

ZORGPRODUCTEN ZONDER SCHOTTEN

Eerste lijn en keten hebben baat bij marktwerking



BEELD: ALAIN DE KRUIJE, HANS OOSTRUM FOTOGRAFIE

Bij meniggen in de eerste lijn maakt de term 'marktwerking' tal van onderbuikgevoelens los. Dat is jammer. Want in de eerste lijn én in de keten kan marktwerking een krachtig mechanisme zijn om goede en doelmatige zorg te realiseren.

MARC BERG
FLORIS SANDERS
WIM SCHELLEKENS

Een goed ontwikkelde eerste lijn is essentieel voor een effectief en veilig zorgstelsel.¹ Een goede eerste lijn houdt niet alleen patiënten uit het ziekenhuis, maar vervult ook een cruciale coördinerende rol. Ze zorgt ervoor dat patiënten de weg vinden in het woud van meer gespecialiseerde zorgaanbieders, dat ze ook de weg terug weer vinden, en dat die meer specialistische zorg op de overige zorg is afgestemd.²

Van de ziekenhuiszorg weten we inmiddels dat de organisatie van de patiëntenzorg te wensen overlaat en dat mede daardoor de zorg niet zo veilig en effectief is als zij dient te zijn. Het 'herstelwerk' dat nodig is om onnodig letsel van patiënten te voorkomen of te verminderen, kost de samenleving jaarlijks miljarden.^{3,4}

Functioneert de eerstelijnszorg beter? Ook daar is de variatie groot. Het handelen van eerstelijns zorgverleners blijkt gemiddeld in 30% van de gevallen niet volgens de aanbevelingen te zijn; hierbij is vooral sprake van onderconsumptie, maar ook wel van overconsumptie.⁵ Bij de afstemming tussen eerste en tweede lijn zijn de resultaten (behandeling chronische aandoeningen, afstemming van medicatie) nog minder goed.^{6,9}

ONDERBUIKGEVOELEN

Het is dus niet vreemd dat de aanstaande stelselwijziging zich ook uitstrekt tot de eerste lijn. Meer marktwerking, onderhandelingen met zorgverzekeraars, nieuwe financieringsstromen: het zijn instrumenten om de schotten tussen eerste en tweede lijn te doorbreken, en om betere prikkels te creëren voor zorg van hoge kwaliteit.

Met name in de eerste lijn echter, maakt de term 'marktwerking' veel onderbuikgevoelens los. Het aanhoudende huisartsentekort en de uniforme standaardcontracten van verzekeraars zijn voor velen het bewijs dat marktwerking een heilloze kreet is. Wij willen deze discussie een stap verder brengen. Marktwerking, mits helder gedefinieerd en goed gereguleerd, kan een heel krachtig mechanisme zijn om goede en doelmatige eerstelijns- en transmurale zorg te realiseren. De kansen hiervoor liggen voor het grijpen - voor aanbieders én voor zorgverzekeraars.

INTEGRALE ZORG

Spreeken over marktwerking is alleen zinvol als duidelijk is waar het in die markt om draait. Zorgaanbieders moeten concurreren op het niveau van zorgproducten: het integrale aanbod op een hulpvraag.¹⁰ De term 'integraal' betekent dat dit aanbod alle professionele activiteiten omvat die bij het afhandelen van de zorgvraag horen: diagnostische testen, verpleegdagen, inzet van professionals, eventuele medicatie. Een eenvoudig voorbeeld is de DBC (het 'product') 'totale heupprothese' als (intramuraal) zorgaanbod voor ernstige heupartrose. Bij aandoeningen als diabetes, hartfalen en CVA, of bij de 24-uurs acute zorg houdt het zorgaanbod niet op bij de grenzen van het ziekenhuis of de eerste lijn. Het concept van een product als integraal aanbod op een hulpvraag verandert echter niet. Dat verschillende organisaties dit aanbod moeten organiseren, maakt de totstandkoming ervan wel

complex. Tegelijkertijd is de patiënt die dergelijke zorg nodig heeft, juist gebaat bij goede integratie en één duidelijk aanspreekpunt.

