



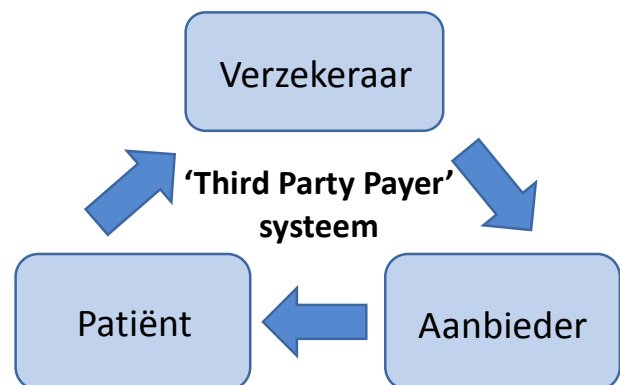
Effectieve ordening van de zorg:

een strijd tussen koningen, boeren, artsen en economen!

*Joël Gijzen, managing director healthcare department
CZ Actief in Gezondheid*

Misschien een wat vreemde ‘openingszet’; de titel. Het koppelen van het orderingsvraagstuk in de zorg aan de strijd tussen koningen en boeren, en heden ten dage artsen en economen. Maar na een internationale vergelijking van het Nederlandse zorgstelsel worden ons de parallellen duidelijk. Bijna overal ter wereld wordt al decennia lang gezocht naar een ideale ordening van de zorg. Een ideaal, navolgend beschreven als: ordening die een optimaal resultaat laat zien van ‘de zorg’, afgemeten aan toegankelijkheid, (macro-)kosten en de kwaliteit van zorg (zowel patiëntervaring als klinische kwaliteit). Met andere woorden, het zoeken naar een ordening die in een ‘perfecte’ markt tot een zogenaamd *Pareto-optimum* leidt: geen enkele factor (toegang, kosten, noch kwaliteit) kan verbeterd worden, zonder daarbij significant een andere factor te schaden.

Ons zorgverzekeringssysteem typeren we als een zogenaamde ‘*third-party-payer*’ (zorg)economie, of zoals Wynand van de Ven dit zo mooi in zijn slotcollege in oktober 2015 noemt: ‘Winkelen zonder kassa’. Dat betekent dat er altijd mechanismen zullen zijn die de afweging die een burger in zijn dagelijks leven maakt als hij consumeert, op een andere wijze zal moeten compenseren. Immers het gebruik van de zorg en de betaling lopen in zo’n ‘*third-party-payer*’ systeem niet samen.



We kennen de volgende, meest gehanteerde ‘compensatie-systemen’:

- ⊙ een directe sturing van de overheid in de zorgeconomie, bijvoorbeeld voorheen via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV),
- ⊙ semi-rechtstreekse overheidsallocatie, via bijvoorbeeld Zorgkantoor-achtige constructies en (niet risicodragende) zorgverzekeraars, voorheen de Ziekenfondsen,
- ⊙ indirecte overheidssturing, door middel van concurrerende zorgverzekeraars, maar ook via persoonsgebonden-bekostiging, met borging door de overheid via het aanspreken op (wettelijk verankerde) zorgplicht en (in)direct toezicht,
- ⊙ en tot slot een temporale variant: een Nationaal Zorgfonds (met overigens regionale allocatie).

In Nederland kennen we op dit moment een ‘triaal’ model dat de sturing en betaling in de zorg regelt, de zogenaamde ‘third-party-payers’:

- ⊕ zorgkantoren voeren als verlengstuk van de overheid de Wet langdurige zorg uit (Wlz),
- ⊕ risicodragende (concurrerende) zorgverzekeraars verzekeren ons voor de curatieve zorg (ZvW),
- ⊕ gemeenten hebben de plicht maatschappelijke participatie te faciliteren, ook als daar een lichamelijke of geestelijke beperking aan ten grondslag ligt (Wmo).

