

Vergaderjaar 2005–2006

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 42**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 december 2005

#### **1. Aanleiding**

Dit najaar verscheen het rapport «Markt zorgt niet», een product van de actiegroep «Zorg geen markt». Deze is mede op initiatief van mevrouw Kant van de SP opgericht. Het rapport is gebaseerd op meer dan 200 meldingen, die via de website van de actiegroep zijn binnengekomen. Dit betreft zowel concrete praktijkvoorbeelden als meningen van patiënten en werkers in de zorg. Het rapport bevat hiervan een selectie. De actiegroep concludeert op basis van deze meldingen dat marktwerking negatieve gevolgen heeft voor de zorg.

De actiegroep geeft aan dat de meldingen, die ten grondslag liggen aan deze conclusies, «waar mogelijk» telefonisch zijn gecheckt. Het rapport bevat evenwel geen wederhoor van de verzekeraars die met naam en toenaam worden genoemd. Mede met het oog op de zwaarwegende conclusies over het regeringsbeleid, die de actiegroep en de SP verbinden aan deze meldingen, heb ik tijdens het begrotingsoverleg toegezegd om de in het rapport genoemde meldingen voor te leggen aan de betrokken verzekeraars. Vanzelfsprekend gebeurt dit voor zover de verzekeraar uit het rapport kan worden afgeleid. In de bijlage bij deze brief treft u de meldingen en de reacties van de verzekeraars aan<sup>1</sup>.

Met de meldingen van de actiegroep en de reacties van de verzekeraars is – voor zover mogelijk binnen de grenzen die de privacybescherming stelt – hoor en wederhoor toegepast. Daarbij doet zich wel het volgende voor: de verzekerden waarover de meldingen in het rapport gaan worden niet met naam genoemd. Dit beperkt de mogelijkheden voor verzekeraars om adequaat te reageren. Overigens zou ik het ook een onwenselijke ontwikkeling vinden indien individuele burgers voorwerp van bespreking worden met uw Kamer.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

In aanvulling op de weergave van de reacties van verzekeraars wil ik met deze brief reageren op de beleidsconclusies die de werkgroep trekt:

- 1) De algemene conclusie dat marktwerking in de zorg niet werkt.
- 2) De deelconclusie dat marktwerking leidt tot minder kwaliteit en samenwerking.
- 3) De deelconclusie dat de zorgverzekeraar te veel macht heeft, omdat:
  - a) De zorgverzekeraar plaatsneemt op de stoel van de arts/professionaal.
  - b) Verzekerden minder keuzevrijheid hebben omdat er beperkt wordt gecontracteerd.
  - c) Verzekeraars bij contractonderhandelingen misbruik maken van hun macht.
- 4) De deelconclusie dat er sprake is van risicoselectie.
- 5) De deelconclusie dat marktwerking leidt tot meer bureaucratie.

Daarbij teken ik aan dat ik op twee onderdelen nog nadere uitwerkingen heb toegezegd. In de eerste plaats heb ik tijdens de begrotingsbehandeling aangekondigd te zullen onderzoeken welke voorwaarden verzekeraars stellen aan behandelingen voor plastische chirurgie. In de tweede plaats heb ik tijdens het algemeen overleg over administratieve lasten toegezegd om in te gaan op de polisvoorwaarden die verzekeraars formuleren en de wijze waarop ze hieraan in de praktijk uitvoering geven. Over deze laatste toezegging heb ik aangekondigd uw Kamer voor de behandeling van de WMG een brief te doen toekomen.

## **2. Reactie op de conclusies in het rapport «Markt zorgt niet»**

### *2.1 Reactie op de conclusie dat marktwerking in de zorg niet werkt*

De actiegroep concludeert op basis van de ca. 200 meldingen dat marktwerking negatieve gevolgen heeft voor de zorg. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de meldingen betrekking hebben op het huidige stelsel, waarin de aanbodsturing nog sterk dominant is en ook verzekerden weinig te kiezen hebben. Dit roept de vraag op of geconstateerde tekortkomingen – nog los van de vraag of de melders het gelijk aan hun kant hebben – op het conto van «de markt» geschreven kunnen worden. Zo bevat het rapport voorbeelden, waaruit mijns inziens eerder blijkt dat er voor de desbetreffende zorgaanbieder of zorgverzekeraar te *weinig* prikkels zijn om het werk net zo goed of beter te doen dan de branchegenoten, dan te *veel*. Doordat het rapport geen nadere duiding van het begrip marktwerking geeft, is het niet goed mogelijk de bevindingen te herleiden naar vermeende gevolgen daarvan.

