

Links en de zorg

De marktlogica in de zorg werkt niet langer. Daarom moeten we op zoek naar een nieuwe logica: meer samenwerking. Niet langer de logica van de choice, maar van de voice.

DIRK ACHTERBERGH & NICO BERNTS

Ex-voorzitter & voorzitter van de PvdA Werkgroep Patiënt Centraal

In Nederland zijn we er bepaald niet massaal van overtuigd dat we met de gereguleerde marktwerking in gezondheidszorg de goede richting zijn ingeslagen. Met name over de rol van de zorgverzekeraars bestaat veel onbehagen.

Zowel PvdA als CDA wil minder marktwerking in de zorg, zo is in hun verkiezingsprogramma's te lezen. Het CDA wil minder verschillende polissen. De PvdA wil onderlinge concurrentie verminderen en patiënten en burgers meer invloed geven. De SP heeft het idee van een nationaal zorgfonds gelanceerd, waarbij de zelfstandige positie van verzekeraars als contractpartner wordt afgeschaft. Hun rol wordt gereduceerd tot regionaal administratie- en betaalkantoor. Veel is in deze voorstellen nog niet uitgewerkt. Dat leverde kritiek op van zorggeconomen.¹

In de Tweede Kamer had Diederik Samsom kritiek op de SP, omdat er voor het zorgfonds geen financiële dekking zou zijn. Tegelijkertijd staan ook in het PvdA-programma verregaande voorstellen. Zo worden de ziektekostenverzekeraars tot publieke uitvoeringsorganisaties uitgeroepen. Dat heeft veel overeenkomsten met het voorgestelde nationaal zorgfonds, maar verdere uitwerking hiervan ontbreekt in het PvdA-programma.

Hoe dan ook: het is gemakkelijk de linkse voorstellen te bekritisieren, omdat ze nog te

weinig onderbouwd en doordacht zijn. Maar daarmee wordt het signaal van een breed levend onbehagen niet opgepikt. Waar kennen we dit patroon toch van?

In dit artikel gaan we verder in op de rol van verzekeraars in het stelsel van gereguleerde marktwerking. Er wordt veel kritiek geleverd op de machtspositie van verzekeraars. Wij zullen betogen dat hun rol eigenlijk eerder marginaal dan sturend is. Zij hebben weliswaar formele macht, maar weinig echte invloed. Zorgverleners en hun instellingen kunnen best wat meer *countervailing power* gebruiken, maar dan moeten we wel een andere richting inslaan.

Zorgverzekeraars als kwade pier

Zorgverzekeraars kunnen zich niet verheugen in grote populariteit. In 2014 schreef de Raad voor de Volksgezondheid dat het de zorgverzekeraars aan legitimiteit ontbreekt.² In 2016 kwam Wim Groot, hoogleraar economie, in een beschouwing over tien jaar Zorgverzekeringswet tot dezelfde conclusie.³

Waarom doen ze wat ze doen? Welk belang streven ze na? Zijn ze vooral uit op het versterken van de eigen positie, in concurrentie met andere verzekeraars? Dat zijn vragen die bij burgers en zorgverleners leven. Elk jaar is het met Kerstmis weer kiezen geblazen, dan

kan er gewisseld worden van verzekeraar. Met mooie beloftes en dure campagnes worden nieuwe klanten gelokt, maar wordt de zorg daar beter van? Er is ondertussen een woud van polissen ontstaan waar menig burger geen wijs meer uit kan. En aanbieders klagen over al het werk dat het sluiten van contracten met verschillende zorgverzekeraars oplevert. Allerlei zinloze invuloefeningen worden vereist, maar een gesprek over de essentie van de geleverde zorg blijft achterwege. Zorgverzekeraars werken in de ogen van zorgverleners bureaucratisch, en dienen vooral hun eigen belang. In feite worden ze niet vertrouwd.

Wikken en wegen

Wim van de Meren, bestuursvoorzitter van CZ, zei het nog zo mooi: 'We gaan niet inkopen [contracteren] wat aantoonbaar niet goed genoeg, te duur en overbodig is'.⁴ Eigenlijk is dit een volstrekt logische gedachte. Iedereen wil toch, in welk stelsel dan ook, een samenhangend geheel van zorgvoorzieningen: niet te veel, niet te weinig, niet te duur en up-to-date. Dat is geen gemakkelijke opgave. De zorg is een dynamische en telkens veranderende sector. Aan de basis daarvan staat de intrinsieke groei van wetenschappelijke kennis. Hiermee hangt een proces van voortgaande specialisatie en arbeidsdeling samen.

