

# Patiënt in de hoofdrol, zorgverzekeraar de regie

## Zorgverzekeraars, selectieve zorginkoop en de rol van de patiënt

Door André Bons en Heleen van Veen

Het laatste kwartaal van het jaar is het moment van het grote vergelijken. Zorgverzekeraars kopen hun zorg in en bieden hun polissen aan. De burger kiest. Een ritueel dat hoort bij het huidige zorgstelsel, dat in 2006 met een grote mate van instemming werd ingevoerd. Maar de veronderstelde consensus over dit stelsel vertoont steeds meer barsten.

Er is veel onvrede met het systeem van de geregeerde marktwerking en de bepalende rol hierin van de zorgverzekeraars. Huisartsen eisen minder bureaucratie en gelijkwaardigere contractonderhandelingen. Specialisten morren omdat zorgverzekeraars steeds vaker op de stoel van de dokter gaan zitten. Samenwerkende zorgaanbieders worden beticht van mededinging. Fuseren als alternatief voor samenwerken wordt met grote scepsis ontvangen, omdat het de macht van de zorgaanbieder vergroot. Experimenten waarbij de zorgverzekeraar één zorgorganisatie selecteert stuiten op veel verzet van wijkverpleegkundigen en burgers. Cliëntenraden spreken hun verontrusting uit over de bepalende rol die zorgverzekeraars hebben; van het terugdringen van regionale ziekenhuizen tot aan welke medicijnen patiënten krijgen. Zorgverzekeraars Nederland lanceert namens alle zorgverzekeraars de website [Zorgdialoog.nu](http://Zorgdialoog.nu), ongetwijfeld een poging de steeds feller wordende discussies over de dilemma's die zich voordoen te beheersen. Anderen zien daarin weer een aanwijzing voor kartelvorming van de kant van de zorgverzekeraars, die met één mond willen praten. En intussen heeft het publiek nog maar weinig vertrouwen in de zorgverzekeraars, zo bleek eerder dit jaar uit verschillende onderzoeken.

### Evenwicht

De barsten in het stelsel scheuren verder. Begin december is het de zorgverzekeraars nog niet gelukt om inkoopovereenkomsten met ziekenhuizen te sluiten. Dit terwijl de burger al wel moet kiezen voor een zorgverzekeraar. Moet, want hij is verplicht dit zorgproduct af te nemen. De goedkope budget- en naturapolissen leiden tot veel onduidelijkheid voor patiënten. En ziekenhuizen voelen zich niet verantwoordelijk om te toetsen waar een patiënt is verzekerd. Het gaat hier immers om contracten die burgers met de zorgverzekeraar sluiten, niet met het ziekenhuis. Hoewel het niet voor het eerst is dat onderhandelingen niet op tijd rond zijn, lijken de zorgverzekeraars nu meer voor een voldongen feit te worden gezet. Burgers polissen aanbieden waarvan de voorwaarden niet bekend zijn is niet echt een optie. Zorgverzekeraars staan op die manier onder druk om toe te zeggen dat alle ziekenhuizen gecontracteerd gaan worden. De onderhandelingsmacht verschuift enigszins van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder.

Om de onderhandelingsmacht meer in evenwicht te brengen namen zorgaanbieders in de regio Noordwest-Veluwe en Oost-Flevoland een baanbrekend initiatief. Zij richtten een regionale zorg-

*De goedkope budget- en naturapolissen leiden tot veel onduidelijkheid voor patiënten*

## *Alleen zorgverzekeraars die geen beperkingen stellen aan behandelingen of medicatie kunnen contracten afsluiten met deze zorgaanbieders*

