

Zorg voor een daalder



Beschouwingen op de toekomst van de gezondheidszorg in Nederland. Bezien vanuit het eerstelijns perspectief.

Dr GJC Schulpen
Regionale HuisartsenZorg (RHZ) Maastricht en Heuvelland

Maastricht, 23 februari 2011

[VERSIE 2.0](#)

Inhoudsopgave

Zorg voor een daalder	3
Capaciteit	5
Volume	5
Kosten	5
Organisatie	7
De versterkte eerste lijn	9
Onbedoelde bijwerking	10
De eerstelijns balans.....	12
Marktwerking	14
Markten.....	14
Binnen overeenkomende zorgaanbieders of binnen één zorglaag	14
Tussen meerdere zorglagen.....	17
Tussen beleidsmakers en beleidsuitvoerders.....	18
Tussen zorginkopers en zorgverkopers.....	19
Patiënt en markt.....	20
Conclusies en aanbevelingen	22
Nawoord	24
<i>Bijlage 1: Literatuur en bronvermeldingen</i>	25
<i>Bijlage 2: Kosten gezondheidszorg</i>	27



Zorg voor een daalder

Op de markt is je gulden een daalder waard. Op de markt zou je geld dus méér waard zijn. Een gegeven dat in de zorg dankbaar zou worden omarmd. Hoe krijgen we de kosten van de zorg beheersbaar? Hoe kunnen we de grote groepen patiënten met chronische aandoeningen, de vergrijzende bevolking, zorg bieden met een hoge kwaliteit, met maximale keuzevrijheid en toch tegen een maatschappelijk te veroorloven prijs?

Hoe krijgen we de som als meer dan het geheel der delen?

Grote vraagstukken die de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland de komende jaren zullen domineren.

Dit document zal een aantal aspecten van de zorgontwikkeling beschrijven en vanuit verschillende perspectieven de ontwikkelingen schetsen.

RHZ

De Regionale HuisartsenZorg Maastricht en Heuvelland (RHZ) is een eerstelijns zorginstelling in wording, die als doel heeft binnen de eerste lijn de best mogelijke kwalitatieve zorg te leveren die betaalbaar, toegankelijk en inzichtelijk is. Zorg die beschikbaar is in de wijk en zorg die leidt tot versterking van de sociale cohesie. Deze organisatie levert aan 90 huisartsen praktijkondersteuning (werving, selectie, scholing, verantwoording). Ook heeft de RHZ ketenzorgcontracten; diabetes sinds 2006, COPD sinds 2008, VRM en ouderenzorg ((G)oud project via NPO) sinds 2010 en GGZ per 1 januari 2011. Deze ketenproducten onderscheiden zich door een verregaande transmurale component (bijv óók Gold 3 en 4 i.s.m. de longartsen MUMC).

Daarnaast levert de RHZ een keur aan faciliterende producten variërend van praktijkcertificering, ketenaudits, integraal scholingsprogramma voor huisarts, praktijkondersteuner en doktersassistente, ijking apparatuur, centrale inkoop, tot de ontwikkeling en verhuur van sleutelklare multidisciplinaire eerstelijns centra.

De RHZ neemt een brede verantwoordelijkheid voor de eerstelijns zorg, hetgeen zich uit in de nauwe samenwerking met GGD (projecten public health, preventie), de gemeenten (WMO projecten en samenwerking in structuurplan gemeenten), MUMC (samenwerking in zorg en participatie in tientallen onderzoeksprojecten), verpleeghuissector en thuiszorg (projecten in samenwerking ouderenzorg en samenwerking huisarts en wijkverpleegkundige).

Het aansluiten van Fy'net (koepel 150 fysiotherapeuten Maastricht en Heuvelland) is een eerste stap in de ontwikkeling naar een multidisciplinaire organisatie.



Kortom, dit overzicht laat een organisatie zien die breed is ontwikkeld, die brede verantwoordelijkheid neemt, die langzaam verbreedt naar meer disciplines. Een organisatie die innoveert en vanuit deze rol als voorloper vaak als één van de eersten aanloopt tegen mogelijkheden, beperkingen, regelgeving, financiering, enzovoort.

Deze rol maakt dat de RHZ met volksvertegenwoordiging, met beleidsmakers, onderzoekers, verzekeraars, collega zorgverleners en patiënt-organisaties in nauw contact staat. In de gesprekken die de RHZ in het afgelopen jaar voerde, werd meermaals verzocht om deze ervaringen uit het veld op papier te zetten.

Dit discussie stuk is gebaseerd op feiten, maar de interpretatie is niet gespeend van een eigen visie op de zorg in Nederland. Het is een aanzet om het debat aan te zwengelen; niet om een vermeende waarheid te verkondigen.

We hopen met dit stuk aan de beleidsontwikkeling van de Nederlandse zorg een positieve bijdrage te leveren.

Guy Schulpen



Volume

Het behoeft weinig betoog dat de zorg in omvang groeiende is en dat dit een capaciteitsprobleem met zich mee brengt.

Hierbij is een drietal grote groeidomeinen te onderscheiden.

1. De zorg voor de groep patiënten met een chronische aandoening. Met name diabetes, COPD, hartfalen, CVA/TIA, artrose nemen hand over hand toe. (bron: zie pagina 25)
2. De zorg voor de oudere mens; de vergrijzing brengt een groot volume aan extra zorg met zich mee. (bron: zie pagina 25)
3. De zorg voor mensen met een leefstijl die leidt tot gezondheidsproblemen. Roken, overgewicht, bewegarmoede leiden tot verhoogd vasculair risico, tot chronische ziekten en dus tot een hogere zorgconsumptie.

De afgelopen jaren zijn verschillende initiatieven rond deze drie categorieën gestart. De ketenzorg met een ketenfinanciering heeft als doel betere afstemming binnen de zorg te krijgen, hierdoor het voorkomen van verergering danwel het vertragen van het natuurlijk beloop van chronische aandoeningen en het beheersbaar en stuurbaar maken van de kosten van de chronische zorg.

Via het nationaal programma ouderenzorg heeft men gestimuleerd om tot vernieuwing en verbetering te komen van de zorg voor ouderen in een kwetsbare positie. Ook hier met als doel kwaliteit te verhogen en kosten te voorkomen.

Tenslotte is binnen de eerste lijn (via keten VRM) initiatief genomen om ook leefstijl gebonden zorgconsumptie in een vroeg stadium positief te beïnvloeden.

Het is een gegeven dat zorg in volume zal stijgen. Er is veel geïnvesteerd om deze groei in kost en kwaliteit te beheersen.

Een laatste gegeven dat hierin moet worden meegenomen, is dat de vergrijzing niet alleen de patiënt, maar ook de beroepsbevolking zelf treft. De afnemende beschikbaarheid van hulpverleners zal de groei van de zorgvraag compliceren.

Kosten

De kosten van de gezondheidszorg zijn intrinsiek toegenomen. En ofschoon het zeker zo zal zijn dat voortschrijdende ontwikkeling in de geneeskunde kostenverhogend werkt (een nieuwe ingreep die bijvoorbeeld duur is), is er een andere tendens die de kosten heeft laten stijgen. De Nederlandse burger is steeds meer zorgconsument geworden. We accepteren met zijn allen minder dat we ziek



worden. Waar vroeger een griep of verkoudheid werd uitgezikt, eisen we nu per direct medische interventie. De huisartsenposten in Nederland worden overspoeld met patiënten die vaker niet dan wel, een urgente klacht hebben.

Naast deze intrinsieke groei van de zorgkosten, staan we aan de vooravond van een toename in zorgkosten door vergrijzing en groei in chronische zorg.

Deze groei is dermate groot dat meermaals is gesteld dat de huidige financieringsystematiek deze groei niet aankan. Bij het uitblijven van drastische hervormingen, kan er maar één resultante zijn, namelijk dat de zorg niet meer voor iedereen in dezelfde mate betaalbaar is. Dat betekent dus dat we een zorgsysteem krijgen waar de Nederlanders met een ruimere portemonnee zich betere zorg kunnen veroorloven dan diegenen met minder middelen. Het moge geen betoog behoeven dat dit een ongewenste situatie zou opleveren. Een situatie die het solidariteitsprincipe binnen de zorg omver zou werpen.

Willen we de komende jaren het tij keren dan zullen twee principes leidend moeten zijn:

- 1) Er is geen tijd meer om langer te dralen gezien de zorgkosten ontwikkelingen. Met name in een tijdgewricht dat vraagt om grote bezuinigingen, zal de kostontwikkeling nu een halt moeten worden toegeroepen.
- 2) Dus is er geen plek voor halve maatregelen en de maatregelen zullen dus fors en doortastend moeten zijn.

Bijlage 2 laat een theoretisch kader zien waarbinnen de mogelijke besparingen in de zorg gezocht moeten worden. Hierbij dient te worden aangemerkt dat binnen deze besparingen, maatregelen zitten die weerstand zullen oproepen. Desalniettemin zijn deze maatregelen nodig, haalbaar en structureel besparend.

Deze notitie zal ingaan op randvoorwaarden, belemmeringen, conclusies en aanbevelingen, op basis waarvan de mogelijke besparingen kunnen worden beoordeeld op realiteitszin.



Waar is de gulden een daalder waard? Er zijn aspecten van groei en kosten benoemd en waar is het panacee voor dit alles?

De tweede (en derde) lijn heeft traditioneel het primaat binnen het zorglandschap. Dit is niet onlogisch. Hier bevinden zich de grote instituten, de grote budgetten, de meest in het oog springende grootschalige zorg. Maar dit is juist gebleken het probleem te zijn.

Het paradigma is nog steeds van kracht; het merendeel van de zorg wordt geleverd binnen de eerste lijn voor een klein deel van de kosten. En natuurlijk gaat die vergelijking mank, want de patiënten die voor een behandeling in de tweede lijn in aanmerking komen, zijn per definitie meer complex en hebben dus duurdere interventies nodig dan de patiënt die zich met een snotneus meldt bij zijn huisarts. Maar toch is gebleken dat de eerstelijns zorg efficiënter werkt dan de tweede lijn, zelfs als men de complexiteit meerekent.

Reden hiervoor is dat de complexiteit van de patiëntenzorg in de tweede lijn terecht als argument kan worden aangehaald, maar dat een substantieel deel van de patiënten die zorg krijgen in de tweede lijn, geen complexe problematiek hebben. En dan wordt de tweede lijn een bijzonder prijzige plek om eenvoudige zorg te verlenen.

Om dit standpunt te verduidelijken kan men een aantal voorbeelden aanhalen. Zo is gebleken uit wetenschappelijk onderzoek dat gezamenlijke consulten tussen huisartsen en specialisten, leiden tot substantiële daling in verwijzingen naar de tweede lijn (bron: zie pagina 25). Huisartsen dragen patiënten aan (die veelal anders verwezen zouden zijn) binnen een gezamenlijk consult. De bezoekend specialist onderzoekt samen met de huisarts de patiënt en komt samen met de huisarts tot een gezamenlijk beleid. In Maastricht en omgeving vindt dit gezamenlijk consult plaats sinds eind jaren tachtig en participeren zo'n 12 tal specialismen. In al die jaren is één uitkomst constant, namelijk dat ná een dergelijk gezamenlijk consult slechts 15% van alle patiënten alsnog werd verwezen naar de tweede lijn. Kortom, na een eenmalige consultatie van de specialist, kon de huisarts de behandeling verder alleen af. Als we dit gegeven afzetten tegen de dagelijkse realiteit van de Nederlandse ziekenhuizen, mag men constateren dat slechts een klein deel van de patiënten slechts één contact in de tweede lijn krijgt. Patiënten krijgen veel meer contacten aangeboden en de prijzen van de tweedelijns zorg zijn hier ook op gebaseerd.

Een tweede gegeven is dat recentelijk in Nederland de ketenzorgproducten diabetes (en COPD) massaal zijn geïmplementeerd. In deze implementatie is gebleken dat de toepassing van de zorgstandaarden er toe leidt, dat er grote patiëntengroepen van de tweede lijn zijn verschoven naar de eerste lijn. Het lijkt tot op heden zeker niet zo



te zijn, dat deze verschuiving gepaard gaat met een daling in de kwaliteit van de zorg. (bron: zie pagina 25)

Feit is dat de kosten bij deze verschuiving wel fors afnemen. Een gemiddelde diabetes DBC in de tweede lijn is ongeveer € 500-650,= versus zo'n €300-400,= in de eerstelijns DBC. De eerstelijns DBC omvat echter de zorg voor de patiënt geleverd door de huisarts én door de diëtist, de optometrist, soms de fysiotherapeut en soms ook de internist.

De zorg is dus meer omvattend en toch goedkoper. Met name het grote verschil in overhead kosten is hier debet aan.

Conclusie: de complexiteit van de patiënten in de tweede lijn is een mogelijk verklaring voor een verschil in kosten. Het gezamenlijk consult en de substitutie in de zorgketens laten zien dat patiënten in de tweede lijn niet altijd complexe zorg behoeven die hun plek in de tweede lijn rechtvaardigen.

Dus als we de volumes aan zorg en de kosten die daarmee samenhangen beschouwen, als we bedenken dat de tweede lijn voor een deel van de patiënten helemaal niet de beste plek in de zorg is, dan roept dit de vraag op: en waar moet dit alles dan wel gebeuren?

Het beleid van VWS en verzekeraars (althans een deel van de verzekeraars) is gericht op het versterken van de eerste lijn om hier een antwoord op te geven. Maar is de eerste lijn hiertoe in staat? Wat is er nodig om de eerste lijn hiertoe in staat te laten zijn?

Is de eerstelijns markt de plek waar de gulden een daalder waard is?



De versterkte eerste lijn

Een van de eerste bespiegelingen betreft de definitie van de eerste lijn. De eerste lijn omvat een keur aan disciplines: huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen, apothekers, enzovoort. Als het echter gaat over zorgsubstitutie van tweede naar eerste lijn, dan is de huisarts de partij die hiervoor zou moeten zorgen. Weliswaar is de huisarts een zorgprofessional die in matrix verband met andere hulpverleners in staat is brede zorg te bieden, maar de huisarts is desalniettemin de primaire partij waar veelal naar verwezen wordt in dit soort debatten rondom de “eerste lijn”.

Ook bij de keten-DBC's kan worden opgemerkt dat de huisarts een centrale rol heeft in de uitvoering van de zorg, maar vaak ook een centrale rol heeft in de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld in zorggroepen). (bron: zie pagina 25)

De organisatiegraad van de eerste lijn is traditioneel zeer mager. Bijna alle disciplines werken in slechts beperkte mate samen binnen de beroepsgroep en tussen de beroepsgroepen. Huisartsen zijn in staat gebleken de avond-, nacht- en weekenddiensten als collectief te organiseren, maar verdere organisatie vond, tot voor kort, niet of nauwelijks plaats.

Dit kende een aantal consequenties:

- De professionalisering van de hulpverleners vond slechts plaats in het tempo van de individuele praktijk. Hierdoor zijn er grote verschillen in bijvoorbeeld automatiseringsgraad, praktijkorganisatie, klantgerichtheid (zie bijvoorbeeld de telefonische bereikbaarheid van de huisarts).
- Dat wat niet perse de praktijkorganisatie operationeel raakt of verbetert, wordt slechts mondjesmaat geïmplementeerd. Zo is graad van certificering op kwaliteitsgebied binnen de eerste lijn ver onder het niveau van de overige zorg, of andere branches.
- De zorg die geleverd wordt binnen de eerste lijn raakt veelal andere zorglijnen of andere disciplines. Hiervoor kunnen weliswaar op nationaal niveau protocollen worden ontwikkeld (zorgstandaarden, LESA's), maar de implementatie is regionaal. Deze regionale implementatie wordt gehinderd door de versnippering en het gebrek aan collectief beleid.
- Dezelfde regionale versnippering maakt dat de beroepsgroepen niet aanspreekbaar zijn als groep. Een gemeente kan niet overleggen met “de huisarts”, maar zou met bijvoorbeeld 90 huisartsen (en even zo veel meningen) moeten overleggen. Zo ook voor de fysiotherapeut over CVA zorg en talloze andere voorbeelden. Vele initiatieven en projecten gericht op samenwerking zijn mislukt bij een gebrek aan aanspreekbaarheid van regionale groepen hulpverleners.



Op basis van deze observaties kan men ook concluderen dat de eerste lijn als oplossing voor de capaciteits- en kostenproblematiek onvoldoende toegerust is. Of zouden we moeten stellen, onvoldoende toegerust was?

Onbedoelde bijwerking

In 2006 initieerde VWS een nieuwe zorgvorm, namelijk de eerstelijns keten DBC. Als eerste geïmplementeerd voor diabetes type 2. Dit initiatief had als doel te beproeven in hoeverre de organisatie van de chronische zorg in deze keten, conform inzichten als diseasemanagement en het Chronic Care model (E Wagner et al), zou leiden tot betere en betaalbare zorg. (bron: zie pagina 25)

Niet alleen is gebleken dat de financiële kaders van de DBC de compliance naar het zorgprotocol (en de daarmee geassocieerde verbetering van kwaliteit van zorg) sterk verbeterden, maar er was een niet vermoede bijwerking.

Deze bijwerking was dat, met name huisartsen, zich verenigden om tot de organisatie van de diabetes-keten te komen.

Zo ontstonden de zorggroepen.

Maar daar stopte de ontwikkeling niet. De zorggroepen van het eerste uur hadden al snel het inzicht dat de diabeteszorg slechts één traject omvatte. Men ontwikkelde ook de ketenzorg voor COPD, sommigen de ketenzorg voor patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico, enkelen de zorg voor GGZ problematiek (met name angst en depressie).

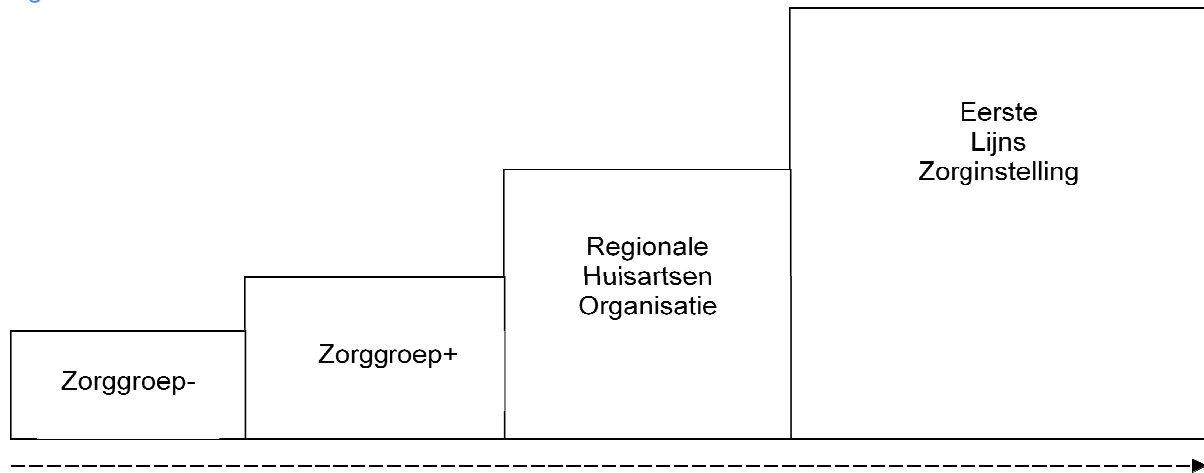
De ketenzorg vereiste goede registratie van zorg door huisartsen en ketenpartners. Keteninformatiesystemen (KIS) ontstonden, maar ook de automatisering van de individuele huisartsenpraktijk werd veelal door de zorggroep opgepakt. De zorggroep als hoofdcontractant is verantwoordelijk voor de geleverde zorg en ging in toenemende mate ook de deskundigheidsbevordering organiseren. Zo groeiden deze zorggroepen naar huisartsenbedrijven die veel breder hun activiteiten ontplooiden dan enkel de ketenzorg op zich. Zij rekenden ook de directe randvoorwaarden van de ketenzorg tot hun activiteiten.

Vervolgens zijn er meerdere voorbeelden te noemen van huisartsenorganisaties die zelfs evolueerden naar eerstelijns bedrijven of liever, eerstelijns zorginstellingen. Organisaties die brede verantwoordelijkheid nemen voor, vaak primair de huisartsenzorg, maar in toenemende mate ook de andere eerstelijns disciplines. Deze organisaties zijn in staat de eerder genoemde knelpunten voor een versnipperde eerste lijn op te pakken; deze organisatie is wel aanspreekbaar als collectief, pakt thema's op die verder voeren dan het praktijkvoeringbelang van de individuele zorgverlener.

Figuur 1 laat zien hoe de afgelopen jaren de ontwikkeling van zorggroepen rondom één thema (DBC diabetes) is doorgroeid naar integrale eerstelijns organisaties.



Figuur 1



Het mogelijk maken van de keten DBC heeft dus een zeer welkom, onbedoeld neveneffect, namelijk een enorme versnelling in de organisatiegraad van de eerste lijn. Men zou zelfs kunnen stellen dat dit neveneffect de kern van het succes is van de keten DBC.

Als men de keten DBC evalueert wordt men onderzoeksmatig geconfronteerd met de nodige beperkingen. In alle regio's waar de keten DBC's het langst werkzaam zijn, worden overeenkomstige resultaten gezien.

Er is een grotere compliance aan het chronische zorg protocol, er wordt méér gedaan aan scholing rondom deze thema's, de praktijkondersteuner heeft een beter geïmplementeerde rol, er vindt meer en meer samenwerking plaats tussen de huisartsenpraktijk en de andere betrokken disciplines in de chronische zorg en er ontstaan gradueel kwaliteitssystemen die de chronische zorg in een Plan-Do-Act-Check systeem, spiralend tot een hoger niveau tillen.

Men mag veronderstellen dat deze factoren tot betere zorg zullen leiden met uiteindelijk ook betere patiënten uitkomsten. Gezien het chronische en dus geleidelijke karakter van ziektebeelden als COPD en diabetes, zullen de "harde" meetbare uitkomsten pas over een grotere tijdshorizon duidelijk kunnen worden. Nu onderzoeken in hoeverre ketenzorg heeft geleid tot betere zorg en daarmee geassocieerde reductie in kosten, is vrijwel onmogelijk. (bron: zie pagina 25)

Toch kan de keten DBC als succes worden geëvalueerd als men bedenkt dat voor de keten DBC (met een overhead van gemiddeld 10% van de zorgkosten) een integrale, breed aanspreekbare en verantwoordelijke eerstelijns organisatie kan worden geschapen. Hier is de gulden méér dan een daalder gebleken waard te zijn.



Bijlage 2 liet zien waar mogelijke besparingen in de zorg de komende jaren worden gevonden. Absolute randvoorwaarde voor menigeen van deze bezuinigingen is de aanwezigheid van een goed functionerende eerstelijns zorginstelling.

Maar hoe is de stand van zaken in het zorglandschap? Hoeveel “goed functionerende eerstelijns zorginstellingen” zijn er? Wanneer is er sprake van een goed functioneren?

De eerstelijns balans

Als we de balans op dit moment in Nederland opmaken dan kunnen we het volgende constateren.

De eerstelijns zorginstellingen zoals hierboven gedefinieerd zijn nog redelijk zeldzaam. De ontwikkeling zoals geschetst in figuur 1 is daarentegen een ontwikkeling die steeds vaker bij zorggroepen wordt herkend.

De vraag is of het tempo van deze ontwikkeling volkomen autonoom zou moeten zijn. De ketenzorg (en de integrale financiering via DBC of anderszins) heeft massaal geleid tot een “vereniging” binnen de eerste lijn of tenminste binnen het huisartsenzorgveld.

Hierbij kunnen de volgende observaties worden aangetekend:

- Vele groepen hebben slechts één ketenzorgproduct, dus ook een beperkte organisatie en daarmee geen bredere focus dan alleen de ketenzorg.
- Het tempo van doorgroei van één ketenproduct naar meerdere ketenproducten, naar ondersteuning van de ketenzorg, naar bredere ondersteuning, naar brede verantwoordelijkheid en brede aansprakelijkheid is zeer wisselend.
- Het tempo van deze ontwikkeling wordt volkomen ontwricht door verzekeraars die alleen in termen van “zorggroep -” (zie figuur 1) denken en niet inzien dat “hun” investering in een eerstelijns organisatie zoveel meer voordelen dan enkel de ketenproducten kan opleveren.
- Het tempo wordt ook vertraagd door conservatisme binnen de beroepsgroep zelf, die in plaats van toekomstgericht strategisch denken, denken vanuit de verdediging, vanuit mogelijke financiële consequenties van de individuen.
- De noodzaak voor deze ontwikkelingen wordt veelal niet door de beroepsgroep zelf erkend.
- Er zijn nog vele zorggroepen die bedrijfsmatig handelen in de zorg verwarren met onoorbare praktijken zoals misbruik van de machtspositie van de huisarts om bijvoorbeeld bij een diëtist een lager uurtarief af te dwingen. Ook het denken romdom ketenzorg in termen van potentiële winst die kan worden gemaakt is laakbaar in een tijd dat a) er fors bezuinigd dient te worden en



“overschotten” niet als winst mogen wegvloeien en b) dat de versterking van de eerste lijn investeringen behoeft, die niet via de winstsluis mogen wegstromen naar de zakken van reeds betaalde zorgverleners.

- De prille zorggroepen vaak niets tot zeer weinig ondernemen om multidisciplinaire ondersteuning en samenwerking structureel vorm te geven.

Deze observaties hoeven de ontwikkeling niet in de weg te staan; het zijn de hobbels die genomen moeten worden om tot een deugdelijke eerstelijns organisatie te komen.

Nu is het echter zo dat zowel het beleid van VWS als het operationele beleid van de zorgverzekeraars weifelend is. Dit komt in de praktijk er op neer dat de ontwikkeling van regio tot regio anders is, van verzekeraar tot verzekeraar anders wordt beschouwd en ondersteund, en dat “het veld” en “de markt” maar sturend moet zijn. Dit is een ongewenste situatie gezien het eerdere betoog. Als de kosten en volumes binnen de zorg een radicale verandering behoeven om zorg voor iedere Nederlander betaalbaar en bereikbaar te houden, en als de eerste lijn de potentie behelst om hier een oplossing in te bieden, maar als diezelfde eerste lijn in vele gevallen een ontwikkeling moet doormaken om deze thema’s aan te kunnen, dan kan het toch niet zo zijn dat er geen enkele versnelling wordt uitgeoefend, behalve “de markt” die het zelf moet uitvinden.

Hierbij lijkt de weifeling van de zorgverlener, de beleidsmakers en de verzekeraars een groter probleem dan de effectiviteit van de markt.

En wat is die markt dan? De NMa en NZa hebben in de zomer van 2010 een rapport “richtsnoeren zorggroepen” gepubliceerd. ^(bron: zie pagina 25) Hierin wordt de marktgerelateerde regelgeving op zorggroepen gespecificeerd. Maar in hoeverre komt dit overeen met de zorggroep die eerstelijns instelling (in wording) is?



Marktwerving

Laten we beginnen met een belangrijke veronderstelling. Omdat de zorg een basisvoorziening voor alle burgers is en omdat de zorg wordt gefinancierd uit collectieve middelen en premies van diezelfde burgers, kan men niet zo maar van een markt spreken als bij andere sectoren.

We willen de beste kwaliteit tegen een zo scherp mogelijke prijs. Door concurrentie en marktwerving kan dit zeker worden bevorderd. Maar het streven naar een zo groot mogelijke winst is binnen de zorg niet wenselijk omdat hiermee publieke middelen niet doelmatig gebruikt zouden worden.

Als voorbeeld kan het Aldi of Ikea concept worden genomen. Deze bedrijven hebben de prijs, beschikbaarheid en keuze in hun marktsegment fors beïnvloed. Een dergelijk concept in de zorg zou dus voor patiënten de prijs kunnen verlagen en kwaliteit / keuze vergroten. Aan de andere kant hebben Aldi en Ikea miljarden verdiend aan hun markt. Dit soort verdiensten zou zelfs bij een succesvol concept niet acceptabel zijn. Kortom, de zorgmarkt is geen echte markt.

Tegelijk is een financiële prikkel voor organisaties en bedrijven van belang om hen te motiveren in prijs en kwaliteit scherp te blijven of te krijgen.

Om de beste prijs en de beste kwaliteit te krijgen zijn er dus verschillende partijen nodig die geprikkeld zijn om dit te bewerkstelligen. Er zijn dus verschillende marktpartijen, maar ook verschillende markten. De zorg is zeer complex als het hierom gaat. Welke markten zijn er en hoe verhouden deze markten zich ten opzichte van elkaar?

Markten

Er is een aantal verschillende domeinen te benoemen:

1. Binnen overeenkomende zorgaanbieders of binnen één zorglaag
2. Tussen meerdere zorglagen

Maar ook

3. Tussen beleidsmakers en beleidsuitvoerders
4. Tussen zorginkopers en zorgverkopers

1. Binnen overeenkomende zorgaanbieders of binnen één zorglaag

Zoals geconstateerd door de RVZ in het rapport “Marktconcentraties in de ziekenhuissector”, is er in de ziekenhuissector nauwelijks sprake van marktwerving.
(bron: zie pagina 25)



Er lijkt met de komst van ZBC's, de vergemakkelijkte toegang tot buitenlandse ziekenhuizen en de "concurrentie" tussen regionale ziekenhuizen, een kleine groei in de patiënten die bewust kiezen tussen tweedelijns zorgaanbieders. Deze groei is minimaal en betreft een select deel van de patiëntenpopulatie (met name de operatieve, electieve zorg).

De derdelijns zorg kent net zo weinig marktwerking. De AWBZ financiering is vaak gericht op regionale capaciteit en dit staat in de praktijk een uitbreiding via een nieuwe aanbieder vaak in de weg.

De eerste lijn kent, wat dit thema betreft, wellicht nog wel de meeste marktwerking. De eerstelijns GGZ zorg kent vaak meerdere aanbieders die concurreren op toegankelijkheid en service. Fysiotherapeuten hebben de afgelopen jaren de werking van de markt gemerkt en zijn bewust in hun praktijkvoering gericht op het binnenhalen en behouden van cliënten. Huisartsen worden nog steeds volledig bekostigd betaald op basis van praktijkomvang en zorgomzet. De patiënt verandert in het algemeen weinig van huisarts, maar dit kan meer worden gehoord als een stem van vertrouwen vanuit de patiënt, dan als een beperking van de keuzevrijheid en dus van de mogelijke markt.

Willen we tussen de overeenkomende zorgaanbieders of binnen één zorglaag méér concurrentie en marktwerking?

Zoals bekend is een groot deel van de kosten van de gezondheidszorg afkomstig uit het 2^e en 3^e lijns echelon. Zoals eerder gesteld zouden deze kosten kunnen worden gereduceerd. Een marktwerking tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen kan de kwaliteit en de kostenreductie ten goede komen. Tot op heden heeft dat echter niet zo veel opgeleverd. Een verschuiving van 2^e lijns zorg naar de 1^e lijn zou hierin effectiever kunnen blijken te zijn.

Dit betreft dan een verschuiving tussen zorglagen. (zie verder)

Een verdere concurrentie, marktwerking tussen eerstelijns disciplines (bijvoorbeeld tussen huisartsen) kan vanzelfsprekend ook een toename aan kwaliteit en een reductie aan kosten opleveren. Maar de kostenreductie kan macro-economisch nooit opleveren wat een verschuiving van 2^e naar 1^e lijn zou opleveren. En een versplinterde eerste lijn is niet in staat de verschuiving vanuit de 2^e lijn te bewerkstelligen. Hiermee komen dus tot een marktparadox.

De eerste marktparadox is hierboven beschreven, maar er is een tweede marktparadox. Zoals de integrale bekostiging nu is beschreven, kunnen meerdere partijen de zorg leveren voor bijvoorbeeld diabetes patiënten. De ketenzorg heeft in de ontwikkeling en de beeldvorming het idee opgeroepen dat deze zorg als losse segmenten te implementeren valt. De dagelijkse realiteit is echter anders. (bron: zie pagina 25)

De comorbiditeit is eerder regel dan uitzondering. Diabetes type 2 patiënten zonder andere chronische aandoeningen zijn zeldzaam. Dit maakt dat aanbieders die enkel

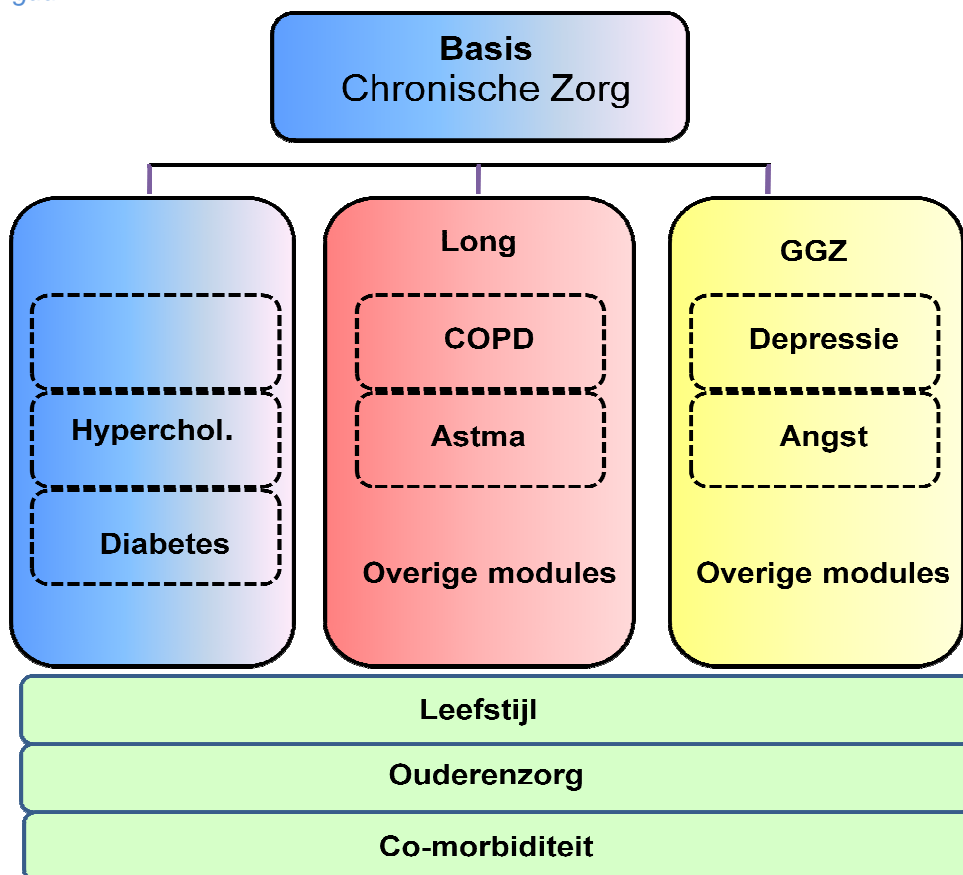


diabeteszorg aanbieden, slechts een deel van de zorg kunnen leveren aan een patiënt.

Een tweede gegeven bij diabetes, COPD, verhoogd vasculair risico management is dat de leefstijl van de patiënt een belangrijke factor is in het ontstaan en het onderhouden van de klachten. Een generalistische aanpak van chronische zorg mét aandacht voor comorbiditeit en brede leefstijl (van roken, gewicht tot compliance van geneesmiddelengebruik) is essentieel. In de beleidsontwikkeling zal er dus aandacht moeten komen voor een model dat hier aan tegemoet kan komen. Figuur 2 is een voorbeeld hoe een en ander kan worden geïntegreerd tot één chronische zorg model.

In de markt ontstaat de paradox dat een op zichzelf staand product als bijvoorbeeld de diabetesketen, door meerdere partijen kan worden aangeboden, maar dat het generalistische model vrijwel alleen door de 1^e lijn, en huisartsen in het bijzonder, kan worden aangeboden. Een 1^e lijnsaanbod met keuze tussen hulpverleners en een aanbod dat in de wijk en dus in de leefomgeving van de patiënt kan worden aangeboden.

Figuur 2



2. Tussen meerdere zorglagen

We kennen in de zorg een traditionele rolverdeling. Het is redelijk vastomlijnd wat het ziekenhuis doet, wat de huisarts doet, wat de apotheker doet. Binnen deze groepen vindt marktwerking plaats, maar deze kan ook tussen de groepen plaatsvinden. Zoals eerder aangegeven kan er bijvoorbeeld een hoop worden gewonnen als de kosten van de 2^e lijn worden gereduceerd.

Deze kosten reductie kan a) intrinsiek plaatsvinden, b) via extramuralisatie en kosten reallocatie en c) door zorg- en kostensubstitutie plaatsvinden.

Met de intrinsieke kosten reductie wordt bedoeld een reductie van de bestedingen binnen de 2^e/3^e lijn (interne kosten). Er is weinig tot geen prikkel geweest in de historie van bewindvoering in veel 2^e en 3^e lijns zorginstellingen om deze kosten laag te houden. (bron: zie pagina 25) Dit resulteerde in een bedrijfs- en arbeidsethos waarbij er

minder dan kritisch met uitgaven werd omgegaan. Duidelijke voorbeelden hiervan zijn dat externe leveranciers per definitie hogere prijzen vragen aan zorginstellingen vanuit de etiologie dat “er toch wel wordt betaald”. Een intrinsieke besparing dient met name de bedrijfsvoering te treffen en dient extern opgelegd te worden.

Vanuit marktwerking is de autonome positie van bijvoorbeeld ziekenhuizen te begrijpen, maar in een tijd waar nationale rapporten aangeven dat er grote reductie van het aantal ziekenhuizen moet plaatsvinden, is het onbegrijpelijk dat de autonomie van ziekenhuisdirecties hen in staat stelt met collectieve zorgmiddelen maar door te bouwen en door te bouwen. Er is dus weinig externe sturing op het dossier van interne kosten.

De kostenreductie via extramuralisatie is een beweging die mondjesmaat in Nederland plaats vindt, maar op steeds meer plekken zijn intrede begint te kennen.

De specialist in een wijkcentrum spreekuur laten doen, gezamenlijke consulten tussen huisarts en specialist, huisbezoeken van een geriater, zijn allemaal voorbeelden van ziekenhuiszorg buiten de muren van het ziekenhuis. (bron: zie pagina 25)

Deze verplaatsingen stellen de specialist in staat de specialistische meerwaarde te bieden daar waar nodig en zonder drempel, zonder dat de patiënt verwezen wordt en vaak bij de verwijzing uit het beeld van de eerste lijn verdwijnt. De rol van de specialist is veel meer de rol van consulent, adviseur, medebehandelaar dan degene die de behandeling overneemt. Hierdoor is de tijd van de specialist per patiënt beperkter en dus goedkoper.

De 2^e lijns DBC prijs van een dergelijke consulent functie kan in tijd (en dus in prijs) geringere omvang kennen én de topzware 2^e lijns overhead zou hierbij niet van toepassing hoeven te zijn. Natuurlijk geldt dat de overhead voor de “echte” 2^e lijns zorg hiermee gaat stijgen (dezelfde infrastructuur toebedeeld aan minder zorgproducten), maar het inzicht in deze overhead neemt hiermee onevenredig toe. Tenslotte de kostenreductie door zorg- en kostensubstitutie.



De ketenzorgproducten (maar ook andere projecten) toonden aan dat menig traditioneel 2^e lijns patiënt, zonder verlies aan kwaliteit van zorg, binnen de eerste lijn kon worden behandeld. Dit is een zorgsubstitutie die één op één besparingen met zich mee brengt. Ook hierbij geldt een belangrijke kanttekening, namelijk dat verschuiving en substitutie van 2^e lijns zorg alleen maar relevant is als kosten mee veranderen.

Zolang de ex-post verevening een feit is, is iedere substitutie en verschuiving een wassen neus.

Tot op heden is de verkenning van deze substitutie nog gering; een uitbreiding van en een doortastend beleid binnen bijvoorbeeld de mogelijkheden van de beleidsregel innovatie, kan hierin veel mogelijkheden geven (denk aan artrose, dementie, CVA, hartfalen enz).

De volwassenheid van de eerste lijn in termen van kwaliteitsborging, organisatie en slagkracht is beperkt. Zoals eerder betoogd, als deze markt van substitutie tussen zorglagen een gewenste optie is, en indien de eerste lijn hierin een primaire rol in dient te vervullen, zal de versnippering van de eerste lijn dienen te verdwijnen.

3. Tussen beleidsmakers en beleidsuitvoerders

Dit is een opmerkelijke markt als er al sprake is van een markt.

Een tweetal aspecten worden hier nader beschreven:

- i) De verhouding overheid en verzekeraars
- ii) De verhouding overheid en zorgverleners

De overheid heeft als doel de zorg met de beste kwaliteit en tegen de laagste prijs voor alle burgers beschikbaar en toegankelijk te houden.

In het kader van dit doel heeft de overheid bijvoorbeeld beleid uitgezet om chronische zorg in Nederland door middel van ketenfinanciering beter bestuurbaar en beter uitvoerbaar te maken. Dit beleid wordt vervolgens door een aantal verzekeraars voortvarend ter hand genomen, maar ook door een aantal volkomen terzijde geschoven. De verzekeraars die dit ter zijde schuiven blijken een partij te zijn die boven de markt verheven lijkt. Niet alleen kan de overheid hen het voorgestelde beleid niet verplichtend laten uitvoeren, ook de zorgverleners kunnen dit beleid niet afdwingen (zie rechtszaak Meditta versus Achmea).

Er is een veronderstelling in Nederland dat zorgverzekeraars boven de markt verheven zijn omdat zij de belangen van de patiënten dienen. Als deze verzekeraar er voor kiest om zorg in te kopen op een andere manier dan de overheid en het



zorgveld voorstelt, dan mag dat omdat de verzekeraar hierbij de belangen van de patiënten bewaakt.

Althans dat wordt veronderstelt.

Kernvraag die zich opdringt is of de zorgverzekeraars deze positie waarmaken die hen is toebedeeld?

Sinds de invoering van het nieuwe financieringstelsel in de zorg begin 2006, kunnen we de volgende zaken vaststellen:

- Er zijn relatief weinig mutaties tussen verzekeraars, de markt is dus niet echt in beweging.
- De polissen van de verschillende verzekeraars verschillen inhoudelijk of financieel in grote lijnen niet van elkaar.
- De fusies binnen het verzekeraarlandschap maken het tot een oligopolie.

Kortom, er is geen marktwerking tussen verzekeraars

Voor patiënten is er weliswaar keuzevrijheid tussen verzekeraars, maar het is kiezen tussen vijf dezelfde broodjes kaas met dezelfde prijs. En dat is geen keuze.

De vraag is dus of de rol die de verzekeraars hebben toebedeeld gekregen nog wel wenselijk is, zeker nu deze verzekeraars het beleid van overheid, patiëntenverenigingen en zorgveld, met het grootste gemak, blijken te dwarsbomen.

De verhouding overheid en zorgverleners is eveneens toe aan een kritische blik.

Welke markt wil de overheid nu? Wil men nu echt dat er ondernemerschap is, als dit zou leiden tot maatschappelijk onverantwoorde winsten?

Of mag je wel een beetje winst maken?

Wil men nu vrije tarieven en omzetprikkeling? Of mag je wel een vrij tarief hebben, mag je omzet zeker stijgen, maar mag je niet méér verdienen, want dat is niet acceptabel (Balkenende norm enzovoort)?

De overheid wil georganiseerde huisartsen, maar niet te veel bij elkaar want dan is men een marktmacht.

In het hoofdstuk aanbevelingen worden deze aspecten nader toegelicht.

4. Tussen zorginkopers en zorgverkopers

In de definitie van zorginkopers versus zorgverkopers wordt uitgegaan van het feit dat de verzekeraars de zorginkopers zijn en de zorgverleners de zorgverkopers.

Als men iets wil verkopen en een ander wil dat kopen, ontstaat de basis van een markt. Keuzemogelijkheden, kwaliteits-eisen zijn instrumenten om deze markt te laten floreren.

Maar is dat in de praktijk zo?



Een eerste voorbeeld toont aan dat dit een drogbeeld is. De ex-post verevening is weliswaar uit de juiste bedoelingen geschapen, maar doorkruist één op één de markt die geschetst werd onder punt 2 (zie hierboven). De ziekenhuis lobby blijkt de machtigste van de zorgwereld en substitutie van zorg gaat vooralsnog niet gepaard met substitutie van kosten. (bron: zie pagina 25)

Ook de uurtarieven binnen de zorg illustreren dat de “markt” hier slechts ten dele operationeel is. Een deel van de zorgverleners hebben vastgestelde uurtarieven (bijvoorbeeld specialisten) en deze zorgverleners concurreren in een markt tegen zorgverleners met een vrij uurtarief (bijvoorbeeld huisartsen). Dit creëert een gestoorde verhouding en levert geen evenredige concurrentiepositie op. Dit vrije uurtarief is voor de genoemde huisartsen slechts een schijnbaar vrij tarief. De enige plek waar de huisarts zijn of haar product kan verkopen is bij de verzekeraar. Het niet verkopen van dat product (het weigeren te leveren van bijvoorbeeld diabetes zorg) is zorginhoudelijk niet te verantwoorden. Kortom, de verzekeraar (en de verzekeraar alleen!) bepaalt tegen welk “vrij” uurtarief de huisarts zijn/haar diensten kan aanbieden. Omdat de verzekeraar toch zeker de belangen van de patiënt dient door zo goedkoop mogelijk in te kopen, en daarmee dus de verzekeraar boven de markt te plaatsen, wordt een situatie geschapen dat alle verzekeraars onderling mogen overleggen tegen welk “vrij” tarief die huisarts wordt ingekocht. En de huisarts heeft als enige optie stoppen met zorgverlening als je hiermee niet akkoord gaat.

Dit zijn natuurlijk voorbeelden uit de dagelijkse praktijk die duidelijk maken dat er helemaal geen echte marktwerking bestaat op dit moment.

Patiënt en markt

Alle voorafgaande overwegingen zijn alleen relevant in de mate dat zij de positie van de burger of patiënt beïnvloeden.

Deze burger wil betaalbare en toegankelijke zorg.

Deze burger wil ook een MRI voor elke hoofdpijn, een ziekenhuis om de hoek, en een eerste lijn waar je 7 keer 24 uur kunt binnen wandelen.

Wat de burger dus wil, kan niet altijd.

Zoals de RVZ al stelde in haar rapport over de ziekenhuissector: “zonder keuzemogelijkheden is marktwerking niet mogelijk, maar het is een middel en geen doel op zich”.

Er is voor patiënten keuze tussen ziekenhuizen, ZBC's, behandeling in eerste of tweede lijn.

Er is voor patiënten keuze tussen huisartsen, tussen fysiotherapeuten, tussen apothekers.



Minder ziekenhuizen beperkt deze keuze (althans geografisch beperkt), maar de kostenbesparing maakt dat de burger minder polis hoeft te betalen.

Substitutie van 2^e naar 1^e lijn beperkt de keuze tussen 1^e en 2^e lijn. Maar ook hier geldt dat men alleen een omelet kan maken als men eieren wil breken.

De versnippering van de eerste lijn wakkert de onderlinge concurrentie aan en dit zou kunnen leiden tot méér keuze voor de patiënt. Maar een verenigde eerste lijn is noodzakelijk om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

En waar zou een sterk verenigde eerste lijn de keuze vrijheid van patiënten nu precies treffen? Moeten we per stad of regio meer “zorggroepen” hebben?

De participatie van een huisarts of fysiotherapeut in een collectief betreft geen loondienstverband; de zorgverlener heeft nog steeds dezelfde omzetprikkel.

Collectiviteit zou zorgverleners moeten ontlasten van administratieve en andere bedrijfsvoeringlasten, collectiviteit zou meer zorgcapaciteit moeten opleveren, collectiviteit zou betere deskundigheid en kwaliteitsborging moeten opleveren.

Allemaal aspecten die de keuzevrijheid niet beperken, die de patiënt als zeer gewenst ervaart en die de zorg ook nog eens betaalbaar houdt.

Kortom, voor een deel van de zorg geldt dat maximale keuzevrijheid voor de patiënt op gespannen voet kan staan met kostenbeheersing. Tegelijk kan een collectiviteit in de eerste lijn de keuzevrijheid zelfs vergroten.



Conclusies en aanbevelingen

Urgentie en beleid

Een belangrijke conclusie is dat de huidige zorgverlening in volume en kost niet te handhaven valt. Drastische hervorming zullen moeten plaatsvinden, waarbij de maatregelen niet overal enthousiast zullen worden onthaald.

Een aanbeveling met hoge urgentie is dat er duidelijkheid komt vanuit de beleidsmakers over de noodzaak en de omvang van de hervorming alsmede over de richting van het beleid in de komende jaren.

Er kan structureel fors worden bezuinigd (10-20 miljard; zie bijlage 2). Dit vergt maatregelen die op veel weerstand zullen stuiten, zeker vanuit de farmaceutische en tweedelijns lobby.

De beleidsmakers moeten hun verantwoordelijkheid nemen in het betaalbaar houden van het Nederlandse zorgstelsel.

Eerstelijns zorginstelling

Geconcludeerd kan worden dat er een vraag ligt naar eerstelijns zorginstellingen. Hierbij wordt ook vastgesteld dat de ontwikkeling onvoldoende wordt geleid en onvoldoende verplichtend wordt opgelegd.

Aanbevolen wordt om de ontwikkeling met regelgeving te versnellen. Dit kan onder andere door de WTZi van toepassing te verklaren op de contractanten van de ketenzorg, dit kan door de overhead van de ketenzorg-contractanten te labelen voor bredere toepassing en dit kan door de ketenzorg-contractanten verantwoordelijk te maken voor integrale onderdelen van de eerstelijns zorg.

Marktmanco's

De marktwerking in de tweede en derde lijn is nauwelijks waarneembaar.

De hoeveelheid ziekenhuizen en het integrale zorgaanbod per ziekenhuis moet kritisch worden beschouwd. Er dient een nationaal capaciteitsbeleid op de bouw en locaties van ziekenhuizen te komen. Er dient ook een reallocatie van zorgproducten/aanbod plaats te vinden; niet elk zorgproduct in elk ziekenhuis.

De overheveling van AWBZ producten naar de zorgverzekeringswet kan voor een deel van de AWBZ zorg te marktwerking verbeteren. Regionaal capaciteitsdenken



dat nieuwe toetreders in de weg staat, laat marktwerking en kostenreductie moeizaam toe.

Er dient binnen de AWBZ meer oog te zijn voor nieuwe toetreders.

De kosten van de bedrijfsvoering binnen 2^e en 3^e lijn zijn hoog en zijn historisch weinig geprikkeld in doelmatigheid.