Deze ordening in Nederland houdt de maatschappelijke druk, zeker bij schurende belangenafwegingen tussen individu en samenleving, op één ‘provider’ beperkt. Daardoor is de effectiviteit van deze instantie (zorgkantoor, zorgverzekeraar, gemeente) van het ‘winkelen zonder kassa’ in principe hanteerbaar, zeker in een geëmancipeerde claimende samenleving. Nadeel van deze methode van ‘drukverdeling’ is dat de hierdoor ontstane compartimenten tot een inefficiënte allocatie tussen de verschillende stelselcompartimenten kan leiden. Met helaas bijbehorende risico’s van (on)bewuste afwenteling.

Om dit bovenstaand risico van afwenteling te mitigeren is een *single-payer systeem*, daar waar internationale studies voorhanden zijn, effectiever gebleken dan een *multi-payer-systeem*. Het nadeel is echter de lage mate van patiënten inbreng (democratische validatie) in de keuzes die gemaakt worden, en het risico van ‘luiheid’ van de single-payer.

Bij een internationale analyse van de zorg, valt in Noorwegen bijvoorbeeld op dat in principe de basis voor ordening van de zorg ligt in het zogenaamde *single-payer systeem*. Hoewel de zorg- en welzijnssturing zijn neergelegd bij zowel Rijksoverheid als gemeentelijke overheid, is toch per zorgsoort een overduidelijk dominante financier, organisator en ‘toegeleider’ aangewezen. Bij het abstraheren van de door het Rijk gestuurde ziekenhuiszorg, is de gemeente (de Kommune) de partij die de verantwoordelijkheid heeft de burgers van zorg, welzijn en preventie te voorzien. Wel is duidelijk dat er sprake is van (steeds strakker wordende) kaderwetgeving vanuit de

Noorse rijksoverheid. Zorgverzekeraars ontbreken vrijwel volledig. Uitgezonderd van wat marginale verzekeringscomponenten, die in een zuivere private verzekeringsmarkt voorgebracht worden en vaak dure geneesmiddelen of wachtlijstbemiddeling dekken. Kijkend áchter de façades, blijkt het Noorse *single-payer* zorgsysteem echter bovenmatig kostbaar. Forse inefficiëntie wordt gezien als grootste issue in de huidige Noorse zorg, met een toenemende, nog weliswaar redelijk latente, roep om meer keuzevrijheid en zelfregie. Daarnaast lijkt de ‘*outillage*’ van de zorginstellingen toch wat achter gebleven te zijn bij de norm die we anno 2017 in Nederland hanteren.

“De ‘outillage’ van de Noorse zorginstellingen lijkt toch wat achter gebleven te zijn bij de norm die we anno 2017 in Nederland hanteren.”

Een samenleving verlangt een zorgstelsel dat past bij de sentimenten... en de portemonnee

In een vergelijking van het Noorse en Nederlandse zorgstelsel zijn de twee uitersten van zorgsturing heel markant: het Nederlandse stelsel met een gecombineerde *multi-payer/single-payer*-sturing, maar beiden uitgevoerd door concurrerende zorgverzekeraars (en gemeenten), en het Noorse stelsel dat de *single-payer* sturing, de *kommunes*, als leidmotief heeft. De vraag is echter, uitgaande van de zoektocht naar een vorm van ‘Pareto-optimaliteit’: wie heeft het ‘beste’ stelsel?

Deze vraag benaderend vanuit de macro zorgkosten, de outillage en de (klinische) kwaliteit, stel ik – uiteraard volstrekt subjectief – dat het Nederlandse stelsel dichterbij een optimum komt dan het Noorse stelsel. Hiermee rijst de vraag echter direct of de Noren een hogere stelseloptimaliteit zouden krijgen als ze eigenschappen van het Nederlandse stelsel over zouden nemen? Zouden wij ons stelsel anderzijds kunnen verbeteren als we meer *single-payer* kenmerken introduceren, naar analogie van de sturing in Noorwegen?

Mijn persoonlijke opinie is dat stelselkeuzes alleen werken in de context van de geografische, demografische en culturele omstandigheden van het land en/of haar bevolking. En zie hier hoe organisch het nationale zorgstelsel voorkomt uit de nationale eenheden, alleen al uit de vergelijking van Noorwegen en Nederland is dit direct af te leiden. Rigoureuze wijzigingen, niet te verklaren uit een maatschappelijke ontwikkeling, zouden vanuit gezondheidseconomisch perspectief, desastreuus zijn voor het streven naar een optimaal zorgstelsel, uitgaande van de eis van een hoge mate van burgerlijke acceptatie.

