

Online gepubliceerd ter inzage

Agenda:

- Korte introductie, terugblik op vorige meeting
- Discussie over rol van zorgverzekeraar in huidig stelsel, focus op passende en houdbare zorg
- Stilstaan bij mogelijk concrete actiepunten voor het Netwerk
- Afronding, korte feedback en afsluiting

Deze meeting is een vierde vervolg op onze eerste drie meetings, waarin we vrij algemeen en hoog-over hebben gediscussieerd over hoe we de zorg zinnig en betaalbaar kunnen houden. We vervolgen dat met een serie van zes meetings waarin we inzoomen op verschillende delen van de zorg. Daarbij zullen we steeds stilstaan bij twee hoofdthema's:

1. **Passende zorg**, zoals [verwoord door het ministerie VWS en Zorginstituut Nederland](#):
 - passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs
 - passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen
 - passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd
 - passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid
2. **Houdbaarheid**, zoals [beschreven in het WRR-rapport kiezen voor houdbare zorg](#):
 - om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te kunnen borgen, dient de zorg in financieel, personeel en in maatschappelijk opzicht houdbaar te zijn.

Verslag:

Waar eerder dit jaar onze meetings in het teken stonden van huisartsenzorg, wijkzorg en ziekenhuiszorg, hebben we het vandaag met elkaar over de rol van de verzekeraar in het zorgsysteem. Wat is de beoogde functie van de zorgverzekeraar, hoe pakt die uit in de praktijk en waar liggen kansen om passende en houdbare zorg te stimuleren?

Rol van de zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars hebben de rol in het stelsel om te sturen op kwaliteit en doelmatigheid (niet te veel, niet te weinig, kwalitatief goede zorg). Maar de maatschappij accepteert die rol niet goed, want zodra een verzekeraar vanuit die rol keuzes maakt bij inkopen en vergoeden van zorg en dat gevolgen heeft voor medisch handelen wordt al snel gesteld dat de verzekeraar 'voor dokter gaat spelen' en te veel macht heeft. Dat beperkt de verzekeraars in wat ze voor elkaar kunnen krijgen. Daarnaast (en mede daardoor) speelt bij de zorgverzekeraar zelf iets waardoor ze niet te kritisch willen zijn: imago-/reputatieschade en als gevolg daarvan het risico van het verlies van klanten. De verzekeraar is nog altijd gebaat bij meer klanten, die uit die maatschappij komen. Verzekeraars worden daardoor eigenlijk te bang, de angst voor imagoschade en daarmee klantverlies belemmert ze hun beoogde rol in ons zorgsysteem te vervullen.

Budget en volume

Onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorginstelling gaan vooral over de hoogte van het budget (de prijs van een zorgproduct) en veel minder over volume (het aantal zorgproducten). Over budgetten kun je makkelijker onderhandelen en makkelijker benchmarks laten zien en een beetje tot elkaar komen, als het om volume gaat zegt een ziekenhuis al snel dat er een bepaalde vraag is waar ze aan moeten voldoen waardoor het volume moeilijk omlaag te brengen is (een risico van te weinig

volume afspreken zou bijvoorbeeld een wachtlijst kunnen zijn, wat de verzekeraar wil voorkomen want ook dat kan negatieve aandacht geven). Er wordt wel geprobeerd naar kwaliteit te kijken, maar dat soort gesprekken hebben weinig impact doordat a) er te weinig data zijn om kwaliteit echt goed te kunnen beoordelen, b) zorgkwaliteit complex is en een écht zinnig gesprek daarover de diepte in moet gaan en beide partijen daar niet veel capaciteit op inzetten en c) beide partijen van elkaar afhankelijk zijn: de verzekeraar moet een zorgaanbieder vaak wel contracteren want anders komt hun zorgplicht en imago in gevaar, en de zorginstelling zal niet snel zeggen: 'je hebt gelijk, onze kwaliteit schiet tekort, we moeten aan de slag om dat te verbeteren'.

Wat dat betreft hebben de verzekeraars misschien wel wat zitten slapen tijdens de fusiegolf tussen ziekenhuizen. Door die concentratie van zorg kan de verzekeraar minder goed selectief inkopen (want: minder aanbieders) en komt bij het niet-inkopen bij het gefuseerde ziekenhuis de zorgplicht van de verzekeraar in gevaar. Waarbij ook de angst voor negatieve aandacht weer een rol speelt: stel je voor dat de verzekeraar zou zeggen: wij kopen niet in bij dit gefuseerde ziekenhuis, dan zou dat de volgende dag in de krant staan als 'risico voor mensen verzekerd bij ...' en dat wil de verzekeraar niet. Dus de 'tegenmacht' die de verzekeraar eigenlijk zou moeten spelen, wordt door die dynamieken teniet gedaan.

