

Toerusting in de arena van de gezondheidszorg

Waarom kostenbesparende innovaties de zorg vaak duurder maken

Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam met de leeropdracht Zorg, arbeid en politieke sturing op donderdag 25 oktober 2012

door

Dr. A. Klink

Voor mijn ouders

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

1. Inleiding

Na bijna vier jaar minister van VWS te zijn geweest, wist ik een ding zeker: de zorg zal me niet meer los laten. Tijdens het eerste jaar op VWS zei Roger van Boxtel, voorzitter van de Raad van Bestuur van Menzis, me dat het een virus is, waar je niet meer van af komt. Ik begreep dat toen nog niet, maar het duurde niet lang of het virus sloeg inderdaad toe. Ervaringen in Nederland, met onze prachtige zorg en met onze internationaal alom erkende prestaties, maar ook lessen en contacten in de VS smeden een band voor het leven.

Mij viel in de contacten met collega's op dat bijna elk land ervan overtuigd is de beste zorg te hebben, of het nu om de Canadezen, de Britten, de Duitsers of de Amerikanen ging. Maar onderzoek wijst keer op keer uit dat onze artsen en zorgbestuurders het echt bovengemiddeld doen. De *European Health Consumerindex* plaatst Nederland jaar op jaar op nummer 1 (Health Consumer Powerhouse 2012). Jaarlijkse rapportages van de *Commonwealthfund* wijzen in die richting. Mackenbach e.a. geven aan dat het snel en effectief ingrijpen bij bijvoorbeeld CVA en een goede zorg voor diabetespatiënten zorgen voor een betere levensverwachting (Mackenbach 2012. Zie ook Pomp 2010).

Een van de vele zaken die me in de Verenigde Staten van Amerika enorm aanspraken, kan ik herleiden naar die ene geweldige verkiezingsslogan van Barack Obama: *Saving Lives, Saving Costs*. Verbetering van de zorg is belangrijk: zij draagt bij aan een beter en langer leven van mensen. Maar kwaliteitsverbetering valt niet samen met meer behandelingen, met meer geld en hogere kosten. Sterker nog: juist door de zorg te verbeteren, kunnen we schadelijke overdaad bestrijden en kosten verlagen.

Ik maakte er het centrale thema voor de VWS-begroting van 2010 van. *Saving Costs*, dus; juist door betere zorg te gaan leveren. Dat thema heeft me nooit meer los gelaten. Terwijl we dachten kosten te moeten besparen door het basispakket te verkleinen en de eigen betalingen op te voeren, kon het wellicht ook door de kwaliteit te verbeteren. Het is een thema dat terug komt in het onderzoek dat Anton Hemerijck en ik bij de VU gaan opzetten. Is het mogelijk om met een investerings- of toerustingagenda de verzorgingsstaat uit het slop te halen? Soms moet je wellicht investeren in scholing om naderhand groei te kunnen realiseren. Soms moet je misschien geld stoppen in een goede arbeidsmarktbegeleiding om later werkloosheid en uitkeringskosten te voorkomen. Of is het beter om –op het eerste gezicht financieel- veilig te koersen op een versoberingsagenda of op een consolideringsagenda?

Soms gaat immers de kost voor de baat uit. Maar betekent een sociale investerings- en toerustingagenda in de zorg per se dat er meer geld naar het zorgbudget zou moeten? Meer geld: om mensen sneller beter te maken, om de arbeidsproductiviteit te vergroten en de inzetbaarheid te verhogen, overigens ook van mensen die niet betaald maar vrijwillig werken. Gaat ook bij de zorg de kost voor de baat uit?

Of geven we al te veel geld uit? Is de zorgconsumptie te riant? Moeten we misschien versoberen, een eigen risico verder vergroten om drempels op te bouwen en het pakket verkleinen zodat mensen meer zelf moeten gaan betalen?

Die vragen wil ik vanmiddag met u langslopen. Dat wil ik doen door te laten zien dat:

- Veel medische behandelingen te vermijden of onnodig, duur en potentieel zelfs schadelijk kunnen zijn.
- Dit fenomeen niet alleen in de VS speelt, maar ook in Nederland.

- Het verbeteren van de zorg veel geld kan besparen, door complicaties te vermijden of door overbehandeling tegen te gaan.
- De politiek en het CPB vaak moeilijk raad weten met dit besparingspotentieel, omdat die zorgverbetering niet afgedwongen kan worden. De effecten hangen sterk af van gedrag van medici, zorgaanbieders en patiënten. Men vindt dat je gedragseffecten van te voren moeilijk kunt inboeken. De overheid kan gedrag in de spreekkamer – gelukkig- niet afdwingen.

In het verlengde daarvan wil ik verder laten zien dat:

- Ook harde maatregelen zoals het verhogen van het eigen risico of pakketverkleiningen gedragseffecten oproepen die de bezuinigingen onschadelijk maken. Maar daar houden rekenmeesters vaak geen rekening mee.
- Ombuigingen daarom alleen goed te realiseren zijn als we de zorg anders gaan betalen en organiseren. Anders werkt noch de versoberingsagenda van de eigen betalingen en pakketverkleiningen noch de agenda van ‘*Saving Lives, Saving Costs*’ en resteert er niet veel anders dan weer te gaan budgetteren. Met alle nadelen van dien: wachtlijsten, geen innovatie en geen kwaliteitsverbetering. Na de periode van wachtlijsten volgt er weer een inhaalslag. De besparingen zijn dan letterlijk alleen maar uitstel van betalingen.

Na deze leeswijzer, wil ik de oratie nu echt starten.

2. Meer geld naar de zorg levert niet altijd gezondheidswinst op

‘De institutionele waterscheiding tussen zij die zich richten op de kwaliteit van zorg en zij die zich richten op de kosten van de zorg moet verdwijnen. Voor beleidsmakers is dat de les uit Gawandes analyse over de oorzaak van kostenverschillen tussen Amerikaanse regio’s.’
(Jeurissen 2010)

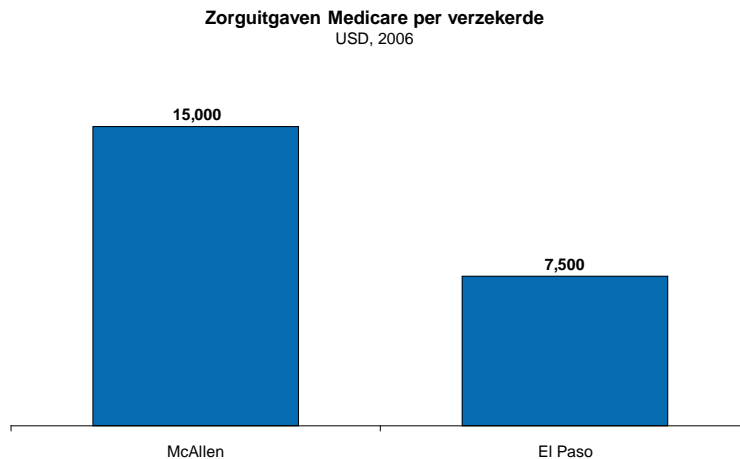
Deze stelling is van Patrick Jeurissen. Hij voegde deze bij zijn dissertatie over *For-profit Hospitals*. De stelling verwijst naar Atul Gawande, adviseur van Clinton en Obama, alom erkend autoriteit op het terrein van de zorg, medisch specialist, assistent-professor bij de Harvard Medical School en columnist van *The New Yorker*. Voor dit maandblad schreef Gawande in de zomer van 2009 het invloedrijke artikel *The Cost Conundrum. What a Texas Town Can Teach Us about Health Care* (Gawande 2009). Jeurissen verwijst bij zijn stelling naar dit artikel.

McAllen was de Texaanse stad die Gawande bezocht. Hij wilde nagaan waarom juist deze plaats de hoogste zorgkosten van de VS kende, namelijk ca. 15.000 \$ per jaar voor de mensen die bij Medicare verzekerd waren. Medicare is het verzekeringsarrangement voor Amerikanen boven de 65 jaar.¹ Tijdens zijn bezoek werd hem duidelijk dat deze hoge zorgkosten niets te maken hadden met de samenstelling van de bevolking. De gemiddelde leeftijd week niet af van andere plaatsen, dorpen en steden. Ook het welvaartsniveau was vrijwel identiek aan dat van andere kleine steden. Het aantal mensen met een chronische aandoening was ook al niet bovengemiddeld. Uitkomsten van de extra zorg waren op het eerste gezicht ook niet beter. In McAllen leefde men niet langer en men was niet gezonder. De zorgverleners leverden ook geen topprestaties. Sterker nog: Medicare hanteert een ranglijst van ziekenhuizen. Medicare beoordeelt daarbij ziekenhuizen op 25 dimensies. Slechts op 2 van die scores presteerden de 5 ziekenhuizen van McAllen beter dan de ziekenhuizen van El Paso: een stadje verderop in Texas, met een vergelijkbare bevolkingsstructuur, maar met de helft aan Medicare-kosten, met een even gezonde bevolking en met beter presterende ziekenhuizen (zie Figuur 1).

¹ Medicare is een nationale sociale verzekering programma, beheerd door de Amerikaanse federale overheid (sinds 1965) die toegang garandeert tot een ziektekostenverzekering voor de Amerikanen van 65 jaar en ouder en jongere mensen met een handicap en mensen met een nierziekte in het eindstadium.

Figuur 1. De kostenverschillen tussen McAllen en El Paso.

Zorguitgaven in McAllen en El Paso in Texas



Bron: The cost conundrum, Atul Gawande, The New Yorker 2009

Slotom van de verkenning naar de kostenverschillen was, dat de artsen in McAllen domweg veel meer deden dan hun collega's: vaker een laboratoriumonderzoek, een ECG; vaker een extra foto of consult. Medicare-patiënten zagen 60% vaker een specialist dan in El Paso; zij ondergingen 60% vaker een echocardiografie, 200% vaker een onderzoek naar het carpaal tunnel syndroom en 550% vaker een onderzoek van de urine van mannen in verband met prostaatklaften. Er waren 20% - 65% meer galsteenoperaties, knieervangende operaties, blaascopieën etc. Nog een enkel getal: het ging om 2 tot 3 keer zoveel pacemakers, geïmplanteerde defibrillatoren, bypass operaties en stents. De conclusie van Gawande: de oorzaak van de enorme kostenverschillen lag in overdiagnostiek en overbehandeling.

Gawande (2009) trad met dit artikel in het voetspoor van John E. Wennberg, Deze wetenschapper aan de Universiteit van Dartmouth stichtte in de medische gemeenschap al vanaf de jaren tachtig verwarring met zijn eigenzinnige onderzoek. De toen nog jonge Wennberg werd vroeg in zijn carrière directeur van een federaal gesponsord programma om de mensen in Vermont een gelijke en betere toegang tot de zorg te geven. Hij moest in kaart brengen waar het voorzieningenniveau onvoldoende was. Hij begon aan zijn taak met de conventionele wijsheid dat gezondheidszorg zich volstrekt laat leiden door de wetenschap, door kunde en door de wensen en behoefte van de patiënt. Toen hij de overzichten van het voorzieningenniveau zag, was hij geschokt. In Stowe had al 60% van de kinderen van 15 jaar een verwijdering van de tonsillen ondergaan. In Waterbury slechts 20%. In de ene regio had een vrouw 4 keer zoveel kans op verwijdering van de baarmoeder dan in de andere regio's. Galblaasoperaties varieerden tot 300%. De uitkomsten van de zorg leken op het eerste gezicht echter nauwelijks verschillend.

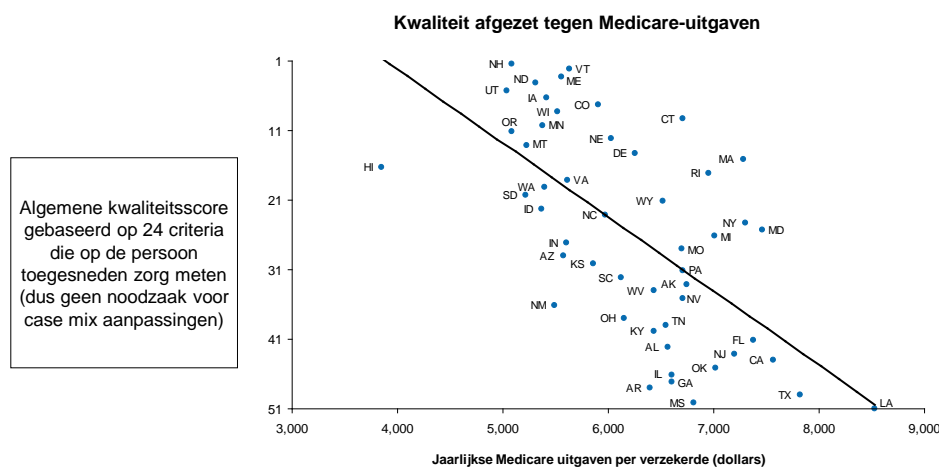
Wennberg is zijn hele leven lang onderzoek blijven doen naar de praktijkvariatie, de gezondheidsuitkomsten en de kosten van de zorg. Centrale stelling in zijn boeiende boek *Tracking Medicine* luidt: 'It's the volume, stupid!' (Wennberg 2010). Niet de prijzen drijven de kosten van de zorg op, maar de onnodige volumes.

Dat zou nog niet eens zo'n probleem zijn, als die volumes tot gezondheidswinst zouden leiden. Maar dat is niet het geval, aldus Wennberg. Er is geen enkele aanwijzing voor dat meer zorg per se betere zorg is. Integendeel: overdaad bleek eerder te schaden (om met Prof. Bredveld, voorzitter van het LUMC te spreken).

Met zijn Dartmouth-atlas keek Wennberg per regio naar de Medicare-investeringen, het aantal behandelingen, de leeftijd en mortaliteit van mensen, hun gezonde levensjaren, de bevolkingssamenstelling etc. Hij vond geen relaties tussen de intensiteit van de zorg en de uitkomsten. In duurdere regio's leefden mensen niet langer, of beter,² zoals hieronder te zien is:

Figuur 2. Statistieken regio's Medicare Wennberg

Hogere zorguitgaven kunnen verspillend en zelfs schadelijk zijn. Meer uitgaven gaan in VS samen met lagere kwaliteit

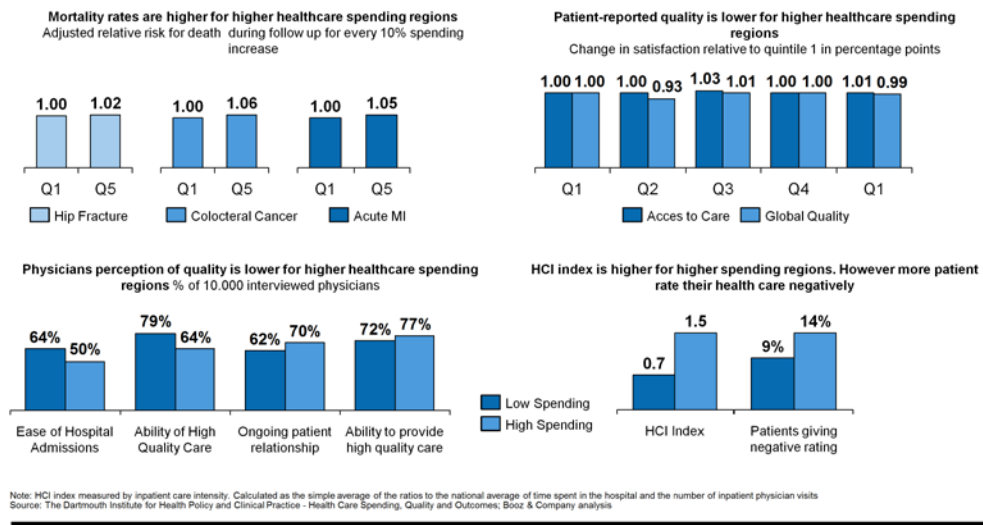


Bron: *Health Affairs*, no. (2004): Medicare Spending, The Physician Workforce, And Beneficiaries' Quality Of Care Katherine Baicker and Amitabh Chandra

Figuur 3. De inverse relatie tussen kosten en kwaliteit

² Gert Westert, van IQ-Health Care in Nijmegen gaat zo'n zelfde atlas voor Nederland maken.

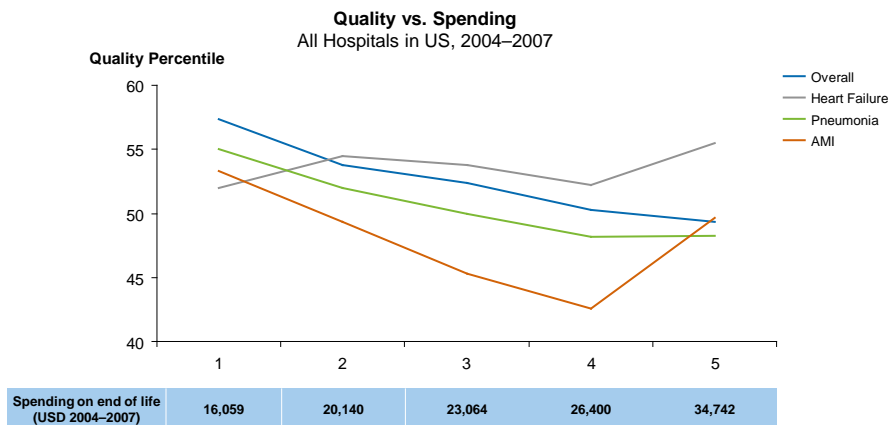
De inverse relatie tussen kosten en kwaliteit is consistent op verschillende kwaliteitsdimensies



Wennberg bestudeerde ook de praktijkvariatie tussen ziekenhuisketens en tussen ziekenhuizen binnen die ketens (Figuur 3 en 4). Opnieuw waren de kostenverschillen groot, en opnieuw zonder aantoonbare verschillen in de zorguitkomsten. Hij zag eerder een omgekeerde relatie tussen omvang van de kosten en kwaliteit.

Figuur 4. De relatie tussen omvang zorgkosten en extra kwaliteit

Ook op het niveau van afzonderlijke ziekenhuizen betekenen hogere uitgaven, niet per se meer kwaliteit



Note: % of appropriate patients receiving a specific, often low cost, evidence base therapy
Note: Analysis includes 2712 US Hospitals
Source: Yasaitis, L., E.S. Fisher, J.S. Skinner, and A. Chandra. "Hospital Quality And Intensity of Spending: Is There An Association? Hospitals' performance on quality of care is not associated with the intensity of their spending." Health Affairs, 28, no. 4 (2009): w566-w572 (published online 21 May 2009; 10.1377/hlthaff.28.4.w566).

Wennberg en Gawande zijn autoriteiten in de VS. Atul Gawande werkte ooit mee aan de zorg hervormingen van Hillary en Bill Clinton, begin van de negentiger jaren. Nog voordat de officiële ambtstermijn van Bill Clinton begon, haakte hij echter af. Niet vanwege een gebrek aan capaciteiten of ambitie, maar omdat hij stevige vraagtekens zette bij de boodschap van de

Clintons dat de hervormingen (universal coverage, competitie via HMO's) snel tot besparingen zouden gaan leiden. Een veelbelovende carrière leek in de kiem gesmoord te zijn. Maar het liep anders; Gawande is een autoriteit geworden, omdat hij medische inzichten weet te koppelen aan kennis van zaken rond de structuur van de zorg, de manier van bekostigen etc. Precies dus de verbinding waarvoor Jeurissen pleit.

2. Meer efficiency leidt al snel tot minder tijd voor de patiënt en daardoor tot meer dure zorg van lagere kwaliteit.

Een autoriteit is ook Shannon Brownlee. In 2007 won zij de Pulitzer Price met het boek *Overtreated. Why too Much Medicine is Making us Sicker and Poorer* (Brownlee 2007). Brownlees boek werd in *The New York Times* geprezen als 'The economics book of the year'. In veel opzichten speelde Brownlee leentjebuurt bij Wennberg en zijn team. Ook hier de afwezigheid van een relatie tussen veel zorg en betere zorg. Ook hier een blik in de keuken van overdoses aan scans, medicatie, doorverwijzingen en verrichtingen.

Maar het boek is niet zomaar een herhaling van zetten. Brownlee kijkt naar de arena³ van de zorg en naar relaties tussen het stelsel c.q. de manier van betalen en de overbehandeling. Zij doet dat met oog voor de subtiliteiten en complexiteit van de zorg. De verbanden die zij legt, overstijgen daarmee de wat platte aanname dat het betalen van verrichtingen ook verrichtingen uitlokt.

Dat laatste is overigens soms zeker ook het geval. Er zijn extreme voorbeelden van: Maggie Mahar (2006) beschrijft in haar *Money-driven Medicine* hoe een ziekenhuisketen (*National Medical Enterprises*, momenteel *Tennet*) een flink aantal jaren geleden constateerde dat er in de somatische zorg niet zoveel meer te verdienen viel. Het net werd dan ook maar aan de andere kant van de boot uitgegooid: de keten richtte zich vanaf dat moment op de lucratievere psychiatrische zorg. Na veel winst te hebben gemaakt, ging de onderneming uiteindelijk onderuit. Maar zij had toen al veel schade aangericht. Patiënten kregen verkeerde diagnoses en werden zonder medische noodzaak gedwongen opgenomen. Althans zo lang ze verzekerd waren. Als de dekking afliep, volgde onmiddellijk ontslag. Het gevaar van een loslopende geesteszieke was van de ene op de ander dag geweken. In 1991 liepen de verantwoordelijken tegen de lamp. De volume-opdrijvende strategie werd een nationaal schandaal.

Of neem het voorbeeld van Dr. Moon, die in een goeddeels ruraal gebied in 27 jaar (!) zelfstandig ca. 35.000 catherisaties uitvoerde. 167 patiënten vonden de dood omdat zij te zwak waren voor de operatie, of omdat de operatie vanwege tijdsdruk niet goed werd uitgevoerd. De (tucht)rechters namen na jaren de juiste maatregelen. De man werd vervolgd en verloor zijn licenties.

