

HET ZORGSTELSEL STAAT IN DE STEIGERS

J. Rosier*

Hoe blijft de zorg betaalbaar? Door samen te werken in de keten op basis van strakke protocollen voor de eenvoudige zorg. En door de complexe zorg te verplaatsen naar een beperkt aantal expertisecentra. Dat voorspelt econoom en zorgondernemer Mark Visser.

De kosten voor zorg stijgen hard. Dit jaar gaat in Nederland ruim 62 miljard euro naar de zorg via de AWBZ en Zorgverzekeringswet. Dat is ongeveer 10% van onze totale economie, het bruto binnenlands product (bbp). Zonder maatregelen stijgen de zorgkosten in 2040 naar 18,4% van het bbp, voorspelt het CPB**. Belangrijke oorzaak is de vergrijzing. Ook komen er steeds betere medische behandelingen voor aandoeningen die eerder niet goed te behandelen waren. Het gevolg daarvan is ook dat méér mensen zich willen laten behandelen. Verder krijgen als gevolg van ongezond gedrag meer mensen een chronische ziekte.

Ons zorgstelsel berust op solidariteit: gezonde mensen betalen mee aan de kosten voor zieken. Maar de bereidheid daartoe zal afnemen naarmate de zorg een steeds groter deel van het inkomen opslokt. “We zitten in een spagaat”, zegt econoom Mark Visser. “Terwijl de kosten stijgen, stellen patiënten hogere eisen aan de kwaliteit. De enige uitweg is innovatie, maar de bestaande partijen in de zorg willen het liefst zo min mogelijk veranderen. Ze verdienen hun geld met de manier waarop het nu geregeld is en willen dat graag behouden. Voor innovaties heb je ondernemers van buitenaf nodig.” Mark Visser is zelf zo’n zorgondernemer. Hij is mede-aandeelhouder van een huisartsgroep, adviesbureau B-Sense/MILK-Participaties en de consumentenwebsite dokterdokter.nl. Als adviseur verleent hij diensten aan de industrie, hulpmiddelenleveranciers en artsen. Maar behalve door ondernemingslust zal innovatie voor een groot deel ook moeten worden gestimuleerd via veranderingen in de organisatie en de financie-

ring van de zorg. Visser ziet dat nu al gebeuren. Wat verandert er?

MACHT BIJ PATIËNTENORGANISATIES EN ZORGVERZEKERAARS

Zorgaanbieders kunnen de roep om betere kwaliteit en kostenbeperking niet negeren, stelt Visser vast. “Patiëntenorganisaties worden machtiger. Grote organisaties zoals het AstmaFonds spreken met de zorgverzekeraars over zorgstandaarden, protocollen en het toetsen van de zorgkwaliteit.

Patiëntenorganisaties hebben maar één doel: betere kwaliteit. Verlaging van de kosten is niet hun primaire belang.”

De zorgverzekeraars daarentegen zijn wél uit op beperking van de kosten, met behoud of zelfs verbetering van de kwaliteit. Onvermijdelijk daarbij is dat ze zich met de inhoud van de zorg zullen bemoeien en de behandelingsvrijheid van artsen zullen beperken, meent Visser. “Neem bijvoorbeeld een cardioloog die voor een bepaalde patiënt kan kiezen uit twee behandelingen die even goed zijn: medicijnen voorschrijven of een pacemaker plaatsen. Die cardioloog zit dan in een spanningsveld: met het plaatsen van een pacemaker verdient hij namelijk veel meer. Zorgverzekeraars zullen via strakkere protocollering deze keuze gaan bewaken. Vergis je niet in de kennis die de zorgverzekeraars inmiddels hebben. Het zijn instituten die veel weten over de zorgvraag in Nederland, tot op postcode-niveau. Ze kennen de leeftijden en sociale samenstelling van de patiëntengroepen die bij een bepaalde huisarts of specialist komen. Ze kunnen dus zien of de ene arts voor eenzelfde groep patiënten niet een veel duur-

dere behandeling kiest dan een andere arts.”

HOOFDAANNEMERS VOOR KETEN-DBC'S

Op dit moment zijn de eerste verschuivingen in de eerstelijnszorg al zichtbaar. “De zorgverzekeraars hebben op sommige plaatsen al een contract afgesloten met een hoofdaannemer. Dat kan bijvoorbeeld een zorggroep zijn waarin huisartsen zich verenigd hebben, of een ziekenhuis. Zo’n hoofdaannemer levert tegen een vaste prijs zorg voor een bepaalde patiëntengroep en werkt daarvoor samen met onderaannemers, bijvoorbeeld huisartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten, laboratoria,” legt Visser uit. “Samen spreken zij een protocol af voor de behandeling van die bepaalde patiëntengroepen en de prijs die ieder krijgt voor de zorg die hij levert volgens dat protocol.”

Deze manier van financieren dwingt tot afstemming en samenwerking in de keten, ook tussen de eerste- en de tweedelijnszorg, en dat moet leiden tot kostenbesparing en kwaliteitsverbetering. Het wordt integrale bekostiging van ketenzorg genoemd en gebeurt aan de hand van keten-DBC's. Op dit moment zijn er keten-DBC's voor diabetespatiënten, patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en copd-patiënten. Voor deze patiënten hebben de betreffende patiëntenverenigingen en beroepsverenigingen van eerste- en tweedelijns zorgaanbieders landelijke zorgstandaarden goedgekeurd. De lokale protocollen moeten daarop gebaseerd zijn. In de toekomst zullen ook andere chronische ziekten via keten-DBC's gefinancierd worden. De komende twee jaar kun-

nen huisartsen en andere zorgaanbieders nog vrijwillig kiezen voor integrale bekostiging, maar vanaf 2013 wil het kabinet het verplichten. Hulpmiddelen, dus ook wondzorgen en stomamaterialen, vallen nu nog buiten deze keten-DBC's. Dat betekent dat daarin voorlopig nog vrije keuze mogelijk is.

EXPERTISECENTRA

Ook in de gespecialiseerde, complexe zorg gaan verschuivingen optreden. Deze zorg zal meer en meer geconcentreerd worden in gespecialiseerde centra, verwacht Visser. "De achterliggende gedachte is dat hoe vaker je iets doet, hoe sneller én hoe beter je erin wordt. Het verhoogt dus de efficiency en de kwaliteit. We hebben vorig jaar al gezien dat zorgverzekeraar CZ de operaties voor borstkanker alleen nog wil betalen als een chirurg een minimum aantal operaties per jaar uitvoert. Als het gaat om expertisecentra dan loopt de wondzorg voorop. Kijk bijvoorbeeld naar het Expertise Centrum Wondzorg in Heerlen of het Regionaal Expertisecentrum Decubitus in Nijmegen. Ik vind het verrassend dat we ook zien dat patiënten best bereid zijn om te reizen als ze ergens betere zorg kunnen krijgen. Niet iedere patiënt kan of wil dat, maar het zal de komende jaren wel vaker gebeuren."

TOOLS VOOR ZELFMANAGEMENT

Er komen nog meer veranderingen aan die de zorg efficiënter maken, denkt Visser. "Zelfmanagement zal een hogere vlucht nemen. Daarmee wordt een betere preventie mogelijk. Een hartpatiënt kan bijvoorbeeld zelf zijn bloeddruk en pols meten, aangeven hoe hij zich voelt en deze gegevens online aan zijn huisarts doorgeven, samen met regelmatige bloedwaardencontroles van het huisartsenlab. Met een korte check op zijn computer kan een huisarts nagaan hoe het gaat met een patiënt en tijdig een verslechtering signaleren. Deze preventie is uiteindelijk voordeliger dan een behandeling wanneer de verslechtering al is opgetreden. Belangrijke vraag is natuurlijk wie de eigenaar wordt van deze online gegevens. Uiteindelijk is

