

Barcelona studiereis

Uit de eigen context, met de concepten en paradigma's van deskundigen naar het Catalaanse gezondheidssysteem kijken, een vergelijking maken met het Nederlandse gezondheidssysteem algemeen, de strategie en organisatie van de eerstelijnszorg specifiek en vanuit die reflectie inspiratie opdoen en leren.

De masterclass eerstelijns bestuurders is afgesloten met een studiereis naar Barcelona en het Catalaanse zorgsysteem. De focus was tweeledig: het gezondheidszorgsysteem en de regionale- en lokale organisatie van de eerstelijnszorg. Opvallend is dat de organisatie van het systeem op macro-niveau en micromanagement heel goed op elkaar aansluit.

De drie belangrijkste trends: een systeem in transitie, minder budget beschikbaar en ontwikkelende transparantie en verantwoording. De drie belangrijkste verschillen: belasting gestuurd systeem, nationale infrastructuur met gunningen voor zes tot tien jaar en tachtig procent van de zorgaanbieders in loondienst in not-for-profit organisaties.

Er zijn culturele en historische verschillen met het Nederlandse systeem. Zo staat Spanje op de tweede plaats van de wereld in medicijngebruik en heeft het land te maken met veel meer illegalen dan wij. Daarbij was het nationale zorgsysteem tot de eurocrisis erg mild voor asielzoekers en illegalen. Zelfs kinderen van hen die nog in het land van afkomst verbleven, kregen de gezondheidszorg vergoed. Het Spaanse systeem is goedkoper dan het Nederlandse maar ook Spanje vergrijst en de kosten van de zorg dreigen te exploderen. Men is al circa tien jaar op zoek naar oplossingen. De economische crisis heeft het veranderingsproces van het zorgsysteem versneld.

Bezuinigingen

Crisis in Spanje betekent een extreem hoge werkloosheid (45 procent onder Catalaanse jongeren) en afnemende inkomens. Ook in de zorgsector. Het meest ingrijpende overheidsbesluit is de bezuiniging op een van de groot-

ste kostenposten: het salaris. Doordat zorgaanbieders in loondienst zijn, kon de overheid de afgelopen jaren het salaris met veertien procent verlagen en doorgroei bevroren. Het is onduidelijk wanneer deze maatregel wordt opgeheven, maar men verwacht dat dit samenhangt met het herstel van de economie.

Een andere maatregel is het beperken van de toegang tot het zorgsysteem. Door de druk van de crisis is het proces slordig verlopen en heeft men te snel wetten erdoor gedrukt. Daardoor zijn er enkele doelgroepen 'vergeten' en zijn bijvoorbeeld nonnen nu niet meer verzekerd. Het pakket is versoberd, de toegang beperkt voor illegalen

men het effect van dit pay for performance (P4P) heeft gemonitord en dat er geen verbetering meer is, na het bereiken van de incentives. Niettemin blijven de behaalde resultaten wel in belangrijke mate bestaan. Men ontwikkelt dit systeem verder.

Risk sharing

Ook zijn er meer commerciële ziekenhuizen en zijn privéklinieken met zelfstandig gevestigde medisch specialisten in opkomst. Voor meer service, ontlopen van wachtlijsten en inmiddels niet meer verzekerde zorg wijkt een deel van de patiënten uit. De overheid heeft hier geen goed zicht op en er worden illegaal commissies

Opvallend is dat de organisatie van het systeem op macroniveau en micromanagement heel goed op elkaar aansluit

en er zijn eigen betalingen ingevoerd. Daardoor heeft inmiddels 25 procent van de mensen een aanvullende verzekering.

Er zijn al langer pogingen om het ondernemerschap bij zorgaanbieders en organisaties te stimuleren. Er zijn enkele financiële prikkels ingevoerd, zoals het variabel maken van inkomsten door een koppeling aan processen uitkomstindicatoren. Een huisarts in loondienst van een gezondheidscentrum kan tot vijftien procent extra inkomen genereren als hij aan een set indicatoren voldoet. Interessant is dat

betaald voor verwijzingen. Doordat men hogere salarissen betaalt, heeft dit een aantrekkingskracht op de in loondienst erkende zorgprofessionals. Daarom heeft men ook de opleidingen uitgebreid en komen er meer nieuwe mensen op de arbeidsmarkt. Hiermee houdt men invloed op de salarisontwikkeling.

Vanwege het hoge medicijngebruik experimenteert men met allerlei oplossingen. Door het ontbreken van budgetten en de wens van de farmaceutische industrie om te komen tot andere businessmodellen, werkt men samen aan



Foto's: Freeimages

risk sharing experimenten. In deze publiek-private samenwerking garanderen de farmaceutische bedrijven de prestaties van de medicatie en effecten op de gezondheid en zijn daarvoor verantwoordelijk. Doordat er één ICT-systeem is, heeft men goed zicht op uitkomsten en verwijzingen en kan hierover ook financiële afspraken maken. Daarnaast heeft men een forse eigen bijdrage op medicatie van maximaal 60 euro per maand voor mensen jonger dan 65 jaar. Hoewel het zorgsysteem afwijkt van het Nederlandse systeem is men ook geïnteresseerd in andere bekostigingsmodellen, zoals DBC (*bundled payment*), opbrengstverdeling (*shared savings*) en *risk sharing*.

