

Integratie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars: een goed idee?

BUNDLE Congres 2025
4 juni 2025

Erik Schut

Verticale integratie zorgaanbieder - zorgverzekeraar

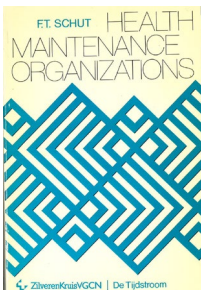
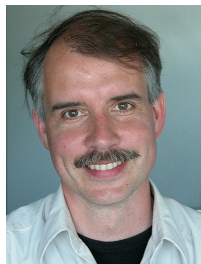
Meest bekende voorbeeld: Health Maintenance Organization (HMO)

Kenmerken klassieke HMO (bijv. Kaiser)

- Integratie van zorgaanbieder en verzekeraar in één organisatie
- Breed geïntegreerd multidisciplinair zorgaanbod (preventie–1^e lijn–2^e lijn)
- Populatiebeposting: afgebakende populatie -> premie = zorgbudget
- Gesloten panel zorgaanbieders (exclusiviteit): toegang tot externe zorgaanbieders alleen in specifieke gevallen (bijv. spoedzorg)
- Zorgaanbieders in loondienst of betaald per patiënt (met prestatiebonus)
- Uniform informatiesysteem met feedback en intercollegiale toetsing



ESB 1986



Health maintenance organizations

De mogelijkheid van geregleerde concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg

Welke minister van Financiën droomt niet van een even goede, maar veel goedkopere gezondheidszorg? In de VS lijkt die droom werkelijkheid te kunnen worden. Daar bestaan zogenaamde health maintenance organizations (hmo's), die 10 tot 40 procent voordeliger zijn dan het traditionele gezondheidszorgsysteem. Hmo's zijn organisaties voor zowel verstrekking als verzekering van medische zorg en zijn onderhevig aan door de overheid geregleerde concurrentiemechanismen. In een voorgaand artikel (ESB, 6 november 1985) hebben de auteurs de werkwijze en financiering van de Amerikaanse hmo's geanalyseerd. In dit artikel wordt onderzocht of hmo's ook in ons land toepasbaar zijn. De auteurs concluderen dat, hoewel er (juridische) belemmeringen zijn, de introductie van bepaalde typen hmo's de Nederlandse gezondheidszorg zowel in financieel als in kwalitatief opzicht ten goede zou komen.

PROF. DR. W.P.M.M. VAN DE VEN – DRS. F.T. SCHUT*

Health maintenance organizations (hmo's) zijn organisaties voor zowel verstrekking als verzekering van medische zorg. In het afgelopen decennium hebben de hmo's een structurele omwenteling in de Amerikaanse gezondheidszorg teweeggebracht. Deze omwenteling wordt gekenmerkt door sterk toenemende concurrentie en marktconcentratie, waarbij zelfstandige beroepsbeoefenaren plaatsmaken voor concurrerende ondernemingen (1), en heeft geresulteerd in een scherpe daling in het ziekenhuisgebruik. Gebieken is dat hmo's dank zij hun specifieke organisatie- en financieringsstructuur alsmede dank zij onderlinge concurrentie en concurrentie met andere verzekeraars en zorgverleners in staat zijn kwalitatief hoogstaande zorg te verstrekken tegen 10 tot 40% lagere kosten dan het traditionele gezondheidszorgsysteem in de VS.

Het klaarblijkelijke succes van hmo's heeft ook bij beleidsmakers in de gezondheidszorg in Nederland een groeiende belangstelling voor deze organisatie opgewekt. Een ander vormt voor ons de reden om na te gaan op welke wijze de Nederlandse gezondheidszorg haar voordeel kan doen met de Amerikaanse ervaringen met hmo's.

In eerdere publicaties hebben wij uitgebreid aandacht besteed aan hmo's in de VS (2). In dit artikel willen wij vanuit een economische invalshoek de mogelijkheden verkennen voor hmo's in Nederland. Eerst wordt aangegeven dat een discussie over wel of geen hmo's in feite een fundamentele discussie is over het ordeningsprincipe in de gezondheidszorg. Vervolgens besteden wij aandacht aan de relevantie van hmo's voor Nederland. Nagegaan wordt welke (mogelijke) belemmeringen er thans in Nederland voor hmo-achtige organisaties bestaan. We sluiten af met een aantal aanbevelingen om hmo's in Nederland mogelijk te maken.