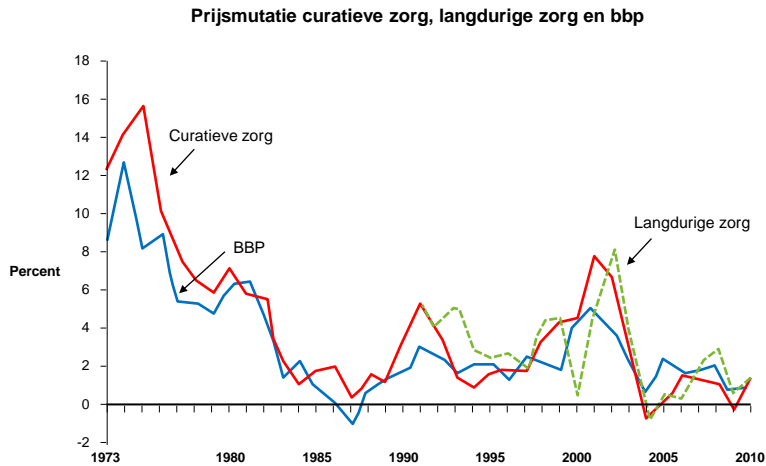
Maar Brownlee's analyse blijft niet steken in extreme anekdotes. Boeven zijn er overal: ook in de medische wereld. Maar zij zijn gelukkig ook overal uitzonderlijk. Dat geldt zeker voor de zorg. Artsen zijn toegewijde mensen, begaan met hun patiënten. Zij kozen voor hun beroep, omdat zij mensen wilden helpen. Maar... dan moet daarvoor ook de ruimte, tijd en een adequate vergoeding voor zijn.

Brownlee (2007) wijst juist op dit punt op een heikele ontwikkeling. Op een proces namelijk waarbij efficiency het gaat winnen van effectiviteit en van gezondheidswinst. Om kosten naar beneden te brengen, ligt het voor de hand om op de prijzen te gaan duwen. *It's the price, stupid*, zo is de gedachte. En deels terecht, overigens. Jarenlang is de prijsstijging in de zorg veel hoger geweest dan de inflatie (zie figuur 5 hieronder).

³ De term arena is ontleend aan de dissertatie (*De arena in schema*) van Wim van der Donk (1997). Zij duidt op het institutionele krachtenveld waarbinnen maatregelen hun beslag krijgen. De term is neutraal bedoeld. Het gaat er niet om de zorg als een strijdtoneel af te schilderen.

Figuur 5. De stijging van de zorgkosten ten opzichte van de inflatie

Prijsniveau in de zorg is historisch vaak sneller gestegen dan inflatie



Bron: CPB decompositie van zorguitgaven, CPB 2011

Dat kon en moest anders. De productiviteit moest omhoog (*beating Baumol*), vooral omdat we in de jaren negentig met veel te lange wachtlijsten te maken kregen. Wachtlijsten die zorgden voor een slecht toegankelijke en kwalitatief inferieure zorg. Die wachtlijsten waren resultante van de budgettering en van tekorten aan zorgpersoneel. Budgettering werkt improductiviteit in de hand. Wie momenteel pleit voor wachtlijsten, om kosten in de hand te houden, lijkt toch het leed van veel mensen in de jaren negentig vergeten te zijn.

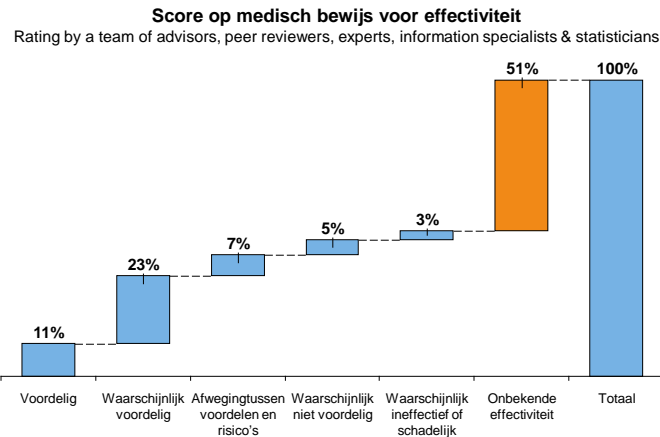
Maar het verlagen van kosten en het sturen op meer productie kan gemakkelijk leiden tot zorg waarbij artsen minder tijd voor een goed gesprek met patiënten hebben en eerder gaan behandelen. Tijd is geld, dus minder tijd per patiënt verlaagt de kosten, zo lijkt het. Maar tijdgebrek mondt uit in: meer behandelingen of doorverwijzingen. Er is te weinig gelegenheid om intensief met patiënten de voor- en nadelen van al dan niet diagnosticeren en van medisch ingrijpen door te nemen. De huisarts verwijst al te snel naar het ziekenhuis. De apotheker heeft maar beperkte tijd beschikbaar om te investeren in medicatieveiligheid. De arts gaat over tot nog snel een extra diagnose of tot een behandeling. De patiënt kan ook moeilijk voor de balans zorgen, en vaart vaak blind op de expertise van de zorgverlener en diens routines en voorkeuren. Deze kunnen echter sterk persoonsafhankelijk zijn (Martin 2012).

Ook zorginstellingen reageren op de verlaging van prijzen. Zij zullen proberen de omzetverlaging door de lagere prijzen te compenseren met meer volume en meer verrichtingen. Zij sturen daar ook op, en verwachten van de artsen dat zij de productiedoelstellingen halen. Die druk is nog groter als de ziekenhuizen die zich netjes aan de productiegrenzen houden, vervolgens wel opdraaien voor de overschrijdingen van collega-instellingen. Er ontstaat een free-rider probleem bij productie-overschrijdingen. Terughoudend zijn, loont dan niet. Wie braaf is betaalt mee aan de rekening van zorginstellingen die expanderen en kaders overschrijden. Zorginstellingen hebben dan de neiging te willen groeien, gevangen als ze zijn in het klassieke prisoners-dilemma: wie niet expandeert, draagt wel de lasten van degenen die dat wel doen en de kosten veroorzaken. Indicatiegebieden kunnen gemakkelijk gaan verschuiven, zeker als de grens tussen gezond en ziek vaag, betrekkelijk en grijs is.

En dat grijze gebied is uiteindelijk meer regel dan uitzondering in de zorg (Figuur 6).

Figuur 6 Er ontbreekt veel *evidence* in de zorg

Voor meer dan de helft van de gezondheidszorg ontbreekt bewijs van effectiviteit



Note: Study based on ~3,000 treatments
Bron: Clinical Evidence website 2011, How much of orthodox medicine is evidence based? 2007, Booz & Company analysis

Dat ligt niet aan ondeskundigheid van artsen, maar aan de complexiteit van (soms voor het leken-oog simpele⁴) zorgvragen, aan de beperkte beschikbaarheid van medische *evidence*, aan de grote verschillen ook tussen patiënten en niet in het minst aan de toegenomen mogelijkheden van de diagnostiek. Wim van der Meeren, voorzitter van de Raad van Bestuur van zorgverzekeraar CZ, zei ooit gekscherend: 'een gezonde persoon is een patiënt die nog niet voldoende onderzocht is'. In dat aforisme ligt veel besloten: als het aanbod van de zorg zijn eigen vraag wil scheppen, dan zijn de mogelijkheden eindeloos. Huiselijk gezegd: het grijze gebied is ideaal voor wie –zoals de artsen in McAllen- willen groeien en expanderen. Veel gewetensvolle artsen wapenen zich daartegen, maar dat neemt de systeemprykkels gericht op volume, daarmee nog niet weg.

3. Maar toenemende onzekerheid over diagnostiek en behandelen vraagt juist om meer tijd voor de patiënt

De opmerking van Wim van der Meeren geeft ook aan dat de onzekerheid voor patiënt en arts toeneemt. Het grijze gebied in de medische zorg wijst erop dat artsen en patiënten meer en meer voor moeilijke afwegingen staan. Moet je nu wel of niet diagnosticeren? Zoals een uroloog me onlangs zei: 'de meeste mannen vanaf een bepaalde leeftijd hebben prostaatkanker. Moet je dat willen opsporen en behandelen?' Het is dit grijze gebied dat zowel aangrijpingspunt kan zijn voor overbehandeling en overdiagnostiek, als ook voor een indringend en goed gesprek tussen een wijze arts en een patiënt die wellicht te snel denkt dat

⁴ Voor een leek als ik ben is het altijd hachelijk voorbeelden te geven van voor een leken-oog simpele vragen. Maar ik waag de sprong. Een radioloog vertelde me dat men bijvoorbeeld bij een galblaasinfectie vaak voor de vraag staat of men de galblaas operatief zal verwijderen of een drainage zal toepassen. Beide interventies kennen risico's. Welke beter is, is onbekend. Een gynaecoloog vertelde me dat men niet weet of het bij een vroeggeboorte zinvol is de weën te remmen of een ziekenhuisopname te indiceren. Ook Makary geeft talloze voorbeelden van verschillende routines en methoden van artsen.

ingrijpen helpt. 'De techniek is een machtige knecht', zei Hegel ooit. Dat geldt ook in de zorg. De fantastische beeldvormende technieken bijvoorbeeld plaatsen ons voor dilemma's.

Dat blijkt ook uit het in 2011 verschenen boek van G.H. Welch ea *Overdiagnosed. Making People Sick in the Pursuit of Health* (Welch 2011). Centrale stelling van de studie is dat diagnostische methoden bij a) telkens meer mensen en bij b) telkens meer potentiële aandoeningen weten bloot te leggen, terwijl niet zeker is of bijvoorbeeld de verwijding van het bloedvat, of kankercellen, galstenen, knie-oneffenheden, of aanwezige bloedstolsels ook echt klachten veroorzaken of in de toekomst tot klachten zullen leiden.

Dit speelt bijvoorbeeld bij de detectie van aneurysma's (Welch 2011, loc 2215 of Kindle edition). Onderzoek bij 201 mannen in de risicogroep van 60 tot 75 jaar wijst uit dat met de conventionele manier van opsporen en diagnosticeren (via een *physical exam*) bij 5 personen een aneurysma gevonden werd. De arts kon een aneurysma vaststellen bij een diameter van de aorta van 5 centimeter en meer. De diagnostiek was niet fijnmazig genoeg om meer op te sporen. Met de modernste echo-methoden kwam men bij 18 op de 201 personen een aneurysma op het spoor. Meer mensen met een diameter van 5 cm, maar ook meer mensen met een diameter van 4 à 5 cm en minder. Al met al toch een verwijding van de slagader. De prevalentie nam toe van 2,5 naar 9 %. Moet er dan ook altijd een behandeling volgen? Dat zal afhangen van de richtlijnen die wetenschappelijke verenigingen daarbij opstellen, maar ook van de persoonlijke omstandigheden en eigenschappen van de patiënt. Maar zeker is dat het constateren van (geringere) afwijkingen onrust creëert en dat het extra diagnosticeren en behandelen voor mensen ook erger kan zijn dan de kwaal. Wanneer en bij wie dat exact het geval is, weet niemand. Techniek is inderdaad een machtige knecht.

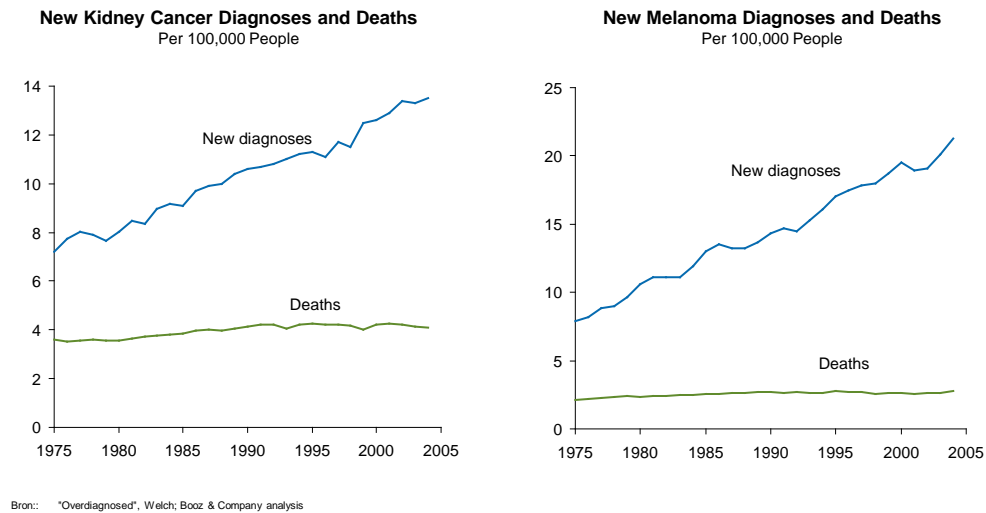
Welch loopt in zijn boek veel specialismen langs met als algemeen patroon: we weten meer, we kunnen meer, maar de behandeling kan ook schadelijk zijn. Ondertussen neemt het feitelijke aantal diagnoses vaak sterk toe en stijgt het aantal behandelingen, terwijl de toegevoegde waarde soms gering of zelfs afwezig is.

'Seeing more has created a lot of difficult judgement calls for doctors – sometimes it is really hard to know if detected abnormalities are more likely to represent overdiagnosis. The typical way we doctors get into this quagmire when we order a scan to evaluate a symptom, is not because we think the symptom suggests that an abnormality is likely, but because we can't imagine what else we can do. Call it a fishing expedition. And on fishing expeditions, seeing more can create real confusion.'

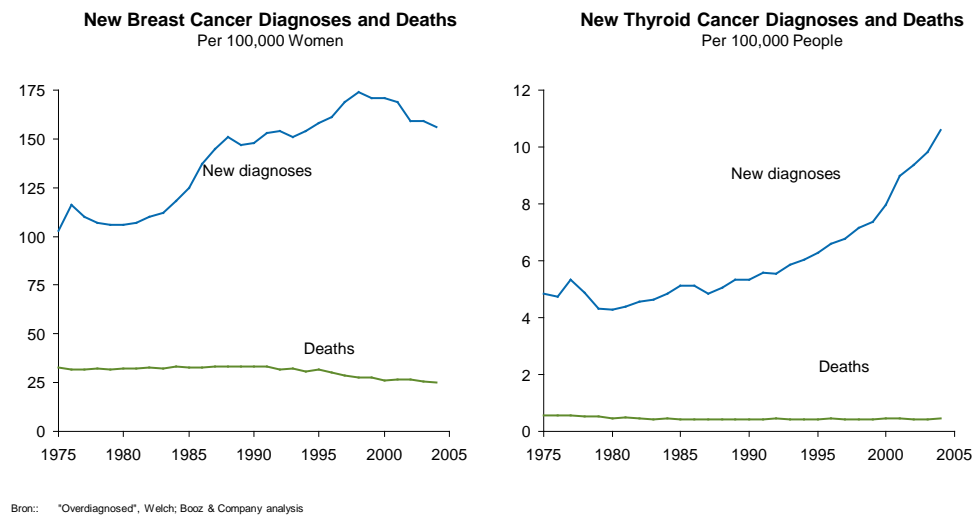
Wie kennis vermeerdert, vermeerdert geluk, maar ook smart, zoals het gezegde luidt. Ter illustratie: de grafische weergave van de uitkomsten van onderzoek naar longkanker met een spiraal CT-scan in vergelijking met de traditionele diagnostiek (zie Figuur 7). Het aantal keren dat sporen van kanker wordt gesignaleerd, is duidelijk toegenomen bij zowel rokers als niet-rokers (Figuur 8). De onzekerheid uiteraard ook, want veel van de mensen bij wie 'iets wordt gezien' zullen geen symptomen ontwikkelen. Het is alleen onbekend bij wie dit wel en bij wie dit niet het geval. Zeker is wel: behandelen kent ook altijd risico's.

Figuur 7: Vroeg diagnosticeren gaat niet altijd gepaard met lagere mortaliteit

Meer diagnostiek gaat niet per se gepaard met lagere mortaliteit (1)

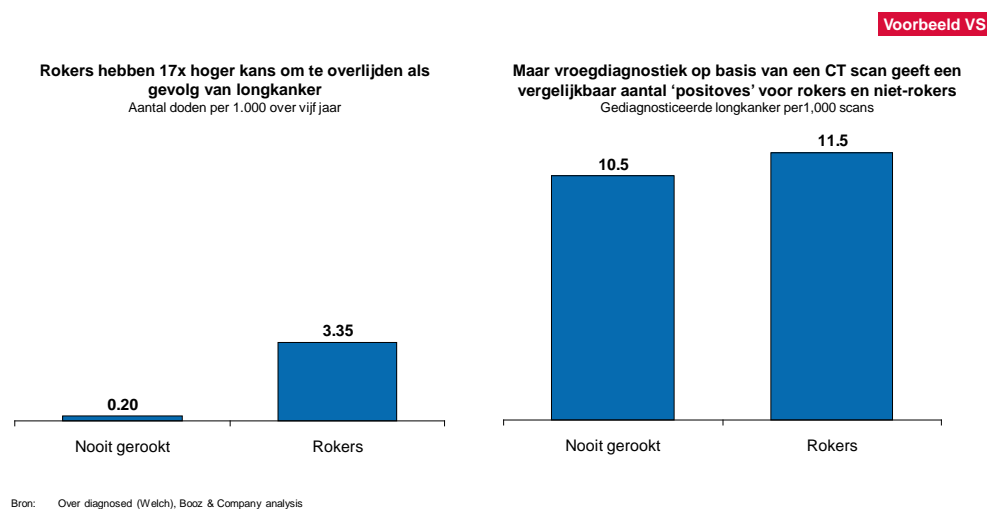


Meer diagnostiek gaat niet per se gepaard met lagere mortaliteit (2) Dat is wel zo bij borstkanker



Figuur 8. Diagnose bij rokers en niet-rokers

Overdiagnostiek is een reëel risico



Gelukkig staat hier ook een andere ontwikkeling tegenover: soms neemt de diagnostische precisie toe. Zo meldden onderzoekers in *Nature* dat zij onderscheid wisten te maken tussen vier genetische typen van borstkanker, met in de toekomst elk hun eigen op maat gesneden behandelingen (Kolata 2012). In datzelfde *Nature* verscheen eerder een onderzoek van het Leids Universitair Medisch Centrum over een mutatie in het erfelijk materiaal tot een eiwit dat te veel stolt en zo trombose veroorzaakt. Vervolgonderzoek maakte duidelijk dat deze mutatie – de ‘factor V Leiden’ – bij 5 % van de Westerse bevolking voorkomt en vooral schadelijk kan zijn bij vrouwen die de anticonceptiepil slikken. Deze inzichten leidden tot betere preventie van trombose en embolie bij miljoenen patiënten wereldwijd (NFU 2012).

Deze zoektocht naar *precision diagnostics* en *precision medicine* is belangrijk. Voor met name de UMC's ligt daar een innovatieve kern-missie. Maar om hier flinke stappen te maken, is veel onderzoek nodig. Voorlopig moeten artsen en patiënten vooral met veel onzekerheid omgaan, zoals o.a. Welch aangeeft. Het recente debat daarover is in Nederland geopend door Rudi Westendorp en Frans Helmerhorst met hun artikel ‘*Dokter bewijst meestal niet waarom*’ in het NRC-Handelsblad van 25 mei 2011 (Helmerhorst en Westendorp 2011).

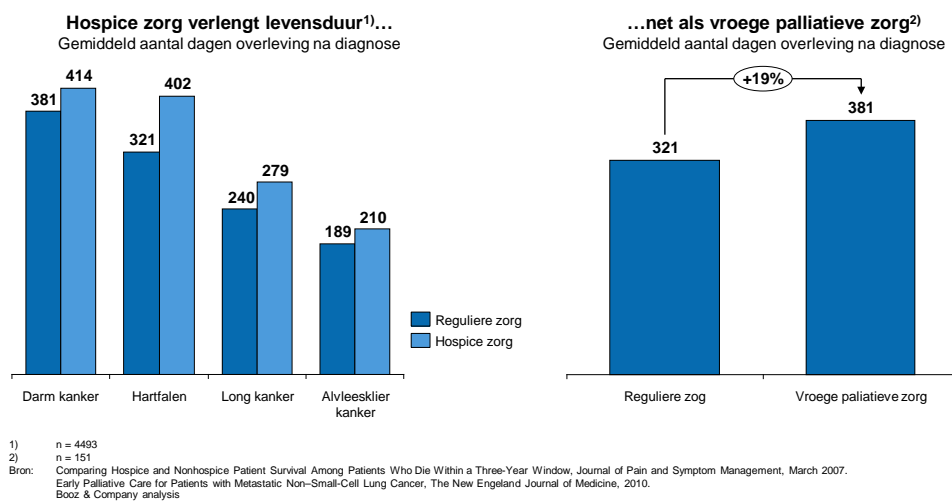
Het delen van die onzekerheid, het managen van verwachtingen, het afwegen van interventies tegen de achtergrond van leeftijd, co-morbiditeit, levensdoelen etc.: het hoort vanouds tot de taak van de arts. Maar, zoals gezegd: dat vraagt tijd.

Die tijd ervoor uittrekken als ondertussen zorginstellingen betaald worden voor aantallen verrichtingen en de prijzen ook nog eens dalen omdat een consult ook sneller kan: dat is het dilemma waarop Shannon Brownlee in haar *Overtreated* wijst. Ontbreekt die tijd, dan is er het reële risico dat uitkomsten van onderzoek bij de patiënt angst oproepen en verwachtingen aanwakkeren, terwijl de arts doorverwijst, extra onderzoek doet of toch maar zo snel mogelijk behandelt.

