



Rotterdamse doelen in de dermatologie

T.E.C. Nijsten

DE SETTING

Kwaliteit heeft een prijs

De Nederlandse zorg hoort al jaren bij het beste en duurste stelsel ter wereld. In de *European Health Consumer Index* (EHCI) haalt Nederland de hoogste score van 924 op 1000 en haalt het een perfecte score op 2 van de 6 domeinen ('*patient rights*' en '*reach of services*'). [1] Aan deze toppositie hangt een prijskaartje: 100 miljard per jaar, bijna 13,5% van ons bruto nationaal product (BNP) en de zorglasten bedragen 5300 euro per jaar per Nederlander. Deze hoge kosten zijn de drijver achter de veranderingen in de zorg in het laatste decennium (tabel 1). De introductie van de DBC-systematiek in 2005 en de geregleerde marktwerking in 2006 heeft ons artsen kostenbewuster dan ooit gemaakt en heeft ongetwijfeld voor een efficiëntieslag gezorgd. De introductie van de marktwerking leidde tot een afname van de wachtlijsten en hoewel de stukprijs daalde ging het volume wel omhoog (de zogenoemde 'perverse prikkel' en het PxQ-principe). De marktwerking op zichzelf heeft zich nog niet bewezen als een kostenbesparende maatregel. Strategisch was het slim om na de efficiëntieslag de (macro)budgettering te introduceren met maximaal toegelaten groeipercentages van 1 à 2% per jaar. De metafoor dat de zorgkosten de pan uit rezen werd omgebogen naar een beeld waarbij de deksel op de pan met kettingen geketend werd. De laatste paar jaren zijn de zorgkosten aan het afvlakken net onder de 100 miljard en in 2017 was de economische groei zelfs groter dan de groei in zorgkosten. [2]

Substitutie van zorg

Alhoewel we kwalitatief zeer goede zorg leveren is er kritiek van de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) dat de economische rationale van ons gesloten

Tabel 1. Maatregelen om overheidsuitgaven aan gezondheidszorg in te dammen.

Gereguleerde marktwerking
Kostenverschuiving van publieke naar particuliere middelen (o.a. eigen bijdrage en niet-vergoede zorg).
Substitutie van zorg
Brede zorgakkoorden
Efficiëntieverbetering (o.a. fraudebestrijding)
Hervormingen van langdurige zorg

systeem onduidelijk is. Het principe van de huisarts als de poortwachter van de medisch specialistische zorg is een principiële keuze en niet gestoeld op wetenschappelijk bewijs dat dit leidt tot betere en/of goedkopere zorg. De lijnen in de Nederlandse zorg blijven fier overeind en worden verstevigd onder het motto "juiste zorg op de juiste plek". [3] Dit containerbegrip behelst allerlei initiatieven om de zorg dichter, en dus op een goedkopere manier, bij de patiënt te organiseren. Het verschuift de zorg veelal van een 'hoger' naar een 'lager' echelon: van derde naar tweede, van tweede naar eerste en van eerste naar nulde lijn. Het is een soort van participatiemaatschappij voor de medisch specialist. Veel dermatologen participeren op de één of andere manier in anderhalvelijnszorg, hebben taakdifferentiatie toegepast (middels anios, verpleegkundig specialist of huidtherapeute), doen aan tele-dermatologie of zijn met e-consulten begonnen. Probleem is dat 'de andere' lijn niet altijd de kennis & kunde en/of capaciteit heeft om de verschuivingen op te vangen. Zeker huisartsen geven aan dat hun bord overvol ligt. Bovendien zijn de financiële afspraken om de medisch specialistische activiteiten binnen alle lijnen te bezoldigen, onvoldoende geregeld. Andere initiatieven om op korte termijn de ziekenhuiszorg in te perken zijn het instellen van een aanzienlijke eigen bijdrage, verandering van de samenstelling van het basispakket, of het intensiveren van de controle op de naleving van de gestelde regels (tabel 1).

