

# De complexe onderhandelingsare

Bij substitutie wordt vaak gedacht aan verschuiving van zorg vanuit ziekenhuizen naar de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld naar huisartsen en paramedici. Een maatschappelijk gewenste situatie, maar ziekenhuizen hebben hier geen direct belang of voordeel bij. Individuele medisch specialisten en soms huisartsen ook niet. *De Eerstelijns analyseert.*

Substitutie vanuit ziekenhuizen naar de eerstelijnszorg is een maatschappelijk gewenste ontwikkeling om de kostengroei van de zorg te beperken en de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats te kunnen bieden. Onze economische concurrentiepositie heeft belang bij kostenmatiging. Nederland staat tweede ter wereld qua kosten met vijftien procent van het Bruto Nationaal Product. Werkgevers betalen vijftig procent van de Zvw-premie. En hogere zorgkosten hebben effect op de loonontwikkeling.

gever en zeker in krimpregio's stellen lagere overheden, zoals provincie en gemeenten, alles in het werk om het ziekenhuis om die reden te behouden. Daarnaast heeft de centrale overheid de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Overal in Nederland. Daarom is een bepaalde spreiding van ziekenhuiszorg nodig op basis van het afstandscriterium. Maar ook een concentratie van specialistische zorg vanuit het perspectief van kwali-

Volgens Arcadis en BDO komen kleine ziekenhuizen en daar waar meerdere ziekenhuizen in één regio zijn, het eerst in de problemen<sup>1</sup>.

## Botsing met bedrijfsbelang

Al is er een maatschappelijk belang, dan is dat nog niet meteen een organisatiebelang. Ziekenhuizen hebben een maatschappelijke functie, maar onder andere ook een werknemersbelang. De ziekenhuizen en medisch specialisten hebben de afgelopen jaren al de nodige veranderingen meegemaakt. De introductie van DBC en DOT; een integraal tarief voor ziekenhuis en medisch specialisten, steeds meer financiële eisen, strakkere kwaliteitseisen door IGZ en zorgverzekeraars, wegvallen transitievergoeding, toetredingsdrempels door (hoge vrijwillige) eigen bijdrage van patiënten en strakker toezicht door de NZa. Maar vooral dure geneesmiddelen die een onderdeel van het integrale ziekenhuisbudget zijn geworden en fors op de (toekomstige) exploitatie drukken. Daarnaast is het in ziekenhuizen nog steeds uitermate complex om tot een goede transparante kostprijsberekening te komen. En zijn contractonderhandelingen structurele en het gehele lopende jaar voortdurende gesprekken geworden met onzekere uitkomst. De eindafrekening vindt per definitie pas na twee jaar plaats en kan door (extra) overheidsingrepen als bijvoorbeeld het Macro Beheers Instrument (MBI) voor extra tegenvallers zorgen. Daarmee zijn de exploitatie- en financieringsrisico's groot. Het ziekenhuis heeft een inflexibele infrastructuur die historisch geba-

## *Om de cultuur in een ziekenhuis aan te passen is vaak een veranderingsproces van meerdere jaren noodzakelijk*

Matiging van de zorgkosten is maatschappelijk nuttig. Mede daarom is in 2013 een Hoofdlijnenakkoord gesloten waarin de zorgkosten met maximaal een procent mogen stijgen in de periode 2014 - 2017. Hierin hebben partijen hun verantwoordelijkheid genomen. Maar in de uitvoering van het akkoord ontstaat discussie over een procent of minder. Mede door de daling van de productie in de ziekenhuizen.

### Altijd geleidelijk proces

De huidige ziekenhuisinfrastructuur is deels een uitvloeisel van (bouw)besluiten in de periode rond de eeuwwisseling of nog veel eerder. En er zijn grote maatschappelijke belangen. Ziekenhuizen zijn in regio's vaak de grootste werk-

teit en kostenoverwegingen. Tegelijk is het noodzakelijk om voldoende concurrentie te houden en leveren fusies een ongewenste machtsconcentratie op. Bij gezonde burgers, verzekerden met een incidentele specialistische zorgvraag, is keuzevrijheid van belang en de reisbereidheid groot. Maar voor chronisch zieken en ouderen is een regionale ziekenhuisvoorziening en samenhangende zorg gewenst.

Deze maatschappelijke belangen zijn soms verenigbaar, maar ook soms strijdig met elkaar. Tot slot zijn financiële duurzaamheid en economische continuïteit in een van de grootste sectoren van Nederland van belang. Aanpassingen van de ziekenhuisinfrastructuur zal daarom altijd een geleidelijk proces zijn.

