

# De medicijnman in een grote hut

De angst voor ziekte zit er diep in bij de mens. Gezondheidszorg gaat ons ter harte en is een goed waarvoor wij een hoge prijs willen betalen. Wij lezen dat onder andere af aan de status en royale behuizing die aanbieders van gezondheidszorg in verschillende culturen genieten. Het beroep van medicijnman is commercieel aantrekkelijk en wordt door de gemeenschap hoog gewaardeerd. In Nederland kan een expliciet commerciële aanpak van de gezondheidszorg evenwel niet op een goede pers rekenen, zoals blijkt uit de reacties op de activiteiten van de Nijmeegse uroloog Boerema, die samen met Vendex een serie bedrijfsmatig georganiseerde gezondheidscentra wil openen. Eén zo'n centrum functioneert reeds in Nijmegen, binnenkort wordt een tweede geopend in Den Haag. In dit artikel wordt nagegaan wat de bijdrage is van deze zo genaamde Medische Diagnostische Advies Centra, die recent tot MediCenters zijn omgedoopt, aan de kwaliteit en vooral de kostenbeheersing van de gezondheidszorg in Nederland.

## DRS. J. DE BOER – DRS. J.A. KAMPS\*

Dat de gezondheidszorg ons lief is, blijkt uit het aandeel van de totale kosten van de zorgverlening in het bruto nationale product. In 1985 werd ruim 10% van het nationale inkomen aan gezondheidszorg uitgegeven. In tabel 1 wordt een overzicht van de kostenontwikkeling van de eerste- en tweedelijnszorg gegeven.

Tabel 1. De kosten van de gezondheidszorg, 1981-1987, in mln. gld.

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Eerste lijn	9.153	9.751	10.219	10.589	11.139	11.627	11.794
Tweede lijn	23.842	25.496	26.682	27.063	27.460	27.915	27.925
Beleid, adm.	2.533	2.753	2.974	3.108	3.176	3.240	3.259
Totaal	35.528	38.000	39.875	40.760	41.775	42.782	42.978

Bron: Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn, Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1986-1987, 19 703, nr. 1-2.

In de laatste jaren is het besef ontstaan dat de bomen niet tot in de hemel groeien. De chronische kostenstijging heeft ertoe geleid dat bezuinigingsronden en -voorstellen de gezondheidszorg niet voorbij gingen. De gehanteerde methode van bezuiniging is niet erg succesvol geweest en in hoofdzaak terug te voeren op het idee van planmatige sturing van gezondheidszorg, dat in de *Structuurnota Gezondheidszorg (1974)* besloten ligt.

Dat geldt in het bijzonder voor de sinds 1982 ingevoerde wijze van budgetfinanciering voor instellingen van intramurale gezondheidszorg. Er zijn positieve aspecten aan de budgetfinanciering verbonden. De instellingen hebben een prikkel om de kosten te minimaliseren. Immers, lagere kosten leiden niet tot budgetverlagingen maar vergroten de marges en de investeringsruimte voor de instelling. Maar budgettering is niet het wondermiddel gebleken om de kosten werkelijk terug te brengen. Bovendien heeft de regulering die met de invoering van budgetten en budgetnormen gepaard gaat, de werkbaarheid – en dus de mate van beheersbaarheid – aangetast. En uit kwaliteitsoogpunt worden er vraagtekens gezet bij de ingebouwde prikkel om de zorg per patiënt te minimaliseren.

Een bezwaar van principiële aard is dat het budgetteringsysteem een spanning oproept tussen enerzijds het management van het ziekenhuis, dat het budget als richtsnoer voor het handelen hanteert, en anderzijds de specialist binnen het ziekenhuis, die per verrichting declareert. Het budget van de specialist is dus flexibel. Het is duidelijk dat deze tegengestelde financieringsmechanismen binnen de muren van het ziekenhuis moeilijk verenigbaar zijn en de kostenbeheersing niet ten goede komen. Een klacht van ziekenhuisdirecties: „wij zijn niet de baas in het ziekenhuis, maar de specialisten”.

## Gedereguleerde beheersing

De wens om te komen tot een efficiëntere manier van besparingen heeft geleid tot nieuwe ideeën. Recent zijn voorstellen gedaan om een grotere waarde toe te kennen aan gedereguleerde beheersing van de gezondheidszorg. Soms gaat het bij deze gedereguleerde beheersing om de invoering van marktprikkels 1), soms om een gedecentraliseerd systeem van afspraken tussen financiers en aanbieders van gezondheidszorg 2). Het hoeft geen verwondering te wekken als binnenkort in de adviezen van de commissie-Dekker elementen van deze nieuwe ideeën zijn terug te vinden.

De geopperde ideeën betreffen:

- het verzekeringstelsel en de medische consumptie. De omvang van de individuele consumptie aan medische zorg is zwak gekoppeld aan de individuele offers die moeten worden gebracht. De marginale kosten van de

\* De auteurs zijn verbonden aan het Bureau voor Economische Argumentatie te Lisse.

1) Zie F.T. Schut, *Health Maintenance Organizations*, Zilveren Kruis VGCM/De Tijdstroom, Lochem/Gent, 1986; F.F.H. Rutten en W.P.M.M. van de Ven, *Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg*, *ESB*, 25 mei 1986; F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, *Health Maintenance Organizations*. Een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg, *ESB*, 6 november 1986; en prof. mr. B.M. Teldersstichting, *Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg*, geschrift 61, Den Haag, 1986.

2) Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Zorgvernieuwing door structuurverandering*, Van Loghem Slaterus, 1987.

zorg zijn nul 3). Er is geen economische rem op consumptie bij eindgebruikers. Het invoeren van de eigen bijdrage moet de band tussen betalen en consumeren weer aanhalen;

- de relatie tussen verzekeraars en aanbieders. De dure specialisten hebben een prikkel om het aantal verrichtingen uit te breiden. Het abonnementsstelsel voor ziekenfondsverzekerden van de huisarts daarentegen is een stimulans om patiënten zo snel mogelijk de dure tweede lijn in te sturen. Er zijn bruikbare ideeën gelanceerd - 'health maintenance organizations' of gedecentraliseerde afspraken 4) - om de verzekering van de zorg en het aanbod van zorg bij elkaar te brengen. Het principe is eenvoudig: kostenbeheersing is in het gemeenschappelijke belang van aanbieders en verzekeraars;
- de relatie tussen verzekeraars onderling. De ziekenfondsverzekering is verplicht. De fondsen hoeven niet te concurreren om de gunst van de verzekerde. Bovendien worden tekorten van regionale fondsen vereffend. Deze structuur doet afbreuk aan de efficiency van deze instellingen. Suggesties ter verbetering hebben betrekking op het beperken van de verplichte verzekering tot het basispakket. Daarboven is de markt vrij. Ook wordt gedacht aan het laten vallen van de contractplicht van de ziekenfondsen (een fonds moet contracten afsluiten met de artsen in de regio). Dit voorstel verbetert niet alleen het kostenbewustzijn van de fondsen, maar ook dat van de artsen;
- concurrentie tussen aanbieders van de zorg onderling. Een gemeenschappelijk kenmerk van de aanbieders van zorg is dat niet op een economische manier met onzekerheid kan worden omgegaan. Elke vorm van medische technologie die enigszins aan het verminderen van onzekerheid betreffende de gezondheid bijdraagt, komt in principe voor gebruik in aanmerking. De kosten worden slechts voor een klein deel in de afweging betrokken. De aanschaf van apparatuur leidt niet alleen tot afschrijvings- en rentekosten, maar (vooral) tot personeelskosten, bouwkundige uitgaven en materiële kosten.