Het blijkt ook uit bijvoorbeeld een survey van Medicare naar de zorg aan het einde van het leven (Connor 2007, 238 –246 en Temel 2010, 733 –42). Veel (oudere) mensen blijken baat te hebben bij overwegend palliatieve zorg. Zij hadden niet alleen meer kwaliteit van leven, maar zij leefden ook langer (zie Figuur 9). Inderdaad: overdaad kan schaden.

Figuur 9. End of life care: levensverlengend of verkortend

End of life care kan ook juist het leven verlengen



Deze klinische ontwikkelingen zijn ook van belang voor de politiek, voor zorgverzekeraars en voor zorgbestuurders. Zoals Jeurissen zegt: de boedelscheiding tussen hen die voor kwaliteit van zorg gaan en degenen die op de kosten letten, is oneigenlijk. Als kwaliteit (i) loont voor de patiënt (betere gezondheid, betere inzetbaarheid) en (ii) ook kan leiden tot het in de hand houden van de zorgkosten, is dat een *double win*. Misschien wel een driedubbele winst. Want als (iii) de kosten niet langs deze weg in de toom worden gehouden (via zinnige en zuinige zorg), dan zullen politiek en/of verzekeraars de middelen elders vandaan halen: pakketverkleiningen, eigen risico etc.

4. Dit alles speelt niet alleen in de VS, maar ook in Nederland

Maar eerst de gebruikelijk tegenwerping: leuk al die cijfers, maar de VS zijn Nederland niet. Inzichten en cijfers uit de VS zijn niet 1 op 1 naar het meer conservatieve Europa of Nederland te vertalen. Het lijkt een open deur. Toch kan het ook een dooddoener zijn. Zo onderzochten Miriam J. Laugesen en Sherry A. Glied de oorzaak van de grote kostenverschillen tussen de VS en andere westerse landen, toegespitst op huisartsen en orthopedisch specialisten (heupvervangingen). Nederland werd niet in de vergelijking meegenomen. Toch spreken de resultaten duidelijke taal. De oorzaak van de verschillen lag niet in het aantal behandelingen of visites, maar in de hoge salarissen van artsen in de VS (Laugesen en Glied 2011).⁵ Feit is overigens wel dat de Europese landen waarmee de VS werden vergeleken gemiddeld genomen meer heup-vervangende operatie kennen dan Nederland. Ons land zat circa 5% onder het Europese gemiddelde met een score van 213 vervangingen op de 100.000 inwoners (NVZ 2012). Maar de VS kenden met hun 160

⁵ 'US orthopedic surgeons earn much higher incomes than do their counterparts abroad, and there are more such surgeons per capita here than almost anywhere else. In consequence, comparison countries spend only about one-quarter as much as the United States spends on orthopedic surgeons. Rates of hip replacement surgery are not higher in the United States than elsewhere, although rates of other procedures performed by orthopedic surgeons may be. Much of the difference in earnings appears to be due to differential fees. Public-sector fees for hip replacement surgery in other countries are about half as high, on average, as Medicare fees in the United States.'

heupvervangingen nog veel minder ingrepen dan Duitsland en Frankrijk met een score van respectievelijk 270 en 215 behandelingen. De OECD data voor de VS zijn licht anders. Maar ook hier blijkt dat het aantal heupvervangingen in de VS relatief lager is dan in Nederland (184 per 100.000 inwoners in de VS versus 213 per 100.000 in Nederland en 296 per 100.000 in Duitsland). Het aantal (adeno)tonsillectomien is in de VS de helft van het Nederlandse getal (115 per 10.000 kinderen in Nederland versus 50 per 10.000 in de VS) (Van den Akker 2004). Het aantal knie vervangingen is weer wel hoger in de VS (op basis van OECD data 213 per 100,000 inwoner in de VS en 124 per 100,000 in Nederland).

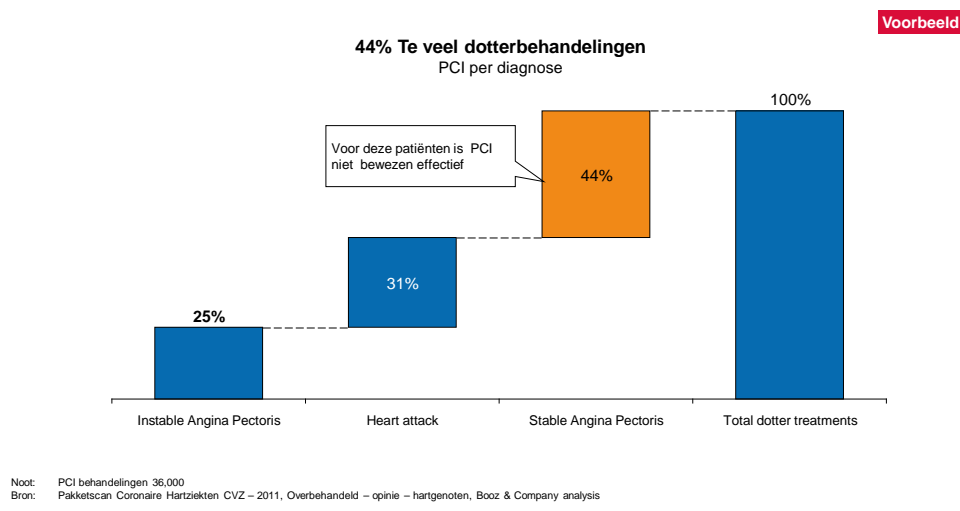
Daar komt bij: ook in Nederland zijn er veel aanwijzingen dat de volumes behoorlijk zijn toegenomen en dat zij bovendien regionaal sterk verschillen. Zo zien we:

- *Aantoonbare overbehandeling volgens een studie van het CVZ uit 2009*

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) onderzocht in 2009 op een aantal terreinen of er sprake was van zinnige zorg. Het kwam onder andere tot de conclusie dat ca. 40% van het aantal dotterbehandelingen uiteindelijk niet nodig was (zie Figuur 10).

Figuur 10. Onnodige dotterbehandelingen volgens CVZ in 2009

Voorbeeld: CVZ schatte in 2009 dat 44% van de dotterbehandelingen niet nodig zouden zijn

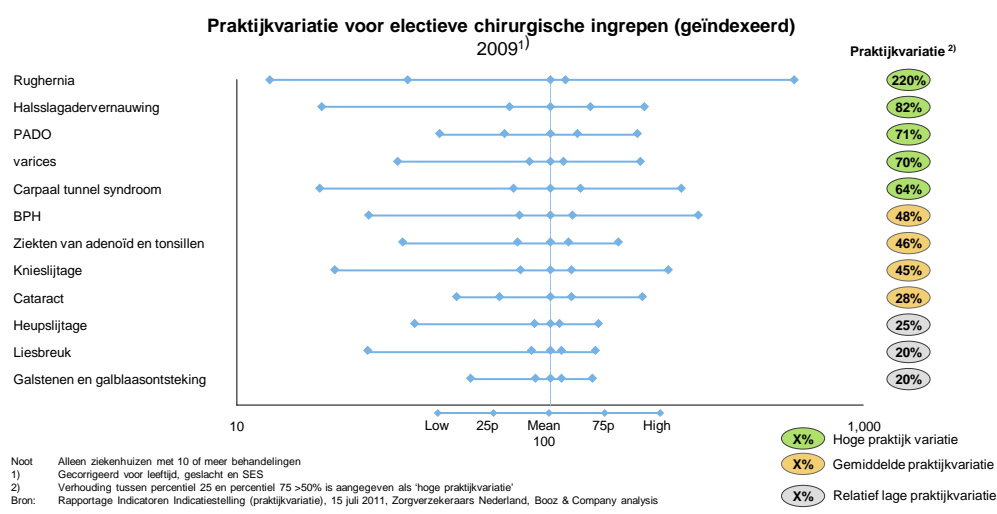


- *Een grote mate van praktijkvariatie*

Evenals in de VS zien we in Nederland een grote mate van praktijkvariatie. Onderstaande figuur geeft een overzicht van de bandbreedte van praktijkvariatie in Nederlandse ziekenhuizen (op basis van cijfers van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vektis en Plexus). Het blijft een opvallend beeld, waarbij de lezer zich moet realiseren dat de x-as een logaritmische schaal heeft. De punten op de lijn geven respectievelijk het laagst scorende ziekenhuis, het 25 percentiel punt, het gemiddelde, het 75 percentiel punt en het hoogst scorende ziekenhuis aan. De percentages geven (slechts) het verschil weer tussen het 25^{ste} percentiel en 75^{ste} percentiel van de ziekenhuizen gerangschikt op de mate waarin de behandeling wordt toegepast (zie Figuur 11).

Figuur 11. Praktijkvariatie in Nederland

De medische praktijk loopt nogal uiteen – Praktijkvariatie in Nederland



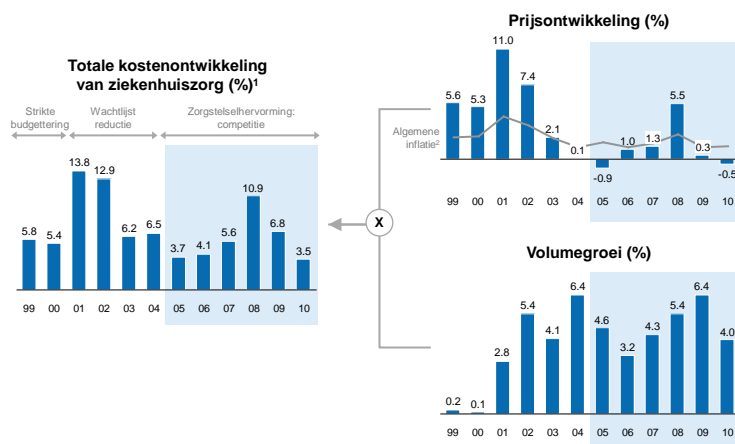
Bij huisartsen lijkt, op basis van gegevens van zorgverzekeraar Achmea, ook sprake van een sterke variatie in kosten en verwijzingen. Sommige huisartsen verwijzen wel 40% vaker door naar een specialist, dan op basis van de patiëntenpopulatie verwacht zou mogen worden (Olsthoorn 2012). Terecht stelt Konterman, voorzitter Zorg bij Achmea, dat verschillen best legitiem kunnen zijn, maar wel een gesprek op gang zouden moeten brengen over gewenste of ongewenste verschillen.

- Grillige patronen in de volume-ontwikkeling bij ziekenhuizen

Tenslotte wijst ook het grillige patroon in de volume-ontwikkelingen in het afgelopen decennium (zie Figuur 12) erop dat het aanbod van zorg niet alleen stoelt op medisch-wetenschappelijke *evidence* en de wensen van de patiënten (de conventionele wijsheid die Wennberg noemde). De volumestijging in de eerste periode van dit millennium bijvoorbeeld is nog wel te verklaren uit het wegwerken van wachtlijsten. Voor de tweede helft van dit decennium gaat dat nauwelijks meer op. Bovendien laat 2008 wel een erg grote piek zien. De prestatiebekostiging met vaste tarieven voor de specialisten zal daar hoogstwaarschijnlijk aan hebben bijgedragen. Het lijkt erop dat de volumes in 2011 weer wat zijn afgevlakt. Dat kan nog niet met het ziekenhuisakkoord (midden 2011) te maken hebben, waarin partijen zich verplichtten in 2012 en volgende jaren van de periode van het kabinet-Rutte niet meer te groeien dan 2,5%. Het ligt voor de hand dat de andere manier van betalen van specialisten hier een verklaring biedt. Hoe het ook zij, dit alles tekent de sterke volatiliteit van het aanbod.

Figuur 12. Volume –ontwikkelingen in het afgelopen decennium in Nederland, 1999 –2010

Zorgkosten zijn gegroeid als gevolg van meer behandelingen



5. Daarom is er ook in Nederland ruimte voor trajecten van kwaliteitsverbetering die de zorg ook nog eens minder duur maken

Ook in Nederland is een agenda te maken van zinnige en zuinige zorg. Pieter Vierhout en Arnold Moerkamp van resp. de Regieraad en later het Kwaliteitsinstituut van CVZ koers(t)en daar ook op af. Daarbij gaat het niet alleen om het terugdringen van overbehandeling, maar ook om anders en beter behandelen. Dan vermindert het aantal complicaties en daarmee het beroep op de zorg. Reden waarom ik graag spreek over zowel vermijdbare als onnodige zorg. Wie deze bestrijdt, draagt bij aan de gezondheid van mensen en aan het terugdringen van kosten. *Saving Lives, Saving Costs*. Ik wil nu bij enkele studies stilstaan die dit verband tussen kwaliteit en kostenreductie illustreren.

5.1. Patient-based medicine

Uit onderzoek blijkt dat het intensief betrekken van de patiënt bij afwegingen rond diagnostiek en behandeling tot minder zorgconsumptie leidt. Dat ligt ook voor de hand: wat mensen hopen te bereiken met behandelingen is sterk persoonsgebonden. Bovendien kleven aan alle medische ingrepen risico's die mensen erg verschillend kunnen waarderen. Daarnaast kan het gedwee volgen van protocollen en richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen en het Nederlands Huisartsengenootschap ook schadelijk zijn. Met name bij oudere mensen, en zeker als er sprake is van co-morbiditeit, is dat risico groot (Boult 2005, 716-724).⁶

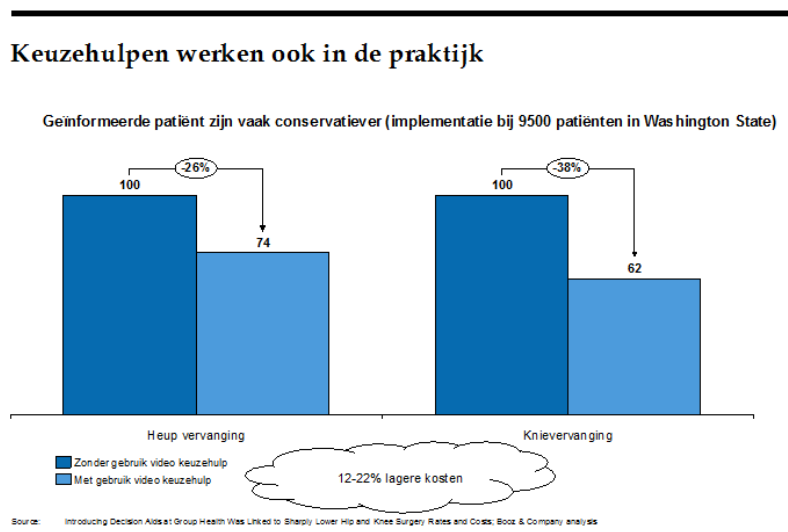
Jan Kremer schreef in zijn oratie: 'We moeten stoppen met het onderschatten van onze patiënten, zeker in deze tijd, waarin zij zich meer en meer emanciperen en organiseren. Ze willen en kunnen veel meer dan wij paternalistische dokters denken. We moeten die kracht van hen gaan gebruiken in het zorgproces, *dat daardoor beter kan gaan lopen met betere*

⁶ 'Adhering to current CPGs in caring for an older person with several comorbidities may have undesirable effects. Basing standards for quality of care and pay for performance on existing CPGs could lead to inappropriate judgment of the care provided to older individuals with complex comorbidities and could create perverse incentives that emphasize the wrong aspects of care for this population and diminish the quality of their care.'

*resultaten, lagere kosten en betere acceptatie door de patiënt van ongewenste uitkomsten.*⁷ De patiënt is geen passief object dat beter moet worden gemaakt, maar een actief subject, dat scheppend bezig kan zijn, keuzes kan maken en verantwoordelijkheid kan en moet nemen. Patiënten worden dan naast consumenten van zorg, tot op zekere hoogte ook producenten van hun eigen zorg. Dit gaat verder dan het klassieke concept van *patient-centredness*, dat volgens het *Picker Instituut* bestaat uit een aantal dimensies, zoals toegankelijkheid van zorg, respect voor individuele behoeften, continuïteit van zorg, goede communicatie, aandacht voor het fysieke welbevinden, emotionele steun en het betrekken van familie en vrienden. Het concept van de patiënt als medeproducent voegt nog een dimensie toe, namelijk *empowerment*, waardoor de patiënt die actieve rol ook daadwerkelijk kan gaan vervullen. Pas dan bereiken we echt *patient-based medicine*.’ ((Kremer 2007).

Een recente (2012) studie in Washington State bij 9.500 patiënten naar de effecten van het toepassen van keuzehulpen (*decision aids*), laat zien dat *patiënt-based medicine* verschil maakt. Het aantal heup- respectievelijk knie vervangende operaties nam af met 26 en 38%. De kosten bij de interventiegroep lagen 12 tot 21% lager dan bij de controlegroep (zie Figuur 13).

Figuur 13: Keuzehulpen in de praktijk



Person-based medicine stond ook centraal in het onderzoek van Lars-Eric Olsson uit Zweden. Hij onderzocht in zijn *Patients with Acute Hip Fractures Motivation, Effectiveness and Costs in Two Different Care Systems* (2006) de kwaliteit van de ziekenhuiszorg voor ouderen met een heupfractuur. De interventiegroep kreeg een geprotocolleerd zorgaanbod met een persoonlijke aanpak. Centrale gedachte is dat mensen bij breukvlakken in hun leven behoefte hebben aan betekenisverlening en levensverwachtingen. Om patiënten zich te laten herpakken, blijkt het belangrijk te weten wat zij voor de heupfractuur aankonden, of er sociale netwerken waren, hoe afhankelijkheid en kwetsbaarheid zijn te doorbreken, welke levensdoelen mensen hebben en hoe zelfstandigheid te herwinnen is, bijvoorbeeld rond de eigen hygiëne. De onderzoekers werkten met 3 groepen: autonome mensen, bescheiden mensen en onthechte, berustende mensen. De intensiteit van de begeleiding werd daarop afgestemd.

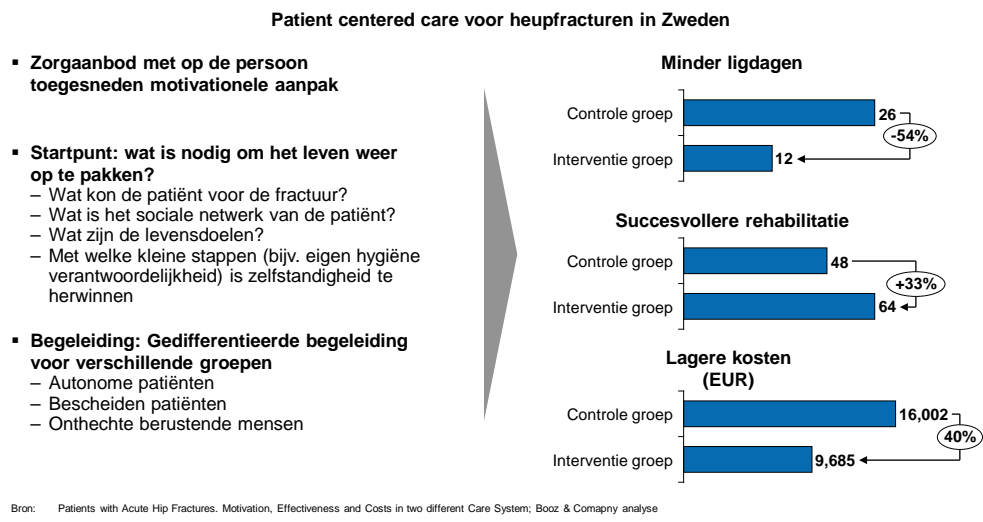
Het verblijf in het ziekenhuis was in de interventiegroep 12,2 dagen en in de controlegroep 23,6 dagen. De rehabilitatie verliep bij de interventiegroep succesvoller: 36 versus 27 mensen

⁷ Italics zijn niet van de auteur zelf.

verlieten het ziekenhuis als 'laag-afhankelijk'. De overall-kosten lagen door dit alles 40% lager dan die bij de controlegroep (zie Figuur 14).

Figuur 14. Uitkomsten van *person-centered care* bij heupfracturen

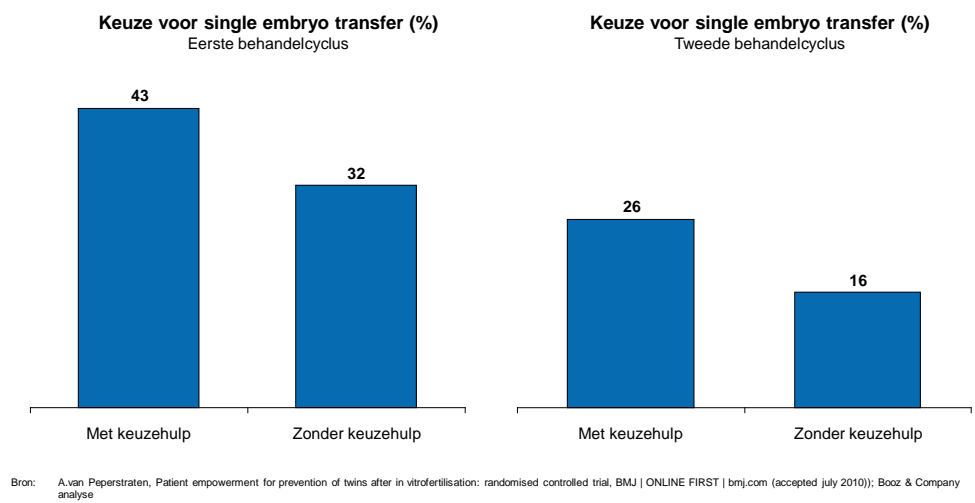
Person centered care verhoogt kwaliteit van zorg voor heupfracturen in Zweden en leidt tot kostenbesparing



In 2010 publiceerden Van Peperstraten e.a. de resultaten over onvruchtbaarheidsbehandelingen in het *British Medical Journal*. Kernvraag was of *empowerment* ertoe zou leiden dat de patiënt vaker voor de transfer van één in plaats van twee embryo's zou kiezen. Dat is voor een patiënt namelijk een lastige afweging. Een dubbele embryo transfer geeft meer kans op zwangerschap en op minder vervolgbehandelingen. Maar de kans op meerlingen is weer wel groter, met daarbij risico's van complicaties voor moeder en kinderen. Professionals en beleidsmakers ontwikkelden tot dusver allerlei initiatieven om de *single embryotransfer* te bevorderen, maar zonder veel resultaat. Sleutel tot het succes bleek uiteindelijk meer kennis bij de wensouders van voor- en nadelen van de behandelingen. Toen de artsen werk maakten van voorlichting trad er wel degelijk een verschuiving op (zie Figuur 15). Bij eerste behandelcyclus koos 43% van de ca. 800 onderzochte patiënten voor een single transfer. In de controlegroep was dat 32%. De kostenbesparing was ongeveer 170 euro per paar per behandeltraject. In Nederland krijgen jaarlijks 16.000 mensen een IVF behandeling (ongeveer 4.000 euro per behandeling). Per saldo gaat het dus om een besparing van bijna 3 miljoen euro per jaar. De uitgespaarde kosten voor te vroeg geboren tweelingen zorgen voor een veelvoud aan besparingen.

