

Afscheidscollege van prof. Guus Schrijvers 27 september 2012

Meer gezondheid en betere zorg met evenveel professionals (Triple Aim): ja dat kan (PP1 en 2)

Uitgeschreven tekst van het Afscheidscollege van prof. Guus Schrijvers op 27 september 2012. Deze tekst is langer dan de uitgesproken tekst en voorzien van referenties. De verwijzing met PPP verwijzen naar de overeenkomstige Power Point dia's die elders op deze website staan.

De titel van dit college ontleen ik aan de ontwikkeling van de Triple Aim theorie van de Amerikanen Don Berwick en Maureen Bisognano (PPP3). De titel van mijn college had ook kunnen luiden: Triple Aim in Holland. De drie doelstellingen zijn: 1. **betere gezondheid**, 2. **betere zorg** en 3. **lagere kosten**.

Het vervangt in de USA en Duitsland het bekende model van de marktwerking zonder concurrentie helemaal overbodig te maken. Het Triple Aim model heeft drie kenmerken(PPP4): 1. Doelmatigheidswinst wordt ingezet voor preventie en betere zorg. 2. Eenheid van beleid is belangrijker dan eenheid van bestuur en 3. ontwikkelen vanuit demonstratie projecten.

Het zijn niet alleen doelstellingen voor de zorgverzekeraar. Het zijn ook de doelstellingen voor bijvoorbeeld een verloskundig samenwerkingsverband aan het begin van het leven. Arie Franx, hoogleraar gynaecologie, waar zit je? Triple Aim: daar begint het. Doelmatigheidswinst terugploegen naar preventieve interventies door dezelfde professionals. Triple Aim geldt ook op aan het eind van het leven, voor netwerken in de ouderenzorg en voor alle ketens die zorg bieden in levensfase tussen geboorte en ouderdom. Het is niet zo dat de Triple Aim verantwoordelijkheden verdeelt: de gemeente is voor de preventie, de professional voor de kwaliteit van zorg en de zorgverzekeraar voor de doelmatigheid. Nee, er is gemeenschappelijk belang in drievoud, er is een Triple Aim.

In het project Friesland Voorop zit ik dezer dagen in de Stuurgroep namens de Friese patiënten. Daar tracht ik de theorie van Triple Aim te realiseren door bijvoorbeeld te pleiten voor minder locaties voor Intensive Care afdelingen en de doelmatigheidswinst hiervan aan te wenden voor betere spreiding van eenvoudige acute zorg en vergroting van de zelfmanagement bij patiënten bij spoedeisende situaties. Dat is Triple Aim in de praktijk. In dit college ga ik in op de theorie van Triple Aim. Dit model is mogelijk in Nederland indien het zorggebruik dankzij tien innovaties verandert. Die tien staan op PPP5 vermeld:

- 1. Verhoog Accijns op ongezonde goederen en maak gezonde voeding goedkoper. Daardoor neemt de zorgvraag af.**
- 2. Meer gezondheidsonderwijs voor de jeugd en meer gezondheidseducatie voor volwassenen remt de vraag naar zorg af.**
- 3. Vroegtijdige interventie beperkt de zorgvraag.**
- 4. Iedere burger treft maatregelen voor de eigen oude dag. Wie dat niet kan, heeft recht op de AWBZ.**

5. **De KNMG, de NPCF, het CVZ en ZonMw nemen het voortouw in een debat over de toegang tot dure behandelingen, als het einde van het leven nadert.**
6. **Inspectie en zorgverzekeraars stellen strengere kwaliteitseisen aan netwerken en zorggroepen.**
7. **De indeling van ziekenhuizen naar maatschappen moet verdwijnen. Daarvoor in de plaats komen ziekenhuisbrede stafmaatschappen en een indeling naar brede patiëntengroepen. Dit bevordert de doelmatigheid van het zorgaanbod.**
8. **Door de inzet van verpleegkundig specialisten krijgt de anderhalfste lijn een kans en neemt de ziekenhuiszorg af.**
9. **Zorgpaden verkorten de doorlooptijd voor zorgverlening en leiden daardoor tot een betere benutting van zorgprofessionals en hun apparatuur en accommodatie**
10. **Prestatie-contracten en shared savings verlagen de kostengroei van het zorgaanbod.**

De eerste drie innovaties (PPP6) betreffen het bevorderen van gezondheid. Innovaties 4 tot en met 7 (PPP7) betreffen het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De laatste drie innovaties gaan over het bevorderen van doelmatigheid. (PPP8) Gezamenlijk vullen zij de drie doelen van Triple Aim in. Deze tien punten hadden er ook 8 of 12 kunnen zijn. Ze zijn het resultaat van een jaar nadenken, collega's raadplegen en literatuur doornemen. Ik sta open via mijn nieuwe website voor suggesties en verbeteringen.

Ik ga de tien punten achtereenvolgens toelichten. Maar eerst enkele algemene opmerkingen. Ik merk op, dat ik niet pleit voor bezuinigingen, bij mij is het niet "meer met minder". In mijn betoog blijft het aantal arbeidsplaatsen in de zorg stabiel. Wel moeten alle professionals ermee rekening houden dat hun werkinhoud verandert. Soms wordt die breder en soms smaller. Wellicht moet die zorg op een andere locatie geboden worden of veranderen de contacten: meer e-consulten, vaker in de eerstelijns en minder face-to-face contacten.

Ik ben trots op de Nederlandse gezondheidszorg die hoog scoort in internationale statistieken, die toegankelijk is voor elke Nederlandse burger en waar kwaliteit meestal is geborgd. Ik baseer mij hierbij op het RIVM rapport the Dutch health Care performance Report 2010.¹ Dit rapport laat ook zien dat de zorg hoog scoort bij de Nederlandse bevolking. Ik ben trots op huisartsen en eerstelijns die allen volgens standaarden werken. Honderd standaarden zijn al uitgebracht. Ik ben trots op de Nederlandse ziekenhuizen die vergeleken met andere landen doelmatig functioneren. De ligduur die aanmerkelijk afnam sinds 1990. Op de groei van het aantal poliklinische ingrepen. Op de farmaceutische zorg: Nederlanders gebruiken aanmerkelijk minder medicatie dan andere Europeanen. Op de ouderenzorg die volgens het CBS² sinds 1990 buurtgerichter ging werken, het aantal bedden aanzienlijk reduceerde, terwijl het aantal 65-plussers met 9% toenam. Dat ik toch pleit voor verandering met tien innovaties, komt omdat ik slecht weer voorzie. We hebben in de toekomst niet genoeg professionals om

¹ RIVM, Dutch health Care performance Report 2010,
http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o10298_dhCPR2010.pdf

² <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3042-wm.htm>

aan de zorg te voldoen en we hebben niet genoeg geld. Deze drie afbeeldingen illustreren dit. (PPP 11,12 en 13).

