

## Bevrijd de zorgverzekeraar van de wettelijke taak om zorg in te kopen

10 maart 2016 Aldien Poll [www.aldien.nl](http://www.aldien.nl)

Zorgprofessionals bieden zorg aan in ziekenhuizen, instellingen, praktijken en in de thuissituatie. Iedere professional, van medisch specialist tot wijkverpleegkundige, is opgeleid om binnen de verantwoordelijkheden van het eigen vak handelingen uit te voeren en beslissingen te nemen of door te verwijzen als dat nodig is. De professionals zijn daartoe geregistreerd in een beroepsregister.

De zorg die geboden wordt is afhankelijk van de zorgvraag. De éne patiënt heeft meer of andere zorg nodig dan de ander, ook al hebben ze dezelfde ziekte. Dat kan afhankelijk zijn van leeftijd, geslacht, omgeving, aanwezigheid van andere ziektes en gewenste kwaliteit van leven. Professionals zijn opgeleid om, op basis van de zorgvraag, zorgstandaarden en richtlijnen samen met een patiënt een juiste inschatting te maken van wat nodig is en wat niet nodig is en om de zorg zó te organiseren dat deze de kwaliteit van leven van de patiënt ondersteunt en de kosten beheerst.

Sinds 2006 hebben de verzekeraars, op verzoek van de minister (vastgelegd in de Wet Marktordening gezondheidszorg), de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing in de zorg overgenomen. De verzekeraars richtten zich vanaf toen op doelmatigheidswinst in het zorgaanbod. De daarbij horende activiteiten betroffen procesoptimalisatie en produktbeheersing in het aanbod en 'activity based costing' van 'zorgstandaarden'. Deskundigen uit het bedrijfsleven werden aangetrokken om deze werkwijze in de zorg te introduceren. De zorgstandaarden betreffen de interventies zoals professionals die hebben bepaald op basis van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van (para) medisch handelen in de fysiologie van het lichaam, deze standaarden zijn niet ontwikkeld om de zorg te 'prijzen', maar worden nu wel als zodanig door verzekeraar (én het management van aanbieders) gebruikt. De gedachte hier achter is dat het behandelen van een longpatiënt, of een staaroperatie, of het aantrekken van een steunkous in de thuissituatie op dezelfde wijze gemanaged kan worden als het fabriceren van bijvoorbeeld een 'luiert' of het in elkaar zetten van een auto. Alle zorg is nu georganiseerd in processen, produkten, subprodukten, ketenprodukten en activiteiten, die allemaal apart uit-onderhandeld worden op prijs en volume. En een ziekte of aandoening wordt op dezelfde wijze bij iedere patiënt met een dergelijke aandoening bekostigd, onafhankelijk van de mogelijkheden of inzet van de patiënt zelf, onafhankelijk van bijvoorbeeld de aan- of afwezigheid van andere aandoeningen of de aan- of afwezigheid van mantelzorg of thuiszorg. Tot frustratie van de professionals en de patiënt.

De deskundigheid van de professionals én van de patiënten om in gezamenlijk overleg de juiste zorg op de juiste plaats te organiseren is daarbij de laatste jaren volledig genegeerd. Professionals werden leveranciers van vast omschreven produkten en activiteiten en als zodanig aangestuurd door verzekeraars, door Raden van Bestuur van instellingen en door leidinggevenden. De sfeer in de zorg is daardoor guur, cynisch, financieel gedreven en frustrerend geworden.

De verzekeraars zijn niet de schuldigen aan deze ontwikkeling. Zij zijn de wettelijke uitvoerders van het produktdenken van de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze autoriteit heeft de zorg, die *functioneel* is omschreven in de basisverzekering door het Zorginstituut Nederland (zoals 'huisartsenzorg', 'wijkverpleegkundige zorg' of 'paramedische zorg' ) vertaald naar duizenden produkten en prestaties (bijvoorbeeld alleen al voor de huisarts zo'n 60, voor de ziekenhuizen nu nog zo'n 3000). Die produkten en prestaties worden vervolgens ingekocht door de verzekeraars. Zowel bij verzekeraars, als bij de NZa als bij het management van instellingen worden dan ook steeds meer jonge slimme mensen aangetrokken met kennis van deze produkt georiënteerde bedrijfsprocessen en minder met kennis van de zorgverlening.

