

Kostenbeheersing in de zorg moet slimmer

Een lange Haagse traditie: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt op het matje geroepen door een streng kijkende minister van Financiën. Waarom stijgen de zorgkosten nou weer? En wat moeten we nu? De zorgminister kijkt schuld bewust, maar weet zelden het antwoord op de hoe-nu-verder-vraag.

De zorg is de enige post op de begroting die de neiging heeft zich als zelfrijzend bakmeel te gedragen. Paradoxaal genoeg is dat niet per se slecht nieuws. We willen meer, we kunnen meer, en we leven langer. Het is een teken van welvaart dat we bereid zijn om meer aan zorg te betalen, en dat we daardoor langer en in betere gezondheid leven.

Pomp (2010) becijferde – met de nodige begrijpelijke voorbehouden – dat de gemiddelde Nederlander gedurende zijn hele leven weliswaar 340.000 euro aan zorg kost, maar daarbij ook minstens 450.000 euro oplevert. Op de beurs krijgt u dit rendement niet, ook zonder corona.

Maar we moeten toch wat – elke euro meer voor de zorg is een euro minder voor iets anders. Het liefst willen we niet lomp bezuinigen, want dat gaat vaak ten koste van kwaliteit of toegang. Ik geef u hierbij mijn top 5 van slimmere kostenbeheersers.

Als eerste is er de instroom in het basispakket. Nederland kent een solidair systeem met een breed basispakket. Dat is een groot goed, maar is het niet onnodig breed? Nieuwe extramurale en dure geneesmiddelen moeten aan allerlei stringente criteria voldoen – waaronder kosteneffectiviteit – om tot het pakket te worden toegelaten, maar medische hulpmiddelen en technologie worden vaak achteloos het pakket ingefietst. Hier valt flinke winst te behalen.

Op twee staan de overbodige verrichtingen in het huidige pakket. Al jaren is bekend dat er veel onnodige verrichtingen worden gedaan in de zorg (zoals amandelen knippen) en dat de praktijkvariatie ongezond groot is. Alleen verandert er nog niet zo veel. Iemand moet een keer op een knop drukken om alarm te slaan, anders blijft het bij goede bedoelingen. Zorgverzekeraar VGZ doet dat. De partijen van het hoofdlijnenakkoord hebben zich, met hun programma *Zorgevaluatie en Gepast Gebruik* nu gecommitted om er werk van te maken (ZE&GG, 2020). Op de implementatieagenda staan ruim honderd onderwerpen over gepast gebruik die geïmplementeerd kunnen worden. Nu maar hopen dat dit een keer lukt, want de winst zal dan groot zijn.

Op drie staat vereenvoudiging van de financiering, want de financiering van ziekenhuizen is veel te complex. Dat is vervelend voor de motivatie van medewerkers en het verspilt ook veel geld. Zorgverzekeraars, ziekenhuizen en toezichthouders moeten veel mensen aanpakken om te zorgen dat het systeem nog een beetje blijft draaien.



MARCEL CANOY

Onderzoeker bij de
Vrije Universiteit Amsterdam, adviseur
van de Autoriteit Consument en Markt
(ACM) en Zorginstituut Nederland.

Vereenvoudiging scheelt niet alleen onnodig papierwerk. Ook dalen de juridische kosten, verminderen de financiële gevolgen van het maken van fouten, komen instellingen minder vaak onnodig in de financiële problemen en stijgt de arbeidsproductiviteit.

Als vierde is er het medische model. Artsen en verpleegkundigen zijn opgeleid om mensen beter te maken. Veel situaties (chronische ziekten, ouderdomsziekten, chronische vermoeidheid of pijn) vragen om een benadering die afwijkt van het medische standaardmodel. Psychologische aanpassing in de sociale context speelt bij de doelgroep een veel grotere rol. Daar is weliswaar steeds meer over bekend, maar dat is nog lang niet altijd staande praktijk. De sociale context belangrijker maken en het medische model naar de achtergrond schuiven levert een prettige zak geld op, omdat het overbodige behandelingen en medicalisering vermindert.

Tot slot is er de leefstijl. Al jaren roept iedereen dat 'preventie' het toverwoord is. Het probleem is alleen dat het voor de doelgroep, voor wie preventie het meeste oplevert, vaak bijzonder moeilijk is om een gezonde leefstijl aan te nemen. Vraag een bijstandsmoeder om minder te roken of gezonder te eten, en je weet dat dit niet vanzelfsprekend zal gaan. En dat ligt niet aan onwil, want het is soms echt lastig.

Gelukkig zijn er nieuwe methoden en technieken voorhanden om deze mensen gericht te ondersteunen. Want door gebruik van *e-health*-technologie en creatieve vormen van beloningen kan ook de moeilijke doelgroep bereikt worden. We zijn er nog lang niet, maar het is op het gebied van leefstijl wel *the only show in town*.

Dit zijn allemaal slimmere vormen van kostenbeheersing dan lompe bezuinigingen: niemand wordt geschaad door het verantwoord verkleinen van het basispakket en het verminderen van onnodige verrichtingen. En van een vereenvoudiging van de financiering wordt iedereen blij. Maar helemaal blij worden we pas als het terugdringen van het medische model en het verbeteren van de leefstijl niet alleen geld oplevert, maar ook gezondheids- en welvaartswinst.

Rest de vraag: waarom zijn deze mooie plannen niet al 'gisteren' uitgerold? Misschien zit daar wel de grootste barrière. In vrijwel alle gevallen zou dit politieke moed en institutionele vernieuwing vergen, en zou het niet zelden ook tegen gevestigde belangen indruisen. Een mooi klusje dus voor de volgende minister(s) van Volksgezondheid.

Literatuur

Pomp, M. (2010) *Een beter Nederland: de gouden eieren van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Balans.

ZE&GG (2020) *Implementatieagenda gepast gebruik*. Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Te vinden op www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl.