

10 jaar Zorgverzekeringswet: de zorgbestuurder

Voldoende ingevoerd **of** alweer uit de tijd

Het beperkte kader van dit artikel maakt een robuuste analyse van tien jaar zorgverzekeringswet onmogelijk, zo er al een eenduidig antwoord te geven is. Aldus zal de beantwoording van de vraag 'hoe bevalt het?' vanuit met name bestuurlijk en ziekenhuisperspectief gebeuren.

Bart JJM Berden

Voor de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 reguleerde de overheid het zorgstelsel strikt via capaciteit en tarieven. Dat paste niet meer in het tijdsgewricht van het begin van deze eeuw; concreet kwamen kwaliteit, doelmatigheid en het patiëntenperspectief (de vraagzijde) er bekaaid vanaf, met als illustratie het 'boter bij de vis-beleid' dat in 2000 werd ingevoerd. Ook werkte de combinatie van een publiek ziekenfonds en particuliere verzekeringen niet meer. Aan de publieke kant viel niets te kiezen, terwijl aan de particuliere kant op risico's werd geselecteerd. De kostenkant baarde steeds meer zorgen: zorgverleners, maar ook patiënten hadden geen inzicht, maar ook weinig belangstelling voor de kosten. Passend bij de, destijds, grote belangstelling voor marktwerking zou de hoge waarde en toegankelijkheid van het stelsel worden bevorderd met keuzevrijheid en concurrentie. De Zvw en Wet op de Zorgtoeslag waren daarvoor de middelen, in de kern een privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel van gereguleerde concurrentie. Het in 2004 ingediende wetsvoorstel trad op 1 januari 2006 in werking.

Markt en overheid

Vanaf de invoering van de Zvw was ieder die legaal in Nederland woont of werkt in staat en verplicht een zorgverzekering af te sluiten

waarbij zorgverzekeraars acceptatieplicht hadden. Afhankelijk van het inkomen werd een compensatoire zorgtoeslag uitgekeerd. Belangrijk bij deze herordening van het stelsel was het in positie brengen van de trias patiënt, zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zij droegen de verantwoordelijkheid. Relevant was de overtuiging dat markt en overheid geen tegenstelling zijn; ze versterken elkaar om publieke doelen te realiseren. De markt zou doelmatigheid en innovatie stimuleren terwijl de overheid zou waken over de toegankelijkheid en eventuele marktimperfecties zou bestrijden, met het verbod op premiedifferentiatie als illustratie.

En, bevalt het?

Allereerst is er de kwestie van het in- en verkopen van zorg. Centraal stond de patiënt die inzicht heeft, kan wikken en wegen en uiteindelijk zijn keuze maakt op basis van kwaliteitsinformatie. Met zorgverzekeraars die kunnen inkopen op basis van die informatie en zorgaanbieders die daardoor worden gestimuleerd tot kwaliteitsverbetering. Deze visie of dit wensbeeld komt echter niet overeen met de werkelijkheid. Er zijn vele soorten data(sets) die zich maar moeizaam laten omvormen tot betekenisvolle informatie over kwaliteit van zorg. En wat voor de patiënt relevante keuze-informatie is, helpt de zorgverzekeraar niet bij het complexe inkoopproces dan wel geeft de aanbieder, bijvoorbeeld in de vorm van spiegelinformatie, onvoldoende concreet aan hoe en waar verbeterd kan worden. Ook de huidige grote belasting voor de zorgprofessional is hierbij kritisch. Hierdoor zijn gescheiden domeinen en vele subdoelen ontstaan, binnen een onoverzichtelijk totaal. We zullen deze situatie moeten accepteren

en zoeken naar specifieke deelinformatie die voor doel en doelgroep betekenisvol is. Bijpassend beleid is dynamisch en eerder signalerend en focuserend in plaats van allesomvattend.