Onlangs stelde oud-minister van Volksgezondheid Ab Klink <http://www.consultancy.nl/rapporten/490/booz-company/kwaliteit-als-medicijn> (PPP14) dat er op de ziekenhuiszorg zes tot acht miljard te bezuinigen is. Hij heeft gelijk: dat kan. Hij schetst het beloofde land, Hij is niet de enige: ook anderen zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en individuele auteurs schetsen ideale situaties die goedkoper zijn dan de bestaande. Het probleem van dergelijke studies is, dat zij nauwelijks aangeven hoe ze dat ideaal willen bereiken. In dit college doe ik dat wel. Laat mij nu nog even twintig minuten jullie Mozes zijn die de weg aangeeft naar het beloofde land. Ik kom bij innovatie één.

1. Verhoog accijns op ongezonde goederen en maak gezonde voeding goedkoper. Daardoor neemt de zorgvraag af.

Bij Zorgorganisatie Kaiser Permanente in Californië en in de Engelse National Health Service bestaat het beleid “make the healthy choice easier”. Hiermee wordt gepoogd de omgeving van de burger zo aan te passen, dat deze omgeving gezond gedrag uitlokt. Voorbeelden zijn het rookverbod in de horeca en het aanleggen van groen en sportterreintjes in een woonbuurt. Die lokken lichaamsbeweging uit. Een ander voorbeeld: het vermelden van niet alleen prijzen maar ook calorieën op een menukaart van een restaurant: die lokken uit tot het bestellen van minder vette toetjes. Ter aanvulling hierop wil ik pleiten voor een verandering in de financiële omgeving, en wel voor een accijnsverhoging op (PPP15):

1. tabak
2. alcohol
3. frisdrank
4. verzadigd vet
5. zoutgehalte van levensmiddelen

In wetenschappelijke kring is dit onderwerp bekend als de “Vettax”. Experimenten in ander landen tonen aan dat deze de gezondheid bevordert (PPP16). Een prijsverhoging van 10% op sigaretten, verlaagt het aantal rokende jongeren met 7%. Voor volwassenen is dit percentage 5%. Ik baseer mij ook op de Amsterdamse dissertatie van Wilma Waterlander van juni dit jaar (PP17). De titel van haar proefschrift heb ik vertaald: Geld bij de mond houdt het lichaam gezond (PP18). Let wel, u hoort mij niet paternalistisch spreken over verbieden van de genoemde levensmiddelen. Iedere burger behoudt de vrije keuze. Wat ik wil is toepassing van het beginsel in de milieuwetgeving: de vervuiler betaalt. Wie ongezonde levensmiddelen aanschaft en daardoor meer zorg gaat gebruiken op een later tijdstip, moet daaraan meer meebetalen. Mijn eerste innovatie daarom voor vanmiddag (PPP19):

1. Verhoog accijns op ongezonde goederen en maak gezonde voeding goedkoper. Daardoor neemt de zorgvraag af.

Mijn tweede innovatie (PPP20):

2. Meer gezondheidsonderwijs voor de jeugd en meer gezondheidseducatie voorvolwassenen remt de vraag naar zorg af.

Toch is omgevingsaanpassing door middel van onder meer een vettax niet voldoende. De burger moet ook zelf gezonder gaan leven. Tal van initiatieven lopen in Nederland om het

bewegen te bevorderen, het roken te verminderen, de alcoholconsumptie te beperken, de voeding te verbeteren en de stress te verlagen. Gelet op alle inspanning lukt dat niet erg. Zo neemt het overgewicht nog steeds toe. Ik zie twee lichtpuntjes. Ten eerste blijkt uit de historie dat verandering uiteindelijk te realiseren was op zes leefstijlen (PPP21):

1. hygiënisch gedrag (1850 – 1900)
2. vermindering alcoholconsumptie (1890 – 1960)
3. bezoek van jonge ouders aan consultatiebureaus (1920 – 1940)
4. veiliger autorijden (1970 – heden)
5. terugdringen van tabaksgebruik
6. het terugdringen van het drugsgebruik (1980 – heden)

Ik merk op, dat deze leefstijlveranderingen een generatie duurden. Het hygiënische gedrag zoals zich 's morgens wassen, gekookt water drinken en van een water closet gebruik maken, was niet van nature eigen aan de mens: het is een, twee generaties aangeleerd. In 1890 telde de Amsterdamse wijk De Jordaan op elke zeven huizen een kroeg. Een brede maatschappelijke beweging ontstond in 1890 van onderwijzers, dominees, huisartsen en politici om alcoholgebruik terug te dringen. Dit daalde per hoofd van de bevolking tot circa 1960. Het is mijn generatie van de jaren zestig die vrijheden bevocht en zich niet meer aan alcoholnormen wilde houden. Thans is de alcoholconsumptie weer op vergelijkbaar niveau met dat van 1890. Het consultatiebureaubezoek werd in de periode van twintig jaar gemeengoed. Geleidelijk volgden jonge moeders niet meer de bakerpraatjes maar de professionele opvattingen van vroedvrouwen en kraamverzorgers. Na de tweede wereldoorlog haalden velen, jong en oud, een rijbewijs. Het aantal verkeersdoden bleef stijgen per 100.000 gereden kilometers. Sinds 1970 daalde dit aantal mede dankzij hogere eisen om te slagen voor het rij-examen. Verder is het niet meer not-done om beschonken achter het stuur te zitten na een receptie of verjaardag. Dit is dankzij campagnes als “Wie is de BOB?”. Ik heb in mijn familie nog meegemaakt dat op verjaardagen sigaretten en sigaren werden uitgedeeld. Deze historische feiten geven hoop voor de toekomst, al kost het een generatie om gedrag en daarmee de vraag naar zorg te beperken.

Deze historische feiten geven hoop voor de toekomst. Ik toon wat plaatjes over elk van deze vijf leefstijlen (PPP 22 t/m 27). Ik licht ze hier niet verder toe. Ik verwijs naar het boek Van Mackenbach (PPP28)³ en naar mijn uitgeschreven tekst.

Het tweede lichtpunt vormt de gezonde school in basis- en middelbaar onderwijs (PPP29). Zo'n school biedt gezondheidsonderwijs, betreft ouders daarbij, heeft een gezonde schoolkantine, gaat indrinken tegen en heeft korte lijnen met GGD en verslavingszorg. Er zijn veel studies uitgevoerd. Mijn Julius collega's dr. Rob de Leeuw en promovendus Vincent Busch onderzoeken dit concept bij vijf middelbare scholen in Utrecht en Brabant. We hebben het model ontwikkeld samen met docenten van de middelbare school Werkplaats kindergemeenschap Kees Boeke (PPP30). Zijn er ook toehoorders vanuit de Werkplaats in de zaal? De eerste resultaten zijn verrassend gunstig. Het roken neemt af en het excessieve alcoholgebruik en coma zuipen ook. Verder spreken de leerlingen hun eigen ouders en leerkrachten aan op hun eigen alcoholgebruik, gebrek aan beweging, roken en verkeerde voeding.

Wel nu, stel dat het lukt om de leefstijl van de Nederlander in één generatie gezonder te maken (net zoals in het verleden) dankzij de bestaande activiteiten en het

³ Johan Mackenbach (red.), Successen van preventie. Erasmus Publishing, 96 blz. (inclusief dvd), Rotterdam, 2012

gezondheidsonderwijs, dan zou het kunnen zijn dat de groei van het aantal chronisch zieken afneemt.

