

Zorgstelsel – Buurten bij Onderwijs

Het zorgstelsel in Nederland bestaat uit een drieslag van private zorgverzekeringen voor de cure, een publieke volksverzekering voor de care en een staatsfinanciering uit belastingopbrengsten voor de publieke gezondheid, de jeugdzorg en het sociaal domein. Het Nederlandse zorgstelsel behoort tot de top van de wereld op het gebied van doeltreffendheid en toegankelijkheid; Nederland rapporteert het laagste percentage onvervulde zorgbehoeften met nagenoeg geen verschil tussen inkomensklassen. Het zorgstelsel staat momenteel ter discussie door de groei van de zorgkosten, de inzet van kostbare technologieën en medicijnen, de tekorten op de arbeidsmarkt, de wachtlijsten en de budgetplafonds, de regeldruk en de wurgcontracten en de cowboys en de fraude in de zorg.

Inkoopbeginsel en de knelpunten

Ondanks de verschillen tussen de drie compartimenten bestaat er een opmerkelijke overeenkomst in het land van zorg en welzijn, namelijk het inkoopbeginsel. De financiers (verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) worden geacht (selectief) zorg en hulp voor hun doelgroep in te kopen op basis van prijs en kwaliteit. Concreet worden er prijs en volume-afspraken tussen de zorgfinanciers en de zorgaanbieders gemaakt. De aanname bij het inkoopbeginsel is dat de zorgfinanciers in beginsel optreden als vertegenwoordiger van de zorggebruikers en handelen vanuit het belang van de zorggebruikers om zinnige en zuinige zorg te leveren.

Een knelpunt in de praktijk is het gebrek aan kwaliteitsinformatie over de zorguitkomsten, zodat zorginkoop op basis van prijs en kwaliteit niet wordt gehaald. Verder wordt de keuzevrijheid voor een zorgverlener of zorgaanbieder beperkt en komt een zorggebruiker op een wachtlijst te staan indien zijn zorgfinancier onvoldoende zorg heeft ingekocht.

Onderwijs kent geen ‘onderwijsinkoopmarkt’

Het zorgstelsel is geen markt van vraag en aanbod met de onzichtbare hand van een prijs-kwaliteit mechanisme. Gezien de problemen van het zorgstelsel en de knelpunten bij de zorginkoop kan het leerzaam zijn om een licht op te steken bij vergelijkbare stelsels zoals het onderwijs.

Het onderwijs kent geen onderwijsinkoopmarkt. De overheid financiert het gros van het onderwijs in Nederland uit de staatskas op basis van een generiek model indien de onderwijsaanbieders zijn toegelaten en voldoen aan een aantal bestuurlijke en inhoudelijke voorwaarden. Interessant voor de gezondheidszorg is het stelsel van visitatie en accreditatie voor de universiteiten en de hogescholen. Het stelsel leidt tot een kwaliteitsoordeel over een instelling en een opleiding (een keurmerk). Zonder het keurmerk komen universiteiten en hogescholen niet voor bekostiging in aanmerking. De keurmerken worden verstrekt door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie-Organisatie aan de hand van een accreditiekader met kwaliteitsnormen op grond van een visitatierapport met kwaliteitsoordelen door peers (deskundigen en studenten). Het uitgangspunt van het stelsel is het element van peer-review als de methode om kwaliteit vast te stellen (een verschil met de ISO/HKZ-keurmerken). Een kernpunt van het stelsel is het primaat van de kwaliteitsbeoordeling op de onderwijsbekostiging. Het effect van het stelsel is transparantie over onderwijskwaliteit en uniformiteit in budgetparameters. Ten slotte leidt het stelsel tot keuzevrijheid voor studenten (met uitzondering van, onder voorbehoud van situaties van capaciteitsfixus).

Wat leert ons dit voor de zorgsector?

