

### Vraag 1

Graag commentaar op de volgende maatregelen in onderlinge samenhang:

- a) Het stelsel in de cure blijft grosso modo intact.
- b) De convenantenaanpak wordt doorgezet. Het convenant voor 2015-2017 verlaagt de kostengroei van 2,5% naar 2% met MBI als stok achter de deur.
- c) Huisartsen, SEH's en HAP worden onder populatiegebonden bekostiging gebracht.
- d) Voor onnodig bezoek aan SEH's en HAPs (urgentieklasse 4 en 5) wordt een eigen betaling geheven.
- e) De extramurale verplegingsfunctie (cf definitie CVZ 2010) gaat over naar de ZvW en valt onder het zelfde populatiegebonden bekostigingssysteem.
- f) Verzorging, ondersteuning en begeleiding gaan vanuit AWBZ naar WMO/gemeenten.
- g) Specialistische Intramurale zorg blijft in een romp AWBZ (gehandicapten, langdurige GGZ).

### Antwoord

#### a) Het stelsel in de cure blijft grosso modo intact.

- Aangezien "grosso modo intact" Interpretatieruimte overlaat vragen wij ons af of wij deze zin mogen interpreteren als: "de ingeslagen route van gereuleerde marktwerking met concurrerende verzekeraars en de invoering van prestatiebekostiging blijft bestaan. De werking van het stelsel wordt verder geoptimaliseerd langs de lijnen die onder meer zijn geschetst door de Taskforce Kostenbeheersing zorguitgaven onder de noemers "continuering hoofdlijnenakkoorden", "zorg op de juiste plek" en "zorg terug naar de kern"."
- Concreet gaat het onder meer om een meer integrale benadering in de aanpak van de zorgvraag, versterking van de rol van verzekeraars bij de selectieve inkoop, afschaffen van de ex-post risicoverevening (2015), verdere kwaliteitsverbetering, verbetering van de informatievoorziening, aanpassing van de bekostigingsstructuur (afrekenen op gezondheidswinst i.p.v. productie), stringenter pakketbeheer met voorwaardelijk toelating en een actief uitstroombesleid.
- Indien in dit opzicht de voorstellen van de Taskforce worden gevolgd levert dit vanaf 2017 een structurele financiële besparing van tussen de 1,0 en 1,5 mld.

#### b) De convenantenaanpak wordt doorgezet. Het convenant voor 2015-2017 verlaagt de kostengroei van 2,5% naar 2% met MBI als stok achter de deur.

- De convenantenaanpak wordt doorgezet; wij veronderstellen dat dit geldt voor alle huidige sectoren: medisch-specialistische zorg (instellingen & medisch specialisten), GGZ en huisartsen.
- Er vindt een verdere uitgavenbeperking plaats door een taakstellende productiviteitskorting van 0,5%. Dit is niet eenzijdig mogelijk; veldpartijen zullen hiermee in moeten stemmen.
- Om als overheid een stok achter de deur te houden en de prikkels en verantwoordelijkheden van alle partijen aan te scherpen is het macrobeheersingsinstrument (MBI) van toepassing. De Taskforce heeft aangegeven dat een specifiek MBI hierbij de voorkeur geniet, mits uitvoerbaar en juridisch houdbaar. Bij het ontbreken van een goed specifiek alternatief geldt het generieke MBI. We merken op dat het MBI zich nog in de praktijk moet bewijzen.
- Doorzetting van de convenantenaanpak met een verdere beperking van de kostengroei tot 2% levert ca. 1 mld. op (valt onder de opbrengst onder bij punt a.).

#### c) Huisartsen, SEH's en HAP worden onder populatiegebonden bekostiging gebracht.

- Verzekeraars hebben binnen het stelsel de mogelijkheid om (varianten van) populatiegebonden bekostiging te gebruiken. Populatiegebonden bekostiging gaat uit van een uniform jaarlijks budget per patiënt, dat in principe alle uitgaven voor de omschreven zorgvormen omvat. Het idee is dat binnen het populatiebudget alle benodigde zorg integraal tot stand komt. Over domeinen en verschillende zorgaanbieders heen is er financiële verantwoordelijkheid voor het realiseren van doeltreffende en doelmatige zorg waarbij behaalde besparingen voor een groot deel door betrokken partijen mogen worden gehouden.

- De verzekeraar heeft binnen de huidige bekostigingssystematiek ook ruimte om te sturen op de ordening van het zorgaanbod. Bij voorbeeld door bij de inkoop van spoedeisende hulp voor te schrijven dat er een HAP voor de SEH zit, en hier in het financieringsarrangement rekening mee te houden. De huidige wijze van bekostiging staat dit niet in de weg.

- Verzekeraars staan dus verschillende inkoopinstrumenten ter beschikking, waarvan populatiebekostiging er één is. Zichtbaar is dat verzekeraars steeds meer gebruik maken van de ruimte die het systeem biedt<sup>1</sup>, zowel bij de inkoop van spoedeisende hulp (zorgverzekeraars hebben een plan uitgewerkt waarin ze dit gezamenlijk oppakken en de spreiding van SEH's regionaal willen invullen, rekening houdend met een landelijk kwaliteitskader) als over de grenzen van de domeinen Zvw/AWBZ/Wmo, getuige de diverse initiatieven die in voorbereiding zijn en die passen binnen de huidige bekostigingssystematiek. De effecten van deze initiatieven zullen landelijk gemonitord worden. De experimenten moeten uitwijzen of lump sum bekostiging van een groep zorgaanbieders werkzaam is, vragen die daarbij een rol spelen is hoe de groep van aanbieders komt tot een onderverdeling van middelen, en of onderlinge afwenteling voorkomen kan worden.

Met opmaak: Lettertype: 8 pt

**Opmerking [B1]:** Ik vind het belangrijk dat we erop wijzen dat hier nog nauwelijks ervaring mee is, en dat we nog niet weten of we het nieuwe ei van Columbus hebben.

- De ruimte die de verzekeraar heeft om de zorg in de regio op de meest doelmatige manier in te kopen sluit aan bij de verschillen die er tussen regio's bestaan. Het behouden van deze ruimte is van belang om de dynamiek in het huidige systeem te behouden en verder uit te bouwen. Daarbij is het van belang dat de bekostiging ruimte biedt aan verzekeraars niet alleen op doelmatigheid en kwaliteit in te kopen, maar ook te sturen op volumebeheersing en gepast gebruik.
- Samenhang convenantenaanpak (huidige t/m 2014, beoogd nieuw incl. terugdringen groei tot 2% 2015 - 2017, punt b.) met MBI als slot op de deur en populatiebekostiging vergt nader onderzoek.

