

BUSINESS SUMMARY

'Zorg in perspectief van de cliënt'

VAN VOOR DE PATIËNT, VIA MET DE PATIËNT, NAAR DOOR DE PATIËNT

Dit pamflet bevat de belangrijkste thema's uit de reeks 'Zorg in perspectief van de cliënt' van auteurs Guus van Montfort en Rob van Wylick. Guus van Montfort heeft een brede ervaring binnen de zorg en is vanuit verschillende perspectieven (zowel bestuur en beleid, als wetenschap en onderzoek) werkzaam geweest in de zorg. Rob van Wylick zet zich vanuit de bedrijfsjuridische praktijk in voor het belang van zorg en de maatschappelijke rol hiervan. Deze thema's zijn samengevat in een aantal stellingen die de opbouw van de reeks volgen.

Deel I beschrijft trends en ontwikkelingen in de zorg. **Deel II** behandelt de organisatie van de zorg, de markt, de bekostiging en de veranderende rollen van de actoren in deze sector.

In **Deel III** komt alle wet- en regelgeving op het gebied van zorg uitvoerig aan de orde, gezien vanuit de trends in Deel I, de organisatie in Deel II en door de ogen van mevrouw Janssen – een fictief karakter als voorbeeld van iemand die zorg afneemt. Op basis van hun analyses doen de auteurs concrete voorstellen voor aanpassing van het zorgstelsel en de bekostiging ervan.

DEEL I. TRENDS EN ONTWIKKELINGEN

1) Trends en ontwikkelingen hebben een grote invloed op de dynamiek en verandering van de daadwerkelijke zorgverlening en op het zorgstelsel in termen van wet- en regelgeving. Deze trends en ontwikkelingen hebben in grote mate een autonoom karakter ten opzichte van het beleid van overheid en zorgverzekeraars. Twee trends, namelijk met betrekking tot de cliënt en de technologie worden specifiek belicht.

2) De cliënt van de toekomst is een heel andere cliënt dan die van het verleden. Zowel qua demografie en epidemiologie als sociaal-economische status en positie. Hij is beter opgeleid, beter geïnformeerd,

mondiger, zelfbewuster en heeft gemiddeld een betere inkomenspositie.

3) Nieuwe technologieën, zoals smartphones, smartwatches met health monitoring apps en toepassingen via internet zorgen ervoor dat cliënten zelf taken oppakken. Net als in de banksector en de energieproductie gaan consumenten steeds meer zelf doen, zelf beslissen en zelf regelen. De consument wordt (deels) zijn eigen producent (het 'prosumenten-model'). Het onderscheid tussen consument en producent vervaagt, ook in de zorg. De zorgvrager neemt meer de regie en wordt zijn zo eigen zorgverlener. Ook medische inzichten veranderen sterk.

Door wetenschappelijke ontwikkelingen wordt de zorg steeds individueler, specifiek en meer context-gebonden: precisie-geneeskunde.

De betekenis van protocollen en richtlijnen neemt sterk af. Het gevolg is dat we steeds meer ziekten kunnen voorkomen en genezen, waardoor onze levensverwachting toeneemt, evenals de kwaliteit

van leven en het aantal gezonde jaren. Deze wetenschappelijke ontwikkelingen hebben weer invloed op het basispakket.

4) Deze trends hebben een eigen dynamiek en hebben – zoals reeds aangegeven – een grote invloed op de samenstelling van het basispakket, de organisatie van de zorg, het zorgstelsel.

DEEL II. DE ORGANISATIE VAN ZORG

In Deel II van de reeks is de organisatie van de zorg, inclusief de marktwerking, een belangrijk thema. De auteurs trekken de conclusie dat marktwerking op de zorgmarkten zoals de overheid met de nieuwe Zorgverzekeringswet (2006) heeft beoogd, slechts ten dele bestaat. Zij schetsen een situatie waarin het beeld van de werkelijkheid verschilt van de werkelijkheid zelf.

5) Vast staat dat de zorg in drie markten georganiseerd is:

- A)** de zorgverzekeringsmarkt: de relatie tussen zorgverzekeraar en verzekerde
- B)** de zorgverleningsmarkt: de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt
- C)** de zorginkoop/verkoopmarkt: de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgverlener

A) De overheid speelt terecht een essentiële rol in het regelen en borgen van de algemene toegankelijkheid en solidariteit van de zorg. In onze samenleving is de overheid de enige die dit kan en moet regelen. Anders ontstaat partiële toegankelijkheid en solidariteit.

De zorgverzekeringsmarkt is dan ook zeer direct door de overheid gereguleerd. Het beeld dat zorgverzekeraars sterk met elkaar kunnen concurreren, is niet juist. Concurrentie is uitermate beperkt, omdat verzekerden weinig individuele keuzemogelijkheden hebben. Kortom, beeld en werkelijkheid kloppen niet met elkaar.

