

De parel in ons zorgsysteem

Verslag VGE Masterclass

Piet de Bekker

Op donderdag 24 november 2011 organiseerde de VGE een masterclass over de bekostiging van de eerstelijnszorg. Dit artikel geeft een compacte terugkoppeling van de presentaties en het aansluitende debat.

Inleiding

De VGE masterclass: "Zoeken naar een nieuwe bekostiging van eerstelijnszorg: een eerlijke vergoeding voor de parel in ons zorgsysteem" kwam op een pikant moment. Het ministerie van VWS en de LHV, de vereniging die landelijk de huisartsen vertegenwoordigt, zijn sinds maanden aan het discussiëren over bekostiging van huisartsen. De discussie gaat erom of het abonnementstarief moet blijven, en welke bedragen per ingeschreven persoon, per consult of per afzonderlijke verrichting adequaat zijn. Enkele weken voor onze masterclass stonden maar liefst 5.000 huisartsen en 3.000 doktersassistenten in de RAI om te demonstreren tegen het kabinetsbeleid.

Achtergrond

De huisarts beantwoordt liefst 80% van de zorgvragen naar tevredenheid van de patiënt. Daarmee is de eerstelijnszorg een element in ons zorgsysteem om trots op te zijn. De afgelopen decennia is echter het model van de traditionele solo werkende huisarts langzaam maar gestaag vervangen door een meer integraal aanbod van eerstelijnsvoorzieningen die samen voorzien in een breed palet aan zorg en ondersteuning dichtbij de burger. Ook de strategische beleidsbrieven van minister Schippers wijzen op de kansen en mogelijkheden van het Nederlandse eerstelijnsmodel. Tegenover de inhoudelijke innovaties in het leveren van zorg is de bekostiging eigenlijk nog vrij traditioneel ingericht. Tarieven voor consulten of voor bepaalde behandelingen/verrichtingen geven weinig prikkels voor het leveren van gezondheid. Terwijl een kanteling nodig is om te komen van "ziekte en zorg" naar "gedrag en gezondheid". Er zijn veranderingen wenselijk in bekostiging om te komen tot betere ketenzorg en meer integratie tussen zorgdisciplines. Maar hoe realiseren we betere samenwerking tussen zorgverleners? En zijn er goede voorbeelden van moderne bekostigingswijzen waar we lessen uit kunnen trekken? Over die vragen ging de VGE Masterclass van 24 november 2011.

Presentaties

Drie sprekers verzorgden in een goed gevulde vergaderzaal op het ministerie van VWS een presentatie als aftrap van de bijeenkomst. Yvonne van Kemenade (directeur Zorggroep Eerstelijns in Naaldwijk) mocht het spits afbijten. Yvonne – die haar visie geregeld deelt in artikelen en blogs – hield een vurig pleidooi voor 'samenhang in diversiteit'. Het gaat er feitelijk om dat alle disciplines in de zorg – de huisarts als generalist in de eerstelijns, andere zorgverleners in de eerstelijns zoals fysiotherapeuten of diëtetiek, en de specialisten in de tweedelijns – een naadloos op elkaar passend zorgaanbod assembleren waardoor zorg aan de burger/patiënt in een sluitende keten wordt geleverd. Je moet daarbij redeneren vanuit de (inhoud van de) zorg, niet vanuit het aanbod en bestaande belangen. Op inhoud kun je elkaar altijd vinden. Als je het eenmaal eens bent over de inhoud, dan zijn organisatie en bekostiging van die zorg volgend op een dergelijke visie. Terecht constateert Yvonne dat er rond organisatie en bekostiging allerlei vraagstukken spelen. Vaak is dat een kwestie van vertrouwen. Daarbij is het cruciaal dat partijen transparant zijn over geleverde prestaties zodat je bijvoorbeeld kwaliteitsafspraken kunt benchmarken. Zonder transparantie over doelen en resultaten wordt vertrouwen geven al snel blind vertrouwen geven, en dat is gevoelsmatig en bedrijfsmatig niet goed. Door elkaar aan te spreken en zowel successen als tegenvallers met

elkaar te delen, groeit het onderlinge vertrouwen en kun je procedures, regels en het denken in hokjes loslaten.

