

# **Kort verslag van de conferentie van het PvdA netwerk Zorg over “Regionale ordening van Zorg en de rol van Zorgverzekeraars”**

**25 januari 2019**

## **1) Aanleiding**

In het verkiezingsprogramma van de PvdA van 2017 staat “ Er komt een uniforme polis voor het basis pakket.....Wij willen dat er per regio een samenwerkend zorgaanbod bestaat. Binnen een regio wordt een verzekeraar jaarlijks verantwoordelijk voor de totstandkoming van afspraken tussen zorgaanbieders, gemeenten en (vertegenwoordigers) van patiënten en cliënten. Kwaliteit van zorg is de belangrijkste leidraad. Andere verzekeraars volgen deze regionale afspraken.”

In deze conferentie hebben is een poging ondernomen om een sociaal-democratische visie te ontwikkelen op de manier waarop wij deze uitgangspunten , gegeven het huidige zorgstelsel met private zorgverzekeraars, een regionale ordening zouden kunnen realiseren.

De discussie heeft plaats gevonden op basis van inleidingen van Prof.dr. Erik Schut, hoogleraar Gezondheidseconomie en beleid aan de Erasmus Universiteit en de heer Henk Gerla, bestuurder van Zorg en Zekerheid.

## **2) De presentatie van Erik Schut(EUR)**

Wat is regionalisering van zorg? Kort samengevat Per regio wordt een instantie verantwoordelijk voor de verdeling van een regiobudget en voor de zorgregie. De voordelen zijn duidelijk. De nadelen zijn gebrekkige prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid voor de zorginkoper, minder keuzevrijheid voor de patiënten/zorgaanbieders voor zorginkoper, de ingewikkelde systematiek voor de vaststelling van regiobudgetten.

Wat is een goede grootte van een regio? Reeds vele regionale indelingen voor zorg zijn uitgeprobeerd. Nog geen optimale grootte vastgesteld. Is het mogelijk een “one size fits all” regio vast te stellen voor alle zorgvoorzieningen? Wie wordt de verantwoordelijke overheid Provincie(12) , gemeente(335)?.

Welke sturing is gewenst? Regionale sturing door publieke entiteit (planning) of sturing op basis van privaatsrechtelijke overeenkomsten (contracten)? Komt er een regionale inkooporganisatie of verschillende zorginkopers? > Regionale planning vereist een eenduidige regioafbakening , heldere financiële kaders,

effectief toezicht, een autoriteit voor zorginkoop, wettelijke regels voor prijs en kwaliteit. Met beide vormen is ervaring opgedaan. Tot nu toe is nog geen optimaal stelsel gevonden. De vraag is of voor alle voorzieningen hetzelfde stelsel goede resultaten oplevert. Aandacht is nodig voor prikkels voor zorg innovatie, risicoverevening, administratieve lastendruk(bureaucratie).

Prof Schut is van oordeel dat het huidige zorgstelsel redelijk functioneert, met de 3 verschillende ordeningsprincipes op verschillende typen van zorg :WLZ (regionale zorginkopers), ZVW(concurrerende landelijke zorginkopers, WMO (gemeentelijke zorginkoop). Wel zijn er nog veel verbeteringen mogelijk o.a. t.a.v. uniforme kwaliteitsstandaarden, landelijke samenwerking van zorgaanbieders, effectiever mededingingsbeleid en verbetering risicoverevening.

Erik Schut is geen voorstander van een Nationaal Zorgfonds met mogelijk een regionale verdeling van budgetten. De WLZ functioneert min of meer op dit principe. Problematisch zijn de geringe prikkels voor innovatie en doelmatigheid .Wel ziet hij bij goede kwaliteitsindicatoren mogelijkheden voor meerjarige contracten in de ZVW. Binnen de WMO -structuren zijn nog veel verbeteringen mogelijk zonder het stelsel als zodanig te wijzigen.

Hij is voorstander van keuzevrijheid in de zorg omdat voorkeuren van patiënten verschillen( "Zorg op maat") en als drukmiddel. Patiënten, verzekerden kunnen stemmen met de voeten.

Geconcludeerd wordt dat zorginkopers in welk systeem dan ook altijd een ondankbare rol zullen hebben in het zorgstelsel.

Schut is voor de verbetering van de rol van zorgverzekeraars en geen voorstander van een ingrijpende stelselherziening.

