

VU Research Portal

Is regionalisering het antwoord?

Bannink, Duco

2020

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Bannink, D. (2020). *Is regionalisering het antwoord? Analyse van voor- en nadelen van regionale afstemming in de zorg.*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Is regionalisering het antwoord?

Analyse van voor- en nadelen van regionale afstemming in de zorg

Dr. Duco Bannink

Talma Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam

Amsterdam, 6 juli 2020

Toegevoegd: verslag interviewronde en kennissessie. Amsterdam, 3 september 2020

Samenvatting	2
1. Bestuurlijke context: van JZODJP naar de Contourennota	4
2. Pijnpunten in de organisatie van de zorg	6
3. Contouren van een andere organisatie van de zorg	8
4. Sturing en afstemming (bestuurskundig intermezzo)	9
5. Een redeneerfout in de beleidstheorie	13
5.1. Contouren: netwerkafstemming kan niet	13
5.2. Contouren: hiërarchie kan ook niet	14
5.3. Contouren: en de markt?	17
5.4. De contouren miskennen informatie- en belangenasymmetrie	17
6. Ex ante beoordeling contouren van nieuw zorgstelsel met regionale sturing	18
6.1. JZODJP	18
6.2. Regionalisering	19
7. Meningsvorming	22
8. Verslag interviewronde mei-juni 2020 en kennissessie 10 juli 2020	25
8.1. De voors en tegens van regionaal volgbeleid	27
8.2. Niet alle zorg kan het best op regionaal niveau	28
8.3. Hoe nu verder?	29
Onderzoekers Talma Instituut	30

Samenvatting

De zorg is een sector die staat voor grote uitdagingen. Hoe regelen we dat er vooral zinnige zorg geleverd wordt? Hoe zorgen we dat alle partijen in de zorg goed met elkaar samenwerken en patiënten niet tussen wal en schip vallen? Hoe krijgen we de juiste zorg op de juiste plek?

Dit zijn niet alleen zorginhoudelijke vragen, maar ook bestuurlijke vragen: Hoe richt je het stelsel in? Op welke manier zorg je ervoor dat de neuzen van partijen met verschillende belangen dezelfde kant op komen te staan? Doe je dat via prikkels en regelgeving? En op welk niveau? Momenteel is er discussie gaande over het meer regionaal organiseren van de zorg. Het ministerie bereidt rond deze vraag een 'Contourennota' voor, waarin verschillende ideeën over de regionalisering van de zorg langskomen.

We hebben een discussienotitie gemaakt over dit vraagstuk waarin we met onze wetenschappelijke blik kijken naar wat we kunnen verwachten van regionalisering en dit hebben gekoppeld aan de verwachtingen van verzekeraars over de aanpassing van het zorgstelsel. De uitkomsten bespreken we graag op de Talma-bijeenkomst over regionalisering.

Op basis van deze input zullen we vanuit Talma in de consultatieronde reageren op de Contourennota van het ministerie van VWS in het najaar.

Hieronder vindt u een samenvatting van de inhoudelijke lijn in deze notitie.

Sturing en samenwerking gaat om de afstemming van actoren. In het zorgstelsel zijn dat verzekeraars en collega-verzekeraars, zorgaanbieders van allerlei soort, het ministerie en de NZa, verzekerden, enzovoort. Sturing en samenwerking in de zorg zijn lastig, omdat we te maken hebben met informatieasymmetrie en met belangenverschillen. Informatieasymmetrie betekent dat – vanuit de ene actor gezien – de andere autonoom kán handelen. De ene actor kan immers het handelen van de ander niet goed overzien. Belangenverschil betekent dat – vanuit de ene actor gezien – de andere ook autonoom wil handelen. De andere actor heeft immers een ander belang, of – in mildere termen – een andere visie op zorg.

Dit noemen we een sturingsuitdaging: hoe stem je het handelen van actoren op elkaar af, die autonoom kunnen handelen en autonoom willen handelen? Een schier onmogelijke taak.

Een traject als De Juiste Zorg Op De Juiste Plek zet in op overeenstemming tussen actoren over de optimale afstemming van zorg. Dit past slecht op de sturingsuitdaging. Alle actoren geven – uiteraard – aan te willen streven naar de juiste zorg op de juiste plek. Dat is immers het goede om te doen. Maar de informatieasymmetrie laat de mogelijkheid open om de eigen interpretatie van wat juist is te volgen; en het belangenverschil maakt dat diezelfde actoren inderdaad ook een eigen interpretatie willen volgen. Streven naar een gezamenlijk doel is bij deze sturingsuitdaging dus niet meer dan het verzoek doen aan actoren zo'n doel te onderschrijven, wat niet zal worden geweigerd, maar wat verder ook weinig gevolg zal hebben. Daarom is, zoals ook KMPG in het rapport over JZODJP constateert, de invulling moeizaam.¹ Het daaropvolgende rapport van de Taskforce doet een soortgelijke constatering: de doelen worden belangrijk gevonden, de implementatie gaat minder vanzelfsprekend, al zijn er veelbelovende initiatieven.²

Het ministerie lijkt dit wel te zien en het streeft daarom naar regionalisering. Er is een Contourennota in voorbereiding, waarvan we de inhoud niet kennen, maar waarin regionalisering van het zorgstelsel een

¹ KPMG (2018), *Juiste zorg op de juiste plek. Onderzoek naar condities en consequenties. Definitieve rapportage ten behoeve van bespreking in de taskforce Zorg op Juiste Plek*, KPMG, 21 maart 2018.

² Taskforce Zorg op de Juiste Plek (z.j.), *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? Rapport van de Taskforce*, Taskforce Zorg op de Juiste Plek.

plaats lijkt te krijgen. Het ministerie constateert in de toelichting op de begroting van 2020 dat JZODJP de vraag openlaat of er op regionaal niveau een gedeeld regiobeeld bestaat en er afdoende wordt afgestemd. Vervolgens schrijft de minister dat er meer nodig lijkt te zijn:

“Vervolgens verkent de contourennota wat er in de regio (nog meer) nodig is om de organisatie van de (voor)zorg en ondersteuning te verbeteren om aan de (toekomstige) zorgvraag in de regio te voldoen en welke aanpassingen in de governance dit vraagt. Zo moet duidelijk worden waarover zorgpartijen in de regio’s (nadere) afspraken moeten maken, welke regio-indeling daarbij wordt gehanteerd, welke partij het aanspreekpunt is in de regio en wat er in bestuurlijke zin nog meer nodig [is] om de organiseerbaarheid te verbeteren. Vanuit de wenselijkheid om de huidige zorgplicht van inkoopende partijen breder in te vullen, gaat het ook om de vraag hoe een regionaal opdrachtgeverschap (sterker) kan worden vormgegeven.”³

Regionalisering moet leiden tot een versterking van het opdrachtgeverschap. Er zijn een aantal varianten denkbaar:

1. Beperking van het zorgaanbod op regionaal niveau
2. Per regio een leidende verzekeraar met volgebeleid voor de anderen
3. Beperking van het aantal verzekeraars in een regio

In deze notitie verkennen we wat je van deze varianten kunt vinden. In onze ogen lost geen van deze vormen van varianten de dubbele sturingsuitdaging van informatieasymmetrie en belangenverschil tussen partijen tegelijk op.

We hebben op basis van een eerste versie een rondje gemaakt langs de ZN-leden en vervolgens vastgesteld dat regionalisering ingrijpt op (1) de positie van een leidende verzekeraar tegenover de andere verzekeraars, (2) de positie van de leidende en andere verzekeraars ten opzichte van ministerie en NZa, (3) de positie van die verzekeraars ten opzichte van verschillende zorgaanbieders, waarbij het belangrijk is een onderscheid te maken tussen grote en kleine, vervangbare en onmisbare aanbieders en (4) de positie van verzekeraars ten opzichte van de verzekerden. Dit werken we uit in §7.

Hoewel we nu nog niet weten wat er precies in de Contourennota zal komen te staan, geeft deze notitie wel een denkkader waarmee we de mogelijke voorstellen in de Contourennota kunnen doorredeneren. Op basis van die doorredenering werken we toe naar een Talma-reactie op de Contourennota. Die Contourennota wordt in de zomer verwacht en de consultatieronde is aangekondigd voor de periode daarna.

³ Kamerstukken Tweede Kamer 2019-2020. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2020. Memorie van toelichting. TK 35300 XVI, nr. 2, p. 19.

1. Bestuurlijke context: van JZODJP naar de Contourennota

Het op de juiste plek aangeboden krijgen van de juiste zorg is in eerste instantie misschien een zorginhoudelijk probleem, maar bij het Talma Instituut beschouwen we het als een bestuurskundig en gezondheids-economisch probleem. Het gaat om de vraag hoe we zorgaanbieders en zorgvragers ertoe kunnen bewegen zich te richten op integrale optimale zorg.

Het ministerie constateerde in de VWS-begroting voor 2020 dat uit de ontwikkeling van De Juiste Zorg Op De Juiste Plek een aantal vragen volgen:

- Is er een gedeeld regiobeeld met een daaruit voorkomende opgave voor de regio?
- Is een brede basis van preventie, ondersteuning en zorg in de regio op orde of niet?
- Zijn er afspraken gemaakt over samenwerking, in elk geval op domeinoverstijgende onderwerpen?⁴

Het ministerie constateert dat dit niet het geval is en kondigt daarom een Contourennota aan, waarbij in een voetnoot gerefereerd wordt aan de aanpak die al eerder in gang werd gezet bij de ROAZ, de Regionale Overleggen Acute Zorg:

“Vervolgens verkent de contourennota wat er in de regio (nog meer) nodig is om de organisatie van de (voor)zorg en ondersteuning te verbeteren om aan de (toekomstige) zorgvraag in de regio te voldoen en welke aanpassingen in de governance dit vraagt. Zo moet duidelijk worden waarover zorgpartijen in de regio’s (nadere) afspraken moeten maken, welke regio-indeling daarbij wordt gehanteerd, welke partij het aanspreekpunt is in de regio en wat er in bestuurlijke zin nog meer nodig om de organiseerbaarheid te verbeteren.⁵ Vanuit de wenselijkheid om de huidige zorgplicht van inkopende partijen breder in te vullen, gaat het ook om de vraag hoe een regionaal opdrachtgeverschap (sterker) kan worden vormgegeven.

Daarbij adresseert de contourennota de mogelijkheden die wet- en regelgeving kan bieden om de verschillende partijen verantwoordelijk en aanspreekbaar te maken op het realiseren van samenhang tussen de domeinen. We kijken ook naar de prikkels, de ruimte en het toezicht die nodig kunnen zijn voor de verschillende partijen om hun rol te pakken bij de domeinoverstijgende samenwerking en tastbare resultaten te boeken. Denk aan prikkels van gemeenten om de instroom in de langdurige zorg te verminderen en aan mogelijkheden om vanuit de langdurige zorg te investeren in het sociale domein. Op deze en andere wijze gaan we na hoe wet- en regelgeving kan bijdragen aan een betere organiseerbaarheid en betaalbaarheid van de zorg.”

“In het specifieke geval van acute zorg heeft een dergelijke discussie eerder geleid tot de oprichting van een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) in elke regio. Daarin maken bestuurders van de belangrijkste partijen in regionaal verband afspraken over de toegankelijkheid en samenwerking in de keten van acute zorg. De ROAZ-structuur wordt momenteel versterkt.”⁶

⁴ Begroting VWS, MvT, TK35300 XVI, nr. 2, p. 24 (zie noot 3 voor volledige verwijzing).

⁵ De tekst verwijst hier naar een voetnoot over de ROAZ die van belang is. De tekst van de voetnoot hebben we daarom onderaan in dit kader ook opgenomen.

⁶ Deze alinea is de genoemde voetnoot uit de oorspronkelijke tekst over de ROAZ.

Het aanvankelijke plan was om in het voorjaar een stand-van-denken-brief aan de Tweede Kamer te sturen. Daarover wilde het ministerie vervolgens met het zorgveld in gesprek om voor de zomer een definitieve Contourennota uit te kunnen brengen. Dat is door de coronacrisis niet haalbaar gebleken. Het ministerie meldde onlangs via een e-mailbericht dat een consultatieversie van de Contourennota in de zomer wordt afgerond. Na de zomer krijgen stakeholders gelegenheid te reageren, waarna een definitieve nota wordt verwacht in het najaar.

We hebben een eigen notitie gemaakt over dit vraagstuk en in de afgelopen tijd een ronde gemaakt langs de Talma-leden om te inventariseren wat uw posities zijn ten aanzien van deze aanpassing van het zorgstelsel.

2. Pijnpunten in de organisatie van de zorg

De Nederlandse gezondheidszorg is complex georganiseerd. Verschillende systeemwetten ordenen het zorgstelsel ieder op een eigen manier. De Zvw geeft de markt van verzekerde zorg vorm, de Wlz is een volksverzekering, de Wmo definieert de verantwoordelijkheid van gemeenten om maatschappelijke zorg te leveren, en daarnaast regelen ook de Wpg en de Jeugdwet segmenten van het stelsel. Deze complexe combinatie van sturingsmethoden vloeit voort uit de behoefte om de verschillende *sturings-uitdagingen* het hoofd te bieden, maar de combinatie van verschillende methoden leidt ook tot een onoverzichtelijke organisatie van de zorg.

Daarom zien we binnen en tussen de domeinen van de verzekerde zorg, de maatschappelijke zorg, de langdurige zorg, de publieke gezondheidszorg en elementen van de jeugdzorg een toenemende behoefte aan afstemming van de beleidsbepaling en de beleidsuitvoering. Op verschillende deelterreinen streven verzekeraars, aanbieders, gemeenten en anderen naar regionale samenwerking. Meer en meer probeert het ministerie om hierbij toe te werken naar een *gezamenlijke visie* op de uitvoering van de zorg.

Zo staat in de begroting voor VWS:

“We willen daarom in samenspraak met betrokken partijen verkennen hoe de governance binnen ons zorgstelsel kan en moet worden versterkt om de (toekomstige) zorgvraag in de regio in te kunnen vullen. Als de urgentie («het waarom») steeds duidelijker wordt, de richting («het wat») steeds breder gedragen, dan is het aangewezen te bepalen «hoe» we de transformatie verder brengen en wat daarvoor nodig is op nationaal en regionaal niveau en op het gebied van het toezicht. Dat kan ook aanpassingen binnen het stelsel vergen. Daartoe brengen we voor het zomerreces van 2020 een contourennota uit om in het parlement te bespreken. Hierbij maken we gebruik van de inzichten en ontwikkelingen uit de beweging de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. De nota gaat vervolgens in op wat er bestuurlijk nodig is om de organiseerbaarheid en betaalbaarheid van de (voor)zorg en ondersteuning te verbeteren. Daarbij wordt ook gezien welke aanpassingen in wet- en regelgeving nodig zijn om dit te realiseren.”⁷

Het belangrijke kernpunt hier is de als-dan-relatie die wordt gelegd. *Als* de urgentie gevoeld wordt en de richting breed gedragen, *dan* kunnen we de transformatie verder brengen, zo formuleert het ministerie het. We vrezen te moeten constateren dat aan de voorwaarde niet is voldaan. De urgentie wordt breed gevoeld, maar de vooronderstelling dat de richting breed gedragen wordt, lijkt ons niet juist. Althans, in de uitwerking blijkt het helemaal niet zo duidelijk wat de juiste zorg op de juiste plek is, wie dat aanstuurt en hoe we dat precies inrichten. Zo is de spanning tussen zorgaanbieders en zorginkopers in de afgelopen jaren heel sterk geweest. Deze spanning werd misschien het meest duidelijk bij de relatie tussen zorgverzekeraars en niet-gecontracteerde zorgaanbieders, maar ook gecontracteerde jeugdzorg-aanbieders hebben de weg naar de rechter gevonden bij conflicten met gemeenten. Zorgaanbieders wijzen daarbij vaak op de complexiteit die de combinatie van verschillende financiers met zich meebrengt.

Kenmerkende pijnpunten zijn het gebrek aan coördinatie in de thuiszorg, problemen bij de afstemming tussen ziekenhuiszorg en zorg thuis, gebrekkige behandeling van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en in het algemeen problemen om een antwoord te bieden aan multiproblematiek. In

⁷ Begroting VWS, MvT, TK35300 XVI, nr. 2, p. 8 (zie noot 3 voor volledige verwijzing).

dat laatste komen de organisatieproblemen in de zorg samen, want juist de aanpak van multiproblematiek vereist de integratie van zorg uit de verschillende domeinen en sub-domeinen van het stelsel en juist domein- en subdomeinoverstijgende afstemming blijkt moeilijk.

De maatschappelijke onvrede over de zorg heeft bij politici geleid tot de vraag of het stelsel niet anders kan worden georganiseerd. Daarbij werd gesproken over “terug naar het gezond verstand,” “van concurrentie naar samenwerking,” “anders organiseren van de zorg,” of zoals in de begroting “de juiste zorg op de juiste plaats.” Daarbij klinkt er inmiddels ook een roep om “regionalisering” van de zorg. Alhoewel dergelijke uitspraken een aanlokkelijk perspectief geven, is niet altijd even duidelijk wat de concrete oplossingsrichting inhoudt. Belangrijker nog is dat deze perspectieven geen recht doen aan de sturingsuitdagingen die we in de zorg nu eenmaal hebben. De complexe combinatie van sturingsmethoden die we op dit moment hebben, vloeit voort uit de verschillende sturings-uitdagingen die we het hoofd moeten bieden. Die *sturings-uitdagingen* zijn niet opeens verdwenen als we een nieuw perspectief op de *sturings-methoden* formuleren.

3. Contouren van een andere organisatie van de zorg

Er zijn verschillende signalen vanuit de politiek, het ministerie van VWS, het maatschappelijk middenveld, toezichthouders en andere partijen over de contouren van een nieuwe organisatie van de zorg. Breed gedeeld is een beeld van de problematiek. Die bestaat eruit dat de sturing van de zorg als weinig inhoudelijk wordt ervaren; dat de kosten van zorg moeilijk beheersbaar zijn; dat het aanbod van zorg sterk wordt gestuurd door prikkels; en dat het moeilijk blijkt om verschillende zorgactiviteiten op elkaar af te stemmen en te integreren, zowel op het niveau van het zorgsysteem als op het niveau van de cliënt. Dit is met andere woorden de sturingsuitdaging die we op dit moment herkennen.

Antwoorden op die sturingsuitdaging zetten alle in op de versterking van de afstemming tussen zorgaanbieders onderling, tussen financiers van zorg (gemeenten, zorgverzekeraars), tussen zorgaanbieders en financiers en afstemming van al deze actoren rond de patiënt. Hierbij bewegen we naar geïntegreerde zorg (waarbij de nadruk ligt op de wederzijdse afstemming van aspecten van zorg) of, specifiek, naar de juiste zorg op de juiste plaats (waarbij niet alleen die wederzijdse afstemming, maar ook de doelstelling van het produceren van optimale integrale zorg centraal staat). Versterking van de afstemming tussen zorgaanbieders en -financiers kun je hierbij opvatten als het middel (andere organisatie), om de uiteindelijke doelstelling van optimale zorg (andere uitkomst) te bereiken.

Een belangrijke lijn rond de andere organisatie van zorg is die van de regionalisering van de verzekerde zorg. Regionalisering moet leiden tot een versterking van het opdrachtgeverschap en zo tot optimale integrale zorg. De redenering is dus: “door regionalisering naar de juiste zorg op de juiste plek.”

Er zijn een aantal varianten denkbaar om het opdrachtgeverschap in de regio te versterken:

- een beperkt aantal zorgaanbieders per regio toe te laten;
- en een regionale zorgverzekeraar per regio aan te wijzen met volgbeleid voor de overige;
- of zelfs een enkele zorgverzekeraar per regio toe te laten.

De beperking van het aantal zorgaanbieders kan leiden tot een versterking van de afstemming tussen verzekeraar en zorgaanbieders; als daarbij een enkele zorgverzekeraar leidend is, kan men toewerken naar een regionaal geïntegreerd systeem van zorgaanbod, waarbij ook de afstemming met de gemeente en de aanbieders van maatschappelijke zorg (Wmo) en langdurige zorg (Wlz) kan worden versterkt. Toelaten van een enkele zorgverzekeraar maakt het bovendien mogelijk om ook aan de kant van de polis tot een steviger afstemming te komen. Dit kan ertoe leiden dat de mogelijkheden voor het ongecontracteerd aanbieden van zorg afnemen en het kan leiden tot een beperking van de vrije artskeuze. Dergelijke ‘monopsonie’ (een situatie met een enkele vragende partij) lijkt op voorhand de positie van de vragende partij te versterken, maar het prikkelende mechanisme van concurrentie op prijs en kwaliteit kan daardoor afnemen.

De Contourennota wordt geschreven met in het achterhoofd het traject van de Juiste Zorg Op De Juiste Plek (JZODJP). JZODJP is gericht op het versterken van de samenwerking tussen zorgaanbieders en financiers uit verschillende domeinen en subdomeinen en het versterken van de zelfredzaamheid van burgers om zo bij te dragen aan preventie van gezondheidsproblemen. De Contourennota zal hieraan invulling geven door een uitwerking van de organisatie van het zorgveld te geven.

4. Sturing en afstemming (bestuurskundig intermezzo)

Sturing en afstemming zijn in de zorg grotere uitdagingen dan in andere sectoren. Dat komt omdat er in de zorg veel 'informatieasymmetrie' bestaat en de verschillende partijen het welbeschouwd toch niet eens zijn over wat die juiste zorg en die juiste plek dan wel zijn.

Hierdoor is zowel *regelsturing* als sturing via *prikkels* als *samenwerking rond een gezamenlijke problematiek* moeilijk. Regels kunnen worden ontweken, zowel heel direct door zorg ongecontracteerd aan te bieden, als subtieler door de interpretatie van regels in de uitvoeringspraktijk naar wens te verruimen of te versmallen. De inzet van prikkels is erop gericht de motivatie van verzekeraar en aanbieder gelijk te richten: een zorgaanbieder optimaliseert de eigen bedrijfsvoering door die zorg te leveren waarvoor een sterkere prikkel geldt. Maar vanwege de informatieasymmetrie kan een aanbieder zich vooral op de eigen zorginhoudelijke overwegingen en/of de eigen bedrijfsvoering richten. Samenwerking rond een gezamenlijke problematiek is lastig, omdat de verschillende partijen weliswaar die gezamenlijke doelstelling (optimale integrale zorg) wel zullen erkennen, maar bij de invulling ervan toch weer een eigen positie kunnen kiezen.

Het is dit probleem dat we proberen op te lossen en dit is niet een zorginhoudelijk, maar een bestuurskundig probleem. *Hoe* sturen we? En welk *doel* kunnen we daarmee bereiken?

We hebben in de basis drie sturingsmethoden, dus de *sturingsmiddelen* die we hanteren: hiërarchie, markt en netwerk. Die zijn ieder goed in het bereiken van één bepaald *sturingsdoel*. Dat bespreken we hieronder: we laten zien met wat voor sturingsdoelen of sturingsuitdagingen we te maken kunnen hebben en welke sturingsmiddelen we als antwoord tot onze beschikking hebben.

De hiërarchie is coördinatie door een centrale instantie (middel) en de hiërarchie werkt goed om vrij simpele taken te integreren (doel). De hiërarchie beperkt zich tot relatief simpele taken, omdat de afstemming tussen die taken bovenin de hiërarchie wordt bepaald. De sturingskracht aan de bovenkant van het systeem beperkt de ingewikkeldheid van taken die kan worden gecoördineerd.

Nu kun je denken: maar we gebruiken die hiërarchie toch wel degelijk bij heel ingewikkelde taken? In onze ziekenhuizen wordt door al die chirurgen en verplegenden toch eindeloos geklaagd over een bijna ziekmakende hiërarchie en afvinkcultuur? Het vinkje is inderdaad een hiërarchisch mechanisme. De uitvoerder moet aan de stuurder melden of hij of zij een bepaalde taak heeft uitgevoerd. Wat we hier zien is de spanning tussen een hiërarchisch coördinatiemechanisme en een taak die eigenlijk te ingewikkeld is om hiërarchisch aan te sturen.

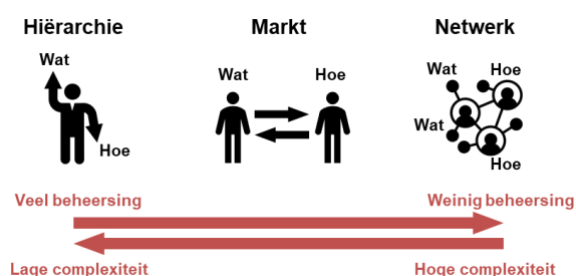
De tweede basisvorm van coördinatie is de markt. De markt is spontane, decentrale coördinatie (middel) en de markt werkt goed om vrij simpele taken te integreren, waarover mensen het niet spontaan eens zijn, dus waar een belangenverschil geldt (doel). De markt is spontane coördinatie (aan de middel-kant) die leidt tot uitwisseling van belangen (aan de doel-kant). In de markt kunnen al iets ingewikkelder taken worden gecoördineerd, omdat we in een markt profiteren van de kennis van beide kanten van de uitwisseling. De inkopende partij weet wat hij of zij wil; de aanbieder weet hoe hij of zij dat produceert.

Maar nu kun je opnieuw een tegenwerping hebben: die markt leidt toch tot enorme effecten van oneigenlijk gebruik, overproductie in het ene geval, onderproductie in het andere, maar in ieder geval sterk op de eigen belangen gericht handelen vragers en aanbieders? Dat klopt zeker. Wat we hier zien is het functioneren van een markt waarbij niet duidelijk is wat er wordt uitgewisseld. De kopende partij weet niet precies genoeg wat hij of zij wil en daarom kan de aanbieder met de vraag van de kopende partij op de loop gaan. Dat leidt tot een belangrijk inzicht. De markt kan een belangenverschil overbruggen, zeker, maar alleen als we afdoende kunnen begrijpen wat er eigenlijk uitgewisseld wordt.

De derde basisvorm van coördinatie is horizontale afstemming, of het netwerk. Het netwerk is de gezamenlijke bijdrage door verschillende stakeholders, gericht op een gezamenlijke doelstelling (middel), waarbij de kennis en expertise van die verschillende stakeholder worden geïntegreerd (doel). Dit is het sturingsmechanisme bij uitstek voor heel ingewikkelde taken, want we brengen de kennis en expertise van allerlei stakeholders samen.

Nu kun je dus denken: hoe ingewikkelder de taak, hoe meer je van hiërarchie, naar markt, naar netwerk moet opschuiven. Maar helaas is daarmee de analyse van het netwerk-model van sturing niet afgerond.

Want opnieuw is er een tegenwerping te maken: het in een netwerk inbrengen van de eigen expertise gebeurt nooit belangeloos. Het opstarten van netwerken rond een bepaalde zorgvraag, het horizontaal afstemmen van een beweging van tweede naar eerste lijn, het betrekken van gemeenten en aanbieders van verzekerde zorg bij een gezamenlijke preventie-opgave, het horizontaal organiseren van integrale ouderenzorg door huisartsen en wijkverplegingsaanbieders, etc., etc.: keer op keer zien we dat met de eigen expertise ook het eigen belang wordt ingebracht.



Figuur 1. Relatie tussen sturingsmiddelen en sturingsdoelen

We zien eerder een dilemma: toenemende inbreng van stakeholders met hun eigen expertise ... leidt tot afnemende beheersing. Toenemende beheersing aan de andere kant ... leidt tot afnemende eigen inbreng van die stakeholders en daarmee tot een afnemende mogelijkheid om met hoge complexiteit om te gaan. Je regelt het zelf en kan zo niet meer doen dan je zelf aankan ... of je laat het los en krijgt daar veel inbreng van anderen voor terug, maar je importeert tegelijkertijd onzekerheid.

Figuur 1 hierboven geeft de relatie tussen sturingsmiddelen en sturingsdoelen weer: willen we veel complexiteit aankunnen en kunnen we daar beheersing voor opgeven (doel)? Dan moeten we netwerk-afstemming toepassen (middel). Of willen we juist veel beheersing en vinden we het niet erg om in te

leveren op het niveau van complexiteit dat we aankunnen? Dan kiezen we hiërarchie (middel). Of willen we iets ertussenin (doel)? Dan kiezen we markt als afstemmingsmechanisme (middel).

Er zijn hier twee problemen, het eerste zit al in het plaatje: dit is een dilemma. Meer van het een leidt tot minder van het ander. Daar zouden we nog wel uit kunnen komen. Het tweede probleem is veel erger: we hebben het niet vrij te kiezen. Daar gaan we nu op in.

Afstemming is niet iets dat van bovenaf zomaar een systeem indaalt; in tegendeel, afstemming is een *relatie tussen actoren*. Als de ene actor het handelen van de andere niet kan overzien, is er informatieasymmetrie. Als twee actoren niet hetzelfde willen, is er belangenasymmetrie. Dat probleem van beheersing en complexiteit komt dan op een iets andere manier terug. Want als je er zo naar kijkt, hebben we vier sturingsuitdagingen: we willen hetzelfde, en we weten hetzelfde (weinig belangenasymmetrie en weinig informatieasymmetrie); we willen niet hetzelfde, maar we weten wel hetzelfde (veel belangenasymmetrie en weinig informatieasymmetrie); we willen wel hetzelfde, maar we weten niet hetzelfde (weinig belangenasymmetrie en veel informatieasymmetrie); we willen niet hetzelfde en we weten ook niet hetzelfde (veel belangenasymmetrie en veel informatieasymmetrie).

Dit is niet vrij te kiezen. Afstemming gebeurt in de relatie tussen actoren. Als de ander meer weet dan jij, en/of iets anders wil dan jij, *dan is dat een gegeven*. Je zou willen dat de ander wil wat jij wil, maar daarop moet je sturingsmiddel zich dan richten. Je zou willen dat je weet wat de ander weet, maar daarop zal je sturingsmiddel zich dan moeten richten. Dat de ander iets anders wil en/of iets anders weet is het *uitgangspunt*, de sturingsuitdaging, waarop je het sturingsmiddel kunt richten.

We hebben vier combinaties van zulke sturingsuitdagingen, zoals in figuur 2 hieronder. Helaas hebben we maar drie sturingsmethoden.



Figuur 2. Sturingsmiddelen als antwoord op de sturingsuitdagingen van informatieasymmetrie en/of belangenasymmetrie

Een hiërarchie (middel) werkt als we zelf snappen hoe we integrale zorg moeten vormgeven en de zorgaanbieders bereid zijn om onze instructies te volgen (uitdaging/doel). Als de zorgaanbieders niet bereid

zijn om onze instructies te volgen (uitdaging/doel), dan moeten we ze prikkelen om een bepaald resultaat te produceren (middel). Maar om dat te kunnen, moeten we wel snappen wat we aan het doen zijn (uitdaging/doel). Als we niet snappen wat we aan het doen zijn (uitdaging/doel), moeten we vragen aan de anderen in het systeem wat hun gedachten zijn om een gezamenlijk doel te bereiken (middel). Maar om dat te kunnen, moeten die anderen wel met ons willen meedenken en niet de eigen belangen laten prevaleren (uitdaging/doel).

Het lastige is de situatie in het vakje rechtsonder: de ander wil niet hetzelfde als jij en jij weet niet wat de ander weet. Dit is de centrale sturingsuitdaging van het zorgstelsel. Belangen (of in neutralere termen: zorgvisies) van de verschillende actoren zijn niet gelijk. De verschillende partijen willen niet hetzelfde, ze hebben een andere visie op wat gepaste, zinnige, optimale integrale, of de juiste zorg is en soms ook een gerichtheid op het eigen belang. En hun expertise en kennis verschilt, ze hebben goed zicht op wat ze zelf doen, maar minder goed op wat de ander doet. Dat betekent: de ander wil niet hetzelfde als jij (belangenasymmetrie); én de ander heeft de ruimte om zijn eigen belang of visie te laten prevaleren omdat jij zijn handelen niet goed kan overzien (informatieasymmetrie). Het samenlopen van de belangen- en de informatiekant van de afstemming vormt een “dubbele uitdaging” voor alle partijen.⁸ Deze dubbele uitdaging zien wij als de sturingsuitdaging in het zorgstelsel.

Hiermee hebben we het bestuurskundige probleem geschetst. Hierover gaat de Contourennota. JZODJP zette vooral in op informatieasymmetrie: “we gaan met zijn allen werken aan het gezamenlijke probleem van het bouwen van optimale integrale zorg.” Regionalisering zet in op belangenasymmetrie: “we zien wel goede bedoelingen in JZODJP, maar die worden niet waargemaakt; hoe kunnen we ervoor zorgen dat partijen het ook echt gaan doen?” De vraag is of regionalisering een goed sturingsmiddel voor dat sturingsdoel is.

⁸ Bannink, D. (2019). *Besturen zonder wij*. Amsterdam: VU University Press.

5. Een redeneerfout in de beleidstheorie

Als je naar de contouren van een nieuw stelsel kijkt vanuit een bestuurskundig perspectief, is te zien dat de 'beleidstheorie' een redeneerfout bevat.⁹ Vanuit ons bestuurskundige perspectief is van belang dat er bij een aanpassing van de organisatie van de zorg samenhang is tussen de gebruikte sturingsmethoden en de inhoudelijke doelstellingen, maar *vooral* samenhang met de capaciteit van degene die de sturende rol vervult om inderdaad te sturen. Zoals we zeiden in §4: het sturingsmiddel is niet vrij te kiezen, want de afstemming gebeurt in de relatie tussen partijen. Als de ander meer weet dan jij, en/of iets anders wil dan jij, *dan is dat een gegeven*. Van belang is daarom wat die sturing betekent voor degenen die gestuurd worden (zorgaanbieders en de uitvoerende professionals binnen zorgaanbieders) en voor andere bestuurders (de gemeente tegenover de zorgverzekeraar, de zorgverzekeraar tegenover de gemeente, zorgkantoren en andere actoren die de zorg sturen).

We moeten eerst iets zeggen over de concrete processen van beleidsvorming die plaatsvinden. Mensen in het veld hebben vaak de neiging om aan kleine wijzingen in beleid of beleidsvoorstellen enorme consequenties te hangen. Verschillende ideeën over de optimalisering van zorg zouden dan volledig anders zijn dan de ideeën van het jaar ervoor. Dat zien wij anders. Er is een behoorlijk consistente lijn in de beleidsvoorstellen die enerzijds bestaat uit coördinatie in grotere eenheden (dat is het centrale beleidsmiddel) en anderzijds uit optimaal geïntegreerde zorg (dat is het centrale beleidsdoel). We denken dat het belangrijk is om op die manier naar beleidsvoorstellen te kijken. Wat is nu de grote lijn die we daarin aantreffen?

We zien een consistente beweging weg van marktafstemming richting zowel versterkte hiërarchische afstemming als netwerkafstemming. Als we afstemming opvatten als een relatie tussen partijen: past deze bewegingen dan bij het zorgsysteem, een systeem met duidelijke verschillen in zorgvisie en belang en met stevige informatieasymmetrie?

