

“Zorgprofessionals zullen de gordij

Verbetering van het zorgstelsel wordt mogelijk als ruimte wordt geboden voor regionale samenwerking over de grenzen van sectoren heen, stelt de Nederlandse Zorgautoriteit. En als de burgers daar beter van worden, moeten de zorginkoop en de manier waarop de wet- en regelgeving zijn vormgegeven zich hieraan aanpassen. De weg hier naartoe begint bij transparantie over de kwaliteit van het zorgaanbod.

Ons zorgstelsel is nog jong, stelt bestuursvoorzitter Marian Kaljouw van de NZa. Als je in ogenschouw neemt dat het pas een goede tien jaar bestaat, voor hoeveel mensen het bedoeld is, hoeveel mensen erin werken en hoeveel geld erin omgaat, is in betrekkelijk korte tijd al veel bereikt. “We weten uit vergelijkingen met andere landen dat de kwaliteit van onze zorg erg goed is”, zegt ze. “Bovendien is het stelsel solidair en geeft het iedere Nederlander recht op dezelfde basiszorg. En de mensen die in de zorg werken zijn hoog opgeleid.”

Begrijpelijk dus dat Kaljouw en ook directeur regulering Josefine Kursten er afgelopen januari tijdens het eerstelijnscongres op Terschelling voor pleitten de aanpassingen die nu nodig zijn binnen het huidige stelsel te bewerkstelligen. “Een nieuw stelsel is niet nodig”, zegt Kursten, “maar die aanpassingen zijn zeker wel aan de orde. De grootste belemmering is dat we nu zorgaanbieders betalen per verrichting. Er is dus een volumeprikkel, ook in de eerste lijn. Bovendien leidt het tot een coördinatieprobleem, je wilt juist dat zorgaanbieders meer samenwerken. Een derde belemmering is dat er voor iedere verrichting een prestatie moet komen en dat die ook nog moet worden gecontroleerd.”

Kwaliteitstransparantie

Kortom, hoewel de NZa in de kern positief is over waar de zorg in Nederland nu staat, is het wel zaak snel de weg naar verdere verbetering ervan in te slaan. “De sleutel daarvoor ligt bij transparantie over de kwaliteit van het zorgaanbod”, zegt Kaljouw. “Maar die transparantie bewerkstelligen, is duidelijk nog een worsteling. We zien dat bij de huisartsen, bij de wijkverpleegkundigen, de paramedici, over de hele linie eigenlijk. De zorgverzekeraars willen niet op de stoel van de professionals gaan zitten, maar willen wel graag zorg inkopen op basis van kwaliteit en prijs. Zolang die professionals geen inzicht bieden in hun kwaliteit, is de prijs de enige knop waaraan de zorgverzekeraars kunnen draaien. Ik begrijp dan ook wel waarom ze zelf kwaliteitsstandaarden zijn gaan bedenken.

Daar kunnen zorgaanbieders boos over worden, maar dan zeg ik: doe het dan zelf. Natuurlijk zou het Kwaliteitsinstituut zich met haar doorzettingsmacht ook meer op de eerste lijn kunnen richten, maar het doet nogal wat met een beroepsgroep als kwaliteitsbeleid top down wordt opgelegd. Onze sterke voorkeur is dus dat de beroepsgroepen zelf hun kwaliteit inzichtelijk maken.”

Het Keurmerk Fysiotherapie is een goed voorbeeld van hoe zorgaanbieders zelf aan kwaliteitstransparantie kunnen werken. “En dan willen zorgverzekeraars daar best voor betalen”,

zegt Kaljouw. Ze is ervan overtuigd dat die kwaliteitstransparantie er uiteindelijk over de volle breedte zal komen. De kern is samenwerking, stelt zij. Ze legt uit: “Veel patiënten gaan niet alleen naar de huisarts, maar naar verschillende zorgaanbieders. Als je op basis van die gedachte de belangrijkste doelgroepen beschrijft, kun je op basis van arrangementen multidisciplinair de zorg aan

die doelgroepen gaan leveren, gericht op de behandeluitkomst. Dat legt een zware druk op de beroepsgroepen om de afstemming voor gezamenlijk resultaat belangrijker te vinden dan het individuele belang. Maar het heeft wel meerwaarde voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Dan kun je ook in de bekostiging gaan sturen op uitkomsten en als je dat doet, gaat de wereld er heel anders uitzien. Zeker als je ook nog gaat sturen op gezondheid, op preventie dus.”

