

Regionalisering en regionale regie: een verheldering

Standpunten en visie PvdA-netwerk Zorg; april 2019

De PvdA wil af van de marktwerking in de gezondheidszorg. Wij geloven in voortdurende verbetering van de kwaliteit en beheersing van de kosten door samenwerking i.p.v. door concurrentie.

In onze visie is de zorg geen bedrijf en de burger geen klant. We willen daarom steun verwerven voor een ander idee over de zorg, nl dat van een publieke zaak, waarvoor burgers, overheid en zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen.

De markt als sturend mechanisme in de zorg veronderstelt én bevordert een sterke mate van individualisme. De burger, die als klant vrij moet kunnen kiezen; de aanbieder, die ondernemingsvrijheid moet hebben om te kunnen concurreren; en de financier, die concurreert met andere financiers om de laagste premie. Er ontstaat een accent op (trekkings)rechten en een calculerende opstelling: "What's in it for me". Die opstelling verdraagt zich slecht met het gegeven dat zorg een collectief en schaars goed is. En daarmee een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, burgers / patiënten en professionals / aanbieders. Bij een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een schaars goed horen spelregels en grenzen, en een gezamenlijke houding van 'collectieve zuinigheid'. Geen van de drie partijen kan eisen, dat zijn belangen prevaleren boven die van de anderen. De overheid kan niet alles laten afhangen van kostenbeheersing en efficiency, de burger / patiënt is, hoe geëmancipeerd ook, geen koning klant, en de aanbieders zijn uitvoerders van een publieke taak en geen ondernemers.

Een problematisch aspect van de marktwerking is verder dat zorg daarbinnen een product of afgebakende dienst is. In dat concept heeft er een transactie plaats tussen klant en hulpverlener. Er wordt iets geleverd, overgedragen, er wordt betaald, en daarna is het "klaar". Terwijl de zorg in wezen een interactie, een relatie is. Het gaat om 'vraag en antwoord' en niet om 'vraag en aanbod'. Zorg is een proces van voortdurend wikken en wegen wat verstandig is om te doen.

In de huidige dominante logica wordt de burger geacht zich te gedragen als kritische consument met grote keuzevrijheid, die stemt met de voeten: als het product niet bevalt ga ik naar een ander. Dit stemmen met de voeten stelt een onmogelijk hoge eis aan de mate waarin een patiënt in staat is het product te beoordelen op kwaliteit en noodzakelijkheid. Deze beoordeling van kwaliteit lukt niet, en daarom zoekt de gebruiker, samen met verzekeraars, overheid en patiëntorganisaties naar een oplossing in "transparantie", registratie en procedures. Dat groeit en groeit, omdat men iets wil "pakken" dat op deze manier niet te pakken is.

Een eerste stap

We moeten de belangrijke veranderingen niet aanbrengen door een compleet nieuw stelsel te ontwerpen en in te voeren, maar door het huidige systeem geleidelijk bij te stellen. Ons doel is een stelsel onder publieke verantwoordelijkheid en met een meer publiekrechtelijk karakter. Het gaat bij dit voorstel primair over de zorg die valt onder de zorgverzekeringswet, en uiteraard over de zorgverzekeraars. Bij organisatie en samenhang zullen ook de domeinen van de WMO en WLZ een rol spelen.

De eerste stap is regie aanbrengen op het niveau van organisatie en bestuur door het realiseren van regionale regie en regionale ordening.

Een werkdefinitie van regionale regie is: ***In een regio is één instantie verantwoordelijk voor de zorgregie en de verdeling van het bijbehorende regiobudget.***

De regionale zorgregisseur is de instantie, die verantwoordelijk is voor regionale samenwerking en samenhang en de spreiding en de beschikbaarheid van voorzieningen, met een goed zicht op de regionale zorgvraag. De regisseur gaat over de verdeling van de beschikbare middelen.

Die regierol vereist in de eerste plaats inhoudelijk gezag gecombineerd met democratische legitimatie. Samenwerking met zorgaanbieders, burgers en patiënten is dan de modus operandi. En mocht er geen overeenstemming tot stand komen dan moet een regisseur uiteraard wel een knoop kunnen doorhakken.

In deze opzet kan het dus niet zo zijn dat er meerdere, met elkaar concurrerende regisseurs zijn. Er zal sprake zijn van dezelfde basispolis voor iedere burger in een regio en van één contract per zorgaanbieder.

Regionale regie dient een oplossing te bieden voor in elk geval de volgende problemen:

- De grote fragmentatie in de zorg moet verminderen.. Er moet meer samenhang, samenwerking en integratie komen als een noodzakelijke kwaliteitseis voor de zorg. Markwerking is weliswaar niet de enige oorzaak van de fragmentatie, maar het systeem maakt de oplossing ervan erg problematisch.
- Verantwoordelijkheden zijn nu te onduidelijk. Verantwoordelijkheden moeten duidelijk zijn en gerelateerd aan democratische verantwoording.
- Regionale regie kan zorgen voor een doelmatig gebruik van de beschikbare middelen.

Uitwerking van regionale regie

De keuze voor regionale regie is een hoofdrichting. In dit stuk verkennen we een aantal aspecten daarvan. We werken niet een totaalconcept uit met alle operationele consequenties, maar formuleren een aantal bouwstenen, waarmee experimenten in enkele regio's kunnen worden gestart. Het uitvoeren van enkele experimenten is een zichtbare en vruchtbare manier om uit te vinden hoe de ideeën moeten worden uitgewerkt en eventueel bijgesteld.

A) Wie is de regionale regisseur?