In een dergelijke situatie kan zorg snel overbodig worden als verouderde routines blijven bestaan naast verbeterde methoden. De ontwikkeling van technologie en wetenschap maakt het onvermijdelijk dat we selecteren, aanpassen en veranderen. Wat overigens niet wil zeggen dat alles voortdurend op de schop moet. Er bestaan vele beproefde en waardevolle praktijken in de zorg die vooral niet veranderd moeten worden. Zo kan zorg te duur worden als te snel een nieuwe of specialistische benadering wordt gekozen waar eenvoudiger en beproefde routines nog prima werken. Wat nodig is, in welk zorgstelsel dan ook, is een proces van wikken en wegen,

waarin uiteindelijk een wijs besluit wordt genomen om te vernieuwen waar nodig en te behouden wat waardevol is.

Wie neemt besluiten?

In zo'n proces van wikken en wegen spelen niet alleen wetenschappelijke overwegingen en het streven naar optimale zorg een rol. Hier komen ook institutionele belangen bij kijken. Zorgverleners en instellingen zijn geen engelen die hun eigen belang te allen tijde uit eigen beweging ondergeschikt maken aan het algemeen belang. Veranderen doet soms pijn en gaat ten koste van de eigen positie. Tegenhouden in plaats van verbeteren kan dan het gevolg zijn. En omgekeerd lijken voorgestelde veranderingen soms verdacht veel in het voordeel van een enkele belanghebbende partij.

De grote vraag is nu: kunnen we deze besluitvorming volledig aan de zorgverleners zelf toevertrouwen? En kan dan de rol van verzekeraar, zorgfonds, overheid of marktpartij (welke gedaante de geldverstrekker ook aanneemt) beperkt blijven tot die van betaalkantoor aan zorgverleners en instellingen? Wij menen van niet. Veel kan aan de zorgaanbieders worden overgelaten. Zij zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor kwaliteit. In de zorg is veel creativiteit en kennis aanwezig, gebaseerd op langdurige ervaring. Vaak gaat het goed, maar soms ook niet.

Een wakend oog van buiten blijft nodig. Soms is tegendruk geboden om de stem van de patiënt, van het publieke belang en van het wetenschappelijke inzicht te vertegenwoordigen wanneer institutionele belangen van instellingen en beroepsbeoefenaren daarmee niet in overeenstemming zijn.

Verwachtingen

Deze rol van *countervailing power* is in het huidige stelsel aan de zorgverzekeraars toevertrouwd.⁵ Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 werd van hen uitdrukkelijk een regierol verwacht. Zij dienden te zorgen

voor een goede prijs, goede kwaliteit en een samenhangend pakket aan zorg. Na tien jaar Zorgverzekeringswet en Wet marktordening gezondheidszorg kan men zich de vraag stellen: hebben zorgverzekeraars die verwachtingen waargemaakt?

Prijs

Beheersing van de zorgkosten was een van de doelstellingen. Al snel bleek echter dat het systeem niet op eigen kracht in staat is tot die kostenbeheersing. De stijging van de kosten in de zorg ging aanvankelijk gewoon door. Dat is ook niet vreemd. In de aanloop naar de stelselherziening werd het stukloon geïntroduceerd: financiering per verrichting. Deze wijze van betalen in het domein van de zorg, waar de vraag oneindig is, maakte kostenbeheersing zonder aanvullende maatregelen onmogelijk.

In 2011 sloot minister Schippers het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord met de zorgaanbieders, ziekenhuizen en de verzekeraars. Daarbij werd afgesproken dat de kostenstijging in de ziekenhuissector tot 2015 niet meer dan 2,5% per jaar mocht zijn. In 2013 werd dit Hoofdlijnenakkoord vernieuwd; nu met de afspraak dat de kostenstijging tot en met 2017 niet meer dan 1% mocht zijn. In 2013 werd ook het Bestuurlijk Akkoord Huisartsenzorg gesloten.

Daarmee zijn we materieel weer teruggekeerd naar een vorm van budgettering. Alleen heette het nu afspraken met resultaatverantwoordelijkheid. De metro gaat, de ondergrondse railverbinding komt! Pas door een nationaal akkoord, hetgeen niet bepaald een marktinstrument is, ontstond een afvlakking van de kostenstijging. De feitelijke invloed van de verzekeraar werd daarmee gerelativeerd.

