

De mens als inspiratiebron van zorg

Tilburgse wetenschappers en een
zorgverzekeraar over toekomst van de zorg

Een menslievende zorg voor actieve en goed geïnformeerde burgers in de best denkbare markt. Het is een helder toekomstbeeld dat vier Tilburgse zorgexperts geven. Ze analyseren de hindernissen op weg naar dat toekomstbeeld. Die hindernissen variëren van groeiverslaafde ziekenhuizen tot dure nieuwe medische technieken en patiënten die wel veel keuzes ambiëren, maar niet automatisch een gezonde leefstijl kiezen.

Door Ellie Smolenaars

"Utopieën zijn gevaarlijk, dat weet u?" reageert Wim van der Meeren van zorgverzekeraar CZ, expliciet gevraagd naar zijn utopie voor de toekomst van de zorg in het jaar 2050. Om meteen enthousiast te vervolgen met de woordenstroom: "Als ik mag dromen, dan moet de zorg uiteindelijk gericht zijn op de kwaliteit van leven. Het moet een aanbod zijn door mensen die er verstand van hebben. Zo dicht mogelijk bij de patiënten, patiënten zijn minder object en meer partner. De zorgverlener is de

coach voor de patiënt." Ook voor Casper van Ewijk staat de mens centraal. Van Ewijk, directeur van het op de Tilburgse campus gevestigde Netspar, het Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement, in antwoord op de utopische vraag: "De zorg is van hoog niveau. Aandacht voor preventie en leefstijl zorgen voor gelijke kansen op een goede gezondheid voor iedereen. Nederland kent een gezonde bevolking met eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid. In de

participatiesamenleving is er zorg voor elkaar. De kinderen wonen niet altijd dichtbij. Internet helpt om mensen langer betrokken te houden bij de samenleving en zorg voor elkaar te regelen." Het gaat om, zo concludeert de co-auteur van de publicatie 'Toekomst van de Zorg' van het Centraal Planbureau: "Actief oud worden en sociaal actief blijven."

Menslievende zorg voor actieve mensen gaat om gezondheid en ziekte. Om andere verhoudingen

tussen burgers en zorgverleners en een andere organisatie van vraag en aanbod. De vraag is welk systeem van zorg daarbij past en hoe we dat organiseren. Hoe blijven de kosten onder controle? En welke kennis is daarover beschikbaar?

ANDERE WEGEN: PREVENTIE EN COMPLEMENTAIRE GENEESWIJZEN

"In een bestendig zorgstelsel wordt gezondheidszorg net zo serieus genomen als ziekenzorg", schrijft zorg econoom Peter Kooreman in een opiniërend artikel. Kooreman, verbonden aan de Tilburg School of Economics & Management (TiSEM) en aan Netspar, besteedt in zijn onderzoek aandacht aan die bredere definities van zorg. Het gaat hem om preventie, gezonde leefstijlen, informatie en complementaire geneeswijzen. Hij is geïnteresseerd in een verandering van gedrag en bewustzijn van zorggebruikers en zorgverleners. Zo zijn er huisartsenpraktijken die ook complementaire geneeswijzen aanbieden, zoals acupunctuur. Op basis van data van de Haagse verzekeraar Azivo publiceerde Kooreman met Erik Baars in de *European Journal of Health Economics* een vergelijking tussen huisartsen zonder en huisartsen met kennis van complementaire geneeswijzen. Complementaire geneeswijzen kunnen kosten besparen, zo luidt de conclusie.

Huisartsen met reguliere en complementaire geneeswijzen leveren zorg tegen lagere kosten, gemiddeld 140 euro per jaar per patiënt. De econoom pleit voor meer onderzoek om ook de complementaire geneeswijzen *evidence-based* te maken. Nederland staat nog overwegend afwijzend tegenover complementaire geneeswijzen, in tegenstelling tot landen als Duitsland, Zwitserland en de Verenigde Staten.

Zorgverzekeraar CZ ondervond die afwijzende sfeer en had herfst 2013 de twijfelachtige eer samen met de vier andere grote zorgverzekeraars de Meester Kackadorisprijs te ontvangen. De Vereniging tegen de Kwakzalverij vindt de houding van de verzekeraars jegens de accreditatie van opleidingen voor alternatieve geneeswijzen te makkelijk. Volgens Wim van der Meeren is er onder CZ-verzekerden een grote vraag naar alternatieve geneeswijzen.