**d) Voor onnodig bezoek aan SEH's en HAPs (urgentieklasse 4 en 5) wordt een eigen betaling geheven.**

- Het is verstandig om cliënten prikkel te geven voor gepaste zorg, en te streven naar gepast gebruik van de driehoek huisarts, HAP en SEH.
- Het is in beginsel niet mogelijk dat onnodig bezoek aan de HAP en SEH optreedt, aangezien voor een bezoek aan de HAP eerst telefonisch contact opgenomen te worden met de huisartsenpost en triage volgt. Toch zijn er op de HAP en de SEH zogenoemde zelfverwijzers.
- Zorg aan zelfverwijzers op de SEH is in beginsel geen zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet, tenzij er sprake is van acute zorg die niet door de huisarts geleverd kan worden. Deze zorg hoeft de zorgverzekeraar in beginsel dan ook niet te vergoeden. Een terecht bezoek aan een SEH (ongeacht terecht of niet) valt overigens onder het eigen risico van de verzekerde, een bezoek aan de HAP valt op dit moment niet onder het eigen risico (huisartsenzorg).
- Om zelfverwijzing tegen te gaan worden er diverse initiatieven ontplooid. Zo is er tussen HAP en SEH op steeds meer plaatsen samenwerking, iets waar zorgverzekeraars op dit moment op proberen te sturen<sup>2</sup>.
- Wat de voorgestelde maatregel lastig maakt is dat het onderscheid tussen "gepast" en "oneigenlijk" gebruik in zekere mate subjectief is. Natuurlijk zijn er evidente gevallen (men heeft al een week een hoestje en gaat dan op vrijdagavond naar de HAP of SEH), maar het probleem zit hem bij de grensgevallen. Flinke buikpijn of oorpijn bij je kind, een diepe snee etc. tal van voorbeelden waar het niet zo evident is of er sprake is van spoed of niet. Soms is ook pas echt achteraf te bepalen of het acuut was of niet. Wie wel een rekening te presenteren en wie niet? Per geval zal de verzekeraar dan wel de huisarts/triage-medewerker op de HAP/SEH moeten bepalen en administreren of een patiënt ex-ante/ex-post terecht of onterecht op dat moment (avond-, nacht- en/of weekend) is verschenen. Hierbij is sprake van een grijs gebied en ontstaat al snel een rechtmatigheidsprobleem waardoor de opgelegde eigen betalingen juridisch aanvechtbaar worden. Ook is het de vraag of de benodigde administratieve kosten opwegen tegen de baten. Als de arts het al dan niet oneigenlijke gebruik moet bepalen, moet

**Opmerking [J2]:** Onterecht kan men tegelijkertijd NIET onder ZVW vallen, maar wel onder het eigen risico van de ZVW.

**Opmerking [J3]:** Waar baseren we deze stelling op? Hebben we onderzoek waaruit blijkt dat de vrijdagavondbuikpijn nooit voorkomt en grensgevallen heel veel? Lijkt me lastig aangezien nu blijkbaar niemand dit in de gaten houdt

<sup>1</sup> Zie annex 1 voor enkele voorbeelden.

<sup>2</sup> <http://www.skiptpr.nl/actueel/id12149-een-loket-basisspoedzorg-speerpunt-achmea-.html>

rekening worden gehouden met een negatieve prikkel: verstoort de relatie met de patiënt, heftige discussies en agressie op de HAP/SEH en de eigen bijdrage komt bij de verzekeraar terecht. Een eigen betaling voor 'onnodig bezoek' is daarom eigenlijk niet uitvoerbaar en daarom zouden wij hiervoor geen budgettaire opbrengst boeken.<sup>3</sup>

- In plaats van bovenstaande maatregel kan eventueel wel het besluit worden genomen om voor alle bezoeken aan de SEH of HAP een (specifieke) eigen bijdrage te vragen om verzekerden zo meer bewust te maken van de extra kosten die gebruik van deze vorm van zorg met zich meebrengt. Hierbij is er ook nog de keuze om de eigen bijdrage onder het eigen risico van de verzekerde te brengen.
- Daarnaast kan de bekostiging op de SEH worden aangepast. Denk aan de introductie van verschillende tarieven op de SEH, zoals een apart tarief (gelijk aan dat van de huisarts) voor generalistische basiszorg geleverd door het ziekenhuis. Hierdoor wordt het ook voor ziekenhuizen aantrekkelijker om de combinatie HAP/SEH te hanteren.
- Ook is het mogelijk om via posters op de SEH en HAP mensen te informeren dat zorg op de SEH nu reeds onder het eigen risico valt en zorg bij de HAP niet.

**e) De extramurale verplegingsfunctie (cf definitie CVZ 2010) gaat over naar de ZvW en valt onder het zelfde populatiegebonden bekostigingssysteem.**

- De budgettaire grondslag van de functie verpleging (ZIN en PGB) is ongeveer 600 mln. Afhankelijk van de keuze om ZP 4 ook te gaan extramuraliseren kan deze op termijn nog oplopen.
- Populatiegebonden financiering zou hier bijvoorbeeld vorm kunnen krijgen door het werken met aanneemsommen bij de contractering van deze zorgfunctie bij thuiszorginstellingen of bij eerstelijnszorgorganisaties.
- Na overheveling zal het zorgverzekeraars vrij staan om populatiegebonden bekostiging toe te passen.
- Daarnaast dient afgesproken te worden dat de verzekeraars binnen afzienbare termijn risicodragend worden, bijvoorbeeld na twee jaar na de overgang van AWBZ naar de Zvw. Dit stimuleert verzekeraars om werk te maken van zorginkoop. Uiteraard is ook een goede ex ante verevening noodzakelijk.

**f) Verzorging, ondersteuning en begeleiding gaan vanuit AWBZ naar WMO/gemeenten.**

- Om besparingen mogelijk te maken bij overhevelingen naar de WMO is een belangrijk element dat het recht op zorg wordt vervangen door een voorzieningstelsel. De gemeenten voeren hun taak uit vanuit het compensatiebeginsel en zouden daarvoor in beginsel zoveel mogelijk beleidsvrijheid moeten krijgen. Door grotere delen van de extramurale AWBZ zorg in het gemeentelijke domein te leggen zijn er synergie voordelen te behalen in de uitvoering. Deze worden in combinatie met het voorzieningstelsel ook door het CPB gehonoreerd.
- Vanuit de gedachten van beleidsvrijheid ligt het in de lijn dat er geen verplichting aan gemeenten wordt opgelegd om een PGB aan te bieden (zogenaamde 'kan-bepaling' in plaats van 'moet-bepaling').
- Bovenstaande regel maakt niet nog duidelijk in hoeverre er bezuinigd wordt op aanspraken. In de doorrekening van het verkiezingsprogramma van zowel de PvdA als de VVD wordt er bezuinigd op de aanspraak begeleiding, respectievelijk 25 en 50%. Ook de aanspraak persoonlijke verzorging wordt beperkt. Bij de VVD gaat de norm voor gebruikelijke zorg omhoog van 60 minuten naar 150 minuten, bij de PvdA vervalt de aanspraak bij indicaties korter dan 6 maanden en gaat de norm voor gebruikelijke zorg omhoog van 60 naar 90 minuten.
- Bovenstaande regel maakt niet duidelijk of ook ZP 4 wordt geëxtramuraliseerd en gedecentraliseerd.
- Ten aanzien van het tempo van de decentralisatie moet gekeken worden naar de samenhang binnen het zorgdomein als dat met andere (sociale zekerheid). Grofweg zijn er twee scenario's:

<sup>3</sup> De in de begroting 2012 opgenomen maatregelen van €10 mln. voor "ongepast gebruik" is om genoemde redenen niet gerealiseerd en vervolgens in mindering gebracht op het kader ziekenhuiszorg om macro geen besparingsverlies op te lopen.

een big bang waarin alle functies in één jaar samen worden gedecentraliseerd bijvoorbeeld in 2015 of 2016 of een scenario waarin de verschillende functies opeenvolgend van elkaar worden gedecentraliseerd. Dan valt te denken aan:

- o 2014 begeleiding (want reeds al in voorbereiding);
  - o 2015 jeugd (ook al in voorbereiding);
  - o 2016 verzorging.
  - o Een reden om te kiezen voor de gefaseerde benadering is dat (een deel) van de besparingen dan eerder gerealiseerd wordt.
- Los van het gekozen scenario zal de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) moeten worden aangepast en uitgebreid (naast begeleiding ook verzorging; ondersteuning ~~in de~~ ~~onderdeel uit van de functie begeleiding in de AWBZ~~ herkennen wij niet als functie in de AWBZ). Er ligt een versie van de WMO in de Tweede Kamer die de overheveling van begeleiding regelt. De behandeling daarvan is in derde termijn gestaakt vanwege de val van het kabinet.
  - In de Taskforce Beheersing Zorguitgaven is voor de overheveling – en omvorming tot voorziening - van begeleiding en verzorging gerekend met een besparing van € 750 mln. De grondslag structureel is € 4,6 miljard begeleiding en € 2,9 miljard persoonlijke verzorging, de potentiële besparing is 5% efficiencykorting en beperken van de groei op termijn ook grofweg 5% van de grondslag.

**g) Specialistische intramurale zorg blijft in een romp-AWBZ (gehandicapten, langdurige GGZ).**

- Onderstaand een schets van elementen die een rol spelen om te komen tot een romp AWBZ:
- Er zal een keuze gemaakt moeten worden of ten aanzien van een romp AWBZ het recht op zorg blijft bestaan of dat wordt over gegaan op een voorzieningenstelsel. De uiteindelijke reikwijdte/omvang van de romp-AWBZ speelt hierin ook een rol.
- Bovenstaande regel maakt niet duidelijk of de zware intramurale ouderenzorg (met name demente ouderen) ook onderdeel wordt van de romp-AWBZ. Daarnaast is onduidelijk of ZZP 4 wordt geëxtramuraliseerd. Beide elementen spelen een rol in de verdere vormgeving en uitvoering van de romp-AWBZ.
- Indien de romp-AWBZ beperkt blijft tot een groep cliënten met een zware en weinig voorkomende zware zorgvraag lijkt een model van landelijke inkoop voor de hand te liggen. Deze zorg is in beginsel niet is namelijk niet goed risicodragend uit te voeren. Indien de romp-AWBZ een bredere reikwijdte krijgt zijn er verschillende uitvoeringsmodaliteiten eventueel gedifferentieerd naar zorgaanspraak: een model van landelijke inkoop, uitvoering door zorgkantoren of uitvoering door verzekeraars voor de eigen verzekerden (of niet risicodragend). De laatste mogelijkheid leidt tot meerkosten.
- De Taskforce beheersing zorguitgaven heeft de aanbeveling opgenomen om de langdurige GGZ over te hevelen naar de Zvw. Dit vanwege de raakvlakken met de cGGZ (opheffen bestaande breukvlak tussen Zvw en AWBZ).
- Ten aanzien van de romp AWBZ dient er een strenge en objectief functionerende poortwachter te zijn. Op dit moment is dat voor de AWBZ het CIZ. Aanscherping van de poortwachterfunctie zou er op gericht moeten zijn om regionale verschillen terug te dringen en dat de functie van Indicatiesteller zelf niet wordt verlegd naar zorgaanbieders.
- Ten aanzien van de romp-AWBZ wordt er van uitgegaan dat deze alleen in de vorm van zorg in natura is te ontvangen en niet zelf kan worden ingekocht door middel van een PGB.
- Ten aanzien van de eigen bijdrage voor een romp-AWBZ kan gekozen worden voor aansluiting bij het huidige systeem waarbij eventuele specifieke toeslagen ter ondersteuning kunnen worden geschrapt. Overgaan op het scheiden van wonen en zorg voor de romp-AWBZ lijkt budgettair niet veel op te leveren gegeven de inkomenspositie van de doelgroep.
- Afhankelijk van de exacte vormgeving en overige maatregelen (met name punt f) zou een start gemaakt kunnen worden vanaf 2015 (incl. aanpassing van wet- en regelgeving).
- Potentiële besparing is afhankelijk van de omvang en uitvoering van de romp AWBZ.

**Opmerking [ReL4]:** We zouden hier ook kunnen opnemen 700 mln in 2017. Dat hebben we volgens mij in 2017 bij TF opgenomen. Hier zou je dan verder nog kunnen opnemen dat besparing, afhankelijk van het tijdpad, soortgelijk kan zijn?

Moeten we dan nog opnemen dat hierbij nog geen rekening is gehouden met eventuele uitvoerings- en invoeringskosten?

**Opmerking [J5]:** Volgens Bart gaat IBO deze conclusie waarschijnlijk niet opnemen. Als we dit opschrijven moeten we misschien iets beter onderbouwen.

**Opmerking [ReL6]:** Dit staat echter wel in het TF rapport. Ik denk dat ik wel begrijp waarom het IBO dit waarschijnlijk niet over wil nemen, vanwege kleinschalige wooninitiatieven, maar volgens mij moet je basis zijn dat als je intramurale zorg nodig hebt, dit vanuit professionele instituties gebeurt. Volgens mij willen we vooral voorkomen dat mensen met een intramurale indicatie een pgb aanvragen en thuis blijven wonen.

**Indicatieve budgettaire opbrengst**

PM

**Vraag 2**

Graag commentaar op het idee om het wetsvoorstel winstuitkering in de zorg niet in te perken door allerlei aanvullende voorwaarden aan winstuitkering te stellen maar door het type partijen dat toegelaten wordt, te beperken. Is het bijvoorbeeld zinnig om deelname te beperken tot zorgverzekeraars en pensioenfondsen of tot partijen die zelf geen winst maken? Is dit te doen zonder lopende private betrokkenheid bij de zorg in de weg te zitten?

**Antwoord**

**Juridisch mogelijk?**

Met opmaak: Lettertype: Cursief

- Verondersteld is dat deze maatregel beoogt investeerders in de zorg te beperken tot die investeerders die geacht worden een lange termijn perspectief te hebben.
- De afbakening op type investeerder kan deze in de loop van de tijd voor discussie vatbaar worden. Bij de beoordeling van het voldoen aan bepaalde criteria is sprake van een momentopname: partijen die nu bepaalde lange termijn uitgangspunten hebben kunnen die in de toekomst veranderen of toch niet toepassen. Vraag is hoe hier mee wordt omgegaan.
- Ook is een dergelijke beperking van de voorwaarden geen garantie dat investeerders met een korte termijn focus niet alsnog via alternatieve routes of constructies de hoofdregel kunnen omzeilen. Het stellen van voorwaarden aan het type partij dat toegelaten wordt om winst uit te keren kan eenvoudig gezien worden als een directe belemmering van het vrij verkeer en een inbreuk op de interne markt (EU-Verdrag). Gezien de stand van de jurisprudentie is het niet waarschijnlijk dat er een voor het Europese Hof van Justitie een acceptabele rechtvaardigingsgrond voor deze inbreuk is. De overheid moet kunnen aantonen de de beperkingen noodzakelijk zijn. Dit is ons inziens lastig aangezien beargumenteerd kan worden dat ook instellingen zonder winst oogmerk niet altijd de juiste keuzes in het publieke belang maken (denk aan woco's of bepaalde investeringen van pensioenfondsen). Het bovendien lijkt effectiever voorwaarden te stellen aan de uitkering van winst. Het stellen van voorwaarden aan de uitkering van winst geeft grotere zekerheid dat blijvend wordt voldaan aan die voorwaarden die het publiek belang borgen: kwaliteit, lange termijn, solvabiliteit.

