

## DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

# Contouren van een nieuw gezondheidsstelsel

## De concurrentie is voorbij

Jochen O. Mierau

### Samenvatting

Oplopende wachtlijsten en een structureel personeelstekort zetten de zorg onder druk. Doordat de zorgproductie kleiner is dan de zorgvraag is er geen sprake meer van concurrentie. De concurrentie is voorbij en de zoektocht naar een nieuw gezondheidsstelsel is begonnen. Het nieuwe stelsel neemt gezondheid in plaats van zorg als uitgangspunt door naast de zorgplicht ook gezondheidsdoelen wettelijk te verankeren. Verder is het stelsel gebaseerd op gezondheidsregio's, maar die hebben geen regionale zorgautoriteit nodig. Het stelsel gaat uit van gezondheidsmanifesten waarin afspraken zijn opgenomen over samenwerking in goede en slechte tijden.

**In het Nederlandse zorgstelsel is het zorgaanbod niet langer groter dan de vraag. Concurrentie is verleden tijd en de zoektocht naar een nieuwe basis is begonnen. De balans tussen zorg en gezondheid moet worden hersteld. Regio's krijgen een centralere rol en wettelijk verankerde gezondheidsdoelen staan op de agenda. Hoe komt dit nieuwe stelsel eruit te zien?**

De vergrijzing zet ons zorgstelsel aan de vraag- en aanbodkant onder druk. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) heeft berekend dat op dit moment 1 op de 7 mensen in de zorg werkzaam is. In 2060 zal dit 1 op de 3 mensen zijn. Het Prognosemodel Zorg en Welzijn laat zien dat er nu ongeveer 150 vacatures per 100 werkzoekenden zijn. In 2030 zullen dat naar verwachting 300 vacatures zijn per 100 werkzoekenden. Nu zijn de wachtlijsten in de zorg al erg lang. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoekt voor het deel van de zorg dat onder de zorgverzekeringswet valt of er nog wel aan de zorgplicht voldaan wordt.<sup>1</sup>

In 1999 werd de ouderenzorg geconfronteerd met lange wachtlijsten. Een aantal ouderenorganisaties daagden de staat voor de rechter, omdat die niet aan de zorgplicht zou voldoen.<sup>2</sup> De rechter ging hierin mee. Wel werd opgemerkt dat het niet de staat is die de zorgplicht heeft, maar dat het de zorgverzekeraars zijn die deze plicht hebben. Deze uitspraak was een cruciaal punt in de transitie van het ziekenfondsstelsel naar het zorgverzekeringsstelsel in 2006.

Het zorgstelsel werd voortaan ingericht via zogenoemde 'gereguleerde concurrentie'.<sup>3</sup> Dit betekent dat zorgverzekeraars met elkaar concurreren om klanten en vervolgens namens hun klanten zorg inkopen bij zorgaanbieders. De aanbieders zijn genoodzaakt om een aantrekkelijk aanbod te doen, omdat zorgverzekeraars anders de zorg elders inkopen. De concurrentie is dus niet direct tussen zorgaanbieders om patiënten, maar indirect, en gereguleerd, via zorgverzekeraars. De insteek was hierbij, onder anderen, dat gereguleerde concurrentie een antwoord zou bieden op de oplopende wachtlijsten in de zorg.

Anno 2023 bevinden we ons echter in dezelfde situatie als in 1999. De wachtlijsten zijn dusdanig lang dat de zorgplicht onder druk staat. De situatie is echter op één cruciaal punt anders. Waar het in 1999 nog mogelijk was om meer mensen aan te trekken om de tekorten in te lopen, zijn die mensen er nu niet.

Om gereguleerde concurrentie mogelijk te maken moet de som van de potentiële productiecapaciteit groter zijn dan de vraag. En dat is nu niet het geval. Dat leg ik uit aan de hand van een simpel voorbeeld. Stel dat twee bakkers allebei 50 broden kunnen bakken. Als de vraag naar broden 70 is, moeten de bakkers met elkaar concurreren om hun broden kwijt te kunnen. Bij een vraag van 120 broden kunnen beide bakkers hun volledige productie verkopen zonder met elkaar te hoeven concurreren. In deze laatste situatie bevindt de zorg zich nu. De som van het zorgaanbod is niet meer groter dan de vraag. Gereguleerde concurrentie als antwoord op de oplopende wachtlijsten is daarmee voorbij en de zoektocht naar een nieuwe basis voor het stelsel geopend.

