

Transitiepijn: Het zoveelste rapport over ons schurende risicovereveningssysteem

5 juli 2024 (861 woorden, 3 min)

Mocht u als bestuurder in zorg & welzijn transitiepijn ondervinden kijk dan ook eens naar de verouderde werking van ons risicovereveningssysteem. Een gewaarschuwd bestuurder telt immers voor twee. Misschien valt u dan op dat er meer nodig is dan kwalitatieve plannen en -projecten om te komen tot een toekomstbestendige zorg, betoogt Thomas Hoyng, bestuurder van Stichting Gezond met Zorg.

Het Zorginstituut (ZiN) publiceerde 24 juni jl. het zoveelste [rapport](#) over ons verouderde risicovereveningssysteem. De belangrijkste conclusie uit het rapport: **Het huidige risicosysteem kan passende zorg niet faciliteren zonder een grote verbouwing van het systeem zelf.**

Misschien lijkt u dat misschien een bijzaak op de weg naar realisatie van alle goede plannen uit het IZA, WOZO en GALA. Een lastige en storende vlieg die je liefst van je afslaat.

Dan gaat u wel met enige naïviteit op pad naar een toekomstbestendige zorg. Nu heeft naieve aanpak bij vernieuwing ook zijn voordelen. Maar een onbewust naieve houding kan achteraf ook tot ernstige teleurstellingen leiden die zijn te voorkomen.

Na het lezen van deze opinie herkent u mogelijk een deel van uw transitiepijn die u elke dag ondervindt bij het maar langzaam realiseren van al uw plannen. En misschien voelt u dan ook de noodzaak voor een grondige verbouwing van het risicovereveningssysteem voordat u zich stort op alle goede projecten voor passende zorg.

Een verouderd doel

Waarmee was het met de risicoverevening eigenlijk allemaal om begonnen? Met onze gereguleerde marktwerking in Nederland is een vrij uniek model geïntroduceerd in de wereld. Verzekeraars en zorgaanbieders moesten vechten om marktaandeel en de patiënt werd de consument die moest worden verleid voor een verzekering of een behandeling. De markt was gedefinieerd als het repareren van zieke patiënten.

Om dit alles financieel in goede banen te leiden (regulering) is daarvoor een belangrijk instrument geïntroduceerd : het risicovereveningssysteem.

Doel van het systeem was het voorkomen van risicoselectie, het creëren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars (marktwerking) en het

bevorderen van doelmatigheid. Onder doelmatigheid wordt daarbij verstaan het behandelen met een zo beperkt mogelijke inzet van middelen.

U werkt nu aan de introductie van passende zorg. Deze zorg moet waardegedreven zijn, komt samen met de patiënt tot stand, is zorg op de juiste plek en “last but not least” gaat meer over gezondheid dan over ziekte.

Passende zorg staat centraal in de transitie naar toekomstbestendige zorg. Faciliteert het risicovereveningssysteem financieel de transformatie naar passende zorg?

Nee, natuurlijk niet. Daarvoor is het nooit ingericht. Het systeem werkt juist eerder tegen dat passende zorg ook werkelijk in een stroomversnelling komt.

Waarom werkt het risicovereveningssysteem zo contraproductief?
De belangrijkste redenen:

1. Het financiële model achter het vereveningssysteem is vooral gebouwd op de grootste kostendragers in de curatieve zorg. Laat dat nu met name de ziekenhuis- en farmaciezorg zijn. Al deze kosten worden herverdeeld over zorgverzekeraars, zodat zij niet op zoek gaan naar de “goedkope” verzekerde. Zorgkosten van ziekenhuizen en farmacie zijn zo nooit een financieel probleem voor de zorgverzekeraars zolang zij niet voor een behandeling of medicijn te veel betalen. Dat is overigens ook prettig voor de ziekenhuizen en farmaceuten.
2. Alles wat in het model wordt opgenomen moet “rechtmatig” zijn, oftewel voorzien van een landelijke administratieve code en een wetenschappelijk aantoonbaar resultaat. Passende zorg bestaat vooral uit preventieve zorg. Wetenschappelijk aantoonbaar resultaat rondom preventie is slecht beschikbaar en kent geen commerciële prikkel (voorkomen van zorg is immers niet winstgevend). Mocht de wetenschappelijke onderbouwing er wel zijn, dan duurt het traject van goedkeuring tot landelijke administratieve codering nog steeds minstens 3 jaar.
3. Tot slot: Alle dure behandelingen die door investeringen in preventie worden voorkomen leiden automatisch tot een verlies van positieve vereveningsresultaten bij de zorgverzekeraar. Dat klinkt raar, maar is gezien de doelen van verevening eigenlijk heel logisch.

Er zijn dus twee partijen die niet staan te trappelen om zomaar mee te werken aan passende zorgplannen en -projecten. Dat is de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. De verzekeraar omdat de inzet op passende zorg weleens latere verliezen kunnen opleveren via de vereveningssystematiek. Het ziekenhuis omdat het bij passende zorg in de regio haar behandelvolumes ziet dalen en

geen compensaties tegemoet mag zien in verband met het meewerken aan een gezondere populatie.

Door de marktmacht van deze twee partijen ondervinden niet alleen zij maar ook alle andere zorg & welzijnsorganisaties een verklaarbare transitiepijn.

Een transitiepijn die niet afkomstig is uit onwil en ongeloof over de richting naar passende zorg. Het is met name de financiële motor van ons zorgstelsel – ons vereveningssysteem - dat nooit was bedoeld om waardegedreven zorg en een gezondere populatie met financiële prikkels te faciliteren.

Risicoselectie, marktwerking en doelmatigheid zijn nog steeds de financiële doelen van ons risicovereveningssysteem. Vereenvoudiging van deze oude succesformule en introductie van prikkels voor waardegedreven- en preventieve zorg kunnen toekomstige teleurstellingen voorkomen. En het verlicht de transitiepijn.

De NVZ-voorzitter zegt het bij de presentatie van het recente rapport van de NVZ, 3 juli jl., net iets anders: “We zitten eigenlijk aan het einde van de cyclus van een stelsel waarin het concurrentiedenken nog een rol speelt. We zitten in een nieuwe fase waarin die afstemming voorop dient te staan.”

Laten we niet nog eens een eindeloos aantal rapporten schrijven voordat wij deze renovatie in de stijgers zetten.

*Door: **Thomas Hoyng**, bestuurder Stichting Gezond met Zorg*