Regeerakkoord

In het zevenig pagina's tellende regeerakkoord Vertrouwen in de toekomst krijgt de zorg zes pagina's toebedeeld. [4] De samenvattende paragraaf begint "zorg gaat iedereen aan" en verderop staat "nieuwe hervormingen zijn niet nodig, wel verbeteringen" en "... juiste plek en juiste moment". De voor de dermatologie belangrijkste subkopjes zijn natuurlijk curatieve zorg, maar ook goede zorg voor ouderen en preventie zijn interessant voor ons vakgebied (tabel 2). Binnen de curatieve zorg worden de volgende ambities, die impact hebben op de dermatologie, uitgesproken: afname tweedelijnszorg, zorg gericht op uitkomst en niet op omzet en kosten beheersen van genees- en hulpmiddelen. Dit klinkt redelijk bekend en komt overeen met de besproken thema's in de bovenstaande paragrafen. Een lastige kwestie voor de dermatologie is wel de wens om te sturen op uitkomsten. Het gedachtegoed van Porter's "*value based health care*" is moeilijk te vertalen naar

Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

ziektebeelden met een relatief lage ziektelast in vergelijking met vakgebieden met hoge mortaliteit en morbiditeitscijfers of met hoogrisico-ingrepen. Welke uitkomsten in de dermatologie kun je betrouwbaar meten en zijn relevant voor de patiënt, zorgverlener en betaler?

Dermatologie in dit krachtenveld

De dermatologie is een prachtig vak met een enorme verscheidenheid aan patiënten, ziektebeelden, en diagnostische, therapeutische en chirurgische vaardigheden. Bovendien is het een hoogvolumevak: de schatting is dat 15 à 20% van de patiënten bij de huisarts een huidgerelateerde hulpvraag heeft en dat 7% van alle huisartsverwijzingen naar de dermatologie gaan. Daar staat tegenover dat het een klein vak is (circa 2% van het ziekenhuisbudget en beperkte omzet per fte), relatief veel eenvoudige (huisartsen)zorg biedt en voor een groot deel uitgevoerd kan worden zonder gebruik te maken van complexe ziekenhuisinfrastructuur. Dit betekent dat het vak zich uitstekend leent voor particuliere klinieken, maar ook een potentieel kwetsbaar specialisme is in (academische) ziekenhuizen. Het is een uitdaging om ons vakgebied stevig te verankeren in de tweede- en derdelijnszorg. Eén van de zaken die hier verband mee houdt is of we een werknemer van het ziekenhuis zijn en of we ons bovenal verbonden voelen met de dermatologie. Een illustrerend voorbeeld is of we een lastige oncologische ingreep verwijzen naar de plastisch chirurg in het lokale ziekenhuis of doorverwijzen naar een gespecialiseerde (academische) collega-dermatoloog?

DE MOGELIJKHEDEN

Bedrijfsvoering

In de UMC's heeft het relatief lang geduurd voordat de positieve effecten van de marktwerking zichtbaar werden. In het Erasmus MC is er een grote (financiële) autonomie voor de afdelingen en worden we meer en meer afgerekend op onze prestaties en niet langer op basis van de historische budgetten ('prestatie-bekostiging'). Eén van de doelen is dat de gemiddelde universitair medisch specialist (UMS) 70% van zijn/haar loonkost terugverdiend in de zorg. We hebben nu beter in kaart wat de kosten en inkomsten zijn van de diagnoses en verrichtingen (inclusief een *feeder-bleeder*-analyse) en de afdelingen worden voorzien van managementinformatie om op te sturen.

Tabel 2. Vertrouwen in de toekomst: regeerakkoord 2017-2021.

Subtitels bij de zorg.

Goede zorg voor ouderen
Preventie en gezondheidsbevordering
Curatieve zorg
Verhouding verzekeraars en publieke randvoorwaarden
Meer transparantie voor verzekeren
Geestelijke gezondheidszorg
Jeugdhulp
Inclusieve samenleving
Eigen betalingen en administratieve lasten
Medisch ethische onderwerpen

Door prof.dr. Martino Neumann zijn de fundamenteën gelegd voor een strakke bedrijfsvoering, hij had een voorliefde voor de chirurgische aspecten van het vak (wat op financieel vlak nog altijd een meevaller is) en hij is altijd alert geweest op goede prijsafspraken met de zorgverzekeraars ten tijde van het B-segment. Dat betekent nu nog dat we een relatief hoge omzet halen en voorlopig nog in de plus kunnen werken.