Overheidsplanning of geregleerde concurrentie?

Alvorens in te gaan op mogelijke hmo-achtige ontwikke-

lingen in Nederland moet worden vastgesteld dat een discussie over wel of geen hmo's niet alleen een discussie is over een bepaalde verzekeringsvorm, maar in feite een fundamentele discussie is over het ordeningsprincipe in de gezondheidszorg. Kiezen voor hmo's betekent het verlaten van de in de Structuurnota gezondheidszorg (1974) uitgezette weg van nagenoeg volledige overheidsplanning ten gunste van geregleerde concurrentie (3) in de gezondheidszorg. Belangrijke doelstellingen in de Structuurnota waren het aanbrengen van verschuivingen van specialistische intramurale zorg naar extramurale en preventieve zorg en het vorgoien van de doelmatigheid, de bereikbaarheid en de onderlinge samenhang van de zorg. Het voorgestelde wettelijk instrumentarium om deze doelstellingen te realiseren bestond uit de Wet voorzieningen ge-

* De auteurs zijn als gezondheidszorgeconoom verbonden aan de Stichting Algemeen Gezondheidszorg (SAG), Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit artikel is gedeeltelijk gebaseerd op een lezing gehouden op het jaarlijkse congres van de Vereniging voor Gezondheids-economie 1985 en een lezing gehouden op de studiedag 'Marktmechanismen en Gezondheidszorg', april 1986, georganiseerd door de Stichting Onderwijs Ziekenhuiswet. De auteurs danken dr. H.E.G.M. Hermans, dr. H.J.M.I. Kemna, drs. J.M. Dekkers en drs. R.L. Kamermans voor hun waardevolle commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Deze studie is mede mogelijk gemaakt dank zij een subsidie van Zilveren Kruis VGZ/NL Ziektekostenverzekeringen.

1) De gezondheidszorg is een van de laatste bedrijfstakken in de geïndustrialiseerde wereld waarin de individuele producenten (nog) dominant zijn. In de VS vindt nu echter in verscheidene jaren een overgang plaats van een individuele naar een georganiseerde productie-wijze. Voor een uitstekende analyse van de achtergrond van dit proces is de richting van 'corporate medicine' zie P. Starr, *The social transformation of American medicine*, Basic Books, New York, 1982, blz. 40-41.

2) F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, Health maintenance organizations. Een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg, ESB, 6 november 1985, blz. 1111-1117; F.T. Schut, Health Maintenance Organizations: een geïntegreerde wijze van verzekeren en verzorgen van gezondheidszorg, De Tijdstroom, Loeven, 1986.

3) Onder geregleerde concurrentie verstaan wij een ordeningsprincipe waarbij allocatie en prijszetting in beginsel door de marktpartijen worden bepaald, doch waarbij de overheid door middel van regulering bepaalde garanties biedt voor een rechtvaardige verdeling en randvoorwaarden stelt voor een efficiënte marktwerking.

Déjà vu?

Zorgstelsel gebaat bij verzekeraars opgericht door zorgaanbieders

Door de tegengestelde belangen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt niet altijd passende zorg verleend en wordt er weinig ingezet op preventie, doelmatige verstreking en coördinatie van zorg. Zorgaanbieders zouden ook zelf een zorgverzekeraar kunnen oprichten. Leidt dit tot betere zorg?

IN HET KORT

- Door belangentegenstellingen en informatieproblemen zijn prikkels om meer zorg aan te bieden dan nodig.
- De perverse prikkels verdwijnen als zorgaanbieders een eigen verzekeraar oprichten, wat kan leiden tot betere zorg.
- Door een recente verbetering van de risicovereniging kunnen verzekeraars opgericht door zorgaanbieders nu rendabel zijn.