Ongeschikt

Ook informatie over de kosten stelt niet tevreden en is volstrekt ongeschikt om op basis hiervan te beslissen. Deze lijkt niet bij te dragen aan meer kostenbewustzijn. Dat komt onder meer door de complexiteit van toerekening en administratieve inrichting, maar ook door de (te) hoge verwachtingen. De aanzienlijke investering die het verschaffen van deze informatie kost weegt vooralsnog niet op tegen de verwachte voordelen.

Kostenbeheersing?

Er is veel lof over de relatief geringe stijging die de curatieve sector in de afgelopen jaren heeft laten zien. Echter, er is geen sluitende analyse dat dit kan worden toegeschreven aan de Zvw. Wel laat internationaal onderzoek zien dat de conjunctuur een remmend of stimulerend effect heeft op de zorgconsumptie. In Nederland is het hoofdlijnenakkoord ook van betekenis geweest. Het bovenstaande wil overigens niet zeggen dat de Zvw niet heeft bijgedragen aan de relatieve kostenbeheersing. Het is niet onaannemelijk dat de veldpartijen, in casu de eerder genoemde trias, beter in staat zijn elkaar in balans te houden dan de regulerende overheid dat voorheen was.

Niet uit de verf

De vraag of marktwerking, dan wel marktdenken, een bijdrage heeft geleverd is nog abstract. Zoals hierboven genoemd zijn vitale elementen van een markt niet uit de verf gekomen en het is onaannemelijk dat dat alsnog gaat gebeuren. Begin 2017 is het sentiment bepaald niet opgeschoven richting verdere ontwikkeling van de markt, integendeel. Het uitstellen en vermoedelijke afstellen van de wet Privaat Kapitaal is daarvan een pijnlijke illustratie. Pijnlijk omdat het de noodzakelijke financieringsbehoefte van zorginstellingen werkelijk vitaal bedreigt. Overigens is de weg terug is al lang afgesloten: als het marktdenken positie verliest ten faveure van minder of geen eigen risico, het standaardpakket uitbreiden, minder tegenkracht en meer overheidsinbreng zal de zorg duurder maar twijfelachtig beter worden.

Rol patiënt

Bijzonder interessant voor de toekomst is het omvormen van de huidige bekostiging van verrichtingen naar de bekostiging op basis van zorgwaarde. Met een focus op gezondheid, kwa-



Bart Berden

liteit van leven en ruimte voor meerjarenaanpak in plaats van een focus op ziekte. Inclusief de vraag of de ingezette euro goed wordt besteed. De Zvw heeft positief bijgedragen aan de positie van de patiënt. Geholpen door bijvoorbeeld de recente Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is die bijdrage nog toegenomen. Dit sluit goed aan op internationale ontwikkelingen die kort en goed samengevat kunnen worden met 'nothing about me, without me'. Het is spannend of deze positie en inbreng van de patiënt ook kan bijdragen aan het terugdringen van niet-geïndiceerde zorg, ook wel 'low-value care' genoemd. Naast een kwalitatief aspect zit hier ook een kostenaspect aan.

Vitale marktelementen
zijn niet uit de verf gekomen

Tussenfase

Elke periode krijgt de best passende overtuiging, visie en beleid. Binnen de waardering voor de markt en het passende marktdenken van de afgelopen eeuwwisseling is het zorgstelsel in 2006 ingrijpend aangepast. Sindsdien is de waardering voor markt, zeker in de zorg, fors naar beneden bijgesteld. Anno 2017 kan worden vastgesteld dat de uitrol van de Zvw niet conform de voornemens plaatsvindt. Dat maakt dat we in een tussenfase zitten waarvan onduidelijk is waarheen die zich beweegt. Daarmee krijgen de diverse onderdelen van de Zvw hun eigen bijdetijdse invulling. Het is aan het ziekenhuis om daar specifiek op in te spelen en incrementeel en voortdurend te werken aan verbetering, in gezamenlijkheid met patient en zorgverzekeraar.

Informatie over de auteur

Bart Berden is voorzitter RvB van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis en bijzonder hoogleraar Organisation Development in Hospital Care, TIAS.