De aanbieder is er ook bij gebaat om tot een samenhangend zorgaanbod te komen. Door in samenwerkingsverbanden op een doelmatige wijze zorg van hoge kwaliteit te bieden komt de regierol weer terug bij de aanbieders. Ook voor de zorginkoper is één aanspreekpunt om bijvoorbeeld 'diabeteszorg' in te kopen wenselijk. Verzekeraars willen het liefst één loket voor transmurale zorgproducten; het aan elkaar knopen van 'stukjes' diabeteszorg (huisarts, ziekenhuis) tot één geheel door de inkoper vermindert de kwaliteit en drijft de kosten op.

Belangrijk is de definitie van een 'product'. Het gaat niet om 'twee consulten huisarts, één consult internist en twee consulten diabetesverpleegkundige'. Hoe een zorgaanbieder precies een dienst rea-

liseert, is aan die zorgaanbieder zelf. De productdefinitie bestaat uit een indicatie (vastgestelde diabetes) en legt vervolgens zoveel mogelijk gerealiseerde uitkomsten vast: 'goed gecontroleerde diabetes (omschreven in kwaliteitsindicatoren, zie verder)'.

Wie welk onderdeel van de zorg levert en hoe deze zorg is georganiseerd, is aan de inventiviteit van de zorgaanbieders. Een 'product' kan per regio anders worden aangeboden: gecoördineerd vanuit een ziekenhuis, in een speciale zorgunit of anderszins.

HEIDENS KARWEI

Elk product heeft een prijs. Het principe is simpel: in de prijs komen alle kosten tot uitdrukking die de zorgaanbieder heeft gemaakt om het integrale zorgaanbod te realiseren. In de praktijk is dit zelfs binnen één ziekenhuis nog een heidens karwei, omdat de bestaande financiële organisatie is ingesteld op de aanbodfinanciering van weleer. De inefficiënties van het systeem van aanbodfinanciering waren door de onmogelijkheid om helder kosten te traceren eenvoudigweg onzichtbaar, maar treden nu aan het licht.

Voor transmurale zorgproducten is de 'prijs' de optelsom van de kosten in

de delen van de keten. Omdat in 2005 de geldstromen van eerste lijn, ziekenhuiszorg enzovoort nog naast elkaar lopen, is het realiseren van één aanspreekpunt met één prijs voor de hele keten nog een nachtmerrie voor aanbieders én verzekeraar. Vanaf 2006 verandert dit echter. Dan kunnen aanbieders met elkaar uitmaken hoe de gelden worden verdeeld en kan een verzekeraar met één aanspreekpunt zaken doen. Dat betekent dat het efficiënt organiseren van diabetes- of COPD-zorg plotseling lonend kan worden, omdat het voor inkopers én zorgaanbieders aantrekkelijk is om deze grote zorgvolumes efficiënt te 'bedienen'.¹¹

In een gedereguleerde zorgmarkt, ten slotte, zonder WTG, zonder standaard 'kostenvergoeding per normpraktijk', stellen individuele aanbieders hun eigen productprijzen vast, daartoe gestimuleerd door de zorginkoper voor wie 'doelmatigheid' cruciaal is. Zo'n markt

De kansen liggen voor het oprapen, zowel voor aanbieders als verzekeraars

is ook voor aanbieders aantrekkelijk: zij organiseren zelf samenwerkingsverbanden, zijn zelf de regisseur, en worden zo voor het eerst echt zelfstandige ondernemers. Zo'n zorgmarkt is er vanzelfsprekend niet van vandaag op morgen. Zorgvuldigheid en daadkracht (bij overheid, verzekeraars maar ook andere partijen) zijn nodig om te grote schokken in prijs, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te voorkomen.

PRESTATIE-INDICATOREN

Alle nachtmerriescenario's over 'de zorg als markt' worden bewaarheid als goede informatie over de geleverde kwaliteit ontbreekt. Een goedkope heupprothese hoeft immers geen goede prothese te zijn. Om intramurale zorgaanbieders te kunnen vergelijken, ontwikkelen de Orde van Medisch Specialisten en het CBO (voor patiëntveiligheid en effectiviteit) en het NIVEL en de Universiteit van Amsterdam (voor patiëntgerichtheid) prestatie-indicatoren voor de Blijst DBC's.¹²

De combinatie van transparantie over prijs en kwaliteit is krachtig. Nu al is duidelijk dat er grote prijsverschillen zijn tussen ziekenhuizen.¹³ Als we ook de kwaliteitsinformatie hebben, krijgen we inzicht in de prijs-kwaliteitver- >>

<< houding van een zorgproduct. Grote verschillen in prijs-kwaliteitverhouding zullen in de media breed worden uitgemeten, en niet worden geaccepteerd door verzekeraars en patiënten. Het publiek maken van dergelijke gegevens geeft een krachtige impuls voor zorgaanbieders om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren.^{14 15}

Voor transmurale zorg geldt hetzelfde. Goede zorguitkomsten voor CVA of diabetes worden niet in een onderdeel van de keten gerealiseerd, maar in de keten als geheel. Het heeft weinig zin om aan ziekenhuizen te vragen hoe goed zij voor hun diabetes- of CVA-patiënten zorgen: als de keten niet goed is geregeld, is het eindresultaat bedroevend. We weten inmiddels dat goed georganiseerde ketenzorg kwalitatief veel beter én veel efficiënter is. Het werken met

onderzoek (laboratorium, radiologie) en preventieve activiteiten. Marktwerking zoals hierboven gespecificeerd kan dan ook voor deze zorg leiden tot doelmatigheid en hoge kwaliteit.

De individuele aanbieder (een eerstelijnscentrum of een huisarts die aanvullend personeel inhuurt) stelt ook hier idealiter zelf de prijs voor dit product vast. Zo wordt ook de eerstelijnsaanbieder gestimuleerd om doelmatig te werken: onnodig onderzoek en voorschrijven leiden immers tot hogere kosten.

Een abonnementstarief (door de individuele aanbieder vast te stellen!) ligt hier voor de hand. Dit is ook realiseerbaar, zelfs bij een restitutieverzekering,

Een door de individuele aanbieder vast te stellen abonnementstarief ligt voor de hand

prijs-kwaliteitverhoudingen van CVA- of diabeteszorg van (al dan niet goed georganiseerde) ketens van aanbieders zal ongetwijfeld grote (en pijnlijke) verschillen aan het licht brengen. Tegelijkertijd is het inzichtelijk maken van prijs-kwaliteitverhoudingen een zegen voor die aanbieders die al jaren hun ketenzorg wél goed op orde hebben. Nu nog uit idealisme; straks ook uit zakelijke overwegingen.¹⁶

STURENDE FACTOR

Spreken over 'zorgproducten' in de eerste lijn gaat goed als het gaat om grote aantallen patiënten, waarvoor het definiëren van het product mogelijk is. Voor de overige eerstelijnsstaken moet worden gewaakt voor een verdere uitsplitsing in zorgproducten. Een goed functionerende eerste lijn kenmerkt zich door een integrale en op preventie gerichte aanpak van patiëntenproblemen. Deze zijn vaak niet helder in precieze 'diagnoses' te vertalen, laat staan in eenduidige 'producten'. Het in detail in zorgproducten uitwerken van het eerstelijnsaanbod zou bovendien veel administratief werk vergen, dat moeilijk controleerbaar is.

Eenvoudiger is het om deze 'overige eerstelijnszorg' zelf als 'dienst' of 'product' te definiëren: geïntegreerde eerstelijnszorg, inclusief medicatie, aanvullend

omdat eerstelijnszorg onderdeel is van de basisverzekering en omdat patiënten vanwege de poortwachterfunctie bij een eerstelijnsaanbieder moeten zijn ingeschreven.¹⁷

Door goede prestatie-indicatoren op te stellen voor dit 'integrale eerstelijnszorgproduct' kan ook hier de prijs-kwaliteitverhouding een sturende factor worden. Bijvoorbeeld:^{18 19}

- percentage gescreende patiënten voor cervixkanker, depressie;
- percentage gevolgde (delen van) NHG-standaarden;
- percentage doorverwijzingen naar tweede lijn dat niet in een DBC resulteert;
- patiëntgerichtheid (patiëntenervaringen met toegankelijkheid, visites, informatie en communicatie, gemeten met enquêtes).

RANDVOORWAARDEN

Zorgaanbieders hebben de kans om het heft in eigen handen te nemen, en deze kans voor goede en doelmatige zorg met beide handen te grijpen. Daarbij zijn enkele randvoorwaarden van belang.