Na deze strategisch interessante aftrap vanuit het perspectief van de zorgaanbieder gaf Anique Jansen (Zorginkoper keten- en geïntegreerde eerstelijnszorg, Achmea) een weerwoord. Zij vertelde hoe de rol van de zorgverzekeraar bij het inkopen van zorg in hoog tempo verandert. Traditioneel was zorginkoop erop gericht om via transacties allerlei prijs- en volumerisico's te beheersen. Dit kantelt steeds meer naar een model waarbij via integrale samenwerking tussen partners in de zorg (klanten, zorgaanbieders én de zorgverzekeraar) wordt gestreefd naar gezondheidswinst. Anique gaf als voorbeeld de integrale bekostiging van diabetes ketenzorg. Er zijn nogal wat onderzoeken beschikbaar over de impact van integrale bekostiging op kwaliteit, kosten en organisatie. De uitkomst is grosso modo: ketenzorg leidt op korte termijn tot hogere zorgkosten en niet tot aantoonbare kwaliteitswinst. Op langere termijn, zo stelt de verzekeraar, vallen de meerkosten vanwege extra overhead, gaming en dubbele financiering echter (grotendeels) weg en leidt de beschikbaarheid van benchmarkgegevens uiteindelijk tot betere zorg. Beide perspectieven sluiten sterk aan bij de Nederlandse context. Maar hoe gaat dit in het buitenland? We hadden het geluk dat Antoinette de Bont (universitair hoofddocent, sectie Healthcare Governance, iBMG) juist terug was in Nederland na een uitwisselingstraject in de Verenigde Staten. Zij had als Harkness Fellow via het Commonwealth Fund onderzoek gedaan naar patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg bij Kaiser Permanente, een koploper in het realiseren van "integrated care". Kaiser Permanente is een zogeheten Health Maintenance Organisation (HMO) die de rollen van de zorgverzekeraar (financier van zorg) en zorgaanbieder (leverancier van zorg) combineert. Bij Kaiser fungeert een team van eerstelijns professionals als poortwachter voor de gespecialiseerde zorg. Nog nadrukkelijker dan in Nederland is preventie en monitoring van patiënten met chronische aandoeningen onderdeel van de eerstelijnszorg. Haar zelf geschoten videobeelden laten echter zien dat het Amerikaanse model voordelen (sterk informatie gedreven) maar ook nadelen (onpersoonlijk) heeft. Dankzij continu onderzoek op basis van de overzichten en patiënten en de enorme hoeveelheid beschikbare data, kan Kaiser Permanente de zorg constant verbeteren. Een les van Antoinette voor Nederland is dat je kritisch moet blijven op het eigen handelen en moet oppassen met het organiseren van ketenzorg per afzonderlijke aandoening, omdat dit nieuwe fragmentatie in de hand kan werken.

Debat

Na de presentaties werd door Mark Veltink (NZa) en Elvira van Eijk (VWS) een reactie gegeven. Zij ondersteunden grotendeels de lijn die werd geschetst door de sprekers. Met name de wenselijkheid van inhoudelijke samenwerking en de noodzaak tot verbeterde informatievoorziening werd daarbij ondersteund. Hierna ontspon een interactieve discussie tussen sprekers, referenten en de ongeveer 25 aanwezigen. Rode draden in deze discussie waren de volgende:

- Het is nog niet goed mogelijk om voor eerstelijnszorg de juiste indicatoren te ontwikkelen en daarmee relevante informatie over kwaliteit en ten behoeve van (keuze en zorginkoop) te genereren.
- De grootste uitdaging zit in een betere samenwerking en afstemming tussen de eerste- en tweedelijnszorg.
- Iedereen was het erover eens dat betalen voor "gezondheidszorg" in plaats van betalen voor het leveren van "ziektenzorg" een wenselijk perspectief is – dus experimenten met populatiegebonden bekostiging moeten met haast worden opgepakt.

Piet de Bekker is partner van zorgVuldig Advies en geassocieerd consultant bij adviesbureau Berenschot. Dit verslag is op persoonlijke titel geschreven.