

Keuzevrijheid is niet hetzelfde als

Na het bereiken van het zorgakkoord op 17 april 2014 was de uitleg door partijen eenduidig behalve op dit punt: D66, CU en SGP spraken over vrije artskeuze, VVD-minister Schippers over keuzevrijheid. De achterliggende reden is eenvoudig. D66, CU en SGP willen dat de patiënt de keuzevrijheid houdt voor de arts en zorgaanbieder. Minister Schippers wil de zorgverzekeraars de macht geven om te besluiten welke zorgaanbieder wel en welke niet wordt ingekocht. En de patiënt kan als verzekerde de zorgverzekeraar kiezen en dus heeft men keuzevrijheid. Dus geen vrije artskeuze, en geen vrije zorgprofessional-keuze!

De Tweede Kamer debatteert in juni over artikel 13 van de Zvw. De Eerste-ljns heeft zich over het vraagstuk gebogen, relevante actuele notities bestudeerd en deskundigen geraadpleegd. Het gaat daarbij om de ultieme vraag: heeft de burger, verzekerde, patiënt wel een vrije keuze als de zorgverzekeraar voor hem kiest via selectieve zorginkoop? En is de zorgverzekeraar wel in staat om goed selectief zorgaanbieders te selecteren? Naar onze mening is het antwoord **nee**, omdat:

- kwaliteit onvoldoende onderdeel is van de onderhandelingen, er is onvoldoende transparantie en de validiteit en betrouwbaarheid van de metingen zijn niet honderd procent gegarandeerd;
- burgers weinig zicht hebben op keuzemogelijkheden, polisvoorwaarden en op het moment dat ze zorg nodig hebben niet kunnen switchen;

- zorgverzekeraars belang hebben bij lage transactiekosten en te weinig investeren in hoogwaardige zorginkoop.

Marktverhoudingen in zorgstelsel

De discussie moet worden gezien in de organisatie van het gehele zorgstelsel, omdat de verschillende onderdelen met elkaar samenhangen.

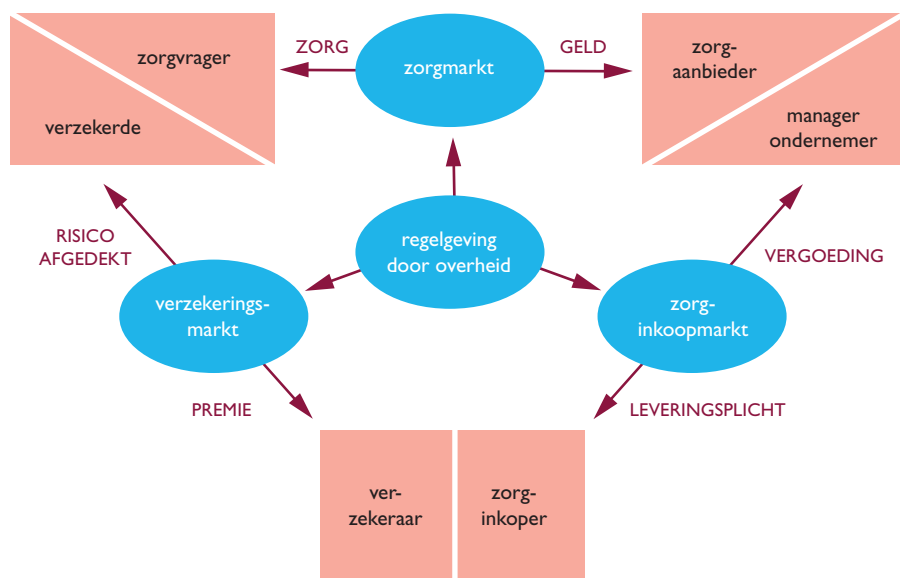
I Zorgmarktoverwegingen

De grondwet uit 1983 regelt de grondrechten van elke burger. Vooral artikel 1 gelijke behandeling en artikel 6 vrijheid van godsdienst zijn in het kader van keuzevrijheid van de patiënt van belang. Het gaat dan om de vraag of de zorgverzekeraar het recht heeft om op de stoel te zitten van de patiënt. Als de zorgaanbieder aan minimale kwalificaties voldoet om zijn beroep uit te mogen oefenen en patiënten kiezen

voor die zorgaanbieder, is het collectief belang van kostenbeheersing groter dan de individuele keuzevrijheid van de patiënt?

