



De Gezondheidszorg in 2020

Auteur(s):

Schrijvers, A.J.P.

De auteur is verbonden aan de Universiteit Utrecht.

Verschenen in:

ESB, 84e jaargang, nr. 4211, pagina D26, 1 juli 1999

Rubriek:

Dossier De zorg ontregeld?

Trefwoord(en):

De Nederlandse gezondheidszorg bevindt zich in een transformatieproces. Hoe zal de gezondheidszorg eruit zien als we de huidige ontwikkelingen twintig jaar doortrekken? Een impressie. De concentratietendens zet op alle fronten door. Transparantie is nodig om het functioneren van het stelsel te bewaken.

Het is het jaar 1999. De denkbeeldige regio X met een constant aantal inwoners van 700.000 beschikt over zes ziekenhuizen met in totaal circa 2.500 bedden. Allen hebben de meeste specialismen in huis. De grotere instellingen doen 50 tot 100 heupoperaties. De kleinere halen dat aantal niet. De ligduur na een heupoperatie duurt drie tot zes weken.

2020

Veronderstel nu het jaar 2020. Regio X beschikt dan over twee ziekenhuizen met elk ongeveer 700 bedden. Elk van beiden heeft - verspreid over de regio - een aantal subcentra voor diagnostiek en dagbehandeling. In beide instellingen plaatsen orthopeden 1.000 heupprothesen per jaar. De patiënten komen uit de gehele streek maar soms ook van daarbuiten. Normaal gesproken verlaten zij het instituut al na zeven dagen na de operatie. De meesten gaan dan naar huis en ontvangen thuiszorg. Sommigen echter - voor wie geen zorg klaar staat - gaan naar een verpleeghuis.

Elk van beide ziekenhuizen functioneert in een organisatorisch netwerk van huisartsen, thuiszorg en ouderenzorg. Alle zorg is geprotocolleerd, zodat bij de overgang van ziekenhuis naar huis of verpleeghuis delen van het elektronische zorgdossier via een apart intranet overgeseind kunnen worden.

Als uitkomst van de trend van integratie die rond 1990 begon, functioneert in 2020 in regio X tevens nog maar één GGD. Deze instelling brengt de gezondheid en de zorgbehoeften van de bevolking en groepen daaruit in beeld. Zij doet dat ten behoeve van beleid van provincie en gemeenten, voor de regionale ziektekostenverzekeraar - die er zijn lange termijn beleid op baseert - en voor de zorgaanbieders die daardoor meer vraaggestuurd kunnen werken dan in 1999 mogelijk was.

Ook de andere zorgaanbieders zijn over twintig jaar net als de ziekenhuizen en de GGD-en in aantal verminderd en in omvang gegroeid. De huisarts-solist is verdwenen. Huisartsen werken in groepen van circa acht personen, die weer binnen één regionale huisartsen vereniging functioneren. Het merendeel van de thuiszorg wordt geboden door één grote organisatie: een situatie die al anno 1999 bestaat.

Anno 2020 zijn er ook nog maar enkele concerns voor ouderenzorg. Wel is de huisvesting meer gedeconcentreerd dan in 1999. De grote verzorgings- en verpleeghuisgebouwen behoren dan tot het verleden. Zorg en wonen zijn gescheiden gefinancierd: een verpleeghuisbewoonster betaalt huur voor de huisvesting en een eigen bijdrage voor de zorgverlening. Is zij niet kapitaalkrachtig genoeg, dan ontvangt zij huursubsidie respectievelijk betaalt de AWBZ bij.

In regio X is tevens nog maar één concern voor de geestelijke gezondheidszorg. Kortdurende en chronische zorg zijn ontvlochten en het aloude onderscheid tussen ambulante en 24-uurszorg is op de achtergrond geraakt en heeft plaatsgemaakt voor zorgprogramma's voor specifieke groepen, bijvoorbeeld voor mensen met een depressie of met schizofrene ziektebeelden.