Met opmaak: Lettertype: Verdana, 9 pt

- In het voortraject is reeds informeel contact geweest tussen de diensten van de Europese Commissie en de ambtenaren van VWS over de vraag of deze inbreuk te rechtvaardigen zou zijn. De Europese Commissie was daar toen niet van te overtuigen.
- ~~Europeesrechtelijk is het enkel mogelijk om dit type beperkingen op te leggen, indien deze niet op basis van nationaliteit plaatsvinden en de beperkingen gerechtvaardigd kunnen worden. De overheid moet dus kunnen aantonen dat het opleggen van een beperking noodzakelijk is en daarvoor argumenten te geven.~~
- ~~Ons inziens is het de vraag of we deze noodzaak voldoende kunnen aantonen:~~
  - Allereerst valt het te betwijfelen of er in de praktijk verschil ontstaat door het stellen van voorwaarden aan winstuitkering, enerzijds, en het beperken van het type partij, anderzijds. De huidige voorwaarden zijn erop gericht de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen (zie hieronder). Daarnaast, vormt het stellen van voorwaarden een beter selectie-instrument dan het beperken van het type partij. Ook bij pensioenfondsen en instellingen zonder winstmotief (woco's) zijn in het verleden immers keuzes gemaakt die vanuit het publieke belang wellicht minder positief gewaardeerd worden.
  - Verder zorgt een beperking van het type investeerder uiteraard voor een minder grote groep potentiële kapitaalverstrekkers voor zorginstellingen en zal daarmee de private betrokkenheid waarschijnlijk beperkt worden.
  - Mocht het toch komen tot het opleggen van beperkingen, dan zal dit ook betrekking hebben op de lopende private betrokkenheid. Via een overgangsregeling kunnen de gevolgen hiervan beperkt worden.
- Het lijkt effectiever voorwaarden te stellen aan de uitkering van winst. Het stellen van voorwaarden aan de uitkering van winst geeft grotere zekerheid dat blijvend wordt voldaan aan die voorwaarden die het publiek belang borgen: kwaliteit, lange termijn, solvabiliteit.

**Opmerking [7]:** Het hieronder verwijderde is met name bedoeld om de vorige bullet en vooral lopen op komende bullets. Nieuwe elementen heb ik elders geplaatst.

Met opmaak: Met opsommingstekens + Niveau: 1 + Uitgelijnd op: 0 cm + Inspringen op: 0,63 cm

- De voorwaarden gesteld in het wetsvoorstel (eventueel samen met de extra eisen van verbod op uitkeren van eenmalige baten uit bijvoorbeeld vastgoed en winstuitkering alleen boven 20% van balans totaal solvabiliteit, zie hieronder en annex 2) zijn voor lange termijn investeerders zoals banken, pensioenfondsen en strategische partners goed werkbaar.

Is het zinnig om deelname te beperken tot zorgverzekeraars en pensioenfondsen of tot partijen die zelf geen winst maken?

- ~~Nederlandse pensioenfondsen en zorgverzekeraars kunnen als beleggers in de zorg belang hebben bij structureel goede investeringen in de zorgsector, maar zijn daarin niet de enige.~~
- Zorgverzekeraars mogelijkheid geven om te investeren Het vergt aanpassing van het wetsvoorstel verticale integratie dat in de TK ligt, omdat daarin zorgverzekeraars wordt verboden een investering te doen die leidt tot zeggenschap. Het hoofdmotief in het wetsvoorstel is de aanname dat zorgverzekeraars door dergelijke constructies de belangen van hun verzekerden minder objectief en niet optimaal zullen behartigen. Hierover wordt verschillend gedacht (zie antwoord vraag verticale integratie)
- Te overwegen zou zijn om deelname in ieder geval ook open te stellen voor andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld: huisartsengroep neemt deel in ziekenhuis), medisch specialisten en overig personeel en banken. Deze laatste zijn al actief met zowel risicodragend als niet risicodragend kapitaal. Hier gelden overigens voor een belangrijk deel dezelfde (juridische) nadelen als bij een scherpere afbakening.

**Opmerking [18]** Bar: merk terecht op dat pensioen slechts hun eigen rendementrisico als doelstelling mogen hebben. Dus daarnaast geen belang van goede zorg

Is dit te doen zonder lopende private betrokkenheid bij de zorg in de weg te zitten?

- Alleen voor die sectoren waar winstuitkering nu verboden is (intramurale medisch specialistische zorg en intramurale AWBZ zorg) is dit te doen.
- In de rest van de zorg betekent een eis aan het type investeerder een verandering ten opzichte van de huidige situatie. Huisartsengroepen, ZBC's, aanbieders van extramurale AWBZ hebben namelijk doorgaans verschillende soorten privaatkapitaalverschaffers. In deze gevallen mag al winst worden uitkeerd. Een terugkeer naar een striktere regeling met een eis aan het type investeerder zou als "onteigening" moeten worden behandeld, tenzij er een compensatie en een overgangsregeling geboden wordt.
- In zijn algemeenheid geldt dat het beperken van de potentiële groep private investeerders de private betrokkenheid tevens zal beperken.

#### **Toelichting huidig Wetsvoorstel winstuitkering zorg**

Het huidige wetsvoorstel maakt gereguleerde winstuitkering door aanbieders van medisch-specialistische zorg mogelijk. Er bestond al een aantal typen zorgaanbieders waarvoor winstuitkering was toegestaan (te weten: aanbieders van extramurale AWBZ zorg, huisartsenzorg, fysiotherapie, farmaceutische zorg en mondzorg), middels het voorstel wordt deze groep uitgebreid tot bijvoorbeeld ziekenhuizen. Voor aanbieders van intramurale AWBZ zorg en academische ziekenhuizen blijft winstuitkering verboden. De reden voor dit wetsvoorstel is dat het door het huidige verbod op winstuitkering op dit moment niet eenvoudig is privaat kapitaal in de vorm van risicodragend (eigen) vermogen aan te trekken, met als gevolg dat ze vooral aangewezen op vreemd vermogen (leningen). Doordat aanbieders van medisch-specialistische zorg in toenemende mate zelf risicodragend zijn geworden, behandelen banken hen meer als reguliere marktpartijen. De risico's zijn dus toegenomen, maar de mogelijkheden om risicodragend kapitaal aan te trekken niet. Door opheffing van het winstuitkeringverbod ontstaat de mogelijkheid voor aanbieders van medisch-specialistische zorg om investeerders aan te trekken die (mede-) eigenaar worden.

Het ongeclausuleerd toestaan van winstuitkering kan volgens de wetgever echter leiden tot extra risico's voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Daarom stelt het wetsvoorstel randvoorwaarden aan de winstuitkering. Deze voorwaarden zijn: (1) eenmalige kwaliteitstoets door IGZ, (2) eerste drie jaar geen winstuitkering, (3) goedkeuringsrechts bestuur, (4) adviesrecht Raad van Toezicht, (5) geen winstuitkering in geval van garantiestelling of steunverlening, (6) geen winstuitkering bij handhavingmaatregelen kwaliteit.





### Vraag 3

Wat levert het op als we verticale Integratie binnen de zorg niet langer verbieden en met name zorgverzekeraars de mogelijkheid bieden zich bestuurlijk en financieel te verbinden met aanbieders? Maakt het uit of daarbij een beperking bestaat m.b.t. het belang dat genomen mag worden, bijvoorbeeld alleen maar een minderheidsbelang?

### Antwoord

Aan verticale integratie zijn zeer zeker voordelen te behalen, hoewel budgettair lastig te bepalen. Denk aan het stroomlijnen van belangen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en het verhelpen van het probleem van de informatieasymmetrie. Deze voordelen zullen bij een meerderheidsbelang sterker het geval zijn dan bij een minderheidsbelang, aangezien er in het eerste geval meer zeggenschap bestaat. Ook is de kans dat verticale Integratie plaatsvindt groter als er minder beperkingen aan worden gesteld. Overigens zij erop gewezen dat verticale integratie op dit moment nog niet is verboden. Ten opzichte van de huidige situatie treedt er dus geen opbrengst-verandering op als het wetsvoorstel geen doorgang zou vinden. Omdat voor het voorstel geen budgettaire opbrengst/kosten zijn geboekt zijn er ook geen budgettaire gevolgen.

### Toelichting

#### Wetsvoorstel verbod op verticale integratie

- Op 10 september jl. is het wetsvoorstel verbod verticale Integratie ingediend bij de Tweede Kamer. Dit voorstel beoogt te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten verlenen door zorgaanbieders waarover zij zeggenschap hebben. Het hoofdmotief daarvoor is de aanname dat door dergelijke constructies zorgverzekeraars de belangen van hun verzekerden minder objectief en niet optimaal zullen behartigen. Het voorstel past in het idee dat het samengaan van de rollen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet past binnen het zorgsysteem zolang dat nog in ontwikkeling is. Het wetsvoorstel beoogt mogelijke beperkingen in de vrijheid van verzekerde tot het kiezen van een zorgaanbieder te voorkomen.
- Dit motief weegt blijkens de MvT zwaarder dan de eventuele voordelen van verticale integratie zoals lagere transactiekosten tussen verzekeraar en aanbieder, betere kwaliteit en transparantie en meer mogelijkheden voor de verzekeraar om de kosten van de zorgverlening te beheersen.
- Het wetsvoorstel hanteert als uitgangspunt dat zorgverzekeraars geen juridische of feitelijke zeggenschap verkrijgen over zorgaanbieders. Onder "zeggenschap" wordt hier verstaan de mogelijkheid om op grond van feitelijke of juridische omstandigheden een beslissende invloed uit te oefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder. Hieronder vallen dus alle situaties waarbij een zorgverzekeraar direct of indirect controle krijgt over een zorgaanbieder. Onder juridische omstandigheden wordt bijvoorbeeld verstaan het hebben van een meerderheidsaandeel of het hebben van zeggenschap op basis van contracten.
- Op het verbod van verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn twee uitzonderingen toegestaan: verticale integratie is tijdelijk (vier jaar) toegestaan als
  - het nodig is voor de verzekeraar om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen voor de in natura verzekerde zorg;
  - een zorgverzekeraar het bestaande zorgaanbod wil innoveren door het (tijdelijk) zelf in de markt zetten van zorgaanbod.
- Ingevolge het bij dit wetsvoorstel behorende overgangrecht kunnen bestaande vormen van verticale integratie blijven voortbestaan<sup>4</sup>.
- Vanuit de Raad van State is negatief gereageerd op dit wetsvoorstel. Men acht de omvang van de problematiek beperkt en is er niet van overtuigd dat de NZa met een instrument dat minder ver gaat dan het voorgestelde verbod, niet ook voldoende adequaat en effectief zou kunnen optreden. In het rapport geeft men aan dat verticale integratie ook positieve effecten kan hebben, die door het voorgestelde verbod worden tenietgedaan.

<sup>4</sup> In de huidige situatie komt verticale Integratie op beschelden schaal voor. Voorbeelden zijn DSW en Menzis in onder meer apotheken en eerstelijns zorgvoorzieningen (NZa Marktscan Zorgverzekeringmarkt juni 2012).

- De reactie van de Raad van State is in lijn met kritiekpunten van onder meer de commissie-Baarsma. Deze commissie is in 2009 gevraagd advies uit te brengen<sup>5</sup>. De commissie concludeert dat een verbod op verticale integratie niet noodzakelijk en niet proportioneel is om de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorg te borgen.

#### **Voordelen verticale integratie**

- Stroomlijnen belangen zorgverzekeraar en zorgaanbieder
  - Geen dubbele opslag op de kosten door marges van ketenpartijen.
  - Er wordt rekening gehouden met elkaars belangen (goede kwaliteit zorg, betaalbare premie, belang van preventie vs. behandelen).
  - Sterkere kwaliteitsverbetering door nadrukkelijker relatie tot premie zorgpolis.
- Beperken weglek van baten
  - Verticale integratie stimuleert tot investeren in innovatie en verbeteringen die leiden tot doelmatigheid worden aantrekkelijk, doordat free rider gedrag van concurrerende verzekeraars niet meer aanwezig is resp. doordat klanten van andere verzekeraars hiervan worden uitgesloten. Investeringen lonen daarmee meer, aangezien er geen weglek van baten optreedt naar derden.
- Beperken van informatieasymmetrie
  - Er bestaat nog altijd veel intransparantie en onduidelijkheid over daadwerkelijke kostprijzen van producten, de financiële bedrijfsvoering van instellingen en kwaliteit. Verticale integratie kan voor een groot deel dit probleem oplossen
- Pressiemiddel richting zorgaanbieders
  - Een zorgverzekeraar kan beter onderhandelen met zorgaanbieders als hij zelf de optie een zorgaanbieder op te richten of over te nemen. Indien dit reeds het geval is heeft hij een betere kennispositie in de onderhandelingen.
- Lagere transactiekosten/betere coördinatie
  - Transactiekosten kunnen afnemen en productontwerp en productieproces kunnen beter op elkaar worden afgestemd. In zorgbegrippen gaat het onder meer om betere overdracht/uitwisseling van patiëntdossiers, betere taakverdeling tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup>-lijnszorg en wordt een ketengerichte benadering mogelijk, waardoor de zorgkwaliteit stijgt.

#### **Nadelen verticale integratie**

- Concurrentie beperking: Afhankelijk van de mate waarin integratie optreedt zal de concurrentie kunnen worden beperkt. Verzekeraars kunnen geneigd zijn eerder gebruik te maken van de eigen aanbieder, zelf al is er een prijs/kwaliteitsverschil<sup>6</sup> ook al is deze duurder. In het uitzonderlijke geval van grootschalige verticale integratie waarbij de geïntegreerde aanbieders enkel leveren voor de eigen verzekeraar kan het voor concurrerende verzekeraars lastig worden marktaandeel te veroveren (er is immers niet direct capaciteit beschikbaar om de verzekerden te helpen). Gevolg hiervan zou een markt kunnen zijn met enkel grote instellingen van verzekeraars plus zorgaanbieders. Daar tegenover staan dan de patiënten, die op individueel niveau toch welnig macht hebben, en zich ook lastig collectief laten organiseren.
- Subjectiviteit: Verzekeraars kunnen minder snel kritiek uiten naar eigen aanbieders; ze zijn minder objectief. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg.

