

Zorgstelsel op basis van samenwerking stelt patiënt centraal

Het stelsel van gereguleerde marktwerking in de zorg beloofde een betere, doelmatigere en goedkopere zorg. Dit is niet waargemaakt – keer op keer bleek overheidsingrijpen nodig om de kwaliteit te waarborgen en de kosten te beheersen. De marktwerking heeft gefaald, en dus moet er worden begonnen met de bouw van een nieuw zorgstelsel.

GIJS VAN LOEF

Zelfstandig adviseur
in de gezondheids-
zorg

RENSKE LEIJTEN

Lid van de Tweede
Kamer voor de
Socialistische Partij

In 2016 bestond de Zorgverzekeringswet met het stelsel van de gereguleerde marktwerking tien jaar (Zorgverzekeringswet, Wet marktordening gezondheidszorg, Wet op de zorgtoeslag, Mededingingswet). In dit stelsel spelen de zorgverzekeraars een centrale rol bij het ordenen van de zorgmarkt via onderlinge concurrentie en de strijd om de gunst van de verzekerde. Het stelsel is tweemaal geëvalueerd en blijkt niet te werken. In de eerste evaluatie concludeert ZonMw (2009) dat de invoering van de Zvw en Wzt de zorg per saldo verbeterd heeft, maar ze rapporteren ook enkele ernstige knelpunten en problemen. In een tweede evaluatie concludeert KPMG (2014) dat de werking van de Zvw verbeterd is, maar ook dat er nog verdere verbeteringen noodzakelijk zijn. Zo vindt KPMG bijvoorbeeld dat de zorginkoop zich verder heeft ontwikkeld in positieve zin, maar dat het lastig is om de *balance of power* goed in kaart te brengen.

In beide evaluaties ontbreekt echter een vergelijking op onderdelen met zorgstelsels in andere landen. De evaluaties gaan uit van de premisse dat dit zorgstelsel, dat een vorm heeft die nergens anders ter wereld zo voorkomt, kan werken. Maar in feite is het huidige stelsel een construct waar al tien jaar aan gesleuteld wordt, juist omdat het niet echt werkt. Wij zijn van mening dat verder sleutelen een heilloze weg is. In dit artikel leggen wij uit waarom dit op marktwerking gebaseerde systeem niet werkt en presenteren wij een alternatief: *het Nationaal ZorgFonds*.

DE ZES PIJLERS VAN DE ZORG

Een adequaat zorgstelsel moet goed scoren op zes vlakken of pijlers. De geleverde zorg moet ten eerste van voldoende kwaliteit zijn, ten tweede voor iedereen in het hele land op dezelfde manier toegankelijk zijn, ten derde betaalbaar zijn, ten vierde solidair zijn, ten vijfde doelmatig zijn en ten zesde gericht zijn op preventie. Kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg behoeven geen toelichting. Wat de betaalbaarheid van zorg betreft, zijn er twee aspecten: individuele burgers en huishoudens moeten hun zorgkosten kunnen betalen, en de totale zorgkosten moeten door de samenleving als geheel gedragen kunnen worden. Solidaire zorg gaat over de onderlinge bereidheid om dezelfde goede zorg voor elkaar over te hebben: gezonde mensen betalen voor ongezonde mensen, rijken voor armen, jongeren voor ouderen – in de wetenschap dat ook zij toegang hebben tot zorg als ze patiënt worden. De doelmatigheid van de zorg gaat over het tot stand komen van de zorg op een 'kosten-effectieve' wijze, dus over de verhouding tussen kosten en prestaties. Dit is een complex begrip, dat niet los gezien kan worden van zorgvuldigheid en menselijkheid – de mens is geen zielloos product in een productielijn. En verder moet het beleid gericht zijn op preventie: voorkomen is beter en goedkoper dan genezen. Alle zes pijlers staan in het huidige zorgstelsel onder toenemende druk. We nemen ze hier afzonderlijk onder de loep.

Kwaliteit

De kwaliteit van de medische gezondheidszorg is internationaal vergeleken de afgelopen jaren slechter geworden (Van Loef, 2016). De uitspraak dat Nederland de beste zorg heeft, is in ieder geval niet gebaseerd op het internationale vergelijkende onderzoek van de OESO. Volgens de OESO ligt de kwaliteit van de medische gezondheidszorg hier rond het gemiddelde van de moderne Europese landen, en behoort dus niet tot de top. Zwitserland, Spanje, Italië, Zweden en Noorwegen scoren beter. De levensverwachting

in Nederland is de afgelopen jaren weliswaar gestegen, maar ligt met 81,4 jaar onder het moderne Europese gemiddelde. De sterftekans bij alle vormen van kanker is zelfs fors hoger dan het Europese gemiddelde (OESO, 2016).

Toegankelijkheid

Passende zorg is niet altijd beschikbaar. Er zijn wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg en er is een tekort aan opvangmogelijkheden voor behoeftige ouderen, waardoor ziekenhuizen onbedoeld en ongewenst als tijdelijke ‘verzorgingstehuizen’ moeten dienen. Ook wordt, met het sluiten van ziekenhuizen en het afstoten van spoedeisende hulp-posten, de medische infrastructuur in delen van het land afgebroken.

Zorg wordt niet altijd geboden. Zo nemen steeds meer zorgaanbieders en -verleners aan het eind van het boekjaar geen patiënten meer aan omdat hun contractuele budgetruimte op is (patiëntenstops).

Betaalbaarheid

Voor veel mensen zijn de kosten van de zorg niet meer op te brengen. Terwijl het aandeel van de gezondheidszorg in het bnp 11 procent is, betalen mensen met lage en middeninkomens 20 tot soms 25 procent van hun inkomen aan zorg. Dat komt door de stijging van het eigen risico, dat in 2008 ingevoerd werd met 150 euro en inmiddels 385 euro bedraagt. Dat komt doordat de inkomensgrens van de als compensatie bedoelde zorgtoeslag verlaagd is – van 34.000 euro in 2010 tot 28.000 euro in 2016. En dat komt omdat de Compensatie eigen risico en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten zijn afgeschaft. Chronisch zieken en gehandicapten zagen hun eigen betalingen daardoor in vijf jaar tijd flink stijgen (Nibud, 2016). Door deze kostenstijgingen is het aantal mensen dat aangeeft zorg te mijden opgelopen tot tien procent (TNS NIPO, 2016). De kosten van zorgmijding zijn overigens niet kwantitatief in kaart gebracht. Evenmin is er systematisch onderzocht wie welke zorg mijdt vanwege financiële barrières.

Voor de samenleving als geheel blijkt het huidige stelsel niet in staat om de kosten in de hand te houden. De curatieve zorg is in twee stappen van goedkoop tot bijzonder duur geworden. Tussen 2000 en 2005 stegen de zorgkosten als percentage van het bbp met 15 procent (van 3,9 naar 4,5 procent) en tussen 2006 en 2014 bedroeg de stijging 22 procent (van 4,5 naar 5,5 procent).

De kostenbeheersingstaak is bij de zorgverzekeraars gelegd. Echter, om de kostenstijging te beheersen heeft het kabinet meerjarige hoofdlijnenakkoorden moeten sluiten, met daarin een maximaal toegestane kostengroei. Wat betreft deze hoofdlijnenakkoorden zijn de zorginhoudelijke afspraken voor de curatieve zorg oningevuld. Dat betekent dat er feitelijk enkel is gebudgetteerd, zonder te kijken naar de doelmatigheid van de zorguitgaven. Door te budgetteren zonder plan kunnen wachtlijsten ontstaan (Algemene Rekenkamer, 2016b). Zonder nieuwe hoofdlijnenakkoorden zal volgens het CPB de kostengroei in de zorg, in 2018 en daarna, weer structureel hoger zijn dan de groei van het bnp (CPB, 2016). Volgens de logica van het huidige stelsel zijn nieuwe hoofdlijnenakkoorden nodig en zullen er dus ook weer nieuwe wachtlijsten komen.

Solidariteit

De gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleiden zijn zeer groot en zijn de afgelopen jaren niet afgenomen. Voor de levensverwachting bij de geboorte bestaat er een verschil van zeven jaar tussen laag- en hoogopgeleiden. Het verschil wat betreft de levensverwachting in goede gezondheid is bijna twintig jaar (SCP, 2015).

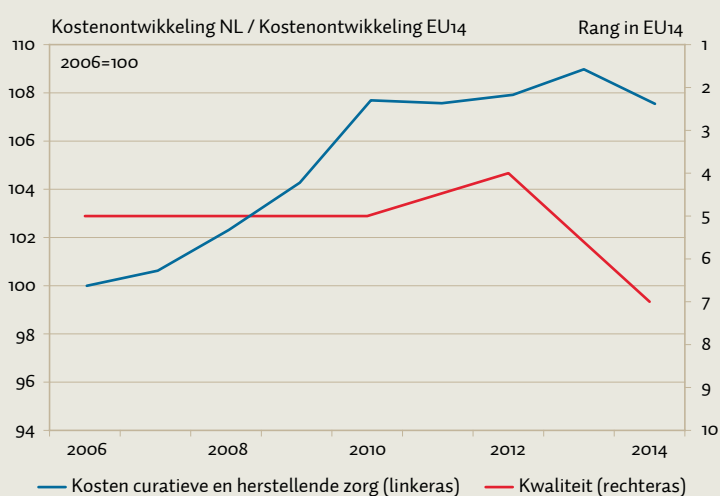
Mensen met lage en middeninkomens betalen 20 tot soms 25 procent van hun inkomen aan zorg

Toch is solidariteit onomstreden: mensen met hoge inkomens zijn bereid om mee te betalen aan de zorgkosten van mensen met lage inkomens. De bereidheid om mee te betalen aan gezondheidszorg, ook al heeft iemand zelf geen zorg nodig, is er bij tachtig procent van de bevolking (SCP, 2012).

Het beleid heeft de afgelopen jaren de solidariteit ondergraven. Het marktstelsel is gebaseerd op economische prikkels – en daar hoort een rem bij, anders schiet het door. Maar de rem wordt eenzijdig aan de zorggebruikers opgelegd. Dat zijn de zwakkeren in de samenleving. Door het invoeren van het eigen risico, en het voor eigen rekening brengen van vooral de goedkope chronische medicatie en hulpmiddelen, verschuiven de zorgkosten van collectief opgebracht naar individueel betaald. Uit cijfers van het CBS blijkt dat de zorgkosten niet dalen wanneer de collectieve uitgaven worden beperkt, simpelweg omdat de private betalingen stijgen (CBS, 2014; 2015).

Ontwikkeling kosten en kwaliteit Nederlandse zorg in Europees perspectief

FIGUUR 1



Data afkomstig van de OESO Health at a glance uit 2007-2016 met bewerking door auteurs. Kwaliteit is een simpel gemiddelde van de ranking van Nederland in de EU14 van de variabelen levensverwachting bij geboorte, ervaren gezondheid, aantal artsen per 1000 inwoners, aantal verplegers per 1000 inwoners, sterftekans door hartinfarcten, beroertes en kanker, babysterfte, sterftekans na 30 dagen na een hartinfarct en beroerte, vermijdbare ziekenhuisopname voor astma, griepvaccinatiegraad voor ouderen en mazelenvaccinatiegraad voor kinderen. 1 is de beste ranking, 14 de slechtste. EU14 bestaat uit Oostenrijk, België, Denemarken, Finland, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland, Noorwegen, Portugal; Spanje, Zweden, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk.

Doelmatigheid

In het huidige zorgstelsel weten we niet of de middelen efficiënt besteed worden. Volgens de Algemene Rekenkamer is de rechtmatigheid van de publiek gefinancierde zorguitgaven moeilijk vast te stellen, waardoor ook de doelmatigheid moeilijk kan worden beoordeeld (Algemene Rekenkamer, 2016a). Het is vernietigende kritiek van de Rekenkamer, die eigenlijk zegt: men weet niet of de grondslag deugt, laat staan dat men dit kan meten, omdat men niet weet wat men meet of waar een meting op gebaseerd is.

Wel zijn de uitvoeringskosten van het huidige marktstelsel hoog. Voor een goed functioneren van een markt is er heel veel informatie nodig (OESO, 2010). In Nederlandse ziekenhuizen wordt er daarom veel meer gemeten dan in het buitenland. De Nederlandse zorg kent meer dan 3000 indicatoren, de Duitse 464, de Britse 254, de Noorse 68 en de Deense 25 (Poortmans, 2016). Verzamelen van al die informatie kost heel veel tijd van de zorgprofessionals. Ook moet voor een goed functioneren van een markt overstappen zinvol zijn. De kosten van 9 zorgverzekeringsholdings,

met 25 zorgverzekeraars die 61 polissen aanbieden, zijn aanzienlijk. Gezien de geringe behoefte om over te stappen, is het de vraag of deze kosten gerechtvaardigd zijn. En voor een goed functioneren van een markt moet onderhandelen zinvol zijn. De jaarlijkse onderhandelingen over contracten en productboeken kosten veel tijd en energie, en het is onduidelijk wat dit oplevert. Helaas is er geen onderzoek voorhanden dat deze kosten kwantificeert.

Preventie

Preventie vergt integraal beleid: met preventie worden op de middellange termijn chronische ziekten (welvaartsziekten als hartfalen, COPD, obesitas, diabetes) en daarmee samenhangende kosten voorkomen en kan grote maatschappelijke gezondheidswinst worden behaald.

HET STELSEL FAALT

Samenvattend, sinds de invoering van het systeem van gereguleerde marktwerking is de kwaliteit van de zorg in internationaal perspectief verslechterd, terwijl de kosten

Inrichting van het Nationaal ZorgFonds

Zorgverzekeraars verliezen hun wettelijke taak en het Nationaal ZorgFonds neemt de rol van Zorgregisseur op zich. Deze publieke organisatie hanteert het uitgangspunt dat zorgprofessionals onderling in het belang van de patiënt moeten samenwerken. Regie op de planning is het tweede uitgangspunt, waardoor er een adaptief stelsel ontstaat van huisarts tot topklinische, specialistische zorg dat op technologische ontwikkelingen kan inspelen en daar voorwaarden aan stelt. Er wordt niet meer afgerekend per handeling, maar via reële budgetten in combinatie met inhoudelijke afspraken

– waaronder het bieden van kwalitatieve zorg en het voorkomen van wachtlijsten. Hierdoor hebben zorgaanbieders financiële zekerheid, terwijl de bureaucratie verdwijnt die samenhangt met de huidige productfinanciering en de contractering per zorgverzekeraar per jaar. Het zorgaanbod wordt regionaal en in democratisch verband geordend: alle zorgaanbieders van een regio bepalen samen in verenigingsverband hoe zij de geraamde zorgbehoefte gaan bedienen. De financiering voor de zorg loopt centraal via het Nationaal ZorgFonds en wordt verdeeld op basis van een behoef-

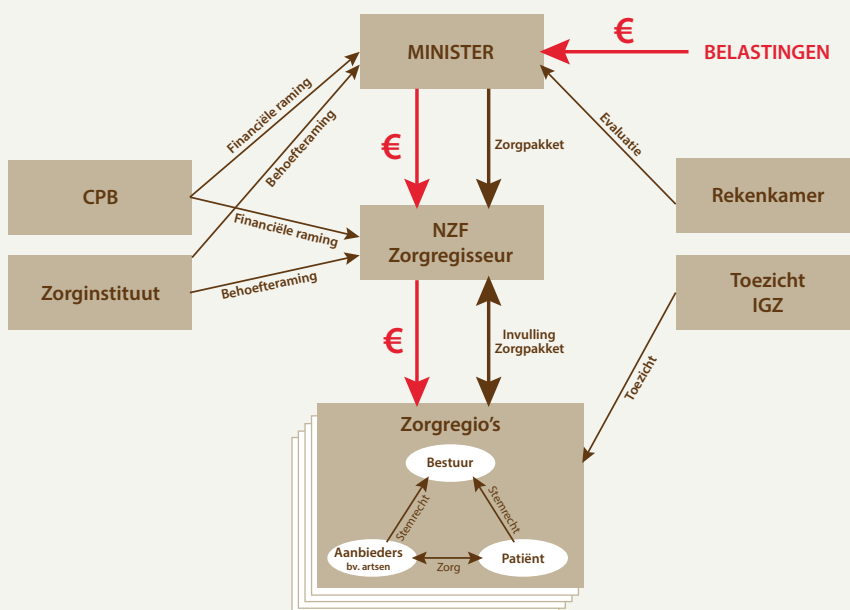
teraming per regio. Daar waar nu de zorgverzekeraars voor groepen verzekerden worden verevend om de schadelast te beperken, wordt er straks een regio met voorfinanciering in staat gesteld de zorgbehoefte in te richten. Het Zorginstituut en het CPB helpen bij de ramingen. De politiek bepaalt het budgettaire kader voor de zorg en welke zaken er vergoed worden vanuit het voor iedereen beschikbare basispakket. De Algemene Rekenkamer houdt toezicht op de doelmatigheid van besteding. Ook coördineert het Nationaal ZorgFonds – samen met het kwaliteitsinstituut – de concentratie van zorg en regelt dat alle patiënten toegang hebben tot die geconcentreerde zorg, ongeacht de regio waarin iemand woont.