Alle genoemde zorgaanbieders zijn in 2020 maatschappelijke ondernemers: zij streven naar het realiseren van hun maatschappelijke oogmerken en naar continuïteit van hun bedrijf. Er bestaat concurrentie tussen beide ziekenhuizen in regio X, maar ook tussen deze instellingen en bijvoorbeeld de thuiszorg en verpleeghuizen. Ik licht dit laatste toe aan de hand van een voorbeeld van een patiënt met een beroerte, die na intensieve diagnostiek en behandeling in een ziekenhuis behoefte heeft aan nazorg. Deze is te bieden door onder meer het ziekenhuis zelf, door een verpleeghuis en door de thuiszorg. Rond deze nazorgtaak is daarom een zekere competitie te verwachten tussen de genoemde aanbieders. Zij wedijveren om de aanbesteding van deze taak aan één van hun drieën door de regionale zorgverzekeraar. Deze laatste doet dit werk in nauw overleg met de gemeenten in verband met de consequenties voor de openbare gezondheidszorg en met de provincie in verband met het lange termijnbeleid.

Fictie of waarheid

Nu weer terug naar het jaar 1999. Is de bovenstaande vooruitblik op het jaar 2020 koffiedik kijken of het doortrekken van trends die al aan de gang zijn? Ik tracht hieronder te beargumenteren dat het laatste het geval is.

Integratie van ziekenhuiszorg door ketenverlenging naar eerstelijns en ouderenzorg en door onderlinge fusies tussen ziekenhuizen is volop aan de gang. Zo hebben bijvoorbeeld de ziekenhuizen in Arnhem en Nijmegen een vast samenwerkingsverband. Ze verdelen taken voor bijvoorbeeld hart- en traumapatiënten. Op dit moment hebben de meeste regio's in Nederland circa vier ziekenhuisorganisaties, al ligt het aantal locaties meestal hoger. Het ministerie van VWS verwacht dat er op langere termijn nog maar 45 tot 55 zelfstandige ziekenhuisorganisaties bestaan in plaats van de 114 anno 1999. Dit is geen gewaagde veronderstelling: in 1970 telde Nederland 256 ziekenhuizen en in 1994 nog maar 152.

De integratie verloopt snel, doordat het in dichtbevolkte gebieden in Nederland geen bezwaar is, als in een bepaalde regio nog maar op een paar locaties medisch specialistische consulten en ingrepen plaatsvinden: de gemiddelde reistijd per patiënt neemt niet veel toe. Wel wordt de keuzevrijheid minder. Ik kom daar later op terug. Wat de integratietrend verder versterkt, is de invoering van het Electronische Medische Dossier en de mogelijkheid data via een intranet naar andere locaties over te seinen. Dit verkleint de noodzaak dat een patiënt op één locatie altijd over alle specialismen moet kunnen beschikken. Tevens vergroot dit de mogelijkheid om een patiënt niet op te nemen in een ziekenhuis of eerder daaruit te ontslaan.

Vergelijkbare schaalvergroting en taakconcentratie zijn anno 1999 aan de gang in andere sectoren van de gezondheidszorg. De GGD-en en gemeenten zijn van oudsher verantwoordelijk voor een groot deel van de openbare gezondheidszorg, dat wil zeggen voor het meten van de volksgezondheid, voor de preventie en voor huisvesting, vervoer, woningaanpassing en indirect voor scholing en werkgelegenheid van mensen met gezondheidsproblemen. Omdat hun aantal in de komende twintig jaar aanzienlijk toeneemt en bovendien alle intramurale instituten hun verblijfsduren, ligduren en behandelingsperiodes trachten te verkorten, neemt het beroep op de openbare gezondheidszorg toe. Om zich voor te bereiden op die taakverzwaring zijn er de laatste tien jaar grote GGD-en totstandgekomen, die meer en meer binnen hun regio hun taken afstemmen met de curatieve zorg.

Schaalvergroting treedt ook op in de eerstelijns. De Landelijke Huisartsen Vereniging onderkent tegenwoordig als kleinste organisatievorm de HuisArtsenGroep (HAGRO) van circa acht huisartsen. Zo'n HAGRO is dan verantwoordelijk voor onder meer waarneming, opvolging, scholing, kwaliteitstoetsing en overleg over geneesmiddelen. De groepen spreken sinds enkele jaren gemeenschappelijk beleid af binnen een Districts Huisartsen Vereniging, waarvan er bijvoorbeeld binnen Gelderland twee bestaan.