### *Alternatieve denkwijze*

1. Zorgverzekeraars worden weer financiële verzekeraars: zij dekken het risico op zorgkosten die de burger niet kan dragen. Iedereen blijft verplicht verzekerd en iedereen wordt verplicht geaccepteerd, zonder risicoselectie en premiedifferentiatie. Verschillen in voorspelbare risico's worden onderling tussen verzekeraars verevend om risicoselectie en premiedifferentiatie te voorkomen. Deze rol zit dan een beetje tussen het oude Ziekenfonds en de oude particuliere verzekeraars in.
2. Niet de zorgverzekeraars zijn initiator van kostenbeheersing, kwaliteitsverbetering, kwaliteitsbewaker en regioregisseur, maar zorgaanbieders/professionals en burgers/patiënten. Kosten worden op het niveau van een populatie zichtbaar gemaakt en niet op het niveau van producten.
3. Zorgaanbieders en professionals gaan weer de functioneel omschreven zorg bieden zoals omschreven door het ZIN in de basisverzekering. De huisarts biedt huisartsenzorg en de wijkverpleegkundige biedt wijkverpleegkundige zorg. Ziekenhuizen bieden medisch specialistische zorg die niet bij de huisarts of thuis geboden kan worden. De overheid wordt (weer) verantwoordelijk voor de infrastructuur van de zorg, zoals de stenen van de ziekenhuizen en de ambulances. Er gaat weer zorg terug naar de eerste lijn en naar de gemeente/preventie, zelfzorg. Maar wel in een nieuw en transparant jasje.
4. Aanbieders en professionals omschrijven daartoe zelf de werkwijze en de uitkomsten in termen van medische/paramedische effectiviteit en kwaliteit van leven en maken dat volledig transparant. Niet de verzekeraars.
5. Naar men aanneemt wordt 30% van de huidige kosten in de zorg wordt bepaald door onnodige zorg, complicaties van goede zorg en door gevolgen van slechte zorg. Complicaties zijn niet altijd te voorkomen, maar onnodige zorg en gevolgen van slechte zorg wel. Er is hier veel over bekend: zowel uit onderzoek als uit intrinsieke kennis van professionals. Niemand wordt er op dit moment voor beloond om deze 30% naar beneden te brengen.
6. Er komt een nieuwe financiering in de eerste lijn;
  - a. budget financiering voor huisartsenzorg op basis van een bedrag per bij de huisartspraktijk ingeschreven verzekerde. Dit bedrag wordt verhoogd naarmate er meer onnodige zorg verdwijnt. Een huisarts kan er voor kiezen om alleen noodzakelijke zorgvragen door te verwijzen naar de ziekenhuizen en om samen met andere professionals, inclusief medisch specialist en specialistisch verpleegkundige, veel in de eerste lijn (in en om het huis van de burger) uit te voeren, een huisarts kan er ook voor kiezen om veel (en vaak onnodig) door te verwijzen naar ziekenhuizen. De eerste huisarts krijgt een hoger budget dan de tweede.
  - b. Budgetfinanciering wijkverpleegkundige zorg op basis van een bedrag per bij de wijkverpleegkundige praktijk ingeschreven verzekerde. De wijkverpleegkundige praktijk kent een inschrijvingsbedrag vanuit de basisverzekering én vanuit de WMO en voert alle zorg en begeleiding uit om burgers zolang mogelijk in de juiste omgeving te laten wonen.
  - c. A en b kunnen ook gecombineerd worden
7. Er worden contracten gesloten tussen aanbieders/professionals en verzekeraar. Deze contracten betreffen geen 'inkoopcontract' opgesteld door verzekeraar, maar 'verkoopcontract' opgesteld door aanbieders/professionals en burgers/patiënten.
8. In deze contracten kunnen financiële 'prikkel's worden opgenomen die ertoe leiden dat bij het bieden van goede en betaalbare zorg in de eerste lijn, professionals geld tot hun beschikking krijgen om te innoveren.
9. Bedrijven en gemeenten kunnen zich aansluiten bij zorgverleners die deze contracten opstellen. Tot nu toe is de rol van werkgevers en gemeenten in de zorg nog mondjesmaat ontwikkeld en professionals zijn daar nog nauwelijks bij betrokken.