Een zorgregio treft ook preventieve maatregelen voor de korte, midden- en langere termijn. Enerzijds om de sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen, anderzijds om zorgkosten in de toekomst te voorkomen. Er zijn een drietal grote besparingen. Ten eerste levert het opheffen van de zorgverzekeraars een besparing van anderhalf miljard op. Ten tweede kan minimaal een miljard (drie procent op 36 miljard aan directe kosten) worden bespaard door verbetering van de samenwerking tussen individuele zorgverleners en zorgorganisaties en door verhoging van de arbeidsproductiviteit (onder andere vermindering van ziekteverzuim). Ten derde kan ruim twee miljard bespaard worden door een aanzienlijke vermindering van de administratieve lasten/indirecte kosten, vanwege het opheffen van de NZa en de vermindering van voorschriften en verantwoordings-eisen. In het huidige rekenmodel van het CPB wordt er geen rekening gehouden met het tweede en derde besparingspotentieel. De organisatie van het Nationaal ZorgFonds wordt geschat op 600 miljoen.

KADER 1

Organogram van het Nationaal ZorgFonds

FIGUUR 2



Bron: Nationaal ZorgFonds (2016)

juist disproportioneel zijn gestegen. Figuur 1 geeft dit weer op basis van OESO-data.

Het stelsel functioneert niet omdat er inherent tegengestelde principes ingebouwd zitten: wantrouwen en concurrentie moeten samengaan met vertrouwen en samenwerking. Het legt daarnaast de prikkels verkeerd: een patiënt is geen consument. Door deze constructiefouten wordt het stelsel omzet-gedreven en niet zorgkwaliteit-gedreven. Een kwalijke bijwerking is de kolossale controlebureaucratie die het stelsel met zich meebrengt. Alle controlekosten zijn indirecte kosten, die afgaan van het geld dat beschikbaar is voor de zorg.

HERBEZINNING VERHOUDING TUSSEN PUBLIEK EN PRIVAAT

De gezondheidszorg wordt gefinancierd uit publieke middelen en het beste is ze voor de gehele bevolking te organiseren in het publieke domein waarbinnen private activiteiten op basis van heldere regels en afspraken een – overigens onmisbare – bijdrage leveren. Ondernemers zien kansen en vrije ruimtes, bijvoorbeeld op deelmarkten voor medicijnen en hulpmiddelen, en benutten die door te innoveren. Maar dit vraagt altijd om toetsing en regulering, en daarmee om overheidscorrectie op de vrije markt. Immers, de collectieve volksgezondheid en individuele patiëntveiligheid moeten te allen tijde gewaarborgd blijven.

In het huidige zorgstelsel is de markt nevensgeschikt, en met het construct van zorgverzekeraars in feite zelfs ook bovengeschikt aan het publieke belang. Als de markt bovengeschikt is, staat niet de patiënt centraal, maar de omzet. De markt legt de nadruk op het plegen van interventies met overdiagnostiek en overbehandeling tot gevolg. Partijen zoeken ‘verdienmodellen’ en introduceren stop-watch-protocollen, een stortvloed aan behandelvoorschriften en behandelen zo meer om te voorkomen dat de inspectie of de patiënt aan de hand van richtlijnen beklag komen doen. Kan in een commercieel gedreven zorg de werkelijke patiëntbehoefte, waarin persoonlijke belangen prevaleren, überhaupt centraal staan?