### Het nieuwe stelsel

In de geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel zien we dat het stelsel zich voortdurend aanpast aan veranderende omstandigheden. Dit gaat niet met schokken, maar in incrementele stappen, die in de loop van de tijd leiden tot stelselwijzigingen.<sup>4</sup> In grote lijnen kunnen nu al twee belangrijke contouren van het toekomstige stelsel worden gekenmerkt. Allereerst dat een nieuw

stelsel veel meer vanuit gezondheid dan vanuit ziekte ingericht moet worden. Verder moeten regio's een centralere rol krijgen.

### Wettelijk verankerde gezondheidsdoelen

Een recent Amerikaans onderzoek laat zien dat de zorg maar voor 11% bijdraagt aan gezondheid. De andere 89% wordt bepaald door sociale omstandigheden, de omgeving, individueel gedrag en biologische en genetische factoren.<sup>5</sup> Toch is het overgrote deel van de gezondheidsuitgaven zorggerelateerd.

De disbalans tussen ziekte en gezondheid is een gevolg van het feit dat er weliswaar een zorgplicht is, maar geen gezondheidsplicht. Als iemand ziek is ligt er een wettelijke verplichting om zorg te leveren. Voordat iemand ziek is, is er geen verplichting om te voorzien in een gezonde leefomgeving en om gezondheidsschade te vermijden. Door gezondheidsdoelen in de wet te verankeren kan in het nieuwe stelsel de balans tussen zorg en gezondheid worden hersteld.<sup>6</sup>

Wettelijk verankerde gezondheidsdoelen staan in Nederland sinds twee jaar op de maatschappelijke agenda. Ze zijn ontstaan in de populaire media, worden beschreven in de wetenschappelijke literatuur, en zijn omarmd door de Tweede Kamer. Er is brede steun voor de doelen in de gezondheidssector waar zorgverzekeraars, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving en Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst pleiten voor het opnemen van gezondheidsdoelen in de wet.<sup>7,8</sup>

Concreet betekent het wettelijk vastleggen van gezondheidsdoelen het uitbreiden van Artikel 3.1 van de Wet publieke gezondheid (Wpg) met een derde lid: 'Onze minister legt de doelstellingen voor bevordering van kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg vast in meetbare indicatoren en streefwaarden en legt hierover verantwoording af.' Een voordeel van het wettelijk vastleggen van gezondheidsdoelen is dat ze niet het middel maar het doel vastlegt. Met welk middel het doel bereikt dient te worden is aan politici en beleidsmakers op nationaal, regionaal en lokaal niveau. Dit geeft veel ruimte voor het inrichten van het beleid, afhankelijk van politieke of regionale voorkeuren.

Een gezondheidsdoel gaat bijvoorbeeld over levensverwachting in goede gezondheid op nationaal en regionaal niveau, en de spreiding daarvan tussen sociaal-economische groepen. We zien nu dat het verschil tussen arm en rijk in termen van gezonde levensverwachting pakweg 25(!) jaar is. In het Missiegedreven Innovatiebeleid is – in nasleep van de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen – vastgelegd dat de gezonde levensverwachting voor iedereen 5 jaar moet stijgen. Ook moet het verschil tussen lage en hoge sociaaleconomische klassen met 30% dalen.

In plaats van alleen deze doelstelling te ambiëren zouden deze wettelijk vastgelegd kunnen worden in gezondheidsdoelen. Daardoor is de overheid verplicht om beleid in te zetten als dreigt dat de doelen niet gehaald worden. Vanuit dezelfde gedachte zouden de doelen van het Nationaal Preventieakkoord – die ook in het recent afgesloten Gezond en Actief Leven Akkoord van belang blijven – wettelijk vastgelegd kunnen worden, waardoor meer druk ontstaat om ze te halen. Wettelijk verankerde gezondheidsdoelen dragen daardoor bij aan het gezonder houden van de samenleving, waarmee de druk op de zorg afneemt.

