



**Position Paper Coöperatie VGZ
ten behoeve van hoorzitting inzake Zorgfusies
Tweede Kamer der Staten Generaal – 29 januari 2018**

Ter intro

Het afgelopen decennium zijn er veel fusies geweest. De top 5 grootste ziekenhuizen zijn alle fusieziekenhuizen (OLVG, Zuyderland, etc.). Het grootste ziekenhuis in 2013 (Amphia) was toentertijd kleiner dan nummer 5 -het Spaarne Gasthuis- momenteel is (173.000 versus 177.000 patiënten). Het VUmc en AMC zouden 500.000 patiënten op jaarbasis kunnen gaan behandelen met plusminus 1400 bedden. Terwijl Van Hulst in zijn promotie aantoont dat de optimale schaal van Nederlandse ziekenhuizen 300 bedden is. Deze trend roept de nodige vragen op, die wij hieronder graag toelichten.

Veelvoorkomend argument is dat een fusie de kwaliteit van zorg verbetert, de bedrijfsvoering efficiënter maakt en een versterking van de (internationale) reputatie op het wetenschappelijk domein realiseert (meer publicaties en dus hogere ratings van universitaire centra).

Coöperatie VGZ heeft, evenals andere zorgverzekeraars, tot voor 4 jaar geleden fusies positief beoordeeld. Sinds 2014 is de beleidslijn gewijzigd en afwijzend. Coöperatie VGZ hanteert een 'nee-tenzij' regel. Het tenzij is daarbij overigens geen loze term, zoals ook uit onze advisering in de laatste jaren is gebleken (fusie WFG en Waterland bijv.).

De afwijzende houding heeft te maken met zorgen over het bestaansrecht van kleinere ziekenhuizen. Deze zijn belangrijk voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Met name huisartsen wijzen ons op de meerwaarde van regionale ziekenhuizen: de lijnen zijn kort, de bekendheid met de patiënt en diens omstandigheden is optimaal en de zorg is vaak uitstekend: zie ook de waarderingen bij het AD, Elsevier etc. Die waarderingen zijn uiteraard te relativiseren, maar zij tonen ons desalniettemin systematisch de hoge kwaliteit van regionale ziekenhuizen.

Verder constateren wij dat fusieziekenhuizen beloften rond doelmatigheid en kwaliteit niet waar maken. Ook in de literatuur zijn er nauwelijks voorbeelden van fusies die tot prijsverlaging en aantoonbare kwaliteitswinst hebben geleid. Eerder valt het tegendeel te constateren.

Als zorgverzekeraar zien we bovendien een risico van een dominante regionale positie van zorg-aanbieders. Die dominantie belemmert al snel de uitrol van betere zorg en een daarmee gepaard gaande beheersing van kosten. Een agenda van Saving Lives, Saving Costs (Obama) kan gemakkelijk door die dominante aanbieders worden belemmerd. We tekenen daarbij aan dat marktmacht niet per se obstructie of onwilligheid betekent. Veel bestuurders en dokters zijn intrinsiek gedreven om de zorg te verbeteren en hun omzet naar beneden te brengen, ook als zij een dominante positie en marktmacht hebben. Wij wijzen op onder andere het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, het Westfriesgasthuis, de Noordwest Ziekenhuisgroep. Evenals bijv. het Albert Schweitzer Ziekenhuis e.a. aanbieders kiezen zij voor een agenda van zinnige zorg en kosten afbouw. Tegelijkertijd zien we ook zorgaanbieders die deze beweging niet maken. Dat is in zekere zin hun goede recht, maar als er een gebrek aan alternatief aanbod is, zien wij ons al snel voor barrières geplaatst. Uit een oogpunt van zorgplicht moeten wij immers wel contracteren.