alliantie op die het belang van inwoners van hun regio centraal stelt. Het GezondVeluwe-keurmerk dat zij hen hiervoor afgeven, garandeert patiënten dat de zorgverzekeraar geen beperking oplegt voor het aantal of de soort behandelingen. In de regionale pers vallen termen als revolutie en omdraaien van de rollen. Is het een klein voorval, met alleen regionale betekenis, of een blauwdruk voor fundamentele veranderingen? De regionale alliantie is gericht op het versterken van de onderlinge samenwerking tussen regionale zorgaanbieders. Tot nu toe bepalen de zorgverzekeraars welke medicijnen worden voorgeschreven, waar de patiënt behandeld wordt en hoelang deze behandeling duurt. Maar de zorgaanbieders in de regionale zorgalliantie hebben in overleg met cliënten dit paradigma gewijzigd. Alleen zorgverzekeraars die geen beperkingen stellen aan behandelingen of medicatie kunnen contracten afsluiten met deze zorgaanbieders, zo laten zij weten op hun gezamenlijke website. Geen beperking door de zorgverzekering op ziekenhuisbehandelingen; altijd het medicijn krijgen dat de specialist voorschrijft; niet opeens naar een ander deel van het land moeten voor verpleeghuiszorg. Aan deze en nog zeven andere criteria moeten zorgverzekeraars voldoen. Voor het eerst stellen zorgaanbieders eisen aan de machtige zorgverzekeraars.

### Regierol

De overheid heeft zorgverzekeraars de regierol toebedeeld om selectief zorg in te kopen, met als doel kostenbeheersing en kwaliteitscontrole. Om te komen tot een betere gezondheidszorg en de kosten van de zorg te beheersen is een stelsel opgezet waarin prikkels worden toegediend die de kwaliteit moeten bevorderen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen maken afspraken over prijs, hoeveelheid en kwaliteit van de zorg. Ziekenhuizen krijgen een vast bedrag voor alle zorg die zij leveren aan een patiënt. Deze prestatiebekostiging moet ziekenhuizen prikkelen om de zorg rond de patiënt beter te organiseren tegen een scherpe prijs en moet ervoor zorgen dat de zorg van goede kwaliteit blijft. Zorgverzekeraars kopen vooral zorg in van goed presterende ziekenhuizen. Dat komt ten goede aan de patiënt, zo is de gedachte achter het systeem. Toezichthouders aan de zijlijn moeten het spel in goede banen leiden en waarborgen dat concurrentie tussen zorgaanbieders zich kan ontwikkelen. De dagelijkse praktijk laat zien dat de wens van ziekenhuizen om te kunnen samenwerken botst op de noodzaak te moeten concurreren. Ziekenhuizen rechtvaardigen de vele fusies met argumenten over kostenefficiëntie en kwaliteitsverbetering, terwijl samenwerken meer voor de hand zou liggen maar niet mag. Samenwerking



## Samenwerking leidt tot kartelvorming en prijsverhogingen, maar fusie tot meer onderhandelingsmacht van de zorgaanbieder

zou binnen het huidige systeem immers leiden tot kartelvorming en prijsverhogingen. Maar fusie leidt tot meer onderhandelingsmacht van de zorgaanbieder. Binnen de spelregels van het systeem lijkt een optimale uitkomst niet haalbaar. Het evenwicht is wankel en het is steeds de vraag waar de balans naar doorslaat.

### Keuzevrijheid en selectie

Intussen is de derde speler in de onderhandelingsdriehoek - de patiënt - nog amper aan zet. Elke burger kiest een zorgverzekeraar. Hij ziet zich geconfronteerd met verschillende polissen. Degenen die vanuit het oogpunt van kostenbeheersing niet voor een restitutiepolis maar voor een goedkopere naturapolis, budgetpolis of een combinatiepolis kiezen, riskeren, eenmaal patiënt, voor onaangename financiële verrassingen te komen staan. Zij worden geconfronteerd met rekeningen van zorgaanbieders die niet door hun zorgverzekeraar gecontracteerd zijn. Niet alle burgers zijn immers bekend met selectief contracteren. Om dit te voorkomen moet de burger bewust kiezen. En dat is bepaald niet iets wat je even op een winterse avond bij de kachel doet. Als hulp bij een keuze uit de vele honderden polissen zijn daar de vergelijkingswebsites. Maar omdat er daar inmiddels ook al velen van zijn - vaak gelanceerd door zorgverzekeraars

zelf - worden deze weer uitgedost met criteria en keurmerken. De patiënt moet uit dit woud dus eerst kiezen welk hulpmiddel hij gaat gebruiken bij het kiezen van een polis. En dan mogelijk ook nog uit polissen waarvan de voorwaarden nog niet bekend zijn. Een waarlijk kafkaësk gebeuren. Eenmaal patiënt moet de burger gaan selecteren op kwaliteit van zorgaanbieders. Om kwaliteit inzichtelijk en meetbaar te maken zijn er richtlijnen voor kwaliteit en kwaliteitsverbeteringen nodig die vergelijkbare resultaten opleveren. De spelregels voor het grote vergelijkings spel worden echter steeds ingewikkelder, de keuzevrijheid neemt af en de bureaucratie neemt toe.

