



# Prestatiebeprestiging maakt de zorg niet beter

Samenstelling - Dr. Kees-Peter de Roos, dermatoloog | Fotografie - Femke de Roos en Kees-Peter de Roos

**D**e blaadjes vallen dit jaar weliswaar wat later van de bomen, maar vallen doen ze. Ieder jaar weer. Net als de keuze voor een nieuwe zorgverzekering ook ieder jaar weer vaste prik is. En de afgelopen jaren is gemiddeld zo'n 5 tot 7% van de Nederlanders overgestapt naar een andere zorgverzekering. Dat zal voor 2019 niet anders zijn. December is daarom ook de maand waarin wij weer bedolven worden onder de allerliefste, guitige spotjes waarin verzekeraars zich van hun beste kant laten zien. In 2016 gaven zorgverzekeraars ongeveer 250 miljoen uit aan werving en reclame. "Wij garanderen binnen twee dagen fysiotherapie" en "We doen alles voor betere zorg". Zorgverzekeraars hebben immers het beste met ons voor tegen ook nog eens de laagste prijs. Wat wil je nog meer?

"Minister Bruins sterk voorstander van prestatiecontracten", stond te lezen in de kranten. Eerder waren zorgverzekeraars overgegaan tot zogenaamde "prestatiebeprestiging". Dat klinkt logisch en heel transparant. De instelling of dokter levert een prestatie en krijgt daarvoor een beloning. Nu is men daar bijvoorbeeld in de psychiatrie minder enthousiast over omdat die prestatie gekoppeld wordt aan een resultaat: "depressie verholpen". Psychiaters vrezen dat hierdoor vooraf een inschatting gemaakt wordt of een patiënt 'makkelijk' te helpen is. Immers, als het resultaat niet gehaald wordt, volgt minder of misschien wel helemaal geen beloning. Dan schuift men de 'lastig' te behandelen patiënten gewoon door en die komen dan op een snelgroeiende wachtlijst.

Grotten van Frasassi, in de provincie Ancona, Italië.

Nederland is een beschaafd land waarin wij met elkaar hebben afgesproken dat de dokter een inspanningsverplichting aangaat met de patiënt. Dat wil zeggen: de dokter zal zich tot het uiterste inspannen om die zorg te geven die voor de patiënt het beste is. Als de prestatiebeprestiging - voor de verzekeraar - een succes blijkt, zou deze ook in de dermatologie geïntroduceerd kunnen worden. Dan kan het zijn dat de dermatoloog sneller een zwaardere behandeling zal voorstellen om maar zo snel mogelijk het - door de verzekeraar - gewenste resultaat te bereiken. "Zullen we alvast met een kuurtje prednison beginnen, er komt een meetmomentje van de verzekeraar aan". En dat komt neer op de manier waarop advocaten in Amerika werken: "no cure, no pay".

Hetzelfde geldt voor *benchmarken* of uitkomstvergelijking. Hierbij worden de resultaten van behandelingen met elkaar vergeleken. Het is goed als dokters de uitkomsten van verschillende behandelingen met elkaar vergelijken. Daar leer je van en daar wordt de zorg beter van. Op het eerste gezicht lijken het heldere en goed vergelijkbare cijfers, waar de werkelijkheid wil dat die cijfers bij nadere bestudering net zo willekeurig ogen als een druipsteengrot uit lang vervlogen tijden. Nog een bijkomstigheid: op het moment dat je die informatie openbaar maakt, wordt het, of je dat wilt of niet, ook een instrument voor marketing, een mogelijkheid om meer verwijzingen te krijgen. Dan wordt een goede beoordeling op een vergelijkingssite een doel op zich. Daarmee is het voor een medisch specialist verleidelijk om naar een goede beoordeling toe te werken. En dat is niet altijd in het voordeel van de patiënt. Zo zijn er zorginstellingen die alleen patiënten die een hoge beoordeling geven, doorsturen naar vergelijkingssite Zorgkaart.nl.

Laten we die onderdelen die de zorg echt verbeteren, uitbouwen en de zorg niet laten afglijden naar een afrekencultuur. **H**