WYNDAND VAN DE VEN
Emeritus hoogleraar
aan de Erasmus Un-
iversiteit Rotterdam
(EUR)

ERIK SCHUT
Hoogleraar aan de
EUR

Nederland gaat richting een permanent zorg-infarct als de bekostiging van de zorg niet drastisch op de schop gaat (Pennarts et al., 2020). Zorgverzekeraars betalen zorgaanbieders vaak afzonderlijk en per activiteit (zoals een consult of verrichting). Hierdoor heeft de zorgaanbieder een prikkel om zo veel mogelijk activiteiten te leveren, die onderling slecht zijn afgestemd tussen de verschillende zorgaanbieders (Eijkenaar en Schut, 2015). Dit blijkt uit het feit dat veel uitgevoerde behandelingen en diagnostiek niet effectief of doelmatig zijn (Van Elk, 2024).

De prikkel tot onnodige zorg in het huidige zorgstelsel is lastig tegen te gaan vanwege een klassiek principal-agent probleem. Ten eerste zijn er tegenstelde belangen tussen verzekeraars ('de principal') en zorgaanbieders ('de agenten'). Zorgaanbieders willen de beste kwaliteit zorg leveren en hebben financieel belang bij het verstrekken van zo veel mogelijk zorg, terwijl zorgverzekeraars juist sterke prikkels ondervinden om hun schadelast te beperken. Dit leidt ertoe dat zorgaanbieders geen belang hebben bij preventie en doelmattige subsistentie en coördinatie van zorg, dit leidt immers tot minder te verlenen zorg in de toekomst.

Ten tweede beschikt de zorgverzekeraar vaak over onvoldoende informatie om goede prijs en kwaliteitsafspraken te kunnen maken met de zorgaanbieders. Hoewel de beschikbare informatie over prijs en kwaliteit van zorg de afgelopen decennia aanzienlijk is verbeterd, is deze nog

altijd onvoldoende om effectieve afspraken te maken, en komen alternatieve bekostigingsvormen maar spaarzaam en uiterst moeizaam van de grond (Eijkenaar en Schut, 2015; Cattel et al., 2021).

Dit informatieprobleem en de tegenovergestelde belangen leiden tot incomplete contracten, waarbij zorgverzekeraars, in plaats van specifieke contractuele afspraken te maken over de prijs en uitkomsten van zorg, noodgedwongen een maximumbedrag afkijken dat een zorgaanbieder kan declareren. Met deze zogenaamde omzetplafonds beogen de zorgverzekeraars de zorguitgaven te beheersen, maar dit biedt juist een prikkel aan zorgaanbieders om precies tot dit plafond zorg aan te bieden.

De incomplete contracten leiden bij zorgaanbieders vaak tot frustraties. Zo klagen ze dat zorgverzekeraars alleen geïnteresseerd lijken in de kosten en niet in de kwaliteit van zorg. Individuele praktijkovende aanbieders van eerstelijnszorg (huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten) klagen bovendien vaak over standaardcontracten waarvoor niet kan worden onderhandeld en ziekenhuizen klagen over lastige onderhandelingen met de zorgverzekeraars, over de onnodige bemoeienis met hun bedrijfsvoering en over bureaucratische regeltjes.

In dit artikel laten we zien dat wanneer zorgaanbieders zelf een zorgverzekeraar oprichten, deze perverse prikkels tot overmatige zorgproductie worden weggenomen, wat kan leiden tot betere en efficiëntere zorg.

Een eigen zorgverzekeraar oprichten

Wanneer zorgaanbieders zelf een zorgverzekeraar oprichten, zijn ze verlost van de bemoeienis van de zorgverzekeraars. De meest bekende vorm van verticale integratie van zorgaanbieder en zorgverzekeraar is de zogeheten *Health Maintenance Organization* (HMO) (Schut en Casparie, 1987). Een voordeel voor de zorgaanbieders is dat ze dan zelf beschikken over de premieopbrengsten. Hierdoor hoeven ze gerealiseerde doelmatigheidswinsten niet langer te delen met de zorgverzekeraars, maar kunnen ze deze volledig zelf behouden, ook op lange termijn. Zorgaanbieders zijn dan zelf gehouden om zo verantwoord en doelmattig mogelijk met de ontvangen zorgpremies om te gaan. Dit kan de negatieve gevolgen van bestaande belangentegenstellingen en informatieverschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars effectief verminderen dan wel elimineren.