Een bekend gevolg van de *feeder-bleeder*-analyse is de torenhoge inzet van PDT voor (pre)maligniteiten of de overbehandeling van varices in de Nederlandse dermatologie. Eén van de beste rapporten van de laatste jaren was, wat mij betreft, Plexus' *Rapportage indicatoren indicatiestelling* (praktijkvariatie) uit 2011. [5] Dit bracht op visueel mooie wijze de verschillen in behandelingsfrequentie van veelvoorkomende aandoeningen tussen verschillende huizen en regio's in kaart. Dergelijke vergelijkende analyses op basis van routinedata zullen in de toekomst meer en meer gebruikt gaan worden in het bijsturen van over- en onderbehandeling. Het is één van de manieren waarop *big data* invloed zullen gaan hebben op ons functioneren.

Een contra-intuïtieve en licht cynische interpretatie van een *feeder-bleeder*-analyse is dat de verlieslatende onderdelen van de zorg vroeg of laat academische zorg worden. De *feeders* en *bleeders* zijn gekend en verschillen waarschijnlijk nauwelijks tussen de verschillende zorginstellingen en dat betekent dat instellingen meer gericht op winstmaximalisatie de *bleeders* gaan afbouwen of afstoten (bijvoorbeeld complexe ulcera, plakproeven en dure geneesmiddelen). De kans is dan groot dat ze doorverwezen worden naar de UMC's. Daar ligt een kans voor de UMC's om deze zorg aan te trekken en zich beter te organiseren waardoor de efficiëntie stijgt en het secundair ook bijdraagt aan het academisch profiel omdat het om tertiaire verwijzingen gaat.

Door de intrede van de budgetten werden artsen gedwongen om het denken in termen van groei omzetten naar zo zinnig mogelijke zorg binnen het toegewezen zorgbudget. Optimistisch gezien is het een verschuiving van de discussie van capaciteit naar kwaliteit. Door het teruglopend zorgaanbod is het echter niet altijd vanzelfsprekend dat het afdelings- dan wel ziekenhuisplafond gehaald wordt. Als een afdeling het budget niet volmaakt dan biedt dat kansen aan andere afdelingen. Daarom sturen wij niet op 100%, maar op meer dan 101% van het budget zodat we eventueel gaten van anderen kunnen opvullen. Bovendien geldt voor veel activiteiten het economische principe van de marginale meerkosten: als er al drie poli's lopen dan zijn de meerkosten van het openen van een vierde poli marginaal omdat een groot deel van de vaste kosten reeds gedekt is. Marginale meerkosten is een sleutel naar rendabiliteit. Op deze manier kun je zelfs zorg die per individuele patiënt verlieslatend is winstgevend maken voor een cohort van patiënten. Een praktisch voorbeeld: één dag mohsen is verlieslatend, maar vier dagen is winstgevend.

In tegenstelling tot wat bovenstaande doet vermoeden hebben wij het in de afgelopen jaren niet of nauwelijks over geld gehad



Figuur 1. Dermahaven.

binnen onze staf dermatologie. Kwaliteit is leidend. Als we ergens goed in zijn dan gaan we vervolgens wel heel goed kijken hoe we dat zo optimaal mogelijk kunnen inrichten. Elke groei, of elke verandering, vraagt om een investering. Het gezegde “de kost gaat voor de baat uit” geldt ook voor ons en doet een beroep op ons ondernemerschap. Uitgaan van je eigen kracht en ondertussen alert zijn op en gebruik maken van de mogelijkheden die er zijn.