Toch is het verstandig ook in de huidige identiteit van het nationale zorgstelsel te blijven zoeken naar economische en/of intrinsieke prikkels die de werking van dat stelsel verder zullen verbeteren. Overigens zonder daarbij steeds weer het stelsel an sich ter discussie te stellen.

Mijn suggestie zou zijn in ons Wlz-, ZvW- en Wmo-stelsel te zoeken naar triggers die de effectiviteit binnen de compartimenten zal verhogen en de effectiviteit tussen de compartimenten kan verbeteren. Hoewel er legio voorbeelden te noemen zijn, zou ik voor willen stellen: verminder de overdreven verwachtingen van het multi-payer systeem in de volle breedte van de Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg, en verhoog de 'uitvoeringsprikkels' over de stelsels heen in de *single-payer* gefinancierde zorgcompartimenten van de Wlz en de Wmo.

We zien in Nederland al steeds meer lokale initiatieven ontstaan op het gebied van zorg en welzijn die een spanning ervaren tussen landelijke wetgeving, vaak uitgevoerd door maatschappelijke organisaties zoals zorgverzekeraars, en grote gemeenten en lokale partijen als zorgcoöperaties en regionale zorgaanbieders. Als we ons huidige Nederlandse stelsel nog verder willen verbeteren is het zaak om hier goed bij stil te staan; hoe brengen we ons krachtige triale zorgstelsel dicht bij de (keuzes en motieven van de) regionaal acterende burgers? Gelijkheid door landelijke wetgeving is

immers mooi, maar wat heb ik eraan als ik geen gelijkheid wil, maar verzorgd wil worden in mijn eigen omgeving als ik oud ben...?

Ook als landelijk werkende groep van zorgverzekeraars, met vaak een regionale ontstaansgeschiedenis, heeft de CZ Groep deze maatschappelijke ontwikkelingen hoog op de agenda gezet. Enerzijds om de kracht van een landelijke organisatie om te zetten in onderscheidende zorg(contractering) voor de aangesloten verzekerden, maar anderzijds om ook dicht bij de kracht van regionale zorginitiatieven te blijven. Recent mochten we hiermee acte de présence geven op de landelijke manifestatie van burgerinitiatieven van de vereniging voor kleine kernen, onder de naam: 'we doen het zelf wel'.

Ruim 5 jaar geleden is binnen de CZ Groep het initiatief ontstaan om, naar analogie van het zogenaamde *Kinzigal-experiment*⁶, te starten met de afdeling Regio-regie. In deze afdeling wordt inhoud gegeven aan het regionaal structureren van de zorginkoop van de expertise-afdelingen. Zodat de zorginkoop veel beter gaat aansluiten bij de regionale 'zorgverschillen', zowel aan aanbod- als aan vraagzijde van de zorg. Naast het entameren van een regiovisie hebben de 'regio-regisseurs' de taak beleidsvelden waarin CZ actief is, inhoudelijk aan elkaar te verknopen, zodat er vanuit één centrale visie regionaal beleid gevoerd wordt. Tevens is de regionale aanspreekbaarheid voor gemeenten, zorgverleners en burger/patiëntvertegenwoordigers beter geborgd. Het is goed ons te realiseren dat we in een *multi-payer* systeem in de curatieve zorg actief zijn, maar dat we soms, door marktomstandigheden, effectiever kunnen zijn als we ons 'gedragen' als een *single-payer*. Door bijvoorbeeld minder een inkooprol maar meer een co-makerrol te vervullen. Hogere effectiviteit van de zorgregie en meer verzekerdentevredenheid is het gevolg. Een beetje Noorwegen in de Hollandse klei.

In onze visie is soms de koning aan zet en andermaal de boer! In alle gevallen is het niet het kaartspel waar het om draait, maar het spel(genot) van de spelers, zijnde de burgers die ons deze rollen toebedelen! ☺