

‘Is het evidence-based of niet: dat wordt de grote kwestie’

door Ted van Essen en
Hans van Maanen

Martin van Rijn, directeur-generaal Gezondheidszorg, ‘koestert de huisarts’. Niet omdat die in Nederland altijd mooi werk heeft verricht of omdat die een eigen plek heeft veroverd, maar omdat de huisarts goede zorg voor een goede prijs kan leveren. Een gesprek over huisarts, wetenschap en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het beleid van VWS zal de komende jaren – zoveel wordt wel duidelijk tijdens het gesprek – worden gekenmerkt door terugtrekkende bewegingen. Steeds meer wil het ministe-

rie overlaten aan ‘de spelers in het veld’: de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders, universiteiten, patiënten en alle andere marktpartijen. De taak van VWS is daarbij vooral dat speelveld zo vlak mogelijk te maken en te houden, zodat vraag en aanbod worden bepaald door financiële prikkels en concurrentie op kwaliteit.

Neem de financiering van de spoedeisende hulp, op het ogenblik een belangrijk twistpunt tussen ziekenhuizen en huisartsen. Door de verplaatsing van de spoedeisende hulp naar de huisartsenposten veranderen de geldstromen. Maar er is momenteel geen mogelijkheid die te verleggen naar de huisartsenpos-



Martin van Rijn

foto Vincent Boon

ten, waar immers meer werk verzet moet worden. 'Dat is', zo zegt Van Rijn, 'typisch zo'n gevecht om de centen. Wat wij eigenlijk willen, is dat alle kosten precies duidelijk zijn, en dat verzekeraars alle zorg mogen inkopen zoals ze willen. Wat gebeurt er dan? Gaat de spoedeisende zorg naar de ziekenhuizen of naar de huisartsenposten? Het is een kwestie van doelmatigheid, het maakt ons niet uit wat er gebeurt. Het is de taak van het ministerie om de oneigenlijke financiële prikkels weg te nemen. Dan krijg je de beste zorg voor de beste prijs. Het zal niet zonder slag of stoot gaan, daarover maak ik me geen illusies, maar het zal toch moeten.'

Zorg vanuit meerwaarde

Van Rijn wil hierover meteen een mogelijk misverstand uit de weg ruimen. 'De huisartsenzorg koestert wij. De huisarts blijft nu eenmaal degene die het

'Het enige wat wij graag willen, is dat de ketenzorg dicht bij de mensen blijft'

dichtst bij de mensen staat. Maar ook hier vinden we het van belang dat de huisartsen vanuit hun eigen meerwaarde redeneren. Ze bieden hun zorg niet omdat ze dat moeten of omdat ze dat altijd hebben gedaan, maar omdat ze de beste zorg willen en kunnen leveren.'

'Dat geldt ook voor bijvoorbeeld de ouderen- en de jeugdzorg, en de zorg voor chronisch zieken. De financiering daarvan is erg versnipperd en het zou goed zijn als de eerstelijnsvoorzieningen hier bijvoorbeeld een compleet pakket bieden, zodat de financiering ook meer wordt gestroomlijnd. Maar weer: de huisartsen moeten dat doen omdat zij de zorg doelmatig en goed kunnen aanbieden, niet vanwege hun traditionele positie. En dan maakt het ons niet meer uit hoe het geregeld is; we willen geen blauwdrukken leveren en zeggen dat het zo-en-zo moet. Het kan zelfs afhankelijk gemaakt worden van lokale situaties: de ene wijk heeft dit nodig, de andere dat. Regionaal maatwerk, dat is wat wij voorstaan. Het enige wat wij graag willen, is dat de ketenzorg dicht bij de mensen blijft. De verschillende schakels moeten beter worden, of er kan een integrale ketenzorg ontstaan, waarin weer een compleet, kosteneffectief en kwalitatief goed pakket wordt geboden.'

Kwaliteit van in- en output

Maar hoe meet je die kwaliteit? 'Het betekent inderdaad wel dat het veel meer dan vroeger noodzakelijk wordt om de geleverde kwaliteit te meten. We staan, denk ik, wat dat betreft aan de vooravond van een belangrijke ontwikkeling, waarin we over de hele linie de kwaliteit van de output willen gaan meten. Dus niet alleen de kwaliteit van de input, bijvoorbeeld in de opleidingen, maar ook de geleverde waar. Neem de patiëntveiligheid; dat begint in de ziekenhuizen nu van de grond te komen, maar in de eerste lijn moeten we daar ook aan beginnen. Het wordt weinig gemeten en er wordt weinig onderzoek naar gedaan. Het lastige in de zorg is natuurlijk dat die kwaliteit moeilijk te meten is en dat er geen goede instrumenten voor zijn ontwikkeld. De huisartsenrichtlijnen en de accreditatie bieden een goed aanknopingspunt voor indicatoren, maar in het huisartsenvak gelden ook andere maatstaven, zoals de praktijkorganisatie en de beleving van de patiënt. Toch blijft het zot dat je eigenlijk nog steeds niet kunt zien welke huisarts goed is en welke minder goed. Transparantie zal wat mij betreft ook zijn intrede doen in de huisartsenzorg.'