<sup>5</sup> <http://www.seo.nl/uploads/media/2009->

<sup>81</sup> [Eindrapport commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.pdf](#)

<sup>6</sup> Overigens is hierbij juist de verwachting dat de verzekeraar met zijn invloed er juist alles aan zal doen om prijs en kwaliteitsverbeteringen te realiseren, al was het maar om imagoschade te voorkomen.

#### Vraag 4

Wat zijn de voor- en nadelen als in het basispakket slechts naturapolissen worden toegestaan en alle restitutiepolissen naar de aanvullende verzekering gaan?

#### Antwoord

##### Voordelen

- Voor de basisverzekering geldt er slechts één polisvorm, te weten een naturapolis. Verzekeraars zullen voor het leveren van de zorg in de basisverzekering – i.t.t. de huidige situatie - contracten moeten sluiten met zorgaanbieders.
- Het versterken van de rol van de verzekeraar als (selectief) inkoper onder meer door het toegenomen belang voor zorgaanbieders om gecontracteerd te worden.
- Mogelijk grotere acceptatie door verzekerden voor de rol van verzekeraar als (selectief) inkoper van zorg in natura.

##### Nadelen

- Het afschaffen van de vorm van restitutiepolissen vermindert de keuzevrijheid van verzekerden. Opnemen in de aanvullende verzekering leidt tot beeldvorming "keuzevrijheid is voor de rijken".
- Het afschaffen van restitutiepolissen binnen de Zvw is niet zonder meer voldoende om verzekeraars in positie te brengen voor selectieve inkoop. Immers, ook binnen een in naturapolis hoeft er niet selectief te worden ingekocht.
- Zolang art. 13 nog van kracht is, hoeft de maatregel niet het gewenste effect van selectieve inkoop te hebben. De cie. Baarsma wijst er op in haar rapport<sup>7</sup> dat verzekeraars uit angst voor reputatieschade ook na afschaffing van de restitutiepolissen er nog steeds voor kunnen kiezen om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zo hoog vast te stellen dat hun verzekerden onvoldoende gestimuleerd worden om voor een voorkeursaanbieder te kiezen. Dit laatste de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars (aanzienlijk) verzwakken.
- Afschaffen van de restitutiepolis vereist wijziging van de Zvw. Dit verandert ook de positie van de huidige aanbieders van restitutiepolissen in de markt. Mogelijk zitten hier juridische consequenties voor de overheid aan vast.
- De kans dat de maatregel op de Europeesrechtelijk testbank komt is groot. De echte restitutieverzekeraars (ONVZ en ASR) zullen een natuerverplichting vrijwel zeker in rechte aanvechten. Zij hebben van keuzevrijheid nu juist hun business gemaakt. Daar kunnen ook nog serieuze schadeclaims achter weg komen.

##### Toelichting

- Het CPB beoordeelt de maatregel in Kik als een potentieel kansrijke maatregel maar acht het onzeker of de maatregel tot kostenbesparingen leidt. Reden van de onzekerheid is dat de voorwaarden waaronder zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar onderhandelen worden veranderd.
- Het CPB rekent bij deze maatregel daarom niet met efficiëntiewinsten maar wel met een verschuiving van € 125 mln. (afgerond op 0,1 mld.) van het Zvw pakket naar de aanvullende verzekering omdat de premies voor de restitutiepolissen in de ZVW iets hoger uitvallen dan de premies voor de zorg in natura polissen<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/05/advies-commissie-macrobeheersinstrument.html>

<sup>8</sup> Dit bedrag kan overigens worden gerelativeerd. Reden is dat het verschil in premie tussen natura- en restitutiepolissen niet zonder meer bruikbaar is voor het berekenen van de financieringsverschuiving zoals het CPB heeft gedaan. Ook bij restitutiepolissen is veelal sprake van gecontracteerde zorg en daarnaast zijn bestaande premieverschillen niet alleen het gevolg van kostenverschillen bij de zorginkoop, maar kunnen deze ook voortkomen uit verschillen in beheerskosten, polisstrategie en/of kwaliteit (van de ingekochte zorg).

- Dat er geen concrete efficiëntiewinst valt in te boeken voor de maatregel hangt samen met het vertrouwensprobleem dat verzekeraars nog steeds hebben jegens hun verzekerden en de terughoudendheid tot nu toe van verzekeraars om hun verzekerden te sturen, voornamelijk uit angst om ze teleur te stellen in hun keuzevrijheid (zie hierboven).
- ~~Mede name vanwege dat laatste kunnen zorgverzekeraars uit angst voor reputatieschade, ook na afschaffing van de restitutiepolissen, er nog steeds voor kiezen om (i) niet selectief te contracteren of (ii) de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg zo hoog vast te stellen dat hun verzekerden onvoldoende gestimuleerd worden om naar een voorkeursaanbieder te gaan. Dit zal de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars jegens aanbieders verzwakken.~~
- ~~Indien de maatregel is bedoeld om de selectieve inkoopmacht van verzekeraars te versterken en op deze wijze te komen tot lagere premiestelling, dan is het dus de vraag of het overhevelen van restitutiepolissen naar de aanvullende verzekering hiervoor wel de beste oplossing is. De erux lijkt met name te liggen in art. 13 van de Zvw. Dit artikel verplicht zorgverzekeraars op dit moment te veel om een aanzienlijke vergoeding te moeten verstrekken als een verzekerde met een naturapolis er voor kiest naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan. Ook in het geval dus dat restitutiepolissen zouden worden overgeheveld naar de aanvullende verzekering bestaat er voor verzekerden onder een naturapolis recht om zorg af te nemen bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Om verzekeraars daadwerkelijk te steunen in hun rol als selectief inkoper is aanpassing, zo mogelijk nog beter afschaffen, van art. 13 van de Zvw effectiever.~~
- Een wetsvoorstel met daarin voorgesteld een aanpassing van art. 13 ligt momenteel in de TK. Met deze aanpassing wordt het voor verzekeraars expliciet mogelijk om de vergoeding voor het gebruik van niet-gecontracteerde aanbieders op nul te zetten. Of verzekeraars – vanuit het oogpunt van imago schade – dit in de polisvoorwaarden voor 2014 daadwerkelijk in praktijk gaan brengen zal zich moeten uitwijzen.
- Opgemerkt wordt dat veel verwarring bestaat over natura- vs. restitutiepolissen en al dan niet contractering van zorg. Binnen restitutiepolissen vindt ook vaak contractering van zorgaanbieders plaats (gecontracteerde restitutiepolis)<sup>9</sup>. Daarnaast zijn er allerlei combinatiepolissen mogelijk, met vormen van recht op zorg (natura) en op vergoeding van kosten van zorg (restitutie). En ook binnen deze combinatiepolissen kan voor het restitutiedeelte sprake zijn van afspraken met specifiek zorgaanbieders (gedeeltelijke gecontracteerde polis). Meer hierover is te vinden in de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2012 van de NZA<sup>10</sup>. Tevens moeten juridische aspecten van de maatregel niet worden veronachtzaamd. Europeesrechtelijk zal de maatregel allesbehalve een gelopen race zijn. In de "Bolkesteinbrief" van de Europese Commissie bij de invoering van de Zvw was het opleggen van naturaverplichting (een mogelijkheid onder het huidige artikel 12 Zvw) het enige caveat in termen van noodzakelijkheid en proportionaliteit. Een naturaverplichting werpt, aldus de Commissie, fikse toetredingsdrempels op voor in het bijzonder buitenlandse verzekeraars.
- ~~De kans dat de maatregel op de Europeesrechtelijk testbank komt is groot. De echte restitutieverzekeraars (ONVZ en AGR) zullen een natura verplichting vrijwel zeker in recht te aanvechten. Zij hebben van keuzevrijheid nu juist hun business gemaakt. Daar kunnen ook nog serieuze schadeclaims echter weg komen.~~

Opmerking [9] is herhaling van bullets hierboven

<sup>9</sup> ONVZ, aanbieder van restitutiepolissen, stelt bijna alle zorg gecontracteerd te hebben bij aanbieders en dat 80% tot 90% van de afhandeling rechtstreeks tussen hen en de aanbieders loopt.