Eén mogelijkheid is dat huidige verzekeraars zich omvormen tot sociale verzekeraars die vooral georiënteerd zijn op de regio. Veel verzekeraars komen uit een traditie van regionale coöperaties. Deze traditie zou de basis hiervoor kunnen zijn.

Mocht blijken dat verzekeraars deze beweging niet willen maken, dan gaan we op zoek naar een andere invulling. Te denken valt aan het tot stand brengen van regionale zorgcolleges of zorgautoriteiten. De verzekeraar zou dan de positie van administratie- en betaalkantoor in kunnen nemen.

B) Welke aanbieders vallen onder een regionale regie?

In principe sluiten alle aanbieders in de regio een contract met de regionale regisseur. Afspraken over samenwerking en verantwoordelijkheid in de keten van het zorgproces zijn onderdeel van het contract. Zorg waarbij onderlinge afstemming en regie op patiëntniveau met name noodzakelijk is, zijn in elk geval huisartsen, wijkverpleging, GGZ, ziekenhuizen.

- C) Alle aanbieders vallen onder een regiobudget. Materieel is dat nu in feite ook al zo. De bestuurlijke akkoorden en de ‘gewoontegetrouwe’ contractering door verzekeraars resulteren de facto in een regiobudget, een relatief vast bedrag dat elk jaar in een regio aan zorg wordt uitgegeven.
- D) Hoe wordt de democratische verantwoording vormgegeven?
 In elk geval zal het instituut zorgregisseur voorzien moeten zijn van geledingen van vertegenwoordigers van patiënten en aanbieders. Bijvoorbeeld een representatieve verzekerdenraad. Analoog aan de positie van een OR of een medezeggenschapsraad. Overwegingen, afwegingen, keuzes, consequenties en resultaten moeten openbaar zijn. Daarmee wordt een publieke verantwoording mogelijk.
 Daarnaast is het (wellicht) nodig een landelijk instituut te hebben dat toeziet op het functioneren van de regionale zorgregisseurs.
- E) Om de regiefunctie te kunnen uitvoeren, zal de regisseur niet alleen het vertrouwen moeten hebben van patiënten / verzekerden, maar ook gezag bij de zorgverleners. Enkel formele macht is niet voldoende. Dat betekent, dat de regisseur over mensen moet beschikken die in staat zijn dit gezag op te bouwen, ook in lastige situaties.
- F) Verzekeraars kunnen ook verzekerden hebben in gebieden waarin ze niet de zorgregisseur zijn. Daar zal dan sprake moeten zijn van “congruente contractering”: de verzekeraars / financiers volgen, al dan niet na onderling overleg, de contracten van de zorgregisseur. In een regio betalen alle verzekerden dezelfde zorgpremie.
 Als er geen concurrentie op de premie meer is, kan als uiteindelijke consequentie de (hoge) nominale premie worden afgeschaft of drastisch verlaagd. Het rondpompen van geld via de zorgtoeslag kan dan ook stoppen.
- G) Het budget kan tot stand komen op basis van de vele parameters en gegevens waarmee nu ook wordt gewerkt. Historische kosten, demografische gegevens, de vereveningsregels. Het zal de kunst zijn in de loop van een jaar zo te navigeren, dat het budget toereikend is. Daarbij zal er altijd, net zoals nu, een spanning zijn tussen de verzekerdenrechten en de beschikbare middelen. Het “boeman-aspect”, dat verzekeraars nu hebben, zal ook een zorgregisseur in de toekomst in zekere mate blijven aankleven. Niet alleen vanwege eventuele budgetmaatregelen, maar ook door keuzes voor te contracteren aanbieders, verschuivingen van delen van de zorg naar andere aanbieders (substitutie, ontschotting).
 Er bestaat geen contracteerplicht. Niet-gecontracteerde aanbieders hebben geen recht op vergoeding van geleverde zorg.
 Hier komt aan de orde dat de verandering niet alleen een regeltechnische verandering is, maar ook een cultuurverandering: gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, aanbieders en burgers voor een collectief goed en financiering gebaseerd op solidariteit zullen in ieders houding terug te vinden moeten zijn.
- H) Er zullen altijd patiënten zorg zoeken en/of krijgen buiten de regio. Hetzij omdat een voorziening niet in de regio aanwezig is (bijvoorbeeld academisch ziekenhuis), hetzij omdat de patiënt een hulpverlener buiten de regio wil kiezen. Beide bewegingen blijven mogelijk en worden betaald vanuit het budget. Op basis van het woonplaatsbeginsel: de zorg wordt betaald door de regio waar de patiënt woont. Dit betekent dat er goede afspraken moeten zijn over kwaliteit en kosten van de “verre” aanbieders. Voor de hand ligt dat dat loopt via de regionale regisseurs.

- I) Het vaststellen van kwaliteitscriteria is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen en die criteria worden landelijk vastgesteld. Het beoordelen van de kwaliteit van een aanbieder met het oog op de contractering is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de zorgregisseur. Daarnaast blijft de verantwoordelijkheid van de inspectie. We moeten voorkomen dat de zorgregisseur in dezelfde valkuil van procedures, formulieren, registratie etc vervalt als nu de verzekeraars. De zorgregisseur moet meer gebruik maken van andere kwaliteitstoetsing en -bewakingssystemen zoals visitatie, patiëntenpanels, ed.
- J) Alle noodzakelijke zorg moet in het basispakket zitten. In de aanvullende verzekering zit straks dus geen noodzakelijke zorg meer. De aanvullende verzekering kan daarmee een geheel particuliere aangelegenheid worden.

Zeist, april 2019

Nico Bernts, voorzitter PvdA-netwerk Zorg, namens de werkgroep 'Regionalisering'