Zodra één organisatie zowel medisch als financieel

ESB 2024



Eijkenaar

Zorgstelsel kampt met principaal-agent problemen

Goede contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar worden belemmerd door:

- Informatieasymmetrie
- Belangentegenstellingen

Resultaat: 'Incomplete' contracten, gebrekkige coördinatie, onderling wantrouwen, veel bureaucratische controle

A stylized, handwritten-style logo of the word "Erasmus" in a dark grey or black color, located in the bottom right corner of the slide.

Dit frustreert afspraken over passende zorg

RVS: huidig stelsel frustreert domein-overstijgende samenwerking

Bekostiging belemmert juiste zorg op juiste plek

Verdienmodel voor preventie ontbreekt

Zorgverzekeraars blijven volume belonen

Integraal Zorg Akkoord

Samen werken aan gezonde zorg

september 2022

NZa: Zet gezondheidswinst centraal in bekostiging medisch-specialistische zorg

Nieuwsbericht | 04-10-2018 | 11:00

De Nederlandse Zorgautoriteit adviseert om zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg te gaan belonen op basis van de gezondheidswinst voor de patiënt. Contracteren op waarde moet de norm worden, zodat zorg op de juiste plek en doelmatige inzet van mensen en middelen een stap dichterbij komt. Dit is nodig om de zorg ook op termijn betaalbaar te houden. Dat staat in het Advies bekostiging medisch-specialistische zorg 'Belonen van zorg die waarde toevoegt' aan minister Bruins voor Medische Zorg.

Kaljouw (NZa): 'Zorg is te veel een verdienmodel'



Skipr Redactie

23 juni 2020, 09:05

2331 keer gelezen

De NZa vindt dat de zorg minder gericht moet zijn op productie. "De zorg is te veel een verdienmodel geworden", zegt Marian Kaljouw, bestuursvoorzitter van de NZa in NRC Next. "We moeten kijken hoe we dat om kunnen draaien. Dat we minder gericht zijn op productie, maar wel doen wat nodig is."

Ziekenhuizen klagen over opstelling verzekeraars bij contractering

Ezafus

Verticale integratie verkleint deze problemen

Want **gezamenlijk belang** zorgaanbieder en zorgverzekeraar bij:

- **kostenbeheersing** (want premieopbrengst = budget)
- effectieve **preventie** ('health maintenance')
- **JZOJP**
- goede **coördinatie** van zorg
- goede **kwaliteit** zorg (**mits ...**)
- delen van **informatie**

Succesvolle voorbeelden in **buitenland**: Kaiser (VS), Israel (4 HMO's)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Erasmus', is located in the bottom right corner of the slide.

40 jaar geleden: discussie over HMO's in Nederland

- Commissie Dekker: Eén basisverzekering met contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars over prijs en kwaliteit
- Alternatief voor contracten: verticale integratie aanbieder-verzekeraar
- Succesvol in VS: Health Maintenance Organizations (HMO's)



Zorgstelsel in 1986 niet geschikt voor HMO's

- Wettelijk **verbod** op verticale integratie Ziekenfondswet
- Ziekenfondsen **niet risicodragend**
- **Contracteerplicht** ziekenfondsen
- Uniforme **modelovereenkomsten**
- Aanbod- en prijs**regulering**
- Onderscheid **ziekenfonds – particulier** belemmert integratie

Zorgstelsel na 2006 meer geschikt voor HMO's

- Verticale integratie wettelijk toegestaan in Zorgverzekeringswet
- Zorgverzekeraars risicodragend
- Selectieve contractering toegestaan
- Individuele contracten zorgverzekeraar - zorgaanbieder
- Meer vrijheid in aanbod en prijsstelling
- Eén basisverzekering

Maar nog wel de nodige obstakels ...

- Imperfecte risicoverevening
- Onvoldoende kwaliteitsinformatie
- Dominante machtsposities
- Wettelijke belemmeringen
- Onduidelijkheid over geschikte 'hoofdaannemers'

Belang van goede risicoverevening: een illustratie

Effect Diabetes Management Programma van HMO op zorggebruik en kosten

Year	Amputations per 1000	New Diabetic Retinopathy	Myocardial infarction per 1000	Cases of ESRD per 1000	Discounted net savings per diabetic
1994	10.7	n.a.	13.5	n.a.	\$0
1995	9.5	77.6	15.8	n.a.	72
1996	6.7	67.1	14.7	n.a.	179
1997	7.0	69.5	13.4	n.a.	288
1998	5.1	67.7	13.4	n.a.	391
1999	5.1	57.7	14.1	n.a.	496
2000	4.8	66.6	14.0	n.a.	595
2001	4.9	57.4	11.6	2.3	695
2002	4.5	59.8	12.4	1.4	790
2003	4.0	56.1	12.6	1.3	878
2004	4.5	62.1	12.0	1.0	961

Diabetes management lonend voor HMO in VS?