Terecht merken de opstellers van het rapport op dat de invoering van marktwerking stap voor stap plaatsvindt. Wat de opstellers evenwel verzuimen te vermelden is dat dit zeer weloverwogen gebeurt. In de eerste plaats wordt er geleerd van de ervaringen die worden opgedaan met onder meer het experiment fysiotherapie en de ca. 10% van de medisch specialistische zorg, waarvan de prijsregulering is losgelaten. In de tweede plaats hanteert de regering een serie randvoorwaarden voor verdergaande marktwerking, waaronder het beschikbaar zijn van de Zorgautoriteit als adequate toezichthouder. Het rapport maakt bovendien een karikatuur van het regeringsbeleid door de suggestie te wekken dat verzekeraars de regie gaan voeren in de zorg. Het streven is juist evenwichtige verhoudingen te realiseren tussen verzekerden/patiënten, aanbieders en verzekeraars. Zo bevat de Zorgverzekeringswet (Zvw) diverse waarborgen om het sociale karakter van de zorgverzekering te vergroten en de positie van de verzekerde te versterken. Alleen bij evenwichtige verhoudingen is het mogelijk om de aanbodsturing te verminderen zonder in te boeten op kostenbeheersing en handhaving van kwaliteit.

De opstellers van het rapport kiezen voor een zorgstelsel met volledige vrijheid voor de zorgaanbieders. Ik acht dat geen verstandige keuze. De huidige praktijk laat immers juist zien dat verbetering van kwaliteit en doelmatigheid onvoldoende vanuit de aanbieders alleen tot stand komt. Daarom is het nodig dat de verhoudingen in de zorg beter in balans worden gebracht.

De conclusie dat marktwerking in de zorg niet werkt is naar mijn oordeel voorbarig. Het beeld dat wordt opgeroepen van het regeringsbeleid is onvolledig. Het rapport ontbeert bovendien een overtuigend alternatief. Hierna ga ik in op een aantal deelconclusies.

### *2.2 De deelconclusie dat marktwerking leidt tot minder kwaliteit en samenwerking*

Het rapport weet evenmin overtuigend aan te tonen dat marktwerking ten koste gaat van kwaliteit en samenwerking. Ter onderbouwing van de stelling dat dit het geval is, bevat het rapport een aantal meldingen van zorgaanbieders, met name over de thuiszorg. Hierop is geen goed weerwoord mogelijk, omdat deze meldingen niet herleidbaar zijn tot een verzekeraar of zorgkantoor. Op basis van de wel beschikbare informatie lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat in geen van de gevallen de veiligheid of effectiviteit van de zorg in het geding is geweest. Wel krijgen patiënten soms te maken met veel verschillende hulpverleners, of krijgen ze niet altijd direct de zorg die ze wenselijk achten.

Voor zover er daarbij sprake is van reële knelpunten, is vervolgens weer de vraag of marktwerking hieraan debet is. Een dergelijke conclusie gaat eraan voorbij dat ook in situaties zonder marktwerking samenwerking tussen zorgaanbieders vaak moeizaam gestalte krijgt en innovaties slechts langzaam een bredere verspreiding vinden.

De genoemde voorbeelden illustreren tegelijkertijd ook dat zorgaanbieders zich gestimuleerd voelen zich in te spannen om klanten te behouden en zo goed mogelijk van dienst te zijn. Dat is nu precies wat met een geleidelijke invoering van meer marktprikkels wordt beoogd.

Transparantie en protocollering zijn belangrijke instrumenten om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en hieraan wordt juist de laatste jaren volop invulling gegeven. Ook het stimuleren van samenwerking maakt onderdeel uit van het beleid, bijvoorbeeld door het faciliteren van gezondheidscentra. Meer marktwerking – door verzekeraars en verzekerden een keuzemogelijkheid te geven – kan er vervolgens aan bijdragen dat ondermaats presterende aanbieders hun zorg verbeteren, met als sanctie dat zij hun marktpositie verliezen. Met de komst van de Zvw nemen deze keuzemogelijkheden toe dankzij de functioneel omschreven aanspraken en het loslaten van de contracteerplicht.

### *2.3 De deelconclusie dat de zorgverzekeraar te veel macht heeft*

#### *De zorgverzekeraar neemt plaats op de stoel van de arts/professional*

In een aantal casussen wordt gesteld dat de verzekeraar op de stoel van de professional gaat zitten. De verzekeraar zou bepalen welke zorg, bijvoorbeeld een specifiek geneesmiddel, wordt vergoed en welke niet. Deze casussen missen overtuigingskracht, omdat het niet de verzekeraars zijn die bepalen wat er in het pakket zit. De wetgever bepaalt het pakket; nu het ziekenfondspakket en de standaardpakketpolis, straks met de invoering van de Zvw voor alle verzekerden het basispakket. Bovendien is het de beroepsgroep zelf die zorgt voor landelijke richtlijnen om de doelmatigheid te bewaken.

### *Verzekerden hebben minder keuzevrijheid omdat er beperkt wordt gecontracteerd*

Het rapport bevat ook casussen, waaruit zou moeten blijken dat de verzekeraars hun macht gebruiken om bepaalde aanbieders buiten de deur te houden. Daarmee beperken zij volgens de opstellers de keuzevrijheid. In reactie hierop zij vermeld dat verzekeraars op dit moment voor 90% van de ziekenhuiszorg nog een contracteerplicht kennen. Voor zover zij contracteervrijheid hebben, geven verzekeraars aan dat hun beleid is om zoveel mogelijk aanbieders te contracteren. Dit lukt in de praktijk ook, getuige bijvoorbeeld het getal van 95% van de fysiotherapeuten waarmee een aangesproken verzekeraar contracten heeft. Slechts in een enkel geval wordt om redenen van prijs of kwaliteit niet gecontracteerd.