Kwaliteit

Een tweede doelstelling was verhoging van de kwaliteit. Verzekeraars zouden zich van elkaar gaan onderscheiden door betere kwaliteit dan hun concurrenten. Het probleem is echter dat dit niet past bij de Nederlandse traditie.

De basis voor de kwaliteitsnormen zijn de professionele standaarden. Dus goede zorg is wat de beroepsgroepen als goede zorg omschrijven. Deze omschrijving geldt voor alle beroepsbeoefenaren, en dus voor alle patiënten. Als een hulpverlener een contract heeft met een verzekeraar vanwege de hoge kwaliteit die hij levert, zal hij die kwaliteit ook bieden aan de patiënten van een andere verzekeraar. Bovendien is het streven van de beroepsgroep erop gericht om zo snel mogelijk alle beroepsbeoefenaren dezelfde kwaliteit te laten leveren.

Er is dus geen concurrentievoordeel te behalen voor de verzekeraar. Daarom is de stimulans tot selectieve contractering op basis van kwaliteitsverschillen een doodlopende weg. Immers, de uitkomst daarvan zal moeten zijn dat de verzekeraars allemaal dezelfde aanbieders contracteren of afwijzen. Zo niet, dan contracteert de een slechte zorg, die door een ander als goede zorg wordt bestempeld en omgekeerd. Variatie hierin tussen verzekeraars holt de geloofwaardigheid van het selectief contracteren snel uit, zowel voor de burger als voor de zorgverlener. De verzekeraars zullen dan verdacht worden van incompetentie bij de beoordeling van kwaliteit.

Paradox

Hier stuiten we op een paradox in het systeem. Het principe op basis waarvan verzekeraars zouden moeten werken, zo was de gedachte bij de stelselwijziging in 2006, was onderlinge concurrentie om de gunst van de verzekerden. De aanname was dat verzekeraars uit concurrentieoverwegingen zich wel zouden moeten onderscheiden bij het contracteren van kwaliteit. Maar in feite werkt het net andersom. Ze moeten juist allemaal tot dezelfde uitkomst komen op straffe van ongeloofwaardigheid.

Bovendien is er een brede consensus in Nederland dat de keuze van de burger voor een verzekeraar geen invloed mag hebben op de kwaliteit van de verleende zorg. De medische indicatie moet leidend zijn, niet de verzekeraar. De kern van het probleem zit in

het gegeven dat de marktlogica niet werkt bij de beheersing van de kosten. En bij de concurrentie op basis van kwaliteitsverschil willen we niet dat die werkt.

Afslanken en schaalvergroting

Als concurrentie op prijs en kwaliteit niet lukt, zoeken verzekeraars naar andere wegen. Een daarvan is het zo goedkoop mogelijk maken van het eigen apparaat. Een goed toegeruste zorginhoudelijke staf loont niet. Daardoor functioneert de verzekeraar onvoldoende als inspirerende gesprekspartner van zorgverleners en hun instellingen, laat staan als autoriteit die gezag inboezemt. Bij gebrek aan inzicht in de zorg klampt men zich vast aan oppervlakkige indicatoren en keurmerken, de beruchte vakjes en vinkjes. Dat kan af en toe goed uitpakken, maar vaak is de zorg niet te vangen in eenduidige en meetbare indicatoren.

Verzekeraars bewandelen nog een andere weg. Zo pogen zij het risico dat zij lopen over de zorgkosten te verminderen door dit te delen. Dit heeft geleid tot een snelle fusiegolf. In veel delen van het land is zelfs sprake van een situatie die verdacht veel lijkt op een regionaal monopolie. Met deze grootschaligheid proberen verzekeraars bij aanbieders zoveel mogelijk af te dingen op de prijs. Daarmee riepen ze hun eigen spiegelbeeld op: ook zorgverleners en instellingen zijn gaan fuseren, waarbij niet de verbetering van de zorg leidend is, maar machtsvorming richting verzekeraars. Met als resultaat grote ziekenhuiscombinaties en megamaatschappen, waardoor de zorg niet goedkoper en beter wordt.⁶ Naar kleinere aanbieders zoals huisartsen en paramedici, die geen affiniteit hebben met grootschaligheid, ontstond een verschil in machtsverhoudingen dat groteske vormen heeft aangenomen en tot verstoring van de relatie heeft geleid.