Uitdaging voor de NZa

Ziehier het toekomstbeeld en de oplossingsrichting die Kaljouw en Kursten schetsten op Terschelling en die de NZa nu ook heeft vastgelegd in haar eerste marktscan over de eerstelijnszorg. “De reacties zijn wisselend”, zegt Kursten. “Een aantal professionals is heel enthousiast, maar we horen ook reacties als ‘Het gaat nu toch al goed met de huisartsenzorg’, ‘De huisarts heeft het al zo druk’ en ‘Substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn komt al op gang.’” Kaljouw heeft bij

*Multidisciplinaire zorg op basis
van arrangementen en gericht op
de behandeluitkomst*

nen open moeten trekken”



De sleutel voor verbetering van het zorgstelsel ligt volgens Marian Kaljouw en Josefine Kursten van de NZa bij transparantie over de kwaliteit van het zorgaanbod.

dergelijke reacties zo haar bedenkingen. “De huisartsen moeten niet net doen alsof zij als enige partij die versterking van de eerste lijn moeten vormgeven”, zegt ze. “En substitutie van zorg naar de eerste lijn leidt in de ziekenhuizen nog veel te snel tot opvulzorg. Niet alleen de patiënt moet worden verplaatst, maar de professional ook. De medisch specialist moet ook naar de eerste, of zo je wilt anderhalve lijn. De uitdaging hierbij voor de NZa is dat dit aanpassing van de regelgeving en bekostiging vraagt. Daar gaan we ons dus de komende jaren hard voor maken.”

Hoe dan, concreet? “Dat is een zoektocht voor ons”, erkent Kursten. “Integrale geboortezorg is een mooi voorbeeld, het zou een interessante weg zijn om meer van die integrale prestaties te ontwikkelen. ParkinsonNet is ook een mooi voorbeeld, maar het is moeilijk om dat ingeregeld te krijgen in de bekostiging omdat het een kennisnetwerk is voor zorgaanbieders. ParkinsonNet levert zelf geen zorg. Om dit op te lossen

moeten we samenwerken met Zorginstituut Nederland, dat kunnen wij ook niet alleen. Meer in grote lijnen kun je denken aan oplossingen waarbij niet meer per sector wordt ingekocht, maar regionaal. Zoals bijvoorbeeld al gebeurt in oostelijk Noord-Brabant. We willen leren van goede voorbeelden, zoals de Krijtmolenalliantie in Amsterdam Noord, waar de gemeente, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraar samen met de bewoners werken aan verbetering van gezondheid en kwaliteit van leven. Of zoals bij claudicatio, waar door inzet van fysiotherapie veel duurdere zorg in de tweede lijn wordt voorkomen. Dit heeft inmiddels bewezen een goede business case te hebben. Als huisartsen dit goed gebruiken door correct te verwijzen en als de hele keten daar ook op is ingericht, is er een goede basis om te gaan financieren op uitkomsten.”

Kaljouw realiseert zich dat het veel vraagt van de zorgprofessionals om langs deze lijnen de doorontwikkeling van het stelsel mogelijk te maken die de NZa voorstaat. “Ze zullen

echt de gordijnen open moeten trekken”, zegt ze. “Professionele autonomie is voor zorgverleners heel erg belangrijk. Daar heb ik ook begrip voor. Maar het is van groot belang om in te zetten op een multidisciplinaire aanpak om kwaliteit transparant te maken en te sturen op uitkomsten.”



“De opdracht die voor ons ligt is groot en complex, maar samen met het veld kunnen we wel de slag maken van goed naar nog beter”, aldus Marian Kaljouw en Josefien Kursten.

Regionalisering

De bovengenoemde voorbeelden maken duidelijk dat de NZa ruimte ziet voor de ontwikkeling van regionale modellen, waarin samenwerking, kwaliteitstransparantie en uitkomsten de kernbegrippen zijn. Regionalisering van de zorg dus. Hoort daar ook bij dat regionale verschillen mogen bestaan in het aanbod? “Graag zelfs”, zegt Kaljouw enthousiast. “Die regionale verschillen bestaan natuurlijk ook gewoon al. De zorgbehoefte zal in Zeeland echt heel anders zijn dan in de Randstad, dus waarom zou je dan geen ruimte bieden voor

“Ons verhaal is beslist een pleidooi voor maatwerk en couleur locale”

verschillen in aanpak? Onderzoek maar wat het beste recept is voor Rotterdam of Zuid-Limburg en speel daar op in. Als je bijvoorbeeld in Rotterdam meer werk zou maken van gezond gedrag zou je daar aanmerkelijk minder problemen zien dan nu. Ons verhaal is dus beslist een pleidooi voor maatwerk en couleur locale. Wat de ontwikkeling daarvan betekent voor ons en voor de zorgverzekeraars zal een afgeleide moeten zijn van wat het voor de bewoners oplevert. Het zal betekenen dat zorg wordt ingekocht op basis van kwaliteit waarvan de burgers beter worden. Hoe je dat op het gebied van zorginkoop en wet- en regelgeving moet regelen, is daaraan ondergeschikt.”

Juist waar het gaat om werken over de grenzen van zorgsectoren heen, is wet- en regelgeving nu vaak een belemmerende factor, stelt Kursten. “Dat moeten we echt anders gaan regelen”, zegt ze. “En gelukkig zien we ook al dat aanbieders de grenzen van die wet- en regelgeving aan het opzoeken zijn.” Kaljouw: “De contouren van hoe de doorontwikkeling van het stelsel vorm moet krijgen, tekenen zich al af. Hiermee ontken ik niet hoe groot en complex de opdracht is die voor ons ligt. Maar samen met het veld kunnen we wel de slag maken van goed naar nog beter.” <<

*Tekst: Frank van Wijck
Foto's: Ivo Lucas Luijckx*