Dat levert dan bovendien het probleem op dat ingetogen ‘kwaliteitsziekenhuizen’ meer zorg op maat leveren (en naar onze stellige overtuiging daarmee betere zorg), terwijl andere aanbieders zich meer op volume en omzet blijven oriënteren. Zo dreigt er een onbalans te ontstaan tussen -om enkele al te schematiserende termen te gebruiken- kwaliteits- en productieziekenhuizen. Zelfs als zorgverzekeraars een groot marktaandeel verzekerden hebben, is het moeilijk om regionaal dominante aanbieders op een ander spoor te zetten. Zoals gezegd: zorgverzekeraars hebben immers als snel te maken met een zorgplicht als er geen alternatief aanbod is (en daarmee de facto met een contracteerplicht). Dit kan de aanbieders die wel met veel inspanningen hun omzet verlagen en de pijn van reorganisaties daarbij op de koop toe moeten nemen gemakkelijk ontmoedigen (zeker als een macro-beheersingsinstrumentarium ook nog leidt tot het verhalen van macro-overschrijdingen over alle ziekenhuizen).

Marktmacht manifesteert zich in hogere prijzen, en soms ook in hogere volumina. Wij constateren bij fusieziekenhuizen dat bij de zorg voor veel patiëntengroepen een prijsstijging optreedt (soms meer dan 20%) en dat volumes na de fusies -niet altijd- soms stevig toenemen. Ter vergelijking: bij ziekenhuizen waarbij artsen zorginitiatieven ontwikkelden die passen bij een agenda van zinnige en gepaste zorg daalden de volumes met soms wel 15%, terwijl alles er op wijst dat de zorg die zij leveren, verbetert: meer maatwerk, shared decision making, betere samenwerking met de eerste lijn, minder over diagnostiek etc.

Naast het consolideren en versterken van de positie spelen bij fusies verschillende andere motieven een rol. Ongetwijfeld is er soms de oprechte overtuiging dat de zorg er kwalitatief door verbetert; ook al omdat lange tijd een lineair verband werd aangenomen tussen meer volumes en een hogere kwaliteit. Bij zeer hoog complexe zorg zal dat -overigens tot aan bepaald minimumniveau!- zo zijn, maar het bewijs voor de samenhang is vanaf een bepaald minimumniveau vaak afwezig. Zelfs de veel geroemde Martini Klinik uit Hamburg stelt dat hun superieure behandeling van prostaatkanker meer met toewijding en met een in de bedrijfsvoering verankerde wil tot permanente verbetering te maken heeft dan met telkens hogere volumes. Bij fusies werd desalniettemin op een verondersteld patroon van telkens hogere volumes geanticipeerd: door ziekenhuizen, door verzekeraars en door de marktautoriteiten. Zo ontstond een dynamiek waarin ieder naar de ander verwees om de fusiegolven medisch-inhoudelijk te rechtvaardigen.

Met inachtneming van a) de *-relatieve-* waarde van volume-normen bij b) een *select* aantal medische interventies ervaren wij concentratie van zorg als een belemmering om patiëntgerichte en daarmee gepaste en beter betaalbare zorg via contractering op te schalen.

Om het fusietoezicht te verbeteren, komen wij in dit position paper met vijf voorstellen voor wijziging:

1. Verscherpen toets instrumentarium ACM bij fusies;
2. pro-actief beleid van de NZa rond aanmerkelijke marktmacht;
3. *principle based* toezicht in plaats van *rule based* toezicht IGJ;
4. mededingingsrechtelijk meer openingen voor samenwerking mogelijk maken;
5. kritischer houding zorgverzekeraars ten opzichte van schaalvergroting.

0) Leeswijzer

Ter toelichting gaan we nader in op:

1. Drijfveren achter schaalvergroting;
2. gevolgen en de positie van Coöperatie VGZ om te besluiten met enkele
3. voorstellen voor wijzigingen.

1) Drijfveren achter schaalvergroting

Marktpositie Ziekenhuizen

Consolidatie van ziekenhuizen richting betalende instanties (in Nederland verzekeraars en soms gemeenten, in het buitenland soms staten) wordt in de literatuur vaak gezien als drijfveer voor fusies.

Volume- en beschikbaarheidsnormen

Wetenschappelijke verenigingen van beroepsgroepen stellen via volumenormen soms hoge eisen aan ziekenhuizen, bijvoorbeeld de normen in de oncologie. Vaak zijn deze gerechtvaardigd, maar niet zelden is er de roep deze verder te verhogen, ook vanuit verzekeraars. In richtlijnen en kwaliteitskaders worden bovenop de volumenormen steeds meer formatie-eisen gesteld voor individuele afdelingen.

Zoals in het Kwaliteitskader IC: vanaf juli 2018 moet op de IC overdag in het weekend de intensivist *exclusief* aanwezig zijn. Dit doet een enorm beroep op het aantal beschikbare intensivisten in Nederland en zorgt voor lastige afwegingen en veel kosten in regionale ziekenhuizen, terwijl deze ervan overtuigd zijn dat ook langs andere wegen kwaliteit is te garanderen.

Een ander voorbeeld is de NVVH Normering chirurgische behandelingen 7.0 uit juni 2017: In deze normering is sprake van een steeds verdergaande superspecialisatie en functiedifferentiatie. Heelkundige zorg mag, conform de normen van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde, alleen door een chirurg met een certificaat van een differentiatie en een aantekening voor betreffende zorg uitgevoerd worden. Hierdoor is er extra personeel nodig om aan deze normen te voldoen, want veel behandelingen mogen niet meer uitgevoerd worden door een algemeen chirurg.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg maakt gebruik van deze normen om de zorginstellingen te beoordelen. Soms zijn zorgverzekeraars in hun volume-eisen verder gegaan dan de wetenschappelijke verenigingen nodig vonden. Omdat er een verband werd verondersteld tussen volume en kwaliteit leek er even een haasje-over-strategie te ontstaan tussen verzekeraars: wie de hoogste volumenorm stelde, zou het meest 'voor' kwaliteit zijn.

Hogere volumenormen versterken de noodzaak tot schaalvergroting. Zij leiden tot specialisatie. Hierdoor halen kleinere ziekenhuizen de volumenormen soms niet meer. Gerichte samenwerking tussen aanbieders kan daaraan een mouw passen. Die samenwerking gaat echter met zoveel mededinging barrières gepaard, dat fuseren vaak de meest eenvoudige keuze is.

Reputatie van ziekenhuizen

Voor met name academische ziekenhuizen speelt dat een fusie kan bijdragen aan hogere publicatiescores en een sterkere internationaal-wetenschappelijke positie. Daarnaast lijken de

specialisten uit grotere ziekenhuizen vanwege hun omvang, de interne specialisatie en de wetenschappelijke achtergrond veel invloed te hebben binnen wetenschappelijke verenigingen en binnen koepelorganisaties. Het valt niet uit te sluiten dat zij vaker voorstander zijn van (sub)specialisatie, hogere volumenormen en strakkere protocollen (ook al zal de werkelijkheid -zoals zo vaak- genuanceerd zijn).

Stimulerende houding van zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben zich sinds 2006 overwegend positief uitgelaten over fusies in de zorg. Dit leidde onder andere tot het voorstel om de spoedzorg in Nederland te concentreren op 40 plekken. De verwachte resultaten van het toestaan voor fusies waren een betere benutting van schaarse capaciteit aan middelen, de mogelijkheden voor concentratie van zorg (en daarmee afbouw van klinische capaciteit en overhead) en meer waarborgen van kwaliteit. De zorgverzekeraars, inclusief voor langere tijd coöperatie VGZ, meenden voldoende disciplinerende mogelijkheden te hebben om eventuele negatieve effecten te kunnen ondervangen, o.a. via selectieve inkoop van zorg, via de 'sturing' van patiënten en via financiële prikkels (bevoorschotting). Het is duidelijk dat zij, naar ons beleven, daarbij leden aan zelfoverschatting (zie onder andere de zeer recente dissertatie "*Selective Contracting by Health Insurers: the Perspective of Enrollees*" van mw. Romy Bes). De ACM anticepeerde op haar beurt op de zorginkoop-strategie van de verzekeraars en keurde onder verwijzing naar hun documenten verschillende fusies goed. Uit onderzoek van onder andere Loozen blijkt dat er bij meerdere fusie-casus geen diepgaand onderzoek is gedaan. Daarin is de afgelopen tijd overigens gelukkig veel verandering gekomen.

