

Zorgkosten stijgen harder dan het

De zorgkosten stijgen percentueel harder dan het bruto nationaal product (BNP). Dat is onontkoombaar en in aanloop naar de verkiezingen een belangrijk politiek thema. Verschillende factoren zijn van invloed op de kostenstijging. De Eerstelijns analyseert en geeft enkele oplossingsrichtingen om de stijging te beperken.

1 De politiek

Veel Nederlanders vinden gezondheid het belangrijkste in hun leven. Dat betekent dat inperking van bestaande of nieuwe diagnose- of behandelmethoden voor burgers niet of nauwelijks acceptabel is. Pakketaanpassingen gaan over marginale zaken, zoals een rollator. Als het gaat om extreem dure medische ingrepen of (farmaceutische) behandelingen, dan komt men er niet uit¹. Kostenbeperking in de zorg is een politiek uitermate gevoelig onderwerp met allerlei taboes. Zoals bijvoorbeeld het openlijk uitspreken wat de prijs van een gewonnen levensjaar mag zijn. Zorgverzekeraars hebben wettelijk beperkte handelingsruimte en zijn gebonden aan internationale verdragen als Solvency II en toezicht van De Nederlandse Bank. Ook worden er macrobudgetten door de overheid vastgesteld, die de speelruimte in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) aangeven. Die

De kosten van wijkverpleging en verpleging & verzorging zullen door demografische ontwikkelingen aanzienlijk toenemen

tactiek is ook toegepast in de Hoofdlijnenakkoorden uit 2013. Deze beperkte vrijwillige regulering (minder groei) was in de nadagen van de economische crisis haalbaar, maar levert geen structurele wijzigingen op en is als 'groeistopper' uitgewerkt. De hoogte van het eigen risico wordt eveneens door de politiek bepaald. Zorgaanbieders hebben beperkte mogelijkheden, doordat er veel sturende regelgeving is en controle wordt uitgeoefend door meerdere instanties. Gereguleerde marktwerking is complex en kent hoge transactiekosten². De systeemmaatregelen die de afgelopen jaren genomen zijn in de Wlz en de Wmo hebben tot doel de zorgkosten te beheersen, maar zijn nog niet volledig geïmplementeerd. Er is 'transitie gedoe' en tot de implementatie is afgerond, zijn de kosten juist hoger. De complexiteit is te groot. Het aantal mensen die het systeem in samenhang begrijpt is miniem. Macro is

het systeem op orde, micro klopt het vaak niet. Er wordt veel geklaagd door burgers en het thema zorg is een belangrijk politiek- en verkiezingsthema geworden. Een bijkomend probleem is dat ouderen, die meer gebruikmaken van zorg, trouwere stemmers zijn dan jongeren. Daar houden politieke partijen rekening mee.

2 Demografische ontwikkelingen

Vooraf door demografische ontwikkelingen – groei en vergrijzing – zal het aantal mensen met een chronische aandoening oplopen van ruim 5 miljoen mensen (32 procent van de bevolking) in 2014 tot 7 miljoen mensen in 2030 (40 procent van de bevolking)³. Daarbij neemt ook de comorbiditeit toe. Tegelijk zijn er relatief minder mensen beschikbaar om de zorgkosten te betalen en werk te verrichten. Dit is een gegeven en is niet te sturen. Het voorkomen van een chronische ziekte of het inperken van het aantal chronisch zieken heeft pas op de langere termijn effect. En dan nog zullen er op natuurlijke wijze chronisch zieken bij blijven komen. Hoewel innovatieve behandelingen en secundaire preventie invloed kunnen hebben op het verloop van vooral somatisch chronisch zieken, zullen ouderdomsziekten daarvoor in de plaats komen. De kosten van wijkverpleging en verpleging & verzorging zullen door demografische ontwikkelingen aanzienlijk toenemen⁴. Dat wordt nog versterkt doordat de tijdelijke overheidsbijdrage bij de transitie van de AWBZ naar de Wlz afloopt en zorgverzekeraars de kosten nu volledig in de premie moeten opnemen. Voor chronisch zieken is het streven een leven zonder beperkingen, maar daar heeft men wel vaak – op onderdelen – professionele ondersteuning bij nodig.