### **3) De presentatie van Henk Gerla(Zorg en Zekerheid)**

Zorg en Zekerheid is een relatief kleine zorgverzekeraar. Een onderlinge waarborgmaatschappij zonder winst oogmerk met 495.000 verzekerden, met een aanzienlijk markt aandeel in het kerngebied tussen Amsterdam, Utrecht en Den Haag. De klantentevredenheid is 8.0 en het verloop slechts 4,5% per jaar.

Gerla is van oordeel dat Nederland met zijn zorgstelsel internationaal gezien nog altijd heel goed scoort. Kenmerk van ons stelsel is een breed basispakket, met acceptatieplicht en risicoverevening tussen zorgverzekeraars. De

betaalbaarheid op lange termijn en het handhaven van de solidariteit tussen rijk en arm , ziek en gezond en oud en jong, zijn de grootste uitdagingen.

Hij vraagt zich af of regionalisering een oplossing biedt voor deze uitdagingen". "If it ain't broke, don't fix it". Ook bij systeemwijzigingen "minimaal invasieve chirurgie toepassen.

De beheerskosten van verzekeraars zijn relatief laag zo rond de 5%. Bij de gemeenten (WMO) ligt dit rond de 20 %. Geen reden voor ingrijpende wijzigingen in het verzekeringstel. Wel plaatst hij een vraagteken bij de bestaande "budgetpolis". Zie ook het aanbod van Promovendum Hij is een groot voorstander van samenwerken over de grenzen van de WMO, WLZ en de ZVW tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Er moet ook meer samengewerkt worden in de zorgketens voor bepaalde groepen patiënten binnen de regio. Verdeling van functies tussen met name ziekenhuizen is dringend noodzakelijk. Landelijke ICT structuur verder uitbouwen. Aangezien in veel regio's 1 of 2 dominante zorgverzekeraars zijn zouden de andere verzekeraars een "congruent volgbeleid" moeten ontwikkelen. Zorgkantoren werken al regionaal. Veel gemeenten zijn te klein voor een regionale aanpak. Zorg en Zekerheid heeft door zijn dominante rol in zijn kerngebied al veel bereikt op het terrein van goede samenwerking tussen alle betrokken partijen.

Gerla vraagt zich af hoe om te gaan met zorgaanbieders met een teveel aan eigen regie, hoe de gezondheidsverschillen tussen regio's kunnen worden verkleind en hoe om te gaan met de keuzevrijheid van de patiënt. Gerla stelt dat "de winst" van zorgverzekeraars relatief bescheiden is ten opzichte van bijvoorbeeld de winst van farmaceutische bedrijven. De PvdA zou op bedrijfsmatige manier invulling moeten geven aan haar ideële doelstellingen.

#### **4) Discussie over de koers van de PvdA**

In de discussie blijkt dat de meeste aanwezigen voorstander zijn van heldere betekenis volle stappen richting vermindering van de marktwerking in de zorg. De volgende concrete suggesties werden gedaan:

- Afschaffing van concurrentie in de acute zorg. Afgezien van prijsconcurrentie is dit vooral een fictie
- Huisartsenzorg verder versterken . Geef hen de mogelijkheid om pro-actieve verpleegzorg in te schakelen

- WMO evalueren, leren van de ervaringen, procedures aanzienlijk vereenvoudigen, verminderen bureaucratie. Aanbesteding afschaffen. Meer werken op basis van vertrouwen in burgers en hulpverleners zelf. Wellicht op onderdelen een meer centrale regie op WMO (kwaliteitseisen en gespecialiseerde voorzieningen) en meer betrokkenheid van burgers bij de uitvoering.
- “Zelfredzaamheid” als dogma loslaten, eigen regie alleen mogelijk als patient/client zelf ook invloed heeft op “het systeem”.
- Regionalisatie mogelijk maken door de ontwikkeling van een uniforme polis voor het basispakket. Concurrentie alleen toestaan op het aanvullend pakket
- Burgers zijn geen eigenaren (meer) van de zorg. De zeggenschap van burgers moet worden vergroot. Maak (meer) zorg coöperaties met bestuurlijke invloed van betrokkenen.
- Zorgkantoren democratiseren (Bestuur en/ of ledenraad introduceren) en verplichten om verantwoording af te leggen over de door hen gemaakte keuzes . (Waterschapsmodel”?)
- Introductie van (regionale) budgetten voor huisartsen/apothekers/fysiotherapeuten

Samengevat: Regionalisatie is mogelijk en wenselijk, maar doe het met kleine, duidelijk herkenbare en weloverwogen stappen.

Ronald Schreuder, 6 februari 2019