Mijn tweede stelling luidt daarom (PPP31):

2. Meer gezondheidsonderwijs voor de jeugd en meer gezondheidseducatie voor volwassenen remt de vraag naar zorg af.

Het is lastig empirisch aan te tonen dat gezondheidsonderwijs loont. Hier gaat de kost ver voor de baat uit. In vakjargon, zijn de returns on investments pas op lange termijn zichtbaar. Intussen hebben burgers al vele andere gebeurtenissen meegemaakt, waardoor oorzaak-gevolg relaties moeilijk te leggen zijn. En als mensen dankzij gezondheidsonderwijs langer blijven leven, dan worden de kosten alleen maar hoger. Wie het roken op jonge leeftijd tegen gaat, verlengt de levensduur en verhoogt daarmee de kosten van ouderenzorg. Heb jij voor de methodologische kwestie een oplossing? Als vader van drie kinderen zeg ik: laten we blij zijn met alle kinderen dat niet rookt. Lang zullen ze leven in de gloria en in het verpleeghuis. Maar als gezondheidseconoom kom ik er niet uit.

Ik kom bij de derde stelling. (PPP32) of voluit (PPP33):

3. Vroegtijdige interventie beperkt de zorgvraag.

Indien het aantal professionals gelijk blijft in de komende jaren, bestaat het risico dat de zorg zich vooral gaat richten op spoedeisende zorg. Bijvoorbeeld op de kankerpatiënt die met spoed een operatie moet ondergaan. Of op patiënten met acute hart- en vaatproblemen. Of op psychiatrische patiënten met een psychotische aanval of een acute depressie. Of op kinderen die in het gezin mishandeld zijn. Dit risico bestaat omdat dringende zorg voorgaat op niet-dringende. Maar veel van de niet-dringende zorg is wel belangrijk. Vooral als het gaat om vroegtijdige onderkenning van somatische problematiek, psychisch lijden en opvoedproblemen. Omdat Nederland een sterke eerstelijns en een uitstekende screening organisatie heeft, vindt vroegtijdige onderkenning op vele ziektebeelden plaats. Genetische screening staat in de kinderschoenen, maar ontwikkelt zich ook voorspoedig. Ik zie op enkele plaatsen nog ruimte voor verbetering:

1. selectieve preventie
2. eerdere en snellere diagnostiek van kanker
3. eerder behandelen van psychisch lijden
4. eerder signaleren en melden van opvoed- en opgroei-problemen

Het RIVM onderscheidt in haar recente rapport binnen de Nederlandse bevolking groepen met een verhoogd risico op chronische ziekten. Risicofactoren zijn bijvoorbeeld: een hoge leeftijd, erfelijke belasting, overgewicht, roken, alcoholgebruik, eenzaamheid en verlies/overlijden van partner. Het presenteert elf interventies die, mits vroegtijdig aangeboden aan op risico geselecteerde groepen, kosten-effectief zijn op de korte termijn.

Nog steeds vindt de eerste diagnose van kanker plaats in een fase waarin de tumor reeds ver ontwikkeld is. Hier is sprake van een patient's delay, doctor's delay en een system's delay. Onduidelijk is tot nu toe, wie welke deel van de vertraging in weken en maanden veroorzaakt. In Denemarken bestaat hiervoor een groot onderzoeksprogramma onder leiding van collega Frede Oleson. Dat zou ook in Nederland moeten plaatsvinden.

In de geestelijke gezondheidszorg verblijven vele patiënten (40% van de behandelde patiënten) met psychisch lijden, dat veroorzaakt is in de jeugd en zich pas openbaart op volwassen leeftijd. Ik pleit voor een eerdere signalering, diagnose stelling en verwijzing van psychische lijden door huisartsen, jeugdartsen en andere jeugdprofessionals. Dat kan door betere integratie van algemene gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg. Ik houd dit pleidooi om latere, langdurige opnamen in psychiatrische instelling te voorkomen. Mede door deze verschuiving kunnen evenveel professionals meer gezondheid leveren en de kostengroei afremmen. Ik merk op dat nog steeds regionale psychiatrische centra en psychiatrische afdelingen nauwelijks samenwerken met algemene ziekenhuizen. Ook liggen ze vaak op hetzelfde terrein.

Dit zelfde is het geval voor de geboortezorg, de jeugdgezondheidszorg en de Centra voor Jeugd en Gezin. Het preconceptioneel consult voor ouders met een kindwens is nog steeds niet ingevoerd. Terwijl het toch kosten-effectief is. Hier speelt als extra problematiek, dat velen het opvoeden van kinderen beschouwen als monopolie van de ouders. Dat remt het signaleren af van opgroei- en opvoedproblemen. Leerkrachten, trainers, huisartsen en jeugdartsen vertonen, aldus de inspectie Integraal Toezicht Jeugdzaken, handelingsverlegenheid om hun professionele know-how aan te reiken.

Vandaar mijn derde innovatie;

3. Vroegtijdige interventie beperkt de zorgvraag.

En nu innovatie nummer 4:

4. Iedere burger treft maatregelen voor de eigen oude dag. Voor de AWBZ en andere wetten geldt een vermogenstoets.

Bij maatregelen voor de oude dag, bij zelfzorg en zelfmanagement denk ik aan:

1. voldoende kennis van de aandoening bij patiënt en familie
2. tijdige signalering van opspelend gezondheidsprobleem
3. kennis en vaardigheden om met de aandoening om te gaan
4. het vermogen bij patiënten en familie om bij crisissituaties handelend op te treden
5. durf en zelfvertrouwen bij patiënt en familie om medicatie aan te passen als dat nodig is
6. voldoende kennis van het beschikbare zorg- en hulpaanbod bij patiënt en familie
7. voldoende motivatie om een gezonde, desnoods aangepaste leefstijl in acht te nemen
8. voldoende zelfvertrouwen bij patiënt en familie om activiteiten te ondernemen
9. voldoende invloed van de patiënt en familie om samen met de behandelaar te beslissen over de meest wenselijke therapie
10. voldoende financiële middelen, huisvesting en een sociaal netwerk om zelfmanagement te kunnen uitvoeren.

Ik heb deze opsomming zelf ontworpen en sta open voor aanvullingen en aanpassingen. Uit de literatuur blijkt (ik ga met zevenmijlslaarzen laarzen er doorheen), dat het bevorderen van zelfmanagement door cursussen, websites, lotgenotencontact, eigen-krachtconferenties en als gespreksonderwerp tijdens een therapeutische behandeling gunstig werkt op de kwaliteit van leven van patiënten. Minder duidelijk is het antwoord op de vraag, of zelfmanagement kosten bespaart van zorg voor herhaling van plotseling verergering (in vakjargon: van recidive) en door vertraging van de verslechtering van de zorg. Op vier punten acht ik meer zelfmanagement in staat om te bevorderen dat hetzelfde aantal professionals meer zorg kan aanbieden:

1. een grotere kennis en vaardigheid bij spoedeisende gezondheidsklachten
2. verhoging van de trouw aan medicamenteuze therapie van patiënten
3. verlaging zorgpremie of eigen risico voor chronisch zieken na het volgen van cursussen
4. eerst eigen huis opeten ofwel zorgsparen

In een onderzoek toonde de Nijmeegse huisarts Giesen die ook werkzaam is bij IQ Health Care aan, dat negentig procent van de hulpvragen bij een huisartsenpost als acuut wordt ervaren door patiënten. Tegelijkertijd vinden huisartsen dat, professioneel gezien, slechts tien procent acuut is. Er bestaat een grote mismatch tussen wat patiënten en huisartsen als acuut beoordelen. Buitenlandse studies leren dat verhoging van de kennis over acute klachten en de beslissing om wel of niet acuut een professional te raadplegen, het acute zorggebruik doet dalen. Het invoeren van een eigen bijdrage, te betalen op de Huisartsenpost of de Spoedeisende Hulp en niet wegverzekerd, van bijvoorbeeld 25 euro, doet het zorggebruik nog verder dalen. Want dan gaan burgers eerst hun eigen kennis en vaardigheden benutten. Onderzoek leert dat patiënten met ernstige problemen bijvoorbeeld ongevalspatiënten en hartpatiënten, toch wel komen, ook al zou de eigen bijdrage 500 euro bedragen.

Onderzoeksinstituut NIVEL heeft aangetoond dat de therapietrouw van medicatie gebruikende chronisch zieken 30% bedraagt. De overige 70% houdt zich niet aan de medicatie-voorschriften of slikt de pillen helemaal niet. Aan dit niet-gebruiken kleven verschillende bezwaren. Ten eerste is het geldverspilling als medicatie wordt voorgeschreven die niet wordt gebruikt. Ten tweede treden in dat geval latere complicaties op die het pilgebruik had moeten voorkomen, met alle gevolgen van dien. Ten derde vallen chronisch zieken eerder uit vanwege arbeidsverzuim, wat leidt tot een verlaging van de arbeidsproductiviteit. Onduidelijk is, welke oorzaken in welke mate bijdragen aan die lage therapietrouw. Ligt het aan de kwaliteit van de relatie tussen professional en patiënt zeg maar de klikscore, dat wil zeggen aan de mate waarin het klikt tussen beiden? Monitoren huisarts en apotheker onvoldoende het medicijngebruik? Zijn de voorschriften met vaak meer dan vier soorten pillen op verschillende dagdelen in te nemen te complex? Ontstaan er bijverschijnselen bij de chronisch zieken die hen doen besluiten om de medicatie ongebruikt te laten? Of zijn chronisch zieken gewoon te nonchalant en te ongemotiveerd? Moeten we dan toch maar zoals in andere landen een eigen bijdrage op medicatie invoeren? Er is aanleiding om een gedegen onderzoeksprogramma (ZONMW) te starten naar de oorzaken van dit gebrek aan zelfmanagement. Hier ligt opnieuw een kans voor meer gezondheid en zorg door evenveel professionals.

Uit de literatuur⁴ blijkt (ik ga met zevenmijlslaarzen laarzen er doorheen), dat het bevorderen van zelfmanagement, zelfzorg en mantelzorg door cursussen, websites, lotgenotencontact, eigen-krachtconferenties en als gespreksonderwerp tijdens een therapeutische behandeling gunstig werkt op de kwaliteit van leven van patiënten. Mensen leren dan maatregelen te treffen voor hun eigen oude dag. We weten evenwel niet onder welke condities het bevorderen van zelfmanagement besparingen oplevert. Er is wel een voorbeeld uit Duitsland.

In Duitsland krijgen chronisch zieken korting op eigen bijdragen in de eerstelijns, indien zij eenmaal per jaar een training of cursus volgen over hun aandoening of over het omgaan met hun aandoening. Zij leren er over de werking van hun medicatie. De cursus zelf is gratis toegankelijk. Wie de cursus niet volgt krijgt de begeerde korting niet. Deze financiële regeling

⁴ Zie uitvoerig <http://www.zelfmanagement.com/>

is ingebed in een stelsel van zorgprogramma's leidt in Duitsland tot grote besparingen en tot een grotere overlevingskans voor chronisch zieken.⁵

Deze weken pleit ik ervoor, dat burgers met een eigen vermogen van meer dan 200.000 euro, geen recht hebben op de AWBZ.. Ik vind dat de overheid slechts medeverantwoordelijk is voor een goede oude dag van haar burgers. Wat zie ik ook in die buurlanden Engeland, Frankrijk en Duitsland? Daar gaan familieleden meer zorgen voor hun zorgbehoefte ouders, ooms en tantes omdat anders de erfenis minder wordt.⁶ Hier zien we dat een financiële prikkel in de vermogenssfeer leidt tot meer zelfzorg en zelfmanagement binnen families en tot betere voorbereiding op de ouderdom⁷. Ik kom daarom tot innovatie 4.

4. Iedere burger treft maatregelen voor de eigen oude dag. Voor de AWBZ en andere wetten geldt een vermogenstoets.

Ik ben nu bij innovatie 5.

5. De KNMG, de NPCF, het CVZ en ZonMw nemen het voortouw in een debat over de toegang tot dure behandelingen, als het einde van het leven nadert.

KPMG Plexus heeft onlangs op verzoek van VWS een onderzoek uitgevoerd naar het functioneren van poortwachters in de gezondheidszorg⁸. Het bureau onderzocht de poortwachtersfunctie van huisartsen, Spoedeisende Hulpafdelingen en de toegang tot de AWBZ. In wezen biedt dit rapport een aanvulling op de zo bekende trechter van Dunning⁹. In het KPMG Plexus rapport identificeer ik een aantal taken van poortwachters:

1. 24-uurs bereikbaar zijn
2. makkelijke geografische, telefonisch of digitale toegankelijk zijn
3. zelfstandig functionerend (niet in dienst van het zorgaanbod, waartoe zij toegang verlenen)
4. grote professionele, generalistische deskundigheid om zorgbehoeften te bepalen en diagnoses te stellen
5. in staat om ook zelf hulp te bieden ter stabilisering van de zorgvraag

Mij ontbreekt thans de tijd deze vijf taken toe te lichten. Ik verwijs hiervoor naar het rapport. Maar de goede verstaander herkent de poortwachtersfunctie van de huisarts, die verwijst naar de tweedelij (PPP37). Gebleken is dat landen met sterke poortwachtersfuncties in de eerstelij lagere kosten per hoofd van de bevolking kennen dan landen zonder deze poortwachters. Daarom pleit ik ervoor om poortwachters á la die van de huisarts te positioneren die de methodiek van de Trechter van Dunning hanteren op individueel niveau. Zij regelen de toegang tot de tweedelijnszorg. Ik noem enkele sectoren waar dit type poortwachters kan werken. Ten eerste de jeugdzorg en de WMO. In deze laatste sector en binnen de WMO is de term 'sociale huisarts' in zwang, die in de plaats komt van alle gespecialiseerde pedagogische hulpverlening. Voor de AWBZ (PPP38) zou een