3 Technische ontwikkelingen en innovaties

De technische ontwikkelingen gaan snel. Er komen steeds meer toepassingen op allerlei gebieden van de gezondheidszorg. De concrete toepassing is echter ingewikkeld door positionele belangen, weerstand tegen veranderingen, problemen bij implementatie en integratie in bedrijfsprocessen⁵. Dat wordt versterkt door het ontbreken van één visie, samenhang, overzicht en ethische discussies. Daarnaast is de huidige ICT-infrastructuur vaak inferieur, verouderd, verkokerd en bestaat er binnen elke deelsector wel een locked-in probleem⁶. De ICT overstapdrempels zijn hoog, investeringen in en de ex-

bruto nationaal product



De stijging van zorgkosten is onontkoombaar.

exploitatie van ICT en eHealth zijn onvoldoende opgenomen in budgetten en/of beleidsregels en de overheid is vanwege negatieve ervaringen terughoudend met grootschalige ICT-projecten. Tot slot lijkt ICT in de zorg, in tegenstelling tot die in andere sectoren, eerder tot prijsverhoging dan prijsverlaging te leiden. Door deze situatie bieden technische ontwikkelingen en eHealth wel een interessant perspectief, maar is de bijdrage aan kostenbeheersing nog niet tot zijn recht gekomen.

4 Sociaal

Door een enorme welvaartsgroei in de periode van 1960 tot 2008 is Nederland een welvaartsstaat geworden, waarin zorg en welzijn vooral een overheidstaak zijn. Waar het in andere culturen bijvoorbeeld gebruikelijk is om ouders in huis te nemen als deze niet meer zelfstandig kunnen wonen, was en is dat in Nederland niet het geval. Het welvaartssysteem is gebaseerd op onderlinge solidariteit tussen arm en rijk, ziek en gezond, jong en oud. Maar door de financiële druk die op het welvaartssysteem gekomen is, staan allerlei verworvenheden op de tocht. De wijzigingen van de AWBZ naar de Wlz en Wmo waren onontkoombaar, maar zijn door de historisch gegroeide situatie niet goed te accepteren. Zeker niet voor bestaande cliënten en in combinatie met het feit dat ook elders in de sociale zekerheid en pensioenen wordt bezuinigd. Er ontstaat nog meer druk op de maatschappij door stijgende premies en daarmee eveneens op alle vormen van solidariteit. Dat maakt ingrijpen in het zorgsysteem ook sociaal complex.

5 Juridisch

Het zorgsysteem is door de opzet als drie partijenstelsel met marktwerking en privacywetgeving als opt-in, bescherming van patiënten, meerdere toezichthouders, institutionele belangen, omzetvolumes en jurisprudentie, een complex juridisch bouwwerk geworden. Door de wijzigingen in Zvw, Wlz, Wmo en de Jeugdwet, in combinatie met nieuwe paradigma's als zelfregie en mantelzorg, zijn er bovendien nieuwe juridische vraagstukken ontstaan. Denk aan het toezicht op samenwerkende professionele- en informele netwerken⁷. Hiermee neemt ook de juridische complexiteit van het samenhangende zorg/welzijnsysteem toe en daarmee de uitvoeringskosten.



6 Financieel

De huidige verdeling van de beschikbare budgetten is gebaseerd op een historisch gegroeide situatie en infrastructuur, gestoeld op heersende paradigma's en posities. Zo is het budget van medisch-specialistische zorg hoog en onaantastbaar. De intramurale medisch-specialistische capaciteit is door technische ontwikkelingen, betere kwaliteit, minder invasieve ingrepen en ontslagbeleid (snel ontslaan of overplaatsen) te groot. Naar schatting 30 procent van de ziekenhuiscapaciteit is overbodig met als gevolg *supplier induced demand*, ofwel aanbodgeïndiceerde en -gerichte zorg. Overcapaciteit geldt inmiddels ook voor het aantal opgeleide medisch specialisten. In 2014 had slechts 22 procent van de opgeleide specialisten zicht op een vaste baan⁹. Ook in de GGZ is intramurale capaciteit over, maar daar is wel een concreet plan voor afbouw: 30 procent beddenreductie voor 2023. De financiële lasten van deze overcapaciteit zijn volledig geïntegreerd in de macrobudgetten en zorgverzekeraars slagen er niet in om met de verschoven zorg ook de budgetten te substitueren⁹.

Over 2016 wordt een hogere zorgkostengroei verwacht dan in de premiecalculaties was aangenomen; de interne verdeling van de medisch-specialistische bedrijven is gebaseerd op de gerealiseerde volumes, dus er wordt productie gedraaid. Hierdoor moeten zorgverzekeraars al een beroep doen op reserves, waardoor ze voor 2017 minder ruimte hebben. Bovendien trekt men de kostenontwikkelingsverwachting op basis van de historische demografische ontwikkelingen door. En de dure medicijnen die uit patent gaan, zijn al opgenomen in de prognoses. Besparen op farmacie was de belangrijkste driver achter de besparingen de afgelopen jaren, maar die bron is vrijwel uitgeput. Dure medicijnen geven juist een tegenovergestelde impuls.

Daarnaast bestaat de ziekte van Baumol: de arbeidsproductiviteit groeit in andere sectoren harder dan in de gezondheidszorg, maar de arbeid wordt in gelijke mate duurder. De zorg is door de essentie van de zorg (persoonlijke aandacht) arbeidsintensief. Ook deze financiële aspecten leiden ertoe

De huidige verdeling van budgetten is gebaseerd op een historisch gegroeide situatie en infrastructuur, gestoeld op heersende paradigma's en posities



Besparen op farmacie was de belangrijkste driver achter de besparingen de afgelopen jaren, maar dure medicijnen geven juist een tegenovergestelde impuls.

dat de zorgkosten stijgen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek berekent een gemiddelde groei van 3,5 procent per jaar gedurende een decennium. Inclusief een inflatiecorrectie: van vijf procent in de komende kabinetsperiode, oftewel 8 tot 9 miljard extra bij ongewijzigd beleid.

Het BNP zal de komende jaren naar verwachting van veel economen structureel een vlakke ontwikkeling kennen van -2 tot +2 procent economische groei. Daarmee is er onvoldoende ruimte om de financiële groei van de gezondheidszorg op te vangen. Dat kan nog worden versterkt als andere deelsectoren, zoals veiligheid of defensie, een groter deel van het macrobudget opeisen.

Conclusie

Door de samenhang van de geschetste ontwikkelingen is een stijging van de zorgkosten hoger dan het BNP onontkoombaar. Op zich hoeft dat geen probleem te zijn, aangezien er een unaniem hoge waarde wordt toegekend aan een goede gezondheid, maar het zet wel een druk op de solidariteit tussen gezond en ziek, arm en rijk en oud en jong.

Dempende maatregelen – beleidsrijke maatregelen

Er is een aantal kostendempende maatregelen. Al deze opties zijn in meer of mindere mate al benut en zullen ook in de toekomst worden ingezet.

Ten eerste het *beperken van de salariskosten en ondernemers-inkomsten* in de zorg. Dat heeft een grens, omdat er wel voldoende mensen voor werk in de zorg moeten kiezen en vooral huisartsen adequaat beloond moeten worden voor extra werk of verantwoordelijkheid¹⁰. Daarnaast is de medische lobby ijzersterk of is de kosten/baten-afweging negatief. Hierdoor lukt het tot op heden niet om medisch specialisten in loondienst te krijgen¹¹. Het beperken van salariskosten kan ook door middel van eHealth en digitalisering. Dit zal door de internationale wereldspelers op dat gebied worden afgedwongen, met het risico op marktdominantie en daarmee gepaard gaande prijseffecten die vergelijkbaar zijn met die we kennen uit de farmacie. Een andere aanpak is een nationaal programma en een vorm van ‘dwang in het collectieve belang’, maar dit past niet in een neoliberale benadering.

Een wenkend perspectief is wellicht het concept van Positieve Gezondheid

Ten tweede *meer eigen betalingen* in de vorm van een kleiner basispakket of een hogere eigen bijdrage. Ook ‘zorg sparen’ valt hieronder. Deze maatregel kan deels worden afgewenteld op de ‘sterkste schouders’, maar ook dat heeft een grens. Zeker als je de solidariteit wilt behouden. Door (extra) fiscale compensatie kunnen inkomens tot €34.000 worden ontzien. Dit levert de overheid extra kosten op in de rijksbegroting. Screening van het bestaande pakket levert vooralsnog geen substantiële bijdrage aan de beheersing van de kosten.

Ten derde het *beperken van het volume* door grenzen te stellen aan behandelingen op basis van kosten of gezondheidstoestand c.q. te boeken gezondheidswinst. Of door innovatieve behandelingen (deels) buiten de verzekerde zorg te houden door het opwerpen van toetredingsdrempels. Dit gebeurt al veelvuldig met nieuwe medicatie, maar uiteindelijk is dit niet houdbaar mits de prijs niet te buitensporig is. Het terugdringen van de intramurale capaciteit van ziekenhuizen is een effectieve maatregel om de infrastructuurkosten te laten dalen in combinatie met een capaciteitsbeperking van de opleiding tot medisch specialisten. Door het systeem van marktwerking en vrijheidsbeperkende kaders van de Mededingingswet¹² voor samenwerkende zorgverzekeraars is die kans klein. Een nationale centrale planning en gereguleerde afbouw leidt pas op termijn tot lagere kosten, omdat de transitiekosten ook moeten

nr	Maatregel	Opbrengst
1	Loonindexering niet volledig doorvoeren door de indexering te korten met 1% – verlaagt de loonkosten	340 miljoen
2	Overheadnormen en ziekteverzuimnormen invoeren die bij overschrijding leiden tot een lagere vergoeding aan organisaties	85 miljoen
3	Verkleinen basispakket – minder verzekerde zorg	500 miljoen
4	Beperken pakket aan ouderdom gerelateerde zorg	220 miljoen
5	Medisch specialisten onder de Wet Normering Topinkomens	65 miljoen
6	Korten op opleidingsbudgets medisch specialisten	50 miljoen
7	Aanpassen voorwaardelijke toelating van een aanspraak in de Zvw; een subsidieregeling voor een beperkt aantal patiënten, beperkt de brede aanspraak op zorg bij voorwaardelijke toelating.	80 miljoen
8	Beperken recht op kraamzorg en invoeren van een inkomensafhankelijke bijdrage	110 miljoen
9	Invoeren van een vermogenstoets voor de Wlz en Wmo	90 miljoen
10	Een eigen risico van €505 per volwassene per jaar	870 miljoen
11	Huisartsenzorg onder eigen risico laten vallen	340 miljoen
12	Verplicht eigen risico als percentage van zorgkosten bij een bandbreedte van €725 – €495	510 miljoen
13	Maximale eigen bijdrage van €725 per volwassene per jaar	510 miljoen
14	Combinatie van eigen risico en eigen betaling (Zwitsers model)	55 miljoen
15	Eigen bijdrage hulpmiddelen in de Zvw	290 miljoen
16	Eigen bijdrage medicijnen €5 per receptregel	190 miljoen
17	Eigen bijdrage verblijf in ziekenhuis	70 miljoen
18	Capaciteitsplan spoedeisende zorg	55 miljoen
19	Herberekenen limieten Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem	250 miljoen
20	Hogere bijdrage eerste 6 maanden in intramurale zorg Wlz	140 miljoen
21	Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen	50 miljoen
22	Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door Rijksoverheid	130 miljoen
23	Verplichte meerjarencontracten Wlz	110 miljoen
24	Maximeren indicatie-eis Wlz-normeringen van uitgaven per regio	210 miljoen
25	Introduceren objectief verdeelmodel Wlz	210 miljoen
26	Subsidieregeling casemanagers dementie	50 miljoen
27	Geen toegang Wlz voor lichtere zorgzwaartes	140 miljoen
28	Korten op de huishoudelijke hulp	150 miljoen

Een verzekeringsstelsel dat de hybride constellatie van marktwerking en regulering vervangt, is op termijn een optie

worden betaald. Een macrobudgettaire ingreep in de ziekenhuizen is realistischer, zeker om de groei in andere deelsectoren te bekostigen. Wachlijsten laten ontstaan is ook een vorm van volumebeperking, maar er bestaat jurisprudentie over wat maximaal is toegestaan en daar kunnen (mondige) burgers zich op beroepen. Ook dat is dus geen sluitende oplossing.

Ten vierde het *ontwikkelen van een alternatieve productie* of prijserosie. Het uitgangspunt van *Fair Medicine*¹³ levert op termijn wellicht een verlichting op. Voorlopig staat dit nog in de kinderschoenen. Europese samenwerking hierin kan wellicht lagere prijzen opleveren, maar daar staan nieuwe dure innovaties tegenover. Hierbij gaat het niet alleen om medicijnen, maar ook om andere behandelingen.

Ten vijfde het *voorkomen van ziekte* of een verslechtering van de gezondheidstoestand door collectieve en individuele preventie. Dat gebeurt bij chronisch zieken, maar collectieve preventie is vooral buiten de gezondheidszorg effectief. Terugdringen van slechte voeding, te weinig bewegen, roken, alcoholgebruik, stress en andere risicofactoren, levert moeilijke discussies op over individuele vrijheden en rechten van mensen. Een wenkend perspectief is wellicht het concept van Positieve Gezondheid. Een herijking van het begrip gezondheid en terugdringen van de medicalisering zou ook tot herwaardering van curatieve behandelingen kunnen leiden. Vooral bij palliatieve zorg en 'uitbehandelde ernstige zieken' zou je, op basis van 100 procent eerlijke voorlichting over de kansen en bijwerkingen van behandelingen en op het individu toegesneden gezamenlijke besluitvorming, tot daadwerkelijke verlaging van kosten kunnen komen. De vraag is of het 'voltooid leven plan' meer is dan verkiezingsretoriek¹⁴.

Positieve Gezondheid is een concept dat een breder perspectief biedt en meer overheidssteun verdient.

Ten zesde het *terugdringen van verspilling en fraude*. Een favoriet onderwerp van politici, omdat niemand daartegen kan zijn. Het is echter veel symbool politiek, omdat upcoding en diagnoseverruiming nauwelijks aan te tonen zijn. En het levert relatief weinig op. Bovendien werkt het alleen als er een uitgebreid controle-apparaat wordt opgetuigd en dat staat weer haaks op de behoefte aan vertrouwen tussen partijen. Big data analyse en ICT-criminologie kunnen een bijdrage leveren, maar vergen hoge investeringskosten. Toch kan bijvoorbeeld *blockchain* technologie heel veel systeemkosten terugdringen en declaraties en informatie-uitwisseling verbeteren. Dat levert minder transactiekosten op. Naar verwachting is dit in 2020 al op grote schaal te implementeren. Dat zou goed passen in de uitwerking van een nieuw zorgstelsel (zie verder).

Ten zevende het *anders inrichten van de reserves van zorgverzekeraars* in combinatie met de reserves van zorgaanbieders. De solvabiliteit is inmiddels opgelopen van 188 procent in 2010 tot 241 procent in 2014. Gezien de regulering is het de vraag of de financiële risico's van de zorgsector te vergelijken zijn met die van banken en verzekeringsmaatschappijen. Bijvoorbeeld het feit dat iedereen verplicht verzekerd is. Een lagere risicoberekening levert voor de korte termijn ruimte op om de kostenstijgingen te beperken, maar op de langere termijn is dat voordeel opgesoupeerd. Toch is het voor de politiek een aantrekkelijke optie, omdat het problemen vooruitschuift over de geplande verkiezingen van 2021. In deze categorie van oplossingen past ook het (verder) verlagen van de uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars, wat structureel 500 miljoen kan opleveren¹⁵.

Ten achtste *omkatten*. Oftewel het anders definiëren van zorgkosten. Nu al circuleren bedragen van €70 tot 90 miljard per jaar. Het is veel eerder voorgekomen dat bijvoorbeeld zorgkosten van gedetineerden of asielzoekers anders zijn opgenomen in de Rijksboekhouding. Hoewel dit vanzelfsprekend ook geen duurzame oplossing is, zijn hier in het verleden al de nodige politieke manoeuvres mee uitgehaald.

Tot slot is *een ander verzekeringsstelsel* op termijn een optie. De gereguleerde marktwerking is gebaseerd op Angelsaksische uitgangspunten en bekostigingsprincipes. Nederland laat zich veel te veel sturen door dominante wetenschappelijke hypes en stromingen uit de Verenigde Staten, zoals populatiebekostiging, *shared savings* en *Triple Aim*. Deze gaan uit van winstmaximalisatie van systeemspelers, terwijl dat niet past in onze Nederlandse calvinistische mentaliteit, met regulerende maatregelen als verbod op winstuitkering, NZa kostenonderzoeken en de Wet Normering Topinkomens.



Preventie als kostendepende maatregel is vooral buiten de gezondheidszorg effectief.

Mededingingswet en Zorgverzekeringswet veranderen



Het Roer Moet Om (HRMO) pleit in Medisch Contact voor het aanpassen van de Mededingingswet voor huisartsen. Nu heeft men gelijk als het gaat om de positie van de huisartsen en samenwerking. Door hun spilfunctie en het feit dat er nauwelijks concurrentie is tussen huisartsen, zijn zij bij uitstek geschikt als basis voor samenwerking. Maar het uitzonderen van huisartsen in de Mededingingswet is niet genoeg. De functie huisartsenzorg is immers ook omschreven in de Zorgverzekeringswet.

Meer aanbieders

De zogenaamde functionele omschrijving van huisartsenzorg in de Zorgverzekeringswet biedt ook anderen de kans om huisartsenzorg te leveren. Op basis hiervan kunnen apothekers bijvoorbeeld de inhalatie-instructie aanbieden, ziekenhuizen programmatische diabeteszorg en wijkverpleegkundigen ouderenzorg. Zou er in de Mededingingswet een uitzondering worden gecreëerd voor huisartsenzorg, dan moet dus ook de Zorgverzekeringswet worden aangepast. Anders kunnen straks meer aanbieders van 'zorg zoals huisartsen die bieden' een beroep doen op een uitzondering in de Mededingingswet. Dit betekent de facto dat de Mededingingswet voor veel meer zorgaanbieders zou moeten worden aangepast en dat zie ik niet gebeuren.

Keuzes

Huisartsen hebben overigens ook nu al de mogelijkheid om samen te werken, maar moeten zich dan conformeren aan een formeel samenwerkingsverband, zoals een gezondheidscentrum of coöperatie. Dat betekent een stukje autonomie inleveren in de verwachting er meer voor terug te krijgen. Maar het (deels) opgeven van het MKB-ondernemerschap is voor veel huisartsen een stap te veel. De beperking die zij ervaren als het gaat om prijsafstemming is een direct gevolg van die keuze van de individuele huisarts-ondernemer.

*Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns*

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl

Private zorgverzekeraars hebben in het huidige stelsel ook last van deze dubbele moraal. Daarom is de opsplitsing van het huidige systeem in een privaat systeem met een smal pakket en vrijwillige aanvullingen enerzijds en een collectief systeem dat gekoppeld is aan de AOW-leeftijd (nu 67 jaar) en dat aansluit bij de samenhang tussen zorg en welzijnsinfrastructuur anderzijds, de moeite van het uitwerken waard. Met gemeenten als integrale financier en met maatregelen om afwenteling te voorkomen en duurzaam gediagnosticeerde zieken al eerder op te nemen in het collectief systeem. Deze stelselwijziging voorkomt het volledig afkopen van private zorgverzekeraars, wat naar schatting 4,5 miljard zou gaan kosten¹⁶, en kan voor zorgverzekeraars een stimulans bieden om afstand te nemen van de huidige hybride constellatie.

Verkiezingen 2017

In mei 2015 publiceerde De Eerstelijns de menukaart voor politieke keuzes. Hierin zijn 28 maatregelen opgenomen die volgens het CBS tot macro-economische besparing kunnen leiden (zie pagina 25). Dit was een onderdeel van een veel grotere keuze aan beleidsopties, maar vele daarvan kosten juist extra geld. Alleen de beleidsinterventies die geld kunnen opleveren zijn opgenomen in de menukaart uit 2015.

In de verkiezingsprogramma's die nu in de maak zijn, zullen impopulaire maatregelen niet worden opgenomen. Maar in het Regeerakkoord zal een combinatie van de bovenstaande analyse en de keuzes uit de menukaart van 2015 gegarandeerd terug te vinden zijn. Hierover zal De Eerstelijns in aanloop naar de verkiezingen nader berichten. <<

Tekst: Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Foto's: Thinkstock

- 1 Discussie ziekte Pompe en Fabry, 2013
- 2 <http://www.mejudice.nl/video/detail/richard-janssen-over-de-kosten-in-de-zorg>
- 3 Toekomstverkenningen Zorg, RIVM 2014
- 4 Onderbouwing Chris Oomen DSW premiestijging 2017
- 5 eHealth monitor, NICTIZ 2016
- 6 Fenomeen dat men vast zit aan een eenmaal gekozen oplossing
- 7 Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis, NIVEL 2016
- 8 De jonge specialist 2014
- 9 Van substitutie- naar afsprakenmonitor, De Eerstelijns oktober 2016
- 10 Driedubbele ondernemersklem huisartsen, De Eerstelijns mei 2015
- 11 Subsidieregeling medisch specialisten in loondienst 125 miljoen niet benut, Volkskrant 2014
- 12 verbod voor de zorgverzekeraars om gezamenlijk de spreiding van de acute zorg te verbeteren ACM juli 2014
- 13 de stichting Fair Medicine krijgt 2,8 miljoen subsidie van het ministerie van VWS september 2016
- 14 VVD, Hetterscheid, Ellen <e.hetterscheid@oude-ijsselstreek.nl> PVDA en D66 willen voltooid leven wetgeving, oktober 2016
- 15 Oratie Nijmegen 2016 prof.dr. P.Jeurissen
- 16 CBS september 2016