Figuur 15. IVF en preferenties patiënten

Voorbeeld: Ook op het gebied van IVF kiezen patiënten verrassend conservatief



Een *Cochrane* studie naar de effecten van *decision-aids* geeft een beeld van de uitkomsten als patiënten beter betrokken zijn bij medische afwegingen (zie Figuur 15). Patiënten blijken dan heel vaak te kiezen voor een behoudende (en goedkopere behandeloptie). Andere studies geven aan dat de frequentie van de ingreep op basis van patiëntvoorkeuren samenvallen met de ondergrenzen van de praktijkvariatie (Figuur 17).

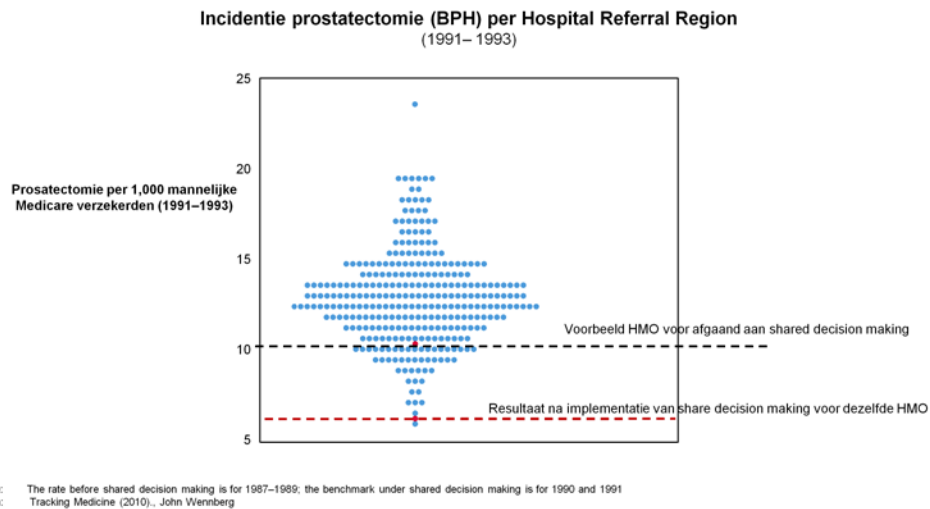
Figuur 16. Invloed van eenvoudige keuzemiddelen op het aantal ingrepen

Goed geïnformeerde patiënten kiezen anders dan hun dokters (en vaak conservatiever)



Figuur 17. Patiëntvoorkeuren en praktijkvariatie

Patiënt voorkeuren liggen dichterbij conservatieve manieren van behandelen



5.2. Medicatieveiligheid en therapietrouw

Interventies van apothekers rond medicatieveiligheid lonen. Circa 2,2% van alle ziekenhuisopnames is gerelateerd aan een medicatiefout. In ons eigen land bestudeerde Anne Leendertse het risico op medicatie-gerelateerde ziekenhuisopnames bij hoog-risico patiënten. Dat zijn patiënten die 65 jaar of ouder zijn, 5 of meer bepaalde geneesmiddelen gebruiken en meer of minder medicatie innemen dan hen voorgeschreven is. Een zorgprogramma van huisarts en apotheker gericht op goed geneesmiddelengebruik bleek succesvol: er waren minder medicatie-gerelateerde ziekenhuisopnames. Bij patiënten met 3 aandoeningen werd het risico 1,3 kleiner. Bij 4 aandoeningen ging het risico 2,3 kleiner. Bij 5 aandoeningen ging het om een statistische significante risico-vermindering, namelijk 3,6. Bij resp. 6, 7 en 8 aandoeningen was dat zelfs 5,3, 7,1 en 9,1 maal kleiner.

Schadelijk medicatiegebruik mondt niet altijd uit in *directe* ziekenhuisopnames. Onlangs verscheen een studie van het Rotterdamse Erasmus MC (Erasmus MC 2012): bijna de helft van de kankerpatiënten slikt medicijnen die schadelijk kunnen zijn voor hun behandeling; vaak zonder dat zij of hun artsen dat weten. Antidepressiva en maagzuurremmers kunnen, evenals kruidengeneesmiddelen en voedingssupplementen van de drogist, een wisselwerking hebben met kankergeneesmiddelen. Werk maken van medicatieveiligheid loont dus ook om sluipende schade te voorkomen. Bij medicatieveiligheid gaat het dus niet alleen om de acute opnames die Leendertse bestudeerde. Ook het voorkomen van sluipende schade levert (veel) vermijdbare zorgkosten op. Nader onderzoek kan uitwijzen om hoeveel patiënten en kosten het in totaal gaat.

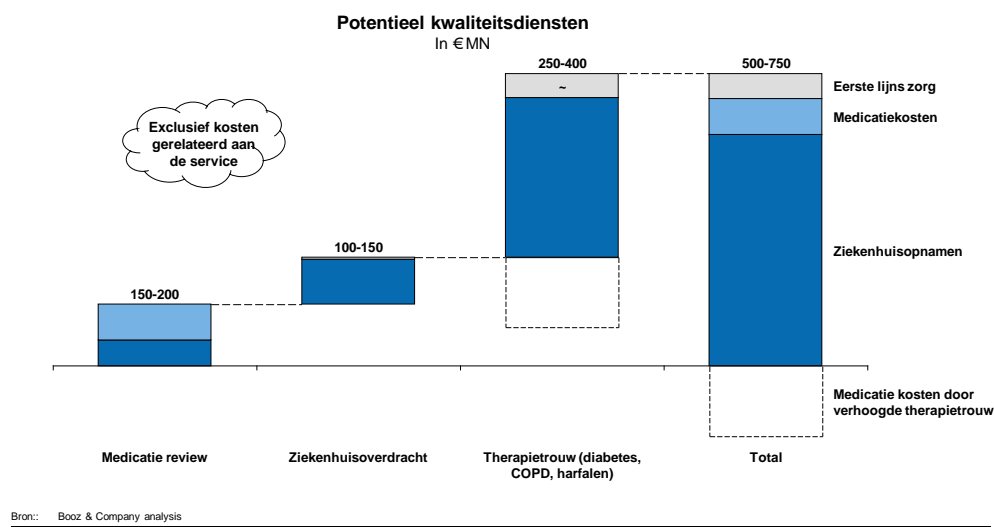
Die meerwaarde van de farmaceutische zorg was voor mij als minister een belangrijke reden om de eerste stappen te zetten in het anders betalen van zorgverleners. Apothekers krijgen (nog steeds) vooral betaald voor het uitgeven van medicatie. Per overhandigd 'doosje' ontvangt men een vast bedrag, dat voor een gemiddelde apotheek moet optellen tot een bepaalde normomzet en dito inkomen. Voor het bevorderen van therapietrouw, van medicatieveiligheid of voor het begeleiden van patiënten bij opname of ontslag uit het ziekenhuis, ontvangt men doorgaans niets. De apotheker die daarin toch fiks investeert en er kostbare tijd insteekt, ziet alleen de bedrijfskosten toenemen. Een minimalistische collega heeft die kosten niet.

Voor mij was dat de reden om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te vragen om de zogenaamde prestatiebeschrijvingen van de farmaceutische zorg zo te herschrijven dat verzekeraars de zorgverlening konden gaan belonen, en niet alleen de medicatie-uitgifte sec (ook al hangen deze deels samen, vanwege de contactmomenten die er bij de afgifte zijn). Dit gebeurde met de volle steun van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP) en in het bijzonder haar voorzitter, Jan Smits. De NZa heeft de prestatiebeschrijvingen voor de farmacie inmiddels aangepast. Verzekeraars kunnen nu ook de zorgverlening contracteren. Sommige verzekeraars maken daar al gebruik van. In diezelfde periode zetten we overigens met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) stappen in de richting van geïntegreerde, gebundelde zorg voor chronisch zieken. Ook die stappen pasten bij een beleid van samenhangende en op kwaliteit gerichte zorg.

Booz&Company heeft in opdracht van de KNMP wetenschappelijke studies in kaart gebracht die zicht geven op het effect van een goed medicatiebeleid. Vraag was of medicatieveiligheid, of het verbeteren van therapietrouw, of de begeleiding van de patiënt bij opname en ontslag uit het ziekenhuis een betere kwaliteit van zorg en lagere kosten opleveren. Gekeken werd naar de vermindering van ziekenhuisopnames, van consulten in de eerste lijn en van medicatiegebruik. Figuur 18 en 19 geven een beeld van de financiële winst die te behalen is met betere farmaceutische zorg.

Figuur 18. De financiële winst door kwaliteitsverbetering van (farmaceutische) zorg

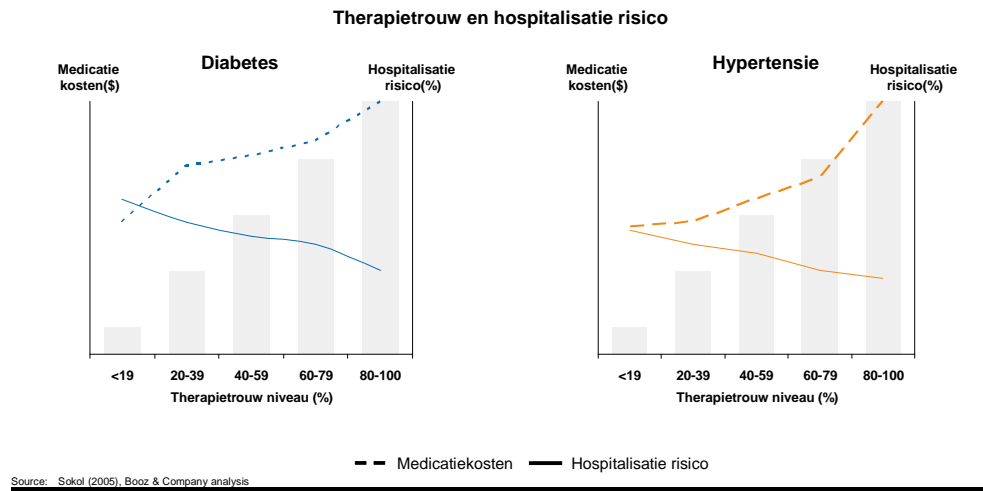
Kwaliteit bevorderen van farmaceutische zorg kan EUR 500-750 mln aan besparingen opleveren



Figuur 19. Betere therapietrouw leidt tot minder ziekenhuisopnames

Hogere therapietrouw leidt tot hogere medicatiekosten, maar tot minder ziekenhuisopnames

Voorbeeld VS

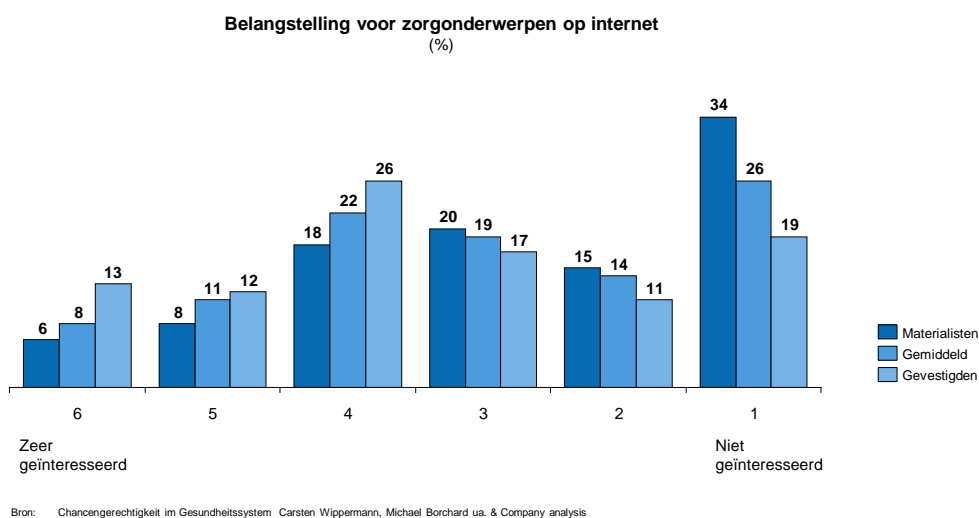


Ook verbetering van de therapietrouw staat en valt met een persoonlijke benadering van mensen. De ene persoon is de andere niet. De *Konrad Adenauerstiftung* van de CDU toont aan dat verschillende mentaliteitsgroepen behoorlijk verschillen in de waardering van gezondheid (Konrad Adenauerstiftung 2012). Een post-modernist is anders dan een gevestigd of hedonistisch persoon. Figuur 20 laat het verschil zien tussen materialistische (hedonistische) mensen en welgestelde gevestigden.

Figuur 20. Houding van mensen tegenover hun gezondheid verschilt tussen mentaliteitsgroepen

Mentaliteitsgroepen kijken verschillend aan tegen gezondheid

Voorbeeld Duitsland



Deze groepen gaan ook anders met hun medicatie om. Een *one-size-fits-all* benadering werkt niet. Kaiser Permanente maakt daarom ook onderscheid tussen groepen patiënten. Het

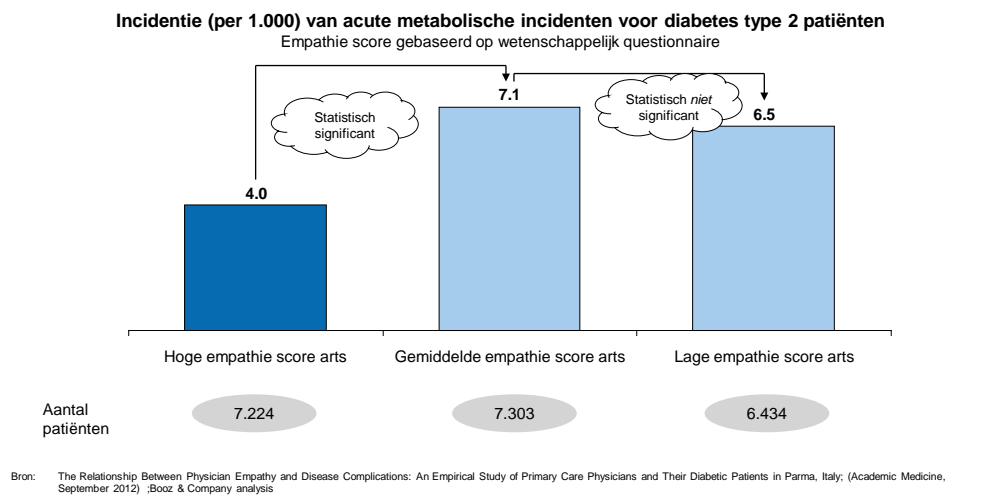
hanteert psychische en medische criteria en stemt daar de begeleiding en coaching op af. Volgens Kaiser Permanente zou het aantal ziekenhuisverwijzingen met de intensieve en op de persoon toegesneden benadering zijn teruggelopen met ca. 40%.

Dat een persoonsgerichte benadering en empathie werken, blijkt uit een recente studie naar de kwaliteit van de zorg voor diabetespatiënten. Op basis van psychologische criteria werd een onderscheid gemaakt tussen zeer empathische, licht- en niet-empathische dokters. Die kenmerken correleerden sterk met het aantal hypo's (zie Figuur 21).

Figuur 21. Relatie empathisch vermogen arts en risico op hypo's bij diabetespatiënten

Empathie lijkt belangrijk voor zorguitkomsten

Voorbeeld Italië



Opnieuw blijken persoonlijke aandacht en *person centered care* belangrijk voor gezondheidswinst en kostenreductie.

5.3. Gemeenschappelijke consulten van huisartsen en medisch specialisten

In 2003 publiceerde Guy Schulpen zijn onderzoek *The Joint Consultation of General Practitioners and Rheumatologists* (Schulpen 2003 en tevens: Vierhout 1994). Zeswekelijks kwamen 3 huisartsen en een reumatoloog bij elkaar om gezamenlijk consult te doen. In een periode van 2 jaar namen 17 huisartsen en 6 reumatologen deel aan het traject. In totaal behandelden zij 166 patiënten.

Opvallend was dat de reumatologen bij een gezamenlijk consult veel minder diagnostiek gebruikten dan op de polikliniek. In 56% van de gevallen werd geen diagnostiek (bepalingen in bloed, röntgenfoto's) gebruikt tegenover 22% op de poli. Vervolgconsulten daalden. Slechts in 35% van de gevallen was er in de polikliniek sprake van een eenmalig consult. Als huisarts en specialist samen optrokken was dat percentage 85%. De therapie die werd ingezet verschilde in beide *settings* niet.

Schulpen stelt dat de kosten zowel integraal als marginaal bij het gezamenlijk consult lager liggen dan bij de poli. Maximaal is een besparing te realiseren –in een ideaaltypische setting- van 62%. Dat vergt een grootschalige toepassing, bijvoorbeeld via specialistische wijkcentra. Met name minder diagnostische kosten en minder (vervolg)contacten in het ziekenhuis zorgen voor de besparing. In Maastricht wordt momenteel hard gewerkt aan een dergelijke

opzet, als *joint venture* tussen het academisch ziekenhuis en de huisartsen (Regionale Huisartsenzorg).

5.4. Scheiden van diagnostiek en behandeling en andere vormen van zelfverwijzing

Zelfverwijzing is op veel fronten een thema in de zorg. Tussen ziekenhuisbesturen en specialisten is het soms een bron van conflicten, namelijk als specialisten zich ook zelfstandig willen gaan vestigen. Het ziekenhuis vreest ervoor dat het bij wijze van spreken de ontvangstruimte van de specialist wordt, waar verwijzing naar diens kliniek plaatsvindt. Om dat te vermijden maken betrokkenen vaak afspraken over het gedrag rond de verdeling van de zorgvraag.

Soms ook speelt de verwijzing op een andere manier een rol: wie naar zichzelf verwijst, krijgt ook voor de verrichting betaald. In de curatieve zorg is dat –anders dan in de langdurige zorg met zijn onafhankelijke indicatiestelling door het CIZ- eerder regel dan uitzondering: specialisten verwijzen doorgaans naar zichzelf door doordat zij zelf de diagnose stellen. Het ontvlechten van de diagnose en de behandeling kan een oplossing bieden voor overbehandeling. De poortwachtersrol van de huisarts is op deze gedachte gestoeld.

Menzis heeft ook op andere terreinen stappen in de richting van ontvlechting van indiceren en behandelen gezet. In eerste lijn centra is het concept van een diagnostische fysiotherapeut geïntroduceerd. Deze fysiotherapeut behandelt niet. Wel geeft hij zo nodig aanwijzingen en adviezen hoe mensen via oefeningen zichzelf kunnen helpen. In ernstiger gevallen verwijst hij door naar een behandelend fysiotherapeut. Het aantal consulten per patiënt is daardoor afgenomen. Met dank aan Bas Leerink en met gepaste voorzichtigheid laat Menzis de volgende cijfers zien (zie Tabel 1). Het gaat daarbij om het effect op de kosten van de paramedische hulp per ingeschreven verzekerde per half jaar, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht etc. Fysiotherapie maakt voor ca. 90% deel uit van de paramedische hulp. Uiteraard dienen deze cijfers omzichtig te worden gehanteerd. Zij zijn vooral hypothese-genererend. Maar de richting past in het plaatje dat ander onderzoek laat zien.

Tabel 1

| periode | Minderkosten per ingeschreven verzekerde | | totaal minderkosten | |
|---------------|--|----|---------------------|--------|
| 2009 2e helft | € | 9 | € | 40.800 |
| 2010 1e helft | € | 10 | € | 43.000 |
| 2010 2e helft | € | 8 | € | 35.000 |
| 2011 1e helft | € | 9 | € | 40.000 |

Bron: Menzis, 2012

Onderzoekers van de Duke University vroegen zich af of artsen cardiologische testen vaker laten uitvoeren als ze eraan verdienen. De resultaten werden gepubliceerd in *The Journal of the American Medical Association* (AMA). Na correctie voor leeftijd van de patiënt en diens ziektebeeld bleek dat artsen die eraan verdienden 2 keer zo vaak testen als artsen die geen financieel belang hebben (Shah 2011).

Sterk verbeterde en vooral in gebruik vereenvoudigde⁸ beeldvormende technieken stellen specialisten in staat om, los van de radiologen, patiënten te scannen. Diagnose en

⁸ De vereenvoudiging betekent dat de diagnose/scan door ook lager opgeleiden kan plaats vinden (niet de beoordeling uiteraard).

behandeling komen bovendien in één hand te liggen, waardoor de soms kritische en conservatieve rol van de radioloog verdwijnt. Dat het aantal testen daardoor kan toenemen, blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek van Hughes ea. In de studie *Improving the Incentives in the Medicare Program June '09* zijn verwijzingen naar veel onderzoeken over zelfverwijzing te vinden. De uitkomst is stevast dat zelfverwijzing ('u hebt een scan nodig, en wij kunnen die voor u maken') leidt tot heel veel meer foto's (Hughes 2010) en daardoor wellicht ook tot meer behandelingen.

