

Stimuleer juiste zorg en ondersteuning op de juiste plaats voor de juiste burger

Dit blog is een vervolg op een verhaal uit 2016 waarin ik betoog om de zorgverzekeraar 'te bevrijden van de wettelijk taak om landelijk zorg in te kopen'.

Nu, vier jaar verder, zien we een mooie ontwikkeling van aanbodgestuurd landelijk zorgaanbod naar zorg en ondersteuning op maat, regionale samenwerking en meer aandacht voor preventie. Een ontwikkeling naar regionale zorgverzekeraars die nauw samenwerken met gemeenten en professionals.

Sinds 2006 hebben de verzekeraars, op verzoek van de minister (vastgelegd in de Wet Marktordening gezondheidszorg), de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing in de zorg overgenomen. Lang richtten verzekeraars zich vanaf toen op doelmatigheidswinst in het zorgaanbod. De daarbij horende activiteiten betroffen kwaliteitsverbetering, procesoptimalisatie en produktbeheersing in het aanbod en 'activity based costing' van 'zorgstandaarden'. Deskundigen uit het bedrijfsleven werden aangetrokken om deze werkwijze in de zorg te introduceren.

De zorgstandaarden betreffen de interventies zoals professionals die hebben bepaald op basis van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van (para) medisch handelen in de fysiologie van het lichaam, deze standaarden zijn niet ontwikkeld om de zorg te 'prijzen', maar worden nu wel als zodanig door verzekeraar (én het management van aanbieders) gebruikt. De gedachte hier achter is dat het behandelen van een longpatiënt, of een staaroperatie, of het aantrekken van een steunkous in de thuissituatie op dezelfde wijze gemanaged kan worden als het fabriceren van bijvoorbeeld een 'een partij flessen ketchup' of 'het in elkaar zetten van een auto'. Alle zorg is nu georganiseerd in processen, produkten, subprodukten, ketenprodukten en activiteiten, die allemaal (apart) uitonderhandeld worden op prijs en volume. En een ziekte of aandoening wordt op dezelfde wijze bij iedere patiënt met een dergelijke aandoening bekostigd, onafhankelijk van de mogelijkheden of inzet van de patiënt zelf, onafhankelijk van bijvoorbeeld de aan- of afwezigheid van andere aandoeningen of de aan- of afwezigheid van een complexe leefsituatie met laaggeletterdheid, armoede, mantelzorg of thuiszorg. Tot frustratie van de professionals en de patiënt en van de verzekeraars zelf.

Maar dat is dus aan het veranderen.

Steeds meer wordt ingezien dat landelijke organisatie van alle zorg en welzijn onvoldoende effect sorteert. Er wordt teveel met gemiddelden gewerkt en te weinig mogelijkheid geboden om zorg op maat te beden.

Gemeenten hebben sinds enkele jaren een veel belangrijke rol gekregen in het bevorderen van welzijn bij mensen die dat zelf onvoldoende kunnen. Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars ligt voor de hand. In de huidige plannen voor de komende jaren wordt dan ook gehamerd op regionale en lokale organisatie van zorg en ondersteuning met meer aandacht voor preventie, in zowel gedrag van mensen, maar óók in een gezonde omgeving en in toegankelijke dienstverlening voor iedereen. .

Veranderende denkwijze

1. Zorgverzekeraars worden weer meer regionale zorgverzekeraars: zij dekken het risico op zorgkosten die de burger niet kan dragen. Iedereen blijft verplicht verzekerd en iedereen wordt verplicht geaccepteerd, zonder risicoselectie en premiedifferentiatie. Verschillen in voorspelbare risico's worden onderling tussen verzekeraars verevend om risicoselectie en premiedifferentiatie te voorkomen. Daarnaast overleggen zij met gemeenten, professionals van zorg én welzijn , én met burgers om wie het gaat over de juiste zorg en ondersteuning

voor iedereen. Een organisatie dus die het mogelijk maakt dat iedereen zijn of haar eigen optimale gezondheid kan bereiken. Ook als dat betekent dat de één op een andere manier begeleid moet worden dan de ander

2. Niet de zorgverzekeraars zijn initiator van kostenbeheersing, kwaliteitsverbetering, kwaliteitsbewaker en regioregisseur, maar ook gemeenten, zorgaanbieders/professionals en burgers/patiënten dragen daar aan bij. Kosten worden op het niveau van een populatie zichtbaar gemaakt en niet op het niveau van producten. Er wordt gekeken naar gezondheids effecten bij subpopulaties waar in nauwe samenwerking meer gezondheidswinst behaald kan worden.
3. Zorgaanbieders en professionals gaan weer de functioneel omschreven zorg bieden zoals omschreven door het ZIN in de basisverzekering. De huisarts biedt huisartsenzorg en de wijkverpleegkundige biedt wijkverpleegkundige zorg. Ziekenhuizen bieden medisch specialistische zorg die niet bij de huisarts of thuis geboden kan worden.. Er gaat weer zorg terug naar de eerste lijn en naar de gemeente/preventie, zelfzorg. Maar wel in een nieuw en transparant jasje.
4. Aanbieders en professionals omschrijven daartoe zelf de werkwijze en de uitkomsten in termen van medische/paramedische effectiviteit en kwaliteit van leven en maken dat volledig transparant.
5. Naar men aanneemt wordt 30% van de huidige kosten in de zorg bepaald door onnodige zorg, complicaties van goede zorg en door gevolgen van slechte zorg. Complicaties zijn niet altijd te voorkomen, maar onnodige zorg en gevolgen van slechte zorg wel. Er is hier veel over bekend: zowel uit onderzoek als uit intrinsieke kennis van professionals. Niemand wordt er op dit moment voor beloond om deze 30% naar beneden te brengen.
6. Er zijn ontwikkelingen in de financiering in de eerste lijn;
 - a. budget financiering voor huisartsenzorg op basis van een bedrag per bij de huisartspraktijk ingeschreven verzekerde. Dit bedrag wordt verhoogd naarmate er meer onnodige zorg verdwijnt. Een huisarts kan er voor kiezen om alleen noodzakelijke zorgvragen door te verwijzen naar de ziekenhuizen en om samen met andere professionals, inclusief medisch specialist en specialistisch verpleegkundige, en met welzijns professionals veel in de eerste lijn (in en om het huis van de burger) uit te voeren, een huisarts kan er ook voor kiezen om veel (en vaak onnodig) door te verwijzen naar ziekenhuizen. De eerste huisarts krijgt een hoger budget dan de tweede.
 - b. Gemeenten investeren in een sterke eerste lijn en in samenwerking tussen zorg en welzijn. Zonodig investeren zij in multidisciplinaire gezondheidscentra of in samenwerkingsverbanden.
 - c. A en b kunnen ook gecombineerd worden
7. Er worden contracten gesloten tussen aanbieders/professionals en verzekeraar. Deze contracten betreffen niet zozeer een 'inkoopcontract' opgesteld door verzekeraar, maar een gezamenlijk 'contract', mede opgesteld door aanbieders/professionals en het liefst mede ondertekend door lokale gemeenten.
8. In deze contracten kunnen financiële 'prikkel's' worden opgenomen die ertoe leiden dat bij het bieden van goede en betaalbare zorg en ondersteuning in de eerste lijn, professionals geld tot hun beschikking krijgen om te innoveren.