Schrale relaties

Men zou de huidige relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen omschrij-

ven als schraal. Verzekeraars handelen als inkopers, gefocust op de prijs van afzonderlijke 'zorgproducten'. Met de verzekerden, in marktjargon ook wel klanten genoemd, is de relatie al even schraal. Ze worden bestookt en verleid met een woud aan polissen waaruit gekozen zou moeten worden. Meestal gaat het om keuzes in bijzaken. Soms gaat het zelfs om niet-toegestane risicoselectie: het werven van 'goedkope' verzekerden.

De enige band met de verzekeraar is die van de klant met de verkoper van de polis: het contact loopt via de anonieme helpdesk en de mooie kleurenfolder, Wie voelt zich nog verbonden met zijn of haar zorgverzekeraar? Zij zijn zo zelf gereduceerd tot producten op een markt waar de klant vrijelijk uit kan kiezen: volgend jaar voor u een ander.

Regionale regie blijft achter

Ziektekostenverzekeraars spelen dus een marginale rol. De borging van de professionele kwaliteit en de bewaking van de kosten is bij anderen belegd: de overheid met nationale akkoorden, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) met tariefstelling, en beroepsgroepen met hun kwaliteitssysteem onder toezicht oog van Inspectie en Zorginstituut. Er is echter een domein waar een productieve bijdrage van verzekeraars wordt gemist: de regierol in de regio. Deze zou zich moeten richten op de vraag hoe de zorg geleverd moet worden en vooral hoe de afzonderlijke delen op elkaar kunnen worden afgestemd.

Deze afstemming is een belangrijke pijler van de zorgkwaliteit. Voor de meeste patiënten is de kwaliteit van meerdere zorgonderdelen relevant (huisarts, wijkverpleegkundige, ziekenhuis, GGZ). De wijze waarop die onderdelen op elkaar zijn afgestemd, is voor hen bepalend voor de kwaliteit van het zorgproces. Fragmentatie is een van de grote risicofactoren in de zorg. Dit leidt makkelijk tot ondoelmatigheid en overcapaciteit op sommige onderdelen en ondercapaciteit op weer andere onderdelen. Marcel Levi consta-

teert hetzelfde fenomeen en concludeert dat er regionale herijking nodig is: concentratie van complexe zorg, versterking van de eerste lijnszorg.⁷

Zonder ons op dit moment precies vast te willen leggen op een schaalgrootte, zien wij een 'regio' als het gebied waarop die samenhang het best vorm kan krijgen. Groot genoeg om voldoende voorzieningen te herbergen om de basiszorg te bieden; klein genoeg voor overzichtelijkheid, herkenbaarheid en voor zorgaanbieders om zich verantwoordelijk te voelen voor de optimale zorg voor die populatie.

Op dit terrein laten verzekeraars meer na dan dat ze iets verkeerd doen. Verzekeraars hebben zich ontwikkeld tot inkooporganisaties van zorgproducten. Ze hebben niet geïnvesteerd in het betrekken van hun verzekerden bij de besluitvorming over de regionale zorg. Ook hebben ze onvoldoende kennis in huis om een volwaardige gesprekspartner te kunnen zijn voor lokale zorgaanbieders. Ze missen legitimatie bij de bevolking en gezag bij de zorgverleners, twee voorwaarden om iets gedaan te krijgen in de gezondheidszorg. In de zorg is geen sprake van een zakelijke transactie tussen producent en consument. Zorgverlening is omgeven met morele waarden. Bovendien zijn degenen die in de zorg werken ook nog eens hoogopgeleid, en niet a priori geneigd om zich ondergeschikt te maken aan instanties buiten hun eigen professie. Kortom: zonder brede legitimatie door burgers en patiënten en zonder gezag op het gebied van zorg en geneeskunde komt men niet ver.

Zo is er een vacature ontstaan die tot nu toe door niemand is ingevuld. Gezocht: een gezaghebbende instantie die zich bemoeit met de regionale samenwerking en samenhang, spreiding en beschikbaarheid van voorzieningen, met een goed zicht op de regionale zorgvraag. Zonder invulling van deze vacature blijft er te veel onevenwichtigheid in de zorg bestaan: duurder dan nodig en minder goed dan mogelijk.