Academisering van zorg

De UMC's hebben een spilfunctie in medische zorg en onderzoek in Nederland. Ze voeren vijf publieke taken uit: patiëntenzorg, wetenschappelijk onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, valorisatie en scholing van professionals in de zorgsector. De bijdrage met betrekking tot de verschuiving van zorg van de UMC's ligt in het focussen op tertiaire zorg. Conceptueel ligt dit voor de hand, maar de definitie van tertiaire zorg is bijzonder lastig. De negen labels ROBIJN (Rijks Overheids Bijdrage IJverig Nageplozen) trachten de academische patiënt te definiëren (tabel 3). [6] Van deze negen labels zijn behandelintensiteit, multidisciplinaire zorg en tertiaire verwijzing de ogenschijnlijk meest relevante voor de dermatologie. Het label wetenschap is een redelijk subjectieve component in het geheel en is lastiger te monitoren. Het geaccepteerd streven is om dit percentage boven de 70% te krijgen, wat voor de dermatologie een uitdaging is. Het percentage academische zorg is nu één van de sturingsinstrumenten binnen de UMC's en ook hier is het geld weer de drijvende factor. Op basis van het aandeel academische zorg wordt de beschikbaarheid bijdrage academische zorg (BBAZ) van 580 miljoen euro straks gewogen verdeeld tussen en binnen de UMC's. Het is dus zaak om het ROBIJN-percentage zo hoog mogelijk te hebben en dat kan je doen door de noemer (totaal zorgaanbod) zo klein mogelijk te maken of de teller (academische zorgvraag) zo groot mogelijk. Het spreekt voor zich dat de eerste optie de gemakkelijkste is, maar financieel, met oog op zorgbudget, alsook voor de positionering van de dermatologie in een UMC, onverstandig is. In deze evenwichtsoefening betekent het eenvoudigweg dat het aantal doorverwezen patiënten uit de tweede lijn omhoog moet en de tweedelijnszorg deels uitbesteed moet worden. Deze uitbesteding kan middels regionale afspraken met andere zorginstellingen of door het initiëren van of participeren van UMC's in ZBC's, zoals DermaHaven (zie pagina 64). In een analyse uit 2015 haalde de afdeling Dermatologie van het Erasmus MC een percentage van gelabelde patiënten van 53% exclusief wetenschap en 71% inclusief wetenschap. Dit lag in lijn met het globale gemiddelde van het Erasmus MC. Interessant is dat wat betreft het absoluut aantal unieke gelabelde patiënten de dermatologie op een gedeelte vijfde plek stond in vergelijking met andere afdelingen binnen het Erasmus MC. De indruk bestaat dat in de afgelopen jaren het aandeel academische zorg verder is toegenomen, maar dit dient nog bevestigd te worden. Het aandeel van de tweedelijnszorg in de derde lijn zou naar beneden moeten, maar tegelijkertijd is dat ook de 'smeerolie' van (poliklinische en electieve) vakken. De relatief eenvoudige zorg vult de gaten in de complexe zorg en helpt het verkrijgen van een optimaal bedrijfsresultaat.

Netwerken

De afdeling dermatologie heeft verschillende netwerkfuncties. Het eerste netwerk is intramuraal. Eén van de mogelijk onderscheidende aspecten van een UMC ten opzichte van grote perifere (STZ) ziekenhuizen is dat quasi alle afdelingen kwalitatief een zeer hoog niveau halen. Multidisciplinaire zorg (≥ 3 specialismen) is een ROBIJN-criterium en wij zien veel patiënten van andere afdelingen in een consultantenrol, maar verwijzen patiënten ook geregeld door naar andere specialismen. Om de zorg te optimaliseren en onze positie in het intramurale netwerk te borgen richten we steeds meer multidisciplinaire poli's in op onze afdeling (bijvoorbeeld multidisciplinaire

Tabel 3. ROBIJN-criteria waar patiënt op ten minste één gebied aan moet voldoen om de status van 'academische patiënt' te verkrijgen.