De thuiszorgorganisaties hebben een zwaar proces van schaalvergroting en taakdifferentiatie achter de rug, dat nog al eens werd bemoeilijkt door het overheidsbeleid dat marktwerking soms wel en soms weer niet stimuleerde. Thans functioneert er per regio veelal één grote thuiszorgorganisatie. De aloude, allround wijkverpleegkundige is bijna verdwenen. Taakconcentratie na de fusie heeft geleid tot tal van nieuwe functiegroepen zoals reumaverpleegkundigen, thuiszorgtechnologie-verpleegkundigen en intakers, die allen een deel van de taken van die allrounders hebben overgenomen. Mede hierdoor en door de vervanging van wijkverpleegkundigen door goedkopere gezinsverzorgenden is de productie in zorguren bij gelijkblijvend budget jaarlijks met een paar procent gegroeid.

Menig thuiszorgorganisatie bereidt thans een fusie of samenwerkingscontract voor met huisartsengroepen, ouderenzorg of ziekenhuizen. De 'economies of scale' door samensmelting met gelijksoortige organisaties zijn nu bereikt. Nu staat het bereiken van 'economies of scope' door samenwerking met ongelijksoortige instellingen hoog op de agenda. Wel wordt getracht de allround wijkverpleegkundige enigszins in ere te herstellen onder de nieuwe naam van praktijkverpleegkundige.

Fusies en concernvorming zijn bij verpleeg- en verzorgingshuizen aan de orde van de dag. Als de laatste weken maatgevend zijn, dan vinden er twee fusies per week in Nederland plaats en blijven er op termijn in een regio van 700.000 inwoners nog maar enkele concerns voor ouderenzorg over. Grote schaalvoordelen worden hier bereikt door concentratie van ondersteunende diensten voor bijvoorbeeld medisch beleid, financiën en personeelszaken. Er is echter wel sprake van schaalverkleining van de woonvorm. Was vroeger een verpleeghuis voor dertig bewoners ondenkbaar, tegenwoordig worden dergelijke 'verpleegunits', geleid en ondersteund binnen een concern, meer en meer gemeengoed.

Naar verwachting zullen eind 2000 alle psychiatrische ziekenhuizen gefuseerd zijn met één of meer Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGGs) en met andere voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Er is dan sprake van één aanbieder per regio. Overal zijn de beleidsvoornemens gericht op het eerder geschatte toekomstbeeld.

Toegangsregulering

De integratie binnen de gezondheidszorg vindt plaats met het doel om kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen. Toch zullen de te bereiken efficiëntiewinst daarvan en de toegestane macro volumegroei niet voldoende zijn om aan de stijgende zorgvraag te voldoen. Deze neemt immers toe door vergrijzing, toename van het aantal chronische zieken en het beschikbaar komen van nieuwe geneesmiddelen en medische interventies. Omdat ik niet verwacht dat de Nederlandse samenleving, sprekend via haar volksvertegenwoordigers, bereid is voldoende middelen ter beschikking te stellen, zal het dringen aan de toegangspoort in de komende jaren toenemen en andere trends overschaduwen. In de publiciteit komt thans ten eerste de vraag aan de orde of werkenden voorrang moeten krijgen boven niet-werkenden. Maar er spelen meer kwesties zoals ten tweede de aantasting van het verzekeringskarakter van Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, alsmede ten derde de 'fullhouse verantwoordelijkheid' van een zorgverlenende instelling.

Voorrangszorg voor werkenden

De totstandkoming van de Nederlandse gezondheidszorg over twee eeuwen leert, dat nieuwe voorzieningen nooit voor iedereen tegelijk beschikbaar komen. Medische innovaties, nieuwe geneesmiddelen, nieuwe vormen van verpleging: meestal kwamen ze voor rijken, werkenden en stedelingen een paar jaar eerder beschikbaar dan voor respectievelijk armen, niet-werkenden en dorpelingen. De historische lijn doortrekkend zou het dus niet vreemd moeten zijn, indien er thans bepaalde nieuwe interventies eerder beschikbaar komen voor werkenden dan voor niet-werkenden. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan rugklinieken die met een geïntegreerde aanpak werknemers sneller revalideren dan de reguliere, nog niet geïntegreerde zorgverleners. Ook denk ik aan wachtlijstbemiddeling waarbij

iemand voor een werkende uitzoekt waar nog ruimte is in de reguliere zorg.