Het gaat om actief oud worden en sociaal actief blijven

LEEFSTIJL EN RISICO

Risicoperceptie is een ander onderzoeksthema van zorg econoom Peter Kooreman. Hoe schatten mensen hun risico's in? Die

vraag is van belang om de vraag naar en het daadwerkelijk gebruik van preventieve zorg in te schatten, bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek naar borst- of darmkanker. Risicoperceptie is een goede voorspeller van gebruik van preventieve zorg. Burgers blijken hun risico op ziekte vaak fout in te schatten. Hoger opgeleiden doen het iets beter en laten ook hun gedrag beïnvloeden door hun kansen in te schatten.

"Veel ziekte in Nederland is te voorkomen door leefstijlverandering", licht Kooreman toe. "Goede informatie over gezondheidsrisico's is daarom belangrijk. Toch is informatie alleen vaak niet genoeg om gezond gedrag aan te moedigen. Naast het geven van betere informatie, is ook een hogere BTW op ongezonde producten nodig, zoals producten met veel vet, zout en suiker."

Zou de zorg meer moeten inzetten op preventie, op verandering van leefstijlen? Hoe denkt zorgverzekeraar CZ daarover? Wim van der Meeren reageert sceptisch: "Onze verzekerden willen over leefstijlveranderingen van ons niets horen. En eigen-schuld-dikke-bult-polissen, zoals ik ze noem, daar blijven wij ver van. Iemand die drinkt of rookt meer premie laten betalen? Zijn dan na de drinkers en de rokers de mensen met een slecht huwelijk en stress op

hun werk aan de beurt? Nee, daar staan wij niet achter. Een collectieve aanpak wil wel eens helpen. Bijvoorbeeld via de werkgever, bij vrachtwagenschauffeurs een dieet-coach of bewegingscoach."

Bij de complementaire geneeswijzen gaat het om relatief goedkope vormen van zorg. De bespaarde 140 euro per jaar die Kooreman per patiënt berekende lijkt op het eerste oog in het niet te vallen vergeleken bij de miljoenen voor protonenbehandelingen en dure medicijnen. Het zijn afwegingen die elke keer weer spelen. Geven we de schaarse middelen uit aan deze patiënt? Of aan die patiënt? Doen we iets kleins voor veel patiënten, of iets duurs voor enkele? Econoom Jan Boone is op zoek naar een optimum. De hoogleraar aan de Tilburg School of Economics & Management verwierf in 2008 een Vici-subsidie van NWO voor zijn onderzoek '*Competition in health care markets*'.

DE MENSELIJKE GEZONDHEID IN QUALY'S

Hoe kun je de markt zo inrichten dat je een kosten-baten-optimum bereikt? Een klassieke economische vraag en niet eenvoudig te beantwoorden. Economen maken bij de berekening van het optimum steeds vaker gebruik van *quality's*. *Quality* staat voor *quality adjusted life years* en is een maat die gezondheidswinst uitdrukt in gezondheid-gewogen levensjaren.

In Nederland levert één gezond levensjaar 80.000 euro op. De expert marktwerking in de zorg legt het uit aan de hand van een knie-operatie. Bij een 40-jarige levert een knie-operatie veel gezondheidswinst op. Bij een 90-jarige is het de vraag of de kosten en de moeite van de operatie opwegen tegen de gezondheidswinst. "Natuurlijk", zegt Boone, zich bewust van hoe dit overkomt op de burger, "is het een andere vraag als het om je oma gaat. *Quality's* zijn niet leuk, maar noodzakelijk. Ook zonder *quality's* worden nu al, impliciet, dergelijke beslissingen elke dag genomen."

Informatie alleen is niet genoeg om gezond gedrag aan te moedigen

In het Verenigd Koninkrijk wordt al veel meer met *quality's* gerekend. Ook in Nederland gaat de trend richting meer kosteneffectiviteit. Econoom Boone: "*Quality's* kunnen verbetering brengen omdat het mogelijk wordt gezondheidswinst te meten. De markt moet beter gaan werken. "Tot nu toe heeft de marktwerking nog niet aantoonbaar bijgedragen aan gepaster gebruik van de zorg." Zijn *quality's* noodzakelijk? Ja,

antwoorden de wetenschappers Kooreman en Van Ewijk en ze zijn hierin onverbiddelijker dan de verzekeraar. Netspar-directeur Casper van Ewijk vindt ze onmisbaar om de in het regeerakkoord beloofde kosteneffectiviteit te berekenen. Maar hij erkent ook dat het lastig te verankeren is in de zorg. Met als voorbeeld de dure, levensreddende medicijnen bij de ziekten van Pompe en Fabry.