# na's van ziekenhuizen



seerd is op een groeiende zorgvraag. Nu er een structurele vraaguitval aan de orde is, onder meer vanwege de verkorte ligduur en minder invasieve technieken, leidt de overcapaciteit tot hogere vaste kosten.

Een ziekenhuis is een complexe onderhandelingsarena. Om de cultuur aan te

passen is vaak een veranderingsproces van meerdere jaren noodzakelijk. Het besef dat de automatische groei en voortschrijdende medische mogelijkheden voor de toekomst niet meer gegarandeerd zijn, is zelfs nu nog niet in alle geledingen van het ziekenhuis doorgedrongen. Er is nieuw klinisch leider-

*Een ziekenhuis is een complexe arena van onderhandelingen. Om de cultuur aan te passen is vaak een veranderingsproces van meerdere jaren noodzakelijk. Het besef dat de automatische groei en voortschrijdende medische mogelijkheden voor de toekomst niet meer gegarandeerd zijn, is zelfs nu nog niet in alle geledingen van het ziekenhuis doorgedrongen. (Foto: Freeimages)*

schap nodig om de koers uit te zetten. Tegelijk moeten de nieuwe verhoudingen van Raad van Bestuur en Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) nog verder vorm worden gegeven en uitharden. Over de huidige structuur hebben onlangs Bart Berden en Hugo Keuzekamp gezegd: "Medisch Specialistisch Bedrijf verlamt ziekenhuis."<sup>2</sup> Directeur zorg van de Rabobank Michel van Schaik is nog scherper in zijn kritiek: "Patiënt schiet geen meter op met MSB" en "De MSB's moeten overcapaciteit in ziekenhuizen aanpakken en de zorg echt innoveren."<sup>3</sup> Als dan medisch specialisten er ook niet van overtuigd zijn dat de eerstelijnszorg, huisartsen, fysiotherapeuten, podotherapeuten et cetera, de juiste kwaliteit kunnen bieden, is substitutie een uitermate complex proces. Hoewel individuele patiënten persoonlijk buiten het eigen risico geen last hebben van te lang of onnodig behandelen in het ziekenhuis of bij de medisch specialist, is het in bijvoorbeeld de bankensector inmiddels strafbaar om bedrijfsbelang te laten prevaleren boven klantbelang. Om die reden worden discussies vaak ook niet openlijk gevoerd en komt schijn samenwerking met de eerstelijnszorg regelmatig voor. Tot slot. De Raad van Commissarissen of Toezicht wordt nog al eens aangevoerd als de katalysator tussen het organisatie- en maatschappelijk belang. Maar de primaire taak is toch het bedrijfsbelang, continuïteit en de werkgeversfunctie. En dus botst

het organisatiebelang met het algemeen maatschappelijk belang.

### Individueel belang

Hier is sprake van een paradox. Een individuele gezonde verzekerde heeft belang bij een redelijke premie en een beperkt eigen risico. Maar een (chronisch) patiënt heeft belang bij kwalitatief hoogwaardige, nabije en adequate zorg, terwijl de prijs minder van belang is. Daar kunnen twee inzichten botsen en is kostenbeheersing om de solidariteit te behouden noodzakelijk.

En zo hebben individuele medisch specialisten of in een maatschap ook geen persoonlijk belang bij het (verder) verminderen van de inkomsten door vrijwillig in te zetten op substitutie. Er zijn steeds meer voorbeelden van dappere dokters die aangeven dat patiënten net zo goed of beter in de eerstelijnszorg behandeld kunnen worden en daar ook zelf een actieve rol in spelen. Maar als de bestaanszekerheid, waardering en erkenning afnemen, is individuele terughoudendheid begrijpelijk.

Dat geldt ook voor bestuurders. In de complexe ziekenhuisomgeving zijn drastische stappen uitermate risicovol. Als een bestuurder dan ook nog voor 2013 is aangetreden en gemiddeld een salaris van dertig tot vijfendertig procent boven de WNT heeft, dan is het bijna pathologisch om vrijwillig mee te

werken aan grootschalige substitutie. Ofwel er bestaat dan een grote kans dat men buiten wordt gegooid. Er treedt daardoor een *locked in*-situatie op waar bestuurders het liefst zo lang mogelijk blijven zitten. Fusies waren ook voor bestuurders een aantrekkelijk perspec-

## In bijvoorbeeld de bankensector is het inmiddels strafbaar om bedrijfsbelang te laten prevaleren boven klantbelang

tief, omdat dit langdurige processen zijn en daarmee baanzekerheid. Hoewel de beloofde voordelen voor de organisatie vaak niet behaald worden.