Zorgpolissen

Het wringt daarnaast ook bij de verschillende soorten polissen. Er zijn er nu grof gezegd twee: de restitutiepolis, die geeft de verzekerde volledige vergoeding bij alle zorgverleners (wat in de media de 'vrije artsen keuze' wordt genoemd). En de naturapolis, waarbij de verzekerde alleen terecht kan bij gecontracteerde aanbieders, en bij niet-gecontracteerde aanbieders een deel zelf moet betalen. Maar het vergoedingsverschil tussen die twee polissen is niet groot (zorgverzekeraars moeten minimaal ca. 70% van de zorg van niet-gecontracteerde zorgverleners vergoeden), terwijl het in werkelijkheid, als je echt vrije keuze tegen gecontracteerde keuze zou uitzetten, het verschil veel groter zou moeten zijn. Waardoor ook de premies veel meer zouden verschillen en de vraag nog meer dan nu zou worden hoeveel geld verzekerden ervoor over hebben om zelf te kunnen bepalen naar welke zorgverlener ze gaan.

Daarbij is er nu door alle verschillende polissen vooral aan het eind van het jaar veel aandacht en reclame voor het overstappen. Terwijl mensen die overstappen (*switchers*) vaak mensen zijn die geen zorg nodig hebben, die zoeken gewoon de goedkoopste polis. Mensen die wel zorg nodig hebben zijn eerder huiverig om over te stappen omdat ze bang zijn dat hun zorg bij een andere aanbieder niet meer vergoed zal worden, blijkt uit onderzoek.

Minder zorg?

Wat de invulling van ons gezondheidssysteem betreft moeten we misschien ook kijken naar hoe we dat zelf hebben ingevuld. Betalen we niet enorm veel geld voor soms maar een heel klein beetje gezondheidswinst? (de gezondheidszorg draagt maar voor een klein deel bij aan gezondheid van mensen) Of schieten we soms zelfs weinig tot niets op met geleverde zorg, worden mensen er soms zelfs slechter van? Zou een periode zoals nu, waarin vooral wordt gerept over wachtlijsten en achterstallige zorg door Covid, dan niet juist een moment zijn om tegen ziekenhuizen te zeggen: laat die volume-afspraken maar los en probeer die mensen te behandelen waarvan je zelf denkt: daar voegt behandeling echt iets toe? Als de wachtlijsten van nu worden nagebeeld en kritisch worden bekeken zou het zomaar kunnen dat er maar een klein deel van overblijft waar behandeling echt meerwaarde voor de patiënt zal hebben.

ZBC's

ZBC's maken het de ziekenhuizen daarbij ook niet makkelijk, ze kunnen vaak gefund door investeerders jarenlang op een prijs lager dan de markt een marktaandeel verwerven en personeel uit ziekenhuizen kan naar ze overstappen. En als een zorgverzekeraar zegt: "ik contracteer jou niet",

kunnen ze vaak door hun funding best een tijdje zelf werken tegen een lager tarief voor niet-gecontracteerde zorg, waarna een paar jaar later de zorgverzekeraar wel over stag moet omdat het marktaandeel van het ZBC is gegroeid. Ze hebben daardoor een ontwrichtend effect op zowel de personeelsmarkt als de zorgmarkt. Ziekenhuizen krijgen er steeds complexere patiënten door en komen steeds moeilijker aan personeel. Zouden zorgverzekeraars daar dan nog hardnekkiger moeten zijn door deze zorg continu niet of maar deels in te kopen?

NZa

Wat daarbij zeker niet helpt is dat de NZa nu juist hamert op het wegwerken van wachtlijsten. Dat zet druk op de onderhandelingen, het sterkt de overtuiging dat ziekenhuizen meer volume moeten kunnen maken om die wachtlijsten weg te werken. Dat betekent dus nóg meer van wat we al deden, terwijl nu juist een moment van reflectie zou moeten zijn: welke zorg is er nou echt nodig? Het lijkt er dus op dat het geheel te complex is om naar iemand of een bepaalde partij te wijzen. Simpelweg tegen de zorgverzekeraar zeggen: “pak je rol beter op” gaat niet werken, daarvoor zijn ook zij te afhankelijk van andere partijen en mogelijkheden. Zo moet de zorgverzekeraar luisteren naar de NZa, die weer in belang van productie van zorgaanbieder lijkt te spreken, waardoor iedereen elkaar in de greep houdt. Een greep die vooralsnog vooral gericht is op groei, en groei doet niemand pijn behalve de premiebetaler (de burger). Moeten daarom toch alle partijen samen om tafel, met de vraag “we moeten samen naar krimp toe, hoe gaan we dat doen?” En daar misschien ook wel betrokken/geïnformeerde burgers bij betrekken? (wat vinden zij belangrijk?)

Politiek

Politici weten dat discussies over krimp van zorg al snel gevoelig ligt bij kiezers (met hetzelfde risico op imagoschade als bij de zorgverzekeraar). Daardoor zal er vanuit de politiek waarschijnlijk niet snel enthousiasme zijn om dingen echt te gaan veranderen. Het eigen risico is in Nederland bijvoorbeeld eigenlijk weinig effectief in het afremmen onnodige zorg t.o.v. andere landen: in ons omringende landen zijn er bijvoorbeeld eigen bijdrages per behandeling of zelfs deels op geleide van wetenschappelijk bewijs voor de behandeling (Frankrijk) of is de eigen bijdrage inkomensafhankelijk tot wel €2000 (België). Maar het opperen van een hoger eigen risico in Nederland stuit vrijwel direct op weerstand.