Recent is een storm van publiciteit en kritiek opgestoken toen aan het particuliere initiatief van de Nijmeegse uroloog dr. J.B.J. Boerema en Vendex International tot het oprichten van z.g. 'MediCenters' bekendheid werd gegeven. Daarmee is het rijk der ideeën verlaten en krijgen we te maken met de praktijk van het handelen. MediCenters zijn bedoeld om via commerciële exploitatie van poliklinische verrichtingen de totale medische kosten te verlagen onder handhaving of verhoging van de kwaliteit van de zorg, zo beweren voorstanders. Zij wakkeren de concurrentie tussen aanbieders van de zorg aan. Deze beweringen zijn veelvuldig onderwerp van discussie. Hoe kan een commerciële doelstelling samengaan met het beheersen van de kosten, het garanderen van kwaliteit en toegankelijkheid? Wordt niet een nieuwe voorziening - een nieuw aanbod dat zijn eigen vraag scheidt - in het leven geroepen? Het vervolg van dit artikel is gewijd aan een beoordeling van die vraagstukken.

## Wat is een MediCenter?

Een MediCenter is geen ziekenhuis 5). Het is een instelling *tussen* de intramurale en de extramurale zorgverlening. De specialisten van het centrum zijn toegerust om diagnostische handelingen te verrichten.

De specialisten in de polikliniek 'oude stijl' hebben slechts incidenteel contact met de huisartsen. De artsen van het MediCenter daarentegen staan in voortdurend contact met de huisartsen (onder andere met behulp van datacommunicatie). Via een beeldscherm wordt de huisarts voortdurend op de hoogte gehouden van de behandeling van 'zijn' patiënt. Hij verliest de controle over de gang van zaken niet. Het is ook mogelijk dat de patiënt na de

diagnostische verrichtingen, na overleg met de huisarts, naar een ziekenhuis wordt doorverwezen. In dat geval houdt het MediCenter controle op de patiënt. Deze controle moet ertoe leiden dat de ligduur niet onnodig wordt verlengd, of dat geen dubbele en onnodige handelingen worden verricht.

Voor economen laat de doelstelling van MediCenter zich het best omschrijven als de bevordering van een efficiënte taakverdeling tussen de huisarts, het MediCenter en het ziekenhuis. Dit moet uitmonden in een versterking van de eerste lijn ten opzichte van de tweede lijn. In de woorden van Boerema: „De huisarts wordt weer geneesheer in plaats van verwijsheer, en de specialist verricht weer specialistische handelingen die bij hem thuishoren”. MediCenter claimt niet alleen de efficiëntie van het zorgstelsel te bevorderen, maar ook een kwaliteitsverhogend effect te hebben. Het gebruik van datacommunicatie speelt hierbij een belangrijke rol. Hierdoor wordt een betere afstemming mogelijk tussen de specialisten van het MediCenter onderling, en tussen het MediCenter en de huisarts. De voordelen zijn dat wachttijden ten gevolge van verwijzingen en binnen de wachtkamers worden geminimaliseerd. Ook wordt de mogelijkheid van intercollegiale toetsing vergroot. Bovendien wordt het medicijngebruik van de verschillende behandelaars op elkaar afgestemd. (Elke patiënt is in het bezit van een computerkaart waarop al het medicijngebruik is aangegeven: de z.g. Medicaid.) Ten slotte wordt de service van de zorg vergroot door de verruiming van de openingstijden van het MediCenter (8.00 - 23.00 uur). Overigens is dit niet alleen een kwaliteitsverhogend element, maar ook een kostenverlagende maatregel doordat de bezettingsgraad wordt verhoogd.

Samenvattend: het MediCenter-systeem zou de efficiency van de gezondheidszorg verbeteren, en tevens de kwaliteit van de zorg vergroten. Immers, door het toepassen van geavanceerde managementmethodieken kan de serviceverlening aan de patiënt toenemen (minder wachttijden) en wordt de informatievoorziening over het ziektebeeld van de patiënt en de behandelingswijze verbeterd. Is het waarschijnlijk dat de geclaimde voordelen zich inderdaad voordoen? De gestelde kwaliteitsaspecten lijken evident. Zij vloeien voort uit de verbeterde overlegstructuren tussen huisartsen en specialisten, en specialisten onderling, ten gevolge van het gebruik van datacommunicatie. Voorts garandeert de concurrentie met andere aanbieders, voorlopig alleen met de poliklinieken van de ziekenhuizen, dat de kwaliteit van de dienstverlening op hoog niveau blijft. De hamvraag is of naast kwaliteitsverhoging tegelijkertijd de kosten kunnen worden verlaagd.

## Voorwaarden voor kostenbesparing

Het antwoord op de vraag of het MediCenter kostenbesparend werkt, is afhankelijk van de functionele plaats die aan het centrum wordt toebedeeld. Het MediCenter moet niet als een uitbreiding van de eerste of de tweede lijn worden gezien, maar *tussen* de eerste en de tweede lijn worden geplaatst. In die positie zal van het MediCenter een kostenmatigende invloed kunnen uitgaan. Die verwachting is gebaseerd op de volgende overwegingen.

In 1974 adviseerde de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een experiment te starten met twee diagnostische centra. Vier jaar later werden twee diagnostische centra gestart (in Maastricht en Utrecht) 6). De positie van de centra was verwarrend. Functioneel werden zij toegevoegd aan de huisartsen in de eerste lijn, maar zij waren

3) H. Hagen, *Gezondheidszorg en economie*, De Tijdstroom, Lochem, 1980, blz. 24.

4) Zie noot 1 en 2.

5) Deze paragraaf is gebaseerd op gesprekken die met woordvoerders van het MediCenter zijn gevoerd.

6) Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Diagnostische centra*, nr. 21, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 's-Gravenhage, 1974.

gevestigd in het ziekenhuis. Het gevolg was dat de kosten van het diagnostische onderzoek van de huisartsen toenamen zonder dat sprake was van een aantoonbare vermindering van het aantal verwijzingen naar specialisten. De diagnostische faciliteiten werden voornamelijk gebruikt als een extra toetsing op eerdere verrichtingen. De conclusie van Wijkkel en Van der Grijn naar aanleiding van de experimenten luidt dat de huisarts niet tot afstemming met de intramurale zorg is gekomen. De huisarts heeft diagnostische testen in zijn dagelijkse routinewerkzaamheden opgenomen. De patiënten die voorheen naar de polikliniek werden gestuurd, komen daar nog steeds terecht 7). De conclusie: het MediCenter moet niet aan de eerste lijn worden toegevoegd. Maar de eerste lijn heeft wel versterking nodig.

In de Verenigde Staten is de commercialisering van de gezondheidszorg (veel) eerder ingezet dan in ons land, en begonnen in de intramurale zorg. De hmo's stammen uit het verre westen, evenals de op commerciële basis opererende ziekenhuizen. De ervaringen die in de VS zijn opgedaan, zijn een les voor de particuliere initiatiefnemers in de gezondheidszorg. De concurrentie onder de aanbieders van de gezondheidszorg vond vooral plaats in de tweede lijn: intramurale voorzieningen werden geprivatiseerd. De concurrentie tussen de ziekenhuizen werd hierdoor aangewakkerd, wat resulteerde in dalende tarieven en een hogere service. (Zo trekt een Amerikaans ziekenhuis niersteenpatiënten aan onder de wervende kreet: „Kidney Stones? Who you gotta call... Stonebusters!“) Echter, er werd geconcurrerd om een afnemend aantal patiënten. Ongeveer 40% van de ziekenhuisbedden staat leeg. De sanerende werking die hiervan op het stelsel van gezondheidszorg kan uitgaan, bleef uit omdat de capaciteit niet werd aangepast 8). In plaats van de capaciteit aan te passen, trachten sommige ziekenhuizen hun winstgevendheid te handhaven door de tarieven te verhogen. De Medicenters zijn geen ziekenhuizen, en zullen daarom de bestaande overcapaciteit aan bedden niet vergroten.

Een andere reden waarom een MediCenter los moet staan van het ziekenhuis is gelegen in de sfeer van de functiescheiding. In het huidige zorgsysteem functioneert de polikliniek als toeleverancier voor het ziekenhuis waarvan zij zelf onderdeel uitmaken. De conclusie: het MediCenter moet niet aan de tweede lijn worden toegevoegd.

Indien het MediCenter tussen de eerste en tweede lijn wordt geplaatst, vervult het een zee- en coördinerende functie. De zee- en coördinerende functie heeft betrekking op de verbeterde functieverdeling tussen huisarts, specialist en ziekenhuis. In het bestaande zorgsysteem is de huisarts de spil in het systeem. Hij bepaalt of de patiënt naar de tweede lijn moet worden doorverwezen of niet. Hofland en Wilms zeggen hierover: „Het is de huisarts die in het medisch kanaal een 'sluisfunctie' vervult. De huisarts is degene die door zijn beslissingen in feite de toegang tot het gehele netwerk van de gezondheidszorg in latere echelons regelt" 9). De huisarts is dan ook het aangrijpingspunt voor kostenbeheersing. Er zijn twee zwakke punten in de eerste lijn, die door het MediCenter worden weggewonnen.

In de eerste plaats worden huisartsen in het huidige systeem van gezondheidszorg afgesloten van de moderne en dure diagnostische apparatuur. Zo stelt Udding dat de huisarts in toenemende mate moet doorverwijzen omdat het onderzoek specialistischer is geworden en moeilijker toegankelijk voor de eerste lijn 10). Hij doelt vooral op de radiologie, de klinische chemie en het laboratoriumonderzoek. Onder andere concurrentiebedingen die ziekenhuizen met specialisten op deze vakgebieden afsluiten, zorgen ervoor dat de toegang van de huisarts wordt bemoeilijkt. Indien een patiënt eenmaal in de tweede lijn is terecht gekomen, is terugkeer naar de eerste lijn problematisch. Veel verwijzingen worden gevolgd door een of meer (poli)klinische verrichtingen en/of door een opname. Eenmaal daar aangekomen treden er financiële prikkels in werking om naast de diagnose ook de behandeling door de specialist te laten uitvoeren. M.a.w. een eenmaal doorverwezen patiënt is al gauw voor de eerste lijn verloren ten

gunste van de veel duurere tweede lijn. Het MediCenter doorbreekt de monopoliseringstendens van diagnostische handelingen door de tweede lijn. Het gevolg is dat de patiënt eerder terugkomt in de eerste lijn.

In de tweede plaats is het verwijsgedrag van de huisartsen niet uniform en leidt het tot behandeling in de tweede lijn van patiënten die daar niet thuis horen. Ze onderscheidt Mokking op grond van onderzoek van de praktijken van 57 huisartsen verschillende standaardtypen van werkstijlen 11):

- de geïntegreerde werkstijl. Deze stijl wordt gekenmerkt door veel noodzakelijke en weinig overbodige diagnostische handelingen. Het verwijsgedrag is terughoudend;
- de werkstijl van de 'doener'. De huisarts verricht veel noodzakelijke, maar ook veel overbodige diagnostische handelingen. Hij verwijst veel;
- twee minimumwerkstijlen met veel verwijzingen, maar met weinig eigen diagnostische verrichtingen of met veelvuldig voorschrijven van a-specifieke medicatie.

Op basis van zijn onderzoek concludeert Mokking dat er wel degelijk een duidelijke relatie is tussen het verwijsgedrag van de huisarts en de omvang van de specialistische hulpverlening. „Een ander betekend dat patiënten van veel verwijzende huisartsen gemiddeld ruim twee maal zoveel specialistische hulp ontvangen als patiënten uit praktijken van weinig verwijzende huisartsen" 12). (Een uitzondering vormt chirurgie en oogheelkunde.) Het is duidelijk dat bij een verwijzing een „vaak noch door de patiënt noch door de huisarts voorziene keten van gebeurtenissen in gang (wordt) gezet" 13). Het verschil in verwijsgedrag heeft belangrijke kostenconsequenties. Een standaardpraktijk van 1.600 ziekenfondsverzekerden van de 'doenerige' huisarts kost jaarlijks ongeveer f. 300.000 tot f. 400.000 meer aan kosten voor specialistische hulp dan de praktijk van de 'geïntegreerd' werkende arts. Landelijk betekent dit een besparing van ruim twee miljard gulden per jaar.

