

Onbeheersbare kostenstijging dreigt in de zorg

Wynand van de Ven

Zorgverzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van zorg en sluiten hierover contracten af. Maar voor niet-gecontracteerde zorg moeten verzekeraars hun verzekerden een vergoeding geven die niet zo laag mag zijn dat die hen verhindert van die zorg gebruik te maken. Zorgverzekeraars moeten daarom hoge declaraties voor niet-gecontracteerde zorg vrijwel geheel vergoeden. Dus waarom zouden zorgaanbieders lastige onderhandelingen voeren met verzekeraars als zij zonder contract zelf de prijs vaststellen en niet bang hoeven te zijn dat hun omzet fors daalt? Hierdoor dreigt een onbeheersbare kostenstijging in de zorg. Voor dit politiek gevoelige dossier moet snel een oplossing.

1 Inleiding

Zorgverzekeraars kopen zorg in namens hun verzekerden. Zij onderhandelen met de zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van zorg. Indien zij het niet met elkaar eens worden, is de uiterste consequentie dat er geen contract tot stand komt. Omdat verzekeraars voor verzekerden met een naturapolis –circa 80 procent van de bevolking (NZa 2016)– voldoende zorg moeten inkopen, zullen zij niet op grote schaal gebruik maken van dit ultimatum remedium. Niettemin kan het selectief niet-contracteren van 5 of 10 procent van de zorgaanbieders effectief zijn, omdat zorgaanbieders dan onzeker zijn van een contract. Selectief contracteren is geen doel op zich, maar een instrument om tot betere zorguitkomsten te komen. Door de kosten van niet-gecontracteerde zorg niet volledig te vergoeden, beoogt een verzekeraar zijn verzekerden te stimuleren in de regel gebruik te maken van gecontracteerde aanbieders met wie afspraken zijn gemaakt over prijs, omzet en kwaliteit.¹

Vanwege het hoge percentage verzekerden met een naturapolis zou men verwachten dat zorgaanbieders tot het uiterste zullen gaan om contracten met verzekeraars te sluiten, omdat zij anders forse omzet mislopen. Dit laatste is echter nauwelijks het geval. Op basis van een uitspraak van de Hoge Raad (2014) moeten verzekeraars voor niet-gecontracteerde zorg een vergoeding geven die niet zo laag mag zijn dat die voor hun verzekerden een feitelijke hinderpaal vormt om gebruik te maken van niet-gecontracteerde aanbieders.² Dus waarom zouden zorgaanbieders lastige

¹ Voor een theoretisch model van een concurrerende markt met toepassing in de zorgsector zie bijvoorbeeld Capps et al. (2003).

² Deze uitspraak van de Hoge Raad ging lijnrecht tegen het advies en de conclusie van de Procureur Generaal (2014).

onderhandelingen voeren met verzekeraars als zij zonder contract zelf de prijs vaststellen en niet bang hoeven te zijn dat hun omzet fors daalt? Deze vraag wordt des te prangender naarmate de verzekeraars scherper gaan onderhandelen en naarmate de mogelijke voordelen van 'geen contract' meer bekendheid krijgen onder de zorgaanbieders.

Met het 'hinderpaalcriterium' heeft de wetgever de verzekeraars een krachtig instrument voor zorginkoop ontnomen. Hierdoor dreigen de zorgkosten uit de hand te lopen. De eerste signalen hiervan zien we al bij de wijkverpleging. In april 2017 luidde verzekeraar Zilveren Kruis de noodklok over de explosieve kostenstijging van niet-gecontracteerde wijkverpleging (Wester 2017). De verzekeraar zag de omzetten daar meer dan verdubbelen binnen een halfjaar. Bij deze niet-gecontracteerde wijkverpleegkundigen waren de indicaties van benodigde zorg aanmerkelijk hoger en de patiënten gemiddeld tien jaar jonger dan bij wel-gecontracteerde wijkverpleegkundigen. Volgens de verzekeraar is dat niet logisch en zitten er voor een deel malafide partijen en criminelen achter (Wester 2017). Omdat verpleegkundigen zelf de indicatie vaststellen en de verzekeraar het goed moet motiveren als hij de indicatie niet volgt, is het zeer lastig voor verzekeraars om het genereren van kunstmatige omzet door niet-gecontracteerde zorgaanbieders tegen te gaan. Verzekeraars staan vrijwel machteloos tegenover kwaadwillende kosten- en winst-opdrijvende niet-gecontracteerde zorgondernemers.

