

“Vooral sinds 2012 begint het huid

Als we de zorg betaalbaar en van goede kwaliteit willen houden, dan is het huidige zorgstelsel geen slechte keuze, stelt bijzonder hoogleraar betaalbaarheid van zorg Patrick Jeurissen (faculteit der medische wetenschappen UMCN). “We zien substitutie van zorg, we zien de ontwikkeling van geïntegreerde eerstelijnszorg tot stand komen en we zien dat het stelsel voldoende flexibel lijkt om de veranderingen die nog nodig zijn mogelijk te maken.”

Wie roept dat ons huidige zorgstelsel, dat bestaat sinds 2006, heeft gezorgd voor een kostenexplosie, heeft ongelijk. “De cijfers tonen aan dat tussen 2000 en 2012 sprake is geweest van een harde kostenstijging”, zegt Jeurissen, “zes jaar voor en na de introductie van dit stelsel dus. Maar de cijfers laten ook zien dat die stijging sinds 2012 sterk is afgevlakt en dat we het de laatste paar jaar beter doen dan andere Europese landen. Op de OESO-lijst van landen met de duurste gezondheidszorg zijn we gedaald van twee naar zeven. Sinds 2012 zien we een cumulatieve onderschrijding op het zorgbudget van pakweg vijf miljard euro. De zorg is dus al lang niet meer het koekoeksjong in het nest van financiën en de productiviteit is heel redelijk op peil gebleven. Het beeld dat in de media geschetst wordt, is veelal anders. Maar dat klopt dus niet. Het houdt bijvoorbeeld ook geen rekening met die zes jaar sterk stijgende uitgaven voorafgaand aan de introductie van het huidige stelsel.”

Jeurissen concludeert op basis van de feiten zoals die nu voor ons liggen dat gereguleerde competitie en betaalbaarheid goed kunnen samengaan. “Het stelsel heeft de zorg niet duurder gemaakt”, zegt hij, “het heeft orde gebracht ten opzich-

“Het stelsel heeft de zorg niet duurder gemaakt”

te van het oude stelsel. Natuurlijk wordt de zorg op termijn duurder, maar dat is stelselonafhankelijk en wordt vooral bepaald door autonome groei van de zorgvraag. Het is daarom belangrijk goed beleid te blijven voeren, maar feitelijk staat of valt het succes van ieder stelsel daarmee. Belangrijker dan de keuze voor het stelsel is hoe je ermee omgaat.”

Eerste lijn groeit

Een van de belangrijke trends binnen het huidige stelsel is substitutie van zorg: zowel in de curatieve zorg als in de GGZ zien we dat veel zorg verschuift van de tweede naar de eerste

lijn. “Het proces loopt en dat is een belangrijke constatering”, zegt Jeurissen. “We zien in de ziekenhuizen én in de GGZ dat het aantal patiënten in de tweede lijn daalt en dat is ook precies wat we willen. Er gebeurt inmiddels al meer in de eerste lijn en in de basis-GGZ en dat zijn dan ook bijna de enige zorgsectoren die nog groeien in patiëntenaantallen. Natuurlijk werpt die groei de vraag op of ze wel in huis hebben wat nodig is voor het inhoud geven aan de chronische en electieve zorg die op hen afkomt. Wat dat betreft moet er inderdaad nog wel wat gebeuren. De scheidingslijn in de zorg ligt steeds minder tussen de eerste en tweede lijn, maar steeds meer tussen chronische, electieve en complexe zorg, omdat steeds minder patiënten worden opgenomen. Dat is een fundamentele verandering in patiëntenstromen die vraagt om coördinatie en om een infrastructuur waarin diagnostiek, behandeling en taakherschikking op basis van deze nieuwe werkelijkheid een plaats krijgen.”

Een proces dat duidelijk vraagt om een geïntegreerde eerste lijn en een daarbij passende bekostiging en wet- en regelgeving, stelt Jeurissen. “In het wat verdere verleden was de huisarts een solist en daarop was de financiering ook afgestemd”, zegt hij. “De huidige situatie is radicaal anders en daarop moeten de andere echelons in de eerste lijn aansluiten. Je ziet stapje voor stapje dat dit inderdaad gebeurt en dat is ook nodig. Vooral waar het om chronisch zieken gaat; de verhoudingsgewijs kleine groep verzekerden die heel veel zorg gebruikt en heel veel zorgprofessionals ziet. Vaak wordt gezegd dat die coördinatie een taak is voor de huisarts, maar ik heb mijn twijfels of die deze rol aankan: de zorg voor patiënten die regulier enkele tientallen hulpverleners zien – en die zijn er – is eigenlijk met de traditionele mechanismen niet meer te coördineren.”