5.1. Contouren: netwerkafstemming kan niet

In samenwerkingsnetwerken nemen verschillende organisaties deel, met ieder hun eigen inhoudelijke deskundigheden en belangen. Ieder van die organisaties claimt de geldigheid van het eigen perspectief en dat kan vanwege hoge informatieasymmetrie. Bij die geldigheidsclaims van deze organisaties horen de eigen voorkeuren en belangen over de inrichting van het systeem. Gemeenten zeggen: "óns inhoudelijke perspectief, het perspectief van de WMO, is algemeen geldig ... en daarom moeten wij de regisseur zijn in het netwerk," een netwerk van organisaties gericht op het uiteindelijke doel van sociale autonomie; zorgverzekeraars zeggen: "óns inhoudelijke perspectief, het perspectief van de ZVW, is algemeen geldig ... en daarom moeten wij de regisseur zijn in het netwerk," een netwerk van organisaties gericht op het uiteindelijke doel van het behandelen van medische problematiek; zorgaanbieders zeggen: "óns inhoudelijke perspectief, het perspectief van medische-specialistische zorg, in verschillende vormen, van wijkverpleging, van huisartsenzorg, van fysiotherapie, van GGZ-zorg, van allerlei verschillende zorgtypen, is algemeen geldig ... en daarom moeten wij wijkverpleegkundigen, wij huisarts of juist wij GGZ, etc. de regisseur zijn in het netwerk."

⁹ De beleidstheorie is de redenering die aan het beleid ten grondslag ligt, dus het geheel aan vooronderstellingen over de relatie tussen sturingsmiddelen (andere inrichting van het stelsel, regionalisering) en de sturingsdoelen (optimaal geïntegreerde zorg, het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek).

Het is belangrijk om regisseur te zijn in een netwerk. Wie de regie heeft kan zijn perspectief zwaarder laten wegen en kan opbrengsten van zorguitvoering claimen en de kosten eventueel bij de ander leggen. Het door elkaar lopen van én de informatie-kant (“de oplossingen”) én de belangen-kant (“de verdeling van de kosten”) van de betrokken bij een samenwerkingsverband is veelal de bom onder zich ontwikkelende samenwerkingsverbanden. Elke partij kan vanuit de eigen positie handelen, want elke actor kan bij de eigen voorkeursverdeling van kosten (belang) ook een eigen feitelijke onderbouwing aandragen (informatie).

Deze schets laat zien dat tegelijkertijd een netwerk-achtige aanpak *nodig* is en *onmogelijk* is. Afstemming gericht op de inbreng van de verschillende actoren is nodig omdat we hier een erg ingewikkeld probleem van af te stemmen zorgtypen zien. We moeten dus de informatieasymmetrie zien te overbruggen. Maar het onmogelijk om tot optimaal integrale zorg te komen, omdat we zien dat die actoren vanuit de eigen belangen denken. We hebben tegelijkertijd te maken met belangenasymmetrie. Dat wat nodig is vanwege informatieasymmetrie, kan niet vanwege belangenasymmetrie.

Sturing is altijd een kwestie van inschikken en doen inschikken, met meer of minder duwkracht. In theorie lijkt het mogelijk om in de groep stuurders en gestuurden die zich rond de zorg heeft geformeerd tot sluitende afspraken te komen: “Ja”, zegt de gemeente over de uitvoering van de WMO, “bij cliënten met maatschappelijke problemen, zetten wij ons in voor maatschappelijke zorg en zo voorkomen we dat medische problematiek tot ontwikkeling komt.” Onderzoek laat echter zien dat er ten onrechte vanuit wordt gegaan dat een inzet op gezamenlijkheid in de aanpak van zorg voldoende is.

De regionaliseringsbeweging in de Contourennota ziet dit wel enigszins en die zet daarom in op een versterking van hiërarchische sturing naast deze beweging van vernetwerking.

5.2. Contouren: hiërarchie kan ook niet

Voor de verdere beoordeling van de hiërarchische sturingsmethode gebruiken we de ‘principaal agent-benadering.’ Dit is een methode om naar de relatie tussen een opdrachtgever (‘principaal’) en een opdrachtnemer (‘agent’) te kijken. Opdrachtgevers in het stelsel zijn de zorgverzekeraars, gemeenten en het zorgkantoor in een regio; de opdrachtnemers zijn sociale wijkteams, al dan niet in coöperaties georganiseerde huisartsen, ziekenhuizen, die op hun beurt als principaal optreden voor de verschillende professies binnen het ziekenhuis, thuiszorgorganisaties, paramedische diensten, verzorgingstehuizen, etc., etc.

We moeten de relatie tussen opdrachtgevers en opdrachtnemers beschouwen als een strategische. In een strategische relatie bestaan zowel eigen als gezamenlijke belangen.

Er is een duidelijk gezamenlijk belang, namelijk het inzetten van de relatie om de bedoelde beleidsprestatie te realiseren. De bestuurder wil de beleidsprestatie gerealiseerd zien. De uitvoering wil in staat gesteld worden om die prestatie te leveren.

Maar er zijn altijd ook eigen belangen (of, neutraler, voorkeuren, bijvoorbeeld een eigen zorgvisie). In het algemeen kun je stellen dat de bestuurder beheersing van de uitvoering zoekt: voldoet de uitvoering aan de gestelde eisen? De uitvoering zoekt de ruimte om de eigen expertise in te zetten op de manier die past

bij de eigen afwegingen van de uitvoeringsorganisatie: kunnen we onze expertise en onze organisatiecapaciteit gebruiken om de prestatie te realiseren?

Deze twee eigen belangen vallen soms mooi samen, maar ze kunnen ook conflicteren. Dat is bijvoorbeeld het geval als de organisaties die regionaal moeten samenwerken (beheersing uitvoering op basis van integrale doelstelling) niet zijn gewend aan die samenwerking (eigen expertise) en gebonden zijn aan de eigen organisatie (inzet eigen organisatiecapaciteit).

Als je de sturingsmethode beoordeelt, zijn dit de twee belangrijkste vragen:

- waar ligt de *expertise* over de beleidsuitvoering en de *informatie* over beleidsfalen en –succes?
- waar ligt het *risico* van beleidsfalen en –succes?

Geredeneerd vanuit het belang van de bestuurder, is het ideaal als:

- de *expertise* over de beleidsuitvoering en de *informatie* over beleidsfalen en –succes bij de bestuurder ligt;
- en het *risico* van beleidsfalen en –succes bij de uitvoerder;
- of als het bestuur volledige expertise en informatie heeft. Dan is het verschuiven van het risico eigenlijk niet meer nodig.

Dit ideaal is echter niet realistisch. In de relatie tussen bestuur en uitvoering bestaat informatie-asymmetrie:

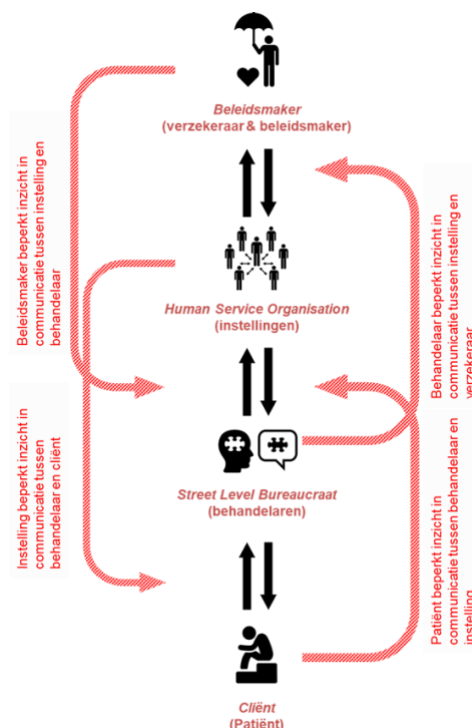
- De uitvoering heeft meer zicht op de uitvoering en wat die kost aan expertise en organisatiecapaciteit (aard en volume zorgaanbod);
- Het bestuur heeft meer zicht op de inhoud en achtergrond van de doelstelling die men wil bereiken en wat men ervoor over heeft (prijzen en volume gegunde zorg).

Terwijl de uitvoerder voor vergoedingen en dergelijke afhankelijk is van de bestuurder, is er ook afhankelijkheid andersom. De bestuurder is afhankelijk van de uitvoerder voor zijn bijdrage aan de doelstellingen. Het informatieprobleem maakt dat directe sturing niet mogelijk is, omdat het voor de bestuurder niet goed zichtbaar is hoe de taakuitvoering verloopt. Dit informatieprobleem doordrenkt het volledige stelsel: we hebben zo'n ingewikkeld stelsel, omdat we het handelen van partijen op elkaar willen afstemmen, maar die partijen hebben eigen belangen of voorkeuren waardoor ze iets anders willen én eigen informatie die hen staat stelt om dat ook te doen.

De informatierelatie is hieronder geïllustreerd: de rode pijlen geven aan dat je van bovenaf niet 'om' de instelling en behandelaar heen kunt kijken om te zien wat er 'echt' met de patiënt aan de hand is. Van boven naar beneden, kan de verzekeraar het werk van de behandelaar vrijelijk interpreteren als onzinnige zorg; maar tegelijkertijd kunnen, van beneden naar boven, de instelling en daarbinnen de behandelaar sturing ontwijken.

En andersom, je kunt van onderen niet 'om' het bovenliggende niveau heen kijken om te zien wat de 'echte' behoefte aan integrale optimale zorg is. Van beneden naar boven, kan de behandelaar de sturing van de verzekeraar interpreteren als 'het gaat altijd alleen maar over geld.' Maar tegelijkertijd, van boven naar

beneden, kan de verzekeraar wel degelijk de grenzen van een bepaald budget bewaken en eisen stellen aan het betalen van een vergoeding.



Figuur 3. Informatieasymmetrie in het zorgstelsel

De besturing wordt sterker als de stuurder, bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, (1) meer eigen informatie heeft over de uitvoering, dat is informatie onafhankelijk van de gestuurde, bijvoorbeeld de zorgorganisatie, en (2) als de zorgorganisatie een verdeling van prikkels en bevoegdheden heeft die het bereiken van de doelstelling van de stuurder ondersteunen. Het is dit probleem dat een sturingsmiddel zou moeten oplossen: hoe richten we dat goed in?

In het zorgstelsel bestaan een paar specifieke problemen. Het zorgstelsel is moeilijker te sturen dan andere beleidssectoren, omdat de expertise over de te volgen aanpak en de informatie over de resultaten van die aanpak veel meer dan in veel andere sectoren bij de uitvoering ligt (dus bij de partijen in het *gestuurde* systeem, de zorgaanbieders).

Zo kan op het eerste gezicht de juridische vorm van een relatie tussen stuurder en gestuurde de feitelijke werkpraktijk sturen. Maar in de zorg werkt dit slechts ten dele echt zo, want de inrichting van de werkpraktijk zoals vastgelegd in de juridische vorm staat tegenover de mogelijkheid van de zorgaanbieder om de eigen informatie (*expertise over de deeltaak en informatie over het cliëntbestand*) in te zetten om naast of in plaats van de doelstelling van de stuurder ook de eigen belangen (borgen van werkaanbod, toepassen van de eigen benadering, behalen van de eigen beleidsdoelstellingen) na te streven. Het is precies dit soort problemen die in de zorgsector tot een moeilijke beheersbaarheid van de zorgkosten leiden.

Daarbovenop geldt in de zorgsector de problematiek van afstemming *tussen* de stuurders onderling ('principalen'). Gemeentes, zorgverzekeraars, toezichtsorganisaties, zorgkantoren kunnen wederzijds worden beschouwd als elkaars gestuurde organisatie ('agent'). Voor de zorgverzekeraar (als 'principaal') is het zinvol als gemeenten (als 'agenten') investeren in maatschappelijke zorg om zo effectief tot preventie van de vraag naar verzekerde zorg te komen. Voor gemeenten (als 'principalen') is het echter zinvol als zorgverzekeraars (als 'agenten') medische zorg uitvoeren die mede een antwoord vormt op de behoefte aan maatschappelijke zorg van gemeentelijke inwoners. Helaas is het niet zo dat we ondubbelzinnig kunnen vaststellen welke zorg 'eigenlijk' maatschappelijk of 'eigenlijk' medisch is. Beide 'principalen' hanteren hun eigen definitiemacht in een poging om het handelen van hun 'agenten' te beïnvloeden. Dit is ook een probleem bij het vinden van de juiste plek voor de juiste zorg of het definiëren van optimale integrale zorg. Die juiste plek *bestaat* niet zomaar vanzelf; er zijn verschillende *definities* van wat de juiste plek zou zijn.

