

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen praten al maanden met minister Schippers over het afremmen van de zorgkosten. Het tempo waarin die volumegroei moet afnemen, vinden de verzekeraars echter te hoog. Niettemin zien zij genoeg kansen om de regierol op zich te nemen. 'Als ziekenhuizen voldoen aan kwaliteitsnormen, efficiënter werken en zich specialiseren, kunnen we een flinke kostenslag maken,' zegt Roelof Konterman, directievoorzitter van Achmea Zorg, met 30 procent marktaandeel de grootste zorgverzekeraar.

**De Autoriteit** | Loek Kusiak

**Roelof Konterman, directeur Achmea Zorg:**

# 'Zorggebouw kun je niet in één jaar afbreken'

**Minister Schippers wil de volumegroei van 5% per jaar hoe dan ook beperken tot 2,5% vanaf 2012. Een akkoord met zorgverzekeraars en ziekenhuizen is nog ver weg. Wat is het pijnpunt voor Zorgverzekeraars Nederland?**

De minister zit daadkrachtig in de besprekingen, maar partijen verschillen niet in ambitie als het gaat om het efficiënter inrichten van de zorg door te belonen naar prestatie, meer vrijeprijsvorming in het B-segment, meer gereguleerde marktwerking. Verschil van mening is er over het tempo van invoering van een groot pakket maatregelen. De timing vanaf 2012 heeft me verrast, want dat is niet realistisch. We hebben in 25 jaar een zorginfrastructuur met budget-financiering opgebouwd. Zoiets kun je niet in één jaar tijd met één of twee maatregelen veranderen. Dit moet je over drie à vier jaar uitsmeren wil je effecten van een ombuiging van 2,5% procent zien. Bedenk dat de zorgvraag groeit. We worden ouder, chronische aandoeningen nemen toe, technologisch kan er steeds meer. Eén manier die direct effect kan sorteren is verhoging van eigen bijdragen en beperking van het zorgpakket. Dat pakket is niet onaantastbaar, maar daar ga ik niet over. Dat is aan de Tweede Kamer.

**PvdA-Kamerlid en oud-Agis bestuursvoorzitter Eelke van der Veen zegt dat een budgetkorting voor ziekenhuizen averechts werkt. Als een ziekenhuis over een paar jaar een korting krijgt opgelegd van pakweg 4 procent zorgt het in de tussentijd wel voor een omzetting van 10 procent. Uw reactie?**

Natuurlijk heeft hij een punt. Als de generieke korting voor iedereen gelijk is, is dat geen prikkel om het braafste jongetje van de klas te zijn. Je zou ernaar moeten streven om de korting te laten variëren naarmate er meer of minder marktaandeel is bereikt. Maar gedifferentieerd korten schijnt volgens de overheid een ontzettend ingewikkelde exercitie te zijn.

**Aan welke knoppen kunnen zorgverzekeraars zelf draaien om de kosten te verminderen?**

Uit onderzoek weten we dat het in Nederland nogal uitmaakt in welke regio je naar de specialist gaat. Als dokters in sommige regio's voor bepaalde aandoeningen vijf keer meer opereren dan het landelijk gemiddelde wijst dat op overbehandeling, dus onnodige zorgkosten. Met ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra bekijken we hoe je overbehandeling of onderbehandeling via afspraken over meer uniformiteit in de indicatiestelling dichter bij het gemiddelde kunnen brengen. Ook hebben we nu ook grootschalige spiegelinformatie voor huisartsen gegenereerd, zodanig ook dat er geen populatieverschillen per wijk zijn. Deze informatie laat zien welke huisartspraktijken meer kosten doordat ze hun patiënten verhoudingsgewijs vaker zien of doorverwijzen naar het ziekenhuis dan hun collega's. In de fysiotherapie hanteert Achmea het model van Pluspraktijken. De uitkomst van kwaliteitsaudits wordt gekoppeld aan een gedifferentieerde beloning. De beste praktijken krijgen van ons een hogere vergoeding omdat ze



## CV Roelof Konterman

Roelof Konterman (1956) is directievoorzitter Achmea Zorg sinds 2008. Voor 2004 vervulde Konterman diverse marketing- en directiefuncties bij Achmea. Sinds 2004 werkt hij voor de divisie Zorg van Achmea, eerst als directeur Klant Contact Center, daarna als directeur Operations. Momenteel is hij onder meer bestuurslid bij Zorgverzekeraars Nederland, lid van de raad van toezicht van de Stichting Zorg Binnen Bereik en lid van de adviesraad van het Bios Science Park Leiden.

meer kwaliteit leveren tegen minder kosten. Zij die onder de minimum kwaliteitsnorm zitten, krijgen geen contract meer.