Ook ethische vraagstukken zijn op de zorgmarkt van belang. Ontstaat er een hellend vlak, omdat ongezonder gedrag uit dezelfde overwegingen verboden gaat worden? Is gezondheidszorg een publieke voorziening? Heeft iedereen dan recht op toegankelijkheid van de voorziening naar keuze? *“Als er legitieme redenen zijn om een eigen keuze te maken, dan kunnen er ook keuzes worden gemaakt die niet altijd het collectieve doel dienen”*¹.

Bestaande zorgrelaties: De vertrouwensrelatie zorgaanbieder–zorgprofessional is de basis van de behandeling en begeleiding. Deze behandelrelatie bestaat soms al lang. In het kader van de WGBO mag de zorgaanbieder de zorgrelatie alleen om ernstige redenen verbreken. Dat leidt er nu in de praktijk al toe dat bij het niet of minder vergoeden van de zorgprestatie door de zorgverzekeraar de behandeling moet worden doorgezet, terwijl de vergoeding hiertoe niet kostendekkend is. Want het aanbieden van een inferieure behandeling is in het kader van de Wet BIG en van de stand van de wetenschap en de praktijk niet aan te bevelen voor BIG-geregistreerde zorgaanbieders. De NZa is van dergelijke casuïstiek op de hoogte, maar heeft in voorkomende gevallen geen acties ondernomen en de zorgverzekeraar contracteervrijheid toegekend². Het inperken van de vrije zorgaanbiederskeuze door patiënten, kan in bestaande behandelrelaties ernstige



vrije artskenkeuze



consequenties hebben voor de kwaliteit en continuïteit van zorg, maar ook bedrijfsmatige effecten voor de zorgaanbieders. Hoewel het mogelijk is de voortzetting van de bestaande behandelrelaties en marktconforme vergoeding als voorwaarde toe te voegen aan het beperken van artikel 13, is dit in de praktijk bedrijfsmatig niet haalbaar als er geen nieuwe instroom van patiënten ontstaat.

Aard van de ziekte: Comorbiditeit komt veel voor. Dat kan praktische problemen opleveren bij selectieve contractering. Wat nu als je voor één aandoening naar de ene zorgaanbieder moet en voor een andere aandoening naar een andere? Daarnaast is de diagnose nog niet altijd bekend als je naar een zorgaanbieder gaat of wordt doorverwezen. Het kan dus ook zijn, dat je na de diagnose alsnog naar een andere zorgaanbieder moet, omdat de zorgverzekeraar voor de gestelde diagnose geen contract heeft afgeslo-

ten. Als dit uit kwaliteitsoverwegingen nodig is, bijvoorbeeld naar een universiteitskliniek, dan is dit acceptabel, maar of dit wenselijk is uit kostenoverwegingen? En start het diagnostisch proces dan weer niet geheel van het begin af aan op, zodat er dubbele behandelingen voor de patiënt zijn?

2 Verzekeringmarkt-overwegingen

Informatieachterstand verzekerde:

De verzekerde weet helemaal niet welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn. De minister is weliswaar van plan om de zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor 19 november ieder jaar het eens te laten worden over het komend contract, maar dat is nog een wetsvoorstel (onderdeel van wijziging artikel 13 Zvw), geen praktijk en waarschijnlijk ook niet haalbaar. Alle wijzigingen in de wet- en regelgeving moeten dan eerder plaatsvinden. Dat is een ingewikkeld en tijdrovend proces.

Dat een bepaalde doorlooptijd met wettelijke- en zorgvuldigheidstermijnen heeft. Hoewel dit in 2013/2014 getracht is om uit te voeren, is dit niet gelukt. De minister wil partijen hiertoe dwingen, maar het is in de praktijk niet of nauwelijks haalbaar en de procedures bij het College van Beroep en bedrijfsleven zijn voorspelbaar. Het concept om vroegtijdig inzicht te krijgen in de gecontracteerde partijen is goed en wordt door het veld omarmt, maar is in de praktijk waarschijnlijk onuitvoerbaar.

Informatieverstrekking en acceptatieplicht: De NZA doet onderzoek naar de informatieverstrekking van zorgverzekeraars naar verzekerden en schrijft in oktober 2013: “Op grond van artikel 40 lid 1 van de Wmg moeten ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen/volmachten informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze openbaar maken, dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. De informatie betreft in elk geval de premies en de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten. Tussenpersonen/volmachten vallen niet onder het toezicht van de NZa. Het is niet duidelijk om hoeveel verzekerden het gaat.”