Aanbieders hebben bij samenwerking te maken met/of veronderstellen een kritische marktautoriteit

Kiezen voor samenwerking tussen ziekenhuizen is moeilijk. Het kiezen voor een fusie is eenvoudiger, omdat men de 'pijn' van de beoordeling van de mededingingsautoriteit dan in één keer kan nemen.

2) Gevolgen en de positie van Coöperatie VGZ

Coöperatie VGZ heeft haar standpunt met betrekking tot fusies in 2014 bijgesteld. Wij zien dat het overreden van patiënten om naar goedkopere of betere ziekenhuizen te gaan (via polissen of bemiddeling) weinig effect heeft. Selectieve polissen roepen wantrouwen op zodra mensen zelf zorg nodig hebben. Een wat lagere maandpremie weegt bij zorgbehoevende mensen niet op tegen de keuzebegrenzing. Kwaliteitsverschillen tussen wel en niet selectief gecontracteerde zorginstellingen zijn voor verzekerden niet inzichtelijk of doorslaggevend. Sturen op patiëntenstromen levert bovendien een reputatierisico op voor verzekeraars *tenzij a) verschillen in kwaliteit*, maatwerk in de zorgverlening, gepast aanbod en dergelijke *overtuigend* zijn voor patiënten en zeker ook voor verwijzende artsen en b) de *last* van het verder moeten *reizen*, zodra men patiënt is, *niet te groot* is.

Het klassieke idee rond een competitief bestel is dat aanbieders die zich inzetten voor lagere prijzen en betere kwaliteit de inbreuk op hun verdienmodel kunnen compenseren met een toestroom van meer patiënten. Patiënten blijken echter vooral te kiezen op basis van nabijheid en wachtlijsten. Ook hechten zij veel waarde aan de opinie van de verwijzende huisarts. Het surplus aan kwaliteit van een zorgaanbieder moet -we herhalen het- echt wel heel overtuigend zijn om patiënten te bewegen reisafstanden voor lief te nemen. Ondertussen kost het nogal wat tijd om in termen van gepast gebruik en zinnige zorg bewijslast voor het surplus aan kwaliteit op te bouwen. Aangezien gedurende die tijd een aanbieder omzet misloopt (en er nog geen extra patiënten voor 'terug krijgt') ontstaat er al snel een catch 22 situatie. Daarom heeft VGZ ervoor gekozen met bepaalde instellingen meerjarencontracten aan te gaan (tot 5 jaar). Gedurende die jaren krijgen aanbieders kosten die zij

besparen vergoed, omdat zij als pioniers voluit werken aan preventie, aan de reductie van overdiagnostiek en -behandeling etc., als extra marge. Wij noemen deze aanbieders -soms betreft het zowel eerste als tweede lijnsinstellingen- leertuinen.