Het MediCenter standaardiseert het verwijsgedrag van de huisarts. Zonodig corrigeert het centrum de arts. Omdat het centrum een functionele scheiding aanbrengt tussen diagnostische instelling en instellingen voor de tweede lijn zal een patiënt eerder naar de eerste lijn worden terugverwezen. De bij het centrum aangesloten huisartsen sturen hun patiënten voor geavanceerde diagnose naar het MediCenter. Het centrum stuurt de patiënt alleen door naar het ziekenhuis als de behandeling naar deskundig oordeel niet kan geschieden in de eerste lijn. Anders wordt de patiënt naar de eerste lijn terugverwezen. Doorverwijzing naar de intramurale zorg door het MediCenter geschiedt op gecontroleerde wijze. Dat wil zeggen naar ziekenhuizen die aan bepaalde kwaliteits- en efficiency-eisen voldoen, en specialisten in dienst hebben waarmee afspraken zijn gemaakt betreffende de coördinatie van diagnostische handelingen. Hetzelfde diagnostische onderzoek mag niet zonder meer door een specialist in het ziekenhuis worden overgedaan. Een zelfde coördinerend mechanisme wordt vervuld ten aanzien van het medicijngebruik.

Samenvattend kunnen besparingen worden behaald ten gevolge van de verbeterde taakverdeling tussen de eerste en tweede lijn. Immers, de patiëntenstroom van de eerste lijn naar de tweede lijn (met name in de ziekenhui-

7) D. Winkel en D. van der Grijn, Diagnostisch onderzoek door huisartsen in ziekenhuizen, *Medisch Contact*, nr. 13, 1 april 1983.

8) "Sick hospitals die slowly", aldus het artikel Prognosis: empty beds and falling profits, *Business Week*, 12 januari 1987.

9) J. Hofland en P.J.M. Wilms, *Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg*, 's-Gravenhage, oktober 1984.

10) H. Udding, Nieuwe diagnostische mogelijkheden, *Medisch Contact*, nr. 20, 16 mei 1986.

11) H.G.A. Mokking, *Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen*, Nijmegen, 1986.

12) *Idem*, blz. 131.

13) *Idem*.

zen) zal afnemen. Dit is conform de beleidsdoelstellingen ter zake. Tevens zal het aantal dubbele/onnodige verrichtingen afnemen, wordt het medicijngebruik beter afgestemd, en zullen de wachttijden ten gevolge van de gebrekkige organisatie en samenhang afnemen. Soeters noemt deze wachttijden 'stuurloze' perioden 14).

## Kostenbesparingen

Merkwaardigerwijs is tot nu toe in de discussie over het kosteneffect van MediCenters niet met cijfers geargumenteed. Tegenstanders zijn van mening dat de kosten van de gezondheidszorg zullen stijgen, maar laten zich niet uit over bedragen. Voorstanders doen dat evenmin over de te realiseren besparingen. Toegegeven, een kostenschätzung is een moeilijke zaak. Niettemin is een indicatie, ook al is die gebaseerd op tal van veronderstellingen, vereist om de discussie niet in het luchtledige te laten hangen. Er zijn micro-economische besparingen vanwege de verbeterde bedrijfsbezetting: de openingstijden zijn langer 15). In dit artikel wordt op deze vorm van besparingen niet nader ingegaan. Belangrijker zijn de macro-economische besparingen. Indien de voorwaarden worden vervuld voor een zeeffunctie en een coördinerende rol door MediCenters, dan moeten de eventuele besparingen op de volgende terreinen worden gezocht:

- de intramurale zorg wordt goedkoper, maar de extramurale zorg duurder (zeeffunctie);
- dubbele diagnostische handelingen worden teruggedrongen (coördinatiefunctie);
- het gebruik van geneesmiddelen kan wellicht lager;
- terugdringen van de verzuimduur (uitkeringen in het kader van de Ziektewet) door een beter gestroomlijnde behandeling.