De NZa kan niet aangegeven om hoeveel verzekerden het gaat. Geschat wordt op circa tien procent verzekerden via tussenpersonen/volmacht, die zich aan het toezicht van de NZa onttrekken.

In de NZa-monitor Naleving acceptatieplicht van april 2014 wordt vermeld: “Onze conclusie is dat er in 2012 en 2013 geen overtreding van de acceptatieplicht uit artikel 3 Zvw is gebleken. Deze bevinding strookt met het feit dat de NZa in deze periode geen signalen over schending van de acceptatieplicht heeft ontvangen. Iedere Nederlander werd in 2012 en 2013 geaccepteerd voor iedere basisverzekering, ongeacht inkomen, ziektehistorie of leefstijl. Wel signaleert de NZa een aantal

mogelijke risico's ten aanzien van de acceptatieplicht. Zo richten sommige zorgverzekeraars zich op specifieke doelgroepen en werpen zij soms (praktische) drempels op voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Dit gebeurt onder andere via informatieverstrekking en de "vindbaarheid" van polissen. De wijze waarop dit gebeurt is voor zover ons bekend juridisch toegestaan, maar drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegankelijkheid en keuzevrijheid van consumenten." Echter de tussenpersonen/volmachten vallen niet onder het toezicht van de NZa, zodat bij deze verzekerden geen uitsluitel bestaat of men wel of niet geaccepteerd wordt.

Adequate informatie als randvoorwaarde: Een derde argument onder deze noemer is het evaluatierapport dat iBMG recent heeft gepresenteerd over het zorgstelsel³. Een van de tien randvoorwaarden voor een zorgstelsel is voldoende transparantie en adequate consumenteninformatie over het beschikbare polis- en zorgaanbod. In de uitwerking focust iBMG op de kwaliteit

discussie, doordat de zorgverzekeraar in sommige gevallen (indirect) eigenaar is⁴ en bepaalde zorgverzekeraars niet worden opgenomen in de vergelijking, omdat men weigert hiervoor te betalen (DSW). Daar komt bij dat de polisvoorwaarden voor een gemiddelde Nederlander **niet** leesbaar zijn. De zorgverzekeringsmarkt functioneert niet voldoende.

Verzekerdenmobiliteit 2014

Veel verzekerden hebben in 2014 gekozen voor een restitutiepolis. Dit is in de historie van de Zvw nog niet eerder voorgekomen. Daarmee behouden ze een vrije artskeuze. Het is een verontrustend gegeven dat in een parlementaire democratie de wil en de keuze van het volk niet wordt gevolgd en zeker als De Partij voor de Vrijheid en Democratie VVD zich laat leiden door de drift naar kostenbeheersing, bezuinigingen en versterken van verzekeraars die laveren tussen zorg- en schadebelangen. Uit recent onderzoek van de VVAA blijkt dat 92 procent van alle respondenten de vrije zorgverlenerkeuze wil behouden⁵.

Ofwel minder medewerkers en dat is ook aangekondigd⁷. Lagere transactiekosten zijn belangrijk, want de organisatiekosten zijn weliswaar een klein percentage van het totale Zvw-budget, naar verluidt zo'n vier procent van 35 miljard, toch nog steeds 1,4 miljard per jaar. Als je standaardiseert is er in de hele bedrijfsketen van zorginkoop tot contractbeheer tot declaratieverwerking vijf tot tien procent te bezuinigen en dat is 70 tot 140 miljoen euro per jaar. Dat is extra winst en versterkt de concurrentiepositie van de zorgverzekeraar. Aangezien het in de zorgverzekeringsmarkt alleen om de relatieve concurrentiepositie gaat (iedereen is immers verplicht verzekerd), is de concurrentiepositie voor een zorgverzekeraar niet vrijblijvend, maar moet men de *best in class* volgen. Dat betekent dat alle zorgverzekeraars dit gedrag vertonen: besparen op de zorginkoop. Dat gebeurt al met veilingen, aanbestedingen en dergelijke. Bij dit soort processen zijn kleinere exclusieve aanbieders die juist in de individuele patiëntenzorg het verschil kunnen maken, kwetsbaar en lopen een grote kans om niet geselecteerd te worden of helemaal niet aan bod te komen (uitgesloten op basis van criteria die door de zorgverzekeraar worden vastgelegd). Met behoud van artikel 13, ofwel een restitutiepolis, kan de patiënt zelf keuzes blijven maken.