5.3. Contouren: en de markt?

De zorgverzekeringsmarkt zoals die in Nederland vorm heeft gekregen probeert ook de onvolkomenheden van de verschillende sturingsmiddelen onderling te compenseren. Een ongereguleerde markt met volledige informatie voor iedereen zou leiden tot spontane prijsvorming, maar de informatie over de kosten van behandelingen kan makkelijk worden gemanipuleerd en informatie over de opbrengsten is niet altijd goed in financiële termen te vertalen: wat is bepaalde hoeveelheid gezondheidswinst waard? De prijsvorming die op een markt plaatsvindt kun je echter wel degelijk zien als een sturingsmiddel dat bijdraagt aan de afstemming van belangen. Ook concurrentie is een vorm van afstemming tussen actoren. De markt leidt tot een specifieke vorm van integratie van opvattingen over zorg, namelijk die integratie die op basis van het prijsmechanisme wordt bereikt: hoeveel is het mij waard als jij iets doet aan preventie? Het effect hiervan is sterk gekleurd, omdat ook in de markt het probleem van informatieasymmetrie bestaat. De vragende partij heeft nauwelijks zicht op de kosten van het zorgaanbod. En andersom ook: de zorgaanbieder heeft nauwelijks zicht op de weging die de vragende partij maakt over de waarde van dat aanbod. Dat probleem verdwijnt niet met een ander sturingsmiddel, het is het uitgangspunt, de sturingsuitdaging waarop het sturingsmiddel is gericht.

5.4. De contouren miskennen informatie- en belangenasymmetrie

Het ministerie heeft de afzonderlijke contouren van een nieuw zorgstelsel (netwerkafstemming in de regio; versterking van hiërarchische sturing in de regio) op zichzelf wel goed gekozen, maar het ministerie lijkt weinig oog te hebben voor de beperkingen van die sturingsmiddelen. Netwerk-afstemming tackelt op zichzelf het probleem van de verschillen in informatie van al die opdrachtgevers en zorgaanbieders naast elkaar, maar het negeert de beperking: dat lukt niet, juist vanwege de verschillen in belang die daarin de ruimte krijgen. Versterkte hiërarchische regie tackelt het probleem van die belangenverschillen, maar het negeert de beperking: dat lukt niet vanwege de grote informatieasymmetrie tussen de verschillende onderdelen van het systeem die daarin de ruimte krijgen.

Wat ons betreft is van belang dat de contouren van een nieuw zorgstelsel het probleem van informatie-asymmetrie en het probleem van verschillen in belang wat lijken te miskennen. Op die punten lijkt er sprake van wensdenken: een enkele regionale verzekeraar kan zich wèl een beeld vormen van de uitvoering (de informatieasymmetrie is verdwenen) en binnen een regio zijn we wèl in staat om tot een gezamenlijke aanpak te komen (het belangenverschil is verdwenen).

6. Ex ante beoordeling contouren van nieuw zorgstelsel met regionale sturing

We denken dat zorgverzekeraars en andere relevante actoren in het systeem de contouren van een nieuw zorgstelsel op een zinvolle manier kunnen beoordelen, als ze zich er daarbij van bewust blijven dat er wel degelijk stevige informatieasymmetrie bestaat en zal blijven bestaan en dat er wel degelijk stevige belangenverschillen bestaan en zullen blijven bestaan.

Een versterking van de positie van de sturende actor *neemt de informatieasymmetrie niet weg* (vgl. inkoop door leidende verzekeraar, zoals in een van de varianten van regionalisering); een beroep op het belang van integrale optimale zorg *neemt de belangenverschillen niet weg* (vgl. de centrale lijn van JZODJP).

We beoordelen 'ex ante' (vooraf) het functioneren van het zorgstelsel als verschillende contouren waargemaakt zouden worden. Belangrijk is dat we beseffen dat we proberen om ons een weg te banen door vooralsnog niet volledig uitgewerkte ideeën ('contouren') en proberen om ons vooraf zoveel mogelijk een beeld te vormen van hoe men van die ideeën kan waarderen.

Als toetsingskader hanteren we de vraag welke vooronderstellingen er gedaan worden over de informatiepositie en de belangenpositie van verschillende actoren en daarmee ook welke veronderstellingen er gedaan worden over de informatieasymmetrie en belangenasymmetrie tussen partijen. De tabel hieronder kan daarmee worden gezien als een samenvatting van het toetsingskader.¹⁰ Past het sturingsmiddel (hiërarchie, markt, netwerk) op de sturingsuitdaging (veel of weinig belangenasymmetrie; veel of weinig informatieasymmetrie)?

sturingsuitdaging → sturingsmiddel ↓	informatieasymmetrie	belangenasymmetrie
hiërarchie	laag (anders gebrekkig antwoord op complexiteit)	laag (anders hoge handhavingskosten)
markt	laag (anders gebrekkige prijsvorming)	hoog (markt is geschikt antwoord)
netwerk	hoog (netwerk is geschikt antwoord)	laag (anders inf. t.b.v. aanpak o.b.v. eigen belang)

Tabel 1. Toetsingskader voor ex ante beoordeling contouren nieuw zorgstelsel met regionale sturing

6.1. JZODJP

Een centrale vraag rond de contouren is of het stelsel 'zijn werk kan doen.' We keren een stukje in de tijd terug en bespreken kort JZODJP.

'Echte verandering van ons gedrag begint met een gedeelde ambitie en visie' schrijft de Taskforce JZODJP in zijn rapport dat op 6 april 2018 door Minister Bruins aan de Tweede Kamer werd doorgestuurd (Taskforce JZODJP 2018, p. 5). In de opening van het rapport wordt het belang van een integrale aanpak van zorg neergezet: 'Beter is [...] het functioneren van mensen en hun omgeving centraal te stellen. Niet alleen medisch, maar ook sociaal. Heeft iemand genoeg contacten? Zijn er schulden? Hoe gaat het in het gezin?' Maar de Taskforce schrijft ook in zijn rapport (p 6): 'Er zijn op lokaal en regionaal niveau veel voorbeelden

¹⁰ En zie ook figuur 2.

van succesvolle verschuivingen en innovaties van zorg zichtbaar, maar een brede beweging tekent zich nog niet af.'

De beleidstheorie van JZODJP gaat primair over de benodigde zorginhoud, maar bevat in veel mindere mate een analyse van welke actoren welke stappen zouden moeten maken en welke kosten ze zouden moeten accepteren om die benodigde zorginhoud te produceren, laat staan een idee van waarom ze dat zouden doen. In hoofdstuk 10 schrijft de Taskforce vervolgens dat 'de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek [...] mogelijk [wordt] door het functioneren van mensen als vertrekpunt te nemen, de intrinsieke motivatie en expertise van professionals te benutten en het onherroepelijke commitment van bestuurders te verzilveren.' De beleidstheorie van De Juiste Zorg Op De Juiste Plek is dat de afspraak tussen stuurders om zich te richten op het op de juiste plek aanbieden van de juiste zorg leidt tot het verlaten van een oriëntatie van diezelfde stuurders op de eigen doelstellingen en het aanvaarden van een oriëntatie op de gezamenlijke doelstelling.

Een belangrijke onderzoeksvraag hier is of dat inderdaad voor de hand ligt: de wethouder en de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld, moeten het nog steeds eens worden over de vraag of de juiste zorg op de juiste plek maatschappelijke zorg is en daarom betaald moet worden uit de WMO of dat die medisch is en het daarom om verzekeringsgeld uit de ZVW gaat. Daarbovenop loopt dan nog de kwestie dat maatschappelijke, door de gemeente betaalde zorg inderdaad ten goede komt aan de sociale structuur van een stad, maar idealiter ook aan afnemende kosten voor medische zorg. De besparing op dat laatste wordt geïncasseerd door de verzekeraar. De verzekeraar kan de gemeente een vergoeding geven, maar zo gauw die vergoeding is gegeven ontstaat een nieuwe keuzecontext waarin dezelfde spanning tussen gezamenlijke en individuele doelstellingen weer opdoemt. Hoe verhouden dus de perspectieven van die verschillende actoren zich tot de gezamenlijke doelstelling van JZODJP?

Onze ex ante-beoordeling van de JZODJP is dat dit traject de kwestie dat belangen van partijen verschillen stevig onderschat. *De belangenasymmetrie is niet laag, maar hoog.* De gezamenlijke doelstelling is niet echt gezamenlijk. Uiteraard vinden alle zorgaanbieders het fijn als hun zorg goed past op de zorg van een ander, maar dat is de kwestie niet. Het heeft wel zin om nog eens te formuleren dat integrale optimale zorg nastrevenswaardig is, maar vervolgens komt de eigenlijke kwestie aan de orde. Die kwestie is, zoals die altijd al was: hoe krijgen we de zorg van die verschillende aanbieders passend? Dan keren alle hierboven besproken problemen van sturing in een zorgsysteem met zowel stevige informatieasymmetrie als stevige belangenverschillen gewoon weer terug.

6.2. Regionalisering

Het lijkt erop dat de Contourennota dit als het ware herkent en een antwoord biedt op dit vraagstuk: alleen maar zeggen dat integrale optimale zorg van belang is, is niet genoeg, je moet het ook regelen. De Contourennota lijkt toe te werken naar het versterken van de positie van de verzekeraar in een regionaal zorgsysteem. De vraag is nu: is dat een goed antwoord? Van belang is dat we ons ook nu blijven realiseren dat we het hier hebben over een zorgsysteem met stevige informatieasymmetrie en stevige belangenverschillen.

In het debat rond regionalisering van het zorgstelsel en versterken van het opdrachtgeverschap zijn een aantal mogelijke oplossingsrichtingen denkbaar. Hier benoemen wij er drie (zie ook §3). Toelaten van een

beperkt aantal zorgaanbieders per regio; aanwijzen van één regionale zorgverzekeraar per regio met volgreleid voor de overige; of zelfs toelaten van een enkele zorgverzekeraar per regio, min of meer zoals in de situatie van het oude ziekenfonds.

1. Het beperken van het zorgaanbod per regio laat nog enige concurrentie tussen aanbieders toe. Daar waar de stuurder (verzekeraar) geen goed zicht heeft op de expertise en informatie van de gestuurde, is concurrentie een middel om althans het risico van beleidsfalen en -succes naar de gestuurde (zorgaanbieders) te verschuiven. Deze verschuiving van het risico wordt beperkt als zorgverzekeraars minder zorgaanbieders toelaten. Daar staat tegenover dat de mogelijkheid om het werk van de zorgaanbieders te coördineren toeneemt. De onderzoeksvraag die opdoemt is: heeft de stuurder afdoende expertise om tot zinvolle coördinatie te komen en afdoende informatie om het handelen van de zorgaanbieders effectief te sturen?

Onze ex ante-beoordeling van deze variant van de regionaliseringsbeweging is dat dit volstrekt niet het geval is. *Deze variant vooronderstelt ten onrechte dat de informatieasymmetrie laag is.* Verzekeraars hebben niet genoeg eigen informatie om tot zinvolle coördinatie te komen en ook niet om de beperking van zorgaanbod op een zinnige (in de zin van zinnige zorg) te sturen en te handhaven. De concurrentie tussen aanbieders is een mechanisme dat enige informatie genereert. Het deels weghalen van dit mechanisme kan de informatiepositie van de verzekeraar dan ook verzwakken. Te verwachten is stevige de facto-kartelvorming aan de kant van de toegelaten aanbieders, die ongetwijfeld sterk gehecht zullen zijn aan hun positie als toegelaten partij. De passieve, spontane coördinatie die enigszins voortvloeit uit het marktmechanisme wordt geruild tegen actieve, sturende coördinatie door de verzekeraar, een vorm van hiërarchisering. Het marktmechanisme maakt de overbrugging van belangenverschillen enigszins mogelijk, zij het dat dit wordt beperkt door informatieasymmetrie. Actieve, sturende coördinatie vereist dat de sturende actor een sturingskracht ontwikkelt die én de informatie van het gestuurde systeem omvat én daarbij zo sterk is dat belangenverschillen kunnen worden weggeduwd. Het is zeer de vraag of dit lukt.