Een aanbeveling is een gelabelde bezuiniging op 2^e en 3^e lijns infrastructurele kosten.

De extramuralisatie van de 2^e lijns zorg is slechts mondjesmaat uitgetoetst en toegepast. Bovendien staat de huidige DBC systematiek de kostenbesparing hieromtrent in de weg. De 2^e lijns DBC's (>120.000 stuks) leveren een bureaucratisch woud op.

Het realloceren van zorgkosten zou makkelijker moeten worden (sommige extramurale diensten goedkoop en intramurale zorg extra duur).

De mogelijkheden voor nieuwe zorgoplossingen zou via constructen als de beleidsregel innovatie makkelijk en laagdrempelig gebruikt moeten kunnen worden.

De positie van de verzekeraar is op basis van het patiëntenbelang ten onrechte boven de markt gesteld. De concurrentie tussen verzekeraars is onvoldoende en levert te weinig keuzevrijheid en kwaliteitsverbetering voor de patiënt op.

Beleidsmakers zouden (mogelijk via de NZa) de rol van de verzekeraar opnieuw moeten overwegen. Prijsafspraken tussen verzekeraars en zorgbeleid van verzekeraars dat haaks staat op nationaal beleid en wensen van zorgveld en patiënt, zou uit den boze moeten zijn.

De uurtarieven van zorgverleners zijn soms wel en soms niet vastgesteld. De inkoopmacht van verzekeraars is dermate groot dat de verkopende zorgpartij geen onderhandelpositie heeft.

Er dient een eenduidig beleid te zijn over uurtarieven. Een gereguleerd uurtarief is hierbij aan te bevelen; wel een min-max bandbreedte vastgesteld, maar met een variatie die prikkelt om te excelleren.

De ex-post verevening staat concurrentie in de weg en daarmee substitutie van zorg en kosten in de weg.

De ex-post verevening dient hoe dan ook en zonder talmen afgeschaft te worden.

Om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden is een herziening nodig. De eerste lijn heeft hierin een centrale rol. Hiervoor dient de eerste lijn breed georganiseerd te zijn zodat er een integrale verantwoordelijkheid kan worden genomen.

Het beleid dient gericht te zijn om snel en verplichtend de eerste lijn te organiseren.



Geeft dit document alle antwoorden? Zijn de gegeven antwoorden allemaal waar? Natuurlijk is de werkelijkheid altijd genuanceerd. En natuurlijk zijn de antwoorden in dit document een interpretatie van de werkelijkheid. Het is echter wel een interpretatie die gebaseerd is op feiten en een interpretatie die gestoeld is op een daadwerkelijke ervaring in de zorg.

Zorg in Nederland is een kostbaar goed waar we trots op mogen zijn. We leveren goede zorg en deze goede zorg is een basisvoorziening geworden.

Maar de economische en demografische realiteit is duidelijk. Het moet anders! Niet omdat het niet goed is, maar omdat we dreigen goede zorg te verliezen. En nog belangrijker omdat we dreigen te verliezen dat zorg een basisvoorziening is.

Dat kunnen en mogen we niet toestaan.

Dat vergt ingrijpen en radicale veranderingen.

Onze “gulden” moet een daalder waard gaan worden of we willen of niet.

Iedereen in de zorg weet dit en iedereen in de geïnstitutionaliseerde zorg weet dat het met een iets kleiner budget, de zorg echt niet minder hoeft te worden.

De eerste lijn is goedkoop en efficiënt en is dus het antwoord.

Neen, het antwoord is complexer dan dat. De jonge eerstelijns organisaties zijn echter dermate veelbelovend dat een goed georganiseerde, breed verantwoordelijke eerste lijn wel een antwoord kan zijn.

Geen vrijblijvendheid in deze ontwikkeling is het devies. Geen heilige huisjes bij verzekeraars, overheid en tweede lijn is het andere devies. Nederland excelleert in het vermijden van moeilijke beslissingen om iedereen tevreden te houden, de resultante van ons poldermodel.

Niet veranderen, geen herziening is ook een beslissing en wel de verkeerde.

Op de markt is je gulden een daalder waard.

Wij eisen deze markt want we willen die daalder.



Literatuur en bronvermeldingen

1. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organisation, 2009
2. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025 Blokstra A, Baan CA, Boshuizen HC, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Picavet HSJ, Smit HA, Wijga AH, Verschuren WMM. RIVM 2007
3. Cost Effectiveness Analysis with the RIVM Chronic Disease Model. Baal PHM van, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Wit GA de. RIVM 2005
4. Vierhout WP, Knottnerus JA, van Ooij A, et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. Lancet 1995;346(8981):990-4.
5. Vierhout WPM, Knottnerus JA, et al. Consultatie in de huisartspraktijk 2. Medisch Contact 1992;(4):120-123.
6. Vlek JF. Role of the family practitioner in the management of patients following a myocardial infarct. NTVG 1994;41(138):2049-2053.
7. Schulpen GJC. Joint Consultation of General Practitioners and Rheumatologists. Maastricht: Datawyse; 2003 (proefschrift).
8. Schulpen GJC, Vierhout WPM, van der Heijde DM, Landewé RB, van der Linden S, Winkens RAG. The value of joint general practitioner and rheumatologist consultations in primary care patients. Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:447-449.
9. Schulpen GJC, Vierhout WPM, van der Heijde DM, Landewé RB, Winkens RAG, Wesselingh AMK, et al. Patients at the outpatient clinic of rheumatology: Do they really need to be there? EJINME 2003;14:158-161.
10. Schulpen GJC, Vierhout WPM, van der Heijde DM, Landewé RB, Winkens RAG, Wesselingh AMK, et al. Joint Consultation of General Practitioner and Rheumatologist: Does it matter? Ann Rheum Dis 2003;62:159-161.
11. Schulpen GJC, Vlek J, Vierhout WPM, Wesselingh AMK, Crebolder H. The win-win consultation. Transmural collaboration between specialist and general practitioners. Medisch Contact 2002;57:423-425.
12. Duimel-Peters IGP, Schulpen GJC. Disease Management bei Diabetes Mellitus Typ II: Die primäre Versorgung verbessern. Pflegezeitschrift 2007;8:439-443.
13. Duimel-Peters IGP, Jöbjes-Penders B, Schulpen GJC. Pflege und disease



14. Management Diabetes Mellitus Typ II – Beispiel Maastricht: Pflegeexperten haben Schlüsselrolle. *Pflegezeitschrift* 2007;10;568-570.
15. Duimel-Peeters IGP, Jöbses-Penders B, Schulpen GJC. Pflege und disease Management Diabetes Mellitus Typ II – Beispiel Maastricht: Qualitätssicherung und –kontrolle. *Pflegezeitschrift* 2007;12;686-687.
16. Frederix M, Schulpen GJC, Soomers F, Duimel-Peeters IGP. De eerstelijns DBC COPD - een opluchting? *Medisch Contact* 2008;63(7);297-300.
17. Inge GP Duimel-Peeters, Bea Jöbses-Penders, Guy JC Schulpen. Structurele bekostiging van goede, betaalbare diabeteszorg in de eerste lijn. *EADV-magazine* 2008;2:43-47.
18. J.N. Struijs. The future health (care) burden of chronic diseases in the Netherlands. 2008, thesis.
19. T. Gootzen, A. Bonte. Het rendement van ketenzorg. *Medisch contact* 2010;4: 180-182.
20. Struijs JN, Til JT van, Baan CA. Experimenteren met de keten-dbc diabetes : Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands : The first tangible effects. RIVM, 2009.
21. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002 Oct 9;288(14):1775-9.
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002 Oct 16;288(15):1909-14.
23. Richtsnoeren Zorggroepen. NMa/NZa 2010
24. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, B.C.T. van Bussel, E. Pijpers. De zorg voor chronisch zieken. *Medisch contact* 2006; 61 (45): 1803-1806.
25. Marktconcentraties in de ziekenhuissector. RVZ 2003.
26. Tony Lamping. Lobbyen in de zorg kost een miljard. *Volkskrant* 2010.



Kosten gezondheidszorg

Een notitie ten behoeve van de verkiezingen 2010.

Vertrekpunten

De kosten van de zorg nemen hand over hand toe: totale uitgaven nu al 14.7% van het BBP. (bron CBS)

De consequentie is dat de zorg hiermee in navolging van de bancaire crisis, tot een nieuwe economische baisse kan leiden. Ook zal de solidariteit van de zorg danig onder druk komen te staan.

Stelling is dat Nederland nooit in een positie mag komen dat er betere zorg is voor mensen met een beter inkomen.