<sup>10</sup> [http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan\\_Zorgverzekeringsmarkt.pdf](http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt.pdf)

### Vraag 5

Wat zijn de voor en nadelen als het IBO voorstel inzake aanbesteding<sup>11</sup> en concentratie van top-referente zorg wordt overgenomen?

### Antwoord

#### *IBO-voorstel*

- De academische component (ca. 700 miljoen) is een budget dat UMC's (en het Nederlands Kanker Instituut) ontvangen om topreferente zorg en bijbehorend onderzoek te financieren. In de huidige situatie wordt de academische component op historische gronden verdeeld. De verdeling hangt dus niet samen met geleverde kwaliteit en/of volume. Daarbij maken alleen UMC's aanspraak op een deel van de academische component.
- Het IBO-voorstel levert 70 miljoen op en behelst:
  - Een herverdelingsstap. Hierbij worden de UMC's voor alle specialismen aan criteria getoetst. Dit zijn kwaliteitscriteria en criteria omtrent de geografische spreiding. Tevens wordt per deelspecialisme aangegeven welke financiële vergoeding daarbij hoort. De verdeling van de academische component over de UMC's wordt vervolgens aangepast.
  - Een toetredingsstap. Naast UMC's kunnen ook andere ziekenhuizen dan UMC's zich aanmelden voor toetsing aan de kwaliteit- en geografische criteria. Indien zij voldoen aan de criteria verkrijgen zij het daarbij behorende deel van de academische component.

#### *Voordelen*

- Door het formuleren van een definitie van topreferente zorg en bijbehorend onderzoek, door toetsing aan criteria en aanpassing van de financiering hieraan wordt de transparantie van en verantwoording over de academische component vergroot.
- Doelmatigheid ten opzichte van de huidige situatie wordt vergroot doordat geld gericht op plekken terecht komt die aan de criteria voldoen.
- Instellingen worden tevens geprikkeld tot het verbeteren van doelmatigheid en betere prestaties door verantwoording over de aanwending en de dreiging van het verliezen van de academische component voor een bepaald specialisme.
- Er ontstaat meer concentratie per specialisme en spreiding over specialismen: per specialisme zullen minder UMC's of nieuwe toetreders middelen uit de academische component krijgen dan nu het geval is. Door specialismen los te koppelen is meer spreiding mogelijk over de specialismen heen. Dit voorkomt ondoelmatige besteding van kapitaal.

#### *Nadelen*

- Het formuleren van criteria is een complex proces.
- Reallocatie tussen UMC's en overige instellingen kan weerstand oproepen. Hoewel de academische component geen onderdeel is van de hoofdlijnenakkoorden kan deze weerstand het ook moeilijker maken een nieuw hoofdlijnenakkoord met deze instellingen af te sluiten.
- Uitvoering vergt toezicht en onderhoud. Enige bureaucratie is onvermijdelijk.
- Er gaan middelen verloren doordat ook instellingen die de zorg uiteindelijk niet mogen leveren, wel investeren in infrastructuur om mee te dingen naar een deel van de academische component.

<sup>11</sup> Voor de goede orde: er wordt door het IBO geen voorstel gedaan voor aanbesteding van topreferente zorg. Aanbesteding is in de IBO-werkgroep wel besproken, maar uiteindelijk is geconcludeerd dat de voordelen niet opwegen tegen de nadelen. Het belangrijkste voordeel zou zijn een prikkel tot kostenverlaging. Nadelen liggen onder andere in termen van continuïteit en praktische uitvoerbaarheid. 'Gunning' van topreferente zorg kan EU-rechtelijk alleen voor een bepaalde tijd (bv 5 of 10 jaar). Zo'n tijdsbestek is te kort om (vaak forse) investeringen rendabel te maken en dergelijke infrastructuur is ook niet overdraagbaar. Het remt innovatie. Ook de samenhang met onderzoek en onderwijs zou hiermee op de tocht komen te staan. Tot slot leidt dit er toe dat de 'last resort' functie in gevaar kan komen: UMC's zullen na aanbesteding veel minder geneigd zijn alle patiënten in laatste instantie op te vangen.

### *Nadere toelichting*

#### *Wat zijn de IBO-aanbevelingen terzake?*

- De belangrijkste financieringsbron van de topreferente zorg is de academische component. Rond topreferente zorg doet het IBO-rapport de volgende aanbevelingen: de zogenoemde basisvariant stelt het volgende: "Door intransparantie is het momenteel moeilijk te sturen op het doelmatig uitvoeren van publieke functies. Daarom stelt de werkgroep een basisvariant voor waarmee transparantie door duidelijkere allocatie en verantwoording van de verschillende financieringsstromen (voor de Universitaire Medische Centra (UMC's) ) wordt beoogd."
- Verder stelt de werkgroep in een volgende variant "(...) twee stappen voor waarmee wordt gerealiseerd dat alleen die vormen van zorg via de academische component worden gefinancierd die ook daadwerkelijk voldoen aan een set objectieve criteria. De financiering wordt hierdoor geobjectiveerd. De variant biedt tevens de mogelijkheid te komen tot verdere concentratie en via mogelijke toetreding van andere instellingen dan UMC's introduceert het prikkels ter bevordering van innovatie. Door een vorm van regie ontstaat er een integrale afweging om zorg en onderzoek daar (geconcentreerd) te financieren waar de prijs-kwaliteitverhouding het beste is."
- Essentieel is dat er een scherpe definitie komt van het begrip topreferente zorg. Deze definitie moet onderscheidend zijn, het begrip strak afbakenen en operationaliseren.
- Vervolgens kan men de topreferente functies toetsen op basis van deze definitie. Met de UMC's en mogelijk toetredende instellingen en experts kan worden afgesproken zich op basis van de definitie en uitkomstindicatoren te gaan verantwoorden over de beschikbaar gestelde bedragen. Aan die verantwoording kunnen op nader te bepalen wijze consequenties worden verbonden. Als een functie niet topreferent (meer) blijkt dan stopt de financiering voor dat onderdeel.
- Complexe zorg zou geconcentreerd moeten worden wanneer dat vanuit kwaliteitsoverwegingen en doelmatigheid nodig is. Topreferente zorg is zeer hoog complexe zorg met over het algemeen een laag volume. Geografische spreiding is bij een laag volume minder nodig. Bij topreferente ziektebeelden die in een hoger volume voorkomen, ligt een grotere spreiding over Nederland voor de hand.