2. Beleid op basis van volgreleid behoudt de concurrentie tussen zorgverzekeraars, maar die kunnen alleen de concurrentieslag winnen door in hun regio scherp in te kopen. De leidende verzekeraar heeft de handen redelijk vrij om coördinatie tussen zorgaanbieders van de grond te krijgen, maar de mogelijkheden van de volgende verzekeraars om hun positie te versterken beperken zich tot de prijs van de inkoop. Men moet verwachten dat zorgaanbieders op deze situatie zullen anticiperen: wat moeten we verwachten dat aanbieders eigenlijk gaan doen in zo'n situatie? Wordt het volgreleid aan de kant van de sturende partij (verzekeraar) waargemaakt aan de kant van de gestuurde partij (zorgaanbieder)? Of andersom, stelt de volgreverzekeraar de zorgaanbieder afdoende in staat om gecoördineerde zorg te bieden?

Onze ex ante-beoordeling van deze variant is dat het probleem van informatieasymmetrie en belangenasymmetrie nu sterk op het bord terecht komt van de leidende verzekeraar. *Deze variant vooronderstelt ten onrechte dat een leidende verzekeraar los van de problemen van belangenasymmetrie de standaard voor optimale integrale zorg kan stellen in een regio.* Inkooprijzen, bijvoorbeeld, komen tot stand in de onderhandelingen tussen verschillende verzekeraars met verschillende aanbieders. Als er een enkele, of leidende, of alleen maar duidelijk grootste verzekeraar in een regio is, dan moet (1, belangenasymmetrie) de zorgaanbieder zorgen dat die zijn omzet garandeert via de afspraken met deze verzekeraar, de andere verzekeraars zijn van minder groot belang en daarbij (2, informatieasymmetrie) kan de aanbieder

profiteren van het feit dat er geen onderhandeling meer is met de andere verzekeraars, zodat de prijsvorming nu eerder het gevolg is van de overtuigingskracht die de aanbieder weet te ontwikkelen en in die onderhandeling staat de verzekeraar op achterstand, omdat die vanaf de afstand in deze inkooprelatie minder zicht heeft op de kosten van de geleverde zorg dan de aanbieder van die zorg.

3. Eén enkele zorgverzekeraar per regio impliceert dat verzekerden geen keuzevrijheid hebben in de polissen, althans dat het inkoop- en polisbeleid van de verzekeraar die keuzevrijheid in feite inperkt. Als de verzekeraar aan de andere kant de ruimte neemt om de eigen bedrijfsvoering te bewaken, ontstaat een erg scheve verhouding tussen verzekeraar en verzekerde. De verzekeraar is in zo'n geval de nauwelijks stuurbare gestuurde ('agent') van de groep verzekerden die in zo'n systeem optreden als de collectieve stuurder ('principaal'). Op het eerste gezicht draagt dit dus bij aan een enorme versterking van de positie van de verzekeraar in het stelsel. Dit roept daarom meteen de onderzoeksvraag op hoe andere stuurders in het stelsel hierop zullen reageren? Wellicht roept dit een stevige regulering en bijbehorend toezicht op. Dat kunnen we opvatten als het meer hiërarchisch worden van het stelsel en in de meest radicale vorm daarvan leidt dat tot nationalisering van de zorgverzekering. Daarnaast is het nog steeds zo, dat in de relatie tussen de verzekeraar als stuurder (nu dus 'principaal') en de zorgaanbieder als gestuurde ('agent'), de laatste een voorsprong heeft in expertise (hoe moeten we de zorg inrichten?) en informatie (doen we dat ook echt?). Met andere woorden: het versterken van de formele positie van de verzekeraar alleen is niet voldoende om ook de sturingscapaciteit te vergroten. De regionale verzekeraar stelt zorgaanbieders in het ZVW-domein in staat om te komen tot coördinatie van zorg binnen het ZVW-domein, maar als de verzekeraar niet goed kan waarnemen wat zorgaanbieders precies doen (wat vanwege informatieasymmetrie inderdaad niet goed kan), is niet goed vast te stellen of zorgaanbieders de ruimte voor de coördinatie van zorg gebruiken zoals de verzekeraar bedoelde.

Onze ex ante-beoordeling van deze variant is dat hier het aanvankelijke probleem gewoon terugkeert. *Hiërarchisering is geen antwoord op de gecombineerde problematiek van belangen- en informatie-asymmetrie.* Die enkele zorgverzekeraar werkt als een eenduidige kop op het zorgsysteem, maar de afstemmingsproblematiek binnen dat zorgsysteem blijft dezelfde. De verzekeraar moet een enorme hoeveelheid informatie genereren om te formuleren hoe integrale optimale zorg eruitziet (informatieasymmetrie, beleidsniveau) en een enorme handavingscapaciteit om de zorgaanbieders ertoe aan te zetten dienovereenkomstig te werken (belangenverschil), wat ook hier een stevige informatiepositie vereist (informatieasymmetrie, uitvoeringsniveau).

In al deze varianten is ook de positie van andere stuurders, bijvoorbeeld de gemeenten, van belang. Domeinoverstijgende afstemming, tussen ZVW en WMO, is vooral van belang voor preventie en de inzet op een gezonde leefstijl. De verzekeraar heeft een duidelijk belang dat gemeenten inzetten op gezond gedrag, maar gemeenten hebben weliswaar de verplichting in de WMO om hieraan bij te dragen, maar voelen maar een beperkte prikkel. De WMO financiert maatschappelijk zorg, niet een bepaald resultaat. Dit is anders dan in de Participatiewet: die legt het risico van uitkeringslasten voor de bijstand bij de gemeente en financiert dus een resultaat: effectief uitstroombesleid. De prikkel die de gemeente voelt is een prikkel op beperking van zorginspanningen. Let wel: hiermee hebben we niet willen zeggen dat gemeenten liever niks doen, maar dat hun handelen eerder door politieke of maatschappelijke overtuigingen dan door de economische prikkel wordt gestuurd. Onze indruk is dat juist die overtuigingen vrij zwak zijn ontwikkeld, gemeenten geven vrij beperkt invulling aan de beleidsruimte die ze hebben.

7. Meningsvorming

Wat gaan de verschillende partijen doen in de verschillende modellen? We zien afstemming als een relatie tussen partijen. De informatieasymmetrie en belangenasymmetrie tussen die partijen beschouwen we als een gegeven. Grijpt het voorgestelde sturingsmiddel op de bedoelde manier in op de informatie en belangen van die partijen? We hebben in mei en juni 2020 een rondje gemaakt langs de vertegenwoordigers van de met het Talma Instituut samenwerkende verzekeraars om te vragen of zij (op basis van onze eerste analyse, maar ook op basis van hun eigen inzicht in het functioneren van het stelsel) zorgpunten konden formuleren rond het thema regionalisering. We geven kort een aantal door verzekeraars genoemde zorgpunten. We willen dit niet aan specifieke verzekeraars relateren en geven daarom een globaal overzicht. Daarnaast noemen we onze vragen als uitgangspunt voor verdere meningsvorming. Bij beide maken we een onderscheid tussen de 'bovenkant' en de 'onderkant' van het zorgsysteem: wat zijn zorgpunten en vragen als het gaat om de relatie tussen een verzekeraar en andere verzekeraars, andere zorgfinanciers zoals de gemeente en het ministerie en de NZa? Wat zijn zorgpunten en vragen als het gaat om de relatie tussen een verzekeraar en zorgaanbieders en verzekerden.

In de workshop van 10 juli 2020 bespreken we de impact van de drie genoemde varianten van regionalisering aan de 'bovenkant': andere verzekeraars en het ministerie en de NZa; en de impact van de drie genoemde varianten van regionalisering aan de 'onderkant': de verzekerden en verschillende zorgaanbieders.

In §3 hebben we drie varianten van regionalisering onderscheiden:

1. beperken van het zorgaanbod in een regio. Dat betekent dat verzekeraars strenger zullen kunnen zijn in hun contractering of met andere woorden dat de voorwaarden voor het aanbieden van niet-gecontracteerde zorg ongunstiger zullen worden voor aanbieders;
2. de invoering van verplicht volgbeleid. Dat betekent dat een leidende verzekeraar (dat hoeft niet per se de grootste te zijn) inhoudelijke afspraken maakt met zorgaanbieders en dat de andere verzekeraars die afspraken moeten volgen. Dit kan gecombineerd worden met 1.
3. het invoeren van een enkele verzekeraar voor een gehele regio, wat impliceert dat de keuze van verzekerden voor een verzekeraar zal worden beperkt. Dit lijkt minder voor de hand te liggen voor de gehele markt van verzekerden. Ook hier kunnen we ons een sub-variant voorstellen, met volgbeleid in de polisvoorwaarden.

Bovenkant: wat betekent dit voor de positie van de leidende verzekeraar ten opzichte van andere verzekeraars, andere zorgfinanciers zoals de gemeente en ten opzichte van het ministerie en de NZa?

- Verzekeraar ten opzichte andere verzekeraars:

Het maakt in variant 2 en 3 (volgbeleid; enkele verzekeraar) nogal uit wie de leidende verzekeraar is. Zet die in op innovatie en preventie en lekten de opbrengsten daarvan weg naar andere verzekeraars? Wat gaan de andere verzekeraars doen als volgbeleid is ingevoerd? In variant 1 (beperkte toelating aanbieders) moeten verzekeraars een duidelijk beeld hebben van de aanbieders die ze al dan niet, of beperkt, toelaten. Is er op dit punt een concurrentievoordeel of -nadeel te verwachten in relatie tot het toelatingsbeleid? Het

toelatingsbeleid kan wellicht een specialisatiestrategie ondersteunen? Hoe verhoudt zich dat tot de verevening?

De inkoop-in-concurrentie is ook een middel om de zorgaanbieder onder druk te houden. Een enkele inkoper heeft een afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van de aanbieder. Dat geldt primair bij grote aanbieders, zoals een ziekenhuis, niet bij aanbieders die onderling lokaal/regionaal concurreren.

- Verzekeraar ten opzichte van NZa en ministerie:

Het lijkt moeilijk voorstelbaar dat in variant 2 en (volgbeleid; enkele verzekeraar) NZa en ministerie een even terughoudende positie zullen innemen ten opzichte van een enkele leidende verzekeraar als ten opzichte van het gehele veld van verzekeraars. Dat zal op twee niveaus kunnen gelden: de leidende verzekeraar staat alleen tegenover de bestuurlijke actoren; en de interventie vanuit de hoek van de NZa zal meer de keuzes van een enkele verzekeraar betreffen dan het functioneren van het stelsel van concurrerende verzekeraars. Wellicht wordt, kortom, de interventie directer op zowel inhoud als organisatie.

Hoe verandert de relatie met ministerie en NZa bijvoorbeeld in verband met standaarden. Sectoren met stevige standaarden (zoals de ambulancezorg) zijn relatief goed stuurbaar. Daartegenover staat minder stevig gedefinieerde zorg. Is regionalisering met een versterkte positie voor een leidende verzekeraar een alternatief voor het zetten van standaarden door de overheid? Zijn verzekeraars toegerust om dat te doen?

Ditzelfde probleem geldt voor afstemming met gemeenten en de administratieve lasten die zorgaanbieders ondervinden en voor digitale gegevensuitwisseling. Het rekeningenverkeer gaat soepel, maar de uitwisseling van medische gegevens gaat erg moeizaam. Zijn verzekeraars in een geregionaliseerd stelsel toegerust om deze problemen aan te pakken?