Ontgroening en vergrijzing zijn debet aan de stijging van de kosten. Ontwikkelingen binnen de zorg zijn ook kosten verhogend (toename in medische kunde, vroegdetectie). Het inzicht dat samenhangende geïntegreerde zorg leidt tot betere zorg voor patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit leidt tot een toename aan vraag voor zorg.

Tenslotte is de Nederlandse burger in toenemende mate verantwoordelijk voor consumentisme binnen de zorg. Medisch shopgedrag, gebruik van spoedeisende voorzieningen zijn hier voorbeelden van. We zijn niet gewend dat zorg ook geld kost.

Hoe kunnen de komende jaren kosten in toom worden gehouden danwel zelfs gereduceerd worden?

1. Het moge duidelijk zijn dat als de eerstelijnszorg (huisartsen) 2.5 MLD kost ten opzicht van 48 MLD voor de totale gezondheidszorg (waarvan 21 MLD specialistische zorg), de richting van de verandering duidelijk is.

Hoe kan er dan bezuinigd worden?

In Maastricht wordt sinds eind jaren tachtig gezamenlijke consulten tussen huisartsen en specialisten georganiseerd. De specialist gaat langs bij een groep huisartsen en bespreekt de patiënt die anders verwezen zou zijn. De specialist beoordeelt de patiënt samen met de huisarts.

Hier nemen sinds jaar en dag 80 huisartsen aan deel en 12 specialisten. Het aantal patiënten dat wordt verwezen naar de 2^e lijn na zo'n gezamenlijk consult is 15%. Klaarblijkelijk kunnen specialisten in zo'n gezamenlijk consult in 85% volstaan met een advies aan de huisarts voor verder beleid.

Het extramuraliseren van de zorg kent meerdere verschijningsvormen.

Inloopcentra, wijkcentra (bron RVZ) zijn voorbeelden hiervan.



Een ander gegeven is dat Nederland overloopt van de ziekenhuizen die allemaal alle functies uitvoeren. Het centraliseren van gespecialiseerde functies, het extramuraliseren van algemene consultatieve functies kan de ziekenhuis capaciteit fors reduceren.

Advies: reductie van de capaciteit van specialistische zorg (bijv door sluiting of kleiner maken van tweedelijns voorzieningen)

Hoe: Per gebied kan een deel van de ziekenhuizen worden omgezet naar diagnostisch centrum met eerste hulp functie. Als we de helft van de specialistische zorg handhaven op huidig niveau, kan de andere helft met 50% worden teruggebracht in capaciteit.

Besparing: 25% van het specialistisch budget is 5.3 MLD.

2. Besparing overhead ziekenhuiszorg

De diabetes ketenzorg in de eerste lijn kent een overhead van 10%; de overige 90% is vergoeding voor de hulpverlener.

De segment B DBC diabetes bedraagt € 500-650 met tussen de € 90-150 aan vergoeding hulpverlener. Dit is dus zo'n 20% aan vergoeding voor de hulpverlener. De bureaucratische last binnen zorginstellingen is simpelweg te groot. Kortingen in budgetten worden doorlopend vertaald in minder hulpverleners. Het is veilig om te stellen dat een generieke maatregel op overhead te billijken is en niet ten koste van de zorg hoeft te gaan als deze maatregel enkel van toepassing is op overhead.

Advies: generieke korting op label overhead van bijv 10% (alleszins realistisch)

Hoe: via de inkoop ziektenkostenverzekeraars.

Besparing: ziekenhuisbudget	2.1 MLD
GGZ	0.5 MLD
GGD, arbo, overig	1.5 MLD

3. Besparing farmacie

Totale kosten farmacie zijn 6.2 MLD. Het inregelen van een nieuwe distributie van geneesmiddelen) die niet via apotheek verloopt (maar via internet, ziekenhuis, politheek, DCA, huisarts en welke vorm dan ook) kan tot €3, = per receptregel opleveren door minder personele kosten. Dit hoeft niet ten koste te gaan van de kwaliteit, enkel een andere manier van distribueren.

Bij 160 M receptregels per jaar in de eerste lijn levert dit 480 M op.

Als men vervolgens de inkoop centraliseert kan tot 5% korting worden behaald, als juist wordt voorgeschreven (conform beroepsstandaard) kan tot 15% worden bespaard. Juist gebruik van geneesmiddelen (compliance, spilling) kan tot 15% opleveren.



Advies: maak de apotheker tot farmaceutisch consulent (zo'n 35% van de huidige beroepsomvang) en centraliseer inkoop en verkoop.

Hoe: inkoopbeleid zorgverzekeraars, politiek beleid

Besparing: tot 30% van totaal budget is 1.9 MLD

4. Besparing AWBZ

De uitgaven in de AWBZ kennen twee kostenverhogende componenten. Ten eerste een duur beoordelingssysteem en ten tweede een uitgavenpatroon dat niet overeenstemt met omliggende landen en niet bewezen leidt tot betere gezondheid. (zoals aangetoond bij reumatologische aandoeningen door Boonen et al).

Advies: versnel de overgang van AWBZ naar ZVW en simplificeer de indicatiestelling. Tevens kan er kritisch worden gekeken naar de noodzaak van sommige voorzieningen.

Hoe: korting van 10% op overhead AWBZ

Besparing: zonder de voorziening in kwaliteit te schaden kan tenminste 10% efficiëntie worden behaald. Dit levert een besparing van 2.3 MLD.

Dit zijn een aantal grove maatregelen die flinke budget besparingen kunnen opleveren. Alle maatregelen zijn te onderbouwen, te verdedigen én te realiseren. Een totaal van 13.6 MLD is hier becijferd.

Een aantal spelregels zijn wel op de plaats:

- Heb een sterke rug. De tweede lijn en de farmacie hebben zeer sterke lobby's. De besparingen zijn meer dan realistisch, maar het vergt doorpakken.
- De ex-post verevening zou per direct moeten worden afgeschaft.
- De bouw- en expansievrijheid van ziekenhuizen zou nationaal gereguleerd moeten worden. Nu bouwt iedere voorzitter van een raad van bestuur te vaak voor zijn eigen ego in plaats van uit een verantwoordelijkheid naar de maatschappij.
- Laat de patiënten meedelen in de opbrengsten van bezuinigingen; daar waar een verzekeraar met zorgpartijen tot reductie van kosten komt, zou de patiënt de positieve effecten ook persoonlijk moeten ervaren. Dit vergroot het draagvlak voor maatregelen enorm.
- Versterk de eerste lijn maar wel met bindende condities. De eerste lijn is DE plek om de zorgveranderingen te laten landen. Om de eerste lijn hier ook echt klaar voor te krijgen dienen huisartsen (maar ook de andere disciplines) verplichtend georganiseerd te zijn, zodat ze aanspreekbaar zijn en de collectieve middelen hebben om hun positie waar te maken. Dit soort collectiviteiten dienen geen mini-vakbonden te worden maar WTZI, NMA, NZA proof met multidisciplinariteit gegarandeerd. Ook het huisartsenbudget hoeft



niet te worden uitgebreid, maar met een gezonde productiviteitsprikkel beheersbaar gehouden.

- Limiteer de verdienste in de tweede lijn, maar breng de specialist nooit in loondienst. Loondienst is het begin van de bureaucrativering en menig ander land heeft dit beproefd en heeft gefaald.
- Investeer matig, maar investeer wel!! Zorg dat er wijkcentra komen. Zorg dat er extramurale voorzieningen zijn. Zorg voor leefbaarheid in de deelgebieden. Prikkel gemeenten om hun verantwoordelijkheid te nemen voor de zorginfrastructuur.
- Zachte heelmeesters maken stinkende wonden. Het niet nemen van de verantwoordelijkheid nu, maakt dat de zorg gedifferentieerd wordt naar inkomensniveau. De zorg is niet meer betaalbaar als we niet snel acteren. Wellicht dat enkele van de genoemde maatregelen uit de heup geschoten lijken of op fantasie lijken te berusten, maar ik verzeker u dat deze maatregelen genoeg voorbeelden nationaal en internationaal kennen om te onderbouwen dat ze uitvoerbaar zijn.

Kortom de volgende conclusie. De eerste lijn blijft van groot belang in het beheersbaar houden van de kosten van de zorg. Dan zijn er ook forse kostenreducties te behalen. Een goede organisatie binnen de eerste lijn is hierbij van belang, waarbij er een sterke zorginfrastructuur op buurt en wijk niveau dient te worden gerealiseerd. Fysieke samenwerking tussen disciplines binnen de eerste lijn, tussen disciplines van eerste en tweede lijn en tussen disciplines van eerste lijn en publieke gezondheid is een belangrijke randvoorwaarde waarop geïnvesteerd moet worden.