natuurlijk de patiënt de eigenaar van zijn eigen gegevens. Deze ontwikkeling lijkt misschien strijdig met de recente afwijzing van het elektronisch patiëntendossier. Maar ik verwacht dat het in een andere vorm straks terugkomt. Een vorm waarbij de patiënt per onderdeel kan aangeven of iedereen het mag zien, of alleen specifieke personen of groepen. Precies zoals je nu op Facebook of Hyves per onderdeel kunt instellen wie iets wel en wie iets niet mag zien. Iemand kan bijvoorbeeld de longarts wel zijn relevante lichamelijke gegevens laten bekijken, maar niet de vertrouwelijke informatie die hij met een andere zorgverlener heeft besproken."

FUNCTIONEEL GERICHT VOOR-SCHRIJVEN

Meer nog dan nu zullen zorgverzekeraars bij de afspraken over vergoedingen rekening houden met de functies die een patiënt nog benut. "Vergelijk bijvoorbeeld iemand die een actief leven leidt en een stoma heeft, met iemand die in een verzorgingshuis woont en nauwelijks meer buiten komt," illustreert Visser. "Er is een nieuw systeem voor colostoma's, een soort kap op de stoma, waarmee je weer de controle terugkrijgt over je ontlasting. De prijs is hoger maar de kwaliteit is beter. Die actieve patiënt is erbij gebaat en krijgt het vergoed, maar degene die zijn huis niet meer uitkomt benut de voordelen niet. Die zal alleen een gewoon zakje vergoed krijgen. Functioneel gericht voorschrijven klinkt logisch, maar het gebeurt nog niet altijd en overal in de zorg. Verzekeraars zullen daar veel scherper op gaan letten."

PAY-FOR-PERFORMANCE

Prestatiebeloning tenslotte is in de zorg van morgen ook niet ondenkbaar. Met een vorm van prestatiebeloning, pay-for-performance genoemd, wordt op heel bescheiden schaal geëxperimenteerd. "Het ligt gevoelig," zegt Visser. "Er wordt geen ruchtbaarheid aan gegeven. Het houdt in dat medisch specialisten, patiëntenverenigingen, farmaceuten, leveranciers van incontinentie-, stoma- en verbandmaterialen en zorgverzekeraars met elkaar om de

tafel gaan en zorginhoudelijke én financiële afspraken maken. Daarbij wordt de "performance" van de zorgaanbieders op basis van kwaliteitsindicatoren en het aantal geholpen patiënten gemeten aan het begin en het einde van een afgesproken periode. De zorgaanbieders zeggen toe dat ze aan het einde meer patiënten geholpen hebben met betere kwaliteit. Slagen ze daarin, dan staat daar een financiële vergoeding tegenover. Ook patiënten worden hierbij betrokken. Een patiënt met een hartaandoening kan bijvoorbeeld gevraagd worden een intentieverklaring te ondertekenen waarin hij toezegt meer te bewegen en een stoppen-met-roken-cursus te volgen. Het gaat om een inspanningsverplichting, de patiënt wordt er verder niet op afgerekend. Maar het ondertekenen van zo'n verklaring vergroot wel het bewustzijn en het "commitment" bij patiënten."

**** Vergrijzing verdeeld. Toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën. CPB, juni 2010.**

De uitgaven voor zorg op de Nederlandse overheidsbegroting (Budgettair Kader Zorg) in miljarden euro's.

2009	57,9
2010	59,7
2011	62,7
2012	66,2
2013	69,8
2014	73,5
2015	73,5

Bron: rijksbegroting.nl

Top-3 hulpmiddelen op basis van kosten in 2009 (miljoenen euro's)

Incontinentiematerialen	156
Voorzieningen voor stomapatiënten	120
Verbandmiddelen	120
Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) raamt de gemiddelde jaarlijkse groei van de kosten van hulpmiddelenzorg bij ongewijzigd beleid op 6,11%	

Bron: gipdatabank.nl

* Joop Rosier is freelance journalist