Voor de zeeffunctie wordt uitgegaan van een basisbedrag waarop bespaard kan worden van f. 8.6 mrd. Het betreft vooral de pure ligfunctie van een ziekenhuis. Het bedrag is het produkt van het aantal opnamen in 1985 (1,5 mln.), de gewogen gemiddelde ligduur (13,7 dagen) en het tarief III dat verzekeringsmaatschappijen hanteren (f. 421 per ligdag). Verondersteld is dat de produktievermindering van ziekenhuizen door het optreden van Medicenters 30% bedraagt. Deze veronderstelling is gebaseerd op regionale verschillen in medische consumptie en op ervaringen bij het sluiten van een ziekenhuis te Horst 16). De marginale kosten zijn geraamd op 25% (18% voor de ligfunctie, 50% voor de behandelfunctie). De kosten van het versterken van de eerste lijn worden op f. 150 mln. geschat (alle vermeden opnames krijgen 2 extra huisartsenconsulten, de helft daarvan verblijft tegen marginale kosten ongeveer twee weken in een verpleegtehuis: dagtarief f. 190). De maximumvariant voor de zeeffunctie hanteert dezelfde berekeningsmethode, maar neemt een lange-termijnvisie aan door te werken met gemiddelde kosten.

Besparingen op dubbele diagnostische handelingen zijn als volgt berekend. Er is uitgegaan van een relatief goedkoop 'minimum'-blokje van onderzoeken die een patiënt al heel gauw moet ondergaan, te weten een thorax, laboratoriumtesten, electrocardiogram (kosten f. 200). In de poliklinische sfeer (per jaar 4 miljoen eerste bezoeken en 16 miljoen herhalingsbezoeken) is aangenomen dat het aantal te vermijden verrichtingen 4 miljoen keer het minimumblokje (besparing f. 800 mln. maximaal), resp. 2 miljoen (besparing f. 400 mln. minimaal) bedraagt. In de klinische sfeer wordt per opname (1,5 mln.) uitgegaan van 2 minimumblokjes van te vermijden diagn. handelingen (besparing f. 600 mln. in de maximumvariant, f. 500 mln. bij de minimumvariant). De veronderstellingen zijn tot stand gekomen door bestudering van de procedures volgens welke een patiënt door het zorgsysteem wordt behandeld, door overleg met deskundigen en op basis van een vergelijkend onderzoek naar ziekenhuizen in Rotterdam 17). De aldus berekende besparingen in de diagnostische sfeer bedragen naar schatting 25 à 30 procent van de

Tabel 2. Indicaties van mogelijke kostenbesparingen, in mln. gld. per jaar

	Minimum-schatting	Maximum-schatting
Zeeffunctie	400	1.400
Coördinatiefunctie	900	1.400
Medicijngebruik (f. 3,2 mrd. in 1985)	160	320
Subtotaal	1.460	3.120
Terugdringing verzuimduur	400	815
Totaal	1.860	3.935

totale niet-klinische specialistische hulp en de klinische diagnose.

De kosten van medicijngebruik in Nederland zijn reeds relatief laag. Aangenomen is dat door middel van goede datacommunicatie over de behandeling van de patiënt niettemin een besparing is te realiseren die tussen de 5 en 10 procent ligt.

De kosten van werkverzuim door wachttijden in de behandeling van patiënten zijn berekend voor alleen langdurig zieken. Daarvoor zijn de gegevens ontleend aan een proefschrift van Soeters 18). De gemiddelde ziekteduur van langdurig zieken blijkt 80 werkdagen te bedragen, waarvan de wachttijd 18,5% is. Van het totale bedrag aan ZW-uitkeringen - f. 7 mrd. in 1985 - gaat 64% naar langdurig zieken. Bij een optimale coördinatie van specialisten en huisartsen bedragen de besparingen derhalve f. 815 mln. De minimale besparingen bedragen 9% van de ziekteduur. Dit percentage is gebaseerd op de zogenoemde stuurloze periode, waarin geen plan voor behandeling is uitgezet, en de patiënt ook niet gezond is verklaard. Deze wachttijden zijn toe te schrijven aan een slechte coördinatie en afstemming. De besparingen bedragen in die variant f. 400 mln.