Zorgverzekeraar Wim van der Meeren is het niet helemaal eens met de wetenschappers. De geneesmiddelen voor de ziektes van Pompe en Fabry moeten van hem gewoon worden vergoed. "Het is duur, maar je mag het niet per jaar berekenen. Daarvoor is het een verzekering. Bij een huisverzekering je ook niet de deurklink. Maar een brand."

BEHANDELING VAN GROEIVERSLAVING

Wartoe zou een econoom de verzekeraar anno 2013 aanmoedigen? Casper van Ewijk: "Verzekeraars hebben een taak in kostenbeheersing en kwaliteit. Beide zijn nodig voor een houdbaar zorgstelsel." "Daarin heeft hij helemaal gelijk", reageert Van der Meeren van CZ. "Beter kwaliteit hoeft niet duurder te zijn. Juist als je het verprutst leidt dat tot heel veel kosten." Het lastigste zijn wat hij noemt 'de gevestigde belangen'.



Zorgnet

Met Zorgnet van Thebe | Thuiszorg kunnen cliënten 24 uur per dag een beeldverbinding hebben met een verpleegkundige. Zo is persoonlijk contact mogelijk, alsof de verpleegkundige op bezoek komt.



"Ik gebruik vijf keer per dag het beeldbelsysteem; zo is er altijd verpleegkundige hulp stand-by voor als ik een hypo krijg. Dat geeft rust, ook voor mijn familie." *Bart van Dongen*

Betere kwaliteit hoeft niet duurder te zijn

Ziekenhuizen noemt hij 'groei-verslaafd'. Zorgverleners hebben belang bij het doen, niet bij het niet-doen, of het slim-doen. Hij noemt het voorbeeld van een vrouw met pijn in haar heup die een nieuw heup krijgt. "De specialist vindt het technisch fantastisch geslaagd. Maar de vraag moet

natuurlijk zijn: heeft de vrouw nog pijn? Kan zij beter bewegen?"

Het brengt de verzekeraar op zijn standpunt dat zorg 'soms matig en juist niet maximaal' moet zijn. Van der Meeren: "Ik zeg altijd: baat het niet, het schaadt altijd. Als het niet baat, dan moet je het niet doen." Daarom is betere zorg soms goedkopere zorg, minder zorg. "We geven nu 5.000 euro per inwoner aan zorg uit per jaar, van zuigeling tot oudere. Het is een koekoeksjong dat andere uitgaven eruit knikkert."

Econoom Boone rekende voor dat met name aan het einde van het leven de zorg lage en zelfs negatieve opbrengsten heeft. Dit volgens onderzoek onder patiënten en artsen van verpleeghuizen. Het is overbehandeling, ook volgens de patiënten zelf. Wim van der Meeren: "Ziekenhuizen zijn gericht op genezing en dan is overlijden een falen. Maar het gaat om niet-ontijdig overlijden en niet eindeloos rekken. Het gaat om de kwaliteit van leven." ■

Korte karakteristiek van de Nederlandse zorg

Historisch gezien staat in de zorg ziekte centraal: bestrijding van ziekte en opvang van zieken. De zorg van de 21e eeuw gaat verder en draait steeds meer om gezondheid. Ook preventie, leefstijl, beweging, en informatievoorziening behoren ertoe. En gezondheidswinst.

Twee trends zijn cruciaal: de voortschrijdende medische technologie en de mondiger wordende burger. Medische technologie maakt steeds meer mogelijk. Steeds opnieuw moeten er keuzes gemaakt worden als we de kosten willen beheersen. De mondiger burger is kritisch over de zorg en kijkt zelfs over de landsgrenzen heen.

Nederland staat er anno 2013 redelijk goed voor met een breed en collectief zorgpakket. Er is sprake van een hoge mate van zorgsolidariteit: elke burger krijgt in beginsel dezelfde hoeveelheid en kwaliteit van zorg aangeboden. Met 12 procent van het Bruto

Nationaal Product zit Nederland qua zorguitgaven boven het OESO-gemiddelde van 9,5 procent.

Bijzonder is Nederland wat betreft de intramurale zorg. Er wonen veel ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. Voor de curatieve zorg heeft Nederland sinds 2006 een verplichte basisverzekering.

De Nederlandse regeringen hebben ingezet op meer marktwerking en concurrentie. Daarbij is een cruciale rol weggelegd voor de verzekeraar als de partij die zorg voor haar verzekerden inkoopt. Terwijl de dienstverlening verbetert en informatie, vraag, aanbod en medische technologie groeien, moet de marktwerking zijn vruchten nog afwerpen.

Bronnen: Ewijk, Casper van, Albert van der Horst, Paul Besseling. 2013. Toekomst voor de Zorg (Den Haag: CPB); Miljoenennota 2014.