Ook huisartsen kunnen individueel andere belangen hebben dan consequent inzetten op substitutie. Vanwege extra werkdruk, tegenstribbelende patiënten, financiële negatieve consequenties bij extra productie binnen het macrobudget huisartsenzorg, ongewilde aanpassingen in de eigen bedrijfsvoering, of relatie- en samenwerkingsproblemen in de medische- en sociale as en het ontbreken van een ondersteunende infrastructuur in de eerstelijnszorg om meer en hoger-complexe patiënten adequaat op te kunnen vangen.

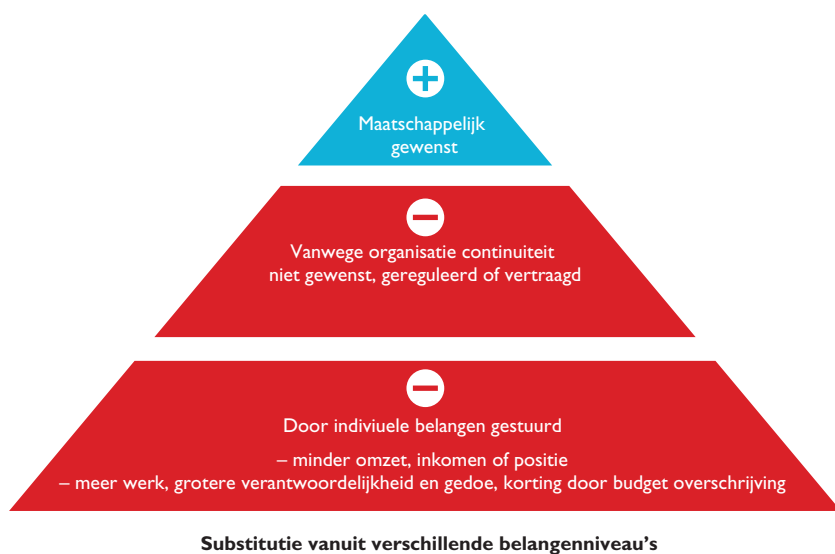
### Risicomijdende rol

Zorgverzekeraars hebben de ondankbare rol gekregen om de substitutie in te zetten en te verzilveren. Maar zijn in de praktijk onvoldoende opgewassen tegen de politieke macht en lobby van de ziekenhuizen. Verzekerden en

patiënten hebben collectief wel een belang bij een lage premie, maar zodra er een individuele zorgvraag is, wil men optimale zorg en keuzevrijheid. Dat geldt ook voor chronisch zieken. Met daarnaast meestal: te consumeren bij het ziekenhuis in de regio en bij de bekende medisch specialist.

Het imago van zorgverzekeraars is uitermate broos. En daardoor ook de speelruimte om substitutie af te dwingen. Er is door de jaren heen ook begrip ontstaan voor de ziekenhuizen en medisch specialisten. Bestuurders, managers en senior accountmanagers hebben vaak jarenlange samenwerking met de ziekenhuizen. In Nederland is sprake van een oligopolie: slechts enkele zorgverzekeraars moeten met elkaar concurreren. En hoewel de onderlinge rivaliteit niet te onderschatten is, is er ook sprake van een relatieve concurrentiepositie. Je moet het als zorgverzekeraar niet slechter doen dan de anderen. Een harde strijd met de ziekenhuizen en medisch specialisten, met alle tegenstand, redelijke argumenten, actieve lobby en als dank de hoon van de burgers (lees: verzekerden) als die "hun" ziekenhuis dreigen verliezen, is daarbij niet aantrekkelijk. Met afwachtende aasgieren in het zicht.

Het alternatief is aanwezig: de inzet van de zorgverzekeraars om bij substitutie vooraf een positieve *business case* en getekende harde samenwerkings-



## Crowdfunding thuisarts.nl

afspraken tussen ziekenhuizen, medisch specialisten en eerstelijnszorg als randvoorwaarde neer te leggen. Hoewel dit in de praktijk nauwelijks of niet haalbaar is en zeker niet snel tot resultaat leidt. Maar zorgverzekeraars zijn verzekeraars en vanuit die hoedanigheid eerder risicomijdend dan opportunistisch. Wat zou u zelf doen?

