

Burger en bekostiging van zorg

vermaatschappelijking van zorginkoop

Robert Mouton en Pieter Vos¹

1. Twijfels aan ons zorgstelsel

Druk op het zorgaanbod en roep om regiovorming

De wachtlijsten groeien, zo ook de twijfels aan het nut van fusies en aan de schaal van het zorgaanbod. Door budgettaire maatregelen, zoals omzetplafonds of afgedwongen contracten, maar ook door negatieve schaaleardeffecten, raken zorginstellingen in financiële problemen, waardoor de continuïteit van de zorg onder druk staat en investeringen in noodzakelijke nieuwe vormen van zorg en preventie achterwege blijven (Schrijvers, 2014). De overtuiging groeit dat regionale samenwerking tussen zorgaanbieders, dat wil zeggen een gebiedsgericht en functioneel zorgaanbod dat volgt op de zorgvraag, noodzakelijk is. Maar dat vereist een, vooralsnog afwezige, regisseur op dat vlak. Het heeft ook de toepassing van het mededingingsrecht in de zorg opnieuw op de agenda geplaatst. De ACM formuleerde onlangs nieuwe voorwaarden, lees mogelijkheden, voor het ontwikkelen van regiovisies (www.acm.nl, 2020). Het CPB spreekt in dit verband over 'gereguleerde samenwerking' als alternatief voor 'gereguleerde concurrentie' (CPB, 2019).

¹ Robert Mouton (filosoof en master of public health) is beleids- en bestuursadviseur in de zorg en publiceerde boeken en artikelen over de gezondheidszorg. Pieter Vos (psycholoog) is oud algemeen secretaris van de raad voor de Volksgezondheid en Zorg (tegenwoordig RVS) en actief als toezichthouder en adviseur in zorg en onderwijs.

Is het zorgstelsel houdbaar?

Er zijn zorgen in de samenleving over het stijgend tekort aan zorgpersoneel en aan zorggelden, bij een gelijktijdig stijgende zorgvraag, onder meer door vergrijzing. Vele rapporten en adviezen waarschuwen de overheid voor de gevolgen (RIVM 2018, RIVM 2020, CPB 2019, RVS 2017, SCP 2019, SER, 2020, Rijksinspectie der Rijksfinanciën, 2020) en onlangs nog het advies van de Commissie-Bos over thuiswonende ouderen (Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen, 2020). Deze waarschuwingen hebben door de mogelijke economische gevolgen van de Coronacrisis extra betekenis gekregen (zie onder meer Auener et al., 2020; Jeurissen et al., 2020).

Er zijn, kortom, goede redenen ons zorgstelsel aan een kritische beschouwing te onderwerpen en te reflecteren op mogelijke oplossingen voor de tekortkomingen ervan. In dit artikel willen wij daaraan een bijdrage leveren.

Vraagtekens bij de huidige stelsellogica

De 'stelsellogica' achter de Nederlandse zorgsector steunt sinds ruim 15 jaar op de aanname van 'behoefte-gedrevenheid' en 'vraagvolgendheid' van het zorgaanbod. Deze aanname krijgt gestalte in de bekostiging van dat zorgaanbod en wel in de rol die de zorgverzekeraar als zorginkoper daarin speelt, als vertegenwoordiger van de zorgvrager en de verzekerde.

Is deze aanname anno 2020 niet een papieren werkelijkheid? Staat het proces van zorgcontractering of zorginkoop, als formele grondslag voor de bekostiging van het zorgaanbod, niet op te grote afstand van de maatschappelijke behoefte aan zorg? Immers, de intermediaire positie van de zorgverzekeraar in plaats van de vraagzijde zelf bepaalt de uitkomst. Speelt het feit dat de burger in het proces van zorginkoop buiten spel staat niet een rol?

Brengt ons dat niet bij een fundamentele kwestie: zijn private partijen, zeker ook gegeven de structuur van de zorgverzekeringsmarkt, in de positie om, buiten de zorgvrager

om, het publiek belang in de zorg te borgen? Dat is de positie die hen in het zorgstelsel is opgedrongen, namelijk die van zorginkooppartijen. En bovendien, is deze vorm van zorgcontractering tussen individuele rechtspersonen bij een gewenste regionalisering van zorgaanbod eigenlijk wel vol te houden?

2. Hoe de gebeurtenissen in de zorgsector te duiden?

Twijfel aan legitimiteit zorgcontractering

Onderwerp van twijfel in samenleving en politiek is steeds vaker de zorgcontractering als middel om zorgvraag en zorgaanbod op elkaar af te stemmen en om oplossingen te vinden voor de oplopende tekorten aan middelen (RVS, 2017).

Achter deze twijfel verschuilen zich twee vragen. De eerste is: komt de burger met zijn zorgvraag wel voldoende aanbod in het proces van zorgcontractering? Anders gezegd: vormt het resultaat van dit proces, het ingekocht zorgaanbod, wel een afspiegeling van de maatschappelijke behoefte, in kwantitatief en in kwalitatief opzicht (RIVM, 2018 en 2020)?

De tweede vraag is of de overheid de zorgcontractering niet te veel afklemmt met centrale Hoofdlijnakkoorden en andere aanvullende regels met een budgettair karakter. Is de zorgcontractering niet geworden tot een instrument voor kostenbesparing? En zijn zo kwaliteit en toegankelijkheid, de andere twee publieke belangen naast betaalbaarheid in de zorgsector, niet het kind van de rekening geworden?

Waar komt de twijfel vandaan?

Twijfel en vragen hebben deze achtergrond. Enerzijds verandert de zorgvraag, niet alleen in omvang (vergrijzing), maar, belangrijker, ook van aard: meer chroniciteit, een geïndividualiseerde zorgbehoefte, meer beperkingen van maatschappelijke participatie, voorkeur voor technologische

toepassingen, meer nadruk op preventie en op leefstijl (RIVM, 2020). En, essentieel, deze veranderingen hebben een onvoorspelbaar en daardoor moeilijk te sturen beloop gekregen door de dynamiek in de samenleving, de wetenschap en de markt (keuzemogelijkheden).

Anderzijds zien wij een assertievere burger, die, geholpen door technologische innovatie, precision medicine, media en het internet, een eigen rol opeist in het zorgstelsel. Een rol die hij in dat stelsel nog niet heeft, maar inmiddels wel heeft verworven in andere sectoren van de samenleving. En die hij dus zal opeisen (zie hiervoor onder meer De Waal, 2018).

Kan het zorgstelsel de uitdagingen aan?

Kan de logica van ons zorgstelsel (zie boven) en in het bijzonder de bestaande praktijk van de zorgcontractering als steunbalk van deze logica, deze combinatie van ontwikkelingen verwerken?

Deze vraag was al relevant voor de Corona-crisis, maar die geeft er een bijzondere urgentie aan.

Daarbij voegen zich zorgen over de aanwending van de zorgmiddelen, over keuzen in de zorg. Keuzen die, zo laten analyses van de ontwikkeling van de zorguitgaven tot 2040 zien, onontkoombaar zijn (zie de analyse van de Inspectie der Rijksfinanciën, 2020, conform RIVM 2018: zorgbudget 2040 stijgt naar €174 mld., een verdubbeling van de bijdrage van de burger aan het zorgbudget). Bevorderen stelsellogica en zorgcontractering het maken van de juiste, dat wil zeggen toekomstbestendige, keuzen (vergelijk bijvoorbeeld Taskforce De Juiste Zorg Op de Juiste Plek, 2018)?

Publieke verantwoordelijkheid, private partijen

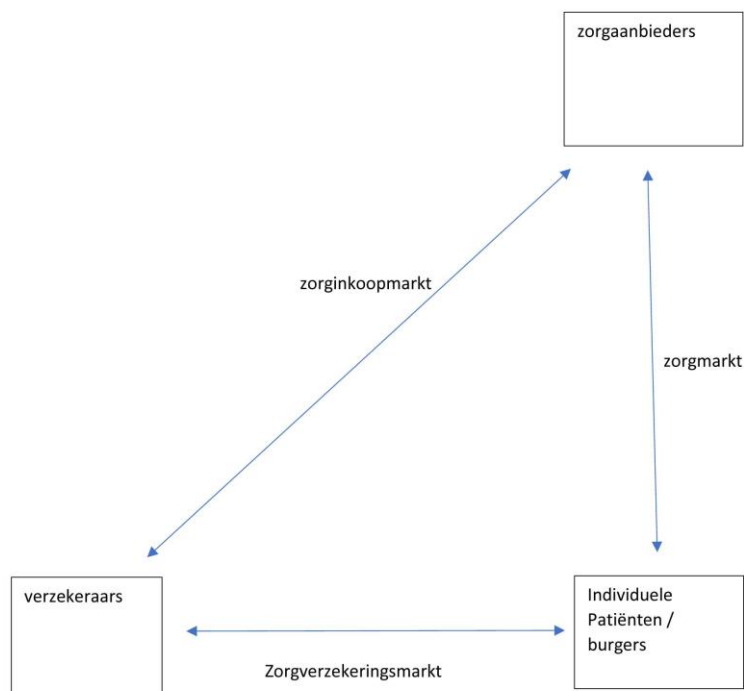
Zorgen en twijfels in de samenleving raken aan het fundament van het Nederlandse zorgstelsel: zijn private partijen, uitvoerders van de zorgcontractering, dus zorgaanbieders en zorgverzekeraars, voldoende in staat het brede publiek belang, dus niet alleen kostenbeheersing, maar ook kwaliteit en toegankelijkheid, te borgen?

3. Hoe wordt zorgaanbod nu gecontracteerd?

De driehoek van de zorginkoop

Zoals gezegd, de borging van de publieke belangen in de zorg, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, is in de stelsellogica opgedragen aan de contractpartijen op de zorgmarkt. Dit zijn zorgaanbieders en verzekeraars, zie *figuur 1*. Dit is een figuur die weergeeft hoe de bekostiging in de Zorgverzekeringswet is geregeld; in de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ontwikkeling (WMO), de Wet op de Jeugdzorg en de Wet publieke gezondheid is dit anders geregeld.

De aanname onder de driehoek van figuur 1 is dat ons zorgstelsel 'als vanzelf' behoeftegerichtheid en aansluiting van aanbod op vraag.



FIGUUR 1: HET DRIEMARKTENMODEL IN DE ZORG

De driehoek is een aanname

Deze aanname roept, zoals gezegd, vragen op en hij komt in de knel door budgettaire ingrepen van de overheid. Bovendien krijgen de publieke belangen een steeds 'volatieler' karakter door de maatschappelijke dynamiek. Voorbeelden: de behoefte aan zorg op afstand, de toenemende noodzaak van preventie (infectieziektebestrijding, leefstijlverandering), concentratie of deconcentratie van ingrepen of nieuwe dure geneesmiddelen. De dominante en private contractpartijen (institutionele zorgaanbieders en zorgverzekeraars) hebben er moeite mee deze dynamiek een plaats te geven in hun contracteergedrag.

De besluitvorming in de zorginkoop

Dit zal ook te maken hebben met het tarievenstelsel en met de hierboven genoemde overheidsingrepen, maar de feitelijke oorzaak ligt, denken wij, in de manier waarop de private besluitvorming over de contractering van zorgaanbod verloopt. Deze besluitvorming staat in het teken van de kennis, de taal en de belangen van het bestaand *aanbod van zorg*. In de praktijk: zorg, niet preventie, het instituut, niet de functie, vastgoed, niet een gebied, de groep, niet het individu.

Discrepantie stelselretoriek en zorgpraktijk

Ondanks de 'stelselretoriek', gesymboliseerd in de driehoek van figuur 1, dat de publieke belangen zijn geborgd en dat vraagsturing is gegarandeerd, verloopt de besluitvorming niet op geleide van de zorgvraag en van de noodzaak van preventie en regionale samenwerking tussen zorgaanbieders. Conclusie: hier openbaart zich de papieren werkelijkheid van het zorgstelsel en een discrepantie van stelselretoriek en zorgpraktijk.

4. Zo moet het dus niet, maar hoe dan wel?

Contractering vraagvolgend maken

Wij stellen twee met elkaar verweven aanpassingen van het zorgstelsel voor. In de eerste plaats de bekostiging van

zorgaanbod, dat wil zeggen de daarvoor beschikbaar gestelde middelen en de op dat vlak gestelde prioritering, resultaatverplichting en verantwoording. In de tweede plaats de vormgeving van zorgaanbod: instituut/gebouw of functie/netwerk, de schaal, de geografie en zijn plaats in de samenleving.

Zorg anders contracteren

Wij denken dat door een andere manier van zorgcontractering de voorwaarden kunnen ontstaan voor een passend antwoord op de zorgvraag. Op die manier zou men op de collectieve én op de individuele vraag naar zorg een kwantitatief, maar vooral kwalitatief passend antwoord kunnen geven. Zo zou ook een betere balans kunnen ontstaan van preventie en curatie. Wij verwachten dat daardoor het maatschappelijk draagvlak voor de almaar stijgende zorguitgaven en voor de in dat verband te maken keuzen in de zorg, waaronder een hogere bijdrage van de burger en een strikter pakketbeheer, kan worden versterkt.

Niet de zorgaanbieder zou het object van contractering en bekostiging moeten zijn, maar de zorgbehoefte in een specifiek gebied, bijvoorbeeld de GGD-regio. Die brengt men in kaart door onafhankelijke kwantitatieve analyse, maar zeker ook door voor een kwalitatieve analyse te rade te gaan bij de burgers van dat gebied. De aldus geïdentificeerde zorgbehoefte stuurt met een vertaalslag de contractering aan. Die is dan 'vraagvolgend'. Het is aannemelijk dat, gegeven de veranderende zorgvraag, het antwoord op deze zorgbehoefte vooral ligt in vormen van regionale samenwerking en niet primair in het instandhouden van instellingen. 'Gereguleerde samenwerking' komt in de plaats van 'gereguleerde marktwerking'.

Vermaatschappelijking van zorginkoop

Nieuwe maatschappelijke verbanden (burgerinitiatieven) en de combinatie van zeggenschap voor de patiënt en technologische mogelijkheden (robotisering, e-health, ziektemanagement patiënt) zijn een onvermijdelijk antwoord op de tekorten aan

menskracht en geld. Dit betekent dat het proces van contractering een open en dynamisch karakter moet hebben, waarin betrokkenen met de hulp van specifieke expertise (onder meer bedrijfsleven en wetenschap) zoeken naar besparingskansen en efficiencyverbeteringen. En waarin rekening wordt gehouden met noodzakelijke ombuigingen en investeringen. De Corona-crisis laat zien hoe dat kan: zorg op afstand, een flexibelere organisatie van het aanbod, keuzes in de zorg, regionale planning en regie.

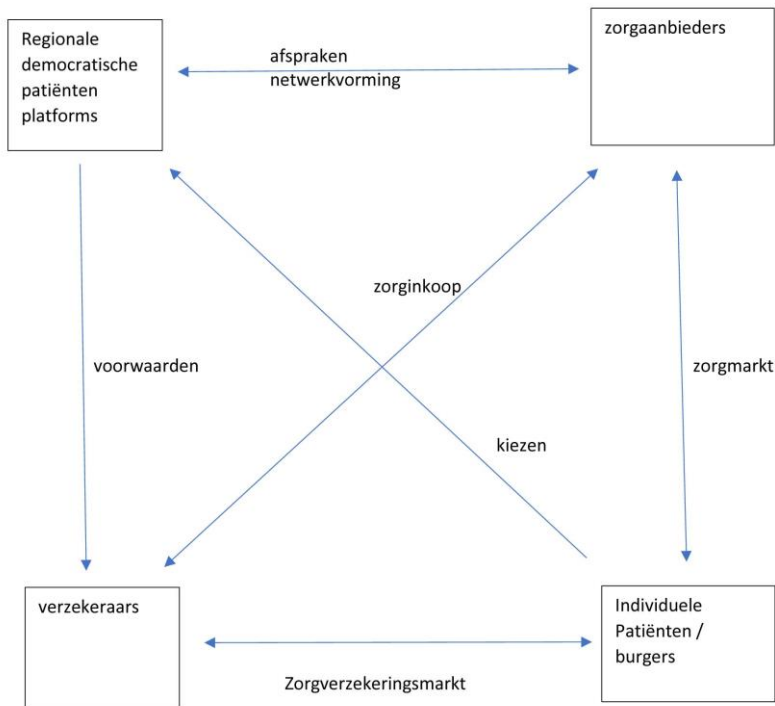
Het bepalen van de behoefte

Bij het bepalen van de regionale behoefte en daarmee van de voorwaarden van inkoop in de regio kan men gebruik maken van recente ervaringen en beslissingen: de voorwaarden aan regionale samenwerking van de ACM (www.acm.nl, 2020), de experimenten met persoonsvolgende financiering (PVF), de regiobeelden in het kader van 'De juiste zorg op de juiste plek' en e-health-toepassingen.

Een vierde partij

Dit brengt ons bij het volgende voorstel. *Van een 'driehoek' met drie partijen (de huidige stelsellogica, figuur 1) naar een 'vierhoek' (figuur 2).*

Voeg aan de besluitvorming over de zorgcontractering een, op democratische wijze gelegitimeerd, platform van burgers met aanwijzingsbevoegdheden toe (zie ook De Waal, 2018). Essentie is de legitieme representatie van de collectieve en de individuele zorgvraag in de regio, met inbegrip van preventie en van de belangen van burgerinitiatieven en mantelzorgers. In feite is dit een vorm van zeggenschap 'aan de poort' (niet die in de zorginstelling, maar die over gezondheid en welzijn). Deze zeggenschap krijgt gestalte in de bindendheid van de inbreng van het platform in de wet (bijvoorbeeld in de Wet marktordening Gezondheidszorg). Beslissend is, naast de deskundigheid, de onafhankelijkheid van het platform van de belangen van zorgaanbod en van zorgverzekering!



FIGUUR 2: AANPASSING VAN HET DRIEMARKTENMODEL IN DE ZORG

Inbouwen checks and balances (de klant is geen 'koning')

Het platform heeft geen zeggenschap over het basispakket of over tarieven: het is bedoeld als countervailing power van vraagzijde, wetenschap en publieke gezondheid (GGD, RIVM) ten opzichte van de bestaande contractpartijen. Het is een vierde partij bestaande uit burgers, patiënten, zorgprofessionals en onafhankelijke deskundigen.

Gebiedsgerichte zorgcontractering

Dit biedt meteen ook de mogelijkheid om de zorgcontractering te binden aan de regio. Wij stellen voor om uit de vele regio-indelingen te kiezen voor de indeling in de 25 GGD-regio's (regioatlas.nl). Daarvoor bestaan drie argumenten: een gerichte koppeling van de contractering van preventie en curatie, het bestaan van regionale vraag- en aanbodanalyses van het RIVM (regiobeeld.nl) en de mogelijkheid samen te werken met het lokaal bestuur (en daarmee een verbinding tot stand te brengen

tussen de Wmo en de zorgverzekeringen). Als voorzitter van het platform zou de burgemeester van de centrumgemeente kunnen fungeren. De uitvoering van de wil van het platform is gelegen bij de bestaande inkooppartijen: zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. En zij leggen daarover maatschappelijke verantwoording af. Voor de nu nog landelijk werkende zorgverzekeraars heeft dit consequenties. De al ingezette beweging naar regionale beleidsvisies en 'regiobeelden' ondersteunt dit (ineen.nl, 2019; TK 29689, 2019; Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen, 2020).

5. Epiloog

Er zijn vragen, maar ook antwoorden

Natuurlijk levert een dergelijke opzet nieuwe vragen op: de relatie tussen berekende vraag in een regio en de daadwerkelijk zorgconsumptie moet worden gemonitord: patiëntenstromen houden zich immers niet strikt aan regiogrenzen. Zijn Hoofdlijnakkoorden niet in strijd met deze opzet? Wiens stem is doorslaggevend: die van de rijksoverheid, die van het platform of die van de zorgplicht van de zorgverzekeraar? En, heel belangrijk, preventie en publieke gezondheid moeten een aansturende werking krijgen in de zorgcontractering. Dit kan door van preventie en behandeling in de zorginkoop communicerende vaten te maken. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de VS bij Kaiser Permanente: resultaatverplichting van preventie als voorwaarde. Maar ook opneming van preventie in het basispakket zal helpen.