- Kostenreductie per diabetespatiënt circa 13%
- Kwaliteitsverbetering trekt extra diabetespatiënten aan:
 - aandeel stijgt van 5,6% tot 10,1% (in rest van de regio: stijging van 3,5 tot 4,7%)
- Diabetespatiënt gemiddeld bijna 5x zo duur als gemiddelde verzekerde
- Geen risicoverevening = geen compensatie voor gemiddeld hogere verwachte zorgkosten van diabetespatiënten
- Ergo: geen business case voor HMO met Diabetes Management Programma

Risicoverevening in Nederland goed genoeg?

- Risicoverevening in Nederland: geleidelijk **sterk verbeterd**
- Maar **tot 2024 chronisch zieken** nog steeds **ondercompenseerd**
- Door invoering 'Constrained Regression' (CR) in 2024 zijn verzekerden met ≥ 1 **chronische aandoening** (58%) gemiddeld **niet langer** voorspelbaar **verliesgevend** (Van Kleef et al. 2023)
- Dit maakt het oprichten van HMOs door zorgaanbieders een stuk aantrekkelijker: voor het eerst een **business case**!?

A stylized, handwritten-style logo of the word "Erasmus" in a dark blue or black color.

Kwaliteitsinformatie voldoende?

- HMOs hebben sterke prikkels tot **kostenbeheersing**:
 - premieopbrengst = populatiebekostiging = zorgbudget
- Dit kan leiden tot ongewenste gedragingen:
 - **Risicoselectie**: aantrekken voorspelbaar winstgevende verzekerden
 - **Vermindering** van (kostenverhogende) **kwaliteit**
- Remedies:
 - Adequate **risicoverevening**
 - Voldoende betrouwbare en beschikbare **kwaliteitsinformatie**

Groeiende druk op verbetering kwaliteitsinformatie

Patiëntenfederatie: gebrek aan transparantie over kwaliteit van zorg is onaanvaardbaar



Corine Lutz 4 december 2024, 10:58 1366 keer gelezen

Er moet dringend meer openheid komen over de kwaliteit van zorg in Nederland, stelt Patiëntenfederatie Nederland. De Patiëntenfederatie vindt het tijd dat zorgaanbieders en specialisten hun verantwoordelijkheid nemen en de beste zorg voor patiënten boven alles stellen.

NZa: informatie over kwaliteit van zorg nauwelijks te vinden



Suzanne Bremmers 7 november 2024, 14:38 1242 keer gelezen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt zich zorgen over het achterblijven van verbeteringen op het gebied van transparantie van uitkomsten. Uit een rapport blijkt dat ziekenhuizen en zelfstandige behandelklinieken nauwelijks vindbare informatie geven aan patiënten over de uitkomsten van zorg. Dat terwijl zorgorganisaties die medisch-specialistische zorg verlenen, dit wel verplicht zijn.

Dominante machtsposities?

- HMOs vereisen een minimale schaalgrootte (>100.000 verzekerden)
- Dit kan in sommige regio's leiden tot sterke machtsconcentratie
- Machtsconcentratie met verticale integratie kan leiden tot problemen:
 - Gedwongen winkelnering
 - Uitsluiting van andere aanbieders of verzekeraars
- Remedies:
 - Verticale integratie **verbieden** in geval van machtsconcentratie (ACM)
 - **Verplichtingen opleggen** o.g.v. Aanmerkelijke Marktmacht (NZa)
 - **Reguleren**, bijvoorbeeld maatstafconcurrentie (overheid)

Een omstreden verticale integratie

- Voorgenomen integratie Vlietland-DSW in 2009

NRC 06/01/2009

‘Participatie haalt dynamiek uit zorg’

Kamerlid Schippers (VVD) verzet zich tegen deelname verzekeraars in zorginstellingen

De patiënt krijgt minder keuzemogelijkheden als verzekeraars en zorgaanbieders te innig verweven raken. Minister Klink moet nu ingrijpen, vindt Kamerlid Schippers.