In dit artikel zal eerst worden ingegaan op de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (paragraaf 2) en op diverse pogingen van zorgverzekeraars om het gebruik van niet-gecontracteerde zorg te ontmoedigen (paragraaf 3). Vervolgens wordt ingegaan op het in de discussie veel gehanteerde argument van de vrije artskeuze (paragraaf 4) en wordt aangegeven dat het handhaven van het hinderpaalcriterium vooral in het belang is van de zorgaanbieders (paragraaf 5). De conclusie luidt dat het hinderpaalcriterium de zorgverzekeraars ernstig belemmert in hun zorginkoop en daarmee het goed functioneren van het zorgstelsel belemmert. Voor dit politiek gevoelige dossier moet snel een oplossing komen.

2 Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Een cruciale vraag is welke korting op de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wel of geen hinderpaal oplevert. De wetgever heeft zich hier niet over uitgelaten, maar heeft dit aan de rechter overgelaten. Hoewel zorgaanbieders de laatste jaren tenminste tien rechtszaken over vermeende te lage vergoedingen hebben aangespannen, bestaat nog steeds grote onduidelijkheid. Op basis van een uitspraak van de Hoge Raad (2014) houden de rechters als uitgangspunt aan dat een vergoeding van 75–80 procent van het marktconforme tarief kan worden beschouwd als een breed gedragen praktijknorm voor een vergoeding die geen feitelijke hinderpaal oplevert. Deze jurisprudentie leidt tot merkwaardige uitspraken van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, waarbij in het ene geval bij een vergoeding van het 'marktconform tarief minus 51 euro' sprake is van een hinderpaal, maar in een ander geval bij een vergoeding van het

‘marktconform tarief minus 1854 euro’ géén sprake is van een hinderpaal. De reden is dat in de eerste casus de vergoeding 53% van het marktconform tarief bedroeg³, en in de tweede casus 79 procent.⁴ Voorts is onduidelijk wat de Hoge Raad onder marktconform tarief verstaat. In de praktijk worden verschillende definities gehanteerd wat tot verwarring en onduidelijkheid leidt, zoals blijkt uit bijvoorbeeld uitspraken van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (www.skgz.nl).

Hoewel de rechterlijke uitspraken tot nu toe betrekking hebben gehad op vergoedingspercentages (omdat de vorderingen zo geformuleerd waren), erkennen rechters in hun overwegingen dat een percentage als norm veel te grofmazig is. Zo hebben de Rechtbank Zeeland-West Brabant (2013) en het Gerechtshof 's-Hertogenbosch (2013) in hun overwegingen gesteld dat 500 euro al als een hinderpaal zou kunnen worden beschouwd. Hierbij werd overigens niet gespecificeerd of het ging om een bedrag per zorgaanbieder, per behandeling of per jaar. Het zou een interessante casus zijn indien een alleenstaande bijstandsvader met vier kinderen aan de rechter zou voorleggen dat een vergoeding van 98 procent van een rekening van 30.000 euro voor niet-gecontracteerde zorg voor hem een hinderpaal vormt en dat hij daarom een vergoeding van 99 procent van de verzekeraar eist. Gegeven bovengenoemde overwegingen van rechters is het niet onwaarschijnlijk dat de rechter hem in het gelijk stelt. Omdat per aangeboden zorgpolis de polisvoorwaarden voor iedereen gelijk moeten zijn, zou dit betekenen dat verzekeraars hoge declaraties voor niet-gecontracteerde zorg vrijwel geheel moeten vergoeden. Dit kan bij vrije vestiging van zorgaanbieders en vrije prijsvorming tot een ongekende kostenexplosie leiden.

3 Ontmoedigen niet-gecontracteerde zorg

Verzekeraars hebben de afgelopen jaren op ten minste drie manieren geprobeerd om het gebruik van niet-gecontracteerde zorg te ontmoedigen. Via juridische procedures hebben niet-gecontracteerde zorgaanbieders zich succesvol hiertegen verzet.

Ten eerste namen verzekeraars in hun polisvoorwaarden op dat de kosten van niet-gecontracteerde zorg tot maximaal 75–80 procent van het marktconforme tarief worden vergoed. Een aantal grote niet-gecontracteerde instellingen voor specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) stuurden voor de overige kosten geen rekening naar hun patiënten. Kennelijk waren de vergoedingen van de verzekeraars voldoende om hun kosten te dekken, bijvoorbeeld omdat zij een laag kostenniveau hadden vanwege behandeling in Zuid Afrika waar de kosten veel lager zijn dan in Nederland, en/of omdat hun patiënten een minder intensieve behandeling vereisen dan de gemiddelde patiënt binnen dezelfde ‘productomschrijving’, gedefinieerd door de zogenaamde diagnose-

³ Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Anoniem bindend advies zaaknummer 201301771, zittingsdatum 2 april 2014 (zie www.skgz.nl; www.kpzv.nl).