Gedwongen: Daarnaast betekent het dat een zorgorganisatie of zorgprofessional, al is het de beste van Nederland, door de zorgverzekeraars gedwongen kan worden om akkoord te gaan met een tarief dat niet kostendekkend is. Er is namelijk geen escape. Je moet contracteren. Als het een zorgprestatie is die in de Zvw is opgenomen, mag je geen tarief rekenen (uitspraak NZa "Docter-to-go Centraal station Den Haag", april 2014). Zorgverzekeraars hebben het monopolie op de zorginkoop van in de zorgverzekeringswet vastgelegde prestaties. Op dit moment is op basis van jurisprudentie bepaald dat de zorgverzekeraar bij het ontbreken van een contract minimaal tachtig procent van de prijs die met een andere

Het concept om vroegtijdig inzicht te krijgen in de gecontracteerde partijen is goed en wordt door het veld omarmt, maar in de praktijk waarschijnlijk onuitvoerbaar

van de zorg, die nog onvoldoende is en dat is volkomen waar. Niet uitgewerkt, maar minstens net zo'n belangrijke omissie is het gebrek aan transparantie in de polisvoorwaarden. Daar wordt in het iBMG-rapport geen aandacht aan besteedt, terwijl dit in het functioneren van de verschillende zorgmarkten van cruciaal belang is, vooral wanneer de zorgverzekeraar de volledige macht krijgt om te gaan sturen naar de zorgaanbieder. De onafhankelijkheid van keuzehulp staat ter

3 Zorginkoopmarkt-overwegingen

Kleine aanbieders uitgesloten:

Waarom is dat geen goed idee van minister Schippers? Ten eerste is de praktijk anno 2014 dat zorgverzekeraars nu al liever grote zorgorganisaties contracteren dan kleinere. Dat is efficiënter en drukt de kosten. Achmea heeft in 2013 een omzetcriterium van 150 duizend euro ingesteld dat kleine aanbieders uitsluit. Daarmee kunnen transactiekosten worden bespaard⁶.



zorgverzekeraar of in een lopend contract is overeengekomen, moet betalen⁸. Hoewel recent in nieuwe jurisprudentie dit tot zestig procent is verlaagd, blijft het recht op een vergoeding bestaan. Door het schrappen of aanpassen van artikel 13 van de Zvw vervalt dat recht en rechtsgang voor de zorgaanbieder. Vooral in de eerstelijnszorg, waar relatief veel kleine zorgaanbieders zijn, ontstaat een kaalslag en een uitholling van de diversiteit van het zorgaanbod, omdat de zorgverzekeraar alle voorwaarden eenzijdig kan vaststellen. Ook nieuwkomers met een afwijkend en innovatief aanbod kunnen door marktmastodonten van de markt worden geweerd, terwijl bekend is dat juist bij kleine aanbieders de innovatiekracht zit. Dat heeft een negatief effect op het (innovatief) aanbod voor patiënten.

Zorginkoop voldoet niet (altijd) aan normen: De NZa stelt dat zorginkoopbeleid transparant, verifieerbaar en non-discriminatoire moet zijn. Ook moet het zorginkoopbeleid tijdig beschikbaar zijn en mogen de gehanteerde normen niet onredelijk zijn. De NZa toetst dit in algemene zin, maar treedt niet op in individuele gevallen en verwijst daarvoor naar de reguliere rechtsgang. Deze stap is voor kleinschalige zorgaanbieders een onoverkomelijke drempel en verklaart de kritische opstelling van brancheorganisaties

die de zorgaanbieders representeert en in enquêtes misstanden signaleert.

NZa zorginkoop en beleidsbrief

2013: De NZa constateert dat de zorginkoop werkt en de zorgplicht is geborgd⁹. Het is de vraag waar deze conclusie op gebaseerd is. In ieder geval voor de eerstelijns zorgmarkt zijn daar gereede twijfels over. Bij de totstandkoming zijn in totaal 120 gesprekken geweest met zorgaanbieders, waarvan 44 huisartsen, fysiotherapeuten, logopedisten en tandartsen. In de eerstelijnszorg werken zo'n 30 duizend zelfstandige professionals (respons circa 1 promille). Dit is dus geen representatieve uitkomst. Daarnaast zijn er van zeventien brancheverenigingen reacties ontvangen op de conceptrapportage, maar deze zijn niet gespecificeerd noch geoormerkt.