B) Op de zorgverleningsmarkt is dat anders: hier is sprake van regulering die met betrekking tot de kwaliteit van de zorg ruimte laat voor wetenschappelijke inzichten van de beroepsgroepen. Mede dankzij de

medische behandelinformatie van de professional, die steeds gemakkelijker toegankelijk wordt, gaat de patiënt veel meer zelf beslissingen nemen en de uitvoering ervan (deels) zelf ter hand nemen en regelen.

C) Op de zorginkoop/verkoopmarkt is formeel sprake van prestatiebekostiging – een belangrijk element voor marktwerking. In de praktijk is daar echter nauwelijks of geen sprake van, bijvoorbeeld omdat ziekenhuizen en zorgverzekeraars in het kader van hoofdlijnakkoorden budgetafspraken maken die via verrekenarieven worden gedeclareerd.

Bovendien gaan patiënten ook deze rol steeds meer zelf vervullen: die van zorginkoper.

Het is belangrijk dat deze trend zijn weerslag krijgt in de bekostigingssystematiek. De auteurs werken daarom een voorstel uit dat berust op een budgetstelsel, dat wil zeggen: volgens eenzelfde systeem waarop het prestatiebekostigingssysteem nu in de praktijk ook al wordt ingevuld. Het bekostigingssysteem dat de auteurs voorstellen is echter veel eenvoudiger dan het huidige.

De auteurs hebben een bekostigingstelsel voor ogen dat leidt tot:

- a)** effectievere en efficiëntere zorgverlening, waarin de cliënt meer eigen regie voert;
- b)** meer ruimte voor innovatie en kwaliteitsverbetering;
- c)** aanzienlijk lagere administratieve lastendruk.

Zij pleiten voor landelijke en uniforme (verreken)tarieven, vastgesteld door de NZa en in het verlengde daarvan voor een landelijke uitvoeringsorganisatie die de gehele administratief-organisatorische kant van het declaratieverkeer regelt. Deze landelijke uitvoeringsorganisatie komt in de plaats van het huidige

privaatrechtelijke verzekeringsstelsel en zou kunnen bestaan uit een geïntegreerde organisatie van de huidige zorgverzekeraars. Daarnaast kan met betrekking tot deze uitvoeringsorganisatie gedacht worden aan het bestaande VECOSO.

Het voorstel is vooral geënt op de bekostiging van de zorginstellingen. Daar pleiten de auteurs voor een budgetstelsel dat veel ruimte biedt om zorg te verlenen op maat van de individuele cliënt in de instelling zelf of in de thuissituatie. Dit is feitelijk een vorm van cliëntvolgende bekostiging.

De auteurs maken onderscheid tussen middelen op macroniveau (wat we op nationaal niveau aan het solidaire en algemeen toegankelijke deel van de zorg willen besteden) en microniveau (de individuele aanwending van die middelen door de cliënt/patiënt en de arts/zorgprofessional). Juist door cliënten een persoonsgebonden of cliëntvolgend budget toe te kennen, vooral in de extramurale ouderenzorg en de verstandelijk-gehandicaptensector, verloopt de bekostiging via en door de cliënt. Dat is met name in de thuissituatie mogelijk, omdat daar niet of nauwelijks vaste kosten zijn.

De bekostiging van de zorg zoals de auteurs die voorstellen, met een landelijke uitvoeringsorganisatie beheerd door zorgverzekeraars, past goed bij de manier waarop de huidige zorgverzekeringsmarkt – feitelijk – functioneert.

6) Het huidige zorgstelsel voldoet in zeer grote mate aan de doelstellingen van algemene toegankelijkheid en solidariteit.

7) Ook in de discussie over meer regionale afstemming en samenwerking kan het beeld van de werkelijkheid verschillen van de werkelijkheid zelf. Er zijn veel meer samenwerkingen tussen ziekenhuizen in een regio of tussen ziekenhuizen en de eerste en de nulde lijn dan soms blijkt uit berichten in de media. Samenwerkingsafspraken komen in de zorg in allerlei vormen en varianten voor, maar er bestaat geen volledig beeld van. De auteurs pleiten dan ook voor een grondig onderzoek. De wens die in het rapport 'De juiste zorg op de juiste plek' wordt uitgesproken vindt in de praktijk al plaats en gaat in de komende jaren een nog grotere vlucht krijgen.

8) Een ander aspect betreft de discussie over de schaalvergrotingen, fusies, overnames en sluitingen. Zeker zijn er in de ziekenhuizen, de GGZ-instellingen,

de ouderenzorg en de VG-sector fusies en overnames. Maar de auteurs zien – ook binnen die grootschalige organisaties – steeds meer kleinschalige voorzieningen en een sterke toename van de zelfstandige behandelcentra (ZBC) en van de zorg in de nulde lijn (dat wil zeggen: de patiënt zelf en zijn omgeving). De substitutie van de tweede naar de eerste en vooral de nulde lijn is volop in gang. Er zijn steeds minder ziekenhuizen in de klassieke zin (hightech instellingen die een plaats in de regio hebben) en steeds meer ziekenhuizen in de vorm van gespecialiseerde ZBC's en 'ziekenhuizen in de nulde lijn'. Die laatste vorm is aan de ene kant de meest kleinschalige die men zich kan voorstellen, maar aan de andere kant werken ze met grootschalige platforms voor de communicatie.