⁴ Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Anoniem bindend advies zaaknummer 201601963, zittingsdatum 22 februari 2017 (zie www.skgz.nl; www.kpzv.nl).

behandel-combinaties (DBC). Voor de verzekerden was er zodoende geen onderscheid tussen wel- en niet-gecontracteerde GGZ-aanbieders. Omdat de kosten van specialistische GGZ een explosieve groei vertoonden, verlaagden een aantal verzekeraars de vergoeding voor niet-gecontracteerde GGZ-zorg tot 50–60 procent van het marktconforme tarief. De verzekeraars beriepen zich hierbij op afspraken over kostenbeheersing die zij met de regering hadden gemaakt. In diverse rechtszaken die GGZ-instellingen hebben aangespannen, zijn de verzekeraars door de rechters teruggefloten. Volgens de rechter waren de verlagingen een feitelijke hinderpaal voor het gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg –wat natuurlijk ook de bedoeling van de verzekeraars was– en daarom waren de verlagingen in strijd met de bedoeling van de wetgever. Alle verlagingen moesten worden teruggedraaid (zie bijvoorbeeld Hoge Raad 2014).

Ten tweede hebben een aantal verzekeraars in hun polisvoorwaarden een zogeheten cessieverbod opgenomen. Dit houdt in dat de verzekerde zijn vordering op de verzekeraar niet mag/kan overdragen aan derden. Volgens de polisvoorwaarden keert een verzekeraar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg uit aan de verzekerde, die zelf de zorgverlener betaalt. Vanwege het forse incassorisico vragen veel niet-gecontracteerde aanbieders hun patiënten een akte van cessie te tekenen, waarmee de verzekerde zijn vordering op de verzekeraar overdraagt aan de zorgaanbieder. Deze declareert dan rechtstreeks bij de verzekeraar en de verzekeraar betaalt de zorgaanbieder rechtstreeks. Zonder een akte van cessie bestaat er een duidelijke drempel voor niet-gecontracteerde zorg, zowel aan de aanbod- als de vraagzijde. Het cessieverbod lijkt echter ineffectief geworden als gevolg van rechterlijke uitspraken. Op basis van een belangenafweging beoordeelde de Rechtbank Gelderland (2015) het cessieverbod als onrechtmatig omdat het voordeel voor de verzekeraar niet opwoog tegen het nadeel voor de patiënten en de betreffende zorgaanbieder. De Rechtbank Midden-Nederland (2015) oordeelde dat de vorderingen, ondanks het cessieverbod in de polisvoorwaarden, rechtsgeldig door de verzekerden waren overgedragen aan de zorgaanbieder. In een recent kort geding wees de Rechtbank Midden-Nederland (2017) de vordering van een zorgaanbieder af om ondanks een cessieverbod rechtstreeks bij de verzekeraar te mogen declareren. Maar dit betrof een specifieke casus waarbij de verzekeraar een fraudeonderzoek had gestart naar de declaraties van de betreffende zorgaanbieder en de zorgaanbieder had erkend dat er foute declaraties hadden plaatsgevonden. De voorzieningenrechter was van oordeel dat in dit geval het belang van de verzekeraar om (via de verzekerden) de declaraties op rechtmatigheid te kunnen controleren voordat hij tot betaling daarvan overgaat, zwaarder moet wegen dan het belang van de zorgaanbieder om rechtstreeks bij de verzekeraar te kunnen declareren.

Ten derde hebben een aantal verzekeraars in hun polisvoorwaarden opgenomen dat verzekerden voor niet-gecontracteerde zorg een voorafgaande machtiging van de verzekeraar nodig hebben. Dit machtigingsvereiste biedt verzekeraars de mogelijkheid om de doelmatigheid van de zorg te toetsen door vooraf te beoordelen of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende zorg. Voor gecontracteerde zorg hoeven de verzekerden geen machtiging aan te vragen omdat de verzekeraars met de

gecontracteerde zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt over een doelmatige zorgverlening, en het afgeven van machtigingen aan hen hebben gemandateerd. In een kort geding betwistte een grote niet-gecontracteerde revalidatiekliniek de vele afwijzingen van de machtigingsaanvragen van zijn patiënten. In alle gevallen had de behandelende arts een indicatie voor medisch specialistische revalidatiezorg vastgesteld. De kliniek stelde dat de verzekeraars het machtigingsvereiste gebruikten met het doel om de toegang tot niet-gecontracteerde aanbieders zo moeilijk mogelijk te maken, en dat zij daarom misbruik en oneigenlijk gebruik maakten van het machtigingsvereiste. De Rechtbank Zeeland-West Brabant (2017) bepaalde dat de verzekeraars de machtigingsaanvragen van de drie verzekerden die aan de rechter waren voorgelegd, opnieuw moesten beoordelen omdat de motivatie voor afwijzing onvoldoende was. Volgens de rechter is de verzekeraar weliswaar niet gehouden om 'blind te varen' op het oordeel van de behandelende arts, maar mag de verzekeraar niet op de stoel van de arts gaan zitten. De verzekeraar moet het oordeel van de arts dat er een indicatie voor een bepaalde behandeling bestaat als uitgangspunt nemen, en het goed motiveren als hij de indicatie van de arts niet volgt. Na deze uitspraak is onduidelijk in hoeverre verzekeraars het machtigingsvereiste kunnen gebruiken om de doelmatigheid van niet-gecontracteerde zorg vooraf te toetsen en hierdoor een onbeheersbare kostenstijging van niet-gecontracteerde zorg tegen te gaan. De rechter erkende weliswaar de wettelijke taak van zorgverzekeraars om de doelmatigheid van zorg te toetsen, maar stelde tevens dat een gewetensvolle uitvoering van de doelmatigheidstoets schuurt tegen het oordeel van de arts en frictieproblemen geeft. Nieuwe rechtszaken zullen ongetwijfeld volgen.

De conclusie is dat verzekeraars als gevolg van rechterlijke uitspraken onvoldoende in staat zijn een ongebreidelde kostengroei van niet-gecontracteerde zorg tegen te gaan. Om hen wel hiertoe in staat te stellen is het nodig dat zij voor niet-gecontracteerde zorg een voldoende lage vergoeding mogen vaststellen die juist wel een hinderpaal voor het gebruik van niet-gecontracteerde zorg vormt.

4 Vrije artsenkeuze

In de discussie over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg speelt de vrije artsenkeuze een belangrijke rol. Deze discussie speelde al tijdens de parlementaire behandeling van de Zorgverzekeringswet in 2005. Met deze wet werd het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier opgeheven, en kregen de zorgverzekeraars de mogelijkheid om voor alle zorgvormen selectief met aanbieders te contracteren. Dit laatste werd gezien als een krachtig instrument om de concurrentie tussen zorgaanbieders te stimuleren en daardoor de prijs-kwaliteitverhouding in de zorg te verbeteren. Ook werd de mogelijkheid geboden om zowel natura- als restitutiepólissen aan te bieden. Bij een naturapolis, zoals voorheen in het ziekenfonds, hebben de verzekerden aanspraak op zorg en moeten zij zich daarvoor wenden tot gecontracteerde aanbieders, die door de verzekeraar rechtstreeks en volledig worden vergoed. Bij een restitutiepólis, zoals voorheen bij de particuliere verzekeringen, hebben de verzekerden aanspraak op

restitutie van gemaakte kosten en worden –afgezien van het eigen risico– de gedeclareerde kosten van alle zorgaanbieders volledig aan de verzekerde vergoed, tot maximaal het marktconforme tarief. Bij de behandeling van het wetsvoorstel voor de Zorgverzekeringswet bestond bij een aantal politieke partijen de vrees dat de premie voor een restitutiepolis met vrije artsenkeuze veel hoger zou worden dan de premie voor een naturapolis met keuze uit een beperkt zorgaanbod. Men wilde voorkomen dat de voormalige tweedeling tussen ziekenfonds en particulier zou worden vervangen door een tweedeling tussen een ‘armeluispolis’ en een ‘rijkeluispolis’, waarbij een vrije artsenkeuze alleen zou zijn weggelegd voor de rijkelui (Eerste Kamer, 2005). Besloten werd dat de zorgverzekeraars zelf de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg mogen vaststellen, maar dat die vergoeding niet zo laag mag zijn dat die een feitelijke hinderpaal vormt voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg.

Tien jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet kan met de kennis van nu worden gesteld dat de vrees voor een nieuwe tweedeling ongegrond is geweest. De gemiddelde premie voor de meest gangbare naturapolis en die voor een restitutiepolis zijn al jaren ongeveer gelijk (NZa 2016), en voor de meest gangbare naturapolissen contracteren de verzekeraars ruim 95 procent van het zorgaanbod (Tweede Kamer 2015). Dit biedt de verzekerden met zo’n naturapolis een zeer ruime keuze van zorgaanbieders. Daarnaast hadden in 2016 circa 1,5 miljoen mensen een zogenaamde budgetpolis met een beperkt gecontracteerd zorgaanbod (NZa 2017). Voor deze polissen stellen verzekeraars vaak aanvullende kwaliteitscriteria bij de inkoop van zorg. Hoewel budgetpolissen in 2016 gemiddeld 91 euro goedkoper waren dan de overige polissen⁵ (NZa 2017), kan de budgetpolis zeker niet gekenmerkt worden als een armeluispolis. Binnen de groep van bijstandsgerechtigden, arbeidsongeschikten of mensen met een laag inkomen ligt het percentage mensen met een budgetpolis lager dan landelijk gemiddeld (NZa 2016). Voorts was de kwaliteit bij budgetpolissen niet minder dan bij andere polissen (NZa 2017).

