

Ad-hocmaatregelen maken de zorg alleen maar duurder

Duurzaam bezuinigen

prof. dr. D. Post,
emeritus hoogleraar sociale
geneeskunde, Rijksuniversiteit
Groningen

Correspondentieadres: prof.
dr.d.post@wxs.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

We ontkomen er niet aan, er moet bezuinigd worden. Maar hoe? De ervaring leert dat ingrepen op de ene plek zich elders wreken. Om dit te voorkomen is het wijs de zorgverleners zelf te betrekken bij de bezuinigingsplannen.



beeld: Getty Images

Bijna alle politieke partijen hebben het in hun verkiezingsprogramma: de zorg moet miljarden gaan bezuinigen. Er is paniek over de vergrijzing, over de toename van de medische consumptie en over de steeds groeiende ziekenhuisuitgaven met daarbij de honoraria en kosten van de medische sector.

Maar is dit nieuw? Bij het opruimen van mijn werkkamer vond ik een studie die ik uitvoerde in 1986, naar de knelpunten in de gezondheidszorg. Het grootste knelpunt waren de groeiende en onbeheersbare kosten. Dat was overigens al zo vanaf 1966. In de jaren tachtig bleek het overheidsbeleid op het gebied van kostenbeheersing te falen en de regering-Lubbers koerste af op de markt als beheersinstrument. Maar ook de substitutie van tweede naar eerste

lijn speelde. De huisarts moest veel meer doen om verrichtingen uit de tweede lijn naar de eerste lijn te halen. Ook de benchmark in de zorg kwam op: het vergelijken van de verrichtingen tussen huisartsen onderling en

tussen specialisten onderling moest het besef vergroten dat er toch nog steeds ondoelmatig werd gewerkt. Die ondoelmatigheid werd erkend toen een KNMG-commissie het rapport 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' opstelde en daarmee een bijdrage wilde leveren aan de beheersing van het zorgvolume. Niets nieuws onder de zon, *l'histoire se répète*. We

praten nog steeds over dezelfde thema's, al decennialang.

Fietsband

Hoe greep te krijgen op die kostenontwikkeling? We construeerden destijds een computersimulatiemodel om allerlei processen in de zorg inzichtelijk te maken.¹ Je kunt immers pas effectief maatregelen ontwikkelen als je weet waar ze ingrijpen en wat de gevolgen van dat ingrijpen zijn. We ontdekten toen dat de zorg zich gedraagt als een fietsband: als je ergens knijpt, ontstaat elders een bobbel. Allerlei beheersmaatregel lieten dat toen duidelijk zien: een bijdrage per receptregel, eigen bijdragen voor specialistische hulp, allerlei pakketverkleiningen. Ze maakten uiteindelijk de zorg duurder. Ook het ongunstige verschuiven van tweede naar eerste lijn liet zien dat een afname van het aantal verwezen patiënten leidde tot een vergrote activiteit in de tweede lijn; meer terugbestellen en ook meer diagnostische en therapeutische interventies. Per saldo werd dat dus duurder. Zo zagen we ook dat een toename van ziekenhuisbedden in een regio leidde tot een grotere opnamecoëfficiënt. Al die ad-hocmaatregelen leidden tot hogere kosten.

Pact sluiten

De bezuinigingen die eraan zitten te komen, lijken weer dezelfde richting uit te gaan. De overheid knijpt hier en daar, zonder het geheel van het systeem in ogenschouw te nemen, en zal daardoor uiteindelijk het deksel op de neus krijgen. Maar wat dan?

*Als je ergens knijpt,
ontstaat elders een bobbel*

SAMENVATTING

- Het zal niet lukken de zorg beheersbaar te maken als de strijd tussen overheid/zorgverzekeraars en zorgverleners doorgaat.
- Ad-hocmaatregelen werken niet en maken de zorg duurder, omdat er altijd wel een manier wordt gevonden om aan de maatregel te ontsnappen.
- Slechts een gezamenlijke visie op zorg, met kwaliteit als leidend principe, kan de zorg duurzaam maken.

Kwaliteit moet leidend zijn in de zorg. En die kwaliteit kan alleen maar worden verbeterd, met kostenbeheersing, als de zorgverleners een pact sluiten met overheid en zorgverzekeraars. Het veld moet zelf die kwaliteit vaststellen en ook in praktijk brengen. De overheid is medespeler in dat veld en geen tegenspeler.