Het is niet altijd eenvoudig om de lessen en goede praktijken ontleend aan deze leertuinen elders te implementeren en door andere aanbieders te laten adopteren. De betere zorginitiatieven zorgen immers ook voor omzetverlies, tenzij de verzekeraar patiënten kan bewegen te kiezen voor die aanbieders die gepaste zorg bieden. Dan verliest een partij die niet kiest voor een zinnige zorg strategie marktaandeel. Op die manier zijn zorgaanbieders met een dominante positie te bewegen om te gaan deel nemen aan de agenda van betere en daardoor betaalbare zorg (Saving Lives, Saving Costs). Maar dan zal de afstand tot andere aanbieders niet te groot mogen zijn. Als patiënten ver moeten reizen dan loopt een verzekeraar al snel reputatieschade op, ook al heeft deze goede inhoudelijke argumenten voor een selectieve inkoop/een strakker plafond/zorgbemiddeling via wachtlijsten etc. Daarom helpen fusies niet. Reisafstanden nemen er door toe en maken het moeilijker om een agenda van betere zorg tegen beperktere kosten door te zetten.

3) Conclusie: Voorstellen voor wijzigingen

We zijn blij met het initiatief van de Vaste Kamercommissie VWS om meer inzicht te krijgen in de fusiebewegingen. Op grond van het voorgaande stellen wij het volgende voor:

Voorstel 1: verscherpen toets instrumentarium ACM

Verbeteren van Geografische marktafbakening

De ACM maakt de inschatting van de geografische marktafbakening op grond van meerdere bronnen, die zij in samenhang bekijkt. Reistijd is één van de belangrijkste parameters voor patiënten; ACM voert een reistijdenanalyse uit. Daarnaast worden patiëntenstromen geanalyseerd. Hierbij wordt gekeken naar het werkgebied van de ziekenhuizen en de uitstroom van patiënten uit dit gebied. Naast dit kwantitatief onderzoek, doet ACM kwalitatief onderzoek bij verschillende marktpartijen waaronder zorgverzekeraars.

De ACM baseert zich in haar toetsing voor een groot deel op de patiëntenstromen, terwijl wij zien dat patiëntenstromen en de afbakening van de markt in hoge mate zijn gebaseerd op willekeurige keuzes. De nabijheid van het ziekenhuis is de belangrijkste afweging, naast het vertrouwen in het ziekenhuis, verwijzingspatronen van huisartsen en bestaande wachtlijsten. Patiëntenstromen kunnen pas productief gemaakt worden als zorgverzekeraars daarmee kosten- en/of kwaliteitsverschillen kunnen genereren. Ook zien we dat de verzekeraar patiëntenstromen zeer beperkt kan beïnvloeden door prijsprikkels of andere inkoopinstrumenten. De ACM gaat momenteel in haar toezicht uit van een norm van 50% marktaandeel, dan is er in haar verwachting voldoende mobiliteit op de patiëntenmarkt. Wij zouden nadrukkelijk willen pleiten voor een engere definitie van het begrip regio, door bij de patronen van patiëntenstromen niet uit te gaan van de feitelijke spreiding over zorgaanbieders (de reisbereidheid) maar de *potentiële invloed* die *verzekeraars* op de keuze voor een aanbieder -en dus het reizen- hebben. Die invloed is beperkt, alhoewel groeiend omdat gaandeweg kwaliteitsverschillen aan de dag treden.

Maar zelfs als er aantoonbare kwaliteitsverschillen tussen aanbieders zijn is afstand een sterk beperkende factor. Door zich van de *beïnvloedbaarheid* van reisbereidheid door verzekeraars rekenschap te geven, zal de geografische grens van een relevante zorgregio versmallen. Daardoor zal eerder een marktaandeel van de fusie-combinatie boven de 50% ontstaan.

Dat de potentiële invloed van verzekeraars op patiëntenverschuivingen niet samenvalt met de feitelijke spreiding van patiënten op basis van eigen keuzen, laat staan met uitwijkpercentages die ontstaan als een ziekenhuis zou weg vallen (zie de argumentatie van de ACM rond de casus VUmc/AMC), is de kern van onze bezwaren tegen de huidige methodiek.