Enkele jaren geleden heeft de regering een wetsvoorstel ingediend om het hinderpaalcriterium op te heffen. Verzekeraars zouden dan de mogelijkheid krijgen om naast de bestaande zorgpolissen ook polissen aan te bieden waarbij de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zo laag mag zijn dat die wel een hinderpaal vormt voor de verzekerden om naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders te gaan. Nadat de Tweede Kamer het wetsvoorstel had aanvaard, heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel in december 2014 echter onverwacht verworpen. Dit leidde tot een bijna-kabinetscrisis.

De verworping door de Eerste Kamer volgde op een uiterst effectieve lobby-campagne van de zorgaanbieders. Als bezwaar tegen het wetsvoorstel hadden zij aangevoerd dat hierdoor de patiënt geen vrije artsenkeuze meer zou hebben. Vooral de vereniging VvAA, oorspronkelijk de ‘Vereniging van Artsen Automobilisten’ maar nu een belangenhartiger van meer dan 100.000 zorgaanbieders, heeft dit argument krachtig in de publiciteit gebracht.

⁵ Het is niet bekend in hoeverre de lagere premie van budgetpolissen het gevolg is van grotere doelmatigheid of van risicoselectie (zie bijvoorbeeld Bijlsma et al. 2014).

Het argument van de vrije artsenkeuze was echter een oneigenlijk argument. Het wetsvoorstel beoogde juist de burgers bij het kiezen van een zorgpolis een extra keuzemogelijkheid te geven, naast alle bestaande polissen. Mensen zouden dan ook kunnen kiezen voor een goedkopere polis die geen ondoelmatige niet-gecontracteerde zorg vergoedt. Wie een volledig vrije artsenkeuze wil, behoudt de vrijheid een restitutiepolis met een volledig vrije artsenkeuze te kiezen. Voorts hebben de verzekeraars een zogenaamde zorgplicht. Bij een naturapolis houdt dit in dat een verzekeraar voldoende aanbieders moet contracteren op redelijk afstand van de verzekerden. Bij de zorginkoop moet de verzekeraar de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid een belangrijke rol laten spelen en borgen dat zorgaanbieders op deze aspecten aan de gewenste niveaus voldoen (NZa 2014). Naarmate een zorgverzekeraar een groter marktaandeel in een regio heeft, betekent dit in de regel dus een ruimere artsenkeuze. Ook heeft de verzekerde jaarlijks een vrije poliskeuze. Als een favoriete aanbieder niet gecontracteerd is voor zorgpolis A maar wel voor zorgpolis B, C, en D biedt de vrije poliskeuze toegang tot de favoriete aanbieder. Ten slotte kan een eventuele tweedeling worden voorkomen door aanpassing van de zorgtoeslag zodat een restitutiepolis voor iedereen betaalbaar is (Eerste Kamer 2005).

5 Welbegrepen eigenbelang

Hoe kan het dat het niet-valide argument van het 'einde van de vrije artsenkeuze' een zo bepalende rol gespeeld heeft in het publieke en politieke debat? Dit laat zich goed verklaren vanuit het welbegrepen eigenbelang van zorgaanbieders, gecombineerd met een effectieve lobby- en mediacampagne. Zorgaanbieders hebben een groot zakelijk belang bij een zo hoog mogelijke minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, en dus bij het verwerpen van het wetsvoorstel. Als het wetsvoorstel zou zijn aangenomen, zou hun onderhandelingspositie met de verzekeraars zijn verzwakt. De verklaring van 'welbegrepen eigenbelang' wordt ondersteund door het niet-principiële karakter van de opvattingen van artsen over vrije artsenkeuze. Ten eerste kan gewezen worden op de marktverdelingsafspraken van de huisartsen in de jaren 1990, die in 2001 door de Nederlandse Mededingingsautoriteit werden verboden (NMa 2001). Zo was het bij huisartsen in grote steden gebruikelijk om de markt geografisch te verdelen naar postcode (Schut en Van de Ven 2000a en 2000b). Die marktverdelingsafspraken leidden tot een toenemend aantal klachten van patiënten die problemen ondervonden als zij van huisarts wilden veranderen en gebruik wilden maken van een vrije artsenkeuze (ZN Journaal 1999). Ten tweede kan gewezen worden op het hoge prijskaartje van een 'volledig vrije artsenkeuze' dat in Nederland bestond tot in de jaren 1990. Bijvoorbeeld, wie in een academisch ziekenhuis door de professor en niet door een (co-)assistent behandeld wilde worden, moest als eersteklaspatiënt een veelvoud (tot het tienvoudige) van het ziekenfondstarief betalen voor het honorarium van de arts. Ten derde bleek in het begin van de vorige eeuw de opvatting over vrije artsenkeuze nogal selectief omdat de vrije artsenkeuze niet gold voor de mensen die op basis van de Armenwet door de gemeente georganiseerde basiszorg ontvingen (Van der Velden 1993, p. 194; Godefroi 1963, p. 46).