In het verlengde van de zelfverwijzing liggen de prikkels om patiënten niet door te verwijzen, ook als dat medisch gezien zinvol is. Makary geeft daarvan de nodige voorbeelden. Daarom hangen een goede veiligheid, lage –gecorrigeerde mortaliteits- en infectiecijfers- samen met goed teamwerk en met de bereidheid om af te zien van behandelingen als dat voor de patiënt beter is (Makary 2012, loc 1200 Kindle edition e.v.).⁹

5. 5. Veiligheid in de zorg

Als de verkiezingsleuze van Obama uit 2008, *Saving Lives, Saving Costs*, ergens opgaat dan is het wel bij het bestrijden van vermijdbare medische schade. Neem de dramatische dood van het jonge meisje Sorrel King in het Johns Hopkins ziekenhuis: het was het startsignaal voor de arts Pronovost om stelselmatig te gaan werken aan een programma dat lijnsepsis moest uitbannen (Pronovost 2010). Uiteindelijk slaagde hij daarin, onder andere door eenvoudige *checklist* te ontwikkelen en door de veiligheidscultuur binnen het gerenommeerde ziekenhuis te verbeteren.

Enkele jaren later ontwierp een team onder leiding van Gawande in opdracht van de World Health Organization (WHO) een *checklist* (Gawande, 2010). De ziekenhuizen van Michigan (9 miljoen inwoners) gingen ermee aan de slag. Het aantal infecties daalde met 66%. Het aantal doden met maar liefst 1500. Het leverde een potentiële besparing op van ca. 175 miljoen dollar op jaarbasis.¹⁰

De schatting is dat er in Nederland ongeveer 15.500 patiënten per jaar met ernstige sepsis te maken krijgen en ca. 6.000 met een septische shock. De mortaliteitskans ligt op 30 tot 50%. Het gaat dan al snel om 6.000 tot 10.000 mensen (Pickkers 2011). Het RIVM gaat ervan uit dat in 2007 (dus nog voor het Veiligheidsprogramma) bijna 74.000 mensen een ziekenhuisinfectie hebben opgelopen, met gemiddeld genomen 4 extra ligdagen (circa 300.000 extra verpleegdagen. (RIVM 2010)). In 2007 ging het daarbij om ongeveer 1 tot 1,7% van de totale ziekenhuiskosten (te weten 210 tot 337 miljoen euro).

Het bestrijden van infecties (centrale lijninfecties, post-operatieve infecties) is onderdeel van het Veiligheidsprogramma dat de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en het Ministerie van VWS in 2008 overeenkwamen. Er zijn ook resultaten geboekt. Sinds 2008 nam het sterftcijfer bij mensen met sepsis (eerdere diagnose, gerichtere behandeling) af van 52% naar 35%.

Het Radboudziekenhuis in Nijmegen lukte overigens bij lijnsepsis wat het Johns Hopkins ziekenhuis eerder presteerde: het bracht de centrale lijninfectie na de nodige inspanningen, trainingen etc. aanvankelijk terug tot nul. Daarna steeg het weer, zo meldde het ziekenhuis mij, om de laatste kwartalen weer naar te dalen naar een incidentie van 0 per 1000 kathederdagen.

⁹ The temptation to not refer is stronger now than ever –given declining doctor pay, a bankrupt Medicare and Medicaid system, higher malpractice premiums, medical school debts and escalating office costs, Makary, loc 911 of 3294 Kindle edition, 2012. Opnieuw een illustratie dat versobering kan leiden tot hogere kosten en dat het verwarren van een prijs met kosten grote gevolgen kan hebben.

¹⁰ Potentieel, omdat het wegvallen van de zorgvraag niet betekent dat het aanbod daar één op één in mee ademt (het bekende opvul-effect).

Het Veiligheidsprogramma ziekenhuizen richt zich op tien hoofdthema's waaronder het medicatieverificatie bij opname en ontslag, de optimale zorg bij acute coronaire syndromen etc. Politiek stond bij dit alles centraal het terugbrengen van onnodige sterfte met 50% (uitgegaan werd van circa 1700 vermijdbare sterftegevallen per jaar). Het is goed dat ziekenhuizen van het programma werk maken. Want *Saving Lives* moet soms letterlijk worden genomen. Wie de geschiedenis van Sorrel King en haar gedreven moeder die samen met Pronovost de lijnsepsis naar nul procent wist terug te brengen op zich laat inwerken, zal voorgoed de ambitie hebben om veiligheid tot hoofdthema van een kwaliteitsagenda te maken.

5.5. Spreiding en concentratie

In het verlengde van het veiligheidsbeleid liggen pleidooien voor het concentreren van zorg. Minimale aantallen van behandeling worden opgenomen in de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen en vervolgens gehandhaafd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De vuistregel dat veel volume tot veel ervaring en routine leidt, is leidraad voor het streven naar concentratie. Er is het nodige wetenschappelijk onderzoek dat een relatie legt tussen schaal en kwaliteit (Cools 2008). Ook Porter en Herzlinger leggen er veel nadruk op: bij *focused factories* verbetert de kwaliteit (Porter 2012 en Herzlinger 2007). Minder complicaties en fouten zijn vooral bij Porter de motoren achter kostenbesparingen. Aanjager van die concentratie zou het meten van en betalen voor betere uitkomsten zijn. Wie het best presteert, over de volledige cyclus van de zorg, krijgt de geldbuidel. Dat leidt vanzelf tot concentratie.

Spreiding en concentratie hoeven overigens niet per se plaats te vinden door bestuurlijke herverdeling van activiteiten. Specialist die periodiek in een ander ziekenhuis aanwezig zijn, of bijvoorbeeld op afstand een IC kunnen bewaken, kunnen hooggespecialiseerde zorg bieden in het 'eigen ziekenhuis' van de patiënt. Ook kan worden gedacht aan flexibele verwijzingsafspraken waar bijvoorbeeld het voor- en natraject van een behandeling kan plaatsvinden. Dat hoeft niet op de plaats van de behandeling te zijn.

Concentratie van zorg in grotere ziekenhuizen creëert op haar beurt overigens ook weer een aantal belangrijke problemen. Behandelingen kunnen gebaat zijn bij specialisatie, maar voor diagnostiek en indicatiestelling is de weg naar kwaliteit juist gelegen in een integrale en multidisciplinaire benadering. De Mayo-kliniek in Minneapolis dankt vooral aan die integraliteit zijn wereldwijde faam (Berry en Seltman 2008). Een verdere verkokering van de zorg als gevolg van specialisatie leidt vooral bij ouderen en chronisch zieken om die reden tot een grotere kans op overbehandeling. Concentratie bemoeilijkt ook de afstemming tussen regionale zorgverleners (ziekenhuizen, huisartsen, apothekers, verpleegartsen e.d.) (Visser en Westendorp 2012).

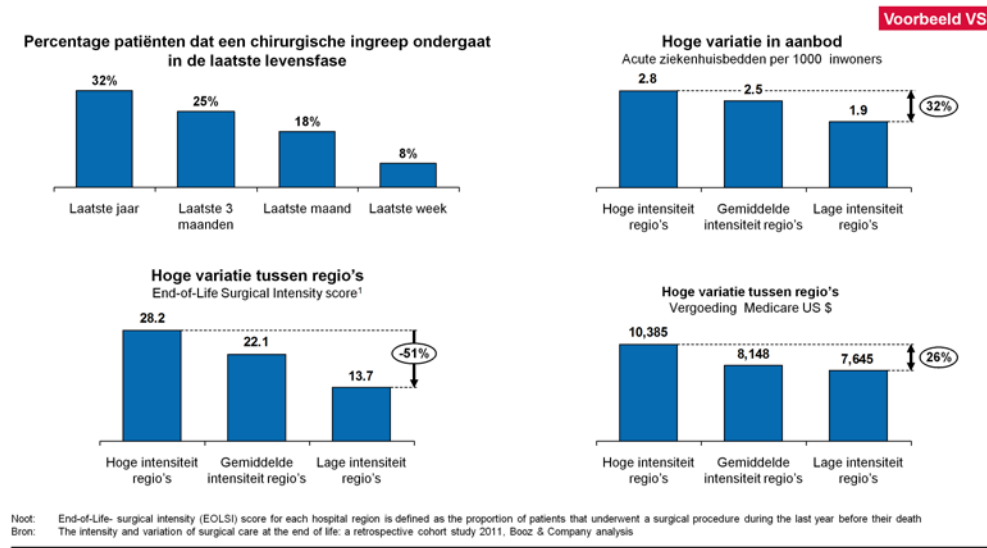
Vaak wordt ervan uitgegaan dat concentratie ook leidt tot *efficiency*-winst. In het rapport *Ondernemerschap in de zorg. Wenselijkheid en opzet van een winstexperiment in de zorg* rekent Cools voor dat met concentratie zeker 20% aan doelmatigheidswinst te boeken is: door een efficiënter gebruik van operatiekamers, van de *intensive care*, gebouwen en dergelijke en door complicaties te verminderen (Cools 2008, 21).

Daarbij past weer wel de kanttekening dat een hogere *efficiency* bij de verrichtingen (minder ligdagen, minder complicaties) niet per se betekent dat de totale kosten naar beneden gaan. Cools stelt terecht dat indien het aanbod niet afneemt, er productiecapaciteit wordt vrijgespeeld die zomaar opnieuw extra kan worden ingezet. Als er door *efficiency* meer bedden –als metafoor voor de productiecapaciteit- voor patiënten beschikbaar komen, kunnen de volumes zomaar gaan toenemen. De relatief kleine productiviteits- en prijswinst wordt dan ingehaald door meer (dure) behandelingen. Dat het aantal bedden een belangrijke voorspeller is van het zorgaanbod blijkt bijvoorbeeld uit een studie van Ashis Jha, Atul

Gawande ea. (Jha 2011) (zie Figuur 22).

Figuur 22. Aantal operaties gedurende laatste levensjaar, regionale variatie, kosten en voorspellende waarde van het zorgaanbod

Operatieve ingrepen aan eind van het leven



Ook moet niet al te luchtig gedacht worden over het effect van monopolievorming. Als ziekenhuizen een (regionaal) monopolie krijgen, ontstaat er een marktmacht en semi-onaantastbaarheid die al snel kan uitmonden in hoge prijzen, zelfgenoegzaamheid en productiviteitsverlies etc.

5.6. Keten zorg voor mensen met een chronische aandoening.

Sinds 1 januari 2010 is de integrale bekostiging ingevoerd voor diabeteszorg en vasculair risicomangement. 'Gebundeld betalen voor gebundelde zorg': de eerste lijn zou door integrale bekostiging de zorg meer samenhangend gaan aanbieden. Verwachting was dat de eerste lijn meer mensen met een chronische aandoening zou gaan opvangen (substitutie) en dat het aantal complicaties zou verminderen (minder ziekenhuisopnames).

Wij schatten toen op het ministerie in dat dit tot een behoorlijke verschuiving van middelen tussen de tweede en de eerste lijn zou gaan leiden en dat er per saldo ook besparingen zouden optreden. Besparingen omdat de eerste lijn goedkoper werkt dan de ziekenhuizen en omdat het aantal ziekenhuisverwijzingen zou afnemen. *Saving Lives, Saving Costs* was het motto, ook achter de ketenzorg die het kabinet toen in het leven riep. In de meerjarenbegroting werd met de versterking van de eerste lijn en met de lagere complicaties rekening gehouden. Voor de ketenzorg DBC's werd structureel 240 miljoen euro ingeboekt. Dit bedrag kwam tot stand door een vermindering van (de groei van) het ziekenhuiskader en deels door een verschuiving binnen 'de potjes' binnen de eerste lijnzorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009).

De 240 miljoen was daarmee het resultaat van inschattingen over het substitutie-effect, de verbetering van de zorg (minder complicaties) en van verschuivingen binnen het eerste lijnsbudget. Het beoogde de eerste lijn te versterken.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) evalueerde de ketenzorg over de jaren 2008 en 2009 (RIVM 2012). Toen was de integrale bekostiging nog in een experimentele fase. Zoals gezegd, in 2010 werd zij structureel ingevoerd. Eerste uitkomsten laten zien dat mensen uit zorgprogramma's beduidend minder vaak gebruik maakten van ziekenhuiszorg. Bij diabetespatiënten was het verschil bijna 40%. De totale kosten echter van ziekenhuiszorg aan patiënten die geïnccludeerd waren in een zorgprogramma namen vreemd genoeg toe (behalve als er een koptarief werd gehanteerd).

Het RIVM ziet een afname van het aantal diabetespatiënten in het ziekenhuis, maar geen kostenreductie in de tweede lijn. 'Dit kan het gevolg zijn van de wijze van bekostiging van specialistische zorg die voornamelijk op basis van verrichtingen wordt bekostigd. Experimenten waarbij de financiële prikkels in zowel de eerste als de tweede lijn zijn afgestemd op de doelstellingen van integrale bekostiging (het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en gelijktijdig kostenbesparingen) lijken dan ook noodzakelijk.'

Dat er geen kostenafname in de tweede lijn is, kan te maken hebben met dubbele declaraties. Wellicht ook dat ziekenhuizen hun aandeel in de totale zorgverlening proberen te beschermen en meer zijn gaan behandelen/declareren. Een gebundelde bekostiging van zorg in de eerste en tweede lijn is dan inderdaad een oplossing. Dat past ook bij de samenhangende zorg waar mensen met een chronische aandoening behoefte aan hebben. Over de linies van de echelons heen zorg verlenen, is goed voor de kwaliteit en minder duur. Minder duur, niet alleen door substitutie van zorg, maar ook omdat complicaties verminderen. Cijfers daarover -minder nierfalen, minder oogschade e.d. vanwege een betere behandeling- komen pas op termijn beschikbaar.

Dat er met integrale zorg winst is te behalen, blijkt ook uit het onderzoek van Bas Bloem e.a. (2010, 46-54). In *The Lancet* publiceerde hij een artikel over ParkinsonNet. De netwerkzorg leverde in de bestudeerde 24 weken van behandeling een kostenreductie op van ca. 720 euro per Parkinson-patiënt.

6. Kwaliteit als medicijn kan de kosten verlagen, maar zonder institutionele aanpassingen werkt het niet.

Met het bovenstaande heb ik willen aangeven dat er veel *evidence* is dat met een kwaliteitsagenda besparingen mogelijk zijn. Er is ook empirisch bewijs voor, ook al ligt er in Nederland nog veel onderzoeksterrein braak.

Het inschatten van de totale financiële effecten is moeilijk, maar de studies suggereren dat met kwaliteitsverbetering veel te winnen valt. Booz&Co maakte op basis van de nationale en internationale studies de inschatting dat het kan gaan om ca. 20% van de kosten in de curatieve zorg.

Dat is geen in graniet gehouwen cijfer. Sterker nog, in eerste aanleg gaat het niet daarom. Waar het wel om gaat, is dat de patiënt baat heeft bij kwaliteitstrajecten en dat veel artsen en apothekers anders willen werken en voor kwaliteit betaald willen worden. Velen voelen zich ingeklemd in een systeem dat om productie vraagt, terwijl medische ontwikkelingen juist om meer tijd en overleg met de patiënt, collega's etc. vragen.

Ook Clayton Christensen (2009) geeft in zijn boek *The Innovators Prescription* overtuigende voorbeelden van artsen die, juist door veel tijd te besteden aan hun patiënten, kosten besparen. Aandacht betaalt zich dubbel en dwars uit. Maar dat vraagt wel om 'a system-optimizing trade-off that non-integrated systems cannot make'. Immers, in een niet-geïntegreerd systeem vindt er geen *trade-off* plaats tussen investeringen in zorgverbetering enerzijds en kostenreductie in het vervolg van de zorgketen anderzijds. Blijft die *trade-off* uit, dan maken de innovatieve investeringen de zorg uiteindelijk alleen maar duurder.

Investering in een betere eerste lijnszorg, in ict, in *person centered care* etc. blijven dan kostenposten omdat revenuen vanwege de fragmentatie uitblijven.

Belangrijke vervolgvragen zijn dan ook:

- hoeveel geld is er met innovatie en zorgverbetering daadwerkelijk op te halen; en
- hoe moet deze besparing dan gerealiseerd worden.

Achter die laatste vraag zit een reële problematiek. Toen ik als minister in onderhandeling was met de collega's van het Ministerie van Financiën, en met het Centraal Plan Bureau (CPB) sprak over doorrekening van plannen, was een standaardargument: de getallen zijn niet hard genoeg. Hoe kunnen we ervan op aan dat de middelen ook echt binnenkomen. Een terecht punt! Volgens Financiën en het CPB lag dat anders bij versoeringsmaatregelen die de overheid per omgaande kon afdwingen: het eigen risico verhogen of het basispakket verkleinen.

Maar klopt dit? Is het wel zo dat er bij het verhogen van het eigen risico en de pakketverkleiningen geen sprake is van gedragseffecten? Het is belangrijk om het economische schema te plaatsen in de institutionele arena. Kijken we naar het eigen risico dan zijn er 2 soorten financiële effecten.

In de *eerste plaats* leidt een eigen risico tot een verschuiving van kosten. Wat de kring van verzekerden eerst gezamenlijk betaalde, is nu voor eigen rekening. De premielast neemt af; de eigen betaling toe. Het is een vermindering van de collectieve lasten, maar de netto zorgkosten nemen er niet door af.

De verdeling van de kosten verandert weer wel: de inkomensgerelateerde zorgtoeslag geldt immers niet bij eigen betalingen. Minder welgestelde mensen gaan door de privatisering van de kosten relatief meer betalen. Daarnaast gaan gezonde mensen er op vooruit. Zij betalen minder premie en geen eigen bijdrage.

Maar overall nemen de zorgkosten niet af, tenzij -in de *tweede plaats*- de eigen bijdrage gaat functioneren als drempel en er minder vraag naar zorg komt. We hebben het dan over de prijselasticiteit van de vraag naar zorg. RAND deed daar ooit onderzoek naar. Ook het CPB maakte inschattingen, die overigens weer werden aangevochten door o.a. Van der Ven en Schut. Ecorys deed in 2011 onderzoek en raamden het gedragseffect van een eigen risico van 150 euro op 275 euro tot 772 miljoen euro op jaarbasis (Ecorys, 2011).

Maar de vraag die blijft liggen is hoe de *aanbodkant* gaat reageren. Niet alleen de zorgvrager reageert namelijk op het eigen risico, dat doet ook de aanbieder. Om het via een ander voorbeeld beeldender te maken: toen de vraag aan de orde was of het niet kosteneffectief was om het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker op smallere leeft te gaan schoeien, nu er goede zelftesten op de markt zijn, kwam er op het departement een weifelend antwoord. Stel dat de vijfjaarlijkse controles zouden vervallen: zouden de kosten van huisartsenzorg dan afnemen? Zou het een besparing kunnen betekenen? Waarschijnlijk niet. De vrijgekomen tijd zou waarschijnlijk ingevuld worden met andere consulten, onderzoeken etc. Niet eens moedwillig, maar sluipend: de zorgvraag is bijna onuitputtelijk en erg elastisch. Hetzelfde effect kwamen we al tegen bij de ketenzorg rond chronisch zieken: de eerste lijn is meer gaan doen, maar dit leidde niet tot minder kosten in de tweede lijn. Een arts vertelde me onlangs dat het aantal onderzoeken aan het netvlies (funduscopieën) in zijn ziekenhuis is verminderd, maar dat men nu meer aan cataract-extracties tegen staar doet.¹¹

Vraag is nu: zou dit bij de vraaguitval vanwege een hoger eigen risico, of een kleiner basispakket anders zijn? Ik denk het niet. De mechanismen zijn immers hetzelfde. De

¹¹ Voor de goede orde: er vonden in 2010 ca. 150.000 van die extracties plaats in ons land en de praktijkvariatie is hoog.

zorgvraag zal op onderdelen en bij bepaalde bevolkingsgroepen (met name jongeren) afnemen. Maar elders komt er hoogstwaarschijnlijk een al dan niet aanbod-gedreven zorgvraag voor terug. Er tekent zich een soort wet van behoud van het bestaande aanbod af, met bovendien *het risico op inflatie van de zinnigheid* van het aanbod. In huiselijke termen wordt dan gesproken over snotterpoli's etc. om omzet te behouden.

De kwaliteitstrajecten lopen tegen hetzelfde institutionele mechanisme aan. Stel dat we investeren in medicatieveiligheid waardoor het aantal ziekenhuisopnames afneemt, of in een betere therapietrouw waardoor het aantal exacerbaties (longaanvallen) bij copd-patiënten vermindert, of in *shared decision making* waardoor er minder knieprotheses worden geplaatst etc., dan nog is de kans groot dat de zorg ergens anders groeit en het aanbod per saldo gelijk blijft. Al dan niet met de 'onzin-zorg', waar Marcel Levi, hoogleraar AMC–UvA/voorzitter Raad van Bestuur KNAW, onlangs over sprak. Grote kans dus dat het aanbod en de kosten gelijk blijven.

Sterker nog, de kosten nemen misschien wel gewoon toe. Want stelt u zich voor dat een verzekeraar investeert in ICT in de eerste lijn of in medicatieveiligheid, dan nog blijven de revenuen uit. De oude kosten blijven stationair, maar er zijn nieuwe bijgekomen: die van de innovaties. Dit maakt verzekeraars uiteraard enorm kopschuw om allerlei op het oog mooie initiatieven te omarmen. Iedereen komt met het verhaal van besparingen, van kosten die voor de baat uitgaan, maar per saldo wordt de zorg er alleen maar duurder van. Dat is de ervaring van de verzekeraars. En ze hebben gelijk.

