

## DOSSIER

# De transformatie van de ziekenhuiszorg

*Albert Jan Kruijer\**

Nederlanders claimen, eisen en willen collectief meer zorg dan ze individueel bereid zijn om te betalen. En de vraag naar zorg groeit. En het toerekenen van stijgende zorgkosten aan gebruikers is niet populair. Wie zich nog herinnert welke storm opstak nadat kabinet-Rutte I voorstelde om de zorgverzekeringspremie inkomensafhankelijk te maken, weet genoeg.

Vrijwel alle maatregelen die we de afgelopen decennia voorbij zagen trekken, hadden als doel om de zorgkosten beheersbaar te houden. Van de persoonsgebonden budgetten (in 1996 geïntroduceerd door staatssecretaris Terpstra van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), tot het opheffen van het ziekenfonds en de privatisering van de zorgverzekeringen in 2006, de introductie van de diagnose-behandelcombinaties, de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning in 2007 en de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg door minister Schippers, en de decentralisatie van de jeugdzorg in 2015, de verandering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in de Wet langdurige zorg, om er maar eens een paar te noemen.

Wat veel van deze ontwikkelingen delen? Zoals gezegd worden ze vooral gedreven door kostenbeheersing, maar ze zijn ook ideologisch van aard. Steevast wordt gewezen op de eigen kracht en verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen gezondheid en er gaat altijd een zogenaamde 'preventieve werking' vanuit. Bovendien zijn er altijd andere partijen (burgers, gemeenten, verzekeraars) die het volgens de Tweede Kamer goedkoper en efficiënter kunnen dan het Rijk. Met name de 'efficiency'-belofte is onverminderd populair in de zorg. Het houdt immers de belofte in dat we hetzelfde volume en dezelfde kwaliteit van zorg kunnen behouden tegen dezelfde kosten. Dat houdt de premiebetaler, de aanbieder, de verzekeraar en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport tevreden. Gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg) en verzekeraars (Wet langdurige zorg, Zorgverzekeringswet) kunnen vervolgens als regievoerder onder het ministerie als stelselverantwoordelijke de markt haar werk laten doen. Of het nu gaat om 'de care' of 'de cure', de maatschappelijke opvang, de ouderenzorg, de jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de ziekenhuiszorg: de financierbaarheid van de zorg staat op het spel. En daarmee de solidariteit. Hoelang willen we nog samen voor de zorg die we gezamenlijk genieten betalen? En hoeveel?

\* Albert Jan Kruijer is redactielid van *Beleid en Maatschappij*.

Albert Jan Kruijer

En de druk op de financierbaarheid van de zorg zal de komende decennia alleen maar toenemen. Vergrijzing en de groei van de technische mogelijkheden zijn daarvoor de voornaamste redenen. Experts, bestuurders en politici zijn het erover eens dat de stelsels en arrangementen die we veelal in de vorige eeuw ontwierpen, niet meer toereikend zijn. De termen 'transitie' en 'transformatie' zijn niet meer weg te denken uit de zorg en zijn daar een pregnante uiting van. Duco Bannink en Eric van der Hijden en Wink de Boer plaatsen de bovenstaande ontwikkelingen in het licht van de ziekenhuiszorg en vragen zich af hoe een duurzame verandering van dat type zorg eruit zou kunnen zien.

En dat is een noodzakelijke vraag. Voor zowel Bannink en Van der Hijden als De Boer vormt het omvallen van ziekenhuizen in Amsterdam en Lelystad een voorbeeld van een breder probleem: als we ziekenhuizen in Nederland opnieuw mochten plaatsen, hadden ze het anders gedaan. Bannink en Van der Hijden wijzen erop dat weliswaar duidelijk is 'wat' er moet gebeuren, maar dat niet duidelijk is 'hoe'. Ze leren van Engeland dat regio's die van elkaar leren, kunnen leiden tot betere en betaalbare zorg. Maar een dergelijke leerstrategie komt in Nederland nauwelijks van de grond. Landelijke kaders en 'lokaal maatwerk' kunnen een robuuste veranderstrategie funderen, mits er voldoende geleerd wordt van elkaar. Decentralisatie kan, zolang er maar een centrale of landelijke leerstrategie bestaat.

De Boer bouwt op die gedachte voort door voor een radicaal andere indeling van het zorglandschap te pleiten. Zorgfuncties (acute zorg, poliklinische zorg, interventies (operaties en dergelijke)) en chronische zorg zouden van elkaar gescheiden kunnen worden (niet in een ziekenhuis) en in regionale centra kunnen worden aangeboden. Met uitzondering van de acute zorg (en de verloskunde). Het Rijk moet er zorg voor dragen dat de acute zorg wordt 'losgekoppeld' van de marktwerking. Juist omdat die marktwerking ertoe leidt dat duurzame financiering aan de horizon verdwijnt. Daarnaast zullen concurrenten de financieringsopgave niet snel samen oppakken. Verschraling en suboptimale zorg zijn het gevolg. De Boer bepleit een zorglandschap waarin regionale verschillen een kans krijgen om uit te bloeien in kleinere zorgcentra, en acute zorg onder centrale regie komt.

Daarvoor is het wel nodig dat het Rijk een visie op de toekomst van het ziekenhuislandschap ontwikkelt. Anders voeren verzekeraars regie in het luchtledige.

Wie beide artikelen leest, kan concluderen dat marktprikkels wellicht leiden tot efficiëntere zorg op korte termijn. Ze leveren geen ontwikkeling richting financiële duurzaamheid of leervermogen op langere termijn op, en zeker geen visie. Samen lezen de artikelen dan ook als een oproep tot een ontwikkelstrategie voor duurzaam betaalbare en hoogwaardige ziekenhuiszorg specifiek, en wellicht zorg in het algemeen. De leerstrategie van Bannink en Van der Hijden gekoppeld aan de concrete voorstellen van De Boer konden maar zo eens het begin van een dergelijke ontwikkelstrategie zijn. Want dat wij minder zorg gaan vragen, of er meer voor willen betalen, lijkt vooralsnog uitgesloten.