Regionale autonomie

Er zijn zeventien regio's met vijf verschillende concepten van zorgorganisatie. Het Catalaanse systeem is dus niet hét Spaanse systeem. Vanuit deze vijf Spaanse varianten overlegt men landelijk één keer per maand over de coördinatie, gelijkheid, kwaliteit en participatie. Er is één Catalaans zorgkantoor en het eerstelijns budget wordt verdeeld op basis van drie parameters: Sociaal Economische Status van de inwoners, stedelijk of ruraal gebied en leeftijdsopbouw. De eerstelijnszorg wordt aangeboden vanuit multidisciplinaire gezondheidscentra, waarbij de infrastructuur door de overheid wordt gefaciliteerd. Er worden gunningen verleend vanuit het Catalaanse zorgkantoor voor zes jaar met



een vaste set van prestatie-indicatoren, aangevuld met wisselende proces- of prestatie-indicatoren.

Hoe staat het met de gezondheid van de Spanjaarden? De levensverwachting is ongeveer gelijk aan Nederland. Het groente- en fruitverbruik ligt laag, er is sprake van overgewicht en een hoog alcoholgebruik. De effecten van de crisis op de gezondheid zijn nog niet bekend. Ruim negen procent van het

in een centrum is niet ongewoon. Een mooi en modern voorbeeld is Eerstelijns Centrum 'Can Bao' te Castelldefels. Dit is geopend van 8.00 tot 21.00 uur en men werkt in twee ploegen van zeven uur per dag. Consulten duren tien minuten (gemiddeld zeven minuten zorg en drie minuten administratie). Dubbele consulten zijn mogelijk. De huisarts fungeert als poortwachter, heeft tussen de 1600 tot 2000 patiënten, doet

Er is geen verplichte nascholings-accreditatie, maar deelname telt wel mee bij de beoordeling of men bevordert wordt naar een hogere schaal. De huisarts werkt 35 uur per week, verdient op de top anno 2014 zo'n 55 duizend euro per jaar en doet geen diensten. Parttime werken kan niet, dat verstoort de roostering. De diensten wisselen per dag (vroeg of late dienst), waardoor patiënten meer keuzemogelijkheden hebben om bij de eigen huisarts te komen.

Er is een forse eigen bijdrage op medicatie van maximaal 60 euro per maand voor mensen jonger dan 65 jaar

Wijkgericht werken

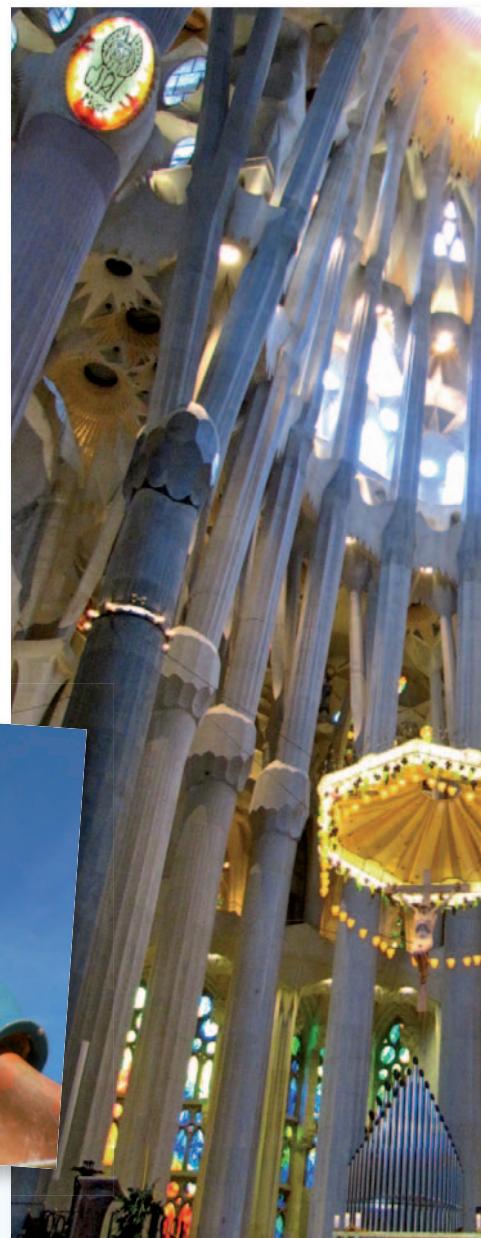
Per huisarts is er een verpleegkundige, en beiden werken als duo vanuit het gezondheidscentrum. Consulten bij de verpleegkundige duren vijftien of dertig minuten. Dat bepaalt de verpleegkundige zelf. Het zijn generalistisch werkende verpleegkundigen,

Spaanse bruto nationaal product wordt aan gezondheid besteed. In Nederland is dit twaalf procent. Omdat de gemiddelde inkomens in Spanje lager liggen dan in Nederland, terwijl veel leefkosten niet zo sterk afwijken, is de koopkracht er ruim dertig procent lager.

Gezondheidscentra

Patiënten staan op basis van hun adres/postcode ingeschreven bij een gezondheidscentrum. Men kan niet kiezen. Maar wel bij welke zorgprofessional in het centrum men wil komen. De keuze is relatief groot, want de gezondheidscentra hebben 30 duizend tot maximaal 50 duizend patiënten, twaalf huisartsen

e-mailconsulten bij zo'n twintig procent van de patiënten, en heeft mogelijkheden voor een medisch-specialistisch consult. De huisartsen werken in grote teams, waardoor er een aparte spoed- en visitearts zijn op doordeweekse dagen van 8.00 tot 21.00 uur. Er vinden daardoor nauwelijks verstoringen plaats in de werkzaamheden van de geplande patiënten. Elke huisarts heeft een keer per week zo'n dienst. Bij kleinere centra/teams verricht men voor elkaar deze dienst. Van 21.00 tot 8.00 uur is er een regionaal apart georganiseerde huisartsendienst, waar de huisartsen vrijwillig kunnen solliciteren. De verhouding visites – consulten is 1:19.



die doen wat bij ons de POH en de thuiszorg doet én een deel van wat bij ons de huisarts doet. Zij verrichten al die werkzaamheden, maar hebben daarnaast een specialisatie, bijvoorbeeld longziekten, en zorgen voor het bijhouden en overdragen van die kennis aan de andere verpleegkundigen. Daarnaast heeft men bepaalde functies, zoals revalidatieherstel op het niveau van drie centra georganiseerd waarvoor de patiënt dus moet reizen. De verpleegkundige heeft een basisopleiding van vier jaar en twee jaar specialisatie. Afhankelijk van de wijk worden vooral groepsactiviteiten extramuraal aangeboden. Het systeem van wijkgericht werkende gezondheidscentra is in potentie goed geëquipeerd om samenwerking met de sociale sector, die veelal via de gemeente wordt verleend, op te bouwen. Medewerkers van de centra

rekenen welzijns- en wijkgerichte activiteiten nadrukkelijk tot hun taak. Dit was goed zichtbaar in het centrum van de oude en arme visserswijk Barceloneta. Zij hebben bijvoorbeeld een omvangrijk preventieprogramma dat in samenwerking met zo'n 200 vrijwilligers wordt aangeboden. Niettemin komt de samenwerking tussen zorg en welzijn niet optimaal van de grond door cultuurverschillen en de relatieve zwakte van de sociale sector met een grote rol voor private sector en kerk. Mental health is niet sterk ontwikkeld en het aanbod diffuus. Kinderen tot veertien jaar komen bij een kinderarts die vanuit het Eerstelijns Centrum wordt aangeboden. Er is één ICT-systeem voor alle eerstelijns zorgaanbieders met een naadloze aansluiting met bijvoorbeeld ziekenhuizen en ggz. De huisarts kan daardoor alle noodzakelijke informatie raadplegen. Managementinformatie kan eenvoudig worden gegenereerd. Doordat er een gat is ontstaan na bezuinigingen in het basispakket of uitblijven van innovaties of uitbreiding van het pakket, bieden eerstelijns centra ook betaalde diensten aan. Dat gebeurt door aparte zorgaanbieders in een apart herkenbaar segment voor de patiënt. Men weet dus dat men zelf moet betalen. Hiermee heeft het centrum een tweede geldstroom voor circa vijf procent van het totale budget: het betreft bijvoorbeeld sport- of reizigerszorg, maar ook zorg met een lage ziektebelasting zoals allergologische klachten.

Reflecties

Is een NHS-achtige structuur een betere voorwaarde voor goede zorg? Hoe kunnen wij in Nederland komen op het fraaie Catalaanse niveau van ICT? Zouden we de relatie met wijken en welzijn in Nederland ook nadrukkelijker willen leggen? Wat is de relatie tussen werken in loondienst en de behoefte aan autonomie van een huisarts? Meer in het algemeen, wat zijn de belangrijkste drivers voor de arbeidssatisfactie van eerstelijns zorgaanbieders? Een dergelijk bezoek in het buitenland levert veel interessante vragen op, waar dit slechts maar een paar willekeurige voorbeelden van zijn. Het zien van andere contexten en andere oplossingen voor in essentie dezelfde vraagstukken van eerstelijns zorgorganisaties maakt je even los van je eigen situatie en creëert ruimte voor reflectie en het zoeken naar verbeteringen.

*Ron van 't Land, Dinny de Bakker,
Jan Erik de Wildt*



JAN VAN ES INSTITUUT



Foto's: Freeimages