Ook mijn eigen waarneming is dat selectieve contractering nog slechts beperkt van de grond komt. Zorgverzekeraars geven mij aan dat zij ook voor het komende jaar inzetten op brede contractering. Op zichzelf is selectieve contractering overigens positief, indien dit de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg bevordert. Wel moet ervoor worden gewaakt dat de beschikbaarheid van zorg is gewaarborgd en ook de keuzeruimte niet onnodig in het gedrang komt. Slechts een enkele casus roept op dit punt vragen op, die door de aangesproken verzekeraar ook worden onderkend. Hetzelfde geldt voor de transparantie over de gecontracteerde zorg: op dat punt valt ongetwijfeld door zorgverzekeraars nog winst te boeken, terwijl tegelijkertijd verzekerden er nog aan moeten wennen dat zij soms even moeten nagaan of een zorgaanbieder is gecontracteerd.

Niet zonder reden wijzen verzekeraars er soms op dat een melding afkomstig is van een aanbieder die niet langer wordt gecontracteerd en daar ontevreden over is. Ook mijns inziens leunen de opstellers van het rapport wel erg zwaar op de opvattingen van zorgaanbieders.

### *Verzekeraars maken bij contractonderhandelingen misbruik van hun macht*

Ook op dit punt onderbouwen de meldingen naar mijn oordeel onvoldoende de getrokken conclusie. Het rapport bevat een casus waarin de zorgverzekeraar probeert via brede gezondheidscentra een tekort aan huisartsen te bestrijden. De verzekeraar tekent aan dat hier ten onrechte een sfeer van machtsmisbruik wordt opgeroepen. Het rapport bevat nog een vergelijkbare casus bij een andere verzekeraar. Ook zou sprake zijn van machtsmisbruik omdat een huisarts in juni nog geen contractvoorstel heeft ontvangen. In reactie hierop geeft de verzekeraar aan dat het inderdaad lang heeft geduurd, maar dat dit kwam omdat een aantal nieuwe modules moest worden getoetst aan landelijke afspraken. Een echt knelpunt is het niet, want de verzekeraar vergoedt de kosten ook zonder contract.

Ook uit het rapport van de commissie Sanders, door ZN en KNGF in het leven geroepen om problemen in de contractering bij het experiment vrije prijsvorming fysiotherapie te monitoren, blijkt dat er bij het merendeel van de 20% van de ingediende klachten die de commissie gegrond verklaarde, geen oneigenlijk machtsgebruik kon worden geconstateerd.

#### *2.4 De deelconclusie dat er sprake is van risicoselectie*

Het rapport bevat onder de kop «risicoselectie» twee meldingen. Eén daarvan is te anoniem voor een weerwoord van de verzekeraar. Overigens gaat het hier om een aanvullende verzekering, waarbij verzekeraars gerechtigd te zijn om risicoselectie toe te passen.

In het tweede geval gaat het om een collectieve verzekering. Ook daarvoor geldt dat niet is uit te sluiten dat risicoselectie is toegestaan. De aangesproken verzekeraar wijst erop dat met de nieuwe zorgverzekering

acceptatieplicht wordt ingevoerd voor alle verzekeringsplichtigen zodat er voor het basispakket een einde komt aan risicoselectie.

### *2.5 De deelconclusie dat marktwerking leidt tot meer bureaucratie*

De tot verzekeraars herleidbare casussen in het rapport richten zich op de machtigingen. Daarnaast worden nog opmerkingen gemaakt over het DBC-systeem en tijdregistratiesystemen in de thuiszorg, waarop ik hier niet verder inga.

Om te kunnen controleren of de landelijke richtlijnen met betrekking tot noodzakelijke zorg worden nageleefd, werken veel verzekeraars met machtigingen. Verzekeraars hebben immers informatie nodig om hun taak te kunnen uitvoeren. In algemene zin vind ik het beeld van zuinigheid dat uit de voorbeelden naar voren komt te verkiezen boven een situatie waarin zonder slag of stoot van alles en nog wat wordt vergoed. Zorg is kostbaar en daar moeten we zuinig mee omgaan.

Toch wil ik de verzekeraars op dit punt niet door dik en dun verdedigen. Ik weet ook dat er voorbeelden zijn waarin een verzekeraar strenger en bureaucratischer is dan nodig. In een enkel geval blijkt dat ook uit deze rapportage. Het is dan ook goed dat meerdere verzekeraars in reactie op de rapportage aangeven dat zij werken aan standaardisering en reductie van de machtigingsprocedures. Zoals in de aanleiding aangegeven zal ik nader ingaan op dit onderwerp in een afzonderlijke brief.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst