

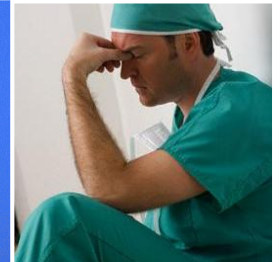
Zorg te koop

Een juridisch onderzoek naar de toenemende macht van de zorgverzekeraars bij zorginkoop in ziekenhuizen

Kim de Wildt



UMCG, Juridische zaken
Hanzehogeschool Groningen
Instituut voor Rechtenstudies



Groningen, oktober 2014

UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GRONINGEN

Studentenbureau UMCG

Universitair Medisch Centrum Groningen

Zorg te koop

Een juridisch onderzoek naar de toenemende macht van de zorgverzekeraars bij zorginkoop in ziekenhuizen

Groningen, oktober 2014

Auteur

Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Opdrachtgever

Begeleider onderwijsinstelling

Begeleider UMCG

Kim de Wildt

245479

HBO Rechten
Instituut voor Rechtenstudies
Hanzehogeschool

mr. J.G. Pieter
Secretaris Stafconvent, UMCG

mr. M.I. Koopmans
Instituut voor Communicatie, Media en IT
Hanzehogeschool

mr. J. G. Pieter
Secretaris Stafconvent, UMCG

© 2013 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Trefw Zorgverzekeringswet, Marktwerking, Zorginkoop

VOORWOORD

Marktwerking is een veel besproken onderwerp in de media afgelopen periode, hierdoor werd mijn interesse gewekt voor een afstudeeronderzoek. Dit onderzoek gaf mij uitdaging om vanuit meerdere invalshoeken het zorgstelsel te bestuderen. Gedurende het onderzoek werd er in de media en politiek veel gediscussieerd over marktwerking in de gezondheidszorg en mogelijke aanpassingen hiervan. Het wetsvoorstel van Minister Schippers van VWS heeft hierdoor veel onder vuur gelegen.

Dat er bezuinigd moet worden, ook in de gezondheidszorg, is ondertussen algemeen bekend. De Minister is van mening dat met aanscherping van de huidige marktwerking grote bezuinigingen kan worden bereikt. Die mening deel ik echter niet. Ik ben benieuwd wat uw standpunt zal zijn over marktwerking in de zorg. Transparantie van de zorg en selectieve zorginkoop zijn de sleutelwoorden voor het huidige stelsel. Is marktwerking een goede verbetering voor de gezondheidszorg?

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
1 INLEIDING	3
1.1 PRAKTISCHE AANLEIDING VOOR HET ONDERZOEK.....	3
1.2 BEDRIJFSANALYSE	4
1.3 INVENTIECYCLUS	4
1.4 DOELSTELLING.....	5
1.5 CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG EN DEELVRAGEN.....	5
1.6 METHADOLOGISCHE VERANTWOORDING	5
1.7 AFBAKENING.....	6
1.8 OPBOUW ONDERZOEKSRAPPORT	6
2 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING.....	7
2.1 VERANTWOORDING KEUZE VAN DE THEORETISCHE BRONNEN EN ONDERZOEKSOBJECTEN	7
2.2 VERANTWOORDING VAN KEUZE VAN DE METHODEN VAN DATAVERZAMELING.....	10
2.3 ANALYSE.....	11
2.4 STERKTE-ZWAKTE EN REFLECTIE.....	11
3 DE WETGEVING RONDOM HET ZORGSTELSEL	13
3.1 WAT IS HET WETTELIJK KADER VAN DE ZORGVERZEKERINGSWET OVER ZORGIN- EN VERKOOP?	13
3.2 WAT IS HET EFFECT VAN HET HINDERPAALCRITERIUM EN WAT IS HIEROVER BEKEND IN DE EUROPESE REGELGEVING?.....	16
3.3 WELKE CONCRETE VERANDERINGEN BRENGT HET WETSVOORSTEL 33362 MET ZICH MEE?	18
3.4 WELKE ROL VERVULT DE ZORGVERZEKERAAR BIJ ZORGINKOOP MET BETREKKING TOT DE ZORGCONTRACTEN?.....	19
3.5 WELKE ROL VERVULT HET STAFCONVENT, RAAD VAN BESTUUR EN DE ZORGVERKOPERS MET BETREKKING TOT ZORGINKOOP?	23
3.6 CONCLUSIE EN ONDERZOEKSPUNTEN.....	25
4 GEGEVENSRESULTATEN VAN HET PRAKTIJKONDERZOEK.....	27
4.1 INLEIDING.....	27
4.2 HET PRAKTIJKONDERZOEK	27
5 ANALYSE	31
5.1 ANALYSE ONDERZOEKSPUNTEN	31
5.2 VERGELIJKING MET DE THEORIE	32

6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	35
6.1 CONCLUSIES.....	35
6.2 AANBEVELINGEN.....	35

SAMENVATTING

Het Nederlandse zorgstelsel heeft de afgelopen jaren veel veranderingen ondergaan. In 2006 is de Zorgverzekeringswet (hierna te noemen: Zvw) ingevoerd, deze vervangt het oude stelsel van ziekenfonds en particuliere verzekering. Marktwerking werd in de zorg geïntroduceerd. Hierbij zijn transparantie en selectieve zorginkoop de sleutelwoorden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars concurreren onderling met als doel kostenbesparing en kwaliteitsverhoging in de zorg.

Een deel van de zorg werd vatbaar voor onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De zorg werd onderverdeeld in Diagnosebehandelingcombinaties (hierna te noemen: DBC's) toen het nieuwe zorgstelsel in 2006 werd ingevoerd. Omdat er meer dan 30.000 DBC's waren, werd er in januari 2012 gekozen voor een nieuwe systematiek voor ziekenhuizen: de DOT. DOT staat voor DBC op weg naar transparantie. Het aantal is nu vereenvoudigd tot 4400. Zorgverzekeraars zullen in dit onderhandelingsproces de leiding moeten nemen en in hun beleid sturen op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Zo ontstaat er selectieve zorginkoop: de zorgverzekeraars kiezen er dan voor om bij bepaalde zorgaanbieders geen contracten af te sluiten of slechts een gedeelte van hun zorg te contracteren

Minister Schippers is van mening dat zorgverzekeraars de zorg meer selectiever moeten kunnen inkopen. Er ligt daarom een wetsvoorstel om een belangrijk artikel van de Zvw te wijzigen. Het voorgenomen wetsvoorstel (33362) betreft een wijziging van onder andere de Wet Marketing Gezondheidszorg (hierna te noemen: WMG) en een aanpassing van art. 13 Zvw. Dit artikel geeft de vrijheid weer van de patiënten om de zorg in het ziekenhuis naar hun keuze te bepalen. De wijziging van deze wet bevat een verbod op verticale integratie en afschaffing van het hinderpaalcriterium:

- Met het verbod op verticale integratie wil men voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg gaan aanbieden of zorg laten aanbieden door zorginstellingen waarin zij zeggenschap hebben.

- Het huidige hinderpaalcriterium bepaalt dat verzekeraars een vergoeding van 75%-80% dienen te betalen aan verzekerden die met een naturapolis bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders zorg afnemen. De wetswijziging beoogt afschaffing van dit criterium en hierdoor worden verzekeraars vrij om te bepalen of zij een deel vergoeden of niets. Zorgverzekeraars moeten wel de hoogte van de vergoeding in de modelovereenkomst tussen zichzelf en de verzekerden opnemen.

Hierover volgde veel ophef in de media en politiek omdat menig individu van mening is dat dit voorstel afbreuk doet aan de vrije artsen keuze.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van de secretaris van het stafconvent van het UMCG. Op grond van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (hierna te noemen: WHW) werkt het stafconvent binnen het ziekenhuis mee aan het dagelijkse bestuur. Zij is verantwoordelijk voor het waarborgen en bevorderen van de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de patiëntenzorg.

Het doel van het onderzoek is om aanbevelingen te doen aan het stafconvent van het UMCG ter beoordeling van de huidige zorgcontracten met ziektekostenverzekeraars of deze in overeenstemming zijn met de huidige en voorgenomen wet- en regelgeving door middel van het bestuderen van de verschillen tussen de huidige en gewenste situatie op het terrein van de onderhandelingen tussen het UMCG en de zorgverzekeraars, in de wet- en regelgeving, literatuur, jurisprudentie, interne en externe literatuur en deze te vergelijken met de visie van de zorginkopers van VGZ en Menzis, de zorgverkopers van het MZH en het UMCG en de Chef de Clinique's van het UMCG en deze onderling te vergelijken.

De onderzoeksvraag die in het onderzoek centraal staat is: In hoeverre zijn de bestaande zorgcontracten in overeenstemming met de huidige en toekomstige wet- en regelgeving?

Geconcludeerd kan worden dat het doel van de Zvw is het creëren van gereguleerde marktwerking, waarbij de verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder gelijke spelers zijn. Art 13 van de Zvw bevat een zorgplicht voor de zorgverzekeraars om voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden en om niet-gecontracteerde zorg te vergoeden. Zorgverzekeraars kunnen door deze verplichting tot betaling van 75%-80% niet voldoende selectief zorg inkopen, zij dienen nu een 'forse reserve pot' achter de hand te houden voor deze vergoeding.

Uit dit onderzoek is onder meer gebleken dat de zorgcontracten conform de wettelijke kaders zijn. Zorgverzekeraars mogen daarentegen niet vooruit lopen op het wetsvoorstel en dienen tot het wetsvoorstel van kracht is conform het hinderpaal criterium een vergoeding uit te keren. Dit biedt zorgverzekeraars de kans om meer selectief zorg in te kopen.

Verder kan er worden geconcludeerd dat de zorgcontracten vrij eenzijdig worden opgesteld en dat de zorgaanbieders moeite hebben met het sluiten van zorgcontracten. Indien het wetsvoorstel wordt aangenomen zal de wijze van zorgcontractering niet wijzigen. De selectieve zorginkoop aan de kant van de zorgverzekeraar zal daarentegen juist worden versterkt.

Binnen het UMCG is de afdeling zorgverkoop verantwoordelijk voor de zorginkoop. Zij voeren alle onderhandelingsgesprekken en mogen, door middel van mandaat verkregen van de Raad van Bestuur, zelf prijsafspraken maken. De Chef de Clinique's worden weinig in dit proces betrokken, terwijl zij alle medische kennis bezitten. In het onderzoek is naar voren gekomen dat de Chef de Clinique's wel bereid zijn mee te denken in het zorgverkoop traject.

Op grond van de huidige zorgcontracten wordt er aanbevolen dat er geen veranderingen hoeven plaats te vinden, de zorg wordt conform de wet gecontracteerd. Ook met betrekking tot het hinderpaalcriterium wordt er aanbevolen dat er geen veranderingen dienen plaats te vinden omtrent zorgcontractering, de zorg wordt conform de wet gecontracteerd.

Op grond van de voorgenomen wetswijziging wordt er aanbevolen vervolg onderzoek te verrichten. Uit het onderzoek is namelijk gebleken dat afschaffing van het hinderpaal

criterium (mogelijk) in strijd is met de Europese wetgeving, dit dient verder onderzocht te worden. Verder is ook in de voorgaande hoofdstukken naar voren gekomen dat de zorgverleners de afschaffing van het hinderpaal criterium in strijd achten met de vrije artskeuze. Bovendien zal de zorg waarschijnlijk na deze afschaffing nog selectiever worden ingekocht, hierdoor zullen de onderhandelingen waarschijnlijk verder worden bemoeilijkt. Voor het UMCG is het van belang om te onderzoeken of het wetsvoorstel kan worden tegengehouden.

Verder als gevolg van het intreden van de Zvw heeft de zorgverzekeraar een grote invloed in de zorgcontractering. Standaardcontracten van de zorgverzekeraar zijn desondanks geoorloofd. Zorgaanbieders ervaren dit wel als teveel macht binnen de zorg. Een aanbeveling op dit vlak is dat er geen veranderingen dienen plaats te vinden omtrent zorgcontractering, want de huidige rol van zorgverzekeraars binnen zorgcontractering is conform de wet.

Tenslotte wordt er aanbevolen de visie van de medische staf mee te nemen in de onderhandelingen. Het stafconvent dient deze mogelijke invloed van de medische staf in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars meenemen binnen de interne vergadering van het orgaan.

1 INLEIDING

1.1 PRAKTISCHE AANLEIDING VOOR HET ONDERZOEK

Het particuliere Slotervaartziekenhuis in Amsterdam liet in januari 2013 weten het niet eens te worden in de onderhandelingen met ziektekostenverzekeraar Achmea over de nieuwe zorgcontracten. Door middel van zorginkoop koopt Achmea zorg in bij zorgaanbieders zoals het Slotervaartziekenhuis en dient zij jaarlijks opnieuw te onderhandelen over het contract. Tijdens deze onderhandelingen liet Achmea weten vermoedelijk geen contract te kunnen sluiten met het ziekenhuis, omdat beide partijen het niet eens konden worden over de prijzen van zorg. Patiënten van het ziekenhuis die verzekerd waren bij Achmea verbleven lange tijd in onzekerheid. Zij waren bezorgd over de vergoeding van de kosten die zij al hadden gemaakt.

Het Slotervaartziekenhuis bleek niet het enige ziekenhuis dat moeite had met het sluiten van zorgcontracten met verzekeraars. Ook nu komen op het internet en in de kranten geregeld artikelen tevoorschijn over rechtszaken of kleinere disharmonieën tussen verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zorgaanbieders ervaren macht van de vier grote zorgverzekeraars: VGZ, Achmea, Menzis en CZ in de zorgcontractering. Zorgaanbieders stappen daarom regelmatig naar de rechter omdat het sluiten van een contract zagezegd door de zorgverzekeraar 'onmogelijk wordt gemaakt'. Desondanks is minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van mening dat er aanscherping van de huidige marktwerking moet plaats vinden. Zij wil dat de zorgverzekeraars meer selectiever zorg gaan inkopen om zo de zorgkosten te drukken. Er ligt daarom een wetsvoorstel om een belangrijk artikel van de Zvw te wijzigen.

Het wetsvoorstel (33362) betreft wijzigingen van onder andere de Wet Marketing Gezondheidszorg (hierna te noemen: Wmg) en een aanpassing van art. 13 Zvw. Over deze laatste wijziging gaat dit afstudeeronderzoek. De wijziging bevat een verbod op verticale integratie en de afschaffing van het hinderpaalcriterium. Het verbod op verticale integratie moet voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg gaan aanbieden of zorg laten aanbieden door zorginstellingen waarin zij zeggenschap hebben. En het

hinderpaalcriterium betreft de minimale huidige vergoeding aan verzekerd als zij kiezen voor een zorgaanbieder waar hun verzekeraar geen zorgcontract mee heeft afgesloten. In de huidige situatie zijn verzekeraars namelijk verplicht 75% tot 80% van de afgenomen zorg te vergoeden. Het wetsvoorstel bevat een afschaffing van dit criterium. Verzekeraars kunnen er in deze context voor kiezen geen vergoeding meer uit te keren.

Door de huidige wijze van zorgcontractering hebben de zorgverzekeraars macht in handen. Zorgverzekeraars bepalen bij welke zorgaanbieder, zij welke zorg gaan verzekeren en tegen welke prijs. Sommige grote zorgaanbieders hebben een afdeling in huis die gespecialiseerd zijn in het voeren van deze onderhandelingen.

De vraag is of de minister van VWS, door middel van het nieuwe wetsvoorstel, de zorgverzekeraars meer macht geeft ten opzichte van de zorgaanbieders. Zorgaanbieders zitten met hun handen in het haar.

Dit onderzoek wordt verricht in opdracht van de secretaris van het stafconvent van het UMCG. Op grond van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (hierna te noemen: WHW) werkt het stafconvent binnen het ziekenhuis mee aan het dagelijkse bestuur. Zij is verantwoordelijk voor het waarborgen en bevorderen van de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de patiëntenzorg. Ondanks dat dit orgaan niet verantwoordelijk is voor de verkoop van de zorg aan de zorgverzekeraars onderschrijft zij het mogelijke probleem dat kan ontstaan door de invloed van de zorgverzekeraars waardoor de kwaliteit van zorg onder druk kan komen te staan.

In dit onderzoek worden de risico's in kaart gebracht van de zorgcontractering. Er wordt onderzoek gedaan naar de huidige wijze van zorgcontractering en de gewenste situatie van zorgcontractering, rekening houdende met het al dan niet inwerkingtreden van het voorgenomen wetsvoorstel. Dient er verbetering plaats te vinden binnen de zorgcontractering en is daar (juridisch gezien) ruimte voor? Goede zorgcontractering is noodzakelijk voor het UMCG, aangezien dit de één van de grootste inkomstenbronnen is van het ziekenhuis.

Onderzoek dient te worden gedaan naar de huidige Zvw. Artikel 13 Zvw is het cruciale artikel voor dit onderzoek en bevat een zorgplicht van de zorgverzekeraar voor de verzekerde. De verzekeraar wordt in deze bepaling verplicht gesteld de zorgkosten te vergoeden die de verzekerde geniet. Indien de verzekerde zorg afneemt bij een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder heeft hij een recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding ter voldoening (ten dele) van de kosten. In dit artikel vindt ook de oorsprong van het hinderpaalcriterium plaats. Door dit criterium mag de vergoeding bij afname van niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal opleveren. In dit onderzoek wordt de naleving van art. 13 Zvw onderzocht mede rekening houdende met de Europese regelgeving en de mogelijke consequenties van het wetsvoorstel.

Verder moet er worden gekeken wie er in de zorgcontractering partij zijn. De zorgverleners van de grote zorgaanbieders voeren de onderhandelingen met de zorgverzekeraars namelijk niet zelf, de afdeling zorgverkoop is hier verantwoordelijk voor.

4

1.2 BEDRIJFSANALYSE

Het onderzoek wordt verricht voor de secretaris van het Stafconvent van het UMCG. De opdrachtgever was tevens praktijkbegeleider bij het onderzoek.

Nederland kent acht Universitaire Medische Centra, één hiervan is het UMCG. Sinds Januari 2005 draagt het ziekenhuis deze naam, zodra het ziekenhuis had besloten om een samenwerkingsverband aan te gaan met de Rijksuniversiteit Groningen (Faculteit Medische Wetenschappen). Het UMCG biedt jaarlijks aan ruim 3000 studenten Geneeskunde een werkplek aan en daarnaast ook nog aan studenten van een ander vakgebied. Daarnaast is het de grootste werkgever van Noord-Nederland met ruim 11.500 werknemers en biedt het ruimte voor 37.000 opnames per jaar. Patiënten komen in het UMCG voor zowel de basiszorg als gespecialiseerde zorg, onderzoek of diagnostiek. De missie waar het UMCG voor staat is: Bouwen aan de toekomst van gezondheid.

De afdelingen die daadwerkelijk zorg leveren/ondersteunen binnen het UMCG zijn onderverdeeld in 6 sectoren:

- Sector A: Langdurige zorg, vaten
- Sector B: Kortdurende zorg, buik
- Sector C: Kinderen, Voortplanting, Revalidatie, Psychiatrie
- Sector D: Oncologie
- Sector E: Ondersteunende specialismen
- Sector F: Ontwikkeling en Overdracht

In het organogram hieronder worden de afdelingen van het UMCG schematisch weergegeven:



Figuur 1 Organogram UMCG

1.3 INVENTIECYCLUS

De interventiecyclus bestaat uit de volgende fasen:

- het formuleren van de probleemsingalering
- een diagnose van het probleem bepalen
- het ontwerpen van een oplossing
- het invoeren van de verandering
- het evalueren van de resultaten van de interventie.

Het onderzoek bevindt zich in de eerste fase van de cyclus, namelijk het formuleren van de probleemsingalering. Het probleem moet nog juist geformuleerd en afgebakend worden. Als het probleem juist geformuleerd is dient het op tafel te worden gelegd, zodat het voor iedereen zichtbaar maar vooral bespreekbaar wordt.

De verschillende partijen op de zorgmarkt zijn redelijk onwennig met marktwerking en werking van zorgin- en verkoop. De positie van het UMCG moet worden bepaald op de zorgmarkt en de contracten met de zorgverzekeraars moeten – indien dit uit het onderzoek blijkt – juridisch worden aangepast, ter versterking van haar positie op de zorgmarkt. Het UMCG moet zich (ook namens de medische staf) als bedrijf op de zorgmarkt neerzetten en de zorg zo scherp mogelijk verkopen aan de zorgverzekeraars.

1.4 DOELSTELLING

De doelstelling van het onderzoek is:

Aanbevelingen doen aan het stafconvent van het UMCG ter beoordeling van de huidige wijze van zorgcontractering met de ziektekostenverzekeraars of deze in overeenstemming zijn met de huidige en voorgenomen wet- en regelgeving

Door

Het bestuderen van de verschillen tussen de huidige en de gewenste situatie op het terrein van de onderhandelingen tussen het UMCG en de zorgverzekeraars, in de wet- en regelgeving, literatuur, jurisprudentie, interne en externe literatuur en deze te vergelijken met de visie van de zorginkopers van VGZ en Menzis, zorgverkopers van het MZH en het UMCG en de Chef de Clinique's van het UMCG en deze onderling te vergelijken.

1.5 CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG EN DEELVRAGEN

De centrale onderzoeksvraag van het onderzoek luidt als volgt:

In hoeverre is de wijze van zorgcontractering in overeenstemming met de huidige en toekomstige wet- en regelgeving?

Daarnaast zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

Theoretische deelvragen:

- 1 Wat is het wettelijke kader van de zorgverzekeringswet over zorgin- en verkoop?
- 2 Wat is het effect van het hinderpaalcriterium en wat zegt de Europese wetgeving hierover?
- 3 Welke concrete veranderingen brengt het wetsvoorstel met zich mee?
- 4 Welke rol speelt de zorgverzekeraar in de zorgverkoop met betrekking tot de zorgcontracten?
- 5 Welke rollen spelen het Stafconvent, Raad van Bestuur en de zorgverkopers met betrekking tot zorginkoop?

Praktische deelvragen:

- 6 Welke problemen ondervinden Chef de Clinique's van het UMCG op het gebied van zorginkoop?
- 7 Welke problemen ondervinden zorgverkopers van het UMCG en MZH op het gebied van zorginkoop?
- 8 Welke problemen ondervinden zorgverzekeraars Menzis en VGZ op het gebied van zorginkoop?

Analytische deelvraag:

- 9 Wat leert ons de vergelijking van de onderzoeksresultaten tussen de theorie, de Chef de Clinique's van het UMCG, de zorgverkopers van het UMCG en MZH en de zorgverzekeraars: Menzis en VGZ?

1.6 METHADOLOGISCHE VERANTWOORDING

Ter beantwoording van de theoretische deelvragen is gebruikgemaakt van verschillende literatuur. Er is gebruikgemaakt van literatuur, zo recent mogelijk, waar de effecten van de nieuwe wetgeving van 2006 op de gezondheidsmarkt al in zijn verwerkt. Daarnaast is er een analyse gemaakt van onder andere de Zvw en WVG. Ook is het wetsvoorstel 33362 geanalyseerd. Deze wetswijziging houdt in een wijziging van Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.

Voor het praktijkonderzoek worden er werknemers van het UMCG, MZH, VGZ en van Menzis Zorgverzekeringen geïnterviewd. Hieronder vallen: vier Chefs de Clinique geïnt-

terviewd van de afdelingen Gynaecologie en Obstetrie, Interne Geneeskunde, Oncologie en Chirurgie aan de hand van een gestructureerde vragenlijst. Bij twee Chefs de Clinique's worden schriftelijke vragen gesteld, dit geldt voor de Chef de Clinique van Keel-, Neus- en Oorheelkunde (hierna te noemen: KNO) en Revalidatiegeneeskunde. Verder wordt er één werknemer van de afdeling zorgverkoop geïnterviewd van het UMCG en één van het Martini Ziekenhuis te Groningen. Daarnaast vindt er een interview plaatsgevonden met een medewerker van de afdeling Zorginkoop tweedelijns van Menzis Zorgverzekeringen en van de afdeling Zorginkoop Noord-Nederland bij zorgverzekeraar VGZ.

1.7 AFBAKENING

Bij dit onderzoek is ervoor gekozen om het (deel)onderwerp kwaliteit van zorg verder niet in het onderzoek op te nemen. Hiervoor is gekozen omdat kwaliteit een te groot (deel)onderwerp is en het juridische gehalte van het onderzoek kan schaden.

Om differentiaties te voorkomen wordt eenmalig het begrip kwaliteit van zorg aangehaald. Deze definitie is gegeven in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (hierna te noemen: KWZ), er wordt in deze wet gesproken van 'verantwoorde zorg'. Krachtens de KWZ is het vereist dat elke zorgaanbieder verantwoorde zorg van een bepaald kwaliteitsniveau aflevert.

Dit is te lezen in artikel 2 KWZ: 'De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.'

1.8 OPBOUW ONDERZOEKSRAPPORT

Het onderzoeksrapport bevat vijf hoofdstukken. In hoofdstuk twee is een methodologische verantwoording opgenomen. Hier wordt uiteengezet en beargumenteerd voor welke onderzoeksmethoden is gekozen, zowel voor het onderdeel deskresearch als voor het onderdeel praktijkonderzoek.

Vervolgens wordt in hoofdstuk drie aan de hand van de hiervoor genoemde deelvragen alle relevante huidige en toekomstige wet- en regelgeving, jurisprudentie en literatuur uiteengezet en wordt er antwoord gegeven op de eerste vier deelvragen.

In het vierde hoofdstuk wordt door middel van de afgenomen interviews antwoord gegeven op de praktische deelvragen. De aandachtspunten uit de theorie worden voorgelegd aan de praktijk door middel van interviews. In het vijfde hoofdstuk worden de theoretische resultaten en de praktijkresultaten naast elkaar gehouden. Door middel van een analyse van de onderzoeksgegevens worden de onderzoeksresultaten inzichtelijk gemaakt, deze monden uit in de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. De conclusie en aanbevelingen worden beschreven in hoofdstuk 6.

2 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

In dit hoofdstuk zullen de verschillende onderzoekskeuzen worden verantwoord die voor de beantwoording van de hoofd- en deelvragen worden gebruikt. Dit onderzoek bestaat uit verschillende onderdelen, te weten:

- deskresearch naar het gezondheidsrecht in de huidige en toekomstige wet- en regelgeving;
- deskresearch bij zorgverzekeraar Menzis naar zorginkoop;
- deskresearch bij het UMCG;
- het praktijkonderzoek binnen het UMCG;
- het praktijkonderzoek binnen het Martini Ziekenhuis naar zorgverkoop; en
- en het praktijkonderzoek bij zorgverzekeraar Menzis en VGZ.

Daarnaast wordt de analyse verantwoord en het hoofdstuk wordt gesloten met een sterkte-zwakke reflectie.

2.1 VERANTWOORDING KEUZE VAN DE THEORETISCHE BRONNEN EN ONDERZOEKSOBJECTEN

In dit onderdeel zal een verantwoording plaats vinden voor welke theoretische bronnen is gekozen en voor welk onderzoeksobjecten. Er volgt een splitsing in deskresearch en praktijkonderzoek.

2.1.1. DESKRESEARCH

Onder deskresearch valt jurisprudentieonderzoek, literatuuronderzoek en onderzoek binnen de relevante huidige en toekomstige wet- en regelgeving.

Theoretische deelvragen:

- 1 Wat is het wettelijke kader van de zorgverzekeringswet over zorgin- en verkoop?
- 2 Wat is het effect van het hinderpaal criterium en wat zegt de Europese wetgeving hierover?
- 3 Welke concrete veranderingen brengt het wetsvoorstel met zich mee?
- 4 Welke rol vervult de zorgverzekeraar in de zorgverkoop met betrekking tot de zorgcontracten?

- 5 Welke rol vervult het Stafconvent, Raad van Bestuur en de zorgverkopers met betrekking tot zorginkoop?

Om de theoretische deelvragen te beantwoorden is ervoor gekozen een juridisch onderzoek te verrichten naar de gezondheidsmarkt waar de driehoeksverhouding van zorgaanbieder, zorgverzekeraar en verzekerde van kracht is. Bovendien zal er een verdieping plaatsvinden in relevante jurisprudentie en het wetsvoorstel 33362. Dit wetsvoorstel betreft een wijziging van onder andere de Wet marketing gezondheidszorg (hierna te noemen Wmg) en heeft als doel te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg gaan verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben. De huidige Zvw wordt hierin aangepast. Hierbij wordt gekeken naar de memorie van toelichting (hierna te noemen: MvT) van de huidige Zvw en Wmg en de MvT van de wetswijziging 33362.

Vervolgens wordt een korte analyse gemaakt van de voor dit onderzoek relevante elementen binnen de volgende wetgeving:

- Grondwet (eerste hoofdstuk, hierna te noemen GW)
- Mededingingswet (hierna te noemen: MW)
- Wmg
- Zvw
- Eerste Richtlijn 73/239/EEG van de Raad van 24 juli 1973 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan.
- Het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg
- Wet op het Hoger Onderwijs

Leidraad voor beantwoording van de eerste deelvraag is het Handboek Gezondheidsrecht, deel 1: Rechten van mensen in de gezondheidszorg en deel 2: Gezondheidszorg en recht. Prof. dr. H.J.J. Leenen e.v. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2007/2008 en Introductie in de gezondheidszorg,

M. Van der Burgt e.v. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2013. Voor deze literatuur is onder meer gekozen voor de recente verschijning en de verwijzingen in de literatuur en artikelen op internetwebsites. Verdere gebruikte literatuur zal in de literatuurlijst worden benoemd.

Naast het praktijkonderzoek bij zorgverzekeraar Menzis (wat later in deze methodologische verantwoording wordt toegelicht) is er gekozen voor deskresearch bij Menzis. Zij heeft het visierapport uit 2012 ter inzage gegeven.

2.1.2 PRAKTIJKONDERZOEK

Het praktijkinterview heeft plaatsgevonden binnen het UMCG, MZH, VGZ en Menzis. In bijlage 6 zijn de interviewvragen opgenomen. De deelvragen die in het praktijkonderzoek centraal staan zijn:

- 1 Welke problemen ondervinden Chef de Clinique's van het UMCG op het gebied van zorginkoop?
- 2 Welke problemen ondervinden zorgverkopers van het UMCG en MZH op het gebied van zorginkoop
- 3 Welke problemen ondervinden zorgverzekeraars Menzis en VGZ op het gebied van zorginkoop?

UMCG

Het grootste deel van het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden binnen het UMCG. Er zijn verschillende medewerkers geïnterviewd met als doel beantwoording van de vierde en vijfde deelvraag.

De secretaris van de medische staf (tevens praktijkbegeleider) van het UMCG heeft ten behoeve van het praktijkonderzoek informatie gegeven over de huidige situatie van de zorgverkoop binnen het ziekenhuis, zover zijn kennis strekt. De interviews met andere medewerkers van het UMCG zijn leidend voor het onderzoek, de informatie gegeven door de praktijkbegeleider is geïnterpreteerd als aanvullende informatie ten aanzien van het onderzoek.

De keuze om interviews te houden met de Chefs de Clinique van de verschillende afdelingen binnen het UMCG is in overleg gegaan met de praktijkbegeleider. Een Chef de Clinique heeft de volgende taak omschrijving binnen het UMCG :

- Zij werkt in opdracht van het afdelingshoofd en in nauwe samenwerking met de bij de afdeling betrok-

ken manager zorg- en bedrijfsvoering en onderafdelingshoofden;

- Zij coördineert de dagelijkse gang van zaken rond de medische patiëntenzorg
- Zij draagt er zorg voor dat de onderwijs- en opleidingstaken van de afdeling kunnen worden vervuld in relatie tot de medische bedrijfsvoering.

Er is gekozen om interviews te houden met verschillende Chef de Clinique's, omdat zij een leidinggevende rol hebben binnen de afdeling. Hierdoor dienen zij over naar eigen ervaringen de vragen te beantwoorden en tevens ook naar ervaringen binnen de afdeling van het personeel. Interviews hebben om deze reden een groter bereik. Daarnaast zijn Chef de Clinique's nauw betrokken met de zorg- en bedrijfsvoering binnen de afdeling. Zij zijn daarom naar waarschijnlijk bewust van de financiële kant van de afdeling en zij daarnaast zich bewust van de huidige marktwerking binnen de zorg.

Verder is er voor interviews met Chefs de Clinique die binnen verschillende sectoren van het UMCG vallen gekozen. Bij alle Chefs de Clinique is een verzoek van de praktijkbegeleider neergelegd voor een onderzoek. Vier Chefs de Clinique hebben aangegeven te willen meewerken. Twee Chefs de Clinique waren bereid per e-mail een aantal vragen te beantwoorden.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat niet alle specialisten (en de Chef de Clinique hiervan) in aanmerking kwamen voor een interview. Zogenaamde ondersteuningsspecialisme zoals Radiologie, Pathologie etc. ontvangen geen 'eigen' patiënten, deze specialisten dienen puur ter ondersteuning van andere specialisten. Zij zullen daarom geen invloed ervaren vanuit de zorgverkoop en een interview dus irrelevant voor het onderzoek.

Er is gekozen voor een interview met:

- Chef de Clinique Interne Geneeskunde. Deze medewerker leidt samen met de bedrijfsmanager en het afdelingshoofd de dagelijkse gang van zaken binnen de afdeling Interne Geneeskunde. Interne geneeskunde richt zich op het voorkomen, herkennen en behandelen van ziekten van de inwendige organen en orgaan-systemen bij adolescenten en volwassenen. De afdeling

valt binnen sector A: de langdurige zorg in het UMCG naast onder andere Cardiologie en Neurologie.

- Chef de Clinique Obstetrie en Gynaecologie. De keuze voor deze medewerker is gemaakt omdat zij de dagelijkse gang van zaken van deze afdeling in handen heeft. De afdeling valt in sector B in het UMCG.
- Chef de Clinique Chirurgie. Deze medewerker is ten aanzien van zijn functie binnen de afdeling Chirurgie geïnterviewd. De afdeling chirurgie valt in sector C.
- Werknemer afdeling Chirurgie. Een medewerker van de afdeling Oncologie is ook benaderd. Oncologie valt in sector D binnen het UMCG. Tijdens het begin van het interview bleek dat zij niet de functie van Chef de Clinique bekleedt binnen de afdeling: zij heeft niet of nauwelijks inzicht in de financiën binnen de afdeling. Het interview is hierdoor halverwege beëindigd en op verzoek van mevrouw wordt het interview ook verder buiten het onderzoek gehouden.

Daarnaast hebben de volgende Chefs de Clinique binnen het UMCG schriftelijk antwoord gegeven op interviewvragen. Zij hadden aangegeven geen tijd te hebben voor een mondeling interview, maar per e-mail waren zij bereid een aantal vragen te beantwoorden. Dit zijn:

- Chef de Clinique KNO, deze afdeling valt onder sector B binnen het UMCG.
- Chef de Clinique Revalidatiegeneeskunde.

Ten aanzien van zorgverkoop is een medewerker van de afdeling zorgverkoop geïnterviewd. Onder zijn leiding vinden de onderhandelingen plaats met de zorgverzekeraars. Er is gekozen om in dit interview in te gaan op de wijze van onderhandelen met de zorgverzekeraars. Hij is de aangevoerde persoon om een compleet beeld te geven hierover. Hij is bij alle onderhandelingen met de verschillende zorgverzekeraars nauw betrokken en heeft, in tegenstelling tot de andere concerncontrollers binnen het UMCG, het mandaat om bindende afspraken te maken in tegenstelling tot de andere concerncontrollers binnen het UMCG.

Dit geeft tot gevolg dat de verkregen onderzoeksresultaten een groot draagvlak omvatten.

Martini Ziekenhuis

Binnen het MZH is er medewerker van de afdeling zorgverkoop geïnterviewd. Om het praktijkgedeelte met betrekking tot de zorgverkoop te verrijken is er gekozen voor een interview met een zorgverkooper van een perifere ziekenhuis. Hiervoor zijn ook verzoeken bij andere perifere ziekenhuizen neergelegd, zoals het Spaarne Ziekenhuis te Hoofddorp, Waterlandziekenhuis te Purmerend, Slotervaartziekenhuis te Amsterdam, Ommenlandenziekenhuis Groep te Delfzijl en Winschoten en het Wilhelmina Ziekenhuis te Assen. Helaas hebben deze allemaal aangegeven niet mee te willen werken aan dit onderzoek. Alleen het MZH was bereid mee te werken.

Menzis

Menzis is de zorgverzekeraar is Noord-Nederland en voor het UMCG. Goede onderhandelingen zijn voor beide partijen van belang. Bij Menzis werd een medewerker geïnterviewd met de functie contractmanager eerstelijns zorg. Er is gekozen voor een interview met deze medewerker om het praktijkonderzoek te ondersteunen en om de kant van zorginkoop te schetsen. Deze medewerker geeft leiding aan het team van zorginkoop. Hiervoor is hij bij veel gesprekken met zorgaanbieders aanwezig en kan een algemeen beeld geven van zorgverkoop. Dit geeft tot gevolg dat de verkregen onderzoeksresultaten een groot draagvlak omvatten.

VGZ

Binnen het UMCG is het aantal verzekerden van VGZ relatief kleiner, maar landelijk vallen zij onder de vier grootste zorgverzekeraarskantoren samen met Menzis, CZ en Achmea. Daarom is ervoor gekozen ook bij deze zorgverzekeraar een interview af te nemen. Bij zorgverzekeraar VGZ werd een medewerker geïnterviewd van de afdeling Zorginkoop. Er is voor deze medewerker gekozen omdat zij de onderhandelingsgesprekken met het UMCG voert en hiervoor verantwoordelijk is. Daarnaast voert deze medewerker ook de gesprekken met een ziekenhuis in Amsterdam en is tweede onderhandelaar bij een ander ziekenhuis in Amsterdam; deze vallen allen onder de afdeling Noord-Nederland bij VGZ. Zij heeft daardoor veel onderhandelingservaring

2.2 VERANTWOORDING VAN KEUZE VAN DE METHODEN VAN DATAVERZAMELING

In dit onderdeel van de methodologische verantwoording worden de methoden van dataverzameling verantwoord.

1 Wijze van operationaliseren van begrippen
Het definiëren van de begrippen geschied in dit onderzoek veelal naar wettelijke bepaling. De Zvw en andere relevante wetten verschaffen veel definities. Hiervoor is gekozen omdat de wetgever deze definities hanteert.

Concern: Het geheel van de combinatie van deze rechtsvormen.

Bron: Art. 2:24 a BW. 'De kern van het ondernemingsrecht', door M.J. Kroeze. Hst 1.6

Instelling: Het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg
Bron: Art. 1 lid 1 sub C KW

Onderhandelen: Verschillende partijen streven verschillende doelen na. Bij onderhandelen gaat het er uiteindelijk om, om via een overleg een compromis te vinden, waarmee alle partijen kunnen instemmen.
Bron: Een praktijkgerichte benadering van Organisatie en Management door N. van Dam & J. Marcus. Hst 7.5.4.

Economische machtspositie: Positie van een of meer ondernemingen die hen in staat stelt de instandhouding van een daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan te verhinderen door hun de mogelijkheid te geven zich in belangrijke mate onafhankelijk van hun concurrenten, hun leveranciers, hun afnemers of de eindgebruikers te gedragen
Bron: Art 1 sub i MW

Verzekerde: De verzekerde is de persoon van wie de behoefte aan geneeskundige zorg door zorgverzekering is gedekt. Deze persoon kan rechtstreeks rechten ontlenen aan de zorgverzekering.

Bron: Gezondheidsrecht Tekst & commentaar art. 1 sub F Zvw

Zorgaanbieder: De natuurlijk persoon of de rechtspersoon, die een instelling in stand houdt.
Bron: Art. 1 lid 1 sub B KW

Zorgverzekeraar: Een verzekeraar, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert
Bron: Art. 1 sub B Zvw

Zorgverzekering: Een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringsnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en niet waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaan.
Bron: Art. 1 sub D Zvw

2 Verantwoording van de keuze voor een literatuur onderzoek

Het onderzoek is gestart met een literatuur onderzoek. Dit is van belang omdat er naar knelpunten in de literatuur moest worden gekeken en deze werden later onderzocht in het praktijkonderzoek. Er zou geen goed praktijkonderzoek kunnen plaatsvinden zonder eerst een verdieping in de feiten.

3 Keuze voor interviews

Er is voor gekozen om interviews te houden aan de hand van een gestructureerde vragenlijst. De onderzoeksobjecten zijn onderverdeeld in drie groepen (zorgverzekeraars, zorgverkopers en Chef de Clinique's), per groep is een aparte vragenlijst opgesteld. Tijdens de interviews werd er doorgevraagd en om voorbeelden verzocht. De interviews zijn veelal opgenomen en later uitgewerkt. Nadat alle interviews waren afgenomen zijn de resultaten vergeleken. Om het onderzoek bij de Chef de Clinique's meer valide te maken is er voor gekozen twee Chef de Clinique's per email te interviewen. Ook hierin is gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst.

Het doel van de interviews bij de Chef de Clinique's is om de verkregen informatie uit het theoretische onderzoek te

spiegelen aan de praktijk. Er moest een duidelijk beeld worden gevormd van hun ervaringen in de praktijk.

Het doel van de interviews bij de zorgverkopers is om een beeld te vormen hoe de zorg van het ziekenhuis nu dagelijks 'verkocht' wordt aan zorgverzekeraars. Wat zijn hun dagelijkse werkzaamheden, wat is het proces en wat zijn hun bevindingen? Dit doel is overeenkomstig als bij de interviews bij de zorginkopers van zorgverzekeraars. Deze dienen om inzicht te krijgen in de onderhandelingspraktijken van zorg. Wat is de visie op het huidige stelsel? Hoe verloopt het zorginkoop proces? En hoe zien de zorgcontracten eruit?

De afgenomen interviews hebben deze vragen voldoende beantwoord en

2.3 ANALYSE

Bij de analyse van dit onderzoek is gekeken naar wat de overeenkomsten en de verschillen zijn tussen het theoretische onderdeel en het praktische onderdeel van het onderzoek. De analytische deelvraag wordt beantwoord aan de hand van deze vergelijking, hierna volgt beantwoording van de hoofdvraag. Deze vloeit weer voort in conclusies en aanbevelingen in het laatste hoofdstuk van dit onderzoek.

2.4 STERKTE-ZWAKTE EN REFLECTIE

Het onderzoek heeft meer tijd in beslag genomen dan vooraf was ingecalculeerd. Doordat het onderzoeksvorstel meerdere malen niet als voldoende werd beoordeeld, is een begeleider laat toegewezen door de onderzoekscommissie van de Hogeschool. Hierdoor is pas na enkele maanden begonnen met de begeleiding in het onderzoek. Veel herschrijving van de stukken was het gevolg hiervan en de theorie (zoals bijvoorbeeld de huidige stand van de wetswijziging) moest meerdere malen actueel worden gemaakt. Daarnaast was er moeite met de afronding van het onderzoek, waardoor het verder uitliep.

Een andere zwakte van het onderzoek is te vinden in het geringe aantal interviews wat is afgenomen. Er zijn bijvoorbeeld verzoeken neergelegd bij het Spaarne Ziekenhuis te Hoofddorp, Waterlandziekenhuis te Purmerend, Slotervaartziekenhuis te Amsterdam, Ommenlandenziekenhuis Groep te Delfzijl en Winschoten en het Wilhelmina Zie-

kenhuis te Assen die helaas allemaal hebben aangegeven niet mee te willen werken aan het onderzoek. Het onderzoek is weinig valide op dit punt. Er is één Universitair ziekenhuis geïnterviewd op het gebied van zorgverkoop en één perifeer ziekenhuis, beiden in de provincie Groningen. Daarnaast zijn ook twee zorgverzekeraars bereid geweest om aan het onderzoek mee te werken in plaats van het gewenste aantal vier, namelijk de vier landelijke grootste zorgverzekeraars.

Ook is het aantal Chef de Clinique's lager zodat het onderzoek ook op dit punt minder valide is. Er zijn zes Chef de Clinique's bereid gevonden mee te werken aan het onderzoek, waarvan één interview in overleg halverwege is gestaakt. Er zijn ongeveer veertig Chef de Clinique's aanwezig, waaronder een vierde deel een ondersteunde afdeling betreft. Deze ontvangen geen direct patiënten, een interview betreffende dit onderzoek is dan irrelevant. Deze afdelingen kunnen namelijk niet zelfstandig declareren bij de zorgverzekeraar. Daarentegen kunnen de onderzoeksvragen voldoende worden beantwoord.

Omdat het praktijk gedeelte van het onderzoek niet het gewenste respons heeft gekregen, dient er met deze resultaten omzichtig worden omgegaan. Er is een samenhang te ontdekken in de afgenomen interviews daarop kunnen gedeeltelijke conclusies worden getroffen en aanbevelingen worden gegeven. Het onderzoeksresultaat zal alleen niet veel waarde hebben gezien de validiteit van het praktijkonderzoek.

3 DE WETGEVING RONDOM HET ZORGSTELSEL

In dit hoofdstuk vindt de theoretische verdieping van het afstudeeronderzoek plaats.

Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven, staan in dit onderzoek de huidige zorgcontracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars centraal. Door het analyseren van onder andere de Zvw, de aangekondigde wetswijziging 33362, interne en externe documentatie, literatuur en jurisprudentie zal worden nagegaan of de huidige zorgcontracten in overeenstemming zijn met de huidige en toekomstige wetgeving. Dit hoofdstuk is opgedeeld in vijf paragrafen, die elk een van de volgende deelvragen beantwoorden:

- 1 Wat is het wettelijke kader van de zorgverzekeringswet over zorgin- en verkoop?
- 2 Wat is het effect van het hinderpaalcriterium en wat zegt de Europese wetgeving hierover?
- 3 Welke concrete veranderingen brengt het wetsvoorstel met zich mee?
- 4 Welke rol speelt de zorgverzekeraar in de zorgverkoop met betrekking tot de zorgcontracten?
- 5 Welke rollen spelen het Stafconvent, Raad van Bestuur en de zorgverkopers met betrekking tot zorginkoop?

Voor een compleet beeld over zorgcontractering dient er eerst het wettelijk kader te worden geschetst in de huidige Zvw. Daarbij dient ook de oorsprong van het hinderpaalcriterium te worden onderzocht en moet de Europese wetgeving op het hinderpaalcriterium worden nagelezen. Vervolgens moeten de huidige en de toekomstige wetgeving met elkaar worden vergeleken. Er zal worden onderzocht welke veranderingen het wetsvoorstel met zich meebrengt. Verder moet worden gekeken welke partijen er bij zorgcontractering betrokken zijn. Voor de zorgverzekeraars wordt nagegaan welke rol zij vervullen. Ook wordt er gekeken naar de rol van de onderhandelaars, de Raad van Bestuur en het Stafconvent in het UMCG.

3.1 WAT IS HET WETTELIJK KADER VAN DE ZORGVERZEKERINGSWET OVER ZORGIN- EN VERKOOP?

Als eerste moet de huidige wetgeving worden onderzocht aan de hand van de wetsartikelen die van toepassing zijn bij zorgcontractering.

3.1.1 DE ZVW

Op 1 januari 2006 is de nieuwe Zvw in werking getreden. De wet kwam in plaats van het oude Nederlandse zorgstelsel waarin de verzekerden konden kiezen tussen particuliere verzekering of verzekering via het ziekenfonds. Het doel van de nieuwe wet was het creëren van gereguleerde marktwerking, waarbij de verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder gelijke spelers zijn. De Zvw bevat de wetgeving met betrekking tot zorginkoop. Deze wet heeft als doel om gereguleerde marktwerking te laten plaatsvinden in de gezondheidszorg.

Sinds de invoering van de Zvw is iedere inwoner van Nederland is verplicht om een basiszorgverzekering af te sluiten (art. 2 Zvw). Zorgverzekeraars hebben na invoering van de Zvw de plicht gekregen om iedereen die een zorgverzekering vraagt, te accepteren (art. 3 Zvw). Zij mogen geen personen weigeren op basis van persoonskenmerken, bijvoorbeeld leeftijd, geslacht of gezondheid. Ook de premie voor de basisverzekering moet voor iedereen gelijk zijn. Naast de premies heeft de wetgever het eigen risico in de wet opgenomen. Indien er een behandeling moet plaatsvinden, zullen de eerste kosten door de patiënt zelf betaald moeten worden. Dit is het zogenoemde eigen risico. De verdere kosten komen voor rekening van de zorgverzekeraar. De hoogte van het eigen risico verschilt per verzekeraar en verzekering (spolis). Men kan bijvoorbeeld kiezen voor een hoog eigen risico en een lage premie. Indien men kiest voor een laag eigen risicobedrag, zal de premie veelal hoger zijn. Ook zijn er voor medicijnen of vormen van thuiszorg eigen bijdragen die los staan van het eigen risico.

Voor de zorginkoop is voornamelijk artikel 13 van de Zvw, de zorgplicht, van belang. Dit artikel definieert de zorgplicht als volgt:

“Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.”

De wetgever verplicht zorgverzekeraars hiermee om de zorg in te kopen bij verschillende zorgaanbieders en te vergoeden. Indien de verzekerde kiest voor een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding. De hoogte van die vergoeding is afhankelijk van de gekozen polis. De verschillen tussen de soorten polissen zijn van belang voor dit onderzoek omdat ze inzicht geven in de vergoedingen van de gemaakte kosten van de verzekerden, wat weer van belang is bij de zorg- en verkoop.

Verzekerden kunnen kiezen uit verschillende soorten polissen: de naturapolis, de restitutiepolis en een combinatie van deze twee soorten.

De naturapolis

Bij de naturapolis koopt de zorgverzekeraar zorg voor zijn verzekerden in. De zorgverzekeraar heeft voor alle vormen van zorg en diensten specifieke afspraken gemaakt met zorgaanbieders. Alle kosten van de benodigde zorg uit het verzekerde pakket worden door de zorgverzekeraar vergoed, zolang de verzekerde gebruikmaakt van de gecontracteerde zorgaanbieders. De verzekerde moet een deel van de kosten zelf betalen als zij ervoor kiest om gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals een buitenlandse arts als de verzekerde op vakantie is of indien de verzekerde de voorkeur heeft voor een niet-gecontracteerd ziekenhuis of een niet-gecontracteerde arts. De verzekerde veroorzaakt dan extra kosten voor zijn zorgverzekeraar, en een bepaald deel moet de verzekerde zelf betalen.

Een verzekerde heeft te allen tijde het recht om bij een andere zorgaanbieder te worden behandeld dan die waar zijn zorgverzekeraar contracten mee heeft. In het geval van de

naturapolis moet de verzekerde dan een deel van de kosten zelf betalen. Dit geldt niet in twee uitzonderingssituaties:

- 1 Is er sprake van een spoedeisende situatie en gaat de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan is de zorgverzekeraar verplicht toch alle kosten te vergoeden.
- 2 Indien een verzekerde, bijvoorbeeld voor een zeldzame aandoening, specifieke zorg nodig heeft die maar door een paar zorgaanbieders wordt aangeboden en als blijkt dat zijn verzekering geen contracten met deze zorgaanbieders heeft, dan mag de verzekerde zijn verzekeraar verzoeken alsnog een contract te sluiten of de rekening volledig te vergoeden.

De restitutiepolis

Bij de restitutiepolis is het niet vanzelfsprekend dat de zorgverzekeraar zorg heeft ingekocht. Bij deze polis heeft de verzekerde recht op een vergoeding van de kosten van de gekozen zorg. Deze polis is daarom vaak duurder dan een naturapolis. Bij een restitutiepolis zijn er twee vormen:

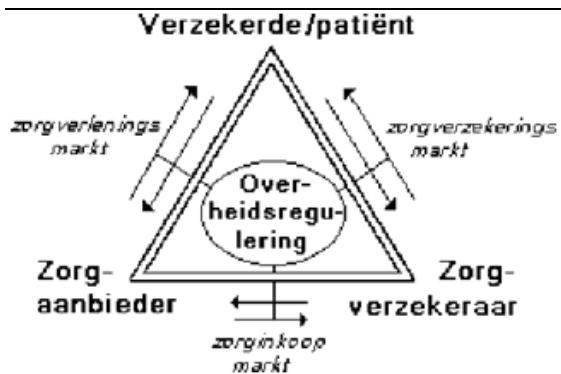
- 1 Bij een pure restitutiepolis heeft de zorgverzekeraar geen zorg ingekocht. In sommige gevallen moet de verzekerde de rekening van de zorgaanbieder zelf betalen en daarna declareren bij de verzekeraar. Het kan ook zijn dat de verzekeraar al afspraken heeft gemaakt met de zorgaanbieders gemaakt omtrent de betaling. De verzekerde heeft met deze polis alle keuzevrijheid.
- 2 Bij een gecontracteerde polis krijgt de verzekerde alleen alle kosten vergoed van de gecontracteerde zorgaanbieders. Als de verzekerde gebruikmaakt van niet-gecontracteerde zorgaanbieders, dan moet de verzekerde alle kosten of een gedeelte daarvan zelf betalen.

Combinatie

Het is ook mogelijk om te kiezen voor een combinatie van de natura- en de restitutiepolis. Dan heeft de verzekerde in sommige gevallen recht op zorg (natura) en anders op een vergoeding van de kosten (restitutie).

3.1.2 DE DEELMARKTEN

Nu de verschillende polissen zijn toegelicht, moet er nader worden ingegaan op de zorgcontractering. Eerst moet er echter een onderscheid worden gemaakt tussen de drie deelmarkten op de zorgmarkt. In de afbeelding hieronder is de driehoeksverhouding tussen de zorgverzekeraar, verzekerde en zorgaanbieder schematisch weergegeven. De overheid is in deze driehoek het middelpunt. Zij is immers verantwoordelijk voor de gezondheidszorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) houdt namens de overheid toezicht op de zorgverzekeringsmarkt. De NZA is de 'marktmeester' en op grond van de WMG is zij toezichthouder.



Figuur 2 Deelmarkten

Er zijn drie verschillende markten in de zorg:

1 *Zorgverleningsmarkt: de markt van zorgaanbieders en verzekerden*

De verzekerden ontvangen de zorg van de zorgaanbieders. Verzekerden gaan naar zorgaanbieders wanneer zij een bepaalde vorm van medische zorg nodig hebben. Het is hierbij van belang dat verzekerden zorgaanbieders kiezen op basis van de aard en kwaliteit van zorgproducten. De WGBO voorziet in de rechten van de patiënten bij zorgaanbieders. De belangrijkste rechten zijn het recht op behandeling, het recht op zelfbeschikking, het recht op informatie en een second opinion, het recht op inzage in medische gegevens, het recht op toestemming of weigering van een behandeling, het recht op geheimhouding en privacy en het recht op vrije artskeuze.

2 *Zorginkoopmarkt: de markt van zorgverzekeraars en zorgaanbieders*

Op de zorginkoopmarkt kopen zorgverzekeraars bij zorgaanbieders zorg in. Zij maken afspraken over de zorg die ze leveren. Deze afspraken gaan over de aard van de zorg, de hoeveelheid, de kwaliteit en de prijs. Zorgaanbieders zullen de kosten zo laag mogelijk proberen te houden om de premies voor verzekerden aantrekkelijk te maken. Daarom kopen ze selectief in. In onderhandelingsgesprekken proberen ze gunstige prijzen te bedingen.

3 *Zorgverzekeringsmarkt: de markt van zorgverzekeraars en verzekerden*

Zorgverzekeraars concurreren op de markt om zo veel mogelijk verzekeringen af te sluiten. Jaarlijks mogen verzekerden wisselen van verzekeraar en/of kiezen voor een andere polis. Verzekeraars proberen zich te onderscheiden door een goede service te verlenen en scherpe prijzen te hanteren.

3.1.3 WAT HOUDT ZORGIN- EN VERKOOP PRECIËS IN?

Nu de drie deelmarkten zijn geschetst, dient er verder te worden ingezoomd op de zorgin- en verkoop.

De zorgaanbieders ontvangen hun inkomsten door de zorgverkoop aan zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen door middel van de ontvangen gelden, onder andere door middel van verdiensten uit ontvangen premies van de verzekerden, de zorg inkopen bij de zorgaanbieders door zorginkoop.

Sinds 1 januari 2005 maakt Nederland gebruik van de Diagnosebehandelingcombinaties (DBC)-systematiek als declaratiesysteem. DBC staat voor "alle kosten die staan voor het totale project vanaf de diagnose van uw specialist tot en met de evt. ziekenhuisbehandeling die daaruit volgt". Dit maakte ook met de oude wetgeving de financiële afhandeling na opname/behandeling makkelijker voor zorgaanbieder en verzekerde. Na opname volgde immers slechts één rekening. Toch werd na de invoering van de nieuwe Zvw het declaratiesysteem voor ziekenhuizen nog te complex bevonden. Daarom werd voor ziekenhuizen op 1 januari 2012 het DOT-traject in gang gezet. DOT staat voor 'DBC

op weg naar transparantie'. Door de invoering van de DOT worden de zorgkosten overzichtelijker. De meer dan 30.000 DBC's zijn hierin vervangen door 4400 nieuwe DBC's. Hierdoor is de zorgverkoop en inkoop vereenvoudigd.

3.1.4 CONCLUSIE

Concluderend kan worden gesteld dat de nieuwe Zvw is ingevoerd om met als doel het creëren van een gereguleerde marktwerking waarbij de verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder gelijke spelers zijn. Dit doel dient bereikt te worden door selectieve zorginkoop en transparantie van zorg. Het cruciale artikel in de Zvw van zorgcontractering is artikel 13. Dit artikel geeft zorgverzekeraars de plicht zorg in te kopen bij zorgaanbieders.

Om de zorgcontractering makkelijker te maken en meer selectieve zorginkoop en transparantie van zorg tot stand te laten komen is het DBC systeem op 1 januari 2012 gewijzigd voor ziekenhuizen in het DOT systeem. De meer dan 30.000 DBC's zijn vervangen door 4400 nieuwe.

3.2 WAT IS HET EFFECT VAN HET HINDERPAALCRITERIUM EN WAT IS HIEROVER BEKEND IN DE EUROPESE REGELGEVING?

In deze deelvraag wordt het hinderpaalcriterium onderzocht aan de hand van de wettelijke bepaling in art. 13 Zvw. Tevens wordt onderzocht wat hierover in de Europese wetgeving bekend is.

3.2.1 HET ONTSTAAN VAN HET HINDERPAAL CRITERIUM

Zoals eerder in dit theoretische hoofdstuk naar voren is gekomen, geeft art. 13 Zvw verzekerden het recht op een vergoeding indien zij kiezen voor een zorgaanbieder met wie de verzekeraar geen contract heeft afgesloten. Hiermee is voorzien in gevallen waarin de verzekerde in het buitenland is en behoefte heeft aan zorg of per se zorg wil afnemen bij een bepaalde zorgaanbieder waar zijn verzekeraar geen contact heeft afgesloten. Om dit financieel mogelijk te maken, is de verzekeraar krachtens art. 13 Zvw verplicht om hiervoor een door hen te bepalen vergoeding uit te keren. Er wordt hierbij geen onderscheid gemaakt tussen

Nederlandse en buitenlandse zorgaanbieders. De hoogte van deze vergoeding is geen wettelijk gegeven ter voldoening van de gemaakte kosten. De Mvt van de Zvw zegt hierover het volgende:

“De vergoeding zal veelal niet volledig zijn. De hier bedoelde verzekerde veroorzaakt voor zijn zorgverzekeraar immers extra kosten. Deze is er bij het in dienst nemen of contracteren van zorgaanbieders namelijk van uitgegaan dat al zijn naturaverzekerden voor de desbetreffende vormen van zorg of overige diensten verstrekking in plaats van vergoeding wensen en heeft de omvang van zijn contracten daarop afgestemd.”

Hier wordt dus alleen bepaald dat in dergelijke gevallen de kosten niet volledig vergoed hoeven worden. Indien verzekerden wel complete vrijheid in de keuze voor zorgaanbieders willen, dienen zij te kiezen voor een restitutiepols.

Verder heeft de wetgever geen minimum genoemd. Wel is er jurisprudentie die als maatstaaf voor het minimum dient. Deze maatstaaf van minimale vergoeding wordt ook wel het hinderpaalcriterium genoemd. Het hinderpaalcriterium is ontstaan uit de arresten Muller-Faure en Van Riet. Beide zaken betreffen vrouwen die in het buitenland zijn behandeld zonder voorafgaand toestemming van hun ziektekostenverzekeraar te hebben verkregen. Zij hebben een declaratie van hun kosten ingediend, maar in beide gevallen werd hun verzoek afgewezen omdat niet was voldaan aan het toestemmingsvereiste. De zorgverzekeraars waren van mening dat de nodige en passende zorg ook in Nederland verkregen had kunnen worden indien zij hiertoe een verzoek hadden ingediend. Het Europees Hof van Justitie heeft op verzoek van de Centrale Raad van Beroep over deze kwestie prejudiciële vragen beantwoord. Zij waren van mening dat een toestemmingsvereiste in strijd is met het vrije verkeer van diensten in Europa en vonden dat er sprake was van een niet-gerechvaardigde belemmering van deze Europese regel. De buitenlandse zorgaanbieders worden in deze gevallen namelijk benadeeld ten opzichte van de Nederlandse zorgaanbieders (Huidig recht: artikelen 49, 56 en 63 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie).

Bij het opstellen van de nieuwe Zvw voor januari 2006 hebben deze arresten een belangrijke rol gespeeld. In de MvT is vermeld:

“Voorts mag een verzekeraar op grond van het EU-recht de vergoeding ook bij niet-noodgevallen niet zo vaststellen dat er een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het in het buitenland betrekken van zorg. Daarmee zouden immers buitenlandse zorgaanbieders ten opzichte van Nederlandse zorgaanbieders worden gediscrimineerd, met als gevolg een niet-gerechtigde belemmering van het vrije verkeer van diensten.”

Zorgverzekeraars zijn vrij te bepalen wat ze vergoeden voor niet-gecontracteerde zorg, maar dit mag geen belemmering vormen voor verzekerden om van niet gecontracteerde zorg gebruik te maken.

Indien een verzekerde dus gebruik wenst te maken van zorg van een zorgaanbieder waarmee zijn verzekering geen contract heeft gesloten, heeft hij dus recht op een door de verzekering te bepalen vergoeding. Deze vergoeding moet vermeld staan in de modelovereenkomst (art. 13 lid 2 Zvw), en deze regelgeving moet naar aanleiding van de eerder genoemde jurisprudentie redelijk zijn, gelet op het hinderpaalcriterium. Hoe hoog het bedrag moet zijn dat zorgverzekeraars uit moeten betalen zonder dat er een hinderpaal wordt gecreëerd, is nog altijd onduidelijk. De meeste verzekeraars betalen bij naturapolissen 75% tot 80% uit. Gezien de jurisprudentie vormt deze hoogte geen feitelijke hinderpaal.

3.2.2 WAT IS ER OVER HET HINDERPAALCRITERIUM BEKEND IN DE EUROPESE WETGEVING?

In de memorie van toelichting bij de Zvw wordt ook verwezen naar de EU-recht. Daar is het hinderpaalcriterium namelijk voor het eerst geformuleerd. Recent verwees de Hoge Raad nog naar de Europese wetgeving en naar het hinderpaalcriterium:

“Voorts mag een verzekeraar op grond van het EU-recht de vergoeding ook bij niet-noodgevallen niet zo vaststellen, dat er een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het in het buitenland betrekken van zorg. Daarmee zouden immers bui-

tenlandse zorgaanbieders ten opzichte van Nederlandse zorgaanbieders worden gediscrimineerd, met als gevolg een niet gerechtvaardigde belemmering van het vrije verkeer van diensten.”

Ook de Europese wetgever heeft, door middel van de richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011, duidelijkheid verschaft over de Europese wetgeving betreffende een vergoeding van de kosten in de gezondheidszorg. Deze richtlijn betreft rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Over terugbetaling van grensoverschrijdende gezondheidszorg wordt onder meer het volgende bepaald:

- Landen zijn zelf verantwoordelijk voor een regeling om de gemaakte zorgkosten in het buitenland te vergoeden, mits de personen recht hebben op dergelijke zorg. (artikel 7).
- De hoogte van de vergoeding moet hetzelfde zijn als wanneer de verzekerde voor de behandeling in Nederland was gebleven (onderdeel 28 t/m 32). “[H]et beginsel van non-discriminatie op grond van nationaliteit is van toepassing op patiënten uit andere lidstaten,” zo stelt de richtlijn.
- Het land mag zelf een systeem van voorafgaande toestemming hanteren. De verzekerde dient dan toestemming te vragen als hij recht heeft op deze zorg en als deze zorg niet binnen een redelijke termijn in het land zelf kan worden gegeven. In specifieke gevallen kan de zorg of de vergoeding worden geweigerd (onderdeel 34 t/m 46 jo. Artikel 8).

De wet waarmee deze richtlijn geïmplementeerd moet worden, ligt momenteel bij de Eerste Kamer. Deze wet vertaalt het artikel onder meer als volgt:

“[O]m onhoudbare gevolgen van grensoverschrijdende gezondheidszorg te voorkomen is het ook van belang dat ervoor wordt gezorgd dat patiënten die onder een stelsel vallen en andere patiënten op niet-discriminerende wijze worden behandeld. Uit economisch oogpunt worden hiermee ongewenste prikkels om patiënten uit het buitenland voorrang te geven op patiënten uit eigen land weggenomen.”

3.2.3 CONCLUSIE

Concluderend kan worden gesteld dat het beginsel van discriminatie hetzelfde karakter heeft als het hinderpaalcriterium. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het hinderpaalcriterium ook door de Europese wetgever wordt aanvaard. In een recent arrest van de Hoge Raad is benadrukt dat de richtlijn patiënten het recht geeft op een vergoeding van een bedrag dat zou zijn terugbetaald als de behandeling in de eigen lidstaat zou zijn uitgevoerd. De Hoge Raad stelde uitdrukkelijk dat dit een toepassing van het hinderpaalcriterium niet in de weg staat.

3.3 WELKE CONCRETE VERANDERINGEN BRENGT HET WETSVORSTEL 33362 MET ZICH MEE?

In deze deelvraag wordt de wijziging van art. 13 Zvw behandeld. Allereerst wordt, onder andere aan de hand van de memorie van toelichting, onderzocht wat het doel van de wetswijziging is. Daarna wordt de voortgang van de wetswijziging besproken aan de hand van een recent akkoord in de Tweede Kamer.

3.3.1 AANLEIDING WETSWIJZIGING

Tijdens de begrotingsbehandeling door de Tweede Kamer in november 2011 werd vastgesteld dat zorgverzekeraars door het hinderpaalcriterium niet selectief kunnen contracteren en dat de huidige regelgeving in strijd is met de eerder genoemde Europese regelgeving. Op deze constatering volgde een voorstel tot wetswijziging onder nummer 33362. Deze wetswijziging houdt in:

“Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.”

De minister van VWS stelde in haar zijn schriftelijk antwoord van 26 maart 2012 dat het verschil tussen natura- en restitutiepolis niet voor niets in het leven is geroepen. Verzekerden kiezen voor een naturapolis voor een goede prijs-kwaliteitverhouding. De hoogte van de premie is laag voor de verzekerden, maar zij worden wel ‘gestimuleerd’ om naar gecontracteerde zorgaanbieders te gaan. Indien verzekerden kiezen voor een restitutiepolis zijn zij meer

gehecht aan hun keuzevrijheid, maar omdat dit de zorgverzekeraar meer kosten oplevert, valt ook de premie voor de verzekerden hoger uit.

Het verzoek van de Kamer was dan ook om de huidige regelgeving te wijzigen. Door middel van een wetswijziging wil de wetgever niet alleen de randvoorwaarden van de natura- en restitutiepolis aanscherpen; het doel is ook om te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf de zorg gaan aanbieden of verlenen.

3.3.2 VERTICALE INTEGRATIE

De wetgever wil door middel van het wetsvoorstel voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg gaan aanbieden of verlenen. Zonder tegenmaatregelen bestaat de kans dat de driehoeksverhouding tussen verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder gaat verdwijnen. Dit wordt ook wel verticale integratie genoemd. Het wetsvoorstel bevat een verbod hierop. Onder verticale integratie wordt verstaan: “Uitgangspunt is dat zorgverzekeraars geen juridische of feitelijke zeggenschap verkrijgen over zorgaanbieders.” Voor de uitleg van het begrip: ‘zeggenschap’ wordt in de MvT verwezen naar art. 26 Mededingingswet: “de mogelijkheid om op grond van feitelijke of juridische omstandigheden een beslissende invloed uit te oefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder.”

De huidige wetgeving zou tot verticale integratie kunnen leiden, iets wat de wetgever uitdrukkelijk wil voorkomen. De rolverdeling tussen verzekeraar, zorgaanbieder en verzekerde mag niet verdwijnen, zo wordt in de MvT bij de wetswijziging gesteld. In de MvT is het volgende opgenomen ter verduidelijking van de noodzaak van dit verbod:

“Door verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder binnen het Nederlandse zorgstelsel, zoals dat op dit moment feitelijk functioneert, ontstaat een risico dat zorgverzekeraars de belangen van zorgvragers minder objectief en optimaal behartigen. In het stelsel hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol als inkoper van zorg en behartigen zij als inkoper de belangen van hun verzekerden, de zorgvragers. Het kabinet is van mening dat de zorgverlening en de zorginkoop objectief en eenduidig moeten zijn, zonder directe inmenging bij het reilen en zielen van zorgaanbieders in de vorm van zeggenschap. De zorgin-

koop door zorgverzekeraars moet uitsluitend en objectieverbaar gericht zijn op kwaliteit goede en doelmatige zorg voor verzekerden en patiënten.”

Zorgverzekeraars hebben de maatschappelijke plicht om alleen de beste zorg voor hen in te kopen. Als zij van de zorg bij zorgaanbieders direct er financieel beter van worden, kan het gebeuren dat de kwaliteit tijdens de zorginkoop niet de belangrijkste overweging is. Ook de zorgaanbieders zelf kunnen door deze veranderingen hun visie de kwaliteit van zorg wijzigen. Indien zorgverzekeraars veranderingen op het gebied van kwaliteit bij zorgaanbieders kunnen afdwingen, dan gaat het niet langer om zorgkwaliteit, maar om winsttoegmerk.

3.3.3 VERVAL HINDERPAAL CRITERIUM

De wetswijziging brengt naast het verbod op verticale integratie nog een andere belangrijke wijziging met zich mee, namelijk het verval van het hinderpaalcriterium (zorgverzekeraars zijn vrij te bepalen wat ze vergoeden voor niet-gecontracteerde zorg, maar dit mag geen belemmering vormen voor verzekerden om van niet-gecontracteerde zorg gebruik te maken). Zorgverzekeraars zijn geheel vrij in het bepalen van de vergoeding, maar in de modelovereenkomst moeten ze maken hoe deze wordt berekend (art. 13 tweede en derde lid Zvw, na de wetswijziging). Deze wijziging heeft als doel het verbeteren van de transparantie en selectieve zorginkoop.

3.3.4 RECENT AKKOORD

Het wetsvoorstel is ingediend bij de Tweede Kamer. In de vergaderingen die hierover zijn gehouden, is gebleken dat het wetsvoorstel veel vragen bij de Kamerleden oproept. Verschillende Kamerleden dienden amendementen in, en Minister Schippers stelde tweemaal een Nota van Wijziging voor. Het wetsvoorstel trok veel aandacht en werd zwaar bekritiseerd, zowel op internet als in kranten en tijdschriften. Uiteindelijk bereikten minister Schippers en de oppositie partijen een akkoord. Dit akkoord houdt onder meer in dat:

- patiënten eerstelijns zorg (huisarts, tandarts, fysiotherapeut, verloskundige en apotheek) zelf blijven selecteren;

- ziekenhuizen en ggz-instellingen verzekeraars mogen weigeren;
- er een nieuwe soort polis wordt geïntroduceerd: de budgetpolis. Bij deze polis mogen zorgverzekeraars ervoor kiezen niet gecontracteerde zorg te vergoeden voor een deel dat lager is dan door het hinderpaal criterium wordt voorgeschreven.

Momenteel ligt het wetsvoorstel bij de Eerste Kamer .

3.3.5 CONCLUSIE

Het wetsvoorstel 33362 brengt twee belangrijke wijzigingen aan met betrekking tot artikel 13 Zvw. Ten eerste vervalt het hinderpaalcriterium (zorgverzekeraars zijn vrij te bepalen wat ze vergoeden voor niet-gecontracteerde zorg, maar dit mag geen belemmering vormen voor verzekerden om van niet-gecontracteerde zorg gebruik te maken) en ten tweede wordt er een verbod op verticale integratie geïntroduceerd (het verbod op verticale betekend dat zorgverzekeraars geen juridische of feitelijke zeggenschap verkrijgen over zorgaanbieders). Hierover ontstond veel ophef in de media en de politiek, omdat menigeeen van mening is dat dit voorstel afbreuk doet aan de vrije artskeuze. Recentelijk is hierover, zoals zojuist vermeld, in de Tweede Kamer een akkoord bereikt. Nu ligt het wetsvoorstel bij de Eerste Kamer.

3.4 WELKE ROL VERVULT DE ZORGVERZEKERAAR BIJ ZORGINKOOP MET BETREKKING TOT DE ZORGCONTRACTEN?

Zoals in de eerste richtlijn voor schadeverzekering wordt vastgesteld, is een zorgverzekeraar een verzekeringsonderneming. De onderneming heeft op grond van de Wet op het financieel toezicht een vergunning nodig tot het verstrekken van verzekeringen. Indien de verzekeringsmaatschappijen zorgverzekeringen willen aanbieden, worden zij geacht dit te melden aan de NZA.

De zorgverzekeraars ontlenen al hun rechten en plichten aan de Zvw. Allereerst hebben de verzekerden een verzekeringsplicht (art. 2), die inhoudt dat iedereen een basisverzekering dient af te sluiten bij een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben daarop een acceptatieplicht (art.

3). Zij mogen in principe geen cliënten weigeren. Op deze laatste regel zijn twee uitzonderingen (lid 4). Zorgverzekeraars mogen verzekerden weigeren indien er sprake is van opzettelijke misleiding door de verzekerde en indien de verzekerde de premie niet betaalt. De acceptatieplicht geldt alleen voor de basisverzekering. Verzekeraars mogen wel cliënten weigeren voor aanvullende verzekeringen en hebben het recht om deze onder persoonlijke voorwaarden aan te bieden.

Op grond van de Zvw zijn zij de zorginkopers. Er worden contracten gesloten met zorgleveranciers. Om de kosten te drukken kopen zorgverzekeraars zo selectief mogelijk in. Er dient uiteraard voldoende zorg voor hun verzekerden te worden ingekocht, maar zorgverzekeraars zetten onderhandelaren in die in gesprek gaan met zorgverkopers van de verschillende zorgaanbieders om een zo voordelig mogelijk contract te sluiten.

De huidige zorgverzekeringsmarkt bestaat in totaal uit 26 zorgverzekeraars, verdeeld over negen concerns. De tabel in bijlage 2 geeft een overzicht van de zorgverzekeraars en concerns die momenteel actief zijn in Nederland. De grootste spelers zijn Achmea, VGZ, CZ en Menzis. In de twee grafieken in bijlage 3 zijn de marktaandeelen van de zorgverzekeraars te zien. Achmea, VGZ, CZ en Menzis hebben samen ruim 90% van de markt in handen. Achmea is de grootste zorgverzekeraar in Nederland. Hieruit kan worden opgemaakt dat de keuzemogelijkheden op de markt van verzekeraars vrij beperkt zijn.

3.4.1 RELEVANTE JURISPRUDENTIE

Omdat het aantal grote verzekeringsmaatschappijen vrij gering is, hebben deze vier zorgverzekeraars veel invloed op de zorgcontractering. In sommige delen van de provincie Groningen kiest meer dan 75% voor Menzis. Voor een ziekenhuis als het UMCG is een goed contract met Menzis dus van groot belang. Uit de volgende voorbeelden blijkt dat misbruik van deze invloedrijke positie gezinszins kan worden uitgesloten.

KG Addictioncare – CZ

Eind 2011 en begin 2012 startte de Stichting Addictioncare tweemaal een kort geding tegen CZ. Deze verzekeraar en

de Stichting Addictioncare hebben geen contract gesloten, maar toch kozen verzekerden van CZ voor behandelingen door Addictioncare, totdat CZ besloot om deze zorg voor een groot deel niet meer te vergoeden. Addictioncare vorde dat CZ de vergoeding voor hun verzekerden dient te betalen indien zij bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders als Addictioncare worden behandeld. De vergoeding zou 75% bedragen bij een naturapolis en 100% bij een restitutiepolis. CZ twijfelt aan de geldigheid van de declaraties van zogenaamde 'afkickvakanties' in Zuid-Afrika. De rechter stelde Addictioncare in het gelijk: CZ mag niet abrupt en zonder overtuigende redenen stoppen met volledige vergoedingen van de zorg. Deze uitspraak werd bevestigd in het hoger beroep van juni 2012. De vergoedingen blijven dus 75% in het geval van naturapolissen en 100% in het geval van restitutiepolissen. CZ is hierop naar de Hoge Raad gestapt, maar ook daar werd Addictioncare in het gelijk gesteld. De Hoge Raad merkte onder meer op over het voornoemde wetsvoorstel: 33362:

“Dit wetsvoorstel is momenteel voorwerp van maatschappelijke en politieke discussie, waarvan de uitkomst nog niet vaststaat. Totdat een zodanige wetswijziging haar beslag heeft gekregen, is het hinderpaal-criterium derhalve nog onderdeel van art. 13 lid 1 Zvw.”

KG Momentum – CZ

Eind 2012 kondigde CZ aan om met ingang van 1 januari 2013 bij restitutiepolissen in geval van niet-gecontracteerde zorg nog maar 50% in plaats van 75% van het marktconforme tarief te vergoeden. Momentum, een verslavingskliniek die nauw samenwerkt met Addictioncare, spande hierover een kort geding aan. Het bedrijf stelde dat een verlaging van de vergoeding een feitelijke hinderpaal vormt en dus in strijd is met art. 13 Zvw, waarin de keuzevrijheid van verzekerden is vastgelegd. CZ bracht daar tegenin dat het hinderpaalcriterium binnenkort wordt geschrapt en verwees daarbij naar de MvT van het wetsontwerp tot wijziging van art. 13 Zvw. Als het wetsontwerp wordt aangenomen, staat het de zorgverzekeraars vrij om de hoogte van de vergoeding vast te stellen zonder rekening te hoeven houden met het hinderpaalcriterium. De maatstaf van de feitelijke hinderpaal is geen onderdeel meer van het geldend recht, want deze is door nieuwe richtlijnen van de EU achterhaald. De rechter verwees naar

verslagen van de Tweede Kamer (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 33362, nr. 3, p. 36 en Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 33362, nr. 5) waaruit blijkt dat dit criterium door alle politieke partijen wel is aangemerkt als geldend recht. Er werd gesteld dat, indien dit criterium zou komen te vervallen, de keuzevrijheid van de verzekerden verloren zou gaan. Volgens de rechter valt het hinderpaal-criterium dus wel onder het geldend recht. Daarnaast zei de rechter een vergoeding van 75% tot 80% als praktijknorm te beschouwen. Als de vergoeding lager is, is er sprake van een hinderpaal. Kortom, de rechter wilde nog niet op de zaken vooruit lopen en hield zich aan de huidige Zvw. In hoger beroep, in juni 2013 ingesteld door CZ, is dit vonnis bekrachtigd. Ook in deze zaak is CZ naar de Hoge Raad gestapt. De Hoge Raad stelde Momentum in het gelijk en verwierp de cassatiemiddelen van CZ. Over het wetsvoorstel merkte de Hoge Raad onder meer op:

“Dit wetsvoorstel is momenteel voorwerp van maatschappelijke en politieke discussie, waarvan de uitkomst nog niet vaststaat. Totdat een zodanige wetswijziging haar beslag heeft gekregen, is het hinderpaal-criterium derhalve nog onderdeel van art. 13 lid 1 Zvw.”

KG Bethesda – CZ

In 2010 publiceerde CZ op zijn website een lijst van zorgaanbieders met wie zij geen contracten voor het komende jaar zouden sluiten. Deze ‘zwarte lijst’ gaf bij alle aanbieders van borstkankerzorg aan wat de kwaliteit van de geboden zorg is en waarom CZ er geen contract mee heeft afgesloten. Het Bethesda Ziekenhuis in Hoogeveen, het Scheper Ziekenhuis in Emmen, het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam en de Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) spanden vanwege deze zwarte lijst een kort geding aan tegen CZ. De rechter oordeelde dat ziekenhuizen een redelijke termijn krijgen om op de zwarte lijst te reageren. De lijst mag daarna gepubliceerd worden met inachtneming van de commentaren van de ziekenhuizen. De zorgverzekeraar mag eigen kwaliteitsindicatoren hanteren en kan daarom niet alle zorgaanbieders contracteren. Het gaat immers om specifieke zorginkoop.

3.4.2 REDELIJKHEID EN BILLIJKHEID

Verzekeraars zijn ook krachtens de jurisprudentie verplicht om zich te redelijk en billijk op te stellen in de onderhandelingen met zorgaanbieders. Deze verplichting stamt uit het volgende arrest. Kleine zorgaanbieders gaven medio 2012 aan niet aan de voorwaarden van het zorginkoopdocument 2013 van Menzis te kunnen voldoen. Hierdoor zouden zij automatisch geen contract met Menzis krijgen. In de rechtszaak die hierop volgde, wees de rechter Menzis op twee punten:

- Menzis is verplicht ten aanzien van de wederpartij met wie zij in het voorgaande jaar een contract hebben gehad de beginselen van redelijkheid en billijkheid in acht te nemen. Menzis stelt nu voorwaarden die het de wederpartij onmogelijk maken om een nieuw contract af te sluiten.
- Menzis bekleedt in deze regio een economische machtspositie in de zin van de mededingingswet.

In de hierboven genoemde jurisprudentie gaat het om AWBZ-aanbesteding (het A-segment). Uit deze jurisprudentie volgt dat zorgverzekeraars bij zorginkoop de beginselen van redelijkheid en billijkheid in acht moeten nemen. In de zaak tussen Instituut voor Hyperbare Geneeskunde (lvHG) en VGZ verwees de rechter ook naar de beginselen van redelijkheid en billijkheid. Hierbij ging het wel om de onderhandelingsfase van het B-segment. In het vonnis wordt gesteld dat de beginselen een begrenzing van de contractvrijheid vormen.

Concluderend kan worden gesteld dat verzekeraars en zorgaanbieders verplicht zijn om zich tijdens de onderhandelingen redelijk en billijk op te stellen. \

3.4.3 MACHTSPOSITIE

In de jurisprudentie die in de vorige paragraaf is behandeld, is ook verwezen naar de aanmerkelijke marktmacht. Wat betekent dit begrip bij de zorgcontractering?

Op grond van artikel 24 lid 1 MW is het voor ondernemingen verboden om misbruik te maken van een economische machtspositie. In paragraaf 4.3 van de WMG worden deze bepalingen voor de gezondheidszorg uitgewerkt. Het al-

gemene mededingingstoezicht is geregeld in de MW. De Nederlandse Mededingingsautoriteit is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit toezicht. De NZA heeft in dit kader de verplichting om controle uit te oefenen bij de zorginkoop en moet erop toezien dat er geen sprake is van misbruik van de economische machtspositie. De organisatie kan hierbij sancties opleggen (artikel 48 Wmg).

Krachtens art. 47 MW is er sprake van een aanmerkelijke marktmacht indien een of meer zorgaanbieders of zorgverzekeraars allen of gezamenlijk de concurrentie op de zorgmarkt belemmeren. Hiervan is sprake als zij zich ten opzichte van de andere partijen onafhankelijk gaan gedragen. Hierbij gaat het om:

- concurrenten
- ziektekostenverzekeraars, indien het een zorgaanbieder betreft
- zorgaanbieders, indien het een zorgaanbieder of een ziektekostenverzekeraar betreft
- consumenten

Er zijn verschillende zorgaanbieders geweest die een zorgverzekeraar betichtten van een aanmerkelijke marktmacht. Zorgverzekeraars maken namelijk veelvuldig gebruik van standaardcontracten. Zij bieden deze aan op hun website. Zorgaanbieders kunnen deze uitprinten, ondertekenen en naar de verzekeraar opsturen. Vaak is er geen ruimte voor onderhandeling. Is er nu sprake van een aanmerkelijke marktmacht? De rechter geeft aan dat het aanbieden van een standaardcontract in beginsel geen aanmerkelijke marktmacht oplevert jegens de zorgaanbieders. Indien er andere bijkomstige omstandigheden zijn, kan de NZA nader onderzoek instellen. Concluderend kan worden gesteld dat de huidige wijze van zorgcontractering de zorgverzekeraars geen aanmerkelijke marktmacht oplevert.

3.4.4 ZORGAKKOORD AUGUSTUS 2013

Het particuliere Slotervaartziekenhuis in Amsterdam kwam in januari 2013 in opspraak door de onderhandelingen met zorgverzekeraar Achmea. Zij lieten weten het niet eens te worden met Achmea over de prijsafspraken voor 2013. De kans op een contract tussen de twee partijen zag somber in. Verzekerden van Achmea die op dat moment

bij het Slotervaartziekenhuis in behandeling waren, schrokken van het nieuws. Indien er geen contract tot stand zou komen, zou dat voor verzekerden met een naturapolis betekenen dat ze niet alle zorgkosten vergoed zouden krijgen. Enige weken later maakten Achmea en het Slotervaartziekenhuis bekend toch tot een akkoord te zijn gekomen.

Op te voorkomen dat verzekerden ineens met verslechterde polisvoorwaarden te maken krijgen, hebben de minister van VWS en patiëntenverenigingen, GGZ, huisartsen, zorgverzekeraars, medisch specialisten en ziekenhuizen een nieuw zorgakkoord gesloten. Dit akkoord stelt onder andere vast dat zorgverzekeraars hun zorgcontracten voor het komende jaar steeds voor 19 november van het voorgaande jaar bekend moeten maken. De verzekerden hebben dan tot het begin van het volgende kalenderjaar de tijd om over te stappen.

3.4.5 CONCLUSIE

Er kan worden geconcludeerd dat uit de jurisprudentie blijkt dat er een juridische spanning bestaat tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Veel zorgaanbieders zijn naar de rechter gestapt omdat zij vonden dat zorgverzekeraars hun machtspositie zouden misbruiken of dat er sprake was van oneerlijke onderhandelingen van de kant van de zorgverzekeraar. Concluderend kan worden gesteld dat de huidige wijze van zorgcontractering de zorgverzekeraars geen aanmerkelijke marktmacht oplevert. Zorgverzekeraars hebben van de wetgever de opdracht gekregen om selectief zorg in te kopen en om deze zorg transparant te maken. Verder kan er wel worden gesteld dat verzekeraars en zorgaanbieders verplicht zijn om zich tijdens de onderhandelingen redelijk en billijk op te stellen.

Zolang het wetsvoorstel niet is aangenomen, mogen zorgverzekeraars geen vergoeding aan hun verzekerden uitbetalen als deze zorg wordt geleverd door een niet-gecontracteerde aanbieder. Deze regel vormt feitelijk een hinderpaal. Ondanks alle speculaties over en politieke aandacht voor eventuele afschaffing van het hinderpaalcriterium, valt het criterium nog steeds onder het recht. De Hoge Raad heeft dit recentelijk nog bevestigd. Tevens werd in dit arrest benadrukt dat het hinderpaalcriterium zich goed laat verenigen met de vernieuwde Europese wetgeving.

3.5 WELKE ROL VERVULT HET STAFCONVENT, RAAD VAN BESTUUR EN DE ZORGVERKOPERS MET BETREKKING TOT ZORGINKOOP?

In deze paragraaf wordt onderzocht welke organen binnen het UMCG een rol spelen in de zorgcontractering. Dit zal gebeuren aan de hand van de WHW, het Bestuursreglement UMCG en het Reglement Stafconvent UMCG. Allereerst wordt het UMCG als geheel behandeld. Vervolgens zal worden ingegaan op de rol van de Raad van Bestuur in de zorginkoop. Daarna wordt de functie van het Stafconvent met betrekking tot de zorginkoop behandeld, en tot slot wordt ingegaan op de rol van de zorgverkopers bij zorginkoop.

3.5.1 HET UMCG

Nederland kent acht universitaire medische centra, één ervan is het UMCG. Een UMC is een academisch ziekenhuis dat naast een zorgverleningsfunctie ook een onderwijsfunctie vervult. Op grond van artikel 1.8 WHW behoort bij iedere universiteit die artsen opleidt een academisch ziekenhuis. In januari 2005 besloot het ziekenhuis een samenwerkingsverband aan te gaan met de Rijksuniversiteit Groningen. Het UMCG biedt jaarlijks ruim 3000 studenten Geneeskunde een werkplek aan. Ook studenten van een andere vakgebieden hebben de mogelijkheid om van de faciliteiten van het UMCG gebruik te maken. Patiënten komen in het UMCG voor zowel de basiszorg als voor gespecialiseerde zorg, onderzoek of diagnostiek.

Binnen het UMCG worden de volgende doelstellingen gehanteerd:

- patiëntenzorg in de meest brede zin van het woord;
- het verzorgen van een opleiding tot medisch specialist;
- het verzorgen van medisch wetenschappelijk onderwijs;
- opleiding en bij- en nascholing van medici, verpleegkundigen, en (para)medisch en ondersteunend personeel;
- het bijdragen aan de ontwikkeling en het verrichten van medisch wetenschappelijk onderzoek.

Het ziekenhuis is een rechtspersoon in de categorie 'rechtspersoon met een wettelijke taak'. Alle academische ziekenhuizen in Nederland vallen in deze categorie, evenals onder andere NS-taakorganisaties en schoolbesturen. De wettelijke definitie die in de Comptabiliteitswet (CW) wordt gehanteerd, luidt *"rechtspersonen voor zover die een bij of krachtens de wet geregelde taak uitoefenen en daartoe geheel of gedeeltelijk worden bekostigd uit de opbrengst van bij of krachtens de wet ingestelde heffingen"*.

3.5.2 RAAD VAN BESTUUR

Op grond van artikel 4 van het Bestuursreglement UMCG zijn er twee bestuurlijke organen belast met de dagelijkse leiding binnen het UMCG: de Gemeenschappelijk Beleidsorgaan (GBO) en de Raad van Bestuur.

Artikel 12.19 WHW stelt een GBO verplicht. Het GBO is belast met het opstellen van het beleidsplan, de begroting en de jaarrekening die is vastgesteld door de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur is onder meer belast met het bestuur van het UMCG, stelt de jaarrekening, de beleidsplannen en de begroting op, voert overleg met de ondernemingsraad, en doet noodzakelijke uitgaven namens het UMCG. Daarnaast kent het UMCG een Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht is belast met het toezicht op de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur heeft dus geen directe invloed heeft op de zorgcontractering, maar heeft indirect wel invloed op de begroting tijdens de onderhandelingen. De Raad van Bestuur stelt immers de begroting, het beleidsplan en de jaarrekening vast. De zorgverkopers dienen zich tijdens de onderhandelingen te houden aan deze cijfers..

3.5.3 HET STAFCONVENT ALS ADVIESORGAAN

Het UMCG kent ook een aantal adviesorganen, waaronder het Stafconvent. Krachtens artikel 12 lid 17 van de WHW helpt het stafconvent het bestuur (lid 1) door de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de patiëntenzorg te waarborgen en te bevorderen. Conform het reglement heeft zij als taak mee te werken aan:

- het ziekenhuisbreed bevorderen en toetsen van kwaliteit en doelmatigheid van het medisch handelen vol-

gens door de Raad van Bestuur, na raadpleging van het Stafconvent, vastgestelde procedures, met name op het terrein van kwaliteitszorg, regeling van verantwoordelijkheid (hoofdbehandelaarschap en regievoering), risicomangement, een en ander ter waarborging van de patiëntveiligheid;

- het ziekenhuisbreed bevorderen van het opstellen en het naleven van regels en/of procedures bij de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten;
- het bevorderen van de naleving van de professionele standaard;
- het bevorderen van de samenwerking tussen de verschillende specialismen en andere zorgverleners, in het bijzonder het bevorderen van een adequate en effectieve verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg;
- het tijdig bij de Raad van Bestuur signaleren van knelpunten of lacunes op de bovengenoemde terreinen, alsmede het doen van voorstellen ter opheffing daarvan.

Krachtens lid 2 adviseert zij de Raad van Bestuur met name over de volgende aangelegenheden:

- het strategisch beleid van het ziekenhuis;
- de door de Raad van Bestuur vast te stellen financiële en organisatorische kaders, mede in het kader van het strategisch beleid van het UMCG;
- de ontwikkeling van nieuwe specialismen en werkgebieden, en klinische aangelegenheden in de meest brede zin;
- belangrijke bouwkundige en infrastructurele voorzieningen of aanschaf van apparatuur in het UMCG;
- belangrijke regelingen inzake het personeelsbeleid van het UMCG voor zover deze betrekking hebben op het functioneren van de medici resp. onderzoekers;
- de lokale uitwerking van het professioneel statuut van medisch specialisten;
- belangrijke regelingen inzake het beleid op het gebied van patiëntenzorg, onderzoek onderwijs en opleiding;
- essentiële veranderingen in de UMCG-organisatie betreffende klinische en poliklinische faciliteiten, functiecentra e.d.;

- overeenkomsten met andere ziekenhuizen, instellingen of samenwerkingsverbanden samenhangend met het strategisch beleid;
- het bestuursreglement.

Op grond van het Bestuursreglement van het UMCG hebben de adviezen van het Stafconvent *“een zwaarwegend karakter”*.

Concluderend kan worden gesteld dat Stafconvent in het UCMG belangrijk is voor de kwaliteit en zwaarwegende adviezen over de kwaliteit binnen het UMCG kan uitbrengen aan de Raad van Bestuur. Verder is gebleken dat er geen juridische basis is voor een rol voor het Stafconvent in de onderhandelingen. Het convent heeft daarin slechts een adviserende functie.

3.5.3 ZORGVERKOPERS

Binnen het UMCG is er één afdeling die zich dagelijks bezighoudt met de onderhandelingen met zorgverzekeraars, namelijk de afdeling zorgverkoop. Dit team bestaat uit vier mensen, die ieder één zorgverzekeraar voor hun rekening nemen, zodat iedere zorgverzekeraar één aanspreekpunt heeft. CZ en Multizorg zijn de kleinste groepen en vergen minder tijd in de onderhandelingen dan de grote zorgverzekeraars. Het hoofd van deze afdeling is in principe bij alle onderhandelingsgesprekken aanwezig en heeft van de financieel directeur en de Raad van Bestuur een mandaat gekregen voor het maken van deze relatief grote financiële afspraken. Op deze manier hoeft er niemand van de Raad van Bestuur bij de onderhandelingsgesprekken aanwezig te zijn. Het afdelingshoofd dient wel frequent te vergaderen met leden van de Raad van Bestuur over het verloop van de onderhandelingen.

3.5.4 CONCLUSIE

De zorgverkopers zijn dus verantwoordelijk voor de zorgcontractering. Ze hebben een mandaat om bindende afspraken met de zorgverzekeraars te maken. De Raad van Bestuur heeft geen directe invloed op de zorgcontractering, maar beslist wel mee in de financiën. Er is regelmatig overleg tussen leden van de Raad van Bestuur en het hoofd van de afdeling zorgverkoop. Het Stafconvent adviseert de Raad van Bestuur. Het Stafconvent zien toe op de kwaliteit

binnen het UMCG en hebben geen directe invloed op de zorgcontractering.

3.6 CONCLUSIE EN ONDERZOEKSPUNTEN

In dit hoofdstuk wordt er een conclusie van de theorie gegeven. Tevens zal er worden ingegaan op de onderzoekspunten voor het praktijk onderzoek.

3.6.1. CONCLUSIE

Het doel bij de invoering van de nieuwe Zvw is het creëren van gereguleerde marktwerking waarbij de verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder gelijke spelers zijn. Dit dient bereikt te worden door selectieve zorginkoop en transparantie van zorg. Om de zorgcontractering gemakkelijker te maken en meer selectieve zorginkoop en transparantie van zorg tot stand te brengen, is het DBC-systeem op 1 januari 2012 omgezet in het DOT-systeem. De meer dan 30.000 oude DBC's zijn vervangen door 4400 nieuwe.

Verder geeft art. 13 Zvw verzekeren het recht op een vergoeding indien zij kiezen voor een zorgaanbieder met wie de verzekeraar geen contract heeft afgesloten. Daarbij mag deze vergoeding volgens de jurisprudentie geen feitelijke hinderpaal creëren.

Wetsvoorstel 33362 bevat twee belangrijke wijzigingen met betrekking tot artikel 13 Zvw. Ten eerste is het hinderpaalcriterium komen te vervallen en ten tweede is er een verbod op verticale integratie ingevoerd. Hierover ontstond veel ophef in de media en politiek. Velen zijn van mening is dat dit voorstel afbreuk doet aan de vrije artskeuze.

Verder bestaat er een groot spanningsveld tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Veel zorgaanbieders zijn naar de rechter gestapt omdat zij vonden dat zorgverzekeraars hun machtspositie zouden misbruiken of dat er sprake was van oneerlijke onderhandelingen van de kant van de zorgverzekeraar. Concluderend kan worden gesteld dat de huidige wijze van zorgcontractering de zorgverzekeraars geen aanmerkelijke marktmacht oplevert. Zorgverzekeraars hebben van de wetgever de opdracht gekregen om selectief zorg in te kopen en om deze zorg transparant te maken. Verder kan er wel worden gesteld dat verzekeraars en

zorgaanbieders verplicht zijn om zich tijdens de onderhandelingen redelijk en billijk op te stellen.

Totdat het wetsvoorstel is aangenomen, mogen zorgverzekeraars aan hun verzekerden geen vergoeding uitbetalen voor zorg van niet-gecontracteerde aanbieders, wat een feitelijke hinderpaal veroorzaakt. Ondanks alle speculaties en politieke aandacht over eventuele afschaffing van het hinderpaalcriterium, heeft de Hoge Raad recentelijk nog bevestigd dat het criterium nog steeds onder het geldend recht valt. Tevens werd in dit arrest bekrachtigd dat het hinderpaalcriterium strookt met de vernieuwde Europese wetgeving.

De zorgverkopers zijn verantwoordelijk voor de zorgcontractering. Zij mogen namens het UMCG bindende afspraken maken met de zorgverzekeraars. De Raad van Bestuur heeft geen directe invloed op de zorgcontractering, maar beslist wel mee in de financiën. Er is regelmatig overleg tussen leden van de Raad van Bestuur en het hoofd van de afdeling zorgverkoop. Het Stafconvent adviseert de Raad van Bestuur. Zij zien toe op de kwaliteit binnen het UMCG en hebben geen directe invloed op de zorgcontractering.

3.6.2 ONDERZOEKSPUNTEN

Uit het praktijkonderzoek moet duidelijk worden hoe de Zvw in de praktijk wordt benaderd met betrekking tot zorgcontractering. Wordt het doel van een gereguleerde marktwerking op dit moment bereikt? Met andere woorden, is er op dit moment sprake van selectieve zorginkoop? Tevens dient in de praktijk te worden onderzocht of de zorgcontractering het door het DOT-systeem eenvoudiger is geworden. Daarnaast zal duidelijk moeten worden hoe de praktijk tegen het hinderpaalcriterium aankijkt. Is de praktijk hiermee bekend en wordt dit criterium altijd in acht genomen?

Ook moet worden nagegaan of de afschaffing van het hinderpaalcriterium noodzakelijk is en of er een verbod op verticale integratie moet komen. Zijn de verschillende partijen voor- of tegenstanders? En hoe zijn de posities die ze innemen te verklaren?

Tevens dient de invloed van de zorgverzekeraar in de praktijk onderzocht te worden. Uit de theorie blijkt dat er een groot spanningsveld bestaat tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar hoe ervaren de zorgverkopers en zorginkopers dit zelf? En wat is de mening van de zorgverleners (Chefs de Clinique) over de huidige marktwerking?

Als laatste worden de rollen van de Raad van Bestuur, het Stafconvent en de zorgverkoper binnen het UMCG aan de praktijk voorgelegd. Hoe wordt er in de praktijk gedacht over het interne beleid op het gebied van de zorgverzekeraar en hoe kijken de zorgverleners (Chefs de Clinique) hier van een afstand tegenaan?

4 GEGEVENSRESULTATEN VAN HET PRAKTIJKONDERZOEK

4.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk worden de onderwerpen, die tijdens de bestudering van de theorie naar voren zijn gekomen, in de praktijk onderzocht. Het praktijkonderzoek heeft plaats gevonden in de vorm middel van interviews en een per e-mail verzonden vragenlijst (zie hoofdstuk 2 voor de methodologische verantwoording). De interviews zijn gehouden met een zorgverzekoper van het UMCG en MZH, een zorginkoper van Menzis en VGZ en drie Chefs de Clinique van het UMCG. Daarnaast zijn twee Chefs de Clinique via de email benaderd voor vragen.

De volgende onderzoekspunten (zoals besproken in het vorige hoofdstuk) zullen afzonderlijk worden behandeld:

- De huidige Zvw. Ten eerste wordt het doel van de Zvw, de gereuleerde marktwerking door selectieve zorginkoop en transparantie, onderzocht. Ten tweede wordt het verschil tussen het DBC en het DOT systeem aan de praktijk voorgelegd.
- Het hinderpaalcriterium
- Het mogelijk vervallen van het hinderpaalcriterium en het verbod op verticale integratie
- De invloed van de zorgverzekeraar
- De invloed van het ziekenhuis

Dit praktijkonderzoek is gericht op het beantwoorden van de volgende praktische deelvragen:

- 1 Welke problemen ondervinden Chefs de Clinique van het UMCG op het gebied van zorginkoop?
- 2 Welke problemen ondervinden zorgverkopers van het UMCG en MZH op het gebied van zorginkoop?
- 3 Welke problemen ondervinden zorgverzekeraars Menzis en VGZ op het gebied van zorginkoop?

Voor de in dit hoofdstuk besproken onderzoeksresultaten geldt het voorbehoud dat er slechts een gering aantal interviews is afgenomen (zie hierover ook hoofdstuk 2).

4.2 HET PRAKTIJKONDERZOEK

4.2.1 HUIDIGE ZVW

- Doel Zvw gereuleerde marktwerking door selectieve zorginkoop en transparantie van zorg
Zoals eerder vermeld, is op 1 januari 2006 de nieuwe Zvw in werking getreden. Het doel van de nieuwe wetgeving was het creëren van gereuleerde marktwerking waarbij verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder gelijke spelers zijn. Selectieve zorginkoop en transparantie van zorg zijn de sleutelwoorden voor de huidige zorgmarkt. Zowel de Chefs de Clinique als de zorgverkopers als de zorginkopers zeiden dat ze in de eerste jaren na de invoering van de Zvw weinig verschil hebben gemerkt in hun dagelijkse werkzaamheden. De onderhandelingen werden gezamenlijk binnen het ziekenhuis uitgevoerd met alle zorgverzekeraars. Voor alle zorgverzekeraars werd hetzelfde contract opgemaakt en afgesloten.

- DBC naar DOT
Per 1 januari 2005 maakt Nederland gebruik van de DBC's. Omdat deze nog te complex werd bevonden werd op 1 januari 2012 het DOT-systeem voor ziekenhuizen ingevoerd. De meer dan 30.000 DBC's werden vervangen door 4400 nieuwe. Uit de interviews met de zorgverkopers en de zorginkopers blijkt dat er toen veel veranderde in de wijze van zorgcontractering. Het zorgde er onder meer voor dat zorgverzekeraars verantwoordelijk werden gesteld voor selectieve zorginkoop en transparantie van de zorg. Zorgverzekeraars moeten kijken hoeveel vraag er naar de verschillende soorten zorg is. Ze moeten ervoor zorgen dat ze de beste zorg voor een zo laag mogelijke prijs kunnen leveren. Dit is het doel van de Zvw. Uit de interviews blijkt dat zorgverzekeraars na deze veranderingen apart van elkaar moeten onderhandelen met de verschillende zorgaanbieders.

Een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder stelden in de interviews dat vanaf dat moment de onderhandelingen al moeilijk gingen verlopen. Het nieuwe declaratiesysteem

zorgde er namelijk voor dat de onderhandelingen tussen de contractspartijen langer duurden. De onderhandelingen zijn nu specifiek dan voorheen, want voor elke DOT moet apart een prijs worden afgesproken. Eerder was dit niet het geval. Alle geïnterviewde zorgverkopers en zorginkopers gaven aan dat zij proberen minimaal een keer per maand bij elkaar te komen voor onderhandelingen. Verder wordt er tussen de vergaderingen door onderhandeld per telefoon en e-mail. Beide zorgaanbieders voegden hieraan toe dat de wijze van onderhandelen ook verschilt per zorgverzekeraar. Sommige zorgverzekeraars kiezen ervoor, vermoedelijk gezien het geringe aantal verzekerden, om de onderhandelingen geheel per de e-mail of per telefoon te voeren. Ook blijkt uit alle interviews dat alle afdelingen binnen het ziekenhuis kwaliteitsindicatoren moeten aanleveren bij alle verschillende zorgverzekeraars. Alleen dan kunnen ze zorgcontracten voor hun afdeling afsluiten.

- Conclusie

Uit de praktijk kan worden geconcludeerd dat er momenteel door zorgverzekeraars zeer selectief zorg wordt ingekocht bij de verschillende zorgaanbieders. Zij kiezen onder andere op basis van kwaliteit en door middel van aangeleverde kwaliteitsindicatoren van artsen.

4.2.2 HINDERPAALCRITERIUM

- Het hinderpaalcriterium

In het theoretische kader is geschetst dat art. 13 Zvw verzekeren het recht geeft op een vergoeding indien zij kiezen voor een zorgaanbieder met wie de verzekeraar geen contract heeft gesloten. In de jurisprudentie is bepaald dat deze vergoeding geen feitelijke hinderpaal mag vormen. Twee van de drie mondeling ondervraagde Chefs de Clinique zijn bekend met het hinderpaalcriterium, en de zorgverkopers en zorginkopers zijn alle vier bekend met het hinderpaalcriterium. De Chefs de Clinique en de zorgverkopers zijn voorstanders van het hinderpaalcriterium. Zij zijn van mening dat dit ook de minder bedeelde nog een keuze geeft bij de afname van zorg. De zorginkopers zijn tegen het hinderpaalcriterium. Eén zorgverzekeraar is van mening dat het huidige criterium de hedendaagse zorginkoop belemmert omdat de zogenaamde 'afkickvakanties' een grote kostenpost zijn voor de zorgverzekeraar. De verzekeraar krijgt volgens de geïnterviewde regelmatig exorbi-

tante declaraties van zorgaanbieders, bijvoorbeeld voor verzekerden die maandenlang in Spanje of Italië hebben verbleven om af te kicken. Het gaat dan vaak om erg hoge bedragen, ook als slechts 80% ervan hoeft te worden vergoed. De zorgverzekeraars reserveren gelden voor dergelijke declaraties.

- Conclusie

Zorgverzekeraars geven aan dat het huidige hinderpaalcriterium hen beperkt in de selectieve zorginkoop. De Chefs de Clinique en de zorgaanbieders zouden het hinderpaalcriterium graag willen behouden.

4.2.3 VERVAL HINDERPAALCRITERIUM EN VERBOD OP VERTICALE INTEGRATIE

- Verval hinderpaalcriterium

Het voornoemde wetsvoorstel voorziet in het afschaffen van het hinderpaalcriterium omdat hierdoor de verzekeren hun zorg nog selectiever kunnen inkopen. De Chefs de Clinique en de zorgverkopers onderschrijven het probleem van het hinderpaalcriterium. Twee van de drie Chefs de Clinique zijn bekend met het hinderpaalcriterium en weten dat het in het nieuwe wetsvoorstel komt te vervallen. Zij vinden dat het afschaffen van het hinderpaalcriterium afbreuk zal doen aan de vrije arts- of zorgaanbiederkeuze. Verzekerden worden indirect gedwongen om alleen bij de gecontracteerde zorgaanbieders zorg af te nemen. Ze kunnen dus slechts in beperkte mate letten op kwaliteit. Ook beide ondervraagde zorgverkopers zijn onaangenaam verast door de voorgenomen wetswijziging. De zorgverkopers zijn daarentegen erg tevreden met de voorgenomen wetswijziging. Zij zijn van mening dat door de afschaffing van het hinderpaalcriterium, er beter selectief zorg ingekocht kan worden.

- Een mogelijk verbod op verticale integratie

Zoals eerder vastgesteld, wil de wetgever door middel van de wetswijziging voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg gaan aanbieden of verlenen. Als dat zou gebeuren, zou de driehoeksverhouding zoals eerder genoemd, tussen verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder verdwijnen. Zorgverzekeraars die zelf zorg verlenen of aanbieden wordt ook wel verticale integratie genoemd. Het wetsvoorstel bevat een verbod hierop.

Twee van de drie Chefs de Clinique zijn bekend met het begrip verticale integratie. Zij zijn het met de zorgaanbieders eens dat dit onderdeel van de wetswijziging op zijn plaats is. Ze hebben tot op heden alleen nog niets gemerkt van verticale integratie. De zorgverzekeraars zijn minder content met dit verbod. Menzis gaf aan dat de wetswijziging betekent dat zij hun kantoor in de stad Groningen kunnen sluiten.

- Conclusie

De zorgverzekeraars zijn erg blij met de voorgenomen afschaffing van het hinderpaalcriterium, omdat dit hen in staat stelt om selectiever in te kopen. De Chefs de Clinique en de zorgverkopers zijn van mening dat de aangekondigde wetswijziging afbreuk zal doen aan de vrije arts- en zorgaanbiederkeuze. Verder hebben de zorgverzekeraars in de praktijk tot op heden nog weinig gedaan met de mogelijkheid van verticale integratie. De zorgverkopers van de ziekenhuizen hebben er in de onderhandelingen nog weinig van gemerkt. Menzis zei een kantoor te moeten sluiten indien het wetsvoorstel wordt aangenomen. Zij en VGZ zijn tegen dit onderdeel van de voorgenomen wetswijziging.

4.2.4 INVLOED ZORGVERZEKERAAR

- Welke invloed heeft de zorgverzekeraar
Zoals in het voorgaande hoofdstuk naar voren is gekomen, hebben de zorgverzekeraars van de Minister van VWS de opdracht gekregen om de zorg transparant te maken en selectiever in te kopen. Zorgaanbieders hebben besloten om naar de rechter te stappen omdat er naar hun mening sprake is van oneerlijke onderhandelingen door de zorgverzekeraar. De Chefs de Clinique verschillen op dit punt van mening. Zij merken de invloed van de zorgverzekeraars in de zin dat niet alle zorg wordt vergoed en dat er voor sommige behandelingen een lagere vergoeding wordt verstrekt dan voorheen. Als de Chef de Clinique dan weigert de behandeling uit te voeren, komt er voor deze zorg geen contract tot stand. Dit zou kunnen wijzen op invloed van de verzekeraar op de behandelingswijze. In een interview met één Chef de Clinique kwam naar voren dat bij één van de ondervraagde Chefs de Clinique een routinematige controle na een bepaalde handeling door één zorgverzekeraar niet als efficiënt genoeg werd beoordeeld. Op deze manier

worden patiënten tekort gedaan omdat de zorgverzekeraar bepaalt dat zulke, mogelijk belangrijke controles door medici niet meer worden vergoed.

De beide zorgverkopers zijn van mening dat zorgverzekeraars wel degelijk veel invloed hebben op 'het spel' van de zorgcontractering. De zorgverkoper van het UMCG geeft aan dat hij zich, gezien de omvang van het UMCG, wel degelijk kan verzetten tegen deze invloed. Zorgverzekeraars willen namelijk graag een contract met het grootste ziekenhuis in de drie noordelijke provincies. De zorgverkoper van het UMCG liet tijdens het interview een krantenartikel zien dat hij in het Dagblad van het Noorden wilde plaatsen toen een van de zorgverzekeraars het sluiten van een contract onmogelijk maakte en dat er waarschijnlijk geen contract tot stand kon komen. Verder vertelde hij dat er met één verzekeraar er nog steeds geen volledig contract is gesloten over het jaar 2012. Om dit soort problemen te verhelpen, hebben de minister van VWS en patiëntenverenigingen, GGZ, huisartsen, zorgverzekeraars, medisch specialisten en ziekenhuizen een nieuw zorgakkoord gesloten. Dit zorgakkoord stelt onder andere vast dat zorgverzekeraars hun zorgcontracten voor een bepaald jaar bekend moeten maken voor 19 november van het voorafgaande jaar. Dit geeft veel tijdsdruk, waardoor de verzekeraar en de zorgaanbieder worden gedwongen om sneller tot elkaar te komen.

De zorgverkoper is ook van mening dat de zorgcontracten eenzijdig zijn opgesteld en zegt dat het veel moeite kost om zaken te veranderen. Eén zorgverzekeraar stuurt een contract toe en stelt daarbij dat er in principe geen ruimte is voor onderhandelingen. Dit werd bevestigd door de zorgverkoper van het UMCG.

Beide zorginkopers zijn echter van mening dat zij door de overheid gedwongen worden om hun rol op deze wijze te vervullen. Zij moeten zo selectief mogelijk inkopen en moeten transparantie geven, en dus vragen zij aan alle afdelingen cijfers door middel van kwaliteitsindicatoren. Zij zijn beiden van mening dat hen op dit punt geen blaam treft.

- Conclusie

Zorgaanbieders zijn van mening zijn dat zorgverzekeraars een te grote invloed hebben in de zorgcontractering, bij-

voorbeeld door middel van het hanteren van standaard contracten.

4.2.5 INVLOED ZIEKENHUIS

- Welke invloed heeft het UMCG Zorgverkopers handelen in opdracht van de Raad van Bestuur die op zijn beurt adviezen krijgt van het Stafconvent voor het bevorderen van de kwaliteit. Zij voeren de dagelijkse onderhandelingen en mogen door middel van mandaat bindende afspraken maken met zorgverzekeraars.

De Chefs de Clinique zijn ook bevraagd naar de kant van het UMCG in de zorgcontractering. Zij zijn immers de zorgverleners. Uit de interviews blijkt dat de zorgverkopers van het UMCG soms voorafgaand aan onderhandelingen overleggen met de medische staf, bijvoorbeeld naar aanleiding van een verzoek van de zorgverkoper of op verzoek van een Chef de Clinique. Twee van de ondervraagde Chefs de Clinique zeiden dat zij op hun verzoek meer werden betrokken bij de onderhandelingen voor een bepaalde behandeling van hun afdeling. Alle geïnterviewde Chefs de Clinique stelden dat er behoefte is aan overleg met de medische staf.

De zorgverkoper van het UMCG is van mening dat de theorie overeenstemt met de praktijk. Daarnaast gaf hij aan dat de gesprekspartners bij de onderhandelingen wellicht onvoldoende weten van belangrijke kwaliteitsaspecten. Het zijn vooral de medische professionals die deze kennis bezitten, maar zij zijn zelden aanwezig bij de onderhandelingen. De zorgverkoper van het MZH zei dat hij wel de nodige kennis bezit voor de onderhandelingen. Hij gaat altijd voorafgaand aan de bespreking in gesprek met de zorgverleners, meestal de leidinggevenden. Dit verschil is wellicht te wijten aan de verschillen in de arbeidscontracten tussen de zorgverleners en het ziekenhuis. In het MZH zijn niet alle artsen in loondienst. De meesten van hen zijn op basis van een toelatingsovereenkomst werkzaam in het ziekenhuis. Als ondernemer dienen zij zich bedrijfsmatig op de zorgmarkt te profileren. Hoewel de zorgverkoper wel namens het MZH contracten afsluit met zorgverzekeraars, zijn de medisch specialisten meer bedacht op het financiële model achter de zorg. De zorgverkoper van het UMCG beaamt dit. Volgens hem zijn de Chefs de Clinique en andere

zorgverleners zich minder bewust van de kosten achter de zorg dan artsen die niet in loondienst van het ziekenhuis zijn. In de interviews zeiden beide zorgverzekeraars dat ze soms zelf een verzekeringsarts naar de afspraken meenam. Deze artsen zijn in dienst van de zorgverzekeraar en verschaffen de onderhandelaars de nodige medische kennis.

- Conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat huidige rolverdeling binnen het UMCG overeenstemt met de praktijk. Tevens dient te worden opgemerkt dat er volgens de zorgverleners meer afstemming met de Chefs de Clinique moet plaatsvinden.

5 ANALYSE

Zoals eerder in het hoofdstuk 2 en 4 naar voren is gekomen, is er met betrekking tot het praktijkonderzoek gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksobjecten. Te weten: 5 Chef de Clinique's van het UMCG, 2 zorgverkopers van het MZH en UMCG en 2 zorginkopers van zorgverzekeraar Menzis en VGZ. De door het onderzoek verkregen gegevens dienen vervolgens te worden geanalyseerd.

Daarmee wordt er een antwoord gegeven op de analytische deelvraag:

Wat leert ons de vergelijking van de onderzoeksresultaten tussen de theorie, de Chef de Clinique's van het UMCG, de zorgverkopers van het UMCG en MZH en de zorgverzekeraars: Menzis en VGZ?

Ten eerste dient er een vergelijking tussen de onderzoeksgegevens onderling plaats te vinden, vervolgens wordt de theorie vergeleken met de resultaten uit het praktijkonderzoek.

5.1 ANALYSE ONDERZOEKSPUNTEN

Ten eerste worden de onderzoeksresultaten onderling vergeleken, te weten die van de Chef de Clinique's, de zorgverkopers en de zorginkopers.

5.1.1 CHEF DE CLINIQUE'S

Het doel van de Zvw is bij de Chef de Clinique's bekend. De per email ondervraagde Chef de Clinique's (2) hebben hieromtrent geen vragen over ontvangen. De mondeling ondervraagde Chef de Clinique's (3) gaven aan pas recentelijk de wijzigingen in het zorgstelsel in de praktijk te ervaren.

Twee van de drie mondeling ondervraagde Chef de Clinique's waren op de hoogte van de aangekondigde wetswijziging. Zij waren verder alle vijf van mening dat deze wetswijziging afbreuk zal doen aan de vrije arts- of zorgaanbiederskeuze. Zij vinden dat de kwaliteit behouden dient te blijven binnen de zorg. Twee van de drie geïnter-

viewde Chef de Clinique's zijn bekend met het begrip verticale integratie. Deze twee zijn samen van mening dat het verbod op verticale integratie een verbetering van de zorg is. Tot op heden hebben zij alleen geen voor of nadelen ervaren van verticale integratie.

De Chef de Clinique's hebben een verdeelde mening over de invloed van de zorgverzekeraars. Niet alle afdelingen ondervinden die invloed. Drie van de vijf Chef de Clinique's hebben de invloed pas recentelijk ervaren en ondervinden dit als hinderlijk in hun werkzaamheden. Zij merken invloeden uit de zorgverzekeraars doordat bijvoorbeeld niet alle zorg meer wordt vergoed door de zorgverzekeraars of een lagere vergoeding voor een bepaalde behandeling wordt gegeven dan voorheen. Als het ziekenhuis c.q. de Chef de Clinique dan weigert de behandeling voor een lagere vergoeding uit te voeren komt er geen contract tot stand voor deze zorg.

In één interview met een Chef de Clinique kwam naar voren dat bij één verzekeraar een routine matige controle na een bepaalde behandeling ter discussie stond. Deze routinematige controle werd door de zorgverzekeraar als niet efficiënt genoeg beoordeeld en daarom niet meer vergoed. De Chef de Clinique vindt dat deze afschaffing patiënten te kort doet.

Verder gaven twee van de ondervraagde Chefs de Clinique's aan dat zij op hun verzoek meer werden betrokken bij de onderhandelingen van hun afdeling dan voorheen. Door alle geïnterviewde Chef de Clinique's is aangegeven dat er behoefte is aan overleg met de medische staf.

5.1.2 ZORGVERKOPERS

In het praktijkonderzoek schetsten de twee ondervraagde zorgverkopers eenzelfde beeld over de zorgcontractering. Bijvoorbeeld na wijziging in het DBC naar DOT stelsel werd er niet meer gezamenlijk onderhandeld met de zorgaanbieders. Verder gaven de zorgverkopers aan dat zij naast de onderhandelingen via de email sindsdien proberen maandelijks minstens één keer bij elkaar te komen voor onderhandelingen.

Tevens zijn beide zorgverkopers van mening dat het hinderpaal criterium in stand moet blijven en dat het verbod op verticale integratie een goede ontwikkeling is. Ook al merken zij daar in hun dagelijkse praktijk vrijwel niets van. De vragen met betrekking tot de invloed van de zorgverzekeraars is er wel een verschil van mening van de zorgverkopers. De zorgverkopers van het UMCG geeft aan dat hij als UMCG zich wel degelijk kan verzetten tegen deze invloed gezien de omvang van het UMCG. Ook zorgverzekeraars willen graag een contract met het grootste ziekenhuis in de noordelijke provinciën. Het MZH ervaart dit minder, het MZH moet zich wel aan de eisen van de zorgverzekeraar houden. Wel zijn zij beide van mening dat de zorgcontracten eenzijdig zijn opgesteld en dat er met moeite kleine veranderingen kunnen plaatsvinden door middel van onderhandelen.

Tevens merkt de zorgverkopers van het UMCG op dat hij weinig medische kennis bezit tijdens de onderhandelingen en soms hierover contact zoekt met de Chef de Clinique's. De zorgverkopers van het MZH ervaart dit anders. Altijd gaat hij voorafgaand aan de bespreking met de zorgverleners in gesprek, veelal zijn dit leidinggevend. Dit verschil is wellicht te wijten aan de verschillen in de arbeidscontracten tussen de zorgverleners in het ziekenhuis. In het MZH zijn niet alle artsen in loondienst, maar zijn op basis van een toelatingsovereenkomst werkzaam in het ziekenhuis. Als ondernemer dienen zij zich bedrijfsmatig op de zorgmarkt te profileren. Ondanks het feit dat de zorgverkopers wel namens het MZH contracten afsluit met zorgverzekeraars, zijn de medisch specialisten wel meer bedacht op het financiële model achter de zorg.

5.1.3 ZORGINKOPERS VAN DE ZORGVERZEKERAARS

Uit de interviews met de zorginkopers van Menzis en VGZ is gebleken dat zij nog niet selectief genoeg zorg kunnen inkopen. Zorgverzekeraars worden nu hierin gehinderd door het bestaan van het hinderpaal criterium. Zorgverzekeraars dienen nu altijd een grote pot beschikbaar te houden voor hoge declaraties bijvoorbeeld met 'afkickvakanties'. Door middel van afschaffing van het hinderpaal criterium zou de selectieve zorginkoop meer tot stand kunnen komen.

Beide zorgverzekeraars vinden het verbod op verticale integratie geen goede wetswijziging. Maar begrijpen het idee achter deze wetswijziging.

5.2 VERGELIJKING MET DE THEORIE

Nu de vergelijking tussen de onderzoeksobjecten onderling heeft plaats gevonden, worden de verkregen gegevens uit het praktijkonderzoek vergeleken met de verkregen gegevens uit theoretisch onderzoek.

5.2.1 ANALYSE THEORIE EN PRAKTIJK

Uit het theoretisch onderzoek is gebleken dat het doel van de Zvw gereguleerde marktwerking is. Uit het praktijkonderzoek bleek dat deze overeenstemt met de theorie, er wordt tegenwoordig zeer selectief zorg ingekocht bij de verschillende zorgaanbieders. Zij kiezen o.a. op basis van kwaliteit, door middel van aangeleverde kwaliteitsindicatoren van artsen. Het doel van de wet wordt dus in de praktijk uitgevoerd.

Zowel uit theoretische hoofdstuk als uit de interviews met de zorgverzekeraars blijkt dat het huidige hinderpaalcriterium zorgverzekeraars beperkt in de selectieve zorginkoop.

Uit het theoretisch hoofdstuk is naar voren gekomen dat de aangekondigde wetswijziging een verval van het hinderpaal criterium bevat. De Chef de Clinique's en de zorgaanbieders zijn bang dat een verval van het hinderpaal criterium afbreuk doet aan de vrije artsen- of zorgaanbiederskeuze. De zorgverkopers zijn net als Minister Schippers van VWS van mening dat door een afschaffing van het hinderpaal criterium de zorg selectiever kan worden ingekocht. Tevens heeft theorie uitgewezen dat door middel van het wetsvoorstel het voor verzekeraars onmogelijk wordt zelf zorg aan te bieden of te verlenen. Tot op heden wordt met deze mogelijkheid nog weinig gedaan door zorgverzekeraars; de zorgverkopers van de ziekenhuizen hebben er nog weinig van gemerkt tijdens de onderhandelingen. Uit praktijkonderzoek bleek dat Menzis één praktijk moet sluiten indien het wetsvoorstel wordt aangenomen, zij en VGZ vinden dit onderdeel van de voorgenomen wetswijziging spijtig.

Zowel in de theorie als in de praktijk blijkt dat zorgaanbieders van mening zijn dat zorgverzekeraars een te grote invloed hebben in de zorgcontractering. Zoals in de theorie werd onderzocht zijn standaardcontracten van de zorgverzekeraar wel geoorloofd, de zorgaanbieders ervaren dit als teveel macht binnen de zorg.

Als laatste kan er worden geconcludeerd dat de huidige rolverdeling binnen het UMCG overeenstemt met de praktijk. Uit theoretisch onderzoek is gebleken dat de zorgverkopers handelen in opdracht van de Raad van Bestuur die op zijn beurt adviezen krijgen van het Stafconvent ter bevordering van de kwaliteit. De zorgverkopers voeren de dagelijkse onderhandelingen en mogen door middel van mandaat bindende afspraken maken met zorgverzekeraars. Tevens wordt er opgemerkt dat er in de praktijk meer afstemming dient plaats te vinden met de Chef de Clinique's.

5.2.2 UITKOMST ANALYSE

Als de theorie met de praktijk wordt vergeleken kan er worden geconcludeerd dat deze veelal met elkaar overeenstemt. Omdat de Zvw al sinds 2006 van kracht is, heeft de wetgever al menigmaal kansen benut de wetsbepalingen omtrent zorgcontractering aan te passen. Dit komt bijvoorbeeld naar voren in de veranderingen in het DBC en DOT systeem. Zo ontwikkelde de selectieve zorginkoop zich meer door deze aanpassing in de wijze van zorgcontractering. Daarnaast duurde de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders erg lang. In 2013 werd er nog onderhandeld over 2012. Door middel van een zorgakkoord is er bepaald dat verzekeraars verplicht zijn voor 19 november bekend te maken met welke zorgaanbieders zij een contract hebben gesloten voor het komende jaar. Op deze manier is het niet meer mogelijk een uitloop te hebben in de zorgcontractering.

6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden conclusies omschreven die betrekking hebben op de resultaten van zowel het theoretische als het praktijkgerichte onderdeel van dit onderzoek. Daarnaast zullen er aanbevelingen worden gegeven die voortvloeien uit de conclusies.

Het doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te doen aan het stafconvent van het UMCG ter beoordeling van de huidige zorgcontracten met ziektekostenverzekeraars of deze in overeenstemming zijn met de huidige en voorgenomen wet- en regelgeving door middel van het bestuderen van de verschillen tussen de huidige en gewenste situatie op het terrein van de onderhandelingen tussen het UMCG en de zorgverzekeraars, in de wet- en regelgeving, literatuur, jurisprudentie, interne en externe literatuur en deze te vergelijken met de visie van de zorginkopers van VGZ en Menzis, de zorgverkopers van het MZH en het UMCG en de Chef de Clinique's van het UMCG en deze onderling te vergelijken.

De centrale onderzoeksvraag is: In hoeverre zijn de bestaande zorgcontracten in overeenstemming met de huidige en toekomstige wet- en regelgeving?

6.1 CONCLUSIES

Het doel van de nieuwe wetgeving is het creëren van geregleerde marktwerking, waarbij de verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder gelijke spelers zijn. Selectieve zorginkoop en transparantie van zorg zijn de sleutelwoorden voor de huidige zorgmarkt. Art 13 van de Zvw bevat een zorgplicht voor de zorgverzekeraars om voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden en om niet-gecontracteerde zorg te vergoeden. Ten gevolge van reeds aangehaalde jurisprudentie mag de hoogte van de vergoeding geen feitelijke hinderpaal opleveren. Zorgverzekeraars kunnen door deze verplichting tot betaling van 75%-80% niet voldoende selectief zorg inkopen, zij dienen nu een 'forse reserve pot' achter de hand te houden voor deze vergoeding.

Het voorstel tot wetwijziging van artikel 13 houdt onder meer in een verbod op verticale integratie en dat het hinderpaal criterium komt te vervallen.

Uit dit onderzoek is onder meer gebleken dat de zorgcontracten conform de wettelijke kaders zijn. Zorgverzekeraars mogen daarentegen niet vooruit lopen op het wetsvoorstel en dienen tot het wetsvoorstel van kracht is conform het hinderpaal criterium een vergoeding uit te keren. Dit biedt zorgverzekeraars de kans om meer selectief zorg in te kopen.

Verder kan er worden geconcludeerd dat de zorgcontracten vrij eenzijdig worden opgesteld en dat de zorgaanbieders moeite hebben met het sluiten van zorgcontracten. Indien het wetsvoorstel wordt aangenomen zal de wijze van zorgcontractering niet wijzigen. De selectieve zorginkoop aan de kant van de zorgverzekeraar zal daarentegen juist worden versterkt.

Binnen het UMCG is de afdeling zorgverkoop verantwoordelijk voor de zorginkoop. Zij voeren alle onderhandelingsgesprekken en mogen, door middel van mandaat verkregen van de Raad van Bestuur, zelf prijsafspraken maken. De Chef de Clinique's worden weinig in dit proces betrokken, terwijl zij alle medische kennis bezitten. In het onderzoek is naar voren gekomen dat de Chef de Clinique's wel bereid zijn mee te denken in het zorgverkoop traject.

6.2 AANBEVELINGEN

Het doel van de Zvw is in de praktijk bereikt; zorg wordt selectief ingekocht bij zorgaanbieders door zorgverzekeraars. Daarentegen ervaren de zorgverkopers en zorginkopers de zorgcontractering als een moeizaam proces, de contracten komen langzaam tot stand. Een aanbeveling op dit vlak is dat er geen veranderingen hoeven plaats te vinden, de zorg wordt conform de wet gecontracteerd.

Het hinderpaal criterium in de huidige Zvw betekent dat de uitkering van zorgverzekeraars bij niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal mag vormen voor verzekerden. Een aanbeveling is dat er geen veranderingen dienen

plaats te vinden omtrent zorgcontractering, de zorg wordt conform de wet gecontracteerd.

De nieuwe wetgeving bevat het verbod op verticale integratie en afschaffing van het hinderpaal criterium. Op dit gebied wordt aanbevolen vervolg onderzoek te verrichten. Uit het onderzoek is namelijk gebleken dat afschaffing van het hinderpaal criterium in strijd is met de Europese wetgeving, dit dient verder onderzocht te worden. Verder is ook in de voorgaande hoofdstukken naar voren gekomen dat de zorgverleners de afschaffing van het hinderpaal criterium in strijd achten met de vrije artskeuze. Bovendien zal de zorg waarschijnlijk na deze afschaffing nog selectiever worden ingekocht, hierdoor zullen de onderhandelingen waarschijnlijk verder worden bemoeilijkt. Voor het UMCG is het van belang om te onderzoeken of het wetsvoorstel kan worden tegengehouden.

Als gevolg van het intreden van de Zvw heeft de zorgverzekeraar een grote invloed in de zorgcontractering. Standaardcontracten van de zorgverzekeraar zijn desondanks geoorloofd. Zorgaanbieders ervaren dit wel als teveel macht binnen de zorg. Een aanbeveling op dit vlak is dat er geen veranderingen dienen plaats te vinden omtrent zorgcontractering, want de huidige rol van zorgverzekeraars binnen zorgcontractering is conform de wet. Zorgverkopers binnen het UMCG zijn bevoegd bindende contracten af te sluiten met de zorgverzekeraars. Echter missen zij medische kennis tijdens de onderhandelingen. De Chef de Clinique's zijn bereid mee te werken binnen het UMCG aan de zorgverkoop. Aanbevolen wordt de visie van de medische staf mee te nemen in de onderhandelingen. Het stafconvent dient deze mogelijke invloed van de medische staf in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars meenemen binnen de interne vergadering van het orgaan.