Financiering van integrale zorg in de eerste lijn. Impact van commercialisering in Nederland en Zweden

Haio: JOYE Tim , U.G.
Promotor:
Praktijkopleider: CABUS Ilke

Context: De stijging van het aantal patiënten met chronische aandoeningen, vormt wereldwijd een belangrijke uitdaging voor de organisatie van de gezondheidszorg. Multimorbiditeit vraagt een andere manier van aanpak. Er is een shift nodig naar integrale zorg. Hierin zijn patiëntgerichtheid, comprehensiviteit en co?rdinatie essentieel, met de eerste lijn als spil. Hoe kan financiering zo?n shift stimuleren of remmen? Vele recente publicaties in ons land zoeken naar oplossingen. Ondertussen vonden in andere landen van Europa zoals Zweden en Nederland grondige veranderingen plaats in de financiering, ook van de eerste lijn. Vaak gaat het om een evolutie richting meer commercialisering.

Onderzoeksvraag: Hoe wordt de eerste lijn in Zweden en Nederland gefinancierd? Welke veranderingen vonden plaats door de recente commercialisering? Wat was de impact op de organisatie van integrale zorg voor chronisch zieken?

Methode: Deze masterproef omvat twee luiken. Allereerst werd er een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij gekeken werd naar publicaties over de financiering van de gezondheidszorg in Nederland en Zweden. Daarnaast werd interviews gehouden met stakeholders uit de betreffende landen.

Resultaten: In Nederland werd een markt tussen zorgverzekeraars ingevoerd, om de stijging van de kosten te beperken. Het betalingssysteem van de huisartsen veranderde in meer betaling per verrichting. Huisartsen zijn bezorgd omwille van de toegenomen bureaucratie en toegenomen financi?le drempels. Integrale zorg wordt gestimuleerd door verschillende nieuwe financieringsinitiatieven. Het eerste bilan is eerder positief, maar kritisch. Ketenzorg blijft namelijk beperkt tot afzonderlijke ziektes en biedt geen antwoord op multimorbiditeit. Het verrichtingensysteem maakt patiëntgerichtheid en samenwerking met andere disciplines moeilijker dan vroeger. In Zweden werd het vroegere staatssysteem opgesplitst in aparte entiteiten. Vrije consumentenkeuze werd ingevoerd en priv?praktijken werden toegelaten. De patiënttevredenheid is verbeterd, maar vooral bij een jong en gezond publiek. De shift naar meer acute zorg heeft de aandacht voor chronische aandoeningen verminderd. De opsplitsing en de keuzevrijheid leidt tot versnippering, waardoor horizontale en verticale samenwerking moeilijker wordt.

Conclusie: Het overgrote deel van de auteurs is het erover eens dat een forfaitaire betaling in de eerste lijn beter is voor de organisatie van integrale zorg dan een betaling per prestatie. Organisatorisch moeten multidisciplinaire eerstelijnscentra en zorgnetwerken met de tweede lijn het doel zijn. Bij commercialisering komen telkens drie gevaren terug. Ten eerste dreigt er een focusshift met minder aandacht voor chronisch zieken. Daarnaast wordt de sturing van artsen gemonetariseerd. Tenslotte wordt het zorglandschap vaak meer gefragmenteerd. Concurrentie tussen zorgnetwerken of ?consortia wordt door voorstanders van liberalisering naar voren geschoven als de oplossing, maar het gevaar van focusshift blijft. Aandacht voor intrinsieke motivatie en patiëntenparticipatie kan een oplossing zijn. Uit bovenstaande vaststellingen blijkt dat de algemene keuze van ons financieringsbeleid een grote impact kan hebben op de integrale zorg. Een grondige hervorming in België lijkt nodig.