

SAMEN ONDERHANDELEN

Door onderling afspraken te maken hebben zorgverzekeraars een sterke onderhandelingspositie gecreëerd. Ook zorgaanbieders moeten zich organiseren en als krachtige gesprekspartner optreden.

J.P. ZOCK

Marktwerving in de zorg is een hot topic. Er schort echter van alles aan de manier waarop de zorgverzekeraars marktwerking invullen.

In de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars treedt in elke regio een preferente zorgverzekeraar op namens alle zorgverzekeraars in Nederland. De preferente zorgverzekeraar is degene die lokaal de meeste verzekerden heeft. Als onderhandelaar met de zorgaanbieders heeft hij een monopoliepositie. Zorgaanbieders worden gecontracteerd op zijn voorwaarden. Deze voorwaarden gelden dus ook voor de patiënten die niet bij deze zorgverzekeraar zijn aangesloten.

Die verzekeraar treedt op naar eigen inzicht en prioriteiten. Dit kan zo ver gaan dat de zorgverzekeraar zijn onderhandelingspositie namens alle zorgverzekeraars gebruikt om te proberen voordelen ten eigen bate af te dwingen.

In de onderhandelingsrol zou de preferente zorgverzekeraar eigenlijk alleen over die onderwerpen moeten spreken die voor alle verzekerden, en dus verzekeraars, van toepassing zijn. Het zou niet moeten uitmaken welke verzekeraar als vertegenwoordiger van alle verzekerden in Nederland optreedt of waar in Nederland de zorgaanbieder actief is. In de praktijk zijn er echter verschillen.

ONDERHANDELEN

Uiteraard mag een zorgverzekeraar met zorgaanbieders onderhandelen over extra aanbiedingen. Dat moet dan plaatsvinden in een apart overleg en in een context waarbinnen de zorgverze-

keraar alleen voor eigen rekening en onder eigen naam optreedt. Om ook echt marktwerking te creëren zouden deze extra's niet aan de regio van de verzekeraar gebonden moeten zijn, maar door de verzekeraar landelijk aan alle zorgaanbieders moeten worden aangeboden. Dit is echter vanwege het aantal zorgaanbieders ondoenlijk.

Huisartsen kunnen hiervan profiteren door zich te organiseren. Niet als één partij, want dat verbiedt de Nederlandse Mededingingsautoriteit. Wellicht is het acceptabel als er vijf of tien partijen zijn. De verenigingen van huisartsen moeten leden over het land hebben en zouden bijvoorbeeld op basis van de praktijkorganisatie kunnen worden gevormd: solopraktijken, duopraktijken, apotheekhoudende huisartsen. Ook andere kenmerken kunnen het uitgangspunt voor zo'n vereniging vormen.

PRIJZEN EN CONDITIES

Elke vereniging definieert een eigen 'zorgaanbod' met prijzen en voorwaarden. De verenigingen laten de zorgverzekeraars bieden op hun pakket en kunnen zonodig elk met alle zorgverzekeraars over de prijs en de condities van hun pakket onderhandelen en contracten afsluiten.

Als overeenstemming wordt bereikt, biedt men als huisarts en lid van deze vereniging dit pakket aan aan die patiënten die klant zijn van de zorgverzekeraar. Een vereniging kan met meer zorgverzekeraars contracten sluiten. Ook de zorgverzekeraars moeten zo concurreren en dus ontstaat er marktwerking naar de zorgaanbieders toe. De onderhandelingen zullen vooral gaan over de extra's zoals bijzondere

diensten waarmee een zorgverzekeraar zijn verzekerden aan zich kan binden.

Met deze benadering komt er meer evenwicht in de verhoudingen tussen de *kleine huisarts* en de *grote verzekeraar*.

VRIJE ARTSENKEUS

Een heikel punt is de vrije artskenus. De verzekeraar kan eisen dat patiënten alleen huisartsen kunnen kiezen van de vereniging waarmee de verzekeraar een contract heeft gesloten. In een op marktprincipes gebaseerde zorg is dat bijna onvermijdelijk. Als extra zou de verzekeraar in zijn voorwaarden kunnen opnemen dat de vrije artskenus gehandhaafd blijft, maar dat bij andere huisartsen eventueel een aangepast verstrekkingspakket wordt vergoed. Het is dan aan de verzekeraars om de kosten onderling te verrekenen. Dat gebeurt immers ook op andere terreinen waarop verzekeraars actief zijn. Een verzekeraar kan met meer verenigingen van huisartsen contracten afsluiten, mits de voorwaarden verschillen. De keerzijde is dat een huisarts voor verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar een aantal extra's niet beschikbaar heeft. Dit kan voor de verzekerden een reden zijn om van verzekering te veranderen.

Dit model is waarschijnlijk te eenvoudig. Maar het biedt aanknopingspunten om de positie van de huisarts in het krachtenveld van de zorgmarkt te verstevigen. Overigens laat het ook zien hoe gekunsteld marktwerking in de huisartsenzorg is. ■

dr.ir. J.P. Zock,
arts, freelance adviseur kwaliteitszorg

Correspondentieadres: j.zock@ngi.nl

Referenties

1. Mierlo JGA van. *Klant is koning op de zorgmarkt*, Medisch Contact 59; 47: 1857-60. 2. Bommel JAG van. *Weer eigen baas*. Medisch Contact 59; 47: 1861-3.