Kiezende klant heeft niets te zeggen

Een vleugellamme verzekeraar met een kleine gereedschapskist leidt tot een suboptimaal functionerende zorg. Maar grote pretenties en hoge verwachtingen leiden ook tot verwarring en frustratie bij de burgers. Enerzijds wordt aan burgers voorgespiegeld dat zij de klant zijn, dat zij moeten en kunnen kiezen, dat zij centraal staan. Tegelijkertijd wordt diezelfde burger geconfronteerd met zaken die voor hem volstrekt ondoorzichtig zijn. Ziekenhuisafdelingen en poliklinieken worden gesloten of verplaatst, bekende medicijnen zijn ineens niet meer leverbaar, de vrije artskeuze wordt beperkt. Kortom, continuïteit en betrouwbaarheid staan onder druk zonder dat de burger of verzekerde daar enige invloed op heeft.

Veranderingen in de zorg zijn te vergelijken met de Europese Unie of met migratie: het zijn processen waarbij de burger zich verweesd voelt. Ze lijken zich aan iedere controle te onttrekken. Verlies van controle en inzicht, geen betrokkenheid meer en instanties die er makkelijk van verdacht kunnen worden vooral uit te zijn op eigen gewin, dragen bij aan een voedingsbodem voor een gevaarlijk populistisch klimaat. Al met al komen wij tot de conclusie dat verzekeraars de verwachtingen uit 2006 niet hebben waargemaakt en ook niet konden waarmaken, omdat ze zijn opgezadeld met een logica die niet werkt of niet mag werken.

Logica van de voice

We zullen op zoek moeten naar een andere logica. Waar de marktlogica de keus, 'choice', als uitgangspunt heeft, is er een andere logica die juist de gezamenlijke, openbare beraadslaging en beïnvloedbare besluitvorming benadrukt. We noemen deze de logica van 'voice'.⁸

In de voice-logica vindt openbare deliberatie met belanghebbenden plaats, het proces van het afwegen van belangen en het uitwisselen van inzichten is beïnvloedbaar, en er

is sprake van inspraak en tegenspraak. De uiteindelijke besluitvorming is voor iedereen helder.

Toegepast op de zorgsector: de belangen van zorgverleners en instellingen, de belangen van patiënten en de publieke belangen moeten in het openbaar tegen elkaar worden afgewogen. Tegelijkertijd moet dit proces gevoed worden door zorginhoudelijke expertise en wetenschappelijke kennis.

Verlies aan controle door veranderingen in de zorg maakt burgers vatbaar voor populisme

Zoals boven betoogd laat de zorg zich niet aansturen door simpele marktlogica waar per 'product' naar de beste kwaliteit tegen de laagste kosten wordt gezocht. Toch wordt ons voorgeloude dat alleen marktlogica tot effectief handelen kan leiden. Tegenover de dynamische markt wordt dan een log en bureaucratisch publiek stelsel gezet. Maar dat is natuurlijk niet zo. Zaken zoals selectief contracteren van zorgverleners, het vasthouden aan financiële kaders, het met elkaar vergelijken van resultaten van zorgverleners en daar gevolgen aan verbinden, kunnen zelfs beter in de logica van de voice plaatsvinden. Het verschil zit hem in de manier waarop daarover besloten wordt: door individuele keuzes en concurrentie of door gezamenlijke besluitvorming en de binding van betrokkenen daaraan.

Links moet vooral richting aangeven

Met een verandering van de logica alleen zijn we er nog niet, deze moet ook worden vormgegeven. Duidelijk is wel dat de huidige, 'schrane' verzekeraars niet zijn toegerust om te werken

met de logica van de voice. Moet nu het hele stelsel op de schop? Dat is zoiets als het raken aan een open zenuw. Menigeen ziet met angst en beven een zich jarenlang voortslepende discussie voor zich tussen politici en juristen over 'het stelsel', waarbij de zorg het kind van de rekening wordt.

Een complete stelselwijziging vinden wij niet nodig, en ook niet zinvol. Veranderingen kunnen beter 'al werkende weg' doorgevoerd worden. In Nederland hebben we de gewoonte van paradigmashift naar paradigmashift te (willen) gaan. Als er een idee is om te veranderen moet dat alomvattend zijn en moet het radicaal worden ingevoerd. Een experimentele benadering, al werkende weg, is nodig omdat de zorg zo'n complex en groot domein is dat we nooit in één keer een ingrijpende verandering kunnen aanbrengen. Hier geldt de analogie met het waterbed: steeds als je ergens op drukt gebeurt elders iets wat je niet had verwacht of niet had gehoopt.