### Indeling in gezondheidsregio's

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) komt het woord 'regio' 474 voor. Al onder het vorige kabinet werden regio's opgeroepen om met regiobeelden – een overzicht van de belangrijkste gegevens over zorgvraag- en aanbod, gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling, sociale en fysieke omgeving in een specifieke regio – te komen die als basis moesten dienen voor regioplannen. Regiobeelden kwamen ook terug in het coalitieakkoord en recent stuurden minister Helder en Kuipers een brief naar de Tweede Kamer met bevindingen uit een tweetal onderzoeken naar deze beelden.<sup>9</sup>

Voor de inrichting van de zorg worden in het IZA afwisselend de GGD-regio's, zorgkantoorregio's en de Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio's als uitgangspunt genoemd. Die regio's overlappen echter niet allemaal. Dit betekent in de praktijk dat bewoners, zorgaanbieders en -financiers met een heel pallet aan regioplannen te maken krijgen. Het lijkt bijna onmogelijk om over de assen van de verschillende regio's heen, tot ambities te komen die niet enkel cosmetisch zijn.

Om regioplannen niet te laten stranden in een afstemmingswoud zou het goed zijn om de broodnodige regioherziening alvast informeel te bevorderen. Hierbij kunnen twee uitgangspunten worden gehanteerd. Ten eerste moeten de regio's als een matroesjka in elkaar kunnen vallen en daarbij mogen alle bewoners verwachten dat ze gedurende hun levensloop in hun hele zorgbehoefte – van sociaal domein tot topreferente zorg – kunnen voorzien in hun gezondheidsregio.

Vanuit de huidige regio-indelingen kunnen buurten de kleinste eenheid zijn. Deze buurten komen samen tot wijken, vervolgens tot gemeenten, tot GGD-regio's, die op hun beurt samen komen tot een landelijk dekkend netwerk van ROAZ-regio's. De stap van wijk naar GGD-regio is al geborgd in het huidige stelsel. Voor sommige delen van het land, bijvoorbeeld Noord-Nederland, valt de ROAZ-regio samen met een optelsom van GGD-regio's. Door ROAZ-regio's door te ontwikkelen naar gezondheidsregio's komt er meer duidelijkheid in de regio-indeling en wordt ook helder op welk niveau er plannen gemaakt moeten worden. Kijkend naar

patiëntenstromen in Nederland ontstaat een soortgelijk beeld van een landelijk dekkend netwerk van 7 regio's waarbinnen de meeste patiëntstromen plaatsvinden.<sup>10</sup>

### Beheren van gezondheidsregio's

Regio-indeling alleen is niet zaligmakend. In een recent essay beschrijft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving vijf balanceeracts die plaatsvinden in regionale samenwerkingen.<sup>11</sup> Een daarvan gaat in op de balans tussen de maatschappelijke behoefte en de institutionele borging, oftewel: de 'governance' van regionale samenwerkingsverbanden die nu vaak in lokale en regionale akkoorden wordt gevat. Deze akkoorden bestaan uit verschillende vormen van meer informele visiedocumenten tot lijvige akkoorden die een gedetailleerde afloop bepalen voor verschillende delen van de zorg.

Om de balans tussen het informele karakter van regionale samenwerkingsverbanden en de behoefte van institutionele legitimiteit te borgen, zou het goed zijn om in de gezondheidsregio's te werken met korte manifesten. Deze manifesten moeten dan op hoofdlijnen de doelstellingen en gedragsregels van betrokken partijen omvatten.

Als toetssteen voor de regionale gezondheidsmanifesten kan gewerkt worden met de zogenoemde ontwerpprincipes van Elinor Ostrom.<sup>12</sup> Deze principes helpen bij het beheren van de 'commons', ook wel 'gezamenlijke hulpbronnen' (denk aan grondwater). In dit kader kan een gezondheidsregio geïnterpreteerd worden als een gezamenlijke hulpbron die tot doel heeft de gezondheid van de inwoners te borgen.

In deze principes gaat het er in de eerste plaats om dat (a) de regio's duidelijk zijn afgebakend; (b) afspraken aansluiten bij regionale omstandigheden; (c) relevante partijen elkaar betrekken bij besluitvorming; en (d) dat regio's een bepaalde mate van legitimiteit hebben om zich te organiseren.