De besparingen worden gerealiseerd onder de veronderstelling dat het MediCenter-systeem in de gezondheidszorg is geïncorporeerd. Uiteraard wordt bij partiële integratie van de MediCenters maar een deel van de besparingen gerealiseerd. De subtotaal laten zich vergelijken met de bezuinigingsdoelstelling tot en met 1990 voor de gezondheidszorg in het Regeerakkoord voor het collectief gefinancierde deel. Deze bedraagt f. 1,2 mrd. De mogelijk te realiseren besparingen in het kader van de terugdringing van de Ziektewetuitkeringen zijn van een andere orde. Zij liggen buiten het terrein waarop zich de discussie over bezuinigingen in de gezondheidszorg doorgaans concentreert. De besparingen in de ziektewet sfeer liggen tussen de 5 en 10 procent van de totale premieuitkeringen (f. 7 mrd.) in 1985.

De becijferingen worden met nadruk als indicatief gepresenteerd. Zij zijn gebaseerd op zeer conservatieve (voor de minimumschatting), respectievelijk voorzichtige veronderstellingen (voor de maximumschatting, die dus goed haalbaar lijkt). Opvallend is dat Mokking in zijn proefschrift, vanuit een totaal andere invalshoek, bij versterking van de eerstelijnszorg uitkomt op besparingen in dezelfde orde van grootte.

14) J. Soeters, *Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte*, Maastricht, 1983.

15) J.L.A. Boelen, *Onze ziekenhuizen kampen met een overcapaciteit*, *Medisch Contact*, 5 december 1986.

16) NZI, *Rapportage op grond van een onderzoek naar gevolgen van de beëindiging van de klinische functie van het St. Antonius-ziekenhuis te Horst*, februari 1984.

17) *Een onderzoek naar gezondheidszorg in academische ziekenhuizen*, RUL, april 1984.

18) J. Soeters, *Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte*, Maastricht, 1983.

## Slot

---

In dit artikel zijn enkele kwalificerende opmerkingen gemaakt bij de discussie die wordt gevoerd in de Nederlandse media over nieuwe commercialiseringstendensen in de gezondheidszorg. Met opzet wordt gesproken over 'nieuw', omdat de medicijnman eigenlijk altijd al kans heeft gezien om in zijn grote hut zijn beroep goed te gelde te maken. Niets nieuws onder de zon dus, ware het niet dat de medicijnman Boerema uit Nijmegen zegt de uit de hand gelopen kosten van de totale gezondheidszorg weer te kunnen beperken. Versterking van de eerstelijnszorg ten koste van de dure intramurale zorg staat daarbij centraal.

In dit artikel is een orde van grootte gegeven van de mogelijkheden te realiseren besparingen. Deze verhouden zich gunstig tot de ombuigingsdoelstelling die door het kabinet is geformuleerd. Die besparing wordt niet zonder meer gerealiseerd. Say wees er al op dat nieuw aanbod

zijn eigen vraag schept. Voorwaarden moeten dus worden geschapen waardoor de wet van Say niet wordt bewaardheid. Essentieel hierbij is dat het MediCenter als een instelling tussen de eerste en de tweede lijn wordt erkend.

Het MediCenter-concept is een concrete invulling van gedachten die in het politieke denken over vraag naar en aanbod van gezondheidszorg hebben postgevat. Structuurwijzigingen worden voorgesteld die het straffeloze voortbestaan van overcapaciteit moeten tegengaan. Men zoekt heil bij de inbreng van marktelementen (Telderstichting) of in het creëren van een stelsel van decentrale afspraken tussen financiers en aanbieders van zorg (wetenschappelijk instituut van het CDA). Het scheppen van ruimte voor instellingen als MediCenters past in die benadering als een belangrijke stap naar een efficiënte afstemming van vraag en aanbod in de gezondheidszorg.

**Hans de Boer**  
**Hans Kamps**