Voorkeursvariant is eens strakker beoordelingsregime vanuit een zorgspecifieke fusietoets invoeren (met nee, tenzij als uitkomst)

De geografische afbakening van de markt is te groot en vraagt wijzigingen. Echter, met o.a. Mikkers steunen wij alternatieve manieren om te bepalen of fusies leiden tot een te dominante positie. Evenals de NZa in haar position paper 'Werking van het zorgstelsel' (april 2015) aangaf, zijn wij van mening dat de impact op de prijzen (als indicator voor de dominantie) te bepalen valt aan de hand van een LOCI en WTP-fusiesimulatie (methoden die de NZa op dit moment al gebruikt in haar zienswijzen aan de ACM). Dan zouden minder fusies tot stand zijn gekomen. "Daarbij zouden de volgende grenzen kunnen gelden: Als de simulatie leidt tot een prijsstijging groter dan 5% wordt de fusie niet toegestaan." Met deze beslisregel zouden 8 van de 13 fusies die vanaf 2011 zijn toegestaan zouden worden afgekeurd. Dit alles onder voorbehoud van Europeesrechtelijke inpasbaarheid. Voordeel van deze methode is dat zij ook veel fijnmaziger is dan de indeling basiszorg, topklinisch en topreferente zorg en meer rekening houdt met de deelgebieden ('deelmarkten') waarop aanbieders actief zijn en daarmee de specifieke kenmerken van specialismen die een ziekenhuis aanbiedt.

Hierbij zij overigens aangetekend dat ziekenhuizen/ggz-instellingen e.d. en hun bestuurders zich in de regel zeer bewust zijn van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. De statistische prijsuitkomsten weerspiegelen niet de intenties die zorgaanbieders met fusies hebben (prijsoptimalisering etc.), maar wel het potentieel aan marktmacht dat kan worden ingezet zodra een enkele bestuurder dat wel zou willen. En daar gaat het bij mededingingsregels uiteindelijk om: om de structurele stelseffecten en de mate waarin deze potentieel misbruik van marktmacht verhinderen dan wel tolereren. Dat er een Wetboek van strafrecht is betekent immers ook niet dat iedereen over de schreef gaat, wel dat de mogelijkheden daartoe op voorhand van grenzen wordt voorzien.

Voorstel 2: Meer proactief beleid van de NZa

Met de NZa constateren wij het risico van marktmacht bij ziekenhuizen en vooral rond delen van het portfolio dat aanbieders na een fusie aanbieden. Zij zijn op belangrijke onderdelen immers soms de enige aanbieder in een grote regio. Aangezien verzekeraars een zorgplicht hebben, moeten zij betreffende specialismen wel contracteren. Dat stelt aanbieders in staat om tegen verzekeraars te zeggen dat zij 'alles of niets' kunnen contracteren.

Dit kan zich ook manifesteren als een verzekeraar bijvoorbeeld een alternatieve aanbieder in de regio -bijv. bij cardiologie- een plaats wil geven. Zeker in gebieden waar een zorgverzekeraar slechts een beperkt marktaandeel heeft en daarom minder invloed heeft op de werkwijze van een zorgaanbieder is het goed dat verzekeraars alternatief aanbod kunnen contracteren. Dit leidt tot competitie op basis van kwaliteit en stelt in staat om kosten te beheersen via de inhoudelijke lijn. Uiteraard levert dat altijd spanningen op met het bestaande aanbod. Een alles of niets contractering staat dan aan innovatie in de weg.

Verzekeraars zullen echter bij dergelijke spanningen willen weg blijven, zeker als het contracteer-moment samenvalt -en in de regel is dat zo- met de jaarlijkse overstap-periode. Dan zit niemand op ruzie te wachten. Ruzie is ook geen doel in zichzelf en gelukkig willen alle partijen dat op een verstandige manier vermijden. Maar als dit onderliggend leidt tot minder mogelijkheden voor

nieuwe toetreders, gaat dat potentieel ten koste van de kwaliteit, doelmatigheid en daarmee solidariteit.

Wij pleiten dan ook voor een pro-actieve houding van de NZa. Zij zou met enige regelmaat moeten kijken of er nieuwe toetreders komen, welke mechanismen dat verhinderen en of daarbij sprake is van aanmerkelijke marktmacht.