Bovendien heeft het systeem van de zorg niet één cockpit; er wordt op meerdere plekken en op verschillende manieren gestuurd. De zorg is geen markt, maar evenmin ontwikkeld door beleidsinitiatieven van overheidsorganen. Voor het grootste deel is de zorg ontstaan – en ontstaan nieuwe zorgverlenende instellingen nog steeds – door een mix van professionele ambitie en initiatieven vanuit de gemeenschap. Gemeenschap, professie, overheid en markt maken de zorg zoals die is, in een ingewikkeld samenspel.

En tot slot staan basiswaarden in de gezondheidszorg, te weten snelle en gelijke toegang tot de zorg, betaalbaarheid en goede kwaliteit, regelmatig op gespannen voet met elkaar en is het zaak om deze met elkaar in een goed evenwicht te houden. Dit alles vraagt dus bij veranderingsprocessen om continue evaluatie, discussie en bijstelling. En het betekent ook dat men (op onderdelen) terug moet durven keren. Net als bij de besturing van de zorg zelf, is wiken en wegen hier de aangewezen werkwijze.

Het huidige stelsel van 'gereguleerde marktwerking' is daarbij flexibel genoeg om

veranderingen aan te brengen zonder dat alles op de schop hoeft. Minstens zo belangrijk hierbij is ons uitgangspunt dat knutselen aan het stelsel (alleen draaien aan bestuurlijke, financiële of juridische knopjes) ons niet gaan helpen. Zonder de keuze voor een andere logica en het organiseren van een draagvlak daarvoor komen we niet verder dan technische aanpassingen.

Zorgpolitiek is niet te reduceren tot management of bestuurlijke maatregelen, het is een ideologisch vraagstuk. Dat heeft rechts goed begrepen toen de logica van de choice werd geïntroduceerd. De invloed van deze logica is nog steeds groot. Links heeft zich tot nu toe te veel beperkt tot het annoteren hiervan zonder daar een andere logica tegenover te zetten. Juist de keuze voor die andere logica en het vinden van draagvlak daarvoor maakt het mogelijk om de richting te bepalen waarin we het huidige stelsel zouden moeten aanpassen.

Want links zal moeten leren leven met het gegeven dat niet meteen de exacte bestuurlijke en juridische vormgeving voorhanden kan zijn. Zonder een helder idee over de bestemming en een duidelijk gevoel over de richting wordt het boven beschreven noodzakelijke wikken en wegen, het onvermijdelijke vallen en opstaan, onmogelijk. Immers: alles wat zich onverwacht voordoet, wordt dan een politiek incident dat weer het begin is van een ander concept of andere oplossingsrichting. Zo lijkt alles in beweging, maar komen we niet vooruit.

Regionale zorgregisseur

De regionale zorgregisseur is de instantie die verantwoordelijk is voor regionale samenwerking en samenhang, de spreiding en de beschikbaarheid van voorzieningen, met een goed zicht op de regionale zorgvraag. Zorgverleners en instellingen die niet voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep of branche worden niet gecontracteerd. Hetzelfde geldt voor hen die overbodig zijn in het palet van regionale zorgvoorzieningen.

In het eerdergenoemde NRC-artikel (zie noot 6) stelt T. Kliphuis, bestuursvoorzitter van een van de grootste verzekeraars, dat hij niet meer dé regisseur, maar een regisseur wil zijn. 'Wij zijn niet de baas van de zorg, dat moeten we ook niet pretenderen. Nederland wil dat niet, we moeten meer samenwerking met de artsen zoeken.' In feite zegt hij dat formele hiërarchie alleen niet werkt in de zorg. Dat is precies wat wij ook betogen. De 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 verstandige regisseur wel een knoop kunnen doorhakken.

In deze opzet kunnen er niet meerdere, met elkaar concurrerende, regisseurs zijn. Er moet sprake zijn van één basispolis voor iedere burger in de regio en één contract per zorgaanbieder. Het vaststellen van het basispakket en het financieel kader blijft de verantwoordelijkheid van regering en parlement. Die stellen ook de bandbreedte van de premie vast.