Nu bedrijven zelf verantwoordelijk zijn voor kosten van het ziekteverzuim is het te verwachten dat zij zoeken naar zorginnovaties om werknemers sneller beter te maken. De overheid zou echter experimenten met arbeidsrelateerde zorg alleen dan moeten toestaan, indien de resultaten ervan breed voor de samenleving beschikbaar komen. Dat voorkomt verdere stigmatisering van niet-werkenden. Want bijvoorbeeld een thuis-werkende jonge moeder, die door haar rug gaat en plat ligt door het dagelijks tillen van haar kleine kinderen, kan dan ook sneller weer bezig zijn met haar net zo goed maatschappelijk zinvolle bezigheden.

Aantasting van het verzekeringskarakter van de Ziekenfondswet en de AWBZ

Geen automobilist zou een afwijzing van een rechtsgeldige claim door zijn verzekeraar accepteren, omdat er al zoveel autoschade in zijn regio is voorgekomen. Toch gebeurt dat bij de AWBZ, indien een stervende geen thuiszorg toegewezen krijgt en er geen capaciteit meer beschikbaar is. Vraagtekens zijn te zetten bij een wachttijd van meer dan een jaar voor orthopaedische interventies: welke verzekering hanteert zulke lange termijnen tussen het ontstaan van het verzekerde feit en de afwikkeling van de consequenties daarvan? Niet te ontkomen is, dat de samenleving zich de komende jaren bezint op het verzekeringskarakter van beide wetten. Wellicht is het het beste om het aantal verzekerde situaties in te perken. Wat dan resteert, wordt binnen een redelijke, aan een maximum gebonden termijn geleverd. Voorbeelden hiervan zijn tot nu toe het maximaleren van het aantal fysiotherapie sessies tot negen per ziekte-episode en het uit het pakket schrappen van de tandheekkundige zorg voor mensen boven de achttien jaar.

'Fullhouse garantie' bij spoedeisende medische zorg

Ik introduceer het vraagstuk met de volgende, recent gebeurde casus. Een vrouw krijgt thuis in de loop van de avond een hartinfarct. Haar huisarts is onmiddellijk aanwezig en stelt de diagnose. Hij is daarna tot half twee 's nachts aan het bellen om de vrouw opgenomen te krijgen in één van de vele ziekenhuizen van haar grote woonplaats. Dat lukt niet. Hij belt de ambulancedienst, die eigenlijk alleen spoedgevallen van de straat mag oppakken en niet van achter de voordeur. De ambulancebroeders doen niet moeilijk en brengen de vrouw in een groot ziekenhuis, dat een 'fullhouse garantie' heeft afgegeven aan hun meldkamer: ook als de hartbewaking vol is, wordt een acute hartpatiënt toch opgenomen. De instelling achtte zich 'probleemeigenaar' en ging na het binnenrijden van de ambulance intern improviseren.

Het afgeven van een 'fullhouse garantie' is niet langer aantrekkelijk voor een zorginstelling. De planning van de hartoperaties van de volgende ochtend zou bij de bovengenoemde casus de mist in kunnen gaan. Bovendien komt het autonome opnamebeleid op de tocht te staan, dat van grote betekenis is voor de identiteit van een instelling. De 'fullhouse garantie' en het daarmee enigszins loslaten van het eigen opnamebeleid speelt niet alleen bij hartbewakingsafdelingen en intensive cares. Ook in de ouderen- en gehandicaptenzorg speelt de vraag wie over de beschikbare capaciteit gaat: de instelling zelf of een externe instantie met een urgente patiënt boven aan de wachtlijst die wellicht niet past bij het instellingsaanbod. Te verwachten is dat in de komende jaren toegangsregulering bij crisis en urgentie gaat plaatsvinden door 'probleemeigenaren' te benoemen en het zelfstandige opnamebeleid te relativiseren.

