

Online gepubliceerd ter inzage

Agenda:

- Welkom, korte terugblik op aanloop naar deze meeting, kort voorstelrondje
- Het [WRR-rapport](#) (zie hier [de samenvatting](#) en [het hele rapport](#))
 - Welke dingen vallen op? En wat wordt er *niet* genoemd dat wel genoemd zou moeten worden?
 - Ingezoomd op de aanbeveling “Onderzoek de kosteneffectiviteit van bestaande zorg in alle sectoren en stop met vergoeden van niet-passende zorg.” Dat klinkt zo mooi en logisch, maar waarom blijkt dat zo moeilijk? Hoe zorgen we ervoor dat niet-passende zorg écht wordt teruggedrongen? Kunnen wij daar vanuit het Netwerk een bijdrage aan leveren?
- Afronding, korte feedback en afsluiting

Verslag:

Het onlangs verschenen WRR-rapport heeft hoorbaar, en terecht, de noodklok geluid. Als we op de huidige voet verder gaan is de zorg in de nabije toekomst niet langer werkbaar en betaalbaar. Het rapport beschrijft de nodige acties echter erg hoog-over; de suggesties die worden gedaan zijn nog zodanig vrijblijvend dat je het er wel mee eens moet zijn. Waarschijnlijk durft men de vingers nog niet te branden aan concretere voorstellen.

Maar lastige keuzes moeten worden gemaakt. De zorg móét zinniger en doelmatiger worden, anders worden de keuzes steeds pijnlijker en kosten (waaronder eigen bijdrages) steeds hoger.

Zinniger en doelmatiger zorg; hoe zorgen we daarvoor? Bewezen effectieve zorg moet aangemoedigd, bewezen niet-effectieve zorg moet niet meer worden toegepast. Dat is duidelijk. Maar dat grijze gebied ertussen, daar is zorgevaluatie voor nodig. Evaluatie die gevolgd wordt door implementatie van de uitkomsten. Het Doen of laten? programma helpt bij implementatie van die uitkomsten door verschillende strategieën in te zetten, al is het stoppen van vergoeding daar nog niet gebruikt als strategie. Bovendien zijn er nog zoveel meer prikkels om zorg te leveren: het verzoek van de patiënt, angst voor een klacht, de invloed van de farmaceutische industrie, gebrek aan tijd voor een goed gesprek, etc. Er zijn dus veel meer barrières dan alleen vergoeding.

Een andere interessante ‘rem’ op de zorg zijn zogeheten drempels die de verzekeraar kan opwerpen, zoals bijbetalingen, machtigingen, het niet inkopen van zorg of het niet overal in het land aanbieden van dezelfde zorg (concentratie). Ook zulke drempels komen niet terug in het WRR-rapport, wat een voorbeeld is van het gebrek aan concrete suggesties. Wat verwacht men van patiënt of zorgverlener? Welke acties kunnen zij uitvoeren om bij te dragen aan zinniger zorg? Of is er een stelselwijziging nodig? Zou het bijvoorbeeld een idee zijn om de ouderenzorg, die zo versnipperd raakt door toenemende comorbiditeit, onder te brengen onder één dak, zoals Medicare in de VS? Het is misschien niet de oplossing, maar de optie wordt niet verkend.

Daardoor blijft de vraag wie nu zijn vingers moet gaan branden aan de nodige keuzes en verandering. Vooralsnog durft (bijna) niemand dat nog, vermoedelijk omdat je met keuzes bepaalde groepen mensen of patiënten al snel lijkt te benadelen en daar wordt al snel schande van gesproken. De oproep tot het maken van keuzes lijkt daarom meest aan de zorgverleners gericht te zijn, maar die zitten zelf tussen alle eerder genoemde prikkels. Dat maakt het zo’n ingewikkeld vraagstuk. Partijen lijken elkaar in de greep te houden; we moeten daarom meer de handen in elkaar schuiven.