De tussenconclusie moet dan zijn dat:

- We eigenlijk met een aanbod te maken hebben dat zichzelf al vrij snel in stand houdt en tamelijk resistent is tegen maatregelen die aan de vraagzijde tot minder behoefte aan zorg leiden.
- Zogenaamde harde maatregelen met dezelfde gedragseffectproblematiek te maken hebben als de kwaliteitsinitiatieven.
- Investerings in *innovaties die kostenbesparend kunnen uitpakken* op dit moment gemakkelijk *tegengesteld* kunnen uitwerken: de zorg wordt er waarschijnlijk alleen maar duurder van.

De zorg wordt er alleen maar duurder van! Het zou zomaar waar kunnen zijn: als we mensen gezonder houden, als er minder artsenbezoeken komen, levert dat geen afname, maar een door het aanbod gedreven *zorgbubble*¹², met meer 'onzin-zorg' en hogere zorgkosten op de koop toe. Terwijl het uiteraard precies andersom zou moeten zijn: een relatief gezondere bevolking levert niet alleen een lagere zorgvraag op, maar ook een lager zorgaanbod en daarmee a) betere zorg voor de patiënt, b) lagere zorgkosten en c) meer maatschappelijk rendement vanwege een betere inzetbaarheid van mensen, of dit nu op de arbeidsmarkt of rond de mantelzorg is.

Deze paradox is alleen te verklaren vanuit een institutionele beleidsanalyse. Zonder een goede kennis van de *arena* is niet te vatten waarom het *schema* –zoals Wim van der Donk (1997) het dus noemde- niet werkt.

Toen ik in het najaar van 2009 een avond lang *en petit comité* overlegde met mijn toenmalige collega uit de Verenigde Staten, Mw. dr. Sebelius, stelde zij terecht: *You, in Europe, have the same problems as we have: you only pay contacts and no quality and on top of that: you pay in a fragmented way.*

7. Wie is aan zet bij het aanpassen van de institutionele arena?

¹² De term is van Rudi Westendorp.

Inderdaad fragmentatie is een hoofdkenmerk van ons stelsel. Terwijl zorginhoudelijk gezien er vaak sprake is van een samenhangende *cycle of care* met daarin een rol voor huisartsen, specialisten, paramedische beroepen etc. kenmerkt de institutionele structuur zich door fragmentatie en autonomie van de verschillende schakels in de zorgverlening. De aanbieders kennen elk hun eigen en vaak tegenstrijdige verdienmodellen. Als de mantelzorg sterker wordt, kan dit ten koste gaan van het huisartsenbezoek en van de visites aan het ziekenhuis. Als de huisarts en/of de apotheker therapietrouw en medicatieveiligheid stimuleren, gaat dat ten koste van de tweede lijn. Als de medisch specialist het aantal patiënten weet te begrenzen door betere zorg te leveren, gaat dat ten koste van de omzet van maatschap en ziekenhuis: een klassieke *either you win or you lose* situatie.

Belangrijke vraag is: wie doorbreekt deze fragmentatie? Zijn het de zorgaanbieders zelf, zijn het de verzekeraars, de patiënten of misschien de werkgevers?

- De zorgaanbieders

Op dit moment zien we in ons land initiatieven vanuit zorgaanbieders zelf om de fragmentatie te doorbreken. Binnen de eerste lijn zijn er de zorggroepen van huisartsen, apothekers en soms ook fysiotherapeuten. De integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken heeft die ontwikkeling versterkt. In 2010 waren er al 100 zorggroepen rond diabetes actief en ca. 7 voor vasculair risicomanagement. Sommige zorggroepen zijn met de verzekeraar overeengekomen om de integrale eerste lijnszorg binnen een regio voor een aanneemsom voor hun rekening te nemen: met winstdeling als de kosten teruglopen. Zo ontstaat ruimte voor verdere innovaties en kwaliteitsverbeteringstrajecten. PoZob en DOH in de regio Eindhoven horen tot de vooruitstrevende zorggroepen.

Ook in de tweede lijn tekenen zich initiatieven af: de 40 kleinere ziekenhuizen die Nederland telt hebben het plan opgevat om met een eigen zorgpolis te komen. Zij kiezen voor kwaliteit en samenhang als leidraad. Zij willen de samenwerking met de eerste lijn verbeteren. Financiële winst die dit oplevert, komt ook ten goede aan de polishouders. De Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) zoeken daarom de samenwerking met die verzekeraar die hun manier van zorg verlenen, wil honoreren.

Waar initiatieven door zorgverleners vaak tegenaan lopen, is wantrouwen bij de collega's. Is er wel sprake van gelijkwaardigheid en van een gemeenschappelijk zorgconcept? Of gaat de initiatiefnemende partner domineren? In dat opzicht hebben initiatieven van ziekenhuizen, waaronder de SAZ, als voordeel dat het hier de ziekenhuizen zelf zijn die zwaartepunten van de zorg voor ouderen en chronisch zieken willen verleggen naar de eerste lijn.

Zonder een gezamenlijk zorgconcept en zonder de bereidheid om mee te werken aan een eventueel krimpscenario voor de eigen organisatie, zal het integrale zorgaanbod over de echelons heen niet tot stand komen.¹³ Daarbij kan een verzekeraar buitengewoon behulpzaam zijn: als drager en uitvoerder van de polis. De verzekeraar kan de zorgaanbieders financieel in staat stellen om a) de kwaliteit van de zorg permanent te verbeteren, b) eventueel volumeverlies zo in te bedden dat vaste lasten niet gaan knellen en c) ervoor te zorgen dat zorginstellingen juist bij minder productie meer zwarte cijfers overhouden. De verzekeraar kan ook selectief contracteren. Die aanbieders die zich sterk maken voor kwaliteit en niet voor volume kan hij belonen met betere contracten. Dan is er überhaupt geen sprake meer van omzetverlies, maar van een *disruptieve* kwaliteitsgedreven omzetgroei. Ik kom daarop terug.

- De patiënten

¹³ Dat ligt enigszins anders in regio's waar er sprake is van groei van de zorgvraag. Krimpen is dan relatief: een groeicurve wordt afgebogen.

De Zorgverzekeringswet van 2005 gaat uit van 3 dominante spelers: de zorgaanbieders, de verzekeraars en de patiënten. De zwakste positie hebben de patiënten. Verzekeraars krijgen hun geld via premies van verplicht-verzekerden. Aanbieders krijgen betaald voor hun prestaties. Maar patiëntenorganisaties moeten het hebben van vrijwillige lidmaatschappen en bijdragen. De overheid heeft wel stappen gezet: zij kregen subsidies. Ze kregen ook een rol bij de ontwikkeling van uitkomstmaten, van richtlijnen etc.

Gaandeweg echter is er nu ook een ontwikkeling te zien waarbij patiëntenverenigingen zich in het hart van de zorgverzekeringswereld dringen. Neem bijvoorbeeld de ouders of verwanten van schizofrene patiënten. Zij hebben de stichting *Chapeau* in het leven geroepen die zelf de zorginkoop voor haar rekening neemt. Ouders van kinderen die langdurige zorg nodig hadden, deden dit al eerder via onder meer de Thomashuizen. Ook binnen de curatieve zorg kunnen we die initiatieven verwachten. Stel dat de diabetes- of copd-patiënten hun krachten zouden bundelen en een soort model-polis zouden ontwikkelen die garant staat voor de beste denkbare (samenhangende) zorg, dan zouden ze een enorme marktpartij zijn. Zij kunnen als voorwaarde voor het onderbrengen van hun collectiviteit bij een verzekeraar eisen dat deze de zorg inkoopt bij alleen die zorgaanbieders die werken volgens hun inzichten: bij artsen die voldoende samenwerken, die niet overbehandelen, die voldoende empathisch zijn etc.

De druk van patiënten kan gunstig zijn voor gezondheidswinst en premiestelling. Voorwaarde is wel dat de risicoverevening dan goed werkt. Want een collectiviteit van chronische zieken maakt bovengemiddelde zorgkosten. De verevening moet dat voldoende corrigeren. De afgelopen jaren is de verevening opnieuw duidelijk verbeterd (Kleef 2012). Op dit moment lijkt een verzekeraar geen verlies (meer) te maken op diabetespatiënten dankzij de verevening. Een licht voordeel per diabetespatiënt zou wellicht nog beter zijn, want dan worden a) mensen met chronische aandoeningen aantrekkelijker voor verzekeraars, dan is b) een bundeling van hun krachten mogelijk en zal c) een verzekeraar via betere(!) zorgverlening proberen zoveel mogelijk verzekerden met diabetes naar zich toe te halen.

Hoe dit ook zij: in potentie kan ook van de kant van verzekerde patiënten de bestrijding van de fragmentatie vandaan komen.

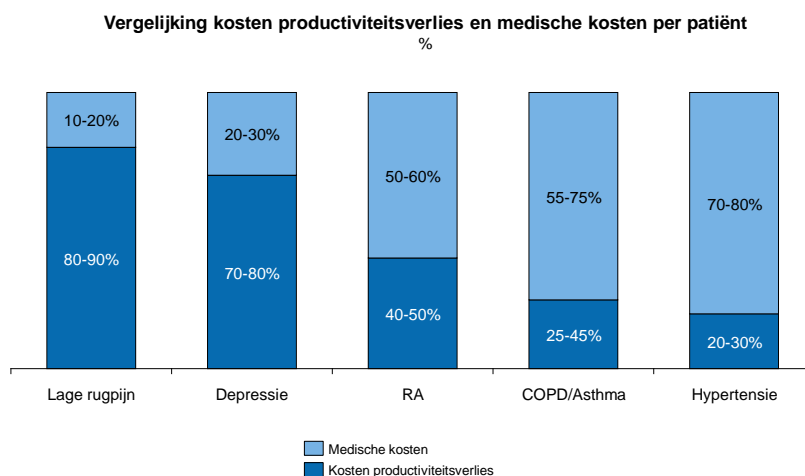
- De werkgevers

Vanouds betalen werkgevers een bepaald deel van de ziektekostenverzekering van hun werknemers. Bij het opzetten van de nieuwe Zorgverzekeringswet is er serieus sprake van geweest om de bijdrage van de werkgevers te schrappen. Maar de nominale premie zou dan zo hoog worden dat iedereen in aanmerking zou komen voor een inkomensafhankelijke zorgtoeslag. De werkgevers betalen over het inkomen van een werknemer dan ook nog steeds tussen de 7 en 8% premie. Die premie loopt op als de zorgkosten meer toenemen dan de gemiddelde loonstijging. Reden waarom werkgevers een direct belang hebben bij het in de hand houden van de zorgkosten en daarop ook –via beïnvloeding van de politiek- fors inzetten.

Toch steekt een eventuele premiemeevaller schraal af tegen de kosten die werkgevers maken als hun werknemers verzuimen, arbeidsongeschikt worden of gewoon niet fit op het werk verschijnen. De kosten van verlies aan productiviteit zijn bij chronische aandoeningen vaak een stuk hoger dan de medische kosten (zie Figuur 23).

Figuur 23. Verhouding productiviteitskosten en medische kosten bij enkele chronische aandoeningen

Chronische aandoeningen brengen behalve medische ook productiviteitskosten met zich mee

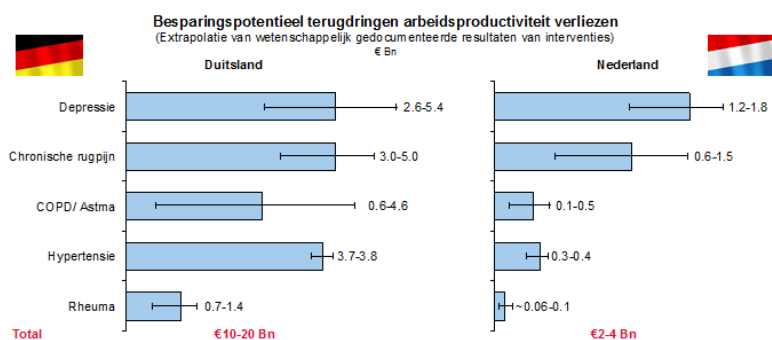


Bron: Booz & Company en The Bertelsmann Foundation "Unleashing the potential of therapy adherence"

Bij Booz&Co hebben we samen met de *Bertelsmannstiftung* (2012) in beeld gebracht hoeveel productiviteitswinst er voor werkgevers te behalen is met een verbetering van de therapietrouw van patiënten (zie Figuur 24). We zijn daarbij uitgegaan van conservatieve getallen: de *best practice* was maatstaf. Dat is ook realistisch: een 100% score is immers niet haalbaar.

Figuur 24. De productiviteitswinst die is te behalen met therapietrouw bij een aantal chronische aandoeningen in Nederland en Duitsland.

Verbeteren van therapietrouw kan miljarden euro's aan arbeidsproductiviteit opleveren



Bron: Multiple studies in peer reviewed scientific journals detailed in the respective disease section, Booz & Company analysis

Verbetering van therapietrouw leidt tot een behoorlijke vermindering van maatschappelijke kosten. Dat geldt natuurlijk ook voor andere kwaliteitsinterventies: medicatieveiligheid, *shared decision making*, *person centred care* etc. In aanleg kunnen arbeidskosten naar beneden. Eerder bleek al dat ook de nominale premies van werknemers en de procentuele werkgeversbijdrage relatief kunnen dalen, voor zover de zorgwinst vertaald kan worden in lagere zorgkosten.

Maar wat kan een werkgever doen, behalve fitness-programma's aanbieden, op de keuken letten e.d.? Wat kan hij doen als mensen eenmaal aan diabetes, copd etc. lijden? Dan komt het niet (alleen) op *preventie* aan, maar heeft hij belang bij een goed werkende *reguliere* zorg. Werknemers zijn waarschijnlijk verzekerd bij verschillende zorgverzekeraars. Zij maken gebruik van verschillende zorgaanbieders. Je kunt als enkele werkgever bij zoveel versnippering moeilijk een vuist maken. Eisen stellen aan de zorgcontractering en zorgverlening als er zoveel verschillende partijen zijn, is onmogelijk. Grote werkgevers kiezen daarom soms voor een andere route: zij gaan rond bepaalde aandoeningen in zee met een specifieke zorgaanbieder en boeken daarbij soms behoorlijke winst. Zo heeft het VUMC tezamen met KLM een programma ontwikkeld tegen lage rugpijn. Het aantal verzuimdagen daalde sterk.

In de VS gaan sommige werkgevers nog een stap verder: General Electric, Hewlett Packard en Caterpillar bijvoorbeeld betalen een *disease management network*: een vast bedrag voor patiënten met chronische aandoeningen. Men investeert in preventie, in therapietrouw en in goede zorg, met lagere zorgkosten als resultaat (Christensen 2010). Quad/Graphics in Milwaukee Winconsin met 12.000 werknemers heeft 4 medische centra in het leven geroepen met een aanbod van generalistische basiszorg, interne geneeskunde, pediatrie, obstetrie, gynaecologie, kleine chirurgische ingrepen, etc. De nadruk ligt op *wellness*, zeker bij mensen met chronische aandoeningen. Het verzuim, maar ook de zorgkosten liepen sterk terug. Quad/Graphics besteedt ongeveer \$6,500 per werknemer aan de zorg. Vergelijkbare bedrijven (qua type en omvang) ongeveer \$ 9.000. Ca 80% van de werknemers maakt gebruik van de klinieken. De andere 20% gaat naar andere aanbieders. Zij betalen een hogere prijs voor de ziektekostenverzekering.

Ook in Nederland kennen we werkgeverscollectiviteiten. Werknemers die zich erbij aansluiten, krijgen in de regel een korting van maximaal 10% op de nominale basispremie. Veel werknemers zijn erbij aangesloten. Maar de korting heeft weinig tot niets met gezondheidswinst te maken. Elke willekeurige collectiviteit krijgt een korting. Daar zit het verschil met bedrijven zoals Quad/Graphics. Er zou veel winst uit een 'assertieve collectiviteit' te halen zijn, namelijk als werkgevers –evenals patiëntenorganisaties- eisen gaan stellen aan het zorginkoopbeleid van verzekeraars. Eisen die te maken hebben met kwaliteitsverbetering, om zo verzuim, presenteeism en arbeidsongeschiktheid te bestrijden. Een hogere productiviteit en lagere zorgkosten liggen dan in het verschiet.

De verzekeraar kan de samenwerking stimuleren. De collectiviteitskorting zou dan geen automatisme moeten zijn, domweg omdat er marktaandeel is te halen, maar afhankelijk moeten zijn van de wederzijdse inspanning om zorgwinst te halen. Zorgverbetering en kostenreductie vragen om bestrijding van de fragmentatie in de zorg en om samenwerking tussen verzekeraar en werkgever. Voor de werknemer, die vrij is om zijn verzekeraar te kiezen, zal een dergelijke polis al snel aantrekkelijk zijn: een gunstige premie en betere zorg doen hun werk wel.

- De overheid

Uiteraard kunnen landen er ook voor kiezen om de overheid de zorg te laten regisseren. Zij kan dat op verschillende manieren doen. In de jaren zeventig en -deels- tachtig sloeg de rijksoverheid aan het plannen. Zij rekende voor waar zorgvoorzieningen moesten komen: op basis van inwoneraantallen, het zogenaamde adherentiegebied. Die zorginstellingen kregen een vast budget, afgestemd op die adherentie en de inschatting van de zorgvraag. Met dat budget moesten ze het doen. Maar het vaste budget gold als een gegarandeerde omzet: meer of minder presteren loonde niet. Bovendien was er geen zicht op de productiviteit van zorginstellingen. Wat werd eigenlijk voor al het geld gedaan?

Betalen op basis van verrichtingen binnen een vast budget kan daarvoor een oplossing bieden. Maar dan ontstaat er al snel een ander probleem. Wie hard werkt en veel declareert,

loopt het risico dat het budget in oktober op is. De organisatie anticipeert daarop. Als de budgettaire grenzen in het zicht komen, schakelt men naar een lagere versnelling. Dat zagen we in de jaren negentig: de wachtlijsten namen toe. De inhaalslag volgde in de jaren 2000. Per saldo deden de hogere uitgaven vanaf 2000 de besparingen uit eerdere jaren weer teniet.

In de VS speelt de overheid ook een belangrijke rol. Met *Medicare* voor ouderen, *Medicaid* voor de armen en *Veteran Administration* voor de veteranen koopt de overheid al snel de helft van de zorg in. Een verzelfstandigde overheidsorganisatie representeert de verzekerden en contracteert aanbieders: via een publiekrechtelijke verzekeraar. In de VS heeft *Medicare* die rol voor mensen boven de 65 jaar. Obama wilde aanvankelijk bij zijn hervormingen ook voor de 65-minners een publieke verzekeraar in het leven roepen (Jacobs, Skocpol 2012 en vooral J.E. McDonough 2011). Die zou met private verzekeraars moeten gaan concurreren, zodat die scherp zouden blijven op de premies en de kwaliteit van de zorg: een soort *anti-trust* voorziening dus. Uiteindelijk kwam die publieke uitdager van private verzekeraars er niet. In de Nederlandse verhoudingen lijkt zo'n publieke speler ook onnodig. Onnodig om competitie aan te moedigen. Bovendien hebben we vanwege de verzekerings- en acceptatieplicht geen mensen die zonder een publieke verzekeraar uit de boot zouden vallen en nergens onderdak kunnen vinden. Ook vanwege onze zorgtoeslag zijn ouderen, armere en zieke mensen goed verzekerd.

De publieke verzekeraar kan ook een monopolist zijn. De National Health Service van het Verenigd Koninkrijk heeft in zekere zin deze positie. Een dergelijke verzekeraar zou in theorie ook in Nederland kunnen functioneren: een *single payer* die in ons kleine land zorgaanbieders laat dingen om de beste contracten. Een staatsmonopolist dus. Maar het zou allerlei juridische problemen met zich mee brengen: huidige zorgverzekeraars zouden onteigend moeten worden, en er zou op dit overheidsbedrijf een zware plicht komen te liggen om bij hun zorginkoop beginselen te gaan hanteren die sterk lijken op die van het behoorlijk bestuur: rechtsgelijkheid, rechtszekerheid, motiveren van beleidswijzingen etc. Dat maakt onderhandelen bijna onmogelijk. Zorginhoudelijk zou dit al snel betekenen dat er veel variatie, innovatie in zorgaanbod, flexibiliteit en daarmee leervermogen uit de sector zou verdwijnen. Het is ook maar zeer de vraag of dit overheidsbedrijf voldoende vertrouwen bij zorgaanbieders en professionals zou weten te winnen, bijvoorbeeld om gezamenlijk aan nieuwe zorgconcepten te werken. In landen waarbij de overheid sterk sturend is, zien we dan ook bijna altijd een regionalisering van de besluitvorming. Deze sluit aan bij de regionale verscheidenheid en geeft ook ruimte voor variatie tussen regio's, waardoor het leervermogen van het totale systeem toeneemt.

Met de opkomst van partijen aan de linkerkant van het spectrum is ook in Nederland de roep om regionalisering de laatste tijd weer krachtiger geworden: een regionaal zorginkoopkantoor kan de regie in de zorg op zich nemen en een samenhangend aanbod van curatieve en langdurige zorg organiseren. De zorginkoop vindt plaats vanuit een kantoor dat op basis van regionale gezondheidskenmerken (leeftijdsofbouw, sociaal economische status etc.) een budget krijgt toebedeeld, dat het vervolgens optimaal moet alloceren. De parallel met de oude regionale ziekenfondsen dringt zich op. Voor ziekenhuizen zal dit betekenen dat zij te maken krijgen met in elk geval één, maar voor velen waarschijnlijk meer regionale autoriteiten, die al naar gelang de ambities van de instantie een verdeelkantoor is of een zorgregisseur.