Transparantie

Of de hierboven genoemde integratie van het zorg-aanbod en vormen van toegangsregulering aan de vraagzijde maatschappelijk geaccepteerd worden, hangt af van de transparantie, die zorginstellingen en -verzekeraars op dit terrein kunnen bieden aan de samenleving. Onder diverse termen staat de transparantie thans in de gezondheidszorg hoog op de politieke agenda. De Geneeskundige Hoofdingspectie spreekt van 'toetsbaar werken door zorginstellingen en individuele professionals zoals artsen'. Een groot aantal wetten die dit toetsbaar werken verplicht stellen, passeerden de afgelopen tien jaar het parlement. Ik denk hierbij onder meer aan de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst, de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen en de Wet Kwaliteit Zorginstellingen. Op grond van de laatste wet zijn zorginstellingen thans verplicht om naast een financiële jaarrekening een kwaliteitsjaarverslag uit te brengen, waarin zij transparantie bieden over hun inhoudelijk doen en laten.

'Health Governance' is een met transparantie te vergelijken term, die ik niet zo zeer in de literatuur maar wel bij internationale accountantskantoren en bij de Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg tegenkom. Ze is vergelijkbaar met de term 'Corporate Governance' in het bedrijfsleven en met de algemene bedrijfseconomische term 'accountability'. Bij 'Health Governance' gaat het om de vraag, hoe een Raad van Toezicht (RvT) van een zorginstelling moet functioneren. Zo'n raad is vergelijkbaar met de Raad van Commissarissen (RvC) van een vennootschap. Ze werkt evenwel zonder een aandeelhoudersvergadering en zonder beurskoersen. Daardoor ontbreekt de beïnvloeding van buiten af op de RvT, die daardoor de kans loopt te weinig tegenspel te bieden aan de Raad van Bestuur. Bij 'Health Governance' staat voorop dat de RvT het gezondheidsbelang van de samenleving dient. Welke informatie heeft een RvT dan nodig om dat belang te kunnen dienen? Is er op basis van 'bench marking', financiële verhoudingsgetallen en van indicatoren voor kwaliteit een namaakbeurskoers te construeren? Ik wacht het denkwerk binnen de accountants- en bestuurderswereld af op deze vragen. Inmiddels is op verzoek van het ministerie van VWS de 'commissie Van Meurs' aan de slag om het functioneren van de Raden van Toezicht in de gezondheidszorg te verbeteren.

De schaalvergroting en taakconcentratie, die het gevolg zijn de integratie binnen het zorgaanbod, maken het inzicht en de keuzevrijheid voor de patiënt er niet groter op. Dit zal de vraag naar transparantie bij patiëntengroeperingen doen stijgen. De moderne Informatie- en Communicatie Technologie (ICT) kan deze transparantie bieden. De ICT loopt evenwel in de gezondheidszorg achter vanwege de hoge eisen die medisch werken stelt aan privacy en medisch beroepsgeheim. Als daaraan technisch en juridisch wordt voldaan en de gegevens-verzameling van instellingen bovendien wordt gestandaardiseerd, dan is een 'glazen gezondheidszorg' te realiseren voor patiëntengroeperingen. Die kunnen dan bijvoorbeeld gaan vergelijken in welk centrum de beste resultaten met orthopedische ingrepen worden behaald.

Europa

In OESO-landen hebben overheden vier beleidsdoelen ter bevordering van de volksgezondheid: 1. bevordering preventie 2. Bevordering van gelijke toegang tot de zorg 3. Bevordering en handhaving van de kwaliteit van de zorgverlening en 4. Bevordering en handhaving

van de doelmatigheid. De invulling van deze doelstellingen is in elk land onderwerp van maatschappelijk en politiek debat en wisselt per land. De doelstellingen veranderen snel. Ze vormen 'moving targets', die moeilijk te realiseren zijn. De metafoor gaat op van de overheid als jager die op een rennende haas schiet, op een 'moving target'.