**Blik op de toekomst**

Hoe nu verder? In alle gevallen zal het een geleidelijk proces worden. Grote maatschappelijke veranderingen in kleine stappen. Goede voornemens en kleine resultaten. De Nederlandse gezondheidszorg staat in hoog aanzien, radicale veranderingen zullen niet plaatsvinden. Politiek is er geen draagvlak voor totale systeemveranderingen, alleen aanpassingen zijn haalbaar. Om te voorkomen dat de eerstelijnszorg – en dan vooral de kernfunctie huisartsen en wijkverpleegkundigen – ontlast worden, biedt op de korte termijn enige macrobudgettaire ruimte soelaas. Daarnaast kan de concurrentiekracht binnen de eerstelijnszorg worden vergroot door het aantal opleidingsplaatsen te vergroten of substituten te ontwikkelen, zoals e-health. Maar dit zal pas op termijn effect hebben.

Aan de kant van de ziekenhuizen zullen specialisatie en focus het kwaliteitsverschil gaan maken. Fusies als geleidelijk afbouwscenario liggen uiterst gevoelig en zullen beperkt worden. Wel zullen ziekenhuizen die met een giftige cocktail – ofwel een bestuurlijke-, financiële- en kwaliteitscrisis tegelijk – te maken krijgen, als zelfstandig ziekenhuis verdwijnen. Toch dreigt ook een fors gevaar aan de ontstane status quo. De zorgverzekeraars gaan de bestaande producten en diensten en duurdere infrastructuur van de ziekenhuizen maar gebruiken, omdat ze het budget niet overgeheveld krijgen. Dan worden ZBC's, EDC's en innovaties geofferd, omdat dubbel betalen nog meer kost dan de bestaande ziekenhuizen contracteren tegen een te hoge prijs. Daarmee belanden we in een post-moderne variant van de communistische planeconomie. In die variant is een *grand design* en functioneel ontwerp voor ziekenhuizenspreiding over Nederland te prefereren en daarmee dertig procent overcapaciteit uit de "markt" te halen en investeren in dure geneesmiddelen, technologische innovaties en de versterking van de eerstelijnszorg.

Dat lukt niet in het huidige systeem van concurrerende zorgverzekeraars, maar als zij niet in staat zijn om de maatschappelijke legitimering waar te maken, kan een politieke omslag zo maar plaats gaan vinden... <<

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

- 1 Publicaties Arcadis en BDO in 2015
- 2 NvTG oktober 2015
- 3 Zorgvisie oktober 2015



De populaire website thuisarts.nl kan nog een veel grotere rol gaan spelen in zelfmanagement van ongeruste burgers en patiënten. In potentie kan thuisarts.nl als substituut voor de huisarts, praktijkondersteuner of doktersassistente een deel van de telefoontjes of consulten wegnemen.

Negentig procent van alle vragen aan de huisarts is geruststellingsgeneeskunde. Misschien kan tien tot twintig procent voorkomen worden?! Gezien de werkdruk van de huisarts een aantrekkelijk perspectief. Daarnaast is het een kwalitatief verantwoord initiatief. Immers het is een product van de NHG.

Om het uit te laten groeien en adequaat te exploiteren, zijn investeerders nodig. De traditionele reflex is dan om een subsidie aan te vragen en daarmee aan de slag te gaan. Maar dat is niet verstandig.

Beter is het om bij de huisartsen zelf geld op te gaan halen met crowdfunding. Iedere huisarts betaalt vijfhonderd euro. Dan ligt er een ondernemerskapitaal van ruim vijf miljoen euro. De NHG is natuurlijk niet de juiste partij om deze onderneming te runnen. Maar juist wel om de content in te brengen en te bewaken. Het gaat dus om een nieuwe private onderneming met de huisartsen zelf als aandeelhouders en met de inhoud van de NHG.

De formule: huisartsen gaan verwijzen naar hun eigen bedrijf, reduceren op deze manier de werkdruk, empoweren patiënten tot zelfmanagement en profiteren tegelijk van de groei van de onderneming.

Ik ben geen huisarts, maar ik zou wel mee willen doen, als dat mag...

Jan Erik de Wildt  
Directeur De Eerstelijns

Reageren? [Je.dewildt@de-eerstelijns.nl](mailto:Je.dewildt@de-eerstelijns.nl)