en beleidsagenda voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg<sup>2</sup>, kies ik ook hier, voorzover dat dienstig is aan de publieke belangen in de zorg en binnen de geldende wettelijke kaders, voor ruimte voor partijen. Ruimte en vertrouwen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om, door zich te onderscheiden, zorg van goede kwaliteit te leveren. Ik wil dan ook geen onnodige rem op de ontwikkelingen zetten en heb vertrouwen in het toezicht.

Ter toelichting het volgende. In Nederland staan verticale relaties nog in de kinderschoenen. Vrijwel alle grote verzekeraars hebben eerste stappen gezet. Achmea investeert in een diagnostisch centrum, CZ in een orthopedische afdeling van een ziekenhuis, Menzis in een keten van gezondheidscentra en Uvit heeft plannen voor investeringen in longpoliklinieken. Ik vind het een logische ontwikkeling dat zorgverzekeraars uit strategisch oogpunt daarmee verder kijken dan alleen inkoop van zorg. Door een financieel belang te nemen in zorgaanbieders kunnen zij meer «leren» over het zorgproces, meer invloed uitoefenen op de prijs/kwaliteitsver-

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2006/07, 29 689, nr. 148.

<sup>2</sup> Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, 27 juni 2008.

houding van de zorg en langs die weg aantrekkelijker worden voor hun verzekerden. De meest vergaande vorm van verticale integratie is wanneer de zorgverzekeraar zorgverleners in dienst neemt of een zorgaanbieder eigendom wordt van een verzekeraar. Er zijn nog veel andere, lossere vormen van verticale relaties mogelijk zoals contractuele afspraken over onderlinge afname en levering van zorg. Verzekeraars kunnen in principe eigen instellingen hebben. Uitgangspunt daarbij is dat eigen instellingen zorg verlenen aan de eigen verzekerden. Voor zover deze instellingen aan andere dan de eigen verzekerden zorg verlenen mag dat geen enkel risico vormen voor de soliditeit van de verzekeraar en mogen de polishouders daarvan geen mogelijk financieel nadeel ondervinden. DNB beoordeelt dit – en stelt hieraan eventueel nadere eisen of beperkingen – op basis van de omstandigheden van het concrete geval met toepassing van de Wft en daarop gebaseerde regelgeving<sup>1</sup>.

Vanuit mededingsoogpunt kan een exclusieve levering van zorg aan eigen verzekerden leiden tot ontwikkeling van ongewenste marktmacht – door de nieuwe combinatie van verzekeraar en aanbieder – en tot uitsluiting van anderen op de markt. Een duidelijk voorbeeld hiervan zou de situatie zijn waarin een zorgverzekeraar die dominant is in een bepaalde regio, een exclusief contract zou afsluiten met het ziekenhuis dat eveneens dominant is in die regio.

Door het toezichtsinstrumentarium van de NMa en NZa voorkomen we dergelijke situaties met negatieve gevolgen voor verzekerden en patiënten. In hun respectievelijke «Richtsnoeren voor de zorgsector» en de «Beleidsregel aanmerkelijke marktmacht» geven zij ook duidelijk aan daar oog voor te hebben. Het toezicht op mogelijke risico's van verticale relaties voor het verzekeringsbedrijf is bij DNB in goede handen. Daarbij komt dat de drie toezichthouders in het kader van integraal toezichtsbeleid over deze zaken regelmatig contact met elkaar hebben.

#### *4.4 Beleidsprogramma zorginkoop 2008–2011*

De RVZ beveelt aan dat ik een beleidsprogramma zorginkoop 2008–2011 ontwikkel waarin prioriteit wordt gegeven aan onder meer kwaliteits transparantie, kwaliteitsnormontwikkeling, afschaffing van de ex-post risicoverevening, vereenvoudiging van dbc's, en steun aan patiëntenverenigingen.

Ik heb in deze brief aangegeven welk beleid ik op deze terreinen voorsta. Een hergroepering van deze lopende beleidsmaatregelen rond het thema zorginkoop heeft naar mijn oordeel geen toegevoegde waarde.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink

---

<sup>1</sup> Zo ook Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 26.