Voorstel 3: Principle based toezicht IGJ

Het toezicht op ziekenhuizen, bijvoorbeeld door IGJ, is in grote mate *rule based* ingevuld. De wetenschappelijke richtlijnen zijn leidend, terwijl het kiezen voor een *principle based* toezicht, waarbij gestuurd wordt op open normen en ruimte laat voor uitzonderingen. Met als voorbeeld, naast de eerder genoemde IC richtlijn en NVVH normering: het Kwaliteitskader spoedzorg waarin de norm is opgenomen “op elke geopende SEH is 24/7 bij voorkeur een specialist acute geneeskunde of een geregistreerd SEH-arts fysiek aanwezig, maar tenminste een arts – met minimaal 2 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal 1 jaar ervaring in een poortspecialisme.” Dit heeft grote personele en financiële consequenties voor de (regionale) ziekenhuizen tot gevolg, terwijl wellicht ook via andere methoden de kwaliteit geborgd kan worden.

Voorstel 4: Andere (light) vormen van samenwerking mogelijk maken

Veel ziekenhuizen wijzen erop dat samenwerking mededingingstechnisch altijd een hachelijke aangelegenheid is, veel overleg vergt, bewerkelijk is en er altijd het risico dreigt op de vingers te worden getikt door de ACM. Wij nemen die klachten serieus. Ook de ACM doet dat inmiddels, overigens. Terecht, want de feitelijke situatie nu is dat fusies gemakkelijker zijn dan samenwerking. Met andere woorden: de forsere inbreuk op de variëteit in het aanbod is eenvoudiger dan de minder vergaande inbreuk. Dat kan mededingingsrechtelijk toch nooit de bedoeling zijn geweest.

Als samenwerking gemakkelijker van de grond kan komen dan kunnen bovendien kleinere regionale ziekenhuizen hun rol beter vervullen en hun bestaansrecht behouden. Het is in het publiek belang om de kwaliteit van zorg en toegankelijkheid van regioziekenhuizen op peil te houden. Voorbeelden van goede samenwerking zijn het gezamenlijk vorm geven aan regiodiensten (24-uurs beschikbaarheid bijv. KNO-artsen in regio) of het loskoppelen van artsen van de ziekenhuisorganisatie, zodat zij hun (subspecialistische) vaardigheden over verschillende locaties kunnen inzetten en behouden.

Voorstel 5: Verscherpen kritische houding zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars, inclusief Coöperatie VGZ zelf, zouden wat ons betreft kritischer mogen zijn op fusies en schaalvergrotingen in de zorg. Door scherper te letten op de vraag of de zorg op de juiste locatie plaats vindt bijvoorbeeld. Veel basiszorg wordt soms verleend door topklinische ziekenhuizen, terwijl juist de regionale ziekenhuizen dit dichtbij huis van de patiënten en in nauwere samenwerking met de huisartsen kunnen bieden. Verzekeraars kunnen en zouden die beweging naar ons beleven moeten ondersteunen. Dat is ook goed mogelijk.

Via contractering, gesprekken met verwijzers, het inzichtelijk maken van de kwaliteit van regionale ziekenhuizen, het faciliteren van een nauwere samenwerken van de eerste lijn met de specialisten uit de regio-ziekenhuizen, via meerjarencontracten die regionale aanbieders in staat stellen zich te verbeteren (Rivas, Bernhoven bv.) etc. etc., is de geschetste trend te kenteren. Ook plafonds zonder doorleverplicht kunnen daarbij een rol spelen.

In de kleine regionale ziekenhuizen wordt in de regel uitstekende basiszorg geleverd, bestaan warme contacten met de huisartsen en wordt voorzien in een goede inrichting van de chronische zorg. Dit is voor Coöperatie VGZ een extra argument om een 'nee, tenzij' regel te hanteren.