⁵ <http://vitaadvisors.com/2011/03/23/lessons-from-german-disease-management-programs/>

⁶ Johan Eijlders, Hoe komt de burger in Europa aan zorg?, Een oriënterend onderzoek naar indicatiestelling en zorgtoewijzing voor langdurige chronische zorg in zeven Europese landen, Julius Centrum, Utrecht 2009

⁷ Zie uitvoerig: <http://www.juliuscentrum.nl/Julius/Portals/4/UploadFiles/091028%20je-wr-gs%20hoe%20komt%20de%20burger%20aan%20zorg%20september%202009.pdf>

⁸ KPMG, Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000 – 2010, Eindrapport <http://www.google.nl/search?>

[q=kpmg+poortwachters+&oq=kpmg+poortwachters+&sugexp=chrome,mod=6&sourceid=chrome&ie=UTF-8](http://www.google.nl/search?q=kpmg+poortwachters+&oq=kpmg+poortwachters+&sugexp=chrome,mod=6&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

⁹ http://glossarium.regieraad.nl/Trechter_van_dunning 2012

verpleegkundige of maatschappelijk werker de rol van poortwachter kunnen overnemen. Ik denk hierbij aan het Prisma model zoals in Canada bestaat¹⁰. Zijn hier ook leidinggevend van het Centrum Indicatiestelling Zorg aanwezig? Jullie manier van afwegen lijkt op die in de Trechter van Dunning en de Poortwachters van Wouter Bos. Laten we het woord indicatiestelling en verwijzen synoniem maken. Dat betekent voor de AWBZ dat de indicatiestellers van Centrum Indicatiestelling Zorg ook case management gaan doen en zelfstandig gaan verwijzen naar specifieke tweedelijns AWBZ voorzieningen. Graag zou ik met jullie verder gaan met bedenken hoe het Canadese prisma-model en jullie onafhankelijke professionele indicatiestelling is te integreren. Bij al die poortwachtersfuncties die de toegang naar de tweedelijns regelen, kant het dus niet meer zo zijn, dat tweedelijns professionals naar zichzelf verwijzen.

Toch zijn deze voorbeelden van poortwachters in de jeugdzorg, de Wmo en de AWBZ niet het actuele thema dat ik jullie wil voorleggen. Nee, het gaat mij om de poortwachters en toepassing van de Trechter van Dunning bij dure medicatie en therapieën, als het einde van het leven in zicht is (PPP39).

Ik merk op dat gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en poortwachter hierbij centraal hoort te staan. In vakjargon heet die gezamenlijke besluitvorming *shared decision making*. (PPP40).¹¹ Hierbij worden alle behandelopties van de patiënt vergeleken en als gelijkwaardig aan elkaar door de arts gepresenteerd, ondersteund door video en eventueel gesprekken met andere patiënten. Aangetoond is dat deze gezamenlijke besluitvorming in een aantal situaties kosten besparen, omdat patiënten afzien van bijvoorbeeld chemokuren en zeer grote operatieve ingrepen. In de afgelopen maanden bleven politici om de hete brij heen lopen. End of Life beslissingen zouden alleen thuishoren in de spreekkamer en alleen een onderwerp zijn voor arts en patiënt. Maar artsen werken volgens richtlijnen. Een Intensive Care arts die een behandeling van een ernstige patiënt staakt omdat verder behandelen zinloos is, moet niet het risico lopen van vervolging door het openbaar ministerie. Daarvoor is regelgeving nodig van overheid en beroepsverenigingen. Ik begrijp dat lijsttrekkers niet zo maar iets willen roepen. Zouden ze trouwens nooit moeten doen. Net als bij het euthanasie- debat ligt hier een taak voor de KNMG, het CVZ, de NPCF en ZonMw om het voortouw te nemen. Vandaar mijn vijfde innovatie (PPP41):

5. Het CVZ, de KNMG, de NPCF en ZonMw nemen het voortouw in een debat over de toegang tot dure behandelingen, als het einde van het leven nadert.

Laten we dit debat beginnen met onderzoek naar de feiten. Hoe groot is het probleem? Hoe vaak komt het voor? Wat levert *shared decision making* op? Wie moet de poortwachter zijn? De huisarts?

6. Inspectie en zorgverzekeraars stellen strengere kwaliteitseisen aan netwerken en zorggroepen.

¹⁰ Zie uitvoerig:

http://www.hpm.org/Downloads/HPM_SPOTLIGHTS/Canada_Improving_care_for_the_frail_elderly_the_PRISMA_project.pdf

¹¹ Charles, Cathy; Gafni, Amiram; Whelan, Tim, Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, Vol 44(5), Mar 1997, 681-692. doi: [10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)

Ketenzorg, geografische centralisatie van ziekenhuisfuncties, het oprichten van coöperaties in de eerstelijns, fusies, het creëren van een anderhalve lijn, het realiseren van transmurale zorgpaden, online afspraken maken met professionals, taakherschikking van hoogopgeleide professionals naar lager opgeleide, e-consulten, het zijn allemaal begrippen die hoog op de agenda staan bij elke zorgorganisatie in de eerstelijns, ziekenhuizen, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicapte zorg. Ik juich al die ontwikkelingen toe, voor zover ze leiden tot meer preventie, betere toegang tot de zorg, kwaliteitsverhoging of tot meer doelmatigheid. Ik bespreek ze hier niet. Ik vind algemene beschouwingen hierover ook moeilijk. Soms werkt geografische centralisatie en soms niet. Soms helpt kleinschaligheid en soms niet. Dat zelfde geldt voor e-health en telemonitoring. “What matters, is what works” is het principe dat ik van Nick Goodwin, leading health services researcher in London en here present, heb overgenomen. Een zeker opportunisme en beleidsinstrument neutraliteit heeft bij mij postgevat. Ik ben ook af en toe voor marktwerking en af en toe tegen.

Een paar algemene opmerkingen over de andere inrichting van het zorgaanbod maak ik wel. Ik doe dat omdat deze onvoldoende in maatschappelijke wetenschappelijke discussies naar voren komen. De algemene opmerkingen betreffen kwaliteitseisen voor zorgnetwerken. Vrijwel alle zorg in Nederland wordt geboden via netwerken. Ik vind dat een prima alternatief voor grote gefuseerde, transmurale instellingen. De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) stelt zes kwaliteitseisen aan zorgnetwerken, zorgprogramma's, zorggroepen en Centra voor jeugd en Gezin:

1. gezamenlijke probleemanalyse
2. gezamenlijke doelstellingen op basis van de probleemanalyse
3. systematische evaluatie en verbetering van de zorg
4. gestructureerd overleg tussen de professionals van het netwerk
5. schriftelijke afspraken over taakverdeling tussen professionals
6. betrokkenheid van zorgverzekeraar en gemeente in het netwerk