Goed aan het rapport is in die zin zeker dat ook wordt opgeroepen om burgers meer te betrekken en van de huidige (nood)situatie bewust te maken. Zij zijn de laatste decennia vooral opgevoed met wat er allemaal kan: er is steeds meer diagnostiek en behandeling mogelijk. Maar de discussie over kosten (behalve die van peperdure weesgeneesmiddelen) is er op maatschappelijk vlak nog nauwelijks. En als patiënt vind je natuurlijk altijd dat jij degene bent met recht op zorg, in die situatie zul je niet snel denken aan andere patiënten die uit hetzelfde budget óók zorg willen. Zorgverzekeraars zouden daar ook dapperder kunnen worden, door bijvoorbeeld voorwaardelijke toelatingen van twijfelachtig nuttige zorg. Dat straalt ook uit dat niet alles 'zomaar' kan en vergoed wordt. Een risico is echter dat daardoor de indruk kan worden gewekt dat de verzekeraar 'op de stoel van de dokter' gaat zitten, zeker als de media aan de hand van een patiëntverhaal beschrijven wat de keerzijde is van beperkte vergoeding. Verzekeraars hebben in de publieke opinie weinig credit, veel minder dan zorgverlener en patiënt.

De verzekeraar zou daarnaast ook minder zorg kunnen inkopen bij een zorgaanbieder, maar discussies over volumes zijn moeilijk en tijdrovend. De zorginstelling kan suggereren dat de patiënt anders voor diezelfde zorg wel naar een andere instelling gaat. Bovendien staan de overleggen nog te veel in het teken van het vooraf beoogde budget, waardoor het al snel een kwestie wordt van 'een onsje van dit eraf betekent een onsje van dit erbij'. Er zou daarom meer aandacht moeten komen voor langetermijnafspraken, waarbij het budget voor de zorginstelling gegarandeerd wordt op net iets minder dan 100%, en de discussie verlegd kan worden naar wat nu echt zinvolle zorg is. Die gesprekken zouden idealiter worden gevoerd door verzekeraar, zorgverlener én patiënt. Bij deze acties is wel van belang dat zorgverzekeraars elkaar ook onderling steunen, om de succesansen te vergroten.

Zorgverleners en -instellingen zijn echter ook zelf aan zet. Maar dan moeten zij wel rugdekking krijgen van de andere partijen, niet alleen van verzekeraars maar ook van overheid en andere beleidsorganen. De verandering moet samen, hand in hand gaan: we hebben allemaal een stukje van de puzzel in handen, en die puzzel kunnen we dus ook alleen samen leggen.

In deze mooie metafoor ligt echter een bekend risico: het moet niet te hoog-over worden. Dat was juist de kritiek aan het begin van deze meeting; we moeten het concreet gaan maken.

Hoe, daar gaan we de volgende keer mee verder. Er komen alvast enkele suggesties ter tafel:

- Samenwerking tussen partijen is inderdaad nodig om verandering mogelijk te maken, maar het kan niet vrijblijvend zijn. Partijen moeten ervoor zorgen dat ze elkaar kunnen aanspreken als het nodig is, daar moeten afspraken voor komen. Wat dat betreft is het ook belangrijk om stil te staan bij de vraag of/waar de regie en doorzettingsmacht zou moeten liggen. Bij zorgevaluatie is [ZE&GG](#) in the lead; daar nodigen we iemand van uit om tijdens een volgende meeting over dit thema (en hoe/wie dat zou moeten doorzetten) verder te praten.
- Wat ook zou helpen is om een goede, algemeen gedragen definitie van 'zinnige zorg' of 'gepast gebruik' te formuleren. Iedereen gebruikt nu nog andere termen en andere definities. Als we als professionals meer dezelfde taal spreken kunnen we er ook concretere actie aan verbinden.
- En tot slot: De ernst/urgentie van de situatie lijkt duidelijk voor mensen die zich dagelijks met dit thema bezig houden, maar lijkt bij naaste collega's nog niet zo gevoeld te worden. We spreken daarom af deze urgentie waar mogelijk over te brengen en uit te dragen. Naar onze collega's maar ook daarbuiten; het moet ook meer in het maatschappelijke debat terechtkomen.

En met die vooruitblik op de volgende editie sluiten we de meeting af, een ieder wordt bedankt voor de enthousiaste inbreng. We kijken uit naar het vervolg.