De zorgsector kan leren van het onderwijs. Het element om een kwaliteitstoets voor zorgaanbieders en zorgprogramma's te hanteren op basis van een peer-review door zorgverleners en zorggebruikers in plaats van de selectieve inkoop op basis van prijs en kwaliteit door zorgfinanciers is aantrekkelijk vanuit het oogpunt van transparantie over kwaliteit, toegankelijkheid van de zorg, teruggang van de

regeldruk en keuzevrijheid van de gebruikers. Immers, zorgaanbieders worden gefinancierd op basis van de zorgvraag van de zorggebruikers indien de aanbieders de toets hebben gehaald (indien aanbieders zakken voor de toets worden ze uit het stelsel geschopt). Verder kan het schimmenspel over de contracten en de budgetten worden vervangen door een uniform stelsel van rekenregels op basis van de Nza tarieven (eventueel met een bonus-malus opslag/afslag). De rol van de zorgfinanciers verschuift van een inkoopmacht naar een capaciteitsregelaar; ze moeten in overleg met de aanbieders zorgen voor voldoende capaciteit in hun werkgebied (regio) zodat aan de vraag van de gebruikers kan worden voldaan. Het zorgprestatie-model kan een vertrekpunt bieden om de zorgvraag van de zorggebruikers te financieren (alhoewel de focus in het model is gericht op activiteiten in plaats van uitkomsten). De rekenregels van het zorgprestatie-model bepalen de reguliere geldstroom tussen de zorgfinanciers en de zorgaanbieders aangevuld met een bonus-malus systeem op basis van uitkomstmaten zoals ziektelast/gezondheidswinst, kwaliteit van leven en lijdensdruk/disfunctioneren. Naast de reguliere geldstroom op basis van prestaties is een specifieke geldstroom op basis van subsidies noodzakelijk om innovaties te financieren en capaciteit te reguleren/garanderen.

Houtskoolschets die verder kan uitgewerkt

De lessen uit het onderwijs vormen een houtskoolschets voor de contouren van het zorgstelsel. Tal van zaken moeten verder worden uitgewerkt en uitgediept. Het fundament voor het zorgstelsel bestaat uit een systeem van kwaliteitszorg met een accreditatie/visitatie-stelsel op basis van peer reviews ter aanvulling van de kwaliteitsstandaarden. Een punt van aandacht zijn de uitkomstmaten van de zorg. Uiteindelijk gaat het erom dat een persoon weer verder kan gaan met zijn/haar leven en kan meedoen naar vermogen. Het gaat dus om de vraag naar de barrières en de behoeften van het individu om uiteindelijk weer te streven naar zijn/haar dromen/doelen. Oftewel het adagium uit Kiezen met Kennis: *welke interventie door welke professional voor welke persoon in welke situatie met welke problemen bij welke behoeften*. Het is voorstelbaar om indicaties voor interventies te personaliseren door uitkomst-informatie te differentiëren naar behandeldoelen en persoonsprofielen zodat zorggebruikers kunnen kiezen op basis van de resultaten en de oordelen van hun peers (real world data versus randomized clinical trials). Het monitoren van de resultaten van de interventies op groepsniveau kan met behulp van de Goal Attainment Scale (de mate waarin de behandeldoelen uit het behandelplan zijn behaald). Een dergelijk aanpak kan uiteindelijk bijdragen aan zinnige en zuinige zorg: *zo licht als het kan, zo zwaar als het moet, zo kort als het kan, zo lang als het moet, zo vroeg als het kan, zo laat als het moet, zo nabij als het kan, zo veraf als het moet*.

PU – 2020-03-30

Bronnen:

OECD 2019 Landenprofiel Nederland
VWS 2018 Rechtmatige Zorg
VWS 2018 Werken in de Zorg
VWS 2018 Ontregel de Zorg
VWS 2018 Onbeperkt Meedoen
VWS 2018 Zorg voor de Jeugd
VWS 2018 De juiste zorg op de juiste plek
NVAO 2018 Accreditatiestelsel Nederland
MIND 2018 Outline Kiezen met Kennis
MIND 2018 Focus op Gezondheid
NZA 2019 Advies Zorgprestatie-model