Of de Europese Gemeenschap nationaal overheidsbeleid in de gezondheidszorg nog zal toestaan: daarover zijn twee scenario's denkbaar. Het eerste is dat Brusselse anti-kartelwetgeving de aangegeven integratie binnen het zorgaanbod zal verbieden, omdat die leiden tot regionale monopolies. In dit scenario wordt de marktwerking gestimuleerd en de tweedeling tussen werkenden en niet-werkenden een feit. Het tweede scenario is dat sociaal- en christendemocraten in het Europese parlement en in nationale regeringen belangrijke invloed houden op het gezondheidsbeleid. Dan blijven de vier genoemde beleidsdoelen die thans in Europese landen aan de orde zijn, overeind en blijft er permanent discussie bestaan over de invulling daarvan. Wel is ook in dit tweede scenario harmonisatie van de ziektenkosten verzekeringen te verwachten als onderdeel van een bredere harmonisatie van nationale, economische wetgevingen. Door die harmonisatie wordt grensoverschrijdend patiëntenverkeer mogelijk.

Voor Nederland betekent het eerste scenario het afbreken van continuïteit in de regionale zorgverlening en van het doelmatig inrichten van regionale zorgverlening. Ook het tweede scenario heeft grote gevolgen, omdat het instrument van capaciteitsplanning per land niet goed meer te hanteren is. Door de harmonisatie wordt het dan mogelijk om een wachtlijst in Nederland te omzeilen door in een ander Europees land bijvoorbeeld een heupoperatie te ondergaan. En wellicht gaan Nederlandse patiënten met een zeldzame tumor dan voor hun behandeling naar een internationaal expertisecentrum in bijvoorbeeld Parijs of Londen. Voor Nederland heeft dit te verwachten grensverkeer voor- en nadelen. Kostenbeheersing door capaciteitsplanning wordt minder mogelijk. Dat is een nadeel voor de doelstelling van kostenbeheersing. Aan de andere kant zou de gezondheidszorg zich tot exportindustrie kunnen ontwikkelen. Langs de Nederlands-Duitse grens (Groningen, Enschede, Arnhem, Nijmegen en Heerlen) bijvoorbeeld staat een aantal grote ziekenhuizen die een Duits achterland zouden kunnen bedienen. Ook ziekenhuizen nabij luchthavens zouden een Europees karakter kunnen krijgen.

Welk van beide scenario's het meest waarschijnlijk is, is moeilijk te voorspellen. Gezondheidszorg leent zich niet voor grote veranderingen in aansturing. Margaret Thatcher zag dat in en heeft nooit getracht de Engelse staatsgezondheidszorg te privatiseren. Clinton zag dat aanvankelijk niet in, en moest samen met Hillary bakzeil halen met zijn 'National Insurance for Health'. In Nederland kwam Simons in het moeras terecht met zijn verstrekkende plannen. Vanwege die drie ervaringen verwacht ik dat scenario 2 met de minste veranderingen uiteindelijk werkelijkheid wordt.

Zie ook:

W. Groot, [Reactie: Meer invloed van de consument; meer vraag](#)

ESB-Dossier: De zorg ontregeld?

Inleiding

E.A. Bolhuis en F.J. Krapels, [Het speelveld van de gezondheidszorg](#)

Scenario's

L.J. Gunning-Schepers en K. Stronks, [Stelsel- en keuzediscussie: onlosmakelijk met elkaar verbonden](#)

J. Hamel, [De tijd dringt](#)

Bestuur

R. Bekker, [Met zorg besturen](#)

H. Simons, [De Haagse cockpit is overbelast](#)

Het zorgstelsel

F.T. Schut, [Schipperen tussen plan en markt](#)

P.L. Meurs, [Beleid en compromissen](#)

Solidariteit

J. Soeters, [Solidariteit onder Nederlanders...?](#)

J.A.C. van Ophem, [Begrensd solidariteit](#)

Blik vooruit

A.J.P. Schrijvers, De Gezondheidszorg in 2020

W. Groot, [Meer invloed van de consument; meer vraag](#)

Epiloog

H.A. Keuzenkamp, [Gezond blijven](#)

Copyright © 1999 - 2003 Economisch Statistische Berichten (www.economie.nl)