Tegenwoordig wordt vrijwel alle zorg in netwerkverpakking aangeboden. Ik stel voor dat deze zes voorwaarden strikter gaan gelden voor toelating voor subsidie aan het netwerk van zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeenten en andere financiers. Indien ze ontbreken of onvoldoende worden bevonden door IGZ of andere instanties, zou de Nederlandse Zorgautoriteit of de Nederlandse mededingingsautoriteit mogen ingrijpen. Want dan bestaat er samenwerking niet gericht op verbeteren van de volksgezondheid, maar op het realiseren van marktmacht. Ik kom daarmee meteen op mijn tweede punt: een beter onderscheid tussen een kartel en een samenwerkingsverband of een maatschappelijk monopolie. Nu kijken NZA en NMA alleen naar de omvang van het regionale marktaandeel om te beoordelen of een samenwerkingsverband of fusie toegestaan of verboden moet worden. Niet wordt bekeken of de maatschappelijke kosten door minder overhead of door kwaliteitsverhoging omlaag gaan. Kortom ik ben voor kosten verlagende, regionale monopolies en tegen kosten verhogende. Laten instellingen die een samenwerkingsverband aangaan maar met een gedegen business case model of met een kosten-effectiviteitsanalyse maar aantonen dat zij de kosten gaan verlagen door een monopolie te realiseren. Intussen blijven de zes IGZ voorwaarden van kracht, zodat een monopolist op een later moment bij niet hieraan voldoen zijn financiële grondslag kwijtraakt. Het strikter hanteren van de zes genoemde kwaliteitseisen betekent ook dat de fixatie van massamedia, zorgverzekeraars en beleidsinstanties op kwaliteitsindicatoren kan verminderen. Wie die zes hanteert, krijgt vanzelf waar voor zijn geld.

Mijn zesde innovatie luidt daarom:

6. Inspectie en zorgverzekeraars stellen strengere kwaliteitseisen aan netwerken en zorggroepen.

De zevende innovatie gaat over ziekenhuizen. (PPP42):

7. De indeling van ziekenhuizen naar maatschappen moet verdwijnen. Daarvoor in de plaats komen ziekenhuisbrede stafmaatschappen en een indeling naar brede patiëntengroepen. Dit bevordert de doelmatigheid van het zorgaanbod.

Maatschappen per specialisme bestaan in bijna alle Nederlandse ziekenhuizen. Behalve bij ziekenhuis Bronovo in Den Haag. Daar zijn alle specialisten lid van een ziekenhuisbrede maatschap, ofwel een stafmaatschap. Alle negentig specialisten verdienen evenveel, namelijk een negentigste van de omzet. Het bestuur ervan bestaat uit ervaren specialisten met kennis van zaken. Het vormt de tegenspeler van de Raad van Bestuur. Één stafmaatschap heeft voordelen boven maatschappen per specialisme. Zorginnovaties zijn zo makkelijker te realiseren. Verder heeft de stafmaatschap parallelle belangen met die van de Raad van Bestuur. Beide gaan over het totale ziekenhuis. Tenslotte betekent de stafmaatschap zelfregulering van de specialisten zelf: zij moeten aan de slag en niet de overheid of de Raad van Bestuur.

In een eerdere versie van mijn afscheidscollege pleitte ik voor een dienstverband voor specialisten. Een dienstverband op korte termijn van alle specialisten heeft voordelen: de geldprikkel tot onnodige verrichtingen verdwijnt. De onderlinge samenwerking verbetert. En er bestaat een gewone gezagsverhouding met een werkgever. Er vinden beoordelingen plaats. Bij disfunctioneren gaat de specialist er uiteindelijk uit. In 1980 schreef ik het boek ‘Artsen in Dienstverband’¹² samen met Jan Hamel en Frans Jaspers (PPP43), die beide later bij het UMC Groningen carrière maakten. Ik was er toen erg voor. Ikzelf ben er in principe ook voor, maar ik zie drie invoeringsproblemen. Ten eerste moet de overheid veel betalen als zij bezit van burgers onteigent. Medisch specialisten zijn thans de eigenaar van de maatschappen. Ten tweede zou het kunnen zijn dat Raden van Bestuur en clustermanagers niet de competenties hebben specialisten in loondienst aan te sturen. Zie de affaire bij het VUmc (PPP44) waar alle specialisten in loondienst zijn. Ik kom daarom nu met het voorstel van stafmaatschappen, niet om hiermee de inkomens te verlagen van specialisten, maar ik wil de motor van overdiagnostiek en onnodige ouderwetse ingrepen stopzetten.

Tot op de dag van heden zijn de meeste ziekenhuizen ingedeeld naar medische maatschappen, bijvoorbeeld in clusters voor snijdende en niet-snijdende specialismen. We zien thans aarzelende stappen om te komen tot een ziekenhuisindeling naar brede patiëntengroepen. Het S- (=specialisten-)model wordt vervangen door het P- (patiënten)model. Mijn voorganger prof.dr. Joop Hattinga Verschure (PPP45) bepleitte dit P-model al in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Ikzelf werkte het uit (PPP46) als co-auteur van mijn eerste publicatie in 1974¹³. In het P-model anno 2012 vindt clustering plaats naar families van zorgpaden. Er ontstaan dan Acute Opname Afdelingen, afdelingen voor planbare zorg, voor oncologische zorg en voor advisering aan de eerstelijns. Ik vermoed dat dit P-model beter en goedkoper werkt dan het S-model. Ik weet dat niet zeker omdat Acute Opname Afdelingen¹⁴ en planbare zorgafdelingen

¹² [Guus Schrijvers, Frans Jaspers, Jan Hamel](#), Artsen in Dienstverband,, Kluwer, 1980

¹³ Gorp W. van, G. Schrijvers en J.C.M. Hattinga Verschure, Werkmodel voor een ambulatorium in een algemeen ziekenhuis, Utrecht, 1974

¹⁴ Hanemaayer J., [een kwalitatief onderzoek naar de medische organisatie van een Acute Opname Afdeling, JDe AOA: een succesvolle zorginnovatie](#)udith Hanemaayer, september 2011 <http://www.juliuscentrum.nl/Julius/Portals/4/UploadFiles/De>

nog steeds robuust niet geëvalueerd zijn en de informatie systemen onvoldoende data opleveren.

Wat ik mis, is het doelmatigheidsprogramma van ZonMw, de opvolger van de Ontwikkelingsgeneeskunde van de toenmalige Ziekenfondsraad. Ik heb in mijn carrière aan menige doelmatigheidsstudie meegewerkt. Vervolgens hebben dit soort studies zichzelf dik terug verdiend.

Ik ga naar de achtste innovatie:

8. Door de inzet van verpleegkundig specialisten krijgt de anderhalfste lijn een kans en neemt de ziekenhuiszorg af.

De negende innovatie:

9. Zorgpaden verkorten de doorlooptijd voor zorgverlening en leiden daardoor tot een betere benutting van zorgprofessionals en hun apparatuur en accommodatie.