Artsen hadden er toen weinig moeite mee om toe te geven dat de vrije artsenkeuze niet zozeer ten behoeve van de patiënten werd geëist, maar ter voorkoming van concurrentie om de ziekenfondscontracten (Van der Velden 1993, p. 69).

Wie de krantenberichten van de laatste jaren erop naslaat, kan zich niet aan de indruk onttrekken dat het verzet tegen het opheffen van het hinderpaalcriterium vooral komt van de kant van de zorgaanbieders, en niet zozeer van de kant van de burgers. Een vergelijkbaar verzet van artsen tegen selectieve zorginkoop door verzekeraars en tegen hun bemoeienis met de medische praktijkvoering komt ook voor in andere landen.⁶ Vooral de VvAA heeft in het publieke debat een leidende rol gespeeld, en heeft in zijn lobby- en mediacampagne een onjuiste voorstelling van zaken gegeven en ten onrechte angst gezaaid bij de bevolking.⁷ Hierdoor heeft het niet-valide argument van het 'einde van de vrije artsenkeuze' een bepalende rol gespeeld in het publieke en politieke debat over het opheffen van het hinderpaalcriterium. De krachtige VvAA-lobby laat zich goed verklaren vanuit het welbegrepen eigenbelang van zorgaanbieders. Een zwakke zorginkoper is immers in hun belang. Zonder contract met een verzekeraar kunnen zorgaanbieders zelf de prijs vaststellen en hoeven zij niet bang te zijn dat hun omzet fors daalt. Zorgaanbieders hebben een groot zakelijk belang bij een zo hoog mogelijke minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, en dus bij het verwerpen van het wetsvoorstel.

⁶ In de Verenigde Staten was sinds eind jaren 1970 sprake van een sterke toename van 'managed care' (onder andere selectief contracteren) door verzekeraars. Vooral enkele voorbeelden van zeer stringente 'managed care' hebben in de Verenigde Staten midden jaren 90 geleid tot een grote weerstand tegen managed care. Er zijn aanwijzingen dat deze managed care backlash vooral komt van de kant van de artsen, en minder van de consumenten (Duijmelinck en Van de Ven 2015). Deze aanwijzingen worden ondersteund door de bevinding dat het percentage mensen met een 'zorgpolis met een beperkt netwerk gecontracteerde zorgaanbieders' in de jaren 90 voortdurend is toegenomen. In veel staten in de Verenigde Staten is, onder druk van artsenorganisaties, selectief contracteren door verzekeraars wettelijk aan banden gelegd. In enkele Europese landen waar, net als Nederland, wel concurrentie tussen verzekeraars bestaat (Duitsland, Zwitserland, België), is selectief contracteren door verzekeraars grotendeels niet mogelijk. Ook hier hebben artsenorganisaties belangrijke invloed gehad op het tegenhouden van wetgeving om selectief contracteren mogelijk te maken (Duijmelinck en Van de Ven, 2015). Hoewel verzekeraars in Nederland selectieve zorginkoop nog slechts mondjesmaat toepassen, lijkt in Nederland sprake van een 'managed care backlash even before we have managed care'.

⁷ In een brief aan de Tweede kamer (15 april 2014) schrijft de VvAA ten onrechte "dat een fundamenteel recht van de Nederlandse burger wordt aangetast. Namelijk het recht om te allen tijde zijn of haar eigen zorgverlener te kunnen kiezen. Dat recht is vastgelegd in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet." Deze stelling van de VvAA is onjuist omdat in artikel 13 geen sprake is van zo'n 'fundamenteel recht'. Vervolgens wordt in de brief een onjuiste weergave gegeven van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Ook in het (in december 2014) op de VvAA-website geplaatste 'Manifest voor een vrije artsenkeuze' van het 'Comité vrije artsenkeuze' (zie www.VvAA.nl/manifest) wordt een onjuiste voorstelling van zaken gegeven en wordt ten onrechte angst gezaaid bij de bevolking. Het manifest stelde ten onrechte dat de voorgenomen wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet zou leiden tot een 'schending van democratische grondbeginselen' en een 'historische aantasting van een fundamenteel recht om een eigen arts te kiezen'; en dat 'de vrije toegankelijkheid van de zorg rechtstreeks wordt bedreigd en daarmee ook de kwaliteit van zorg'. Noch in de brief noch in het manifest werd vermeld dat in werkelijkheid de voorgestelde wetswijziging beoogde het bestaande aantal typen zorgpolissen uit te breiden, en daardoor de burgers een *extra* polis-mogelijkheid te geven bij het kiezen van een zorgpolis, *naast* alle bestaande mogelijke zorgpolissen. In tegenstelling tot wat de VvAA suggereert zou door de voorgestelde wetswijziging de burger nergens toe verplicht worden en zou er geen enkel bestaand recht aan de burger worden ontnomen.