In hoofdstuk 3 en specifiek paragraaf 3.3 staan verschillende soorten klachten van zorgaanbieders met betrekking tot de zorginkoop en het contracteerproces opgesomd. Het is verwonderlijk dat de NZa zelfs met deze niet-representatieve informatie niet tot de conclusie komt dat er toch nog behoorlijke problemen zijn in de zorginkoop.

Dogmatisch: Een deel van de deskundigen, zoals gezondheidseconomen van de Erasmus universiteit en ook de NZa gaan ervan uit dat de zorgverzekeraars de principaal agent ofwel de beste

belangenbehartiger van de verzekerde/patiënt zijn. Het is echter de vraag of dit uitgangspunt correct is. Zoals aangetoond spelen minimaal bedrijfsmatige overwegingen bij zorgverzekeraars ook een rol. Al heeft een systeem met concurrerende zorgverzekeraars zeker voordelen, bij een groot deel van de verzekerden en patiënten hebben zorgverzekeraars een ander imago. Door behoud van een vrije zorgaanbiederskeuze wordt rekening gehouden met de individuele keuzevrijheid van de burger.

Oplossingen

1 Artikel 13 laten bestaan uit principiële en praktische overwegingen. Mogelijke wijzigingen in de Zvw in een afgewogen oordeel over het functioneren van het totale zorgstelsel meenemen in plaats van aanpassing op dit losse omstreden onderdeel en de integrale evaluatie van de Zvw afwachten.

2 Partiële keuzevrijheid. Gesuggereerd is het beperken van de keuzevrijheid niet van toepassing te laten zijn in de eerstelijnszorg of bij bepaalde zorgaanbieders. Gezien de beperkte machtspositie van eerstelijns zorgaanbieders is dit te billijken. Ook vanuit de aard van de behandelrelatie die vaak langduriger is. Maar er zijn ook bezwaren. Wat te

doen met chronische patiënten in het specialistisch circuit? Hoe maak je het onderscheid tussen eerste-, anderhalfde en tweedelijnszorg, waar steeds meer integratie plaatsvindt? Of als de transparantie over de individuele medisch specialist verbetert, wil de patiënt dan ook in de ziekenhuizen of ggz niet eigen keuzes blijven maken?

3 In samenhang met andere aanpassingen doorvoeren. Als de keuzevrijheid wordt beperkt, is het logisch om daar het hele jaar overstappen tegenover te stellen. Verzekerden kunnen eenmaal per jaar op basis van hun gezondheidstoestand een keuze maken voor een zorgverzekeraar¹⁰. Daarna moeten ze een jaar wachten. Als je de verschillende markten wil

openbreken, is een directe overstapmogelijkheid en wellicht in combinatie met meerjarige polissen, waarbij preventie een belangrijker onderdeel kan worden van gezondheidsbevordering een effectieve combinatie. Naar analogie van de telecommarkt, waar de intransparantie eveneens aanzienlijk is, maar de markt vanuit klanten- en kostenperspectief wel functioneert.

De polisvoorwaarden zijn voor een gemiddelde Nederlander *niet* leesbaar

Voor de uitgebreide versie van dit artikel, zie www.de-eerstelijns.nl

Met dank aan dr. Gert Westert en mr. Nicole Kien voor hun bijdrage

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

- 1 Mariette van Hoven, Ethiek instituut Utrecht
- 2 Casus De Ondernemende Huisarts te Eindhoven en uitspraak NZa 2010 en 2012
- 3 Van Kleef, Schut, Van der Ven Erasmus Universiteit iBMG, maart 2014
- 4 Independer Achmea
- 5 April 2014
- 6 Juni 2013 aangekondigd

- 7 Reorganisatie Achmea december 2013
- 8 Hof's-Hertogenbosch 9 juli 2013
- 9 NZa februari 2014
- 10 Zvw paragraaf 2.3 artikel 7 lid 1: De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.



UW PARTNER IN KWALITEIT VAN ZORG VOOR LONGZIEKTEN



www.chiesi-college.nl