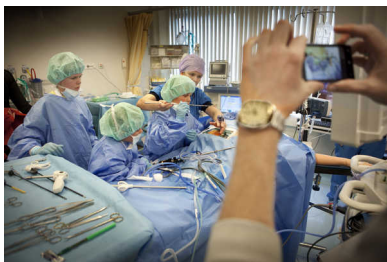


Budgetzorg is van budgetkwaliteit



Jan Smit



Kinderen oefenen een operatie in het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis.

Foto Maarten Hartman/HH

Veel budgetpolissen sluiten academische ziekenhuizen uit, terwijl die vaak de beste resultaten hebben.

JAN W.A. SMIT

Het beperken van de vrije artskeuze is als een medusa, die na te zijn onthoofd in de Eerste Kamer, zich nu lijkt te openbaren in een andere gedaante. In een nieuwe poging dit door kabinet en verzekeraars eendrachtig omarmde voorstel te realiseren, wil de minister nu korting verlenen aan verzekerden, die zich tot gecontracteerde zorgverleners wenden. Dat dit de facto niet anders is dan het vorige, gesneuvelde wetsvoorstel, waarin de verzekerde moest bijbetalen

wanneer deze zich tot niet gecontracteerde verzekeraars zou wenden, lijkt in de wereld van de politiek geen probleem te zijn.

De argumentatie voor het beperken van vrije artskeuze is dat de zorg daarmee goedkoper en beter wordt. De eerste ervaringen met het beperken van vrije artskeuze door verzekeraars wijzen op het tegendeel. Veel verzekeraars hebben de vrije artskeuze al beperkt door het aanbieden van budgetpolissen. Deze goedkope polissen bieden de verzekerde alleen toegang tot zorg in gecontracteerde instellingen. Gaat de verzekerde naar een niet-gecontracteerde instelling dan moet deze bijbetalen; een toegankelijkheidsdrempel is al gelegd. De argumentatie voor deze werkwijze is dat verzekeraars op deze manier kunnen selecteren op goede zorginstellingen.

Goede zorg is door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu gedefinieerd als effectief, tijdig, veilig, efficiënt en toegankelijk. Er bestaat gerede twijfel of verzekeraars deze criteria hanteren bij het contracteren van instellingen. Het feit dat verzekerden met een budgetpolis vaak niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis kunnen, is in ieder geval niet in overeenstemming met het principe van tijdigheid, efficiëntie en toegankelijkheid.

Daarnaast sluiten veel budgetpolissen academische ziekenhuizen of specialistische ziekenhuizen, zoals het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, uit. Juist bij de behandeling van kanker hebben veel academische ziekenhuizen optimale uitkomsten. Als je longkanker hebt, behoren je kansen op overleving in het Radboud-umc tot de beste van Nederland. Senator Duivesteyn, die werd behandeld in een academisch ziekenhuis, ziet de beperking van de vrije artskeuze niet voor niets

als een belemmering van goede zorg en stemde daarom tegen het eerste wetsvoorstel.

Dat de inkoop van zorgverzekeraars niet door kwaliteit, maar vooral door financiële argumenten wordt gestuurd, constateert ook de Nederlandse Zorgautoriteit in de Zorgmonitor 2014. 'Afspraken over kwaliteit, service, innovatie of preventie komen ook aan de orde, maar hebben een lagere prioriteit.' Vreemd is dat niet, want dit is conform het verdienmodel van verzekeraars. Wanneer niet kwaliteit, maar vooral financiële overwegingen een rol spelen, bestaat er een groot risico dat ingekochte budgetzorg ook van budgetkwaliteit is.

Naast het selecteren van zorginstellingen heeft het wetsvoorstel nog een ander gevolg. In het huidige zorgstelsel is het menselijk lichaam ontleed in talloze ziekten. Verzekeraars kunnen behandelingen voor verschillende ziekten in verschillende zorginstellingen contracteren. Voor elk orgaan een ander ziekenhuis.

Veel patiënten met chronische ziekten en kwetsbare ouderen hebben niet één ziekte, maar meerdere aandoeningen die elkaar vaak sterk beïnvloeden. De behandelingen voor deze aandoeningen moeten daarom goed worden gecoördineerd.

Bovendien is een mens meer dan een optelsom van zijn ziekten. In een nieuwe definitie van gezondheid staat niet de afwezigheid van ziekte centraal, maar 'het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.

Gezondheid, en dus ook kwaliteit van zorg, is niet te begrijpen vanuit een verzameling diagnoses. Wel

vanuit een goed gesprek tussen zorgverlener en patiënt. Goede zorg is integrale zorg, waarbij zorgverleners en patiënt samen doelen vaststellen en bespreken wat de beste wijze is om die te bereiken .

gezondheidszorg dus ook.

Wanneer behandelingen van ziekten selectief worden ingekocht, staat niet de integrale gezondheid centraal, maar de tarieven van afzonderlijke behandelingen. Dit leidt tot fragmentatie, met kwalitatief ondermaatse, onveilige en ondoelmatige combinaties van behandelingen tot gevolg. Dit staat haaks op bovenstaande definities van gezondheid en van goede zorg. Suboptimale zorg is niet alleen slecht voor de patiënt, maar zal ook tot meer kosten leiden.

Overigens hoeft goede zorg niet in één ziekenhuis plaats te vinden. Een goede samenwerking tussen zorginstellingen in eerste en tweede lijn leidt bij veel aandoeningen tot goede en kosteneffectieve zorg. Bij de ontwikkeling van deze 'transmurale' zorgtrajecten spelen sommige verzekeraars een belangrijke rol. In het nieuwe wetsvoorstel wil de minister echter strengere regels opleggen voor samenwerking tussen ziekenhuizen in de vorm van fusies. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) onderwerpt de samenwerking tussen zorginstellingen in netwerkverband al aan strenge criteria.

Wanneer overheid, toezichthouders en verzekeraars deze samenwerkingsverbanden, gebaseerd op werkelijke kwaliteit en een integrale benadering van de gezondheid, niet zouden belemmeren, maar ze tot leidend principe zouden maken, wordt iedereen beter: niet alleen de patiënt, maar ook de zorgverlener en de verzekeraar. Dat zal ook de beheersbaarheid van de kosten van de gezondheidszorg ten goede komen, waar het allemaal om begonnen was.

Geluk en welzijn van mensen zijn ondeelbaar. Goede