

Dreigende chaos vanwege verschillende ordeningssystemen

De toenemende integratie van zorg, welzijn, werk & inkomen, preventie, formele en informele zorg moet leiden tot betere uitkomsten, meer tevreden klanten en meer efficiency. Daarbij werken zorgverzekeraars en gemeenten steeds meer samen vanuit verschillende ordeningssystemen. Gaat dat goed samen of schuurt dat? Over hoe het zit en over hoe het werkt in de praktijk.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben eigen verzekerden en voeren de zorgverzekeringswet (ZVW) uit. Deze verzekerden kunnen jaarlijks switchen van verzekeraar. Zorgverzekeraars concurreren om verzekerden en hebben een eigen beleid om zich te onderscheiden. De zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel noemen we een preferente zorgverzekeraar. Er zijn vier grote zorgverzekeraarsconcerns* die gezamenlijk 90 % van alle verzekerden hebben.

De premies worden betaald door de verzekerden, werkgevers en overheid. Verzekerden hebben recht op zorg die in het basispakket is opgenomen. Ongeveer 80% van alle verzekerden heeft vrijwel nooit zorg nodig en is wettelijk verplicht verzekerd en/of vindt het prettig verzekerd te zijn voor als ooit curatieve zorg nodig is. We noemen dat incidentele zorggebruikers. De overige 20% van alle verzekerden heeft frequent zorg nodig; dat zijn mensen met chronische psychische of lichamelijke klachten. We noemen dat groot-

verbruikers. Alle Nederlanders onder de achttien jaar zijn verplicht verzekerd en hebben een eigen risico van minimaal 360 euro per jaar (prijspeil 2014). Bepaalde kosten – zoals huisartsenzorg en verloskundige zorg – zijn uitgezonderd van het eigen risico. Kinderen tot achttien jaar zijn verzekerd via de overheid.

Zorgverzekeraars hebben alleen de verantwoordelijkheid voor de eigen verzekerden. Ze hebben zorgplicht, moeten zorgen dat de zorg beschikbaar is. Als zorgverzekeraars een klein marktaandeel hebben, bijvoorbeeld minder dan 15 %, kan de verzekeraar de afspraken van de preferente zorgverzekeraar volgen. Door de marktwerking zien we steeds vaker dat zorgverzekeraars een eigen landelijk beleid voeren voor al hun verzekerden, ook al is het marktaandeel bijvoorbeeld 11%. Vrijwel alle

**Belangrijkste belemmering:
oriëntatie op eigen verzekerde
versus oriëntatie op alle burgers**

* Zorgverzekeraarsconcerns voeren meerdere labels. Van Achmea maken bijvoorbeeld AGIS, Zilveren Kruis en FBTO deel uit.



zorgverzekeraars werken landelijk en hebben één polis met hun verzekerden afgesloten. In de eerstelijnszorg hebben zorgverzekeraars redelijk goed zicht op kosten van de zorgverlening.

Aanvullende verzekeringen en eigen betalingen

Behalve de ZVW hebben zorgverzekeraars aanvullende polissen. Deze zijn vrijwillig af te sluiten voor zorg die niet in het basispakket verzekerd is. Zo maken bijvoorbeeld tandheelkundige zorg voor onder achttien jaar, fysiotherapie, hulpmiddelen of pedicure deel uit van de AV, de aanvullende verzekering.

Doordat het basispakket kleiner wordt, verdwijnt een deel van de zorg naar de AV. De kosten daarvan nemen toe. Daardoor én doordat steeds meer mensen calculeren of ze de kosten zullen gaan maken, daalt het aantal mensen met een AV. Degenen die zorg afnemen, blijven wel verzekerd en daardoor lopen hun kosten verder op. Dat leidt er toe dat er steeds meer mensen de AV opzeggen – zie tekst ‘Dodenspiraal’ op pagina 25. Als men dan zorg nodig heeft, moet men die zelf betalen. In 2013 zijn er verscheidene signalen geweest van zorgaanbieders- en patiëntenorganisaties dat mensen om financiële redenen zorg mijden. Bij de AV en eigen betalingen weten de zorgverzekeraars exact wat de kosten zijn.

Zorgkantoren

Zorgkantoren contracteren voor alle mensen in een bepaald postcodegebied de zorg bij zorgaanbieders. Zij voeren de AWBZ uit. Er zijn 32 zorgkantorregio's. Die omvatten meerdere gemeenten. De premies worden als een collectieve afdracht ingehouden op salaris, uitkering of pensioen. Het zorgkantoor heeft in een bepaald gebied zorgplicht voor alle mensen van wie objectief is vastgesteld dat zij zorg nodig hebben binnen de wettelijke kaders van de AWBZ. Het inzicht in de zorgkosten wordt pas sinds enkele jaren op individueel niveau geregistreerd en gemonitord.



Gemeenten

Er zijn 408 gemeenten en die hebben allemaal burgers. Alle in de gemeente gevestigde burgers vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Alle burgers zijn gelijk. Maar steeds vaker wordt geredeneerd dat gedifferentieerd beleid nodig is om maatwerk te bieden. Zo kennen we bijvoorbeeld zelfredzame burgers, inkomensafhankelijke burgers en kwetsbare burgers. In de grondwet en de gemeentewet zijn wettelijke zorgtaken opgenomen die gemeenten verplicht zijn uit te voeren. Maar inmiddels zijn er ook steeds meer specifieke wetten als WMO, jeugdwet, participatiewet en wet schuldhulpverlening. Voor de wet publieke gezondheid hebben de gemeenten een GGD als uitvoeringsorganisatie aangesteld.

Al deze wetten worden in beleid vertaald door het college van Burgemeester en Wethouders (B&W) dat daarbij wordt geadviseerd door ambtenaren. Controle wordt uitgevoerd door de gemeenteraad. Financiering van de gemeentetaken vindt plaats vanuit het gemeentefonds dat word gevuld uit belastingen. De gemeente mag dit (binnen kaders) naar eigen inzichten besteden. Verder mogen gemeenten voor bepaalde diensten en producten een eigen bijdrage

vaststellen of kosten in rekening brengen. Er kunnen dus verschillen ontstaan tussen gemeenten. Burgers kunnen na verhuizing naar een andere gemeente met een ander beleid te maken krijgen. Deze verschillen kunnen toenemen ten gevolge van decentralisatie op basis van grove beleidskaders van de landelijke overheid voor gemeenten. Gemeenten hebben beperkt zicht op de individuele kosten van diensten en producten aan burgers, want veel voorzieningen hebben een collectief karakter.

Integrale of samenhangende oplossingen

Er ontstaat steeds meer inzicht dat gezondheid, zorg, welzijn, inkomen en sociaal welbevinden functioneel op elkaar inwerken en dat een gefragmenteerde oplossing van complexe problemen minder goed werkt. Daarom wordt getracht op het niveau van de persoon en zijn sociale netwerk naar integrale of samenhangende oplossingen te zoeken. De ZVW, AWBZ, AV en eigen betalingen bekostigen de zorg. Het gemeentefonds en eigen bijdragen bekostigen onder meer de jeugdhulpverlening, participatiewet en WMO. De overeenkomsten en verschillen in bekostiging en sturing belemmeren of bevorderen de integrale of samenhangende oplossingen.

ORDENING	ZORG- VERZEKERAAR	ZORGKANTOOR	AV	GEMEENTE
	verzekerde	inwoner regio	vrijwillig	inwoner
	aanspraak ZVW	aanspraak AWBZ	polis	recht of beleid
	private onderneming	uitvoerings-organisatie	private onderneming	publiekrechtelijk orgaan
	landelijk (11 concerns)	regionaal (32 regio's)	landelijk (11 concerns)	gemeente (408 gemeenten)
	zorg	zorg	zorg / lifestyle	welzijn
	CVZ	CVZ	ombudsman, zorgverzekeringen	bezwaarcommissie of rechter
	grote ondernemingen	afdeling van zorgverzekeraar	commercieel onderdeel ZV	grote verschillen
	kosten eerstelijnszorg inzichtelijk p.p. 95%	kosten AWBZ inzichtelijk p.p. 60%	kosten AV inzichtelijk p.p. 100%	kosten inzichtelijk p.p. 60%
	collectiviteit	toevallige verzameling	anonieme groep	gemeenschap

Genoemde overeenkomsten en verschillen bepalen voor een deel de kaders van de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoor. De belangrijkste belemmering lijkt te zitten in de oriëntatie op de eigen verzekerde versus de oriëntatie op alle burgers. In praktijk kan het er toe leiden dat het samenhangend pakket voor een bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld kwetsbare ouderen) door een bepaalde zorgverzekeraar als eerstelijns DBC wordt ingekocht en door een andere zorgverzekeraar niet. Dit is niet te managen voor een netwerk van zorgaanbieders en -organisaties, zoals huisarts, wijkverpleging, ouderengeneeskundige, eerstelijns psycholoog, welzijnsorganisatie en mantelzorg.

Het aangaan van convenanten om op gemeente- en/of wijkniveau afhankelijk van de populatie een integraal zorg/welzijnsaanbod te organiseren, lijkt alleen mogelijk als zorgverzekeraars bereid zijn de preferente zorgverzekeraar te volgen in de afspraken.

Tot slot

Het aantal variabelen in contracten en samenwerkingsafspraken neemt exceptioneel toe vanwege de decentralisatie en verschuiving van intramurale grootschalig georganiseerde zorg naar kleinschalig gefragmenteerde eerstelijnszorg. Het managen en beheren van deze variabelen is onmogelijk en alleen met ondersteuning van gekoppelde ICT-netwerken en digitalisering

wellicht te overzien. De uitvoerbaarheid van de verschillende bestuurlijke ordeningsprincipes leidt anders tot chaos op het operationeel niveau.

Jan Erik de Wildt
Directeur De Eerstelijns