### **Annex 1 Zichtbare initiatieven van populatiegebonden bekostiging**

- Voorbeelden van integrale bekostiging voor groepen verzekerden zijn op dit moment te zien langs de lijnen van "algemene zorg dichtbij" in de wijk/gemeente langs zorgpaden van specifieke patiëntgroepen als chronische zieken, feitelijk een verbetering vormgegeven ketenzorg waarbij co- en multimorbiditeit, preventie en delen van de tweedelijnszorg worden meegenomen. Hierbij wordt opgemerkt dat er tussen de twee benaderingen veel overlap zit, aangezien in beide modellen er een centrale rol ligt voor de huisarts en zorggroepen/gezondheidscentra in de wijken. Echter, er is een verschil qua focus waarbij het in het eerste model meer gaat om algemene zorg en in het tweede model zorg gericht op chronische patiëntengroepen.
- In de meer algemene zorgvorm van populatiebekostiging gaat het veelal om integratie van zorg over de huidige sectoren heen: 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg (Inclusief GGZ en farmacie), al dan niet in combinatie met preventie/participatiezorg (bijv. begeleiding). In deze aanpak wordt het budget van diverse kaders betrokken. Bij de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg gaat het om de Zvw. Indien preventie en participatiezorg eveneens worden meegenomen komen ook de WMO en de AWBZ in beeld. De huisarts speelt in dit model van populatiebekostiging een belangrijke, centrale, rol. Door het zich verenigen in zorggroepen en interdisciplinair samen te werken in anderhalve lijns-zorg gezondheidscentra kan de huisarts voor de verzekerde de rol van spin in het web vervullen met integrale zorg op de juiste plek. Bij goed functioneren bevordert dit het weghouden van onnodige zorg in de lijn.
- In het model van populatiebekostiging langs de lijn van te leveren zorg aan specifieke patiëntgroepen met chronische aandoeningen, denk aan diabetes, COPD en hart- en vaatziekten gaat het om een verbeterde vorm van ketenzorg. De huidige keten-DBC's zijn qua integraliteit beperkt tot zorg in de 1<sup>e</sup> lijn. Bij integrale populatiebekostiging wordt zorg over de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup>-lijn heen georganiseerd, waarbij ook aspecten van co- en multimorbiditeit, preventie, zelfmanagement en e-health worden meegenomen. Ook in dit model wordt een belangrijke rol gezien voor de huisarts en de zorggroepen.
- In de praktijk zijn er van deze twee vormen momenteel veel experimenten gaande. Voor het geografische model kan worden gedacht aan de experimenten van CZ/VGZ in Eindhoven, van Achmea in Amsterdam-Noord en Vechtdal en van VGZ in Maastricht. Voor het medisch-inhoudelijke model gericht op chronische aandoeningen kan worden gekeken naar het experiment van Achmea in Houten, van VGZ in Alkmaar en CZ in Den Haag. Bij deze experimenten spreken verzekeraars een vorm van populatiegebonden bekostiging af met een (regionale) groep van aanbieders. Dit is eigenlijk bekostiging van de groep van zorgaanbieders. De experimenten moeten uitwijzen of dit werkzaam is; vragen die daarbij een rol spelen is hoe de groep van aanbieders komt tot een onderverdeling van middelen.

## Annex 2 Winst in de zorg

*Welke problemen krijg je als het wetsvoorstel "winst in de zorg" wordt teruggenomen? (met andere woorden, voor welk probleem was dit wetsvoorstel een oplossing)*

- Investerings in het eigen vermogen (kapitaalbuffer) van aanbieders van intramurale medisch specialistische zorg zijn nodig. Private partijen kunnen helpen met die investeringen. Het wordt voor hen pas echt aantrekkelijk om te investeren als er geen verbod op winstuitkering is.
- Het wetsvoorstel is noodzakelijk om het verbod op winstuitkering voor aanbieders van medisch specialistische zorg op te heffen (voor intramurale care blijft het verbod van kracht).
- Er is een grote afhankelijkheid van bankleningen en een toenemende kapitaalbehoefte: investeringen in vernieuwing zijn noodzakelijk en aflopende bankleningen moeten worden vernieuwd. Banken worden terughoudender met het verstrekken van leningen. Lenen wordt duurder door de crisis, internationale regelgeving en weinig concurrentie tussen banken.
- De noodzaak voor een groter eigen vermogen en grotere weerbaarheid nemen toe door de complexere omgeving en een hoger risico. Een kapitaalbuffer kan soms niet of moelzaam uit de lopende bekostiging worden opgebouwd.
- Winstuitkering toestaan met wettelijke voorwaarden voorkomt constructies via de achterdeur (zoals achtergestelde leningen of verkapte winstuitkering) die de activiteit van privaatkapitaalverschaffers aan het zicht onttrekken.
- De aanwezigheid van investeerders zorgt bovendien voor een doelmatiger bedrijfsvoering (zoals efficiënte inkoop) en betere governance (zoals controle op het bestuur). Immers, extra vreemde ogen dwingen. Internationaal onderzoek bevat bewijs voor kwaliteitsverbetering (oa. voorbeelden Duitsland, Frankrijk, Zweden).

*Zijn er randvoorwaarden te verzinnen bij het wetsvoorstel, die zekerheden bieden tegen korte termijn investeerders die alleen maar uit zijn op snelle winst?*

De verwachting is dat korte termijn investeerders niet snel zullen investeren in medisch specialistische zorg: de sector is complex, het grootste deel van de aanbieders heeft op dit moment een lage solvabiliteit (er is geen ruimte op de balans voor snelle winstuitkeringen) en de groei is niet groot (gemiddeld 2,5%).

Daarnaast bevat het huidige wetsvoorstel al randvoorwaarden die ervoor zorgen dat korte termijn investeerders niet snel zullen investeren in medisch specialistische zorg:

- (i.) winstuitkering pas na een termijn van drie jaar,
- (ii.) indien voldaan is aan minimumkwaliteitseisen en na extra controle IGZ,
- (iii.) indien voldaan is aan minimumsolvabiliteitseisen uit Burgerlijk Wetboek.

Mogelijke extra voorwaarden die korte termijn investeerders buiten de deur zouden houden zijn:

(1.) Alleen surpluswinst boven x% solvabiliteit van balanstotaal mag worden uitgekeerd (voorstel: 20%, conform maatstaf banken). Dit zorgt er voor dat de investeerder de zorgaanbieder niet kan 'kaalplukken'. Nadat de kapitaalbuffer tot x% is opgebouwd, moet altijd x% aanwezig blijven. Snelle winsten zijn dan uitgesloten. Nadeel is dat de zorgaanbieder op termijn 'dood geld' op de balans heeft.

(2.) Alleen winst uit reguliere exploitatie mag worden uitgekeerd. "Bijzondere baten" mogen niet als winst worden uitgekeerd, maar moeten apart voor de zorg bestemd worden. Daarmee wordt voorkomen dat korte termijn investeerders snelle winst boeken en uitkeren door de balans te optimaliseren (bijvoorbeeld verkoop vastgoed).

Deze twee voorwaarden vullen elkaar en de overige drie eisen aan. Investeren is dan alleen voor de lange termijn interessant.