Grotere rol voor de patiënt

Op de vraag wie de coördinatie van die chronische zorg dan wel aankan, zegt Jeurissen: “Eigenlijk alleen de patiënt zelf of diens familie, waarbij ICT een belangrijke rol zal gaan spelen. Elektronische uitwisseling van patiëntgegevens maakt het voor de professionals waarvan een chronische patiënt afhankelijk is veel beter mogelijk om overzicht te houden over diens zorgvragen en de onderdelen van die zorg goed op

ige stelsel zichzelf te bewijzen”



Patrick Jeurissen: “De zorg voor patiënten die regulier enkele tientallen hulpverleners zien, is eigenlijk met de traditionele mechanismen niet meer te coördineren.”

elkaar af te stemmen. Het patiëntverhaal – vooral de vraag wat die (chronische) patiënt wil met zijn leven – heeft nu nog een veel te beperkte plaats in het zorgdossier. Met als risico dat de behandelaars op een gegeven moment alleen nog maar biomedische statistieken op hun computerscherm zien en niet meer de patiënt. Wat dus nodig is, is meer *patient centered care*, en in het verlengde daarvan meer zelfmanagement. Ook die ontwikkeling zien we op gang komen. En dat is ook nodig, het is belangrijk om ons te realiseren dat inzet van de patiënt zelf een van de belangrijkste manieren is om de zorgkosten in de hand te houden. Het vraagt een geza-

menlijke inzet van de zorgaanbieders in de eerste lijn om dit te versterken, om het zelfmanagement van de patiënt de kans te geven om zich verder te ontwikkelen. Ook hierin is – net als in de ontwikkeling van de geïntegreerde eerste lijn – nog wel werk te verzetten. In een recente enquête van het Common Wealth Fund, waarin ook Nederlandse huisartsen zijn ondervraagd, zie je dat Nederlandse huisartsen bijvoorbeeld nog weinig het gesprek aangaan over de levensstijl van de patiënt. Alleen zeggen: ‘Je moet eigenlijk stoppen met roken’ is een weinig effectieve interventiestrategie.”

“De fundamentele verandering in patiëntenstromen vraagt om coördinatie en om een infrastructuur waarin diagnostiek, behandeling en taakherschikking op basis van de nieuwe werkelijkheid een plaats krijgen”

Integrale bekostiging

In relatie tot chronische zorg noemt Jeurissen bekostiging op aandoening, integrale bekostiging dus, “een goede prikkel”. Hij voegt toe: “Het uitgangspunt moet wel blijven dat de behandelaar de intrinsieke behoefte heeft om de patiënt de beste zorg te bieden, het moet niet doorslaan naar overregulering via de bekostiging. Maar in Nederland doen we het in dit opzicht, althans binnen de eerste lijn, wel goed: er is ruimte voor finetuning en voor bilaterale uitzonderingen. Natuurlijk moet je wel rekening houden met het feit dat onder welke vorm van bekostiging dan ook altijd een belangenspel zit. Ik zie geen enkele vorm van bekostiging die dat probleem oplost. Mensen hebben nu eenmaal belangen en die hangen nogal eens samen met geld.”

In dit licht plaatst Jeurissen ook de waarschuwing dat *shared savings* modellen de patiënt in een kwetsbare positie kunnen plaatsen. “Zo lang er sprake is van zoeken naar *shared savings* om onnodige zorg aan te pakken, is het prima”, zegt hij. “In die zin kan het tot een positieve dynamiek leiden voor de professionals. Maar er zit wel een grens aan het steeds verder verlagen van zorgvolumes. Op een gegeven moment is alle efficiencywinst geboekt en moet je toch weer op zoek naar een ander model. Het gaat er dan bij de ontwikkeling van nieuwe bekostiging weer om of deze helpt om de ontwikkelingen die de zorg verder kunnen verbeteren te accommoderen en zo de historische trend van alsnog betere kwaliteit in stand te houden of zelfs te versnellen. Als je daarop aansluit, sluit je bovendien het best aan op de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders. In dit licht zou het een goede ontwikkeling zijn als zorgverzekeraars *best practices*, bijvoorbeeld van *shared savings* programma’s breder delen. Naar mijn mening kan dat goed binnen het concurrerende veld waarbinnen zij opereren. Het gaat er daarin immers niet om goede ontwikkelingen voor jezelf te houden, maar in een constante dynamiek met elkaar de concurrentie aan te gaan. Feitelijk moet er

sprake zijn van een voortdurende kwaliteitsspiraal omhoog, gebaseerd op nieuwe ideeën en initiatieven. Dat kan ook. Het voordeel van ons huidige stelsel is dat het flexibel is en dus ruimte biedt voor dynamiek en verandering. Wij doen het in dit opzicht echt veel beter dan de NHS in Engeland, waar al jaren geen productiviteitsgroei plaatsvindt. Ik weet niet of de ontwikkelingen die we nu zien zonder het huidige zorgstelsel tot stand hadden kunnen komen.” <<

Tekst: Frank van Wijck

Foto's: Erik Kottier



Volgens Jeurissen doen we het veel beter dan de NHS in Engeland, waar al jaren geen productiviteitsgroei plaatsvindt.