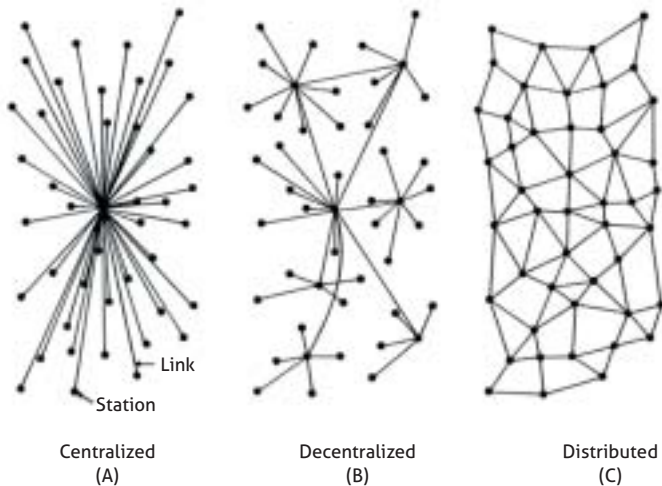
1	Behandelintensiteit	Patiënten met een hoge behandelintensiteit; het betreft patiënten in een fase in het ziekteproces die vereist dat veel intensiever dan gebruikelijk moet worden behandeld.
2	Wetenschap	Zorg vanuit een wetenschappelijke prestatie/wetenschap; patiënten voor wie de zorg nauw verweven is met het wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van zorginnovaties in het betreffende UMC.
3	Uniek zorgaanbod	Patiënten die een uniek zorgaanbod nodig hebben vanwege de complexiteit van de zorgvraag of de benodigde infrastructuur.
4	Multispecialistische zorg	Patiënten die multispecialistische zorg nodig hebben, gedefinieerd als zorg waarvoor ten minste drie poortspecialismen nauw met elkaar moeten samenwerken.
5	Complexe operatie	Patiënten die een complexe ingreep nodig hebben; operaties die voor minder dan 1 op 100.000 patiënten worden gedaan. Voor deze operaties is vaak meer voorbereidings- en operatietijd nodig dan voor vergelijkbare routine-ingrepen.
6	Zeldzame diagnose	Patiënten met een zeldzame diagnose die in minder dan 1 op de 100.000 burgers wordt gesteld.
7	Off-label dure medicatie	Patiënten die off-label dure medicatie nodig hebben. Dure geneesmiddelen zijn soms effectief bij aandoeningen waarvoor ze oorspronkelijk niet zijn ontwikkeld. Het innovatieve gebruik van de geneesmiddelen wordt niet vergoed door verzekeraars.
8	Tertiaire verwijzing	Patiënten die door medisch specialisten worden doorverwezen. Patiënten die zorg nodig hebben die in een algemeen ziekenhuis niet wordt aangeboden kunnen altijd worden doorverwezen naar een UMC. De UMC's garanderen dat patiënten altijd in Nederland terecht kunnen voor verzekerde zorg en dragen zorg voor de continuïteit hiervan.
9	Jong multimorbide	Patiënten jonger dan x jaar (afkappunt is nog onderwerp van overleg) die meer dan drie aandoeningen tegelijkertijd hebben. Bij de verschillende behandelingen moet steeds rekening worden gehouden met de effecten op de andere aandoeningen. Dat maakt de behandeling soms zeer complex.

sprekuren met psychiaters/psychologen, gynaecologen, plastisch chirurgen, kno/mka-chirurgen, oogartsen, reumatologen, allergologen of immunologen). In het MDO Huidkanker waarin acht specialismen vertegenwoordigd zijn, hebben wij de leidende rol en zijn we als afdeling in de regie als het gaat om (multidisciplinaire) huidkankerzorg in het Erasmus MC en in de regio.