Ten eerste zal de minister vanaf 2006 de zorgfinanciering daadwerkelijk moeten loskoppelen van de afzonderlijke zorgsectoren. Een verzekerde heeft recht op diabeteszorg zonder dat vaststaat dat

die zorg door een huisarts of door een ziekenhuis dient te worden geleverd. Het zo weghalen van de schotten in de keten is een van de belangrijkste stappen op weg naar een beter presterend zorgstelsel - zowel qua kwaliteit als qua doelmatigheid.

Om dezelfde reden zal de CTG/Zorgautoriteit i.o. de productdefinitie los van de sectoren moeten definiëren. Dit is even wennen voor een organisatie die helemaal rondom de sectorspecifieke financiering is opgebouwd, maar het is een conditio sine qua non voor dit essentiële onderdeel van de stelselwijziging.

Ten derde zijn landelijk uniforme, publieke kwaliteitsindicatoren op productniveau essentieel. In de ziekenhuiszorg hebben aanbieders inmiddels zelf het heft in handen genomen om samen met consumenten, inkopers en toezichthouders deze productinformatie te definiëren en te leveren. Dit is van eminent belang voor de aanbieders: zij voorkomen hiermee dat er een markt ontstaat die alleen over 'kosten' gaat, en zij houden daarmee greep op de invulling van hun eigen vak. De productdefinitie beschrijven immers de gewenste uitkomsten van een zorginterventie - hetgeen nauw is verweven met de selectie van prestatie-indicatoren.

Professionals en instellingen moeten dan erkennen dat niet alle aanbieders bovengemiddeld goed zijn. Zonder prestatie-indicatoren die een onderscheid aanbrenge, is het realiseren van een krachtige en doelmatige eerste lijn onmogelijk. Beroepsgroepen die hierin een regierol willen, zullen - net als de medisch specialisten hebben gedaan - zelf het voortouw moeten nemen in het realiseren en het publiek presenteren van deze informatie.

Zorgverzekeraars - ten vierde - kunnen een belangrijke rol spelen door bovenstaande producten alleen als geheel in te kopen, en niet 'partjes' bij verschillende leveranciers af te nemen om die vervolgens zelf aan elkaar te knopen. Dan zou de verzekeraar zelf de grootste veroorzaker worden van het mislukken

van de markt in de transmurale zorg. Door scherp op de prijs-kwaliteitverhouding te letten bij de zorginkoop geeft de verzekeraar op zijn beurt een impuls aan zorgaanbieders om de prijs-kwaliteitverhouding steeds te verbeteren.

Ten slotte dient de overheid de vaste tariefstelling los te laten. Marktwerking werkt pas echt als aanbieders zelf prijzen kunnen vaststellen en elkaar dus kunnen beconcurreren op de prijs-kwaliteitverhouding. Daarvan is nu geen sprake omdat de overheid bang is voor stijgende prijzen, en andersom professionals en instellingen bang zijn voor niet meer gegarandeerde inkomsten.

BELONING

De vrees het gegarandeerde inkomen te verliezen is reëel, maar onlosmakelijk verbonden met de wens van de beroepsgroep om als 'ondernemend' te worden gehonoreerd. Bij bovengemiddelde prestaties hoort een goede beloning; maar bij prestaties onder het gemiddelde hoort geen door de overheid of verzekeraar gegarandeerd (top)inkomen. Het schaarsteargument berust op een cirkelredenering. De vrees voor prijsstijgingen wordt gevoed door een gepercipieerde schaarste, die het gevolg is van een decennialang gevoerd beleid van aanbodregulering. Door vrij te laten hoe en door wie eerstelijnszorg wordt verzorgd, wordt concurrentie ook in de eerste lijn een veel reëler scenario. Dat dempt uiteindelijk de kans dat er grote prijsstijgingen gaan optreden. De huidige, veelal suboptimale en inefficiënte werkwijzen zijn ook kostenverhogend. Een zorgstelsel dat wordt gefinancierd op zorguitkomsten zal in zijn geheel tenderen naar een verschuiving naar die zorgvormen die optimaal efficiënt zijn. De huidige compartimentering van de kosten van eerste- en tweedelijns zorg valt immers deels weg, waardoor inefficiënties aan beide zijden van de schotten uit het systeem kunnen worden gehaald.