De huidige verzekeraars vormen zich om tot sociale verzekeraars die vooral georiënteerd zijn op de regio. Veel verzekeraars komen uit een traditie van regionale coöperaties. Deze traditie zou de basis kunnen zijn voor een beweging in de richting van de *voice-logica*. Daarvoor moeten in ieder geval wettelijke beletsels voor samenwerking worden weggenomen. Verschillende zorgverzekeraars kunnen een regionaal consortium vormen. Zij kunnen landelijk samenwerken als het gaat om bovenregionale zorg. Als concurrentie op premie ophoudt te bestaan, kan ook het dure rondpompen van geld in de vorm van zorgtoeslag worden stopgezet. De ratio voor de nominale premie vervalt dan immers. Deze nominale premie was het noodzakelijke vehikel om concurrentie op prijs mogelijk te maken.

Gezegd moet worden dat de huidige verzekeraars er wonderwel in geslaagd zijn om hun eigen coöperatieve tradities verborgen

te houden en onder te dompelen in de taal van de marktlogica. Zodoende hebben ze zelf bijgedragen aan het ontbreken van legitimatie. De omvorming in de richting van een sociale, regionale verzekeraar zal niet zomaar bij toverslag tot stand komen, omdat linkse partijen dit in hun verkiezingsprogramma opschrijven. Daar is maatschappelijk debat en druk vanuit de samenleving voor nodig. Mocht blijken dat verzekeraars onder invloed hiervan niet gaan bewegen en dus vast blijven houden aan hun huidige schrale positie van zorginkoper, dan zal naar andere vormgeving van de voice moeten worden gezocht. Dan kan gedacht dan worden aan het tot stand brengen van regionale zorgcolleges, die op basis van bovenbeschreven voice-principes werken. De overheid stelt dan naast een nationaal budget (financieel kader) ook regionale budgetten vast, waaruit onder leiding van zo'n regionaal zorgcollege de zorg wordt bekostigd. De verzekeraar zou dan de positie van administratie- en betaalkantoor in kunnen nemen.

Tot slot

Laat de voorstellen in de verkiezingsprogramma's van PvdA en SP het begin zijn van een serieuze zoektocht van links naar de mogelijk-

heid om in de zorg het primaat van kiezen en concurrentie om te zetten in het primaat van delen en samenwerken. Hoe komen we van de kiezende klant naar de medeverantwoordelijke burger?

De halfbakken marktwerking brengt ons niet verder

De halfbakken marktwerking brengt ons niet verder. Een regionaal samenwerkings- en samenbeslismodel met bindende afspraken zou ons bevrijden van een boel bureaucratie en de mogelijkheid bieden om door een krachtige regionale regie betere zorg te bewerkstelligen. Elkaar verwijten dat ideeën onvoldragen zijn, helpt ons ook niet verder. Niemand heeft de wijsheid in pacht. Ook is het louter proclameren van stelselveranderingen vanuit Kamerfractie, partijbureau of programmacommissie onvoldoende. Het aangeven van de richting, het uitwisselen van ideeën en het zoeken van draagvlak met burgers en betrokkenen in de zorg verdient nu de hoogste prioriteit.

Noten

- 1 Groot, W. & H. Maassen van den Brink (31-8-2016), 'Nationaal Zorgfonds is dure grap', *Zorgvisie*; Marcel Canoy (15-8-2016), 'De fantasie van een nationaal Zorgfonds', *Medisch Contact*.
- 2 Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2014), *De stem van Verzekerden*.
- 3 W. Groot (22-1-2016), 'De Zorgverzekeringwet laat zwakke plekken zien', *Zorgvisie*.
- 4 CZ Maatschappelijk Verslag 2014.
- 5 In het huidige stelsel zijn niet alleen zorgverzekeraars te kenschetsen als *countervailing power*. Instituties als ZIN (pakketbeheer), IGZ (inspectie) en NZA (vaststellen van maximum tarieven) kan men tot deze categorie rekenen, op nationaal niveau. In het kader van dit artikel gaan we niet op hun rol in.
- 6 T. Kliphuis, bestuursvoorzitter VGZ (14-5-2016), *NRC*.
- 7 Marcel Levi, 'Tien jaar zorgverzekeringwet, dit kan (en moet) beter', *S&D 2016/3*.
- 8 Evelien Tonkens (2003), 'Mondige burgers, getemde professionals', *NIZW*.