In het extramurale zorgnetwerk hebben we de klassieke relatie met onze verwijzers in de eerste en tweede lijn. De ambitie is om dit zorgnetwerk te verdichten en daarin speelt DermaHaven een belangrijke rol (www.dermahaven.nl) (figuur 1). Via DermaHaven gaan we trachten de relatie met de eerste lijn en de verpleeghuizen te verdiepen in het kader van zorgsubstitutie van algemene dermatologie. Op het gebied van de micrografische chirurgie heeft DermaHaven reeds een formele samenwerking met het IJsselland ziekenhuis (Capelle aan den IJssel), Groene Hart ziekenhuis (Gouda) en Beatrix ziekenhuis (Gorinchem). Collega's van deze ziekenhuizen verrichten de tweedelijns mohsprocedures van hun eigen patiënten binnen DermaHaven. Op deze manier centraliseren we de mohschirurgie (en borgen de kwaliteit) en kunnen de gecertificeerde perifere collega's hun werkplezier in de chirurgie ten volle behouden. Op het gebied van de oncologie zijn we ook bezig met het opzetten van regionale zorgpaden. Doel is om in samenspraak met andere huizen (binnen en buiten onze regio) afspraken te maken over hoe wij de huidkankerzorg regelen en om de patiënt op de juiste wijze en juiste plek te behandelen, en niet om het aantal verwijzingen naar het Erasmus MC te verhogen. Het idee is een decentraal netwerk te creëren waarbij elke partner vanuit zijn expertise een bijdrage levert (figuur 2). Voor de complexe pathologie komt het middelpunt van de zorgpaden te liggen bij het MDO Huidkanker. Dit is nu al feitelijk aan het gebeuren onder druk van de SONCOS-norm die voorschrijft dat er tumorspecifieke werkgroepen, waaronder voor het melanoom, moeten zijn.

Trots op dermatologie

Trots heeft een veelal negatieve klank en dit blijkt uit de eerste betekenis in het woordenboek 'denken dat je beter bent dan



Figuur 2. Typen netwerken:

A. Gecentraliseerd B. Gedecentraliseerd C. Gedistribueerd.

anderen'. De tweede betekenis is interessanter 'gevoel waardoor je wil laten zien dat je iets goed hebt gedaan of iets moois hebt'. Als je als professional, als organisatie of als vakgebied serieus genomen wilt worden dan ben je bijna verplicht fierheid uit te stralen. Het gevaar is natuurlijk dat het, als het niet wordt ondersteund door de inhoud, omslaat in arrogantie. De andere kant is dat wanneer we goed presteren op gebied van onderzoek, opleiding en/of zorg, we dat ook actief moeten laten zien. Mijn ervaring leert dat het op veel vlakken bijna vijf jaar duurt voordat de buitenwereld door heeft waar je goed in bent. Dat gaat best sneller.

Dit betekent dat dermatologen zichtbaar willen zijn naar alle belangrijke partijen, zoals patiënten, (perifere) collega's, bestuurders en zorgverzekeraars. Onder het Rotterdamse motto van 'niet lullen, maar poetsen', trachten we dit te doen. We proberen inhoudelijk hoogwaardige zorg te leveren (het liefst met unieke aspecten), laagdrempelig te zijn voor overleg, onafhankelijk en kritisch te blijven, posities in te vullen binnen en buiten het ziekenhuis, aanwezig te zijn op de belangrijke bijeenkomsten en aanspreekbaar te zijn voor de pers. Dit uit zich ook in een eigen huisstijl, het organiseren van excellente internationale congressen, het verzorgen van een mooi jaarverslag en op niet al te lange termijn ook een mooie website.

Ook deze trotse presentatie is bedoeld om ons vak verder uit te dragen en u te inspireren het vaandel van de dermatologie mee hoog te houden.

LITERATUUR

- https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_nl_dutch.pdf
- <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/22/zorguitgaven-stijgen-in-2017-met-2-1-procent>
- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
- <https://www.kabinetsformatie2017.nl/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-vertrouwen-in-de-toekomst>
- <https://www.zorgkennis.net/downloads/kennisbank/F4C-kennisbank-Rapportage-indicatoren-indicatiestelling-698.pdf>
- http://www.nfu.nl/img/pdf/Bestuurlijk_Akkoord_Plan_van_aanpak_ROBijn.pdf

TREFWOORDEN

marktwerking – substitutie – bedrijfsvoering – academisering – netwerken – zorgstelsel

KEYWORDS

market forces – substitution – operational management – networks – healthcare system

CORRESPONDENTIEADRES

Tamar Nijsten

E-mail: t.nijsten@erasmusmc.nl