Met een dermate sterke positie van de markt ontstaat er ook een blinde vlek voor het coördineren van investeringen in zorgvoorzieningen. De zorg is een technisch hoogwaardige, dynamische en complexe infrastructuur, die vraagt om coördinatie en samenwerking bij investerings- en desinvesteringbeslissingen. Deze noodzakelijke regie is een publieke verantwoordelijkheid, die samengaat met de verantwoordelijkheid voor ontwikkeling en het behoud van kennis in al haar facetten. Tot slot, doordat iedere zorgverzekeraar zijn eigen maatstaven voor kwaliteit bepaalt, is er nu – naast intransparantie – ook een suboptimale inrichting van zorgvoorzieningen in de eerste, tweede en derde lijn.

NAAR EEN NATIONAAL ZORGFONDS

Uit maatschappelijke onvrede is in 2016 de beweging van het Nationaal ZorgFonds ontstaan, met inmiddels 240.000 sympathisanten. Het Nationaal ZorgFonds stelt andere principes centraal: samenwerking boven concurrentie en marktwerking, vertrouwen in arts en patiënt in plaats van wantrouwen, en behoefte-gestuurd in plaats van winstgeoriënteerd. Verdienmodellen zijn ondergeschikt. Kader 1 geeft een schets van het zorgfonds.

De samenwerkingsgedachte is fundamenteel. Samenwerking is essentieel op alle niveaus, landelijk voor de planning van de zorginfrastructuur en bijbehorende investeringen, regionaal in de zorgnetwerken en bij de patiënt waar verschillende zorgverleners vanuit verschillende expertises nauw samenwerken bij de behandeling om zo de beste zorg te kunnen leveren aan patiënten. De uitdaging daarbij is om de ruimte en vrijheden te waarborgen, waardoor dynamiek en verbeteringen als het ware ‘embedded’ zijn. Een inhoudelijk gedreven concurrentie om de kwaliteit van zorg te verbeteren is goed. Helderheid en eenduidigheid zijn hiervoor wel essentieel en hier hoort een toegesneden financieringssysteem bij. Met het Nationaal ZorgFonds willen we deze paradigmaverandering gestalte geven.

LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer (2016a) *Verantwoordingsonderzoek 2015*.
- Algemene Rekenkamer (2016b) *Zorgakkoorden: uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*.
- CBS (2014) *Gezondheid en zorg in cijfers*.
- CBS (2015) *Zorglasten per Nederlander ruim 5300 euro*.
- CPB (2016) *Een raming van de zorguitgaven 2018-2021*.
- KPMG Plexus (2014) *Evaluatie Zorgverzekeringswet*. Eindrapportage. KPMG Plexus.
- Loef, G.J. van (2016) Een decennium marktwerking. *Arts en Auto*, 16(12), 26–28.
- Nationaal ZorgFonds (2016) *Bouwstenen*. Artikel te vinden op: www.nationaalzorgfonds.nl.
- Nibud (2016) *Zorguitgaven van chronisch zieken en mensen met een beperking in 2011 en 2016 vergeleken*.
- OESO (2010) *Health care systems: getting more value for money*. OECD Economic Department Policy notes, 2.
- OESO (2016) *Health at a Glance; Europe 2016*. Parijs: OESO.
- Poortmans, J. (2016) Driemaal daags een pijnschaal. *De Groene Amsterdammer*, 16(49), 22–25.
- SCP (2012) *Meebetalen aan de zorg: Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg*.
- SCP (2015) *De Sociale Staat van Nederland*.
- TNS NIPO (2016) *Het eigen risico in de zorg*. Amsterdam: TNS NIPO.
- ZonMw (2009) *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag..*

In het kort

- ▶ Nederland heeft relatief dure zorg van middelmatige kwaliteit.
- ▶ Dat komt omdat het huidige stelsel omzet belooft in plaats van zorgkwaliteit.
- ▶ Een nieuw stelsel dat start bij samenwerking tussen professionals en dat de patiënt centraal stelt, is nodig.