- Verzekeraar ten opzichte van andere zorgfinanciers:

Hier zullen we bewegingen van medicalisering en de-medicalisering zien, breed op te vatten als verschuivingen tussen WLZ, ZVW, WMO en niet-gefinancierde zorg. De grootste verzekeraar betaalt de hoofdprijs in een regio (vanwege zijn maatschappelijke rol, mede in relatie tot gemeenten). Hierbij is er een continue spanning tussen het perspectief van de 'inwoner' en die van de 'verzekerde.' Dit enerzijds gaat om de beleidsdoelstelling: doen we iets met inwoners, bijvoorbeeld het versterken van de publieke ruimte? Of doen we iets met verzekerden, bijvoorbeeld het versterken van de zorg aan een specifieke subgroep met een bepaalde zorgvraag? En anderzijds om de samenstelling van de populatie die wordt omsloten: de inwoners van een gemeente vallen maar zeer deels samen met de verzekerden van een verzekeraar. Regionalisering probeert dat bij elkaar te brengen, maar het leidt tot risico's. Een belangrijke vraag is waar we preventie onderbrengen en wat daarbij de rol van de GGD is? Moet die worden versterkt?

Belangrijk om te beseffen is dat het geen eendimensionaal probleem is. Er zijn vele regio's en vele typen zorg te onderscheiden. In sommige regio's wordt al succesvol regionaal samengewerkt of is een verzekeraar leidend bij bepaalde zorgtypen. Afhankelijk van het type dienstverlening is meer of minder concurrentie zinvol. Bij sterk gestandaardiseerde zorg kan het makkelijk; bij complexere zorg minder.

Is het Regionaal Overleg Acute Zorg zinvol? Het is afstemming op het niveau van de regio tussen verzekeraars onderling en met zorgaanbieders en andere financiers, maar het beïnvloedt de positie van verzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders. Plaatsen van acute zorg in geselecteerde ziekenhuizen kan er bijvoorbeeld toe leiden dat dit ziekenhuis minder mogelijkheden heeft om vervolgzorg te beperken en daarom budgetplafons zal overschrijden, maar daarbij tegelijkertijd een moeilijk af te wijzen claim jegens de verzekeraar kan formuleren om dit te vergoeden. Is het afscheiden van de acute zorg uit het geheel van het zorgsysteem een goed idee? Op welke manier beïnvloedt het de verdere afstemming tussen verzekeraars en de verlener van de acute zorg?

Onderkant: wat betekent dit voor de positie van de leidende verzekeraar en de andere verzekeraars ten opzichte van verschillende zorgaanbieders en ten opzichte van de verzekerde?

- Verzekeraar ten opzichte van verzekerde:

Beperking van het zorgaanbod (variant 1) zal ongetwijfeld stuiten op afwijzing door verzekerden, maar in de naturapolis is daarmee al best ervaring; volgbeleid (variant 2) kan leiden tot verschuiving van verzekerden naar de niet-leidende verzekeraar, want die volgt en concurreert vervolgens op inkoop en kan dat door-vertalen naar premie. Bijt daarmee een volgbeleid in zijn eigen staart? In variant 3 (enkele verzekeraar) kunnen verzekerden niet opschuiven, maar het ligt niet voor de hand te verwachten dat dit voor het geheel van het zorgstelsel zal kunnen gelden. Is onderscheid tussen groepen verzekerden te verwachten (ziekenfonds versus privaat) of tussen segmenten van de verzekering (basis versus aanvullend)? En wat zijn te verwachten effecten?

- Verzekeraar ten opzichte van verschillende zorgaanbieders:

Bij variant 2 (volgbeleid) gaat het om de interactie tussen de invoering van volgbeleid tussen verzekeraars enerzijds en de relatie tussen verzekeraar en aanbieder anderzijds. Onderhandelt de zorgaanbieder extra stevig met de leidende verzekeraar? Krijgen we zicht op de kosten van innovatie, integrale optimale zorg en preventie? Bij variant 3 (enkele verzekeraar) zou dit verschil verdwijnen, maar hoe verhoudt zich dat tot kwesties van schaal? Is hooggespecialiseerde zorg op regionaal niveau onder te brengen? Variant 1 (beperking zorgaanbod) zal leiden tot enorme hoeveelheden onverwacht en onbedoeld gedrag van aanbieders om aan de voorwaarden voor contractering te voldoen of juist om bij slechtere voorwaarden toch om de contractering heen te werken.

Een grote zorgaanbieder wil een belangrijk deel van zijn budget dekken in onderhandeling met de grootste verzekeraar); maar in een regio waarin geen enkele verzekeraar de grootste is, kan je geen potje breken (nader onderzoek naar de verschillen tussen bijvoorbeeld Den Haag (geen enkele verzekeraar is duidelijk groter dan een andere) en Amsterdam (ZK), delen van Brabant (VGZ, CZ), delen van Overijssel (Menzis), etc. zou interessant kunnen zijn.)

Digitalisering in de uitvoering van zorg kan een belangrijke bijdrage aan de beheersbaarheid van zorg bieden. Is het idee van een regionaal leidende verzekeraar met volgbeleid voor de andere verzekeraars hiervoor zinvol? Afstemming over de financiering van de ontwikkeling van digitale zorg lijkt zinvol omdat

investeringen van zorgaanbieders ten goede komen aan alle verzekerden, maar de tussen-verzekeraar-problematiek speelt hier nadrukkelijk.

Er is daarnaast het probleem van verschillende benodigde schaalniveaus voor verschillende typen zorg en zorgaanbieder. Simpele zorg concurreert lokaal, complexe zorg concurreert nationaal. Tegelijkertijd bestaan er verschillende regio-begrippen naast elkaar. Dat is zinvol vanwege die verschillende typen zorg, maar het staat sterk in de weg aan het regionaal integreren van het zorgaanbod en de financiering ervan.

8. Verslag interviewronde mei-juni 2020 en kennissessie 10 juli 2020

In de eerste helft van 2020 hebben we in het Talma Instituut gewerkt aan een notitie [\[kan hier een link naar de notitie in de nieuwsbrief?\]](#) over de voors en tegens van mogelijke regionalisering van het zorgstelsel. Na het schrijven van de notitie hebben we een interviewronde gehouden onder zorgverzekeraars in mei en juni 2020 en op 10 juli 2020 hebben we een kennissessie georganiseerd om meningen en inzichten rond het thema regionalisering uit te wisselen. Van die interviewronde en de kennissessie doen we hieronder verslag. We schetsen een beeld van de reikwijdte van de naar voren gebrachte visies.

In de kennissessie hebben we eerst twee presentaties gehouden, een door René Groot Koerkamp van Menzis en een door Duco Bannink van Talma. Daarna zijn de deelnemers aan de kennissessie uiteengegaan om de voors en tegens van regionale afstemming te bespreken aan de hand van de vragen die we in de notitie (zie §7) hebben besproken. De kennissessie was een online-bijeenkomst.

We hebben het onderwerp regionalisering gekozen omdat we anticipeerden op de discussie rond de door het Ministerie van VWS aangekondigde Contourennota. In die Contourennota, die nog niet is verschenen, zou vooral de samenhang tussen de verschillende onderdelen van het zorgstelsel van belang zijn en we verwachtten dat de Contourennota een pleidooi voor regionale organisatie van die samenhang zou gaan bevatten. Het gaat om de samenhang tussen verzekerde (ZVW), langdurige (WLZ) en maatschappelijke zorg (WMO), maar ook om de samenhang van verschillende zorgtypen binnen die domeinen.

Regionalisering komt in het maatschappelijke debat regelmatig naar voren als een weg om de samenhang tussen en binnen de onderdelen van het zorgstelsel te vergroten. Maar hoe ziet die regionalisering er dan uit? En is die echt als wenselijk te beschouwen? Lost het de afstemmingsproblemen op zonder nieuwe problemen te creëren?

Het antwoord daarop was terughoudend. Dat geldt zowel voor de eigen Talma-analyse als voor de interviewronde en kennissessie met de bij Talma aangesloten verzekeraars.

In de eerste plaats is het belangrijk om te beseffen dat het zorgstelsel een stelsel is van verschillende verzekeraars, verschillende aanbieders van medische zorg, verschillende andere financiers en aanbieders van aanvullende zorg. Tussen de stelselwetten, maar ook binnen de ZVW, zien we verschillen van opvatting en positie tussen de zorgverzekeraars onderling, tussen zorgverzekeraars en aanbieders en tussen aanbieders onderling. In het stelsel stemmen verschillende organisaties, vanuit hun eigen opvattingen en positie, hun handelen op elkaar af. Één enkel, geregionaliseerd systeem van afstemming ligt niet voor de hand.

Samenhang in het handelen kan op verschillende manieren worden bereikt, namelijk via concurrentie, via directe aansturing of via horizontale afstemming tussen organisaties. Al die 'mechanismen' van afstemming (concurrentie, sturing, horizontale afstemming) kunnen al dan niet op regionaal niveau worden ingezet. Daarover ging de discussie dan ook: waar hebben we het eigenlijk over? Welke taken willen we op welke manier afstemmen en is het regionale niveau daarvoor het geëigende niveau?

Regionalisering is niet een doelstelling op zichzelf. Het gaat erom de zorg beter rondom de cliënt te organiseren. Wat is de juiste schaal waarop zorg moet worden georganiseerd? Hoe verhoudt zich regionale organisatie tot keuzevrijheid? Regionalisering, althans betere afstemming tussen organisaties van financiers en aanbieders op regionaal niveau lijkt vooral nodig op de snijvlakken van de zorgwetten. En dan nog is de vraag waar je bij regionalisering kiest voor gezamenlijke representatie, waar voor volgeleid en waar voor individuele inkoop in concurrentie. Wanneer vraagt de juiste zorg op de juiste plek primair om een regionale aanpak of een landelijke aanpak en wanneer vraagt de situatie primair om centrale regie zoals door representatie of volgen en wanneer ben je andersom juist gebaat bij verschillende oplossingen die in concurrentie bestaan en waartussen kan worden gekozen?

De wens om in de regio de zorg van diverse partijen beter te organiseren rondom de cliënt leidt tot discussies over de vraag of en hoe hier via de inrichting van het zorgstelsel op te sturen. Wat kan de bestuurskundige theorie ons hierover leren? Welke lessen zijn er uit de internationale vergelijking van stelsels te trekken over regionalisering? En wat kwam er uit de praktijk van inkopers bij verzekeraars naar voren in de themabijeenkomst over regionalisering? Wat betekent dit als we kijken naar de casus over de acute zorg?

In de kennissessie kwam naar voren dat er al veel regionalisering is. Voor verzekeraars die niet bij de een à twee grootste in een regio horen is dat vaak minder aantrekkelijk. Althans, die verzekeraars kunnen geen beleid formuleren, maar wel makkelijk volgen. De voor- en nadelen daarvan worden door verschillende verzekeraars verschillend gewogen. Daartegenover staat dat juist de positie van grootste verzekeraar in een regio ook onaantrekkelijk kan zijn, omdat het voor zorgaanbieders juist bij de grootste verzekeraar van belang is dat het inkoopproces voor hen goede resultaten oplevert. Enkele verzekeraars beargumenteren dat het zinvol kan zijn dat er twee vrij grote verzekeraars in een regio zijn. Zo is het relatief makkelijk om regionaal tot afstemming te komen, maar blijven bovendien de voordelen van onderlinge concurrentie behouden.

Een ervaring die genoemd werd is dat met het stijgen van het schaalniveau, het tempo van de afstemming daalt. Een lager schaalniveau kan het tempo versnellen, maar is desalniettemin niet altijd het beste omdat dan juist de fragmentatie tussen de eenheden toeneemt. Wat is dus de ideale regio? De ROAZ-regio? De gemeente? Het zorgkantoor? Of, meer inhoudelijk, het attentiegebied van een ziekenhuis? Of verschillend per zorgtype?