Als overgangsregeling kan worden gewerkt met een geleidelijk toenemende bandbreedte van prijzen voor eerstelijns en transmurale zorgproducten. Hierdoor wordt ook te snel dalen van de prijzen tegengegaan, wat met name de bestaande zorgaanbieders kan helpen om de transitie naar een omgeving met meer marktprikkels te maken.

De effectiviteits- én efficiencywinst die in de huidige zorg te behalen is, is groot. Competitie op het niveau van

SAMENVATTING

- *Het huidige aanbodsgestuurde zorgstelsel is ook in de eerstelijns- en transmurale zorg verantwoordelijk voor ondoelmatige en suboptimale kwaliteit. Marktwerking kan tot doelmatige en hoge kwaliteit zorg leiden, mits aan enkele randvoorwaarden is voldaan.*
- *Concurrentie moet gaan over datgene waar de patiënt voor komt: een integraal zorgaanbod op zijn zorgvraag (diabeteszorg, CVA-zorg, 'overige eerstelijnszorg'). Dit zorgaanbod staat los van institutionele grenzen en omvat de professionele activiteiten die bij het afhandelen van de zorgvraag horen.*
- *Het product moet een transparante prijs hebben en de patiënt/zorginkoper moet één aanspreekpunt voor het product hebben.*
- *De geleverde kwaliteit moet transparant en vergelijkbaar zijn, zodat aanbieders op prijs/kwaliteitverhouding zijn te vergelijken.*
- *Aanbieders, verzekeraars en overheid hebben allemaal een verantwoordelijkheid in het realiseren van deze randvoorwaarden.*

De bij dit artikel behorende literatuurlijst vindt u via www.medisch-contact.nl/dezeweek.

prijs-kwaliteitverhoudingen van producten is dé manier om de inventiviteit van aanbieders maximaal te prikkelen, en deze winsten ook echt te incasseren. De uitdaging is aan u! ■

prof. dr. M. Berg,
arts, hoogleraar sociaal-medische wetenschappen instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG),
Erasmus MC Rotterdam

F.B.M. Sanders,
voorzitter Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

W.M.L.C.M. Schellekens,
arts, algemeen directeur Kwaliteitsinstituut voor de
Gezondheidszorg CBO, Utrecht

Correspondentieadres: prof. dr. M. Berg, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

VELDWERK

Tompoezen



Hoofdpijndossiers.
Wie heeft ze niet?
Ogenschijnlijk is er
niet zoveel bijzonders
aan de hand, maar

dan blijken gebruikelijke oplossingsstrategieën als diagnosticeren, interveniëren, faseren, structureren, niet afdoende. Zaken pakken verkeerd uit, flankerende acties mislukken, details worden hoofdzaken. De wet van Murphy (wat mis kan gaan, gaat mis) slaat toe. Het dossier wordt te dik. Kortom: de klad komt er definitief in.

Ik kan zo vijf casussen bedenken: een oudere mevrouw die niet kan werken (een volledige WAO 80/100%) maar dat juist erg graag wil (niet uit te leggen aan betrokkene). Een vijftiger die last heeft van wanen, maar elke vorm van therapie afwijst (een regelrechte ramp voor zijn afdeling en familie). Een jonge workaholic die ten onder gaat aan zijn eigen ego en 'drive' (regelrecht op weg naar een definitieve vastloper). Een boerenslimme medewerkster die heel goed zou kunnen werken, maar dat in het geheel niet van plan is te doen (een nagel aan je doodskist). Een borderliner met een paniekstoornis waar geen land mee te bezeilen valt.

Ze geven aanleiding tot maagen hoofdpijn, uitstel en ontwikkelgedrag, gekreun en gesteun. Het houdt je uit de slaap en bezorgt je een slecht humeur. Het zijn net tompoezen: als je erin wilt happen, spuit het alle kanten uit en veroorzaakt het alleen maar meer rommel.

Vandaag had ik er weer een. Onder het motto van de gouden wissel dacht ik slim te zijn en deze door te sluizen naar mijn collega. Want zoals je eraan komt, kom je er toch ook weer af? Aan het eind van de middag lag het dossier weer keurig in mijn vakje. Succes, sterkte en houdt moed, waren haar hartelijke groeten. Ik kon haar geen ongelijk geven. ■

Dolf Algra

de bedrijfsarts