Bij die regionale regie keren natuurlijk alle vragen die op landelijk niveau spelen terug:

- Wat zijn de betalingsgrondslagen voor ziekenhuizen, huisartsen etc. Blijft het huidige bekostigingssysteem intact of mag men daarin regionaal variëren?
- Hoe gaan de regionale autoriteiten de planning van voorzieningen op elkaar afstemmen? Er is immers het nodige grensverkeer. Wat als het ziekenhuisaanbod in regio X wordt afgebouwd en patiënten gaan vaker naar een aanpalende regio: wat zijn de implicaties? Gaat het budget dan mee naar die andere regio? Met welke autoriteit

onderhandelt een grensoverschrijdend opererend ziekenhuis? Hoe zijn acties in de eerste lijn die de vraag naar ziekenhuiszorg verminderen en betaald worden door regio Z onderling te verrekenen als regio Y daar ook baat bij heeft etc.? Of hebben patiënten geen keuzevrijheid meer en moeten zij zich schikken naar het aanbod in hun regio? Als de zorg in het ziekenhuis van regio X verbetert en door mond op mond reclame komen daar patiënten op af, gaat dit dan toch ten koste van het regionale of ziekenhuisbudget¹⁴, etc.?

- Zorgkostenverlaging en *gain sharing* veronderstellen dat er een partij is die krimpt. Wie gaat dit in een regio bepalen? Hoe is de *governance* geregeld? Wat zijn de verdeelsleutels voor de winsten en verliezen en wie gaat deze bepalen?
- Wie gaat de regionale monopolistische zorginkoper controleren? Is dat het Ministerie van VWS dat de bestuurlijke verantwoordelijkheid krijgt over regionale kantoren? Of gaan de provincies het gat vullen?
- Hoe verhoudt deze regionalisering zich tot de Derde Schaderichtlijn van de EU (Van der Gronden 2007)?
- Is er sprake van onteigening van de zorgverzekeraars, en hoe duur zullen eventuele schadevergoedingen uitpakken?

De budgettering kan ook zo worden vorm gegeven dat de regio volledig bij de zorgaanbieders in een regio komt te liggen. Zij krijgen het budget: efficiencyverbetering komt deels of volledig ten goede van de innoverende zorginstellingen. Dan ligt in het budget een prikkel besloten tot doelmatigheid en innovatie. Winstdeling zorgt ervoor dat aanbieders zich blijven inzetten voor goede zorg tegen een lage prijs. De winst kan na verloop van tijd ten goede komen aan de verzekerden (via een verlaging van de premie). Op een gegeven moment kan de best presterende regio de maatstaf worden voor de andere regio's. Hun budgetten worden dan gekort tot het niveau van de best presterende regio: die zet de toon en geeft aan dat het tegen die prijs allemaal kan.

Aan het begin van de trajecten kan dit zeker werken. Er is daadwerkelijk marge binnen de budgetten: de verbetering van de kwaliteit kan voor deze marge zorgen, binnen het vaste budget. Maar na verloop van tijd is die rek er uit. Versmalt de marge, vanwege bijvoorbeeld een meer dan geraamde zorgvraag, of vanwege een overheid die toch een strakke maatstafconcurrentie toepast, dan verdwijnt met de marge ook de (financiële) prikkel tot vernieuwing en tot kostenbesparing. Het plafond gaat dan weer werken als een klassiek budget, met als mogelijk resultaat: langere wachtlijsten. Wordt de druk van mogelijke wachtlijsten te groot dan kan er een budgettaire inhaalslag volgen, met uiteindelijk weer hogere kosten. Voordeel van een vast regionaal budget is wel dat er een veilige omgeving ontstaat voor zorginstellingen om innovaties uit te rollen. Daar kan de nodige informatie uit naar voren komen, over wat werkt en wat niet werkt. Nieuwe tariefstructuren kunnen zich dan min of meer organisch ontwikkelen.

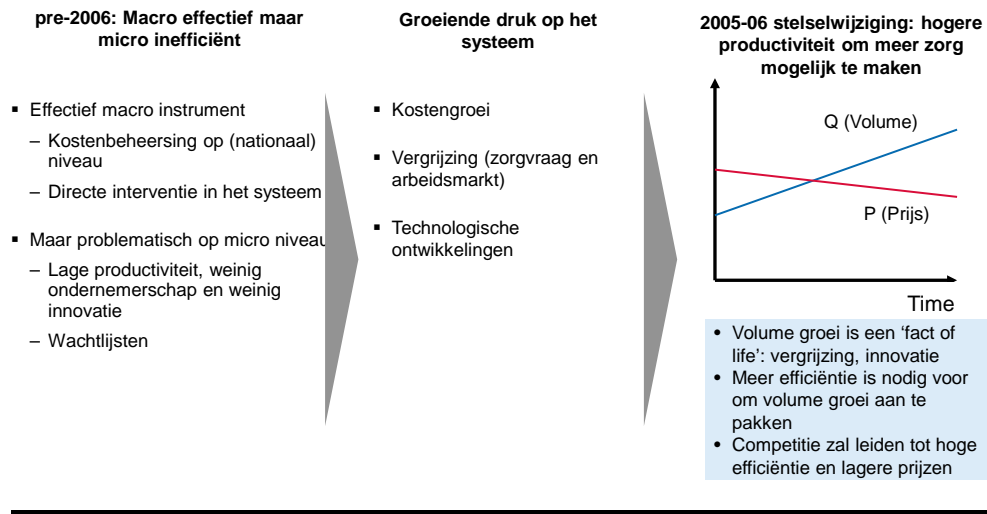
- De verzekeraars

Bij de verzekeraars is sinds 2005 de regio neergelegd rond de zorginkoop. Centrale gedachte is dat zij innovaties en doelmatigheid belonen door zorginstellingen te contracteren die goede zorg tegen een lage prijs bieden. Competitie om de kosten van de vergrijzing en de groeiende vraag naar zorg op te vangen. De groei van het volume leek een gegeven. Door de prijs te laten dalen, zouden de kosten beheersbaar blijven (zie Figuur 25).

Figuur 25. Aannames rond de zorghervorming 2005

¹⁴ Een spanning waarop ook Porter cs wijzen: deze doet zich voor bij budgettering van ziekenhuizen en regio's. *Excellent providers, who attract more patients in excess of their assigned budgets, are forced to effectively treat patients for free at the end of the quarter* (or year, voeg ik eraan toe). (Porter en C. Guth 2012 loc 1704 van 3043).

Het paradigma van hervormingen 2005-2006. Lagere prijzen via competitie om oplopende zorgvraag betaalbaar te houden

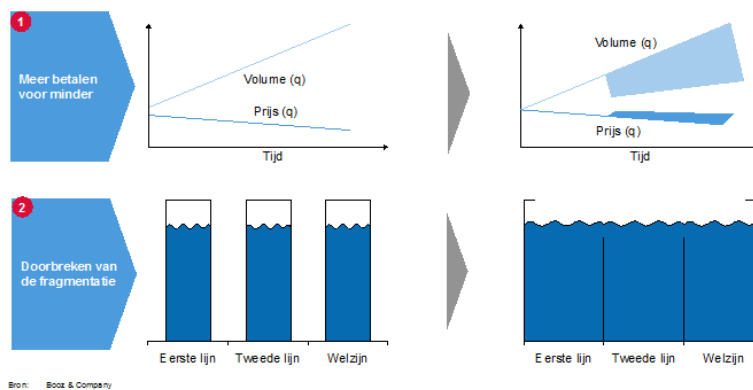


Maar lagere prijzen en een hogere doelmatigheid betekenen voor zorginstellingen lagere omzetcijfers, tenzij men dit weet te compenseren met meer volumes. Dat laatste lijkt wel te gebeuren (zie eerder Figuur 12). Als verzekeraars vervolgens de prijzen verder verlagen en de volumes weer stijgen, zal bovendien de tijd die er is voor elke patiënt per saldo afnemen. Mensen zullen eerder worden doorverwezen of worden behandeld. Een lagere prijs kan zo meer kosten gaan opleveren, en is in feite ondoelmatig. De idee dat volumes een gegeven zijn, klopt bovendien niet. De vergrijzing verklaart dan ook maar een klein deel (ca. 0,6 à 0,8%) van de feitelijke volumegroei in de curatieve ziekenhuiszorg.

Om dit tijt te keren is het dus nodig dat zorgverzekeraars a) voor kwaliteit gaan betalen en dat zij b) integraal gaan contracteren. Het is contra-intuïtief, maar dit kan juist betekenen dat de prijs omhoog in plaats van naar beneden moet, met volumebeheersing en wellicht kostenreductie als gevolg (zie Figuur 26).

Figuur 26. Meer betalen voor kwaliteit en fragmentatie bestrijden

Meer betalen voor kwaliteit en fragmentatie bestrijden



De enige manier om echt kosten te besparen, zonder dat de kwaliteit en toegankelijkheid in het geding komen, is dus het investeren in kwaliteitsverbetering en daarmee volumebeheersing.

In dat verband luiden Porter en Guth (2012) wel een beetje de noodklok: *If the attitude of health plans does not change, the multiple payer structure will rightly be called into question* (Porter en Guth 2012). Zorgverzekeraars moeten zich gaan richten op betere zorguitkomsten en op kwaliteit over de volledige cyclus van de zorg. Anders zal hun rol ter discussie worden gesteld. Integraal zorg inkopen, zodat kwaliteitsverbetering ook daadwerkelijk resulteert in minder capaciteit en daarmee minder volumes: daar komt het op aan. Toch is dat voor verzekeraars niet eenvoudig.

Neem *ten eerste* het inkopen op basis van kwaliteit: op prijzen sturen is een vrij neutrale aangelegenheid, maar kwaliteit raakt al snel de inhoud van de medische handeling: het domein van de arts. Natuurlijk is het mogelijk om uitkomsten met elkaar te vergelijken, maar dat veronderstelt wel objectieve uitkomstmaten en een goede registratie van de toegevoegde waarde van instellingen. De ene patiënt is namelijk de andere niet, en de complexiteit van aandoeningen kan enorm uiteen lopen. Aan het ontwikkelen van uitkomstmaten wordt hard gewerkt, maar het is ingewikkeld en tijdrovend. Bovendien is er altijd het risico dat aanbieders gaan sturen op de gezondheid van de mensen die instromen. Wie relatief gezonde mensen includeert, krijgt mooie uitkomstcijfers. Dit kan al snel overbehandeling uitlokken. Toegevoegde waarde moet daarom gemeten worden, met voor- en nametingen. Er zal nog de nodige tijd overheen gaan, voordat het instrumentarium gereed is, als het al af te ronden valt.

Tot die tijd is het zeker zinvol om op processen te sturen. Bijvoorbeeld op *shared decision making*, op medicatieveiligheid en therapietrouw. Om verzekeraars daar aangrijpingspunten voor te geven, ben ik er in 2010 zelf nog toe overgegaan om de prestatiebeschrijvingen voor apothekers te laten herzien, zodat ze niet alleen voor uitgifte maar ook voor hun toegevoegde waarde betaald kunnen krijgen. Dat leverde -het is al gememoreerd- de nieuwe prestatiebeschrijvingen op (zie Figuur 27).

Figuur 27. Anders betalen in de farmacie

Sinds 2012 is zijn nieuwe prestatiebeschrijvingen beschikbaar voor de farmaceutische zorg



Ten tweede: integraal inkopen zodat kwaliteitsverbetering doorwerkt in capaciteitsvermindering. Ook dat is voor zorgverzekeraars niet eenvoudig, want het veronderstelt zorgaanbieders die bereid zijn om te krimpen en minder volume te leveren. Is die bereidheid er niet, dan moeten verzekeraars zelf in de capaciteit gaan snijden. Ondertussen hebben zij geen greep op de zorgvraag en het aanbod dat artsen doen. Dat levert al snel fricties, wachtlijsten e.d. op, plus protest bij de lokale bevolking als bijvoorbeeld ziekenhuizen verdwijnen. *Capaciteitsreductie zonder dat de druk van de zorgvraag afneemt, is vragen om moeilijkheden* en risicovol voor de reputatie van verzekeraars.

Alleen als patiënten en artsen zelf voor minder (groei van de) zorgvraag zorgen, kan op een goede manier de capaciteit worden afgebouwd.

Toch liggen juist hier de kansen. Want ze zijn er gewoon: dappere artsen en zorginstellingen. Dapper omdat zij het omzetverlies voor lief nemen als ze anders kunnen gaan werken en een betere kwaliteit kunnen realiseren. Juist in ons competitieve stelsel kan een verzekeraar daarop inspelen en deze artsen en instellingen belonen. Belonen door hen tot *preferred supplier* te maken.

Zorginstellingen die plat voor volume gaan, zouden domweg het nakijken moeten hebben en minder gunstige contracten moeten krijgen. Zij zouden bij de zorginkoop achter in de rij moeten staan, vooral omdat patiënten bij hen gewoon slechter af zijn. Alleen al daarom zouden zij capaciteit moeten inleveren. De verzekeraar is daarbij een machtige partij. Zeker als huisartsen hun patiënten ook naar de kwaliteitsinstellingen zouden gaan verwijzen. Dan kan de beweging krachtig zijn. Dappere zorginstellingen krijgen dan niet alleen anders betaald, zij worden ook beloond met een gunstige zorginkoop.

Als het afbuigen van patiëntenstromen naar zorginstellingen die voor kwaliteit gaan niet mogelijk is, omdat de zorgaanbieder een monopolist is, ontstaat er een andere situatie. Die doet zich bijvoorbeeld voor in dunner bevolkte gebieden. In die gevallen zou de verzekeraar de krimp moeten begeleiden door transitiekosten (bijvoorbeeld het afbouwen van vaste lasten van gebouwen) voor zijn rekening te nemen, door de andere manier van werken te betalen (en niet alleen contacten en volumes) en door de krimp te belonen met relatief meer zwarte cijfers (*gain-sharing*).

Dit alles vergt overigens wel een uiterst actieve overheid. Zij moet het mogelijk maken dat verzekeraars over de linies van de eerste en tweede lijn, van de Zorgverzekeringswet en AWBZ/WMO kan contracteren en geld kan verschuiven. Zij moet de bekostigingsstelsels verder blijven doorlichten op de mate waarin die het betalen van kwaliteit en samenhang (de *full cycle of care*) ondersteunen of belemmeren. Zij kan ook de risicoverevening aanpassen, zodat die de kwaliteitsagenda ondersteunt. Verzekeraars moeten geen dief in de eigen portemonnee zijn als zij de zorg voor mensen met copd, diabetes etc. verbeteren.

6. De derde weg: een toerustingagenda die lonend is voor patiënt, verzekerden en samenleving

Ik geloof sterk in deze derde weg: dappere dokters, zorginstellingen en patiënten(organisaties) die een alliantie aangaan met zorgverzekeraars binnen een *multiple payer structure*, zoals Porter en Guth het noemen. Die derde weg is onder meer aanbevolen door Doeke Post (2009, 212). Een zorgverzekeraar trekt samen op met zorgverleners die aan verbetering van kwaliteit werken en 'zinnig en zuinig met zorg omgaan'. Die alliantie zou 'productie-gerichte aanbieders' moeten overtroeven via een selectieve zorginkoop.

Daarbij is het belangrijk dat verzekeraars hun zorginkoop zo inrichten dat er samenhang ontstaat tussen de echelons in de zorg; tussen huisartsen, apothekers en ziekenhuizen. Ook dat vergt dappere dokters: specialisten die meelopen met huisartsen om de diagnoses te verbeteren; en daarmee accepteren dat zij minder patiënten krijgen. Specialist die de

samenwerking zoeken in netwerken voor mensen met chronische aandoeningen. Specialist die op de koop toe nemen dat de eerste lijn aan belang wint. Het vraagt om huisartsen die wellicht gaan meelopen in ziekenhuizen om hun patiënten te begeleiden, zoals nu -o.a. ingezet door Jan Joost Meijs, directeur Gezondheidscentrum de Roerdomp- in Nieuwegein aan de orde is.

Het vergt apothekers die meerwaarde leveren in termen van medicatieveiligheid, therapietrouw en samenwerking met de ziekenhuizen en ziekenhuisapothekers. Het vraagt om ziekenhuizen die hun capaciteit op de kwaliteitswinst willen afstemmen. Het vraagt om verzekeraars die deze apothekers, de specialisten etc. ondersteunen, hun werk honoreren en op de samenwerking over de linies heen sturen. Het vraagt ook om huisartsen die hun patiënten verwijzen naar de beste ziekenhuizen: de zorginstellingen die het accepteren dat kwalitatief hoogwaardige en zinnige zorg tot zuinige zorg leidt. Wie bereid is te verliezen, gaat dan juist -ook hier- winnen. Wie voor kwaliteit, zinnige en daarmee zuinige zorg gaat, is in een context waarin huisartsen en verzekeraars dat ondersteunen de winnaar; de *disruptive innovator*.

De trefwoorden zijn met andere woorden: kwaliteit, samenhang en selectieve zorginkoop. In die combinatie is een toerustingsagenda mogelijk. Een toerustingsagenda die in de zorg meer gezondheid en meer geld kan gaan opleveren. Wil dit gaan vliegen, dan is wel nodig dat verdienmodellen in de volledige cyclus van de zorg elkaar versterken. Christensen (2009, loc 4432 van 8784) spreekt in dat verband over *optimizing trade offs, that a non-integrated system simply cannot make*.

Alles is anders in de zorg, schreven Jaap Maljers en Willem Wansink in hun boekje van 2009 (Maljers en Wansink 2009). Ook dit is anders in de zorg: investeren in kwaliteit loont direct voor de patiënt en voor de beheersing van de zorgkosten, mits... ja, mits: de institutionele randvoorwaarden herschikt worden. Want in een *non-integrated system* werkt het inderdaad weer precies andersom.

We zagen het al eerder; in zo'n systeem leidt bijna elke potentieel kostenbesparende investering in kwaliteit tot extra kosten, of het nu om ICT, procesinnovaties of medische technologie gaat. Dat leed delen de innovatoren overigens met de versoberaars. Pakketverkleiningen en eigen betalingen delen in niet-geïntegreerde systemen het lot: instrumenten van versoberingen buigen de zorgkosten niet echt om. In die zin zat Bert Wagendorp er niet ver naast in zijn *Volkskrant*-column van zaterdag 29 september 2012: de zorg is een monster van Frankenstein (Wagendorp 2012). Elke poging om een probleem op te lossen, verkeert in de zorg in zijn tegendeel. Christensen (2009) Sebelius en Gawande (2009) legden de vinger op de zere plek, op de batterij die Frankenstein in beweging houdt om het maar eens huiselijk te zeggen: de fragmentatie en het niet-geïntegreerde karakter van het zorglandschap en van de zorginkoop.

Het is om die reden dat de Vrije Universiteit en het VUmc ervoor gekozen hebben om een onderzoeksprogramma te starten waarin de institutionele beleidsanalyse een prominente plaats krijgt. Ik kom terug op het citaat, ontleend aan de dissertatie van Patrick Jeurissen (2010):

'De institutionele waterscheiding tussen zij die zich richten op de kwaliteit van zorg en zij die zich richten op de kosten van de zorg, moet verdwijnen. Voor beleidsmakers is dat de les uit Gawandes analyse over de oorzaak van kostenverschillen tussen Amerikaanse regio's.'

Dat is niet alleen een les voor beleidsmakers, maar ook voor wetenschappers. Juist de combinatie van klinische studies en institutionele beleidsanalyse is voor de toekomst van de zorg van vitaal belang. In die combinatie schuilt een enorme kracht. Vanuit die combinatie willen de VU en het VUmc, samenwerkend met andere universiteiten, studie maken van 3 politieke agenda's:

- een consolideringsagenda die eigenlijk alles zoveel mogelijk bij het oude wil houden;
- een versoberingsagenda die ervan uitgaat dat de bomen niet tot in de hemel groeien en dat het versterken van kostenbewustzijn en het versmallen van de verzorgingsstaat zullen leiden tot een zinniger zorggebruik en beheersbare kosten. Zo zou er ruimte ontstaan voor economische groei: een welvaartsgroei die uiteindelijk het beste in staat is om de verzorgingsstaat in stand en op peil te houden;
- een toerustingsagenda, die de zorg en andere sociale instanties (zoals het onderwijs) ziet als een *capacitating institution*: een instituut dat mensen toerust, gezond houdt en zo bijdraagt aan een langer leven, aan inzetbaarheid op de arbeidsmarkt en aan de productiviteit van mensen en daarmee de economische groei.

'*Alles is anders in de zorg*'. In de zorg is veel inderdaad anders: want wij zagen dat toerusting in de zorg juist niet betekent dat er meer geld naar toe moet. Meer capaciteit kan zelfs leiden tot minder zinnige en soms zelfs onzinnige zorg.

Meer kwaliteit rendeert wel. Mits er sprake is van een samenhangende infrastructuur. De arena bepaalt te spreken, of het schema (de potentieel kostenbesparende interventies) wel echt gaat functioneren. Is die arena fragmentarisch dan wordt ook dit anders: kostenbesparende innovaties maken de zorg dan duurder.

Deze paradoxen, de genoemde agenda's en de wisselwerking tussen beleidsinstrumenten en institutionele infrastructuur zullen de VU en het VUmc gaan bestuderen, in nauw samenspel met de maatschappelijke spelers op het veld van de zorg, het onderwijs en de sociale zekerheid. Het richt daartoe het Centrum op dat de thema's van Governing Work Care and Welfare op zich gaat nemen.

De implicaties van de agenda's voor het niveau van sociale bescherming, voor de welvaart en voor de arbeidsparticipatie -we krijgen vanwege de vergrijzing arbeidsmarkttekorten- staan centraal in het onderzoek. Ook de mate waarin er draagvlak is voor maatregelen, de mate waarin zij conflicten oproepen en hoe deze zijn te ondervangen, krijgt daarbij een plaats.