De uitgangspunten van Ostrom worden spannender wanneer zij aangeeft dat het van belang is om de afspraken goed te monitoren. Als afspraken niet worden nagekomen, moet er een escalatieladder zijn. Deze ladder moet ervoor zorgen dat na een overtreding de juiste sancties volgen. Mocht er daarna escalatie optreden, dan is het ook weer van belang dat er een helder mechanisme is om te de-escaleren. Er zijn in het bijzonder drie eigenschappen – monitoren, sancties en de-escalatie – die het governanceprincipe van Ostrom zo waardevol maken. Juist in de zorg waar veel conflicterende belangen spelen en de interne en externe omstandigheden doorlopend veranderen is het van belang om niet pas over de-escalatie te praten als iets al geëscaleerd is.

### Tot slot

Gezondheidsdoelen, consistente regio-indelingen en regionale manifesten zijn niet de enige contouren van het nieuwe stelsel. In ieder geval zal er nagedacht moeten worden over de rol van bekostiging, zoals populatiebekostiging op basis van gezondheidsdoelen. Maar denk ook aan systeeminnovatie, zoals een lerend stelsel op basis van vergelijkingen tussen gezondheidsregio's aan de hand gegevens uit een nationale nutsvoorziening voor populatiegegevens. Welke eigenschappen een nieuw zorgstelsel moet hebben om de uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden wordt langzaam duidelijk. Wat zeker is, is dat het huidige systeem niet meer voldoet.

- Online artikel en reageren op [ntvg.nl/D7357](https://ntvg.nl/D7357)
- Rijksuniversiteit Groningen en Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen: prof.dr. J.O. Mierau, gezondheidseconoom (tevens: wetenschappelijk directeur van Lifelines)
- Contact: J.O. Mierau ([j.o.mierau@rug.nl](mailto:j.o.mierau@rug.nl))
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Dit artikel is geschreven naar aanleiding van lezingen bij de University of Groningen Business School, het Ingendael Discour en het jaarcongres van de Stichting Arts en Organisatie. De verantwoordelijkheid voor tekst en interpretatie ligt enkel bij de auteur.

Aanvaard op 22 februari 2023

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2023;167:D7357

### Literatuur

1. NZA. [Onderzoek zorgplicht uitgestelde zorg](#). 2022.
2. Rechter: Verzekeraars aansprakelijk voor wachtlijsten in zorg. [www.web.archive.org/web/20011230060105/https://krant.telegraaf.nl/krant/archief/19991224/teksten/bin.wachlijsten.html](https://www.web.archive.org/web/20011230060105/https://krant.telegraaf.nl/krant/archief/19991224/teksten/bin.wachlijsten.html). geraadpleegd op 28 maart 2023.

3. Jeurissen PPT, Maarse JAM. The market reform in Dutch health care: Results, lessons and prospects. European Observatory on Health Systems and Policy; 2022.
4. Bertens RM, Vonk RAA. Small steps, big change. Forging a public-private health insurance system in the Netherlands. Soc Sci Med. 2020;266:113418. [doi:10.1016/j.socscimed.2020.113418](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113418). [Medline](#)
5. Golnvo. Determinants of Health. [www.determinantsofhealth.org](http://www.determinantsofhealth.org), geraadpleegd op 22 maart 2023.
6. Van 't Land CJ, Mierau JO, Wouterse B. [Preventie levert veel meer op dan gedacht](#). Medisch Contact. 2022;5.
7. Mierau JO, Toebes BCA. Towards Legally Mandated Public Health Benchmarks. International Journal of Health Policy and Management. 2023;1-3. [doi:10.34172/IJHPM.2022.7123](https://doi.org/10.34172/IJHPM.2022.7123)
8. Tweede Kamer. Motie van de leden Kuiken Renkema: Kamerstuk 32793 2021.
9. Rijksoverheid. [Kamerbrief over Regiobeelden en- plannen: plan van aanpak en recente onderzoeken](#). 2022.
10. Donker T, Ciccolini M, Wallinga J, Kluytmans JA, Grundmann H, Friedrich AW. Analyse van patiëntstromen: de basis voor regionale bestrijding van gevaarlijke infecties. Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159.
11. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. [De Regio als Redding?](#) 2022.
12. Ostrom E. Governing the Commons. Verenigd Koninkrijk: Cambridge University Press. 1990.