In 1987 duurde de opname in het Haagse Sophia revalidatiecentrum van een patiënt met een beroerte, ofwel met een CVA, 126 dagen. En in 2011: 74 dagen. Dat is een daling van 41%. Dit was mogelijk dankzij uitbouw van de ambulante en eerstelijnsvoorzieningen. Hetzelfde fenomeen van ligduurverkorting treedt op bij algemene ziekenhuizen. Ik geef een voorbeeld. In 1970 was de ligduur in het Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein twintig dagen. In 2000 was dat tien dagen en nu zit deze rond de vijf dagen, inclusief de complexe zorg. Daarnaast is de dagverpleging enorm toegenomen, en die telt in de ligtijd in Nederland niet mee, anders was die inmiddels 3 dagen. Nederlandse ziekenhuizen zijn vergeleken met die in andere Europese landen efficiënte instellingen.

Het streven naar kortere doorlooptijden voor diagnostiek en behandeling in de eerstelijns, ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg betekent voor patiënten “sneller erin en sneller eruit”. Ligduurverkorting is een voorbeeld van verkorting van de doorlooptijd. Zorgpaden zijn een instrument om te komen tot doorlooptijdverkorting. Dit economische streven staat haaks, aldus de Rotterdamse hoogleraar zorglogistiek Jan Vissers, op het streven van een maximale bezettingsgraad van een bijvoorbeeld een spreekuur. Een betaling per verrichting bevordert het streven naar een maximale bezettingsgraad. Betaling per periode (in vakjargon episodering) leidt tot verkorting van de doorlooptijd. In de industrie en de commerciële dienstverlening is de oriëntatie op doorlooptijd rendabeler gebleken dan die op capaciteitsbenutting. Tal van modellen zoals Business Process Redesign, Lean Six Sigma en de Theory of Constraints getuigen hiervan. Ik vermoed dat een oriëntatie op doorlooptijden mogelijk maakt dat professionals meer gezondheid en zorg aan patiënten kunnen bieden. Ik word daarin gesteund door eigen onderzoek, waarin ik samen met medisch adviseur van CZ zorgverzekeringen Nicolette Huiskes studie deed naar zorgpaden binnen en buiten ziekenhuizen.

Dat brengt mij op mijn negende stelling:

9. Zorgpaden verkorten de doorlooptijd voor zorgverlening en leiden daardoor tot een betere benutting van zorgprofessionals en hun apparatuur en accommodatie.

[%20medische%20werkwijzen%20en%20eerste%20ervaringen%20op%20vier%20Nederlandse%20AOA%202011%20september.pdf](#)

In het Twentse dorp Losser werkt de ervaren huisarts Ton Boermans samen met Anne de Kroon. Zij is Physician's Assistant ofwel PA. Na haar HBO-opleiding volgde zij de masters studie PA. Ik leerde beide kennen, toen ik met medewerkers de inzet van PA's in de huisartsenpraktijk evalueerde in 2006. Thans is Anne een ervaren PA. Zij houdt spreekuren net als Ton. Zij hebben afspraken welke patiënten Anne ziet en welke Ton zelf. Ze houden gelijktijdig spreekuur: zo nodig schuift Ton aan bij Anne en haar patiënt. Ton Boermans heeft een praktijk van 3.000 patiënten, groter dan de normpraktijk van 2.200 patiënten Daarnaast heeft hij bestuursfuncties in Twente en trekt hij al jaren een osteoporose project. De productie aan consulten van Ton en Anne is nagenoeg gelijk. Anne verdient ongeveer een derde van het inkomen van een huisarts. Patiënten hebben Anne volledig geaccepteerd. Dit geslaagde voorbeeld van taakherschikking gebruik ik in dit college om aan te geven, dat taakherschikking veel kan bijdragen aan meer zorg met evenveel huisartsen.

Dit is alleen mogelijk indien de huisarts goed kan delegeren, alle taken binnen de praktijk herverdeeld worden en via een gemeenschappelijk elektronisch dossier makkelijke taakoverdracht mogelijk is. Ik merk op dat taakherschikking vaak leidt tot andere professionals met eigen opleidingen en beroepsverenigingen.

Binnen de medisch-specialistische zorg zijn ook vele taken te herschikken van specialist naar Nurse Practitioners, klinisch verloskundigen, Spoedeisende Hulpartsen en paramedische professionals zoals optometristen en fysiotherapeuten. En natuurlijk kunnen er dankzij het internet vele taken naar huisartsen. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan tele-dermatologie en tele-cardiologie. Helaas ontbreken adequate bekostiging, geschikte zorgpaden en snel, digitaal berichtenverkeer om deze anderhalfste lijnszorg van de grond te krijgen. Als die zijn gerealiseerd, kan taakverschuiving plaats vinden van specialist naar huisarts en van huisarts naar PA's. Dit brengt mij op innovatie 8: Door de inzet van verpleegkundig specialisten en physician's Assistants krijgt de anderhalfste lijn een kans en neemt de ziekenhuiszorg af.

Nu ga ik over tot mijn tiende en laatste innovatie van vanmiddag. En die luidt (PPP48):

10. Prestatie-contracten en shared savings verlagen de kostengroei van het zorgaanbod.

Tijdens mijn lezingen, colleges en masterclasses en in de vakbladen bespeur ik een grote wens om financiële prikkels die het zorgvolume onnodig stimuleren af te schaffen. Ik ben het daarmee eens. Dat is het grote probleem van marktwerking: de prijzen en tarieven stijgen minder maar de zorgvolumina niet. In de jaren negentig heeft Minister Borst (PPP49) de budgetfinanciering ingevoerd als alternatief voor de betaling per verrichting. Die leidde tot wachtlijsten in de zorg. Pim Fortuin sprak van "De puinhopen van Acht Jaar Paars".

Tijdens mijn lezingen, colleges en masterclasses en in de vakbladen bespeur ik een grote wens om financiële prikkels die het zorgvolume onnodig stimuleren af te schaffen. Ik ben het daarmee eens. Dat is het grote probleem van marktwerking: de prijzen en tarieven stijgen minder maar de zorgvolumina niet. In de jaren negentig heeft Minister Borst de budgetfinanciering ingevoerd als alternatief voor de betaling per verrichting. Die leidde tot wachtlijsten in de zorg. Pim Fortuin sprak van "De puinhopen van Paars".