Door onze redacteur
ANTOINETTE REERINK
DEN HAAG, 5 JAN. Niet eerder nam een zorgverzekeraar deels bezit van een Nederlands ziekenhuis. Vandaag werd bekend dat zorgverzekeraar DSW, samen met zorgverleners als huisartsen en medisch specialisten, het Schiedamsche Vlietland Ziekenhuis overneemt. Het ministerie van Volksgezondheid bekijkt de plannen.

Volgens Tweede Kamerlid Edith Schippers (VVD) kan minister Klink (Volksgezondheid, CDA) niet anders dan dit verbieden. „Hij moet onmiddellijk ingrijpen.”

Waarom? Als het tot betere samenwerking tussen zorgverleners leidt?

„Ik heb onlangs een motie ingediend om het onmogelijk te maken dat zorgverzekeraars participeren in ziekenhuizen of andere zorginstellingen. Of daarmee fuseren. Het zal de keuzevrijheid van patiënten drastisch beperken. Dit betekent alleen maar meer samenklontering. Als zich in een regio een nieuwe zorgaanbieder aandient die zegt betere en goedkopere zorg te verlenen, moet hij daarvoor de ruimte krijgen. Daar hebben patiënten belang bij. Maar een verzekeraar die mede-eigenaar is van een ziekenhuis, zal daar een stokje voor willen steken.”

Ze'n verzekeraar heeft toch ook baat bij concurrentie?

„Nee. DSW zal het zeker niet toelaten als er bijvoorbeeld naast het Vlietland Ziekenhuis een nieuw ziekenhuis komt. Dat betekent verlies in eigen tent. Daarom zal zo'n verzekeraar er alles aan doen om een nieuwe aanbieder van de markt te drukken. Dat kan door geen contracten met die aanbieder te sluiten, waardoor patiënten de mogelijkheid wordt ontnomen



Edith Schippers Foto Peter Hilz
men naar de concurrent te gaan.”

Druist het in tegen de marktwerking van het nieuwe stelsel?

„Het verstaat de zorg en patiënten krijgen steeds minder te kiezen.”

Uw motie om verzekeraars te verbieden zorg te verlenen, is aangenomen. Kan het Vlietland Ziekenhuis zijn plannen dan wel realiseren?
„In mijn motie, medeondertkend

door GroenLinks en PVV en door een meerderheid gesteund, vraag ik om een wettelijk verbod. Klink moet daar werk van maken, maar nu is het nog niet verboden. Wel heb ik in de motie gevraagd om ook de huidige zorgverlening door zorgverzekeraars te verbieden.”

Wie treft dat?

„Menzis, bijvoorbeeld, heeft geld gestoken in medische centra waar huisartsen nauw samenwerken met onder anderen fysiotherapeuten, psychologen en apothekers. Achmea heeft aandelen in zelfstandige behandelcentra. CZ participeert in een afdeling orthopedie. De Kamer wil dat alle zorgverzekeraars zorg afstoten als ze die al bezitten. Ik zou zeggen: schoenmaker, blijf bij je leest!”

Mogen zij alleen goede zorg inkopen?

„Hun taak in het nieuwe zorgstelsel is hoogwaardige zorg inkopen tegen scherpe prijzen. Dat doen ze nog maar matig. Als een verzekeraar geld steekt in een ziekenhuis, hoe weet ik dan of hij daar niet

zorg inkoopt omdat het van hem zelf is? Zorgverzekeraars moeten niet ineens veel meer invloed op zorgaanbieders gaan krijgen. Dat bevordert de transparantie van de zorg niet. Hoe weet ik straks nog wat er met mijn premiegeld gebeurt? Als een ziekenhuis failliet gaat, wie is daar dan verantwoordelijk voor? Straks sluiten woningbouwcorporaties zich ook nog aan. Samenwerken is goed, maar gezamenlijke eigendom niet.”

Maar het ziekenhuis heeft behoefte aan geld. Mag dat wel van andere private investeerders komen?