Met de keuze voor een dergelijk multidisciplinair onderzoeksprogramma willen de VU en het VUmc terecht midden in de samenleving staan: qua thematiek en qua opzet van het programma. De VU heeft vanouds een sociale missie. Hier, in deze universiteit, werd vanaf haar ontstaan hoogwaardig filosofie bedreven, vooral door Herman Doijeweerd, zijn navolgers en criticasters. Maar het ging altijd om een filosofie die praktisch te maken was, ondanks de enorm complexe boeken en het soms afschuwelijke jargon. Doijeweerd schreef lustig over de crisis van de humanistische staatsleer, over zinkernen, over enkaptische vervlechtingen, over modale aspecten, over de verabsolutering van de logica bij Immanuel Kant (Doijeweerd 1931), om zijn inzichten vervolgens buitengewoon praktisch toe te passen op bijvoorbeeld de vraag hoe machtig bedrijfsschappen mochten zijn. Op de vraag ook of het algemeen verbindend verklaren van afspraken op CAO-niveau toch niet principieel de voorkeur moesten hebben boven het toekennen van publiekrechtelijke autoriteit aan een privaatrechtelijke samenwerkingsverband als een bedrijfsschap (Doijeweerd 1952, 65-122).

Van de erflattende coryfeeën aan de VU heb ik in elk geval één ding geleerd: als de overheid een domein stuurt, of het nu het onderwijs is of de zorg, let dan niet alleen op klassieke vormen van behoorlijk bestuur, zoals het rechtsgelijkheidsbeginsel, het rechtszekerheids- en proportionaliteitsbeginsel etc. Maar let daarnaast vooral op de *aard van het domein* dat je aan het sturen bent (Klink 1991 hst 8). Doijeweerd spreekt dan over leidende aspecten: bij de staat is dat juridisch ingekleurd, bij een bedrijf economisch, in een gezin affectief en -zo voeg ik eraan toe- in de zorg: dienstverlenend en medisch. De sturingsinstrumenten en de ordening die de overheid kiest, moeten daarop aansluiten. Gebeurt dat niet, dan krijg je kortsluiting. Dan wordt de zorg wellicht een markt waarin omzetvermeerdering leidend is,

ten koste van de patiënt en de samenleving. Dan wordt de zorg wellicht een bureaucratisch geheel, als uitkomst van verstatelijking. Wie dat wil vermijden, moet recht doen aan de dominante motieven in een sector. *Spheres of justice* noemt Michael Walzer (1983) dat.

Wie de zorglogica leidend laat zijn bij de bekostiging, bij de planning en ordening van de zorg -en bij de zorginkoop- zou de brug moeten kunnen slaan naar artsen en patiënten. Met die logica als leidraad wordt de zorg een *capacitating institution*. Wie de zorglogica volgt, beloont dappere dokters (De Vos 2012) en geeft ruimte aan professionals als partners in een complex veld.

Dat is de les van Dooijeweerd en van de erflaters van de VU. Het is de les die besloten lag in de stelling van Jeurissen. Het is de invalshoek voor het onderzoeksprogramma dat de VU en het VUmc aan het opzetten zijn. Een onderzoeksprogramma dat beoogt bij te dragen aan een verbetering van de zorg en aan de houdbaarheid van de verzorgingsstaat, juist door feiten naar boven te halen en multidisciplinair objectief onderzoek te doen.

Onderzoek tegen de achtergrond van een financieel-economische crisis. Een crisis die er wellicht om vraagt om anders tegen de verzorgingsstaat aan te gaan kijken. Een adequate dienstverlening is van groot belang in een samenleving waarin mensen langer leven, langer moeten werken, maar ook eerder in hun leven met chronische aandoeningen te maken krijgen. De zorg als *capacitating institution* is van vitaal belang. Juist door van kwaliteit een agendapunt te maken, kan de zorg betaalbaar blijven en een investering zijn in menselijk kapitaal.

Zoals Hemerijck in zijn *Changing Welfarestates* stelt: Het macro-economische regime van de interne markt en de EMU was lange tijd gebaseerd op de gedachte dat sociale uitgaven private economisch groei belemmert. Deze beleidstheorie sneed hout in de jaren zeventig en tachtig toen de verzorgingsstaat enkelvoudig was gericht op (consumptieve) inkomstenoverdrachten. Maar nu de verzorgingsstaat van de 21^{ste} eeuw veel meer een diensten-intensieve welvaartstaat wordt, bestaat er het gevaar dat economisch verantwoord sociaal beleid, gericht op het investeren in komende generaties, in de nasleep van de crisis in de kiem wordt gesmoord door een overgeleverde beleidstheorie die geen recht doet aan nieuwe sociale en economische werkelijkheden (Hemerijck 2013: nog te publiceren).

Geachte studenten,

Ik heb u het afgelopen jaar vooral via gastcolleges leren kennen. Wat mij betreft, komt daar verandering in. Het is enorm dankbaar om colleges te mogen geven, zeker tegenover kritische en meedenkende studenten. Het is een cliché: wie een vak wil leren kennen, moet het gaan doceren. Maar zoals voor veel clichés geldt: ze kloppen wel. Daarom: voor mijn eigen verdieping, voor de inspiratie die met uw *feedback* gepaard gaat en voor het delen van het maatschappelijke engagement dat onze Europese verzorgingsstaten verdienen, hoop ik u vaker te gaan ontmoeten.

Beste Lans Bovenberg, Klaas Tuinstra, Evert Jan van Asselt, Ernst Hirsch Ballin, Jan Peter Balkenende, Jaap de Hoop Scheffer, Sylvester Eijffinger, Kees Koedijk, Rob van der Beeten, Yvonne Timmerman, Cees Jan de Vet, Wim van der Donk, Theo Brinkel, René Smit, Guusje Dolsma, Hans Franken, Désanne van Brederode, Irma Reci, Fleur Thomése, Willem van Mechelen, Han Anema, Peter Buijs, Henk Pastoors, Eric Lommerde, Binso Wymenga, Jorrit de Jong, Jan Smits, Geraline Leusink, Maarten Ploeg, Bart Berden, Steven van Eijck, Denis Cortese, Atul Gawande, Michael Borchard, Rudi Westendorp, Ferry Breedveld, Marcel Levi, Kees Cools, Jan Kremer, Sander Visser, Bas Bloem, Martin van Rijn, Willem van Duin en vele, vele anderen: het verdiepen van inzichten, het verwerven van kennis en voor sommigen ook: het doen van onderzoek; het is voor ons altijd geboren uit maatschappelijke betrokkenheid.

Rond de (weder)opbouw van het CDA, aan begin van dit millennium, werkten velen –ook van ons- geëngageerd samen, in het besef dat alleen de combinatie van diepgang en praktische voorstellen een partij weer zelfvertrouwen geeft en Nederland iets te bieden heeft. Rond de kabinetten-Balkenende stempelden we -onverwacht- het regeerakkoord en de brede politieke hervormingsagenda. Het voorwerk lag er. Daar hadden we in geïnvesteerd; rond de sociale zekerheid, rond de zorg, rond de duurzame energie, rond de fiscaliteit etc. Die hervormingen waren altijd gericht op het versterken van het sociale gehalte en de houdbaarheid van de verzorgingsstaat. Urgentiegevoel deelden we met elkaar. De hervormingen van de jaren die volgden, hebben ons land sterker gemaakt.

Die urgentie leefde ook bij velen op het departement van VWS, waaraan ik daarna bijna 4 jaar lang politiek leiding mocht geven. Gaandeweg de kabinetsperiode van Balkenende IV gingen wij gezamenlijk koersen op de kwaliteitsagenda die ook deze oratie stempelt. Bezoeken aan de VS en ontmoetingen met onder andere Paul Thewissen (voor VWS werkzaam bij de ambassade), met Kathleen Sebelius, Karin Davis, Denis Cortese, George Halverson, Atul Gawande, Alain Enthoven en Jeanne Lambrew waren buitengewoon inspirerend.

Inzet voor een goede en nog betere gezondheidszorg in ons land kwam ik ook tegen bij de collega's van Booz&Co. Binnen de zorg relatief onbekend, maar na een goed jaar ervaring opgedaan te hebben, begrijp ik waarom Booz&Co aan de absolute top van de rankings staat. Zoveel samengebundelde intelligentie en vaardigheden! Bovendien: wat een geweldige club mensen bij de zorgpraktijk: de onvermoeibare Sander Visser, Kees Cools, Jan Kremer, Peter Mensing, Peter Behner, Marcus Bauer, Charlotte Slob (en daarvoor Chantal Veltenaar en Mirjam Fiolet) en de vele consultants. En bovendien: wat een enorme betrokkenheid komen wij tegen bij artsen zoals Rudi Westendorp en Bart Meijman, bij zorgbestuurders als Marcel Levi en bij verzekeraars als Willem van Duin met wie ik -samen met Guus van Montfort- al in 2000 optrok om het stelsel te herzien. Met deze artsen en bestuurders heeft ons land echt goud in handen. Het is vaak een verborgen elite, zoals Willem Wansink schreef: maar wel een elite die zich als adel verplicht weet aan goede zorg. Die inzet en dat urgentiegevoel leeft niet minder aan de VU en bij de nuchtere mensen van het VUmc. Met de activiteiten die we de komende jaren, vanuit de VU en het VUmc, op de domeinen van zorg, arbeid en welzijn gaan ontplooien, hopen we die maatschappelijke betrokkenheid te combineren met onderzoek en praktische voorstellen voor beleidsmakers en maatschappelijke partijen.

Beste Anton,

Begin 2011 was voor mij een periode van afwegen. Ik stond voor de vraag welke baan van mooie en aantrekkelijke functies die gelukkig open lagen ik zou moeten kiezen. Gaandeweg werd me duidelijk dat ik het liefst in de sfeer van zorg wilde blijven. Die had me gegrepen, zoals dat zo mooi heet. Het was in januari dat René Smit me zowel met Kees Cools als met jou in contact bracht. Jullie zijn zeer verschillende persoonlijkheden, maar beiden hoog intelligent, met oog voor de maatschappelijke dynamiek en boordevol vasthoudend engagement. De ochtenden bij jou aan tafel in Rotterdam maakten al snel duidelijk dat jij werkelijk een enorme schat aan institutionele kennis met je meedraagt: over de grenzen van vele landen en wetenschappelijke disciplines heen. Je nieuwste boek *Changing Welfare States*, uitgegeven door Oxford University Press, is daarvan een grootse illustratie. Gekoppeld aan een Rotterdamse openheid en eerlijkheid is het geweldig om samen met jou, maar ook met Fleur Thomése, Willem van Mechelen etc. op te trekken. Ik verheug me op de verdere samenwerking.

Beste familie,

Goed om jullie hier te zien. Dat is alweer even geleden: in een dergelijke setting waren we alleen bij mijn promotie bijeen. We waren toen, in 1991, veel jonger. Dat is al bijna een kwart eeuw geleden. Die voorbije jaren waren druk en roerig. De wens vaker thuis te zijn en niet te

werken, heb ik vaak geuit. Maar ik vrees toch dat de roerigheid in en om het werk minstens zoveel met mezelf als met de *Umwelt* te maken heeft. Ik garandeer daarom maar niet op voorhand verbetering.

Lieve Alice, Eeuwit-Jan, Ubert en Janick,

Ik ben dankbaar, dat jullie me zoveel ruimte geven. Vooral ook omdat ik weet dat dit voortkomt uit jullie feilloze inschatting over wie ik ben, uit betrokkenheid en genegenheid; ook al weten jonge mannen dat soms geweldig te verhullen.

Lieve ouders,

Een van de mooiste boeken die ik tijdens het ministerschap over de gezondheidszorg las, ging over de presidenten van de VS en hun gezondheidspolitiek. De auteurs zijn David Blumenthal en James A. Morone (Blumenthal en Morone 2009). Zij lieten zien hoe de zorgpolitiek van politici gestempeld werd door de ziekten en gebreken van verwanten. Een prachtig boek en op onverwachte momenten zelfs ontroerend, bijvoorbeeld bij de jeugd van Nixon. Dat de zorg is gaan boeien, heeft ook bij mij te maken met jullie ervaringen met de gezondheid, inclusief die van mijn zus. Het inspireerde om vooral de ketenzorg voor mensen met diabetes, met hartfalen etc. serieus te nemen.

Jullie wisten vanaf mijn vroege jeugd dat politiek, maar ook kennisverzameling en maatschappelijk inzicht voor mij magneten waren. Het vertrouwen van jullie heeft mij enorm geholpen. En als het moeilijk werd, dacht ik altijd aan de woorden van mijn vader waarop ik al mijn hele leven zo enorm trots ben en die me zoveel meegaf: 'Doorzetten als alles op rolletjes gaat, is geen kunst. Dat kan iedereen. Doorzetten als het moeilijk is, daar komt het op aan'. Dank voor dit devies, dat me al vaak over dode punten heen hielp, en voor de andere voorgeleefde adviezen.

Dames en heren, ik heb gezegd.

REFERENTIES

E.H. van den Akker e.a., Large international differences in (adeno)tonsillectomy rates, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15113303>

D. Arterburn e.a., Introducing Decision Aids At Group Health Was Linked To Sharply Lower Hip And Knee Surgery Rates And Costs. *Health Affairs* September 2012 vol. 31 no. 9 2094-2104.

K. Baicker and A. Chandra, Medicare Spending, The Physician Workforce, And Beneficiaries' Quality Of Care. *Health Affairs*, no. (2004).

L.L. Berry en K.D Seltman, *Management Lessons from the Mayo Clinic. Inside One of the Worlds Most Admired Service Organisations*, New York 2008.

S. Brownlee, *Overtreated. Why Too Much Medicine is Making Us Sicker and Poorer*, Bloomsburg 2010.

B.R. Bloem e.a., Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial, *The Lancet*, 2010; 9: 46–54.

D. Blumenthal en J.A. Morone, *The Heart of Power. Health and Politics in the Oval Office*, California 2009.

Ch. Boulton e.a., Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. *JAMA*. 2005; 294(6).

S.D. Canale e.a., The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy; *Academic Medicine*, September 2012.

C.M. Christensen, e.a., *The Innovators Prescription. A Disruptive Solution for Health Care*, New York 2009.

Clinical Evidence Website, British Medical Journal (based on 2011 statistics).

O. Connor e.a., Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review) 2009. *The Cochrane Library* 2009, Issue 3 The Cochrane Collaboration.

S.R. Connor e.a., "Comparing Hospice and Non-hospice Patient Survival Among Patients Who Die Within a Three –Year Window." *Journal of Pain and Symptom Management*, March 2007; 33(3).

K. Cools, *Ondernemerschap in de zorg. Wenselijkheid en opzet van een winstexperiment in de zorg*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht 2008.

CVZ, C. van der Vliet en P. Mullenders, *Paketscan coronaire hartziekten*, Diemen 11 april 2011.

W. van der Donk, *De arena in schema. Een verkenning van de betekenis van de informatisering voor beleid en politiek inzake de verdeling van middelen onder verzorgingstehuizen*, Tilburg 1997.

- H. Dooijeweerd, *De crisis der humanistische staatsleer in het licht van de calvinistische kosmologie en kennisleer* Amsterdam 1931.
- H. Dooijeweerd, Een rooms-katholieke visie op de protestants-christelijke denkbeelden inzake bedrijfsorganisatie en de recente discussie over de grenzen van de overheidstaak, *Anti Revolutionaire Staatskunde*, Kampen 1952.
- Ecorys, *Evaluatie naar het verplichte eigen risico*, Rotterdam 2011.
- Erasmus MC, Pas op met medicatie tijdens chemotherapie, <http://www.erasmusmc.nl/perskamer/archief/2012/3872573/>
- A. Gawande, The Cost Conundrum. What a Texas Town Can Teach Us about Health Care, *The New Yorker*, June 2009.
- A. Gawande, *Het Checklist Manifest. Over de juist manier van werken*, Amsterdam 2010.
- J.W. van der Gronden, *Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Nationalstaat und EU-Binnenmarkt. Ein Niederländischer Beitrag zur Frage der Kompatibilität nationaler Gesundheitssysteme und Reformmodelle mit dem EG-Recht*, Utrecht 2007.
- Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index*, 2012.
- F. Helmerhorst en R. Westendorp, Dokter bewijst meestal niet waarom, *NRC-Handelsblad*, 25 mei 2011.
- A. Hemerijck, *Changing Welfare States*, Oxford 2013.
- R. Herzlinger, *Who Killed Health Care? America's \$ 2 Trillion Medical Problem – and the Consumer-Driven Cure*, New York 2007.
- D.R. Hughes e.a., 2010, Imaging Self –Referral Associated With Higher Costs And Limited Impact On Duration Of Illness <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134926>
- L.R. Jacobs, Th. Skocpol, *Health Care Reform and American Politics. What Everyone Needs to Know*, Oxford 2010.
- P. Jeurissen, *For-profit Hospitals, A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*, Rotterdam 2010.
- A.K. Jha e.a., The intensity and variation of surgical care at the end of life: a retrospective cohort study, *The Lancet*, Okt. 2011.
- J. de Jong. Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010, *CPB Achtergronddocument bij: CPB Policy Brief 2011/11*.
- A. Klink, *Christen-democratie en overheid. De christen-democratische politieke filosofie en enige staats- en bestuursrechtelijke implicaties*, Delft 1991.
- R. C. van Kleef, R. C.J.A. van Vliet, W. P.M.M. van de Ven, Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: Kwantificering modelverbeteringen 1993-2011, *tsg jaargang 90 / 2012 nummer 5*.
- KNMP/Booz&Co, *The business case for pharmaceutical quality services*, Amsterdam 2012.
- G. Kolata, Study Divides Breast Cancer Into Four Distinct Types, *The New York Times*, 23-

09-2012.

J.A.M. Kremer, *Patient-power in vruchtbare netwerken*, Nijmegen 2007.

M.J. Laugesen en S.A. Glied, Higher Fees Paid To US Physicians Drive Higher Spending For Physician Services Compared To Other Countries, *Health Affairs*, Sept 2011, vol. 30.

A.J. Leendertse, *Hospital Admissions Related to Medication. Prevalence, Provocation and Prevention*, Rotterdam 2010.

J.P. Mackenbach e.a., Snelle toename van de levensverwachting in Nederland. Effect van meer gezondheidszorg voor ouderen, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 012;156:A4535.

M. Mahar, *Money –driven Medicine: The real reason health care costs so much*. HarperCollins Publishers: New York 2006.

M. Makary, *Unaccountable. What Hospitals Won't Tell You and How Transparency Can Revolutionize Health Care*, Bloomsbury 2012.

J. Maljers en W. Wansink, *Alles is anders in de zorg. Over bizarre budgetten, perverse regels en prima donna's*, Amsterdam 2009.

J.E. McDonough, *Inside National Health Reform*, Los Angeles 2011.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Begroting 2010*, <http://www.rijksbegroting.nl/2010/voorbereiding/begroting?hoofdstuk=40.25>

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), *Samen verantwoordelijk. De academische zorg- en innovatiekracht van de umc's. Doelstellingen tot 2020: de visie van de NFU*, 2012.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, *Jaarverslag 2011*, www.nvz-ziekenhuizen.nl

S. Olsthoorn, Enorme verschillen in kosten huisartsenpraktijken, *Financieel Dagblad*, 31 augustus 2012.

A.van Peperstraten, Patient empowerment for prevention of twins after in vitro fertilisation: randomised controlled trial, *BMJ | ONLINE FIRST | bmj.com* (accepted July 2010)

P. Pickkers e.a., The Effects of Implementation of the Surviving Sepsis Campaign in the Netherlands, *The Netherlands Journal of Medicine*, Juni 2011.

M. Pomp, Een beter Nederland. *De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Amsterdam 2010.

M. Porter en C. Guth *Redefining German Health Care. Moving to a Value –Based System*, Heidelberg 2012.

D. Post, *De derde weg. Een analyse en toekomstvisie vanuit vijftig jaar ervaring in de zorgsector*, Maarssen 2009.

P. Pronovost en E. Vohr, *Safe Patients, Smart Hospitals. How One Doctor's Checklist Can Help Us Change Health Care from the Inside Out*, New York 2010.

RIVM, *Effect van integrale bekostiging op curatieve zorgkosten. Een analyse voor diabeteszorg en vasculair risicomanagement op basis van registratiebestanden Vektis, 2007 –2010*, Bilthoven 2012.

RIVM, *Infectieziekten bulletin*, Jaargang 21, 2010,
http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Infectieziekten_Bulletin/Archief_jaargangen/Jaargang_21_2010/Nummers_jaargang_21/September_2010/Inhoud_september_2010/Trend_in_prevalentie_van_ziekenhuisinfecties_in_Nederland_2007_2009

B.R. Shah Association Between Physician Billing and Cardiac Stress Testing Patterns Following Coronary Revascularization,
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1104608>

G. Schulpen, *The Joint Consultation of General Practitioners and Rheumatologists*, Maastricht 2003.

M.C. Sokol e.a. Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost, *Medical Care*, Volume 43, Number 6, June 2005.

J.S. Temel e.a. Early palliative care for patients with metastatic non –small –cell lung cancer, *New England Journal of Medicine*, Aug 19, 2010; 363(8).

W.P.M. Vierhout, *Het gezamenlijke consult van huisarts en specialist in de eerste lijn*, Maastricht 1994.

S.D. Visser en R.J.G. Westendorp, *Kwaliteit als medicijn*, Booz&Co, Amsterdam 2012.

C. Vos, Dappere dokters, *Volkskrant* 23-06-2012.

B. Wagendorp, Wachtlijsten, *Volkskrant* 29-09-2012.

M. Walzer, *Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality*, USA 1983.

J.E. Wennberg, *Tracking Medicine, A Researchers Quest to Understand Health Care*, Oxford 2010.

G.H. Welch e.a., *Overdiagnosed. Making People Sick in the Pursuit of Health*, Boston 2011.

Yasaitis, L., E.S. Fisher, J.S. Skinner, and A. Chandra, “Hospital Quality And Intensity of Spending: Is There An Association? Hospitals’ performance on quality of care is not associated with the intensity of their spending,” *Health Affairs*, 28, no. 4 (2009): w566-w572 (published online 21 May 2009; 10.1377/hlthaff.28.4.w566).

Zorgverzekeraars Nederland, Vektis, Plexus. *Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie)*. Verslagjaar 2009, 15 juli 2011.