In de jaren dertig, de jaren van de depressie, vonden economen als Spinoza Catella, Limperg en Meij de budgettering uit. Dat budgettering werd uitgevonden in jaren met een depressie, is niet toevallig. Spinoza Catella hanteert in zijn budgethandboek als principe "Zoals nood leert

bidden, leert depressie budgetteren.” De Nederlandse zorg moet dus volgens deze economische aartsvaders nu terug naar budgetfinanciering. Die komt nu al tot uitdrukking in bestuursakkoorden tussen VWS en het ziekenhuisveld en tussen VWS en de geestelijke gezondheidszorg. In die akkoorden worden afspraken gemaakt over de maximale groei per jaar voor de sector. Dat is een vorm van budgettering. Die bestuursakkoorden wil ik vertalen in prestatie contracten per ziekenhuis. Bedrijven voor het openbaar vervoer kennen prestatiecontracten met overheidsinstanties. Zij mogen een bus- of treinlijn exploiteren, indien zij voldoen aan kwaliteitseisen. Bijvoorbeeld over op tijd rijden, ritfrequentie, het uitvoeren van onrendabele ritten buiten het spitsuur en naar verre dorpen. Ook moeten zij aangesloten zijn op het nationale net van OV-chipkaarten. In ruil daarvoor ontvangen zij overheidssubsidie en eigen inkomsten van de passagiers. De overheidssubsidie is een lump sum: het OV-bedrijf wordt niet afgerekend per passagier of per rit. Dit alles leggen overheidsinstantie en OV-bedrijf vast in een prestatie-contract. Voldoet het OV-bedrijf niet aan de kwaliteitseisen? Dan krijgt het bedrijf een boete opgelegd, verliest in de media haar reputatie en op termijn haar licentie om de bus- of treinlijn te exploiteren. Synoniemen voor prestatiecontracten zijn outcome financiering en populatie gebonden bekostiging.

Ik merk op dat budgettering alleen mogelijk is, indien tegelijk ook eisen worden gesteld aan de totale organisatie. De financiële verantwoordelijkheidstoedeling moet duidelijk zijn. Er moet ook een budget klimaat heersen, waarbij alle professionals proberen binnen het budget te blijven, niet af te wentelen en niet het budget trachten op te maken. Om deze nare bijverschijnselen te voorkomen hanteren onderzoekers in Duitsland en de USA het begrip shared savings. Daarbij gaat het erom:

1. de doelmatigheidswinst te bepalen tussen gebruikelijke zorg en gerealiseerde zorg op basis van de klantwaarde per verzekerde.
2. deze uit te keren voor bijvoorbeeld 33,3% aan de zorgverzekeraars, 33,3% voor premieverlaging van de verzekerden en 33,3% ter besteding door de professionals binnen haar eigen doelstellingen.

Centraal staat hierbij het begrip ‘shared savings’. Ik leg dit begrip uit aan de hand van een voorbeeld: in Duitsland lukt het in de regio Kinzigstal¹⁵ (in het Zwarte Woud) (PPP50) om de kosten van de verzekeraars te verlagen ten opzichte van ongewijzigd beleid dankzij educatie, e-health en zorgpaden. De helft van de besparingen mogen de eerste- en tweedelijns zorgaanbieders gezamenlijk aanwenden voor zorginnovatie. Welnu, dat gebeurt onder andere door het geven van een cursus “evenwicht bewaren” aan mensen met broze botten, met osteoporose. Daardoor dalen dan weer de kosten voor behandeling van heupfracturen.

In de USA zijn inmiddels zestig initiatieven met populatiegebonden bekostiging en shared savings gestart met eerste- en tweedelijnszorgaanbieders binnen zogeheten “affordable careAct”¹⁶ (PPP51). Het zojuist genoemde Kinzigstal project is een ander voorbeeld.

In 1980 promoveerde ik op populatiegebonden bekostiging in Engeland, Zweden en Nederland¹⁷ en had ik de eer het woord regio-budget te introduceren. Ik heb sinds 1980, 32 jaar lang, gehoopt op introductie hiervan. Nu ga ik weg en nu is de populatiegebonden bekostiging een hype. Ik ben wel een tevreden mens: eindelijk gerechtigheid. Maar beste mensen, ik blijf kritisch. Beschouwen jullie alsjeblieft niet de populatiegebonden bekostiging

¹⁵ Zie uitvoerig: <http://www.juliuscentrum.nl/Julius/Portals/4/UploadFiles/Newsletter550.pdf>

¹⁶ Kohl HK c.s., New Federal Policy Initiatives To Boost Health Literacy Can Help The Nation Move Beyond The Cycle Of Costly ‘Crisis Care’, Health Aff February 2012 vol. 31 no. 2 434-443

¹⁷ Schrijvers G., Regionalisatie en Financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg, Maastricht University, diss, 1980

als een wondermiddel om kosten te beheersen. Anders zitten wij straks met nieuwe paarse puinhopen. Het is beter eerst robuust te experimenteren met deze bekostiging voordat deze nationaal wordt ingevoerd. Kortom mijn tiende en laatste innovatie luidt (PPP 52):

10. Prestatie-contracten en shared savings verlagen de kostengroei van het zorgaanbod.

De vraag is hoe kunnen we in Nederland het beste experimenteren met prestatie-contracten en shared savings, voordat deze nationwide beleid worden? Een andere vraag: Wat moet de invloed worden van patiëntengroepen op de af te spreken prestaties in die prestatie-contracten? Weer een andere kwestie: Waarom mogen wij in Nederland zo weinig experimenteren met financiële innovaties? Is het wettelijk mogelijk om met enkele zorginstellingen prestatie-contracten te sluiten en met andere nog niet? In het bestek van dit college voert het te ver hierop nader in te gaan.

Tenslotte

Ik kom nu tot een eind van mijn college(PPP53). Wordt het nu inderdaad mogelijk met deze tien innovaties meer volksgezondheid en betere zorg te bieden met evenveel professionals? Ik weet het nu nog niet. In de komende twee jaar ga ik de tien innovaties met elkaar verbinden op basis van empirische onderzoeksresultaten en met behulp van een geavanceerde statistische techniek: system dynamic modelling.

Een beschouwing over de maatschappelijke haalbaarheid van mijn voorstellen ontbreekt. Eigenlijk is voor een wetenschapper die vraag over haalbaarheid niet zo interessant. Mijn grote held is Leonardo da Vinci (PPP54). Da Vinci bepleitte veel veranderingen die in zijn tijd niet konden. Zo bedacht hij vliegtuigen, die pas 400 jaar later werkelijkheid werden. Ik hoop, dat mijn gedachten eerder te realiseren zijn. Ik zie uit naar de reacties over de haalbaarheid van referenten en lezers van mijn uitgeschreven tekst.

Utrecht, 27 september 2012

Met dank voor hun reactie en adviezen (in alfabetisch volgorde):

Emma van **Bussel**, student geneeskunde UMC Utrecht, Wim **Buisman**, secretaris Resultaten Scoren in de verslavingszorg, Mariël **Croon**, directeur Uitgeverij Thoeis, Rick **Grobbee**, hoogleraar epidemiologie en universiteitshoogleraar, Het gehele **HTA-team** van het Julius Centrum, Nicolette **Huiskes**, medisch adviseur CZ Zorgverzekeringen, Joke **Lanphen**, huisarts en oud-KNMG voorzitter, Rob de **Leeuw**, senior onderzoeker Julius Centrum, Maarten **Rook**, oud-bestuursvoorzitter St Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, Wynand **Ros**, senior onderzoeker Julius Centrum, Edith **Schippers**, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Henk van der **Steeg**, oud-gynaecoloog en Juliusdocent, Jan **Tromp**, oud-bestuurvoorzitter Breburg instelling voor geestelijke gezondheidszorg, Marc **Willemsen**, hoogleraar tabaksontmoediging Universiteit Maastricht en Ardine de **Wit**, hoofd unit Health Technology Assessment van het Julius Centrum.