'Dat zal nog wel het nodige debat opleveren, daar zijn we ons wel van bewust. En dat is ook goed – laat de duizend bloemen maar bloeien. Maar er moet op een gegeven moment wel een knoop worden doorgehakt, en wat mij betreft mag dat ook wel wat sneller dan tegenwoordig gebeurt. Ook hier zullen het voor een deel toch de verzekeraars zijn die de zorgverleners op de geleverde kwaliteit zullen afrekenen.'

Onderzoek naar alledaagse ziekten

Nederlandse huisartsen zijn altijd goed geweest in onderzoek naar kleine kwalen. Blijft VWS dat soort onderzoek financieren? 'De subsidie voor het Programma Alledaagse Ziekten van ZonMw is altijd bedoeld geweest als een tijdelijke maatregel om het onderzoek te stimuleren. Daar komt nu een eind aan; dit soort onderzoek zal uit de reguliere financiering moeten komen. Ikzelf denk dat de academiseringsgelden hiervoor heel geschikt zijn, dus het geld dat de academische ziekenhuizen krijgen voor wetenschappelijk onderzoek. Ik begrijp dat het onderzoek voor de eerste lijn daar nogal eens in het gedrang komt doordat voorrang wordt gegeven aan het onderzoek voor de tweede lijn. Maar ik zie daar bijvoorbeeld een taak voor de hoogleraren Huisartsgeneeskunde, die zullen voor dit soort onderzoek moeten opkomen. Ik geef toe dat de financiering van de universitaire medische centra niet altijd even doorzichtig is, maar daar moet het geld wel vandaan komen. Ik zal het eens inbrengen in het overleg, om te kijken hoe die zaken verlo-

pen. Het kan niet zo zijn dat er als het ware een permanente overheidssubsidie moet zijn.'

Huisarts en farmacie

Een laatste heet hangijzer: de verhouding tussen huisarts en apotheker. 'Tja, wij zijn daarover alweer een aantal jaren in een pittige discussie verwickeld. Wij willen in ieder geval nog dit jaar van de kortingen en bonussen af, zoveel is zeker. En wat mij betreft moet er ook nagedacht worden over farmaceutische scholing voor artsen. Maar aan de andere kant moeten we ook erkennen dat we de kennis en de kunde

'En het lijkt me uitstekend als apothekers een meer zorgverlenende taak krijgen'

van de farmaceutische industrie nodig hebben. Het enige wat we niet willen, is beïnvloeding door de industrie. Het farmacotherapeutisch overleg tussen huisartsen en apothekers werkt over het algemeen prima, en daar zijn wij ook een groot voorstander van. En het lijkt me uitstekend als apothekers een meer zorgverlenende taak krijgen, mits ze dan ook als zorgverleners betaald worden. Ook hier geldt: er mag geen oneigenlijke financiering insluipen. De zorgverzekeraar betaalt voor de geleverde diensten: niet meer, en niet minder.'

Kosteneffectieve preventie

Ten slotte: er is veel beweging op de markt van de preventie. Welke taak ziet de overheid hier? 'Het is duidelijk dat de overheid preventief gedrag aanmoedigt en wil stimuleren. We hebben het immers allemaal over een gezonde leefstijl. Ik denk dat de overheid niet veel verder moet gaan dan het financieren van bewezen kosteneffectieve preventie. De rest moet aan de markt worden overgelaten. Als de zorgverzekeraars een total body scan willen vergoeden terwijl daarvoor geen medische noodzaak is, moeten ze dat vooral doen, maar dat kunnen we niet afwentelen op de collectieve lasten. Kijk, de stimulerings- en reguleringsmogelijkheden van de overheid zijn niet oneindig. De techniek gaat snel, en soms ontbreekt de rust voor het afwegen van allerlei preventieaanbod. Is het evidence-based of niet: dat wordt de grote kwestie.'



foto Vincent Boon