### Toename regels en richtlijnen

Wordt de burger patiënt die zorg nodig heeft, dan moet hij vervolgens gaan selecteren op kwaliteit. Kwaliteit die, conform opdracht, al door zorgverzekeraars moet zijn bepaald alvorens ze zorgaanbieders contracteren. De impliciete opdracht aan de patiënt is om vervolgens ook middels zijn keuze de kwaliteit te stimuleren. Om die kwaliteit inzichtelijk te maken zijn er richtlijnen voor kwaliteit en kwaliteitsverbeteringen nodig. Zorg die op marktgerichte wijze verhandeld wordt, moet immers meetbaar zijn in effectiviteit en vergelijkbare resultaten opleveren. De spelregels voor het grote vergelijkings spel

## *Medezeggenschap over de kwaliteit van zorg vormt een bruikbare ingang voor de cliëntenraad om betrokken te zijn bij zorginkoop*

worden steeds ingewikkelder en regels en protocollen nemen toe. De vraag is of dit uiteindelijk niet juist ten koste gaat van de kwaliteit waar de cliënt nu zo'n behoefte aan heeft. Dat zorgverzekeraars kwaliteit beoordelen is sowieso conflicterend met de opdracht kostenefficiënt in te kopen. Wetenschappelijke eisen stellen aan kwaliteit moet dan ook aan de beroepsgroepen zijn. Zij moeten de criteria voor goede kwaliteit van zorg bepalen en de toezichthouder, de inspectie, toetst deze. En wel met als uitgangspunt dat ze een instrument vormen ter verbetering in plaats van afrekening.

### **Zorg in de buurt**

Kwaliteit van zorg betekent voor veel patiënten ook goed op elkaar afgestemde zorg dicht bij huis. De zorgaanbieders in Noordwest-Veluwe en Oost-Flevoland laten de regionale betekenis zien die zorg voor patiënten heeft. Zij zetten in op integrale samenwerking in de hele zorgketen en besluiten op basis daarvan als zorgaanbieders gezamenlijk of ze in zee gaan met een zorgverzekeraar die de patiënt echt verzekert van de gewenste zorg. Patiënten hoeven zo niet zelf uit te zoeken welke zorg waar het beste is en bij wie dat dan weer wordt vergoed. De meeste zorg is immers geen hoog specialistische zorg. Zorg voor chronisch zieken en ouderen bijvoorbeeld vraagt vooral ook samen-

werking in de hele keten. De specialist bepaalt de behandeling, in nauw overleg met de patiënt, de zorgverzekeraar volgt en de patiënt krijgt alle zorg die hij nodig heeft.

### **De cliëntenraad en zorginkoop**

Bovenstaande ontwikkelingen raken vanzelfsprekend ook aan medezeggenschap. De cliëntenraad heeft als taak de collectieve belangen van de cliënten van een zorginstelling te behartigen, zodat goede kwaliteit van zorg en ondersteuning gewaarborgd wordt. Medezeggenschap over de kwaliteit van zorg vormt een bruikbare ingang voor de cliëntenraad om betrokken te zijn bij zorginkoop. Het is aan de cliëntenraad zelf om er voor te kiezen of en in welke mate hij betrokken is. Een cliëntenraad kan de zorgaanbieder op basis van gebruikerservaringen, kwaliteitsonderzoeken, klachtenrapportages en op basis van ervaringen binnen de eigen instellingen adviseren thema's en inkoopcriteria vanuit cliëntenperspectief te benoemen. Kwaliteitsonderwerpen die op de agenda staan van het overleg met de zorgaanbieder zullen in veel gevallen ook van belang zijn voor het zorginkoopproces. Het is belangrijk dat de cliëntenraad kennis heeft van het inkoopproces en desgewenst hierover deskundigheid opbouwt. De zorgaanbieder kan de deskundigheid van de cliëntenraad versterken



## *Alleen contracten met zorgverzekeraars die geen beperkingen stellen aan behandelingen of medicatie*

door de raad tijdig te informeren en te faciliteren met bijvoorbeeld een budget voor bijscholing en advisering.