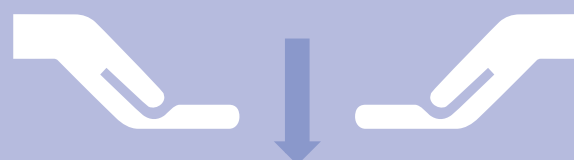
9) Concurrentie en kostenbeheersing zijn voor de overheid en zorgverzekeraars belangrijke thema's. Concurrentie tussen zorgverzekeraars met betrekking tot verzekerden is er niet of nauwelijks. Het leidt ook niet tot noemenswaardige kwaliteitsverbetering. Kostenbeheersing wordt bereikt via hoofdlijnenakkoorden en budgetsystemen.

Kostenontwikkeling wordt in grote mate bepaald door min of meer autonome factoren zoals demografie, epidemiologie, welvaart (inkomenselasticiteit) en technologie. Bovendien kan de focus op kostenbeheersing leiden tot extra administratieve druk en controle door de overheid en zorgverzekeraars, wat innovatie van zorg niet ten goede komt.



meer weten over

DE ORGANISATIE VAN ZORG?



WWW.DEORGANISATIEVANZORG.NL

DEEL III. WET- EN REGELGEVING

10) Toegankelijkheid

De veelheid aan regelgeving op het gebied van verzekeringen en zorgverlening maakt het zorgstelsel complex en moeilijk te begrijpen voor de burger. Deze complexiteit en het gebrek aan transparantie leidt tot 'ontmenselijking' van de zorg.

Regelgeving op het gebied van zorg dient eenvoudig en eenduidig te zijn. De auteurs zien graag regelgeving die borg staat voor toegankelijke zorg gebaseerd op maximale solidariteit, zowel ten aanzien van de aanspraken op zorg als ten aanzien van de kosten daarvan. Daarbij zouden begrippen als rechtvaardigheid en rechtmatigheid leidend moeten zijn.

11) Keuzevrijheid

De bedoeling van een zorgsysteem is goede, betaalbare en voor iedereen toegankelijke zorg op basis van solidariteit. De relatie tussen de cliënt en de zorgverlener staat hierbij voorop: dat is waar de dynamiek in de zorg om draait. Deze relatie en keuzevrijheid dient daarin centraal te staan.

De keuzevrijheid van de cliënt zou geïnitieerd moeten worden door (autonome) ontwikkelingen rondom die cliënt. Deze zouden ondersteund moeten worden door regelgeving. De huidige regelgeving biedt daar te weinig ruimte voor. Het bekostigingsstelsel zoals de auteurs dat voor ogen hebben, biedt wel ruimte voor deze ontwikkelingen.

12) Inspraak

Inspraak en invloed van de cliënt is effectief wanneer er voldoende deskundigheid is om inspraak te regelen. Inspraak van de cliënt in het zorgproces is nuttig, omdat juist de cliënt het beste weet wat hij nodig heeft. Maar het is de vraag hoe effectief inspraak van de cliënt is in het inkoopproces van zijn zorgverzekeraar: een complex proces waarin met veel financiële en juridische onderwerpen rekening gehouden moet worden.

De auteurs pleiten voor een sterke vereenvoudiging, temeer daar de sturing door de cliënt, ook in de zor-

ginkoop, in de toekomst sterk gaat toenemen.

Net als bij keuzevrijheid verschilt de uitwerking van inspraak per wet, wat opnieuw niet bijdraagt aan de toegankelijkheid. Inspraak kan beter geregeld worden in één overkoepelende zorgwet en door betere communicatie en ict. Nu is verzekeren vaak niet duidelijk dat zij inspraak hebben en waarin precies.

13) Kwaliteit

De voorschriften met betrekking tot de kwaliteit van de zorgverlening zijn neergelegd in verschillende wetten, waardoor slechts in beperkte mate sprake is van eenduidigheid. In de praktijk wordt zwaar geleund op wat 'gewoon is in de beroepsgroep'. Dat is in de praktijk ook het uitgangspunt voor toezicht en handhaving door zowel IGJ (de Inspectie) als ZIN. De auteurs pleiten voor één begrippenapparaat dat toepassing vindt voor alle vormen van kwaliteitsregelingen. Deze ene regeling zou alle voorschriften op het gebied van de kwaliteit van de zorgverlening moeten bevatten.

Tot slot

Vrij naar de stelling van Rotmans, namelijk dat we van een 'tijdperk van verandering' naar een 'verandering van tijdperk' gaan zien we een belangrijke trend, namelijk van **VOOR** de patiënt, via **MET** de patiënt, naar **DOOR** de patiënt.

Deze ontwikkeling wordt gedreven door grote veranderingen bij patiënten/cliënten/burgers en ondersteund door technologie en steeds krachtiger wordende samenwerkingsverbanden zoals: burgerinitiatieven, zorgcoöperaties, verenigingen van gepensioneerden, thuiszorgorganisaties et cetera.