### **Dat geldt ook voor de ziekenhuizen die niet aan kwaliteitsnormen voldoen?**

Inderdaad. Vanaf 1 januari 2012 vergoeden wij geen ingrepen meer van ziekenhuizen en maatschappen die niet voldoen aan de normen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. We hebben de NVVH vorig jaar gemaand om met kwaliteitsvoorwaarden te komen voor een aantal ingewikkelde operaties, zoals kankeroperaties, met inbegrip van een minimum aantal operaties dat een ziekenhuis moet verrichten om aan de eisen te voldoen. Voor negen aandoeningen zijn die normen er inmiddels. Maar ik vind dat het aantal normen en ook het tempo verder omhoog moet, anders gaan we zelf normen ontwikkelen. Het kan niet langer zo zijn dat onze verzekerden niet weten wat voor kwaliteit ze krijgen. Idealiter hoort de klant ook aan het stuur te zitten. En verbetering van de kwaliteit is een taak die wettelijk aan de zorgverzekeraars is toegekend.

### **Welke manieren zijn er nog meer om kwalitatief slechte, maar toch dure zorg te beperken?**

Je kunt het aanbod van zorg beperken door ziekenhuizen zich te laten specialiseren. Door een concentratie van zorg krijg je meer behandelingen op één plek. En schaalvoordelen zorgen voor kwaliteitsvoordelen. Dat reduceert kosten. Er zijn ook teveel ziekenhuizen met spoedeisende hulp en

kraamzorg. Je hebt regio's waar het echt met minder kan en toch voldaan wordt aan wettelijke normen voor bereikbaarheid. Deze discussie over wat wel en wat niet tot de noodzakelijke zorginfrastructuur behoort, voeren we nu met zorgaanbieders. Selectief contracteren is een belangrijke rol van ons. Een andere knop waar wij nu al aan draaien is het bevorderen van Lean werken. Dan gaat het om het uitbannen van verspilling en onnodige handelingen in het totale zorgproces. Het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg is daarin een van de voortrekkers geweest. Als je Lean-methodiek langdurig toepast neemt de productiviteit met 15 tot 20 procent toe en dalen de kosten. De bezettingsgraad van OK's wordt hoger, de ligduur van patiënten korter, de klantwaarde stijgt. Voor dezelfde hoeveelheid euro's krijg je dus meer zorg. In het Achmea-netwerk 'Lean in de Zorg' doen nu 35 ziekenhuizen en instellingen mee die begeleid worden bij Lean-programma's.

### **Doordat we ouder worden en er meer zieken komen, blijven de zorgkosten wel stijgen. Hoe verder dan?**

De meeste zorgkosten worden gemaakt in de laatste twee jaren van iemands leven. Maar je kunt wel proberen mensen langer gezond te laten leven, ook omdat we weten dat het aantal mensen met chronische aandoeningen als diabetes, hartfalen of COPD zal exploderen. Daarin wil de combinatie Achmea/Agis een voorhoederol spelen. We doen dat met preventieprogramma's, met eigen fitnesscenters, met campagnes voor bewegen en gezond eten voor kinderen. Door middel van convenanten met gemeenten

## 'Ik zie een kentering waarbij zorgaanbieders onze rol beginnen te accepteren'

bereikt Agis de nodige doelgroepen met gezondheidsrisico's. Voor mensen met een chronische aandoening investeren we met Philips via de gezamenlijke stichting Zorg Binnen Bereik in technologische oplossingen voor meer zelfmanagement. Met koploper-specialisten en patiëntenverenigingen werken we ook aan een landelijke standaard voor informatievoorziening voor chronische ziekten. Denk aan een online gezondheidsportal waar je van alles vindt over behandelingen en gegevens kunt registreren die een arts weer kan bijhouden. Minder ziekenhuisbezoek, een minder dure tweede lijn, kostenverlaging dus die gunstig uitpakt voor de premie. Maar het duurt wel een aantal jaren voordat je voordelen ziet van zo'n aanpak.

### **Minister Schippers wil dat zorgverzekeraars mede een regierol gaan vervullen om zorgkosten in de hand te houden: is die rol wel op het lijf geschreven?**

Ik vind van wel, gezien de kwaliteitsprogramma's die de verzekeraars nu hebben. Al hebben we wel moeite om die rol goed zichtbaar te maken. Vier, vijf jaar geleden deden de zorgverzekeraars het erg matig in de tevredenheidslijstjes van de klanten. Toen ging ook van elke 100 euro premie 6 of 7 euro in kosten voor de verzekeraar zitten. Nu gaat nog maar 3 euro maar de beheerskosten en 1 euro naar het bedrijfsresultaat. De overige 96 euro gaat rechtstreeks naar de zorg. Wat de opmerking van Schippers betreft: wij hebben een zorgplicht en kunnen moeilijk de indicatiestelling en het volume bepalen, want dat doen de artsen. Wat we wel kunnen, is het aanbod van zorg beperken door ziekenhuizen die onder de kwaliteitsnorm zitten niet meer te contracteren. Ook moeten we willen dat de beloning van zorgverleners niet meer wordt gebaseerd op het aantal verrichtingen maar op kwaliteit en gezondheidsresultaten. Daarvan zeiden tot voor kort de zorgaanbieders nog: 'Bemoei je er maar niet mee'. Maar er is veel gebeurd het afgelopen jaar. Ik zie wel een kentering waarbij zorgaanbieders onze rol beginnen te accepteren. Hoewel het wel weer bedreigend wordt als kritiek specifiek betrekking heeft op hún ziekenhuis. Verder zijn er ziekenhuizen die toekomstgericht en actief een samenwerkingsverband met ons zoeken. Zoals het Zaans Medisch Centrum waarmee Achmea een langlopend contract heeft gesloten. Daar zijn we zeer trots op.

### **Wat zijn de voordelen van dat contract?**

Er is overeengekomen dat het ZMC de komende vijf jaar een productiviteitsgroei van 7,5 procent realiseert ten opzichte van het huidige kostenniveau. Om vrijblijvendheid tegen te gaan, zijn er afspraken gemaakt over een bonus-malussysteem. Wanneer het ziekenhuis de kosten-

doelstelling haalt, dan krijgt het van Achmea een bonus. Bovendien zijn afspraken gemaakt over kwaliteitsnormen bij gecompliceerde ingrepen. Het ZMC streeft ernaar de sterftcijfers in het ziekenhuis terug te dringen tot 10 procent onder het landelijk gemiddelde. Een contract van vijf jaar geeft een ziekenhuis rust. Het hoeft zich niet ieder jaar opnieuw te bewijzen. Sluit je zo'n contract met alle Nederlandse ziekenhuizen af, dan kan dat ruim 1,3 miljard euro aan besparingen opleveren.

### **Waarom gebeurt dat dan niet bij meer ziekenhuizen of instellingen?**

Er lopen ook gesprekken hierover, maar het gaat om de voorwaarden waaronder. Het begint met een gezamenlijke visie van zorgverzekeraars en ziekenhuizen op de zorg in de regio. Voor sommige zaken zoals ouderenzorg en chronische aandoeningen wil je de zorg dichtbij geregeld hebben, andere dingen kun je spreiden. Heb je eenmaal duidelijk welk ziekenhuis welke rol in de regio krijgt, dan kun je beginnen aan meerjarenafspraken. Ik vind overigens dat 'Den Haag', ook al zou er geen akkoord over de kostenombuiging komen, toch de rug recht moet houden als in bepaalde regio's geen volledig ziekenhuis meer blijft bestaan. Als wij zouden besluiten ergens geen spoedeisende hulp meer in te kopen, of als ziekenhuizen die niet voldoen aan onze kwaliteitsnormen taken moeten afstoten, zal er ongetwijfeld door lokale en regionale invloeden druk en weerstand ontstaan. Dan moet je niet zwichten.

### **Afschaffing van de ex-postverevening om zorgverzekeraars meer risico te laten lopen, is al door de Kamer geaccepteerd. Waarom moet je, zoals de verzekeraars willen, wel een vangnet intact houden voor verevening achteraf?**

De bestaande ex-ante verevening in Nederland komt goed naar voren in een internationaal vergelijkend onderzoek, maar werkt zeker nog niet perfect. Dat moet verbeteren voordat je ex post compensatie gaat afbouwen. Anders wordt het voor een verzekeraar aantrekkelijk om bepaalde risico's niet te hebben. Dan kom je in de solidariteitsdiscussie terecht en ik wil als verzekeraar niet verleid worden tot risicoselectie. De inzet van Achmea hierbij is: compenseer eerder te veel dan te weinig voor chronisch zieken en ouderen.

Een ander reden om de ex-ante verevening te perfectioneren is dat de Nederlandsche Bank anders kan zeggen: 'Jullie lopen meer risico, dus zorg ervoor dat je solvabiliteit verbetert.' De zorgverzekeraar moet dan meer geld in kas houden als reserve. Dat is dood geld waarmee je helaas niks kan doen voor de zorg. |