



In de gezondheidszorg moeten partijen zich meer richten op het grote verhaal

Zorg nu georganiseerd via domeinen van medisch specialisten en daar heeft de patiënt niets aan

Niek Roosdorp

De Tweede Kamer behandelt momenteel een wetswijziging waardoor zorgverzekeraars meer inkoopmacht krijgen. Eerder werd besloten artikel 13 van de zorgverzekeringswet (vrije artsenkeuze) te veranderen.

Veel ophef daarover kwam van zorgverleners en niet van zorgconsumenten. Misschien ziet de burger een goedkopere zorgpolis wel zitten. Zorgverleners voelen zich bedreigd: huisarts, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut of apotheek mag vrij gekozen worden en een zorgverzekeraar selecteert de doelmatigste medisch specialistische zorg omdat doelmatigheid het goedkoopste is.

Zorgkwaliteit is ondergeschikt aan zorgdoelmatigheid. Patiëntbelangen komen beter overeen met die van de zorgverzekeraar dan met die van de zorgverlener. Medici zijn afhoudend geweest om juist de doelmatigheid van hun werk inzichtelijk te maken. Een steeds terugkerend percentage is dat 50% van alle zorgactiviteiten in Nederland niet aan gezondheidswinst bijdraagt. Ons stelsel blijkt, na dat van de VS, het minst doelmatig te zijn terwijl de medische specialistische zorg (gecorrigeerd voor inflatie) tussen 2006 en 2013 met 30% toenam.

Het terugdringen van ondoelmatige zorg is essentieel om het doelmatige deel

te kunnen blijven betalen maar betekent ook minder fragmentatie, minder duplicatie, minder zorgproductie en dus krimpende zorgorganisaties. Daarmee neemt de druk om radicaal andere en meer patiëntgerichte strategieën te kiezen dramatisch toe. Het speelveld moet en gaat veranderen.

Echter, tegenwerpingen dat nog meer macht voor zorgverzekeraars zou leiden tot minder innovaties verdienen de aandacht. De 'oppermachtige' verzekeraar zou zo op het terugbrengen van zorgbegrotingen gericht zijn dat er geen ruimte meer zou zijn voor nieuwe initiatieven die een 'race to the bottom' kunnen voorkomen. Hier ligt een rol voor de toezichthouders.

Het is frappant dat patiëntverwachtingen van de zorg wel redelijk goed te definiëren zijn, maar dat zorgverleners hun kwaliteiten op een heel andere manier zien en definiëren.

Er bestaat spanning tussen doelmatigheidsinzichten op procesniveau en op individueel behandelniveau. De doelmatigheidsanalyse op procesniveau kan niet anders dan gebruikmaken van een beperkt aantal 'best practices'. Dat

Zorg is informatie en een eigen gezondheidsdossier kan patiënt mondiger en kritischer maken

is heel nuttig, maar gaat grotendeels voorbij aan verwachtingen van de patiënt over herstel van functionaliteit, zonder pijn zijn, opnieuw fysieke activiteiten kunnen uitvoeren, et cetera.

Michael Porter verwoordde in 2013 een nieuwe, integrale strategie gericht op gezondheidswinst: de zorgconsument moet centraal staan. Zorg is nu meestal georganiseerd via de domeinen van medische specialisten. Hier heeft de patiënt niets aan. Voor de patiënt moet de gezondheidswinst aan de hand van zijn/haar criteria gemeten kunnen worden en voor zijn/haar aandoening moet de hele keten integraal en als een zorgcluster georganiseerd zijn. Voor het cluster en de zorgverzekeraar moeten de voor de patiënt gemaakte kosten ook integraal bijgehouden worden. Pas dan kan er een passende kosten-batenanalyse gemaakt worden.

Dit perspectief vereist een naadloze uitwisseling van zorginformatie. De zorgsector is volledig digitaal, maar elektronische dossiers zijn niet inzichtelijk voor de consument en de informatie is niet uitwisselbaar — een formidabele barrière voor verandering. Om de patiënt centraal te stellen moet zijn informatie (een persoonlijk gezondheidsdossier of PGD) de 'hub' zijn in het zorginformatiesysteem. Met een PGD kan de zorgconsument volledig betrokken worden in zijn zorg.

Ook moeten de belangen van de betrokken zorgverleners, van de patiënt en

de verzekeraar zo veel mogelijk gelijkgericht zijn. Dit vereist pakketvergoedingen voor afgesloten behandelingen of jaarvergoedingen voor chronische ziekten, op basis van gezondheidswinst

Deze ontwikkelingen worden al langzaam in gang gezet en de vraag is wat de benodigde breekijzers zijn om dit te accelereren.

Ten eerste, zorg is informatie en een eigen gezondheidsdossier kan de zorgconsument mondiger en kritischer maken. Dit vereist dat het College voor Bescherming Persoonsgegevens veel beter moet gaan meedenken en afstapt van zijn dogmatische houding. De overheid zal de regie moeten nemen om de uitwisselbaarheidsstandaarden van de zorginformatie in te voeren.

Ten tweede, voor het gelijkrichten van functionele en financiële belangen moet het NZa een veel functionelere rol spelen. Omdat integratie van zorg in clusters samenwerken vereist, moet de Autoriteit Consument en Markt ook bereid zijn nieuwe modellen te omarmen.

Zonder één uniforme visie blijven frustraties de boventoon voeren en handhaven we een gefragmenteerd systeem van eigenbelangen. We moeten ons richten op het grote verhaal en niet blijven steken in kleine verhalen die door te veel partijen verkondigd worden.

.....
Dr. Niek Roosdorp is ondernemer in life sciences.



In de gezondheidszorg moeten partijen zich meer richten op het grote verhaal

De Tweede Kamer behandelt momenteel een wetswijziging waardoor zorgverzekeraars meer inkoopmacht krijgen. Eerder werd besloten artikel 13 van de zorgverzekeringswet (vrije artsenkeuze) te veranderen. Veel ophef daarover kwam van zorgverleners en niet van zorgconsumenten. Misschien ziet de burger een goedkopere zorgpolis wel zitten. Zorgverleners voelen zich bedreigd: huisarts, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut of apotheek mag vrij gekozen worden en een zorgverzekeraar selecteert de doelmatigste medisch specialistische zorg omdat doelmatigheid het goedkoopste is. Zorgkwaliteit is ondergeschikt aan zorgdoelmatigheid. Patiëntbelangen komen beter overeen met die van de zorgverzekeraar dan met die van de zorgverlener. Medici zijn afhoudend geweest om juist de doelmatigheid van hun werk inzichtelijk te maken. Een steeds terugkerend percentage is dat 50% van alle zorgactiviteiten in Nederland niet aan gezondheidswinst bijdraagt. Ons stelsel blijkt, na dat van de VS, het minst doelmatig te zijn terwijl de medische specialistische zorg (gecorrigeerd voor inflatie) tussen 2006 en 2013 met 30% toenam. Het terugdringen van ondoelmatige zorg is essentieel om het doelmatige deel te kunnen blijven betalen maar betekent ook minder fragmentatie, minder duplicatie, minder zorgproductie en dus krimpende zorgorganisaties. Daarmee neemt de druk om radicaal andere en meer patiëntgerichte strategieën te kiezen dramatisch toe. Het speelveld moet en gaat veranderen. Echter, tegenwerpingen dat nog meer macht voor zorgverzekeraars zou leiden tot minder innovaties verdienen de aandacht. De 'oppermachtige' verzekeraar zou zo op het terugbrengen van zorgbegrotingen gericht zijn dat er geen ruimte meer zou zijn voor nieuwe initiatieven die een 'race to the bottom' kunnen voorkomen. Hier ligt een rol voor de toezichthouders. Het is frappant dat patiëntverwachtingen van de zorg wel redelijk goed te definiëren zijn, maar dat zorgverleners hun kwaliteiten op een heel andere manier zien en definiëren. Er bestaat spanning tussen doelmatigheidsinzichten op procesniveau en op individueel behandelniveau. De doelmatigheidsanalyse op procesniveau kan niet anders dan gebruikmaken van een beperkt aantal 'best practices'. Dat is heel nuttig, maar gaat grotendeels voorbij aan verwachtingen van de patiënt over herstel van functionaliteit, zonder pijn zijn, opnieuw fysieke activiteiten kunnen uitvoeren, et cetera. Michael Porter verwoordde in 2013 een nieuwe, integrale strategie gericht op gezondheidswinst: de zorgconsument moet centraal staan. Zorg is nu meestal georganiseerd via de domeinen van medische specialisten. Hier heeft de patiënt niets aan. Voor de patiënt moet de gezondheidswinst aan de hand van zijn/haar criteria gemeten kunnen worden en voor zijn/haar aandoening moet de hele keten integraal en als een zorgcluster georganiseerd zijn. Voor het cluster en de zorgverzekeraar moeten de voor de patiënt gemaakte kosten ook integraal bijgehouden worden. Pas dan kan er een passende kosten-batenanalyse gemaakt worden. Dit perspectief vereist een naadloze uitwisseling van zorginformatie. De zorgsector is volledig digitaal, maar elektronische dossiers zijn niet inzichtelijk voor de consument en de informatie is niet uitwisselbaar — een formidabele barrière voor verandering. Om de patiënt centraal te stellen moet zijn informatie (een persoonlijk gezondheidsdossier of PGD) de 'hub' zijn in het zorginformatiesysteem. Met een PGD kan de zorgconsument volledig betrokken worden in zijn zorg. Ook moeten de belangen van de betrokken zorgverleners, van de patiënt en de verzekeraar zo veel mogelijk gelijkgericht zijn. Dit vereist pakketvergoedingen voor afgesloten behandelingen of jaarvergoedingen voor chronische ziekten, op basis van gezondheidswinst. Deze ontwikkelingen worden al langzaam in gang gezet en de vraag is wat de benodigde breekijzers zijn om dit te accelereren. Ten eerste, zorg is informatie en een eigen gezondheidsdossier kan de zorgconsument mondiger en kritischer maken. Dit vereist dat het College voor Bescherming Persoonsgegevens veel beter moet gaan meedenken en afstapt van zijn dogmatische houding. De overheid zal de regie moeten nemen om de uitwisselbaarheidsstandaarden van de zorginformatie in te voeren. Ten tweede, voor het gelijkrichten van functionele en financiële belangen moet het NZa een veel functionelere rol spelen. Omdat integratie van zorg in clusters samenwerken vereist, moet de Autoriteit Consument en Markt ook bereid zijn nieuwe modellen te omarmen. Zonder één uniforme visie blijven frustraties de boventoon voeren en handhaven we een gefragmenteerd systeem van eigenbelangen. We moeten ons richten op het grote verhaal en niet blijven steken in kleine verhalen die door te veel partijen verkondigd worden.