„Daar zijn wij niet tegen. Wij hebben er geen bezwaar tegen dat particuliere aandeelhouders het Slotervaart Ziekenhuis en de IJsselmeeerziekenhuizen hebben overgenomen.”

In de VS bezitten verzekeraars toch ook zorginstellingen?

„Ik heb gezien dat patiënten er niet kunnen kiezen. Daar zijn verzekeraars en zorgaanbieders allemaal gefuseerd. Iedere dynamiek is daar uit de zorg verdwenen.”

Klink negeert bezwaar Kamer

Verzekeraar mag hospitaal overnemen

Door een onzer redacteurs

DEN HAAG, 4 MAART. Minister Klink (Volksgezondheid, CDA) wil zorgverzekeraars niet verbieden ziekenhuizen of andere zorgaanbieders over te nemen. Daarmee legt hij de wens van een ruime Kamermeerderheid naast zich neer.

Dat blijkt uit antwoorden van de minister op Kamervragen. Vorige maand kondigde zorgverzekeraar DSW aan met verschillende regionale zorgpartijen het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam te willen overnemen. Dat zorgde voor heftige reacties in de politiek. Eerder was sprake van fusiegesprekken tussen de Rivas zorggroep in Gorinchem (leverancier van langdurige zorg) en zorgverzekeraar Univé. Rivas ontdekte die overgans.

Kamerleden zijn zeer kritisch over zorgverzekeraars die zorg gaan verlenen omdat dit de keuzevrijheid van patiënten drastisch zou verminderen. Een motie van Kamerlid Schippers (VVD) voor een wettelijk verbod op zulke ‘verticale’ zorgfusies werd vrijwel unaniem door het parlement aangenomen. De Kamer wil nu met spoed een debat met de minister.

Minister Klink wijst voorsnogen verbod af omdat volgens hem al voldoende waarborgen bestaan om machtsmisbruik van verzekeraars te voorkomen, zoals het toezicht van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Bovendien kunnen ontevreden verzekerden naar een andere ver-

zekeraar overstappen.

Klink ziet voordelen in verzekeraars die participeren in zorgaanbieders. „Door te fuseren of andere samenwerkingsvormen aan te gaan, kunnen de verschillende partijen elkaar aanvullen en versterken en hierdoor meerwaarde voor cliënten bieden.” Dat voordeel ziet hij ook in personele unies tussen zorginstellingen en woningbouwcorporaties, zoals de woonzorggroep Espria. Dit biedt volgens hem kansen „voor innovatieve zorgconcepten”.

Kamerlid Schippers is verontwaardigd. Volgens haar kan de minister zorgverzekeraars niet zomaar toestaan ziekenhuizen over te nemen, omdat zulke fusies nooit meer zonder grote problemen terug te draaien zijn. In de gezondheidszorg zijn meer soortgelijke initiatieven. „De verzekeraar krijgt twee petten op. Als hij ook nog eens ziekenhuisdirecteur wordt, vertegenwoordigt hij heel andere belangen. Daar zijn patiënten en verzekerden absoluut niet bij gebaat”, aldus Schippers.

Ook Kamerlid De Vries (CDA) is niet tevreden met het standpunt van de minister. „Wij behouden ernstige twijfels.”

Wettelijke obstakels

- Vereist **solvabiliteitsreserve** (gemiddeld 500 euro per verzekerde)
 - oplossingen: participatie zorgaanbieders, deelname bestaande zorgverzekeraar, kapitaal investeerders, herverzekering
- Verbod op **nevenactiviteiten** zorgverzekeraars
 - oplossing: holdingstructuur
- Vergoeding **niet-gecontracteerde zorg (hinderpaalcriterium)**
 - oplossing: wettelijke duidelijkheid vergroten

Wie pakt de handschoen op?

- Wie neemt het **initiatief**:
 - **zorgaanbieders** of **zorgverzekeraars** (of samen)?
- Wat is de meest geschikte '**hoofdaannemer**'?
 - **eerstelijnsorganisatie(s)**?
 - **ziekenhuis**?
- **IZA/AZWA** als kans?
 - oprichting HMO als een '**impactvolle transformatie**' op basis van een '**gelijkgerichte**' actie van (regionale?) zorgaanbieders en zorgverzekeraars
- **Wie durft?**