In wezen gaat dit gevecht over de rug van degenen voor wie de zorg is bedoeld. Dat is overigens altijd al zo geweest. Festen, de toenmalige voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, stelde dat 'de overheid steeds maar plannen maakt zonder behoorlijk overleg met betrokkenen. Steeds maar weer wordt het conflictmodel gehanteerd. De spanning die door de geringe bereidheid ontstaat, werkt remmend op het proces van vernieuwing en aanpassing van de gezondheidszorg.'² Die spanning zien we ook nu heel sterk: de overheid vecht met de beroepsbeoefenaren, de zorgverzekeraars zijn de tegenspelers van de zorgverleners en de ziekenhuizen.

Visie ontwikkelen


De kernwoorden voor effectieve beheersbaarheid zijn samenhang en samenwerking. Vanuit de overheid en zorgverzekeraars moet een stimulans komen om de doelmatigheid gestalte te geven. Bijvoorbeeld door te investeren in ketenzorg, en incentives te geven aan degenen die op dat gebied goede kwaliteit leveren. En door te investeren in gezondheidscentra waar ook specialistische poliklinische zorg wordt geleverd.

Daarvoor moeten honoreringsproblemen snel worden opgelost. De financiering via DBC's

zou op de schop moeten en in de ziekenhuizen zouden de stafmaatschappen wellicht weer aan de orde moeten komen. In elk geval dient de relatie tussen het aantal verrichtingen en het inkomen te verdwijnen. Dat geldt ook voor de honorering van huisartsen. Alleen dan kan de sterke nadruk op geld verdwijnen en kan men vanuit het veld gezamenlijk werken aan de kwaliteit.

Mijn advies aan de nieuwe regering is om niet hier en daar te knippen in de zorg, maar het gehele systeem in het oog te houden. En denk samen met het veld na over waar het in de gezondheidszorg naartoe moet. Wat willen we in 2020 hebben bereikt? De politiek moet niet bezuinigen als doel op zich, maar een visie ontwikkelen om de behoefte in de zorg te dekken.

Het allerbelangrijkste is echter dat de overheid stopt met een tegenspeler te zijn van het zorgveld. Kwaliteit wordt in het veld gemaakt en dat moet aan de zorgverleners worden overgelaten. En bij die kwaliteit hoort het begrip doelmatigheid. Goede kwaliteit leidt vaak tot minder kosten. Laten we eindelijk eens erkennen dat de gezondheidszorg geen kostenpost is, maar dat de waarde van goede zorg afstraalt op de hele samenleving.

Lukt het niet om dit waardedenken te realiseren en vooral die samenwerking tussen overheid/zorgverzekeraars en zorgveld tot stand te brengen, dan zal over dertig jaar opnieuw een artikel worden geschreven met de constatering dat beheersing van de kostenontwikkeling nog steeds niet lukt.³ 



De literatuurlijst vindt u onder dit artikel op onze website www.medischcontact.nl.

lezersoproep

Bezuinigen, maar hoe?

De gezondheidszorg moet goedkoper, maar hoe? Medisch Contact roept dokters op zelf met goede ideeën te komen om geld te besparen. Voorwaarde: ideeën moeten concreet zijn. 'Weg met de bureaucratie', of 'alle managers de laan uit' vallen buiten de boot. Kunt u aantonen dat pakketverruiming geld oplevert? Kent u goedkopere behandelingen die net zo goed werken? Valt er in de geneeskunde meer te recycelen? Mail ons uw ideeën.



beeld: iStockphoto

Stuur uw voorstel van maximaal 400 woorden voor 14 september naar redactie@medischcontact.nl. De beste bijdragen verschijnen in Medisch Contact of op onze website. Wij behouden ons het recht voor bijdragen te redigeren en zo nodig in te korten.

Literatuur

1. Post D, Vennix JAM (red.). De gezondheidszorg in model. Ons complex zorgsysteem gemeten en gewogen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
2. Festen H. Spanningen in de gezondheidszorg. 25 jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer, 1985.
3. Post D. De derde weg. Een analyse en toekomstvisie op de zorgsector. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2009.