De uiterst effectieve lobby-campagne van de zorgaanbieders was diep doorgedrongen tot in de Eerste Kamer. Zo was Guusje ter Horst, een van de drie dissidente PvdA-senatoren die tegen het wetsvoorstel 'opheffing hinderpaalcriterium' stemden, kort daarvoor benoemd tot voorzitter van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, een beroepsgroep die bij uitstek belang heeft bij het voortbestaan van het hinderpaalcriterium. In een interview voorafgaand aan haar benoeming had zij verklaard dat zij de hoogste prioriteit zou geven aan de belangenbehartiging van fysiotherapeuten en dat zij daarbij haar netwerk als lid van de Eerste Kamer en als voormalig minister goed kan gebruiken (KNGF 2014).

6 Conclusie: het hinderpaalcriterium moet van tafel

“Contractering is het krachtigste instrument dat verzekeraars hebben om de doelmatigheid, kwaliteit en kostenbeheersing te bevorderen” aldus minister Schippers (2017). Een voorwaarde is wel dat verzekeraars hun verzekerden voldoende kunnen stimuleren in de regel gebruik te maken van de gecontracteerde zorgaanbieders met wie goede afspraken zijn gemaakt over prijs, omzet en kwaliteit. Aan deze voorwaarde is thans niet voldaan. Voor niet-gecontracteerde zorg moeten verzekeraars hun verzekerden een vergoeding geven die niet zo laag mag zijn dat die hen verhindert van die zorg gebruik te maken (het zogenaamde 'hinderpaalcriterium'). Zorgverzekeraars moeten daarom hoge declaraties voor niet-gecontracteerde zorg vrijwel geheel vergoeden.

Diverse pogingen van zorgverzekeraars om het gebruik van niet-gecontracteerde zorg te ontmoedigen zijn succesvol door zorgaanbieders juridisch aangevochten. Als gevolg hiervan zijn zorgverzekeraars onvoldoende in staat een ongebreidelde kostengroei van niet-gecontracteerde zorg tegen te gaan. Het wetsvoorstel dat de regering enkele jaren geleden had ingediend om het hinderpaalcriterium op te heffen, is na een krachtige lobbycampagne van de zorgaanbieders door de Eerste Kamer verworpen. Als bezwaar tegen het wetsvoorstel hadden zorgaanbieders aangevoerd dat hierdoor de patiënt geen vrije artskeuze meer zou hebben. Dit was echter een oneigenlijk argument.

De krachtige lobby van de zorgaanbieders tegen het opheffen van het hinderpaalcriterium laat zich goed verklaren vanuit het welbegrepen eigenbelang van zorgaanbieders. Een zwakke zorginkoper is immers in hun belang. Maar een hoge minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg belemmert verzekeraars ernstig in hun zorginkoop en belemmert daarmee het goed functioneren van het zorgstelsel. De overgang van de rol van zorginkoper van de overheid naar de zorgverzekeraar vormt immers de kern van de stelselwijziging van de afgelopen 25 jaar. Voor het goed functioneren van het zorgstelsel moet de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zo laag kunnen zijn dat de verzekerden voldoende geprikkeld worden om in de regel geen gebruik te maken van niet-gecontracteerde aanbieders. Dit betekent dat het hinderpaalcriterium van tafel moet.

Als dit politiek gevoelige dossier niet snel tot een oplossing wordt gebracht, is de kans groot dat we worden geconfronteerd met een onbeheersbare kostenstijging in de zorg. De overheid heeft geen andere instrumenten voor kostenbeheersing dan pakketverkleining en verhoging van de eigen betalingen. Beide zijn zeer impopulair. Het opleggen van een macrobudget door gebruik te maken van het macrobeheersinstrument (MBI), al dan niet alleen voor niet-gecontracteerde zorg, biedt weinig perspectief omdat het juridisch risicovol en kwetsbaar is en omdat het de prijsconcurrentie tussen zorgaanbieders verstoort (Van der Geest et al. 2017; Schut et al. 2011). Tot nu toe heeft de regering de daadwerkelijke inzet van het MBI weten te voorkomen. De dreiging lijkt dus redelijk gewerkt te hebben. Dit heeft ertoe bijgedragen dat zorgaanbieders en verzekeraars bereid waren tot het sluiten van hoofdlijnenakkoorden om de kosten te beheersen. Maar terecht stelt Schut de vraag hoe effectief het MBI als dreigmiddel blijft als het niet wordt ingezet (Keyzer 2017). Ook is van belang dat de rechter rond de eeuwwisseling het macrobudget heeft lek geschoten (Van de Ven 2015). De enige realistische oplossing om een onbeheersbare kostenstijging in de zorg tegen te gaan, is het opheffen van het hinderpaalcriterium. Hiervoor is nodig dat een meerderheid van de volksvertegenwoordigers meer waarde hecht aan het belang dat de premiebetalende burger heeft bij betaalbare en doelmatige zorg dan aan het belang dat zorgaanbieders hebben bij een zwakke zorginkoper.

Auteur

Wynand P.M.M. van de Ven (vandeven@eshpm.eur.nl) is emeritus hoogleraar Sociale Ziektekostenverzekering aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

De auteur bedankt Richard van Kleef, Erik Schut, Marco Varkevisser en twee anonieme referenten voor commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- Bijlsma, M., J. Boone, en G. Zwart, 2014, Competition leverage: how the demand side affects optimal risk adjustment, *RAND Journal of Economics*, vol. 45(4): 792-815.
- Capps, C., D. Dranove, en M. Satterthwaite, Competition and market power in option demand markets, *RAND Journal of Economics*, vol. 34(4): 737-763.
- Duijmelinck, D.D. en W.P.M.M. van de Ven, 2015, Hoge vergoeding niet-gecontracteerde zorg belemmert zorginkoop, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 100(4717): 532-534.
- Eerste Kamer, 2005, 27^{ste} vergadering. Zorgverzekeringswetten. Den Haag Eerste Kamer.
- Geest, S. van der, J. Rijken, E. Schut en M. Varkevisser, 2017, Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget. *iBMG-rapport, Erasmus Universiteit Rotterdam*.
- Gerechtshof 's-Hertogenbosch, 2013, uitspraak 9 juli 2013, ECLI:NL:GHSHE:2013:2971.
- Godefroi, L.S., 1963, *Het ziekenfondswezen in Nederland; ontwikkelingen en perspectieven*, Geschriften van de Prof. Mr. B.M. Teldersstichting 10, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage.
- Hoge Raad, 2014, arrest 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646.

- Keyzer, 2017, Voordat de bom valt: 5 vragen aan zorgeconoom Erik Schut over het macrobeheersinstrument, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG)*, vol. 161(36): C3613 8-9.
- KNGF, 2014, Kandidaat-voorzitter Guusje ter Horst: Waarom wil je voorzitter worden van onze vereniging? Interview geüpload op youtube door KNGF op 1 oktober 2014. (bezoekt op 17 mei 2017). <https://www.youtube.com/watch?v=Yqq1YRK8pdg>
- NMa, 2001, Besluit Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) 11 april 2001, zaak 537 (Landelijke Huisartsen Vereniging).
- NZa, 2014, Beleidsregel TH/BR-018 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, december 2014, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa, 2016, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa, 2017, Zorginkoop voor polissen met beperkende voorwaarden, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Procureur-Generaal, 2014, advies 11 april 2014, de Procureur-Generaal bij de Hoge Raad der Nederlanden, ECLI:NL:PHR:2014:295.
- Rechtbank Gelderland, 2015, uitspraak 28 augustus 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:5489.
- Rechtbank Midden-Nederland, 2015, uitspraak 8 april 2015, ECLI:NL:RBMNE:2015:2742.
- Rechtbank Midden-Nederland, 2017, uitspraak 5 juli 2017, ECLI:NL:RBMNE:2017:3527.
- Rechtbank Zeeland-West Brabant, 2013, uitspraak 14 maart 2013, ECLI:NL:RBZWB:2013:BZ4071.
- Rechtbank Zeeland-West Brabant, 2017, uitspraak 4 januari 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:12.
- Schippers, E., 2017, Naar twintig jaar Zorgverzekeringswet, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 102(4745):16-19.
- Schut F.T. en W.P.M.M. van de Ven, 2000a, De uitdaging van mededinging, NMa biedt huisartsen nieuwe kansen, *Medisch Contact* 2000a, vol. 55(19): 688-690.
- Schut F.T. en W.P.M.M. van de Ven, 2000b, Einde aan de zorgkartels?, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 2000b(85): 408-411.
- Schut, E., M. Varkevisser en W. van de Ven, 2011, Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 96(4610): 2994-2997.
- Tweede Kamer, 2015, Verslag van een rondetafelgesprek (Kwaliteit loont). 31 65(140), 9.
- Ven, W.P.M.M. van de, 2015, Het beste zorgstelsel? Afscheidscollege, Erasmus universiteit Rotterdam https://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Afscheidscolleges/Wynand_van_de_Ven/Afscheidscollege_Ven_150904.pdf
- Velden, H.F. van der, 1993, Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Wester, J., 2017, Verzekeraar slaat alarm om zorgfraude, *NRC Handelsblad*, 8 april, 5.
- ZN Journaal, 1999, 'Vrije keuze huisarts groot probleem', *ZN Journaal*, vol. 46(1999): 8.