Los van de discussie over de schaal waarop de regio precies georganiseerd zou kunnen zijn, verschilt ook de inschatting in hoeverre een beweging naar regionale afstemming daadwerkelijk wordt gemaakt. Sommige deelnemers ervaren het zo dat de afstemming organisch de kant van enige regionalisering op beweegt: er is al een transitie, verzekeraars nemen het voortouw in de regio. Andere stellen juist dat de beweging stagneert en zij pleiten voor meer drang op het volgeleid.

Ook het vraagstuk wat er nodig is om tot regionale organisatie te kunnen komen werd besproken. Als verzekeraars in de regio samen optrekken, is er onderlinge mandatering nodig. Maar wie is in de regio in de lead? Aan de aanbiederskant zijn ook beslissingen nodig: is het mogelijk om een aanbieder te contracteren? Hoe verhoudt zich dat tot de vrije artskeuze? En is die onbegrensd? Hoe verhoudt zich dat tot de problematiek van ondoelmatige wijkverpleging? En hoe moet de inkoop eruitzien om toch te prikkelen tot doelmatige zorg: een aanneemsom kan leiden tot wachtlijsten, maar we willen ook voorkomen dat er een prikkel op productie wordt gecreëerd.

Ook van belang is de vraag of regionale afstemming de eigen belangen van de verschillende organisaties doorbreekt. Zo is bijvoorbeeld voor gemeente primair van belang te investeren in de zorg voor jeugd en dan bij voorkeur zo dat hoge zorgkosten worden vermeden; voor zorgverzekeraars is juist van belang de investering in de zorg voor ouderen en dan bij voorkeur zo dat hoge zorgkosten worden vermeden. Daar waar, concreet, een gemeente zal willen bijdragen aan de kosten van een POH-Jeugd, zal voor de verzekeraar een POH-Ouderen relevanter zijn.

Hieronder kijken we wat beter naar twee onderwerpen, namelijk volgbeleid en het schaalniveau.

Van belang om te zeggen is dat de impact van het verzekeringsstelsel zich primair bevindt in de relatie tussen verzekeraars en aanbieders, dus aan de inkoopkant, en maar in beperkte mate aan de kant van de verzekerden. In het stelsel van WMO/WLZ, basisverzekering en aanvullende verzekering, worden maatschappelijke en langdurige zorg publiek uitgevoerd, kun je de verzekeraar vooral als een beleidsuitvoerder zien bij de basisverzekering en is de aanvullende verzekering vooral te zien als een spaarproduct en enigszins als een marketinginstrument. Met andere woorden, aan de kant van de zorginkoop moet het gebeuren.

8.1. De voors en tegens van regionaal volgbeleid

Een weg naar regionalisering is dat een verzekeraar een leidende positie in een regio krijgt, waarbij de andere verzekeraars volgbeleid voeren. Dit beperkt de 'bestuurlijke drukte' en het vergemakkelijkt de afstemming tussen de verzekerde zorg en de maatschappelijke zorg en de afstemming met zorgaanbieders. Zo is de leidende verzekeraar in staat om een echt inhoudelijk beleid te voeren in de regio dat bijvoorbeeld inzet op de juiste zorg op de juiste plaats, zinnige zorg en gepast gebruik.

Daar staan drie argumenten tegenover:

Een leidende positie voor een enkele verzekeraar leidt nog niet vanzelf tot meer eenduidigheid in het beleid van de gemeenten in de maatschappelijke zorg. Een deel van de afstemming blijft daardoor gefragmenteerd.

Een leidende positie voor een enkele verzekeraar maakt dat die ene verzekeraar de 'kastanjes uit het vuur' moet halen. Voor zorgaanbieders is het belangrijk om hun omzet en marges bij die verzekeraar binnen te halen. De volg-verzekeraars kunnen daarna vrij gemakkelijk volgen. Dit mechanisme ondergraaft de machtspositie van de leidende verzekeraar in een regio en het ondergraaft zo ook meer in het algemeen de systematiek van regionalisering via de inzet op een leidende verzekeraar.

Het derde argument is dat ook de leidende verzekeraar last heeft van een erg ongelijke kennis en expertise ten opzichte van zorgaanbieders. Wat betekent eigenlijk 'de juiste zorg op de juiste plaats,' de beweging van tweede, naar eerste naar nulde lijn, integrale of transmurale zorg, of zinnige zorg en gepast in de zorgpraktijk? De verzekeraar kan niet op de stoel van de aanbieder gaan zitten. Niet alleen omdat het niet goed zou zijn, ook omdat het niet kan. De sturingsproblemen die het gevolg zijn van het feit dat de achterstand in kennis en expertise van de verzekeraar ten opzichte van de aanbieder fundamenteel is, zijn niet verdwenen als een enkele verzekeraar optreedt als de leidende financier van zorg in een regio.

Welbeschouwd hebben we het hier over een dilemma: een regionaal leidende verzekeraar is nodig om regionaal zorgbeleid te kunnen voeren, maar een regionaal leidende verzekeraar ondervindt extra moeilijkheden om dit beleid inderdaad te formuleren en van de grond te krijgen. In het huidige stelsel zien we dit fenomeen inderdaad bestaan. Regionaal zorgbeleid is lastig in een regio als Den Haag, waar geen enkele verzekeraar de grootste is. Maar daar waar verzekeraars groot zijn en wel een regionale agenda willen voeren, hebben ze te maken met zorgaanbieders die juist bij die leidende verzekeraar hun belangen en zorgvisie gewaarborgd willen zien.

8.2. Niet alle zorg kan het best op regionaal niveau

Verschillende typen zorg vereisen verschillende niveaus van organisatie. Wijkverpleging moet georganiseerd worden op wijkniveau, de naam zegt het al. Hetzelfde geldt voor ouderenzorg. De patiëntvraag komt op dat niveau tot uiting en de samenhang met andere typen zorg, bijvoorbeeld maatschappelijke zorg en sociale ondersteuning, maar ook verzekerde zorg als bijvoorbeeld fysiotherapie, laten zich het best op wijkniveau afstemmen. Ambulance-zorg daarentegen is juist weer bij uitstek regionaal georganiseerde zorg. Het gaat erom dat patiënten uit het verzorgingsgebied van een ziekenhuis inderdaad bij dat ziekenhuis terecht kunnen als er zich acute problemen voordoen. Ingewikkelde, hoog-specialistische zorg laat zich op zijn beurt beter nationaal organiseren, denk aan sommige vormen van oncologie. Of soms zelfs bovennationaal, denk aan de ontwikkeling van medicijnen.

Het is daarom niet zo dat regionaliseren van het zorgstelsel zal leiden tot een in het algemeen betere afstemming van zorg. Dat ligt erg aan het type zorg waarover we het hebben. Wèl is het zo dat het schaalniveau erg van belang is voor de afstemming van zorg. We hebben in Nederland een min of meer nationaal georganiseerd systeem van zorgverzekeraars, waarvan sommige een eigen regionale binding hebben. We hebben een lokaal systeem van maatschappelijke zorg. We hebben een regionaal systeem van ziekenhuizen. En een nationaal systeem van specialistische zorg.

Verzekeraars stellen in hun selectieve contractering eisen aan de hoeveelheid en kwaliteit van de behandeling die ziekenhuizen op bepaalde aandoeningen doen en ook de NZa stelt dergelijke eisen. Ziekenhuizen reageren daarop door hun behandelstrategie op elkaar af te stemmen en aandoeningen te ruilen. Dit leidt tot het verhogen van het afstemmingsniveau naar het nationale niveau. Interessant is dat de aanpassingen in afstemmingsniveau aan de financieringskant worden beantwoord met aanpassingen in de afstemming bij aanbieders. Dit zien we ook in de GGZ, waar aanbieders erg groot zijn geworden. Dit leidt tot een dilemma zoals bij het vorige onderwerp: de bestuurlijke drukte wordt kleiner, maar de machtspositie van de financier ten opzichte van de aanbieder wordt meer precair.

Een ander probleem is belangenconflict tussen aanbieders. Zo staan in de geboortezorg de VSV's en IGO's tegenover elkaar. Organiseren als IGO versterkt het perspectief van het ziekenhuis; organiseren in VSV's sluit eerder aan bij het perspectief van de verloskonde.

De lastigheid dat de afstemming van verschillende typen zorg op verschillende niveaus op elkaar inwerkt wordt breed herkend. In de kennissessie werd ook geconstateerd dat het ministerie en andere organisaties, waaronder adviesbureaus die meedenken, deze problematiek duidelijk erkennen.

8.3. Hoe nu verder?

Hoe nu verder? We stellen een keuzemodel ("Febo-model") voor waarin we verschillende onderwerpen nader kunnen uitwerken. Vanuit het Talma Instituut geven we de wetenschappelijke analyse: wat zijn voor- en nadelen van verschillende bestuurlijke en organisatiemodellen? Hoe moeten we de modellen duiden? We hopen daarmee de in Talma deelnemende verzekeraars te ondersteunen bij hun eigen meningsvorming. Uitwisseling van ideeën en opvattingen binnen Talma vinden we erg interessant, omdat het ook de blik van de Talma-onderzoekers op de voor- en nadelen van verschillende afstemmingsmodellen voedt vanuit de praktijk, maar Talma is niet de plek waarin de visie van verzekeraars wordt geformuleerd.

De volgende onderwerpen lijken ons voor de nabije toekomst van groot belang:

- volgbeleid, hoe richt je dat in en wat zijn de effecten voor bv. vrije artskeuze, concurrentie tussen verzekeraars, concurrentie tussen aanbieders, etc.?
- overleg met gemeenten, over de samenhang tussen Jeugd, WMO ZVW
- overleg met aanbieders, bv. gefragmenteerde aanbieders als wijkverpleging, huisartsen, tegenover grotere zorgaanbieders als ziekenhuizen
- contourennota algemeen, hoe moeten we de ideeën die in de contourennota naar voren komen duiden en hoe kunnen we ze waarderen?

De Contourennota is uitgesteld tot minimaal het najaar van 2020, mede onder druk van de corona-crisis. Ook die crisis zelf heeft het belang van afstemming in de zorg sterk onderstreept. Afstemming op nationaal niveau was nodig voor onder meer de toedeling van IC-capaciteit. Ook de bekostiging van zorg vereiste nationale afstemming. Wij denken bij het Talma Instituut dat de corona-crisis niet zo zeer een nieuwe situatie is, maar dat het vooral het functioneren van het bestaande zorgstelsel zichtbaar maakt. Dat is: een voortdurende gerichtheid op efficiëntie en kwaliteit door de druk van concurrentie in de inkooprelatie; tegenover problemen om de verschillende onderdelen van het zorgstelsel goed op elkaar af te stemmen. Het is overigens zo dat die afstemmingsproblemen niet zozeer het gevolg zijn van de inrichting van het stelsel, maar eerder van het nu eenmaal naast elkaar bestaan van verschillende typen zorg. Het Talma Instituut houdt in de gaten wanneer de Contourennota uitkomt en neemt zich om een analyse van de nota te maken en zo de discussie over de Contourennota aan te scherpen.

Onderzoekers Talma Instituut

Dit project wordt uitgevoerd door Duco Bannink (sturing en samenwerking in de zorg). Hij consulteert de andere Talma themaleiders Sierk Ybema (innovatie), Eric van der Hijden (gepaste zorg) en Xander Koolman (contractering), van het Talma Instituut aan de Vrije Universiteit in Amsterdam en Margaretha Buurman (directeur Zorgprogramma Talma Instituut) en de Talma-onderzoekers. Duco Bannink is een zeer ervaren onderzoeker en adviseur in het zorg- en sociale domein. Hij verzorgt, soms samen met de andere themaleiders, postacademisch onderwijs, onderzoek en advies rond de bestuurlijke samenwerking in het zorg- en sociale domein. Bannink publiceerde in 2018 het boek “Het Probleem Samenwerking” en in 2019 het boek “Besturen Zonder Wij,” beide over de problematiek van de governance of sturing in netwerken van actoren die tot samenwerking moeten komen.