Private partijen dienstbaar aan publiek belang

Op deze manier zijn verzekeraars en zorgaanbieders in dienst van de burgers en van het publiek belang, maar kunnen zij als private partijen blijven handelen: het bestaande stelsel blijft bestaan, maar wordt gestut. Wij stellen ook niet voor om 'planvorming' op te tuigen met tal van centrale voorschriften, regionale onderhandelingen en provinciale verantwoordelijkheden

(vergelijk de aanbodregulering in de laatste decennia van de vorige eeuw, onder meer de Wet ziekenhuisvoorzieningen). Belangrijk element in onze redenering is dat bestaande contractpartijen specifieke en publieke verantwoording afleggen over hun contracteerbeleid en –gedrag.

De vertegenwoordiging van de zorgvraag

Hoe de vertegenwoordiging van de zorgvraag tot stand komt en hoe daarin bestaande belangentegenstellingen worden beslecht vergt natuurlijk de aandacht. De vormgeving, de organisatie en de bemensing van de regionale platforms vereisen een goede voorbereiding (zie bijv. Thurston et al (2005)).

Veel vragen, maar ons voorstel is realiseerbaar door een gerichte uitbreiding van het bestaande zorgstelsel. Een stelselwijziging is niet nodig.

Literatuur

Auener,S., Kroon, D., Wackers, E., Dulmen S. van, Jeurissen, P.(2020), *Covid 19: A Window of Opportunity for Positive Health Reforms*, International Journal of Health Policy and Management, 66

Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen, 2020, *Oud en zelfstandig in 2030, een reisadvies*, advies aan de minister van VWS, Den Haag (Advies Commissie Bos)

CPB (2019), *Middellange termijnverkenning zorg 2022-2025*

Inspectie der Rijksfinanciën (2020), *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel*, Brede maatschappelijke heroverweging

Jeurissen,P., Adang, E., Kruse F., Stadhouders,N.(2020), *Coronavirus kan de zorg structureel veranderen*, ESB, 105 (4784)

Rijksbegroting 2020, Kst 264862, *naar een betere organiseerbaarheid van de zorg*.

RIVM (2018), Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, *een gezond vooruitzicht*, Synthese

RIVM (2020), ToekomstVerkenning zorguitgaven 2015-2060 : *Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)*. Deel 1: *toekomstprojecties*, rapport nr. 2020-0059

RVS (2017), *Zorgrelatie centraal*, Den Haag

Schrijvers, G. (2014), *Zorginnovatie volgens het capuccinomodel*, Thoeris, Amsterdam

SCP (2019), *Burgerperspectieven, 2, kernpunten, p. 27*

SER (2020), *Zorg voor de Toekomst, over de toekomstbestendigheid van de zorg*, ministersversie

Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek (2018), *Rapport Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek*

Tweede Kamer (2019), Brief Minister Medische Zorg aan de Tweede Kamer inz. Herziening Zorgstelsel, Kamerstuk 29689, nr. 995

VWS (2020) , Discussienota Zorg voor de Toekomst, Den Haag

Waal, S. de (2018), *Civil Leadership as the Future of Leadership, Harnessing the disruptive power of citizens*, Warden Press

Websites

<https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/de-5-voorwaarden-van-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-izojp.pdf>, (2020) geraadpleegd 23 januari 2021

<https://ineen.nl/nieuws/2019/09/19/vws-omarmt-de-regio-in-miljoenennota-2020/>, geraadpleegd 23 januari 2021

https://www.regioatlas.nl/kaarten#_ggds, geraadpleegd 23 januari 2021

<https://www.regiobeeld.nl/> (2020) geraadpleegd 23 januari 2021

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016885100400260X>
betr. Thurston et al (2005), Public participation in regional health policy: a theoretical framework, geraadpleegd 23 januari 2021