Wat de onderlinge verhoudingen nog meer op scherp zal gaan zetten is dat binnenkort de premies nog verder gaan stijgen misschien al wel flink omhoog zullen gaan om een andere reden: cao-onderhandelingen gaan momenteel over ophogen salaris met misschien wel 10%, wat zo’n enorme kostenpost betekent dat de zorgpremies wel omhoog zullen moeten om dat te kunnen opvangen (waarbij het ons overigens verbaast dat de achterblijvende salarissen van verplegend personeel nog steeds niet losgekoppeld worden van die van de artsen. Daardoor kan verplegend personeel niet meer loonsverhoging krijgen (want dan ook artsen nog meer loon) of wordt de kostenpost onnodig groot (artsen verdienen naar onze mening al genoeg).

Hoe verder

We komen daardoor gaandeweg wel weer op het punt dat we constateren dat veel partijen naar elkaar wijzen. De zorgverleners naar de zorgverzekeraars, de verzekeraars naar de NZa en zorginvesteerders, etc. etc. Moeten we dus nóg beter met alle partijen om één tafel gaan zitten? Zodat partijen voor bovenstaand voorbeeld aan de NZa kunnen uitleggen dat wachtlijsten ook een moment voor reflectie kunnen zijn, waarvan zorg deels kan verdampen, etc? Wanneer gaan we met elkaar zeggen: de groei is eruit, we moeten zelfs naar krimp, hoe gaan we dat bewerkstelligen? De prikkels blijven nu, ook door de NZa, juist op méér zorg staan.

Dit rondetafelgesprek heeft nu vorm in het Integraal Zorgakkoord (IZA), maar er is nog geen concrete prikkel richting minder zorg. Tot nu toe lijken eigenlijk alle prikkels nog steeds richting méér zorg te staan, of anders richting het voorkomen van gedoe of slechte reclame rond het inzetten op minder

zorg. Zonder prikkel is verandering onmogelijk! Vermoedelijk was bij aanvang van het huidige zorgsysteem de gedachte dat die prikkel tot minder/goedkopere zorg bij de zorgverzekeraar zou liggen, dat die onderling zouden concurreren richting minder, goedkopere en doelmatiger zorg. Maar die hebben daar niks aan als ze er verzekerden door verliezen, er staat geen beloning tegenover kritisch inkopen (een iets lagere premie redt het niet tegen het risico van imagoschade en daarmee verzekerdenverlies). En daarmee speelt de verzekeraar dus niet de rol zoals die ooit bedoeld was, en is de enige mogelijke prikkel richting minder/goedkopere zorg weg.

Welke mogelijkheden zien wij?

1. Prikkel voor vergoeding verleggen. “Hoe meer je doet hoe meer je verdient” moet eruit.

Bijvoorbeeld:

- Verplichte staffel-bekostiging (hoe meer je doet, hoe minder je vergoed krijgt)
- Populatiebekostiging (meerjaren afspraak: dit budget voor de komende x jaar met één zorgaanbieder)

Zo zijn er in de wijkzorg ook al experimenten met populatiebekostiging, één budget voor een regio voor een bepaalde periode, om prikkels tot méér zorg te verminderen. Daar blijkt namelijk grote variatie in declaratiedata tussen wijkzorgaanbieders, zonder goede verklaring, waaruit de gedachte volgde dat er in de wijkzorg (ondanks personeelstekorten) toch ook overbehandeling kan zijn (bijvoorbeeld door productieprikkel van aanbieder, meer zorg = meer inkomsten).

2. Toezicht houden, achteraf controleren en straffen/korten

- Er wordt nog teveel zorg vergoed die eigenlijk helemaal niet voldoet aan de wettelijke plicht ‘volgens de stand van wetenschap en praktijk’. Instellingen en verzekeraars die zulke zorg nog aanbieden of vergoeden zouden na een beoordeling een terugvordering moeten krijgen. Zo’n ‘straf achteraf’ is er op dit moment nog niet.

Afronding en vooruitblik

Gedurende deze meeting merken we dat verschillende onderwerpen en discussies ook al in eerdere meetings aan bod zijn gekomen. Er treedt daardoor enige verzadiging op, al realiseren we ons ook opnieuw hoe complex het zorgsysteem in elkaar zit. Vooruitblikkend op de nog geplande meetings over zorgbestuur en politiek – onderwerpen waarvan we in ons netwerk de expertise niet hebben – besluiten we voor een andere invulling te gaan: de eerstvolgende meeting zullen we onze belangrijkste discussies en leerpunten verzamelen en die gaan we vervolgens proberen op te schrijven zodat we ze kunnen delen.