Zorgverzekeraars en zeggenschap cliënten

Hebben cliënten middels de cliëntenraad invloed bij zorgaanbieders, verzekerden hebben dat nagenoeg niet op het beleid van zorgverzekeraars. Cliëntenraden geven aan dat er nu teveel macht ligt bij zorgverzekeraars, dat die teveel gericht zijn op financiële prikkels en nauwelijks op kwaliteit van zorg en dat zij te weinig maatschappelijke verantwoordelijkheid afleggen. Momenteel is er een wet in de maak om de invloed van verzekerden te verbeteren. En begin november nam de Tweede Kamer een motie aan die pleitte voor meer zeggenschap van cliënten, patiënten én verzekerden. Het LSR heeft laten weten het essentieel te vinden dat de positie van de verzekerden bij zorgverzekeraars wordt verstevigd en dat de inspraak via ledenraden wordt versterkt. Maar de rol van verzekerden en cliënten moet groter zijn dan alleen participatie. Cliëntenparticipatie is het benutten van de unieke ervaringskennis van cliënten met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen. Maar op de technieken van cliëntenparticipatie hebben cliënten nauwelijks invloed. Het is immers de organisatie die bepaalt wanneer zij waarover cliënten raadpleegt, hoe zij

de uitkomsten interpreteert en welke consequenties zij hieraan verbindt. Een belangrijke rol moet daarom zijn weggelegd voor de formele medezeggenschap vanuit cliëntenperspectief. Dat geldt ook voor beïnvloeding van het beleid van de zorgverzekeraars. Er is een goede afstemming nodig tussen participatie van de individuele patiënt, collectieve participatie via panels, focusgroepen, vragenlijsten en de vormen van formele medezeggenschap. Participatie en zeggenschap van cliënten moeten sterker worden verbonden met de structurele, formele medezeggenschap. Via een orgaan met wettelijke bevoegdheden, de cliëntenraad, die zelf actie kan nemen zodra de situatie, het cliëntenbelang, daar om vraagt.

### **De cliënt op de voorgrond**

De huidige ontwikkelingen laten zien dat er een strijd woedt met als inzet de macht in de zorg, de verdeling van verantwoordelijkheden, het beslissen over de kwaliteit van de zorg en over de positie van burger, verzekerde en cliënt. Bij de totstandkoming van het GezondVeluwe-keurmerk zijn cliënten naar hun mening gevraagd en was de cliëntenraad nauw betrokken. Zo vallen ontwikkelingen ten aanzien van zeggenschap en medezeggenschap samen met ontwikkelingen inzake zorginkoop en kwaliteit van zorg. Het lijkt tevens een antwoord te

## *De patiënt, en als zijn vertegenwoordiger de cliëntenraad, moet een ijkpunt zijn om de partijen in evenwicht te houden*

zijn op de conflicterende rollen van burger, patiënt en verzekerde ten aanzien van de keuze voor zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het is een manier om de kwaliteit van zorg en de behoefte van de cliënt weer op de voorgrond te zetten. Een bijdrage aan een proces waarin de keuzevrijheid van patiënten werkelijk tot zijn recht kan komen.

Het is een uitdaging voor de cliëntenraad om in deze processen positie in te nemen. Het is de vraag wie hij vertegenwoordigt, op welke manier, welke rol hij pakt en hoe hij opkomt voor de zeggenschap van cliënten. De patiënt, en als zijn vertegenwoordiger de cliëntenraad, moet meer zijn dan een van de partijen in de driehoek. Hij moet een ijkpunt zijn om de andere partijen - zorgverze-

kering en zorgaanbieder - in evenwicht te houden zodat kwaliteit en cliëntgerichtheid van de zorg uitgangspunten worden. De ontwikkelingen vormen een uitdaging aan het zorgstelsel dat volgend jaar tien jaar bestaat. Ze zijn tekenend voor zowel de voorspelde als de onvoorziene wetmatigheden van een decennium gereguleerde marktwerking in de zorg. Een hernieuwde visie op zorg en de organisatie van de zorg is nodig, waarbij participatie en medezeggenschap niet slechts uiterlijk vertoon, maar intrinsiek uitgangspunt zijn.

Meer informatie over de regionale zorgalliantie:  
[www.gezondveluwe.nl](http://www.gezondveluwe.nl)

